



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (72) 2015

NR 4

2015

# SPIS TREŚCI

## Prawo

### KILKA SŁÓW O NOWELIZACJI USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Agata Krupa, Justyna Mieszalska, Dariusz Poznański ..... 1

### ZASTOSOWANIE ŚRODKÓW ZABEZPIECZAJĄCYCH WOBEĆ OSÓB UZALEŻNIONYCH – WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska ..... 5

### POLITYKA NARKOTYKOWA W REPUBLICE CZESKIEJ I JEJ WPŁYW NA UŻYWANIE NARKOTYKÓW

Krzysztof Grabowski ..... 9

## Profilaktyka

### PROFILAKTYKA W „LABORATORIUM”

Marcin J. Sochocki ..... 14

## Nowe substancje

### I-TREND – BADANIE DOTYCZĄCE NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Artur Malczewski, Piotr Sałustowicz ..... 18

## Polityka społeczna

### MIEJSCE MONITORINGU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W CAŁOŚCIOWYM PROGRAMIE MONITORINGU JAKOŚCI USŁUG PUBLICZNYCH

Tomasz Michalski ..... 22

## Badania, raporty

### MŁODZIEŻ O HAZARDZIE

Agnieszka Pisarska, Joanna Raduj, Magdalena Wójcik, Krzysztof Ostaszewski ..... 28

### UŻYWANIE NARKOTYKÓW I „DOPALACZY” W POPULACJI GENERALNEJ

Artur Malczewski, Anna Misiurek ..... 32

## Szkolenia

### EWALUACJA NA WARSZTACIE

Jagoda Latkowska ..... 38

## Nowe substancje

### MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA DOTYCZĄCA „DOPALACZY” W KRAKOWIE

Artur Malczewski ..... 41

## Recenzja

### MODEL POZNAWCZO-BEHAWIORALNY W LECZENIU UZALEŻNIENIA OD KOKAINY – NOWY PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW

Katarzyna Żylińska ..... 43

STOP DOPALACZOM! ..... 48

## Internet

DOPALACZEINFO.PL ..... III i IV okładka

*Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła wiele zmian, które stanowiły odpowiedź na aktualne problemy społeczne i zagrożenie dla zdrowia publicznego związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Oprócz konsekwentnych działań dotyczących obejmowania kontrolą niebezpiecznych substancji, ustawa ta zawiera także wiele innowacyjnych rozwiązań, które powinny przyczynić się do poprawy sytuacji dotyczącej problematyki narkomanii w Polsce.*

# KILKA SŁÓW O NOWELIZACJI USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Agata Krupa, Justyna Mieszalska, Dariusz Poznański  
Departament Zdrowia Publicznego  
Ministerstwo Zdrowia

## Wprowadzenie

Analizując dotychczasową politykę narkotykową, nastawioną przede wszystkim na ograniczenie używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, można zaobserwować pozytywne efekty prowadzonych działań, takie jak np. spadek rozpowszechnienia tych substancji lub zwiększenie bezpieczeństwa osób ich używających. Jednak obok substancji nielegalnych, które są sklasyfikowane w załącznikach do Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, aktualnym wyzwaniem dla polityki narkotykowej są nowe substancje psychoaktywne, zwane potocznie „dopalaczami”. Substancje te, ze względu na szybkość i łatwą modyfikację składu chemicznego, nie są ujęte w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ponadto ich specyfika związana z nieznanym składem chemicznym, dużym spektrum oddziaływania na użytkownika, tempem, w jakim pojawiają się na rynku oraz sposobem ich dystrybucji sprawiła, że regulacje prawne przewidziane do walki z narkotykami nie mają do nich zastosowania. Pierwsze systemowe rozwiązania dotyczące przeciwdziałania „dopalaczom” zostały wprowadzone w 2010 roku, w odpowiedzi na sklepy typu „smart shops” i sprzedawany w nich niebezpieczny produkt o nazwie „tajfun”. Wychodząc z założenia, że „dopalacze”, sprzedawane w legalnie funkcjonujących sklepach przez osoby klasyfikowane jako przedsiębiorcy, to przede wszystkim zagrożenie dla zdrowia publicznego, a nie wyłącznie obszar związany z prawem karnym, działania mające na celu ograniczenie tego zjawiska zostały powierzone Państwowej Inspekcji Sanitarnej. 27 listopada 2010 roku weszły

w życie przepisy Ustawy z dnia 8 października 2010 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które wprowadziły m.in.:

- zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych,
- karę pieniężną w wysokości od 20 tys. zł do 1 mln zł za złamanie tego zakazu,
- możliwość wstrzymania wytwarzania lub wprowadzania do obrotu produktu podejrzanego o to, że jest środkiem zastępczym oraz
- możliwość nakazania wycofania go z obrotu na czas niezbędny do przeprowadzenia badań.

Decyzję w zakresie zakazu wytwarzania, wprowadzania do obrotu oraz wycofania z obrotu powierzono właściwym państwowym inspektorom sanitarnym. Rozwiązania te zostały uzupełnione poprzez odesłanie do odpowiednio zmienianych przepisów Ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Poza zmianami nastawionymi głównie na eliminację „dopalaczy” z rynku, wymieniona nowelizacja miała także na celu zwiększenie monitorowania nowego zjawiska. W tym zakresie rozszerzono zakres zadań ekspertów wojewódzkich do spraw informacji o narkotykach i narkomanii o obowiązek gromadzenia i analizy informacji dotyczących pojawiających się trendów w zakresie używania środków zastępczych oraz ewentualnych spowodowanych tym szkód zdrowotnych. Ponadto rozszerzono skład Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii o przedstawiciela ministra właściwego do spraw gospodarki oraz zakres zadań Rady o monitorowanie i koordynowanie działań w zakresie realizacji polityki państwa w ob-

szarze środków zastępczych. Wprowadzone w 2010 roku zmiany były odpowiedzią na ówczesne problemy oraz funkcjonujący wtedy rynek „dopalaczy”. Jednak zmiany na tym rynku związane z pojawianiem się coraz nowszych substancji, ich sprzedaż w postaci nieoficjalnej, np. jako kaczmarek lub produkty kolekcjonerskie w sklepach nie będących typowymi „smart shopami”, dystrybucja poprzez strony internetowe, reklamowanie ich już nie wyłącznie jako produktów, jak np. „tajfun” lub „częstka Boga”, lecz także jako konkretnych substancji chemicznych, trudności z kontrolą punktów oferujących „dopalacze” z uwagi na ograniczenia wynikające z praw przedsiębiorcy, a przy tym lawinowy wzrost zatruć tymi substancjami, sprawiły, że przepisy prawne mające na celu walkę z tym zjawiskiem wymagały doprecyzowania i zmiany. Mając na uwadze, że objęcie reżimem karnym wszystkich „dopalaczy” jest niemożliwe, z uwagi na konieczność spełnienia zasady określoności przepisów oraz fakt, że zbyt rygorystyczne rozwiązania mogą nie przynieść pożądanego rezultatu, zostały podjęte prace nad nowelizacją ustawy, której przepisy miały być adekwatne do stwarzanego zagrożenia. W wyniku prac nad materią tak dynamiczną jak zjawisko narkotyków, „dopalaczy” oraz uzależnień została opracowana Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, która finalnie swoim zakresem objęła wiele dziedzin w obszarze narkomanii. Najważniejszą zmianą nowelizacji, której przepisy weszły w życie 1 lipca 2015 roku, jest objęcie kontrolą ustawową substancji chemicznych, które od czasu ostatniej aktualizacji załącznika do ustawy były powszechnie dostępne w stacjonarnych punktach sprzedaży „dopalaczy”, a w ostatnim czasie również przedmiotem dużego obrotu w sklepach internetowych. Dużą zmianą z punktu widzenia prowadzenia racjonalnej oraz opartej na wiedzy eksperckiej polityki narkotykowej względem nowych substancji jest utworzenie przy ministrze zdrowia – Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, którego głównym zadaniem będzie opracowywanie opinii na temat potencjalnego zagrożenia związanego z używaniem określonych substancji i rekomendowanie ministrowi zdrowia podjęcie czynności adekwatnych do zagrożenia. Realizacja działań w obszarze „dopala-

czy” pozostała w kompetencjach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jednak zmiana ustawy wprowadziła regulacje, których celem jest zwiększenie ich skuteczności, zwłaszcza w zakresie przeprowadzanych kontroli. Ustawa ta wprowadziła również nowe określenie na „dopalacze”, obok środków zastępczych wprowadzono definicję *nowej substancji psychoaktywnej*, która ma zastosowanie do substancji sprzedawanych w postaci tzw. czystej. Kolejnym istotnym obszarem zmian były regulacje dotyczące przeciwdziałania nielimitowanemu obrotowi lekami OTC, zawierającymi pseudoeufedrynę, kodeinę oraz dekstrometorfan, wykorzystywanych w celach odurzania się, zwłaszcza przez dzieci i młodzież. W ustawie dokonano także dostosowania terminologii do innych regulacji, w tym przepisów dotyczących wykonywania działalności leczniczej czy przepisów o systemie oświaty.

## Aktualizacja wykazu ustawowego

Nowelizacja dokonała zmian w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Uzupełnienie wykazu środków odurzających i substancji psychotropowych o nowe substancje wynikało z konieczności objęcia kontrolą substancji psychoaktywnych, których obecność stwierdzono w próbkach zabezpieczonych w sklepach z „dopalaczami” oraz dostosowania prawodawstwa polskiego do regulacji europejskich, międzynarodowych lub rekomendacji Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii wyraziła pozytywną opinię w zakresie umieszczenia w załącznikach do ustawy nowych substancji, przebadanych m.in. przez Narodowy Instytut Leków i Instytut Ekspertyz Sądowych. Wszystkie objęte kontrolą ustawową substancje mają działanie psychoaktywne, wywierają wpływ na ośrodkowy układ nerwowy oraz mogą wywoływać szereg działań, takich jak objawy psychotyczne, drgawki, uszkodzenia narządów, tachykardię lub porażenie układu oddechowego; wiele z nich było przyczyną zatruć, a zażycie niektórych doprowadziło do śmierci. Wpisane do załączników 114 nowych substancji należy do grup:

1. syntetycznych kannabinoidów,
2. pochodnych katynonu,
3. pochodnych fenyletyloaminy,
4. pochodnych piperazyny,
5. pochodnych piperydiny,



6. pochodnych tryptamin,
7. innych substancji chemicznych.

Z chwilą wejścia w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii ww. substancje zostały zaklasyfikowane jako środki odurzające lub substancje psychotropowe, w związku z tym aktualnie traktowane są one jak narkotyki.

## Nowe substancje psychoaktywne

W wyniku przyjętej nowelizacji stosowane są dwie definicje do określenia „dopalaczy” – *środka zastępczego* oraz *nowej substancji psychoaktywnej*. Środek zastępczy jest produktem, natomiast nowa substancja psychoaktywna to substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie wydanym w drodze rozporządzenia ministra zdrowia. Powyższe rozgraniczenie i definicyjne zależności obu pojęć pozwalają na pozostawienie otwartego charakteru definicji środka zastępczego, która uwzględnia jego specyfikę, możliwość modyfikacji składu chemicznego oraz tempo, w jakim substancje te pojawiają się na rynku, przy jednoczesnym zastrzeżeniu, że w jego skład może wchodzić co najmniej jedna nowa substancja psychoaktywna, określona już w wykazie, której wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu objęte jest sankcją administracyjną. Regulacje te spowodują, że niebezpieczne substancje będą znacznie szybciej i w sposób niekwestionowany wycofywane z obrotu. Wykrycie w „dopalaczu” substancji, która znajduje się w wykazie jest niezaprzeczalnym dowodem na jej psychoaktywny i szkodliwy charakter, co znacznie skraca i ułatwia procedurę prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Ponadto w przypadku „dopalaczy” nie zawsze mamy do czynienia z produktami, lecz również z substancjami w postaci tzw. czystej, do których zastosowanie ma definicja nowej substancji psychoaktywnej. Wykaz nowych substancji psychoaktywnych będzie określany w drodze rozporządzenia, nad którym prace legislacyjne trwają znacznie krócej niż w przypadku regulacji ustawowych.

Substancje do umieszczenia w wykazie będą klasyfikowane na podstawie rekomendacji Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych.

## Zespół ds. oceny ryzyka

W celu zapewnienia fachowego i prawidłowego kwalifikowania nowych substancji i obejmowania ich odpowiednią kontrolą utworzony został interdyscyplinarny i międzyresortowy zespół ekspertów. Głównym jego zadaniem będzie opracowywanie opinii eksperckiej na temat potencjalnego zagrożenia związanego z używaniem określonych substancji oraz rekomendowanie ministrowi zdrowia umieszczenia najbardziej niebezpiecznych dla zdrowia i życia ludzi substancji w wykazach środków odurzających, substancji psychotropowych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Na podstawie ocen i rekomendacji Zespołu, minister zdrowia będzie podejmował decyzje, mające na celu umożliwienie sprawowania kontroli w zakresie określonych substancji i zamieszczenie ich w odpowiednich załącznikach do ustawy albo w rozporządzeniu. Członkami Zespołu są specjaliści posiadający wiedzę co najmniej z zakresu nauk chemicznych, farmakologii, toksykologii klinicznej, psychiatrii, nauk społecznych lub nauk prawnych.

## Kontrola leków OTC stosowanych pozamedycznie

W ostatnich latach nagminne stało się zjawisko wykorzystywania leków zawierających w składzie substancje o działaniu psychoaktywnym (przede wszystkim pseudoefedrynę, kodeinę i dekskrometorfan). Były one stosowane zarówno do odurzania się przez dzieci i młodzież, jak i do produkcji narkotyków. W celu zapewnienia wydawania produktów leczniczych zawierających w składzie substancje o działaniu psychoaktywnym, dostępnych bez przepisu lekarza, wyłącznie przez wykwalifikowany personel, tj. farmaceutów i techników farmaceutycznych, sprzedaż detaliczna wyżej wymienionych produktów została ograniczona do aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych. Wprowadzono również obowiązek informowania przez farmaceutów i techników farmaceutycznych o sposobie dawkowania oraz możliwych zagrożeniach i działaniach niepożądanych związanych ze stosowaniem wydawanych produktów leczniczych zawierających w składzie substancje psychoaktywne. Od 2017 roku będzie obowiązywał limit zawartości tych substancji w produktach leczniczych, do tego czasu zakup

został ograniczony do jednego opakowania. Kwestia pozamedycznego stosowania produktów leczniczych zawierających w składzie substancje psychoaktywne oraz wykorzystywania pseudoefedryny do produkcji narkotyków stanowi problem na skalę europejską, dlatego podobne ograniczenia w sprzedaży produktów leczniczych zawierających w składzie substancje psychoaktywne, z uwagi na ochronę życia i zdrowia ludzi, wprowadziły już m.in. Francja, Wielka Brytania, Niemcy oraz Czechy.

## Zmiany w procedurze kontrolnej sanepidu

Poza opisanymi wcześniej ułatwieniami związanymi z wykazem nowych substancji psychoaktywnych, których wykrycie bezsprzecznie wiąże się z nałożeniem właściwej sankcji administracyjnej, ważną zmianą, którą wprowadziła nowelizacja z 1 lipca 2015 roku, jest zniesienie obowiązku zawiadomienia przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej o zamiarze przeprowadzenia kontroli przedsiębiorców podejrzanych o wprowadzanie do obrotu środka zastępczego lub nowej substancji psychoaktywnej. Zmiana ta przyczyni się do zwiększenia skuteczności prowadzonych działań.

## Zmiana definicji ziela konopi

Dotychczasowa definicja rodziła wiele wątpliwości interpretacyjnych, jaki materiał można uznać za ziele konopi innych niż włókniste. Zielem konopi określano kwiatowe lub owocujące wierzchołki konopi, z których nie usunięto żywicy. Natomiast liście i łodygi brane były pod uwagę tylko wtedy, gdy nie zawiązała się wiecha, co możliwe było do określenia tylko dla upraw. Natomiast w przypadku suszu, który mimo że zawierał powyżej 0,2% THC, trudne było ustalenie, z jakich części rośliny pochodzi. Nowa definicja stanowi, że zielem jest każda naziemna część rośliny konopi (pojedyncza lub w mieszaninie), z wyłączeniem nasion zawierająca powyżej 0,20% sumy delta-9-tetrahydrokannabinolu i kwasu tetra-hydrokannabinolowego (kwasu delta-9-THC-2-karboksylowego). Definicja ta jest kompatybilna z definicją konopi włóknistych, przemysłowych, zgodnie z którą są to rośliny z gatunku konopi siewnych (*Cannabis sativa*), w których suma zawartości delta-9-tetrahydrokannabinolu i kwasu

tetrahydrokannabinolowego (kwasu delta-9-THC-2-karboksylowego) w kwiatowych lub owocujących wierzchołkach roślin, z których nie usunięto żywicy, nie przekracza 0,20% w przeliczeniu na suchą masę.

## Kontrola „dopalaczy” na granicach

Nowelizacja ustawy wprowadziła zakaz przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. W poprzednim stanie prawnym ta kwestia nie podlegała regulacji, co umożliwiało niemal nieograniczony przywóz wymienionych środków, które następnie były przedmiotem obrotu w sklepach z „dopalaczami”. Wprowadzona regulacja przyczyni się do eliminowania „dopalaczy” już na etapie granic państwa. Kontrolą przywozu nielegalnych substancji zajmuje się od 1 lipca 2015 roku Służba Celna, która aktywnie uczestniczyła w pracach nad ustawą.

## Podsumowanie

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła wiele zmian, które stanowiły odpowiedź na aktualne problemy społeczne i zagrożenie dla zdrowia publicznego związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Ustawa ta, oprócz konsekwentnych działań dotyczących obejmowania kontrolą niebezpiecznych substancji, zawiera także wiele innowacyjnych rozwiązań, które powinny przyczynić się do poprawy sytuacji dotyczącej problematyki narkomanii w Polsce. Po burzliwym wejściu w życie przepisów nowelizacji, związanym prawdopodobnie z pozbywaniem się „dopalaczy” przez handlarzy, a w konsekwencji falą zatruc tymi środkami, obecnie ośrodki kontroli zatruc oraz Państwowa Inspekcja Sanitarna odnotowują znaczne zmniejszenie skali problemu. Należy jednak mieć na uwadze, że wiarygodna ocena skuteczności wprowadzonych zmian będzie możliwa dopiero z perspektywy czasu. Aktualnie trwają prace nad wydaniem aktów wykonawczych przewidzianych w ustawie, prowadzony jest również ścisły monitoring sytuacji dotyczącej obrotu i zatruc „dopalaczami”.

*Środki zabezpieczające mogą zostać orzeczone wobec określonych kategorii sprawców, wśród których znajdują się osoby skazane za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.*

# ZASTOSOWANIE ŚRODKÓW ZABEZPIECZAJĄCYCH WOBEC OSÓB UZALEŻNIONYCH – WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska  
prawnik

## Uwagi wprowadzające

Środki zabezpieczające mają na celu zabezpieczenie społeczeństwa przed osobami, które popełniły czyn zabroniony. Mają one zatem charakter postdeliktualny, tj. mogą być orzekane tylko po popełnieniu czynu, a nie przed jego popełnieniem. Nie można ich orzekać wtedy, gdy stwierdzimy, że osoba jest niebezpieczna, czyli jest prawdopodobne, że popełni ona czyn w przyszłości<sup>1</sup>. Ich funkcja jest odmienna od kar.

Katalog środków zabezpieczających znajduje się w rozdziale X Kodeksu karnego<sup>2</sup> (dalej: kk), któremu od 1 lipca 2015 roku nadano nowe brzmienie. Jak czytamy na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości, nowe zasady<sup>3</sup> wymierzania środków zabezpieczających zostały dostosowane do zagrożeń związanych z istnieniem zaburzeń osobowości niewyluczających odpowiedzialności karnej<sup>4</sup>. Ponadto podniesiono, że sąd może orzec środek zabezpieczający jedynie wówczas, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości, a inne dostępne środki prawne nie są wystarczające. Środek zabezpieczający i sposób jego wykonania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, oraz ryzyka jego popełnienia, a także uwzględniać potrzeby i postępy w leczeniu odwykowym lub terapii. Zauważono, że wobec osób, w stosunku do których stosuje się środki zabezpieczające, będzie możliwe zastosowanie swoistej probacji i zwolnień warunkowych (w ocenie ustawodawcy takie postulaty były zgłaszane przez psychiatrów). Podkreślono możliwość realizacji poprzez nowelizację dyrektywy objęcia sprawcy, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego

zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie. Bez wątpienia najbliższe miesiące zweryfikują założenia ustawodawcy.

## Katalog środków zabezpieczających

Od 1 lipca 2015 roku zgodnie z treścią art. 93a kk środkami zabezpieczającymi są elektroniczna kontrola miejsca pobytu<sup>5</sup>, terapia, terapia uzależnień, pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Tytułem środka zabezpieczającego można orzec nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2-3 kk, tj. a) zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej, b) zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi, c) zakaz przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu, d) zakaz wstępu na imprezę masową, e) zakaz wstępu do ośrodków gier i uczestnictwa w grach hazardowych, f) nakaz okresowego opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym, g) zakaz prowadzenia pojazdów.

Warto w tym miejscu podkreślić, że **czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry**. Ponadto w każdej chwili sąd może zmienić orzeczone wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczone stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe.

## Kto podlega środkom zabezpieczającym?

Środki zabezpieczające mogą zostać orzeczone wobec określonych kategorii sprawców, wśród których znajdują



się osoby skazane za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Ponadto środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy, co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 kk, w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 kk, w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148 kk (zabójstwo), art. 156 kk (ciężki uszczerbek na zdrowiu), art. 197 kk (zgwałcenie), art. 198 kk (wykorzystanie seksualne osoby bezradnej), art. 199 § 2 kk (doprowadzenie małoletniego do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania innej czynności seksualnej poprzez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie jej krytycznego położenia) lub art. 200 § 1 kk (obcowanie z małoletnim poniżej lat 15, dopuszczenie się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadzenie do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania) popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych oraz wobec skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX (przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu), XXIII (przestępstwa przeciwko wolności), XXV (przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności) lub XXVI (przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece), popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia.

Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na regulacje dotyczące umieszczania w zakładzie psychiatrycznym, które uległy zmianom po 1 lipca 2015 roku. Jest to obecnie możliwe po spełnieniu określonych przesłanek i wówczas jest to obligatoryjne. Zgodnie z treścią kk sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym<sup>6</sup> wobec sprawcy, co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 kk, jeżeli istnieje **wysokie prawdopodobieństwo**, że popełni on ponownie czyn zabroniony o **znacznej społecznej szkodliwości**<sup>7</sup> w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym. Z kolei skazując sprawcę za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności, określonej w art. 31 § 2 kk, na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim

zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym.

Skazując sprawcę określonego w art. 93c pkt 3 kk na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.

Warto w tym kontekście zauważyć, że kierownik zakładu psychiatrycznego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii; opinię taką obowiązany jest przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. Ponadto sąd może w każdym czasie żądać opinii o stanie zdrowia i stosowanym leczeniu lub terapii oraz ich wyników wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym.

Wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego.

Wydaje się, że ustawodawca, posługując się kryterium „wysokiego prawdopodobieństwa”, wskazał, że samo tylko przypuszczenie, dopuszczalność możliwości popełnienia czynu zabronionego nie jest wystarczające. Dla prawidłowej oceny „stopnia prawdopodobieństwa” popełnienia przez sprawcę ponownie czynu zabronionego, niezbędnym jest, poza specjalistyczną opinią biegłych lekarzy psychiatrów i psychologa wypowiadających się w danej kwestii, także dokonanie analizy tego prawdopodobieństwa z uwzględnieniem dotychczasowej linii życia sprawcy, jego uprzedniej karalności oraz obecnej sytuacji życiowej, połączonej z prognozowaniem możliwości zaistnienia okoliczności i warunków sprzyjających zaprzestaniu leczenia i ewentualnością popełnienia przestępstwa<sup>8</sup>. Zawężenie zaś oceny wyłącznie do oceny dokonanej przez lekarzy psychiatrów i psychologa nie jest pełną oceną istniejącej prognozy ryzyka, na którą, poza stanem zdrowia sprawcy, nakładają się także inne czynniki życiowe i społeczne<sup>9</sup>. Warto w tym kontekście zauważyć, że decyzja o zasadności stosowania środka zabezpieczającego należy do sądu, a biegli ustalają, jaki jest stan



zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego i formułą medyczną prognozę prawdopodobieństwa popełnienia przez taką osobę czynu zabronionego określonej kategorii w przyszłości. Rzeczą sądu natomiast jest zdecydowanie, czy takie ryzyko, jakie ustalają biegli, popełnienia takiego rodzaju czynu powoduje, że uznać trzeba, iż pozostawienie tej osoby na wolności grozi poważnym niebezpieczeństwem dla porządku prawnego<sup>10</sup>. Jak zauważył Sąd Najwyższy, często występującym w praktyce czynnikiem wskazującym na ryzyko ponownego popełnienia przez sprawcę w przyszłości czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości jest jego bezkrytyczny stosunek do własnych wcześniejszych doznań psychotycznych, niedostrzeganie z jego strony potrzeby leczenia się i brak zamiaru leczenia się po zwolnieniu ze szpitala – w takiej sytuacji wielce prawdopodobny jest bowiem nawrót jego choroby i płynących z niej zachowań agresywnych, które mogą wywołać skutek w postaci popełnienia czynu zabronionego w stanie niepoczytalności<sup>11</sup>.

## Środki zabezpieczające – zasady

Jak już wspomniano, czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry. Sąd ustala potrzebę i możliwości wykonania orzeczonego środka zabezpieczającego nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności. Uchylając środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, sąd może orzec jeden lub więcej ze środków zabezpieczających, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3 kk. Jeżeli wobec sprawcy wykonywana jest kara pozbawienia wolności, środki zabezpieczające, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3 kk, można orzec również do czasu wykonania tej kary, jednak nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub odbyciem kary pozbawienia wolności. Warto zauważyć, że w sytuacji, w której sprawca został skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, orzeczony środek zabezpieczający stosuje się po odbyciu kary lub warunkowym zwolnieniu, chyba że ustawa stanowi inaczej. W przypadku gdy zachowanie sprawcy po uchyleniu środka zabezpieczającego wskazuje, że zachodzi konieczność stosowania środków zabezpieczających, sąd, nie później niż w ciągu 3 lat od uchylenia środka, może ponownie orzec ten sam środek zabezpieczający lub inny, o którym mowa w kk.

Sąd, który wydał orzeczenie w pierwszej instancji, jest właściwy do orzekania w przedmiocie środków zabezpieczających na zasadach określonych w rozdziale X kk. Ponadto sąd, który wydał orzeczenie w pierwszej instancji, jest właściwy w postępowaniu dotyczącym wykonania środków zabezpieczających, z wyjątkiem elektronicznej kontroli miejsca pobytu. Warto w tym kontekście zauważyć, że na postanowienie co do środka zabezpieczającego przysługuje **zażalenie**.

Wniosek o orzeczenie, zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego może złożyć również dyrektor zakładu karnego, kierownik zakładu psychiatrycznego lub kierownik podmiotu leczniczego, w którym sprawca odbywa terapię bądź terapię uzależnień.

Przed orzeczeniem, zmianą i uchyleniem środka zabezpieczającego<sup>12</sup> sąd wysłuchuje psychologa, w sprawach osób niepoczytalnych, o ograniczonej poczytalności lub z zaburzeniami osobowości albo gdy sąd uzna to za wskazane – lekarza psychiatrę, w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – biegłych wskazanych powyżej oraz lekarza seksuologa lub psychologa seksuologa. W sprawach osób uzależnionych można również wysłuchać biegłego w przedmiocie uzależnienia. W posiedzeniu ma prawo wziąć udział prokurator, sprawca lub jego obrońca oraz wnioskodawca.

## Obowiązki sprawców

Ustawodawca przewidział określone obowiązki (w określonych sytuacjach) ciążące na sprawcach, wobec których orzeczono środki zabezpieczające. I tak sprawca, wobec którego:

- a) orzeczono **elektroniczną kontrolę miejsca pobytu**, **ma obowiązek** poddania się nieprzerwanej kontroli miejsca swojego pobytu sprawowanej za pomocą urządzeń technicznych, w tym noszonego nadajnika<sup>13</sup>,
- b) **orzeczono terapię**, **ma obowiązek** stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce w terminach wyznaczonych przez lekarza psychiatrę, seksuologa lub terapeutę i poddania się terapii farmakologicznej zmierzającej do osłabienia popędu seksualnego, psychoterapii lub psychoedukacji w celu poprawy jego funkcjonowania w społeczeństwie,
- c) **orzeczono terapię uzależnień**, **ma obowiązek** stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce leczenia odwykowego w terminach wyznaczonych przez lekarza

i poddania się leczeniu uzależnienia od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Niestosowanie się do określonych w ustawie ww. obowiązków związanych z orzeczonym środkiem zabezpieczającym stanowi przestępstwo określone w art. 244 kk, które jest zagrożone karą grzywny, karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Orzeczenie środka zabezpieczającego powinno mieć charakter konieczny i uzasadniony tym, że inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw, nie są wystarczające. Wyrażona zasada subsydiarności wskazuje, iż sąd powinien rozważyć w należyty sposób, czy prawdopodobieństwo popełnienia przez sprawcę nowego czynu zabronionego może być zredukowane w drodze leczenia bez orzeczenia środka zabezpieczającego, istnieje bowiem możliwość zastosowania środków o charakterze izolacyjnym, o których mowa m.in. w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>14</sup>, ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>15</sup> czy ustawie o ochronie zdrowia psychicznego<sup>16</sup>, ale wymagają one, w przeciwieństwie do środków zabezpieczających, zgody pacjenta lub zastępczej zgody sądu rodzinnego<sup>17</sup>. Sąd każdorazowo winien ocenić ewentualną skuteczność alternatywnych środków oddziaływania (np. psychoterapii, działań edukacyjnych itd.), a w razie orzeczenia środków zabezpieczających, niezbędne jest wykazanie w uzasadnieniu orzeczenia okoliczności wskazujących na to, że sięgnięcie po te środki w konkretnej sprawie było niezbędne, gdyż zastosowanie innych form oddziaływania byłoby niewystarczające<sup>18</sup>.

## Uwagi końcowe

Sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym – również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem.

Nowelizacja kk, która weszła w życie 1 lipca 2015 roku, bez wątpienia wprowadziła znaczne zmiany w zakresie środków zabezpieczających. Bez względu jednak na to, orzeczenie środka zabezpieczającego musi być oparte na trzech zasadach: **konieczności, subsydiarności oraz**

**proporcjonalności**<sup>19</sup>. Ponadto przy orzekaniu środka zabezpieczającego sąd musi uwzględniać okoliczności każdej sprawy, ewentualne potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień.

## Przypisy

- <sup>1</sup> M. Błaszczuk, A. Zientara, Prawo karne, Warszawa 2015, s. 150.
- <sup>2</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U.1997.88.553 z późn. zm.
- <sup>3</sup> Mowa o nowelizacji wprowadzonej ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Dz.U.2015.396.
- <sup>4</sup> <https://ms.gov.pl/pl/informacje/news,6717,zmiana-filozofii-karnia--sejm-uchwalil.html>
- <sup>5</sup> Nowa regulacja, która została oceniona przez projektodawcę jako nowoczesna i odpowiadająca duchowi postępu zmiana (uzasadnienie projektu, s. 144: <http://sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=2393>)
- <sup>6</sup> Przez zakład psychiatryczny rozumie się podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej. Zakłady psychiatryczne, o których mowa powyżej mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami: 1) podstawowego zabezpieczenia (do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, który nie kwalifikuje się do zakładu psychiatrycznego, o którym mowa w art. 200a kkw oraz w art. 200b kkw), 2) wzmocnionego zabezpieczenia (do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli jego zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zakładzie psychiatrycznym, dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia; nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zakładu psychiatrycznego, dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego zagrożenie poza zakładem), 3) maksymalnego zabezpieczenia (do zakładu psychiatrycznego dysponującego warunkami maksymalnego zabezpieczenia kieruje się sprawcę, jeżeli jego powtarzające się zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powodujące niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie mogą być opanowane w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia; nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego znaczne zagrożenie poza zakładem). W celu zapewnienia właściwego miejsca wykonywania środków zabezpieczających, o których mowa w art. 200 § 1 i 2 kkw, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje komisję psychiatryczną do spraw środków zabezpieczających. Do jej zadań należy wydawanie opinii dla właściwych sądów lub innych uprawnionych instytucji w sprawie przyjmowania, wypisywania lub przenoszenia sprawców, wobec których orzeczono wykonywanie środka zabezpieczającego w zakładach psychiatrycznych, analiza dostępnej dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, analiza informacji o liczbie dostępnych miejsc w zakładach psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, wizytacja i ocena zakładów psychiatrycznych dysponujących warunkami podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, w których wykonywany jest środek zabezpieczający. Wykonując orzeczenie o zastosowaniu środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zakładzie psychiatrycznym, o którym mowa w art. 200 § 1, kkw sąd, po zasięgnięciu opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, określa rodzaj tego zakładu i przesyła odpis orzeczenia wraz z poleceniem doprowadzenia sprawcy właściwej ze względu na miejsce pobytu sprawcy jednostce Policji lub właściwemu organowi wojskowemu, a odpis orzeczenia oraz polecenie doprowadzenia wraz z poleceniem przyjęcia - kierownikowi wskazanego zakładu. Kierownik wskazanego zakładu psychiatrycznego zapewnia transport sanitarny odpowiadający wymaganiom określonym dla zespołu ratownictwa medycznego, po powiadomieniu go przez właściwą jednostkę Policji lub właściwy organ wojskowy o miejscu, dniu oraz godzinie planowanego transportu.

- <sup>7</sup> Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonej przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia.
- <sup>8</sup> I. Zduński, Środki zabezpieczające w projekcie nowelizacji kodeksu karnego, Prokuratura i Prawo, numer 3 z 2015 r., s. 57.
- <sup>9</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 kwietnia 2001 r., sygn. II AKz 180/01, Prokuratura i Prawo, dodatek „Orzecznictwo”, nr 3 z 2002 r.
- <sup>10</sup> K. Zgryzek, Postępowanie w przedmiocie zastosowania środków zabezpieczających w polskim procesie karnym, Katowice 2009, s. 126–127.
- <sup>11</sup> Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 12 października 1972 r., sygn. VI KZP 51/72, OSNKW 1972, nr 12, poz. 183.
- <sup>12</sup> Można pozostawić bez rozpoznania wnioski o zmianę lub uchylenie środka zabezpieczającego, jeżeli od wydania poprzedniego orzeczenia w tym przedmiocie upłynęło mniej niż 6 miesięcy, a wnioskodawca nie wskazał nowych okoliczności mających znaczenie dla rozstrzygnięcia.
- <sup>13</sup> Zgodnie z treścią art. 43c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. 1997.90.557) środki zabezpieczające w systemie dozoru elektronicznego wykonuje się jako dozór zbliżeniowy lub mobilny. Dozór mobilny polega na kontrolowaniu bieżącego miejsca pobytu skazanego, niezależnie od tego, gdzie skazany przebywa. Dozór zbliżeniowy polega na kontrolowaniu, czy zachowywana została przez skazanego określona minimalnej odległość od osoby wskazanej przez sąd.
- <sup>14</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U.2012.124 z późn. zm.
- <sup>15</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U.2012. 1356 z późn. zm.
- <sup>16</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U.2011.231.1375 z późn. zm.
- <sup>17</sup> I. Zduński, Środki zabezpieczające w projekcie nowelizacji kodeksu karnego, Prokuratura i Prawo, numer 3 z 2015 r., s. 54.
- <sup>18</sup> Ibidem.
- <sup>19</sup> Sąd może wobec tego samego sprawcy orzec więcej niż jeden środek zabezpieczający, o ile nie sprzeciwiają się takiemu łączeniu zasady konieczności, subsydiarności oraz proporcjonalności.

*Czesi w podobnym okresie co Polska zaostrzyli prawo karne regulujące popyt na narkotyki. Po pewnym czasie nastąpiła istotna zmiana w czeskiej polityce narkotykowej: zdepenalizowano posiadanie narkotyków na własny użytek oraz uprawę niektórych narkotycznych roślin. Zezwolono na stosowanie konopi w celach leczniczych. Można więc postawić pytanie: czy złagodzeniu prawa towarzyszyły jakieś zmiany w konsumpcji narkotyków w tym państwie?*

## POLITYKA NARKOTYKOWA W REPUBLICE CZESKIEJ I JEJ WPŁYW NA UŻYWANIE NARKOTYKÓW

Krzysztof Grabowski  
Poradnia MONAR w Krakowie

### Historia prawa narkotykowego Czech

Do 1990 roku trudno scharakteryzować, jak wyglądał problem narkotyków i narkomanii w Czechach. Znacznie łatwiej przytoczyć ocenę tej kwestii formułowaną przez władze komunistyczne. Nowy ustrój miał zaspokajać wszelkie potrzeby materialne i duchowe społeczeństwa. Zaspokojenie potrzeb w tych sferach wyłączało pojawienie się potrzeby odurzania. Samo odurzanie się było traktowane jako cecha społeczeństw kapitalistycznych. Skoro nie występowała u nowego człowieka potrzeba odurzania się, to i używanie narkotyków nie mogło istnieć. W twierdzeniu, że w społeczeństwach komunistycznych był mniejszy dostęp do narkotyków w pewnym sensie jest prawdziwe. Bynajmniej nie dlatego, że zanikła potrzeba przeżycia odmiennego stanu świadomości. Ta potrzeba wydaje się towarzyszyć ludzkości niezależnie od ustroju.

Raczej chodziło o ograniczony przepływ ludzi przez granice i szczelność kontroli granicznych. Siłą rzeczy ograniczało to dopływ narkotyków z innych krajów. Luka w zaopatrzeniu w narkotyki z zagranicy została zapełniona przez dostępne na miejscu substancje psychoaktywne. Przez okres komunizmu konsumowano w celach rekreacyjnych głównie benzodiazepiny i pochodne opium. Środki te nabywano w aptekach lub wytwarzano z roślin występujących na miejscu. W późniejszym okresie rozwoju ustroju komunistycznego dostępny stał się lek, który w pewnym sensie do dziś wpływa na opinię o rynku narkotykowym tego kraju. Mowa o perwitynie zawierającym metamfetaminę<sup>1</sup>. Jesień Ludów w Europie przyniosła gwałtowne zmiany w polityce karnej państw byłego Układu Warszawskiego. Jak pisała K. Malinowska-Sempruch: „Upadek Związku Radzieckiego wiązał się z nowymi możliwościami, jak



i poważnymi wyzwaniami dla krajów bloku wschodniego. W kwestii substancji niedozwolonych kraje te na ogół utrzymały politykę opartą na represjach i moralizatorskim stosunku wobec użytkowników, nawet jeśli w wielu krajach Europy Zachodniej nastąpił zwrot w stronę polityki mniej represyjnej i ukierunkowanej na zdrowie publiczne<sup>2</sup>. Czechy w tej kwestii szybko zaczęły zmieniać swoje ustawodawstwo narkotykowe. Posiadanie narkotyków na własny użytek nie stanowiło przestępstwa. Przy czym nie określono ilości granicznych wyłączających odpowiedzialność karną za przestępstwo. Zdarzały się sprawy, w których osoba posiadająca 200 g narkotyku unikała odpowiedzialności karnej za przestępstwo. Próby zmiany ówczesnego prawa podejmowano zarówno po prawej, jak i po lewej stronie sceny politycznej. Jedną z takich prób została podjęta po przejściu władzy przez chadecję w 1996 roku. Chadecy uzasadniali konieczność zaostrzenia prawa dostosowaniem ustawodawstwa wewnętrznego do wymogów Unii Europejskiej. Ponadto potępiali używanie narkotyków i handel nimi ze względów moralnych. Ich postulaty znalazły poparcie u postkomunistów. Postulaty zaostrzenia prawa karnego formułowane przez postkomunistów determinowane były przede wszystkim przeświadczeniem, że na państwie ciąży obowiązek kontroli każdej nowej sfery życia, w tym w szczególności wiążącej się z wysokim poziomem niebezpieczeństwa<sup>3</sup>.

## Penalizacja posiadania narkotyków

Komuniści przygotowali własny projekt zmieniający prawo w obszarze narkotyków i narkomanii. W tym projekcie posiadanie narkotyków było przestępstwem. Co więcej, odpowiedzialnością karną objęto także nieudzielenie informacji organom państwa o posiadaniu narkotyków przez inne osoby. Proponowana zmiana nakładała obowiązek denuncjacji na szeroki krąg ludzi. Była to więc bardzo głęboka ingerencja w wolności i prawa człowieka. Na tle propozycji komunistów projekt rządowy jawił się jako bardzo umiarkowany. W 1998 roku zaproponowano traktowanie jako przestępstwa posiadanie narkotyków *w ilości większej niż niewielka*. Ustawowe zagrożenie posiadania wynosiło od 2 do 5 lat pozbawienia wolności<sup>4</sup>. Jednak nawet mniej restrykcyjny projekt napotkał na sprzeciw. Veto w sprawie ustawy zmieniającej prawo

narkotykowe złożył ówczesny prezydent Republiki Czeskiej Vaclav Havel. Ostatecznie veto prezydenckie zostało odrzucone przez parlament i ustawa weszła w życie w 1999 roku. Bardzo szybko ujawnił się podstawowy mankament nowego prawa: organy ścigania nie za bardzo wiedziały, jak należy rozumieć pojęcie *ilość większa niż niewielka*. A od interpretacji organów ścigania zależało wszczęcie postępowania karnego, które mogło zakończyć się skazaniem na karę pozbawienia wolności. W różnych rejonach Czech stosowano różną praktykę w tym zakresie. Rodziło to, zwłaszcza wśród użytkowników narkotyków, poczucie nierównego traktowania<sup>5</sup>.

## Badania naukowe

Powyższe problemy wpłynęły na zrodzenie się idei naukowego zbadania skuteczności wprowadzonych zmian w prawie. Ówczesny rząd przeprowadził konkurs na opracowanie raportu dotyczącego tej kwestii. Wygrał go zespół Tomáša Zábranského, składający się z czeskich ekspertów wspartych autorytetem i doświadczeniem amerykańskich badaczy tematu. Badania objęły lata 1999–2000. W 2001 roku przystąpiono do analizy zgromadzonych danych<sup>6</sup>.

Podczas analizy danych zastosowano zarówno metody ilościowe, jak i jakościowe. Analiza miała służyć potwierdzeniu lub zakwestionowaniu pięciu tez badawczych:

- **Zaostrzenie prawa miało obniżyć dostępność narkotyków.** Autorzy raportu stwierdzili, że dostępność narkotyków nie zmniejszyła się. Swoje twierdzenie opatrzyli jednak uwagą, że wpływ na taki stan rzeczy miały jeszcze inne czynniki niż zmiana prawa<sup>7</sup>.
- **Zaostrzenie prawa miało zmniejszyć poziom używania narkotyków.** Ta teza została poddana pogłębionym badaniom. Przeprowadzono wywiady z użytkownikami narkotyków, w których te osoby raportowały, że zmiana prawa nie wpłynęła na poziom ich konsumpcji. W szczególności nie zanotowano odpowiedzi świadczących o wynikającej ze świadomości zaostrzenia prawa woli zaprzestania używania narkotyków<sup>8</sup>. Z kolei użytkownicy konopi indyjskich odpowiadali, że stali się znacznie bardziej ostrożni w uprawie marihuany. 25% hodowców uczestniczących w badaniu nawet zaprzestało uprawy tej rośliny. Ale nie zaprzestało konsumpcji



tego narkotyku. Zaczęli się w większym stopniu zaopatrywać na czarnym rynku<sup>9</sup>.

- **Zaostrzenie prawa miało zmniejszyć liczbę osób sięgających po raz pierwszy po narkotyki.** Wyniki badań nie pozwoliły na sfalsyfikowanie lub potwierdzenie tej tezy; twórcy raportu skłaniali się do odrzucenia tej hipotezy.
- **Zaostrzenie prawa miało ograniczyć konsekwencje zdrowotne używania narkotyków.** Wyniki badań nie pozwoliły na odrzucenie lub potwierdzenie tej tezy<sup>10</sup>.
- **Zaostrzenie prawa miało nie wpłynąć na wzrost kosztów społecznych.** W zakresie badania prawdziwości tej tezy autorzy raportu posłużyli się popularną w ekonomii analizą kosztów i zysków (*cost-benefit analysis*). Zbadano różnego rodzaju koszty i zyski związane z wprowadzonymi zmianami w prawie. Wśród nich dość łatwe do estymacji były koszty wynikające z wszczęcia i prowadzenia postępowań karnych, jak i wykonania kar. W badanym okresie zanotowano 235 spraw karnych o posiadanie narkotyków. Prowadzenie tych spraw kosztowało czeskiego podatnika 3,7 mln koron (wg obecnego kursu ponad 0,5 mln złotych). Warto podkreślić, że ta estymacja nie objęła wszystkich kosztów związanych ze stosowaniem prawa karnego, np. kosztów szkoleń policjantów, zużycia testerów narkotykowych.

Oceniając prace twórców raportu, trzeba zauważyć, że badano okres tuż po wprowadzeniu zmian. Ponadto badany odcinek czasu objął tylko dwa lata. W tak krótkim czasie mogły jeszcze nie wystąpić wszystkie skutki wprowadzonych zmian. Niemniej jednak raport stanowił solidnie i wszechstronnie opracowany materiał. Twórcy raportu nie bali się przyznać, że pewnych tez nie potrafią kategorycznie potwierdzić lub obalić. Nie stanowiło to o słabości warsztatu twórców raportu, lecz raczej było dowodem na posłużenie się ścisłą metodą naukową. Co więcej, znaczenie raportu nie ograniczyło się do dostarczenia czeskim decydom wiedzy o skutkach zaostrzenia prawa. Ludzie mający wpływ na politykę narkotykową skorzystali ze sformułowanych w raporcie zaleceń i oparli na nich projekt zmian prawa. Wykorzystanie tego raportu w procesie legislacyjnym uprawnia do stwierdzenia, że reformę polityki narkotykowej oparto na faktach (*evidence based approach*)<sup>11</sup>.

## Reforma prawa narkotykowego

Zmiana prawa nie nastąpiła jednak od razu po opublikowaniu raportu. Na projekt nowelizacji kodeksu karnego zwolennicy złagodzenia polityki narkotykowej musieli czekać do 2009 roku. Wtedy opracowano projekt, w ramach którego osiadywanie narkotyków w *ilości większej niż mała* dalej było traktowane jako przestępstwo<sup>12</sup>. Jednak wprowadzono także tabelę wartości granicznych, w której określono, jakie ilości narkotyków stanowią *ilość większa niż mała*. Przy czym uwzględniono zarówno wagę ogólną, jak i wagę substancji aktywnej (środka odurzającego lub substancji psychotropowej). Żeby móc postawić zarzut popełnienia przestępstwa nie wystarczy stwierdzenie, że ujawniono substancje określonej wagi. W jej skład musi wchodzić wskazane w tabeli stężenie substancji aktywnej. Pozwala to uniknąć karania np. za posiadanie metamfetaminy, w skład której wchodzi głównie dodatki i wypełniacze<sup>13</sup>.

W tabeli wartości granicznych wymieniono wagi najbardziej popularnych narkotyków. Przykładowo można wskazać, że przestępstwa nie popełnia osoba, która posiada do 15 g suszu konopi indyjskich o zawartości czystego Delta-9 Tetrahydrokannabinolu do 1,5 g. Ogólnie starano się tak określić wagę ogólną i wagę substancji aktywnej, żeby osoba uzależniona mogła posiadać wystarczającą dawkę narkotyków do uniknięcia syndromu odstawienia<sup>14</sup>.

Zagrożenie karą za posiadanie narkotyków w *ilości większej niż mała* zależy od rodzaju narkotyków. Już w omówionym wyżej raporcie wskazano na potrzebę podzielenia narkotyków. Spośród wszystkich narkotyków zaproponowano wydzielenie tych, których użycie wiąże się z mniejszym niebezpieczeństwem dla zdrowia konsumenta. Do nich zalicza się przede wszystkim konopie indyjskie<sup>15</sup>. W Czechach posiadanie konopi indyjskich w *ilości większej niż mała* jest zagrożone karą pozbawienia wolności do jednego roku. Posiadanie tzw. narkotyków twardych, np. kokainy lub heroiny, w *ilości większej niż mała*, jest zagrożone karą do dwóch lat. W przypadku posiadania narkotyków w *znacznych ilościach* zagrożenie karą rozciąga się od 2 do 8 lat pozbawienia wolności<sup>16</sup>.

Posiadanie narkotyków w *ilości większej niż mała* nie oznacza automatycznie orzeczenia kary. Podobnie jak w polskim prawie, tak i w czeskim istnieje możli-

wość obok lub zamiast kary zastosowania alternatyw, przede wszystkim leczenia. Oznacza to, że oskarżony o posiadanie narkotyków *w ilości większej niż mała* może uniknąć kary i zostać zobowiązany do leczenia<sup>17</sup>.

## Czy w Czechach zalegalizowano niewielkie ilości narkotyków?

Można się zastanowić, jak w świetle czeskiego prawa należy traktować posiadanie narkotyków w ilościach niższych lub równych tym wskazanym w tabeli wartości granicznych? Wbrew temu, co niekiedy słyszy się w mediach, w Czechach nie można posiadać nawet niewielkich ilości narkotyków! Posiadanie narkotyków w ilości poniżej lub równej progom wymienionym w tabeli wartości granicznych – stanowi wykroczenie. **Za posiadanie nawet niewielkich ilości można zostać ukaranym grzywną do 15 tys. koron (ok. 2 tys. zł) lub upomnieniem.** Posiadanie zatem nawet niewielkich ilości narkotyków jest zakazane przez prawo karne, a naruszenie tego zakazu jest zagrożone karą<sup>18</sup>.

Inną kwestią jest ocena dolegliwości sankcji karnych grożących za taki czyn. Jest ona niewątpliwie niska i w swej dolegliwości przypomina sankcje za przekroczenie prędkości na drodze. Niektórzy zapewne będą bagatelizować niskie sankcje, twierdząc, że w żaden sposób nie odstrasza. W dużym stopniu jest to prawda. Trzeba jednak dodać, że wynikający z konieczności uszczuplenia swoich zasobów finansowych pewien poziom dolegliwości dostrzegalny jest nawet w niskich sankcjach. Ponadto kryminalizacja posiadania narkotyków jako wykroczenia spełnia pewne funkcje symboliczne. Pozwala zidentyfikować stosunek ustawodawcy do konsumpcji narkotyków w celach rekreacyjnych. Stanowi emanację negatywnej oceny konsumpcji w takim celu. Symbolicznie odgradza to, co złe (używanie narkotyków), od tego, co dobre (abstynencja). Choć zagrożenie karą jest znacznie łagodniejsze niż za przestępstwo, każdy członek społeczeństwa może się z łatwością zorientować, że ustawodawca nie akceptuje używania narkotyków w celach rekreacyjnych.

## Czy w Czechach można uprawiać konopie indyjskie?

Być może na przesadnie stwierdzenie, że w Czechach zalegalizowano narkotyki wpłynęła zmiana prawa

w zakresie uprawy konopi indyjskich. Największa nowość w projekcie zmiany kodeksu karnego z 2009 roku dotyczyła właśnie tej kwestii. Od 2010 roku uprawa do pięciu krzaków konopi indyjskich stała się wykroczeniem. Wobec rozstrzygnięcia zagadnienia, czy w Czechach można uprawiać konopie indyjskie, aktualne pozostają uwagi poczynione przy omawianiu posiadania narkotyków w ilościach niższych lub równych tym wskazanym w tabeli wartości granicznych. Natomiast niewątpliwie kary za uprawę do pięciu krzaków konopi indyjskich są niewielkie, żeby nie powiedzieć symboliczne. Z kolei uprawianie konopi indyjskich *w ilościach większych niż małe* jest traktowane jako przestępstwo i jest zagrożone karą do 6 miesięcy pozbawienia wolności<sup>19</sup>. Ustawowe zagrożenie karą za uprawę konopi w znacznych ilościach jest podobne do zawartego w polskiej ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku zagrożenie karą za ten czyn. Wynosi bowiem do 15 lat pozbawienia wolności<sup>20</sup>.

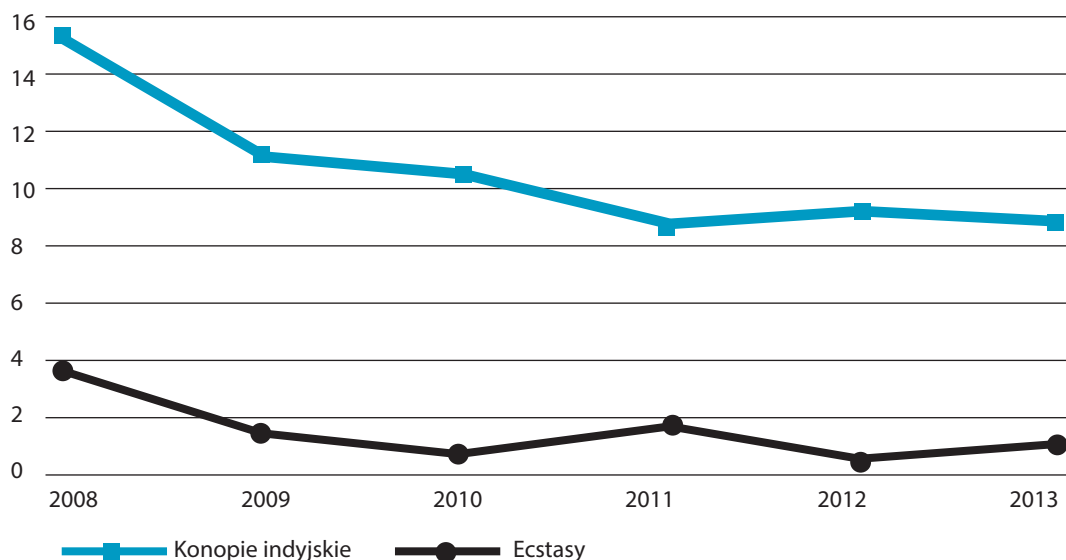
## Czy policja w Czechach musi ścigać konsumentów narkotyków?

Na opinie, że w Czechach zalegalizowano narkotyki mogła też wpłynąć praktyka stosowania prawa w tym państwie. Posiadanie narkotyków w ilościach niższych lub równych tym wskazanym w tabeli wartości granicznych nie oznacza jeszcze automatycznie ukarania za wykroczenie. Rzecz w tym, że ściganie wykroczeń w Czechach opiera się na zasadzie oportunizmu. Oznacza to, że jeżeli policja uzna, że nie ma sensu ścigać konsumenta narkotyków, to nie ma ona obowiązku podejmować dalszych czynności. Innymi słowy policja nie musi ścigać drobnych spraw o posiadanie lub uprawę narkotyków. To z kolei oznacza, że w praktyce konsumenci nie muszą być wciągani w postępowanie karne i mogą uniknąć jakiegokolwiek kary<sup>21</sup>.

## Konopie w celach leczniczych

Omówienie polityki narkotykowej Czech jest niepełne bez wspomnienia o jeszcze jednej regulacji dotyczącej konopi indyjskich. Otóż w Czechach dopuszczono stosowanie tego narkotyku w celach leczniczych. Użycie konopi indyjskich w celach leczniczych jest dopuszczalne w tym państwie od 1 kwietnia 2013 roku, zaś uprawa i wprowadzanie do obrotu jest dopuszczalne od

Wykres 1. Użycie konopii indyjskich i ekstazy chociaż raz w ciągu roku w grupie osób 15-64 lata (%).



1 marca 2014 roku. Legalnie nabyć konopie indyjskie w celach leczniczych można tylko na receptę<sup>22</sup>.

Podsumowując rozważania na temat czeskiej polityki narkotykowej, należy zauważyć, że o jej kształcie decyduje wiele elementów. Elementami tymi są łagodne kary za posiadanie i uprawę narkotyków w niewielkich ilościach, rzadkie ściganie za te czyny i dopuszczenie do obrotu i użycia konopii indyjskich przeznaczonych do leczenia. Połączenie tych wszystkich elementów uzasadnia tezę, że polityka narkotykowa Czech należy do jednej z bardziej permissywnych w Europie.

## Poziom użycia narkotyków w Czechach

Zmianie polityki narkotykowej towarzyszą fluktuacje na poziomie używania narkotyków. Można je prześledzić na przestrzeni ostatnich lat. Dane w tym zakresie dostarczane są przez raporty roczne publikowane przez European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Część z nich przedstawiono na wykresie 1. Konopie indyjskie zostały wybrane z racji ich największej popularności. Ekstazy także należy do popularnych narkotyków. W wielu czeskich badaniach stanowi drugi najbardziej popularny narkotyk. Użycie narkotyku raz w ciągu ostatniego roku wydaje się najlepiej charakteryzować przeciętnego użytkownika narkotyków. Z jednej strony nie obejmuje uzależnionych od narkotyków, a z drugiej strony nie obejmuje osób, które miały jednorazowy kontakt z tymi substancjami.

Jak można zauważyć poziom użycia narkotyków w Czechach jest wysoki. W 2008 roku w grupie wiekowej 15-64 lata (obejmującej także osoby po 30. roku życia, wśród których zazwyczaj notuje się spadek użycia narkotyków) zbliżył się do 16%. Co jest interesujące, wysoki poziom użycia wystąpił jeszcze przed złagodzeniem prawa karnego. Złagodzenie prawa zbiegło się z obniżeniem poziomu użycia konopii indyjskich. Można by na podstawie tego wyciągnąć wniosek, że im łagodniejsze prawo, tym mniejszy poziom użycia narkotyków. Wniosek taki byłby jednak formułowany na podstawie częściowych danych. Rzecz w tym, że używanie narkotyków kształtowane jest przez wiele czynników. Do nich, obok prawa karnego, zaliczyć należy np. modę, dostępność narkotyków na rynku, ofertę kulturową dla młodych ludzi. Uwzględnienie wszystkich czynników wpływających na użycie narkotyków jest niezwykle trudne. Badanie relacji między poziomem użycia narkotyków a zmianami prawa karnego może natomiast ułatwić odpowiedź na pytanie: czy skutkiem złagodzenia prawa jest zwiększenie poziomu użycia narkotyków? Jak pokazuje wiele badań taki skutek nie musi nastąpić<sup>23</sup>. Poziom użycia przedstawiony na wykresie 1. także nie potwierdza wystąpienia tej prawidłowości. Daje to podstawę do odrzucenia kasandrycznych przepowiedni przeciwników złagodzenia polityki narkotykowej wobec konsumentów, wedle których zmiana prawa karnego doprowadzi do wybuchu epidemii narkomanii, która zagrozi społeczeństwu. Na pewno Czechy nie zalała

wielka fala konsumpcji narkotyków. Owszem, Czesi używają więcej narkotyków niż w innych państwach europejskich, ale nie widać negatywnego przełożenia tego zachowania na społeczeństwo. System leczenia radzi sobie z wyższym niż w innych państwach poziomem używania narkotyków. W Czechach natomiast nie występuje w tak dużym stopniu jak w innych państwach, w tym w Polsce, problem stygmatyzacji konsumentów narkotyków.

## Przypisy

- <sup>1</sup> M.S. Conroy, Abuse of drugs other than alcohol and tobacco in the Soviet Union. *Soviet Studies* 42(3) 1990, s. 447–480.
- <sup>2</sup> J. Csete, „W poszukiwaniu równowagi. Czeska polityka wobec substancji niedozwolonych”, *Columbia, Global Drug Policy Program* 2012, s. 3.
- <sup>3</sup> T. Zábranský, „Czech drug laws as an arena of the drug policy battle”, *Journal of Drug Issues*. vol. 34(3) 2004, s. 661–686.
- <sup>4</sup> Artykuły od 187 do 188a czeskiego kodeksu karnego.
- <sup>5</sup> J. Csete, „W poszukiwaniu równowagi. Czeska polityka wobec substancji niedozwolonych”, *Columbia, Global Drug Policy Program* 2012, s. 20.
- <sup>6</sup> T. Zábranský, T. Mravčík, H. Gajdosikova, M. Miovsý, „PAD: Impact analysis project of new drugs legislation (summary final report)”, Prague, Office of the Czech Government, Secretariat of the National Drug Commission 2001, s. 7.

- <sup>7</sup> T. Zábranský, T. Mravčík, H. Gajdosikova, M. Miovsý, „PAD: Impact analysis project...”, s.11; J. Csete, „W poszukiwaniu równowagi...”, s. 22–23.
- <sup>8</sup> T. Zábranský, T. Mravčík, H. Gajdosikova, M. Miovsý, „PAD: Impact analysis project...”, s. 32.
- <sup>9</sup> Ibidem, s. 33.
- <sup>10</sup> J. Csete, „W poszukiwaniu równowagi...”, s. 22–23.
- <sup>11</sup> J. Csete, „W poszukiwaniu równowagi...”, s. 23.
- <sup>12</sup> Nowelizacja kodeksu karnego weszła w życie 1 stycznia 2010 roku (Act No. 40/2009).
- <sup>13</sup> V. Mravčík, „Problem narkotykowy w Republice Czeskiej”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 1(49) 2010, s. 3.
- <sup>14</sup> K. Krajewski, „Wytyczne dotyczące stosowania art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – posiadanie narkotyków”, *Polska Sieć Polityki Narkotykowej* 2015, s. 7–11; Republika Czeska, Monar na bajzlu jesień 2009, s. 20.
- <sup>15</sup> V. Mravčík, „Problem narkotykowy w Republice Czeskiej”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 1(49) 2010, s. 2.
- <sup>16</sup> Fragment czeskiego kodeksu karnego; Monar na bajzlu, zima 2009/2010, s. 20.
- <sup>17</sup> J. Voboril, „O czeskiej polityce narkotykowej”, *Monar na bajzlu*, jesień 2009, s. 21.
- <sup>18</sup> V. Mravčík, „Problem narkotykowy w Republice Czeskiej”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 1(49) 2010, s. 2.
- <sup>19</sup> Fragment czeskiego kodeksu karnego, Monar na bajzlu, zima 2009/2010, s. 20.
- <sup>20</sup> V. Mravčík, „Problem narkotykowy w Republice Czeskiej”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 1(49) 2010, s. 2.
- <sup>21</sup> K. Krajewski, „Wytyczne dotyczące stosowania art. 62a...”, s. 5.
- <sup>22</sup> [www.emcdda.europa.eu/countries/czech-republic](http://www.emcdda.europa.eu/countries/czech-republic)
- <sup>23</sup> K. Krajewski, „Polska i portugalska polityka narkotykowa. Próba porównania efektów”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 3(63), s. 12–17.

*W artykule przedstawiam program Ośrodka Szkoleniowo-Badawczego Stowarzyszenia MONAR „Laboratorium Wiedzy Pozytywnej”, który skupia się na profilaktyce zachowań ryzykownych, ze szczególnym uwzględnieniem używania alkoholu. Projekt jest adresowany do społeczności gimnazjalnych (uczniów, nauczycieli oraz rodziców) i ma charakter profilaktyki uniwersalnej. W sierpniu 2015 roku program<sup>1</sup> został wpisany na listę programów rekomendowanych w ramach ogólnopolskiego Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego.*

# PROFILAKTYKA W „LABORATORIUM”

Marcin J. Sochocki

Ośrodek Szkoleniowo-Badawczy Stowarzyszenia MONAR

## Trochę historii

Zespół Stowarzyszenia MONAR rozpoczął prace nad programem w 2012 roku. Jego autorami są: Jolanta Łazuga-Koczurowska (część teoretyczna, scenariusze zajęć), Małgorzata Kruk (część teoretyczna, scenariusze zajęć), Marta Stefaniak-Łubianka (część teoretyczna, scenariusze zajęć), Marcin J. Sochocki (część teoretyczna), Katarzyna Banach (scenariusze zajęć), Małgorzata Zembowicz (scenariusze zajęć). Projekt ten wyróżniało m.in. to, że już od wczesnego etapu jego tworzenia towarzyszyły mu badania ewaluacyjne, realizowane we wszystkich grupach docelowych. Novum było

także to, że Stowarzyszenie MONAR (jako lider) wspólnie z kilkoma organizacjami pozarządowymi i UKSW ustanowiło partnerstwo na rzecz przygotowania i wdrożenia pierwszej wersji programu (w latach 2012–2013)<sup>2</sup>.

W okresie styczeń–czerwiec 2013 roku, w Warszawie i okolicznych miejscowościach, przeprowadzono pilotaż programu. Objęto nim 20 klas (ok. 280 uczniów), 10 grup nauczycieli i tyle samo grup rodziców (łącznie 123 osoby dorosłe). Pilotaż był superwizowany i ewaluowany za pośrednictwem badań jakościowych i ilościowych. Głównym zadaniem stawianym przed zespołem ewaluatorów była odpowiedź na pytanie: czy



i w jakim stopniu realizacja zajęć wpływa na zakładaną w programie zmianę dotyczącą wiedzy, przekonań i zachowań odbiorców dotyczących substancji psychoaktywnych. Celem badań była również ewaluacja implementacji projektu, prowadzona z perspektywy ocen dokonywanych przez uczestników, a także poznanie ich opinii na temat sposobu wdrażania sesji i ich przydatności. Zebrane dane były wykorzystywane przy tworzeniu końcowej wersji projektu. Dodatkowo program poddany był kilku recenzjom (recenzentami byli pracownicy akademicki, trenerzy i osoby zajmujące się pracą edukacyjno-profilaktyczną z młodzieżą).

Wszystkie opisane zabiegi miały za zadanie wypracowanie możliwie najlepszego programu, który będzie spełniał wymagania stawiane obecnie przed profesjonalnymi programami profilaktycznymi, pozostając przy tym projektem „przyjaznym” dla praktyków funkcjonujących w systemie edukacji młodzieży. Chcieliśmy umiejętnie połączyć wysokie standardy skutecznej profilaktyki z możliwościami realizacyjnymi w trakcie roku szkolnego. Zależy nam na tym, aby różne osoby, środowiska i instytucje ważne z perspektywy szkolnej profilaktyki angażować we wspólne działania na rzecz promocji zdrowia, które cechować będzie wysoka jakość podejmowanych aktywności. Chcielibyśmy, aby pozytywne doświadczenia związane z realizacją profilaktyki, takiej jak „Laboratorium”, były źródłem motywacji także do dalszego angażowania się w projekty o sprawdzonej skuteczności.

W roku szkolnym 2013/14 zrealizowano drugą edycję programu, którą objęto trzy województwa: mazowieckie, wielkopolskie i pomorskie. Realizatorzy wdrożyli zajęcia w 18 klasach (359 gimnazjalistów) oraz w grupach rodziców i nauczycieli (łącznie 192 osoby dorosłe). W 2015 roku program został objęty wsparciem udzielonym w ramach projektu „Profnet”, dzięki czemu opis programu udało się w pełniejszym stopniu dostosować do wymagań wspomnianego systemu rekomendacji. Obecnie trwa kolejna edycja „Laboratorium”.

## Opis założeń programu i modułów

„Laboratorium” odwołuje się do biopsychospołecznego paradygmatu zdrowia i choroby, zgodnie z którym jednym z decydujących czynników odpowiedzialnych za stan zdrowia jest styl życia<sup>3</sup>. Przyjmujemy, że kluczowe z perspektywy zdrowia zachowania i decyzje w istotnym stopniu mogą być poddawane kontroli jednostki, innymi słowy nie są wyłącznie determinowane kulturowo i mogą podlegać modyfikacjom. Podstawowym celem programu jest podtrzymywanie (w wybranych obszarach) korzystnych, z perspektywy profilaktyki, układów wartości regulujących style życia oraz ich zmiana wówczas, gdy nie sprzyjają zdrowiu.

„Laboratorium” ukierunkowane jest przede wszystkim na zdrowie (a nie na chorobę czy dysfunkcję) i odwołuje się do profilaktyki pozytywnej. Oznacza to, że program jest skoncentrowany na (wybranych) czynnikach chroniących<sup>4</sup>, dotyczących wzmacniania indywidualnych zasobów gimnazjalistów, rozwijania kompetencji rodziców i nauczycieli oraz budowania pozytywnego klimatu społecznego szkoły. Uwzględnia także współwystępowanie róż-

*Celem głównym programu „Laboratorium Wiedzy Pozytywnej” jest kształtowanie postaw młodzieży afirmujących abstynencję od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w wymiarach emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym.*

nych zachowań ryzykownych – często ich źródłem są podobne przyczyny (pełnią podobne funkcje)<sup>5</sup>. Dlatego nie koncentruje się wyłącznie na wybranym obszarze problemowym.

Jednym z warunków skutecznej profilaktyki szkolnej jest pozytywny klimat społeczny<sup>6</sup>. W programie oddziaływaniom poddano trzy obszary klimatu społecznego, które z perspektywy działań profilaktycznych uznawane są za najważniejsze<sup>7</sup>: aksjonormatywny, interpersonalny i emocjonalny.

## Moduł dla gimnazjalistów

Celem głównym programu jest kształtowanie postaw uczestników afirmujących abstynencję od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w wymiarach emocjonalnym (pozytywny stosunek do abstynencji), poznawczym (dysponowanie wiedzą na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji psycho-

aktywnych) i behawioralnym (nieużywanie substancji psychoaktywnych).

W części dla gimnazjalistów program odwołuje się do dwóch głównych strategii wiodących<sup>8</sup>: kształtowania umiejętności życiowych i edukacji normatywnej<sup>9</sup>. Strategia edukacji normatywnej (...) polega na kształtowaniu i wzmacnianiu norm przeciwnych picciu alkoholu, paleniu papierosów i używaniu narkotyków przez dzieci i młodzież<sup>10</sup>. Przyjmujemy, że w okresie adolescencji grupa rówieśnicza ma zwykle istotne znaczenie w kształtowaniu postaw ważnych dla zdrowia: prozdrowotnych lub nie. Podejmowaniu zachowań ryzykownych sprzyja przekonanie jednostki, że są one akceptowane przez grupę rówieśników. Podobnie zachowania konwencjonalne wspiera przeświadczenie, że są one aprobowane przez grupę odniesienia.

Zakładamy, że jednym z efektów realizacji wyżej wymienionych strategii będzie wzmocnienie pozytywnego klimatu społecznego w klasach uczestniczących w projekcie. Zmiana ta dotyczyć będzie relacji interpersonalnych między uczestnikami zajęć, norm regulujących zachowania uczniów w szkole oraz ich nastawienie do placówki. Modyfikacja zachowań nastolatków wymaga odpowiedniej intensywności zajęć<sup>11</sup>. Z uwagi na uwzględnianie wielu czynników chroniących, przyjęliśmy, że program w części adresowanej do młodzieży składa się z 12 sesji (każda po 2 godziny dydaktyczne).

Struktura zajęć ma po części charakter otwarty i zakłada partycypację odbiorców – w wyznaczonych ramach – w tworzeniu poszczególnych elementów scenariuszy. Przyjęcie takiego rozwiązania ma umożliwić pełne uwzględnianie tematów i problemów, które są najważniejsze z perspektywy adresatów programu. Zadaniem realizatorów jest dokonywanie (wraz z młodzieżą) możliwie kompletnej analizy pojawiających się zagadnień, stymulując odbiorców do refleksji nad własnymi postawami (np. korzyści i straty wiążące się z podejmowaniem określonych zachowań w kontekście celów krótko- i długoterminowych) i ich ewentualnej modyfikacji.

## Moduł dla rodziców

Celem głównym modułu dla rodziców jest wzmacnianie takich postaw dorosłych wobec kwestii (potencjalnego) używania przez ich dzieci alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, które będą wspierać abstynencję, w szczególności dotyczy to:

określania i implementacji norm związanych z nieaprobowaniem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez nastolatków (abstynencja jako norma). Ponadto program ma przyczyniać się do poprawy klimatu społecznego szkoły.

Program zakłada wykorzystanie wiodącej strategii profilaktycznej, która polega na zaangażowaniu rodziców w działania profilaktyczne adresowane do ich dzieci. W module tym program odwołuje się głównie do teorii społecznego uczenia się Alfreda Bandury<sup>12</sup>. Także w tej części projekt odwołuje się do teorii uzasadnionego działania i strategii edukacji normatywnej. Przyjmujemy, że jednym z istotnych elementów wpływających na kształtowanie postaw, norm, intencji i okoliczności sięgania po alkohol i inne substancje psychoaktywne przez adolescentów jest aprobata lub dezaprobata picia alkoholu, palenia papierosów i używania narkotyków okazywana przez rodziców<sup>13</sup>. Udział rodziców w programie ma uświadamiać im znaczenie przyjmowanych przez nich norm dotyczących spożywania alkoholu przez dzieci, a także rolę implementowania tych norm w życiu codziennym. Ponadto program ma edukować rodziców w zakresie podstawowych zasad kształtowania relacji interpersonalnych z dziećmi, zwiększających skuteczność perswazyjną<sup>14</sup> (dotyczącą nie tylko wspomnianych norm).

Oddziaływania wobec rodziców obejmują 2 sesje (każda po 2 godziny dydaktyczne). Program uwzględnia następujące formy oddziaływań:

- miniwykłady, podstawowa tematyka – potrzeby dorastających dzieci w kontekście bezpośrednich zagrożeń związanych z sięganiem przez nastolatków po substancje psychoaktywne, sposoby skutecznej komunikacji, najskuteczniejsze metody i sposoby stawiania i przestrzegania granic, problematyka uzależnień – wprowadzenie, charakterystyka poszczególnych substancji psychoaktywnych, zależności między sposobem spędzania czasu wolnego a zażywaniem substancji, zasady ekspresji słownej, tworzenia komunikatu JA, konstruktywne rozwiązywanie konfliktów;
- warsztaty (ćwiczenia), podstawowa tematyka – podstawy skutecznego słuchania, nadawanie komunikatu JA, konstruktywne rozwiązywanie konfliktów, wpływ stylu konsumpcji alkoholu na postawy i zachowania dzieci;
- moderowane dyskusje, podstawowe cele – podsumowanie najistotniejszych zagadnień poruszanych

w trakcie kolejnych spotkań, odpowiedzi na pytania/ wątpliwości uczestników, wymiana doświadczeń pomiędzy uczestnikami.

## Moduł dla nauczycieli

W tej części projekt został skupiony na budowaniu pozytywnego klimatu społecznego placówki i edukacji normatywnej (abstynencja uczniów jako norma). Cele główne to: poprawa klimatu społecznego szkoły w trzech głównych wymiarach – aksjonormatywnym, interpersonalnym i emocjonalnym, dotycząca relacji nauczyciele–uczniowie oraz pomiędzy uczniami; wzrost wiedzy o prawidłowościach okresu dorastania – perspektywa psychologiczna; wzrost wiedzy i umiejętności pomagania osobom używającym substancji psychoaktywnych.

Na ten moduł programu składają się 2 sesje (każda po 2 godziny dydaktyczne). Program uwzględnia następujące formy oddziaływań:

- miniwykłady, podstawowa tematyka – wprowadzenie w problematykę uzależnień, formy pomocy osobom uzależnionym, charakterystyka substancji psychoaktywnych (w tym bezpośrednich oraz długoterminowych konsekwencji, które wiążą się z ich używaniem), sposoby skutecznej komunikacji, zależności między sposobem spędzania czasu wolnego a zażywaniem substancji;
- warsztaty (ćwiczenia), podstawowa tematyka – nadawanie komunikatu JA, podstawy skutecznego słuchania, umiejętności reagowania w sytuacji kryzysowej;
- moderowane dyskusje, podstawowe cele – podsumowanie najistotniejszych zagadnień poruszanych w trakcie kolejnych spotkań, odpowiedzi na pytania/ wątpliwości uczestników.

Liczymy na to, że realizacja projektu „Laboratorium Wiedzy Pozytywnej” znajdzie wyraz nie tylko w zmniejszeniu skali zachowań ryzykownych młodzieży, ale także przyczyni się do zmiany nastawienia różnych środowisk związanych z edukacją wobec profesjonalnej profilaktyki, a w efekcie do jej upowszechniania. Zapraszamy do „Laboratorium”. Prosimy o kontakt poprzez stronę internetową Stowarzyszenia Monar (np. <http://www.monar.org/co-robimy/laboratorium-wiedzy-pozytywnej-lista-realizatorów>) oraz stronę projektu <http://pozytywnelaboratorium.pl/>.

## Przypisy

- <sup>1</sup> W artykule wykorzystałem niektóre fragmenty opisu projektu.
- <sup>2</sup> Oprócz wymienionych organizacji partnerstwo tworzyły: Fundacja Edukacji Społecznej, Stowarzyszenie Profesjonalistów Psychoterapii i Psychoedukacji „Wspólna” oraz Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności.
- <sup>3</sup> Styl życia to (...) kulturowo uwarunkowany sposób realizacji potrzeb, nawyków i norm; regulują go układy wartości przyjęte przez jednostki i grupy. Te układy wartości stanowią tzw. zasady stylów życia, umożliwiając ich realizatorom odczuwanie swojego życia jako względnie spójnego i sensownego (...). B. Fatyga, J. Sierosławski, „Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach. Raport z badań jakościowych”, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999, s. 9.
- <sup>4</sup> Czyli takich (...) właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny człowieka i zwiększa jego odporność na działanie czynników ryzyka. K. Ostaszewski, „Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży”, Wydawnictwo Naukowe Scholach, Warszawa 2003, s. 91. Czynniki ryzyka, czyli (...) te zmienne (warunki środowiska lub zmienne indywidualne), które wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia zachowań stanowiących zagrożenie dla prawidłowego rozwoju, zdrowia, bezpieczeństwa lub funkcjonowania społecznego, tamże, s. 89.
- <sup>5</sup> J. Szymańska, „Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki”, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2002, s. 12-13, 15, 23; J. Szymańska, J. Zamecka, „Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki” (w:) G. Świątkiewicz (red.), „Profilaktyka w środowisku lokalnym”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002, s. 26.
- <sup>6</sup> J. Szymańska, „Dyscyplina czy budowanie przyjaznego klimatu?”, *Remedium* nr 10 (152), 2005; J. Szymańska, „Działania profilaktyczne a klimat szkoły”, *Remedium* nr 2 (120), 2003.
- <sup>7</sup> M. Dotka, „Klimat społeczny szkoły” (w:) Rozważania o relacjach społecznych w szkole, „Porozumienie w szkole”, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2007, s. 9.
- <sup>8</sup> Wiodące strategie profilaktyczne (...) to takie, których zastosowanie przynosi pozytywne rezultaty potwierdzone w badaniach ewaluacyjnych. Wszystkie one mają mocne podstawy w koncepcjach teoretycznych wyjaśniających zachowania człowieka, K. Ostaszewski, „Kompendium wiedzy o profilaktyce”, w: „Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki”, Fundacja ETOH, Warszawa 2010, s. 85.
- <sup>9</sup> K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, „Profilaktyka i wczesna interwencja” (w:) A. Hejda, K. Okulicz-Kozaryn (red.), „Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007, s. 72-73. K. Ostaszewski, „Skuteczność profilaktyki...”, wyd. cyt., s. 96-97.
- <sup>10</sup> K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, „Profilaktyka i wczesna interwencja”, wyd. cyt., s. 72.
- <sup>11</sup> Tamże, s. 78; „Materiały opracowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej »Pro-M« Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie”, 2001, za: M. J. Sochocki, „Formułowanie wskaźników, dobór działań oraz ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”, w: „Przewodnik metodyczny po...”, wyd. cyt., s. 52-53.
- <sup>12</sup> K. Ostaszewski, „Skuteczność profilaktyki używania...”, wyd. cyt., s. 94-95. K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, „Profilaktyka i wczesna interwencja”, wyd. cyt., s. 71.
- <sup>13</sup> K. Ostaszewski, „Skuteczność profilaktyki używania...”, wyd. cyt., s. 96.
- <sup>14</sup> J. Koczurowska, „Co zrobić, aby dzieci nie sięgały po narkotyki. Rady i propozycje dla rodziców i wychowawców”, Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej „Mrowisko”, Gdańsk 1995, s. 23-27.



*Wyniki analiz laboratoryjnych wykonanych w ramach badania I-TREND pokazują, że na rynku nowych substancji psychoaktywnych w podobnych cenach sprzedawane są substancje o różnej czystości. W efekcie nawet użytkownik posiadający wiedzę na temat zażywania zakupionej substancji, może zostać zaskoczony jej siłą działania. Wobec takiego stanu rzeczy widać wyraźnie potrzebę podjęcia działań adresowanych do użytkowników nowych substancji psychoaktywnych w ramach profilaktyki selektywnej i wskazującej.*

## I-TREND – BADANIE DOTYCZĄCE NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Artur Malczewski

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

Piotr Sałustowicz

Uniwersytet SWPS

Po trzech latach od zamknięcia w 2010 roku około 1400 sklepów z „dopalaczami”, rynek tych substancji ponownie zaczął się odradzać. Wyniki badania na młodzieży, zrealizowane przez Fundację CBOS i KBPN, pokazały, że zamknięcie sklepów z „dopalaczami” spowodowało spadek używania tych substancji w ciągu ostatniego roku przez młodzież szkolną z 7,2% w 2010 roku do 2,6% w 2013 roku (Malczewski, 2014). Jednak po zlikwidowaniu sklepów stacjonarnych sprzedaż przeniosła się do internetu. W sieci sprzedawane są produkty, które bardzo często nie zawierają informacji, jakiego typu substancja psychoaktywna wchodzi w ich skład. Można również kupić czyste substancje na stronach oferujących je jako materiały do analiz chemicznych, np. odczynniki chemiczne. Do zakupu „dopalaczy” nie potrzebujemy karty kredytowej ani konta bankowego. Wiele sklepów oferuje możliwość zapłaty przy odbiorze paczki na pocztę. Kolejnym źródłem zaopatrzenia są dilerzy, którzy oferują „dopalacze” obok tradycyjnych narkotyków. W niektórych miastach „dopalacze” sprzedawane są nawet z dowozem na telefon. A po krótkiej przerwie sklepy stacjonarne ponownie się pojawiły. Ostatnie dane dotyczące interwencji medycznych z powodu używania nowych substancji psychoaktywnych wskazują na ich rekordową liczbę – 5723 do września 2015 roku (Burda, 2015). Problem nowych substancji psychoaktywnych wymaga współpracy różnych służb, od osób zajmujących się redukcją podaży (policja, służba celna czy inspekcja sanitarna), przez specjalistów działających w obszarze profilaktyki czy leczenia, po naukowców. Wyniki badań mogą pomóc nam w wypracowaniu

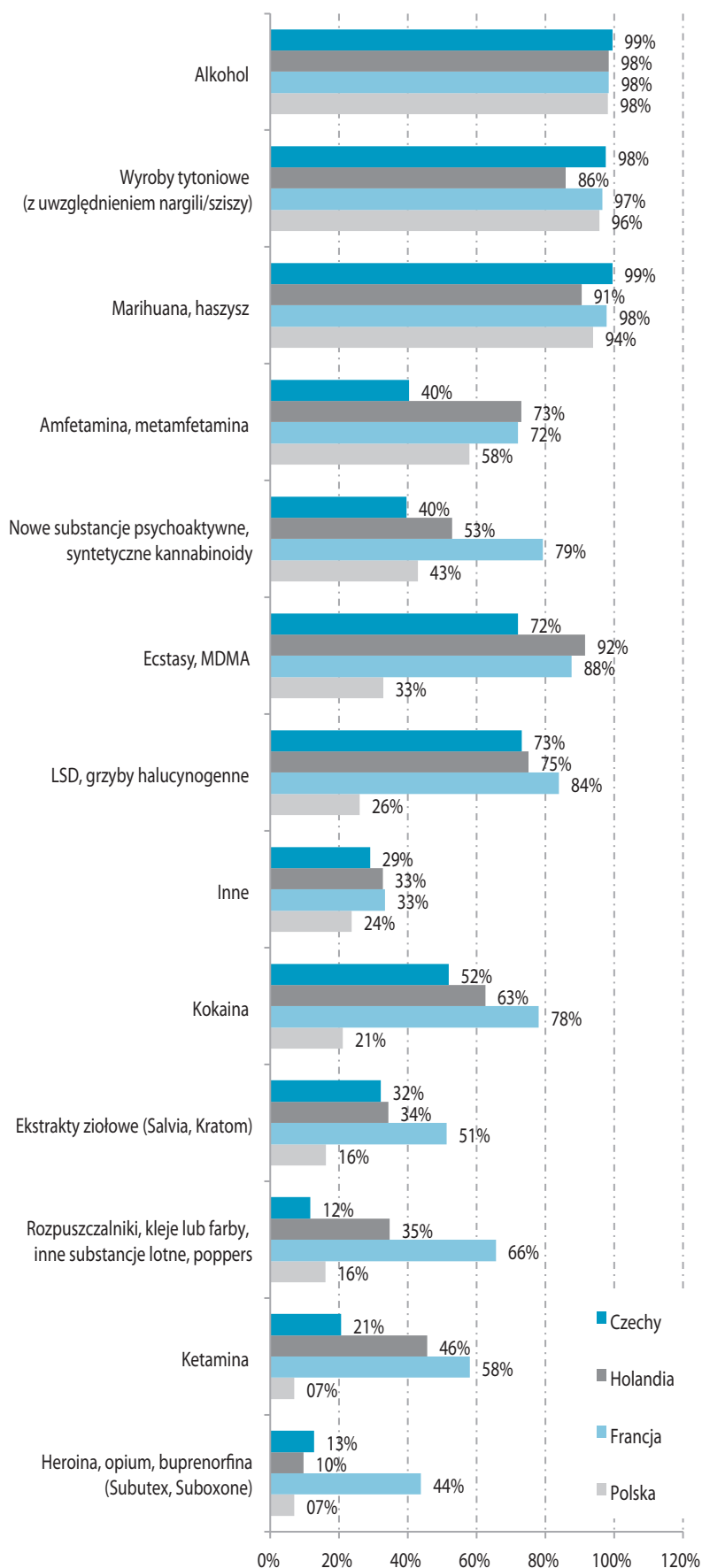
skuteczniejszych form docierania do użytkowników nowych substancji, jak również udzielania im pomocy. W niniejszym artykule przedstawiamy wyniki pierwszych badań użytkowników „dopalaczy”, których ponad 1300 wypełniło ankietę on-line.

### Cele, zakres, metody, uczestnicy badania

Międzynarodowy projekt badawczy I-TREND (*Internet tools for research in Europe on new drugs*) był finansowany z funduszy unijnych (Directorate-General Justice, Directorate A) oraz środków przeznaczonych na finansowanie nauki w latach 2013–2015 przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W realizacji tego projektu udział wzięły: Francuskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień (OFDT – lider projektu), Wydział Medycyny Uniwersytetu Karola (Czechy), Trimbos Instytut (Holandia), Północno-Zachodnie Centrum Obserwacji Zdrowia (NWPCHO – Wielka Brytania) i Uniwersytet SWPS (Polska). Celem projektu było uzyskanie istotnych informacji dla prewencji zdrowia i redukcji kosztów społecznych, jakie pociąga za sobą używanie nowych substancji psychoaktywnych (NPS – tzw. dopalaczy). Adresatami wyników tego projektu są służby medyczne i instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym oraz wszyscy ci, którzy wchodzi w kontakty z potencjalnymi użytkownikami nowych substancji psychoaktywnych. Nacisk w projekcie I-TREND był położony na przebadanie źródeł internetowych. Jednym z działań było przepro-



Wykres 1. Używanie substancji psychoaktywnych choć raz w życiu.



wadzenie badań sondażowych wśród użytkowników NSP na dużych próbach w czterech krajach, które reprezentują uczestnicy projektu: w Czechach, Holandii, Francji i w Polsce. W badaniu zastosowano ankietę internetową, która dotyczyła m.in. takich zagadnień, jak: motywy używania substancji i ich kupowania w internecie, profil kupujących, oszacowanie wielkości rynku na podstawie informacji dotyczącej ilości i częstości robionych zakupów. Badania ankietowe w internecie zostały przeprowadzone w drugiej połowie 2014 roku i objęły łącznie 2323 osoby, które można zakwalifikować jako użytkowników „dopalaczy”, z czego 1355 osób pochodziło z Polski, 536 z Francji, 266 z Holandii i 166 z Czech. Mimo że nie można założyć reprezentatywności tych badań, to na pewno dostarczają one ważnych informacji na temat zachowań i doświadczeń użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. Zdecydowaną większość badanych stanowili mężczyźni (72%). Największa grupa to osoby w wieku 15-24 lata (73%), co pozwala na lepsze rozpoznanie problemów młodych ludzi, którzy są głównymi odbiorcami nowych substancji psychoaktywnych. 66% badanych legitymowało się średnim lub wyższym wykształceniem, z czego 34% było uczniami szkół średnich, a 17% stanowili studenci. Ponad połowa badanych żyje w dużych miastach (więcej niż 50 tys. mieszkańców).

### Rozpowszechnienie substancji uzależniających

Nie jest niczym zaskakującym, że prawie wszyscy badani (98%) przynajmniej raz w życiu mieli styczność z alkoholem. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia substancji uzależniających znalazł się tytoń (95%) oraz marihuana

i haszysz (95%). W przypadku tych trzech substancji nie ma zasadniczych różnic pomiędzy czterema krajami. Na trzecim miejscu została wymieniona amfetamina albo metamfetamina (62%) i tu, patrząc na wyniki sondażu, wynikałoby, że substancje te są częściej używane we Francji (72%) i Holandii (73%) niż w Polsce (57,9%) i Czechach (40%). Na czwartym miejscu plasują się nowe substancje psychoaktywne (52%). Największy odsetek osób, które zadeklarowały konsumpcję tych substancji przynajmniej raz w życiu, wystąpił w grupie użytkowników francuskich (79%); w przypadku Polski wskaźnik ten wyniósł 43%. Na pytanie o zażywanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 30 dni – 79% badanych wskazało alkohol, 60% konopie, 28% amfetaminę/metamfetaminę lub ecstazy, a 12% nowe substancje psychoaktywne. Analizując rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych, należy stwierdzić, że wystąpiły wyraźne różnice pomiędzy krajami: najwięcej użytkowników tych substancji odnotowano wśród użytkowników francuskich (50%), w następnej kolejności polskich (33%), holenderskich (24%), a na końcu czeskich (12%).

Badanie I-TREND potwierdza, zaobserwowaną także w innych badaniach, typową sekwencję doświadczeń z substancjami psychoaktywnymi (zob. Bobrowski, 2008). Alkohol jest dla zdecydowanej większości badanych pierwszą w życiu używaną substancją psychoaktywną, co w badaniach potwierdza średnia wieku tego pierwszego kontaktu, wynosząca 14 lat. Stosunkowo szybko ma miejsce również kontakt z marihuaną lub haszyszem (15 lat). Nieco później następuje kontakt z nowymi substancjami psychoaktywnymi, bo w wieku 19 lat. W przypadku użytkowników polskich, średnia ta jest niższa o dwa lata, co potwierdzają też codzienne obserwacje – „dopalacze” stają się modne wśród młodzieży w wielu szkolnym. Oczywiście dane te należy traktować z pewną ostrożnością, ponieważ została zastosowana średnia arytmetyczna. Musimy także pamiętać o tym, że inicjacja narkotykowa zdarza się też znacznie wcześniej, nawet w wieku 10 lat, na co wskazują inne badania (Pisarska, 2008).

## Najbardziej popularne „dopalacze”

W ramach projektu I-TREND dokonano zakupu dziesięciu najbardziej popularnych w 2013 roku nowych substancji psychoaktywnych określonych jako TOP-10, które następnie zostały przebadane we francuskim laboratorium. Analiza miała ustalić, czy produkty te

zawierały substancję, pod nazwą której były sprzedawane. Określana była także czystość substancji psychoaktywnej, czyli jej zawartość w sprzedawanym produkcie. W przypadku Polski badanymi produktami były *research chemicals* (sprzedawane jako odczynniki do badań chemicznych), zakupione w kilku najbardziej popularnych polskich sklepach internetowych. Wyboru TOP-10 dokonano w pierwszej połowie 2013 roku, a zakupy były realizowane w 2013 i 2014 roku. Poszukując produktów w internetowych sklepach w 2014 roku, okazało się, że nie wszystkie nowe substancje psychoaktywne są dostępne. Było to wynikiem m.in. tego, że TOP-10 został określony przede wszystkim na podstawie danych z laboratoriów, które były raportowane do Systemu Wczesnego Ostrzegania prowadzonego przez KBPN. Laboratoria otrzymują „dopalacze” do analiz głównie z kontrolowanych przez inspekcję sanitarną sklepów stacjonarnych. W niewielkim stopniu są to produkty ze sklepów internetowych, które są bardzo trudne do kontrolowania. W Polsce w 2014 roku zakupiono 17 produktów (w tym jeden podwójny) w pięciu najbardziej popularnych sklepach internetowych, oferujących „dopalacze”. Były to przede wszystkim syntetyczne katynony: 3-MMC, ethcathinone, pentedron, 3,4-DMMC, alpha-PVP, brephedrone, pMPPP. Są to substancje o działaniu stymulującym, podobnym do działania amfetaminy. Wśród najbardziej popularnych nowych substancji w 2013 roku znalazły się również dwa syntetyczne kannabinoidy: UR-144 i AM 2201. UR-144 był często, według informacji z Narodowego Instytutu Leków, dodawany do gotowych do użycia produktów, takich jak: INDRA, JAMA, USZAS, RAMA (częstki Boga), Figowy Dym oraz Czereśniowy Dym (imitacje produktów). AM 2201 był sprzedawany przede wszystkim za pośrednictwem sklepów internetowych jako *research chemicals*. Jest to syntetyczny kannabinoid, silniejszy od UR-144. Warto wspomnieć, że obecnie w Europie prowadzona jest ocena ryzyka alpha-PVP. Jest to już siódma nowa substancja, która została poddana ocenie ryzyka w ciągu ostatnich dwóch lat. Według wyników I-TREND wydaje się, że jest to jeden z bardziej niebezpiecznych katynonów. W latach 2014–2015 odnotowano ponad 20 przypadków zgonów wśród osób, które zażyły alpha-PVP. Substancja ta została zdelegalizowana w Polsce na mocy nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1 lipca 2015 roku wraz z innymi 113 nowymi substancjami

psychoaktywnymi. Jednakże już w lipcu sprzedawcy wprowadzili do sprzedaży nową wersję alpha-PVP o nazwie alpha-PVT. W przypadku czterech produktów z TOP-10 (3,4-DMMC, pMPPP, Brepheдрone, ETH-CAT), zamiast podanych przez sprzedawcę na opakowaniu substancji, wykryto pentedron. Ponadto w przypadku jednego, ETH-CAT, oprócz tej substancji, zidentyfikowano również wspomniany pentedron. Widać zatem, że nawet kupując konkretne substancje, wcale nie musimy otrzymać środka, który zamawialiśmy. Były to produkty zakupione w różnych sklepach, co może oznaczać, iż sprzedawcy otrzymali inne substancje, niż zamawiali od dystrybutora. Największymi producentami nowych substancji psychoaktywnych są Chiny i Indie. Jednak pojedyncze laboratoria, produkujące nowe substancje psychoaktywne, wykryto także w Holandii i w Polsce. Nie jest to zaskakujące, ponieważ Polska i Holandia to czołowi producenci amfetaminy w Europie. Polscy sprzedawcy zamawiają nowe substancje psychoaktywne bezpośrednio w Azji lub za pomocą pośredników np. z Hiszpanii. Przedstawione powyżej wyniki analiz chemicznych wykonanych w ramach badania I-TREND, mogą wskazywać na to, że nie zawsze krajowi dystrybutorzy dostają to, co zamawiają.

## Wyniki badań laboratoryjnych

W Wielkiej Brytanii, Holandii i Francji również zakupiono najbardziej popularne nowe substancje psychoaktywne. W Polsce wskaźnik zgodności produktu zamówionego w stosunku do otrzymanego (czyli zawartość odpowiadająca etykiecie) wyniósł 66%, w Holandii był jeszcze niższy – 57%. Największe prawdopodobieństwo otrzymania zamawianego produktu jest w Wielkiej Brytanii (93%). We Francji wynik był gorszy, ale lepszy niż w Polsce i Holandii, wynosił bowiem 86%. Ponadto w ramach projektu I-TREND badana była czystość najbardziej popularnych nowych substancji psychoaktywnych. Najwyższą średnią czystość odnotowano w Wielkiej Brytanii – 94%, w Holandii wyniosła ona 78%, we Francji 70%, a w Polsce wskaźnik ten był najniższy i wyniósł 56%. Czystość nowych substancji w Polsce wynosiła od 19% (pentedron) do 99% w produkcie sprzedawanym jako ETH-CAT, który również zawierał pentedron. Czystość nowych substancji bardzo się różniła. W tym samym sklepie można było kupić zarówno ETH-CAT, który miał 37% substancji,

jak i taki, który miał jej 99%. A cena jednego grama była taka sama – 40 zł. W efekcie kupujący otrzymywał ponad dwukrotnie silniejszy produkt, nie wiedząc o tym. Mogło to w łatwy sposób prowadzić do przedawkowania substancji. W innym internetowym sklepie również można było kupić wysokiej czystości ETH-CAT (99%), płacąc trochę mniej – 35 zł. Jednak nie był to ETH-CAT, ale pentedron. W dwóch różnych sklepach sprzedawano alpha-PVP w podobnej cenie, około 40 zł za 1 gram, ale różniące się czystością. Jedna próbka miała 92%, a druga 57% zawartości czystej substancji.

## Podsumowanie

Wyniki analiz laboratoryjnych pokazują, że na rynku nowych substancji psychoaktywnych w podobnych cenach sprzedawane są substancje o różnej czystości. W efekcie nawet użytkownik posiadający wiedzę na temat zażywania zakupionej substancji, może zostać zaskoczony jej siłą działania. Wobec takiego stanu rzeczy widać wyraźnie potrzebę podjęcia działań adresowanych do użytkowników nowych substancji psychoaktywnych w ramach profilaktyki selektywnej i wskazującej. Ważnym elementem działania mogą być te podjęte w ramach redukcji szkód, adresowane do osób, które sięgają po nowe substancje psychoaktywne. Wydarzenia z lipca 2105 roku pokazują, że mimo informacji w mediach o szkodliwości zażywania „dopalaczy”, nadal dochodziło do kolejnych zatruć z powodu ich użycia. Problem „dopalaczy” wymaga dalszych badań, szczególnie jakościowych, które pozwolą na pogłębienie wyników badań I-TREND.

## Bibliografia

- Burda P., „Raport o zgłoszonych przypadkach podejrzeń zatruć substancjami psychoaktywnymi (»dopalaczami«)”, Ośrodek Kontroli Zatrucia, Warszawa 2015.
- Bobrowski K., „Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych”, Alkoholizm i Narkomania, tom 21, nr 4, 2008.
- Malczewski A., „Młodzież a substancje psychoaktywne” (w:) Grabowska B. i in., „Młodzież 2013”, raport z badań, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2014.
- Pisarska A., Katarzyna Okulicz-Kozaryn K., „Używanie substancji psychoaktywnych przez niemieszkaćcych z rodzicami i nieuczących się nastolatków”, Alkoholizm i Narkomania, tom 21, nr 4, 2008.

*W Polsce w ostatnich latach ma miejsce prawdziwy „rozkwit” idei monitoringu. Z jednej strony jest to skutkiem rosnących potrzeb samorządów, aby uzyskiwać w sposób ciągły kompleksowy obraz sytuacji na ich terenie oraz informacje na temat realizowanych przez nie polityk, interwencji itd. Z drugiej strony przełomowe znaczenie dla przyspieszenia implementacji monitoringu w realiach polskiego samorządu miało przyjęcie naszego kraju do Unii Europejskiej.*

# MIEJSCE MONITORINGU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W CAŁOŚCIOWYM PROGRAMIE MONITORINGU JAKOŚCI USŁUG PUBLICZNYCH

Tomasz Michalski

Katedra Geografii Rozwoju Regionalnego  
Uniwersytet Gdański

## Wstęp

Według najbardziej szerokiej definicji monitoring możemy ująć jako ogólnie rozumiany proces regularnego gromadzenia oraz analizowania danych jakościowych i ilościowych, a także systematyczne pomiary określonych zjawisk, przeprowadzane przez z góry określony czas, najczęściej w ściśle ustalonych interwałach czasowych, według ściśle określonych metod i obejmujące określony przedmiot badań (Czochański, 2013). Patrząc na rozwój prac teoretycznych i opracowań aplikacyjnych związanych z monitoringiem działalności samorządu, możemy je podzielić na dwie zasadnicze grupy. Pierwsza z nich to opracowania pretendujące do roli kompleksowych opracowań całej sfery usług publicznych świadczonych przez samorządy. Ich zadania trafnie ujęła M. Posern-Zielińska (1999, s. 12) „(...) będzie on wspomagać władze lokalne w zarządzaniu, podejmowaniu decyzji dotyczących odpowiedniego lokowania środków finansowych, dbałości o należyłą efektywność świadczonych usług publicznych i satysfakcję ich odbiorców”.

Druga grupa to opracowania skupiające się na bardzo szczegółowej analizie wąskiej sfery usług publicznych. Z zakresu narkomanii przykładami takich opracowań o charakterze podręcznikowym są np. publikacje: „Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym” (Bukowska i in., 2008), „Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii” (Hejda, Okulicz-Kozaryn, 2007), „Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii” (Malczewski, 2013).

Zasadniczym celem niniejszego opracowania jest pokazanie, jak monitoring szczegółowy wpisuje się w koncepcję całościowego monitoringu jakości usług publicznych. Dokonano tego na przykładzie programu „Wzorcowy system regionalny monitoringu jakości usług publicznych i jakości życia”. Wyniki realizacji tego programu zawiera publikacja M. Czerwińska i inni (2014), są one także umieszczone na stronie <http://monitoring.ibngr.pl/>. Projekt ten jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Priorytet V POKL 2007–2013 Dobre rządzenie, Działanie 5.2 Wzmocnienie potencjału administracji samorządowej). Dodatkowym celem jest uzmysłowienie, że samorząd nie musi budować kilku osobnych systemów monitoringu – wystarczy przyjąć modułową koncepcję monitoringu ogólnego i rozbudowywać jego poszczególne moduły o monitorowanie szczegółowych procesów i działań (uznanych przez samorząd za ważne).

## Analiza wskaźników

Omawiany „Wzorcowy system regionalny monitoringu jakości usług publicznych i jakości życia” posiada dwie paralelne części: jedna dotyczy systemu monitorowania jakości życia, druga systemu monitoringu jakości usług publicznych, a efekt synergiczny jest osiągany przez zestawienie tych dwóch części.

W części obejmującej system monitoringu jakości życia nie uwzględniono ani jednego wskaźnika dotyczącego narkomanii. Dlatego też poniżej skupiono się na części obejmującej system monitoringu jakości usług



publicznych. W ramach tego systemu wyodrębniono pięć obszarów:

- administrację,
- pomoc i opiekę,
- gospodarkę komunalną,
- kulturę i wypoczynek,
- edukację i wychowanie.

Następnie obszary te zostały podzielone na zadania (łącznie 27), do których przyporządkowano już wskaźniki. A są ich trzy rodzaje. Wskaźnik główny pojedynczy to taki, po wyborze którego od razu można przystąpić do działań zmierzających do obliczenia jego wartości. Lecz w części przypadków zamiast nich zaproponowano tzw. wskaźniki główne zbiorcze. Miało to na celu ułatwienie podejmowania racjonalnych decyzji przez gremium przygotowujące w samorządzie program monitorowania jakości usług publicznych. Chodziło o to, aby na jednym poziomie nie stawiać wskaźników dotyczących wyraźnie jednego zagadnienia i wskaźników związanych z wieloaspektowym spojrzeniem na także jedno zagadnienie. Przykładowe przyczyny opracowania wskaźników głównych zbiorczych to: (1) konieczność rozbicia uzyskanych wyników na typy szkół, co jest podyktowane ich odmiennym przyporządkowaniem do różnych szczebli samorządów; (2) szczegółowego spojrzenia na dane zagadnienie, np. ocena tworzenia przez urząd warunków do prowadzenia działalności gospodarczej w podziale na zakres: dostępności i jakości infrastruktury, wspierania instytucji otoczenia biznesu, polityki przestrzennej, trzech powyższych polityk razem; (3) możliwości uwzględnienia różnych źródeł danych przy analizie tego samego działania, np. ocena punktualności kursowania transportu publicznego na podstawie danych ewidencyjnych, pomiaru bezpośredniego, badań ankietowych. W takim przypadku wybór wskaźnika głównego zbiorczego pociąga za sobą konieczność wyboru wskaźników wariantowych do niego przyporządkowanych i dopiero wtedy istnieje możliwość podjęcia działań zmierzających do obliczenia wartości tak wybranego wskaźnika. Łącznie w systemie monitoringu jakości usług publicznych jest ponad 200 wskaźników.

Wskaźników bezpośrednio dotyczących monitorowania sfery usług publicznych związanych z narkomanią jest pięć i znajdują się one w dwóch obszarach: „pomoc i opieka” (zadanie: „Prowadzenie profilaktyki zdrowotnej wśród mieszkańców”) i „edukacja i wychowanie” (zadanie: „Bezpieczeństwo w szkole”). W pierwszym przypadku są to trzy wskaźniki:

- JUP\_POM\_PPM\_02, czyli wskaźnik główny „Odsetek środków własnych przeznaczonych na realizację profilaktyki narkomanii”.
- JUP\_POM\_PPM\_01B, czyli wskaźnik wariantowy „Środki finansowe w zł przeznaczone na 1 mieszkańca w ramach programów profilaktyki narkotykowej”.
- JUP\_POM\_PPM\_03C, czyli wskaźnik wariantowy „Ocena programów profilaktyki narkomanii”.

W drugim przypadku dwa wskaźniki:

- JUP\_EDU\_BWS\_03D, czyli wskaźnik wariantowy „Deklarowany poziom zażywania leków o działaniu narkotycznym przez uczniów”.
- JUP\_EDU\_BWS\_03E, czyli wskaźnik wariantowy „Deklarowany poziom zażywania narkotyków przez uczniów”.

Specjalistom zajmującym się monitorowaniem problemu narkotyków i narkomanii może się wydawać, że pięć wskaźników to bardzo mało. Ale należy mieć na uwadze, że zaproponowany system monitoringu jakości usług publicznych obejmuje całość usług. Gdyby był on zbyt rozbudowany – szanse na jego wdrożenie byłyby bardzo małe, gdyż z dużym prawdopodobieństwem możemy przyjąć, iż w takiej sytuacji samorządy przerażałyby koszty oraz ogrom czasu i pracy związane ze zgromadzeniem bardzo dużej liczby wskaźników. Aby rozwiązać tę niedogodność przyjęto zasadę, że zaproponowane wskaźniki mają w ogólny sposób dostarczyć samorządowi informacji na temat jakości usług publicznych na jego terenie. Jeśli w jakimś zakresie sytuacja wygląda dobrze – zaleca się minimalizację liczby wskaźników, aby oszczędzać na kosztach, lecz jeśli w jakimś zakresie sytuacja wygląda źle – zaleca się zwiększenie liczby wskaźników, można również opracować własne, dołączając je do już zaproponowanych. Dlatego też uznano, że pięć zaproponowanych wskaźników dotyczących narkomanii wystarczy „na start” systemu, a w miarę potrzeb ich liczbę można zwiększyć lub zmniejszyć<sup>1</sup>.

## Podsumowanie

Aby osiągnąć efekt synergiczny podejmowanych działań w ramach monitoringu, samorząd powinien m.in. dążyć do racjonalizacji kosztów, nakładu pracy i czasu na przeprowadzenie tychże badań. Patrząc na dotychczasowe polskie doświadczenia w tym zakresie, możemy pokusić się o wyróżnienie trzech głównych etapów niezbędnych działań. Pierwszym krokiem jest uświadomienie samo-

rzędom korzyści wynikających z wdrożenia systemu monitoringu. Drugim etapem jest przekonanie ich, że mainstreaming jest korzystniejszy od upowszechniania, a na pewno lepszy od „odłożenia na półkę” raportu. Lecz patrząc na obecną mnogość inicjatyw związanych z propagowaniem monitoringu wśród polskich samorządowców, należy już zacząć myśleć o kroku trzecim – integracji różnych zakresów monitoringu. Niniejsze artykuł powinien być jedną z „cegiełek” służących do rozwoju kroku trzeciego. Pokazano w nim bowiem, jak w monitoringu o charakterze bardziej ogólnym mieści się monitoring szczegółowy (w tym przypadku narkomanii). Marzy mi się ogólny monitoring o charakterze modułowym i otwartym, w którym samorządy (w miarę potrzeb) będą rozbudowywały poszczególne moduły odpowiadające

za monitoringi szczegółowe (w tym za monitoring problemu narkotyków i narkomanii). Powinno to pozwolić na zwiększenie efektywności podejmowanych działań przez samorządy.

*Bibliografia dostępna w redakcji.*

## Przypisy

- <sup>1</sup> Ułatwieniem może być zaproponowany system informatyczny (jest on zawarty na stronie: <http://monitoring.ibngr.pl/baza-miernikow-jakosci/>). Instrukcje związane z jego wdrożeniem i obsługą są zawarte w załącznikach nr 7, 8 i 9 umieszczonych na płycie CD dołączonej do publikacji M. Czerwińska i inni, „Jak zaprojektować i wdrożyć system monitoringu jakości usług publicznych i jakości życia? Podręcznik wdrażania”, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2014.

**Poniżej prezentujemy przykładowe karty informacyjne wybranych wskaźników.**

Nazwa:	Odsetek środków własnych przeznaczanych na realizację profilaktyki narkomanii
Rodzaj:	JUP (jakość usług publicznych)
Obszar:	POM (pomoc i opieka)
Zagadnienie:	PPM (prowadzenie profilaktyki zdrowotnej wśród mieszkańców)
Numer:	02
Typ jednostki:	wszystkie gminy, miasta na prawach powiatu
Częstotliwość pomiaru:	1/rok
Agregacja czasowa:	Brak
Agregacja przestrzenna:	Brak
Sposób pozyskania:	Dane ewidencyjne
Definicja:	Wskaźnik mierzy udział środków własnych (bez tzw. kapslowego) w realizacji programów profilaktyki narkotykowej. Do środków własnych wliczamy także pozyskane z różnych grantów i konkursów.
Sposób liczenia:	Wzór jest następujący: $W = A/B * 100\%$ gdzie: A – suma faktycznie poniesionych nakładów finansowych na realizację programów profilaktyki narkotykowej nie pochodzących z tzw. kapslowego [w zł]; B – suma wszystkich faktycznie poniesionych nakładów finansowych na realizację programów profilaktyki narkotykowej [w zł]. Uwaga: Bierzemy pod uwagę tylko programy profilaktyki narkotykowej, bez programów profilaktyki zdrowotnej i alkoholowej.
Interpretacja wyniku:	Wynik jest podawany w złotych na osobę. Wyższa wartość wskaźnika oznacza, że samorząd do środków z tzw. kapslowego przeznaczanych na profilaktykę narkomanii (odnośna ustawa to dopuszcza) dokłada także środki własne. Trudno jest określić optymalny udział środków własnych w realizacji programów profilaktyki narkotykowej. Ale na pewno można uznać, że udział wynoszący 0% świadczy, że nie jest to sytuacja pożądana.
Opis źródła danych:	Obie wartości (A i B) to dane ewidencyjne urzędu
Okres objęty pomiarem:	Rok kalendarzowy
Kto gromadzi dane:	
Kto oblicza wskaźnik:	

Nazwa:	Deklarowany poziom zażywania leków o działaniu narkotycznym przez uczniów
Rodzaj:	JUP (jakość usług publicznych)
Obszar:	EDU (edukacja i wychowanie)
Zagadnienie:	BWS (bezpieczeństwo w szkole)
Numer:	03D
Typ jednostki:	Gmina (badania w gimnazjach) Powiat ziemski (badania w szkołach ponadgimnazjalnych) Miasto na prawach powiatu (badania w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych)
Częstotliwość pomiaru:	1/rok
Agregacja czasowa:	Brak
Agregacja przestrzenna:	Brak
Sposób pozyskania:	Badania ankietowe
Definicja:	Wskaźnik mierzy odsetek uczniów, którzy deklarują, że w czasie ostatnich dwóch miesięcy często zażywali leki o działaniu narkotycznym bez przepisanie przez lekarza. Do badań bierzemy tylko szkoły gimnazjalne i ponadgimnazjalne prowadzone przez samorząd.
Sposób liczenia:	Wzór jest następujący: $W = A/B * 100\%$ gdzie: A – liczba ważnych ankiet, w których w odpowiedzi na pytanie zaznaczono odpowiedź „kilka razy”, „mniej więcej raz na tydzień”, „prawie codziennie”, „codziennie”, „wolę nie odpowiadać na to pytanie”; B – liczba wszystkich ważnych ankiet. Za ważneankiety uznajemy takie, w których zaznaczono dokładnie jedną odpowiedź. Uwaga: Założono, że uczniowie, którzy zaznaczyli odpowiedź „wolę nie odpowiadać na to pytanie”, często zażywali leki o działaniu narkotycznym bez przepisanie przez lekarza, ale się tego wstydzą tak bardzo, że nawet w anonimowej ankiecie nie chcą się do tego przyznać.
Interpretacja wyniku:	Wartość wskaźnika zawiera się w przedziale 0–100%. Mniejsza wartość wskaźnika informuje o tym, że niższy odsetek uczniów zadeklarował częste zażywanie leków o działaniu narkotycznym bez przepisanie przez lekarza w ciągu ostatnich dwóch miesięcy, a tym samym sytuacja wydaje się być korzystniejsza. Za deklarację częstego zażywania leków o działaniu narkotycznym bez przepisanie przez lekarza należy uznać odpowiedzi, że zdarzało się to minimum kilka razy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy.
Opis źródła danych:	Badania są prowadzone w gimnazjach i/lub szkołach ponadgimnazjalnych, wśród uczniów na godzinie wychowawczej, w formie anonimowych ankiet. Preferowane jest, żeby badanie przeprowadziła osoba niebędąca pracownikiem szkoły. Ankieta składa się z metryczki (identyfikator szkoły i klasy) i wybranych pytań, w tym pytania o stosowanie używek: Pytanie: Czy w czasie ostatnich dwóch miesięcy używałeś/używałaś leków o działaniu narkotycznym bez przepisanie przez lekarza? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) nigdy; raz lub dwa razy; kilka razy; mniej więcej raz na tydzień; prawie codziennie; codziennie; wolę nie odpowiadać na to pytanie.
Okres objęty pomiarem:	Drugi semestr Ze względu na małą zmienność w czasie zaleca się przeprowadzanie badania raz na dwa, trzy lub cztery lata (wskaźnik wzorowany jest na badaniach typu ESPAD wykonywanych co cztery lata).
Kto gromadzi dane:	
Kto oblicza wskaźnik:	



Nazwa:	Ocena programów profilaktyki narkomanii
Rodzaj:	JUP (jakość usług publicznych)
Obszar:	POM (pomoc i opieka)
Zagadnienie:	PPM (prowadzenie profilaktyki zdrowotnej wśród mieszkańców)
Numer:	03C
Typ jednostki:	wszystkie gminy, wszystkie powiaty
Częstotliwość pomiaru:	1/rok
Agregacja czasowa:	Brak
Agregacja przestrzenna:	Brak
Sposób pozyskania:	Badanie ankietowe
Definicja:	Wskaźnik mierzy odsetek pozytywnych opinii dorosłych mieszkańców na temat programów profilaktyki narkotykowej finansowanych przez samorząd.
Sposób liczenia:	<p>Wzór jest następujący:  <math>W = A/B * 100\%</math> gdzie: A – liczba ważnych ankiet, w których uzyskano odpowiedź na drugie pytanie „zdecydowanie dobrze” lub „raczej dobrze”;            B – liczba wszystkich ważnych ankiet.</p> <p>Za ważną ankietę uznaje się taką, w której na pierwsze pytanie zaznaczono w odpowiedzi tylko TAK, a w odpowiedzi na drugie pytanie zaznaczono dokładnie jedną odpowiedź.</p> <p>Uwaga: Dodatkowo, wykorzystując tę samą ankietę, można obliczyć wskaźnik mierzący rozpropagowanie informacji na temat programów profilaktyki narkotykowej wśród dorosłych mieszkańców. W tym celu obliczamy następujący wzór:  <math>V = C/D * 100\%</math> gdzie: C – liczba ważnych ankiet, w których uzyskano odpowiedź na pierwsze pytanie TAK; D – liczba wszystkich ważnych ankiet.</p> <p>W tym przypadku za ważną ankietę uznaje się taką, w której na pierwsze pytanie zaznaczono dokładnie jedną odpowiedź. Nie interesują nas odpowiedzi na drugie pytanie.</p>
Interpretacja wyniku:	<p>Wartość wskaźnika zawiera się w przedziale 0–100%.</p> <p>Wyższa wartość wskaźnika oznacza większy odsetek osób zadowolonych z programów profilaktycznych finansowanych przez samorząd, a tym samym lepszą sytuację.</p> <p>Uwaga nr 1: Ze względu na specyfikę adresatów tego typu programów należy liczyć się z tym, że większość ankietowanych odpowie, że nie miała styczności z tego typu programami profilaktyki (dotyczy tego pytanie nr 1). Dlatego też, jeśli samorząd uzna tę kwestię za ważną, należy rozważyć przeprowadzenie osobnego badania ankietowego wśród wszystkich osób uzależnionych i współuzależnionych, do których można dotrzeć, lub wśród osób korzystających z tych programów.</p> <p>Uwaga nr 2: Dodatkowy wskaźnik interpretujemy tak, że im większa jego wartość (zawiera się w przedziale 0–100%), tym lepsze rozpropagowanie programów profilaktyki narkotykowej wśród mieszkańców, a tym samym lepsza sytuacja.</p>
Opis źródła danych:	<p>Pytania zawarte są w ankiecie ogólnej skierowanej do dorosłych mieszkańców i brzmią:</p> <p>Pytanie nr 1: Czy w ciągu ostatniego roku miał(a) Pan(i) styczność z programami profilaktyki narkotykowej finansowanymi przez samorząd? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) tak; nie.</p> <p>Pytanie nr 2: Jeśli wybrał(a) Pan(i) odpowiedź TAK, to jak ocenia Pani(i) programy profilaktyczne z zakresu narkomanii finansowane przez samorząd? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)</p> <p>zdecydowanie dobrze;            raczej dobrze;            ani dobrze, ani źle;            raczej źle;            zdecydowanie źle;            nie mam zdania.</p> <p>Respondentom, którzy w odpowiedzi na pierwsze pytanie wybrali NIE, nie zadajemy drugiego pytania, a taką ankietę uznajemy za nieważną (ta uwaga dotyczy obliczania głównego wskaźnika).</p>
Okres objęty pomiarem:	wrzesień–listopad
Kto gromadzi dane:	
Kto oblicza wskaźnik:	

Nazwa:	Deklarowany poziom zażywania narkotyków przez uczniów
Rodzaj:	JUP (jakość usług publicznych)
Obszar:	EDU (edukacja i wychowanie)
Zagadnienie:	BWS (bezpieczeństwo w szkole)
Numer:	03E
Typ jednostki:	Gmina (badania w gimnazjach) Powiat ziemski (badania w szkołach ponadgimnazjalnych) Miasto na prawach powiatu (badania w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych)
Częstotliwość pomiaru:	1/rok
Agregacja czasowa:	Brak
Agregacja przestrzenna:	Brak
Sposób pozyskania:	Badania ankietowe
Definicja:	Wskaźnik mierzy odsetek uczniów, którzy deklarują, że w czasie ostatnich dwóch miesięcy często zażywali narkotyki. Do badań bierzemy tylko szkoły gimnazjalne i ponadgimnazjalne prowadzone przez samorząd.
Sposób liczenia:	Wzór jest następujący: $W = A/B * 100\%$ gdzie: A – liczba ważnych ankiet, w których w odpowiedzi na pytanie zaznaczono odpowiedź „kilka razy”, „mniej więcej raz na tydzień”, „prawie codziennie”, „codziennie”, „wolę nie odpowiadać na to pytanie”; B – liczba wszystkich ważnych ankiet. Za ważne ankietę uznajemy taką, w której zaznaczono dokładnie jedną odpowiedź. Uwaga: Założono, że uczniowie, którzy zaznaczyli odpowiedź „wolę nie odpowiadać na to pytanie”, często zażywają narkotyki, ale się tego wstydzą tak bardzo, że nawet w anonimowej ankiecie nie chcą się do tego przyznać.
Interpretacja wyniku:	Wartość wskaźnika zawiera się w przedziale 0–100%. Mniejsza wartość wskaźnika informuje o tym, że niższy odsetek uczniów zadeklarował częste zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich dwóch miesięcy, a tym samym sytuacja wydaje się być korzystniejsza. Za deklarację częstego zażywania narkotyków należy uznać odpowiedzi, że zdarzało się to minimum kilka razy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy.
Opis źródła danych:	Badania są prowadzone w gimnazjach i/lub szkołach ponadgimnazjalnych, wśród uczniów na godzinie wychowawczej, w formie anonimowych ankiet. Preferowane jest, żeby badanie przeprowadziła osoba niebędąca pracownikiem szkoły. Ankieta składa się z metryczki (identyfikator szkoły i klasy) i wybranych pytań, w tym pytania o stosowanie używek: Pytanie: Czy w czasie ostatnich dwóch miesięcy zażywałeś/zażywałaś narkotyki (np. dopalacze, marihuana, amfetamina, LSD, ecstazy, kokaina)? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) nigdy; raz lub dwa razy; kilka razy; mniej więcej raz na tydzień; prawie codziennie; codziennie; wolę nie odpowiadać na to pytanie.
Okres objęty pomiarem:	Drugi semestr Ze względu na małą zmienność w czasie zaleca się przeprowadzanie badania raz na dwa, trzy lub cztery lata (wskaźnik wzorowany jest na badaniach typu ESPAD wykonywanych co cztery lata).
Kto gromadzi dane:	
Kto oblicza wskaźnik:	

*Uprawianie hazardu, obok takich zachowań jak używanie substancji psychoaktywnych, stosowanie przemocy lub zachowania niezgodne z prawem, jest uznawane za poważne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju i dobrostanu młodzieży. W ostatnich kilku latach problematyka hazardu stała się przedmiotem zainteresowania badaczy również w Polsce.*

## MŁODZIEŻ O HAZARDZIE

Agnieszka Pisarska, Joanna Raduj, Magdalena Wójcik i Krzysztof Ostaszewski  
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Niniejszy artykuł przedstawia wybrane wyniki wywiadów grupowych przeprowadzonych wśród uczniów warszawskich gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych<sup>1</sup>. Celem tych wywiadów było poznanie opinii młodzieży na temat problemów i zagrożeń związanych z uprawianiem hazardu. Uczestnicy byli pytani o rozpowszechnienie problemu i najbardziej popularne wśród nastolatków formy hazardu, dostępność gier hazardowych dla młodzieży oraz sygnały wskazujące, że hazard stał się dla młodego człowieka problemem.

### Wprowadzenie

Międzynarodowe badania wskazują, że problemowy hazard może dotyczyć od 1% do 13% adolescentów (Brezing i wsp., 2010; Sussman i wsp., 2011). W literaturze przedmiotu podkreśla się jednak, iż tak znaczne różnice w ocenach rozpowszechnienia są efektem odmiennej metodologii badań oraz wynikiem uwarunkowań kulturowych i prawnych w poszczególnych krajach (Sussman i wsp., 2011). Szacuje się, że rozpowszechnienie problemowego hazardu wśród młodzieży w wieku 12-17 lat jest od dwóch do czterech razy wyższe niż wśród dorosłych (Brezing i wsp., 2010).

W badaniach zrealizowanych w 2013 roku w Warszawie stwierdzono, że około połowa nastolatków w wieku 14-19 lat ma za sobą jakieś doświadczenia z grami hazardowymi. Symptomy problemu bądź uzależnienia od hazardu stwierdzono u około 9% tej grupy uczniów (Pisarska i wsp., 2014). Hazard jest więc obecny w życiu nastolatków, co spotyka się ze zrozumiałą troską ze strony dorosłych. Jej wyrazem są działania profilaktyczne ukierunkowane na ograniczenie gier hazardowych i ich negatywnych konsekwencji. W tym kontekście istotne staje się również to, co na temat hazardu sądzą sama młodzież. Z tego względu, we wspomnianym

projekcie zrealizowanym w szkołach warszawskich, przeprowadzono także wywiady grupowe z uczniami. W 12 wywiadach grupowych wzięło udział 100 uczniów, w tym 45 dziewcząt i 55 chłopców z warszawskich gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych wszystkich typów (liceów, techników i szkół zawodowych). Wszystkie wywiady zostały przeprowadzone przez osoby niezwiązane ze szkołami, do których uczęszczali nasi rozmówcy.

### Rozpowszechnienie hazardu wśród młodzieży

Źródłem wiedzy naszych rozmówców o uprawianiu przez młodzież hazardu i problemach z tym związanych były: rozmowy z rówieśnikami, obserwacja zachowań znajomych oraz internet. Uczestnicy wywiadów odwoływali się także do własnych doświadczeń z różnymi grami oraz doświadczeń osób z ich rodzin.

Opinie na temat popularności hazardu wśród młodzieży były podzielone. Niektórzy z uczestników wywiadów w ogóle nie zetknęli się takim problemem. Inni relacjonowali, że słyszeli o młodych ludziach grających w gry hazardowe, ale oceniali, że zdarza się to rzadko: *Ja nie sądzę, żeby hazard w naszym wieku był jakiś popularny* (K.Gm)<sup>2</sup>. Zdaniem uczniów hazard nie stanowi więc istotnego problemu, szczególnie w porównaniu z innymi zachowaniami problemowymi młodzieży, takimi jak używanie substancji psychoaktywnych: *Wydaje mi się, że nie, że to nie jest tak duży problem, jak na przykład alkohol albo...* (1. K.LO) *Narkotyki...* (2. K.LO). Jednak część uczestników potwierdziła, że ich rówieśnicy uprawiają hazard: *Ja znam około 40-50 osób, które w hazardzie siedzą* (K.LO). W jednej z grup fokusowych uczestnicy przyznali, że w ich klasie wielu uczniów gra w pokera na pieniądze – niektórzy z nich bardzo często i niekiedy na terenie szkoły: *Są osoby,*



które grają kilka godzin dziennie i są osoby, które raz na pół roku (M.LO).

## Najbardziej rozpowszechnione formy hazardu

Zdaniem uczestników wywiadów, wśród nastolatków, którzy uprawiają hazard, najbardziej rozpowszechnioną formą są automaty, głównie tzw. jednoręki bandyta. Grają w te gry zarówno chłopcy, jak i dziewczęta: *Maszyny są najbardziej popularne* (M.Tech.). *Wśród moich znajomych to prawie każdy facet [gra]* (K.LO). *A na automaty chodzą też dziewczyny* (K.Tech.). Nastoletnia młodzież obstawia również zakłady bukmacherskie. W zakładach bukmacherskich można obstawiać wyniki rozmaitych zdarzeń, ale najczęściej zakłady dotyczą zawodów sportowych. Z tego względu ta forma hazardu jest szczególnie popularna wśród nastolatków interesujących się sportem: *Zakłady, obstawiają różne rzeczy. Na przykład wyniki meczów* (M.Gm). *Myślę, że bardziej zakłady bukmacherskie, teraz co trzecia osoba w szkole będzie grała...* (M.Tech.). Jeden z uczniów przyznał, że obstawia zakłady bukmacherskie od kilku lat: *Ja w zakładach bukmacherskich gram od 13. roku życia. [...] Może nie miałem problemu, ale może byłem wciągnięty, czasami było tak, że codziennie byłem w bukmacherce* (M.Tech.). Uczestnicy wywiadów wymienili także Lotto. Ta forma była przez nich postrzegana jako mało zagrażająca, powszechna raczej wśród osób starszych, choć niektórzy z uczestników potwierdzili, że kupują czasem kupony tej gry. W jednej z grup wywiązała się na ten temat krótka dyskusja: *Grają starsi chyba [w Lotto]* (1. K.Tech.). *Choć młodzi też* (1. M.Tech.). *Dziadkowie, no* (2. K.Tech.). *Przepraszam bardzo, ja zagrałem.* (1. M.Tech.). Okazało się przy tym, że młodzi ludzie grają w Lotto razem z członkami rodziny: *Oczywiście [gram w Lotto]. Moja babcia to mnie tak namawia* (K.LO). *Ja sobie kiedyś kupiłem z całą rodziną, z mamą i siostrą trzy losy, po jednym dla każdego. I jeden los trafił trójkę, z czego było 18 złotych* (M.LO). Formą hazardu wymienioną przez kilku uczniów było kupowanie tzw. zdrapek: *Zdrapka to jest chyba najwięcej, najbardziej, co nastolatek robi* (M.Gm). Uczniowie wspominali przy tym o mniejszych lub większych wygranych: *Łukasz wygrał w zdrapkę, pochwal się! 50 złotych* (K.LO). Uczestnicy wywiadów mówili ponadto, że młodzież może uprawiać hazard przez internet – obstawiać tam

wyniki zawodów sportowych oraz wydarzeń politycznych, a także grać w pokera lub w ruletkę: *No jest poker, wszystko jest. Jest ruletka, wszystko to, co tylko się potrzebuje* (M.LO). Zdarza się także, iż młodzież bierze udział w konkursach opłacanych przez telefon, choć ta forma hazardu jest najmniej rozpowszechniona. Uprawianą przez młodzież formą hazardu jest również gra w pokera. Z relacji uczestników wynikało, że stawki w grze w pokera są zróżnicowane, zależnie od zasobów finansowych graczy oraz stopnia zaangażowania w grę. W pokera można grać na żetony, zapalki oraz mniejsze lub większe sumy. Uczestnicy jednej z grup podali, że pula wygranej podczas rozgrywek w ich klasie może wynosić od 1 do 2 tys. złotych: *Po wielu rozdaniach dochodzi do takich sum [1-2 tys. złotych]. Jak grają na przykład dwie godziny [...] to wtedy można około 1 tys. złotych najwięcej* (M.LO). Inne formy hazardu, które uprawia młodzież, to zakłady między osobami o dowolne rzeczy. Wygraną są niewielkie kwoty pieniędzy, alkohol lub tzw. przekonanie: *Założyć się można praktycznie o wszystko* (1. M.LO). *Na przykład, którą z dziewczyn nauczyciel weźmie do odpowiedzi* (2. M.LO). [Prowadzący: Jaka jest stawka?] *O przekonanie, ale jeżeli osoby mają odpowiednie zacięcie, mogą się o coś założyć* (1. M.LO).

Zdaniem uczestników wywiadów kasyna są dla młodzieży niedostępne: *Jedyne, gdzie nie można iść, to kasyno* (M.Gm).

## Ocena szansy na wygraną w poszczególnych grach

Opinie dotyczące szans na wygraną w poszczególnych grach hazardowych były zróżnicowane – przeważał jednak pogląd, że szanse na duże wygrane są niewielkie. Automaty są odpowiednio zaprogramowane, aby wygrana za często nie padała: *Te maszyny są jakoś specjalnie zaprogramowane, że raz na sto zagrań jakaś suma wypadnie. I to w zależności od tego, jak często się gra, to te maszyny są przeprogramowane* (K.LO). W zakładach bukmacherskich szanse zależą od wiedzy grającego: *Podczas obstawiania [...] można zwiększyć sobie szansę, mając jakieś tam umiejętności, statystyki się zna, wiedzę się ma* (M.Tech.). Z kolei w Lotto szanse na wysoką wygraną są znikome, w tej grze można wygrać jedynie niewielkie sumy. Z drugiej strony zasady tej gry są uczciwe, i trudno tam również przegrać duże

kwoty: *To akurat jest bardzo uczciwy element losowy. Wiadomo, jakie jest prawdopodobieństwo, ile się płaci za zakład, mniej więcej jaka jest wygrana. Raczej tam ciężko przegrać tysiące* (M.LO). W przypadku pokera szanse na wygraną zależą od kompetencji gracza. Zdaniem uczniów poker jest grą ryzykowną, w której można stracić dużo pieniędzy: *Chyba poker... w pokerze można dość dużo przegrać* (ML\_I). W opinii uczniów konkursy opłacane SMS-ami nie są popularne, ponieważ szanse na wygraną są niewielkie – korzystają na tym tylko organizatorzy tych konkursów.

## Ocena dostępności gier hazardowych dla młodzieży

Zdaniem uczniów dostępność hazardu dla młodzieży zależy od formy gry. Stosunkowo łatwy jest dostęp do automatów – mogą z nich korzystać nawet dzieci: *W wielu barach to nawet dzieciakom dają grać, bo to jest dla nich zysk* (K.LO). Miejsca, w których znajdują się automaty, są usytuowane w wielu punktach miasta i są czynne całą dobę. Ponadto prawo zakazujące dostępu do automatów osobom poniżej 18. roku życia nie zawsze jest przestrzegane: *To znaczy, siedzi jakiś cieciu i pilnuje tych maszyn. Ale on z reguły nie zwraca uwagi, kto tam siedzi, czy masz 18 czy 12 lat* (M.Tech.). Zdarza się jednak, o czym przekonał się jeden z uczniów, że zakaz wstępu do miejsc z automatami jest przestrzegany: *Kiedys z kolegą, tak dla śmiechu, podszedłem do automatu... Podszedłem, i pani mi od razu zwróciła uwagę, że to nie jest dla osób poniżej 18. roku życia*. (M.LO). Niemniej przyłapanie nastolatka na grze nie wiąże się dla niego z żadnymi konsekwencjami: *Bo tam nie sprawdzają dowodów, nigdy w życiu się jeszcze nie spotkałam, żeby sprawdzili dowód* (K.Tech.). *A jakby ci sprawdzili dowód, to co by ci zrobili?* (M.Tech.). Zdaniem uczniów dostęp do zakładów bukmacherskich jest trudniejszy niż do automatów, ponieważ młodzi ludzie są legitymowani w punktach STS: [Zakłady bukmacherskie] *To już może być trochę większy problem. Bo to jest dozwolone od 18. roku życia. I jeżeli nie wygląda się na osobę powyżej 18. roku życia, to mogą od nas zażądać dowodu albo czegoś takiego, i w tym momencie nie możemy korzystać* (M.LO). Ponadto, nawet jeśli nastolatkowi uda się obstawić zakład, to nie będzie mógł odebrać wygranej. Opinie na temat dostępności Lotto były podzielone. Część uważała, że

możliwość nabycia kuponu dla osób poniżej 18. roku życia jest ograniczona, inni sądzili, iż jest to łatwe. Niestety, tak jak w zakładach bukmacherskich, w przypadku wygranej nastolatek nie może odebrać wygranej: *Osoba niepełnoletnia nie może odebrać jakiegokolwiek wygranej. [...] Bo można kupić los nie mając 18 lat, ale nie można odebrać wygranej* (M.Tech.). Podobnie jak w przypadku Lotto, nastolatek może kupić „zdrapkę” (w opinii gimnazjalistów jest to nawet łatwiejsze niż zakup kuponu Lotto), ale tu również nie może odebrać wygranej. Jak już wspomniano, kasyna są dla młodzieży niedostępne, ale w uprawiane tam gry nastolatek może grać przez internet. Zdaniem niektórych uczniów dostęp do hazardu w sieci jest dla młodzieży nieograniczony, ponieważ można tam bez trudu ukryć wiek: *Znaczy jest łatwy w internecie. Bo możesz zaznaczyć, że masz te 18 lat, bla, bla, bla* (M.Tech.). Niektórzy z uczestników byli jednak zdania, że dostęp do gier hazardowych przez internet jest trudny. Hazard przez internet został zakazany przez prawo, a ponadto, aby przystąpić do gry, trzeba się wylegitymować lub podać numer karty płatniczej: *Ja się nie zgadzam, że z internetu można łatwo grać w takie gry. Bo trzeba podać numer karty bankowej, bądź też dowodu osobistego. Nawet, jakby się podwędziło mamie, to numeru karty bankowej przecież nie podam* (M.LO). Najłatwiejszy, zdaniem uczniów, jest dostęp do pokera – gra nie wymaga bowiem ani sprzętu, ani specjalnego miejsca, ani gotówki – wyniki można zanotować i dokonać rozliczeń później: *W pokera można zagrać praktycznie wszędzie, wystarczy mieć karty* (1.M.LO). *Nawet pieniędzy nie trzeba mieć, można notować* (2.M.LO).

## Powody uprawiania hazardu

Podczas dyskusji grupowej niektórzy z uczestników podzielili się refleksjami na temat przyczyn uprawiania hazardu. W opinii tych uczniów tym powodem jest ciekawość, emocje związane z grą oraz „popisanie” się przed rówieśnikami posiadaniem pieniędzy: *Albo popis. Że mają pieniądze, że mogą poświęcić jakąś kwotę na gry* (K.LO). Motywem skłaniającym do hazardu może być także chęć zdobycia pieniędzy, zwłaszcza wtedy, gdy nastolatek ma problemy finansowe: *Nieraz ich sytuacja zmusza do tego, taka życiowa czy ostateczna, że zagram, może mi się uda, bo jestem w fatalnej sytuacji* (K.LO). Przyczyną upowszechnienia hazardu wśród

młodzieży są także zabiegi marketingowe organizatorów gier: *Są jeszcze takie akcje, że możesz wygrać samochód, była taka akcja, że można było wygrać trzy mercedesy (K.Tech.). Poker, zdaniem uczniów z jednej z grup, jest atrakcyjny dla graczy ze względu na swój aspekt psychologiczny oraz intelektualny, wymaga bowiem umiejętności taktycznych i matematycznych: Musisz umieć liczyć prawdopodobieństwo. Widzisz swoje karty, musisz obliczyć prawdopodobieństwo, że ktoś ma wyższy układ niż ty (M.LO).*

## Hazard jako problem nastolatka

Zdaniem gimnazjalistów, czyli najmłodszych uczestników wywiadów, hazard nie stanowi zagrożenia dla zwykłych nastolatków (czyli takich, którzy nie mają bogatych rodziców), ponieważ nie posiadają oni na to dostatecznych funduszy: *Typowy nastolatek nie ma tyle pieniędzy, żeby na to wydawać (M.Gm).* Zagrożeni są natomiast młodzi ludzie, którzy mają dostęp do dużych pieniędzy: *Może, jeśli ma na przykład, jest wyjątkowo bogaty, niekontrolowany przez rodziców (M.Gm).* Zdania starszych uczestników były podzielone. Niektórzy uważali, że w przypadku nastolatków hazard nie stanowi problemu, co uzasadniali tym, iż nie znają takich osób. Inni, na podstawie doświadczeń swoich znajomych, twierdzili, że hazard może być problemem nastolatka: *No, może. Z tego, co ja widziałem po moich znajomych, to każda złotówka [jest przeznaczana na grę]. Wyciągał ode mnie gość złotówkę, po prostu jedną złotówkę, żeby pójść i zagrać (M.LO).*

Hazard może stać się problemem nastolatka, ponieważ młodzi ludzie nie zdają sobie sprawy z ryzyka związanego z grami: *Tak, bo myślę, że jeśli młodzi ludzie biorą udział w takich grach hazardowych, to nie mają świadomości, z czym to się wiąże (M.Tech.).* Pojawiły się także opinie, że problem może dotyczyć tych nastolatków, którzy chcą w łatwy sposób zdobyć pieniądze: *Najgorzej, jak człowiek pomyśli sobie, że chce się utrzymywać z tego. Grać to sobie można. Dopiero potem, jak ktoś sobie myśli, że może się z tego utrzymać, to już jest problem (M.Tech.).* Nasileniu problemu mogą więc sprzyjać wygrane, ponieważ stanowią zachętę do dalszej gry: *Jak raz się wygra, to gra się cały czas (K.ZSZ).* W jednej z grup wywiązała się dyskusja dotycząca związków pomiędzy hazardem a innymi zachowaniami problemowymi młodzieży. Wynikało,

że uczniowie są zdania, iż uprawianie hazardu może w większym stopniu dotyczyć nastolatków mających problemy rodzinne lub biorących narkotyki, a także uzależnionych od alkoholu.

## Sygnały wskazujące na problem z hazardem

Uczestnicy wywiadów grupowych zostali zapytani o sygnały, które ich zadaniem wskazują na problem nastolatka z hazardem. Wymienione przez nich przykłady opisywały symptomy uzależnienia, takie jak: silne pragnienie lub uczucie przymusu uprawiania hazardu, przeznaczanie zbyt dużej ilości czasu na gry, agresję w przypadku przegranej oraz ponawiane próby odgrywania się. Oto przykłady wypowiedzi: *Nawet tego nie lubi, ale musi (M.LO).* *Spędza cały dzień przy tym hazardzie (K.Gm).* *Jak to przegrasz, to może zdarzyć się tak, że maszyna wyleci przez okno (M.Tech.).* *Znam kolegę, że gra dopóki się nie odkuje. Już nie może ze dwa miesiące się odkuć (M.Tech.).* Wymieniono także problemy w relacjach z otoczeniem i zaniedbywanie obowiązków: *Wtedy, kiedy zaczyna to mieć jakiś realny wpływ na nasze życie prywatne, w kontaktach ze znajomymi i na sytuację finansową (M.Tech.).* Uczniowie mówili także o problemach finansowych, takich jak utrata kontroli nad sumami pieniędzy przeznaczanych na grę oraz zaciąganie długów: *Że pieniądze, które zarabia, zdobywa czy jakkolwiek inaczej otrzymuje, wszystkie, no prawie wszystkie przeznacza na hazard (M.LO).*

## Podsumowanie i wnioski

Wypowiedzi uczniów zebrane podczas wywiadów grupowych wskazują, że nie postrzegają oni hazardu jako problemu szczególnie rozpowszechnionego wśród młodzieży w wieku szkolnym. Niektórzy z naszych rozmówców, szczególnie gimnazjaliści, w ogóle nie zetknęli się z tym problemem. Niemniej jednak niektórzy z uczestników badań potwierdzali własne doświadczenia z różnymi rodzajami gier hazardowych. Opisywano także przypadki uprawiania hazardu w sposób problemowy, przykładem są tu uczniowie grający na terenie szkoły w pokera o wysokie stawki. Uprawianie hazardu może zaspokajać ważne potrzeby nastolatków – łączyć się bowiem z silnymi emocjami, ekscytacją i rywalizacją.



Wygrane mogą też sprzyjać wzmocnieniu poczucia własnej wartości, ponieważ świadczą o umiejętnościach taktycznych, matematycznych czy wiedzy sportowej nastolatka.

Młodzież posiada wiedzę na temat zagrożeń związanych z uprawianiem hazardu, wskazywano też na związki pomiędzy hazardem a innymi problemami nastolatków, w tym z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Młodzi ludzie zdają sobie też sprawę z tego, iż szanse na wysokie wygrane są znikome. Mimo to jednak motywem uprawiania hazardu przez nastolatków może być również chęć zdobycia pieniędzy.

Uzyskane dane wskazują, że programy dotyczące hazardu mogą być realizowane w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, o ile uczniowie lub personel będą tym zainteresowani. Warto również wprowadzić do regulaminów tych szkół zasadę zakazującą gier hazardowych na terenie szkoły. Przydatne byłoby też opracowanie programu krótkich interwencji wobec uczniów uprawiających hazard i przygotowanie pedagogów szkolnych do ich prowadzenia. Należy również

podjąć starania, by prawo zakazujące nieletnim dostępu do hazardu – szczególnie automatów – było skuteczniej egzekwowane.

## Bibliografia

Brezing Ch., Derevensky J.L., Potenza M.N., „Non-substance Addictive Behaviors in Youth: Pathological Gambling and Problematic Internet Use”, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3): 625–641, 2010.

Pisarska A., Ostaszewski K., Raduj J., Wójcik M., „Czynniki związane z hazardem, kompulsywnymi zakupami oraz nadużywaniem Internetu wśród młodzieży w wieku 12-19 lat”, *Instytut Psychiatrii i Neurologii*, Warszawa 2014.

Sussman S., Lisha N., Griffiths M., „Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority?”, *Evaluation and the Health Professions*, 34(1): 3–56, 2011.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Badania zrealizowano ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji ministra zdrowia
- <sup>2</sup> Oznaczenia cytatów: K – dziewczyna, M – chłopiec, Gm – uczeń gimnazjum, LO – uczeń liceum, Tech. – uczeń technikum, ZSZ – uczeń szkoły zawodowej. W przypadku zapisu dialogu między uczniami uczestnicy oznaczeni są cyframi 1, 2, 3.

*Od kilkunastu lat Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii realizuje badania ilościowe, których celem jest określenie skali zjawiska używania narkotyków. Ostatni projekt został przeprowadzony na przełomie 2014 i 2015 roku przez Fundację CBOS w ramach badań dotyczących uzależnień behawioralnych. W poprzednim numerze Serwisu przedstawiono wyniki dotyczące uzależnień behawioralnych, w niniejszym zaprezentujemy dane na temat narkotyków i „dopalaczy”.*

# UŻYWANIE NARKOTYKÓW I „DOPALACZY” W POPULACJI GENERALNEJ

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

## Metodologia i próba

Badanie zrealizowano w okresie listopad 2014 roku – luty 2015 roku. Próbkę badawczą stanowiły osoby powyżej 15. roku życia (1379). W badaniu posłużono się metodą bezpośredniego wywiadu ankietarskiego (*face-to-face*), wspomaganego komputerowo (CAPI). Kwestionariusz dla respondentów został opracowany w postaci skryptu elektronicznego – ankieter przeprowadzał wywiad, posługując się laptopem, zaznaczając

bądź zapisując na ekranie odpowiedzi respondenta na pytania kwestionariusza. Elektroniczna konstrukcja kwestionariusza ogranicza błędy ankietarskie, a fakt, że dane były przesyłane bezpośrednio do centrum informatycznego CBOS (z pominięciem etapu ich wprowadzania) skrócił czas opracowania wyników i niwelował możliwość popełnienia błędów podczas wprowadzania danych.

Do niniejszej analizy wykorzystano wyniki z wywiadów kwestionariuszowych osób w wieku 15-64 lata (N=1135).

## Dostępność substancji psychoaktywnych

W kwestionariuszu respondenci mieli możliwość określenia stopnia dostępności poszczególnych substancji, do których oprócz narkotyków zaliczone zostały również leki nasenne i uspokajające, „dopalacze” oraz alkohol. Tabela 1. zawiera wyniki uzyskanych odpowiedzi. Do środków, do których w opinii badanych dostęp jest największy, zaliczają się leki uspokajające i nasenne oraz bimbler. Ponad 40% respondentów stwierdziło, że zdobycie którejkolwiek z tych substancji byłoby łatwe lub bardzo łatwe. Z kolei dla 10% badanych zdobycie leków byłoby niemożliwe, w przypadku bimbru odsetek ten wynosił 16%.

W przypadku przetworów konopi indyjskich, których wskaźniki używania są w Polsce najwyższe, ponad 27% respondentów wskazało, że nie miałyby problemu z dostępem do tych substancji, z kolei 26% ankietowanych miało problem z określeniem stopnia dostępności. 46% osób stwierdziło zaś, że zdobycie marihuany lub haszyszu byłoby dla nich trudne lub wręcz niemożliwe. Podobne rozkłady wartości odnotowano w przypadku nowych substancji psychoaktywnych. W opinii 27% respondentów nie mieliby oni problemu ze zdobyciem tzw. dopalaczy, z kolei 41% zadeklarowało, iż zdobycie tych substancji stanowiłoby dla nich problem. Co trzeci badany miał trudności w udzieleniu odpowiedzi na to pytanie.

Amfetamina oraz sterydy anaboliczne są łatwo dostępne dla 16% badanych, z kolei ze zdobyciem MDMA i halucynogenów (grzybów halucynogennych oraz LSD) nie miałyby trudności odpowiednio 12% i 10% ankietowanych. Najniższe wskaźniki obserwuje się w przypadku opioidów (heroina i kompot), kokainy i GHB. W przypadku ww. substancji odnotowano najwyższe wartości dla odpowiedzi „niemożliwe”, „bardzo trudne” i „dosyć trudne” – z przedstawionych w tabeli danych wynika, że mniej więcej co drugi ankietowany wskazywał na trudności w zdobyciu którejkolwiek z opisywanych wyżej narkotyków (przy czym najwyższy odsetek odnotowano w przypadku heroiny i kokainy).

## Używanie narkotyków

Jednym z głównych celów przeprowadzonego w 2015 roku badania było określenie skali używania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Respondentów pytano o kontakt z substancjami psychoaktywnymi w ciągu

30 dni przed badaniem, co jest wskaźnikiem używania bieżącego; ostatnich 12 miesięcy (używania ostatniego, czyli aktualnego) oraz kiedykolwiek w życiu. Osoby, które zadeklarowały używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy określamy jako okazjonalnych użytkowników narkotyków, a te, które przyznały się do kontaktu z narkotykiem kiedykolwiek w życiu – eksperymentującymi z substancjami psychoaktywnymi. W trakcie wywiadu pytano o każdą substancję oddzielnie, zaczynając od deklaracji używania kiedykolwiek w życiu, a następnie o używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni. Do używania jakiegokolwiek narkotyku przyznało się 16,4% badanych, przy czym najbardziej popularnymi wśród badanych substancjami są przetwory konopi indyjskich. Do ich używania kiedykolwiek w życiu przyznało się 16,2% badanych. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia plasuje się amfetamina i ecstazy (po 1,6%), dalej kokaina (1,4%) oraz „dopalacze” i LSD (po 1,3%). Do używania grzybów halucynogennych przyznało się 1,1% respondentów. Konsumpcja pozostałych substancji nie przekroczyła poziomu 1%. Do okazjonalnych użytkowników marihuany i haszyszu (odpowiedzi dotyczące używania w ciągu ostatniego roku) zalicza się 4,6% respondentów. Rozpowszechnienie używania pozostałych substancji utrzymywało się na poziomie poniżej 0,5%. Analizując wskaźniki dotyczące bieżącego używania substancji psychoaktywnych (ostatnie 30 dni), odnotowano natomiast, że używanie przetworów konopi utrzymuje się na poziomie 2%.

## Używanie według płci i wieku

Zmienną różnicującą poziom konsumpcji substancji psychoaktywnych jest m.in. płeć. Z badania wynika, że mężczyźni o wiele częściej niż kobiety sięgają po narkotyki. 22,5% mężczyzn używało kiedykolwiek marihuany lub haszyszu, podczas gdy wśród kobiet wskaźnik ten wyniósł 10,5%. O wiele mniej kobiet niż mężczyzn używało amfetaminy (3% mężczyzn oraz 0,5% kobiet). Podobne odsetki odnotowano w przypadku ecstazy. Substancją, której kobiety używały częściej od mężczyzn, jest GHB, ale odsetki są tak niskie, że trudno jest wysnuć z tego jednoznaczny wniosek. Dane dotyczące używania narkotyków według płci zostały przedstawione w tabeli 3.

**Tabela 1. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych: rozkład odpowiedzi na pytanie, jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji (%).**

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem	Brak danych
Leki uspokajające lub nasenne	10,7	11,7	15,6	28,7	12,7	20,5	0,1
Marihuana lub haszysz	22,3	13,4	10,6	18,5	9,1	26,0	0,0
LSD	27,5	14,6	10,1	8,6	2,2	37,0	0,0
Grzyby halucynogenne	28,6	14,0	8,5	8,2	2,4	38,2	0,2
Ecstasy	27,4	13,7	8,5	10,1	2,5	37,6	0,3
Amfetamina	26,9	13,9	9,2	12,1	4,5	33,4	0,0
Kokaina	30,1	15,4	8,3	7,5	2,1	36,5	0,0
Heroina	30,6	16,4	7,0	6,3	1,3	38,4	0,0
Sterydy anaboliczne	27,2	13,0	7,9	11,3	5,2	35,3	0,0
GHB	31,4	13,4	5,8	7,0	1,5	40,8	0,2
„Kompot”	29,6	13,6	6,7	7,5	1,9	40,7	0,0
„Dopalacze”	22,1	11,8	7,0	18,8	8,6	31,4	0,2

Czynnikiem różnicującym używanie substancji psychoaktywnych, oprócz płci, jest także wiek. W tabeli 4 zostały przedstawione wyniki dotyczące używania poszczególnych substancji psychoaktywnych w pięciu grupach wiekowych. Najwyższy odsetek użytkowników narkotyków odnotowano wśród badanych w wieku 25-34 lata. Prawie co trzeci respondent z tej grupy sięgał po

przetwory konopi (30,8%), a wśród osób w wieku 15-24 lata – co czwarty (25,3%). Ecstasy używało w ciągu całego życia 5,3% respondentów, niewiele mniej, bo 4,3%, sięgało po amfetaminę i kokainę. Analizując starsze grupy wiekowe (ponad 34 lata), można stwierdzić, że używanie narkotyków wiąże się głównie z konsumpcją marihuany. Co siódmy badany w wieku 35-44 lata miał kontakt z przetworami konopi. W przypadku amfetaminy odsetek ten wyniósł 3,3%, a grzybów halucynogennych – 2,1%. Używanie pozostałych substancji nie przekraczało 2%.

**Tabela 2. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni (%).**

	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy	W czasie ostatnich 30 dni
Jakiegokolwiek narkotyk	16,4	4,7	2,2
Marihuana lub haszysz	16,2	4,6	2,1
LSD	1,3	0,1	0,1
Amfetamina	1,7	0,2	-
Grzyby halucynogenne	1,1	0,3	-
Ecstasy	1,6	0,4	0,2
Kokaina	1,4	0,2	-
Heroina	0,2	-	-
Metadon	0,0	-	-
„Kompot”	-	-	-
GHB	0,2	-	-
Sterydy anaboliczne	0,2	0,2	0,2
Substancje wziewne	0,8	0,1	-
„Dopalacze”	1,3	0,4	0,2
Inne	0,8	0,3	0,1

## Kto używa narkotyków?

Wyniki używania jakiegokolwiek narkotyku<sup>1</sup> kiedykolwiek w życiu oraz w ciągu ostatnich 12 miesięcy zostały przedstawione w tabeli 5. Narkotyki dwukrotnie częściej są zażywane przez mężczyzn (22,5%) niż kobiety (10,8%). W przypadku wskaźnika konsumpcji w ciągu ostatniego roku ponad trzykrotnie częściej. Eksperymentowanie z narkotykami najczęściej deklarowały osoby z przedziału wiekowego 25-34 lata. Do używania ich kiedykolwiek przynależało się 30,7% badanych w tym wieku, a do zażywania w ciągu ostatniego roku 10,7%. W ciągu ostatniego roku częściej po narkotyki sięgały osoby niezamężne (12,4%) niż zamężne (1,3%), jak również zamieszkujące w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (14,1%) niż na wsi (2,2%). Najniższy wskaźnik aktualnego używania narkotyków odnotowano na wsi (2,2%); im większa miejscowość, tym większe wskaźniki używania. Analizując status społeczno-zawodowy respondentów, najwyższe odsetki aktualnych



użytkowników odnotowano wśród uczniów i studentów (11,5%), pracowników umysłowych z wyższym wykształceniem (8,3%), zaś w grupach rolników indywidualnych, robotników niewykwalifikowanych, emerytów i rencistów oraz osób prowadzących gospodarstwo domowe w ogóle nie odnotowano używania narkotyków w ciągu ostat-

**Tabela 3. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu oraz w ciągu ostatniego roku wg płci badanych (%).**

	Kiedykolwiek		12 miesięcy	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Jakiegokolwiek narkotyk	22,5	10,7	7,9	1,7
Marihuana lub haszysz	22,5	10,5	7,7	1,7
LSD	2,5	0,2	0,2	-
Amfetamina	3,0	0,5	0,4	-
Grzyby halucynogenne	1,8	0,3	0,6	-
Ecstasy	3,0	0,3	0,7	-
Kokaina	2,6	0,2	0,4	-
Heroina	0,2	0,2	-	-
Metadon	-	-	-	-
„Kompot”	-	-	-	-
GHB	-	0,4	-	-
Sterydy anaboliczne	0,4	-	0,4	-
Substancje wziewne	1,3	0,3	0,4	-
„Dopalacze”	2,6	0,2	0,7	-
Inne	1,1	0,4	0,3	0,2

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

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Marihuana lub haszysz	25,3	30,8	14,6	6,7	2,7
LSD	1,0	3,1	2,1	-	-
Amfetamina	0,0	4,3	3,3	0,0	0,0
Grzyby halucynogenne	0,9	2,2	2,1	0,0	0,0
Ecstasy	0,3	5,3	1,8	0,0	0,0
Kokaina	0,0	4,3	1,3	0,0	0,5
Heroina	0,0	0,2	0,6	0,0	0,0
Metadon	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
„Kompot”	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
GHB	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
Sterydy anaboliczne	0,9	0,0	0,0	0,1	0,0
Substancje wziewne	0,8	1,1	0,7	1,3	0,0
„Dopalacze”	0,0	4,4	1,2	0,0	0,0
Inne	0,3	1,9	1,0	0,0	0,4

niego roku. Dane dotyczące wykształcenia wskazują na największą popularność używania narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród gimnazjalistów (10,0%) oraz osób z wykształceniem wyższym (8,1%). Niewątpliwie czynnikiem chroniącym jest aktywny udział w praktykach religijnych. Wśród osób wierzących i praktykujących aktualnych użytkowników narkotyków było tylko 1,8%, zaś wśród niewierzących i niepraktykujących 26%.

Ocena atmosfery w domu także łączy się z używaniem przez respondentów narkotyków substancji psychoaktywnych. Co piąty badany, który zażywał narkotyki, ocenił sytuację w domu jako złą. Wyniki dotyczące oceny poziomu szczęścia należy jednak traktować z ostrożnością, ponieważ tylko kilkanaście osób zadeklarowało, że są nieszczerliwie.

## Używanie „dopalaczy” w 2014 roku

W 2008 roku w Polsce pojawiły się na rynku nowe substancje psychoaktywne, które były sprzedawane przez sklepy stacjonarne. Pierwsza sieć sklepów miała nazwę „dopalacze”, w wyniku czego cała grupa nowych substancji psychoaktywnych o różnym działaniu została nazwana „dopalaczami”. W 2010 roku, czyli w szczytowym momencie rozwoju sklepów oferujących takie substancje, na rynku działało kilka firm, które – wykorzystując franchising – w szybkim tempie rozbudowywały sieć sprzedaży. Oprócz firmy dopalacze.com były to sklepy pod nazwą smartshop czy smilesop. Warto podkreślić, że wbrew nazwie wśród „dopalaczy” jest wiele substancji, które nie mają działania pobudzającego, takich jak: syntetyczne kannabinoidy (np. AM 2201 stanowiący zamiennik dla marihuany), opioidy (np. AH-7921 czy U47700) czy środki halucynogenne (np. 25I-NBOMe). Jednakże „dopalacze” z grupy syntetycznych katynonów, działające podobnie do amfetaminy, stanowią dużą grupę środków na rynku nowych substancji psychoaktywnych. Razem z syntetycznymi kannabinoidami stanowią dwie najbardziej popularne grupy nowych substancji psychoaktywnych. Po kilku latach od zamknięcia ponad 1300 skle-

pów, w 2010 roku, sprzedaż „dopalaczy” zaczęła ponownie rosnąć. W 2013 roku odnotowano wzrost liczby zatruć z powodu używania nowych substancji psychoaktywnych. Zamknięcie sklepów z „dopalaczami” w październiku 2010 roku spowodowało rozwój ich sprzedaży w internecie. W sieci sprzedawane są produkty gotowe do spożycia, takie jak np. Funky czy Sztywny Misza, które nie zawierają informacji o składzie. Można także kupić czyste substancje, na stronach oferujących je jako materiały do analiz chemicznych, np. w postaci odczynników chemicznych. Niektóre z tych stron funkcjonują w internecie pod hasłem research chemicals (związki chemiczne do badań). Kolejnym źródłem zaopatrzenia są dilerzy, którzy oferują „dopalacze” obok tradycyjnych narkotyków. W ramach badania poświęcono tym substancjom oddzielny blok pytań. Do ich używania kiedykolwiek w życiu przyznał się niewielki odsetek badanych (2,2%). W ciągu ostatniego roku „dopalaczy” używało 0,5% badanych, a miesiąca – 0,2%. Połowa badanych (46%), którzy używali „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku, używała ich w formie proszku lub tabletek. W znacznie mniejszym zakresie zażywane były mieszanki ziołowe (17%) i płyny (17%). Co trzecia osoba kupiła „dopalacze” w internecie (32%), część badanych zaopatrywała się w nowe substancje psychoaktywne w specjalnym sklepie (17%). Ponad połowa ankietowanych zadeklarowała, iż kupiła lub dostała je od znajomego

(60%). Ze względu na małą grupę użytkowników tych substancji w ciągu ostatniego roku wyniki dotyczące formy „dopalaczy” oraz miejsca zakupu należy traktować z ostrożnością. Respondencie proszeni o nazwy „dopalaczy” podawali: Krysztal 3MMC oraz JHW. Pierwsza to substancja z grupy syntetycznych katynonów, druga należy do grupy syntetycznych kannabinoidów.

## Trendy w używaniu narkotyków

Na wykresie 1. przedstawiono dane dotyczące używania poszczególnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Dane pochodzą z badań przeprowadzonych w 2006, 2010 roku oraz na przełomie 2014/2015 roku. Zastosowanie czteroletniego odstępu pomiędzy kolejnymi badaniami pozwala na prześledzenie trendu w okazjonalnym używaniu narkotyków. Należy pamiętać, że na wzrost lub spadek wskaźników mogą mieć wpływ różnice w metodologii badania, zmiany w postawach społecznych oraz zmiany prawne. Omawiane badania były realizowane tą samą metodą, jednakże za każdym razem część terenową realizowała inna firma badawcza.

Z wykresu wynika, że najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia wszystkich narkotyków odnotowano w 2010 roku, przy czym najwyższe odsetki badanych odnotowano w przypadku przetworów konopi. Prawie co 10 badany deklarował okazjonalne używanie marihuany lub haszyszu, dla porównania wskaźniki dla 2006 roku i 2015 roku wynosiły odpowiednio 2,7% i 4,6% (podobne trendy obserwowano w 2012 roku, okazjonalne używanie kannabinoidów wynosiło wówczas ok. 4%). Konsumpcja pozostałych środków nie przekraczała 2%, przy czym w stosunku do wcześniejszych pomiarów 2010 roku oraz 2006 roku odnotowano niewielki spadek przyjmowania amfetaminy. Do porównań nie wzięto pod uwagę używania „dopalaczy”, ponieważ w 2010 roku o używanie nowych substancji psychoaktywnych pytano tylko osoby, które były w sklepach z „dopalaczami”. W związku z zamknięciem sklepów w 2010 roku w ostatnim pomiarze zrezygnowano z tego pytania.

**Wykres 1. Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy – wyniki badań GPS (15-64 lata) (%)**

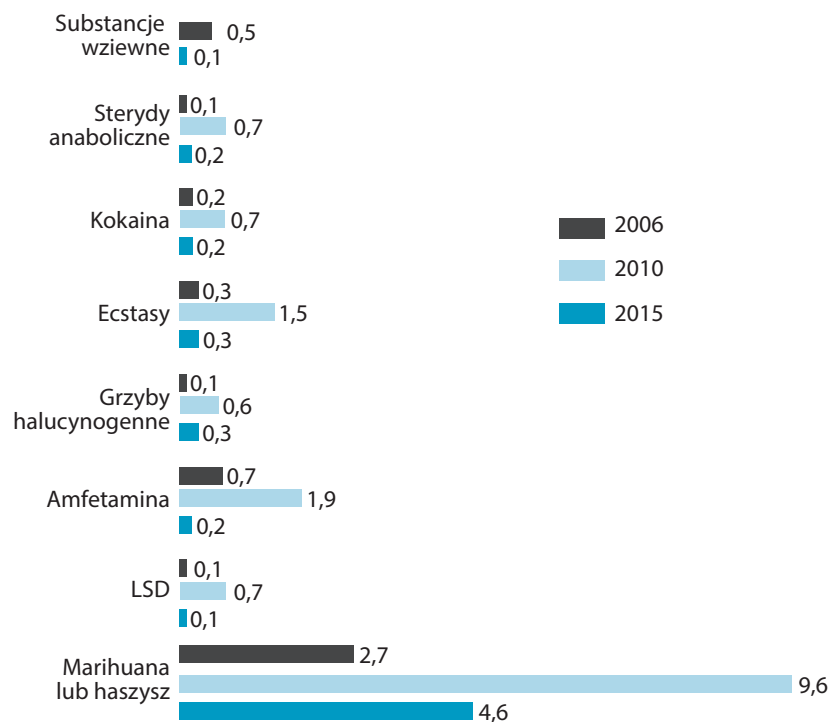


Tabela 5. Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy wg cech społeczno-demograficznych (%).

	Kiedykolwiek	Ostatnie 12 miesięcy
<b>Płeć</b>		
Mężczyźni	22,5	7,9
Kobiety	10,8	1,7
<b>Wiek</b>		
15-24	25,4	9,2
25-34	30,7	10,7
35-44	15,3	2,1
45-54	6,8	0
55-64	2,6	0,8
<b>Stan cywilny</b>		
Kawaler/panna	30,4	12,4
Żonaty/zamężna	9,6	1,3
Rozwiedziony/rozwiedziona	21,7	2,9
Wdowiec/wdowa	5,0	2,4
<b>Wielkość miejscowości</b>		
Miasto 500 tys. mieszkańców i powyżej	29,1	14,1
Miasto od 100 000 do 499 999	20,8	7,1
Miasto od 50 000 do 99 999	23,3	5,9
Miasto od 20 000 do 49 999	21,6	3,6
Miasto do 19 999 mieszkańców	11,4	3,5
Wieś	9,7	2,2
<b>Wykształcenie</b>		
Podstawowe	4,0	-
Gimnazjalne	15,8	10,0
Zasadnicze zawodowe	9,8	2,4
Średnie	15,1	4,3
Wyższe	29,5	8,1
<b>Posiadanie dzieci</b>		
Bezdzietni	29,7	11,3
Posiadający dziecko	9,7	1,3

	Kiedykolwiek	Ostatnie 12 miesięcy
<b>Status społeczno-zawodowy</b>		
Rolnik indywidualny	1,4	-
Robotnik niewykwalifikowany	-	-
Robotnik wykwalifikowany	16,7	4,6
Pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia	8,5	2,8
Pracownik umysłowy z wyższym wykształceniem	29,1	8,3
Przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec	18,8	2,1
Wojskowy, policjant	38,5	7,7
Osoba prowadząca gospodarstwo domowe, zajmująca się domem, dziećmi itp.	10,6	-
Student, uczeń	27,5	11,5
Bezrobotny lub czasowo bez zatrudnienia	15,1	4,8
Emeryt lub rencista	3,1	-
Inny status	9,1	-
<b>Miejsce wychowania</b>		
W mieście	22,8	6,7
Na wsi	10,3	2,7
<b>Stosunek do religii</b>		
Wierzący i praktykujący	8,7	1,8
Wierzący i niepraktykujący	26,4	7,0
Niewierzący, ale przywiązany do niektórych praktyk religijnych	26,5	14,3
Niewierzący i niepraktykujący	57,1	26,0
Trudno powiedzieć	60,0	-
<b>Ocena atmosfery panującej w domu</b>		
Bardzo dobra	18,9	5,9
Raczej dobra	11,9	2,0
Różnie bywa, czasem dobra, czasem zła	16,0	5,7
Raczej zła	30,0	20,0
<b>Czy czuje się szczęśliwy</b>		
Tak	15,3	3,6
Raczej tak	16,7	6,5
Ani tak, ani nie	24,1	6,5
Raczej nie	10,7	-
Nie	-	-

## Przypisy

<sup>1</sup> Zmienna jakiegokolwiek narkotyku została utworzona na podstawie odpowiedzi respondentów, którzy w pytaniach odnoszących się do określonych substancji psychoaktywnych wskazali chociaż raz odpowiedź „tak” w przypadku następujących kategorii odpowiedzi: kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w ciągu ostatnich 30 dni. Do zmiennej jakiegokolwiek narkotyku włączone zostały następujące środki: marihuana, haszysz, LSD, amfetamina, grzyby halucynogenne, ecstasy, kokaina, crack, heroina, metadon, polska heroina (tzw. kompot), GHB oraz zmienna „inne substancje”.

*Od wielu lat zajmuję się edukacją dorosłych i tworzenie rzeczywistych sytuacji edukacyjnych niezmiennie dostarcza mi satysfakcji i radości. Dlatego też ucieszyła mnie propozycja poprowadzenia warsztatu z ewaluacji. Jego bazą był mój podręcznik „Ewaluacja krok po kroku. Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych”.*

## EWALUACJA NA WARSZTACIE

Jagoda Latkowska

Edukatorka, psychoterapeutka,

superwizorka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

Zgodnie z koncepcją Davida Kolba, amerykańskiego teoretyka metod nauczania, uczenie się przez doświadczenie następuje w pewnym porządku, nazwanym od jego nazwiska cyklem Kolba. Proces ten ma cztery fazy. Nasze zaangażowanie w konkretne zadanie (faza doświadczania) zostaje poddane refleksji i rozumieniu (faza refleksji), uporządkowane poznawczo i wzbogacone przez teorię (faza zdobywania wiedzy), po czym nowe treści poznawcze zostają włączone do praktyki (faza zastosowania), a więc znów jesteśmy na poziomie doświadczenia.

Cykl Kolba opisuje proces uczenia się, który różni się od nauczania, czyli przekazywania wiedzy. Zawiera nie tylko – jak w nauczaniu – możliwość zaciekawienia się i intelektualnego poznania, lecz także szansę na

głębsze, oparte na osobistym przeżyciu, zrozumienie i praktyczne zastosowanie nowych treści. Skuteczność

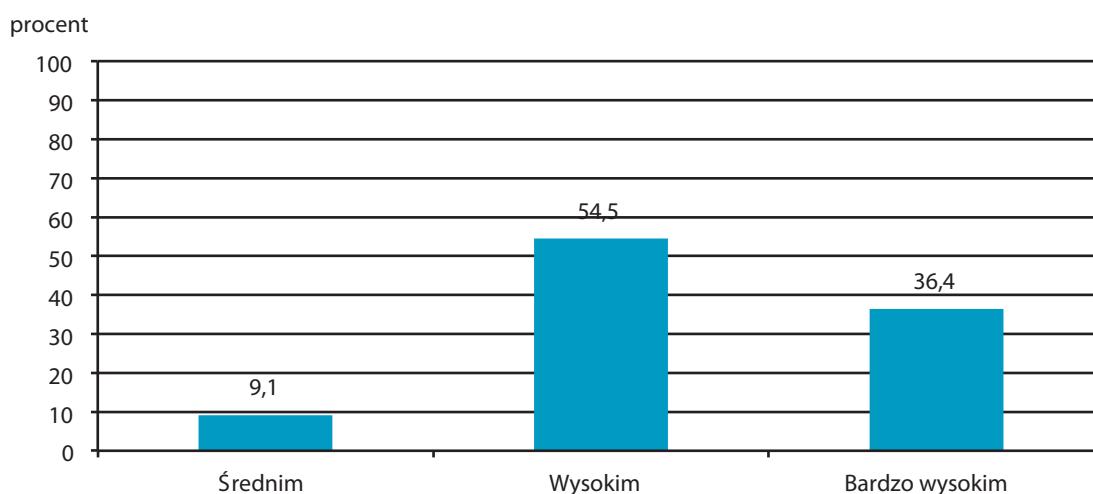
*Szkolenie zatytułowane „Metody prowadzenia ewaluacji procesu” było skierowane do osób pracujących w małych organizacjach pozarządowych, realizujących programy profilaktyczne i związane z nimi ewaluację wewnętrzną własnych działań.*

tego uczenia się zwielokrotniają sytuacje pracy grupowej, gdy pojawia się różnorodność doświadczeń i perspektyw, która poszerza rozumienie. Uczestniczenie w procesie uczenia się jest inspirujące i ekscytujące.

Od wielu lat zajmuję się edukacją dorosłych i tworzenie rzeczywistych sytuacji edukacyjnych niezmiennie dostarcza mi satysfakcji i radości. Dlatego też ucieszyła mnie propozycja

poprowadzenia warsztatu z ewaluacji. Jego bazą poznawczą był mój podręcznik „Ewaluacja krok po kroku. Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych”<sup>1</sup>. Pomysł podręcznika, a w zasadzie poradnika, wyniknął z moich doświadczeń edukacyjnych związa-

**Wykres 1. W jakim stopniu szkolenie spełniło Twoje oczekiwanie? (N=11).**





nych z ewaluacją, gdyż od kilku lat prowadzę zajęcia związane z tym tematem. Na warsztat wybrałam przede wszystkim takie treści, które wspierają ludzi w praktycznym działaniu.

Szkolenie zatytułowane „Metody prowadzenia ewaluacji procesu”<sup>22</sup> było skierowane do osób pracujących w małych organizacjach pozarządowych, realizujących programy profilaktyczne i związaną z nimi ewaluację wewnętrzną własnych działań, a więc osób, dla których został napisany podręcznik. W czasie zajęć mogłam sprawdzić, w jakim stopniu moja publikacja spełnia kryterium praktycznej użyteczności, na ile zawarty w niej pomysł na uczenie ewaluacji, sprawdza się w zetknięciu z konkretnymi projektami i pytaniami. W zaproszeniu wysłanym do uczestników wyrażona była bowiem zachęta do pracy nad aktualnie realizowanymi programami. Fragment tego zaproszenia brzmiał: „Chciałabym poprosić o przygotowanie się, które znacznie podniesie praktyczne korzyści, jakie będziecie mogli Państwo odnieść podczas naszej wspólnej pracy. Przygotowanie dotyczy programów, jakie Państwo realizujecie lub zamierzacie realizować i które poddajecie lub zamierzacie poddać ewaluacji. Będę wdzięczna za przyniesienie na warsztat opisów tych programów, w takiej formie, w jakiej macie je Państwo opracowane. Byłoby wskazane, żeby opis uwzględniał co najmniej: potrzeby/problemy, na jakie program odpowiada, oraz cele i działania podejmowane dla ich osiągnięcia”.

Szkolenie miało przygotować uczestników do zaplanowania i przeprowadzenia ewaluacji procesu – czyli

takiego zakresu ewaluacji programu, który jest zazwyczaj wymagany jako minimum przez instytucje finansujące programy profilaktyczne.

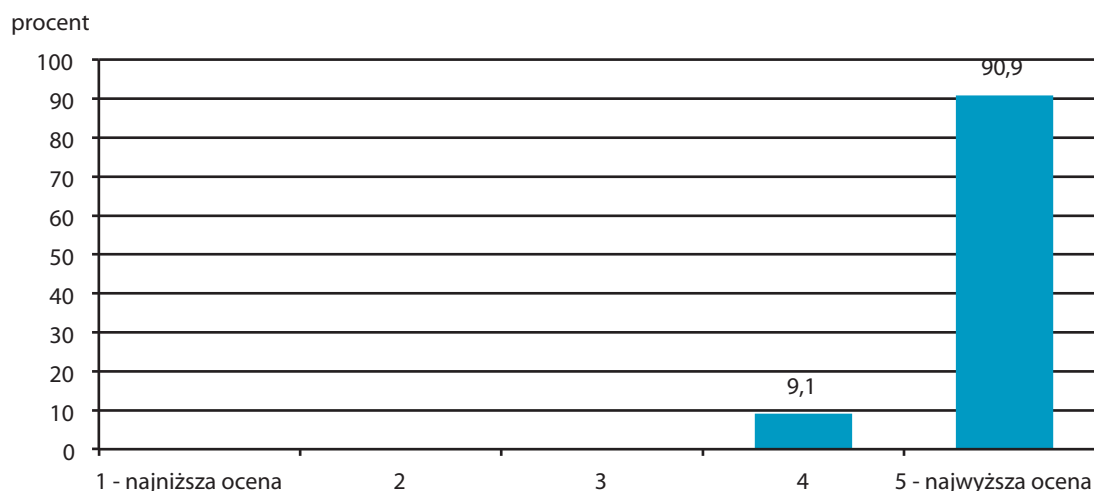
Zakres tematyczny warsztatu obejmował następujące zagadnienia:

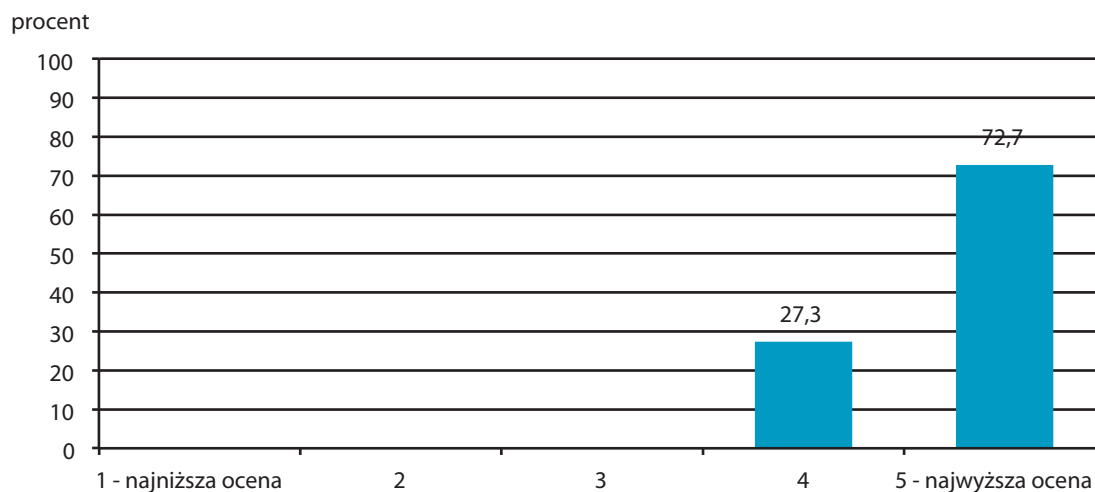
1. Idea ewaluacji (myślenie w kategoriach celów i rezultatów; ewaluacja jako proces planowania i szacowania pożądanych zmian).
2. Poziomy ewaluacji (ewaluacja procesu i wyniku).
3. Kroki ewaluacji:
  - badanie potrzeb – określanie zakresu oczekiwanej zmiany,
  - koncepcja czynników ryzyka i czynników chroniących jako podstawa planowania strategii działań profilaktycznych,
  - logika programu: stawianie celów i planowanie działań,
  - wskaźniki i narzędzia ewaluacji: sposoby mierzenia efektów.

Wnioski z ośmiogodzinnego warsztatu zostały opracowane na podstawie opinii wyrażonych przez osoby w nim uczestniczące w anonimowych ankietach.

Warsztat bez wątpienia trafił w potrzeby uczestników. Na pytania: „Czy sądzisz, że wykorzystasz zdobytą wiedzę i umiejętności?” i „Czy polecił(a)byś ten warsztat innym?”, odpowiedzi „tak” udzieliło 100% osób. Odpowiedzi na pytanie: „W jakim stopniu szkolenie spełniło Twoje oczekiwania?” były bardziej zróżnicowane, ale 90,9% z nich mieściło się w przedziale w stopniu wysokim i bardzo wysokim.

**Wykres 2. Ocena prowadzenia szkolenia: jasność i przejrzystość przekazu (N=11).**



**Wykres 3. Ocena prowadzenia szkolenia: sposób prowadzenia – angażowanie osób uczestniczących (N=11).**

Zastrzeżenie wyrażone w części opisowej ankiety dotyczyło oczekiwania szerszego zakresu merytorycznego warsztatu, a konkretnie narzędzi prowadzenia ewaluacji wyniku. Niedosyt ten czy też potrzebę z nim związaną trudno jednak zaspokoić w ciągu jednodniowego warsztatu, jeśli trzymać się zasady uczenia się, czyli wspólnego poznawania i praktykowania. Przejście przez wszystkie kroki ewaluacji wymagałoby dłuższego, co najmniej dwudniowego spotkania. Być może też sam termin „ewaluacja procesu” nie przez wszystkich był właściwie zrozumiany.

Uczestnikom warsztatu najbardziej odpowiadał praktyczny charakter zajęć. Na pytanie: „W jakim stopniu szkolenie spełniło Twoje oczekiwania? Prosimy o krótkie uzasadnienie oceny”, padły m.in. takie odpowiedzi: *Przedstawiona została konkretna wiedza w praktycznym zakresie. Konkretnie przedstawienie tematu, praca warsztatowa na konkretnych przykładach. Dowiedziałem się/otrzymałem potrzebną wiedzę w tym temacie. Uzyskałem odpowiedź na pytanie, jak konstruować program z punktu widzenia ewaluacji.* Pojawiło się też zapotrzebowanie na kontynuację warsztatu, co odpowiada też mojemu przekonaniu, że osiem godzin to zbyt mało czasu, aby omówić wszystkie poziomy ewaluacji. Poznawczą bazą warsztatu był bowiem pięciopoziomowy model ewaluacji proponowany w moim podręczniku. Warsztat pozwolił zweryfikować, na ile model ten jest zrozumiały i łatwy do przełożenia na działania praktyczne. Sądzę, że wypowiedzi w pytaniu otwartym o mocne strony trenerki, takie jak: *Jasny i klarowny przekaz. Łatwość przekazywania wiedzy, przystępny język. Komunikatywność, wiedza, umiejętność przekazania wiedzy i nawiązania kontaktu. Wiedza i klarowne odpowiedzi na zadane pytania, potwierdzają przede wszystkim jasność koncepcji i jej przystawanie do życia.*

Dobrze została również odebrana forma prowadzenia warsztatu. Wprawdzie pojawiła się wypowiedź, że tempo było zbyt wolne, jednak 100% odpowiedzi na pytanie zamknięte o sposób prowadzenia szkolenia i angażowanie w nie osób uczestniczących zawierało się w przedziale 4-5 punktów w pięciostopniowej skali ocen.

Uwagi w części opisowej ankiety dotyczące tempa i ilości czasu poświęconego na niektóre zagadnienia skłaniają do przesunięcia akcentów w programie warsztatu, tak by zapewnić mu większą dynamikę, bez uszczerbku dla zasadniczych treści. Dotyczy to głównie zbyt dużej relatywnie ilości czasu poświęconego na zagadnienia badania potrzeb i poziomu ewaluacji (tzw. produkty, czyli wskaźniki wykonania zadań).

Zrealizowany warsztat i opinie osób w nim uczestniczących przekonują mnie do wzbogacenia podręcznika o doświadczenie pracy warsztatowej nad konkretnymi programami. Dopiero zastosowanie opisywanych w nim modeli, metod i narzędzi do konkretnych sytuacji i projektów przenosi nas na poziom rzeczywistego uczenia się przez doświadczenie.

### Przypisy

<sup>1</sup> Podręcznik dostępny pod adresem <http://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/podrecznik-ewaluacji-programow/>

<sup>2</sup> Warsztat odbył się 17 października 2015 r. we Wrocławiu.

*W ramach współpracy pomiędzy krajami bałtyckimi a Polską co roku organizowane są przez Reitox Focal Point EMCDDA spotkania pt. Reitox Academy. W konferencjach biorą udział przede wszystkim przedstawiciele Focal Pointów z Litwy, Łotwy, Estonii, Polski oraz eksperci Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Ostatnia konferencja została zorganizowana przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN na początku września 2015 roku w Krakowie. Spotkanie było poświęcone nowym substancjom psychoaktywnym.*

## MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA DOTYCZĄCA „DOPALACZY” W KRAKOWIE

Artur Malczewski

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

### Współpraca z krajami bałtyckimi

Pierwsza konferencja została zorganizowana przez łotewski Focal Point w 2012 roku i dotyczyła monitorowania i ewaluacji krajowych strategii narkotykowych. Rok później spotkaliśmy się w Tallinie, na konferencji poświęconej problemowi HIV i AIDS. W 2014 roku odbyła się konferencja w Wilnie dotycząca monitorowania nielegalnego rynku narkotyków, redukcji podaży na narkotyki oraz dostępności substancji psychoaktywnych. Warto podkreślić, że kraje bałtyckie oraz Polska od kilku lat współpracują w obszarze przeciwdziałania narkomanii nie tylko w ramach Reitox Academy. W tym roku zorganizowaliśmy konferencję we współpracy z przedstawicielami łotewskiej prezydencji w Unii Europejskiej. Była ona poświęcona minimalnym standardom UE w redukcji popytu na narkotyki. Warto wspomnieć, że minimalne standardy zostały opublikowane jako konkluzje Rady Europejskiej we wrześniu 2015 roku.

### Konferencja w Krakowie

W międzynarodowej konferencji dotyczącej „dopalaczy” udział wzięli eksperci, którzy zajmują się problemem nowych substancji psychoaktywnych, reprezentujący różne instytucje, np. krajowe centra monitorujące, organizacje pozarządowe, ośrodki badawcze czy policję. Warto podkreślić, że podczas konferencji zostały przedstawione wyniki prac różnych polskich instytucji i organizacji zajmujących się tematem nowych substancji psychoaktywnych, współpracujących z Centrum Infor-

macji o Narkotykach i Narkomanii KBPN: Instytutu Ekspertyz Sądowych z Krakowa, Narodowego Instytutu Leków z Warszawy, Stowarzyszenia Monar z Krakowa, Uniwersytetu SWPS z Warszawy. Oprócz ekspertów z krajów bałtyckich i EMCDDA w konferencji udział wzięli przedstawiciele z Gruzji. Był to efekt kilkuletniej współpracy między gruzińskimi ekspertami a KBPN. W lipcu 2015 roku KBPN zorganizowało dwudniową konferencję w Tbilisi dla placówek leczniczych z Gruzji, podczas której pracownicy Centrum Informacji KBPN oraz ekspert województwa opolskiego ds. informacji o narkotykach i narkomanii wygłosili kilka prezentacji dotyczących redukcji popytu na narkotyki oraz sytuacji epidemiologicznej.

### Sytuacja w zakresie „dopalaczy”

Jednym z głównych celów krakowskiego spotkania był przegląd narzędzi służących do monitorowania problemu narkotykowego pod kątem ich przydatności do zbierania danych na temat sytuacji epidemiologicznej związanej z „dopalaczami”. Przedstawione zostały polskie doświadczenia w zastosowaniu badań ankietowych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży do monitorowania skali używania nowych substancji psychoaktywnych. Przedstawiciel EMCDDA zaprezentował narzędzia wykorzystywane do zbierania i raportowania danych w obszarze pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA: zgłaszalność do leczenia, zgony z powodu narkotyków, zakażenia HIV, liczba problemowych użytkowników narkotyków oraz bada-

nia ilościowe. Ponadto eksperci z Instytutu Ekspertyz Sądowych i Narodowego Instytutu Leków przedstawili wyniki badań laboratoryjnych.

Podczas spotkania omawiano sytuację dotyczącą nowych substancji psychoaktywnych w krajach bałtyckich i w Polsce. W Estonii używanie nowych substancji psychoaktywnych jest mało rozpowszechnione. Głównym wyzwaniem dla instytucji, które zajmują się problemem narkotyków, jest używanie fentanylu, ponieważ powoduje on wiele zgonów wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Estonia ma jeden z najwyższych wskaźników zgonów z powodu narkotyków w efekcie używania fentanylu. Na Litwie najczęściej używaną substancją psychoaktywną jest alkohol. W ramach zwalczania nowych substancji psychoaktywnych Litwa wprowadziła prawo generyczne, na mocy którego kontrolą objęta jest grupa substancji psychoaktywnych o podobnym wzorze chemicznym. Takie rozwiązanie uniemożliwia modyfikowanie struktury istniejących substancji psychoaktywnych, aby były one legalne. Delegalizacja obejmuje całą grupę substancji o podobnej strukturze chemicznej. W efekcie zmiana struktury chemicznej nie powoduje, że substancja jest legalna. Prawo generyczne zostało wprowadzone również na Łotwie w kwietniu 2014 roku, co pozwoliło na zamknięcie około 50 sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi, działających przede wszystkim w Rydze. Łotwa, podobnie jak Polska, przyjęła rozwiązania z zakresu prawa administracyjnego. Sklepy jednak nadal działały, bo rozwiązania administracyjne okazały się za słabe. Dopiero wprowadzenie nowej legislacji, opartej na prawie generycznym, połączonej z natychmiastową czasową kontrolą, pozwoliło na zamknięcie rynku nowych substancji psychoaktywnych w kwietniu ubiegłego roku.

## Materiały profilaktyczne

Podczas ostatniej sesji konferencji zaprezentowano działania z zakresu redukcji popytu. W ciągu ostatnich lat Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło lub przygotowało kilka materiałów profilaktycznych, które są dostępne na stronie internetowej Krajowego Biura, są to m.in.:

1. Program profilaktyki uniwersalnej z 2011 roku „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”, bazujący na metodach aktywizujących, adresowany do

młodzieży szkolnej w wieku 15-18 lat: [http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=1244472](http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1244472)

2. Materiał do prowadzenia zajęć profilaktycznych dla psychologa szkolnego, pedagoga, profilaktyka, doświadczonego nauczyciela, wychowawcy lub lidera młodzieżowego dotyczący „dopalaczy”: [http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=879950](http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=879950)
3. Poradnik dla rodziców „Bliżej siebie dalej od narkotyków”: [http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=3648729](http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=3648729)
4. Scenariusz spotkania z rodzicami w szkole na temat „dopalaczy”, przewidziany do realizacji na około dwie godziny lekcyjne. Materiał do wykorzystania dla pedagoga, psychologa lub wychowawcy klasy: [http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id](http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id)
5. Poradnik dla rodziców „O lekach, marihuanie, dopalaczach bez hysterii”, który w sposób przystępny prezentuje zagadnienia dotyczące używania przez młodzież marihuany, „dopalaczy” oraz leków w celach odurzania się, a także zawiera praktyczne porady dla rodziców: [http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=4603249](http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=4603249)
6. Edukacyjna broszura dla rodziców i nauczycieli z 2014 roku, zawierająca informacje na temat nowych substancji psychoaktywnych, zwanych „dopalaczami” pt. „Nowe narkotyki – dopalacze. Informator dla rodziców, nauczycieli i pedagogów”: [http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=4578752](http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=4578752)
7. Ulotka z 2015 roku pt. „Nowe narkotyki. Czy znasz prawdę o »dopalaczach«?” skierowana do młodzieży. Zawiera najważniejsze informacje o nowych narkotykach oraz o zasadach postępowania w sytuacji zagrożenia życia: [http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=4603249](http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=4603249)

Spotkanie dotyczące nowych substancji było platformą wymiany informacji pomiędzy przedstawicielami różnych instytucji z kilku krajów zajmujących się problemem nowych substancji psychoaktywnych. Przeciwdziałanie uzależnieniom wymaga działań z zakresu redukcji podaży i popytu. Widać to wyraźnie w przypadku nowych substancji psychoaktywnych, które są dystrybuowane różnymi kanałami od sklepów po strony internetowe czy ukryte rynki w internecie podobne do Silk Road. Problem „dopalaczy” nie dotyczy tylko jednego kraju, ma wymiar międzynarodowy.



*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przetłumaczyło i przygotowało do publikacji podręcznik dla terapeutów pt. „Model poznawczo-behawioralny w leczeniu uzależnienia od kokainy” autorstwa dr Kathleen M. Carroll z Uniwersytetu w Yale. Książka jest publikacją The National Institute on Drug Abuse (NIDA) w ramach serii „Podręczniki leczenia uzależnienia”. Podręcznik może być też stosowany w pracy z osobami uzależnionymi od innych stymulantów.*

## MODEL POZNAWCZO-BEHAWIORALNY W LECZENIU UZALEŻNIENIA OD KOKAINY – NOWY PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW

The National Institute on Drug Abuse wspiera ponad 85% światowych prac badawczych na temat szkodliwego używania i uzależnienia od narkotyków. Ponad 20 lat badań wykazało wyraźnie, że uzależnienie jest chorobą poddającą się leczeniu. Leczenie uzależnienia okazało się skuteczne w ograniczaniu zakażeń wirusem HIV, zmniejszaniu kosztów zdrowotnych i społecznych, które są wynikiem uzależnienia; proces leczenia przyczynia się także do zmniejszenia przestępczości. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że najbardziej skuteczne podejścia lecznicze obejmują zarówno biologiczne, jak i behawioralne komponenty. Publikacje wydawane w serii „Podręczników leczenia uzależnienia” pokazują, że NIDA zależy na szybkim wdrażaniu wniosków z badań do praktyki terapeutycznej, tak aby placówki lecznicze stosowały aktualne i poparte badaniami naukowymi podejścia terapeutyczne. Książki adresowane są do praktyków zajmujących się leczeniem narkomanii: lekarzy, terapeutów, specjalistów oraz tych, którzy są zainteresowani problemem uzależnienia. Podręczniki zapewniają najlepsze możliwe wsparcie, jakie nauka ma obecnie do zaoferowania. Prezentują najnowo-

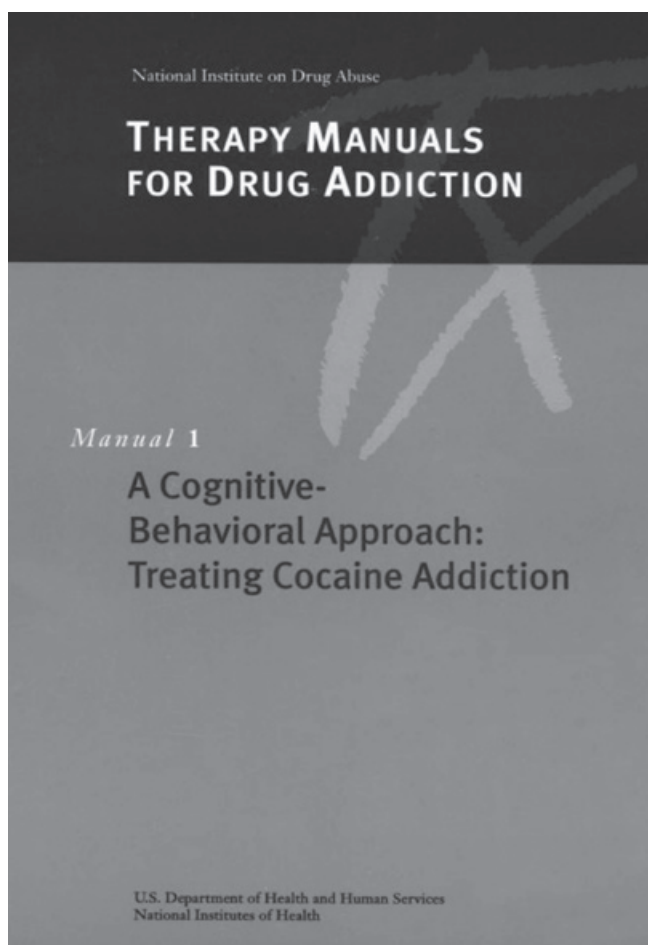
czeńsze i sprawdzone metody terapeutyczne w leczeniu uzależnień i pokazują możliwości ich zastosowania w praktyce klinicznej. Są one uzupełnieniem szkoleń i superwizji, w których uczestniczą specjaliści, nie powinny być traktowane jako ich „zamienniki”. Wykorzystanie

zawartej w podręcznikach wiedzy za każdym razem powinno być podyktowane indywidualnym przypadkiem, jaki reprezentuje pacjent i problemami, które wnosi on do terapii.

### **Model poznawczo- behawioralny w leczeniu uzależnienia od kokainy**

Poznawczo-behawioralny trening umiejętności (*coping skills treatment*) jest krótkoterminowym, ukierunkowanym podejściem pomagającym osobom uzależnionym od kokainy powstrzymać się od jej używania i sięgania po inne substancje.

Model zakłada, że proces uczenia się odgrywa ważną rolę w rozwoju i kontynuacji szkodliwego używania oraz uzależnienia od kokainy. Ten sam proces może zostać wykorzystany w celu pomocy osobom w ograniczaniu używania narkotyku. Terapia po-



znawczo-behawioralna (TPB), ujmując najprościej, pomaga klientom w rozpoznawaniu, unikaniu i radzeniu sobie w sytuacjach związanych do tej pory z używaniem narkotyku. Model terapeutyczny sprzyja ROZPOZNAWANIU sytuacji, w których klienci są skłonni do używania kokainy, uczy UNIKANIA tych sytuacji, gdy zaistnieje taka potrzeba i wdraża skuteczniejsze metody RADZENIA sobie z szeregiem problemów czy problematycznym zachowaniem związanym z nadużywaniem substancji.

Istnieje kilka ważnych cech terapii poznawczo-behawioralnej, które sprawiają, że stanowi ona obiecujący model leczenia szkodliwego używania kokainy oraz uzależnienia od niej. Są to:

- krótkoterminowe podejście, łatwe do zastosowania w większości programów terapeutycznych,
- TPB jest poddawana wnikliwej ocenie w rygorystycznych badaniach klinicznych i posiada gruntowne oparcie empiryczne w leczeniu osób sięgających po kokainę. Wyniki badań wskazują na trwałość efektów terapii oraz jej efektywność w leczeniu osób silnie nadużywających kokainy,
- TPB jest ustrukturyzowana, zorientowana na cel, skoncentrowana na bezpośrednich problemach, z którymi zmagają się osoby nadużywające kokainy, zgłaszające się na leczenie, nieradzące sobie z kontrolowaniem jej używania,
- TPB to elastyczne, zindywidualizowane podejście, które może być stosowane wobec dużej grupy klientów oraz w różnych formach leczenia (ambulatoryjne, stacjonarne, grupowe, indywidualne).
- TPB jest kompatybilna z innymi formami leczenia, np. farmakoterapią,
- TPB zawiera szereg istotnych zadań, które są również elementem innych skutecznych terapii nadużywania substancji psychoaktywnych.

## Elementy terapii poznawczo-behawioralnej

TPB składa się z dwóch kluczowych elementów: analizy funkcjonalnej i treningu umiejętności.

### Analiza funkcjonalna

W procesie leczenia każdy przypadek użycia kokainy poddawany jest analizie funkcjonalnej. Klient

i terapeuta wspólnie identyfikują myśli i emocje klienta oraz okoliczności przed i po użyciu kokainy. W pierwszych fazach terapii analiza funkcjonalna odgrywa kluczową rolę, pomagając terapeutę i klientowi w określaniu czynników wywołujących lub sytuacji wysokiego ryzyka, które mogą prowadzić do używania kokainy. Analiza funkcjonalna służy identyfikacji powodów używania narkotyku (np. radzenie sobie z interpersonalnymi trudnościami, doświadczanie sytuacji ryzykownych lub stanów euforycznych niewystępujących normalnie w życiu pacjenta). W późniejszych etapach leczenia analiza funkcjonalna epizodów używania kokainy pomaga rozpoznawać sytuacje lub stany, w których osoba wciąż przejawia trudności w radzeniu sobie.

### Trening umiejętności

Terapia poznawczo-behawioralna może być postrzegana jako wysoce zindywidualizowany program treningowy, który pomaga osobom nadużywającym kokainy oduczyć się starych zwyczajów związanych z nadmiernym używaniem narkotyku i tym samym nabyć nowe, zdrowsze umiejętności. Klienci często używają kokainy jako jedynego sposobu radzenia sobie z problemami interpersonalnymi i intrapsychicznymi. Powody mogą być następujące:

- Osoba mogła nigdy nie nauczyć się efektywnych strategii radzenia sobie z wyzwaniami codziennego życia oraz problemami dorosłości, jak w przypadku inicjacji narkotykowej w młodym wieku.
- Osoba w pewnym momencie życia mogła rozwinąć efektywne sposoby radzenia sobie z problemami, lecz w wyniku wielokrotnego używania substancji, będącego nadrzędnym sposobem radzenia sobie, umiejętności te mogły zaniknąć. Klient mógł zapomnieć, jak radzić sobie w codziennym życiu, będąc chronicznie zaangażowanym w styl życia ściśle związany z narkotykami, gdzie większość czasu poświęcona była na zdobywanie i używanie narkotyków oraz niwelowanie ich negatywnych skutków.
- Osoba może sobie nie radzić z życiem również ze względu na inne problemy psychiatryczne.

Osoby używające kokainy stanowią różnorodną grupę. Każdy pacjent zgłasza się do leczenia z innym wachlarzem problemów, dlatego trening umiejętności może

być dostosowany do danego przypadku. Pierwsze sesje skupiają się na treningu umiejętności związanym ze wstępną kontrolą używania kokainy (np. identyfikacja sytuacji wysokiego ryzyka, radzenie sobie z myślami związanymi z zażywaniem kokainy). Gdy te podstawowe umiejętności zostaną opanowane, trening jest rozszerzany o zakres innych problemów, z którymi osoba może sobie nie radzić (izolacja społeczna, bezrobocie). Trzeba dodać, że trening umiejętności skupia się zarówno na umiejętnościach intrapsychicznych (np. radzenie sobie z głodem narkotykowym), jak i interpersonalnych (np. odmawianie innym użycia kokainy). Klienci uczą się tych umiejętności jako strategii właściwych (mających zastosowanie „tu i teraz” w celu kontrolowania używania) oraz ogólnych stosowanych również przy rozwiązywaniu innych problemów. Zatem TPB służy nie tylko pomaganiu pacjentom w eliminowaniu bądź redukowaniu używania substancji, lecz także uczy innych umiejętności przydatnych po zakończeniu leczenia.

### Kluczowe zadania TPB

Terapia poznawczo-behawioralna określa kilka kluczowych zadań, które są niezbędne w skutecznej terapii uzależnień (Rounsaville, Carroll, 1992):

- Zbuduj motywację do abstynencji. Ważną techniką używaną do budowania motywacji klienta do zaprzestania używania kokainy jest analiza decyzyjna, która określa, co klient może stracić lub zyskać poprzez kontynuowanie używania narkotyku.
- Naucz klienta umiejętności radzenia sobie z nałogiem. Stanowi to istotę TPB – pomaganie klientom w rozpoznaniu sytuacji wysokiego ryzyka, w których najprawdopodobniej skuszą się do użycia narkotyku oraz rozwijanie bardziej efektywnych sposobów radzenia sobie w takich sytuacjach.
- Zmień wzmocnienia. Do momentu podjęcia decyzji o leczeniu wielu klientów spędza większość swojego czasu na zdobywaniu, używaniu narkotyku lub rekonwalescencji, wykluczając inne doświadczenia i wzmocnienia. TPB skupia się na identyfikowaniu i redukowaniu nawyków stylu życia związanego z narkotykami poprzez zamianę ich na długotrwałe, pozytywne zachowanie przynoszące korzyści.
- Wykształć umiejętności zarządzania bolesnymi emocjami. Trening umiejętności uczy również

technik rozpoznawania i radzenia sobie z głodem narkotykowym. To doskonały model pomocny w nauczaniu tolerowania innych silnych doznań, takich jak złość czy depresja.

- Popraw funkcjonowanie interpersonalne i wzmacniaj wsparcie społeczne. TPB obejmuje trening ważnych interpersonalnych umiejętności i strategii pomocnych dla pacjentów w rozwijaniu sieci społecznego wsparcia oraz budowania trwałych, wolnych od narkotyków relacji.

### Czas trwania terapii

Proponowana ilość sesji TPB to 12 do 16; zwykle są one rozłożone na okres 12 tygodni. Terapia poznawczo-behawioralna jest nastawiona na zainicjowanie abstynencji i na ogólną stabilizację stanu pacjentów. W wielu przypadkach TPB jest wystarczająca do wywołania i utrzymania długotrwałej poprawy u pacjentów przez okres jednego roku po zakończeniu leczenia. Wstępne badania pokazują, że pacjenci, którzy są w stanie utrzymać 3 lub więcej tygodni abstynencji od kokainy przez okres 12 tygodni terapii, są zwykle w stanie uzyskać dobry rezultat przez kolejne 12 miesięcy po zakończeniu leczenia. Niemniej jednak dla wielu pacjentów krótka forma leczenia jest niewystarczająca do osiągnięcia stabilizacji lub trwałej poprawy. W takich przypadkach TPB jest postrzegana jako przygotowanie do długoterminowego leczenia. Dalsze leczenie zalecane jest, gdy pacjent wyrazi taką potrzebę lub gdy nie jest w stanie osiągnąć 3 lub więcej tygodni abstynencji podczas wstępnego leczenia.

### Miejsce

Terapia zwykle odbywa się w placówkach ambulatoryjnych z kilku powodów:

- TPB skupia się na rozumieniu wyznaczników używania substancji psychoaktywnych wynikających z kontekstu codziennego życia pacjenta. Poprzez zrozumienie pacjentów, tj. kim są, gdzie mieszkają, jak spędzają czas, terapeuci mogą dokonać bardziej szczegółowej analizy funkcjonalnej.
- Trening umiejętności jest najbardziej skuteczny w sytuacji, gdy pacjenci mają możliwość ćwiczenia nowych umiejętności i podejść w ich codziennym

życiu, omawiając na bieżąco w terapii, co działa, a co nie działa w nowej strategii.

## Pacjenci

Efekty stosowania terapii TPB zostały zweryfikowane w pracy z dużą grupą osób nadużywających kokainy. Stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w placówkach ambulatoryjnych zazwyczaj nie jest odpowiednie dla:

- osób z zaburzeniami psychotycznymi i w chorobie afektywnej dwubiegunowej, jeśli nie są ustabilizowane lekami,
- pacjentów, którzy nie mają stabilnych warunków mieszkaniowych,
- pacjentów niestabilnych w kategoriach medycznych (co wynika ze wstępnych badań lekarskich przed rozpoczęciem terapii),
- osób ze współwystępującymi zaburzeniami powstałymi w wyniku przyjmowania substancji psychoaktywnych, z wyjątkiem uzależnienia od alkoholu i marihuany (jednakże badamy potrzebę zastosowania detoksykacji alkoholowej),
- pacjentów skierowanych na leczenie w wyniki wyroku sądowego, u których nie zaobserwowano znaczącej poprawy.

## Łączenie z leczeniem uzupełniającym

TPB jest wysoce kompatybilna z innymi formami leczenia ukierunkowanymi na rozwiązywanie szeregu współwystępujących problemów związanych z nadużywaniem kokainy, a w szczególności z:

- farmakoterapią stosowaną przy używaniu kokainy i/lub w towarzyszących zaburzeniach psychicznych,
- grupami samopomocowymi, takimi jak Anonimowi Kokainiści (AK) i Anonimowi Alkoholicy (AA),
- terapią rodzinną, terapią małżeńską/par,
- doradztwem zawodowym, kształceniem umiejętności wychowawczych itd.

W sytuacji, gdy TPB jest częścią szerszego programu leczenia, nieodzowne jest, aby terapeuta utrzymywał bliski i regularny kontakt z innymi podmiotami świadczącymi usługi medyczne.

## Składniki czynne TPB

Wszystkie behawioralne lub psychospołeczne formy terapii uwzględniają zarówno wspólne, jak i specyficzne czynniki nazywane „składnikami czynnymi”. Wspólne czynniki pojawiające się w większości podejść psychoterapeutycznych to: zapewnienie edukacji, przekonujące uzasadnienie leczenia, wzmacnianie oczekiwania wobec poprawy, zachęcanie, zapewnianie wsparcia oraz przede wszystkim jakość relacji terapeutycznej (Rozenzweig, 1936; Castonguay, 1993). Specyficzne czynniki to techniki i interwencje, które cechują określoną formę psychoterapii.

TPB, jak większość innych form terapii, łączy złożoną kombinację wspólnych i specyficznych czynników. Przykładowo, w terapii poznawczo-behawioralnej samo prowadzenie treningu umiejętności bez ugruntowania pozytywnego kontaktu terapeutycznego prowadzi do sztywnego, zbyt dydaktycznego podejścia. Podejście takie zraża lub nie jest atrakcyjne dla większości pacjentów i przez to przynosi przeciwny efekt do zamierzonego. Należy mieć na uwadze, że TPB wywiera działanie poprzez skomplikowane wzajemne oddziaływanie czynników wspólnych i specyficznych. Główne zadanie terapeuty polega na osiągnięciu odpowiedniej równowagi pomiędzy nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji a prowadzeniem treningu umiejętności. Dla przykładu, bez solidnego przymierza terapeutycznego jest mało prawdopodobne, że pacjent pozostanie w terapii, będzie wystarczająco zaangażowany w kształcenie nowych umiejętności czy dzielenie się postępami i doświadczeniami w stosowaniu nowych podejść do dawnych problemów. I przeciwnie, prowadzenie z empatią treningu umiejętności, jako narzędzia pomocnego w życiu pacjentów, może stworzyć podstawy silnej więzi terapeutycznej.

## Porównanie TPB z innymi rodzajami terapii

### Podejścia podobne do TPB

TPB jest podobna do innych poznawczych i behawioralnych rodzajów terapii, które rozpatrują pojęcie nadużywania narkotyku w odniesieniu do czynników poprzedzających uzależnienie i ich konsekwencji. Obejmują one Terapię Poznawczą Becka (Beck i in., 1991),



Społecznościowy Program Wzmacniania Motywacji (*Community Reinforcement Approach*) (Azrin, 1976; Smith, 1995) a w szczególności Terapię Zapobiegania Nawrotom Marlatta (*Relapse Prevention Therapy*) (Marlant i Gordon, 1985).

TPB jest szczególnie podobna do terapii poznawczej, biorąc pod uwagę jej nacisk na funkcjonalną analizę nadużywania narkotyków i identyfikację myśli związanych z ich nadużywaniem. Z drugiej strony TPB różni się od terapii poznawczej głównie tym, że nacisk położony jest na identyfikację, rozumienie i zmianę kluczowych przekonań co do własnego „ja” oraz przede wszystkim własnego „ja” w kontekście uzależnienia od narkotyków. Początkowe sesje TPB skupiają się na nauczaniu i ćwiczeniu różnych umiejętności radzenia sobie, z których tylko niektóre są umiejętnościami poznawczymi. W podejściu poznawczo-behawioralnym wstępne strategie podkreślają behawioralne aspekty radzenia sobie (np. unikanie określonych sytuacji, rozproszenie uwagi itd.), a w mniejszym stopniu koncentrują się na „obmyślaniu” scenariusza wyjścia z trudnej sytuacji. W terapii poznawczej, podejście terapeuty do procesów poznawczych jest sokratejskie, oparte na prowadzeniu pacjenta przy pomocy serii pytań; w TPB podejście jest nieco bardziej dydaktyczne. Czynnikiem terapeutycznym w terapii poznawczej jest praca nad zmianą sposobu, w jaki pacjent myśli, co w założeniu ma prowadzić do ograniczenia przyjmowania narkotyku; w TPB tym czynnikiem jest praca nad zmianą, zarówno w sposobie myślenia, jaki i w zachowaniu.

TPB jest w pewnym stopniu podobna do Terapii Wzmacniającej Motywację (*Motivational Enhancement Therapy*) (Miller i Rollnick, 1992). TWM „bazuje na elementach psychologii motywacji i jest stosowana w celu uzyskania szybkiej, wewnętrznej motywacji do zmiany. Strategia leczenia nie odwołuje się do prowadzenia i przeszkalaniania pacjenta krok po kroku. Zamiast tego stosuje się strategie motywujące do mobilizacji zasobów własnych prowadzących do zmiany” (Miller i in., 1992, s. 1). Zarówno w TPB, jak i TWM w początkowych etapach leczenia wykorzystuje się strategię budowania motywacji do zmiany zachowań związanych z nadużywaniem narkotyków. Polega ona na zastosowaniu analizy zysków i strat z kontynuowania zażywania narkotyków.

TPB i TWM różnią się głównie naciskiem położonym na trening umiejętności. W Terapii Wzmacniającej Motywację odpowiedzialność za to, w jaki sposób dochodzi do zmiany zachowania, jest pozostawiona pacjentowi. Zakłada się, że pacjenci mogą skorzystać z dostępnych zasobów, aby zmieniać swoje zachowania, z tego też powodu trening nie jest obowiązkowy. Teoria poznawczo-behawioralna podtrzymuje, że nauka oraz ćwiczenie określonych umiejętności radzenia sobie z uzależnieniem wspierają utrzymanie abstynencji. Oba podejścia mogą być postrzegane jako uzupełniające się, ponieważ skupiają się na różnych aspektach procesów zmiany (TWM koncentruje się na tym, dlaczego pacjenci zmieniają swoje nawyki zażywania narkotyków, natomiast TPB na tym, w jaki sposób to robią). Dla przykładu, początkowe skupienie się na strategiach motywacyjnych poprzedzających ćwiczenie umiejętności radzenia sobie (czyli TWM przed TPB) u pacjenta z niską motywacją i ograniczonymi zasobami może okazać się najbardziej skutecznym podejściem.

## Pozostałe podejścia

TPB różni się pod wieloma względami od Programu 12 Kroków i innych podejść definiujących uzależnienie jako chorobę. Program 12 Kroków jest ugruntowany na rozumieniu alkoholizmu jako choroby w kontekście duchowym i medycznym. Treść interwencji jest zgodna z Programem 12 Kroków Anonimowych Alkoholików (AA), w którym główny nacisk kładzie się na Kroki 1-5. Zasadniczym celem terapii jest wspieranie motywacji do leczenia i udziału w spotkaniach AA czy Anonimowych Kokainistów (AK). Mimo że terapię poznawczo-behawioralną i Program 12 Kroków łączy kilka wspólnych kwestii, na przykład podobieństwo pomiędzy modelem uzależnienia jako choroby a „sytuacjami wysokiego ryzyka”, istnieje szereg znaczących różnic. Podejścia opisujące uzależnienie jako chorobę opierają się na pojęciu choroby, która może być kontrolowana, lecz nigdy wyleczona. W TPB nadużywanie narkotyków jest nabytym zachowaniem, które można zmienić. Podejście definiujące uzależnienie jako chorobę kładzie nacisk na utratę kontroli nad przyjmowaniem narkotyków oraz innymi dziedzinami życia pacjentów; w TPB podkreśla się strategię samokontroli, czyli to, co pacjenci mogą sami zrobić

w zakresie rozpoznania procesów i nawyków leżących u podstaw przyjmowania narkotyku oraz ich zmiany. Podobnie w podejściu opisującym uzależnienie jako chorobę, głównym czynnikiem wyzwalającym zmianę jest udział w programie AA/AK oraz przejście 12 Kroków. Sposobem radzenia sobie ze wszystkimi problemami związanymi z narkotykami jest chodzenie na spotkania oraz pogłębianie zaangażowania w zajęcia. W TPB strategii radzenia sobie są dużo bardziej zindywidualizowane. Dotyczą one określonych rodzajów problemów napotykanymi przez pacjentów i sposobów radzenia sobie z tymi problemami.

Pomimo tego, że TPB nie wymaga uczestnictwa w spotkaniach AA lub AK, niektórym pacjentom udział w nich pomaga w utrzymaniu czy dążeniu do abstynencji. Terapeuci poznawczo-behawioralni zajmują neutralne stanowisko co do uczestnictwa pacjentów w spotkaniach AA, zachęcając pacjentów do traktowania udziału w spotkaniach jako strategii niezwiązanej z rozwiązywaniem problemów. Terapeuci wspólnie z pacjentem mogą też przeanalizować

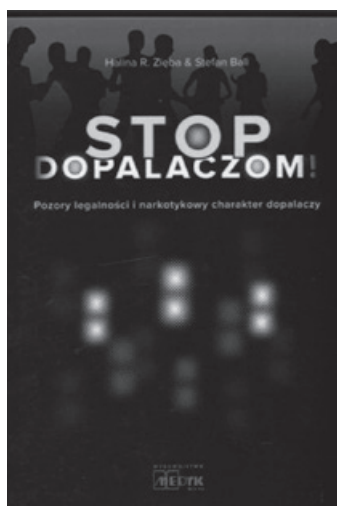
możliwość udziału pacjenta w spotkaniach, gdy okaże się, że będą one pomocne w radzeniu sobie z silnym głodem narkotykowym.

## Podstawowe zasady TPB

TPB wspiera wspólne działanie. Pacjent i terapeuta razem uzgadniają cele terapeutyczne, rodzaj i harmonogram treningu umiejętności, rozważają uczestnictwo osób bliskich w niektórych sesjach, opracowują zadania domowe itd. Działanie takie nie tylko sprzyja nawiązywaniu dobrej relacji między pacjentem a terapeutą czy unikaniu zbyt biernej postawy terapeuty, ale również zapewnia, że leczenie będzie dostosowane do potrzeb pacjenta.

*Przygotowała Katarzyna Żylińska na podstawie „Model poznawczo-behawioralny w leczeniu uzależnienia od kokainy” autorstwa dr Kathleen Carroll.*

*Podręcznik zostanie zamieszczony na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.*



## STOP DOPALACZOM!

Nakładem wydawnictwa Medyk Sp. z o. o. ukazała się książka Haliny R. Zięby i Stefana Balla pt. „Stop dopalaczom”. Podtytuł publikacji „Pozory legalności i narkotykowy charakter dopalaczy” nawiązuje do tezy wyrażonej w rapor-

porcie EMCDDA, 2010<sup>1</sup>: „Jesteśmy obecnie świadkami nowej interakcji między rynkami nielegalnymi i legalnymi, gdzie substancje chemiczne są sprowadzane legalnie, a następnie sprzedawane jako zamienniki nielegalnych substancji psychoaktywnych”, stanowiącej motto książki.

Książka zawiera krótką charakterystykę biochemiczną i toksykologiczną najbardziej znanych substancji psychoaktywnych obecnych w komercyjnych mieszkankach; zawiera analizę problemów psychicznych i społecznych związanych z rozprowadzaniem „dopalaczy”; zacho-

wania nastolatków i charakterystykę grup społecznych najbardziej narażonych na kontakt i uzależnienie od „dopalaczy”; podstawowe dane z zakresu problemów legislacyjnych w walce z „dopalaczami”.

W publikacji przedstawiono racjonalne i obiektywne dane i argumenty jednoznacznie wskazujące na pozory legalności i narkotykowy charakter „dopalaczy”. Autorzy udowadniają, że da się postawić groźny w skutkach znak równości: „dopalacze” = uzależnienie. Zdaniem autorów właśnie w tym znaku równości tkwi sens wojny z „dopalaczami”, ponieważ konsekwencje uzależnienia narkotykowego i społeczne koszty pośrednie są oczywiste. Książka zachęca do racjonalnego, nie emocjonalnego spojrzenia na problem „dopalaczy”. Prezentowana pozycja stanowi znakomity materiał informacyjno-dydaktyczny, wykorzystujący najnowszą wiedzę, dla lekarzy, pedagogów, psychologów, nauczycieli i wychowawców dzieci i młodzieży.

*Red.*

## Przypisy

<sup>1</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>



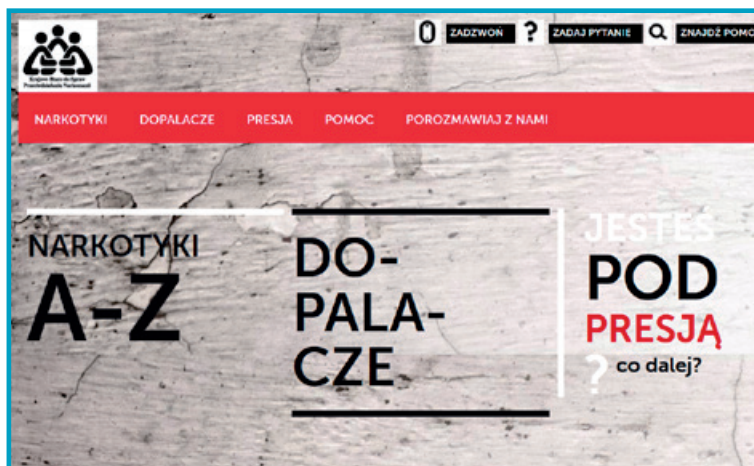
# DOPALACZEINFO.PL

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii konsekwentnie rozbudowuje internetowy system przeciwdziałania uzależnieniom. Obok własnych obszernych portali: [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) i [www.cinn.gov.pl](http://www.cinn.gov.pl) (serwis Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – działu KBPN odpowiedzialnego za prowadzenie krajowego systemu informacji o narkotykach oraz monitorowanie aktywności podejmowanych na rzecz przeciwdziałania narkomanii), Krajowe Biuro współfinansuje poradnię internetową działającą na stronie [www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl), a od połowy 2015 roku prowadzi portal [dopalaczeinfo.pl](http://dopalaczeinfo.pl), poświęcony tzw. dopalaczom – produktom o zróżnicowanym składzie, które łączy jedna cecha: zawierają substancje psychoaktywne działające na układ nerwowy człowieka w sposób podobny do dotychczas znanych narkotyków. Mogą to być zarówno substancje syntetyczne, jak i pozyskiwane z roślin. Cechą charakterystyczną „dopalaczy” jest to, że substancje w nich zawarte nie znajdują się w wykazach substancji kontrolowanych prawem, a więc nie są nielegalne.

W serwisie [dopalaczeinfo.pl](http://dopalaczeinfo.pl) można dowiedzieć się między innymi:

- czym naprawdę są „dopalacze” sprzedawane w sieciach dystrybucyjnych na terenie kraju,
- o mitach na temat „dopalaczy”,
- jaki jest skład chemiczny substancji objętych oraz nieobjętych ustawową kontrolą wchodzących w skład „dopalaczy”,
- o legalności substancji znajdujących się w „dopalaczach” w różnych krajach UE i świata,
- jakie stosować środki ostrożności, aby nie doszło do zatrucia substancjami psychoaktywnymi.

Serwis nie ogranicza się do prezentacji danych na temat „dopalaczy”. W zakładce *Narkotyki* znajduje się opis „klasycznych” środków psychoaktywnych, informujący o działaniu każdego z nich, ryzyku zdrowotnym związanym z ich używaniem oraz danymi epidemiologicznymi (rozpowszechnieniu ich używania wśród młodzieży w Polsce). Są tu także odpowiedzi na często zadawane pytania (FAQ) na temat uzależnień, „dopalaczy”, marihuany, używania narkotyków, leczenia, prawa oraz związku między narkotykami a HIV/AIDS. Wiele informacji można również znaleźć w ułożonym tematycznie blogu, między innymi: *Nuda i narkotyki – co je łączy?* lub *Narkotyki a wirus HIV*. Osoby, które używają narkotyków, mogą wypełnić test *Czy masz problem z narkotykami?* lub test *Czy masz problem z marihuaną?* Serwis umożliwia dokonanie autodiagnozy w zakresie skłonności do podejmowania zachowań ryzykownych. Można wreszcie przejść przez quiz, w którym w kilku sytuacjach internauci podejmują decyzję, czy wziąć narkotyk.



## DOPALACZEINFO.PL *cd.*

W zakładce *Presja* serwis prezentuje pakiet informacji na temat czynników istotnych przy podejmowaniu decyzji – co może być pomocne przy dokonywaniu wyborów w sytuacjach ryzykownych. W rozdziale *Ogranicz ryzyko* dowiemy się, jakie cechy człowieka i jego otoczenia mogą skłaniać go do podejmowania eksperymentów z narkotykami oraz jakie cechy i umiejętności wzmacniają barierę ochronną osoby przed podejmowaniem ryzyka, jakim jest używanie narkotyków. Prezentowane są także informacje, jak radzić sobie z presją namawiania do zażycia narkotyku wywieraną przez znajomych.

Część portalu poświęcona jest udzielaniu pomocy osobie biorącej narkotyki. Znajdziemy tu informacje, jak postępować w sytuacji zagrożenia życia po zatruciu środkami psychoaktywnymi oraz wskazówki, co można zrobić, gdy bliska osoba ma problem z narkotykami. W serwisie jest również blok informacji, które mogą być pomocne dla osoby biorącej narkotyki. Między innymi zaprezentowano program „Fred goes net”, adresowany do osób w wieku 14-21 lat, które używają substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny lub szkodliwy oraz indywidualny, krótkoterminowy program terapeutyczny „Candis” dla osób powyżej 16. roku życia mających problemy z powodu używania marihuany lub haszyszu, które chciałyby ograniczyć lub zrezygnować z używania konopi.

W serwisie można znaleźć numer telefonu zaufania dla osób mających problem z narkotykami albo zadać mailem pytanie, które zostanie przekierowane do antynarkotykowej poradni on-line.

Layout stron jest oszczędny – zarówno pod względem kolorystycznym, jak i zawartości elementów graficznych – co zwiększa koncentrację na prezentowanych treściach merytorycznych.

Portal [dopalaczeinfo.pl](http://dopalaczeinfo.pl) zawiera rzetelną wiedzę na temat zarówno nowych, jak i „klasycznych” środków psychoaktywnych. Jest skierowany do nastolatków i młodych dorosłych, a więc tych grup społecznych, które w największym stopniu są narażone na kontakt z tymi środkami. Szeroka prezentacja problemów związanych z „dopalaczami” wypełnia istniejącą dotychczas lukę informacyjną na temat tych substancji.

Red.

### AKCJA #BEZDOPALACZY

Jedną z integralnych części portalu jest akcja #bezdopalaczy, której celem jest zachęcenie młodzieży do zdrowego stylu życia bez narkotyków i „dopalaczy” poprzez pokazanie deklaracji osób znanych i lubianych przez młodzież.



Mariusz Czerkawski



DJ BRK



Kadra narodowa w skokach narciarskich



Zespół Enej

## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Pismo jest finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Fundacji Praesterno i funduszy EOG. Udział środków finansowych KBPN stanowi wkład własny Fundacji Praesterno do projektu realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji.



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

Numery archiwalne na stronie: [sin.praesterno.pl](http://sin.praesterno.pl)

Pismo bezpłatne