



# Serwis Informacyjny

# NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 3 (63) 2013

NR 3

2013

# WPROWADZENIE

*Drodzy Czytelnicy,*

*zachęcam do zapoznania się z artykułem prof. Krzysztofa Krajewskiego, który porównuje dane dotyczące problemów narkotykowych w Portugalii i w Polsce. Przypomnijmy, że kiedy w Polsce w 2010 roku zaostrzono przepisy, ustanawiając kary za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek, w Portugalii prawo zostało zliberalizowane, i posiadanie narkotyków zdekryminalizowano. Mimo tak istotnej różnicy w sytuacji prawnej, tendencje w zakresie używania nielegalnych narkotyków w obu krajach są zbliżone. Te dane potwierdzają słuszność zmian w ustawie wprowadzonych w Polsce w 2011 roku artykułem 62a, który daje prokuratorowi możliwość umorzenia postępowania w sytuacji, gdy jego przedmiotem są „nieznaczące ilości” narkotyków. Na przykład z przytoczonych w artykule informacji z badań wynika, że w obu krajach w ocenie młodzieży zwiększyła się dostępność narkotyków, przy czym w Polsce – w większym stopniu.*

*Poszukiwanie alternatywnych wobec zaostrzania kar sposobów przeciwdziałania narkomanii stanowiło główny temat niezwykle ważnej konferencji w Wilnie poświęconej redukcji szkód, która odbyła się w czerwcu 2013 roku. Grzegorz Wodowski, którego relację z tego wydarzenia zamieszczamy, zauważa ujawniającą się wśród zaproszonych prelegentów i uczestników zmianę sposobu widzenia problemu. Następuje odejście od „opcji zero” – dążenia do zupełnej likwidacji narkotyków, które były, są i będą obecne w naszym świecie, na rzecz położenia nacisku na ograniczanie szkód powodowanych – jak pisze – nie tylko używaniem narkotyków, ale także dyskryminacją tych, którzy po nie sięgają. W tym kontekście na konferencji prezentowano dane pokazujące, że posiadanie dzieci przez osoby uzależnione wpływa na większą redukcję używania narkotyków w tej grupie w porównaniu z uzależnionymi osobami niebędącymi rodzicami. Stoi to w sprzeczności z upowszechnianym przez media wizerunkiem przedstawiającym osoby uzależnione „jako zwyrodnialców, którym należy odbierać dzieci i proponować trwałą sterylizację”.*

*W jaki sposób z problemem penalizacji narkotyków radzą sobie ich użytkownicy, pokazuje artykuł relacjonujący wyniki badań jakościowych przeprowadzonych wśród palaczy marihuany. Otóż okazuje się, że restrykcje prawne traktują oni jako wyzwanie – poradzenie sobie z niebezpieczeństwem buduje ich poczucie własnej wartości. Zachowują przy tym określone zasady bezpieczeństwa przy załatwianiu marihuany, a jej zdobywanie odbywa się wewnątrz ich sieci społecznych.*

*W związku z tym, że Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii objęło – w imieniu ministra zdrowia – zarząd nad Funduszem Rozwiązywania Problemów Hazardowych, w szerszym zakresie niż dotychczas będziemy zamieszczać w Serwisie materiały dotyczące uzależnień behawioralnych. W bieżącym numerze prezentujemy pierwszą część omówienia raportu z badań diagnozujących problem uzależnień behawioralnych w Polsce. Omówienie koncentruje się na opisie czterech ich typów: hazardzie, uzależnieniu od Internetu, pracoholizmie i zakupoholizmie. Może wydawać się zaskakujące, że intensywne zaangażowanie w pracę zostało uznane za zaburzenie obsesyjno-kompulsywne.. Czy przytaczane w artykule kryteria pracoholizmu przekonują Państwa, że to choroba? W następnym numerze zostaną zaprezentowane wyniki badań umożliwiających oszacowanie stopnia rozpowszechnienia uzależnień behawioralnych w naszym kraju.*

*Życzę Państwu przyjemnej lektury  
Piotr Jabłoński*

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### REORGANIZACJA SYSTEMU POMOCY

*Jolanta Łazuga-Koczurowska* ..... 2

## Leczenie, redukcja szkód

### LECZENIE UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW W KONTEKŚCIE DOŚWIADCZEŃ EUROPEJSKICH I PROMOWANIA DOBRYCH PRAKTYK

*Marta Struzik*..... 5

### PAKIET EDUKACYJNY DOTYCZĄCY PROBLEMATYKI NARKOMANII DLA PERSONELU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

*Dawid Chojecki*..... 10

## Prawo

### POLSKA I PORTUGALSKA POLITYKA NARKOTYKOWA. PRÓBA PORÓWNIANIA EFEKTÓW

*Krzysztof Krajewski* ..... 12

## Współpraca międzynarodowa

### W WILNIE O REDUKCJI SZKÓD

*Grzegorz Wodowski* ..... 17

## Kampanie społeczne

### CZY WIARA W TO, ŻE MARIHUANA NIE SZKODZI TO NAIWNOŚĆ? „NAIWNÍ” – KAMPANIA SPOŁECZNA SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

*Małgorzata Kuncewicz*..... 22

KALENDARIUM WYDARZEŃ..... 25

## Profilaktyka

MIĘDZYNARODOWE STANDARDY PROFILAKTYKI NARKOTYKOWEJ..... 26

## Badania, raporty

### UŻYWANIE MARIHUANY – KONTROLA I NIELEGALNOŚĆ

*Dariusz Parzych, Magdalena Piejko, Michał Wanke*..... 31

### ROZPOWSZECHNIENIE I UWARUNKOWANIA UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH W POLSCE

*Barbara Badora, Magdalena Gwiazda, Marcin Hermann, Jolanta Kalka, Jacek Moskalewicz* ..... 37

### BADANIA W OBSZARZE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW

*Artur Malczewski, Anna Misiurek*..... 41

## Regiony

### MONITOROWANIE ZJAWISKA NARKOTYKÓW I NARKOMANII W SOPOCIE

*Joanna Mielewczyk, Małgorzata Pobłocka* ..... 44

RAPORT RZECZNIKA PRAW OSÓB UZALEŻNIONYCH..... III okładka

Z Jolantą Łazugą-Koczurowską, przewodniczącą Zarządu Głównego Monar, rozmawia Tomasz Kowalewicz.

## REORGANIZACJA SYSTEMU POMOCY



**– Dlaczego Monar obchodzi w tym roku 35-lecie, skoro Stowarzyszenie zostało zarejestrowane w 1981 roku?**

– To nie Stowarzyszenie obchodzi 35-lecie, tylko ludzie z Monaru. Datę powstania naszej

organizacji liczymy od momentu, kiedy w 1978 roku w Głoskowie powstała pierwsza społeczność terapeutyczna. Od tego czasu rozpoczęła się historia Monaru. Nazwę też wymyślono w 1978 roku. Rocznicy nie obchodzimy szumnie, nie organizujemy wielkich obchodów. Odbývają się lokalne uroczystości związane z rocznicami powstania kolejnych ośrodków.

**– Monar jest największą i najstarszą organizacją pozarządową pracującą z osobami uzależnionymi od narkotyków. Leczenie osób uzależnionych nie jest jedynym obszarem zainteresowania Stowarzyszenia. Czym jeszcze zajmuje się Monar?**

– Oprócz rehabilitacji i terapii osób uzależnionych, zajmujemy się także profilaktyką, zarówno uniwersalną, jak i selektywną. Jesteśmy zaangażowani w projekty dotyczące problemu bezdomności, a właściwie wykluczenia społecznego. Zajmujemy się osobami, które z różnych powodów znalazły się w trudnej sytuacji życiowej. Są bez dachu nad głową, są wykluczone z życia społecznego z wielu powodów – starości, samotności, chorób psychicznych czy niepełnosprawności. Prowadzimy dla nich prawie 60 różnego typu placówek, w tym także dla matek samotnie wychowujących dzieci i dla kobiet-ofiar przemocy.

Intensywnie przygotowujemy się do rozszerzenia i wzbogacenia oferty postrehabilitacyjnej. Aktualnie prowadzimy 11 hosteli i kilkanaście mieszkań readaptacyjnych w całej Polsce, ale to nadal kropla w morzu potrzeb. W planach mamy otwarcie centrów reintegracji społecznej i zawodowej. Marzą nam się ośrodki, które nie tylko uczą

zawodu, ale także są miejscami pracy. Wstępne projekty są już gotowe.

**– Dlaczego postrehabilitacja jest taka ważna?**

– Głównie dlatego, że pozwala na łatwiejszy i bardziej skuteczny powrót do życia społecznego – zarówno w rozumieniu zawodowym, jak i obywatelskim. Programy postrehabilitacyjne z założenia powinny stanowić bazę utrwalającą efekty podstawowej terapii, być bezpiecznym pomostem pomiędzy leczeniem i terapią a normalnym życiem. W proponowanych przez Monar programach postrehabilitacyjnych kładziemy również nacisk na umożliwienie pacjentom nauki, rozwoju osobistego, uczenia się przedsiębiorczości i sprawczości w kontaktach interpersonalnych. Jest też możliwość korzystania z pogłębionej terapii.

W związku z przeprowadzaną obecnie reorganizacją monarowskiego systemu pomocy osobom uzależnionym staramy się, aby nasza oferta była bardziej różnorodna. Między innymi skracamy istniejące dotychczas podstawowe programy terapii stacjonarnej na rzecz programów reintegracyjnych i postrehabilitacyjnych.

W każdej społeczności terapeutycznej obowiązuje zasada coraz intensywniejszych kontaktów. W każdej społeczności terapeutycznej obowiązuje zasada coraz intensywniejszych kontaktów ze środowiskiem zewnętrznym. Zakres zadań związanych z aktywnością klienta poza środowiskiem terapeutycznym jest na poszczególnych etapach terapii dokładnie przemyślany i zaplanowany. Od prostych czynności, takich jak załatwianie spraw bytowych związanych z funkcjonowaniem ośrodka (np. zakupy, udział w lokalnych wydarzeniach), aż po samodzielne organizowanie sobie czasu, chodzenie do szkoły, przynależność do klubów sportowych czy kółek zainteresowań, które działają w pobliżu. Przejście ze społeczności terapeutycznej do tzw. rzeczywistości jest dość płynne. Oczywiście w programach postrehabilitacyjnych absolwent programu terapeutycznego funkcjonuje już głównie poza społecznością.



**– Jaki jest rozmiar działań Monaru? Ilu osobom rocznie pomagacie, ile macie placówek i pracowników?**

– Mamy 35 poradni, w tym poradnię i oddział dzienny dla osób czynnie biorących, plus 2 oddziały detoksykacyjne i 31 ośrodków stacjonarnych, w tym 8 dla dzieci i młodzieży. Programy w ośrodkach stacjonarnych różnią się czasem trwania oraz ofertą programową. Jeden ośrodek, w Gdańsku, prowadzi oddział dla nieletnich z podwójną diagnozą i zaburzeniami współwystępującymi, a w ośrodku w Wyszku funkcjonuje oddział dla dorosłych z podwójną diagnozą.

Tak, jak wspomniałam wcześniej, prowadzimy 11 hosteli i prawie 60 placówek dla osób bezdomnych. Jeżeli chodzi o leczenie ambulatoryjne, to w 35 poradniach udzielamy od 200 do 250 tys. porad rocznie. W 2012 roku stacjonarnie pomogliśmy 2554 osobom uzależnionym. Z placówek dla bezdomnych (Markotów) rocznie korzysta około 10 tys. osób. To są duże ośrodki. W niektórych przebywa jednocześnie od 160 do 200 osób. To są naprawdę wielkie domy pomocy. W całym Stowarzyszeniu zatrudnionych jest 750 osób, w większości (85%) są to osoby po certyfikacji lub w trakcie procesu certyfikacyjnego.

Jesteśmy też aktywni w profilaktyce – w tym roku wprowadziliśmy parę atrakcyjnych programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży. Współpracujemy z setkami szkół, organizujemy eventy, akcje. Mamy, co robić.

**– Czy coś się zmieni w najbliższej przyszłości?**

– Stawiamy na specjalizację ośrodków stacjonarnych i poszerzamy ofertę poradni. Modelowe rozwiązania zostały już przedstawione pracownikom. Jeżeli dobrze pójdzie, wkrótce będziemy mieć jeden ośrodek przeznaczony tylko dla kobiet. W najbliższym czasie planujemy przekształcić 4 ośrodki stacjonarne w krótkoterminowe, z programami od trzech do sześciu miesięcy. Inne 4 ośrodki będą ośrodkami dla osób z nawrotami choroby z sześciomiesięcznymi programami terapii. Myślimy też o ośrodku dla uzależnionych osób niedowidzących i niedosłyszących. Dla takich osób nie ma żadnej oferty, a z zebranych przez nas informacji wynika, że zapotrzebowanie jest duże.

I to, co najważniejsze – chcemy się zajmować nie tylko uzależnieniami od narkotyków, ale także od alkoholu, hazardu i innymi uzależnieniami niechemicznymi. Mamy już sporo doświadczeń w tym zakresie.

**– Jak w okresie tych 35 lat działania Stowarzyszenia zmienił się obraz polskiej narkomanii?**

– Zmienił się przede wszystkim rodzaj branych środków psychoaktywnych. Teraz popularna jest amfetamina, kokaina, narkotyki syntetyczne. Praktycznie w ogóle już nie ma opiatowców. Zmienił się także społeczny stosunek do samych środków odurzających. Jest więcej przyzwolenia na ich branie. Popularna jest opinia, że nie szkodzą. Picie alkoholu i branie innych środków psychoaktywnych wpisuje się w młodzieżową kulturę życia. Wręcz wypada brać, bo taka jest moda i szpan. A młodzież jest wbrew pozorom słabiej skonstruowana psychicznie niż trzydzieści lat temu. Nie ma zainteresowań, które by ją porwały. Jest absolutnie mniej odpowiedzialna. Ludzie, którzy przychodzą na leczenie, nie bardzo rozumieją, że to oni odpowiadają za swoje życie, że zależy ono od nich. Czasem odnoszę wrażenie, że większość tych, którzy się do nas zgłaszają, to osoby pędzone bieżącymi wydarzeniami, bez refleksji, często zdziwieni, że doszło do tego, iż muszą coś ze sobą zrobić.

**– Kiedyś młodzież była inna?**

– Nie chodzi o to, że była inna. Inaczej traktowała narkotyki. Opiaty w tak widoczny sposób niszczyły organizm, że osoby, które przychodziły na leczenie, były zdeterminowane, żeby wydobyć się z tego bagna. Większość współczesnych narkotyków działa tak, że osoby biorące długo nie odczuwają szkód.

To, co robiłam z moimi małoletnimi pacjentami trzydzieści lat temu, to zupełnie co innego niż to, co robię dzisiaj. Tamtych dało się porwać do różnych rzeczy, tym nic się nie chce. Tamci chcieli dowiedzieć się czegoś nowego o świecie, byli ciekawi, dociekliwi i zaczepni w dyskusjach. Tym nie zależy. Trzydzieści lat temu budowaliśmy ośrodek, leczenie było przygodą. Dla tych teraz jest koniecznością, zewnętrzną presją.

Mamy problem, żeby dzisiejszą młodzież do czegoś zmotywować. Terapeuci, którzy dziś pracują z młodzieżą, mają naprawdę dużo pracy. Nie jest łatwo przekonać młodych ludzi, że rozwój nie polega na tym, żeby przestać używać jakiejś substancji, tylko na zmianie systemu wartości, celów życiowych i zainteresowań. Ani terapia, ani profilaktyka nie jest o narkotykach. Pomoc polega na zmianie obrazu samego siebie, szukaniu odpowiedzi na pytania: kim jestem, czego chcę, o co

mi w życiu chodzi? I terapia, i profilaktyka powinny budować sens życia, uczyć odpowiedzialności za własne wybory, zachęcać do autonomii i dbałości o własny rozwój. Dzisiaj o wiele częściej trzeba przywoływać wartości – te uniwersalne.

**– Co leczy w Monarze? Jakie czynniki systemu powodują zmiany w osobach uzależnionych, dzięki którym następuje ich powrót do zdrowia?**

– Cieszę się, że zapytałeś o system, bo rzeczywiście to, nad czym w tej chwili głównie pracujemy, wiąże się z dopracowywaniem poszczególnych ogniw naszego systemu. Aby nie powielać zadań, aby poszczególne placówki – od ambulatoriów poczynając, a na postrehabilitacji kończąc – ze sobą współpracowały. Żeby osoba uzależniona, potrzebująca pomocy, znalazła w naszym systemie ofertę dostosowaną do jej indywidualnych potrzeb i możliwości. Jesteśmy zgodni, że zajmujemy się przede wszystkim człowiekiem, a nie jego uzależnieniem. Zależy nam na solidnej kompleksowej diagnozie i właściwych rekomendacjach do odpowiednich programów terapeutycznych.

Jeśli chodzi o to, co leczy, to leczy przede wszystkim dobra, bliska i autentyczna więź (relacja), sprzyjająca atmosfera, szacunek dla autonomii pacjenta, stosowanie odpowiednich metod i technik, dostosowanie programu do potrzeb danego człowieka itd. I jeszcze dodałabym, że leczy wiara w człowieka i nadzieja, że może się zmieniać. Leczącym czynnikiem jest w Monarze wiara w określone wartości, poczucie wspólnoty i dużo wspólnych doświadczeń.

W stacjonarnych ośrodkach dodatkowym czynnikiem lejącym jest wspólnota celów – łatwo dostrzegalna i osiągalna. Dynamika grupy, jaką jest społeczność, stanowi absolutną wartość tzw. leczenia środowiskowego – w warunkach zbliżonych do rzeczywistości.

Poczucie wspólnoty wewnątrz społeczności, bezpieczeństwa i podobieństwo celów umożliwia przywiązanie, szczerłość, uczciwość, troskę o innych. Społeczność umożliwia także interpersonalne i społeczne uczenie się.

Istotna jest różnorodność i zindywidualizowanie oddziaływań. Nie można wszystkim proponować tego samego programu. Ważne jest, żeby odkryć potencjał jednostki, odnaleźć i ujawnić to, co pacjent może, nie koncentrować się na tym, czego nie może. Takie podejście umożliwia osobisty rozwój pacjenta, pozwalający na wyjście z nałogu i wypełnienie pustki, która po nim zostaje.

**– Skąd w pacjentach bierze się motywacja do leczenia?**

– Rzadko jest tak, że pacjent jest dostatecznie zmotywowany. Zresztą co to znaczy? Motywacja nie jest cechą stałą. Raz bardziej, a raz mniej chcemy coś zmienić. Osoby uzależnione charakteryzują się silną ambiwalencją – i chcą, i nie chcą jednocześnie dokonać zmian w swojej sytuacji. Stopniowo – w trakcie budowania relacji i rozmów motywujących – pojawia się w jakimś stopniu chęć, a potem gotowość do zmiany. Jeśli pacjent dostrzeże wyraźne korzyści wiążące się ze zmianą dotychczasowych zachowań, jest bardziej zmotywowany do działania. Nie wydaje mi się, żeby można było pomóc komuś, kto tego nie chce i nie współpracuje.

**– Jakie są plany Monaru na najbliższą przyszłość – co jest waszym celem strategicznym, co chcecie zmienić?**

– Jak już wspomniałam, celem strategicznym jest reorganizacja naszego systemu leczenia, terapii, rehabilitacji i postrehabilitacji. Dążymy do tego, aby stworzyć i wdrożyć różnorodną ofertę, bardzo mocno zindywidualizowaną i dopasowaną do różnych potrzeb naszych klientów. Jesteśmy w przededniu zarejestrowania fundacji na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej, która będzie prowadziła działalność gospodarczą i zajmie się głównie postrehabilitacją.

**– Czy masz jakieś osobiste refleksje w związku z jubileuszem?**

– Parę tygodni temu świętowałam 30-lecie naszego gdańskiego ośrodka. Od zawsze zajmowałam się tam dziećmi, nawet ośmioletnimi. Po dziesięciu latach funkcjonowania ośrodka zrobiłam badania ankietowe wśród wszystkich osób, które przebywały w placówce, a potem powtórzyłam te badania po dwudziestu latach i teraz – po trzydziestu. Ankiety dostarczyły informacji o, najkrócej mówiąc, losach osób i ich aktualnej sytuacji. Zebrane dane pokazują, że po trzydziestu latach średnio 64% naszych pacjentów to osoby absolutnie zdrowe, które normalnie funkcjonują, są aktywne zawodowo, nie są samotne, założyły rodziny, pracują, część piastuje wysokie stanowiska. Czerpię z tego faktu dużo radości, satysfakcji, i co tu kryć – siły.

**– Gratuluję w takim razie i dziękuję za rozmowę.**

*Ostatnie publikacje Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii dostarczają wielu informacji zarówno na temat dostępności programów leczniczych dotyczących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, jak również skali zapotrzebowania na terapię i trendów w zgłaszalności do leczenia użytkowników narkotyków. Ujmują one także oddziaływania terapeutyczne w kontekście promowania najlepszych praktyk i planowania skutecznych interwencji psychospołecznych. W artykule przedstawiono wybrane wnioski i rekomendacje pochodzące z tych wydawnictw.*

## LECZENIE UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW W KONTEKŚCIE DOŚWIADCZEŃ EUROPEJSKICH I PROMOWANIA DOBRYCH PRAKTYK

Marta Struzik

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

### Leczenie uzależnienia od narkotyków w Europie – wybrane doniesienia

Najnowszy europejski raport narkotykowy z 2013 roku<sup>1</sup> prezentuje m.in. informacje na temat skali zjawiska zgłaszalności do leczenia z powodu problemu z narkotykami i tendencji obserwowanych w ramach leczenia uzależnienia od narkotyków w Europie. W raporcie podkreślono, że analizując długofalowy trend, stwierdzić można ogólną poprawę dostępności programów leczniczych dla osób uzależnionych od narkotyków, co wpisuje się w pozytywne zmiany w zakresie odpowiedzi na problem narkomanii w krajach europejskich.

Z bardziej szczegółowych statystyk wynika, że najwięcej osób leczy się w Europie z powodu uzależnienia od opiatów. W następnej kolejności odnotować można pacjentów uzależnionych od konopi indyjskich i kokainy. Pamiętać jednak należy, że sytuacja ta może się różnić w poszczególnych krajach, np. w krajach takich jak Łotwa, Polska czy Szwecja większą skalę problemów wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy w życiu stanowi używanie amfetaminy niż kokainy.

Wyniki monitorowania zgłaszalności do leczenia nadal zatem wskazują, że heroina jest substancją, z powodu której użytkownicy narkotyków najczęściej korzystają z profesjonalnej pomocy. Na drugim miejscu pozostają konopie indyjskie, a przetwory konopi są substancjami najbardziej problemowymi dla osób, które zgłaszają się do leczenia po raz pierwszy w życiu. W przypadku kokainy od końca lat 90. odnotowano wzrost interwencji medycznych

w szpitalnych oddziałach ratunkowych związanych z używaniem tej substancji. Jednocześnie zgony związane z zatruciem kokainą utrzymują się na względnie niskim poziomie. Śmiertelność związana z używaniem amfetaminy także jest niższa w stosunku do zgonów spowodowanych używaniem opiatów.

Podstawowymi metodami leczenia uzależnienia od narkotyków stosowanymi na poziomie europejskim są interwencje psychospołeczne, leczenie substytucyjne oraz detoksykacja. Podtrzymany jest podział na leczenie ambulatoryjne, np. specjalistyczne poradnie leczenia uzależnień, świadczenia udzielane przez lekarzy pierwszego kontaktu oraz programy niskoprogowe. Równoległe dostępna jest pomoc realizowana w placówkach stacjonarnych, gdzie stosowana jest m.in. metoda społeczności terapeutycznej. Leczenie substytucyjne to na poziomie europejskim nadal jedna z głównych form terapii osób uzależnionych od opiatów. Zwykle związane jest ono z oddziaływaniami psychospołecznymi i prowadzone jest przez placówki ambulatoryjne lub przez lekarzy o specjalności ogólnej. Najczęściej stosowanym lekiem jest metadon, choć w kilku krajach zdecydowaną przewagę uzyskuje buprenorfina. Morfina o powolnym uwalnianiu lub diacetylmorfina (heroina) stanowi tylko niewielki odsetek przypadków prowadzenia leczenia substytucyjnego. Opieka psychospołeczna skojarzona z leczeniem substytucyjnym ma na celu motywowanie pacjentów do kontynuacji terapii, ograniczenie używania nielegalnych substancji, zmniejszenie skali szkód zdrowotnych związanych z narkotykami czy też śmiertelności, a także poprawę jakości życia i wsparcie



procesu reintegracji społecznej. Osoby uzależnione od opiatów są leczone także innymi metodami, tj. nieobejmującymi leczenia substytucyjnego. Terapia odbywa się w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej z wykorzystaniem rozmaitych technik, np. podejście poznawczo-behawioralne, społeczność terapeutyczna.

Przegląd dostępnych form leczenia na poziomie europejskim wskazuje na tworzenie i wdrażanie programów wyspecjalizowanych, skierowanych do wybranych grup użytkowników narkotyków. Nie tylko osoby uzależnione od opiatów mogą zatem korzystać z programów przeznaczonych głównie dla tej grupy. W krajach europejskich realizowane są bowiem także programy skierowane tylko do osób uzależnionych od kokainy. Terapia polega przede wszystkim na stosowaniu interwencji psychospołecznych ze szczególnym naciskiem na wzmocnienie motywacji do pozytywnych zachowań. Warto zaznaczyć, że w przypadku osób uzależnionych od kokainy dostępne są programy leczenia, w których biorą udział użytkownicy dobrze społecznie zintegrowani, wywiązujący się jeszcze z pełnienia ról społecznych. W wybranych krajach europejskich prowadzone są też specjalistyczne programy skierowane do osób uzależnionych od amfetaminy. Z kolei ponad połowa krajów zgłasza posiadanie programów leczniczych skierowanych tylko do osób uzależnionych od konopi indyjskich. Lecznictwo uzależnienia od marihuany lub haszyszu wykorzystuje powszechne metody, takie jak oddziaływania ambulatoryjne, stacjonarne, programy krótkoterminowe, podejście systemowe, terapię rodzinną czy też zastosowanie Internetu.

Ważnym obszarem pozostającym w zasięgu uwagi Europejskiego Centrum jest proces reintegracji społecznej osób uzależnionych od narkotyków. Programy skierowane na reintegrację społeczną nabierają istotnego znaczenia w związku z faktem, że wielu problemowych użytkowników narkotyków podejmujących leczenie z powodu uzależnienia jest bezrobotnych, legitymuje się niskim poziomem wykształcenia czy też nie posiada stałego miejsca zamieszkania. Doskonale natomiast umiejętności zawodowych i społecznych, nacisk na edukację, organizowanie zakwaterowania czy też wspieranie w poszukiwaniu zatrudnienia są ważnym czynnikiem w procesie zdrowienia. Zróżnicowany jest jednak dostęp do tych programów, a ich powodzenie często jest warunkowane współdziałaniem wielu różnych instytucji oferujących wsparcie i pomoc w powyższych zakresach.

## Najlepsze praktyki a wdrażanie skutecznych interwencji leczniczych

Programy leczenia wpisują się w interwencje podejmowane na rzecz ograniczania skali zjawiska narkotyków i narkomanii oraz problemów zdrowotnych i społecznych z tym związanych. Rozwój interwencji opartych na dowodach naukowych to jeden z podstawowych celów polityki antynarkotykowej Unii Europejskiej<sup>2</sup>. Dobre praktyki to najbardziej skuteczne wykorzystanie dostępnych dowodów naukowych w trakcie podejmowania interwencji w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Te interwencje, które należą do dobrych praktyk, w tym też programy leczenia uzależnienia od narkotyków, są dopasowane do potrzeb adresatów, opierają się na wynikach badań naukowych i tym samym przyczyniają się do osiągania jak najlepszych wyników przy efektywnej alokacji środków finansowych. Na poziomie europejskim do 2011 roku odnotowano łącznie ponad 143 zestawy wytycznych dotyczących leczenia uzależnienia od narkotyków.

## Leczenie uzależnienia od narkotyków z punktu widzenia planowania i wdrażania skutecznych interwencji

Publikacja Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii pn. „Models of addiction”<sup>3</sup> dostarcza informacji na temat przeglądu modeli teoretycznych dotyczących pojęcia uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Analizy te przeprowadzono biorąc pod uwagę fakt, iż koncepcja uzależnienia ma kluczowe znaczenie w procesie wdrażania skutecznych działań zaradczych. Krytyczny przegląd teorii uzależnienia ma posłużyć zatem m.in. wdrażaniu efektywnych programów leczniczych. Istotne jest też, że zaproponowany model teoretyczny można wykorzystywać zarówno w obszarze przeciwdziałania narkomanii, jak też w ramach innych uzależnień, np. od alkoholu, tytoniu, hazardu, Internetu. Koncepcja zaprezentowana w publikacji opiera się na podstawowym założeniu, że lepsze zrozumienie biologicznych podstaw uzależnienia wraz z kontekstem społecznym i psychologicznym umożliwi zaplanowanie właściwych oddziaływań profilaktycznych i leczniczych. Wypracowany model skupia się na analizie zachowań związanych z uzależnieniem pod kątem następujących kryteriów:

1. Zdolności fizycznych i psychologicznych w rozumieniu umiejętności człowieka, wiedzy, zdolności rozumienia,



kompetencji intelektualnych, właściwości psychicznych np.:

- zdolność rozumienia konsekwencji podejmowanych działań, np. używania narkotyków,
  - zdolność do kontrolowania swoich zachowań,
  - zdolności poznawcze służące radzeniu sobie z okolicznościami mogącymi wyzwać chęć sięgnięcia po substancje psychoaktywne,
  - zdolność do podjęcia zmiany zachowań, np. szukanie sposobów radzenia sobie bez użycia substancji psychoaktywnych.
2. Możliwości, czyli czynników fizycznych i społecznych leżących poza człowiekiem, w jego środowisku i otoczeniu, które pozwalają na podejmowanie określonych zachowań związanych z uzależnieniem, np.:
- dostępność substancji psychoaktywnych lub okoliczności sprzyjających używaniu,
  - skala ekspozycji na kontakt z substancjami psychoaktywnymi, osobami używającymi, okolicznościami sprzyjającymi używaniu,
  - czynniki sprzyjające zmianie zachowań, np. ograniczeniu używania substancji psychoaktywnych, zaprzestaniu używania.
3. Motywacji, czyli procesu wewnętrznego, który stanowi bodziec do podejmowania danych zachowań związanych z uzależnieniem, w tym motywacji wynikającej z samoświadomości, autorefleksji i wewnętrznych przekonań oraz motywacji w rozumieniu impulsów czy też reakcji odruchowej, np.:
- przekonania na temat pozytywnych i negatywnych konsekwencji używania substancji,
  - pozytywne doświadczenia związane z używaniem substancji,
  - świadomość szkód i strat osobistych wynikających z uzależnienia,
  - pozytywne doświadczenia powstające w wyniku działań niezwiązanych z używaniem narkotyków,
  - poczucie tożsamości i identyfikacji, w tym związane z używaniem substancji.

Powyższa analiza może dotyczyć pojedynczych osób w przypadku oddziaływań indywidualnych, ale można ją także przeprowadzić dla całej populacji, która ma być odbiorcą określonych interwencji.

W publikacji zawarta została propozycja rozwijania działań skierowanych do osób uzależnionych, w tym zatem również oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych, która opiera się na bardziej usystematyzowanym podejściu od-

noszącym się do podstaw teoretycznych. Zaproponowane podejście opiera się na kilku krokach, jakie należy podjąć w celu ustrukturyzowania procesu tworzenia interwencji i polityki antynarkotykowej. Te poszczególne etapy dotyczą tylko planowania interwencji, natomiast nie obejmują już ich wdrożenia i ewaluacji.

Przystępując do planowania interwencji rekomenduje się następujące kroki:

1. Określ planowane cele interwencji, tj. zachowania, które będą celem interwencji.

Określenie tej zmiennej będzie definiować wszystkie kolejne kroki. Należy w tym miejscu wyznaczyć, jakie zachowania będą stanowiły cele działań, np. zmniejszenie rozpowszechnienia używania narkotyków, ograniczenie liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Cel powinien być realistyczny, czyli dopasowany do realnych możliwości, np. w aspekcie bardziej globalnym uwzględniający łatwość dostępu do placówek leczenia uzależnień, które mogą podjąć się planowanych działań, zaplecze kadrowe itp. Na poziomie indywidualnym odzwierciedla się to w ustaleniu odpowiednich planów leczenia, m.in. czego pacjent oczekuje od leczenia, co pragnie osiągnąć.

Następnie rekomenduje się przeprowadzenie analizy obecnych zachowań pod kątem zdolności, możliwości i motywacji do ich podejmowania. Chodzi zatem o określenie czynników, które mogą wpływać na osiągnięcie planowanych celów, tj. wzmacniać ten proces lub mu zagrażać, a także sprecyzowanie, co w przypadku osoby podejmującej leczenie jest niezbędne lub potrzebne, aby osiągnąć cel leczenia.

2. Wybierz typ interwencji.

Przystępując do działania należy wybrać rodzaj interwencji, która ma na celu wywołanie określonej zmiany i osiągnięcie wcześniej zdefiniowanych celów. Publikacja Europejskiego Centrum dostarcza niejako teoretycznego przeglądu różnych funkcji prowadzonych interwencji w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Należą do nich: ograniczenie/restrykcja, zmiana środowiskowa, modelowanie, przekonywanie/perswazja, zachęcanie/motywowanie, przymus, edukacja, szkolenie, dawanie możliwości. Poszczególne funkcje znajdują swoje zastosowanie w zależności od docelowej populacji osób oraz indywidualnych okoliczności. W przypadku leczenia zadanie polega na tym, aby wybrać takie działania, które zbliżą pacjenta do osiągnięcia planowanych efektów. Każdorazowo w ramach powyższych funkcji

Tabela 1. Funkcje interwencji a źródło zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz działania zaradcze.

		Funkcje interwencji												
		ograniczenie/ restrykcja	zmiana środowiskowa	modelowanie	przekonywanie/ perswazja	zachęcanie/ motywowanie przez korzyści	przymus	edukacja	szkolenie	dawanie możliwości				
Źródła zachowania	możliwości fizyczne	✓	✓											✓
	możliwości społeczne	✓	✓											✓
	motywacja (samoświadomość, refleksja)		✓	✓	✓	✓	✓							✓
	motywacja (impulsy, reakcje odruchowe)				✓	✓	✓					✓		
	zdolności fizyczne											✓		✓
	zdolności psychologiczne											✓		✓
	marketing/ komunikacja społeczna			✓		✓	✓							
	tworzenie rekomendacji	✓	✓			✓	✓							✓
	polityka fiskalna		✓				✓							✓
	regulacje, akty wykonawcze	✓	✓			✓	✓							✓
legislacja	✓	✓			✓	✓							✓	
planowanie społeczne i środowiskowe		✓											✓	
dostęp do usług			✓			✓							✓	

Źródło: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013) Models of addiction. EMCDDA Insights. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

dopasowuje się szczegółowe działania i techniki, które zostaną zastosowane w pracy z pacjentem.

Drugim wymiarem, jaki należy wziąć pod uwagę przy wyborze interwencji, jest źródło danego zachowania, tj. możliwości fizyczne i społeczne, motywacja oraz zdolności fizyczne i psychologiczne.

Trzeci wymiar odnosi się do prowadzenia interwencji o charakterze bardziej globalnym tzn. nie tylko obejmującym oddziaływanie kierowane do jednostek lub grup, lecz dotyczącym kreowania polityk antynarkotykowych. W tym przypadku wyróżnia się następujące aktywności: marketing/komunikacja społeczna, tworzenie rekomendacji, polityka fiskalna, regulacje/akty wykonawcze, legislacja, planowanie społeczne i środowiskowe oraz dostęp do usług.

W przedstawionej koncepcji poszczególne funkcje interwencji pozostają w związku tylko z wybranymi źródłami zachowań czy też są skuteczne w przypadku różnych kategorii działań zaradczych prowadzonych w ramach polityki antynarkotykowej. Tym samym oznacza to, że poszczególne rodzaje interwencji mogą być stosowane tylko w określonych celach.

Interwencje oparte na restrykcji wykorzystują zasady mające na celu zredukowanie możliwości podejmowania określonych zachowań, np. kontrola dostępności leków zawierających opiaty. Zmiana środowiskowa polega na dokonywaniu zmian fizycznych lub społecznych, np. ograniczanie liczby punktów sprzedaży alkoholu. Modelowanie to dostarczanie przykładów wzorcowych lub rekomendowanych zachowań. Akcje wykorzystujące symbolikę do wzbudzania awersji do palenia tytoniu to przykłady interwencji opartej m.in. na perswazji. Z kolei programy polegające na dostarczaniu korzyści finansowych w celu promowania abstynencji od kokainy stanowią przykład zachęcania/motywowania. Podnoszenie cen alkoholu mogłoby być przykładem interwencji opartej na przymusie, natomiast informowanie palaczy tytoniu o optymalnych metodach zerwania z nałogiem to element edukacji. Szkolenia mogą dotyczyć np. treningów dla personelu lokali w zakresie umiejętności odmowy sprzedaży alkoholu osobom nietrzeźwym. Dostarczanie buprenorfiny lub metadonu osobom uzależnionym w celu ograniczenia używania heroiny (programy leczenia substytucyjnego) to działania z obszaru wzmocnienia możliwości.

W przypadku strategii wykorzystywanych w celu prowadzenia polityki antynarkotykowej, organizowanie kampanii medialnych stanowi przykład wykorzystywania komunikacji i marketingu w obszarze walki z narkomanią. Z kolei opracowywanie i upowszechnianie przewodników dotyczących leczenia osób uzależnionych od narkotyków stanowi przykład wdrażania rekomendacji lub aktów prawnych. Czasami wykorzystywanie systemów podatkowych może być także formą interwencji na polu przeciwdziałania uzależnieniom. Stanowienie prawa, tworzenie porozumień czy też umożliwianie dostępu do programów wsparcia dla osób uzależnionych to również przykłady stosowanych interwencji.

3. Ostatnim krokiem jest wdrażanie działań w oparciu o wcześniej wybrane cele i funkcje oraz dokonywanie ewaluacji prowadzonych interwencji.

Wskazane w niniejszym artykule informacje dostępne są w następujących publikacjach Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii:

- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „Europejski raport narkotykowy 2013. Tendencje i osiągnięcia”,  
  - [http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=581389](http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=581389)
  - <http://www.emcdda.europa.eu/>
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „Ograniczanie popytu na narkotyki: globalne dowody na lokalne działania”, Narkotyki w obiektywie nr 23/2012,  
  - <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/best-practice>
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „Models of addiction”, Seria EMCDDA Insights, 2013 (wersja tylko w języku angielskim),  
  - <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction>

## Przypisy

- <sup>1</sup> Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia”, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2013.
- <sup>2</sup> Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „Ograniczanie popytu na narkotyki: globalne dowody na lokalne działania”, Narkotyki w obiektywie nr 23/2012, Urząd Publikacji Unii Europejskiej.
- <sup>3</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, „Models of addiction”, EMCDDA Insights, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2013.

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii uruchamia nowe przedsięwzięcie e-learningowe dla lekarzy rodzinnych i lekarzy medycyny pracy. Jego celem będzie podniesienie wiedzy wymienionej grupy lekarzy w obszarze szeroko rozumianej problematyki narkomanii, a także doskonalenie ich umiejętności w zakresie prowadzenia rozmów z pacjentem na temat używania przez niego substancji psychoaktywnych.*

## PAKIET EDUKACYJNY DOTYCZĄCY PROBLEMATYKI NARKOMANII DLA PERSONELU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Dawid Chojecki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

### Historia

Pierwsze zastosowanie komputerów w procesie nauki miało miejsce w 1960 roku. Dwóch profesorów psychologii z Uniwersytetu Stanford – Patrick Suppes i Richard C. Atkinson zaczęło eksperymentować z komputerami – chcieli za ich pomocą uczyć dzieci matematyki i czytania. Pierwsze szkolenia on-line odbyły się oczywiście później, po tym jak został wynaleziony Internet. Jednak jeszcze przed nastaniem ery Internetu (lata 90.), w latach 70. i 80. ubiegłego wieku w wielu bibliotekach przy amerykańskich college'ach można było się szkolić i zdawać egzaminy, wykorzystując do tego sieci komputerowe (*computer-based learning made up*). Na podstawie badań przeprowadzonych w 2008 roku przez amerykański Departament Edukacji, stwierdzono, że w roku akademickim 2006–2007 około 2/3 uczelni (zarówno publicznych, jak i prywatnych) uczestniczyło w programach pomocy finansowej dla studentów korzystających z kursów i szkoleń na odległość.

W 2008 roku Rada Europy wydała oświadczenie, w którym doceniła możliwości e-learningu w zakresie poprawy równouprawnienia i kształcenia w państwach członkowskich UE. Niektórzy są zdania, że obecnie, dzięki Internetowi, szkolenia e-learning

są najpotężniejszymi i najefektywniejszymi narzędziami edukacyjnymi i najlepiej odpowiadają na potrzeby edukacyjne społeczeństwa.

### Czym jest e-learning?

To forma nauki na odległość za pośrednictwem sieci komputerów oraz Internetu/extranetu. E-learning jest szeroko rozumianym terminem opisującym technologie edukacyjne, które elektronicznie i tech-

nologicznie wspierają naukę. E-learning obejmuje liczne typy mediów dostarczających tekst, dźwięk, obraz, film. Wykorzystuje różnego rodzaju technologie i aplikacje, takie jak: taśmy audio i wideo, telewizję satelitarną, CD-ROM, Internet/extranet.

Choć przyjęło się, że nazwa e-learning wywodzi się od „nauki elektronicznej” (*electronic-learning*), to Bernard Luskin, pionier e-learningu, twierdzi, że „e” powinno być interpretowane jako „eks-

cytujące, energetyczne, entuzjastyczne, emocjonalne, edukacyjne, rozszerzające i wspaniałe”. Inną spotykaną sugestią jest odnośnienie „e” do: „wszystkiego, wszystkich, angażującego i łatwego” (*everything, everyone, engaging, easy*).

*Dzięki szkoleniom e-learningowym lekarze rodinni będą mieli większą wiedzę na temat narkotyków i zjawiska narkomanii, będą umieli rozpoznawać symptomy, które mogą świadczyć o używaniu przez pacjenta substancji psychoaktywnych, i przeprowadzić z nim krótką rozmowę mającą na celu zmotywowanie go do zmiany zachowań lub zgłoszenie się do odpowiedniej placówki.*



## Wdrażanie platformy edukacyjnej przez Krajowe Biuro

W celu podniesienia wiedzy lekarzy rodzinnych i lekarzy medycyny pracy w obszarze szeroko rozumianej problematyki narkomanii, a także doskonalenia ich umiejętności w zakresie prowadzenia rozmów z pacjentem na temat używania przez niego substancji psychoaktywnych, Krajowe Biuro przystąpiło w 2012 roku do opracowania projektu platformy e-learningowej. Projekt realizowany jest we współpracy z firmą zewnętrzną, zajmującą się profesjonalnie tworzeniem i prowadzeniem platform edukacyjnych.

W ubiegłym roku sfinalizowano pierwszy etap projektu – stworzenie struktury platformy. W pierwszym półroczu 2013 roku platforma wypełniana była treściami merytorycznymi. Planuje się, że w okresie wakacyjnym rozpocznie się już realizowanie samych szkoleń dla pierwszych grup lekarzy rodzinnych, a w dalszym etapie także dla lekarzy medycyny pracy.

Dzięki szkoleniom przedstawiciele podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze medycyny pracy:

- będą mieli większą wiedzę na temat narkotyków i zjawiska narkomanii,
- będą umieli rozpoznawać u pacjenta symptomy, które mogą świadczyć o używaniu przez niego substancji psychoaktywnych,
- przeprowadzą z pacjentem krótką rozmowę mającą na celu zmotywowanie go do zmiany zachowań bądź zgłoszenie się do odpowiedniej placówki.

Szkolenie będzie miało formę internetowej platformy e-learningowej. Będzie przeprowadzane w postaci sfilmowanych wykładów z jednoczesną prezentacją slajdów. W prezentacjach będą odnośniki do materiałów pozwalających na uzupełnienie wiedzy w omawianym temacie. W module dotyczącym krótkiej interwencji znajdują się dodatkowo trzy pięciominutowe filmy, które przedstawią, jak w praktyce zastosować tę metodę. Każdy z filmów będzie prezentował rozmowę lekarza z pacjentem mającym problem z inną substancją: z kokainą, konopiami indyjskimi i benzodiazepinami. W celu uzyskania punktów edukacyjnych, po zalogowaniu się do portalu, lekarz będzie musiał zapoznać się z siedmioma prezentacjami/miniwykładami dotyczącymi następujących zagadnień:

- charakterystyka substancji psychoaktywnych – drogi przyjmowania, działanie, zespoły abstynencyjne,

zespół uzależnienia, szkody zdrowotne (somatyczne i psychiatryczne) związane z ich używaniem,

- objawy somatyczne i psychiatryczne sugerujące używanie substancji psychoaktywnych przez pacjenta,
- czynniki związane z ryzykiem rozwoju uzależnienia,
- kryteria rozpoznania zespołu uzależnienia od substancji,
- podstawowe zasady interwencji wobec osób używających substancji w sposób szkodliwy i uzależnionych,
- dostępne metody i placówki oferujące leczenie.

Platforma będzie także zawierała linki tematyczne i dodatkowe materiały do pobrania. Zapoznanie się z nimi nie będzie jednak obligatoryjne.

Czynnikiem motywującym lekarzy do podejmowania powyższych szkoleń powinno być Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków, nakładające na lekarzy obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego, potwierdzanego co 4 lata przez zgromadzenie określonej liczby punktów edukacyjnych (200 pkt).

Po zapoznaniu się z wykładami lekarz będzie mógł przystąpić do rozwiązywania 60 pytań testowych. Aby system wygenerował odpowiedni certyfikat, lekarz musi odpowiedzieć na wszystkie pytania. Za udział w szkoleniu może on uzyskać łącznie 12 punktów edukacyjnych. Zanim to jednak nastąpi, szkolenie musi uzyskać akredytację Okręgowej i Naczelnej Izby Lekarskiej, co jest planowane na przełomie lipca i sierpnia 2013 roku.

Przed upublicznieniem portalu nastąpi jego pilotaż z udziałem próbnej grupy lekarzy.

W przyszłości planuje się poszerzyć grupę odbiorców szkolenia o lekarzy ginekologów i psychiatrów. Będzie to wymagało zmodyfikowania zawartości materiałów merytorycznych i nagrania innych filmów.

To nowe e-learningowe przedsięwzięcie szkoleniowe wpisuje się w Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016, gdzie jednym z zadań dla kierunku „Poprawa stanu zdrowia osób używających szkodliwie i osób uzależnionych od narkotyków” w obszarze „Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna” jest opracowanie pakietu edukacyjnego w zakresie narkomanii dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej.

*Dostępne dane zdają się nie potwierdzać tezy, że dekryminalizacja czynności związanych z używaniem narkotyków prowadzi do wzrostu ich używania, podczas gdy kryminalizacja i intensyfikacja ścigania skutkują spadkiem w tym zakresie. Dekryminalizacja i liberalizacja portugalskiej polityki narkotykowej nie spowodowały jakiegось gwałtownego wzrostu konsumpcji. Z kolei intensyfikacja ścigania użytkowników narkotyków, jaka miała miejsce po 2000 roku w Polsce, nie zdołała najwyraźniej jednoznacznie powstrzymać tendencji wzrostowych w zakresie używania narkotyków. Co więcej, pomimo odmienności realizowanej polityki narkotykowej, tendencje w zakresie używania nielegalnych narkotyków pozostawały w obu krajach w większości wypadków bardzo zbliżone.*

## POLSKA I PORTUGALSKA POLITYKA NARKOTYKOWA. PRÓBA PORÓWNANIA EFEKTÓW

Krzysztof Krajewski  
Katedra Kryminologii  
Uniwersytet Jagielloński

Jedną z kluczowych kontrowersji współczesnej polityki narkotykowej jest pytanie o rolę represji w redukcji popytu na nielegalne substancje psychoaktywne. Z jednej strony twierdzi się, że kryminalizacja posiadania narkotyków na własny użytek, a tym samym kryminalizacja ich używania, są niezbędne, bo oznaczają czytelny przekaz skierowany przede wszystkim do młodych ludzi, że „narkotyki są złe”. Z drugiej strony mówi się, że dekryminalizacja czy też depenalizacja posiadania (używania) narkotyków implikuje niewłaściwy przekaz społeczny. Zdjęcie z narkotyków piętna jednoznacznego społecznego potępienia może bowiem być odczytane co najmniej jako ich tolerancja i skutkować wzrostem ich używania.

Dobrej okazji do dokonania próby empirycznej weryfikacji powyższych założeń dostarcza polityka narkotykowa, a przede wszystkim polityka kryminalizacji posiadania narkotyków na własny użytek, realizowana po 2000 roku w Polsce i Portugalii. W obu krajach niemalże jednocześnie (w 2000 roku w Polsce i 2001 roku w Portugalii) weszły w życie zupełnie przeciwstawne reformy prawa karnego dotyczące narkotyków i narkomanii. Nowela do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej u.o.p.n.) z 1997 roku przyjęta w 2000 roku, uchyliła art. 48 ust. 4, przewidujący, iż posiadanie nieznacznych ilości narkotyków przeznaczonych na własny użytek stanowi tzw. okoliczność wyłączającą karalność. Natomiast w Portugalii posiadanie niewielkich ilości narkotyków

na własny użytek przestało stanowić przestępstwo i zostało przekwalifikowane w naruszenie prawa jedynie o charakterze administracyjnym (zbliżonym do statusu polskich wykroczeń). Towarzyszyło temu utworzenie tzw. Komisji Odwodzenia od Używania Narkotyków (ang. *Commissions for the Dissuasion of Drug Addiction*). W ich skład wchodzi zawsze prawnik, pracownik socjalny i terapeuta. W przypadku ujawnienia przez policję posiadania narkotyków w ilościach nie większych niż przewidziane w ustawodawstwie portugalskim wartości graniczne, nie jest wszczynane postępowanie karne – sprawa jest przekazywana do komisji. Komisja dokonuje oceny problemu narkotykowego danej osoby i w zależności od tej oceny, może skierować ją do stosownego programu edukacyjnego, prewencyjnego, terapeutycznego itp. W przypadku odmowy udziału w programie komisja ma prawo stosować pewne sankcje o charakterze finansowym i administracyjnym (np. pozbawienie pewnych świadczeń, zatrzymanie prawa jazdy itp.)<sup>1</sup>.

Zaprezentowane rozwiązania stwarzają okazję do porównania tendencji w używaniu nielegalnych narkotyków w obu krajach po 2001 roku. Oczywiście porównań takich należy dokonywać z ostrożnością. Polska i Portugalia to pod wieloma względami odmienną społeczność, charakteryzującą się odmiennym stanem problemu narkotykowego i mające różne systemy wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych.

Niemniej jednak pewne prawidłowości w tym zakresie, jakie można zaobserwować w obu krajach, mogą stanowić interesujący wkład do dyskusji na temat roli prawa karnego w polityce narkotykowej. Powstają w związku z tym dwa pytania. Po pierwsze: czy realizowana w Polsce od 2001 roku restrykcyjna polityka bezwzględnej represjonowania posiadania narkotyków na własny użytek przyniosła spodziewane, pozytywne efekty w postaci zmniejszenia używania nielegalnych narkotyków? Po drugie: czy realizowana od tego samego roku w Portugalii polityka złagodzenia represji i koncentracji na instrumentach polityki zdrowotnej przyniosła negatywne efekty w postaci wzrostu konsumpcji narkotyków? Żeby odpowiedzieć na te pytania, intensywność represji karnej potraktowana zostanie jako zmienna niezależna, a rozmiary konsumpcji nielegalnych narkotyków jako zmienna zależna. Jako wskaźniki zmiennej niezależnej wykorzystano dane dotyczące współczynnika nasilenia przestępstw narkotykowych odnotowanych w obu krajach w statystykach policyjnych (liczba takich przestępstw przypadająca na 100 tys. mieszkańców) i współczynnika skazań za takie przestępstwa (liczba skazań za te przestępstwa przypadająca na 100 tys. mieszkańców). Wykorzystane w tym zakresie dane pochodzą z publikacji źródłowych Rady Europy<sup>2</sup>, za wyjątkiem prezentowanych na wykresie 3. Te ostatnie zostały obliczone przez autora, przy wykorzystaniu danych dotyczących liczby zarejestrowanych przestępstw narkotykowych zawartych w biuletynie statystycznym EMCDDA z 2012 roku<sup>3</sup> oraz danych Eurostat na temat liczby ludności krajów europejskich<sup>4</sup>. Natomiast dane dotyczące liczby stwierdzonych przestępstw narkotykowych popełnionych w Polsce przez nieletnich (wykres 5), zostały zaczerpnięte ze strony internetowej Komendy Głównej Policji<sup>5</sup>.

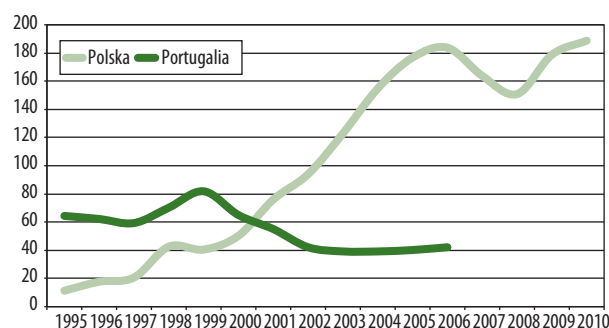
Jako wskaźniki zmiennej zależnej wykorzystano dane dotyczące wybranych aspektów rozmiarów używania nielegalnych środków odurzających i substancji psychotropowych pochodzące z badań epidemiologicznych. Po pierwsze, będą to wyniki badań zrealizowanych na populacji generalnej osób w wieku 15–64 lata. Dla obu krajów są one dostępne tylko dla dwóch lat w analizowanym okresie, a mianowicie 2002 i 2006 roku w Polsce oraz 2001 i 2007 roku w Portugalii<sup>6</sup>. Jest to oczywiście dość ograniczona seria danych czasowych, ale oba pomiary w każdym kraju dotyczą okresu zaraz po wprowadzeniu omówionych wcześniej zmian, a więc

powinny nieźle odzwierciedlać ich ewentualny wpływ. Po drugie, będą to wyniki badań ESPAD (*European School Survey on Alcohol and Drugs*), które były realizowane w Europie w latach 1995, 1999, 2003, 2007 oraz 2011<sup>7</sup>. Wyniki ESPAD stanowią więc znacznie lepszą serię danych czasowych. Z ich wykorzystaniem dla oceny efektów polityki karnej wiąże się jednak pewien problem. Próba, na jakiej prowadzone są te badania, obejmuje bowiem uczniów, którzy w roku realizacji badania kończą 16. rok życia. To powoduje, że w wielu wypadkach nie osiągnęli oni wieku odpowiedzialności karnej. W Polsce odpowiedzialność taka dotyczy osób, które w chwili czynu ukończyły 17. rok życia, a w Portugalii 16 lat. Oznacza to, że przestępstwa narkotykowe popełniane przez osoby będące przedmiotem badania ESPAD, są najczęściej przedmiotem reakcji w oparciu o specjalne przepisy dotyczące nieletnich, a nie odpowiedzialności karnej dorosłych sprawców przestępstw. Wydaje się jednak, że nie ma to zasadniczego znaczenia dla niniejszych rozważań: fakt, że wobec nieletnich nie stosuje się kar tylko inne środki, nie oznacza, że nie mają one w wielu wypadkach podobnego wpływu, jak kary zasądzone wobec dorosłych. Wykres 5 pokazuje zresztą (brak jest niestety stosownych danych w tym zakresie dla Portugalii), że intensywność egzekwowania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wobec nieletnich w analizowanym dziesięcioleciu zdecydowanie wzrosła, co powinno mieć także wpływ na rozmiary konsumpcji narkotyków w tej grupie.

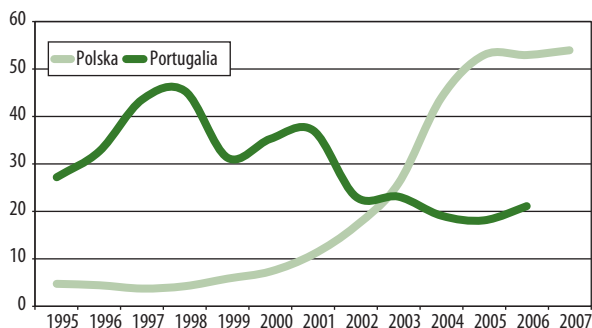
## Przestępczość narkotykowa

Przede wszystkim należy się przyjrzeć danym dotyczącym nasilenia przestępczości narkotykowej w obu krajach. Zmiany, jakie miały miejsce w 2000 roku w Polsce, spowodowały drastyczny wzrost przestępstw

**Wykres 1. Zarejestrowane przez policję przestępstwa narkotykowe w Polsce i w Portugalii.**

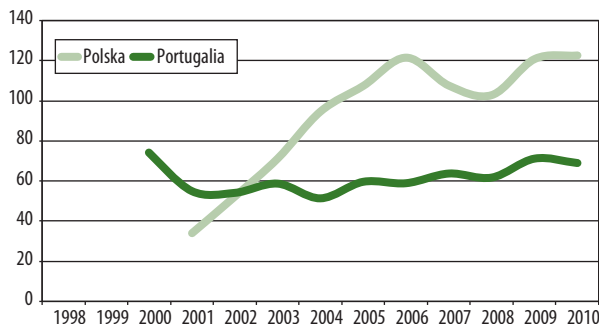


**Wykres 2. Skazania przez sądy za przestępstwa narkotykowe w Polsce i w Portugalii.**

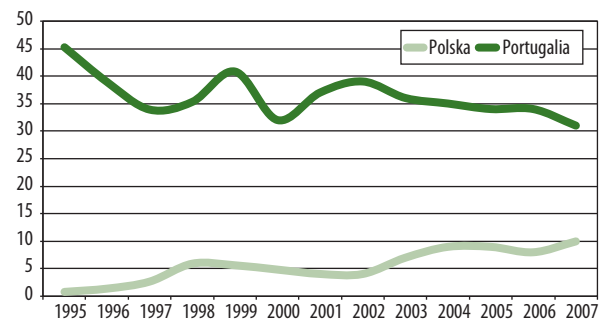


narkotykowych odnotowanych w statystyce policyjnej. W latach 2001–2006 wzrost ten wyniósł aż 150%. W Portugalii w tym samym czasie nasilenie zarejestrowanych przestępstw narkotykowych najpierw nieco spadło, aby po 2003 roku się ustabilizować (wykres 1). Jeśli chodzi o skazania przez sądy za przestępstwa narkotykowe, to sytuacja w obu krajach kształtowała się podobnie (wykres 2). Ważne jest przy tym, że wzrost nasilenia zarejestrowanych przestępstw narkotykowych i skazań za nie w Polsce był przede wszystkim wynikiem gwałtownego wzrostu liczby przypadków posiadania narkotyków. W Portugalii natomiast nasilenie tego typu czynów pozostało bez większych zmian (wykres 3).

**Wykres 3. Zarejestrowane przez policję przypadki posiadania narkotyków w Polsce i w Portugalii.**



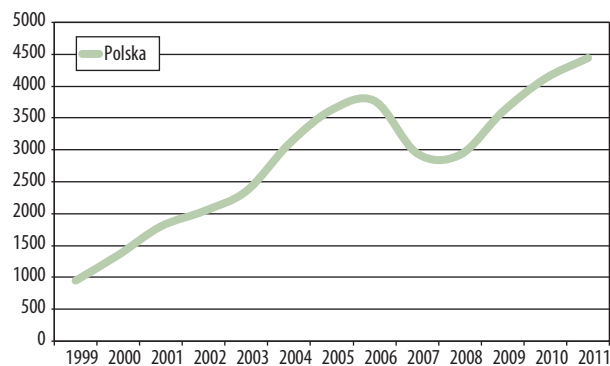
**Wykres 4. Zarejestrowane przez policję przypadki produkcji, przemytu i handlu narkotykami w Polsce i w Portugalii.**



Wreszcie należy podkreślić, że nasilenie zarejestrowanych przestępstw produkcji, przemytu i handlu narkotykami oraz skazań za nie w Polsce po 2001 roku wzrosło jedynie nieznacznie. W porównaniu do tendencji w zakresie posiadania narkotyków, wzrost ten miał całkowicie marginalny charakter. W Portugalii natomiast nie miały miejsca w tym wypadku jakiegokolwiek wyraźniejsze zmiany (wykres 4).

Zmiany, jakie miały miejsce w Polsce w 2000 roku, doprowadziły do intensyfikacji wysiłku policji skierowanego na ujawnianie przypadków posiadania narkotyków, prowadząc do drastycznego wzrostu liczby podejrzanych, oskarżonych i skazanych w tego typu sprawach. W Portugalii natomiast brak było jakichś wyraźnych zmian w tym zakresie. Co więcej, prezentowane dane wskazują na zupełnie odmienny w obu krajach udział spraw o posiadanie z jednej strony, oraz o produkcję, przemyt i handel z drugiej strony. W Portugalii współczynniki przestępstw związanych z podażą narkotyków są znacznie wyższe od współczynników przestępstw posiadania, które w olbrzymiej większości związane są z popytem na narkotyki. Wskazywałoby to na to, że w Polsce mamy do czynienia z o wiele większą koncentracją organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości na działaniach wymierzonych w popyt na nielegalne narkotyki niż w ich podaż. Można w związku z tym zakładać, że polska polityka karna w obszarze narkotyków powinna wysłać szczególnie jednoznaczny przekaz do potencjalnych i aktualnych użytkowników narkotyków, czego nie można już powiedzieć o polityce portugalskiej. Nasuwa się pytanie: czy dostępne dane epidemiologiczne wskazują na to, że powyższe przekazy w obu krajach wywierają zakładany wpływ na używanie nielegalnych narkotyków?

**Wykres 5. Zarejestrowane przez policję przestępstwa narkotykowe popełnione przez nieletnich w Polsce.**

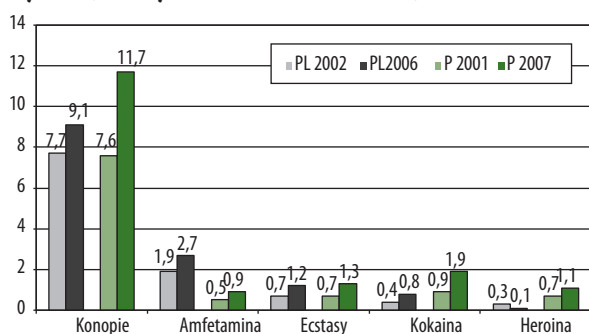




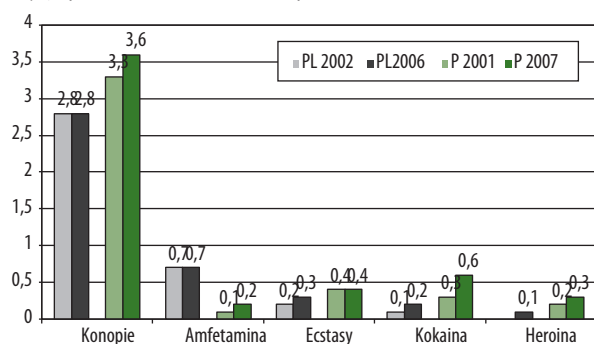
## Używanie wybranych narkotyków

Wykres 6 pokazuje, że w populacji generalnej tendencje używania wybranych narkotyków kiedykolwiek w życiu pozostawały w obu krajach zbliżone: mieliśmy do czynienia w pewnym wzroście, aczkolwiek był on nieco wyraźniejszy w Portugalii. Jedyna różnica dotyczyła heroiny, której używanie w Portugalii nieco wzrosło, a w Polsce spadło. Nic jednak nie wskazuje na to, aby odmiennosc realizowanej w obu krajach polityki narkotykowej przekładała się na wyraźne odmienne tendencje w zakresie używania narkotyków w populacji generalnej. Szczególnie w Polsce intensyfikacja ścigania karnego użytkowników narkotyków nie miała istotnego wpływu na tendencje epidemiologiczne. Nieco odmiennie sprawa przedstawia się w przypadku używania wybranych narkotyków w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (wykres 7). W Polsce rozmiary używania najpopularniejszych substancji, tj. konopi i amfetaminy, pozostały w zasadzie niezmiennione, podczas gdy w Portugalii nastąpiły pewne wzrosty, ale stabilizacja w przypadku konopi. Jest to stan bardziej odpowiadający przedstawionym wcześniej założeniom na temat wpływu polityki karnej na używanie narkotyków. Podkreślić jednak należy, że w Portugalii nie

**Wykres 6. Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu (osoby w wieku 15-64 lata).**



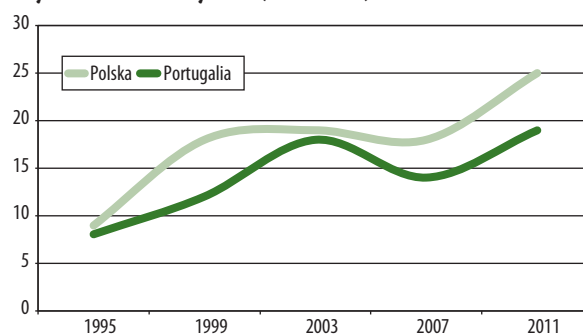
**Wykres 7. Używanie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (osoby w wieku 15-64 lata).**



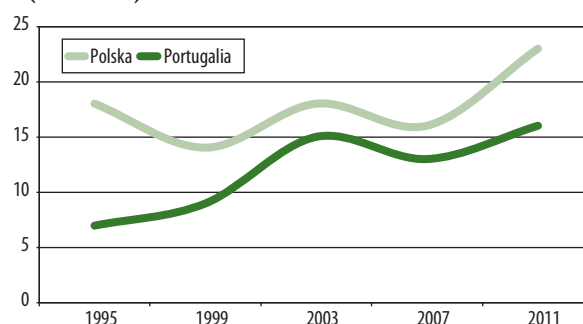
nastąpił żaden dramatyczny wzrost w tym zakresie przewidywany przez przeciwników dekryminalizacji. W sumie trudno więc mówić o jednoznacznym potwierdzeniu tezy, że dekryminalizacja skutkuje wzrostem konsumpcji, a kryminalizacja zmniejszeniem.

Tendencje w zakresie rozpowszechnienia używania narkotyków w Polsce i Portugalii w świetle danych pochodzących z badania ESPAD również zdają się nie potwierdzać powyższej tezy. Dane dotyczące używania przez uczniów jakichkolwiek narkotyków kiedykolwiek w życiu (wykres 8) pokazują co prawda, iż w Polsce po 2001 roku przerwana została jednoznaczna tendencja wzrostowa w tym zakresie, jaka występowała w latach 90. Co więcej, w latach 2003–2007 odnotowano nawet pewien spadek rozmiarów używania. Po 2007 roku nastąpił jednak wyraźny wzrost. Wskazywałoby to na to, że ewentualny efekt kryminalizacji i intensyfikacji egzekwowania przepisów karnych u.o.p.n., jeśli w ogóle wystąpił, to był ograniczony do okresu bezpośrednio po zmianie przepisów. Porównanie z Portugaliją wskazuje jednak na to, że spadki te trudno zapewne przypisać efektowi kryminalizacji. Rzecz w tym, że w Portugalii, pomimo odwrotnego zabiegu legislacyjnego, tendencje w zakresie używania były bardzo podobne: bezpośrednio po zmianie prawa wystąpił co prawda pewien

**Wykres 8. Używanie jakichkolwiek narkotyków kiedykolwiek w życiu (ESPAD).**



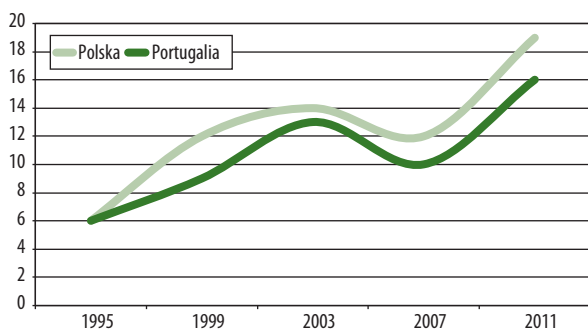
**Wykres 9. Używanie konopi kiedykolwiek w życiu (ESPAD).**



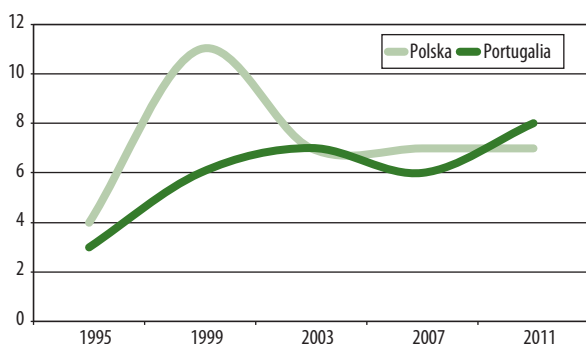
wzrost, ale w latach 2003–2007 uwidocznił się spadek, i to większy niż w Polsce, a po 2007 roku spory wzrost podobny do polskiego. Szczególnie interesujący jest wzrost w obu krajach po 2007 roku. W Polsce w tym czasie rzeczywiście wystąpił pewien spadek intensywności ścigania, wyrażający się czasowym spadkiem nasilenia przestępstw narkotykowych i skazań za nie. Byłoby to zgodne z tezą, że spadek intensywności represji prowadzi do wzrostu konsumpcji narkotyków. W Portugalii jednakże w tym samym czasie intensywność ścigania konsumentów pozostała na niezmiennym poziomie, a mimo to konsumpcja też wzrosła.

Podobne prawidłowości ujawniają się w odniesieniu do używania konopi kiedykolwiek w życiu (wykres 9). Tendencje w tym zakresie w Polsce i Portugalii były niemalże identyczne, ale z dwiema zaskakującymi różnicami. Po pierwsze, używanie konopi w Polsce w latach 1995–1999 charakteryzowała tendencja spadkowa, która uległa odwróceniu w latach 1999–2003, a więc bezpośrednio po zaostrzeniu prawa. Po drugie, pomimo narastania intensywności ścigania posiadania narkotyków po 2007 roku, wzrost używania konopi w Polsce po tym roku był znacznie wyższy niż w Portugalii, gdzie intensywność ścigania nie uległa jakimś znaczącym zmianom i gdzie konsekwencje ujawnienia

**Wykres 10. Używanie konopi w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (ESPAD).**



**Wykres 11. Używanie kiedykolwiek w życiu środków innych niż konopie (ESPAD).**

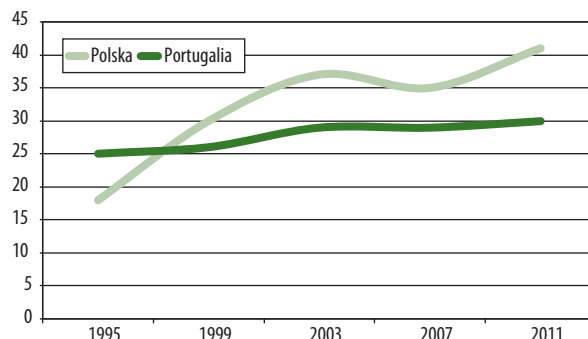


takich czynów nie miały represyjnego charakteru. Co więcej, w przypadku używania konopi w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (wykres 10), stosowne krzywe w obu krajach miały właściwie identyczny kształt. Natomiast tendencje dotyczące używania kiedykolwiek w życiu środków innych niż konopie (wykres 11) miały w obu krajach nieco odmienny charakter. W Polsce w latach 1999–2003 miał miejsce wyraźny spadek, po którym nastąpiła jednoznaczna stabilizacja. Nasuwa się jednak pytanie: czy można to przypisać zaostrzeniu prawa? Rzecz w tym, że w Portugalii po 2003 roku, a więc po liberalizacji prawa, też odnotowano pewien spadek w tym zakresie, aczkolwiek po 2007 roku wystąpił znów pewien wzrost.

## Podsumowanie

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na dane dotyczące oceny dostępności nielegalnych narkotyków w świetle wyników badań ESPAD. Wykres 12 pokazuje odsetek uczniów, którzy na pytanie dotyczące możliwości nabywania konopi, udzielali odpowiedzi, że jest to „łatwe” lub „bardzo łatwe”. Teoretycznie restrykcyjna polityka realizowana w Polsce powinna ową dostępność zmniejszyć, podczas gdy liberalna polityka portugalska powinna przynieść odwrotny efekt. Wyniki ESPAD nie potwierdzają jednak tych założeń. Co prawda w Portugalii po 2000 roku dostępność narkotyków w ocenie badanych uczniów zwiększyła się, ale w Polsce wystąpiło to samo zjawisko, co więcej – z większą intensywnością. Zaprezentowane porównanie efektów polskiej i portugalskiej polityki kryminalizacji posiadania narkotyków ma oczywiście dość ogólny charakter. Niemniej jednak dostępne dane zdają się nie potwierdzać tezy, że dekryminalizacja czynności związanych z używaniem narkotyków prowadzi do wzrostu ich używania,

**Wykres 12. Ocena dostępności konopi (ESPAD).**



podczas gdy kryminalizacja i intensyfikacja ścigania skutkują spadkiem w tym zakresie. Dekryminalizacja i liberalizacja portugalskiej polityki narkotykowej nie spowodowały bynajmniej jakiegось gwałtownego wzrostu konsumpcji. Z kolei intensyfikacja ścigania użytkowników narkotyków, jaka miała miejsce po 2000 roku w Polsce, nie zdołała najwyraźniej jednoznacznie powstrzymać tendencji wzrostowych w zakresie używania narkotyków. Co więcej, pomimo odmienności realizowanej polityki narkotykowej, tendencje w zakresie używania nielegalnych narkotyków pozostawały w obu krajach w większości wypadków bardzo zbliżone. Wskazywałoby to na to, że związki pomiędzy intensywnością represji karnej użytkowników a rozmiarami konsumpcji, jeśli w ogóle istnieją, to mają na pewno złożony charakter i nie sprowadzają się do prostego, bezpośredniego związku przyczynowego.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Por. np. „Portugal. Drug Policy Profiles”, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg 2011.
- <sup>2</sup> „European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics”, Den Haag 2003, 2008 oraz 2011.
- <sup>3</sup> Por.: [www.emcdda.europa.eu/stats12](http://www.emcdda.europa.eu/stats12)
- <sup>4</sup> Por.: [www.epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/](http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/)
- <sup>5</sup> Por.: [www.statystyka.policja.pl/portal/st/948/50892/Przestepczosc\\_narkotykowa.html](http://www.statystyka.policja.pl/portal/st/948/50892/Przestepczosc_narkotykowa.html)
- <sup>6</sup> Dane polskie pochodzą z: J. Sierosławski, „Używanie narkotyków w Polsce. Wyniki badań ankietowych w populacji generalnej”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 2/2007, s. 44–48. Dane portugalskie zaczerpnięto z C.E. Hughes, A. Stevens, „What Can We Learn from the Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs?”, *The British Journal of Criminology* 50 (2010), nr 6, s. 999–1022.
- <sup>7</sup> Dane z badań ESPAD zaczerpnięto z: B. Hibell, U. Guttormsson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, L. Kraus, „The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries”, Stockholm 2011.

*Nie ulega dzisiaj wątpliwości, że niemal każde działanie związane z narkotykami i ich konsumpcją może, a nawet powinno opierać się na filozofii redukcji szkód. Wyraźnie pokazują to lata praktyki, badań i dyskusji. Świat bez narkotyków okazał się być mało realny, więc wszystko, co możemy zrobić, to starać się ograniczać zakres szkód, które w równym stopniu są spowodowane narkotykami, co uprzedzeniami wobec tych, którzy ich używają.*

## W WILNIE O REDUKCJI SZKÓD

Grzegorz Wodowski  
Poradnia Monar w Krakowie  
Polska Sieć Polityki Narkotykowej

W dniach 9-12 czerwca 2013 roku odbyła się w Wilnie 23. Międzynarodowa Konferencja Redukcji Szkód. Czterodniowe spotkanie zgromadziło prawie tysiąc uczestników, którzy mogli wziąć udział w kilkunastu sesjach plenarnych i kilkudziesięciu tematycznych. Wybór miejsca, w którym odbywała się konferencja, nie był przypadkowy. Litwa, podobnie jak Polska, stanowi wschodnią rubież Unii Europejskiej, a jeszcze nie tak dawno kraj ten był integralną częścią Rosji Sowieckiej. Jednak sytuacja dotycząca polityki wobec narkotyków w obu państwach jest zupełnie inna. Dzisiejsza Rosja to głównie rozprzestrzeniająca się epidemia HIV, a programy redukcji szkód ciągle nie znajdują tam zrozumienia. Uzależnieni od opiatów dogorywają używając „krokodyla”, a rosyjscy narkolodzy nadal zastanawiają się nad szkodliwością metadonu.

Powszechnie łamane są prawa człowieka, a ostatnio przybiera na sile nagonka państwa na przedstawicieli mniejszości seksualnych. Na tym tle Litwa sprawia wrażenie kraju nowoczesnego, który stara się opierać mentalnej komunie, wykorzystywać obecność w Unii Europejskiej i mimo kryzysu reagować na potrzeby najsłabszych grup obywateli, a w działaniu na ich rzecz posługiwać się pragmatycznymi metodami opartymi na rzetelnych badaniach naukowych, a nie na strachu i uprzedzeniach.

### Kwaśniewski posypuje głowę popiołem

Wydarzeniem pierwszego dnia konferencji w Wilnie było wystąpienie Aleksandra Kwaśniewskiego. Przypo-

mnijmy, że w 2010 roku poparł on nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w wyniku której posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek stało się w naszym kraju przestępstwem.

Zwracając się do uczestników konferencji, Kwaśniewski tłumaczył swój podpis pod nowelizacją „doradztwem ze strony różnych grup, również takich, które zajmowały się leczeniem oraz grup rodziców”. Następnie, wyliczając negatywne konsekwencje zaostrzenia prawa, były prezydent zwrócił uwagę na lawinowy wzrost aresztowań konsumentów narkotyków, którym sądy łamały życiorysy szybciej i skuteczniej niż same narkotyki. Wspomniał także o rosnących trudnościach w dotarciu z odpowiednią pomocą do potrzebujących, ponieważ ci w związku z represjami zeszedli głęboko do podziemia. – Teraz wiem,

że to był błąd – Kwaśniewski nie próbował bronić swojej decyzji. Były prezydent zapewnił uczestników konferencji, że punitywne polityka zamiast przynosić jakiegokolwiek efekty prewencyjne, jedynie pompuje ogromne ilości pieniędzy w nieskuteczne i krzywdzące obywateli działania aparatu ścigania i sprawiedliwości. Tymczasem Polska stała się jednym z europejskich liderów konsumpcji narkotyków. Jako przykład pewnych pozytywnych zmian prawa narkotykowego nad Wisłą Kwaśniewski wskazał artykuł 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który umożliwia umarzanie spraw o posiadanie niewielkich ilości narkotyków. Pokreślił jednak, że to jedynie krok w stronę dalszej dekryminalizacji narkotyków w Polsce.

Aleksander Kwaśniewski odniósł się w swoim wystąpieniu także do tego, że gdy on podpisywał ustawę zaostrzającą kary za posiadanie narkotyków, na drugim końcu Europy – w Portugalii, zdekryminalizowano posiadanie wszystkich rodzajów narkotyków. Jego zdaniem zmiany w portugalskiej polityce narkotykowej przyniosły korzyści zarówno samym użytkownikom, jak i całemu społeczeństwu, ponieważ

umożliwiły policji realną walkę ze zorganizowaną przestępczością narkotykową. Również Czesi, zapewniając niedawno swoim obywatelom dostęp do medycznej marihuany, postąpili, zdaniem Kwaśniewskiego, absolutnie słusznie. Te słowa zostały nagrodzone oklaskami.

## Rodzicielstwo i narkotyki

Fakt używania narkotyków czy też bycia od nich uzależnionym dla większości z nas oznacza równoczesną utratę kontroli nad swoim życiem, robienie rzeczy złych i sprzecznych z prawem. Wychowywanie dziecka przez osobę używającą narkotyków jest w powszechnej świadomości nie do przyjęcia; nie dopuszczamy myśli, że ktoś mógłby używać narkotyków i funkcjonować

w granicach ogólnie przyjętych norm społecznych. Czy rodzice używający narkotyków są w stanie wychowywać swoje dzieci, czy też należy ich z tego powodu pozbawić władzy rodzicielskiej? Prowadzący sesję „Rodzicielstwo i narkotyki” Craig McClure wyraził wątpliwość co do tak uproszczonego stawiania sprawy. Zdecydowana większość osób używających narkotyków stosuje te środki w sposób kontrolowany, nie doświadczając poważniejszych problemów z tym związanych. Nie ma powodu, aby sądzić, że tylko z powodu używania narkotyków lekceważą oni obowiązki rodzicielskie. Podobnie trudno byłoby posądzać osoby umiarkowanie pijące alkohol o zaniedbywanie swoich dzieci. Konsumentów alkoholu nie marginalizuje się np. z powodu picia piwa, czego nie można powiedzieć o używających nar-

kotyków. Im bardziej rodzice są spychani na margines, tym ich możliwości sprawowania opieki nad dziećmi stają się bardziej ograniczone. Tym bardziej też cierpią ich dzieci, stając się wtórnym adresatem tej stygmatyzacji.

*Między krajami starej Unii a większością nowych krajów istnieje przepaść, która dotyczy dostępu do leczenia substytucyjnego i jego form. Wszystkie kraje członkowskie prowadzą terapię substytucyjną, ale zaspokaja ona zaledwie 5% zapotrzebowania. O niskiej dostępności decyduje przyjęty przez nowe kraje model leczenia substytucyjnego, które jest zazwyczaj realizowane w ramach programów wysokoprogramowych. Z rzadka dopuszcza się możliwość przepisywania leków substytucyjnych przez lekarzy, nie wspominając już o zapewnieniu leczenia substytucyjnego uzależnionym przebywającym w zakładach karnych.*



Jak skutecznie pomagać rodzicom, którzy problematycznie używają narkotyków, zastanawiał się John Miller. Decyzje podejmowane w takich sytuacjach stanowią o losach i życiu dzieci, które w większości przypadków doświadczają jednak miłości i bezpieczeństwa w rodzinach pochodzenia, nawet jeśli występuje tam problem z narkotykami. Wielu uzależnionych od narkotyków mogłyby w miarę poprawnie pełnić swoje rodzicielskie role, gdyby nie to, że pomoc ze strony instytucji i organizacji jest bardzo często obciążona nieracjonalnym strachem, a nade wszystko przesiąknięta moralizatorstwem. Osoby pracujące z rodzinami grup stygmatyzowanych (nie tylko osób używających narkotyków), nierzadko stają jednak w obliczu bardzo trudnych sytuacji i wyborów. Często podejmują decyzje, które same w sobie mogą być bardziej szkodliwe aniżeli samo przyjmowanie narkotyków. Dzieje się tak – zdaniem Millera – na skutek braku odpowiednich kompetencji, a przede wszystkim działania pod wpływem uprzedzeń, a także występującego w takich sprawach konfliktu interesów, gdzie interes dzieci nie zawsze jest zbieżny z interesem rodziców. Zastosowanie właściwych rozwiązań zależy w ogromnym stopniu od profesjonalnego przygotowania pracowników, jak również od możliwości poradzenia sobie z dylematami etycznymi, nierzadko także z polityką instytucji, którą reprezentuje dany pracownik czy urzędnik kontaktujący się z osobami używającymi narkotyków.

Nad opracowaniem wytycznych pomocnych w rozstrzygnięciu takich kwestii pracuje międzynarodowa grupa, składająca się z pracowników socjalnych, etyków, lekarzy i osób reprezentujących organizacje pozarządowe i inne instytucje zajmujące się problemem narkotyków i narkomanii. Podręcznik z rekomendacjami, który zostanie opracowany przez specjalistów, będzie wydany w kilku językach, szeroko udostępniony, a po pół roku zweryfikowany.

*Szef Drug Policy Alliance parafrazował samego siebie, przeprasząc za wojnę z narkotykami i spustoszenia, jakich na całym świecie dokonała amerykańska polityka narkotykowa. Przepraszał za łamanie praw człowieka, za masowe zamykanie ludzi w więzieniach w związku z narkotykami, za degradację środowiska naturalnego związaną z chemicznym niszczeniem upraw, za obrzydzanie całemu światu redukcji szkód, za AIDS i gruźlicę oraz wszystkie inne mniej lub bardziej zamierzone konsekwencje wojny z narkotykami.*

Okazuje się, że posiadanie potomstwa rzeczywiście wpływa na redukcję używania narkotyków przez uzależnionych rodziców. Catherine Comiskey przedstawiła wstępne wyniki badań, którymi w samej tylko Irlandii zostało objętych ponad 400 osób uzależnionych od opiatów, korzystających z różnych form leczenia i interwencji terapeutycznych. W ponownym badaniu (po 12 miesiącach) w grupie uzależnionych rodziców odnotowano zauważalne ograniczenie używania heroiny, benzodiazepin i marihuany. Spadek używania nielegalnych narkotyków był znacznie bardziej widoczny w tej grupie niż w grupie nierodzących, mimo że rodzice biorący narkotyki w ciągu

tego roku doświadczali więcej problemów psychologicznych, co najprawdopodobniej wynikało z pełnienia odpowiedzialnej roli rodzica. Wśród rodziców, co ważne, zmalało także spożycie alkoholu.

Lynn Paltrow przedstawiła wpływ amerykańskiej propagandy antynarkotykowej na postrzeganie rodziców (a szczególnie matek) używających narkotyków. Demonizowanie przez media wpływu narkotyków na przebieg ciąży i zdrowie dzieci jest praktyką równie powszechną, co szkodliwą. Stereotypy chętnie podtrzymywane przez media przedstawiają użytkowników narkotyków jako zwyrodnialców, którym należy odbierać dzieci i proponować trwałą sterylizację. „Ukoronowaniem” tego podejścia jest działalność Barbary Harris,

która prowadząc Project Prevention, utwierdza opinię publiczną w przekonaniu, że osoby używające narkotyków nie są w stanie odpowiednio zajmować się swoimi dziećmi. Samych uzależnionych zachęca się do poddania się trwałej sterylizacji, proponując im za to pieniądze.

## Leczenie substytucyjne w Europie

Od lat próbujemy w Polsce zwiększyć dostęp do leczenia substytucyjnego, głównie za pomocą kosmetycznych zmian np. w zakresie tego, ilu pacjentów ma przypadać

na ile pielęgniarek i jak często powinni oni oddawać mocz do kontroli. W rezultacie leczenie substytucyjne możliwe jest tylko wobec tych, którzy mieszkają w dużych ośrodkach miejskich. Jak widać, od samego mieszania herbata niestety nie staje się słodsza.

Mimo tendencji spadkowych w używaniu, opioidy nadal są traktowane jako najpoważniejszy problem narkotykowy w Europie. W krajach Unii Europejskiej (doliczając do tego jeszcze Norwegię, Chorwację i Turcję) mamy prawie 1,5 mln problematycznych użytkowników opiatów. Jeszcze do niedawna zauważany był w tych krajach spadkowy trend w zakresie zakażeń HIV w związku z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków. To już przeszłość: nowe zakażenia HIV, do których doszło tą drogą, stanowiły w 2011 roku 23% wszystkich diagnoz w Europie. W obliczu ryzyka wzrostu zakażeń konieczna jest zmiana w podejściu do OST (*opioid substitution treatment*), tak aby objąć nim możliwie jak największą liczbę uzależnionych. Organizacja tego leczenia powinna być skorelowana z wdrażaniem również innych programów redukcji szkód, np. zapewnieniem pacjentom dostępu do czystych igieł i strzykawek.

Alessandro Pirona swój wykład o rozpowszechnieniu i dostępie do leczenia substytucyjnego na naszym kontynencie nazwał opowieścią o dwóch Europach. W jednej, leczenie farmakologiczne uzależnionych od opiatów stanowi większość jakichkolwiek interwencji leczniczych; w tej drugiej z kolei nadal znajduje się ono na marginesie abstynencyjnych oddziaływań leczniczych.

Zdaniem Pirony przepaść, jaka istnieje między krajami starej Unii a większością nowych krajów dotyczy zarówno dostępu do leczenia substytucyjnego, jak i jego form. Owszem, wszystkie kraje członkowskie prowadzą terapię substytucyjną – jednak uśredniając – zaspokajają to zaledwie 5% zapotrzebowania. Reszta chętnych może co najwyżej podjąć leczenie *drug free*, które – szczególnie w tej grupie uzależnionych – okazuje się być nad wyraz mało skuteczne. O niskiej dostępności decyduje przyjęty przez nowe kraje model leczenia substytucyjnego, które jest zazwyczaj realizowane w ramach programów wysokoprogowych, z rzadka dopuszczający możliwość przepisywania leków substytucyjnych przez lekarzy, nie wspominając już o zapewnieniu leczenia substytucyjnego uzależnionym przebywającym w zakładach karnych. Czas oczekiwania na przyjęcie do leczenia podtrzymującego jest zróżnicowany i waha się od kilku dni do kilku lat (Grecja). Specjaliści i urzędnicy decydujący o finansowaniu,

traktują terapię substytucyjną jako mniej wartościową formę terapii, a pacjenci leczeni w ten sposób są lekceważeni i doświadczają dyskryminacji, a nawet nadużyć. Przedstawione przez Pironę dane Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wskazują na spadek używania opioidów i ograniczoną ich dostępność. Efektem tego jest m.in. zmniejszenie się liczby śmiertelnych przedawkowań – z 7700 przypadków w 2009 roku do 6500 w 2011 roku. Spadek używania opioidów może być związany z rosnącą jednak w wielu krajach Unii Europejskiej dostępnością leczenia substytucyjnego. Jednak o ciągłym zapotrzebowaniu na leczenie substytucyjne świadczy m.in. pokaźny czarny rynek, na którym uzależnieni od opiatów nabywają ich odpowiedniki w postaci metadonu czy buprenorfiny. Zbyt mały dostęp do leczenia substytucyjnego i innych programów redukcji szkód może w dłuższej perspektywie doprowadzić do zwielokrotnienia kosztów związanych ze zdrowiem publicznym. Już dzisiaj nie sposób określić rozmiaru zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. O zainteresowaniu polskiego lecznictwa substytucyjnego redukcją szkód świadczy fakt, że w Wilnie nie było żadnego przedstawiciela tych programów. Gdy cały świat rozmawia o tym, jak podnosić skuteczność leczenia substytucyjnego i obniżyć jego koszty, jak organizować programy niskoprogowe – my staramy się traktować substytucję w kategoriach *drug free*. Redukcja szkód zdaje się być czymś ideowo obcym dla polskiej substytucji i dlatego rodzime programy substytucyjne biją rekordy świata, jeśli chodzi o paternalizm w relacjach z pacjentami i podkreślanie znaczenia tego, co zawiera ich mocz.

## Redukcja szkód w szkole policyjnej

Ciekawe informacje na temat redukcji szkód przedstawił prelegent z Kirgizji. Na większą skalę narkotyki pojawiły się w tym kraju w latach 80. ubiegłego wieku. Sąsiadujący Afganistan był wówczas ogarnięty chaosem, w najlepsze trwała tam radziecka interwencja i wszystko sprzyjało produkcji opium. Po obu stronach granicy pojawiły się zorganizowane grupy przestępcze specjalizujące się w przemyśle narkotyków i bardzo szybko okazało się, że ich charakter jest ponadnarodowy. Z roku na rok coraz więcej opium i heroiny było szmuglowane przez Kirgistan i coraz więcej osób zbijało majątki na intratnym narkotykowym biznesie. Mimo że większość towaru była szmuglowana dalej przez Kazachstan i Rosję do Europy,

to afgańska heroina znajdowała tysiące nabywców w Osz, Biszkeku i innych kirgiskich miastach. Lata 90. to już szczyt ekspansji narkotyków. Jak w tym czasie działa policja? Otóż zamyka w więzieniach 15 tys. użytkowników albo dilerskie plotki, przy których znaleziono do 10 gramów narkotyku. Grubych ryb w tym stawie nie ma.

– Uczono nas, że narkoman jest wrogiem. Wrogiem państwa, rodziny, wrogiem samego siebie i jeśli pošemy go do więzienia, to tym lepiej dla kraju i społeczeństwa. Trzeba było zmienić taktykę. Postanowiliśmy przyrzeć się redukcji szkód i bardzo szybko stało się jasne, że policja może być najgorszym wrogiem lub najlepszym przyjacielem redukcji szkód – mówi Alexander Zelitchenko, funkcjonariusz z 38-letnim stażem służby, którego ojciec także poświęcił się pracy w milicji.

Policja nie przyjęła nowej strategii od razu. Potrzebny był wieloletni proces „policyjnej edukacji”. I chociaż według powszechnej opinii Kirgistan znajduje się w lepszej sytuacji niż jego sąsiedzi w regionie, to w odniesieniu do polityki narkotykowej i postawy organów ścigania wobec uzależnionych, daleko mu do optymalnego stanu.

Zaczął się od rozmów z policjantami na temat problemu narkotykowego i roli redukcji szkód. To jednak nie wystarczyło. Zelitchenko wspólnie z organizacjami międzynarodowymi i lokalnymi organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz uzależnionych od narkotyków opracował i wprowadził do oficjalnego systemu kształcenia policji moduł dotyczący redukcji szkód. Dzisiaj specjalny kurs edukacyjny „Policja i redukcja szkód” stanowi stały komponent edukacyjny Akademii Policyjnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Republiki Kirgiskiej.

## Fasten your seatbelt!

Tak właśnie zapowiedziano zamykające konferencję wystąpienie szefa Drug Policy Alliance. Przemówienie Ethana Nadelmanna było płomiennie i do tego stopnia porywające, że publiczność co chwilę przerywała je oklaskami.

Przez kilka minut Nadelmann parafrazował samego siebie, przepraszającego za wojnę z narkotykami i spustoszenia, jakich na całym świecie dokonała amerykańska polityka narkotykowa. Przepraszał za łamanie praw człowieka, za masowe zamykanie ludzi w więzieniach w związku z narkotykami, za degradację środowiska naturalnego związaną z chemicznym niszczeniem upraw, za obrzydzanie całemu światu redukcji szkód, za AIDS i gruźlicę oraz wszystkie inne mniej lub bardziej

zamierzone konsekwencje wojny z narkotykami. Od przepraszania Nadalmann przeszedł do peanów na cześć tego, jak wiele w amerykańskiej polityce narkotykowej zmieniło się na lepsze. Tą zmianą były wyniki referendów w Waszyngtonie i Kolorado, które doprowadziły do załamania prohibicyjnego podejścia do cannabis w tych stanach. Teraz oto Ameryka stanowi awangardę nowego podejścia do narkotyków i pokazuje, jak reformować prawo narkotykowe. Nadelmann nie ukrywał w swoim wystąpieniu obaw dotyczących tego, jak może wyglądać sytuacja, kiedy marihuana będzie legalną używką, dostępną jak alkohol. Jednak jego zdaniem nawet najczarniejszy scenariusz jest niczym w porównaniu ze szkodami generowanymi przez prohibicję. Wystąpienie dyrektora Drug Policy Alliance było poświęcone określeniu granic reformy narkotykowej w odniesieniu do innych niż marihuana narkotyków. Tutaj sprawy wydają się mniej jednoznaczne i zdaniem Nadelmanna depenalizacja posiadania heroiny czy kokainy wyznacza prawne granice postępowania z twardymi narkotykami. Czy te narkotyki w ogóle będą kiedyś legalne? Być może. Ale dzisiaj trudno sobie wyobrazić heroinę czy kokainę sprzedawane w podobny sposób jak alkohol czy papierosy. Można natomiast, zdaniem Nadelmanna, wyobrazić sobie, że osoby uzależnione od tych substancji mogłyby otrzymywać je tak, jak dzisiaj otrzymują ich substytuty – metadon czy buprenorfinę. Nadelmann uważa, że jedynie miękkie narkotyki, takie jak marihuana, mogą liczyć na pełną legalizację, ale nawet te najbardziej uzależniające powinny być zdepenalizowane.

## Bibliografia

- Bartnik M., „Na wschodzie bez zmian”, [www.politykanarkotykowa.pl](http://www.politykanarkotykowa.pl).  
 Comiskey C., „Outcomes at three years for opioid users with or without children in their custodial care at treatment intake”, 23rd International Harm Reduction Conference.  
 Kwaśniewski A., Opening of 23rd International Harm Reduction Conference.  
 Miller J., „New ethical decision-making guidance for carers working with highly-stigmatised children and families”, 23rd International Harm Reduction Conference.  
 Nadelmann E., „Recent developments in drug policy reform and why they matter”, 23rd International Harm Reduction Conference.  
 Paltrow L., „Presumptions and prejudice: how the US uses child welfare policies to expand the war on drugs”, 23rd International Harm Reduction Conference.  
 Pirona A., „Availability and access to opioid substitution treatment, a tale of two Europes?”, 23rd International Harm Reduction Conference.  
 Zelitchenko A., „The key population for the key populations: LEAHN – advocacy to the police”, 23rd International Harm Reduction Conference.



„Niektórzy wierzą, że Jim Morrison żyje i ukrywa się na bezludnej wyspie, inni uważają, że Ziemię odwiedzają kosmici, jeszcze inni, że dready robi się z kurzu. Jest też grupa, która sądzi, że marihuana jest nieszkodliwa”<sup>1</sup>. Takim tropem podąża koncepcja kampanii społecznej Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego zatytułowana „Naiwni”.

## CZY WIARA W TO, ŻE MARIHUANA NIE SZKODZI TO NAIWNOŚĆ? „NAIWNİ” – KAMPANIA SPOŁECZNA SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Małgorzata Kuncewicz

Wydział Współpracy Społecznej

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego



Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego przystąpił do realizacji kampanii „Naiwni” w odpowiedzi na istniejący trend – dążenie do liberalizacji polityki narkotykowej wobec tzw. miękkich narkotyków – oraz wyniki prowadzonych systematycznie badań.

Głównym celem kampanii było zachęcenie młodzieży województwa zachodniopomorskiego do poszukiwania rzetelnej wiedzy na temat przetworów konopi indyjskich. Realizatorom kampanii zależało na wzmocnieniu asertywności młodych ludzi, na tym, aby odpowiedzialnie podejmowali oni decyzje oraz dojrzałe, z pełną świadomością, reagowali na depenalizację przepisów i ewentualne zmiany w prawie. Kampania miała również na celu przekazanie młodzieży faktów dotyczących marihuany i haszyszu oraz obalenie funkcjonujących w świadomości społecznej mitów i stereotypów na ich

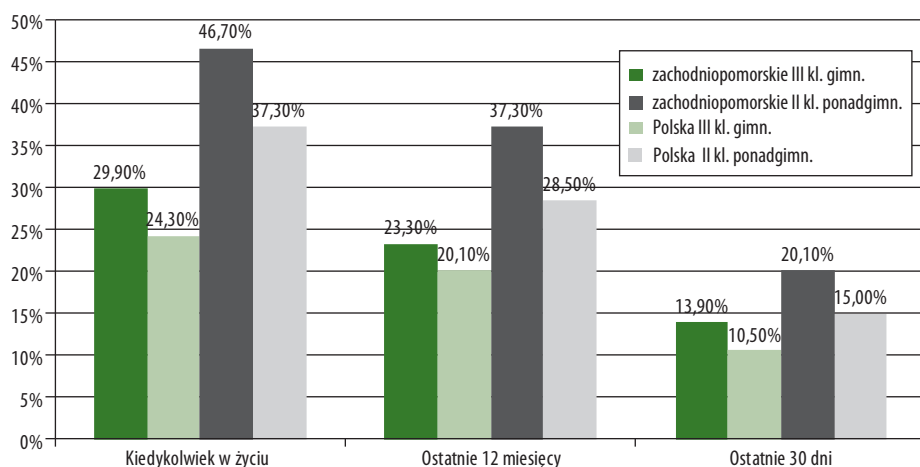
temat, m.in. tego, że używanie konopi nie jest groźne. Kampania skierowana była do osób uczących się w wieku gimnazjalnym, ponadgimnazjalnym oraz osób do 25. roku życia.

### Co mówią badania?

W ostatnich latach Samorząd Województwa przeprowadził dwa badania o zasięgu regionalnym dotyczące zażywania substancji psychoaktywnych. Było to badanie populacji generalnej „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania”<sup>2</sup> i badanie przeprowadzone wśród młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej ESPAD<sup>3</sup>. Dodatkowe badanie dotyczące stosunku młodzieży gimnazjalnej do przetworów konopi indyjskich zrealizowano tuż przed rozpoczęciem kampanii<sup>4</sup>.

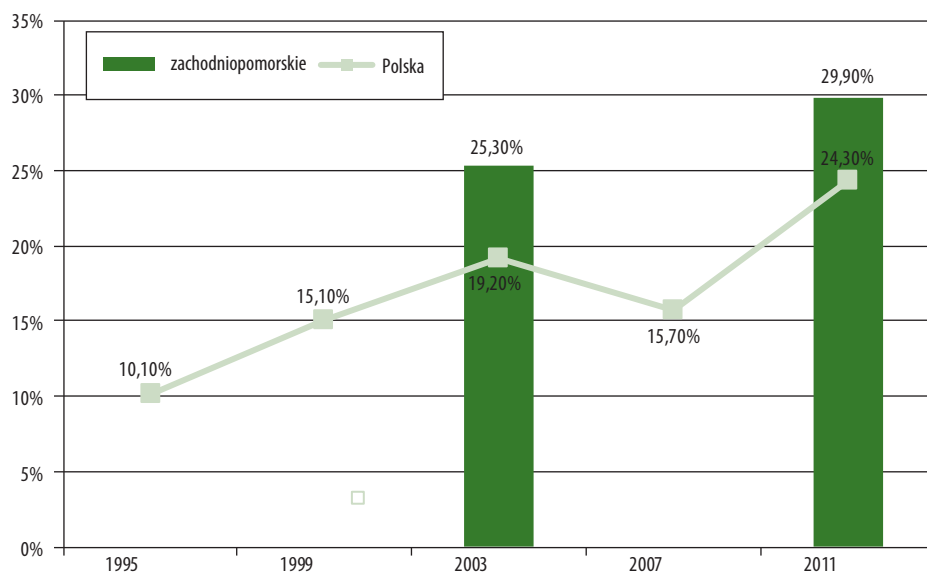
Badania wskazują na tendencje wzrostowe dotyczące zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Spośród substancji nielegalnych najpowszechniej używane są przetwory konopi, i to zarówno na poziomie eksperymentowania, jak i używania okazjonalnego. Wśród środków używanych przez mieszkańców województwa względnie często pojawiają się też

Wykres 1. Używanie marihuany przez młodzież w 2011 roku (badanie ESPAD).





**Wykres 2. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali przetworów konopi kiedykolwiek w życiu (badanie ESPAD pomiary od 1995 do 2011 roku).**



amfetamina i ecstazy – pozostałe środki są znacznie mniej popularne. Używanie poszczególnych substancji nielegalnych występuje najczęściej w kategorii wiekowej 16-24 lata. Najbardziej rozpowszechnionych wśród młodzieży konopi indyjskich przynajmniej raz w ciągu całego życia używało około 30% młodszych i 50% starszych uczniów. Na drugim miejscu wśród substancji nielegalnych jest amfetamina – ok. 9% wśród uczniów gimnazjów i 12% wśród uczniów szkół wyższego poziomu. Marihuana i haszysz są przez młodzież traktowane wyraźnie bardziej liberalnie niż inne substancje nielegalne. Badana młodzież jest przekonana, że palenie konopi nie szkodzi zdrowiu.

Badanie ESPAD wskazało, iż w województwie zachodniopomorskim wyższy niż w skali całego kraju odsetek badanych przyznaje się do używania marihuany lub haszyszu i amfetaminy. Są to też środki najczęściej oferowane młodzieży i oceniane przez nią jako łatwo dostępne. Przetwory konopi są pozyskiwane przez użytkowników głównie w drodze otrzymywania ich od kogoś znajomego w prywatnym domu lub miejscu publicznym, takim jak park, dworzec, ulica, pub, klub lub dyskoteka. Rzadko się to zdarza w miejscu pracy lub nauki.

Łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych potwierdzają dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie. Według policji najczęstsze przypadki łamania przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dotyczą posiadania przez młodych ludzi niewielkich ilości środków

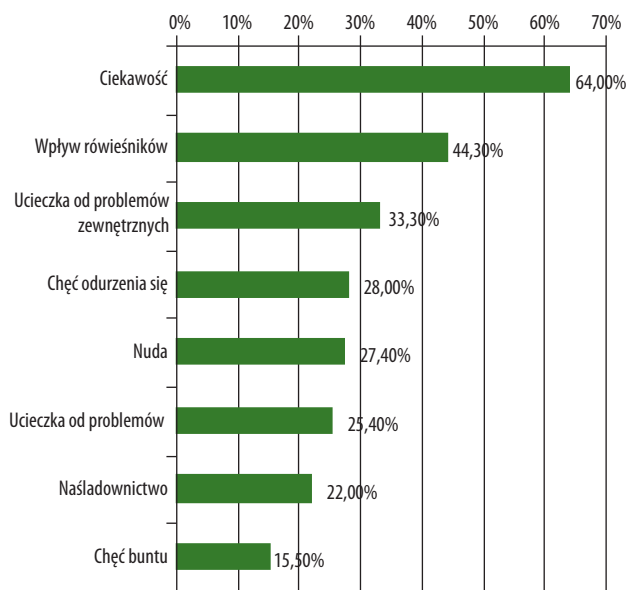
odurzających w postaci marihuany bądź amfetaminy.

Z przeprowadzonych przez Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego badań wynika, że młodzi ludzie, głównie między 15. a 22. rokiem życia, bardzo często używają jednocześnie marihuany i amfetaminy, a także eksperymentują z używaniem wielu substancji legalnych i nielegalnych. Jakże są powody zażywania narkotyków? Najczęściej jest to: chęć uzyskania akceptacji przez środowisko rówieśnicze, problemy osobiste, ciekawość oraz moda na zażywanie środków i substancji

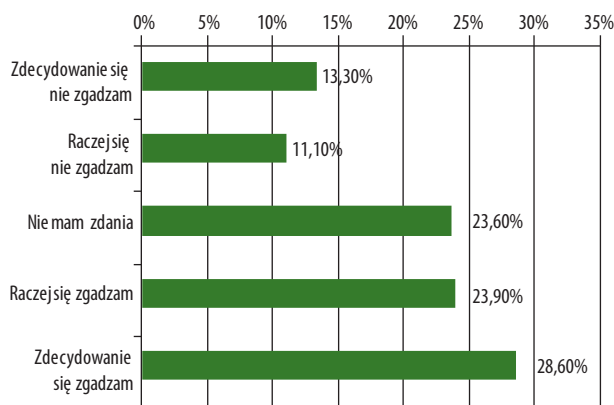
psychoaktywnych. Potwierdzają to wyniki badania przeprowadzonego wśród młodzieży bezpośrednio przed przystąpieniem do pracy nad wdrożeniem kampanii „Naiwni”. 64% ankietowanych uznało ciekawość za najczęstszy powód sięgania po marihuanę. Kolejną przyczyną jest wpływ rówieśników i ucieczka od problemów zewnętrznych.

Z badania wynika, że prawie 75% uczniów posiada wiedzę na temat szkodliwego działania marihuany i haszyszu.

**Wykres 3. Powody używania przez młodzież marihuany lub haszyszu (badanie przeprowadzone wśród młodzieży województwa zachodniopomorskiego przed uruchomieniem kampanii „Naiwni”).**



#### Wykres 4. Stanowisko młodzieży w sprawie prawnego przyzwolenia na używanie marihuany i haszyszu (badanie przeprowadzone wśród młodzieży województwa zachodniopomorskiego przed uruchomieniem kampanii „Naiwni”).



Najczęstszymi problemami zdrowotnymi wskazywanymi przez ankietowanych są: uzależnienie psychiczne (61,5%), lęki i urojenia (48,5%) oraz choroby układu oddechowego (43,2%). Młodzież jest także świadoma negatywnych skutków społecznych zażywania przetworów konopi indyjskich. Jako najczęściej występujący problem wskazuje konflikty z prawem (63,5%), kolejne problemy to agresja (57%) i zakłócenia w komunikacji rodzinnej (31,9 %).

Szkodliwość marihuany i haszyszu wysoko oceniło 30% badanych, równocześnie jednak ponad 50% stwierdziło, że używanie marihuany powinno być prawnie dozwolone.

Kampania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego „Naiwni” jest reakcją i odpowiedzią na omówione zjawiska. Związane z nią działania realizowane były w okresie czerwiec–lipiec 2013 roku. Jej bohaterem, pojawiającym się w spotach reklamowych i na plakatach, jest sceptyczny młody chłopak, z dystansem podchodzący zarówno do wiary w UFO, jak i informacji o braku szkodliwości marihuany. „Bohater żyje w rytmie dużego miasta, lubi się spotykać z przyjaciółmi, poszukuje ciągle nowych doznań i zależy mu na kontakcie z rówieśnikami. Jednak nie ulega żadnym wpływom zewnętrznym, gdyż sam potrafi dokonać wyborów”<sup>5</sup>.

### Zasięg kampanii

Przekazowi kampanii, czyli podkreśleniu możliwości dokonania przez młodych ludzi samodzielnej, świadomej oceny i wyboru oraz zachęcaniu młodzieży do zdobycia

rzetelnej wiedzy o tzw. miękkich narkotykach, służyły liczne narzędzia, wśród których najpowszechniejszym był Internet: strona internetowa kampanii [www.naiwni.wzp.pl](http://www.naiwni.wzp.pl) i fanpage na Facebooku ([www.facebook.pl/naiwni](http://www.facebook.pl/naiwni)). Na fanpage’u przeprowadzony został konkurs promujący zdrową zabawę bez narkotyków. Informacje o kampanii zamieściły także liczne serwisy internetowe. Kampania Samorządu Województwa cieszyła się dużym zainteresowaniem i poparciem. Do jej realizacji aktywnie przyłączyły się zachodniopomorskie gminy. Urzędy miejskie w Szczecinie, Koszalinie, Kołobrzegu i Świnoujściu zrealizowały efektowne kampanie outdoorowe. Na ulicach miast pojawiły się liczne billboardy, citylighty oraz ekrany LED z przekazem kampanii. Lokalne samorządy promowały kampanię na urzędowych stronach internetowych.

Szeroki zasięg zapewniła kampanii zaproszeni do jej realizacji partnerzy. Logo kampanii pojawiło się na planszach wideo w środkach komunikacji miejskiej i na ekranach zamontowanych w szynobusach obsługiwanych przez Przewozy Regionalne. Ponadto pasażerowie Przewozów Regionalnych otrzymywali bilety w okładkach z logo i treściami kampanii.

Bardzo pomocne w realizacji kampanii były lokalne media. Przedsięwzięciu patronowała TVP Szczecin i „Głos Szczeciński”, ale zainteresowanie i wsparcie wykazało wiele innych wydawnictw, rozgłośni i stacji telewizyjnych.

Jedno z wiodących narzędzi kampanii – promujący ją klip wideo – prezentowany był w kinach przed seansami filmowymi oraz w TV Pomerania. Film można było obejrzeć również w gminnych domach kultury. Samorząd Województwa jest w trakcie rozmów z Telewizją Polską S.A. na temat emisji spotu w telewizji ogólnopolskiej. W czasie trwania kampanii województwo zachodniopomorskie przekazało partnerom 1000 plakatów, 500 gadżetów oraz 500 płyt CD z materiałami promującymi kampanię. Materiały promocyjne trafiły do szkół, uczelni,

### Billboardy z przekazem kampanii.



akademików, poradni przeciwdziałania uzależnieniom, gminnych ośrodków pomocy społecznej oraz jednostek samorządu terytorialnego.

Każdy samorząd województwa ustawowo zobowiązany jest do prowadzenia działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Cele i kierunki działań Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego określa Wojewódzki Program Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012–2020. Zgodnie z nim Samorząd dąży do ograniczenia zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. W przypadku województwa zachodniopomorskiego działania oparte są na wnikliwej analizie i ocenie sytuacji. Przed wdrożeniem kampanii jej najważniejsi beneficjenci – zachodniopomorska młodzież – zapytani zostali o zasadność realizacji kampanii. Połowa z nich oceniła planowane działania jako celowe. Tyle samo ankietowanych uznało, że kampania powinna przede wszystkim podkreślać negatywne skutki zdrowotne. Takie postawy i głosy płynące ze strony środowiska młodzieżowego pozwalają wierzyć, iż działania edukacyjne mają sens i służą zwiększaniu świadomości

młodych ludzi na temat szkód wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych, a przede wszystkim skłaniają ich do samodzielnego poszukiwania informacji, obiektywnej oceny i świadomego wyboru stylu życia.

## Przypisy

- <sup>1</sup> „Strategia kampanii społecznej mającej na celu wyposażenie młodzieży województwa zachodniopomorskiego w obiektywną wiedzę na temat przetworów konopi indyjskich”, Fabryka Komunikacji Społecznej, Warszawa 2012.
- <sup>2</sup> J. Sierosławski, „Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim w 2010 r.”, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2012.
- <sup>3</sup> J. Sierosławski, Ł. Wieczorek, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim w 2011 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD”, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2012.
- <sup>4</sup> „Raport z badania dotyczącego stosunku młodzieży gimnazjalnej do przetworów konopi indyjskich”, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, Szczecin 2012.
- <sup>5</sup> „Strategia kampanii społecznej mającej na celu wyposażenie młodzieży województwa zachodniopomorskiego w obiektywną wiedzę na temat przetworów konopi indyjskich”, Fabryka Komunikacji Społecznej, Warszawa 2012.

## SPOTKANIA KRAJOWE

Wizyta Gruzinów w Polsce w ramach projektu „Przeciwdziałanie narkomanii w Gruzji”, CINN KBPN	5-9 sierpnia	Warszawa
Wizyta Gruzinów w Polsce w ramach projektu „Przeciwdziałanie narkomanii w Gruzji”, Fundacja Merkury	19-20 sierpnia	Wałbrzych
Reitox Academy dotycząca nowych substancji psychoaktywnych	4-5 września	Warszawa

## WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

G8-Plus spotkanie ekspertów dotyczące nowych substancji psychoaktywnych, UK Home Office	16 kwietnia	Londyn, Wielka Brytania
Spotkanie Komitetu Naukowego EMCDDA	16-17 maja	Lizbona, Portugalia
Reitox tydzień oraz spotkanie kierowników Focal Pointów	21-24 maja	Lizbona, Portugalia
Szkolenie dla przedstawicieli z Gruzji dotyczące utworzenia poradni internetowej w Tbilisi	18-20 czerwca	Tbilisi, Gruzja
Spotkanie przedstawicieli Systemu Wczesnego Ostrzegania EMCDDA	27-29 czerwca	Lizbona, Portugalia
47. Spotkanie Management Board EMCDDA	4-5 lipca	Lizbona, Portugalia
Spotkanie ekspertów dotyczące prac nad wskaźnikami konfiskat narkotyków	9-10 lipca	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków	17 lipca	Bruksela, Belgia
Spotkanie Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków	12 września	Bruksela, Belgia
Coroczne spotkanie ekspertów dotyczące wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI)	24-25 września	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie ekspertów dotyczące wskaźnika problemowego używania narkotyków (PDU)	26-27 września	Lizbona, Portugalia



*Międzynarodowe Standardy Profilaktyki Narkotykowej to dokument stworzony przez Biuro ds. Narkotyków i Przestępczości przy ONZ. Stanowią one podsumowanie współczesnej wiedzy naukowej na temat skutecznych działań zapobiegających powstawaniu problemów powodowanych przez substancje psychoaktywne<sup>1</sup>.*

# MIĘDZYNARODOWE STANDARDY PROFILAKTYKI NARKOTYKOWEJ

## Material źródłowy

Standardy powstały przy współpracy 85 naukowców i profesjonalistów z całego świata, w ramach warsztatów prowadzonych on-line,

i w praktyce są wynikiem przeglądu publikacji zawierających dowody skuteczności interwencji profilaktycznych. Przeglądu dokonano w trzech etapach. Na wstępie, ze zbioru 584 zaproponowanych publikacji wybrano te, które zawierały informacje o efektywności lub skuteczności poszczególnych oddziaływań, pominięto natomiast wszelkie badania epidemiologiczne, dotyczące szkodliwości itp.

W drugim etapie dokonano selekcji materiału do analizy. Z 225 publikacji odrzucono te, których wyniki się powtarzały, przy czym na pierwszym miejscu uwzględniano systematyczne opracowania badań (*systematic reviews*).

W ostatecznej selekcji zwracano uwagę na jakość danych. Do analizy pozostawiono tylko te materiały, które określono jako „dobre” lub „akceptowalne”. Było ich 81. Autorzy raportu zaznaczają, że jakość danych niekoniecznie oznacza skuteczność samych interwencji, gdyż niektóre dobre sprawozdania zawierały informacje o niepewnych wynikach.

## Cele profilaktyki

Autorzy raportu określają profilaktykę jako jedną z podstawowych form zapobiegania uzależnieniom i negatywnym

skutkom używania substancji psychoaktywnych. Choć standardy w nazwie zawierają profilaktykę narkotykową, zaznacza się, że interwencje dotyczące substancji legal-

nych i nielegalnych uzupełniają się nawzajem, zwłaszcza w zakresie celów określonych w standardach. Profilaktyka jest jednym z głównych filarów systemu zorientowanego na zdrowie (*health-centered system*). Zrównoważona polityka państwa włącza profilaktykę w system prawny, redukcji podaży i leczenia uzależnień. Decydującą cechą jest tu umożliwienie korzystania z kontrolowanych substancji w medycynie i nauce, jednocześnie zapobiegając nadużywaniu substancji bądź działaniom niezgodnym z prawem.

Cele profilaktyki to nie tylko opóźnienie inicjacji narkotykowych bądź ograniczenie szkód związanych z eksperymentowaniem. Jako nadrzędną wartość tych oddziaływań wskazuje się poprawę warunków życia i rozwoju dzieci i młodzieży, a pozytywne

efekty obejmują nie tylko zdrowie jednostek, ale prowadzą także do włączenia młodych ludzi w życie rodzinne i społeczne.

## Ocena interwencji

Przedstawione przez autorów raportu interwencje oceniane były przede wszystkim pod kątem efektywności oddziaływań i nakładów z nimi związanych. Oprócz tego, w każdym opisie przedstawione są czynniki wpły-

*Najwyższą efektywnością wśród interwencji nakierowanych na poprawę funkcjonowania dzieci we wczesnym dzieciństwie odznaczają się programy dla rodziców. Autorzy powołują się na 9 dobrych i 4 akceptowalne badania skuteczności programów rodzinnych, z których wynika, że tego rodzaju interwencje zapobiegają powstawaniu problemów z substancjami odurzającymi, również w długim okresie, i poprawiają ogólne funkcjonowanie rodzin. Warto podkreślić, że interwencje są skuteczne również w przypadku nastolatków i wpływają także na poprawę zachowania dzieci poniżej 3. roku życia.*



wające na pozytywny wynik. Ogólne zalecenia dotyczące wszystkich rodzajów interwencji można sprowadzić do strukturyzacji prowadzonych programów oraz realizacji ich przez profesjonalistów lub odpowiednio przeszkolonych opiekunów (nauczycieli, pracowników socjalnych i in.). Autorzy zaznaczają też, że źle prowadzone działania mogą się okazać nie tylko nieskuteczne, ale wręcz szkodliwe, zniechęcając odbiorców do proponowanych przekazów lub podejmowania jakichkolwiek interakcji z systemem pomocy.

## Rodzaje interwencji

W opracowaniu omówiono interwencje dopasowane do sześciu grup wiekowych odbiorców, przy czym znaczna część prezentowanych programów może być kierowana do więcej niż jednej grupy. Dwa programy dotyczą też przyszłych matek i niemowlęstwa.

Podział wiekowy obejmuje następujące etapy rozwoju dziecka:

- wczesne dzieciństwo (*early childhood*) – jak piszą autorzy, już w wieku 2-3 lat można rozpoznać zaburzenia zachowania świadczące o zwiększonym ryzyku wystąpienia w przyszłości problemów wychowawczych i osobowościowych. Małe dzieci mogą objawiać napady złego humoru lub złości, nieposłuszeństwo, zachowania destrukcyjne, a interwencje w tych wypadkach są nastawione przede wszystkim na rozwój funkcji kognitywnych (kompetencje językowe i socjalne, samokontrola) i na wytworzenie więzi z opiekunami,
- dzieciństwo (*middle childhood*) – to okres, kiedy w wychowaniu nieco zmniejsza się rola domu rodzinnego na rzecz wpływu środowiska szkolnego. Jest to również czas, w którym pojawiają się pierwsze zaburzenia psychiczne (np. stany lękowe, zaburzenia panowania nad impulsami). Czynniki zmniejszające ryzyko powstania problemów to przede wszystkim rozwój kompetencji socjalnych i postaw prospołecznych. Podstawowe cele interwencji są zbliżone do poprzedniej grupy wiekowej,

*Kampanie medialne są najczęściej stosowaną formą profilaktyki, a często się zdarza, że jedyną. Są kosztowne, jednak nieskuteczne, choć wydaje się, że duży, ogólnospołeczny zasięg przekazu powinien wystarczyć. Badania dotyczące kampanii dowiodły względnej skuteczności w przypadku tytoniu, jednak w połączeniu z innymi oddziaływaniami. W przypadku alkoholu, a tym bardziej narkotyków, kampanie medialne nie odnosiły żadnych skutków.*

- nastoletniość (*early adolescence*) – to okres bardzo ważny, zważywszy na zmianę warunków funkcjonowania młodych. Poznają oni nowe osoby i wchodzi w nowe otoczenie (zmiana szkoły, zajęcia dodatkowe, wyjazdy). Młodzi wzorują się na zachowaniach dorosłych. Ze względu na rozwijający się mózg jest to również decydujący czas podejmowania działań profilaktycznych, w którym możliwe jest skorygowanie dotychczasowych zaniedbań. Z drugiej strony wzrastająca wówczas rola rówieśników wpływa na zwiększone prawdopodobieństwo podejmowania zachowań ryzykownych, przy czym nadal duże znaczenie mają rodzice. Kluczowymi czynnikami ochronnymi są kompetencje socjalne i psychiczne oraz odporność emocjonalna,

- dojrzewanie (*adolescence*) i pełnoletniość (*adulthood*) to okresy prowadzenia interwencji środowiskowych w szkołach, pracy i innych miejscach.

Najbardziej efektywne rodzaje oddziaływań dotyczą okresu dojrzewania i pełnoletności, przy czym autorzy zaznaczają, że są one skuteczne również wobec młodszych grup (co może świadczyć o nieadekwatności podziału wg wieku).

Najsukuteczniejsze i obejmujące największą grupę odbiorców (nastoletniość, dojrzewanie i pełnoletniość) działania dotyczą profilaktyki uniwersalnej i selektywnej w ramach ograniczania spożycia alkoholu i tytoniu oraz krótkiej interwencji skierowanej do osób szczególnie zagrożonych.

We wcześniejszych okresach rozwoju (dzieciństwo i nastoletniość) najefektywniejsze są programy skierowane do rodziców oraz edukacja socjalna przedszkolaków w zagrożonych społecznościach.

## Polityka państwa – alkohol i tyton

Choć omawiane standardy dotyczą profilaktyki narkotykowej, autorzy wskazują na powiązania występujące między alkoholem, narkotykami i tytoniem. Wiąże się to z faktem częstego używania legalnych substancji

przez osoby eksperymentujące z narkotykami oraz ze współwystępowaniem palenia tytoniu i picia alkoholu w młodym wieku, co zwiększa ryzyko pojawienia się zachowań problemowych w późniejszych okresach życia.

Autorzy raportu wymieniają 12 dobrych i akceptowalnych opisów badań dotyczących polityki wobec alkoholu<sup>2</sup> i 11 dotyczących polityki wobec tytoniu<sup>3</sup>. Jednym z elementów polityki są uregulowania dotyczące cen tych produktów.

Wzrost cen alkoholu wpływa na spadek spożycia w populacji ogólnej (również wśród pijących umiarkowanie lub dużo) i ogranicza przypadki spożywania dużych ilości alkoholu przez studentów i młodzież. Dziesięcioprocentowy wzrost cen alkoholu skutkowało średnio spadkiem spożycia o 7,7%. Podobnie jest z cenami tytoniu, choć w tym wypadku reakcja jest słabsza – ok. 3,7-procentowy spadek palenia przy wzroście cen o 10%.

Również podniesienie granicy wieku legalnego palenia tytoniu i spożywania alkoholu wpływa na spadek popularności tych substancji wśród młodzieży, choć w przypadku tytoniu nie zmniejsza się liczba inicjacji, co prawdopodobnie ma związek z otrzymywaniem pierwszych papierosów od rówieśników.

Kolejnym czynnikiem kształtującym popyt wśród młodzieży są reklamy. Zarówno w przypadku tytoniu, jak i alkoholu zakaz lub ograniczenia reklam powodują spadek częstotliwości inicjacji oraz ilości spożywanych substancji.

## Krótkie interwencje indywidualne

Jest to najskuteczniejsza metoda przeciwdziałania nadużywaniu substancji psychoaktywnych. Krótkie interwencje (*brief intervention*) to indywidualne spotkania, które w zależności od rodzaju interwencji trwają od 5 minut do około godziny. Prowadzone są przez pracowników socjalnych, służbę zdrowia lub w innych miejscach, np. w pracy.

Przytaczane w raporcie przykłady interwencji opierają się głównie na technice wywiadu motywującego, podczas którego określany jest ewentualny stopień zagrożenia problemami związanymi z używaniem danej substancji i udzielana jest natychmiastowa pomoc w postaci porady, przekazania materiałów informacyjnych lub odesłania do odpowiednich placówek specjalistycznych.

Ponad dwadzieścia badań (10 dobrych, 13 akceptowalnych, jedna próba kontrolna)<sup>4</sup> wskazało na skuteczność tej metody.

Co ważne, metoda jest efektywna nawet w przypadku kilkuminutowych spotkań (wydłużenie czasu interakcji nie zmienia znacząco wyników), a pozytywne efekty w badanych grupach występowały nawet rok po spotkaniu. Badania testu ASSIST (*The Alcohol, Smoking and Substance Abuse Screening Test*), przygotowanego przez WHO, potwierdziły skuteczność metody w Stanach Zjednoczonych, Europie, Australii oraz w Azji i Ameryce Łacińskiej.

## Interwencje dla wieku przedszkolnego

Wysoką skutecznością cechuje się też program edukacyjny skierowany do dzieci w wieku przedszkolnym, które żyją w społecznościach marginalizowanych (*deprived communities*). Dwa przytaczane w raporcie badania<sup>5</sup> mówią o pozytywnym wpływie rozwoju kompetencji kognitywnych, językowych i społecznych u dzieci na ich późniejsze powodzenie w szkole, jak i doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi. Badania wykazują redukcję spożycia marihuany i innych narkotyków w wieku 18 lat oraz ograniczenie innych ryzykownych zachowań.

Wśród czynników wpływających na skuteczność działań autorzy wymieniają prowadzenie zajęć przez przeszkolonych nauczycieli i dodatkowe wsparcie ekonomiczno-socjalne rodzin.

## Umiejętności rodzicielskie

Najwyższą efektywnością wśród interwencji nakierowanych na poprawę funkcjonowania dzieci we wczesnym dzieciństwie odznaczają się programy dla rodziców. Autorzy powołują się na 9 dobrych i 4 akceptowalne badania skuteczności programów rodzinnych<sup>6</sup>, z których wynika, że tego rodzaju interwencje zapobiegają powstawaniu problemów z substancjami odurzającymi, również w długim okresie, i poprawiają ogólne funkcjonowanie rodzin.

Warto podkreślić, że interwencje są skuteczne również w przypadku nastolatków i wpływają także na poprawę zachowania dzieci poniżej 3. roku życia.

Autorzy zwracają również uwagę na „prostotę” efektów, do których należą zdobycie przez rodziców umiejętności

ustalania zasad zachowania, obserwacji zachowań dzieci i ich relacji z rówieśnikami, nauki podejmowania decyzji. Do czynników kształtujących pozytywne efekty zalicza się m.in. dodatkowe wsparcie rodziców w aktywizacji życia rodzinnego, utrzymywaniu porządku i kształtowaniu wizerunku do naśladowania, organizowanie zajęć w przystępnych porach i atrakcyjnych formułach (dobór miejsca, poczęstunek, upominek na koniec zajęć), zajęcia dla całych rodzin.

Nieefektywne są zajęcia w postaci wyłącznie wykładów czy dostarczania rodzicom informacji o narkotykach z zaletami porozmawiania o tym z dziećmi. Należy uważać, aby nie podważać autorytetu rodziców, jak również nie skupiać uwagi wyłącznie na dziecku. Na temat tego rodzaju interwencji istnieją trzy przewodniki<sup>7</sup>.

## Inne programy dla młodzieży szkolnej

Jako efektywne działania profilaktyczne skierowane do młodzieży szkolnej można wymienić programy rozwoju umiejętności społecznych i profilaktyczne programy edukacyjne. Pierwszy rodzaj działań to prowadzone przez nauczycieli ustrukturyzowane zajęcia interaktywne, w których uczestniczą wszystkie dzieci. Zajęcia nastawione są przede wszystkim na rozwój ogólnych umiejętności społecznych i przyswajanie bezpiecznych i zdrowych wzorców reakcji na trudne sytuacje. Tego rodzaju interwencje nie są nastawione na zapobieganie używaniu konkretnych substancji, ale na poprawę zdrowia emocjonalnego i dobrego samopoczucia i kształtowanie samokontroli. Jak wykazują badania<sup>8</sup>, zajęcia takie redukują jednak wpływ czynników ryzyka związanych z substancjami psychoaktywnymi.

Do dzieci, najczęściej powyżej 10. roku życia, które mają za sobą inicjację środkami odurzającymi, skierowane są programy profilaktyki opartej na nauce zachowań społecznych. W tych interwencjach młodzi ludzie uczą się

już konkretnych zachowań związanych z odmawianiem rówieśnikom i radzeniem sobie z naciskami. Niejako przy okazji diskutowane są codzienne problemy młodzieży, postawy wobec narkotyków i niebezpieczeństwo z nimi związane, co pozwala korygować opinie normatywne na temat narkotyków.

Badania<sup>9</sup> dowodzą skuteczności interwencji podejmowanych wobec młodzieży w ogóle; są także wyniki potwierdzające pozytywny wpływ interwencji na grupy wysokiego ryzyka (programy wdrażane były również w najbiedniejszych krajach Afryki i Azji).

*Krótkie interwencje indywidualne to najskuteczniejsza metoda przeciwdziałania nadużywaniu substancji psychoaktywnych. To indywidualne spotkania, które w zależności od rodzaju interwencji trwają od 5 minut do około godziny. Przytaczane w raporcie przykłady interwencji opierają się głównie na technice wywiadu motywującego, podczas którego określany jest ewentualny stopień zagrożenia problemami związanymi z używaniem danej substancji i udzielana jest natychmiastowa pomoc w postaci porady, przekazania materiałów informacyjnych lub odesłania do odpowiednich placówek specjalistycznych.*

W interwencjach adresowanych zarówno do populacji ogólnej młodzieży, jak i grup wysokiego ryzyka wskazane jest stosowanie ustrukturyzowanych programów, które powinny bazować na interakcjach uczestników. Jako negatywne formy zajęć wskazuje się brak interaktywności, informowanie o substancjach, zwłaszcza w kontekście etyczno-moralnym lub w celu wzbudzenia lęku przed skutkami ich używania. Również prowadzenie nieustrukturyzowanych pogadarek, jak i zapraszanie gości, np. byłego narkomana lub policjanta, nie przynosi pożądanego efektu. O tego rodzaju interwencjach także powstały podręczniki<sup>10</sup>.

## Działania o najniższej efektywności

Do interwencji mało skutecznych lub wręcz o negatywnym oddziaływaniu zaliczono kampanie medialne i mentoring.

Mentoring polega na budowaniu relacji dziecko–dorosły. Dotyczy szczególnie młodych osób ze środowisk zmarginalizowanych, z którymi wolontariusze lub pracownicy socjalni spędzają wolny czas. Co najmniej trzy akceptowalne badania<sup>11</sup> wykazały pozytywny wpływ mentorów na kontakty młodzieży z grupy wysokiego ryzyka z alkoholem lub narkotykami.

Kampanie medialne są najczęściej stosowaną formą profilaktyki, a często się zdarza, że jedyną. Są kosz-



towne, jednak nieskuteczne, choć wydaje się że duży, ogólnospołeczny zasięg przekazu powinien wystarczyć. Badania kampanii<sup>12</sup> dowiodły względnej skuteczności w przypadku tytoniu, jednak w połączeniu z innymi oddziaływaniami. W przypadku alkoholu, a tym bardziej narkotyków, kampanie medialne nie odnosiły żadnych skutków.

Mimo to autorzy podają kilka zaleceń zwiększających użyteczność tego rodzaju oddziaływań. Wskazują m.in. na potrzebę systematycznej ewaluacji efektów i dostosowywania komunikatów do bieżących potrzeb. W przypadku przekazu źle dobranego do grupy docelowej, efekt może być odwrotny do zamierzonego. Może to wywołać opór wobec innych komunikatów z danej tematyki i przyczynić się do odrzucenia innych form oddziaływań profilaktycznych.

Jako interwencję o niesprawdzonej skuteczności dla dzieci przedstawiono oddziaływanie terapeutyczne adresowane do uzależnionych lub problemowo używających kobiet w ciąży<sup>13</sup>. W działaniach tych stwierdzono pozytywne skutki dla życia rodziny i rozwoju dziecka, jednak dane z badań okazały się niewystarczające lub niepewne.

Dla tej samej grupy odbiorców przedstawiono również interwencje polegające na wizytacjach w domu kobiet ciężarnych lub z nowo narodzonymi dziećmi. Regularne wizyty przeszkolonej pielęgniarki lub pracownika socjalnego, nawet do osiągnięcia przez dziecko 2. roku życia, przy dodatkowym wsparciu ekonomicznym okazują się być skuteczną formą pomocy i względnie opłacalną w perspektywie potencjalnych późniejszych kosztów medycznych i społecznych<sup>14</sup>.

## Niewystarczalność dowodów

Autorzy raportu zaznaczają, że przedstawione przez nich wyniki analizy nie są kompletne. Przede wszystkim brakuje danych z programów prowadzonych w najbiedniejszych państwach; większość informacji pochodzi z wysoko rozwiniętych państw zachodnich. Nie wiadomo także, czy skuteczne programy realizowane w krajach Europy Zachodniej, dałyby takie same efekty w warunkach niższego finansowania.

Wspomina się też o błędach wynikających z nieporównywalności danych i trudnościach z dotarciem do informacji. O wielu publikacjach pochodzących z biedniejszych krajów w ogóle nie wiadomo, a te znane nie posiadają spójnej metodologii, co utrudnia prace ba-

dawcze. Mimo to w raporcie znalazło się kilka dobrych i skutecznych praktyk, które z powodzeniem stosuje się na wszystkich kontynentach i w różnorodnych warunkach kulturowych.

FN

Przypisy zamieszczamy w skróconej formule – pełne tytuły pozycji znajdują się w aneksie nr I raportu (*References*), pod adresem: [http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention\\_standards\\_appendix\\_01\\_all\\_references.pdf](http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards_appendix_01_all_references.pdf)

## Przypisy

- 1 Raport wraz ze wszystkimi aneksami dostępny jest na stronie UNODC: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>. Szczególnie wart polecenia jest aneks II-V (dodatek II aneks V) z opisami analizowanych interwencji: [http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention\\_standards\\_appendix\\_02\\_methodology\\_annex\\_05\\_data.pdf](http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards_appendix_02_methodology_annex_05_data.pdf)
- 2 Anderson, 2009; Bühler, 2008; Campbell, 2009; Elder, 2010; Hahn, 2010; Hahn, 2012; Middleton, 2010; Popova, 2009; Rammohan, 2011; Smith, 2009; Spoth, 2008, Wagenaar & Toomey, 2002.
- 3 Bühler, 2008; Callinan, 2010; Hopkins, 2001; Lovato, 2011; NCI, 2008; Ranney, 2006; Richardson, 2009; Stead, 2005; Thomas, 2008.
- 4 Ballesteros, 2004; Beich, 2003; Bertholet, 2005; Carney, 2012; Christakis, 2003; Dunn, 2001; Emmen, 2004; Fager, 2004; Gates, 2006; Humeniuk, 2012; Jensen, 2011; Jones, 2006; Kahan, 1995; Kaner, 2007; Khadjesari, 2010; McQueen, 2011; Nilsen, 2008; Riper, 2009; Smedslund, 2011; Tait, 2003; Vasilaki, 2006; Wachtel, 2010; White, 2010; Wilk, 1997.
- 5 D'Onise, 2010 and Jones 2006.
- 6 Barlow, 2005; Bühler, 2008; Foxcroft, 2011; Furlong, 2012; Gates, 2006; Jones, 2006; Knerr, 2013; McGrath, 2006; Mejia, 2012; Miller, 2012; Petrie, 2007; Spoth, 2008; Thomas, 2007.
- 7 UNODC (2010), Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria. UNODC (2009), Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria. CCSA (2011), Strengthening Our Skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention family skills programs, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, ON, Canada.
- 8 Bühler, 2008; Faggiano, 2005; Foxcroft, 2011; Jones, 2006; McGrath, 2006; Müller-Riemenschneider, 2008; Pan, 2009; Roe, 2005; Schröder-Günther, 2011; Skara, 2003; Soole, 2008; Spoth, 2008; Thomas, 2006.
- 9 Bühler, 2008; Champion, 2012; Dobbins, 2008; Faggiano, 2005; Faggiano, 2008; Fletcher, 2008; Foxcroft, 2011; Gates, 2006; Jackson, 2012; Jones, 2006; Lemstra, 2010; McGrath, 2006; Moreira, 2009; Müller-Riemenschneider, 2008; Pan, 2009; Porath-Waller, 2010; Ranney, 2006; Reavley, 2010; Roe, 2005; Schröder-Günther, 2011; Skara, 2003; Soole, 2008; Spoth, 2008; Thomas, 2006; Thomas, 2008; West, 2004; Wiehe, 2005.
- 10 UNODC Guidelines on School Based Education on Drug Abuse Prevention; CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention; Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention.
- 11 Bühler, 2008; Thomas, 2011; Tolan, 2008.
- 12 Bühler, 2008; Ferri, 2013, (in press); Hopkins, 2001; NCI, 2008; Ranney, 2006.
- 13 Niccols, 2012a and Niccols 2012b.
- 14 Kitzman 2010 and Olds 2010 reporting on the same trial.



*Na pytanie o nielegalność marihuany, badani wzruszali ramionami, nie mając wiele do powiedzenia na ten temat. Okazuje się, że budują oni pewien rodzaj buforu pomiędzy niekomfortową sytuacją łamania prawa a byciem palaczem. Na bezpieczeństwo zwraca się uwagę już w momencie organizowania sobie narkotyku. Prawdopodobnie właśnie dlatego użytkownikom nie robi większej różnicy to, czy marihuana jest nielegalna, czy nie, ponieważ po pierwsze, zachowują odpowiednie zasady bezpieczeństwa przy załatwianiu marihuany, a po drugie – zdobywanie narkotyku odbywa się wewnątrz ich sieci społecznych.*

## UŻYWANIE MARIHUANY – KONTROLA I NIELEGALNOŚĆ

*Dariusz Parzych*

*Politechnika Warszawska, Pracownia Rozwoju Osobistego*

*Magdalena Piejko, Michał Wanke*

*Uniwersytet Opolski*

Przetwory konopi, a przede wszystkim marihuana, należą do najpopularniejszych nielegalnych substancji psychoaktywnych. To powoduje, że często są one przedmiotem debat publicznych, w których wykorzystuje się sprzeczne informacje na ich temat. W dyskusjach wiele osób posługuje się uproszczeniami i stereotypami dotyczącymi marihuany, co powoduje, że dyskurs wokół używania tej substancji jest dość chaotyczny. Niewiele jest także polskich badań, które pokazałyby szeroki kontekst używania marihuany, z jej osobistym i społecznym wymiarem. Jednym z nielicznych jest badanie przeprowadzone przez Stowarzyszenie „Pracownia Rozwoju Osobistego” w Opolu pn. „Konstruowanie poczucia kontroli użytkowników nad marihuaną i kontekst nielegalności”. Jego celem było poznanie społecznej konstrukcji ryzyka związanego z używaniem marihuany oraz eksploracja procesu stawania się, bycia i zaprzestania bycia użytkownikiem marihuany. W ramach projektu badano proces wskazywania i definiowania problemowego momentu używania marihuany w kontekście kontaktów interpersonalnych oraz kontroli społecznej, konsekwencji używania, dynamiki i procesu odchodzenia od używania marihuany. Do badania wykorzystaliśmy metodę biograficzną z użyciem techniki indywidualnego wywiadu biograficznego z aktualnymi i byłymi użytkownikami marihuany(48). Przeprowadziliśmy również indywidualne wywiady kierowane z otoczeniem użytkowników i dilerami (40). W pierwszej kolejności badaliśmy takie osoby z otoczenia, których

z użytkownikiem marihuany łączyły albo też łączyły relacje oparte na bliskiej znajomości, koleżeństwie, więzi partnerskiej lub rodzinnej. Wywiady z otoczeniem użytkownika miały za zadanie uchwycenie badanej problematyki z innej, bardziej zewnętrznej perspektywy. Rozmowy przeprowadzone z dilerami pozwoliły na zdobycie informacji na temat funkcjonowania nielegalnego rynku marihuany i relacji użytkownik–diler.

Dodatkowo przeprowadziliśmy zogniskowane wywiady grupowe (8) w placówkach terapii uzależnień (stacjonarnych i ambulatoryjnych) z terapeutami, którzy podzielili się swoimi doświadczeniami z kontaktu i pracy z użytkownikami marihuany.

W raporcie z badania zostały omówione takie aspekty używania marihuany, jak:

- **społeczne definicje używania marihuany** – wyjaśnienie sposobów, w jakie użytkownicy, otoczenie i dilerzy rozumieją marihuanę i jej używanie,
- **znaczenie pierwszego używania marihuany** – opis okoliczności i motywacji związanej z pierwszym użyciem marihuany, wiedzy o marihuanie i jej używaniu przed pierwszym razem, doświadczone efekty po pierwszym użyciu, znaczenie pierwszych doświadczeń dla kontynuowania używania w późniejszym okresie,
- **definiowanie bycia odurzonym** – opis oświadczanych i wyobrażanych objawów bycia pod wpływem substancji, rozpoznawanie objawów, ich kontrola i konsekwencje,

- **praktyka używania** – opis celów palenia, doświadczanych i spodziewanych efektów, sposoby, techniki palenia, akcesoria, okazje i sytuacje, przechowywanie i przenoszenie marihuany, łączenie marihuany z innymi używkami, wiedza o marihuanie i jej używaniu, przemiany używania,
  - **kontrolowanie używania marihuany** – opis przebiegu i sposobów kontrolowania używania marihuany, przedmiotu, warunków i kryteriów kontroli, znaczenie innych dla kontrolowania, przeszkody w kontrolowaniu, sprawowanie kontroli,
  - **nielegalność** – definiowanie i wyznaczanie nielegalności, radzenie sobie z nielegalnością, znaczenie nielegalności dla kontrolowania palenia, znaczenie nielegalności dla zmian w używaniu marihuany,
  - **rynek marihuany** – wyobrażenia na temat funkcjonowania rynku marihuany,
  - **trajektoria bycia użytkownikiem i definiowanie używania jako problemu** – opis punktów zwrotnych w biografii i doświadczeniach użytkownika, zmian i momentów problemowych w używaniu marihuany,
  - **przestawanie i powracanie do używania** – doświadczenia i wyobrażenia związane z przestawaniem i powracaniem do używania marihuany,
  - **znaczenie emocji w używaniu** – znaczenie emocji towarzyszących używaniu marihuany,
  - **tożsamość użytkownika** – autodefinicję użytkownika, postrzeganie siebie i innych użytkowników, obraz tożsamościowy użytkownika, kryzys i zmiana tożsamości użytkownika,
  - **subkultury użytkowników marihuany** – specyficzność grupy użytkowników, definiowanie użytkowników marihuany, zakładana i podzielana wiedza i umiejętności,
  - **sposoby zdobywania marihuany** – sposoby, zapewnianie bezpieczeństwa, relacje z dilerami, finansowanie zakupu, problemy związane z organizowaniem marihuany,
  - **znaczenie relacji społecznych** – relacje pomiędzy użytkownikami, między użytkownikiem a jego otoczeniem, dilerem i terapeutą, znaczenie tych relacji dla przemian w używaniu oraz dla kontrolowania używania,
  - **znaczenie norm społecznych w używaniu marihuany** – obowiązujące normy, tworzenie, podtrzymywanie i modyfikowanie norm, łama-
- nie norm i sankcje społeczne, kontrola społeczna, znaczenie norm dla użytkowników,
- **definiowanie korzyści** – doświadczane przez użytkowników i obserwowane przez otoczenie korzyści związane z używaniem marihuany, definiowanie i racjonalizowanie korzyści, znaczenie korzyści dla trajektorii używania marihuany,
  - **znaczenie terapii** – cel i przedmiot terapii, doświadczenia użytkowników z terapią, postrzeganie używania marihuany przez terapeutów, znaczenie terapii dla kontrolowania lub odchodzenia od używania,
  - **używanie marihuany jako uzależnienie** – definiowanie używania marihuany jako uzależnienia, kryteria wyznaczane przez użytkowników, otoczenie i terapeutów, znaczenie zdefiniowania używania jako uzależnienia dla odchodzenia od używania i jego kontrolowania.

### Kim jest użytkownik marihuany? Społeczne definiowanie marihuany i użytkowników

Używanie marihuany wpływa na tworzenie się osobistej i społecznej tożsamości jej użytkownika. Przeprowadzone przez nas badania pokazują, że używanie marihuany wiąże się z wchodzeniem w wiele sytuacji społecznych, których specyfikę wyznaczają podejmowane praktyki związane z organizowaniem, przechowywaniem, przenoszeniem, dzieleniem się, jak i samym aktem używania marihuany. Uczestnictwo w nich powoduje, że badani, odpowiadając na pytanie: kim jestem? – sięgają do osobistych doświadczeń związanych z tymi praktykami. Odnoszą się także do uogólnionych opinii na temat użytkowników i marihuany, które funkcjonują w mediach, wśród osób nieużywających marihuany i terapeutów. Używanie marihuany nie jest więc nic nieznaczącym epizodem w życiu, wręcz przeciwnie, stanowi ważny punkt odniesienia dla postrzegania i definiowania siebie.

Zamienność określeń *użytkownik marihuany* i *palacz* nie jest dla badanych oczywista i jednoznaczna. Używanie określonej ilości marihuany w regularnych odstępach czasu nie oznacza jeszcze, że jest się *palaczem*. Zdaniem badanych konieczne jest, aby czynność ta uległa sproblematyzowaniu: *Nie myślę*

*o sobie jako o palaczu. Myślę, że i tak to sobie też przed sobą tłumaczę, że to jest tylko okazjonalnie. Mimo że te okazje się powtarzają, to nie patrzę na to jak na problem. (z7)*

Badani nie definiują siebie jako *palaczy*, jeżeli używanie marihuany ma charakter okazjonalny i jednocześnie nie powoduje społecznych i prawnych konsekwencji: *Jakoś tam jest jednak częstość tego właśnie palenia niż jak ktoś tam se zapali raz tylko żeby spróbować no to na pewno nie jest palaczem... że no bo (...) spróbował... pewnie jeszcze tam bucha i koniec... no to raczej ciężko powiedzieć o nim że jest palaczem... a jak już wiadomo że ma ... na pewno jakieś tam nie wiem.. choćby okazje czy coś takiego no to już... jest palaczem moim zdaniem. (n11)*

Część badanych woli mówić o sobie jako o *użytkownikach*, ponieważ to określenie nie zawiera negatywnych konotacji, w przeciwieństwie do sformułowania *palacz*, gdzie zakres znaczeniowy tego terminu obejmuje specyficzną dla tej grupy mentalność i silne eksponowanie używania: *Nie myślę o sobie jako palaczu, czy tak kiedyś myślałem, nie, raczej jako użytkownik (...) no palaczy po prostu no... łączy się z tą całą mentalnością palenia trawy; no i tak się po prostu obnoszą bardziej. (k2)*

Naszym zdaniem takie dystansowanie się od tych określeń wiąże się z obawą przed społeczną stygmatyzacją i wykluczeniem. Badani zdają sobie sprawę ze stereotypowych opinii na temat użytkowników marihuany, niejednokrotnie sami ten stereotyp podtrzymują w wydawanych sądach, i nazywając własne używanie marihuany *niepaleniem* – lokują się poza tymi społecznymi uproszczeniami. Pozwala im to poczuć się bezpiecznie.

Poszukując odpowiedzi na pytanie: kim jestem?, użytkownicy porównują się z innymi palaczami, osobami nieużywającymi marihuany i osobami się-

gającymi po twarde narkotyki. Świadomość istnienia innych palaczy, faktyczna bądź wyobrażona, pozwala im uczynić używanie normalną, bo powszechną czynnością.

Druga grupa odniesienia porównawczego dotyczy osób, które nie używały marihuany. Nawet jeżeli te osoby formułują negatywne sądy o paleniu, to dla badanych są one nieuprawnione, ponieważ wynikają z zasłyszanych, uproszczonych opinii, a nie z bezpośrednich doświadczeń. Dzięki temu siła rażenia tych sądów bardzo maleje i nie robi na badanych większego wrażenia. Oprócz tego badani zauważają, że zachowanie, styl życia, wartości, cele i ideały osób nieużywających marihuany nie różnią się znacząco od tych, które charakteryzują użytkowników.

W związku z tym palenie nie może stanowić ich zdaniem kryterium zachowania dewiacyjnego: *Ludzie palący odchodzą sobie na bok i palą, ludzie pijący, piją alkohol dalej i to w tym momencie chociażby na jakąś chwilę jest podział, ale potem ludzie dalej się integrują, nie ma raczej z tym problemu. (mp1)*

Widoczna jest tu jednak ciekawa rzecz, otóż badani mocno podkreślają, że palacz jest zwyczajnym człowiekiem, więc używanie marihuany nie może być uznawane za działanie odbiegające od normy, ale jednocześnie opisują zmiany związane z postrzeganiem świata i nastrojem występujące po zapaleniu. Z relacji badanych wynika, że używanie

marihuany wycisza i uspokaja, pobudza kreatywne myślenie, pomaga przełamać nieśmiałość i wzmacnia integrację poprzez wspólnotę zainteresowań. W tym kontekście używanie marihuany pozwala na inne odczuwanie świata, niedostępne dla nieużytkowników, więc jest pretekstem, żeby poczuć się kimś lepszym i wyjątkowym. Zauważają to także osoby z otoczenia palaczy: *No zachodzą chyba, są chyba [zmiany], każdy palacz jest taki bardziej... wyluzowany, ale to*

*Zamienność określeń użytkownik marihuany i palacz nie jest dla badanych oczywista. Używanie określonej ilości marihuany w regularnych odstępach czasu nie oznacza jeszcze, że jest się palaczem. Zdaniem badanych konieczne jest, aby czynność ta uległa sproblematyzowaniu. Badani nie definiują siebie jako palaczy, jeżeli używanie marihuany ma charakter okazjonalny i jednocześnie nie powoduje społecznych i prawnych konsekwencji. Część woli mówić o sobie jako o użytkownikach, ponieważ to określenie nie zawiera negatywnych konotacji.*



*nie wiem, czy to można osiągnąć poza paleniem, ale jest jakieś takie poczucie, że nie wiem, jest jakiś taki trochę egalitaryzm wśród tych palaczy, nie że coś tam, ale ja wiem czy coś jakoś tam czy to jest obiektywne jakieś takie czy to takie po prostu poczucie. (k3)*

Natomiast porównywanie się z osobami sięgającymi po twarde narkotyki przynosi taką oto konstatację, że używanie marihuany nie jest zagrożeniem i podlega pełnej kontroli. Próg utraty tej kontroli zostaje wyznaczony właśnie przez powtarzające się doświadczenia z twardymi narkotykami. W sensie tożsamościowym użytkownik marihuany nie jest więc narkomanem. *Nie oszukujmy się, że marihuana jednak nie ma tak właśnie wpływu powiedzmy na organizm jak inne narkotyki (...) marihuanę na tle innych używek i narkotyków wyróżnia między innymi to, że nie uzależnia ona właśnie fizycznie, czyli że człowiek właśnie nie ma w nocy napadów bezsenności, że... nie ma jakichś w ogóle powiedzmy drgawek, że nie czuje wewnętrznej potrzeby, że musi to zrobić. (ka6)*

Stwierdzając, że palenie nie wiąże się z tak negatywnymi konsekwencjami jak używanie twardej narkotyki, badani wytwarzają poczucie, że panują nad swoim używaniem, a tym samym nad swoim codziennym życiem.

W relacjonowanych w wywiadach doświadczeniach zauważyliśmy powtarzające się poczucie społecznego niezrozumienia, które w rezultacie stawało się podstawą dla odróżniania się palaczy od nieużytkowników. W sensie subkulturowym to zewnętrzne stereotypizowanie palenia definiowane jest w kategoriach zagrożenia i powoduje zwarcie szyków oraz bronienie się przed nim. Profilaktyczny cel takich działań, jak debaty publiczne, kampanie społeczne, działania edukacyjne nie zostaje osiągnięty. Skutek jest odwrotny od zamierzonego, ponieważ działania te wzmacniają podział na „my – palacze” i „oni – nie rozumiejący nas, bo niepalący”. *Że ćpun, narkoman, że bierze marihuanę, pewnie wali w żyłę też, niektórzy ludzie na pewno tak myślą, wielu ludzi w Polsce ma blade pojęcie na temat działania i skutków palenia marihuany, a oceniają to po prostu z góry (...) bo oni mają klapki na oczach, są nie wiem, mają swoje zdanie na ten temat, które według mnie jest głupie, ale oni mogą uważać to za prawidłowe, oni nie wiem, mają taką opinię na ten temat i chyba nikt nie jest*

*w stanie tego zmienić. Znałem jedną taką osobę, która tak sądziła, kiedyś udało mi się namówić ją do zapalenia i zmieniła swoje zdanie (...). Widziałem wywiad z posłanką, bodajże PO, to po prostu ci ludzie nie mają żadnego pojęcia, wpychają to do jednego worka z dopalaczami. (mp1)*

Społeczne definiowanie użytkowników i marihuany ma charakter kontekstowy i wiąże się z sytuacjami, w jakich uczestniczą definiujące podmioty, z ich indywidualnymi biografiami oraz zasobem wiedzy niezbędnym do podjęcia bądź rezygnacji z działania, jakim jest używanie marihuany. Wielość sytuacji, doświadczeń oraz zróżnicowanie wiedzy wyznacza wielość spojrzeń na to, kim jest użytkownik marihuany oraz czym jest marihuana. To, co ważne i na co zwracamy uwagę w raporcie, to nieprzekładalność perspektyw i brak intersubiektywności pomiędzy światem użytkowników i terapeutów, czego konsekwencją może być nieadekwatność i nieefektywność realizowanych programów profilaktycznych i terapeutycznych.

## **Znaczenie nielegalności marihuany dla użytkowników**

W badaniu zainteresowaliśmy się także tym, w jaki sposób nielegalność marihuany jest postrzegana przez użytkowników i jak się ma do wytwarzania poczucia kontroli nad byciem palaczem nielegalnej substancji. To, co nas uderzyło, kiedy analizowaliśmy materiał z wywiadów, to stosunkowo niska waga, jaką do tej kwestii w rozmowach przywiązywali nasi informatorzy. Dużo ważniejsza była dla nich kontrola nad jakością narkotyku czy kontrola nad swoim stanem psychicznym i motywacyjnym. To, że badani niespecjalnie przejmowali się tym, że pozyskiwanie i używanie marihuany jest nielegalne, nie oznacza, że o tym nie myślą i nie biorą tego pod uwagę w swoich działaniach. W świetle naszych badań, nielegalność marihuany może mieć znaczenie dla motywacji do używania w ogóle. Magię i rytuał palenia, które badani wspominają, zwłaszcza z początków swojego palenia, buduje nie tylko sam narkotyk, ale i szerszy społeczny kontekst jego używania, którego ważnym składnikiem jest to, że jest wyjęty spod prawa. Jeden z badanych na przykład zwracał uwagę na awanturniczy charakter samego pozyskiwania substancji:



*I w pewnym sensie czułem się lepiej z tym, że właśnie to jest nielegalne, więc schlebiało mi to (...) jest więcej zabawy przy korzystaniu z używek nielegalnych (...) musisz to sobie zorganizować, to jest ganiecie po starych brudnych obsikanych klatkach, nie, stanie w tych klatkach czekanie to jest właśnie ta konspiracja nie, no ten trochę więcej zabawy a tak idziesz do sklepu kupujesz i wiesz i tyle nie, i masz więcej czasu fakt faktem na to, żeby pogadać i tak dalej, ale przygoda też łączy ludzi. (k1)*

Na nasze pytania o nielegalność marihuany, badani wzruszali ramionami, nie mając wiele do powiedzenia na ten temat. Okazuje się, że budują oni pewien rodzaj buforu pomiędzy niekomfortową sytuacją łamania prawa a byciem palaczem. Analizując materiał badawczy, zauważyliśmy, że na bezpieczeństwo zwraca się uwagę już w momencie organizowania sobie narkotyku. Prawdopodobnie właśnie dlatego użytkownikom nie robi większej różnicy to, czy marihuana jest nielegalna, czy nie, ponieważ po pierwsze, zachowują odpowiednie zasady bezpieczeństwa przy załatwianiu marihuany, a po drugie, zdobywanie narkotyku odbywa się wewnątrz ich sieci społecznych. Badani, pytani o to, jak funkcjonuje rynek marihuany, często nawet nie umieli go sobie wyobrazić, pozostawiając producentów, dystrybutorów i ewentualny świat przestępczy z nimi powiązany gdzieś na peryferiach swojego poznania. Niepisane zasady bezpieczeństwa są tyleż oczywiste, co powszechnie znane. Badani nie poświęcali im wiele czasu w rozmowach z nami. Jedną z podstawowych spraw jest ostrożność językowa: *Też dosłownie nie mówi pewnych rzeczy przez telefon, czy gdzieś tam jak się kontaktuje tylko jakimś tam odpowiednim slangiem. (p10)* Jednak najważniejszą naszym zdaniem kwestią w budowaniu bezpieczeństwa zdobywania narkotyku jest odpowiednie zapośredniczenie źródła. Spora grupa naszych badanych nigdy nawet nie spotkała dilerów. Załatwiają marihuanę od znajomych, ci znów od swoich znajomych, i tak dalej. W ten sposób w obie strony (od dilerów i od użytkownika) buduje się, a w zasadzie deleguje się zaufanie. Marihuana nie jest sprzedawana obcym, ani nie kupuje się jej od obcych. *No myślę dla mnie przynajmniej jest to na tyle bezpieczne, że załatwiałam to też od pewnego znajomego z którym akurat nie paliłam tego co kupowałam ale załatwiałam to od znajomego, od kogo*

*on to miał to nie wiem, nigdy bezpośrednio nie załatwiałam od osoby, której kompletnie nie znam. (mp2)* Zapośredniczenie kontaktu z dilerem to sposób, który buduje poczucie bezpieczeństwa zdobywania marihuany, ponieważ nie jest się bezpośrednio uwikłanym w proceder. *To znaczy nie czułem, że to dla mnie jest niebezpieczne, ale że dla osób załatwiających bezpośrednio można powiedzieć, że tak bo no tak no w ten sposób no, ale no nie czułem że ja bezpośrednio jestem w jakiś tam sposób zagrożony, nie. (k1)* Nie odczuwam przy załatwianiu marihuany, żeby to było nielegalne, bo kolega mi to przynosi [ ] ja to wkładam do [ ] i niosę później do domu więc nie wiem, nie czuję tego. (ag1)

Nielegalność jest więc traktowana przez badanych zupełnie instrumentalnie – jako pewien obiektywny stan, któremu trzeba zaradzić. W kilku przypadkach nasi informatorzy sięgali głębiej do znaczenia tej sytuacji i opisywali nieadekwatność w ich przekonaniu prawa do sytuacji, którą w przypadku jednego z badanych jakby potwierdzali funkcjonariusze policji, nie interweniując przyłapawszy go na używaniu: *Wszedłem zapalić, do toalety, po czym wróciliśmy usiedliśmy tacy po prostu już totalnie rozjebani, koleś wiesz usiadł też tak naprzeciw jakby wstał obudził się po prostu przetarł oczy i wyciągnął legitymację w ogóle jakiś tam tajniaka w ogóle wiesz i to było takie naprawdę minuta po prostu wiesz że wyciągnięta z życia po prostu, bez słów a on miał jakby swoją megasatysfakcję, że wiesz po prostu się zesraliśmy i siedzieliśmy totalnie wiesz w ciszy i dopiero tak po minucie mówi, że spoko chłopaki jest jakby to akceptuję bo sam mam swoje problemy, cokolwiek ale macie megaszczęście bo jedziecie z całym wagonem w ogóle tajniaków co nie (...) znaczy tak że właśnie to nie jest kurczę tak naprawdę zło, wiesz o co chodzi, jakby że wszystko jest dla ludzi, że wszystko jest jakoś w umiarkowanych ilościach może być okej co nie? i jakby ci ludzie dają mi tego pełny wyraz, że spotykając takich a nie innych ludzi z różnych szczebli po prostu nie wiem [niezrozumiale] się okazuje, że oni sami palili i w ogóle wiesz to jakby zaczęło kurczę jakby zupełnie inaczej to rozumujesz, że to nie jest totalnie dla tam niszy kurczę złych, patologicznych środowisk tylko po prostu wiesz, to może być okej nie, tylko trzeba z głową to robić, nie wiem jakoś. (mi1)*

Inny badany po prostu oddzielał nielegalność od oceny używania, jakby nie wynikała ona z porządku moralnego: *Nie uważam, że palenie jest złe, więc nie widzę jakiegś bezpośredniej przyczyny, żebym miał się gdzieś z tym ukrywać... prócz tego, że to jest nielegalne nie.* (k3)

W podobny sposób tę sytuację analizuje jeszcze inny badany, rozgraniczając świat palenia od świata przestępczego, a nawet wyraźnie rysując granicę pomiędzy nimi dwoma, której przekroczenie przez jednego z członków grupy było dopiero zdefiniowane jako złamanie norm: (...) *to absolutnie nic z tych rzeczy to jakby w moim pokoleniu to była norma w sensie, że się pali i że się ma to była norma no która jest okej a to jest prawnie zakazane to była aberracja jakaś rzeczywistości która do niej zupełnie nie przystaje, tak to było postrzegane więc jakby nigdy się nie zastanawiałem nad tymi takimi [in]klinacjami kryminalnymi tego, tego środowiska które prawdopodobnie gdzieś tam występują, ale w moim otoczeniu nigdy nie, bo to zawsze właśnie pochodziło albo od znajomych, albo od ludzi którzy sobie sami hodują, albo którzy przywieźli z Holandii, albo którzy gdzieś skądś tam mają to jakby nigdy nie, no miałem jednego kolegę właśnie którzy, który handlował i zajął się tym tak całkiem na serio, zresztą miał z tego powodu problemy i nawet dostał wyrok w zawieszeniu za to, za handel no i to była jedyna taka sytuacja gdzie to prawo gdzieś osiągnęło tych, tych moich znajomych, ale to było postrzegane jako przesada, w sensie to co on robił, że zaczął tym handlować i zaczął z tego czerpać korzyści finansowe to było przez środowisko też postrzegane jako, jako przesada, że nie powinno się tak jednak robić, bo to już nie jest okej (...).* (mi4)

Nielegalność posiadania marihuany spełnia funkcję prewencyjną, ale w takim sensie, że badani podchodzą do niej technicznie i wystrzegają się sytuacji, które mogłyby ich narazić na ewentualny konflikt z prawem. Co do uzasadnienia tego zakazu, zaobserwowaliśmy wśród badanych opisywany rozmaicie dysonans pomiędzy nielegalnością a relatywną nieszkodliwością używania.

## Poczucie kontroli i praca z użytkownikami

Wytwarzanie poczucia kontrolowania używania marihuany ma sytuacyjny i procesualny charakter.

Wyodrębnione elementy i wymiary tego procesu pokazują, że w analizowaniu używania marihuany należy uwzględniać konteksty, w których to działanie zachodzi.

Celem naszych badań było opisanie oraz wyjaśnienie, w jaki sposób użytkownicy marihuany budują poczucie, że kontrolują swoje palenie, zwłaszcza w kontekście nielegalności marihuany oraz tego, kim byli, są i będą. Z przeprowadzonych badań wynika, że w podejmowaniu kolejnych działań dotyczących używania marihuany, czy to badawczych, terapeutycznych, profilaktycznych, czy edukacyjnych, należy zwrócić uwagę na:

1. Dążenie do uzyskania porozumienia z użytkownikami – dialog powinien zachodzić na tym samym poziomie komunikacyjnym, rozbieżności definicyjne i dotyczące norm utrudniają osiągnięcie założonych celów, a użytkownicy także przy pomocy używanego języka wytwarzają poczucie kontroli.
2. Przesunięcie akcentu z nielegalności marihuany na jej sytuacyjne, emocjonalne i relacyjne uwikłanie – sama nielegalność nie stanowi ważnej motywacji w procesie odchodzenia od używania; w działaniach terapeutycznych należałoby wziąć pod uwagę specyficzność grupy użytkowników marihuany i na tej podstawie określić odpowiednie metody pracy.
3. Ponowne zdefiniowanie celów terapii dla użytkowników marihuany – warto zwrócić uwagę, czy celem głównym ma być odejście od używania, czy doprowadzenie do świadomego używania – ma to zasadnicze znaczenie w kontekście ewentualnych zmian prawnych legalizujących marihuanę.

Zrealizowane przez nas badanie przynosi wiele nowych wątków związanych z używaniem marihuany, które wymagają dalszej analizy, zwłaszcza pod kątem włączenia wniosków w projektowane działania o charakterze praktycznym. Dlatego badań nie można uznać za zamknięte, wręcz przeciwnie – konieczne jest ich kontynuowanie.

Raport z badania znajduje się na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i na stronie <http://socjolekt.uni.opole.pl/kontrolowanie>  
Przytaczane wypowiedzi badanych są oryginalne.

*Zamieszczony poniżej artykuł to pierwsza część wybranych fragmentów raportu „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych” przygotowanego przez Centrum Badania Opinii Społecznej dla Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>1</sup>.*

## ROZPOWSZECHNIENIE I UWARUNKOWANIA UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH W POLSCE

Uzależnienia towarzyszą nam od wieków. Problemy związane z piciem czy używaniem innych substancji psychoaktywnych – mające wszelkie znamiona uzależnienia – opisywane były już przez starożytnych historyków i filozofów. Istnieje obszerna literatura antropologiczna wskazująca na podobne problemy w społecznościach przedpiśmiennych. Alkohol tkwi głęboko w kulturze judeochrześcijańskiej, narkotyki – w kulturach Wschodu. Również to, co współcześnie nazywamy nowymi uzależnieniami, towarzyszy nam od wieków. Takie zjawiska, jak uzależnienie od polowania, wojowania lub seksu istniały zapewne już w odległych czasach. W zależności od pozycji społecznej „sprawcy” traktowane były jako przymioty lub grzechy, zachowania godne pochwały lub przestępstwa – myśliwy czy kłusownik, zwycięski wódz czy zwykły zbój, Casanova czy gwałcień, i wreszcie: bohater kasyn lekką ręką przegrywający fortunę czy hazardzista, gracz opętany. XX wiek, a szczególnie druga jego połowa, przyniósł ogromny postęp medycyny i wiarę, że może ona rozwiązać wiele problemów, w tym takie, które określano wcześniej jako kwestie moralne lub społeczne. Sformułowanie w latach 50. ubiegłego wieku koncepcji alkoholizmu jako choroby ukoronowało ten proces w odniesieniu do problemów związanych z piciem. Alkoholizm przestał być plagą społeczną lub problemem grzesznych jednostek, a stał się chorobą jak każda inna. Taką ewolucję przechodzi w ostatnich dekadach społeczna definicja narkomanii. Uwaga medycyny skupiona jest na leczeniu uzależnień od środków psychoaktywnych lub – jak to ujmuje ostatnia X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD 10) – zaburzeń związanych z używaniem substancji: alkoholu, opiatów, kanabinoli, substancji nasennych i uspokajających, substancji pobudzających, w tym kokainy, halucynogenów, lotnych rozpuszczalników i innych środków psychoaktywnych.

Podobny proces dopiero się zaczyna w odniesieniu do uzależnień behawioralnych. Na Zachodzie zaczął się on nieco wcześniej, w Polsce zaś o uzależnieniach behawioralnych mówi się od stosunkowo niedługiego czasu. Przez dziesiątki lat dyskurs publiczny zdominowany był przez problemy związane z alkoholem i narkotykami, w nieco mniejszym stopniu przez zagrożenia związane z paleniem papierosów.

To „opóźnienie” naszego kraju wynika po części z ograniczonych w ustroju socjalistycznym możliwości powstawania zjawisk określanych jako uzależnienia behawioralne. Przez kilka powojennych dekad hazard był w Polsce zakazany, a jego amatorzy mogli co najwyżej grać w gry liczbowe i – na bardzo małą skalę – na wyścigach konnych. Skromna oferta handlowa w połączeniu z niskimi dochodami nie stwarzała warunków dla zakupoholików, pracoholicy zaś byli zapewne przodownikami pracy, a nie uzależnionymi od pracy.

Dopiero przejście do gospodarki rynkowej otworzyło drogę do rozwoju uzależnień behawioralnych. Już w pierwszych latach transformacji otwarto w Polsce kasyna, po których wkrótce pojawiły się automaty do gry. Zalew towarów rynkowych, presja reklamy i wyrafinowanych technik marketingowych oraz rosnąca siła nabywca złotego stwarzały idealne warunki do zakupoholizmu. Sieciolizm nie jest wyłącznie skutkiem pojawienia się Internetu, ale wynika także z depersonalizacji stosunków międzyludzkich, poczucia osamotnienia, potrzeby bliskości, którą trudno zaspokoić w rywalizującym wokół nas świecie. I wreszcie nowe stosunki pracy, niepewność zatrudnienia, ale i złożony system gratyfikacji sprzyjają pracoholizmowi.

Medykalizacja uzależnień zdejmuje z uzależnionych piętno grzechu, ale zarazem prowadzi do indywidualizacji problemów, stanowi swego rodzaju alibi dla systemu spo-



łecznego. Winą za ich powstawanie obarczyć można nie do końca uchwytne procesy neurotransmisji tkwiące wewnątrz uzależnionego, a nie w jego otoczeniu społecznym, organizacji życia społecznego, warunkach zewnętrznych sprzyjających uzależnieniom.

Konsekwencją medykalizacji uzależnień behawioralnych stała się potrzeba wypracowania odpowiednich kryteriów diagnostycznych i instrumentów przesiewowych, służących do wychwycenia osób cierpiących na te zaburzenia w celu poddania ich głębszej diagnozie. Testy przesiewowe są czasem wykorzystywane do oceny epidemiologicznej, tzn. oszacowania liczby lub odsetka osób w populacji dotkniętych jakimś zaburzeniem. Ich stosowanie w ankietowych badaniach populacyjnych wiąże się z ryzykiem przeszacowania rozmiarów zjawiska,

co z kolei wynika z odmiennych „interesów” badań przesiewowych i badań epidemiologicznych. Testy przesiewowe konstruowane są tak, żeby zapewniały jak największą czułość, innymi słowy, aby wychwytywały jak największą liczbę potencjalnych chorych, których zaburzenie zostanie zweryfikowane (potwierdzone lub nie) w toku indywidualnej diagnozy medycznej, w bezpośrednim kontakcie pacjent – lekarz. Dobre testy przesiewowe mają na ogół wysoką „czułość”, ale niską „swoistość”, tzn. „chwytają” również znaczną liczbę osób, które nie są dotknięte dolegliwością będącą przedmiotem badania. Ich bezpośrednie zastosowanie w badaniu ankietowym przynosi na ogół oszacowanie zawyżone, które trzeba opatrzyć zastrzeżeniem „nie więcej niż”.

Ambicją badań epidemiologicznych jest oszacowanie bardziej realistyczne lub konserwatywne, które można opatrzyć komentarzem „co najmniej tyle”. Dlatego też poszukuje się instrumentów, które zapewniają optymalną równowagę między czułością a swoistością. Relacje między tymi dwiema charakterystykami skali określa współczynnik  $\lambda$  przybierający wartości 0–1. Im wyższa  $\lambda$ , tym „lepiej” dla badań epidemiologicznych. Przy wyborze skal do tego badania szukaliśmy instrumentów, które oprócz adekwatności kulturowej miały

stosunkowo wysoką wartość  $\lambda$ . Wybieraliśmy skale relatywnie krótkie. Pod uwagę brane były również dorobek autorów i ranga wydawnictw, w których były publikowane. Większość skal stosowanych w przesiewowych i epidemiologicznych badaniach uzależnień behawioralnych zawiera symptomy charakterystyczne dla diagnozy uzależnienia i nadużywania w zaburzeniach związanych z substancjami psychoaktywnymi. Według ICD 10, aby postawić diagnozę uzależnienia, muszą wystąpić przynajmniej trzy z poniższych objawów: przemożna chęć używania, upośledzenie kontroli, używanie mimo szkodliwych następstw, dominacja używania nad innymi rodzajami aktywności, wzmożona tolerancja (potrzeba używania więcej i częściej dla uzyskania podobnych efektów) oraz zespół abstynencyjny (zespół przykrych objawów psychicznych i fizycznych związanych z przerwaniem używania).

W przypadku nadużywania wśród kryteriów większe znaczenie mają ponoszone szkody, a zwłaszcza używanie substancji lub powtarzanie zachowania mimo ponoszonych szkód i problemów.

## Hazard

Jak już wspomniano, X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób skupia się przede wszystkim na zaburzeniach psychicznych i behawioralnych związanych z używaniem substancji. Z uzależnień stricte behawioralnych ICD 10 wymienia *explicite* tylko hazard. „Patologiczny hazard” (F63.0) mieści się w szerokiej

kategorii zaburzeń osobowości i zachowania, i obejmuje – według definicji ICD 10 – „częste, powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszania norm oraz zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych. Dotknięci tym zaburzeniem ryzykują utratę pracy, zaciągają pokaźne długi oraz kłamią i łamią prawo dla uzyskania pieniędzy lub uniknięcia spłacania długów. Opisują intensywny popęd do gry, nad którym trudno im zapanować, połączony z pochłonięciem przez myśli

*Wśród badanych uzależnień behawioralnych zakupoholizm ma pewnie najdłuższą, obok hazardu, historię. O manii lub obsesji kupowania pisali na początku XX wieku klasycy psychiatrii – Kraepelin i Bleuler. Można jednak przypuszczać, że zasięg kompulsywnego kupowania był niewielki, tak jak niewielki był odsetek osób, które mogły sobie pozwolić na kupowanie rzeczy innych niż najniezbędniejsze. Na większą skalę zjawisko zakupoholizmu pojawiło się zapewne niedawno, w społeczeństwie ponowoczesnym.*



i wyobrażenia dotyczące czynności hazardowych oraz okoliczności, które im towarzyszą” (ICD 10, 2000; 178). Bardziej operacyjne, diagnostyczne kryteria patologicznego hazardu proponuje amerykański system klasyfikacyjny DSM IV, cytowany tutaj za Miarczyńską i Wojewódką (2009):

- zaabsorbowanie hazardem (przeżywanie dawnych i myślenie o przyszłych doświadczeniach z gram, planowanie sposobu zdobycia pieniędzy na hazard),
- zwiększanie ilości czasu i pieniędzy przeznaczonych na hazard w celu osiągnięcia pożądanego poziomu satysfakcji,
- podejmowanie wysiłków w celu zaprzestania uprawiania hazardu,
- odczuwanie niepokoju lub irytacji przy próbach ograniczenia lub przerwania gry,
- traktowanie gry jako sposobu ucieczki od problemów lub uśmierzenia negatywnych emocji (winy, lęku, depresji),
- próby odzyskiwania straconych pieniędzy (odgrywanie się),
- okłamywanie innych co do rozmiarów swojej aktywności hazardowej,
- podejmowanie nielegalnych działań w celu zdobycia pieniędzy na hazard,
- narażanie na utratę z powodu hazardu ważnych związków interpersonalnych, pracy, możliwości edukacyjnych,
- szukanie u innych pomocy, by zdobyć pieniądze na poprawę złej sytuacji materialnej spowodowanej uprawianiem hazardu.

## Uzależnienie od Internetu

W zależności od siły i charakteru problemów uzależnienie od Internetu może mieścić się – podobnie jak patologiczny hazard – w szerokiej kategorii zaburzeń osobowości i zachowania, a bardziej szczegółowo w grupie zaburzeń określanymi jako inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) F63.8: „Innego rodzaju uporczywe powtarzające się niedostosowane zachowania, które nie są zjawiskiem wtórnym do rozpoznanego zespołu zaburzeń psychicznych i w których występuje niemożność powstrzymania się przed impulsem nieprawidłowych zachowań”. Poprzedza je zwiastunowy okres napięcia z uczuciem ulgi w trakcie wykonywania czynności (ICD 10, 2000; 180). Problemy psychiczne

z Internetem mogą być również diagnozowane jako zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42). Cechą tego zaburzenia są nawracające myśli natrętne (obsesje) lub czynności przymusowe (kompulsje). Niemal zawsze są przeżywane z uczuciem przykrości (ponieważ dotyczą treści agresywnych, obscenicznych lub są postrzegane jako bezsensowne).

Natręstwa wykazują następujące cechy:

- muszą być uznawane za własne myśli lub impulsy,
- pacjent bezskutecznie im się przeciwstawia,
- myśl o wykonaniu przymusu nie może być przyjemna (zmniejszenie napięcia i lęku nie jest traktowane jako przyjemność),
- myśli i wyobrażenia czy też impulsy muszą się powtarzać w nieprzyjemny dla pacjenta sposób (ICD 10, 2000; 125–126).

Zespół zaburzeń związanych z używaniem Internetu nie ma charakteru homogenicznego. W związku z dużą różnorodnością tego medium uzależnienie od Internetu może występować w postaci uzależnienia od relacji internetowych, takich jak: czat, Facebook, grupy dyskusyjne i po prostu korespondencja mailowa. Uzależnienie od Internetu może wiązać się z innymi uzależnieniami behawioralnymi i prowokować je: seksoholizm (np. wirtualny seks, erotyczne czaty, e-maile), hazard (licytacje, gry), zakupoholizm (zakupy, sklepy internetowe) czy pracoholizm (kompulsywne szukanie w Internecie najnowszych informacji zawodowych; pogłębianie, weryfikacja wiedzy zawodowej), a także inne zaburzenia psychiczne, takie jak: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia psychotyczne, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania, zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia zachowania (Guerreschi, 2010).

Kryteria diagnozy uzależnienia sformułowała kilkanaście lat temu Young (1999). Obejmują one:

- niepokój związany z Internetem,
- narastającą potrzebę spędzania czasu on-line,
- powtarzające się próby ograniczenia czasu korzystania z Internetu,
- zamykanie się w sobie w sytuacji ograniczonego korzystania z Internetu,
- problemy z planowaniem czasu spędzonego on-line,
- problemy związane z rodziną, szkołą, przyjaciółmi,
- okłamywanie innych co do ilości czasu spędzonego w Internecie,
- zmiany nastroju.

## Pracoholizm

Praca, pracowitość należą do najważniejszych wartości współczesnego świata. Pracowitość jest fundamentem etyki protestanckiej, etyki legitymizującej narodziny kapitalizmu. W doktrynie i praktyce socjalizmu praca była nie tylko drogą do zaspokajania potrzeb, ale wartością samą w sobie, uzasadnieniem panowania klasy robotniczej, a później „ludu pracującego miast i wsi”. Nic dziwnego, że pracoholizm jako zjawisko patologiczne został „odkryty” stosunkowo niedawno. Co prawda po raz pierwszy koncepcję pracoholizmu przedstawił już w 1971 roku Oates, pisząc, że pracoholik ma tak wielką potrzebę pracy, że ma ona negatywny wpływ na zdrowie, szczęście osobiste i relacje międzyludzkie. Jednak dopiero w latach 90. pracoholizm stał się patologią, kategorią medyczną. Zaliczany jest do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Za Robinsonem (1998) można podać następujące kryteria pracoholizmu (polska wersja przytaczana za tłumaczeniem książki Guerreschi, 2010):

- nieustanny pośpiech i zaabsorbowanie wieloma różnymi zadaniami,
- kontrolowanie innych,
- perfekcjonizm,
- oddalanie się od rodziny i przyjaciół,
- odczuwanie ciągłego niepokoju,
- wpadanie w trans związany z pracą (luki w pamięci i chwile „nieobecności” z powodu myślenia o pracy),
- niecierpliwość i poirytowanie,
- uleganie stopniowo narastającej potrzebie wykonywania coraz większej ilości pracy,
- zaniedbywanie własnych potrzeb (posiłki, rozrywka).

## Zakupoholizm

Wśród badanych uzależnień behawioralnych zakupoholizm ma pewnie najdłuższą, obok hazardu, historię. O manii lub obsesji kupowania pisali na początku XX wieku klasycy psychiatrii – Kraepelin i Bleuler. Można jednak przypuszczać, że zasięg kompulsywnego kupowania był niewielki, tak jak niewielki był odsetek osób, które mogły sobie pozwolić na kupowanie rzeczy innych niż najniezbędniejsze. Na większą skalę zjawisko zakupoholizmu pojawiło się zapewne niedawno, w społeczeństwie ponowoczesnym. Wpłynęły na to z jednej strony fala konsumpcjonizmu, wzmacnia-

na wyrafinowanymi strategiami marketingowymi, a z drugiej – narastające poczucie niepewności i niestałości życiowej, zawodowej i politycznej. Jak piszą Faber i O’Guinn (1992) oraz Cole i Sherrell (1995), motywem zakupów, spędzania coraz większej ilości czasu w sklepach, wydawania – mimo poczucia winy – coraz większych kwot jest chęć osiągnięcia celów innych niż posiadanie rzeczy. Celem jest poprawa samooceny, rozładowanie lęku i napięcia związanego z coraz większą niepewnością. Zakupy, nawet bezsensowne, stają się jedną z niewielu czynności, w których jasno widzimy przyczynę i skutek, w których czujemy własną sprawczość, „siłę naszego pieniądza”. W kryteriach diagnostycznych zakupoholizmu podkreśla się niepokój, impuls związany z kupowaniem. Odruch kupowania jest odczuwany jako nieodparty lub bezsensowny, wartość dokonywanych zakupów często przekracza możliwości finansowe. Niepokój, impuls lub akt kupowania wywołują znaczny stres, poczucie winy spowodowane stratą pieniędzy i czasu, negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczne i zawodowe (Guerreschi, 2010).

## Przypisy

- <sup>1</sup> „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych”. Opracował zespół w składzie: Barbara Badora, Magdalena Gwiazda, Marcin Hermann, Jolanta Kalka, Jacek Moskalewicz, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012.

## Bibliografia

- Aboujaoude E., „Problemowe użytkowanie Internetu – przegląd literatury”, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 19 (4), 2010.
- Bętkowska-Korpała B. (red.), „Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne”, PARPA, Warszawa 2009.
- Cole L., Sherrell D., „Comparing scales to measure compulsive buying: an exploration of their dimensionality”, *Advances in Consumer Research*, 22, 1995.
- Faber R.J., O’Guinn T.C., „A clinical screener for compulsive buying”, *Journal of Consumer Research*, 19, 1992.
- Guerreschi C., „Nowe uzależnienia”, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2010.
- „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne”, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000.
- Miarczyńska M., Wojewódzka B., „Patologiczny hazard” (w:) Bętkowska-Korpała B. (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, PARPA, Warszawa 2009.
- Olczak S., „Nałogowe używanie komputera i Internetu” (w:) Bętkowska-Korpała B. (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, PARPA, Warszawa 2009.

*W ostatnich latach w ramach konkursów badawczych ogłaszanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii sfinansowanych zostało kilkanaście badań dotyczących problematyki uzależnień od narkotyków, począwszy od badań ewaluacyjnych, poprzez badania epidemiologiczne, po badania ścieków na obecność metabolitów narkotyków.*

## BADANIA W OBSZARZE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW

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

Istotną rolę w tworzeniu polityki antynarkotykowej odgrywają badania, które dostarczają informacji na temat problemu narkotyków i narkomanii oraz uzupełniają i systematyzują dostępną wiedzę. Ważnym elementem prowadzonej działalności badawczej jest wyznaczanie obszarów, które powinny być przeanalizowane, i umiejętne stawianie pytań. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dostrzega znaczenie badań w obszarze uzależnień i od kilku lat tworzy i wdraża mechanizmy mające za zadanie wspieranie świata nauki i jednocześnie korzystanie z jego dorobku.

### Konkursy badawcze

W celu wspierania działalności naukowców, Krajowe Biuro od 2008 roku organizuje konkursy dotyczące badań w obszarze uzależnień od narkotyków. W tym roku finansowane były następujące badania wyłonione w drodze konkursu<sup>1</sup>:

1. „Badanie skuteczności autorskiego programu wspomaganie rozwoju psychospołecznego młodzieży w wieku gimnazjalnym” – Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy,
2. „Badanie skuteczności autorskiego programu wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci w wieku szkolnym z trudnościami w realizacji wymagań programowych” – Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy,
3. „Konstruowanie poczucia kontroli użytkowników nad marihuaną i kontekst nielegalności” – Pracownia Rozwoju Osobistego w Opolu.

W ostatnich latach w ramach konkursów badawczych sfinansowanych zostało kilkanaście badań dotyczących problematyki uzależnień od narkotyków, począwszy

od badań ewaluacyjnych, poprzez badania epidemiologiczne, po badania ścieków na obecność metabolitów narkotyków<sup>2</sup>. Część z nich jest nadal kontynuowana i finansowana z innych środków, np. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu w dalszym ciągu prowadzi badanie w wybranych miastach Wielkopolski na obecność metabolitów narkotyków w ściekach. Badanie jest finansowane ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

Na początku konkursy badawcze Krajowego Biura miały otwartą formułę, tzn. środki otrzymywały wszelkie ciekawe projekty badawcze, które przeszły procedurę konkursową. Ostatnie dwa konkursy koncentrują się na priorytetach, które zostały określone m.in. przez Radę ds. Badań Naukowych<sup>3</sup>.

### Wybór priorytetów

W kwietniu 2013 roku Krajowe Biuro, wykorzystując metodę Komitetu Naukowego EMCDDA, przeprowadziło ćwiczenie polegające na określeniu i ocenie priorytetów badawczych w obszarze narkomanii. Celem metody jest sformułowanie potrzeb badawczych i informacyjnych oraz postawienie pytań, na które dotychczasowe badania nie udzieliły jednoznacznej odpowiedzi. Ćwiczenie skupia się na trzech obszarach – profilaktyce, leczeniu i ograniczeniu podaży, określonych w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016. Do oceny priorytetów zaproszono członków Rady ds. Badań Naukowych i przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego. W grupie ekspertów znaleźli się tym samym zarówno pracownicy uniwersytetów, szkół wyższych czy instytucji centralnych (IPiN, KGP), jaki i organizacje



pozarządowe i media. Ostatecznie kwestionariusze wysłano do jedenastu osób, odpowiedzi otrzymano od dziesięciu. Uzyskane wyniki zostały przedstawione na spotkaniu kierowników Focal Pointów w Lizbonie w maju tego roku w ramach sesji dotyczącej badań.

Ekspertom, którymi byli przede wszystkim członkowie Rady, przedstawiono listę 14 kierunków badań z trzech obszarów określonych w KPPN. Uczestnicy ćwiczenia zostali poproszeni o wybór trzech priorytetów z zakresu profilaktyki, leczenia i ograniczania podaży oraz nadanie im odpowiedniej rangi – od 1 (najwyższy priorytet) do 3 (najniższy priorytet). Przyznawanym rangom nadawano punkty, które następnie sumowano. Do wskazanych priorytetów eksperci mieli również zaproponować procedurę badawczą, która ich zdaniem umożliwiłaby zbadanie określonego kierunku.

W obszarze profilaktyki najczęściej wskazywany był kierunek „Poprawa jakości systemu oddziaływań profilaktycznych”. Uzyskał on najwięcej punktów (18) i w porównaniu z pozostałymi zadaniami z tego obszaru, najczęściej nadawano mu rangę „1”. Ekspertom wskazywali na potrzebę przeanalizowania systemu

oddziaływań profilaktycznych, co wiązałoby się z jednej strony z weryfikacją założeń programów (analiza zakresu i formy podejmowanych działań oraz zapotrzebowania na nie), z drugiej zaś weryfikacją ich efektów (badanie odbiorców i realizatorów programów profilaktycznych). Ważnym aspektem tych badań byłaby również analiza zapotrzebowania na szkolenia i warsztaty dotyczące konstruowania i realizacji tychże programów oraz zbadanie stopnia realizacji oddziaływań profilaktycznych na poziomie krajowym i lokalnym. Wśród zaproponowanych badań znalazły się tym samym badania ewaluacyjne, badania jakościowe (zogniskowane wywiady grupowe, *case study*) i pomiary ilościowe (badania kwestionariuszowe typu *self report*).

W obszarze leczenia i rehabilitacji wskazano na dwa priorytetowe kierunki – „Poprawa stanu zdrowia osób używających szkodliwie i osób uzależnionych od narko-

tyków” i „Zmniejszenie marginalizacji społecznej wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych”. W przypadku pierwszego kierunku propozycje badań ekspertów skupiały się z jednej strony na badaniu pacjentów programów redukcji szkód, zarówno pod kątem ich doświadczeń związanych z uczestnictwem w programach substytucyjnych, jak i konsekwencji zdrowotnych związanych z używaniem poszczególnych rodzajów narkotyków. Ekspertom zaproponowali także przeprowadzenie badań wśród personelu medycznego oraz przeanalizowanie stanu, jakości i dostępu do

podstawowych i specjalistycznych form opieki medycznej. W obszarze zmniejszenia marginalizacji wśród osób szkodliwie używających substancji psychoaktywnych oraz uzależnionych wskazywano na takie aspekty, jak badanie metod wyrównywania szans, panele eksperckie na temat działań prowadzących do zmniejszenia marginalizacji czy analizy programów postrehabilitacyjnych i readaptacji społecznej na poziomie krajowym i lokalnym.

W obszarze ograniczenia podaży za priorytetowy uznano kierunek „Zmniejszenie korzyści z przestępczości narkotykowej”.

W ramach redukcji podaży zaproponowano tematy badawcze dotyczące analizy struktur handlu narkotykami, ze szczególnym uwzględnieniem handlu detalicznego – charakterystyka osób, które się tym zajmują, okoliczności i ich motywacje. Wskazywano również na określenie możliwych form interwencji i oddziaływań prowadzących do zmian czy badanie mechanizmów legalizacji dochodów z działalności przestępczej, w szczególności z biznesu narkotykowego (analizy na styku ekonomii i kryminologii). W ramach badania nielegalnego rynku zaproponowano badania aktowe, analizę danych statystycznych, wywiady pogłębiane z policjantami, prokuratorami i sędziami.

## Rada ds. Badań Naukowych

Rada ds. Badań Naukowych została powołana zarządzeniem dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania

*Oprócz środków finansowych Krajowego Biura i Komitetu Badań Naukowych, projekty badawcze dotyczące problemu narkotykowego mogą być finansowane z pieniędzy Unii Europejskiej. Co roku Komisja Europejska ogłasza granty przeznaczone na realizację projektów w ramach programu Profilaktyka Narkotykowa i Informacja o Narkotykach. Program ten skupia się na redukcji popytu na narkotyki.*



Narkomanii w 2011 roku. Jest to organ wspierający działalność Krajowego Biura, który pełni funkcje doradcze i opiniodawcze. W skład Rady wchodzi siedmiu członków<sup>4</sup>, którzy mają odpowiednią wiedzę i doświadczenie w obszarze badań naukowych nad uzależnieniami. Do zadań Rady należy przede wszystkim: inicjowanie badań, określanie potrzeb i priorytetów w obszarze uzależnień oraz prace związane z procedurą konkursu badawczego – recenzowanie wniosków badawczych, opiniowanie nadesłanych projektów, ocena realizacji projektu i jego wyników. Zadania Rady określone zostały w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016. W ramach realizacji działań wynikających z KPPN, Rada z jednej strony inicjuje oraz wspiera badania naukowe w obszarze redukcji popytu na narkotyki, z drugiej zaś dokonuje oceny systemu informacji o narkotykach i narkomanii.

## Europejskie środki na badania

Oprócz środków finansowych Krajowego Biura i Komitetu Badań Naukowych, projekty badawcze dotyczące problemu narkotykowego mogą być finansowane z pieniędzy Unii Europejskiej. Co roku Komisja Europejska ogłasza granty przeznaczone na realizację projektów w ramach programu Profilaktyka Narkotykowa i Informacja o Narkotykach<sup>5</sup> (*Drug Prevention and Information – DPIP*). Program ten skupia się na redukcji popytu na narkotyki poprzez profilaktykę, ograniczanie szkód, analizę stosowanych dotychczas polityk, a także włączanie społeczeństwa obywatelskiego w proces przeciwdziałania narkomanii. Program jest jednym z głównych źródeł środków przeznaczanych na międzynarodowe projekty o tematyce badawczej. W ramach edycji programu 2011–2012 do realizacji wyłoniono jedenaście międzynarodowych projektów. Program DPIP cieszy się dużym zainteresowaniem – na ogłoszenie z 2011 roku wpłynęło 99 wniosków, z których ocenie poddano 78. W sumie na projekty, które zostały sfinansowane, przeznaczono ponad 4,5 mln euro.

Polska uczestniczy w dwóch projektach. Pierwszy prowadzony jest przez Liverpool John Moors University i dotyczy promowania dobrych rozwiązań w profilaktyce (*Promoting Excellence in Drug Prevention*). Warto wspomnieć, że jest on kontynuacją projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień<sup>6</sup>.

Polskim partnerem jest Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej z Warszawy; oprócz Polski projekcie uczestniczy 10 krajów Unii Europejskiej.

Drugim projektem, z polskim udziałem, jest francuskie badanie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych I-Trend, realizowane przez Francuskie Centrum Monitorujące Problem Narkotyków i Narkomanii. W konsorcjum tym uczestniczy Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej z Warszawy; obok Polski w projekt zaangażowane są także: Holandia, Wielka Brytania i Czechy. Nie jest to jedyne badanie z DPIP dotyczące „dopalaczy”. Drugim jest projekt Spice II, stanowiący kontynuację wcześniejszego projektu Spice I<sup>7</sup>. W obydwu projektach (tj. profilaktycznym oraz I-Trend) uczestniczą pracownicy Centrum Informacji KBPN, którzy brali również udział w przygotowaniu polskiego wniosku do Komisji Europejskiej. Analizując podmioty, które otrzymały środki na projekty, widać wyraźnie przewagę kilku krajów. Cztery projekty z DPIP realizowane są przez Holandię, po trzy przez Niemcy i Wielką Brytanię, jeden przez Francję. Przewagę zachodniej Europy widać również w Komitecie Naukowym Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Spośród piętnastu członków Komitetu Naukowego tylko jeden przedstawiciel pochodzi z nowych krajów członkowskich – jest nim prof. Krzysztof Krajewski z Uniwersytetu Jagiellońskiego.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Opis procedury konkursów, ich zakresu oraz wykaz badań finansowanych w latach 2008–2011 w artykule Marty Struzik zamieszczonym w Serwisie Informacyjnym Narkomania nr 1/2012.
- <sup>2</sup> Oprócz badań finansowanych w ramach konkursów, Centrum Informacji KBPN realizuje i zleca badania w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii 2011–2016. Raporty z badań dostępne są pod adresem: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=105991>
- <sup>3</sup> Ogłoszenie na temat tegorocznego konkursu znajduje się w bieżącym wydaniu Serwisu.
- <sup>4</sup> W skład Rady wchodzi: prof. dr hab. Czesław Czabała, prof. dr hab. Krzysztof Krajewski, dr Waldemar Krawczyk, prof. UE dr hab. Zofia Mielecka-Kubień, mgr Janusz Sierosławski, prof. nadzw. dr hab. n. med. Marcin Wojnar, doc. dr Joanna Zamecka.
- <sup>5</sup> Ogłoszenie ostatniego konkursu DPIP dostępne jest na stronie CINN KBPN: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=561419>
- <sup>6</sup> W pierwszej fazie projektu brało udział Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a wyniki zostały opublikowane w postaci podręcznika wydanego również w języku polskim. Publikacja dostępna jest na stronie CINN KBPN w formie PDF: [http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=454227](http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=454227)
- <sup>7</sup> Realizatorzy obydwu tych projektów dotyczących nowych substancji psychoaktywnych będą mieli okazję spotkać się we wrześniu 2013 roku na międzynarodowej konferencji organizowanej przez Centrum Informacji KBPN oraz Węgierski Focal Point pt. Reitox Academy on New Psychoactive Substances.

*Kiedy w 2008 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zainicjowało program lokalnego monitorowania problemów dotyczących narkotyków i narkomanii, Sopot był jedną z pierwszych gmin, które do niego przystąpiły.*

## MONITOROWANIE ZJAWISKA NARKOTYKÓW I NARKOMANII W SOPOCIE

*Joanna Mielewczyk*

*Kierownik Ośrodka Promocji Zdrowia i Terapii Uzależnień SP ZOZ w Sopocie*

*Małgorzata Pobłocka*

*Główny specjalista ds. uzależnień Urzędu Miasta Sopotu*

W 2008 roku przedstawiciele gminy Sopot wzięli udział w szkoleniu przygotowującym do wdrożenia pilotażowego monitoringu, a później prowadzenia systematycznego monitorowania problemów związanych z narkotykami. W efekcie powstał pierwszy raport za lata 2005–2007, a potem kolejne za lata 2008, 2009 i 2010. Poniżej przedstawiony zostanie skrót raportu za 2010 rok. Ze względu na stabilizację zjawiska narkomanii dane będą gromadzone systematycznie, co roku, a raporty przygotowywane co dwa lata. Zatem najbliższym raportem będzie dokument za lata 2011–2012.

Potrzeba prowadzenia monitoringu bierze się przede wszystkim z potrzeby adekwatnego reagowania na problemy i zagrożenia związane z używaniem narkotyków w oparciu o wiedzę, fakty i sprawdzone dane. Informacje uzyskane w wyniku monitorowania mają wpływ na podejmowane decyzje samorządowe w odniesieniu do kształtowania polityki przeciwdziałania narkomanii, pozwalają one także na modyfikowanie gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, zgodnie z dynamiką różnych zjawisk.

### **Kilka zdań o Sopocie**

Sopot jest niewielką nadmorską miejscowością turystyczną, o statusie uzdrowiska, tworzącą wspólnie z pobliskim Gdańskiem i Gdynią ponadmilionową aglomerację gdańską. Liczba stałych mieszkańców z roku na rok nieznacznie spada, obecnie wynosi około 36 tys. osób. Sopot jest miastem ludzi starszych – stanowią oni prawie 25% ludności, a osoby poniżej 18. roku życia około 9%.

Ze względu na walory naturalnego krajobrazu, atrakcyjne obiekty rekreacyjno-wypoczynkowe i liczne

imprezy kulturalno-rozrywkowe każdego roku miasto odwiedza ponad dwa miliony turystów i wczasowiczów. Przyjeżdżają głównie młodzi turyści i osoby w średnim wieku. Bywanie w Sopocie, bawienie się w tutejszych dyskotekach – stało się w ostatnich latach bardzo modne. Z drugiej strony, oprócz tłumnie przybywających turystów, Sopot odwiedzany jest też przez przedstawicieli świata przestępczego, którzy wykorzystują miasto do rozwijania własnych „interesów” – handlu nielegalnymi substancjami, oszustw, kradzieży. Do procederu tego wciągani są często młodzi ludzie, zachęceni możliwością szybkiego, nielegalnego, pozornie łatwego zarobku.

### **Organizacja monitoringu**

Za organizację monitorowania problemów narkotyków i narkomanii odpowiadają autorki artykułu. Ten dwuosobowy zespół został formalnie powołany decyzją Prezydenta Miasta Sopotu na wniosek Pełnomocnika Prezydenta ds. Uzależnień.

Do współpracy przy monitorowaniu zostały zaproszone instytucje i organizacje zajmujące się realizacją działań pomocowych na rzecz mieszkańców miasta, przede wszystkim realizatorzy gminnego programu przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych: Komenda Miejska Policji, Sąd Rejonowy, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Ośrodek Promocji Zdrowia i Terapii Uzależnień SP ZOZ „Uzdrowisko Sopot”, Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny, Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień Monar w Gdańsku, Przychodnia Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych w Gdyni<sup>1</sup>, Dom Dziecka w Sopocie, szkoły podstawowe, gimnazjalne i ponadgimnazjalne.

W tworzeniu raportu korzysta się też z danych pochodzących z ogólnopolskich badań ESPAD i realizowanych przez CBOS badań „Młodzież” – obszernych opracowań dotyczących postaw, opinii i wartości młodych ludzi odnoszących się do różnych ważnych sfer życia, w tym także substancji psychoaktywnych.

W celu zebrania takich danych, jak zgony, zachorowalność wśród osób używających substancji psychoaktywnych prowadzi się konsultacje osobiste i telefoniczne z Referatem Zdrowia w Urzędzie Miasta Sopotu, Miejską Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, Miejską Stacją Pogotowia Ratunkowego, Departamentem Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego. Dane zbierane są też poprzez wywiady pogłębione z przedstawicielami podmiotów współpracujących przy powstaniu raportu.

## Zakres dostępnych danych i ich ocena

Każda z instytucji biorących udział w monitoringu problemów narkotyków i narkomanii ma ustalone wskaźniki, które brane są pod uwagę w opracowywaniu raportu z monitorowania.

### Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Wskaźniki:

- Liczba klientów MOPS uzależnionych od substancji psychoaktywnych (narkotyków).
- Liczba klientów skierowanych do placówek terapeutycznych z powodu używania substancji psychoaktywnych.
- Liczba dzieci i młodzieży używających substancji psychoaktywnych.

### Sąd Rejonowy

Wskaźniki:

- Liczba spraw dotyczących przestępstw związanych z narkotykami.
- Liczba osób skazanych za przestępstwa związane z narkotykami, z warunkowym zawieszeniem wykonania kary pozbawienia wolności, w tym kobiet i osób poniżej 25. roku życia.

- Liczba osób skazanych za ww. przestępstwa na karę pozbawienia wolności, w tym kobiet i osób poniżej 25. roku życia.
- Liczba osób, wobec których zastosowano przepisy o zamianie wykonania kary na leczenie odwykowe.

### Komenda Miejska Policji

Wskaźniki:

- Liczba wykrytych przestępstw przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.
- Liczba osób zatrzymanych z powodu popełnienia przestępstwa przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.
- Najbardziej popularne narkotyki na nielegalnym rynku.
- Liczba sprawców przestępstw pod wpływem narkotyków.
- Liczba osób kierujących pojazdami zatrzymanych pod wpływem substancji psychoaktywnych.
- Liczba interwencji podjętych w sopockich szkołach z powodu podejrzenia zażywania lub rozprowadzania nielegalnych substancji.

### Placówki lecznicze

Wskaźniki:

- Liczba osób, które zgłosiły się w związku z używaniem szkodliwym nielegalnych substancji psychoaktywnych.
- Liczba osób, które zgłosiły się z powodu uzależnienia od nielegalnych substancji psychoaktywnych.
- Liczba osób, które zgłosiły się po raz pierwszy, używających szkodliwie i uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych.
- Liczba członków rodzin osób uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych korzystających z terapii z powodu uzależnienia osoby bliskiej.
- Liczba osób, które otrzymały skierowanie do oddziału detoksykacyjnego.
- Liczba osób skierowanych przez Sąd Rejonowy w Sopocie na leczenie.
- Liczba osób, które otrzymały skierowanie do ośrodków stacjonarnych.
- Liczba osób do 18. roku życia, które korzystały z pomocy placówki.

- i. Liczba użytkowników poszczególnych substancji psychoaktywnych.

## Szkoły

Wskaźniki:

- Liczba dzieci i młodych ludzi, co do których istnieje przypuszczenie, że podjęły próby zachowań ryzykownych – eksperymentowanie z alkoholem, narkotykami.
- Liczba dzieci systematycznie opuszczających zajęcia szkolne bez usprawiedliwienia (wagarujących).
- Liczba dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem uzależnienia.
- Liczba dzieci opóźnionych w realizacji obowiązku szkolnego więcej niż 2 lata.
- Realizowane programy profilaktyczne na terenie szkoły.
- Liczba interwencji na terenie szkoły z powodu substancji psychoaktywnych.
- Liczba dzieci potrzebujących specjalistycznej pomocy, skierowanych do różnego typu placówek (poradnia psychologiczno-pedagogiczna, poradnia zdrowia psychicznego, ośrodki socjoterapeutyczne i szkolno-wychowawcze, placówki terapeutyczne).

Wszystkie podane wskaźniki zawierały dodatkowe dane: inicjały (pierwsza litera imienia i nazwiska), rok urodzenia oraz płeć, co pozwoliło na przeliczenie osób oraz wyeliminowanie powtarzających się klientów/pacjentów/uczniów.

**Tabela 1. Kategorie pacjentów w lecznictwie.**

Nazwa wskaźnika	2008	2009	2010
Liczba osób, które zgłosiły się w związku ze szkodliwym użytkowaniem substancji psychoaktywnych	12	3	13
Liczba osób, które zgłosiły się z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych	52	53	44
Liczba osób, które zgłosiły się po raz pierwszy	20	12	27
Liczba członków rodzin korzystających z terapii z powodu współuzależnienia	27	21	24
Liczba osób, które otrzymały skierowanie do oddziału detoksykacyjnego	7	9	10
Liczba osób skierowanych do ośrodków stacjonarnych	11	10	12

Przy prowadzeniu monitoringu ważnym elementem jest jakość uzyskanych danych. Wiarygodne dane pochodzą z placówek, które prowadzą systematyczną i rzetelną dokumentację. Na tych informacjach zależy nam najbardziej. Znaczna część danych jest fragmentaryczna, a przy tym nie wszystkie można upublicznić (dane poufne), co utrudnia pełny opis zjawiska. Mając na uwadze powyższe ograniczenia, zaprezentujemy tylko dane z placówek lecznictwa, sądu i policji. Nie publikujemy danych ze szkół ze względu na brak prowadzonej w nich systematycznie dokumentacji, ale też niechęć szkół do ujawniania informacji dotyczących problemu z narkotykami. Co ciekawe, większość peda-

**Tabela 2. Liczba osób używających poszczególnych substancji psychoaktywnych.**

Nazwa substancji	2008	2009	2010
Opiaty	20	24	9
Konopie	5	4	11
Leki	1	0	3
Kokaina	1	1	1
Amfetamina	3	1	1
Mieszane	27	23	33

gogów i nauczycieli pytanych o to w wywiadach, oceniła problem używania substancji psychoaktywnych przez młodzież jako poważny, ale „na szczęście nie w szkole, w której pracuję, tylko w innych”.

Od 2008 roku pytano też o liczbę użytkowników poszczególnych substancji.

Liczba pacjentów w placówkach ambulatoryjnych jest od trzech lat stabilna. W 2008 roku wyraźnie wzrosła liczba osób korzystających z oferty placówek sopockich, a zmalała z gdańskich i gdyńskich. Być może wiąże się to ze zwiększeniem liczby personelu, rozwojem oferty i intensywniejszą promocją sopockich placówek. Ta tendencja się utrzymuje. Stabilna jest liczba skierowań do ośrodków stacjonarnych i oddziałów detoksykacyjnych. Rodzaj przyjmowanych przez pacjentów substancji odzwierciedla to, co mówią badania – spadła liczba pacjentów zgłaszających się z powodu przyjmowania opiatów, zwiększyła – z powodu używania marihuany. Zdecydowanie najliczniejszą grupę pacjentów, podobnie jak w całej Polsce – stanowią osoby uzależnione od więcej niż jednej substancji. W wywiadach przeprowadzonych wśród terapeutów, partyworkerów i policjantów pytano także o to, czy i w jaki sposób



na używanie narkotyków wpłynęło otwarcie w Trójmieście (także w Sopocie) w 2008 roku pierwszych sklepów z „dopalaczami” – środkami psychoaktywnymi działającymi podobnie jak narkotyki. Środki te, sprzedawane jako przedmioty kolekcjonerskie, do października 2010 roku (do momentu zamknięcia sklepów z „dopalaczami”) były legalne, a ceny niektórych względnie atrakcyjne dla młodych ludzi. Lata 2009 i 2010 to czas dużego zainteresowania tymi środkami, przy czym na pewno można było zaobserwować zmianę postaw wobec „dopalaczy” – od początkowo jasnego stanowiska – legalne=bezpieczne, do ostrożności czy wręcz niechęci – młodzi ludzie uważnie słuchali doniesień mediów na temat różnych wypadków, obserwowali nietypowe i niebezpieczne zachowania rówieśników pod wpływem „dopalaczy”, oceniali je jako niebezpieczne.

**Tabela 3. Przestępczość w związku z narkotykami.**

Problemy	2008	2009	2010
Liczba wykrytych przestępstw przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii	91	55	72
Liczba osób zatrzymanych z powodu popełnienia przestępstwa przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii	19, w tym 4 nieletnich	33 osoby dorosłe, 3 osoby nieletnie	39
Najbardziej popularne narkotyki na nielegalnym rynku	marihuana, ecstasy, brown sugar, amfetamina	marihuana, amfetamina	marihuana, haszysz, amfetamina, kokaina
Liczba sprawców przestępstw pod wpływem narkotyków	10	10	brak danych

Od 2008 roku do statystyk wprowadzono nowy wskaźnik – liczbę osób kierujących pojazdami pod wpływem narkotyków. Dane policyjne za 2008 rok mówią o 8 takich osobach, w 2009 i 2010 roku nie

odnotowano żadnej. Dodatkowo zapytano o liczbę policyjnych interwencji w sopockich szkołach z powodu zgłoszonych przypuszczeń zażywania bądź rozprowadzania narkotyków. Nie było takich interwencji.

Od 2008 roku maleje liczba osób skazanych za przestępstwa związane z narkotykami. W 2008 roku siedem osób otrzymało karę w zawieszeniu (6 mężczyzn, 1 kobieta), w 2010 roku – 5 osób (sami mężczyźni, 2 osoby – poniżej 25. roku życia).

Na karę pozbawienia wolności w 2010 roku skazane zostały 3 osoby (mężczyźni, w tym jeden poniżej 25. roku życia).

## Dostępność narkotyków

Zdaniem pracowników Komendy Miejskiej Policji w Sopocie łatwo jest zaopatrzyć się w narkotyki. Możliwe jest to zarówno w klubach, dyskotekach, jak i w dość dobrze zorganizowanej dla „wtajemniczonych” sieci na telefon. Nadal obecne są „dopalacze”, głównie sprowadzane z zagranicy.

Ceny narkotyków kształtują się na poziomie średniej krajowej, ale podlegają sezonowym wahaniom – latem, i „dla przyjezdnych” są droższe.

Ciekawe są opinie policjantów, pedagogów i partyworkerów na temat wzrostu popularności marihuany. Młodzi ludzie żywo reagują na publiczne dyskusje, informacje dotyczące legalizacji różnych substancji w innych krajach oraz na informacje dotyczące leczenia, a nie karania. Popularna jest opinia, że zalegalizowanie marihuany jest kwestią czasu, a jej użycie nie wiąże się z surowymi karami. Spadł poziom strachu młodzieży przed odpowiedzialnością karną. Nierzadkie są wypowiedzi młodych ludzi, że marihuana już jest legalna w naszym kraju („gdzieś słyszeli”).

Starano się także sprawdzić, na ile ewentualni użytkownicy narkotyków dbają o ich czystość. W tym celu realizatorzy programu partyworkingowego pytali bywalców klubów i dyskotek o to, czy dbają o sprawdzenie źródła pochodzenia i czystości nabywanego towaru. Większość osób, które przyznały się do kupowania narkotyków w dyskotekach, odpowiedziała, że nie interesują się źródłem pochodzenia, korzystają po prostu z pojawiających się możliwości zakupienia.

## Konsekwencje zdrowotne i społeczne używania narkotyków

Jedną z konsekwencji używania narkotyków są zgony. Według definicji Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) za zgon związany z używaniem narkotyków uważa się zgon bezpośrednio spowodowany ich użyciem, tzn. najczęściej z powodu przedawkowania (śmiertelnego zatrucia narkotykiem).

Dane statystyczne dla Sopotu za lata 1997–2005 mówią o 14 zgonach związanych z narkotykami w tym okresie. Od 2002 roku wskaźnik dynamiki zgonów systematycznie spada.

Pracownicy Komendy Miejskiej Policji w Sopocie szacują, że średnio jest to 1 zgon rocznie.

W związku z używaniem narkotyków występują także zatrucia. Rzetelne dane na ten temat są trudne do uzyskania, natomiast z szacunków sopockiej policji wynika, że poważnych zatruc, które wymagają interwencji pogotowia ratunkowego, jest rocznie kilka (5-6). W 2010 roku miało też miejsce kilka zatruc, w przypadku których istniało podejrzenie, że ich powodem było zażycie „dopalaczy”.

Jeśli chodzi o uzyskanie wiarygodnych danych dotyczących liczby osób zakażanych wirusem HIV i HCV, to wiadomo jedynie, że w całym województwie liczba nowych zakażeń spada.

W 2008 roku MOPS wskazał 4 podopiecznych korzystających z pomocy społecznej (3 mężczyzn i 1 kobieta), uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W 2010 roku z pomocy MOPS skorzystały również 4 osoby uzależnione od narkotyków, jedna osoba z tego powodu została skierowana do placówki terapeutycznej.

### Podsumowanie

1. Z uwagi na niewystarczającą świadomość w zakresie problemów narkotykowych, a także innych uzależnień (uzależnienia niechemiczne), trudności w pracy i motywowaniu do zmian występujące wśród przedstawicieli niektórych grup zawodowych (nauczycieli, pracowników socjalnych, kuratorów), proponuje się przeprowadzenie szkoleń – warsztatów edukacyjnych.
2. Biorąc pod uwagę efekty pracy w klubach i dyskotekach, wskazane wydaje się kontynuowanie

programów „Bezpieczny lokal” i „Czyste dźwięki”, ze szczególnym uwzględnieniem współpracy z pracownikami lokali.

3. Ze względu na wzrastającą liczbę pacjentów lecznictwa ambulatoryjnego zgłaszających się lub zgłaszanych z powodu szkodliwego używania narkotyków (głównie przetworów konopi), małej wiedzy młodych ludzi na ten temat i ponownie rosnącego przyzwolenia na używanie miękkich narkotyków, proponuje się rozszerzenie oferty sopockiej poradni o programy z zakresu wczesnej interwencji wobec użytkowników narkotyków, zwiększenie liczby zajęć edukacyjnych, szkolenia z metod, takich jak dialog motywujący. Szczególnie cenne wydaje się być kontynuowanie programów promujących zdrowy styl życia wśród najmłodszych dzieci i ich rodziców – program „Zdrowi i aktywni” cieszył się ogromnym zainteresowaniem wśród mieszkańców Sopotu.
4. Bardzo użyteczne są doświadczenia dotyczące pracy motywacyjnej i aktywizacji grup pozostających poza tradycyjnym systemem nauki i pracy – warto kontynuować udział w projekcie „Szkoła drugiej szansy”.
5. Nadal trudna w przygotowaniu raportu z monitorowania jest współpraca ze szkołami w Sopocie, chociaż spotkania z nauczycielami, pedagogami i kuratorami, służące prezentacji i omówieniu wcześniejszych raportów, przyczyniły się do wspólnego sformułowania wskaźników, które znacznie lepiej diagnozują potencjalne grupy ryzyka w szkołach oraz pozwalają na utrzymanie adekwatnej liczby zajęć socjoterapeutycznych i rozwijanie oferty wzmacniania kompetencji rodziców.
6. Istnieje potrzeba stworzenia i przeszkolenia grupy profesjonalnych edukatorów – realizatorów zajęć edukacyjno-informacyjnych.

Osoby zainteresowane poznaniem całości raportu z monitorowania problemu narkotykowego prosimy o kontakt z Wydziałem Zdrowia UM Sopotu i SP ZOZ „Uzdrowisko Sopot” w Sopocie.

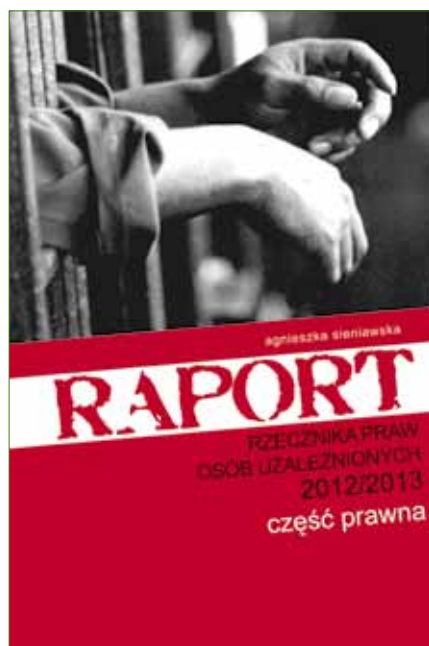
### Przypisy

- 1 W dwóch placówkach spoza Sopotu monitorowano sopockich pacjentów.

## RAPORT RZECZNIKA PRAW OSÓB UZALEŻNIONYCH

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych opublikowało drugi raport na temat sytuacji prawnej i stanu leczenia narkotykowego w Polsce. Autorzy raportu – Agnieszka Sieniawska i Jacek Charmast – prezentują w nim także działania podejmowane przez Biuro Rzecznika. Najważniejsze interwencje prawne Biura związane były z bezpośrednią pomocą osobom, które weszły w konflikt z prawem w związku z posiadaniem narkotyków. Przedstawiciele Biura uczestniczyli również w pracach legislacyjnych nad zmianami prawa – m.in. nad ostatnią nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Działania Biura na rzecz rozwoju oferty pomocowej i leczniczej dla problemowych użytkowników narkotyków sprowadzają się przede wszystkim do promowania nowych metod leczenia, zwłaszcza programów substytucyjnych, ale też wspierania pozycji placówek ambulatoryjnych i oferty postrehabilitacyjnej/reedukacyjnej w kraju.



**W części prawnej** raportu zostały omówione znówelizowane w 2011 roku przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz praktyka działania prokuratury i sądów w odniesieniu do celu ustawy, jakim jest walka z poważnymi przestępstwami narkotykowymi. Nowe przepisy mają dostarczyć prokuratorom i sędziom alternatywnych narzędzi wobec karania za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek lub karania osób uzależnionych, również uprzednio karanych. Agnieszka Sieniawska, autorka tej części raportu, wyjaśnia zasadność wprowadzenia nowych przepisów w odniesieniu do potrzeb społecznych oraz przytacza m.in. dane z 2012 roku dotyczące ich stosowania. Statystyki wskazują, że wymiar sprawiedliwości w niewielkim stopniu korzystał z możliwości umarzania postępowania przygotowawczego lub umorzeń warunkowych spraw tzw. małej wagi. W raporcie czytamy: „zdecydowanie zbyt mało jest umorzeń prokuratorskich, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że art. 62a został stworzony jako narzędzie dla prokuratorów i miał prowadzić do skrócenia procedury oraz zmniejszenia kosztów”.

Warto zaznaczyć, że pomimo względnej liberalizacji prawa narkotykowego, nie spadła liczba zatrzymań przez policję osób posiadających niewielkie ilości narkotyków (ponad 23 tys. w 2012 roku).

Część prawna raportu zawiera także analizę spraw prowadzonych przez prawników Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Przeanalizowano prawie sto z ponad trzystu spraw karnych, co pozwoliło dość szczegółowo przyjrzeć się charakterowi praktyk policyjnych i prokuratorskich. Zebrany materiał uzupełniają listy przesłane do Rzecznika przez osoby poszukujące pomocy, pokazujące funkcjonowanie prawa na poziomie niedostrzegalnym przez dane liczbowe.



**W części dotyczącej pomocy osobom uzależnionym** w Polsce analizie poddano obecny kształt systemu leczenia uzależnień w kontekście zapisów Krajowych Programów Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 i 2011–2016 oraz innych dokumentów odnoszących się do tej kwestii.

Okazuje się, że pomimo jasnych wytycznych dotyczących rozwoju metod leczenia alternatywnych dla modelu *drug-free* (model abstynencyjny), nadal jedyną w pełni dostępną formą leczenia jest terapia w ośrodkach stacjonarnych, przy jednoczesnym niedofinansowaniu placówek ambulatoryjnych i ogromnych deficytach miejsc w programach substytucyjnych (leczenie farmakologiczne).

Autor, Jacek Charmast, przytacza szczegółowe dane na temat finansowania w ostatnich latach z budżetu poszczególnych form pomocy. Z informacji wynika, że środki wydatkowane są nieracjonalnie i zarazem niezgodnie z państwowymi wytycznymi.

Duże emocje budzi sytuacja kilku województw opornych we wprowadzaniu programów leczenia farmakologicznego, pomimo dysponowania ogromnymi budżetami na leczenie uzależnień, z których nawet 80-90% przeznaczane jest wyłącznie na ośrodki stacjonarne. Ważną częścią jest także szczegółowy opis potrzeb w zakresie leczenia uzależnień sporządzony dla każdego regionu Polski wraz z dokładną prezentacją wydatków na poszczególne sektory leczenia.

Oprócz opisu sytuacji leczenia narkotykowego w Polsce, w raporcie znalazły się rekomendacje do zmian powstałe w wyniku spotkań prowadzonych przez Biuro Rzecznika oraz propozycje konkretnych, praktycznych rozwiązań, np. związanych z dostosowaniem oferty postrehabilitacyjnej do realnych potrzeb pacjentów (stworzenie bazy hostelowej w miastach, prowadzenie programów readaptacyjnych poza ośrodkami terapeutycznymi).

Raport przedstawia również wyniki badania wśród osób korzystających z oferty programów substytucyjnych, przeprowadzonego przez Biuro Rzecznika, dotyczące m.in. profilu pacjentów, potrzeb terapeutycznych czy mankamentów już istniejących programów. Rzecznik Praw Osób Uzależnionych jest instytucją powołaną w 2010 roku przez Stowarzyszenie Jump'93 i Polską Sieć Polityki Narkotykowej.

Raport jest dostępny na stronie [www.politykanarkotykowa.pl](http://www.politykanarkotykowa.pl)



**JIM MORRISON CIĄGLE ŻYJE...**

**TAKA SAMA PRAWDA JAK TO,  
ŻE GANDZIA NIE SZKODZI!**

Nie wierz w mity! Wejdź na [facebook.pl/naiwni](https://www.facebook.com/naiwni)

 **WOJEWÓDZTWO  
ZACHODNIOPOMORSKIE**

[www.naiwni.wzp.pl](http://www.naiwni.wzp.pl)

Stworzone za pomocą Europejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii  
i z udziałem Fundacji PRAESTERNO w ramach Wzrostowa i Zaradkownictwa w 2013 r.

Plakat wykorzystany w kampanii społecznej „Naiwni” (str. 22)



## 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