



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (61) 2013

NR 1

2013

# WPROWADZENIE

*Drodzy Czytelnicy,*

*chciałbym zwrócić Państwa szczególną uwagę na artykuł analizujący rozmiary działań podejmowanych w największych polskich miastach w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Zgodnie z ustawą z 2005 roku przeciwdziałanie narkomanii zostało włączone do zadań własnych gmin. Autorzy tekstu posługują się bardzo „twardym” wskaźnikiem – wielkością funduszy przeznaczanych w tych miastach na profilaktykę antynarkotykową, leczenie, redukcję szkód i postrehabilitację oraz badania i monitoring. Unikalne porównanie wydatków w 10 największych polskich miastach pokazuje, że na przeciwdziałanie narkomanii w 2011 roku najwięcej wydał Kraków i Warszawa, najmniej zaś przeznaczono w Szczecinie, Bydgoszczy i Lublinie. W przeliczeniu tych wydatków na jednego mieszkańca w dalszym ciągu najwyżej lokuje się Kraków (10,30 zł), a najniżej – Lublin (0,82 zł).*

*Niewiele informacji dociera do opinii publicznej na temat działań terapeutyczno-resocjalizacyjnych prowadzonych w polskich zakładach karnych dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych. Tę lukę wypełnia artykuł Andrzeja Majcherczyka z Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Liczba skazanych korzystających z działań terapeutycznych z roku na rok systematycznie rośnie. W 2012 roku terapią w więziennych oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków i alkoholu objęto niemal 7000 osób.*

*W numerze prezentujemy kilka doniesień dotyczących rozpowszechnienia środków psychoaktywnych. Cytowane badania omawiają problem używania środków psychoaktywnych w różnych kontekstach. Gość numeru – dr Grażyna Świątkiewicz – przybliży wyniki badań wykonanych w ramach projektu diagnozującego kondycję psychiczną Polaków. Artur Malczewski i Anna Misiurek analizują dane zebrane przy okazji diagnozowania uzależnień behawioralnych i odnoszą wyniki dotyczące konsumpcji nielegalnych środków psychoaktywnych oraz leków przyjmowanych bez zalecenia lekarza do wyników wcześniejszych badań. Prezentujemy także wybrane analizy badań wykonanych w różnych krajach europejskich w ramach projektu ESPAD. Te różne badania dostarczają spójnych danych: wyniki systematycznie wskazują, że konsumpcja środków psychoaktywnych jest powszechniejsza wśród mężczyzn niż kobiet oraz że narkomania jest problemem dużych miast, w porównaniu z wsiami i małymi miastami. Porównanie wyników badań epidemiologicznych realizowanych w 2012 roku z badaniami wykonywanymi wcześniej pozwala na wysnucie hipotezy, że obserwowany w 2010 roku wzrost używania nielegalnych substancji psychoaktywnych uległ zahamowaniu. Autorzy zalecają jednak ostrożność w formułowaniu jednoznacznych wniosków, powołując się na raport Kateriny Skarupovej, analizujący przyczyny różnic w wynikach uzyskiwanych w badaniach populacyjnych i możliwe źródła błędów występujących w tych badaniach. Jednym z nich może być różny kontekst cytowanych badań z 2012 roku i wcześniejszych. Te najnowsze diagnozowały rozpowszechnienie narkotyków „przy okazji” zbierania danych na temat uzależnień behawioralnych. W takim przypadku odsetek przyznających się do używania substancji psychoaktywnych może być niższy. Omówienie raportu Skarupovej również prezentowane jest w aktualnym numerze Serwisu, i polecam je szczególnie gorąco. Raport został opracowany na zlecenie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).*

*Życzę Państwu przyjemnej lektury  
Piotr Jabłoński*

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### DOŚWIADCZENIA POLAKÓW ZE ŚRODKAMI PSYCHOAKTYWNYMI

*Grażyna Świątkiewicz* ..... 2

## Badania, raporty

### NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – POTRZEBY INFORMACYJNE MŁODZIEŻY I PROFESJONALISTÓW

*Agnieszka Pisarska, Jacek Moskalewicz* ..... 5

**KALENDARIUM WYDARZEŃ** ..... 9

### PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII W DUŻYCH MIASTACH CZ. I

*Artur Malczewski, Anna Misiurek* ..... 10

## Prawo

### PRZESTĘPCA, WIĘZIEŃ, PACJENT – PRACA Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI W ZAKŁADACH KARNYCH

*Andrzej Majcherczyk* ..... 15

## Badania, raporty

### POWAŻNE ENCEFALOPATIE SPOWODOWANE ZWIĄZKAMI MANGANU UŻYWANYMI DO PRODUKCJI METKATYNONU (EFEDRONU) Z LEKÓW ZAWIERAJĄCYCH PSEUDOEFEDRYNĘ

*Bogusław Habrat* ..... 21

**WPŁYW KONTEKSTU I TECHNIKI BADAŃ NARKOTYKOWYCH NA WYNIK** ..... 24

### UŻYWANIE NIELEGALNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH – WYNIKI BADANIA Z 2012 ROKU

*Artur Malczewski, Anna Misiurek* ..... 28

**ESPAD 2011 – TRENDY** ..... 36

## Regiony

### ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z UZALEŻNIENIAMI W WOJEWÓDZTWIE POMORSKIM W 2010 ROKU

*Tomasz Michalski* ..... 39

## Akcje społeczne

**KAMPANIA „NARKOTYKI? NA CO MI TO”** ..... 45

## Konferencje

### KONFERENCJA „NARKOTYKI – NARKOMANIA. POLITYKA, NAUKA I PRAKTYKA. PERSPEKTYWY WSPÓŁPRACY

..... 46

## Internet

**MOJE LECZENIE – MÓJ WYBÓR** ..... III okładka

**SERWISY MIĘDZYNARODOWE** ..... IV okładka

*W ramach trzyletniego projektu „Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (EZOP)”, dofinansowanego z Funduszy Norweskich, zrealizowano pierwsze w Polsce badanie stanu zdrowia psychicznego Polaków.*

*Z dr Grażyną Świątkiewicz, psychologiem z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, współautorką raportu „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”, który stanowi podsumowanie projektu, rozmawia Tomasz Kowalewicz.*



## DOŚWIADCZENIA POLAKÓW ZE ŚRODKAMI PSYCHOAKTYWNYMI

*– Jak doszło do włączenia Polski w realizację międzynarodowego projektu „Epidemiologia Zaburzeń*

*Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (EZOP)”?*

– Już od dłuższego czasu zastanawialiśmy się w Instytucie Psychiatrii i Neurologii nad możliwością przeprowadzenia badań na temat zdrowia psychicznego Polaków. W trakcie poszukiwania metodologii, która umożliwiłaby zrealizowanie naszych zamierzeń, dotarliśmy do kwestionariusza CIDI (Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego), który jest rekomendowany przez Światową Organizację Zdrowia i jest stosowany w różnych krajach. Po analizie kwestionariusza doszliśmy do wniosku, że tematyka, jakiej dotyczy, obejmuje te obszary badawcze, które nas interesują. Dodatkowym argumentem było to, że wykorzystanie kwestionariusza CIDI umożliwi porównanie polskich wyników z danymi zebranymi w innych krajach. Postanowiliśmy więc podjąć współpracę ze Światową Organizacją Zdrowia i zespołami realizującymi badania w innych państwach.

*– Jakiego obszaru rzeczywistości dotyczy ten projekt?*

– Celem było dokonanie diagnozy stanu zdrowia psychicznego dorosłej populacji Polaków. Kwestionariusz składa się z kilkudziesięciu sekcji, z których każda pozwala na zebranie informacji na temat konkretnego zaburzenia psychicznego. Kwestionariusz pozwala również na uzyskanie informacji dotyczących używania

substancji psychoaktywnych – alkoholu, narkotyków, leków używanych w celach niemedycznych, a także tytoniu.

*– Kto – w ramach projektu – był badany?*

– Dotarliśmy do losowej próby reprezentującej populację Polaków w wieku 18-64 lata. Respondenci losowani byli z bazy PESEL i reprezentowali wszystkie województwa, różne kategorie miast oraz ludność wiejską. Zebranych zostało 10 080 wywiadów spośród 20 tys. wylosowanych adresów. Tak więc uzyskaliśmy ponad 50-procentowy poziom realizacji próby. Około 30% osób, do których dotarli ankieteryzy, odmówiło udziału w badaniach. Pozostałe adresy okazały się nieaktualne lub osoby, z którymi ankieteryzy mieli się skontaktować, były niedostępne, np. z powodu wyjazdu za granicę.

*– Większość badań populacyjnych ogranicza się do próby o liczebności nieco ponad tysiąc respondentów, co daje maksymalny błąd pomiaru na poziomie  $\pm 3\%$ . Dlaczego w tym projekcie objęto badaniami aż ponad 10 tys. osób?*

– Chodziło o rzetelną diagnozę zjawisk rzadkich. W próbach nawet dwutysięcznych zaburzenia psychiczne nie są problemami powszechnymi, więc prawdopodobieństwo, że w takiej próbie trafi się na dostatecznie liczną grupę osób doświadczających danego problemu, jest znikome. Żeby więc uchwycić na przykład społeczno-demograficzne uwarunkowania ludzi, którzy mają dane zaburzenie, trzeba dysponować odpowiednio liczną grupą osób charakteryzujących się tym zaburzeniem.

**– Tematyka tych badań jest bardzo intymna i wrażliwa na zmienną aprobaty społecznej. Jaka jest gwarancja, że zebrane dane są rzetelne i nie zaniżają wielkości tych zjawisk, które są tutaj badane?**

– Kwestionariusz CIDI, którym się posłużyliśmy, był walidowany, szacowana była jego wiarygodność. Dysponujemy więc miarami jego trafności i rzetelności. Ale oczywiście nie mamy stuprocentowej gwarancji, że stwierdzone przez nas fakty, dokładnie odzwierciedlają rzeczywistość. Dlatego podajemy wyniki, posługując się przedziałami określającymi wartość minimalną i maksymalną rozmiaru danego zjawiska, co orzekamy z prawdopodobieństwem 95%. Szacując zjawiska społeczne, nie twierdzimy, że mamy w Polsce na przykład 1215 osób z danym problemem, tylko mówimy, że liczba osób z tym problemem mieści się w przedziale od 1000 do 1500.

**– Raport opisuje specjalne procedury stosowane przez ankierów, które miały na celu zwiększenie rzetelności wyników i szczerości respondentów...**

– Ten kwestionariusz jest niezwykle obszerny. Nie było fizycznie możliwe, żeby ankier korzystał z wersji papierowej, gdyż byłaby to wielka, nieporęczna księga. Dlatego badanie było prowadzone z wykorzystaniem nośników elektronicznych. Natomiast respondenci otrzymywali wydrukowane karty odpowiedzi, z których wybierali najbardziej pasującą do swojej sytuacji. Ponadto w części sekcji ankier nie czytał na głos pytań, prosił respondenta o przeczytanie ich po cichu i podanie nie treści odpowiedzi, tylko numeru wybranej odpowiedzi. Na przykład padała instrukcja: proszę przeczytać pytanie 5 i zdecydować, która z odpowiedzi a, b, c czy d najbardziej dotyczy Pana. Ta technika była stosowana na przykład w przypadku sekcji dotyczącej stresu pourazowego. Przy definicji gwałtu respondenci byli proszeni o jej przeczytanie samemu, chodziło o to, żeby nie wypowiadać drastycznych sformułowań.

**– Skoncentrujmy się na doświadczeniach Polaków ze środkami psychoaktywnymi. Jakie generalne wnioski wynikają z danych, które zostały zebrane?**

– Jeśli chodzi o alkohol, to stwierdziliśmy, że około 12% mieszkańców Polski w wieku 18-64 lata w jakimś

momencie swojego życia spełniało medyczne kryteria (ICD-10) nadużywania alkoholu, w tym prawie 2,5% uzależnienia od alkoholu. W liczbach bezwzględnych nadużywających alkoholu kiedykolwiek w życiu zidentyfikowano ponad 3 mln, a wśród nich 600 tys. osób spełniało kryteria uzależnienia. W okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających wywiad nadużywanie alkoholu stwierdzono u 3,6% badanej populacji, w tym uzależnienie u 1,4% (odpowiednio było to: 930 tys. i ponad 350 tys. osób). Problemy z alkoholem kiedykolwiek w życiu zdecydowanie częściej dotyczą mężczyzn, wśród nich zidentyfikowaliśmy 20,5% nadużywających alkoholu i 4,4% uzależnionych. Wskaźniki te w ostatnich 12 miesiącach wyglądały następująco: 6,6% osób nadużywało alkoholu, z czego 2,6% było uzależnionych.

Jedna czwarta populacji w wieku 18-64 lata (ponad 5,5 mln osób) sięga po alkohol co najmniej raz w tygodniu. Dla dużej części społeczeństwa alkohol staje się więc produktem codziennego użytku. Z drugiej strony wyniki pozwalają oszacować liczbę abstynentów wśród dorosłych mieszkańców Polski na 3,8 mln osób. Rozpowszechnienie postaw abstynenckich utrzymuje się na poziomie notowanym w połowie lat 90. ubiegłego stulecia.

Jeśli chodzi o tytoń, szacujemy, że prawie 37% populacji w wieku 18-64 lata to osoby aktualnie palące. W liczbach bezwzględnych to ponad 9,5 mln osób. Ponadto prawie 4 mln osób paliło tytoń w przeszłości. Tak więc mniej niż połowa (48%) populacji dorosłych mieszkańców Polski do 64. roku życia nigdy nie używała nikotyny. Rozpowszechnienie palenia wśród mężczyzn jest większe niż wśród kobiet. Jednocześnie – co ciekawe – okazało się, że wśród mężczyzn jest ponad 0,5 mln więcej byłych palaczy niż wśród kobiet, co wskazuje, że mężczyźni skuteczniej rzucają palenie w porównaniu z kobietami. Jeśli chodzi o palące kobiety, to w naszym badaniu uzyskaliśmy wyższe wskaźniki w porównaniu z danymi z lat 90. ubiegłego wieku.

Analiza długofalowych trendów dotyczących palenia tytoniu pokazuje, że szczyt rozpowszechnienia został osiągnięty na początku lat 80., później – do końca lat 90. – powszechność palenia tytoniu zmniejszała się, a ostatnie lata przyniosły stabilizację, przy czym wśród mężczyzn obserwujemy lekką tendencję zniżkową, natomiast wśród kobiet być może lekko zwyżkową.

**– Czy na podstawie zebranych danych można ocenić stopień skuteczności podejmowanych działań profilaktycznych mających na celu ograniczenie powszechności palenia tytoniu w Polsce?**

– Wydaje się, że skuteczność profilaktyki antynikotynowej jest wybiórcza, nie trafia do kobiet i do osób o niższym statusie społecznym. W ostatnich tygodniach zaczęły pojawiać się specyficzne komunikaty profilaktyczne, kierowane do kobiet, mówiące o tym, że kobiety gonią mężczyzn, jeśli chodzi o zapadalność na raka płuc związaną z wcześniejszym wzrostem powszechności palenia wśród kobiet. Prowadzona strategia profilaktyki antynikotynowej idealnie trafiła do ludzi z wyższym wykształceniem. Analiza rozpowszechnienia palenia w grupach wyróżnionych ze względu na poziom edukacji pokazuje, że im wyższe wykształcenie, tym niższy odsetek palących tytoń. Istotnie rzadziej palą osoby najmłodsze (18-29 lat). Ten wynik jest skorelowany z wykształceniem, bo wśród najmłodszych mamy największy udział osób z wykształceniem wyższym.

**– A jeśli chodzi o narkotyki, to jakie wnioski można wysnuć z badań?**

– Posiadanie doświadczeń z nielegalnymi narkotykami potwierdziło 4,4% badanych, co po ekstrapolacji na populację generalną w wieku 18-64 lata daje oszacowanie około 1,1 mln osób, które kiedykolwiek w życiu miały kontakt z narkotykami. Zdecydowaną większość użytkowników narkotyków stanowią konsumenci marihuany (blisko 90% wszystkich użytkowników narkotyków). Prawie jednej trzeciej użytkowników narkotyków (31,8%) można postawić rozpoznanie ich nadużywania. Kryteria uzależnienia spełnia mniej niż 7% konsumentów. Liczbę nadużywających szacujemy na nieco ponad 370 tys., z czego liczbę uzależnionych – na prawie 70 tys. Nadużywanie narkotyków jest dwa razy częstsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Rozpowszechnienie nadużywania narkotyków jest mniejsze na wsi i w miastach do 50 tys. mieszkańców, większe w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców.

**– Wracając do generalistów związanych z tym badaniem, czy zespół realizatorów projektu planuje publikację danych porównawczych z wynikami badań prowadzonych przy pomocy kwestionariusza CIDI w innych krajach?**

– W międzynarodowych porównaniach trzeba być ostrożnym i brać pod uwagę różnice kulturowe, które mogą wpływać na wyniki. Mimo iż badamy rozpowszechnienie zjawisk zdrowotnych, różnice stwierdzone między danymi z różnych krajów nie muszą wynikać z rzeczywistych wskaźników rozpowszechnienia a na przykład z kulturowo warunkowanych różnic w otwartości respondentów i norm dotyczących poziomu ujawniania przeżywanych kłopotów. W jednych krajach jedne symptomy są oczywiste i akceptowane, w innych z kolei degradują społecznie. Tym niemniej przygotowane są materiały porównawcze. Sporo osób pracuje nad artykułami. Proszę pamiętać, że realizację projektu ukończono całkiem niedawno, a pierwsze doniesienia medialne pochodzą z października 2012 roku.

**– A jeśli chodzi o dostępność raportu, gdzie nasi czytelnicy mogliby do niego dotrzeć? Jeśli w ogóle jest taka możliwość.**

– Raport został wydrukowany w nakładzie tysiąca egzemplarzy. Sukcesywnie i nieodpłatnie go udostępniamy.

**– Czyli trzeba się zgłosić do Instytutu Psychiatrii i Neurologii?**

– Tak. Przekazaliśmy też raport do większości bibliotek wszystkich ważniejszych wyższych uczelni o profilu społecznym w Polsce, także do instytucji zdrowia publicznego. Jeśli jakaś instytucja jest zainteresowana otrzymaniem raportu, chętnie go prześlemy.

**– Czy planujecie państwo publikację raportu w Internecie?**

– Gdy wydrukowany nakład rozejdzie się, umieścimy raport w Internecie. W tej chwili w sieci dostępny jest kwestionariusz CIDI. Opublikowany „do obejrzenia”, bo posługiwanie się nim jest bardzo trudne, wymaga rozbudowanego przeszkolenia. Kwestionariusz stanowi rodzaj aneksu do raportu, żeby czytelnicy mogli zorientować się, jakie wskaźniki poszczególnych zaburzeń zostały przyjęte.

**– Dziękuję za rozmowę.**

*Artykuł przedstawia polskie wyniki międzynarodowego projektu ReDNet, którego jednym z celów było opracowanie rzetelnych, aktualnych materiałów informacyjnych o nowych substancjach psychoaktywnych. W artykule porównano potrzeby informacyjne młodzieży i profesjonalistów.*

# NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – POTRZEBY INFORMACYJNE MŁODZIEŻY I PROFESJONALISTÓW

Agnieszka Pisarska (1), Jacek Moskalewicz (1)

Ornella Corazza (2), Sulaf Assi (2), Pierluigi Simonato (2), John Corkery (2), Zsolt Demetrovics (10), Jacqueline Stair (2), Suzanne Fergus (2), Cinzia Pezzolesi (2), Manuela Pasinetti (2), Paolo Deluca (3), Colin Drummond (3), Urszula Blaszkó (3), Barbara Mervo (10), Lucia Di Furia (9), Magi Farre (7), Liv Flesland (5), Harry Shapiro (4), Holger Siemann (6), Arvid Skutle (5), Marta Torrens (7), Ferran Sambola (7), Peer van der Kreeft (8), Norbert Scherbaum (6), Fabrizio Schifano (2)

## Wprowadzenie

Nowe substancje psychoaktywne, określane jako „legal highs”, „herbal highs”, „novel compounds”, „research chemicals” czy „dopalacze”, stały się w ostatniej dekadzie przedmiotem zainteresowania, ale także troski i niepokoju opinii publicznej, polityków, specjalistów z zakresu ochrony zdrowia i przedstawicieli świata nauki.

Substancje, o których mowa, są wprowadzane na rynek za pośrednictwem Internetu jako legalne i zarazem tańsze, łatwiej dostępne oraz silniej działające substytuty „tradycyjnych” narkotyków (Measham i wsp., 2010; Corazza i wsp., 2011a; Corazza i wsp., 2011b). Działania legislacyjne, zmierzające do objęcia kontrolą nowych substancji, przyczyniają się jednak do tworzenia i wprowadzania na rynek nowych, a więc w świetle prawa legalnych, związków o działaniu psychoaktywnym (Winstock i Ramsey, 2010). Przeglądy informacji zamieszczanych na stronach internetowych, prowadzone w ciągu ostatnich 9 lat w ramach projektów Psychonaut Web Mapping System I-II ([www.psychonautproject.eu](http://www.psychonautproject.eu)) i ReDNet ([www.rednetproject.eu](http://www.rednetproject.eu)), pozwoliły zidentyfikować w sumie ponad 650 nowych substancji psychoaktywnych oraz ich kombinacji (Corazza i wsp., 2013). Według danych EMCDDA w 2011 roku odnotowano 49 nowych substancji, zaś w 2012 roku 57 substancji – co oznacza, że każdego tygodnia zidentyfikowano przynajmniej jedną nieznaną wcześniej substancję o działaniu psychoaktywnym (Corazza, 2013; EMCDDA, 2012).

Problemem związanym z ogromnym tempem pojawiania się nowych substancji jest niedostatek rzetelnej i aktualnej

wiedzy na temat konsekwencji sięgania po te substancje – szczególnie tych odroczonych w czasie. Brakuje więc publikacji naukowych, z których profesjonaliści zajmujący się problemem mogliby czerpać potrzebne informacje (Corazza i wsp., 2013).

Historia rozwoju zjawiska i problemy związane z „dopalaczami” w Polsce były już poruszane na łamach Serwisu Informacyjnego (Kidawa, 2012). Spektakularne zamknięcie sklepów z „dopalaczami”, przeprowadzone 2 października 2010 roku, ograniczyło dostęp do nowych substancji wprost „z ulicy”. Niemniej osoby zainteresowane mogą kupić je nadal przez strony internetowe (Corazza i wsp., 2013). Relacje na temat doświadczeń oraz porady użytkowników dotyczące sposobu używania nowych substancji są dostępne w sieci praktycznie dla każdego.

## Projekt badawczy ReDNet

### Metoda i próba badawcza

Celem badań prowadzonych w ramach projektu ReDNet była odpowiedź na pytania dotyczące aktualnej wiedzy potencjalnych odbiorców informacji edukacyjnych na temat nowych substancji psychoaktywnych oraz potrzeb w zakresie poszerzenia tej wiedzy i preferowanych dróg otrzymywania informacji o nowych substancjach.

Badania miały charakter ankietowy. Ankieta ReDNet została opracowana przez międzynarodowy zespół realizatorów projektu w wersji angielskiej, a następnie przetłumaczona na język polski. Badania przeprowadzono wśród młodzieży

oraz profesjonalistów pracujących z młodzieżą sięgającą po substancje psychoaktywne. Badania wśród młodzieży zrealizowano dzięki współpracy z forum internetowym osób zainteresowanych substancjami psychoaktywnymi, którego uczestnicy odpowiadali na pytania ankiety przez zamieszczony na stronie forum link do jej elektronicznej wersji. Część ankiet zebrano metodą audytoryjną wśród studentów warszawskich uczelni wyższych, którzy wypełniali ankietę tradycyjnie (kwestionariusz typu „papier – ołówek”).

Ankietę dla profesjonalistów wypełniali audytoryjnie uczestnicy konferencji naukowej poświęconej problemom uzależnień oraz profesjonalści zaproszeni do udziału w badaniach za pośrednictwem informacji rozsyłanej pocztą elektroniczną.

## Badani

Zebrane dane pochodzą od 716 osób ze środowisk młodzieżowych oraz 124 profesjonalistów. Wśród młodzieży dominowali mężczyźni (75%). Średnia wieku wynosiła 22 lata i wahała się od 18 do 46 lat, przy czym tylko 16% osób miało powyżej 25 lat. Nieco więcej niż połowa młodych respondentów odpowiedziała, że aktualnie studiuje (57%), około 1/4 osób podała, że pracuje (w pełnym lub niepełnym wymiarze), a 8% stanowili bezrobotni. Badana młodzież pochodziła z różnych miejscowości, ale najliczniejszą grupę tworzyli mieszkańcy Warszawy – należy jednak dodać, że prawie połowa (46%) młodych uczestników w ogóle nie odpowiedziała na to pytanie. Około 77% przedstawicieli młodzieży (552 osoby) potwierdziło używanie nowych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, około 51% sięgało po te substancje w ostatnich 12 miesiącach, a 27% w ostatnich 30 dniach. Stosowanie nowych substancji (oraz innych narkotyków) było bardziej rozpowszechnione wśród respondentów, którzy odpowiedzieli na ankietę internetową niż wśród studentów, którzy wypełnili ankietę typu „papier – ołówek”.

Grupa przedstawicieli profesjonalistów liczyła 124 osoby (w tym 30% mężczyzn). Średnia wieku w tej grupie wynosiła 39 lat i wahała się od 24 do 65 lat. Respondenci z tej grupy reprezentowali różne zawody, znaleźli się w niej: psychologowie, psychiatry, nauczyciele/pedagodzy, pracownicy socjalni, lekarze oraz pielęgniarka. Co piąta osoba z grupy profesjonalistów pracowała w Warszawie. Większość z nich (73%) miała już do czynienia z pacjentami sięgającymi po nowe substancje psychoaktywne, a ponad

połowa (58%) przyjmowała takich pacjentów w ostatnich 6 miesiącach.

## Wiedza respondentów

Młodzi respondenci wyżej niż profesjonalści ocenili poziom własnej wiedzy na temat nowych substancji psychoaktywnych. Średnia odpowiedzi w skali od „1” – oznaczającej „słaby” poziom wiedzy do „5” – oznaczającej „bardzo dobry” poziom wiedzy okazała się wyższa w grupie młodzieży. Prawie 25% przedstawicieli młodzieży i jedynie 5% profesjonalistów oceniło, że dysponuje bardzo dobrą wiedzą na temat nowych substancji psychoaktywnych. Z kolei więcej profesjonalistów niż przedstawicieli młodzieży było skłonnych oceniać poziom swojej wiedzy jako „średni” i „podstawowy” (tabela 1).

**Tabela 1. Własna ocena poziomu wiedzy respondentów na temat nowych substancji psychoaktywnych (%)**

	Młodzież (N=716)	Profesjoniści (N=124)
Bardzo dobry	24,5	4,9
Dobry	38,3	39,3
Średni	22,9	36,1
Podstawowy	8,3	15,6
Słaby	5,8	4,1
Średnia wartość na skali „1” (słaby) do „5” (bardzo dobry)	3,68	3,25

Większość respondentów z grupy młodzieżowej (79%) podała w ankiecie, że aktualnie ma dostęp do wiedzy na temat nowych substancji psychoaktywnych. Profesjonalistów pytano natomiast, czy otrzymują informacje o nowych substancjach. Twierdząco odpowiedziało na to pytanie jedynie 16% osób. Uczestnicy badań pytani byli również o to, czy zetknęli się z osobami używającymi 16 wymienionych z nazwy nowych substancji bądź słyszeli o takich substancjach. Pytanie kierowane do profesjonalistów dotyczyło pacjentów, zaś pytanie postawione młodzieży odnosiło się do ich znajomych. Około 60% przedstawicieli profesjonalistów i zdecydowana większość uczestników z grupy młodzieżowej (około 90%) podała w ankiecie, że zna kogoś, kto próbował lub słyszała o takich substancjach, jak: szalwia wieszczka, zioła do palenia (tzw. spice) oraz mefedron. Wśród profesjonalistów powszechniej znane były również: metylon, BZP oraz GBL/GHB – około 40-46% respondentów z tej grupy potwierdziło, że słyszało o tych substancjach bądź wie, że po te środki sięgali ich pacjenci. Interesujące jest przy tym, że nieco mniej niż połowa profesjonalistów (46%) znała GBL/GHB, a 14% odpowiedziało, że nigdy nie słyszało o takiej substancji.

Natomiast większość młodzieży (około 75% respondentów) potwierdziła, że słyszała o metylonie i GBL/GHB bądź zna osoby, które używały tych środków. Około 65-68% znało takie substancje, jak: MDVP, BZP i butylon. Mniej znane, szczególnie wśród profesjonalistów, były takie substancje, jak: kratom, fiefedron, nafyron, B-flay oraz 6-APB. Tylko 11% profesjonalistów i 57% przedstawicieli młodzieży potwierdziło, że słyszało bądź zna kogoś, kto sięga po 6-APB zwane także Benzo fury.

Niektórzy z uczestników badań wpisali w rubryce „inne” nazwy znanych sobie substancji. W ankietach respondentów z grupy młodzieżowej wymieniano takie substancje, jak na przykład: bufedron, trypaniny, AM-220, 4-HO-MET. W ankietach profesjonalistów znalazły się jedynie nazwy mieszanek, które sprzedawano w sklepach z „dopalaczami”, takie jak: Cocolino czy Tajfun. Warto dodać, że w grupie profesjonalistów odsetek braku danych w pytaniach o poszczególne substancje wahał się od 34% do 49%, podczas gdy wśród młodzieży nie przekraczał 7%. Wynik ten można interpretować jako przejaw słabszej znajomości nowych substancji psychoaktywnych wśród profesjonalistów, którzy wzięli udział w opisywanych tu badaniach.

### Potrzeby w zakresie wiedzy

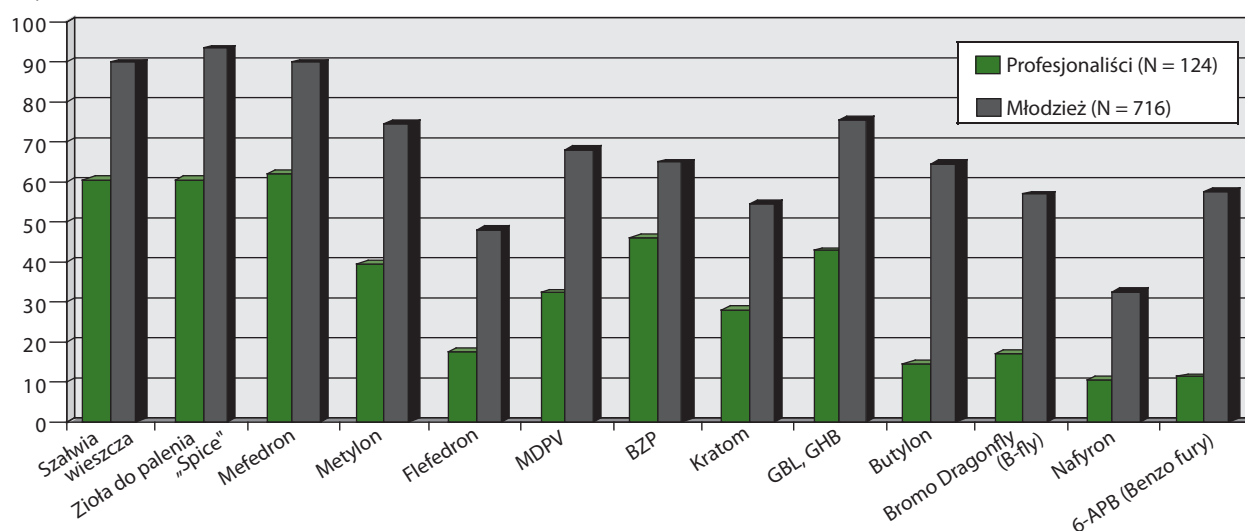
Zdecydowana większość profesjonalistów (98%) oraz ponad połowa (59%) respondentów z grupy młodzieżowej wyraziła zainteresowanie otrzymywaniem aktualnych informacji o nowo pojawiających się substancjach psychoaktywnych. Doprecyzowaniu potrzeb potencjalnych odbiorców programu profilaktycznego dotyczącego nowych substancji psychoak-

tywnych, do którego opracowania zmierzał program ReDNet, służyło kolejne pytanie ankietowe. Uczestnicy proszeni byli o ocenę znaczenia różnych rodzajów informacji dla poprawy lub uzupełnienia ich wiedzy o nowych substancjach. Lista rozmaitych typów informacji w ankiecie dla profesjonalistów była bardziej rozbudowana i obejmowała takie aspekty, jak na przykład „zastosowanie substancji w medycynie” czy „leczenie zespołu abstynencyjnego”. W celu porównania preferencji profesjonalistów oraz uczestników z grupy młodzieżowej zaprezentowano tylko te rodzaje informacji, o które pytano respondentów z obu grup. Zarówno profesjonalści, jak i przedstawiciele grupy młodzieżowej uznali za ważną wiedzę na temat oczekiwanych efektów oraz działań ubocznych. Ocena wagi tych informacji na skali 5-punktowej, gdzie „1” oznacza „nieważne”, a „5” – „bardzo ważne”, wynosiła powyżej 4,5. Dla respondentów z obu grup istotny okazał się także ogólny opis zawierający kluczowe informacje oraz dane na temat sposobów używania substancji. W grupie profesjonalistów jako najmniej ważne oceniono informacje dotyczące ceny. Dla młodzieży najmniej istotne były informacje o wyglądzie nowych substancji oraz ich statusie prawnym. Generalnie, profesjonalści wyżej niż przedstawiciele młodzieży ocenili wagę poszczególnych rodzajów informacji dla poprawy ich wiedzy o nowych substancjach psychoaktywnych (tabela 2).

### Preferowane drogi otrzymywania informacji o nowych substancjach

Respondenci, którzy wyrazili chęć otrzymywania informacji na temat nowych substancji psychoaktywnych, pytani byli również o preferowane drogi otrzymywania tych informacji.

**Wykres 1. Znajomość poszczególnych substancji psychoaktywnych w grupie profesjonalistów oraz młodzieży**



Zarówno profesjonalści, jak i uczestnicy z grupy młodzieżowej najczęściej wskazywali e-mail (94% profesjonalistów oraz 68% młodzieży) oraz specjalne strony internetowe (61% oraz 70%). Profesjonalści zainteresowani byli również otrzymywaniem biuletynów elektronicznych (57%), natomiast przedstawiciele młodzieży wykorzystaniem Facebooka (31%). Niewielu respondentów z obu grup wyraziło chęć otrzymywania informacji SMS-em, w ramach spotkań społeczności wirtualnych i przez Twittera (wykres 2).

## Podsumowanie

Młodzi uczestnicy badań dysponowali lepszą wiedzą o nowych substancjach psychoaktywnych niż respondenci z grupy profesjonalistów. Wskazuje na to przede wszystkim

**Tabela 2. Ocena znaczenia poszczególnych rodzajów informacji dla poprawy wiedzy respondentów o nowych substancjach psychoaktywnych**

Rodzaj informacji	Młodzież (N=716)	Profesjonalści (N=124)
	Średnia wartość na skali „1” (nieważne) do „5” (bardzo ważne)	
Ogólny opis/ kluczowe informacje	4,38	4,70
Wygląd	3,21	4,08
Ceny	3,55	3,23
Sposób używania	4,11	4,33
Status prawny	3,30	4,29
Oczekiwane efekty	4,73	4,64
Działania uboczne	4,58	4,72

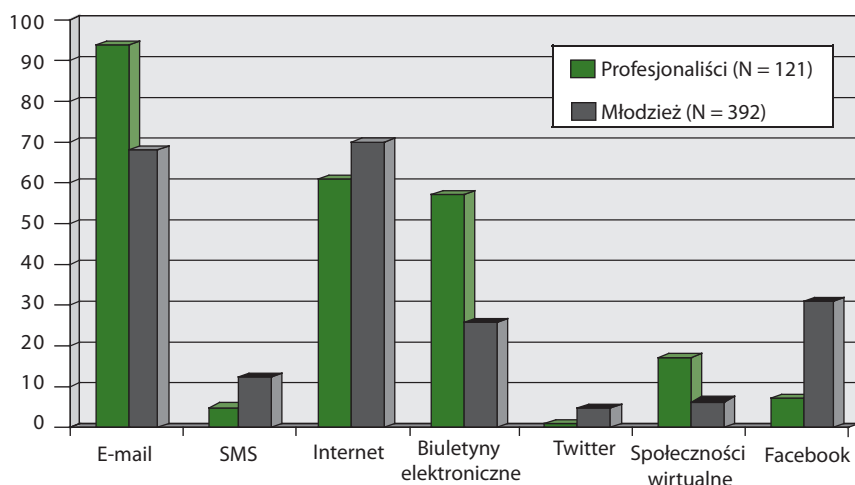
znajomość rozmaitych substancji, które wydają się być mniej znane profesjonalistom. Oczywiście należy pamiętać, że przedstawiciele młodzieży, w większości, stanowili specyficzną grupę użytkowników nowych substancji. Z kolei dla profesjonalistów, choć większość z nich miała w swojej pracy kontakt z młodzieżą sięgającą po dopalacze, ta kwestia nie była jedyną i najważniejszą w ich pracy.

Zarówno profesjonalści, jak i młodzież wyrażali zainteresowanie otrzymywaniem aktualizowanych informacji o nowych substancjach psychoaktywnych, ich ogólnej charakterystyki, w tym na temat pożądanych i niepożądanych efektów ich używania. Status prawny substancji był daleko bardziej interesujący dla profesjonalistów niż dla młodzieży.

Internet okazuje się najbardziej popularną drogą szukania i otrzymywania informacji na ten temat. Badani z obu grup preferują informacje przekazywane pocztą elektroniczną, więcej niż połowa profesjonalistów chciałaby otrzymywać biuletyny elektroniczne, podczas gdy około 1/3 młodzieży przez Facebook.

- 1 - Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie
- 2 - School of Life and Medical Sciences, University of Hertfordshire, Hatfield, Wielka Brytania
- 3 - Addictions Department, Institute of Psychiatry, King's College London, Londyn, Wielka Brytania
- 4 - DrugScope, Londyn, Wielka Brytania
- 5 - Bergen Clinics Foundation, Bergen, Norwegia
- 6 - Rhine State Hospital, University of Duisburg-Essen, Essen, Niemcy
- 7 - IMIM - Hospital del Mar Parc de Recerca Biomèdica, Barcelona, Hiszpania
- 8 - De Sleutel, Gent, Belgia
- 9 - Servizio Salute Regione Marche, Ancona, Włochy
- 10 - National Institute for Drug Prevention, Institute for Social Policy and Labour, Budapeszt, Węgry

**Wykres 2. Preferowane drogi otrzymywania informacji o nowych substancjach psychoaktywnych**



## Bibliografia

Corazza O., Schifano F., Farre M., Deluca P., Davey Z., Drummond C., Torrens M., Demetrovics Z., Di Furia L., Flesland L., Mervó B., Moskalewicz J., Pisarska A., Shapiro H., Siemann H., Skutle A., Pezzolesi C., Van Der Kreeft P., Scherbaum N., „Designer Drugs on the Internet: a Phenomenon Out-of-Control? The Emergence of Hallucinogenic Drug Bromo-Dragonfly”, *Current Clinical Pharmacology* 2011a, May 1, 6 (2), 125-9.

Corazza O., Schifano F., Simonato P., Fergus S., Assi S., Stair J., Corkery J., Trincas G., Deluca P., Davey Z., Drummond C., Blaszkó U., Demetrovics Z., Moskalewicz J., Enea A., Di Melchiorre G., Mervo B., Floridi L., Di Furia L., Farre M., Flesland L., Pasinetti M., Pezzolesi C., Pisarska A., Shapiro H., Siemann H., Skutle A., Sferrazza E., Torrens M., Van der Kreeft P., Zummo D., Scherbaum N., „The phenomenon of new drugs on the Internet: a study on the diffusion of the ketamine derivative methoxetamine (‘MXE’)\”, *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2011b, 27, 145-149.

Corazza O., Assi S., Simonato P., Corkery J., Bersani S., Demetrovics Z., Stair J., Fergus S., Pezzolesi C., Pasinetti M., Deluca P., Drummond C., Blaszkó

U., Moskalewicz J., Mervo B., Di Furia L., Farre M., Flesland L., Pisarska A., Shapiro H., Siemann H., Skutle A., Sferrazza E., Torrens M., Sambola F., Van der Kreeft P., Scherbaum N., Schifano F., „Promoting innovation and excellence to face the rapid diffusion of Novel Psychoactive Substances (NPS) in the EU: the outcomes of the ReDNet project”, *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2013 (w druku).

Kidawa M., „Zjawisko nowych narkotyków w świetle rozwiązań prawnych w Polsce – analiza krytyczna”, *Serwis Informacyjny Narkomania* 2012, nr 4 (60), 19-23.

Measham F., Moore K., Newcombe R., Welch Z., „Tweaking, bombing, dabbings and stockpiling: the emergence of mephedrone and the perversity of prohibition”, *Drugs and Alcohol Today* 2010, 10 (1), 14- 21.

„Stan problemu narkotykowego w Europie. Sprawozdanie roczne 2012”, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Lizbona (pobrane z: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>).

Winstock A.R., Ramsey J.D., „Legal high and the challenges for policy makers”, *Addiction* 2010, 105, 1685-1687.

## WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	6 lutego	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	25 lutego	Bruksela, Belgia
Reitox spotkanie dotyczące systemu akredytacji	6-8 marca	Lizbona, Portugalia
Spotkanie ekspertów dotyczące badań ilościowych z uwzględnieniem nowych substancji psychoaktywnych	20 marca	Lizbona, Portugalia

## SPOTKANIA KRAJOWE

Szkolenie z dialogu motywującego dla kandydatów na realizatorów programu CANDIS, KBPN	28-29 stycznia	Warszawa
Nieformalny dialog polityczny dotyczący narkotyków, Diogenis, TNI, KBPN	14-16 lutego	Warszawa
Spotkanie ewaluacyjno-superwizyjne dla realizatorów programu CANDIS, KBPN	1 marca	Warszawa
Konferencja prasowa inaugurująca projekt KIK/68 pn. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”, GIS	14 marca	Warszawa
Międzynarodowa konferencja „Krajowy, regionalny i lokalny monitoring problemu narkotyków i narkomanii – wyzwania i osiągnięcia w Europie”, CINN KBPN, MCPS	19-20 marca	Warszawa
Część pisemna egzaminu certyfikacyjnego w zakresie uzyskania tytułu specjalisty i instruktora terapii uzależnień, KBPN	23 marca	Warszawa
Szkolenie dla nowych realizatorów programu CANDIS, KBPN	27-28 marca	Warszawa

**Na przeciwdziałanie narkomanii w 2011 roku najwięcej wydał Kraków – 7,9 mln złotych i Warszawa – prawie 5 mln złotych. Najmniej przeznaczono w Szczecinie i Bydgoszczy – po około 0,5 mln złotych oraz w Lublinie – mniej niż 300 tys. złotych.**

# PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII W DUŻYCH MIASTACH CZ. I

Artur Malczewski, Anna Misiurek

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

Jedna z czterech kluczowych reform przeprowadzona w Polsce w 1999 roku, dotycząca administracji samorządowej, miała na celu zwiększenie kompetencji samorządu terytorialnego. W tym czasie Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001 wyznaczył po raz pierwszy zadania dla jednostek samorządu terytorialnego. Kolejnym krokiem w większe zaangażowanie się samorządu lokalnego, w tym dużych miast, w problematykę narkomanii była ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku. Na jej podstawie gminy rozpoczęły wykorzystywanie środków z pozwoleń na sprzedaż alkoholu na działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym. Jednostki samorządu terytorialnego zostały również zobowiązane do opracowania i wdrożenia gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, czyli lokalnej strategii. Dochody z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu (tzw. korkowe) mogły zostać wykorzystane od tego roku na realizację gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Oprócz środków z „korkowego”, gminy mogą wykorzystywać także inne fundusze na realizację programów profilaktycznych, i tak np. w Białymstoku całość dochodów z opłat za zezwolenia wydane na sprzedaż alkoholu przeznaczana jest na program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, a program narkotykowy finansowany jest z innych źródeł. Podobnie było w Gdańsku do roku 2005, jednakże od czasu wejścia w życie nowych przepisów, „korkowe” zaczęto przeznaczać zarówno na program alkoholowy, jak i narkotykowy. De facto oznaczało to zmniejszenie się środków na uzależnienia. Należy podkreślić, iż Gdańsk jest raczej wyjątkiem, ponieważ w zdecydowanej większości gmin w Polsce nowe przepisy pozwoliły na zwiększenie finansowania oraz działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. W 2011 roku gminy wydały około 80 mln złotych na przeciwdziałanie narkomanii w ramach re-

alizowanych gminnych programów. Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie zasięgu oraz rodzaju działań prowadzonych przez największe miasta w Polsce. Dane, które zostaną przedstawione w obu częściach artykułu, bazują na corocznie wypełnianych sprawozdaniach, jak również na analizie miejskich strategii. W drugiej części przedstawiona zostanie sytuacja w Warszawie, która dysponuje jednym z największych budżetów w Polsce spośród miast na przeciwdziałanie narkomanii.

## Podstawy prawne

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, obejmujących:

- 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;
- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- 4) wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
- 5) pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Tabela 1. Obszary KPPN uwzględnione w miejskich programach w 10 największych miastach w Polsce

Obszar i kierunki	Miasta									
	Wrocław	Bydgoszcz	Lublin	Łódź	Kraków	Warszawa	Gdańsk	Katowice	Poznań	Szczecin
PROFILAKTYKA										
Wspieranie rozwoju programów profilaktyki uniwersalnej	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Wspieranie rozwoju programów profilaktyki selektywnej i wskazującej	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie	tak	tak
Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną	tak	tak	nie	tak	nie	nie	tak	nie	tak	tak
LECZENIE, REHABILITACJA, OGRANICZANIE SZKÓD ZDROWOTNYCH I REINTEGRACJA SPOŁECZNA										
Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Zwiększanie dostępności programów ograniczania szkód zdrowotnych dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków	tak	nie	tak	tak	tak	tak	tak	nie	nie	tak
Zapewnienie dostępności leczenia substytucyjnego dla co najmniej 25% populacji osób uzależnionych od opiatów	tak	nie	nie	nie	nie	tak	tak	nie	nie	tak
Zmniejszenie marginalizacji społecznej wśród osób używających szkodliwie oraz osób uzależnionych	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	nie	tak	tak
Wspieranie rozwoju zawodowego pracowników zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków oraz innych grup zawodowych mających styczność z osobami uzależnionymi od narkotyków, np. policjantów, pracowników społecznych, kuratorów, lekarzy, organizacji pozarządowych	tak	tak	nie	tak	nie	tak	tak	nie	tak	tak
BADANIA I MONITORING										
Monitorowanie epidemiologiczne problemu narkotyków i narkomanii na szczeblu lokalnym	tak	tak	nie	tak	tak	tak	tak	nie	tak	tak
Monitorowanie postaw społecznych na temat problemu narkotyków i narkomanii	tak	tak	nie	nie	tak	nie	nie	nie	nie	tak
Rozwój i konsolidacja systemu informacji o narkotykach i narkomanii	tak	nie	nie	nie	nie	nie	tak	nie	nie	nie

Źródło: Sprawozdanie z realizacji KPPN za 2011 rok.

**Tabela 2. Miejskie strategie narkotykowe**

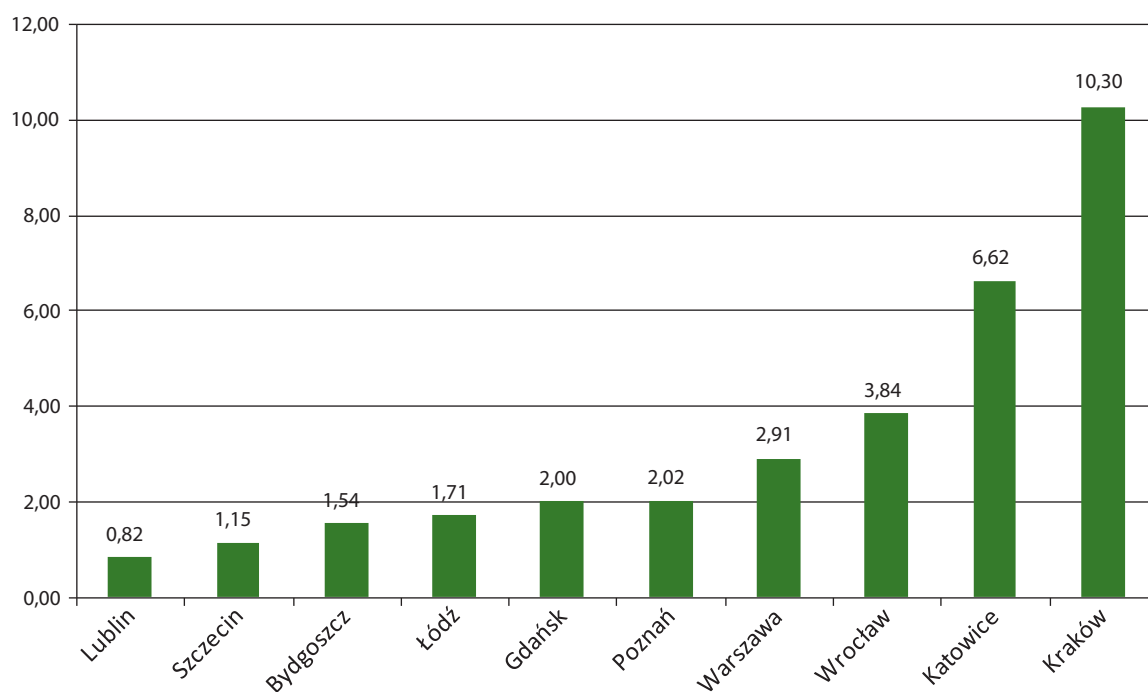
Miasto	Województwo	Program oddzielny/wspólny	Koszt	Diagnoza
Wrocław	dolnośląskie	wspólny, 2010–2011	2 417 553,80	tak
Bydgoszcz	kujawsko-pomorskie	wspólny, 2011	560 000,00	tak
Lublin	lubelskie	oddzielny, od 2005	285 000,00	nie
Łódź	łódzkie	oddzielny, 2011	1 250 000,00	nie
Kraków	małopolskie	wspólny, 2011	7 807 096,00	tak
Warszawa	mazowieckie	oddzielny 2012–2015	4 949 966,65	nie
Gdańsk	pomorskie	oddzielny 2008–2012	921 522,00	tak
Katowice	śląskie	oddzielny, 2011	2 056 545,81	nie
Poznań	wielkopolskie	oddzielny, 2011	1 120 000,00	tak
Szczecin	zachodniopomorskie	oddzielny, 2011	471 875,00	tak

Źródło: Sprawozdanie z realizacji KPPN za 2011 rok.

Krajowy Program z kolei wyznacza szereg kierunków do realizacji w obszarze profilaktyki, leczenia, redukcji szkód i postrehabilitacji oraz badania i monitoringu. Szczegółowy wykaz kierunków zawiera tabela 1.

Na podstawie zapisów ustawy i Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, wójt (burmistrz, prezydent miasta) opracowuje projekt gminnego programu przeciwdziałania narkomanii w celu realizacji zadań zawartych w ustawie oraz Krajowym Programie. Gminny

program uchwalany jest przez radę gminy, a realizowany przez jednostkę wskazaną w tym programie. Gminny program stanowi część szerszej strategii rozwiązywania problemów społecznych. Dodatkowo, w celu realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii, wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać pełnomocnika w tym obszarze. Organ wykonawczy samorządu województwa i gminy sporządza raport z wykonania gminnego programu i efektów jego realizacji, który

**Wykres 1. Koszt programu przeciwdziałania narkomanii na 1 mieszkańca (zł)**

Źródło: Sprawozdanie z realizacji KPPN za 2011 rok.

**Tabela 3. Profilaktyka uniwersalna oraz selektywna i wskazująca – liczba programów i ich odbiorców**

Miasto	Profilaktyka uniwersalna		Profilaktyka selektywna i wskazująca	
	Liczba wspieranych programów	Liczba dzieci i młodzieży	Liczba wspieranych programów	Liczba odbiorców programów
Wrocław	48	28 659	3	19 898
Bydgoszcz	25	15 000	17	3136
Lublin	13	4265	4	3331
Łódź	37	14 812	2	3596
Kraków	5	5514	17	10 050
Warszawa	315	29 534	129	9415
Gdańsk	8	1463	10	3342
Katowice	12	1818	12	1818
Poznań	4	12 700	2	10 000
Szczecin	2	6000	2	227

Źródło: Dane z realizacji KPPN za 2011 rok.

przedkłada odpowiednio sejmikowi województwa lub radzie gminy, w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.

W celu realizacji zadań zawartych w gminnym programie urząd miasta ogłasza konkursy na wspieranie zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Jednym z ważnych podmiotów uczestniczących w rozwiązywaniu problemów uzależnień w Polsce są organizacje pozarządowe, które w głównej mierze otrzymują środki w ramach konkursów organizowanych przez gminy.

## Miejskie strategie narkotykowe

W tabeli 1 przedstawione zostały obszary KPPN na lata 2011–2016 uwzględniane w miejskich programach przeciwdziałania narkomanii. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii wskazuje trzy obszary, które jednostki samorządu terytorialnego mogą realizować w zakresie przeciwdziałania narkomanii – profilaktykę, leczenie, rehabilitację i ograniczanie szkód zdrowotnych oraz badania i monitoring. Dodatkowo dla każdego z tych obszarów określono kierunki działań. W analizowanych miastach tylko Wrocław realizował wszystkie kierunki wskazane w gminnym programie.

Wszystkie miasta wspierały programy profilaktyki uniwersalnej oraz selektywnej i wskazującej. Prawie wszystkie miasta zajmowały się również podnoszeniem poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów

związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku. Ponad połowa uwzględniała w swojej strategii zadania dotyczące podnoszenia kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną. W przypadku działań z obszaru leczenia i redukcji szkód wszystkie miasta uwzględniły pierwszy obszar dotyczący zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków, w o wiele mniejszym stopniu skupiono się na pozostałych obszarach. W ramach monitoringu i badań miasta przede wszystkim zajmowały się monitorowaniem epidemiologicznym problemu narkotyków i narkomanii. W 2008 roku powstała sieć gmin monitorujących problem narkotykowy. Od tego momentu corocznie organizowana jest przez CINN KBPN konferencja dotycząca problemu narkotyków i narkomanii oraz szkolenia dla nowych gmin. Z dużych miast (powyżej 500 tys. mieszkańców) w sieci monitorującej uczestniczą Wrocław, Gdańsk i Łódź.

Większość miast posiadała program przeciwdziałania narkomanii, w przypadku Wrocławia, Bydgoszczy i Krakowa miejski program dotyczył alkoholu i narkotyków. Na przeciwdziałanie narkomanii w 2011 roku najwięcej wydał Kraków – 7,9 mln złotych i Warszawa – prawie 5 mln złotych. Najmniej przeznaczono w Szczecinie i Bydgoszczy – około 0,5 mln złotych oraz w Lublinie – mniej niż 300 tys. złotych. W ramach przy-

gotowywania miejskiego programu przeciwdziałania narkomanii lub analizy problemu narkotyków, sześć<sup>1</sup> miast przeprowadziło diagnozę problemu narkomanii w ramach sondażu ESPAD lub zlecając własne badania. Miasta, które nie zrealizowały takich badań to Lublin, Łódź i Katowice.

Wydatki na narkomanię w dużych miastach zostały przeliczone na wskaźnik na 100 tys. mieszkańców. Na jednego mieszkańca wydano najwięcej w Krakowie – 10 złotych, Katowicach – 6,5 złotego i we Wrocławiu – prawie 4 złote. Najmniej przeznaczono w Lublinie, poniżej 1 złotego.

## Wspieranie profilaktyki

W ramach realizacji miejskich programów urzędy miast dofinansowują programy profilaktyki uniwersalnej oraz selektywnej i wskazującej. Przyjrzyjmy się sytuacji w 2011 roku.

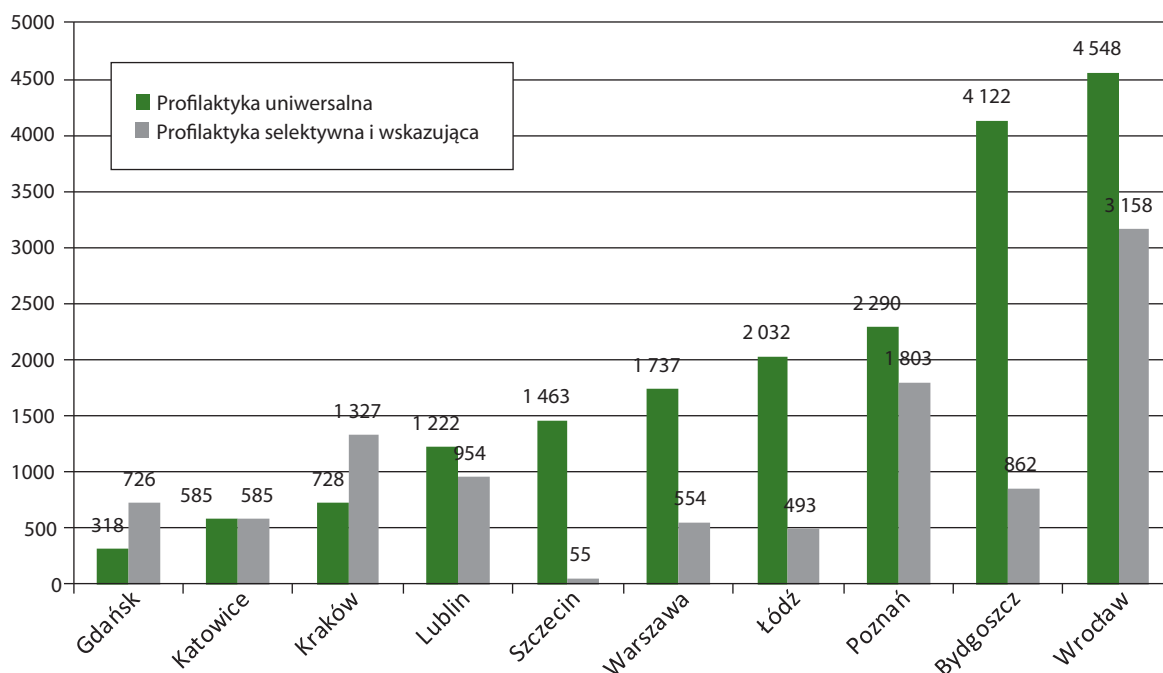
Najwięcej programów profilaktyki uniwersalnej wspieranych było przez Warszawę (315), a najmniej przez Szczecin (2 programy). W ramach profilaktyki uniwersalnej działaniami objęto blisko 300 tys. dzieci i młodzieży w Warszawie i niewiele mniej we Wrocławiu. Obydwa miasta w największym stopniu dofinansowały

działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej. W celu porównania sytuacji między miastami, liczba programów i liczba ich odbiorców zostały przeliczone na wskaźnik na 100 tys. mieszkańców. Najwyższy wskaźnik otrzymano w Warszawie (18,5) i we Wrocławiu (7,6), a najniższy w Krakowie (0,66) i Szczecinie (0,49). Wskaźnik liczby odbiorców był najwyższy we Wrocławiu (4548) i Bydgoszczy (4127). Przyjrzyjmy się, jaki zasięg miały działania z zakresu profilaktyki wskazującej i selektywnej w analizowanych miastach. Liczba wspieranych programów w poszczególnych miastach, podobnie jak w przypadku profilaktyki uniwersalnej, również bardzo się różniła: od 129 programów w Warszawie do dwóch w Poznaniu, Łodzi i Szczecinie. Najwięcej osób było odbiorcami tego typu działań we Wrocławiu (blisko 20 tys.), o połowę mniej w Krakowie i Poznaniu (około 10 tys.). Porównując sytuację w miastach, najwyższy wskaźnik rejestrujemy we Wrocławiu (3157) i Poznaniu (1807), a najniższy w Szczecinie – 55 osób na 100 tys. mieszkańców.

## Przypisy

<sup>1</sup> Są to: Wrocław, Bydgoszcz, Kraków, Gdańsk, Poznań, Szczecin.

**Wykres 2. Liczba dzieci i młodzieży objętych działaniami w ramach profilaktyki uniwersalnej oraz selektywnej i wskazującej**



Źródło: Dane z realizacji KPPN za 2011 rok.

*W 2012 roku terapia skazanych uzależnionych była prowadzona w 46 więziennych oddziałach terapeutycznych, w tym 15 dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych i 31 dla uzależnionych od alkoholu. Terapią w oddziałach dla skazanych uzależnionych objęto ogółem 6824 skazanych, w tym 1493 skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych i 5331 uzależnionych od alkoholu.*

# PRZESTĘPCA, WIĘZIEŃ, PACJENT – PRACA Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI W ZAKŁADACH KARNYCH

Andrzej Majcherczyk

Psycholog, Centralny Zarząd Służby Więziennej

Na podstawie obowiązujących przepisów w zakładach karnych prowadzi się oddziaływania terapeutyczne wobec skazanych uzależnionych. Odbywa się to w ramach systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności (Dubiel i Majcherczyk, 2006; Majcherczyk, 2009; Głowik, 2012). Terapia jest prowadzona przede wszystkim w oddziałach terapeutycznych, które są wydzielonymi częściami zakładu karnego, dysponującymi własną kadrą terapeutyczną, programem oraz niezbędną bazą, umożliwiającą prowadzenie takich oddziaływań. Obok programów prowadzonych w oddziałach terapeutycznych, których długofalowym celem jest abstynencja, w zakładach karnych prowadzi się również dla części skazanych uzależnionych od

opiatów programy terapii substytucyjnej, koordynowane przez więzienną służbę zdrowia, których omówienie pozostaje poza zakresem tego artykułu. Uzupełnieniem tych form są krótkie interwencje i terapia krótkoterminowa, wprowadzane od niedawna poza oddziałami terapeutycznymi. Elementy tej oferty i ich dostępność dla skazanych ilustruje rys. 1.

Podstawa piramidy to programy i oddziaływania, które są szeroko dostępne i stosowane praktycznie w każdej jednostce penitencjarnej. Wierzchołek to oddziaływania dostępne w oddziałach terapeutycznych, czyli enklawach systemu penitencjarnego, zaś segment środkowy to interwencja dostępna poza oddziałami terapeutycznymi, w wybranych zakładach karnych.

**Rys. 1. Główne elementy oferty terapeutyczno-resocjalizacyjnej zakładów karnych dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych**



## Terapia w oddziałach terapeutycznych

W oddziałach terapeutycznych prowadzone są programy podstawowej psychoterapii uzależnień, o poszerzonym spektrum celów, które obejmują nie tylko terapię uzależnienia, ale również resocjalizację i rehabilitację skazanych uzależnionych. Są to pakiety różnych interwencji, których realizacja jest przewidziana na okres kilku miesięcy, przygotowane przez zespoły terapeutyczne z poszczególnych oddziałów i zatwierdzone do realizacji przez dyrektora generalnego Służby Więziennej. Czas trwania terapii w przypadku skazanego uzależnionego od narkotyków może wynosić od 4 do 8 miesięcy (standardowo 6 miesięcy); alkoholicy pozostają w programie krócej, tj. od 2 do 4 miesięcy (standardowo 3 miesiące). Decyzje o skróceniu lub wydłużeniu terapii w indywidualnych przypadkach podejmuje się w zespołach terapeutycznych, uwzględniając dotychczasowy przebieg terapii, indywidualne potrzeby skazanego oraz całość jego sytuacji prawno-karnej.

Terapia w więziennych oddziałach jest prowadzona podobnymi metodami i środkami jak w wolnościowych placówkach i ośrodkach terapeutycznych. To oczywiste, skoro więzienny personel terapeutyczny kończy te same szkolenia i uczestniczy w tym samym programie potwierdzania kwalifikacji zawodowych do prowadzenia terapii co pozostali terapeuci. Są jednak również znaczące różnice: inne środowisko społeczne i ramy instytucjonalne terapii, odmienne rozwiązania organizacyjne, nieco inny charakter relacji terapeutycznej, a ponadto obecność problemów wynikających z kultury więziennej, totalnego charakteru instytucji, większego nasycenia przymusem stosowanych oddziaływań wraz z pochodnymi tej sytuacji (czysto „zewnątrzna” najczęściej motywacja skazanych do udziału w programie), stała obecność w grupach terapeutycznych więźniów mogących stanowić zagrożenie dla innych i dla samych siebie, stres i ograniczone możliwości rozładowywania napięć związanych z pobytem w warunkach izolacji – to tylko niektóre wyzwania, z jakimi więzienny personel terapeutyczny musi radzić sobie na co dzień (Majcherczyk, 2007).

W przeciwieństwie do wielu pozawięziennych ośrodków terapeutycznych, w których dni pensjonariuszy wypełnione są przede wszystkim pracą, w zakładach karnych mamy ograniczone możliwości zarówno oferowania więźniom zatrudnienia, jak i budowania programów na zasadach społeczności terapeutycznej. W programach więziennych wykorzystuje się wybrane elementy społeczności terapeu-

tycznej, ale nie jest to podstawowa metoda oddziaływań. Cechą więziennych programów są natomiast częste kontakty z terapeutą i psychologiem, planowanie zmiany w oparciu o indywidualne programy terapeutyczne (IPT) oraz stosunkowo bogata oferta zajęć terapeutycznych poświęconych kwestiom związanym stricte z uzależnieniem, jego mechanizmami, konsekwencjami, zmianą zachowań, zmianą stylu życia itp. Tym samym, więzienne oddziały terapeutyczne wydają się spełniać wiele postulatów formułowanych wobec wolnościowych placówek terapeutycznych dla osób uzależnionych od narkotyków, którym niekiedy zarzuca się, iż nadmiernie bazują na pracy pensjonariuszy, przy względnym niedostatku profesjonalnych form terapii uzależnienia (Ciechanowski i in., 2010).

Należy także zaznaczyć, że polskie oddziały terapeutyczne nie są tożsame ze znanymi z niektórych innych systemów penitencjarnych tzw. oddziałami wolnymi od narkotyków (*drug-free units*). Oddziały wolne od narkotyków to takie miejsca w systemie penitencjarnym, w których w zamian za deklarację rezygnacji z przyjmowania narkotyków przez skazanego i zgodę na poddawanie się rutynowym badaniom na obecność narkotyków w organizmie, oferuje się mu lepsze warunki odbywania kary i inne korzyści penitencjarne. Temu wszystkiemu nie zawsze towarzyszy terapia; raczej bywa ona pewnego rodzaju fakultatywnym „dodatkiem” do takiego kontraktu. W Polsce oddziały terapeutyczne dla uzależnionych nie zawsze są w stanie zaoferować skazanemu pobyt w lepszych warunkach; niekiedy wyjazd do oddziału terapeutycznego łączy się nawet z przejściowymi zmianami na gorsze (np. utrudniony przez pewien czas kontakt z bliskim, brak możliwości odpłatnego zatrudnienia w okresie terapii). Nikt nie gwarantuje skazanemu, w zamian za deklarację zaprzestania zażywania narkotyków, żadnych specjalnych korzyści; pobyt w takim oddziale jest za to wypełniony pracą nad problemami wynikającymi z uzależnienia, a skazany, który naprawdę chce z tej możliwości skorzystać, ma szansę dokonania pozytywnych zmian w wielu obszarach swojego życia (Majcherczyk, 2009).

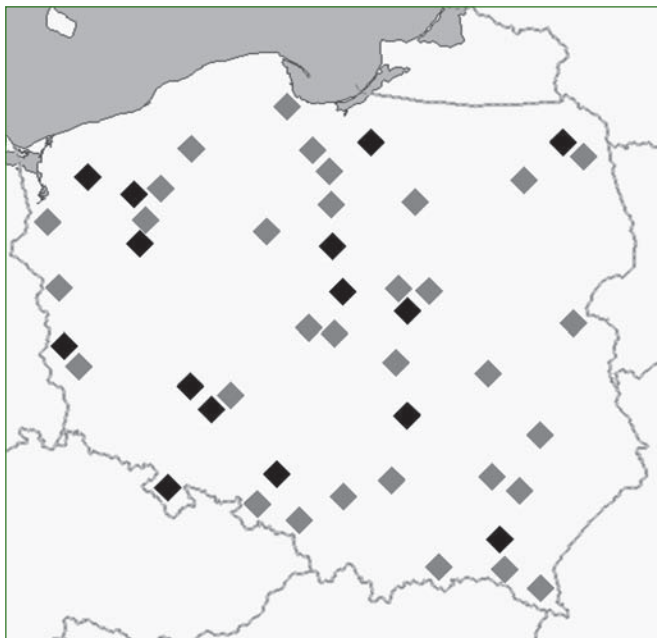
W 2012 roku terapia skazanych uzależnionych była prowadzona w 46 więziennych oddziałach terapeutycznych, w tym 15 dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych i 31 dla uzależnionych od alkoholu. Ich rozmieszczenie na mapie kraju obrazuje rys. 2.

Terapią w więziennych oddziałach terapeutycznych obejmuje się rocznie tysiące skazanych uzależnionych. Dzięki inwestycjom w tworzenie nowych oddziałów, zasięg tych

oddziaływań przez ostatnie 10 lat wzrastał z roku na rok, co ilustruje wykres 1.

W 2012 roku terapię w oddziałach dla skazanych uzależnionych objęto ogółem 6824 skazanych, w tym 1493 skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych i 5331 skazanych uzależnionych od alkoholu.

**Rys. 2. Sieć więziennych oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych (kolor czarny) i od alkoholu (kolor szary), stan na 31.12. 2012 roku**

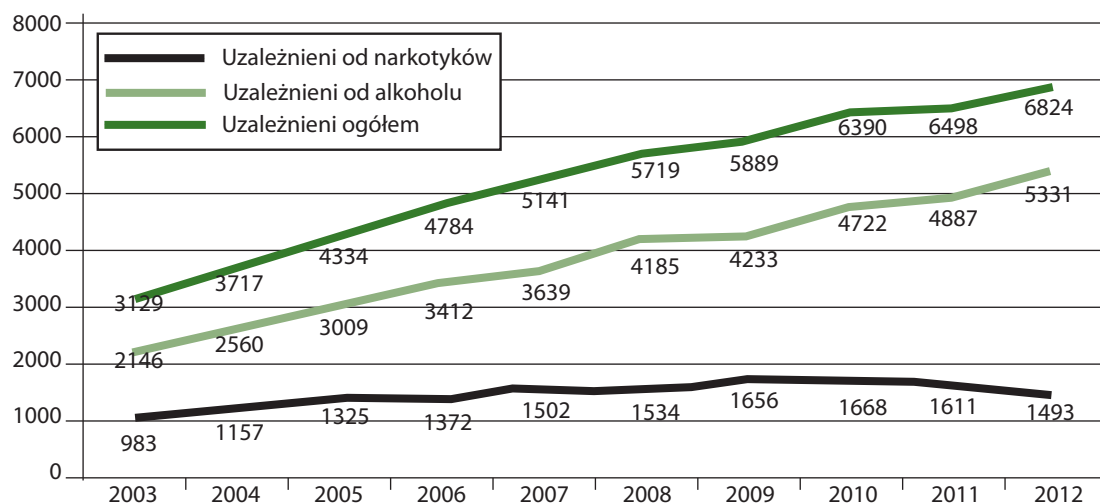


Chociaż programy więziennych oddziałów terapeutycznych już wiele lat temu zostały ograniczone w czasie i stały się raczej programami średnioterminowymi niż długoterminowymi, wciąż pozostają to interwencje stosunkowo długie, przez co szereg osadzonych nie mogło zostać objętych taką terapią. Również nie każdy potencjalny pacjent potrzebuje aż tak rozbudowanej interwencji terapeutycznej w formie udziału w wielomiesięcznym, stacjonarnym programie. Liczne rekomendacje międzynarodowe zachęcają do budowania zróżnicowanej oferty terapeutycznej, opartej na różnych podejściach psychospołecznych. W odpowiedzi na te potrzeby rozwinęto krótsze formy interwencji, pozwalające objąć oddziaływaniami w warunkach więziennych niemal każdego osadzonego, który ma problemy wynikające z używania substancji.

### Krótkie interwencje motywujące

Krótkie interwencje motywujące (KIM) stosowane w polskim więziennictwie wobec osadzonych nadużywających substancji psychoaktywnych to ustrukturyzowana forma wywiadu motywującego (Miller i Rollnick, 2010), składająca się z co najmniej trzech indywidualnych sesji (optymalnie jedna sesja w tygodniu), w trakcie których dokonuje się oceny stopnia nasilenia problemów wynikających z uzależnienia, przekazuje się skazanemu informację zwrotną o wynikach tej oceny, przeprowadza rozmowę motywującą go do podjęcia terapii lub samodzielnej zmiany oraz udziela się odpowiednich wskazówek dotyczących zmiany zachowań wynikających z uzależnienia (Głowik i Majcherczyk, 2010).

**Wykres 1. Liczba skazanych uzależnionych objętych terapią w więziennych oddziałach terapeutycznych dla uzależnionych od narkotyków, alkoholu oraz łącznie w latach 2003–2012**



Z uwagi na indywidualną formę i zwartą budowę, mogą być szeroko stosowane wszędzie tam, gdzie skazany pozostaje dostępny przez minimum 3 tygodnie; nie ma też przeciwwskazań do obejmowania tym programem tymczasowo aresztowanych. Należy pamiętać, że programy zaliczane do kategorii krótkiej interwencji są odpowiednie przede wszystkim dla osób używających substancji w sposób ryzykowny lub szkodliwy; wobec osób uzależnionych mogą być stosowane przede wszystkim jako motywujący wstęp do właściwej terapii, albo wówczas, jeżeli nie ma możliwości zastosowania dłuższej terapii (Miller, 2009). Tego typu programy są rekomendowane do stosowania w zakładach karnych i istnieją pozytywne przykłady ich zastosowania w populacji więziennej (Farbring et al., 2008; Ginsburg et al., 2010).

KIM są prowadzone w polskich zakładach karnych i aresztach śledczych od 2010 roku. Podstawowym szkoleniem, przygotowującym do ich prowadzenia, objęto wówczas grupę 240 więziennych psychologów z terenu całego kraju. Wdrożenie tego programu do praktyki jednostek penitencjarnych zostało opisane (Majcherczyk i Głowik, 2011), a dane ilustrujące zakres jego wykorzystywania przedstawia wykres 2.

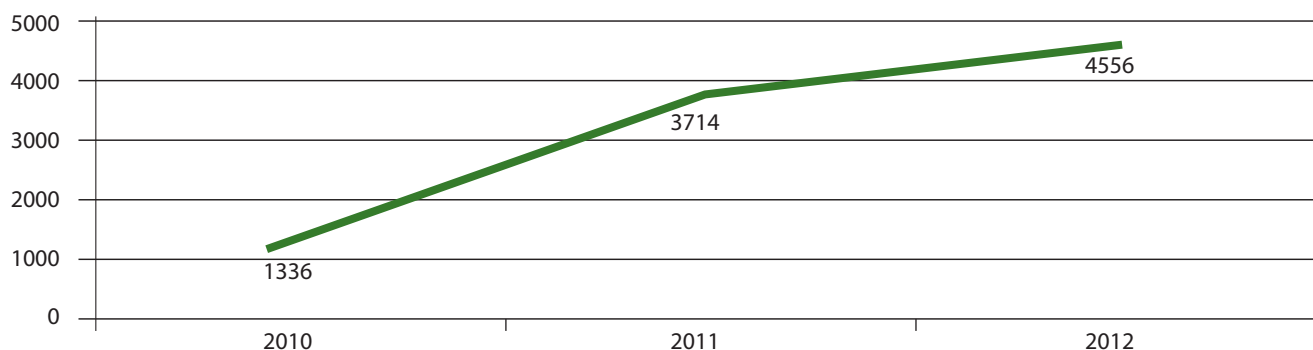
W 2012 roku więzienni psychologowie przeprowadzili ogółem 4556 KIM (o 22,7% więcej niż w 2011 roku); 2547 KIM (56%) zostało przeprowadzonych wobec osób uzależnionych, a pozostałymi objęto osadzonych używających substancji w sposób ryzykowny lub szkodliwy. Spośród KIM przeprowadzonych w 2012 roku, prawie dziesięciokrotnie więcej interwencji nastąpiło w konsekwencji nadużywania alkoholu (4101) niż używania narkotyków (455). 127 KIM (2,8%) zostało przeprowadzonych wobec osób tymczasowo aresztowanych. Szczegółowe dane o liczbie KIM przeprowadzonych w 2012 roku, w rozbiciu na różne kategorie

problemów stanowiących przyczynę ich zastosowania, przedstawia rys. 3.

Zakres stosowania KIM w odniesieniu do problemów alkoholowych oraz problemów wynikających z przyjmowania narkotyków wydaje się odzwierciedlać częstość występowania tych problemów w populacji więziennej. Jak wynika z badań penitencjarnych, w Polsce problemy alkoholowe występują wśród więźniów około 10-krotnie częściej niż te, które są związane z narkotykami. Nie powinno zatem dziwić, że KIM także są stosowane około 10-krotnie częściej w związku z problemami alkoholowymi niż narkotykowymi.

Fakt, iż ponad połowa KIM dotyczy osób uzależnionych, oznacza zapewne, że są one dość często stosowane jako substytut dłuższej terapii. Ocena tego zjawiska nie jest jednoznaczna. Krótka interwencja jest skutecznym narzędziem rozwiązywania raczej mniej niż bardziej nasilonych problemów wynikających z nadużywania substancji. Jej procedura została opracowana przede wszystkim z myślą o osobach pijących/zażywających w sposób ryzykowny lub szkodliwy, zaś w odniesieniu do osób uzależnionych powinna być stosowana przede wszystkim wówczas, gdy nie ma szans na objęcie skazanego dłuższą terapią. Trudno spodziewać się, że krótkie interwencje będą równie skuteczne jak kilkumiesięczna stacjonarna terapia w oddziale terapeutycznym. Z drugiej strony, lepiej objąć skazanego uzależnionego krótką interwencją, która stwarza szansę przynajmniej na zapoczątkowanie zmian, niż pozostawić go bez żadnej interwencji dotyczącej uzależnienia. Nie ulega wątpliwości, że w sytuacji braku wystarczającej liczby miejsc w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych, krótkie interwencje stanowią niezwykle potrzebne uzupełnienie oferty tych oddziałów.

**Wykres 2. Liczba krótkich interwencji motywujących przeprowadzonych w systemie penitencjarnym w latach 2010–2012**



Dane za rok 2012, w zestawieniu z danymi za lata ubiegłe, pokazują znaczącą dynamikę rozwoju tego programu i stale wzrastającą rolę krótkich interwencji jako sposobu pracy z osadzonymi, będącymi na różnych stadiach problemu nadużywania substancji. Dotychczas krótkie interwencje były prowadzone jako jeden z programów realizowanych poza systemem terapeutycznym, których stosowanie nie było ściśle regulowane przez obowiązujące przepisy. W przyszłości sposób ich wykorzystywania będzie zapewne kształtowany przez zmiany legislacyjne. Znowelizowane rozporządzenie ministra sprawiedliwości w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, którego przepisy weszły w życie 14 stycznia 2013 roku, określiło obowiązujący standard dla krótkich interwencji prowadzonych w systemie penitencjarnym. Przewiduje ono, że krótkimi interwencjami będą obejmowani skazani uzależnieni, którzy z różnych powodów nie będą mogli być objęci dłuższą terapią w oddziałach terapeutycznych. Wobec osób używających substancji psychoaktywnych w sposób ryzykowny lub szkodliwy krótkie interwencje będą prowadzone na dotychczasowych zasadach.

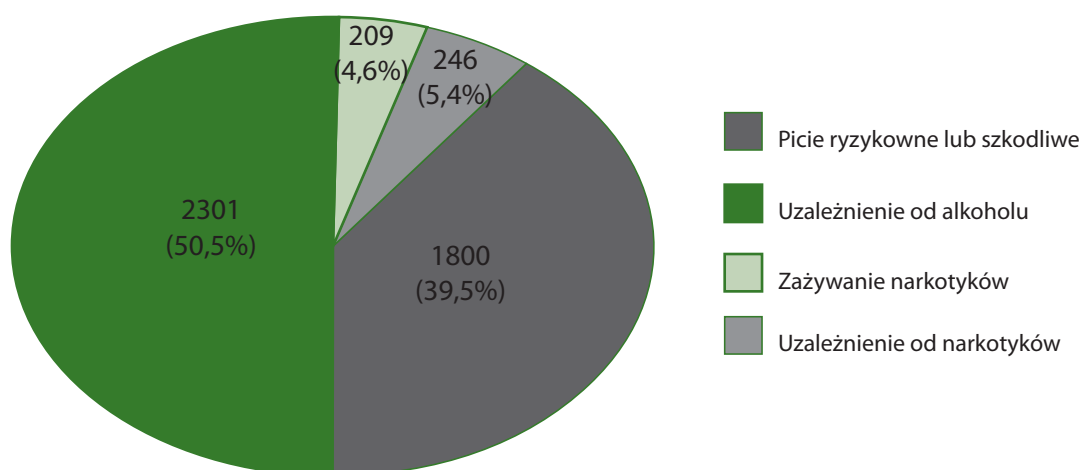
## Terapia krótkoterminowa

W przypadku skazanych uzależnionych, którzy nie mogą zostać objęci stacjonarną terapią w oddziale terapeutycznym, ale którzy dla rozwiązania problemów wynikających z uzależnienia wymagają czegoś więcej niż oddziaływań w formie krótkiej interwencji, bardzo dobre rozwiązanie może stanowić terapia krótkoterminowa, prowadzona poza

oddziałami terapeutycznymi (PARPA, 2010). Oddziaływania tego typu są w więziennictwie w stadium początkowym; były dotychczas wprowadzane ostrożnie, pilotażowo, wyłącznie poza systemem terapeutycznym, w ramach różnych innych programów oddziaływań. Ich szersze wprowadzenie do systemu terapeutycznego wymaga jeszcze pewnych zmian legislacyjnych, w szczególności zmian w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej. Ciekawą formą terapii krótkoterminowej, która mogłaby tu znaleźć zastosowanie, jest na przykład terapia motywująca nadużywania substancji (TMNS) (Głowik i Majcherczyk – publikacja w przygotowaniu), stanowiąca ustrukturalizowany pakiet interwencji oparty na szerokich podstawach teoretycznych. To podejście integruje terapię skoncentrowaną na kliencie (Rogers, 1951), rozmowę motywującą (Miller i Rollnick, 2010), stadia zmiany (Prochaska et al., 2008) oraz terapię skoncentrowaną na rozwiązaniu (De Jong i Berg, 2007; Berg i Miller, 2007). Kolejne sesje TMNS obejmują:

- autodiagnozę motywacji skazanego do zmiany;
- autodiagnozę zasobów istotnych w procesie zmiany;
- uświadomienie oczekiwań osób ważnych dla skazanego;
- autodiagnozę problemu nadużywania substancji;
- autoanalizę własnych zachowań i procesu podejmowania decyzji;
- wygenerowanie możliwych rozwiązań problemu i ich ocenę;

**Rys. 3. Liczba i odsetek krótkich interwencji motywujących przeprowadzonych w związku z poszczególnymi kategoriami problemów wynikających z przyjmowania substancji psychoaktywnych, 2012 rok (n=4556)**



- zaplanowanie działania;
- zobowiązanie się do działania;
- monitorowanie zmiany;
- podtrzymanie zmiany.

W 2012 roku wszystkimi formami terapii krótkoterminowych prowadzonymi poza oddziałami terapeutycznymi objęto 334 skazanych, w tym 243 uzależnionych od alkoholu i 91 uzależnionych od narkotyków. W większości były to oddziaływania prowadzone na zasadzie outsourcingu, przez terapeutów przychodzących z zewnątrz do jednostek penitencjarnych. Jak już zaznaczono, prowadzono je poza systemem terapeutycznym, obejmując nimi wyłącznie tych skazanych, którzy z uwagi na bliski termin końca kary, nie mogli odbyć terapii w oddziałach terapeutycznych. Dopiero kolejne lata powinny przynieść odpowiedź na pytanie, czy terapia krótkoterminowa przyjmie się szerzej w jednostkach penitencjarnych i w jakich formach. Należy mieć nadzieję, że dostępność terapii krótkoterminowych będzie wzrastać, ponieważ wielu skazanych, którzy z różnych powodów nie mogą odbyć terapii w oddziale terapeutycznym, ma dosyć poważne problemy wynikające z uzależnienia, których rozwiązanie wymaga stosowania bardziej zindywidualizowanych i szerzej zakrojonych oddziaływań niż te, które są możliwe do przeprowadzenia w ramach krótkiej interwencji. Zarazem terapia krótkoterminowa jest bardziej złożona i w przeciwieństwie do krótkiej interwencji wymaga od realizatorów przygotowania terapeutycznego. Jej odpowiedzialne prowadzenie zakłada konieczność przejścia odpowiedniego szkolenia. Z tych względów nie można oczekiwać, że terapia krótkoterminowa będzie w obecnych warunkach stosowana równie powszechnie jak krótkie interwencje. Objęcie tą formą oddziaływania większej grupy skazanych może wymagać jeszcze szerzej zakrojonych szkoleń kadry więziennych psychologów, a także zwiększenia liczby etatów psychologów lub zatrudnienia w oddziałach penitencjarnych terapeutów uzależnień, bądź też przeznaczenia większych środków na zakup odpowiednich usług terapeutycznych.

Przegląd oferty terapeutycznej dla osób uzależnionych, które popełniły przestępstwa i znalazły się w zakładach karnych, pokazuje zakres i bogactwo form tych oddziaływań oraz obrazuje znaczącą skalę wysiłku więziennych psychologów i terapeutów. Jest to żmudna, trudna, często niewdzięczna, ale bardzo potrzebna praca u podstaw, wykonywana w niełatwych warunkach. Ta praca ma kluczowe znaczenie dla uzależnionych więźniów, ich rodzin

i całego społeczeństwa, bo przecież nie sama sankcja karna, lecz dopiero stworzenie skazanym możliwości zmiany i wymierna pomoc w tej zmianie, stwarzają prawdziwą szansę na zmniejszenie ryzyka powrotu do przestępstwa. Stosowanie kary pozbawienia wolności wobec osób uzależnionych od środków psychoaktywnych bez tych ludzi i bez tych oddziaływań nie miałoby większego sensu.

## Bibliografia

- Berg I.K., Miller S., „Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym”, Galaktyka, Łódź 2007.
- Ciechanowski J., Chmielewska B., Czyż E., „Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków”, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2010.
- De Jong P., Berg I.K., „Rozmowy o rozwiązaniach”, Księgarnia Akademicka UJ, Kraków 2007.
- Dubiel K., Majcherczyk A., „Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków”, Przegląd Więziennictwa Polskiego 2006.
- Farbring C.A., Johnson W.R., „Motivational Interviewing in the correctional system. An attempt to implement Motivational Interviewing in Criminal Justice” (w:) Arkowitz H., Westra H.A., Miller W.R., Rollnick S. (red.), Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems, Guilford, New York 2008.
- Ginsburg J.I.D., Mann R., Rotgers F., Weekes J.R., „Wywiad motywujący z populacjami przestępczymi w trakcie odbywania kary lub dozoru” (w:) Miller W.R., Rollnick S. (red.), Wywiad Motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany, Wydawnictwo UJ, Kraków 2010.
- Głowik T., Majcherczyk A., „Można Inaczej. Skrypt dla uczestników szkoleń w zakresie krótkiej interwencji”, Biuro Penitencjarne CZSW, Warszawa 2010 (niepublikowany).
- Głowik T., „Specyfika terapii w izolacji więziennej” (w:) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J.C. (red.), Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, KBPN, Warszawa 2012.
- Majcherczyk A., „Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych”, Alkoholizm i Narkomania 2007, 20 (3).
- Majcherczyk A., „Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych (w:) Rejzner A., Szczepaniak P. (red.), Terapia w resocjalizacji. Część II – ujęcie praktyczne, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa 2009.
- Majcherczyk A., Głowik T., „Krótkie interwencje wobec skazanych nadużywających substancji psychoaktywnych”, Przegląd Więziennictwa Polskiego 2011.
- Miller W.R., Rollnick S. (red.), „Wywiad Motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany”, Wydawnictwo UJ, Kraków 2010.
- Miller W.R., „Wzmocnienie motywacji do zmiany. Zalecenia do optymalizacji terapii”, Parpamedia, Warszawa 2009.
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, „Krótki przewodnik dla klinicystów. Krótkie interwencje i terapie krótkoterminowe w nadużywaniu substancji”, Parpamedia, Warszawa 2010.
- Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C., „Zmiana na dobre. Rewolucyjny program zmiany, który pomoże ci przezwyciężyć złe nawyki”, Instytut Amity, Warszawa 2008.
- Rogers C.R., „Client centered therapy”, Houghton-Mifflin, Boston 1951.

*Przyczyną encefalopatii manganowej jest ekspozycja na związki manganu. Poza przypadkami przemysłowej ekspozycji na mangan, w odniesieniu do narkomanów praktycznie we wszystkich przypadkach czynnikiem patogennym jest niemal wyłącznie dożylne podawanie preparatów zawierających związki manganu powstałe przy produkcji metkatynonu (efedronu) z leków zawierających pseudoefedrynę.*

# POWAŻNE ENCEFALOPATIE SPOWODOWANE ZWIĄZKAMI MANGANU UŻYWANymi DO PRODUKCJI METKATYNONU (EFEDRONU) Z LEKÓW ZAWIERAJĄCYCH PSEUDOEFEDRYNĘ

Bogusław Habrat

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień

Instytut Psychiatrii i Neurologii

## Wstęp

Uszkodzenia mózgu spowodowane związkami manganu są znane od dawna, ale w medycynie miały znaczenie marginalne i były przedmiotem zainteresowania głównie medycyny pracy, ponieważ były związane praktycznie wyłącznie z ekspozycją na mangan u pracowników wydobywających rudy zawierające ten pierwiastek oraz pracowników hutnictwa. W ich przypadku związki manganu penetrowały mózg głównie przez śluzówkę i nerwy węchowe. Pierwsze objawy pojawiały się zazwyczaj po dziesięcioleciach ekspozycji na związki manganu. Zjawisko to nazwano parkinsonizmem spowodowanym manganem (*manganese induced parkinsonism*, MIP), ponieważ w obrazie klinicznym dominowały objawy pozapiramidowe, jednak stwierdzano też szereg innych objawów neurologicznych.

Od około 2005 roku w Rosji, w krajach postsowieckich (Gruzja, Ukraina, Łotwa, Estonia, Azerbejdżan) i sąsiadujących (Turcja) zaobserwowano szereg przypadków ciężkich encefalopatii u narkomanów używających metkatynonu (efedron). Czynnikiem sprawczym były

związki manganu używane do produkcji metkatynonu z leków zawierających pseudoefedrynę.

W Polsce zaobserwowano podobne przypadki ciężkich encefalopatii u osób, które używały preparatów zawierających obok metkatynonu także związki manganu.

*Mangan jest pierwiastkiem o dużej aktywności chemicznej i dlatego działa neurotoksycznie, powodując szok oksydacyjny. Związki manganu są bardzo powoli eliminowane, co w przypadku powtarzającego się używania efedronu prowadzi do kumulacji w mózgu, a w przypadku odstawienia zanieczyszczonego narkotyku – do wolnego wydalania z moczem.*

## Epidemiologia

Nie ma żadnych badań nad rozpowszechnieniem występowania encefalopatii pomanganowej. W Rosji i krajach postsowieckich zjawisko używania preparatów zawierających mangan jest powszechne, a szkody tym spowodowane liczne, ale oprócz doniesień kazuistycznych nie przełożyło się to na badania epidemiologiczne. W Polsce produkcja metkatynonu z leków zawierających pseudoefedrynę była znana od początku XXI wieku, jednak

większość badanych przez nasz zespół osób relacjonowała rozpoczęcie produkcji i używania metkatynonu po wejściu prawnych restrykcji wobec tzw. dopalaczy. Nie ma nawet orientacyjnych danych na temat rozpowszechnienia tego zjawiska, co po części wynika z niewiedzy neurologów, addyktologów, psychiatrów o tej nowej jednostce chorobowej. Jednak na większości

moich spotkań z profesjonalistami mającymi kontakt z osobami uzależnionymi zgłaszane jest co najmniej kilka prawdopodobnych przypadków encefalopatii manganowej.

## Etiopatogeneza

Przyczyną encefalopatii manganowej jest ekspozycja na związki manganu. Poza przypadkami przemysłowej ekspozycji na mangan, w odniesieniu do narkomanów praktycznie we wszystkich przypadkach czynnikiem patogennym jest niemal wyłącznie dożylne podawanie preparatów zawierających związki manganu powstałe przy produkcji metkatynonu (efedronu) z leków zawierających pseudoefedrynę (głównie, choć nie tylko, Sudafedu). „Domowa” synteza metkatynonu z leków polega na reagowaniu pseudoefedryny z nadmanganianem potasu, kwasem octowym (ocet spirytusowy) oraz wodą, a „oczyszczanie” sprowadza się do przepuszczenia tak powstałego roztworu przez strzykawkę z watą.

Mangan jest pierwiastkiem o dużej aktywności chemicznej i dlatego działa neurotoksycznie, powodując szok oksydacyjny. Związki manganu są bardzo powoli eliminowane, co w przypadku powtarzającego się używania efedronu prowadzi do kumulacji w mózgu, a w przypadku odstawienia zanieczyszczonego narkotyku – do wolnego wydalania z moczem. Stąd neurotoksyczne działanie utrzymuje się długo po spontanicznej lub forsowanej eliminacji pierwiastka. Zmiany neurologiczne są zazwyczaj utrwalone, a po zaprzestaniu iniekcji, co najwyżej nieco zmniejsza się ich nasilenie.

## Obraz kliniczny

Do pracowników ochrony zdrowia pacjenci zgłaszają się zazwyczaj w zaawansowanej formie encefalopatii, stąd wiedza o początkowych stadiach jest mała. Przyczyny późnego zgłaszania się do lekarzy są złożone, ale

wydać się, że głównym powodem jest przyzwyczajenie narkomanów do różnych ciężkich powikłań używania narkotyków i oczekiwanie na spontaniczne ustąpienie objawów. Głównymi objawami, na które pacjenci zwracają uwagę, są zaburzenia postawy, trudności z wykonywaniem precyzyjnych ruchów oraz zaburzenia mowy.

Na obraz kliniczny składają się głównie zaburzenia neurologiczne. Dominują objawy pozapiramidowe (wzmoczone napięcie mięśniowe, drżenia, trudności w zatrzymywaniu się przy ruchach do przodu i do tyłu). Zmienione napięcie różnych mięśni posturalnych powoduje trudności

w utrzymywaniu pionowej pozycji ciała, czasami z tendencją do upadków do tyłu. Charakterystyczna jest „postawa i chód koguta”: pacjenci chodzą na palcach z wypiętą klatką piersiową. Część pacjentów ma trudności w poruszaniu się, niektórzy muszą nawet korzystać z wózka inwalidzkiego. Typowym i częstym problemem są zaburzenia mowy („zacinanie się”), w skrajnych przypadkach praktycznie uniemożliwiające kontakt słowny. Część chorych ma napady niekontrolowanego śmiechu lub płaczu. Zaburzeniu

*Związki manganu używane do syntezy efedronu z pseudoefedryny są bardzo neurotoksyczne i powodują ciężką encefalopatię o znacznym potencjale inwalidyzacji, w tym trudności funkcjonowania w najprostszych rolach. Głównymi objawami, na które pacjenci zwracają uwagę, są zaburzenia postawy, trudności z wykonywaniem precyzyjnych ruchów oraz zaburzenia mowy.*

ulegają ruchy precyzyjne, zmienia się charakter pisma (mikrografia).

Nawet pobieżna znajomość obrazu klinicznego encefalopatii manganowej pozwala z dużym prawdopodobieństwem podejrzewać lub postawić wstępne jej rozpoznanie. Prawdopodobieństwo zaczyna graniczyć z pewnością, gdy stwierdzi się związek zaburzeń neurologicznych z dożylnym przyjmowaniem preparatu zawierającego efedron i związki manganu. W badaniach neuroobrazowych (MRI) stwierdza się ewidentne zmiany, polegające na wysyceniu manganem struktur podkorowych, w szczególności gałki bladej. Zwiększone stężenia manganu jest trudno ocenić, ponieważ w Polsce nie ma laboratoriów, które rutynowo oznaczałyby stężenia tego pierwiastka w płynach ustrojowych. Tam, gdzie się to udaje, stwierdza się wielokrotnie

zwiększone stężenia we krwi w stosunku do norm. W moczu natomiast stężenia są małe, co oznacza, że mangan jest bardzo powoli eliminowany z organizmu. W związku z tym duże stężenia manganu we krwi oraz wysycenie nim tkanek mózgu utrzymuje się długo po zaprzestaniu przyjmowania preparatów z manganem.

## Przebieg

Naturalny przebieg encefalopatii manganowej nie jest dobrze znany, ponieważ do klinicystów zgłaszają się głównie osoby z bardzo zaawansowanymi stadiami choroby. Pacjenci relacjonują, że pierwsze objawy pojawiają się po kilku miesiącach, rzadziej – po kilku tygodniach regularnego używania preparatów z manganem. Nie jest wykluczone, że zmiany te występują już znacznie wcześniej. Dalszy przebieg jest nieco lepiej poznany: ma on charakter przewlekły, najczęściej progresywny, przeważnie niepoddający się leczeniu, a zaprzestanie przyjmowania preparatów z manganem lub forsowane usuwanie go z organizmu najczęściej łączy się z co najwyżej złagodzeniem objawów. Opisywano też przypadki zmniejszenia stężeń w surowicy i zmniejszenia wysycenia w MRI i mimo tego pogarszania się stanu neurologicznego i ogólnego pacjenta. Mimo podejmowania interwencji edukacyjnych, polegających na wykazywaniu związku między przyjmowaniem preparatów zawierających mangan a poważnymi powikłaniami o charakterze postępującym, znaczna część pacjentów kontynuuje wytwarzanie i używanie niebezpiecznych preparatów.

## Leczenie

Leczeniem zbliżonym do przyczynowego jest eksperymentalne podawanie w warunkach szpitalnych preparatów jonowymiennych (EDTA), które przyspieszają eliminację jonów metali ciężkich. Wyniki nielicznych kazuistycznych doniesień są niejednoznaczne – najczęściej leczenie trzeba powtarzać, a ewentualna poprawa jest najczęściej częściowa i przemijająca.

Próby leczenia preparatami L-DOPA, podstawowymi w leczeniu parkinsonizmu o różnej etiologii, są zazwyczaj nieskuteczne. Niemniej w pojedynczych przypadkach zaobserwowano pewną poprawę, którą,

być może, można wiązać z tymi lekami. Inne leki przeciwparkinsonowskie są zazwyczaj nieefektywne.

## Profilaktyka

W związku z brakiem skutecznego leczenia, istotną rolę powinny odgrywać programy edukacyjne adresowane do różnych grup odbiorców. W pierwszej kolejności dotyczy to informowania osób uzależnionych i eksperymentujących o szczególnej toksyczności preparatów, w których obok pożądanego narkotyku znajdują się związki manganu.

Należy przeszkolić i wyposażać w rzetelną wiedzę wszystkich profesjonalistów, którzy stykają się z użytkownikami domowo wytwarzanych preparatów efedronu zawierających związki manganu.

W środowiskach neurologów dopiero zaczyna się zapoznawanie z kazuistycznymi przypadkami encefalopatii manganowej.

Interesująca, choć bardzo kontrowersyjna jest propozycja, która wyszła ze środowisk użytkowników substancji psychoaktywnych. Zaproponowano, aby w ramach redukcji szkód, uznając, że znaczna część użytkowników preparatów efedronu z manganem niezależnie od informacji o dużym ryzyku poważnych szkód ich stosowania, nie zaprzestanie praktyk ich wytwarzania i używania, opracować i rozpowszechnić alternatywną, „bardziej bezpieczną” syntezę efedronu z pseudoefedryny.

## Podsumowanie

W ostatnich latach, także w Polsce, rozpowszechniło się zjawisko produkcji efedronu z leków zawierających pseudoefedrynę. Skala zjawiska nie jest znana, ale prawdopodobnie znaczna.

Związki manganu używane do syntezy efedronu z pseudoefedryny są bardzo neurotoksyczne i powodują ciężką encefalopatię o znacznym potencjale inwalidyzacji, w tym trudności funkcjonowania w najprostszych rolach.

Wyniki leczenia są niezadowolające i często nie zapobiegają progresywnemu przebiegowi choroby.

W tym kontekście najważniejszą rolę może odgrywać profilaktyka, polegająca na szerzeniu rzetelnej wiedzy; działania powinny być skierowane zarówno do użytkowników substancji psychoaktywnych, jak i do szerokiego grona profesjonalistów.

*Artykuł jest streszczeniem raportu Kateriny Skarupovej, omawiającego metody i wyniki badań prowadzonych na populacji ogólnej oraz wśród młodzieży szkolnej. Analizowane są różnice wyników uzyskiwanych w różnych badaniach oraz możliwe źródła błędów oszacowania popularności narkotyków w badanych grupach.*

## WPŁYW KONTEKSTU I TECHNIKI BADAŃ NARKOTYKOWYCH NA WYNIK

W Europie dominującymi typami badań poruszających tematykę narkotykową są ogólne badania na temat zdrowia oraz badania szczegółowe, skupione na używaniu substancji psychoaktywnych. Wyniki uzyskiwane w obu rodzajach badań różnią się, często znacząco. Fakt ten skłonił EMCDDA do zamówienia raportu analizującego przyczyny takiej sytuacji<sup>1</sup>.

Do 2010 roku EMCDDA odnotowało 108 badań ogólnokrajowych, w których pytano o używanie narkotyków. Większość z nich, 53 badania, dotyczyła wyłącznie tematyki narkotykowej, w 19 przypadkach pytano o używanie narkotyków w kontekście zdrowotnym, w 19 badaniach pytania o narkotyki umieszczone były w innym kontekście (z tego 17 w Wielkiej Brytanii dotyczyło przestępczości); tematykę narkotyków poruszono też w 9 badaniach przekrojowych (*omnibus surveys*).

### Różnice wyników

W przeglądzie badań populacji ogólnej z poszczególnych państw autorka raportu wskazuje na powtarzające się wypadki niedoszacowań w wynikach ankiet na temat zdrowia w porównaniu z badaniami o tematyce ściśle związanej z narkotykami.

Największe różnice dotyczyły Austrii, Czech, Polski i Szwecji. W Austrii badanie narkotykowe z 2004 roku wykazało poziom spożycia choć raz w życiu na poziomie 20%. Badanie na temat zdrowia z 2006 roku dało

wynik o połowę niższy – 10%; w Polsce dwa badania narkotykowe z 2002 i 2006 roku wykazały jednorazowe spożycie cannabis na poziomie 7,7% oraz 9,1%, natomiast w badaniu zdrowotnym odsetek ten wyniósł zaledwie 1,5%; z kolei w Czechach przeprowadzone w jednym roku (2008) badania narkotykowe i zdrowotne wykazały

wynik jednorazowego spożycia cannabis na poziomach 34,3% i 15,3%.

Podobnie nieprzystające wyniki dotyczące cannabis pojawiły się w Szwecji między badaniami zdrowotnymi z lat 2007 i 2008 a badaniem narkotykowym z 2008 roku; uzyskano wówczas odpowiednio 12,8% i 11,2% oraz 21,4% w badaniu narkotykowym.

Podobna tendencja obserwowana jest w większości ankiet szkolnych. Badania szkolne na temat narkotyków (ESPAD) oraz dotyczące zachowań zdrowotnych (HBSC) wykazują stałą tendencję niedoszacowania spożycia w badaniu zdrowotnym. Różnice w większości przypadków nie przekraczają 5%. Ponieważ część badania HBSC poświęcona narkotynom skierowana jest tylko do grupy 15-latków, a następujące rok po nim badanie ESPAD prowadzone jest wśród 16-latków,

przyczyny różnic wyników można by upatrywać w różnicy wieku. Jednak porównanie wyników obu badań dla osób z różnicą wieku nie przekraczającą 0,2 roku z grupami o rozrzucie średniej wieku powyżej 0,3 roku nie wykazało regularności, co wyklucza traktowanie sytuacji narkotykowej przedstawionej w badaniu zdrowotnym

*Pytania o używanie narkotyków zaliczyć można do zagadnień wrażliwych. To, na ile adekwatne do rzeczywistości odpowiedzi zostaną na nie udzielone, zależy w dużym stopniu od okoliczności i techniki przeprowadzanego badania: czy jest ono prowadzone w rozmowie w cztery oczy, czy przez telefon, z użyciem komputera czy na papierze, czy kwestionariusz wypełnia ankieter, czy respondent odpowiada samodzielnie oraz czy w badaniu uczestniczy jedna, czy więcej osób.*

jako inicjacyjnej i świadczy o prawdopodobieństwie zastosowania złej metodologii.

Powyższe obserwacje skłaniają do zastanowienia się nad źródłami błędów oszacowań dotyczących projektów badań.

## Przyczyny wewnątrz kwestionariusza

Jako elementy, które mogą wpływać na wyniki ankiet, Katerina Skarupova wymienia: sposób doboru respondentów, kontekst i techniki zbierania danych, strukturę i zawartość kwestionariuszy oraz formuły pytań. Duża część omawianych czynników składa się na kontekst badania, który wpływa niekiedy decydująco na treść udzielanych przez respondentów odpowiedzi. Poniżej przedstawiamy najważniejsze wnioski z analizy metodologii prowadzonych badań oraz ich wyników.

## Konstrukcja kwestionariuszy a kontekst badania

Na to, jak ankietowany odpowiada na pytania, wpływa już sama budowa ankiety, m.in. wielkość kwestionariusza i umiejscowienie w nim części poświęconej narkotikom. Ankiety bardziej ogólne składają się zazwyczaj z dużej liczby pytań (autorka mówi tu o średnio 100 pytaniach), dotyczących wielu dziedzin życia, wśród których część narkotykowa umieszczana jest najczęściej na końcu. Zarówno liczba pytań, jak i ich umiejscowienie, wpływają na wagę, jaką respondent przykłada do rzetelności odpowiedzi. W przypadku rozbudowanej ankiety pytania na końcu traktowane są jako mniej istotne, co może skutkować uznaniem drobnych epizodów za nieważne lub pominięciem pewnych faktów przez zapomnienie. Badania szczegółowe są zazwyczaj krótsze, a skupienie na jednym temacie przyczynia się do głębszego zastanowienia się nad odpowiedziami, co zwiększa szanse wywołania z pamięci poszczególnych epizodów. Skarupova wspomina tu o mechanizmach działania pamięci, w których dłuższa praca i stosowanie wielu strategii sprzyja przypominaniu.

Istotną rolę na poziomie formularza odgrywają także sformułowania pytań. Precyzyjnie opisana informacja, jakiej oczekuje się od ankietowanego, zapobiega nieporozumieniom i ogranicza elastyczność w dobie-raniu odpowiedzi. Na przykład wyraźny nacisk na sam fakt spróbowania jakiejś substancji choć raz w życiu,

w przypadku niezamierzonego, nieplanowanego użycia, ograniczy ewentualne wahania respondenta, czy taki epizod odnotować. Z drugiej strony, zawarte w szerszych opisach ewentualne okoliczności zdarzeń pomagają przywoływać pewne fakty.

Przewaga ankiet szczegółowych nad ogólnymi polega na tym, że jest w nich miejsce na takie opisy.

Na niekorzyść ankiet ogólnych przemawia także ich kontekst. Osoba opowiadająca o zagadnieniach związanych ze zdrowym trybem życia, może dopasowywać – zwłaszcza pod koniec ankiety – informacje na temat substancji psychoaktywnych do ogólnego obrazu, jaki wynika z poprzednich odpowiedzi. Zachowanie takie powiązać można z efektem „torowania” (*priming*), w którym wystawienie na określone bodźce wpływa na późniejsze reakcje. W tym wypadku stała ekspozycja na treści związane ze zdrowiem znajduje odbicie w odpowiedziach na pytania związane ze zdarzeniami uważanymi powszechnie za niezdrowe.

W podobnych wypadkach może zachodzić również efekt społecznych oczekiwań (*social desirability effect*), polegający na dopasowywaniu odpowiedzi na pytania wrażliwe (*sensitive questions*) do pewnych ogólnie akceptowalnych wzorców.

W ankietach o tematyce stricte narkotykowej kontekst nie wywiera tego rodzaju presji. Zwraca się również uwagę, że w badaniach skupionych wokół zjawisk nacechowanych negatywnie (zachowania ryzykowne, substancje psychoaktywne) obniża się próg wrażliwości na poszczególne rodzaje pytań.

## Pytania wrażliwe a okoliczności i sposób zbierania informacji

Pytania o używanie narkotyków zaliczyć można do zagadnień wrażliwych (*sensitive*). To, na ile adekwatne do rzeczywistości odpowiedzi zostaną na nie udzielone, zależy w dużym stopniu od okoliczności i techniki przeprowadzanego badania: czy jest ono prowadzone w rozmowie w cztery oczy, czy przez telefon, z użyciem komputera czy na papierze, czy kwestionariusz wypełnia ankieter, czy respondent odpowiada samodzielnie oraz czy w badaniu uczestniczy jedna, czy więcej osób.

Związane jest to przede wszystkim z zachowaniem prywatności i poczucia bezpieczeństwa ankietowanego. Niewątpliwym czynnikiem powodującym zaniżenie wyniku używania substancji psychoaktywnych jest obec-

ność przy badaniu członków rodziny. Miało to miejsce np. w przypadku badania stanu zdrowia ludności Polski w 2004 roku, kiedy ankiety przeprowadzano wśród całych rodzin. Wynik badania wskazywał na kilkakrotnie mniejszą popularność narkotyków niż w ankietach narkotykowych, prowadzonych w odosobnieniu.

Wyjątkiem w tego rodzaju sytuacjach jest obecność wyłącznie współmałżonka, która „prowadzi do zwiększonej chęci ujawnienia faktu używania narkotyków”. W pozostałych przypadkach – wywiadach *face-to-face* – rozwiązaniem jest dostarczenie oddzielnego arkusza z pytaniami wrażliwymi, choć i ten zabieg nie gwarantuje uzyskania prawdziwych informacji. Jako możliwą przyczynę takiej sytuacji autorka podaje ponownie kontekst badania oraz efekt społecznych oczekiwań, wskazuje przy tym, że zapewnienie prywatności nie ma dużego wpływu na ten efekt.

Z drugiej strony, mowa o tym w innym miejscu raportu, prywatność zwiększa gotowość do ujawniania wrażliwych danych. Z tej perspektywy najlepszą formą zbierania informacji wydają się być ankiety wypełniane samodzielnie, choć i tu technika badania ma znaczenie.

W przypadkach formularzy wypełnianych samodzielnie, np. w ankietach mailowych czy na papierze, respondent ma dostęp do wszystkich pytań. Może wtedy znów kierować się kontekstem badania (nie tylko pytaniami poprzedzającymi, ale i dalszymi), jak również zmieniać już udzielone odpowiedzi.

Jednym ze skuteczniejszych systemów samodzielnego wypełniania formularzy jest ACASI (*audio computer-assisted self-interview*) – wywiad przeprowadzany przy użyciu komputera z czytnikiem mowy. Porównania wyników badań prowadzonych z udziałem tego programu z tradycyjnymi metodami wykazują znaczny wzrost odpowiedzi pozytywnych na pytania wrażliwe. Na przykład w Stanach Zjednoczonych, gdzie dwa niezależne, prowadzone różnymi technikami (telefonicznie i w kontakcie bezpośrednim), badania wskazywały

podobną liczbę upojeń alkoholowych, po wprowadzeniu w jednym z nich systemu ACASI wyniki dla tego wskaźnika wzrosły o 6-8% w stosunku do badania przeprowadzonego tradycyjnie. Jak pokazują późniejsze analizy, zastosowanie systemu ACASI minimalizuje również efekt społecznych oczekiwań.

Tego rodzaju techniki mogłyby okazać się skuteczne również w badaniach szkolnych, gdzie zauważono (przykład przytoczony przez eksperta z Danii) niechęć do wypełniania ankiet samodzielnie, zwłaszcza przez chłopców w wieku 15-16 lat, którzy stanowią wśród młodzieży grupę najczęściej sięgającą po narkotyki.

*W Europie dominującymi typami badań poruszających tematykę narkotykową są ogólne badania na temat zdrowia oraz badania szczegółowe, skupione na używaniu substancji psychoaktywnych. Wyniki uzyskiwane w obu rodzajach badań różnią się, często znacząco. W przeglądzie badań populacji ogólnej z poszczególnych państw można wskazać na powtarzające się wypadki niedoszacowań w wynikach ankiet na temat zdrowia w porównaniu z badaniami o tematyce ściśle związanej z narkotykami.*

## Osoba prowadzącego

W przypadku wywiadów prowadzonych bezpośrednio, na przebieg badania, zatem także na treść odpowiedzi, wpływ mają odpowiednie przeszkolenie oraz pewne cechy prowadzącego, stanowiące o jego wiarygodności. Zaufanie do ankietera i umiejętność zapewnienia przez niego poczucia bezpieczeństwa są kluczowymi uwarunkowaniami w badaniach na tematy wrażliwe. Stwierdzone jest, że bliskość kulturowa rozmówców sprzyja wyrażeniu zgody na uczestnictwo w wywiadzie oraz ujawnianiu wrażliwych informacji. Jest to szczególnie ważne w przypadku badań narkotykowych, w których

odnotowuje się częste odmowy udzielenia wywiadu, co wiąże się ze stygmatyzacją oraz nielegalnym statusem narkotyków i stanowi potencjalne źródło błędów oszacowań, zważywszy, że odmowy mogą się zdarzać nieprzypadkowo. Tutaj jako główną trudność wymienia się niemożność określenia specyfiki osób odmawiających udziału – z jednej strony mogą to być ludzie częściej używający substancji, z drugiej osoby nastawione negatywnie do przedmiotu badania. W przypadku badań ogólnych ewentualna odmowa jest zjawiskiem neutralnym wobec treści badania, niezwiązanym z nastawieniem do narkotyków, ponieważ nie wspomina się o nich przy prezentacji tematyki wywiadu.

Odpowiednie przeszkolenie prowadzącego badanie i cel badania również mają wpływ na stosunek pytającego do respondenta: w badaniach ogólnych problemem może okazać się negatywne nastawienie ankietera do osób używających substancji psychoaktywnych; w przypadku ankiet szczegółowych możliwy jest dobór właściwych dla danego tematu osób oraz przeprowadzenie stosownych szkoleń.

Od celu badania zależy także, jaki nacisk ankietów będzie kładł na poszczególne zagadnienia. Przy badaniach o szerszym zakresie tematycznym rola pytań o narkotyki (umieszczonych na końcu kwestionariusza) może uchodzić za drugorzędną, co znajdzie również odbicie w stosunku respondenta do nich, któremu łatwiej będzie dostosować odpowiedzi do wizerunku stworzonego w całości ankiety.

Dodatkowym utrudnieniem przy pytaniach o narkotyki może być bariera językowa. Ankieter, który nie rozumie slangu lub nie zna niszowej terminologii, może po prostu źle rozumieć odpowiedzi.

## Decyzje po stronie respondentów

Autorka raportu przytacza opinie badaczy stosujących podejście kognitywne, traktujące wywiad ankietowy, jak każdą interakcję, w której respondent stara się sprostać postawionemu zadaniu czy oczekiwaniom rozmówcy – odpowiadać najlepiej, jak potrafi, co niekoniecznie oznacza zgodność ze stanem faktycznym.

Z tej perspektywy na decyzje podejmowane przez respondenta wpływ mają czynniki zewnętrzne, jak system prawny i społeczne nastawienie do zagadnienia narkotyków, oraz osobowościowe, związane z jednej strony ze światopoglądem i własnym podejściem do narkotyków, z drugiej z interpretacją potrzeb i intencji danego badania. Status narkotyków w danym społeczeństwie lub w danej społeczności odbija się na odpowiedziach poprzez efekt oczekiwań społecznych, ale też jako czynnik wpływający na zapamiętywanie pewnych faktów. Unikalność zdarzeń i towarzyszące im ryzyko sprzyjają ich zapamiętywaniu. Gdy używanie jest silnie stygmatyzowane lub grozi poważnymi sankcjami, poszczególne epizody lepiej zapadną w pamięć. Jeśli na odwrót, w jakimś środowisku narkotyki są zjawiskiem powszechnym, niektóre mniej znaczące zdarzenia mogą łatwiej ulec zapomnieniu.

Z drugiej strony, w tego rodzaju wypadkach mogą występować zawyżenia podawanych ilości i częstotli-

wości używania. Ma to miejsce, gdy respondent liczy na zwrócenie na siebie uwagi lub polepszenie oceny swojej osoby w kontekście funkcjonowania narkotyków w danej społeczności. Dotyczy to zwłaszcza młodzieży. W procesie udzielania odpowiedzi znaczenie ma również interpretacja, jakiej dokonuje respondent w odniesieniu do celu badania, intencji jego autorów oraz oczekiwań osoby przeprowadzającej wywiad. Dana osoba stara się jak najlepiej „trafić” w to, co jest według jej wyobrażenia punktem zainteresowania badaczy lub też domniemywaną wizją ich „normalności”. Można powiedzieć, że stara się odgadnąć przewidywania co do wyniku ankiety i udzielić odpowiedzi najlepiej do nich pasujących.

Na interpretację przeprowadzanej przez ankietowanego wpływa kontekst badania, ale też jego własny światopogląd, styl życia czy ewentualna chęć reprezentacji jakiegoś środowiska. W związku z tym należy liczyć się z faktem, że jego odpowiedzi mogą być determinowane przez światopogląd lub przedstawiać wiedzę o społeczeństwie.

Literatura, którą przytacza autorka raportu, wskazuje, że tego rodzaju wpływy nie dotyczą tylko wypowiedzi na temat postaw, lecz także przywoływanych wydarzeń. Oznacza to, że interpretacja celów i oczekiwań dokonywana przez respondenta może prowadzić do przekłamań w jego odpowiedziach dotyczących ilości/skali używania narkotyków.

Katerina Skarupova stwierdza w podsumowaniu, że różnice w projektach badań stanowią przeszkodę w oszacowywaniu poziomu popularności narkotyków w poszczególnych państwach i są poważną przeszkodą w porównywaniu sytuacji narkotykowej na poziomie międzynarodowym.

Istotną rolę odgrywają tu nie tylko różnice metodologiczne, ale też czynnik kulturowy, który może mieć również znaczący wpływ na porównywalność wyników. Są kraje, w których pomimo różnych technik badań, osiągnięte wyniki w ankietach zdrowotnych i narkotykowych są do siebie zbliżone, w innych stosowane są podobne techniki, a osiągnięte rezultaty nie przystają do siebie.

*Redakcja*

## Przypisy

- <sup>1</sup> K. Skarupova, „Comparison of methods and resulting drug use prevalence estimates of health surveys versus drug surveys methods”, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Prague 2010.

*W badaniu z 2012 roku jakąkolwiek nielegalną substancję psychoaktywną używało 13,7% badanych, wskaźniki dla używania aktualnego oraz bieżącego wynoszą odpowiednio 4,8% oraz 2,5%. Najbardziej popularną substancją wśród badanych jest marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich – do kontaktów z nią przyznało się 12,2% respondentów. Ponad czterokrotnie niższe wskaźniki odnotowano w przypadku osób deklarujących kontakt z amfetaminą (2,9%).*

## UŻYWANIE NIELEGALNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH – WYNIKI BADANIA Z 2012 ROKU

Artur Malczewski, Anna Misiurek  
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W 2012 roku w ramach badań dotyczących uzależnień behawioralnych, zrealizowanych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, uwzględnione zostały także pytania dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Badanie, zrealizowane przez Centrum Badania Opinii Społecznej, zostało przeprowadzone w kwietniu 2012 roku na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie osób w wieku 15+. W pomiarze zastosowano metodę bezpośredniego wywiadu ankietarskiego wspomaganego komputerowo (CAPI). Próba została wybrana losowo, operat losowania stanowił Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności (PESEL). Zrealizowano 4038 wywiadów. Różnice w poziomie realizacji badania w poszczególnych grupach społeczno-demograficznych zostały zminimalizowane za pomocą procedury ważenia. W tym celu zbiory ważono według następujących cech: płci, wieku, miejscowości i wykształcenia (Badora 2012). Liczebność próby ważonej osób w wieku 15-64 lata wyniosła 3428 badanych.

W obliczeniach przedstawionych w niniejszym artykule wykorzystano pakiet statystyczny SPSS. Dla porównania wyników omawianego badania wykorzystano wcześniejsze dane o rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych pomiarów z roku 2006 (Sierosławski 2006) oraz 2010 (Malczewski, Struzik 2012). Dzięki temu wyniki badania miały charakter praktyczny, ponieważ można je było zastosować do oceny podjętych działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w obszarze redukcji popytu na narkotyki.

### Rozpowszechnienie używania

Badanych zapytano o doświadczenia związane z używaniem narkotyków. Respondenci odpowiadali na pytania o kontakt z substancjami psychoaktywnymi w ciągu 30 dni przed badaniem (wskaźnik używania bieżącego – *current use*), ostatnich 12 miesięcy (używania aktualnego – *recent use*) i kiedykolwiek w życiu (wskaźnik eksperymentowania – *lifetime experience*). Osoby, które zadeklarowały używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy, nazywane są okazjonalnymi użytkownikami, natomiast ci, którzy przyznali się do zażycia narkotyku kiedykolwiek w życiu – eksperymentującymi z substancjami psychoaktywnymi. W badaniu pytano o każdy narkotyk oddzielnie, dodatkowo zadano również pytanie o używanie nieistniejącej substancji psychoaktywnej o nazwie „astrolit”. Jeśli do zażywania substancji przyznały się pojedyncze osoby i tym samym odsetek badanych był bardzo niski (poniżej 0,05%), do tabeli wpisywano odpowiedź „0”. Jeżeli nikt nie zadeklarował używania danej substancji, wstawiano znak „-”.

Jakąkolwiek nielegalną substancję psychoaktywną używało 13,7% badanych, wskaźniki dla używania aktualnego oraz bieżącego wynoszą odpowiednio 4,8% oraz 2,5%. Najbardziej popularną substancją wśród badanych jest marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich – do kontaktów z nią przyznało się 12,2% respondentów. Ponad czterokrotnie niższe wskaźniki odnotowano w przypadku osób deklaruujących kontakt z amfetaminą (2,9%). Niewiele ponad 1% respondentów przyznało, że próbowało ecstasy; podobne wskaźniki obserwuje

**Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy i w ciągu ostatnich 30 dni (%)**

	Kiedykolwiek w życiu	W ciągu ostatnich 12 miesięcy	W ciągu ostatnich 30 dni
Jakikolwiek narkotyk	13,7	4,8	2,5
Marihuana	12,2	3,8	1,8
LSD	0,8	0,1	-
Amfetamina	2,9	0,6	0,3
Grzyby halucynogenne	1	0,1	-
Ecstasy	1,1	0,1	0
Crack	0,2	-	-
Kokaina	0,8	0,2	-
Astrolit	-	-	-
Heroina	0,1	0	0
Metadon	0	0	-
„Kompot”	0,2	0,1	0,1
GHB	0	0	-
Sterydy anaboliczne	0,5	-	-
Substancje wziewne	0,4	-	-
Dopalacze	1,4	0,2	0

**Tabela 2. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu i w ciągu ostatnich 12 miesięcy – z podziałem na płeć (%)**

	Kiedykolwiek w życiu		W ciągu ostatnich 12 miesięcy	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Jakikolwiek narkotyk	7,8	19,9	2,3	7,5
Marihuana	6,6	17,9	1,7	6,0
LSD	0,3	1,2	-	0,1
Amfetamina	1,4	4,5	0,3	0,8
Grzyby halucynogenne	0,3	1,8	-	0,1
Ecstasy	0,7	1,6	-	0,3
Crack	0,1	0,3	-	-
Kokaina	0,2	1,4	-	0,3
Astrolit	-	-	-	-
Heroina	0,1	0,1	0,1	-
Metadon	-	0,1	-	0,1
„Kompot”	0,1	0,3	0,0	0,1
GHB	0,1	-	0,1	-
Sterydy anaboliczne	-	0,9	-	-
Substancje wziewne	0,3	0,6	-	-
Dopalacze	0,4	2,4	-	0,5
Leki uspokajające lub nasenne	5,6	2,6	3,0	1,4

się w przypadku środków halucynogennych (zarówno grzybów halucynogennych – 1,0%, jak i LSD – 0,8%). Przyjrzyjmy się rozkładowi odpowiedzi na pytanie o używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Do aktualnych użytkowników marihuany i haszyszu zalicza się ponad 4% badanych, natomiast do używania amfetaminy przyznało się 0,6% respondentów. W przypadku pozostałych substancji wskaźniki używania były niższe niż 0,5%. Wskaźniki używania marihuany i haszyszu oraz amfetaminy w przypadku ostatnich 30 dni wynoszą odpowiednio: 1,8% oraz 0,3% (tabela 1).

Czy płeć różnicuje poziom konsumpcji substancji psychoaktywnych? Z analizy tabeli 2. wynika, że mężczyźni częściej niż kobiety sięgają po substancje psychoaktywne i tendencję tę obserwuje się zarówno w przypadku eksperymentowania, jak i używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wśród badanych 17,9% mężczyzn używało kiedykolwiek marihuany lub haszyszu, podczas gdy wśród kobiet od-

setek ten wynosił 7,8%. Podobne różnice odnotowuje się w przypadku amfetaminy – mężczyźni (4,5%) sięgają po nią trzykrotnie częściej niż kobiety (1,4%). Wyższe wskaźniki używania wśród mężczyzn zaobserwowano w przypadku środków halucynogennych, kokainy oraz sterydów anabolicznych.

Oprócz płci, czynnikiem różnicującym używanie narkotyków jest również wiek. W tabeli 3. przedstawione zostały wyniki dotyczące używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w pięciu grupach wiekowych. Największy odsetek odnotowano wśród eksperymentujących z grupy 25-34 lata. W przypadku aktualnych i bieżących użytkowników narkotyków odsetek ten jest największy w najmłodszej kohorcie wiekowej i wynosi odpowiednio: 13,0% i 6,6%.

Przyjrzyjmy się sięganiu po poszczególne substancje psychoaktywne w różnych grupach wiekowych. Najwyższy odsetek użytkowników marihuany i haszyszu odnoto-

**Tabela 3. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy i w ciągu ostatnich 30 dni z podziałem na grupy wiekowe – 2012 rok (%)**

	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata
Kiedykolwiek w życiu	22,6	23,5	11,6	5,5	3,8
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	13,0	7,2	2,0	0,8	1,0
W ciągu ostatnich 30 dni	6,6	3,8	0,6	0,5	0,5

**Tabela 4. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg wieku badanych – 2012 rok (%)**

	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata
Marihuana lub haszysz	21,0	20,3	10,5	4,8	3,0
LSD	0,8	1,3	1,5	0,2	0,0
Amfetamina	3,1	7,4	2,9	0,2	0,1
Grzyby halucynogenne	0,6	2,6	1,2	0,3	0,0
Ecstasy	1,4	3,2	0,5	0,2	0,0
Crack	0,0	0,1	0,5	0,3	0,0
Kokaina	1,1	1,1	1,2	0,2	0,3
Heroina	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1
„Kompot”	0,3	0,3	0,0	0,3	0,3
Sterydy anaboliczne	0,9	0,8	0,5	0,2	0,0
Metadon	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,3	0,6	0,2	0,8	0,3
Inne	1,1	1,0	0,2	0,5	0,5

**Tabela 5. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg wieku i płci badanych – 2012 rok (%)**

	Mężczyźni			Kobiety		
	15-24 lata	25-34 lata	35+	15-24 lata	25-34 lata	35+
Marihuana lub haszysz	29,3	29,6	9,0	12,5	10,7	3,3
LSD	1,2	2,2	0,8	0,3	0,3	0,3
Amfetamina	4,5	11,7	1,4	1,6	2,8	0,8
Grzyby halucynogenne	1,2	4,2	1,1	0,0	1,3	0,0
Ecstasy	1,8	4,5	0,2	0,9	1,8	0,2
Crack	0,0	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0
Kokaina	1,8	2,2	0,9	0,3	0,0	0,2
Heroina	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1
„Kompot”	0,3	0,5	0,2	0,3	0,0	0,2
Sterydy anaboliczne	1,8	1,5	0,4	-	-	-
Metadon	0,3	0,0	0,0	-	-	-
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,0	0,7	0,6	0,6	0,5	0,2
Inne	0,9	1,7	0,4	1,2	0,3	0,3

**Tabela 6. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wg wieku badanych (%)**

	15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata
Marihuana lub haszysz	11,0	5,7	1,4	0,3	0,4
LSD	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Amfetamina	2,0	0,9	0,0	0,0	0,0
Grzyby halucynogenne	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0
Crack	0,0	0,1	0,5	0,3	0,0
Kokaina	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0
Heroina	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
„Kompot”	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Sterydy anaboliczne	-	-	-	-	-
Metadon	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	-	-	-	-	-
Inne	0,3	0,4	0,0	0,0	0,3

wano w grupie wiekowej 15-24 lata (21%). W przypadku amfetaminy i ecstasy najwyższy odsetek obserwuje się w starszej grupie wiekowej 25-34 lata (odpowiednio 7,4% i 3,2%). Należy zaznaczyć, że wraz z wiekiem zmniejsza się odsetek użytkowników poszczególnych substancji i poza marihuaną wskaźniki stosowania narkotyków nie przekraczają 3%. Warto zauważyć, że używanie przetworów konopi zadeklarował co piąty badany z grupy 25-34 lata oraz co dziesiąty respondent z kohorty 35-44 lata (10,4%).

Porównajmy używanie substancji psychoaktywnych w różnych grupach wiekowych wśród mężczyzn i kobiet.

W tabeli 5. przedstawiony został odsetek badanych w trzech grupach wiekowych, oddzielnie dla obu płci. Prawie co trzeci badany mężczyzna oraz co dziesiąta kobieta do 35. roku życia używali przetworów konopi. O ile odsetek użytkowników marihuany w dwóch grupach wiekowych 15-24 i 25-34 lata jest taki sam, to w przypadku amfetaminy osoby ze starszej kohorty

**Tabela 7. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wg płci i wieku badanych – 2012 rok (%)**

	Mężczyźni			Kobiety		
	15-24 lata	25-34 lata	35-64 lata	15-24 lata	25-34 lata	35-64 lata
Marihuana lub haszysz	15,8	9,5	1,2	5,9	1,8	0,3
LSD	0,6	0,0	0,0	-	-	-
Amfetamina	2,7	1,2	0,0	1,2	0,5	0,0
Grzyby halucynogenne	0,6	0,0	0,0	-	-	-
Ecstasy	0,9	0,2	0,0	-	-	-
Crack	-	-	-	-	-	-
Kokaina	1,2	0,0	0,1	-	-	-
Heroina	-	-	-	0,3	0,0	0,0
„Kompot”	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Sterydy anaboliczne	-	-	-	-	-	-
Metadon	0,3	0,0	0,0	-	-	-
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	-	-	-	-	-	-
Inne	0,0	0,7	0,1	0,6	0,0	0,1

wiekowej przyznawały się do kontaktu z amfetaminą ponad dwukrotnie częściej.

## Używanie w ciągu ostatniego roku

W przypadku opisywania trendów dotyczących zmian na scenie narkotykowej, bardziej użyteczny jest wskaźnik aktualnego używania narkotyków. Eksperymentowanie może być związane z jednorazowymi sytuacjami zażycia danej substancji i/lub pojedynczymi zachowaniami, które miały miejsce nawet wiele lat przed badaniem.

Analiza danych z tabeli 6. pokazuje, że najwyższe wskaźniki używania obserwuje się w przypadku marihuany i amfetaminy. Odsetki badanych deklarujących używanie pozostałych substancji są niskie i nie przekraczają 1%. Po amfetaminę w ciągu ostatniego roku sięgnęło 2% osób z kohorty 15-24 lata, niecały 1% respondentów z grupy 25-34 lata. Marihuanę i haszysz używał co dziesiąty badany w wieku 15-24 lata (11%), natomiast o połowę mniejszy odsetek odnotowano w starszej kohorcie wiekowej (5,7%).

Poziom rozpowszechnienia używania substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród mężczyzn jest wyższy niż wśród kobiet we wszystkich grupach wiekowych (tabela 7). Odsetek mężczyzn (15,8%) w wieku 15-24 lata używających przetworów konopi jest prawie trzykrotnie wyższy niż kobiet (5,9%), a amfetaminy ponad dwukrotnie (mężczyźni – 2,7%, kobiety – 1,2%). Poza tymi

dwoma substancjami, kobiety praktycznie nie sięgały po inne substancje psychoaktywne w ciągu ostatniego roku. Zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet wraz z wiekiem zmniejsza się odsetek osób sięgających po substancje psychoaktywne.

## Używanie substancji psychoaktywnych wśród różnych grup

W tabeli 8. przedstawiony został odsetek badanych używających jakiejkolwiek substancji psychoaktywnej w ciągu całego życia oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy. Dane zestawiono według danych demograficznych istotnych dla analiz wzorów konsumpcji substancji psychoaktywnych. Należy podkreślić, że wyniki dotyczące ostatniego roku pokazują aktualną sytuację na scenie narkotykowej. Najwyższy odsetek badanych deklaruujących kontakt z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi odnotowano wśród osób w wieku 25-34 lata (23,5%), najmniejsze zaś wśród najstarszej kohorty (55-64 lata – 3,8%). Wysoki odsetek badanych sięgających po substancje psychoaktywne odnotowano również wśród grupy 15-24-latków – 22,6%.

W przypadku aktualnego używania, najwyższy odsetek obserwuje się w najmłodszej kohorcie wiekowej (15-24 lata – 13%), najniższy zaś – podobnie jak w przypadku eksperymentowania – wśród najstarszych respondentów (55-64 lata – 1%).

Tabela 8. Używanie narkotyków w ciągu całego życia wg danych demograficznych – 2012 rok (%)

POLSKA	Kiedykolkwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy
<b>Ogółem</b>	13,7	4,8
Kobieta	7,8	2,3
Mężczyzna	19,9	7,5
<b>Wiek</b>		
15-24	22,6	13,0
25-34	23,5	7,2
35-44	11,6	2,0
45-54	5,5	0,8
55-64	3,8	1,0
<b>Wielkość miejscowości</b>		
wieś	8,1	3,1
miasto do 19 999 mieszkańców	17,5	5,3
miasto od 20 000 do 49 000 mieszkańców	15,5	5,4
miasto od 50 000 do 99 999 mieszkańców	11,4	4,3
miasto od 100 000 do 499 999 mieszkańców	13,9	4,0
miasto powyżej 500 000 mieszkańców	26,9	10,7
<b>Wykształcenie</b>		
nieukończone podstawowe lub bez wykształcenia podstawowego	0,0	0,0
podstawowe	5,6	2,9
gimnazjalne	19,6	11,7
zasadnicze zawodowe	7,5	1,7
średnie niepełne	16,9	8,8
średnie	16,7	5,2
policealne lub pomaturalne	9,0	2,7
wyższe	19,9	5,6
<b>Status zawodowy (poziom istotności &lt; 0,000)</b>		
praca zawodowa	15,3	4,0
rencista, emeryt	3,9	1,0
uczeń, student	21,3	13,3
gospodyni domowa	4,3	0,0
bezrobotny	13,6	5,7
niepracujący z innych powodów	6,3	2,1
<b>Stan cywilny (poziom istotności &lt; 0,000)</b>		
kawaler/panna	23,4	11,5
żonaty/mężatka (także żyjący w stałym, rodzinnym związku partnerskim, ale bez ślubu)	9,1	1,5
rozwiedziony(a) (w separacji)	13,2	3,3
wdowiec/wdowa	0,8	0,8
<b>Miejsce wychowania respondenta</b>		
w mieście	17,2	5,9
na wsi	8,1	3,1
<b>Ocena sytuacji materialnej (poziom istotności &lt; 0,000)</b>		
bardzo dobra	17,	8,9
raczej dobra	18,4	7,4
średnia	11,8	3,4
raczej zła	10,2	3,9
bardzo zła	11,5	3,8
trudno powiedzieć	6,7	0,0
<b>Udział w praktykach religijnych (poziom istotności &lt; 0,000)</b>		
tak, zazwyczaj kilka razy w tygodniu	2,9	1,9
tak, raz w tygodniu	6,8	1,9
tak, przeciętnie 1 lub 2 razy w miesiącu	13,5	4,6
tak, kilka razy w roku	19,8	6,5
w ogóle w nich nie uczestniczę	29,9	12,8
odmowa odpowiedzi	7,7	7,7
<b>Stosunek do wiary (poziom istotności &lt; 0,000)</b>		
głęboko wierząca	7,1	2,4
raczej wierząca	11,9	3,5
raczej niewierząca	42,9	18,4
całkowicie niewierząca	43,9	25,2
odmowa odpowiedzi	16,7	16,7

Używanie narkotyków to głównie problem dużych miast zarówno w przypadku eksperymentowania, jak i używania aktualnego. Co czwarty badany (26,9%) z miast powyżej pół miliona mieszkańców deklarował kontakt z narkotykami w ciągu całego życia. W miastach do 20 tys. mieszkańców odsetek ten wynosił 17,5%. Najmniej popularne były narkotyki na obszarach wiejskich (8,1%). Należy zaznaczyć, iż odsetek mieszkańców miast (17,2%) mających doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi jest dwa razy większy niż odsetek na wsi (8,1%).

Do używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się ponad 10% mieszkańców największych miast. W miastach do 20 tys. oraz 50 tys. mieszkańców wskaźnik badanych deklarujących kontakty z narkotykami wynosił 5%. Najniższy odsetek zaobserwowano wśród mieszkańców wsi.

Wyniki badania pokazują, że używanie substancji wiąże się również z poziomem wykształcenia. Najwyższymi wskaźnikami używania narkotyków charakteryzują się osoby z wyższym wykształceniem (19,9%) oraz gimnazjaliści (19,6%). Wśród badanych ze średnim wykształceniem taki kontakt zadeklarowało prawie 17% respondentów. Najrzadziej po narkotyki sięgały osoby z wykształceniem podstawowym (5,6%).

W przypadku aktualnego używania narkotyków najwyższe wskaźniki używania substancji psychoaktywnych obserwuje się w przypadku osób z wykształceniem gimnazjalnym (11,7%) i średnim niepełnym (8,8%). Wśród badanych z wykształceniem wyższym odsetek ten wynosi prawie 6%. Najniższymi wskaźnikami odpowiedzi charakteryzowali się respondenci z wykształceniem zawodowym (1,7%) oraz policealnym lub pomaturalnym (2,7%).

Zmienną różnicującą badanych jest również statut zawodowy. Analiza danych pokazuje, że po narkotyki najczęściej sięgają uczniowie i studenci (21,3%), w mniejszym stopniu osoby pracujące (15,3%) oraz bezrobotni (13,6%). Najniższy odsetek badanych odnotowano wśród rencistów i emerytów (3,9%).

Podobne wyniki obserwuje się w przypadku okazjonalnego używania narkotyków. Z tabeli 8. wynika, iż najwyższymi wskaźnikami odpowiedzi charakteryzują się uczniowie i studenci (13,3%), bezrobotni (5,7%) oraz osoby pracujące (4%), najniższymi zaś emeryci i renciści (1%).

W tabeli 8. zestawiono również dane dotyczące stanu cywilnego badanych. Po narkotyki najczęściej sięgają

respondenci z kategorii „kawalerowie i panny” (23,4%). Wśród osób rozwiedzionych lub będących w separacji 13,2% badanych przyznało, że eksperymentowało z substancjami psychoaktywnymi. Najniższy wskaźnik rozpowszechnienia obserwuje się wśród wdowców (0,8%).

Do używania narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 11,5% badanych z kategorii „kawalerowie i panny”. Jest to tym samym grupa z najwyższymi wskaźnikami używania substancji psychoaktywnych. Wśród wdowców i wdów odsetek ten wynosi niecały 1%.

Zmienną różnicującą była również ocena sytuacji materialnej. Osoby określające swoją sytuację jako bardzo dobrą lub raczej dobrą częściej przyznawali się do kontaktu z substancjami psychoaktywnymi (17,0% - 18,4%). Odsetki te były o jedną trzecią wyższe od wskaźników obserwowanych w grupie osób oceniających swoją sytuację jako raczej złą i bardzo złą (10,2% - 11,5%).

Podobne wskaźniki zaobserwowano w przypadku używania narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy – najwyższe wskaźniki używania dotyczą tych respondentów, którzy oceniają swoją sytuację jako dobrą lub bardzo dobrą (7,4% i 8,9%). Dla osób określających swoją sytuację jako raczej złą lub bardzo złą wskaźniki te wynosiły prawie 4%.

W badaniu zadano także pytanie o udział w praktykach religijnych. Najwyższy odsetek używania odnotowano wśród osób, które w ogóle nie uczestniczą w praktykach religijnych – w tej grupie co trzecia badana osoba deklarowała kontakt z narkotykami (29,9%). Wśród badanych, którzy uczestniczą w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu, wskaźnik ten jest dziesięciokrotnie niższy i wynosi 2,9%.

Podobne rozkłady odpowiedzi otrzymujemy w przypadku porównania dwóch grup: osób głęboko wierzących oraz niewierzących. Kontakt z narkotykami deklaruje 7,1% osób wierzących oraz ponad 40% badanych z grupy niewierzących. Co czwarty badany, określający się jako niewierzący, deklarował kontakt z substancjami w ciągu ostatniego roku. Wśród osób głęboko i raczej wierzących odsetki te wynosiły odpowiednio 2,4% oraz 3,5%. Podobnie jak w przypadku eksperymentowania, osoby uczestniczące w praktykach religijnych raz lub kilka razy w tygodniu, charakteryzowały się niższymi wskaźnikami używania narkotyków (2%). Wskaźnik respondentów nieuczestniczących w praktykach religijnych jest sześciokrotnie wyższy i wynosi 12,8%.

## Wyniki badania z 2012 roku na tle wcześniejszych pomiarów

Przyjrzyjmy się wynikom badania z 2012 roku w porównaniu do wskaźników uzyskanych we wcześniejszych latach. Należy pamiętać, że ostatnie badanie dotyczyło nie tylko używania substancji psychoaktywnych, ale również uzależnień behawioralnych. Pytania „narkotykowe” stanowiły zatem tylko część całego wywiadu. Poprzednie pomiary, z 2006 oraz 2010 roku, dotyczyły tylko substancji psychoaktywnych. W tabeli 9. przedstawione zostały wyniki trzech badań. W 2010 roku odnotowano najwyższy odsetek użytkowników wszystkich substancji. W przypadku używania kiedykolwiek w życiu wyniki ostatniego pomiaru wskazują na powrót do poziomu z 2006 roku. Jedynie wskaźnik używania przetworów konopi zwiększył się w 2012 roku w porównaniu do 2006 roku. Dane dotyczące ostatnich 12 miesięcy wskazują na nieznaczny wzrost odsetka w 2012 roku w porównaniu z rokiem 2006.

Na podstawie wyników badania możemy spróbować wysnuć hipotezę, że duży wzrost używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w 2010 roku uległ najprawdopodobniej zahamowaniu, a być może uległ nawet spadkowi w 2012 roku. Ze względu na różny kontekst pytań „narkotykowych” w badaniu z 2012 roku, w po-

równaniu z wcześniejszymi pomiarami, należy być jednak ostrożnym w formułowaniu jednoznacznych wniosków. Z analiz międzynarodowych wynika (Skarupova 2010), że uwzględnianie zagadnień narkotykowych w badaniach dotyczących innych obszarów zdrowia może mieć wpływ na wyniki. W takich przypadkach odsetek przyznających się do używania substancji psychoaktywnych jest niższy. Planowane na 2013 rok wspólnie z CBOS badania na próbie młodzieży przybliżą nas do odpowiedzi na pytanie o zmiany w trendach w używaniu narkotyków. Pomiar ten będzie można porównać do wyników badania CBOS na młodzieży z 2010 rok oraz do lat wcześniejszych, co pozwoli na wyciągnięcie wniosków w stosunku do grupy, która najczęściej sięga po substancje psychoaktywne.

## Bibliografia

- Badora B., „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych”, Fundacja CBOS, 2012.
- Malczewski A., Struzik M., „Używanie substancji psychoaktywnych w Polsce”, Serwis Informacyjny Narkomania 2 (58) 2012.
- Sierosławski J., „Substancje psychoaktywne postawy i zachowania – raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2006 roku”, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2006 (maszynopis).
- Skarupova K., „Comparison of methods and resulting drug use prevalence estimates of health surveys versus drug surveys methods”, Czech Republic 2010.

**Tabela 9. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy i w ciągu ostatnich 30 dni w latach 2006, 2010, 2012 (%)**

	Kiedykolwiek w życiu			W ciągu ostatnich 12 miesięcy			W ciągu ostatnich 30 dni		
	2006	2010	2012	2006	2010	2012	2006	2010	2012
Jakikolwiek narkotyk	b.d.	19,3	13,7	3,1	10,3	4,8	b.d.	5,8	2,5
Marihuana	9,0	17,5	12,2	2,7	9,6	3,8	0,9	5,4	1,8
LSD	0,9	2,0	0,8	0,1	0,7	0,1	0,0	0,4	-
Amfetamina	2,7	4,2	2,9	0,7	1,9	0,6	0,2	0,9	0,3
Grzyby halucynogenne	1,0	2,0	1,0	0,1	0,5	0,1	-	0,4	-
Ecstasy	1,2	3,4	1,1	0,3	1,5	0,1	0,1	0,6	0,0
Crack	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	-	-	0,0	-
Kokaina	0,8	1,2	0,8	0,2	0,7	0,2	0,1	0,5	-
Astrolit	b.d.	0,1	-	b.d.	0,0	-	b.d.	-	-
Heroina	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,05	0,0
Metadon	b.d.	0,1	0,0	b.d.	0,0	0,0	b.d.	0,0	-
„Kompot”	0,2	0,5	0,2	-	0,1	0,1	-	0,07	0,1
Sterydy anaboliczne	0,4	1,7	0,5	0,1	0,7	-	0,0	0,5	-
Substancje wziewne	b.d.	1,8	0,4	b.d.	0,4	-	b.d.	0,3	-
Dopalacze	b.d.	b.d.	1,4	b.d.	b.d.	0,2	b.d.	b.d.	0,0
Inne	b.d.	0,2	b.d.	b.d.	0,2	0,2	b.d.	0,0	0,2

*Badanie ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs) jest prowadzone od 1995 roku co 4 lata i ma za zadanie śledzenie wzorów spożywania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną w wieku 15-16 lat i 17-18 lat. W 2011 roku w badaniu udział wzięło 39 krajów europejskich (w 1995 roku było ich 26). Uzyskane wyniki wskazują na względną stabilność trendów używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, choć zauważono niepokojące zjawiska.*

## ESPAD 2011 – TRENDY

Autorzy opublikowanego w maju 2012 roku raportu komentują nie tylko ostatnie wyniki, ale podsumowują trendy obserwowane przez 16 lat prowadzenia badań. Do najważniejszych z nich zaliczyli wyraźne upodobnienie się wzorów używania substancji przez chłopców i dziewczęta, m.in. w przypadku nadmiernego picia. Duży nacisk położono także na ocenę ryzyka w spożywaniu cannabis (test CAST) oraz na wzory używania mieszanego substancji (*polydrug use*), któremu z powodu wyjątkowej szkodliwości poświęcono odrębny rozdział raportu.

### Średnie krajowe i średnia europejska

Pytania ankiety obejmowały osiem wskaźników odnoszących się do spożycia: papierosów, alkoholu

Średnia ilość czystego alkoholu spożytego podczas ostatniej okazji w Danii to prawie 100 ml, w Norwegii, Szwecji i Finlandii ok. 70 ml, przy średniej europejskiej ok. 50 ml. W Rumunii, Albanii i Republice Serbskiej średnia wynosiła ok. 30 ml, w Bułgarii, Grecji i na Ukrainie ok. 40 ml. Wyjątkiem jest Chorwacja, gdzie średnia wyniosła 66 ml czystego alkoholu. Średnia polska to 53 ml. W Polsce użycie cannabis przynajmniej raz w życiu zadeklarowało 23% młodych ludzi, co stanowi wzrost o 7% w porównaniu do 2007 roku. Wzrosty odnotowano też na Łotwie (z 18% do 24%) i na Węgrzech (z 13% do 19%). Najwyższe wskaźniki dotyczą: Francji (39% w 2011 roku w stosunku do 31% w 2007 roku), Czech (spadek z 42% do 38% w 2011 roku) oraz Monako (wzrost z 31% do 38% w 2011 roku).

Znaczne spadki popularności cannabis odnotowano w Republice Serbskiej (z 11% do 4%), na Słowacji (z 32% do 27%) i w obwodzie moskiewskim Federacji Rosyjskiej (z 26% do 15%).

(częstotliwość, ilości, przypadki nadmiernego spożycia), leków bez przepisu lekarza, cannabis, innych nielegalnych substancji oraz środków wziewnych.

Według raportu, średnie krajowe dla przypadków nadmiernego picia oraz przynajmniej jednokrotnego używania cannabis lub innych nielegalnych substancji pozostały w roku 2011 na tym samym poziomie lub wyższym niż w roku 1995.

Nie zaobserwowano wyraźnego zróżnicowania geograficznego dla poszczególnych trendów. Wskazać można jedynie częstsze przypadki nadmiernego picia i wysokie średnie ilości spożywanego alkoholu w krajach skandynawskich i na wyspach brytyjskich – w przeciwieństwie do części państw południowego wschodu Europy – oraz wzrost popularności cannabis w niektórych krajach Europy Centralnej i bałtyckich, w tym w Polsce, na Węgrzech, w Bułgarii.

Analizując wyniki badania ESPAD z 2011 roku, można wyróżnić państwa o ogólnie niskim poziomie używania substancji psychoaktywnych. Należą do nich m.in.: Islandia, Albania, Bośnia i Hercegowina, Mołdawia, Czarnogóra. Wszystkie wyniki dotyczące tych krajów wypadały poniżej średniej europejskiej.

W Islandii np. w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem alkohol piło 17% osób, w Albanii było to 32%, a w Czarnogórze 38%, przy średniej europejskiej – 57%. Używanie cannabis w tych krajach utrzymuje się na poziomie 4-5%, z wyjątkiem Islandii, gdzie wskaźnik ten wyniósł 10%, nadal jednak pozostając dużo poniżej średniej europejskiej (17%). Blisko średniej znajdują się tylko inne niż cannabis nielegalne narkotyki w Czarnogórze i Albanii (5-6% przy średniej 6%) oraz ilość epizodów upojenia w Mołdawii (37%), co jest ciekawe o tyle, że średnia ilość wypijanego alkoholu jest tam o połowę niższa (27 ml czystego alkoholu) niż średnia europejska.

Nie ma państw, w których wskaźniki dla wszystkich substancji psychoaktywnych przekraczałyby średnią europejską, jednak można wskazać takie, w których przekroczenie średniej występuje najczęściej. Są to m.in. Francja, Czechy, państwa bałtyckie oraz Słowenia.

Należy zaznaczyć, że poziom popularności poszczególnych substancji nie ma bezpośredniego przełożenia na niebezpieczeństwo związane z ich używaniem. Na przykład zarówno w państwach o niskiej, jak i wysokiej częstotliwości spożywania alkoholu występują epizody nadmiernego picia (powyżej 5 drinków), uznawane za szkodliwe.

Podobną „nieregularność” można zauważyć w przypadku cannabis, którego popularność np. na Cyprze należy do najniższych (ok. 7%), za to występuje tam najwyższy, dwukrotnie przekraczający średnią europejską, odsetek użytkowników w grupie ryzyka. Z kolei w Monako odsetek użytkowników konopi w tej grupie jest najniższy.

Wyróżnić można też kraje o wynikach bliskich średniej. Należą do nich m.in. Polska i Portugalia, co jest ciekawe o tyle, że posiadają one skrajnie odmienne strategie narkotykowe.

W Polsce wyjątkowo często w porównaniu z innymi krajami europejskimi stosowane są leki bez zgody lekarza: przy średniej europejskiej 6%, w naszym kraju 15% uczniów zadeklarowało przynajmniej jednokrotny kontakt z tymi substancjami i, pomimo spadku od 2007 roku (z 18%), jest to nadal najwyższy odsetek w Europie.

Wyniki dotyczące alkoholu utrzymują się na poziomie średniej lub minimalnie poniżej: 57% osób piło alkohol w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, 37% ponad 5 drinków.

Używanie innych niż cannabis nielegalnych narkotyków zadeklarowało 7% badanych. Najpopularniejsze w Polsce są stymulanty – amfetamina (4% chłopców i dziewcząt), kokaina (po 3% obie płcie) – oraz halucynogeny (chłopcy 3%, dziewczęta 2%).

## Dziewczęta piją więcej

Alkohol jest najpopularniejszą w Europie substancją psychoaktywną – średnio 87% młodych ludzi pró-

bowало go choć raz w życiu. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem piło go średnio 57% uczniów, co oznacza utrzymywanie się spadkowego trendu od 2003 roku. Minimalnie, w stosunku do poprzedniego badania, zmniejszyła się również średnia liczba epizodów upojenia. Mimo to autorzy raportu zauważają tu najbardziej uderzającą zmianę. Wzrosła częstotliwość epizodów upojenia wśród dziewcząt z 29% w 1995 roku do 38% w 2011 roku (41% w 2007 roku). U chłopców wartości dla tych lat pozostają zbliżone: 41% i 43%.

Tym samym znacznie zmalała dla tego wskaźnika różnica płci, z 12% w 1995 roku do obecnych 5%, co przekłada się na wzrost średniej częstotliwości nadmiernego picia od 1995 roku o 6%.

Nie zmieniły się natomiast proporcje ilości spożywanego alkoholu – od 1995 roku chłopcy wypijają jednorazowo ok. 1/3 więcej niż dziewczęta (niecałe 60 ml czystego alkoholu w porównaniu z niecałymi 40 ml).

## Leki i inhalanty

Zjawisko zacierania się różnic we wzorach używania substancji zauważono również w przypadku inhalantów. W stosunku do 2007 roku nastąpił wzrost przynajmniej jednokrotnego kontaktu z substancjami wziewnymi z 8% do 10%. W raporcie zaznaczono, że stała do tej pory przewaga chłopców używających tych substancji (sięgająca ok. 1-2%) nad dziewczętami, w badaniu z 2011 roku nie występuje. Do tej pory nigdy się to nie zdarzyło!

Z kolei wśród chłopców nastąpił wzrost wskaźnika dotyczącego sięgania po leki – z 5% w 2007 roku do 6% w 2011 roku. Poziom używania wśród dziewcząt pozostaje taki sam – 9% (po 1-procentowym wzroście w 2003 roku). Autorzy zaznaczają, że leki bez recepty, obok cannabis, występują najczęściej w przypadkach mieszania substancji, i że taki wzór używania pozostaje niezmiennie domeną dziewcząt.

## Cannabis

Od 1995 roku do 2003 roku popularność cannabis wzrosła z 12% do 19%. W 2011 roku, po spadku w latach 2003–2007, ponownie zwiększyła się częstotliwość przynajmniej jednokrotnego użycia tej substancji, z 16% do 17%. Jest to zatem trzecia pod względem

popularności, po papierosach i alkoholu, substancja stosowana przez młodzież.

W 2007 roku badanie ESPAD rozbudowano o dodatkowy formularz CAST (Cannabis Abuse Screening Test), który służy ocenie ryzyka wystąpienia problemów związanych z używaniem konopi. Test wypełniały osoby wskazujące użycie konopi przynajmniej raz w ostatnim roku (16% wszystkich respondentów); wyniki obejmują jednak 14% badanych, którzy odpowiedzieli na wszystkie pytania. Średni odsetek osób zagrożonych wystąpieniem problemów w związku z używaniem cannabis to 33% badanej grupy, co odpowiada ok. 5% populacji. Danych tych nie należy zestawiać z rokiem 2007, ponieważ w 2011 roku w wyniku prac nad testem

Test CAST składa się z 6 pytań dotyczących ryzykownych wzorów używania i percepcji problemów związanych ze spożywaniem konopi.

Dotyczą one:

1. palenia w porach przedpołudniowych – 80% odpowiedzi nie kwalifikowało się jako pozytywne
2. palenia samemu – 73% badanych nigdy tego nie robiło; 14% zyskało punkt
3. problemów z pamięcią – 31% doświadczyło tego skutku
4. uwag od przyjaciół lub rodziców na temat ograniczenia palenia – 23%
5. własnych prób ograniczenia lub rzucenia palenia – 20%
6. problemów rodzinnych/towarzyskich, w szkole/pracy lub innych związanych z paleniem – 20%

Skala odpowiedzi jest pięciostopniowa: nigdy – rzadko – od czasu do czasu – dość często – bardzo często. W pierwszych dwóch punktach odpowiedź „rzadko” nie była kwalifikowana, w pozostałych tak.

obniżono próg „podwyższonego ryzyka” z trzech pozytywnych odpowiedzi do dwóch.

W wypadku testu CAST zróżnicowanie płciowe było dość wyraźne. Większość użytkowników w grupie ryzyka to chłopcy. Również niewielkie różnice występowały w pozytywnych odpowiedziach na poszczególne pytania: więcej dziewcząt uzyskało punkt w pytaniach dotyczących zauważonych pro-

blemów (patrz ramka pytanie 3 i 6), chłopcy częściej wskazywali palenie samemu (pytanie 2).

## Wzór mieszany – priorytet

Badacze ESPAD wskazują na dwa rodzaje powiązań używania kilku substancji. Z jednej strony zauważa się większą liczbę kontaktów z nielegalnymi narkotykami i substancjami wziętymi tam, gdzie uczniowie pili częściej i więcej. Z drugiej strony wskazuje się na podwyższone ryzyko uzależnienia oraz wystąpienia problemów zdrowotnych i społecznych u osób stosujących kilka substancji jednocześnie.

Do wzorca mieszanego używania substancji kwalifikowało spełnianie minimum dwóch z poniższych kryteriów:

- palenie co najmniej 5 papierosów dziennie w ostatnim miesiącu;
- co najmniej 10-krotne spożycie alkoholu w ostatnim miesiącu;
- używanie konopi w ostatnim miesiącu oraz
- używanie kiedykolwiek innych nielegalnych narkotyków lub leków.

9% młodych ludzi spełniało dwa kryteria, 3,5% trzy kryteria lub więcej. Badanie jasno wykazało korelację między ilością przyjmowanej substancji a podejmowanymi zachowaniami ryzykownymi:

- na problemy z policją wskazało 9% osób niemieszających, 36% spełniających 2 kryteria, 55% spełniających 3 kryteria lub więcej;
- uczestnictwo w bójkach deklarowało odpowiednio: 28%, 58%, 74%;
- ryzykowne zachowania seksualne: 12%, 41%, 58%;
- opuszczanie szkoły: 12%, 34%, 48%.

Najczęstsze przypadki mieszania więcej niż dwóch substancji to cannabis i/lub alkohol – leki – inny nielegalny narkotyk. Należy tu zaznaczyć, że występowanie wzoru mieszanego używania substancji jest równe lub nieco wyższe od stosowania nielegalnych narkotyków innych niż konopie. Autorzy raportu podkreślają, że profilaktyka ukierunkowana na te wzory używania powinna znaleźć się wśród działań priorytetowych instytucji zajmujących się problematyką używania przez młodzież środków psychoaktywnych.

FN

W 2010 roku największym poziomem negatywnych skutków i zagrożeń wynikających z rozprzestrzenienia się uzależnień charakteryzował się Słupsk oraz powiaty ziemskie gdański i malborski.

# ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z UZALEŻNIENIAMI W WOJEWÓDZTWIE POMORSKIM W 2010 ROKU

Dr hab. Tomasz Michalski, prof. UG

Katedra Geografii Rozwoju Regionalnego, Uniwersytet Gdański

## Wprowadzenie

Artykuł zawiera analizę zjawiska uzależnień w województwie pomorskim w 2010 roku w ujęciu przestrzennym. Podziału zmiennych dokonano w ujęciu skutków, a nie rodzajów uzależnień. Ostatecznie wyodrębniono trzy grupy zmiennych:

1. Skutki zdrowotne uzależnień<sup>1</sup>:
  - a. Liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu na 1000 mieszkańców.
  - b. Liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od środków psychoaktywnych na 1000 mieszkańców.
  - c. Liczba osób leczonych z powodu uzależnień mieszanym na 1000 mieszkańców.
2. Przestępczość wynikająca z uzależnienia:
  - a. Liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych na 1000 mieszkańców (średnia z lat 2009–2010).
  - b. Liczba stwierdzonych przestępstw drogowych związanych z prowadzeniem pojazdu przez osobę w stanie nietrzeźwym na 1000 mieszkańców.
3. Pomoc społeczna udzielana przez ośrodki gminne<sup>2</sup> z powodu uzależnienia i współuzależnienia:
  - a. Liczba osób (w rodzinach którym udzielono pomocy z powodu alkoholizmu) na 1000 mieszkańców.
  - b. Liczba osób (w rodzinach którym udzielono pomocy z powodu narkomanii) na 1000 mieszkańców.

## Skutki zdrowotne uzależnień

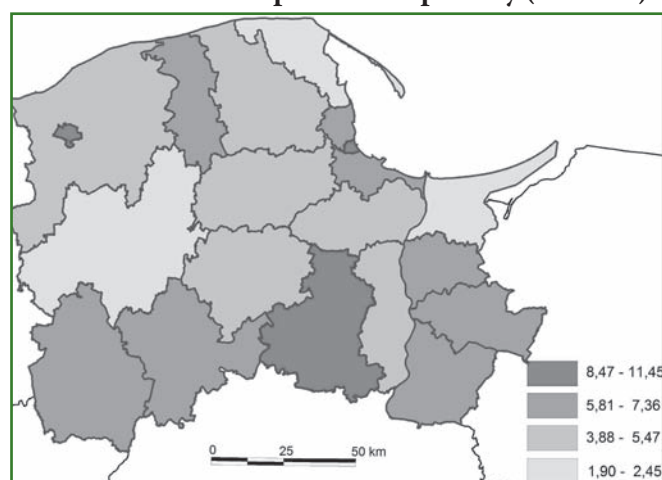
W województwie pomorskim liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu w 2010 roku wyniosła 5,90 na 1000 mieszkańców, od 1,90 w powiecie bytowskim do 11,45 w starogardzkim. Większy poziom wskaźnika został odnotowany na południu województwa oraz w miastach na prawach powiatu. Najniższą wartością wskaźnika

charakteryzowały się powiaty w centralnej części województwa (ryc. 1).

Dokładniej analizowanemu zjawisku możemy się przyjrzeć, biorąc pod uwagę gminy. W ich przypadku rozrzut był większy, przyjmując wartości od 0,34 w gminie wiejskiej Borzytuchom do 15,16 w Starogardzie Gdańskim. Na ryc. 2 przedstawiono omawiane zjawisko w ujęciu przestrzennym. Najwyższą wartość współczynnik osiągnął przede wszystkim w gminach położonych w południowo-wschodniej oraz północno-zachodniej części województwa. Najlepiej było w gminach na zachodzie regionu.

Na terenie województwa pomorskiego liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od środków psychoaktywnych w 2010 roku wyniosła 1,00 na 1000 mieszkańców. Największe natężenie zjawiska odnotowano w Słupsku (2,74), najmniejsze w powiecie lęborskim (0,12). Z rozkładu przestrzennego analizowanego zjawiska widać (ryc. 3), że najgorzej było w powiatach grodzkich i powiatach

**Ryc. 1. Liczba osób leczonych z powodu alkoholizmu na 1000 mieszkańców w podziale na powiaty (2010 rok)**

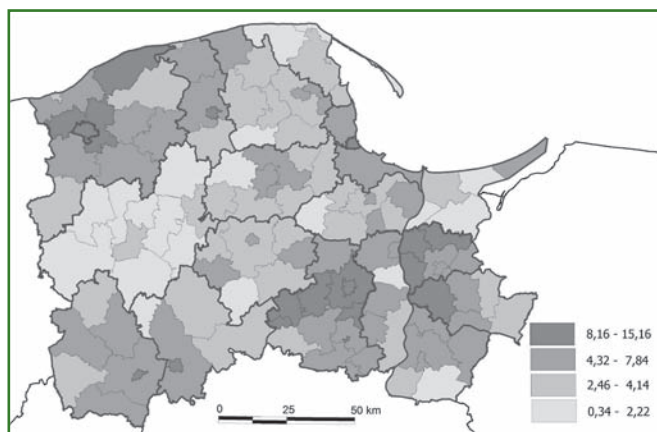


Źródło: Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku.

ziemskich je otaczających oraz powiecie kwidzyńskim (1,31) i człuchowskim (1,08).

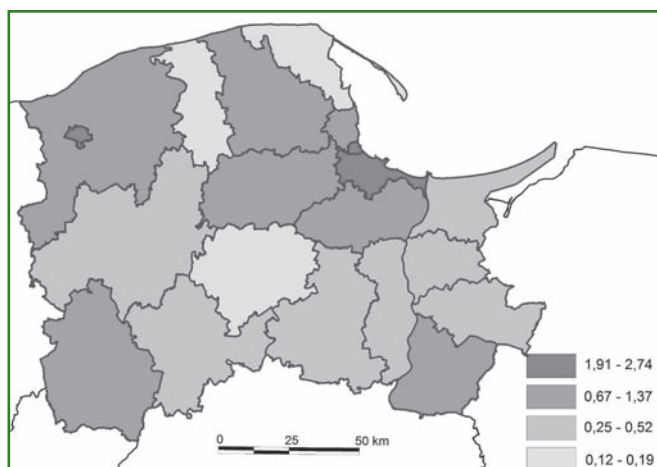
Dokładniej rozkładowi przestrzennemu omawianego zjawiska możemy się przyjrzeć, opierając się na podziale gminnym. W tym przypadku rozrzut zjawiska był oczywiście większy. Najwyższy wskaźnik odnotowano w gminie wiejskiej Przechlewo (3,84), w strefie podmiejskiej Słupska oraz w samym Słupsku (2,74). W 20 gminach w 2010 roku nie odnotowano ani jednego przypadku osoby leczonej z powodu narkomanii. Patrząc na ryc. 4, dostrzegamy wyraźne potwierdzenie wcześniejszej tezy, że obszarami o najgorszej sytuacji są miasta na prawach powiatu oraz większość ich strefy podmiejskiej. Ponadto znaczne natężenie omawianego zjawiska odnotowano też w gminach południowo-wschodniej części województwa oraz w trzech gminach powiatu człuchowskiego.

**Ryc. 2. Liczba osób leczonych z powodu alkoholizmu na 1000 mieszkańców w podziale na gminy (2010 rok)**



Źródło: Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku.

**Ryc. 3. Liczba osób leczonych z powodu narkomanii na 1000 mieszkańców w podziale na powiaty (2010 rok)**

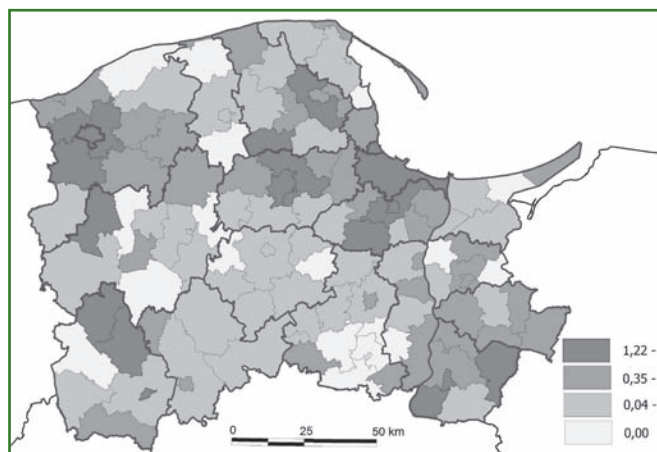


Źródło: Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku.

Na terenie województwa pomorskiego liczba osób leczonych z powodu uzależnienia mieszanego w 2010 roku osiągnęła 0,14 na 1000 mieszkańców i była najwyższa w powiecie sztumskim (0,78). Nie odnotowano ani jednego leczonego z powodu tych uzależnień w powiatach puckim i lęborskim. Z ujęcia przestrzennego omawianego zjawiska widać (ryc. 5), że największym natężeniem charakteryzowało się ono w powiatach usytuowanych na prawym brzegu Wisły, ponadto wysoką wartość odnotowano w powiatach grodzkich oraz na południu województwa.

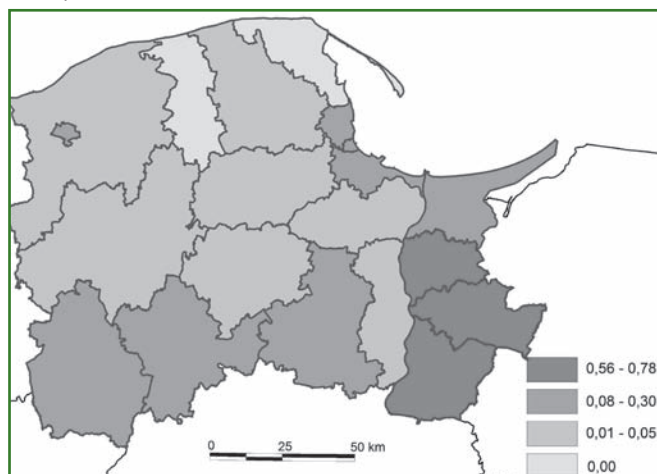
Ze względu na to, że w 56% gmin nie odnotowano w 2010 roku ani jednej osoby leczonej z powodu uzależnień mieszanych – zrezygnowano z analizy tego zjawiska w podziale na gminy.

**Ryc. 4. Liczba osób leczonych z powodu narkomanii na 1000 mieszkańców w podziale na gminy (2010 rok)**



Źródło: Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku.

**Ryc. 5. Liczba osób leczonych z powodu uzależnień mieszanych na 1000 mieszkańców w podziale na powiaty (2010 rok)**



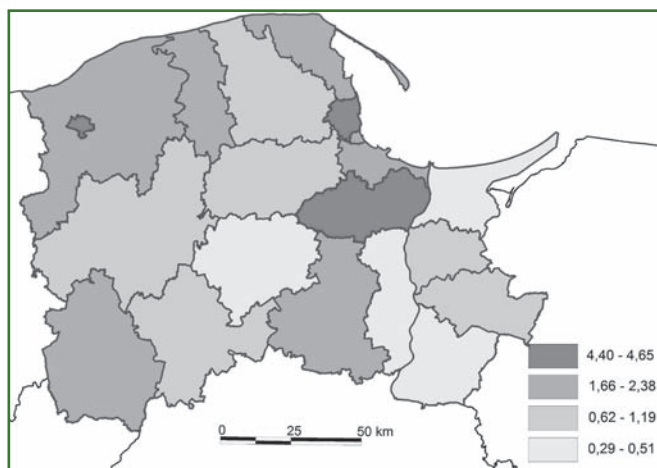
Źródło: Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku.

## Przestępczość wynikająca z uzależnienia

Ponieważ wykrywalność przestępczości narkotykowej charakteryzuje się dużą zmiennością w czasie<sup>3</sup>, stąd zdecydowano o wzięciu do analizy średniej z lat 2009–2010 (odniesionej do liczby ludności na koniec 2009 roku).

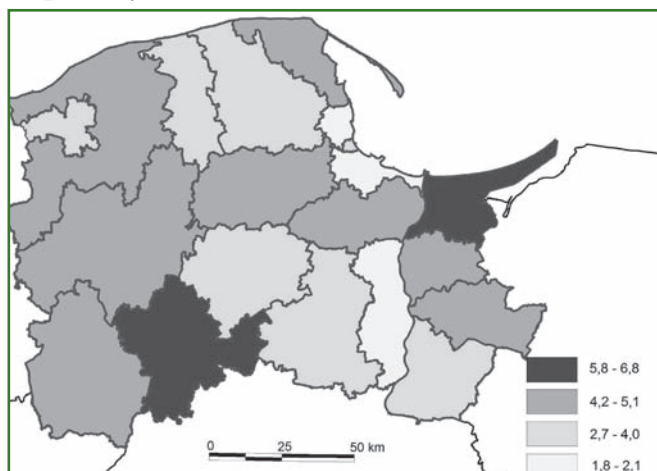
Liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych w województwie pomorskim wynosiła 2,05 na 1000 mieszkańców, przyjmując wartości od 0,29 w powiecie kościerskim do 4,65 w gdańskim. Patrząc na to zjawisko w ujęciu

**Ryc. 6. Liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych na 1000 mieszkańców w podziale na powiaty (średnia z lat 2009–2010)**



Źródło: Wojewódzka Komenda Policji w Gdańsku.

**Ryc. 7. Stwierdzone przestępstwa drogowe związane z prowadzeniem pojazdu przez osobę w stanie nietrzeźwym w zakończonych postępowaniach przygotowawczych, liczone na 1000 mieszkańców w podziale na powiaty (2010 rok)**

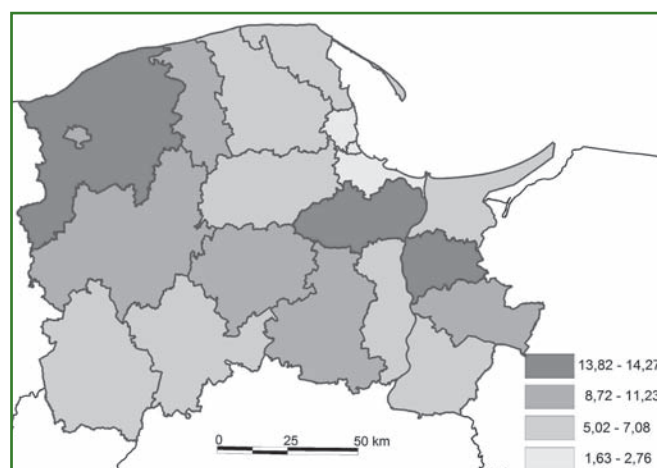


Źródło: Wojewódzka Komenda Policji w Gdańsku.

przestrzennym, widzimy (ryc. 6), że nieco gorzej było w powiatach grodzkich i częściowo ich strefie podmiejskiej. Obszar relatywnie korzystnej sytuacji był na wschodzie województwa.

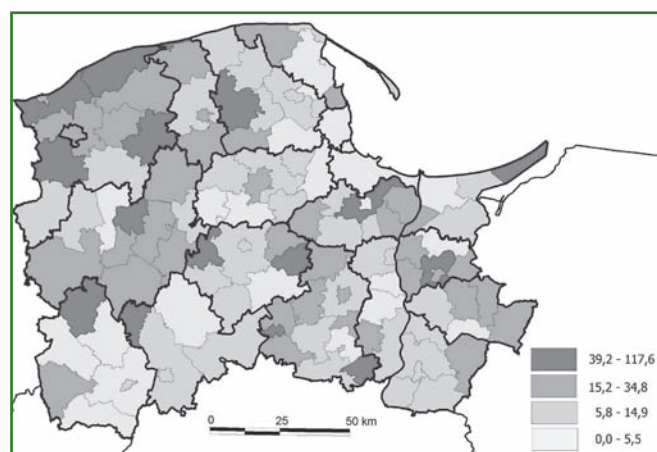
Analiza na poziomie gminnym tego zjawiska jest prawie niemożliwa, ponieważ podział na komisariaty i posterunki policji nie pokrywa się z podziałem administracyjnym (NUTS-5). Można jednakże przeprowadzić analizę w podziale pseudogminnym: zamiast w podziale na 123 gminy (w województwie pomorskim) – w podziale na 86 rejonów komend i posterunków policji. Lecz mając na uwadze objętość artykułu zrezygnowano z tejże analizy.

**Ryc. 8. Liczba osób otrzymujących pomoc społeczną z powodu alkoholizmu w rodzinie, liczona na 1000 mieszkańców w podziale na powiaty (2010 rok)**



Źródło: Wydział Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku.

**Ryc. 9. Liczba osób otrzymujących pomoc społeczną z powodu alkoholizmu w rodzinie, liczona na 1000 mieszkańców w podziale na gminy (2010 rok)**



Źródło: Wydział Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku.

W Polsce głośno jest o pijanych kierowcach, stąd do analizy wzięto także stwierdzone w zakończonych postępowaniach przygotowawczych przestępstwa drogowe spowodowane prowadzeniem pojazdu przez osobę w stanie nietrzeźwym. Średnia w województwie pomorskim w 2010 roku wynosiła 3,4 tego typu przestępstwa na 1000 mieszkańców. Najgorzej było w powiecie chojnickim (6,8), najlepiej w Gdańsku (1,8). Analizując to zjawisko w ujęciu przestrzennym<sup>4</sup> (ryc. 7), możemy jedynie stwierdzić, że nieco korzystniej było w Trójmieście. Poza tym nie widać innych wyraźnych prawidłowości przestrzennych.

### **Pomoc społeczna otrzymywana z powodu uzależnienia i współuzależnienia**

Średnio w województwie pomorskim pomocą społeczną z powodu alkoholizmu w rodzinie w 2010 roku objętych było 6,29 osób na 1000 mieszkańców. Najwyższe wartości współczynnika odnotowano w powiecie gdańskim (14,27), najniższe w Gdańsku (1,63). Rozkład analizowanego zjawiska (ryc. 8) jest trudny do jednoznacznej interpretacji, gdyż charakteryzował się brakiem wyraźnych prawidłowości. Spójnym obszarem o niskiej wartości wskaźnika jest Trójmiasto, co wskazywałoby na lepszą sytuację w powiatach grodzkich. Lecz z drugiej strony w Słupsku osiągnął on wartość (9,00) wyraźnie przekraczającą średnią dla województwa.

Dokładniejszą analizę tego zjawiska uzyskamy, opierając się na podziale gminnym. W gminie miejsko-wiejskiej Brusy, jako jedynej w województwie pomorskim, w 2010 roku nikt nie otrzymywał pomocy z powodu alkoholizmu. Z kolei najgorsza sytuacja wystąpiła w gminie wiejskiej Konarzyny (117,6). Analizując to zjawisko w ujęciu przestrzennym (ryc. 9), dostrzegamy, że szczególnie zła sytuacja panowała w północno-zachodniej części województwa. Najlepsza wystąpiła w Trójmieście i jego strefie podmiejskiej (poza gminą wiejską Pruszcz Gdański: 90,3).

Średnio w województwie pomorskim pomocą społeczną z powodu narkomanii w rodzinie objętych było 0,14 osoby na 1000 mieszkańców. Można więc stwierdzić, że skala problemu była dużo mniejsza niż w przypadku alkoholizmu. Najwyższą wartość wskaźnika zanotowano w powiecie malborskim (0,43), natomiast w powiatach kartuskim i nowodworskim nikt nie został objęty pomocą społeczną z tej przyczyny. Analizując sytuację w ujęciu przestrzennym (ryc. 10), nie znajdujemy żadnych prawidłowości.

Ze względu na to, że w 70% gmin nie odnotowano w 2010 roku ani jednej osoby otrzymującej pomoc z powodu narkomanii w rodzinie – zrezygnowano z analizy tego zjawiska w podziale na gminy.

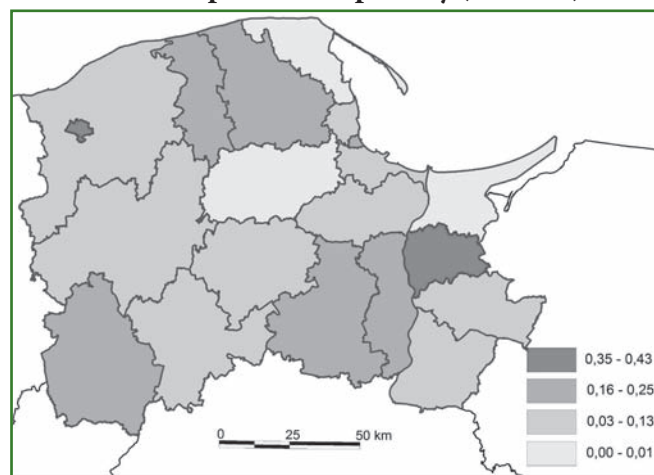
### **Podsumowanie**

W podsumowaniu posłużono się jednocześnie wskaźnikiem syntetycznym (Perkala) oraz klasyfikacją wielocechową (metoda Warda przy odległości euklidesowej). Obie metody zastosowano dla powiatów. Uznano bowiem, że ze względu na brak występowania części spośród omawianych tu zjawisk w znacznym odsetku gmin – analiza syntetyczna na tym poziomie przestrzennym jest bezcelowa.

W analizie posłużono się prawie wszystkimi zmiennymi omówionymi powyżej, poza stwierdzonymi przestępstwami drogowymi związanymi z prowadzeniem pojazdu przez osobę w stanie nietrzeźwym w zakończonych postępowaniach przygotowawczych. W przypadku klasyfikacji wielocechowej pomoc społeczną otrzymywaną z powodu alkoholizmu i narkomanii poddano łącznej analizie (jako jedną zmienną).

Wskaźnik syntetyczny, charakteryzujący poziom zagrożeń związanych z uzależnieniami w podziale na powiaty, przedstawiono na ryc. 11. Wynika z niej, że w 2010 roku największym poziomem negatywnych skutków i zagrożeń wynikających z rozprzestrzenienia

**Ryc. 10. Liczba osób otrzymujących pomoc społeczną z powodu narkomanii w rodzinie, liczona na 1000 mieszkańców w podziale na powiaty (2010 rok)**



Źródło: Wydział Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku.

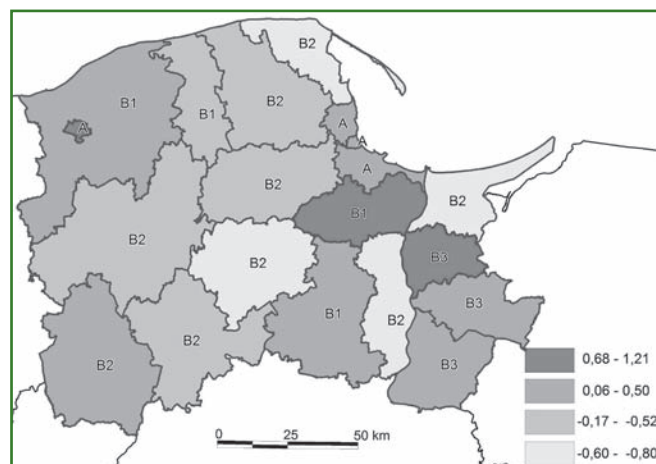
się uzależnień charakteryzował się Słupsk oraz powiaty ziemskie gdański i malborski.

W efekcie przeprowadzonej procedury klasyfikacji otrzymano dwa główne typy powiatów, przy czym drugi jest na tyle zróżnicowany wewnętrznie, że w jego ramach wyodrębniono trzy podtypy (ryc. 12).

Wyróżnione cztery typy powiatów były wewnętrznie dość mocno zróżnicowane, to znaczy, że było mało zmiennych, które jednoznacznie charakteryzowałyby powiaty przynależne do wyodrębnionych typów.

Powiaty grodzkie zakwalifikowane do typu A charakteryzowały się wysoką liczbą osób leczonych z powodu alkoholizmu na 1000 mieszkańców. Powiaty, które znalazły się w typie B1, odznaczały się wysokim poziomem pomocy społecznej przyznawanej rodzinom z powodu alkoholizmu i narkomanii. Cechą charakterystyczną powiatów przynależnych do najliczniejszego typu B2 (poza powiatem bytowskim) był średni poziom pomocy społecznej przyznawanej rodzinom z powodu alkoholizmu i narkomanii. Natomiast powiaty w typie B3 wyróżniały się bardzo wysokim poziomem liczby

**Ryc. 13. Kompleksowa ocena skutków i zagrożeń wynikających z uzależnień w podziale na powiaty (2010 rok)**

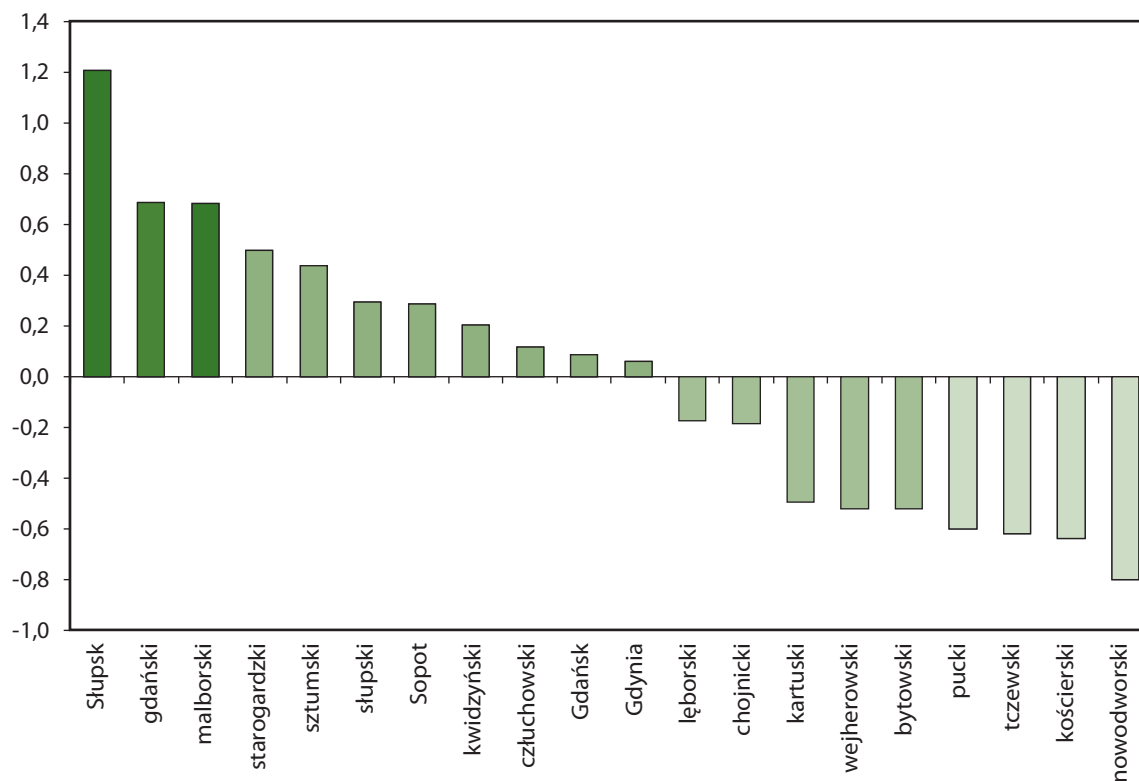


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów rozproszonych.

osób leczonych z powodu uzależnień mieszanych oraz średnim z powodu alkoholizmu.

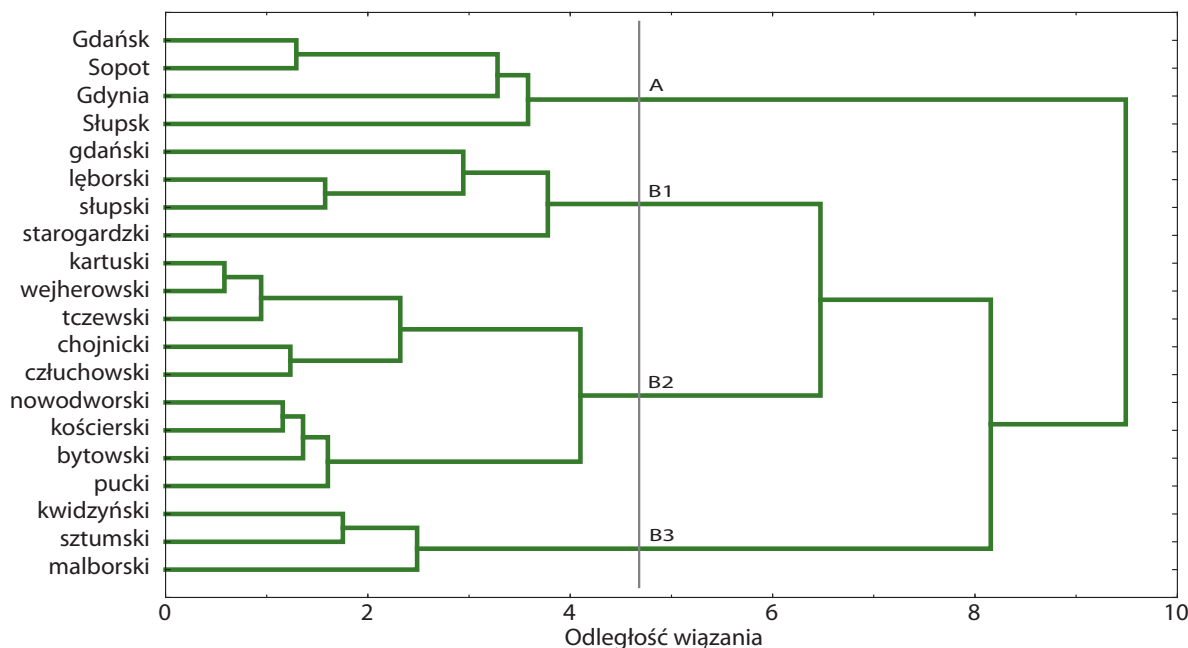
Jednoczesna analiza wyników uzyskanych za pomocą wskaźnika syntetycznego i klasyfikacji wielocecho-

**Ryc. 11. Syntetyczna ocena poziomu skutków i zagrożeń wynikających z uzależnień w podziale na powiaty (2010 rok)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów rozproszonych.

Ryc. 12. Typy powiatów ze względu na rezultaty klasyfikacji wieloczechowej skutków i zagrożeń wynikających z uzależnień (2010 rok)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów rozproszonych.

wej nie daje jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o prawidłowości w zróżnicowaniu przestrzennym skutków i zagrożeń związanych z uzależnieniami (ryc. 13). Ponadto nie widać wyraźnego związku między wyróżnionym typem a natężeniem skutków i zagrożeń uzależnień. Stosunkowo niejasny i zagmatwany przestrzennie obraz skutków i zagrożeń wynikających z uzależnień zdaje się być naturalną konsekwencją charakteru samych uzależnień.

Symptomatyczne jest, że przedstawiony rozkład przestrzenny zagrożeń i skutków związanych z uzależnieniami nie koresponduje z ogólną oceną sytuacji społecznej w województwie pomorskim w ujęciu przestrzennym (Szmytkowska, Masik, Czepczyński, 2010).

*W pracy zastosowano standardowe metody klasyfikacji jedno- i wieloczechowej oraz wskaźnika syntetycznego (por. Hellwig, 1968; Parysek, Wojtasiewicz, 1979; Runge, 2006). Niniejsze opracowanie bazuje częściowo na raporcie opracowanym przez zespół T. Michalski, K. Kopec, A. Kopec (2011).*

## Bibliografia

Hellwig Z., „Zastosowanie metody taksonomicznej do typologicznego podziału krajów ze względu na poziom ich rozwoju oraz zasoby

i strukturę wykwalifikowanych kadr”, Przegląd Statystyczny, R. XV, Z. 4, 1968.

Michalski T., Kopec K., Kopec A., „Raport – Zagrożenia rozwoju społeczno-gospodarczego województwa pomorskiego oraz analiza peryferyzacji gmin”, 2011, maszynopis w Departamencie Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego w Gdańsku.

Parysek J.J., Wojtasiewicz L., „Metody analizy regionalnej i metody planowania regionalnego”, Studia KPZK PAN, Tom LXIX, 1979.

Runge J., „Metody badań w geografii społeczno-ekonomicznej – elementy metodologii, wybrane narzędzia badawcze”, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006.

Szmytkowska M., Masik G., Czepczyński M., „Trendy rozwoju oraz ocena jakości kapitału ludzkiego w województwie pomorskim”, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Gdańsk 2010.

## Przypisy

<sup>1</sup> Do obliczeń wzięto osoby, których leczenie sfinansował Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ.

<sup>2</sup> Obejmuje placówki gminne, a w przypadku powiatów grodzkich powiatowe (pełnią one rolę zarówno placówek szczebla gminnego, jak i powiatowego). Pominięto placówki powiatów ziemskich, ponieważ udzielają one niewielkiej pomocy i ostateczne przekształcenie otrzymanych wyników jest nieznaczne.

<sup>3</sup> Skrajnym przypadkiem jest powiat gdański, gdzie w 2009 roku stwierdzono 131 przestępstwa, a rok później 729.

<sup>4</sup> Z powodu takiego, a nie innego podziału komisariatów – dane dla powiatu grodzkiego Słupsk są razem z gminą Słupsk, a dla powiatu ziemskiego słupskiego bez tej gminy.

*W grudniu 2012 roku zakończyła się trwająca dwa lata ogólnopolska kampania „Narkotyki? Na co mi to”, zorganizowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, nad którą honorowy patronat objął Minister Zdrowia.*

## KAMPANIA „NARKOTYKI? NA CO MI TO”

W pierwszym roku kampanii jej głównym celem było podkreślenie i uświadomienie młodzieży, że większość młodych ludzi nie używa narkotyków. Teza ta ma potwierdzenie w badaniach. W 2012 roku kontynuowano ten przekaz. Jednak głównym celem drugiej edycji kampanii było promowanie wśród młodych ludzi przekonania, że drogą do satysfakcji, radości, spełnienia i szczęśliwego życia jest aktywność, świadomy rozwój własnej osobowości i zainteresowań – bez wspomagania jakimikolwiek substancjami psychoaktywnymi. W zaplanowanych działaniach nacisk został położony na promowanie PASJI jako szczególnej formy zdrowego, świadomego samorozwoju, niejednokrotnie dającego możliwość przeżywania głębokich emocji, swoistego zdrowego „odlotu”. Te dwa ważne dla kampanii przekazy znalazły odzwierciedlenie w hasle: „Narkotyki? Na co mi to. Odleć z nami, nie z narkotykami”.

Głównym wydarzeniem kampanii był finał ogólnopolskiego konkursu „Odleć z nami, nie z narkotykami”. Zadaniem konkursowym było przedstawienie siebie i własnej pasji w dowolnej formie artystycznej. Nagrodą był lot szybowcem z ambasadorem kampanii Sebastianem Kawą – wielokrotnym mistrzem świata i Europy w lotach szybowcowych. Każdy z 12 laureatów konkursu, wysiadając z szybowca, wyglądał na bardzo szczęśliwego. Loty z mistrzem odbyły się na warszawskim lotnisku Bemowo. Uroczyste spotkanie otworzył dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński. Poza najważniejszą częścią wydarzenia – odebraniem nagród przez zwycięzców konkursu – zgromadzona młodzież miała okazję obejrzenia prezentacji przygotowanej przez ambasadora kampanii oraz uczestniczenia w interaktywnym spektaklu przygotowanym i poprowadzonym przez eksperta ds. uzależnień. Osoby uczestniczące w wydarzeniu „Stacja odlot” podkreślały jej wyjątkowy charakter. W tym przedsięwzięciu przekaz kampanii został w pełni zrealizowany.

Drugim istotnym wydarzeniem był koncert młodych zespołów, który odbył się w warszawskim klubie „Powiększenie”. Młodzi artyści wzięli udział w akcji Krajowego Biura, prezentując swoje pasje muzyczne. Zaproszona młodzież mogła wysłuchać brzmień zespołów Foamy Skies i Flaming Panda.

Aby dotrzeć z przekazem do jak najszerszego grona odbiorców, komunikacja i kampania promocyjna odbywały się wielokanałowo. W całej Polsce w różnych mediach ukazały się 62 publikacje prasowe, 234 publikacje w Internecie, 29 audycji radiowych. Wyemitowano 202 spoty radiowe i 194 spoty telewizyjne. TVP 1 przygotowała także reportaż z wydarzenia „Stacja odlot”. Patronat medialny nad kampanią objęły: 3 ogólnopolskie stacje telewizyjne, 2 ogólnopolskie i 15 regionalnych tytułów prasowych, 15 regionalnych stacji radiowych oraz 6 portali internetowych.

Na potrzeby akcji społecznej Krajowego Biura został opracowany nowy layout graficzny strony internetowej. W dalszym ciągu można na niej znaleźć informacje na temat kampanii, substancji psychoaktywnych oraz wszelkie wydane materiały promocyjne. Na szczególną uwagę zasługuje interaktywne narzędzie edukacyjne, dzięki któremu użytkownicy mają szansę wcielenia się w rolę fikcyjnego bohatera zmagającego się z wyborem dotyczącym zażywania narkotyków.

Biorąc pod uwagę grupę docelową kampanii – młodzież w wieku 13-18 lat – zdecydowaliśmy się, aby komunikację prowadzić przede wszystkim za pośrednictwem profilu „Nacomito” na portalu społecznościowym Facebook. Fanpage był polem codziennej wymiany informacji pomiędzy realizatorem kampanii a fanami profilu. Prowadzono cykle tematyczne. Dwa z nich „Mój wybór” i „Moja historia” poruszały tematykę związaną z narkotykami. Pokazywały drogę do uzależnienia się i sytuacje, w których bohaterowie stawali przed wyborem dotyczącym używania narkotyków. Fani byli zachęceni do wspólnej dyskusji i wypowiedzania się: w jaki sposób można odmówić brania narkotyków, do czego prowadzą różne wybory, jak mogli postępować bohaterowie przedstawianych historii. Dyskusje te były moderowane przez eksperta ds. uzależnień. Użytkownicy mieli także możliwość zadawania pytań ekspertowi. Facebook był miejscem upowszechniania informacji na temat skutków oraz szkód zdrowotnych i społecznych powodowanych przez używanie narkotyków. Był również, a może przede wszystkim, polem, na którym promowaliśmy główny przekaz kampanii w 2012 roku. W codziennym cyklu „Moja pasja” przedstawiane były różnego rodzaju

aktywności. Publikowane posty miały na celu wzbudzenie ciekawości, zachęcenie do dzielenia się własnymi pasjami, promowanie alternatywnych stylów spędzania wolnego czasu. Zamieszczane informacje miały także promować postawę antynarkotykową oraz przekonać, że drogą do satysfakcji może być własny rozwój, kształtowanie własnej osobowości. Działania związane z kampanią zachęcały do rozwijania własnych zainteresowań i aktywności bez wspomagania się jakimikolwiek substancjami psychoaktywnymi. Jedną z takich form promowania przekazu kampanii były konkursy przeprowadzane na profilu „Nacomito”. Odbyły się cztery ich edycje: dwie skupiały się na tematyce dotyczącej narkotyków, dwie promowały temat pasji.

Między 3 września a 14 grudnia 2012 roku liczba fanów profilu wzrosła o 1882 osoby. O realizacji celów kampanii świadczy wzrost liczby fanów profilu w wieku 13-17 lat z 29,9% do 60% oraz to, że wzrosło zaangażowanie w grupie docelowej na fanpage'u (z 7,5% na początku września do 36,7% w połowie grudnia 2012 roku). Oznacza to, że

w ciągu trzech miesięcy udało się pozyskać zaangażowaną w idee kampanii grupę młodych osób.

Na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii kreacją, współpracą i kontaktami z mediami zajęła się, wybrana w drodze konkursu, Agencja Fischer&Zubek Sp. z o. o. Partnerami kampanii został Instytut Monitorowania Mediów oraz Merlin.pl SA, który był sponsorem nagród we wszystkich konkursach.

O sukcesie kampanii świadczą przychylne komentarze i zadowolenie młodych ludzi, które mogliśmy obserwować podczas minionych wydarzeń i stale rosnąca liczba fanów fanpage'a. Chociaż kampania zakończyła się w grudniu 2012 roku, profil „Nacomito” nadal działa, gromadząc młodzież, która realizuje siebie przez własne pasje. Fani coraz częściej dzielą się swoimi zainteresowaniami – pokazują efekty swojej pracy, zachęcają do udziału w wydarzeniach, namawiają do podjęcia aktywności, w których oni odnaleźli sposób na własny rozwój.

EN

***W dniach 6-8 listopada 2012 roku w Konstancinie-Jeziornie odbyła się I Ogólnopolska Konferencja pn. „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Perspektywy Współpracy”. Konferencję otworzył podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radzewicz-Winnicki. Wystąpienia oficjalnie wygłosili: sekretarz stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości Stanisław Chmielewski oraz Pierwszy Zastępca Dyrektora Centralnego Biura Śledczego Komendy Głównej Policji Jerzy Kulczyk.***

## KONFERENCJA „NARKOTYKI – NARKOMANIA. POLITYKA, NAUKA I PRAKTYKA. PERSPEKTYWY WSPÓŁPRACY”

Była to pierwsza konferencja, w której uczestniczyli przedstawiciele różnych resortów państwowych, a także organizacji pozarządowych, podmiotów leczniczych oraz inne osoby zaangażowane w przeciwdziałanie narkomanii w naszym kraju. W spotkaniu wzięło udział 141 osób.

Uczestnicy konferencji mieli możliwość wzięcia udziału w jednym z pięciu zespołów roboczych, które pracowały nad następującymi tematami: aspekty prawne; leczenie, rehabilitacja i redukcja szkód; profilaktyka; redukcja podaży narkotyków; społeczności lokalne oraz postawy wobec narkotyków i narkomanii. Zadaniem zespołów roboczych było: określenie obszarów współpracy i jej

potencjalnych partnerów, zidentyfikowanie problemów oraz słabych punktów w dotychczasowej współpracy i proponowanie rozwiązań oraz wyróżnienie pozytywnych stron współpracy.

Podczas posiedzenia zespołu roboczego dotyczącego aspektów prawnych skupiono się na dwóch możliwościach współpracy różnych instytucji z wymiarem sprawiedliwości. Jako najbardziej istotne wskazano:

- nawiązanie osobistego kontaktu specjalisty terapii uzależnień z podmiotem wydającym zarządzenie o zebraniu informacji w związku z przepisem art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w celu ustalenia dogodnego miejsca i czasu zebrania informacji<sup>1</sup>,

- rozważenie możliwości zgłoszenia inicjatywy legislacyjnej w sprawie umożliwienia osobom tymczasowo aresztowanym uczestniczenia w krótkiej interwencji terapeutycznej, jeśli zatrzymany jest osobą używającą szkodliwie środków odurzających lub substancji psychotropowych.

Podczas spotkania dyskutowano na temat wypracowania zasad współpracy pomiędzy specjalistami figurującymi w ewidencji specjalistów (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 stycznia 2012 roku w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych) a przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości.

Zespół zajmujący się tematyką redukcji podaży narkotyków wyróżnił następujące obszary współpracy międzyinstytucjonalnej:

- współpraca z mediami w zakresie realizacji kampanii informacyjnych, w szczególności w okresie wakacyjnym, w celu redukcji szkód. Kampanie informacyjne mogłyby być realizowane we współpracy międzyresortowej oraz międzyinstytucjonalnej. Celem wspólnych działań byłoby przekazywanie rzetelnych informacji dotyczących skali problemu narkotykowego w Polsce. Współpraca miałaby polegać na wspólnym przygotowaniu propozycji tematów i opracowaniu kompleksowej informacji, która zostałaby przekazana mediom,
- szkolenia oraz wymiana informacji z sądami, prokuraturą oraz Służbą Więzienną, ze szczególnym uwzględnieniem nowych substancji psychoaktywnych, której efektem miałyby być szkolenia międzyresortowe. Partnerami w tym zakresie byłyby Ministerstwa: Sprawiedliwości, Spraw Wewnętrznych i Administracji, Spraw Zagranicznych, a także Główny Inspektorat Farmaceutyczny, policja, Straż Graniczna, prokuratura. Efektem tego działania miałyby być lepszy przepływ informacji na temat nowych zagrożeń oraz sposobów ich rozwiązywania. Cel ten mógłby zostać osiągnięty przez organizację wspólnych szkoleń i udział przedstawicieli innych instytucji w szkoleniach wewnętrznych wymienionych instytucji,
- współpraca z podmiotami prywatnymi w zakresie prekursorów i leków, polegająca na wzmocnieniu kontroli legalnego obrotu prekursorami wykorzystywanymi do nielegalnej produkcji narkotyków. Działanie to miałoby być realizowane we współpracy Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, policji, Straży Granicznej oraz prokuratury.

Podczas posiedzenia zespołu dotyczącego społeczności lokalnych skupiono się na wyznaczeniu lokalnych priorytetów oraz tworzeniu lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii. Starano się określić najistotniejsze obszary współpracy, zidentyfikować potencjalnych partnerów. Głównymi partnerami w obszarze przeciwdziałania narkomanii na szczeblu lokalnym powinny być urzędy miejskie oraz gminne jako instytucje wyznaczające priorytety oraz dysponujące funduszami na przeciwdziałanie narkomanii, organizacje pozarządowe jako realizatorzy zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, prokuratura oraz policja. Głównymi problemami, na których skupiono się podczas spotkania był: brak akceptacji politycznej działań wypracowanych podczas przygotowywania lokalnych strategii, różna jakość monitorowania zjawiska narkomanii, niesatysfakcjonująca jakość współpracy administracji samorządowej i organizacji pozarządowych. Do sukcesów w tym obszarze można zaliczyć przede wszystkim: konsultowanie priorytetów działań i środków finansowych przeznaczanych na nie z instytucjami działającymi w obszarze przeciwdziałania narkomanii, aktualizacja lokalnej strategii zgodnie z lokalnymi potrzebami, organizowanie szkoleń w zakresie przeciwdziałania narkomanii na szczeblu lokalnym i współpraca międzyinstytucjonalna między urzędami marszałkowskimi, urzędami miast, policją i organizacjami pozarządowymi. Aby pokonać zidentyfikowane trudności, zaproponowano następujące rozwiązania: podtrzymywanie konsultacji strategii lokalnych z przedstawicielami instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii, powołanie Rady ds. Organizacji Pozarządowych i programu współpracy z organizacjami ze wskazaniem planowanych zadań, organizowanie cyklicznych spotkań oraz powołanie stałego Zespołu roboczego ds. monitorowania/wdrażania lokalnej strategii, a także koordynacja podejmowanych działań przez poszczególne instytucje w celu utworzenia spójnego systemu.

Zespół zajmujący się leczeniem, rehabilitacją i redukcją szkód określił dwa główne obszary współpracy:

- leczenie pacjenta – partnerzy: ośrodki leczenia uzależnień, poradnie, zakłady karne, szpitale, lekarze psychiatrzy, policja, sądy, prokuratura, ośrodki pomocy społecznej, lokalne organizacje pozarządowe,
- finansowanie – partnerzy: Narodowy Fundusz Zdrowia, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, sądy (tzw. nawiązki) oraz samorządy.

Problemy, jakie zidentyfikowano, to przede wszystkim: niewłaściwe diagnozowanie potrzeb pacjenta,

narzucone przepisy prawne, które regulują leczenie uzależnień, tutaj wskazano m.in., że leczenie substytucyjne możliwe jest tylko w programach. Zauważono również problem bardzo wąskiej oferty pomocy i opieki socjalnej dla osób uzależnionych, a także zwrócono uwagę na niewystarczającą liczbę poradni dla dzieci i młodzieży oraz poradni rodzinnych. Rozwiązaniem wymienionych trudności mogłoby być stworzenie różnorodnej oferty dla osób uzależnionych od narkotyków, polepszenie lokalnej współpracy międzyinstytucjonalnej, stabilny system finansowania i pojawienie się nowych możliwości pozyskiwania środków finansowych z innych źródeł na leczenie osób uzależnionych. Zwrócono także uwagę na to, że bardzo istotne jest inwestowanie w rozwój ewaluacji działań leczniczych i terapeutycznych; zauważono konieczność wyrównywania dysproporcji terytorialnych w zakresie dostępu do oferty leczniczej. Głównym tematem poruszonym podczas warsztatów poświęconych postawom wobec narkotyków i narkomanii były zachowania, jakie reprezentują osoby zaangażowane w przeciwdziałanie narkomanii. Szukano odpowiedzi na pytanie: Czy możliwe jest wypracowanie wspólnego stanowiska w zakresie postaw wobec pacjentów?

Podkreślono potrzebę przekazywania rzetelnej wiedzy na temat różnych form leczenia, w szczególności osobom, które nie zajmują się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków, ale pracują w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Ponadto zwrócono uwagę na fakt, że osoby pracujące w różnych paradygmatach leczenia (drug free, harm reduction), zazwyczaj mówią wyłącznie o ich zaletach, nie przedstawiając słabych punktów tych podejść. Wobec prezentowania takich postaw, zwrócono uwagę na konieczność stworzenia forum dyskusji również o niepowodzeniach, zagrożeniach czy wyzwaniach stojących przed różnymi formami leczenia. Na polu terapeutycznym jest miejsce dla wszystkich form leczenia osób uzależnionych, jednakże ich dobór powinien wynikać z indywidualnych potrzeb pacjenta.

Zespół zajmujący się obszarem profilaktyki zidentyfikował następujące obszary, w których warto nawiązać współpracę międzyresortową oraz międzyinstytucjonalną:

- implementacja programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności,
- organizowanie szkoleń kierowanych do realizatorów programów profilaktycznych,
- budowanie adaptacyjnego systemu norm u młodzieży,

- kształtowanie umiejętności wychowawczych wśród rodziców oraz opiekunów,
- implementacja programów wczesnej interwencji.

Dyskutowano, w jaki sposób instytucje centralne i organizacje pozarządowe mogą pomóc sobie w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Zespół poświęcił uwagę obszarowi współpracy w ramach wdrażania i upowszechniania programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności w szkołach oraz poza nimi. Potencjalnymi partnerami w tym obszarze są: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, policja, prokuratura, sądy rodzinne, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne, media oraz instytucje centralne. Problemami, które zidentyfikowano podczas dyskusji dotyczącej wdrażania programów profilaktycznych, były przede wszystkim: niedostateczna wiedza o profilaktyce i programach profilaktycznych wśród osób decyzyjnych, niewystarczająca promocja tych programów i brak ciągłości realizacji programów profilaktycznych.

Możliwymi rozwiązaniami w związku z pojawiającymi się problemami mogą być rekomendacje programów wydane przez instytucje centralne, a także promocja programów w pismach branżowych i innych mediach oraz zamieszczanie informacji o programach profilaktycznych na stronach internetowych instytucji centralnych. Dodatkowym elementem promocyjnym mogłoby być wysłanie oficjalnego pisma zawierającego informacje na temat programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności do instytucji centralnych.

*Opracowanie przygotowano na podstawie podsumowania pracy zespołów roboczych, dzięki uprzejmości osób prowadzących: Barbary Wilamowskiej (Aspekty prawne), Marcina Karnasia (Redukcja podaży narkotyków), Kamili Gryn (Leczenie, rehabilitacja i redukcja szkód), Anny Radomskiej (Profilaktyka), Katarzyny Dąbrowskiej (Postawy wobec narkotyków i narkomanii), Artura Malczewskiego (Społeczności lokalne).*

ES

## Przypisy

- <sup>1</sup> Art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii mówi, że „jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą szkodliwie substancji psychoaktywnej, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza zebranie przez osoby, które na zasadach wskazanych w ustawie uzyskały certyfikat specjalisty terapii uzależnień, informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych”.

# MOJE LECZENIE – MÓJ WYBÓR | MY TREATMENT – MY CHOICE



To międzynarodowy projekt internetowy skierowany do osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin. Co ciekawe i ważne, posiada kilkanaście wersji językowych. Każda z nich przygotowana została przez organizację działającą w danym kraju, przy czym oprócz tłumaczeń wspólnych artykułów w poszczególnych działach, redakcje przygotowały również własne materiały. Zwiedzanie strony [www.mytreatmentmychoice.eu](http://www.mytreatmentmychoice.eu) zaczyna się od wyboru wersji językowej z rozwijanej listy. W każdej chwili można zmienić język, korzystając z małego podręcznego menu.

Na stronie głównej nacisk położono przede wszystkim na historie wideo, do których prowadzi duży banner. Historie są kręcone oddzielnie przez redakcje krajowe, jednak do części z nich dodano tłumaczenia w formie napisów, dzięki czemu możliwa jest międzynarodowa wymiana materiałów.

Oprócz tego na stronę składają się umieszczone w kolejnych działach informacje omawiające bardziej lub mniej szczegółowo poszczególne problemy związane z leczeniem uzależnień.

W pierwszym dziale, obok wprowadzenia, niewielki artykuł wyjaśnia, czym w świetle współczesnej wiedzy jest uzależnienie. W prawej kolumnie przy każdym artykule umieszczono adekwatne do treści odnośniki – w tym wypadku do testów, materiałów dla osób bliskich oraz do kolejnego działu – poświęconego metodom leczenia.

Materiały w dziale na temat leczenia są opracowane dość wyczerpująco. Szczegółowo omówiono kolejne etapy lub alternatywne opcje terapii, jak detoksykacja i leczenie objawowe, terapia podtrzymująca z omówieniem stosowanych środków farmakologicznych, terapia nefarmakologiczna i różne jej formy.

Kwestię różnic dostępności poszczególnych metod leczenia w różnych krajach rozwiązano za pomocą tabeli, w której zaznaczono, jakie sposoby leczenia są stosowane w jakim państwie.

Kolejne działy to „Najlepsze efekty leczenia”, który zawiera porady motywujące do podjęcia terapii i dotyczące jak najskuteczniejszego jej przebiegu oraz „Przyjaciele i rodzina”, poświęcony wsparciu dla rodzin i bliskich osób z problemem uzależnień. Dział ten powstał we współpracy z austriacką organizacją Family Drug Support, która prowadzi w języku angielskim serwis dla rodzin: [www.fds.org.au](http://www.fds.org.au). FDS dostarczyło na stronę zestaw materiałów-narzędzi pomocowych dla rodzin, obecnie dostępnych jednak tylko w oryginalnej wersji językowej. Dostęp do tych materiałów jest nieco utrudniony, ponieważ znajdują się one na podstronie „Historie rodziców”, do której wejść można tylko z poziomu działu „Przyjaciele i rodzina”.

W „Informacjach dodatkowych” zamieszczono listę placówek pomocowych we wszystkich krajach uczestniczących w projekcie wraz z kontaktami do nich. Nie jest ona zbyt rozbudowana, jednak może być bardzo praktycznym narzędziem dla osób szukających pomocy.

## SERWISY MIĘDZYNARODOWE



### CAMH – THE CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH

Centrum Uzależnień i Zdrowia Psychicznego jest największą w Kanadzie placówką medyczną zajmującą się opieką psychiatryczną i uzależnieniami. Jest to i jednostka badawcza, i edukacyjna, która prowadzi działania w obrębie polityki zdrowotnej i narkotykowej oraz promocji zdrowia.

Strona CAMH nie jest serwisem skupionym na problematyce uzależnień, ani nie ma charakteru edukacyjnego czy informacyjnego, jednak zawiera informacje na temat dużej liczby programów prowadzonych przez placówki CAMH, z których jeden z bardziej rozbudowanych dotyczy pomocy osobom uzależnionym.

Aby wejść do działu uzależnień, należy na stronie [www.camh.org.ca](http://www.camh.org.ca) rozwinąć górne menu „Care Programs” i wybrać zakładkę „Addiction Program”. Na lewym marginesie wyświetli się lista około 20 tematów, do których należą m.in.: cocaine service, leczenie krótkoterminowe, serwis „odstawienny” (opieka dla osób odstawiających substancje), uzależnienie od nikotyny, serwisy rodzinne i in. W dziale tym znajduje się również obszerna podstrona na temat problemowego hazardu. Zawiera ona broszury informacyjne dla różnych grup zainteresowanych oraz kontakt do wielojęzycznego centrum pomocy.

Oprócz tego CAMH prowadzi serwis poświęcony hazardowi [www.problemgambling.ca](http://www.problemgambling.ca). Składają się na niego narzędzia samopomocy i diagnozy dla hazardzistów i ich rodzin oraz dział z pomocą profesjonalną, w którym znajduje się sporo informacji dla specjalistów i szereg materiałów naukowych.

Interesującym działem na stronie CAMH jest również „Health Information”. Podzielony jest on na kilka sekcji tematycznych, m.in. dla dzieci

i młodzieży, dla rodzin, dla osób starszych, z których każda zawiera odnośniki do kolejnych stron i programów prowadzonych przez CAMH. Warta obejrzenia jest „Informacja dla osób obcojęzycznych”, w której znaleźć można różnego rodzaju broszury w formacie pdf, przetłumaczone i dostosowane do potrzeb osób z różnych kręgów kulturowych. Ciekawa i dość obszerna jest również sekcja dla dzieci i młodzieży „Children & Youth” z dużą liczbą odnośników do materiałów i stron tematycznych.



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

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

Adres redakcji:

Fundacja PRAESTERNO

ul. Widok 22/30

00-023 Warszawa

tel.: 22 621 27 98

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

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,

Danuta Muszyńska, Artur Malczewski

Pismo bezpłatne