



# Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 3 (22) 2003

## SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE POSTAWY I ZACHOWANIA

### DOSTĘPNOŚĆ NARKOTYKÓW

Wyniki ogólnopolskiego badania ankietowego 2002

#### WPROWADZENIE

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację tekstu dotyczącego wyników badania ankietowego zrealizowanego w 2002 roku, który został opublikowany w poprzednim numerze Serwisu, pod tym samym zresztą tytułem. W opublikowanej już części znalazły się wyniki odnoszące się do używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń. Tam znaleźć też można szczegółowe informacje o metodologii badania. Tu przypomnimy tylko, że badanie zrealizowane zostało w czerwcu 2002 roku na ogólnopolskiej próbie losowej mieszkańców Polski w wieku 16 lat i więcej. Poza ogólnopolską próbą losową badaniu poddano także próby z kilku województw i kilku miast, w tym miasta Warszawy. Badanie zrealizowane w Warszawie daje szansę porównania wyników uzyskanych w 2002 roku z wynikami z roku 1997, bowiem takie badanie przeprowadzono także w 1997 roku w stolicy. Dzięki temu możemy obserwować zmiany, jakie zaszły w czasie ostatnich pięciu lat w Warszawie. Może to w pewnym stopniu zrekomensować brak

możliwości śledzenia zmian na poziomie kraju, ponieważ badanie z 2002 roku było pierwszym o zasięgu ogólnopolskim.

W tej części przedstawimy wyniki dotyczące dostępności substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń, czyli potocznie mówiąc narkotyków. Zdecydowana większość z tych substancji jest nielegalna. Prezentowane tu wyniki dotyczą zatem w zasadzie substancji nielegalnych, z jednym wszakże wyjątkiem, który stanowią leki uspokajające i nasenne. Leki te były jednak przedmiotem badania w pewnym sensie jako substancje nielegalne, bowiem koncentrowano się na ich używaniu bez przepisu lekarza. Leki uspokajające i nasenne objęte są dość ścisłą kontrolą i legalny dostęp do nich możliwy jest jedynie za pośrednictwem lekarza pod warunkiem, że wykorzystane będą w celach medycznych.

#### METODA

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych badano pytając respondentów o to, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z nich,

gdyby tego chcieli. Skala odpowiedzi wyznaczona była z jednego krańca przez odpowiedź „niemożliwe”, a z drugiego – „bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „nie wiem”. Ocenie badanych poddano dostępność leków uspokajających i nasennych oraz poszczególnych substancji nielegalnych.

Innego wskaźnika dostępności dostarczyły odpowiedzi na pytanie o to, czy badanemu proponowano jakieś substancje psychoaktywne w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W ostatnich latach w mass mediach wiele mówi się o agresywnym rozwoju rynku substancji nielegalnych i ich marketingu wśród potencjalnych konsumentów. Intencją pytania o propozycje była weryfikacja tych doniesień. Badanym przedstawiono listę środków legalnych i nielegalnych i proszono o zaznaczenie tych, które ktokolwiek im propo-

nował w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem.

## WYNIKI

Rozkład odpowiedzi na pytanie o stopień łatwości zdobycia poszczególnych substancji zawiera *tabela 1*.

Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności leków uspokajających i nasennych przejawiający się w ocenach respondentów. Prawie jedna trzecia respondentów (30,8%) uznała je za łatwe bądź bardzo łatwe do zdobycia. W przeważającej większości badani nie mieli także problemów z oceną dostępności leków. Odpowiedzi „nie wiem” wybrało nieco ponad 17% ankietowanych.

Trudniejsza do oceny okazała się kwestia dostępu do substancji nielegalnych. Od dokona-

## SPIS TREŚCI

### SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE POSTAWY I ZACHOWANIA DOSTĘPNOŚĆ NARKOTYKÓW

Wyniki ogólnopolskiego badania  
ankietowego 2002

Janusz Sierosławski ..... str. 1

### PROBLEMY ZWIĄZANE Z UŻYCIEM NARKOTYKÓW - PORÓWNANIE DOŚWIADCZEŃ POLSKICH I FRANCUSKICH

Seminarium naukowe dotyczące przetwarzania  
i analizy danych dotyczących zjawiska narkomanii

Klaudia Palczak ..... str. 13

### NARKOMANIA

Raport o rozpoznanych zjawiskach patologii  
społecznej, przestępczości i demoralizacji  
nieletnich w 2002 roku

Lidia Woć ..... str. 17

### SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII ZA ROK 2002

Piotr Jabłoński ..... str. 25

### SZKOLNA INTERWENCJA WOBEC UCZNIÓW SIĘGAJĄCYCH PO ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Agnieszka Pisarska,  
Anna Borucka, ..... str. 32

### PODWÓJNE DIAGNOZY

Sprawozdanie ze spotkania koordynacyjnego między-  
narodowego programu badawczego ISADORA

Katarzyna Sierosławski ..... str. 39

Podsumowanie pierwszego etapu szkolenia  
specjalistów i instruktorów terapii uzależnień  
w dziedzinie uzależnienia od narkotyków

Bogusława Bukowska ..... str. 41

nia oceny uchylało się, w zależności od rodzaju ocenianej substancji, od 18% do 23% badanych. Relatywnie najmniej braków oceny odnotowano w przypadku substancji bardziej rozpowszechnionych na naszym rynku, np. marihuany bądź haszyszu, „kompotu” oraz bimbru. Najwięcej odpowiedzi „nie wiem” odnosi się do substancji spotykanych bardzo rzadko, np. crack. Te relatywnie wysokie odsetki badanych, którzy wybrali odpowiedź „nie wiem” wskazują na znaczną frakcję osób do tego stopnia nie zainteresowanych substancjami nielegalnymi, że nie potrafili nawet wyobrazić sobie skali trudności w zdobyciu tego typu środków.

Na tle ocen dostępności leków uspokajających i nasennych dostępność substancji nielegalnych jest oceniana na zbliżonym poziomie.

Odsetki badanych, którzy uważają, że środki nielegalne są bardzo trudne bądź niemożliwe do zdobycia wahają się od 53,4% w przypadku przetworów konopi indyjskich do 58,6% w przypadku heroiny. Analogiczne odsetki stwierdzających, że byłoby im dosyć łatwo lub bardzo łatwo dostać poszczególne substancje wahają się od 19,3% w przypadku konopi indyjskich do 9% w przypadku cracku.

Ocena dostępności poszczególnych substancji jest silnie zróżnicowana przez wiek respondentów. Dane obrazujące te zróżnicowania zestawiono w *tabeli 2*.

Generalnie najłatwiejszy dostęp do poszczególnych substancji mają osoby w wieku 16-24. W kolejnej grupie wiekowej odsetki badanych,

*Tabela 1. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych – rozkład odpowiedzi na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej w wymienionych substancji*

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
<b>Leki uspokajające lub nasenne</b>	15,1	19,2	17,5	19,9	10,9	17,4
<b>Marihuana lub haszysz</b>	33,3	20,1	9,3	13,1	6,2	18,0
<b>LSD</b>	34,3	21,1	11,2	8,4	3,3	21,7
<b>Grzyby halucynogenne</b>	33,7	20,9	10,4	8,9	4,8	21,4
<b>Ecstasy</b>	34,9	21,6	9,9	7,8	3,9	21,9
<b>Amfetamina</b>	34,4	21,5	10,3	9,2	4,8	20,0
<b>Crack</b>	36,6	21,8	9,4	5,8	3,2	23,2
<b>Kokaina</b>	35,1	23,1	11,6	6,6	3,9	19,8
<b>Heroina</b>	35,4	23,2	10,9	6,6	4,0	19,9
<b>Sterydy anaboliczne</b>	34,1	21,3	9,5	9,7	4,4	20,9
<b>„Kompot”</b>	33,2	20,9	11,1	10,8	4,4	19,5

Tabela 2. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) według wieku badanych

	16-24	25-34	35+
<b>Marihuana lub haszysz</b>	15,9	6,3	3,8
<b>LSD</b>	3,2	0,6	0,2
<b>Amfetamina</b>	4,0	1,3	0,7
<b>Grzyby halucynogenne</b>	2,2	0,9	0,1
<b>Ecstasy</b>	2,0	1,1	1,0
<b>Crack</b>	0,6	0,4	0,2
<b>Kokaina</b>	1,7	0,6	–
<b>Astrolit</b>	–	–	–
<b>Heroina</b>	0,4	–	–
<b>Metadon</b>	0,2	–	–
<b>„Kompot”</b>	0,1	–	–
<b>Sterydy anaboliczne</b>	0,7	0,2	0,1
<b>Substancje wziewne</b>	0,8	0,3	-
<b>Inne</b>	1,0	0,1	0,1

którym zdobycie poszczególnych środków nie sprawia trudności nieznacznie spadają, choć wobec niektórych substancji obserwujemy ich wzrost. Przykładem takiej substancji jest polska heroina, czyli tzw. „kompot”. Odsetek ankietowanych, dla których zdobycie tego narkotyku jest sprawą łatwą jest wyższy w grupie wiekowej 25-34 lata niż wśród młodszej generacji respondentów.

W populacji osób powyżej trzydziestego czwartego roku życia odsetek badanych, którym zdobycie poszczególnych środków nie sprawiałoby trudności wyraźnie spada. Najmniejszy spadek obserwujemy w przypadku leków uspokajających i nasennych, najwyższy

zaś w przypadku rzadziej spotykanych na polskiej scenie narkotykowej substancji, takich jak crack, ecstasy, czy sterydy anaboliczne.

Czynnikiem różnicującym oceny badanych są własne doświadczenia z narkotykami. W tabeli 3 zestawiono odsetki badanych oceniających możliwość zdobycia poszczególnych substancji jako „łatwą” bądź „bardzo łatwą” wśród badanych, którzy używali kiedykolwiek narkotyków oraz wśród tych, którzy nigdy po narkotyki nie sięgali. Ponadto w tabeli znaleźć można także analogiczne odsetki wśród osób, które zaliczyć można do okazjonalnych użytkowników narkotyków oraz wśród pozostałych.

Zgodnie z oczekiwaniami badani, którzy osobiście doświadczali narkotyków oceniają ich dostępność wyżej niż ci, którzy z narkotykami nie mieli do czynienia. Natomiast osoby zaliczane do aktualnych, okazjonalnych użytkowników oceniają ich dostępność jeszcze wyżej. Największe różnice występują w przypadku marihuany i haszyszu. Aż 89% okazjonalnych użytkowników narkotyków uważa, że mają łatwy bądź bardzo łatwy dostęp do przetworów konopi.

Rozkład odpowiedzi na pytanie o otrzymywanie propozycji substancji nielegalnych zawarty w tabeli 4 wskazuje na podobne prawidłowości, jak przy używaniu poszczególnych substancji.

Propozycje dotyczące substancji nielegalnych pojawiają się u znikomej frakcji badanych. Wyniki zgromadzone w tabeli nie wskazują na rozbudowany marketing substancji nielegalnych, przynajmniej w odniesieniu do dorosłych. Stosunkowo najczęściej zdarzają się propozycje dotyczące leków uspokajających lub nasennych oraz przetworów konopi. Otrzymało je, chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy, odpowiednio – 5,7% i 4,4% badanych. Wyższe odsetki respondentów spotykały się także z propozycjami amfetaminy (2,7%). Każda z pozostałych substancji nielegalnych proponowana była mniej niż 1,5% badanym.

Tak samo jak to było w przypadku eksperymentowania, narażenie na propozycje narkoty-

*Tabela 3. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) według używania substancji nielegalnych*

	Używali kiedykolwiek	Nigdy nie używali	Używali w czasie ostatnich 12 miesięcy	Nie używali w czasie ostatnich 12 miesięcy
<b>Leki uspokajające lub nasenne</b>	51,2	37,8	49,6	38,5
<b>Marihuana lub haszysz</b>	83,3	24,1	88,6	26,6
<b>LSD</b>	56,9	16,7	68,0	18,2
<b>Grzyby halucynogenne</b>	47,1	16,3	61,2	17,3
<b>Ecstasy</b>	57,7	17,0	69,2	18,5
<b>Amfetamina</b>	67,5	21,1	77,9	22,9
<b>Crack</b>	33,6	12,2	40,8	13,0
<b>Kokaina</b>	37,6	15,8	43,0	16,6
<b>Heroina</b>	38,0	15,8	43,1	16,6
<b>Sterydy anaboliczne</b>	53,8	19,8	60,9	21,2
<b>„Kompot”</b>	40,4	19,2	39,4	20,2

Tabela 4. Propozycje substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem

<b>Leki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza</b>	5,7
<b>Marihuana lub haszysz</b>	4,4
<b>LSD</b>	1,0
<b>Grzyby halucynogenne</b>	1,2
<b>Ecstasy</b>	1,3
<b>Amfetamina</b>	2,7
<b>Crack</b>	0,5
<b>Kokaina</b>	1,0
<b>Heroina</b>	0,9
<b>Sterydy anaboliczne</b>	1,3
<b>„Kompot”</b>	0,5

ków zależne jest od wieku badanych (tabela 5). W przypadku każdej z substancji oferty częściej dotyczą osób młodszych. Najwyższy odsetek propozycji w najmłodszej grupie wiekowej (16-24 lata) odnosi się do przetworów konopi (16,3%) oraz amfetaminy (10,8%). W następnej grupie wiekowej (25-34 lata) odsetki badanych, którym proponowano te substancje są wyraźnie niższe: konopie – 3,9% oraz amfetamina – 2,2%. Pozostałe substancje nielegalne były proponowane znacznie mniejszym grupom badanych w wieku 16-24 lata. Wśród nieco starszych (25-34 lata) odsetki badanych, którzy spotykali się z propozycjami narkotyków innych niż konopie i amfetamina były niższe niż wśród najmłodszych, ale różnice nie są tak znaczne jak w przypadku dwóch pierwszych narkotyków.

Poddanie badaniu osobnej próby mieszkańców Warszawy dostarcza okazji do porównania ocen dostępności poszczególnych substan-

Tabela 5. Propozycje substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy według wieku badanych

	16-24	25-34	35+
<b>Leki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza</b>	5,2	3,9	6,3
<b>Marihuana lub haszysz</b>	16,3	3,9	0,9
<b>LSD</b>	2,3	1,8	0,4
<b>Grzyby halucynogenne</b>	3,4	1,6	0,4
<b>Ecstasy</b>	2,8	2,8	0,4
<b>Amfetamina</b>	10,8	2,2	0,4
<b>Crack</b>	–	1,6	0,4
<b>Kokaina</b>	2,4	1,6	0,4
<b>Heroina</b>	1,7	1,6	0,4
<b>Sterydy anaboliczne</b>	3,8	1,6	0,4
<b>„Kompot”</b>	–	1,6	0,4

cji w stolicy na tle kraju. Narkotyki to problem przede wszystkim wielkich miast, można zatem spodziewać się, że w Warszawie będą one znacznie bardziej dostępne. Dowodzą tego dane zawarte w tabeli 11.

Podobnie jak na poziomie całego kraju najwyżej ocenia się dostępność leków uspokajających i nasennych oraz przetworów konopi. Dla 46,5% nie stanowiłoby problemu (odpowiedzi: „łatwo” lub „bardzo łatwo”) zdobycie leków, a dla 35,5% badanych – zdobycie marihuany lub haszyszu. Odsetki badanych potwierdzające co najmniej łatwy dostęp do pozostałych substancji wahają się od 28,4% w przypadku amfetaminy do 17,3% w przypadku cracku.

Odsetki badanych, którzy uważają za niemożliwe do zdobycia wahają się od 11% w przypadku leków uspokajających i nasennych oraz

18% – konopi indyjskich, do 24% w przypadku „kompotu” oraz 23% – heroiny i kokainy. Na koniec trzeba zwrócić uwagę na bardzo wysokie odsetki badanych, którzy nie potrafili ocenić swoich możliwości w zakresie dostępu do substancji nielegalnych. Najmniej badanych miało trudności z oceną dostępu do leków uspokajających i nasennych (15%) oraz do marihuany i haszyszu (19%), najwięcej z oceną dostępu do cracku (28%).

Odsetki badanych w Warszawie, którzy wybrali odpowiedź „nie wiem” okazały się niewiele niższe niż analogiczne odsetki na poziomie całego kraju. Znacznie bardziej różniły się rozkłady ocen. Praktycznie w przypadku każdej z substancji odsetki deklarujących brak dostępu w Warszawie były niższe niż w próbie ogólnopolskiej. Natomiast odsetki twierdzących, że

Tabela 6. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych – rozkład odpowiedzi na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej w wymienionych substancji

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
<b>Leki uspokajające lub nasenne</b>	10,5	10,1	17,6	30,4	16,1	15,3
<b>Marihuana lub haszysz</b>	17,8	12,5	15,0	20,4	15,5	18,8
<b>LSD</b>	21,6	15,1	16,8	16,2	9,3	21,1
<b>Grzyby halucynogenne</b>	22,1	16,3	18,4	12,4	7,3	23,5
<b>Ecstasy</b>	20,9	14,6	16,5	16,0	9,4	22,5
<b>Amfetamina</b>	20,6	14,6	15,6	17,6	10,8	20,8
<b>Crack</b>	22,1	16,9	15,8	11,7	5,6	27,9
<b>Kokaina</b>	22,5	16,8	17,5	14,2	7,6	21,4
<b>Heroina</b>	22,9	16,9	16,8	13,8	7,4	22,2
<b>Sterydy anaboliczne</b>	21,1	14,7	16,5	14,0	9,1	24,5
<b>„Kompot”</b>	23,5	15,1	16,9	13,0	7,2	24,3

byłoby im „łatwo” lub „bardzo łatwo” zdobyć daną substancję, były w stolicy znacznie wyższe niż na poziomie całego kraju.

Oceny dostępności narkotyków dokonywane przez mieszkańców Warszawy są silnie zróżnicowane ze względu na wiek badanych. Dane zestawione w tabeli 7 wskazują na osoby w wieku 16-24 lata jako grupę o największym dostępie do narkotyków. Inaczej jest z lekami uspokajającymi i nasennymi. W ich przypadku łatwiejszy dostęp deklarują starsi badani, tj. osoby w wieku 25 lat i więcej. Mimo, że respondenci najmłodszy mają wyraźnie łatwiejszy dostęp do narkotyków, to w kolejnej grupie wiekowej (25-34 lata) także znaczny odsetek badanych deklaruje brak większych trudności w dotarciu do nich. Badani z tej grupy w ponad połowie twierdzą, że mogliby łatwo lub bardzo łatwo zdobyć marihuanę lub haszysz. W przypadku innych środków odsetki te są niższe, ale zawsze obejmują ponad jedną czwartą respondentów.

Tabela 8. Propozycje substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem

<b>Leki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza</b>	6,1
<b>Marihuana lub haszysz</b>	13,9
<b>LSD</b>	4,0
<b>Grzyby halucynogenne</b>	3,0
<b>Ecstasy</b>	4,8
<b>Amfetamina</b>	5,9
<b>Crack</b>	0,9
<b>Kokaina</b>	1,8
<b>Heroina</b>	1,6
<b>Sterydy anaboliczne</b>	2,1
<b>„Kompot”</b>	0,6

Tabela 7. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej w wymienionych substancji) według wieku badanych

	<b>16-24</b>	<b>25-34</b>	<b>35+</b>
<b>Leki uspokajające lub nasenne</b>	36,0	48,7	48,5
<b>Marihuana lub haszysz</b>	75,2	51,9	23,5
<b>LSD</b>	59,6	35,7	15,5
<b>Grzyby halucynogenne</b>	44,4	25,7	12,8
<b>Ecstasy</b>	57,3	38,5	15,5
<b>Amfetamina</b>	61,7	44,1	17,4
<b>Crack</b>	32,5	24,0	12,4
<b>Kokaina</b>	40,1	30,7	15,8
<b>Heroina</b>	40,1	30,7	15,0
<b>Sterydy anaboliczne</b>	42,8	33,5	16,5
<b>„Kompot”</b>	28,2	24,6	17,4

Tabela 9. Propozycje substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy według wieku badanych

	18-24	25-34	35+
<b>Leki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza</b>	6,0	4,0	6,5
<b>Marihuana lub haszysz</b>	55,9	19,7	3,1
<b>LSD</b>	18,0	5,6	0,5
<b>Grzyby halucynogenne</b>	14,5	2,2	0,5
<b>Ecstasy</b>	21,3	7,3	0,5
<b>Amfetamina</b>	25,4	7,9	1,1
<b>Crack</b>	3,7	1,1	0,3
<b>Kokaina</b>	6,5	1,7	0,8
<b>Heroina</b>	6,9	1,1	0,5
<b>Sterydy anaboliczne</b>	8,4	2,8	0,5
<b>„Kompot”</b>	0,8	0,6	0,5

Tabela 10. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych – rozkład odpowiedzi na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej w wymienionych substancji (1997)

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
<b>Leki uspokajające lub nasenne</b>	1,0	2,8	7,0	36,9	44,2	8,2
<b>Marihuana lub haszysz</b>	6,7	12,6	17,2	24,3	18,4	20,7
<b>LSD lub inny środek halucynogeny</b>	8,2	15,5	17,7	19,4	11,4	27,7
<b>Amfetamina</b>	7,9	15,0	16,3	21,8	14,4	24,7
<b>Crack</b>	10,6	13,9	12,4	7,1	4,5	51,4
<b>Kokaina</b>	10,2	21,3	19,9	12,4	7,2	28,9
<b>Ecstasy</b>	9,6	15,9	13,7	13,6	9,1	38,1
<b>Heroina</b>	11,1	21,9	17,6	13,3	6,9	29,2
<b>Sterydy anaboliczne</b>	9,7	15,5	15,5	13,8	11,6	33,9
<b>„Kompot”</b>	9,8	15,7	16,6	16,5	10,4	31,0
<b>Bimber</b>	3,7	8,3	15,0	25,3	23,9	23,7

Trzeba dodać, że badani w Warszawie w każdej grupie wiekowej oceniają dostępność praktycznie wszystkich środków znacznie wyżej niż badani z próby ogólnopolskiej.

Badani z Warszawy także w większym odsetku niż badani w całym kraju otrzymywali w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem propozycje narkotyków. Ilustruje to *tabela 8*.

Najmniejsza różnica występuje w przypadku leków uspokajających i nasennych. Jak pamiętamy na poziomie kraju propozycje tych leków otrzymało 5,7% badanych – w Warszawie zaś – 6,1%. W przypadku wszystkich innych środków odsetek mieszkańców stolicy otrzymujących propozycje jest 3-4 razy wyższy niż analogiczny odsetek na poziomie kraju.

Jak wspomniano na wstępie, badanie ogólnopolskie z 2002 było pierwszym przeprowadzonym w naszym kraju na reprezentatywnej próbie obejmującej także dorosłych mieszkańców. Nie możemy zatem, na jego podstawie, nic powiedzieć na temat dynamiki dostępności narkotyków. Możemy natomiast prześledzić zmiany, jakie zaszły pod tym względem w czasie ostatnich czterech lat w Warszawie. Sposobności ku temu dostarcza badanie ankietowe jakie zostało zrealizowane w 1997 roku w stolicy. Wyniki obu badań mogą być porównywane, bowiem zastosowano w nich takie same procedury badawcze, tj. narzędzia badawcze i sposób doboru próby (próba losowa). Jedną znaczącą różnicą między tymi badaniami to populacja

*Tabela 11. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych – rozkład odpowiedzi na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej w wymienionych substancji (2002).*

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
<b>Leki uspokajające lub nasenne</b>	9,7	9,9	21,3	29,0	16,8	13,2
<b>Marihuana lub haszysz</b>	10,3	12,5	18,1	25,4	20,4	13,2
<b>LSD lub inny środek halucynogenny</b>	15,1	15,3	21,5	20,6	12,2	15,3
<b>Amfetamina</b>	12,9	15,2	20,4	21,2	15,1	15,1
<b>Crack</b>	15,4	18,1	19,8	14,6	7,2	24,9
<b>Kokaina</b>	15,7	17,7	23,0	17,5	9,8	16,3
<b>Ecstasy</b>	14,0	14,8	20,8	20,6	13,0	16,8
<b>Heroina</b>	16,3	17,8	22,2	16,9	9,5	17,4
<b>Sterydy anaboliczne</b>	14,4	15,4	21,1	18,0	10,9	20,2
<b>„Kompot”</b>	17,6	16,8	20,7	15,4	8,9	20,7
<b>Bimber</b>	12,1	10,5	18,6	24,0	17,6	17,1

objęta badaniem. W 1997 r. były to tylko osoby w wieku 18-50 lat. Dlatego porównania wyników muszą się ograniczyć tylko do tej grupy.

W tabelach 10 i 11 zestawiono wyniki badań z 1997 i 2002 roku odnoszące się do oceny dostępności poszczególnych substancji psychoaktywnych.

Porównując wyniki zawarte w tabelach 10 i 11 trzeba wskazać na brak większych zmian w dostępności substancji nielegalnych oraz spadek dostępności leków uspokajających i nasennych. Niewielkie przesunięcia w rozkładach ocen dostępu do poszczególnych substancji nielegalnych wskazują na leki wzrost dostępności, nie ma on jednak skokowego charakteru.

Powyższą konstatację potwierdzają wyniki dotyczące propozycji poszczególnych środków (tabela 13). Wyraźnie spadły odsetki badanych otrzymujących, którym oferowano leki uspokajające i nasenne i trochę wzrosły odsetki spotykających się z propozycjami substancji nielegalnych.

## PODSUMOWANIE

Badanie ankietowe zrealizowane w 2002 roku na próbie losowej mieszkańców Polski w wieku 16 lat i powyżej wykazało, że:

1. Narkotyki wkroczyły w świat dorosłych w sposób widoczny już na poziomie całego kraju.

Tabela 12. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej w wymienionych substancji) według wieku badanych

	1997			2002		
	16-24	25-40	41-50	18-24	25-40	41-50
<b>Leki uspokajające lub nasenne</b>	81,4	83,1	77,9	39,2	51,7	45,3
<b>Marihuana lub haszysz</b>	69,3	40,9	19,0	72,8	41,1	28,3
<b>LSD lub inny środek halucynogenny</b>	52,5	28,5	12,4	58,9	25,8	18,3
<b>Amfetamina</b>	57,5	34,1	17,6	61,7	33,3	18,2
<b>Crack</b>	16,4	12,1	5,9	33,2	18,4	15,6
<b>Kokaina</b>	27,9	19,9	11,0	40,3	23,8	20,1
<b>Ecstasy</b>	39,6	20,4	9,0	56,9	28,7	19,2
<b>Heroina</b>	28,6	21,0	10,7	39,8	22,4	19,1
<b>Sterydy anaboliczne</b>	36,4	26,1	13,4	42,0	27,9	19,1
<b>„Kompot”</b>	32,5	28,8	18,6	28,1	21,6	23,7
<b>Bimber</b>	48,9	48,9	48,6	52,9	37,4	36,1

*Tabela 13. Propozycje substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy*

	1997	2002
<b>Leki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza</b>	11,6	4,6
<b>Marihuana lub haszysz</b>	17,7	21,8
<b>LSD lub inny środek halucynogenny</b>	8,2	6,5
<b>Amfetamina</b>	9,4	9,6
<b>Crack</b>	0,3	1,5
<b>Kokaina</b>	3,9	3,0
<b>Ecstasy</b>	6,0	7,8
<b>Heroina</b>	2,8	2,6
<b>Sterydy anaboliczne</b>	2,7	3,4
<b>„Kompot”</b>	0,7	0,9
<b>Bimber</b>	13,4	7,5

2. Spośród substancji nielegalnych przetwory konopi są relatywnie najbardziej dostępne.
3. Dostępność poszczególnych substancji nielegalnych oceniana jest najwyżej przez badanych z kategorii wiekowej 16-24 lat.
4. Badani, którzy sami używają narkotyków wyżej oceniają ich dostępność niż badani, którzy po narkotyki nie sięgali.
5. W Warszawie dostępność poszczególnych substancji oceniana jest wyżej niż na poziomie całego kraju.
6. Porównanie wyników badania przeprowadzonego w 2002 roku w Warszawie z wynikami analogicznego badania zrealizowanego w stolicy w 1997 roku wskazuje na lekki wzrost dostępności substancji nielegalnych. Trochę zwiększyły się zarówno odsetki oceniających możliwość zdobycia poszczególnych substancji jako łatwą lub bardzo łatwą, jak i odsetki spotykających się z propozycjami narkotyków. Wzrost ten jest największy w przypadku takich substancji jak crack, kokaina, ecstasy. Dokonał się on przede wszystkim w najmłodszej grupie wiekowej. Jednocześnie obserwuje się spadek dostępności leków uspokajających i nasennych.

*Janusz Sierosławski*

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

# PROBLEMY ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW – PORÓWNANIE DOŚWIADCZEŃ POLSKICH I FRANCUSKICH

Seminarium naukowe dotyczące przetwarzania i analizy danych  
dotyczących zjawiska narkomanii

W ramach procesu akcesyjnego Polski do Unii Europejskiej nasz kraj został zobowiązany do podjęcia działań związanych z kreowaniem polityki przeciwdziałania narkomanii, zgodnej ze strategią unijną, oraz budowania systemu informacyjnego o narkotykach i narkomanii, kompatybilnego z podobnymi systemami istniejącymi w krajach unijnych. Działania w tym kierunku podejmowane są w ramach umowy bliźniaczej (twinningowej) zawartej pomiędzy Polską reprezentowaną przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii a Francją reprezentowaną przez Francuskie Obserwatorium Narkotyków i Uzależnień.

Na łamach Serwisu publikowane były już opracowania dotyczące różnych obszarów współpracy polsko-francuskiej w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Niniejszy artykuł poświęcony jest zagadnieniom poruszonym podczas seminarium naukowego organizowanego w ramach budowy i rozwoju systemu monitorującego zjawisko narkomanii w Polsce. Instytucją odpowiedzialną za działania w tej dziedzinie jest Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Celem seminarium naukowego było porównanie wyników wybranych programów badawczych przeprowadzonych w obu krajach, dotyczących trzech obszarów tematycznych: używanie narkotyków syntetycznych, problemowe używanie konopi indyjskich oraz wyklucze-

nie społeczne narkomanów. Tematy seminarium naukowego nie zostały wybrane przypadkowo. Używanie narkotyków syntetycznych jest zjawiskiem stosunkowo nowym, obejmującym swym zasięgiem coraz większą liczbę młodych ludzi we wszystkich krajach europejskich. Podobnie sytuacja wygląda z używaniem marihuany, która jest najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem w Europie, a od pewnego czasu obserwowany jest wzrost liczby osób zgłaszających się do leczenia z tego powodu. Zjawisko wykluczenia społecznego wśród narkomanów zostało wybrane jako jeden z tematów seminarium naukowego ze względu na społeczne znaczenie zjawiska oraz stosunkowo trudny do zbadania i analizy problem badawczy.

W trakcie seminarium strony polska i francuska, w oparciu o wygłoszone prezentacje, porównywały sytuację w obu krajach, szukając analogii oraz różnic na scenach narkotykowych w trzech wyżej wspomnianych obszarach.

## Wzory używania narkotyków syntetycznych

Przeciwdziałanie upowszechnianiu narkotyków syntetycznych jest jednym z priorytetów polityki Unii Europejskiej i zajmuje znaczące miejsce w Europejskim Programie Walki z Narkotykami (*European Action Plan on Drugs*).

Problem związany z używaniem narkotyków syntetycznych jest więc często poruszany podczas seminariów i spotkań naukowych państw członkowskich i kandydatów do UE. Referaty na powyższy temat ogłoszone zostały na spotkaniu w Krakowie przez przedstawicieli Francuskiego Obserwatorium Narkotyków i Uzależnień (OFDT) – Francois Beck i Stephane Legleye, stronę polską reprezentowali pracownicy Instytutu Psychiatrii i Neurologii – Jacek Moskalewicz i Janusz Sierosławski. Podczas wystąpień przedstawiono stopień rozpowszechnienia używania narkotyków syntetycznych we Francji i w Polsce. W obu krajach narkotyki syntetyczne używane są przede wszystkim przez młodzież podczas *rave and techno party*, są więc mocno związane z tzw. kulturą taneczną. Okazuje się, że we Francji najbardziej rozpowszechnionym wśród młodzieży narkotykiem syntetycznym jest ecstasy. Z badań ESCAPAD monitorujących poziom używania narkotyków wśród 18-letnich chłopców i dziewcząt, zgłaszających się do centrów wojskowych w celu odbycia jednodniowego obowiązkowego przeszkolenia wojskowego, wynika, że na przestrzeni dwóch lat spożycie ecstasy w tej grupie wzrosło z 2,1% w 2000 roku do 3,9% w 2002 roku. Wzrost zanotowano również wśród młodych użytkowników amfetaminy – z 1,0% w 2000 roku do 2,0% w 2002 roku. Również w Polsce w latach dziewięćdziesiątych nastąpił wzrost używania narkotyków syntetycznych wśród młodzieży. Z badań ESPAD wynika, że na przestrzeni czterech lat (1995-1999) o 4% więcej młodych ludzi sięgnęło kiedykolwiek w życiu po amfetaminę i o 2% więcej po ecsatsy.

W obu krajach zanotowano tendencję spadkową używania narkotyków syntetycznych w korelacji z wiekiem obywateli. W Polsce amfetamina występuje na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych, we Francji na czwartym.

Najczęściej używaną substancją w obu krajach jest marihuana.

Przedstawiciele obu państw przyznali, że narkotyki syntetyczne, przede wszystkim nowe, mogą stanowić zagrożenie dla ich użytkowników. Niemniej jednak wskaźnik rozpowszechnienia używania narkotyków syntetycznych, zarówno w populacji ogólnej jak i szkolnej, jest nadal stosunkowo niski. Wysoki priorytet nadany problemom związanym z używaniem narkotyków syntetycznych został zatem nadany głównie z przyczyn moralnych i ekonomicznych.

### **Wykluczenie społeczne związane z używaniem narkotyków**

Podczas seminarium podjęto próbę zdefiniowania zjawiska wykluczenia społecznego. Jednym z aspektów charakteryzujących wykluczenie społeczne jest ubóstwo. Nie ma jednak przesłanek dowodzących, że narkomani cierpią ubóstwo z braku zabezpieczenia ekonomicznego. W ich wypadku ubóstwo może być wynikiem przeznaczania całości dochodu na narkotyki. Na podstawie przytoczonych badań społecznych nie dowiedziono ponadto, czy ubóstwo jest przyczyną narkomanii, czy też jej wynikiem.

W zbadaniu zjawiska wykluczenia społecznego występują liczne trudności natury metodologicznej. Jedną z nich jest brak wskaźników precyzyjnie określających wykluczenie społeczne. Aby określić skalę zjawiska, specjaliści francuscy posłużyli się trzema zmiennymi: wskaźnikiem statusu ekonomicznego, wskaźnikiem korzystania z praw obywatelskich oraz wskaźnikiem uczestniczenia w relacjach społecznych. Na podstawie takiej definicji określono, że 0,5% populacji Francji stanowią osoby wykluczone społecznie, przy wskaźniku ubóstwa odnotowanym dla 10% populacji. Ponadto badania nad bezdomnymi

we Francji wskazały, że 60 % spośród nich miało kontakt z narkotykami.

Kolejną trudnością w określeniu rozmiarów wykluczenia społecznego jest dobór próby. Osoby żyjące poza ramami społeczeństwa, zwykle bezdomne i bez telefonu, nie są ankietowane podczas badań populacji ogólnej, które prowadzone są we Francji telefonicznie, na podstawie losowej próby przeprowadzonej według spisu telefonicznego. Zatem w badaniu grupy osób wykluczonych społecznie metody ilościowe zdają się nie być użyteczne. Do szczegółowego opisu zjawiska wykluczenia społecznego pomocne okazałyby się zapewne badania przeprowadzone metodami jakościowymi.

Wykluczenie społeczne użytkowników narkotyków jest dziedziną bardzo trudną do diagnozy, dlatego we Francji nie wypracowano dotychczas skutecznych rozwiązań dla zmniejszenia tego zjawiska.

Prof. Kazimierz Frieske zaproponował kilka definicji zjawiska wykluczenia społecznego opartych o teorie wybitnych myślicieli: M. Webera, M. Olsona, R. Lenoira czy R. Mertona. Poruszył kwestię miejsca, jakie zajmuje narkomania – zjawisko stosunkowo nowe – w świadomości społecznej. Dokonał porównania narkotyków jako czynnika wykluczenia społecznego do alkoholu, akceptowanego społecznie i w związku z tym nie wykluczającego z ram społecznych. Profesor Frieske omówił ponadto sens przywracania osób wykluczonych do społeczeństwa, na podstawie teorii budowania społeczeństwa w oparciu o przewidywalność interakcji. W konsekwencji zdefiniował wykluczenie społeczne jako nieuczestniczenie w życiu społecznym, wynikające z nierównego

dostępu do podstawowych instytucji użytku publicznego – rynku pracy, systemu edukacyjnego i prawnego, czy usług zdrowotnych. Podążając tym tropem, problem wykluczenia społecznych osób używających narkotyki wynika z trudnego dostępu do systemu leczenia i pomocy, które mogłyby prowadzić do wyleczenia i reintegracji społecznej.

Podczas spotkania wypracowano konkluzję, według której prawdziwy problem związany z wykluczeniem społecznym, wynika nie z zachowań wykluczających (narkomania, bezdomność itp.), ale z nieprzewidywalności konsekwencji zachowań osób wykluczonych ze społeczeństwa. Najskuteczniejszą formą minimalizacji zjawiska wykluczenia wśród narkomanów nie jest zatem zmiana całego systemu leczenia i pomocy dla nich, lecz skupienie się na reintegracji społecznej osób wyrażających wolę powrotu do społeczeństwa\*.

### **Problemowe używanie konopi indyjskich w Polsce i we Francji**

Na przełomie ostatnich kilku lat zaobserwowano gwałtowny wzrost liczby użytkowników konopi we Francji. Z badań ESCAPAD przeprowadzonych we Francji w 2002 roku wynika, że 58% chłopców i 48% dziewczynek w wieku 18 lat chociaż raz w życiu sięgnęło po marihuanę. Odpowiednio 20% chłopców i 8% dziewcząt używa marihuany regularnie. W celu zbadania jak liczny odsetek osób palących marihuanę to osoby nadużywające tego środka, starano się określić kryteria definiujące tę grupę użytkowników. Do tych kryteriów zaliczono następujące zachowania: palenie przed południem, palenie na osobności, problemy z pamięcią, uwagi innych na temat pa-

\* Obszerny artykuł prof. Frieske na temat wykluczenia społecznego zostanie opublikowany w następnym numerze Serwisu

lenia, bezskuteczne próby zaprzestania palenia. Są to typowe problemy związane z regularnym używaniem marihuany, ale także z używaniem alkoholu i tytoniu. Z przeprowadzonych badań ESCA-PAD wynika, że konopie częściej używane są przez chłopców niż przez dziewczęta. We Francji 67% chłopców i 51% dziewczyn przyznało się do palenia marihuany w godzinach przedpołudniowych chociaż raz w życiu, 17% chłopców i 7% dziewcząt spośród nich to regularni użytkownicy marihuany. Wyniki pokazują również, że 11% dziewcząt oraz 8% chłopców korzystało z konsultacji psychologicznych, a także 22% dziewcząt i 11% chłopców miało problemy ze snem.

Z kolei na polskiej scenie narkotykowej marihuana pojawiła się szerzej na początku lat 90. i stała się najbardziej rozpowszechnionym okazjonalnie używanym narkotykiem. Z ogólnopolskich badań wynika, że narkotyk ten najbardziej rozpowszechniony jest wśród osób w wieku 16-24 lata (18,5%). Również wśród młodzieży szkolnej marihuana jest najczęściej używaną substancją. Z badań ESPAD przeprowadzonych w 1999 roku wynika, że 15% młodych ludzi w wieku 15-16 lat przynajmniej raz w życiu spróbowało marihuany, natomiast 7% używa jej regularnie. Porównując badania ESPAD z 1995 i 1999 roku, obserwujemy 5% wzrost liczby młodych użytkowników marihuany, którzy kiedykolwiek w życiu sięgnęli po tę substancję. Marihuana postrzegana jest przez młodzież nie jako narkotyk, lecz niegroźne "ziółko". W opiniach młodych osób substancja ta używana nawet codziennie nie stygmatyzuje tak, jak na przykład kokaina. Analizując dane dotyczące osób zgłaszających się do leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego widać, że marihuana nie jest podstawowym środkiem, lecz jednym z kilku wywołujących problem uzależnienia (zaledwie 3% osób zgłosiło się do leczenia stacjonarnego w 2001 roku z po-

wodu marihuany). Nawet jeżeli jest to środek podstawowy, to zazwyczaj pojawiają się też inne substancje we wzorze używania: amfetamina, halucynogeny lub kokaina. Z badań prowadzonych w Polsce wynika, że rzadko można zauważyć problemowe używanie marihuany wśród osób niesięgających po inne narkotyki.

## Wnioski i rekomendacje

Seminarium umożliwiło porównanie polskiej i francuskiej sceny narkotykowej. Zauważono, że wzorce używania narkotyków oraz poziom ich rozpowszechnienia w Polsce coraz bardziej upodabniają się do sytuacji we Francji i w innych krajach zachodniej Europy. Badania prowadzone w Polsce prezentują poziom porównywalny do badań realizowanych w Europie. Podczas dyskusji omówiono obszary, którymi warto zająć się w przyszłości. Było to między innymi określenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy braniem narkotyków a występowaniem innych problemów (np. wykluczenia społecznego, chorób psychicznych) u osób używających. Inną propozycją było przyjrzenie się zależnościom występującym między różnymi sposobami przyjmowania – częstotliwością zażywania narkotyków a poziomem szkód przez nie powodowanych. W związku z tym, że w badaniach ilościowych na populacji ogólnej dotyczących rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych użytkownicy narkotyków stanowią niewielki odsetek, nie można poddać tej grupy szczegółowej analizie. Najlepszym narzędziem do prowadzenia pogłębionych obserwacji są badania jakościowe, dzięki którym można uzyskać bogaty materiał do szczegółowych analiz.

*Klaudia Palczak*

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

## NARKOMANIA

### Raport o rozpoznanych zjawiskach patologii społecznej, przestępczości i demoralizacji nieletnich w 2002 roku

#### Skala zjawiska

Zjawisko narkomanii wiąże się z wieloma problemami społecznymi, jak ubóstwo, bezrobocie, prostytucja, bezdomność. Koszty społeczne narkomanii są ogromne, istnieje też poważne ryzyko dla zdrowia publicznego. O skali zagrożenia świadczą chociażby znaczne ilości zabezpieczonych w 2002 roku narkotyków oraz zlikwidowanie 15 fabryk produkujących amfetaminę. Tylko w województwie lubelskim odnotowano 21 przypadków zatruc w wyniku użycia środków odurzających, w tym 5 śmiertelnych.

Statystyki policyjne co roku odnotowują wzrost liczby przestępstw naruszających ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii\*. Odzwierciedla to skalę zjawiska, chociaż świadczy też o coraz lepszej pracy Policji. W 2002 roku stwierdzono 36178 przestępstw narkotykowych<sup>2</sup> (wzrost o 23,8%), w tym 7358 czynów dokonanych przez nieletnich sprawców (wzrost o 10,1%). Analizując powyższe dane, należy pamiętać, że nie jest to pełen obraz zagrożenia narkomania, istnieje również „ciemna liczba”. Wynika to między innymi z faktu, iż specyfiką pospolitej przestępczości narkotykowej jest brak klasycznych „sprawców” i „ofiary”.

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że w latach 90. nastąpił kilkakrotny wzrost używania narkotyków przez młodzież szkolną – z około 5% w 1992 roku do blisko 20% w latach 1999-2000. Nadal zjawisko dynamicznie rośnie. W wielu środowiskach młodzieżowych panuje moda lansująca narkotyki jako sposób na spędzanie wolnego czasu, dobrą zabawę, łatwiejsze nawiązywanie kontaktów z rówieśnikami. Niestety młodzi ludzie zbyt późno uświadamiają sobie, że moda na „odlot” to śmiertelna pułapka zastawiona przez bezwzględnych dealerów.

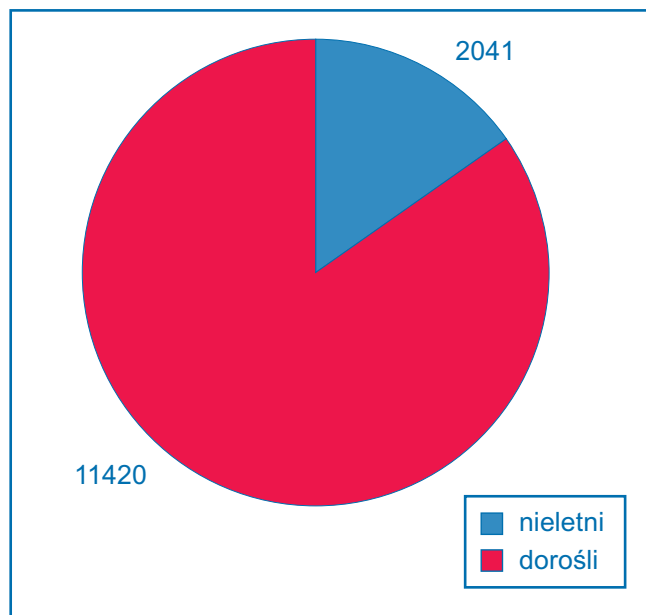
Analizując dane statystyczne zawarte w przedstawionej poniżej tabeli, widać wzrost zarówno ogólnej liczby przestępstw narkotykowych, jak i czynów dokonanych przez nieletnich sprawców. Ogólna liczba przestępstw zmalała w pięciu województwach: łódzkim, małopolskim, podkarpackim, śląskim i wielkopolskim. Również w pięciu województwach: lubuskim, łódzkim, małopolskim, podlaskim i śląskim odnotowano spadek liczby czynów dokonanych przez nieletnich. Jednocześnie obserwujemy, że w trzech województwach: mazowieckim, pomorskim i warmińsko-mazurskim, nastąpił ponad stu procentowy wzrost czynów dokonanych przez nieletnich.

\* Przepisy określone ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 roku (Dz. U. Nr 75, poz 468 z późn. zm.)

*Czyny nieletnich i ogólna liczba ujawnionych przestępstw naruszających przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w poszczególnych województwach w latach 2001 i 2002.*

Województwa	Ogółem przestępstw stwierdzonych			Czyny nieletnich		
	2001	2002	wskaźnik dynamiki (%)	2001	2002	wskaźnik dynamiki (%)
dolnośląskie	2 590	3 527	136,2	846	1 329	157,1
kujawsko-Pomorskie	775	1 229	158,6	268	313	116,8
lubelskie	1 086	1 581	145,6	219	229	104,6
lubuskie	1 499	2 460	164,1	112	82	73,2
łódzkie	1 002	978	97,6	261	156	59,8
małopolskie	3 803	2 820	74,2	1 252	510	40,7
mazowieckie bez KSP	743	1 385	186,4	66	141	213,6
opolskie	755	1 272	168,5	115	141	122,6
podkarpackie	1 077	772	71,7	113	150	132,7
podlaskie	709	1 412	199,2	268	121	45,1
pomorskie	1 057	1 684	159,3	156	356	228,2
śląskie	3 449	3 139	91,0	510	438	85,9
świętokrzyskie	625	1 152	184,3	156	170	109,0
warmińsko-Mazurskie	1 929	3 567	184,9	198	559	282,3
wielkopolskie	3 661	3 415	93,3	332	517	155,7
zachodniopomorskie	1 537	2 157	140,3	211	297	140,8
KSP Warszawa	2 933	3 628	123,7	1 598	1 849	115,7
mazowieckie z KSP	3 676	5 013	136,4	1 664	1 990	119,6
<b>POLSKA</b>	<b>29 230</b>	<b>36 178</b>	<b>123,8</b>	<b>6 681</b>	<b>7 358</b>	<b>110,1</b>

Rys1. Sprawcy przestępstw naruszających przepisy ustawy



Z zadowoleniem dostrzegamy, że mimo ogólnej tendencji wzrostowej – liczba przestępstw narkotykowych w obu kategoriach (ogólna liczba przestępstw i czyny dokonane przez nieletnich) jest mniejsza niż na przełomie lat 2000 i 2001.

W 2002 roku statystyki policyjne zanotowały 13 461 podejrzanych (w tym 1107 kobiet) o dokonanie przestępstw naruszających przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

**Wiek sprawców przedstawiał się następująco:**

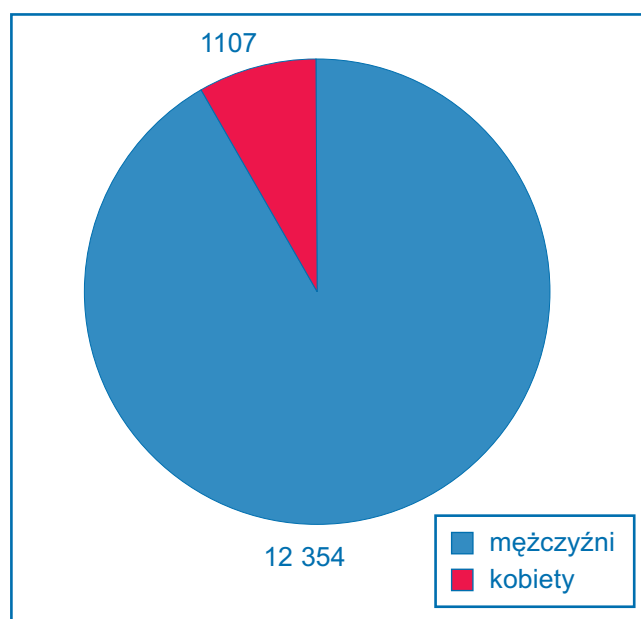
- do 13 lat – 13 osób,
- 13-16 lat – 2041 osób (w tym 232 dziewczęta),
- 17-20 lat – 4904 osoby (w tym 236 kobiet),
- 21-24 lat – 3319 osób ( w tym 171 kobiet),
- 25-29 lat – 1540 osób (w tym 117 kobiet),
- 30-49 lat – 1349 osób (w tym 205 kobiet),
- 50 i więcej lat – 308 osób (w tym 146 kobiet).

Nieletni sprawcy naruszający przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stanowią 21,1% wszystkich nieletnich sprawców czynów karalnych.

**Najczęściej dokonywane przestępstwa narkotykowe w 2002 roku:**

- udzielanie środków odurzających, nakłanianie do użycia w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (art. 46 ustawy),
- posiadanie środków odurzających (art. 48),
- udzielanie, ułatwianie użycia i nakłanianie (art. 45),
- wprowadzenie do obrotu środków odurzających (art. 43).

Rys 2. Sprawcy przestępstw narkotykowych (ogółem 13461)



**Miejsca, gdzie najczęściej dokonywano przestępstw narkotykowych:**

- ulica, droga, szosa,
- mieszkanie,
- szkoła, internat,
- bar, bufet, restauracja,
- park, las,
- samochód,
- teren kolei,
- obiekt handlowy,

- przystanek komunikacji, metro, parking, postój taksówek,
- uczelnia, akademik.

Z analizy danych statystycznych dotyczących narkotykowej przestępczości nieletnich wynikają, podobnie jak w roku ubiegłym, niepokojące wnioski:

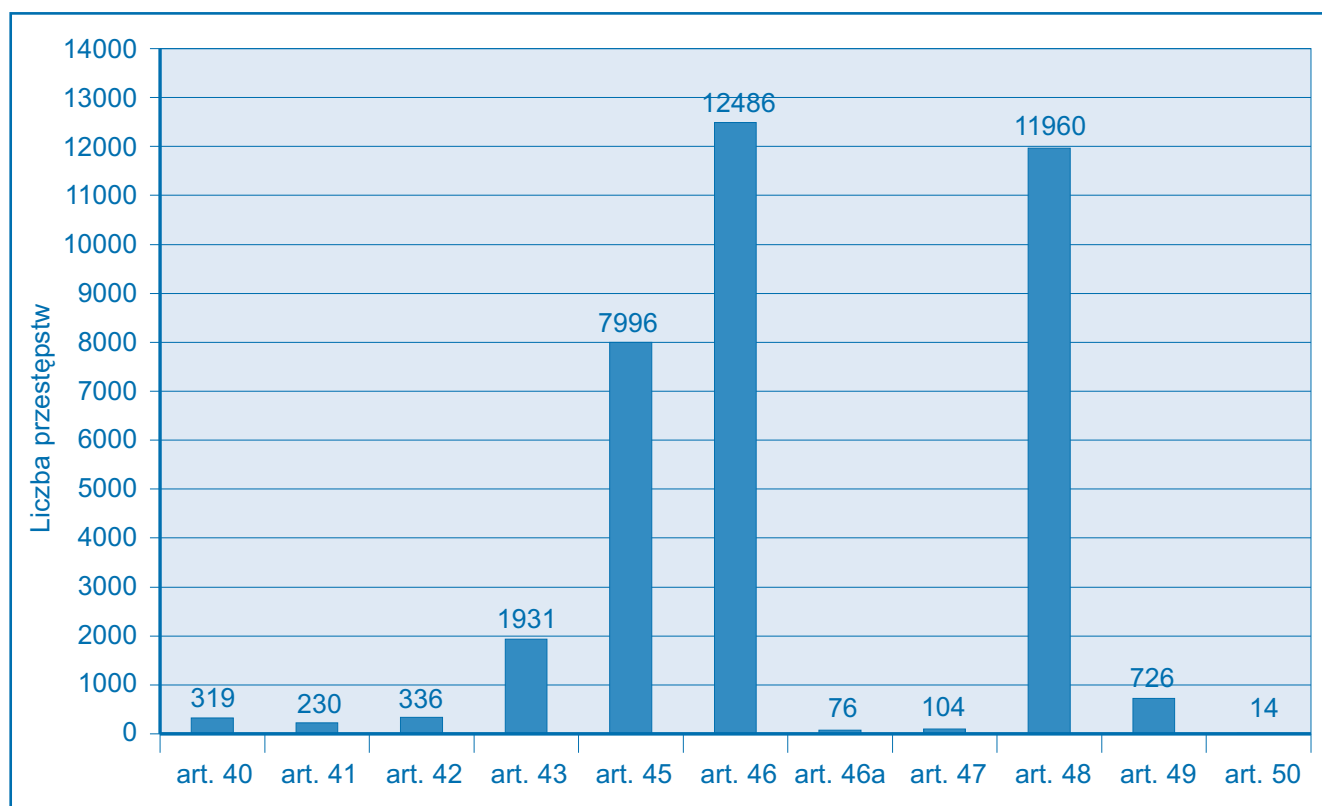
- liczba czynów nieletnich wzrosła o 10,1%,
- liczba nieletnich sprawców o 13,1%,
- spośród nieletnich sprawców aż 93,1% uczyło się,
- 174 nieletnich, będąc pod wpływem środków odurzających, dokonało różnego rodzaju przestępstw:
  - rozboje i wymuszenia,
  - kradzieże,
  - włamania,

- bójki i pobicia,
- zabójstwa,
- zgwałcenia,
- uszkodzenia rzeczy;

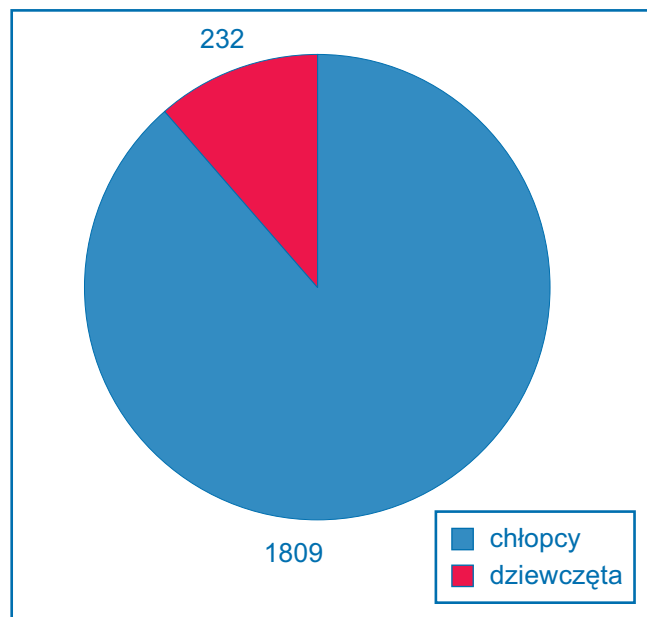
- 239 nieletnich zatrzymano w Izbie Dziecka,
- w stosunku do 10 zastosowano środek zapobiegawczy w postaci umieszczenia w schronisku dla nieletnich,
- 19 nieletnich umieszczono w placówce oświatowo-wychowawczej,
- 110 nieletnich ponownie popełniło czyn karalny (46 czyn podobny, a 64 – inny).

Z analizy danych statystycznych Komendy Głównej Policji wynika, że w kolejnym roku zjawisko narkomanii jest jednym z najpoważniejszych negatywnych zjawisk społecznych. Zagraża ono wszystkim grupom społecznym.

Wykres 1. Przestępstwa naruszające przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2002 roku



Rys 3. Nieletni sprawcy przestępstw narkotykowych (ogółem 2041)



Szczególnie jednak narażone są dzieci i młodzież, głównie z powodu lekceważenia problemu narkomanii i panującą modą na zażywanie substancji odurzających. Nadal największe zagrożenie dotyczy dużych aglomeracji miejskich i rejonów przygranicznych. Coraz częściej jednak docierają sygnały o pojawianiu się narkotyków w małych miejscowościach i wsiach.

Dealerzy narkotykowi działają wszędzie tam, gdzie gromadzi się młodzież. Zaobserwowano, że w przeciwieństwie do szkół podstawowych i gimnazjalnych, zażywający narkotyki uczniowie szkół średnich pochodzą z rodzin dobrze sy-

tuowanych, pełnych, nie zagrożonych bezrobociem i ubóstwem. Narkobiznes staje się w Polsce wielkim i niezwykle dochodowym przedsięwzięciem o zasięgu międzynarodowym.

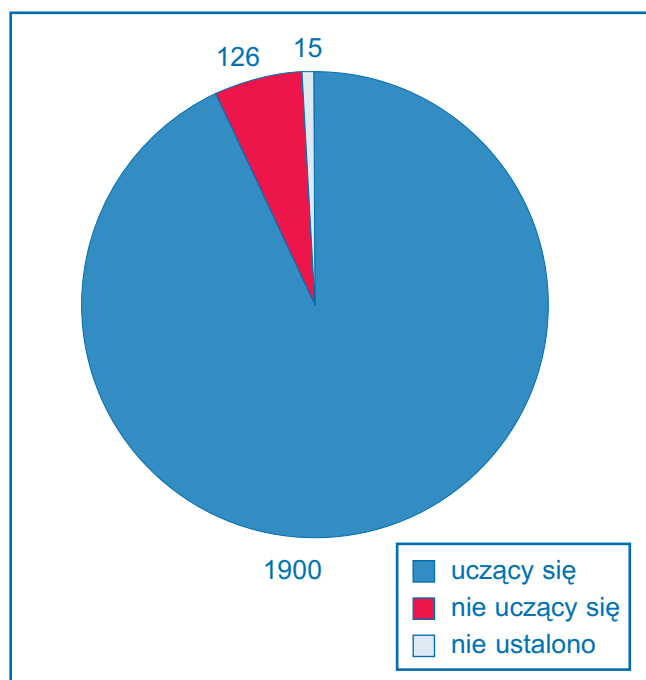
Zwalczanie zjawiska narkomanii utrudnia hermetyczność środowiska i niechęć do składania zeznań obciążających osoby handlujące narkotykami, między innymi ze strachu przed zemstą. Trudności te dotyczą zarówno handlu hurtowego, jak i ulicznego. W przypadku osób nieletnich dochodzi jeszcze brak współpracy ze strony prawnych opiekunów w początkowej fazie uzależnienia.

Rozpoznanie zjawiska narkomanii jest coraz trudniejsze również z uwagi na „nowocześniejsze” formy przeprowadzania transakcji handlowych (telefon komórkowy, internet itp.). Kiedy na rynek wchodzi narkotyki najnowszej generacji niełatwo jest rozpoznać osobę będącą pod ich wpływem, a także odbywającą się transakcję. W środowisku rówieśniczym współczesny narkoman nie ukrywa swoich skłonności – nawet je demonstruje. Zwykle jest młody, dobrze ubrany – młody biznesmen, student, uczeń szkoły średniej, gimnazjum, a nawet podstawówki. Zdarza się, że Policja informuje nawet o 7-latkach, którzy przeszli inicjację narkotykową. Bywa, że w „dobrym tonie” jest posiadanie przynajmniej jednej „działki” narkotyku do częstowania kolegów, co świadczy o przynależności do grupy.

Tabela 2. Przestępstwa stwierdzone według klasy miejscowości, w których zostały popełnione

Klasa miejscowości miejsca popełnienia przestępstw								
Wieś	Liczba ludności miasta							
	do 5 tys.	5-10 tys.	10-20 tys.	20-50 tys.	50-100 tys.	100-200 tys.	200-500 tys.	Powyżej 500 tys.
3 229	1 394	2 176	4 303	6 937	4 943	3 677	4 138	5 381

Rys 4. Nieletni sprawcy (ogółem 2041)



Nieletni, który zaczyna brać narkotyki, pieniądze na ich zakup zdobywa popełniając czyny karalne. Środki pochodzące z kradzieży, włamań, rozboi i wymuszeń przeznaczają na zakup narkotyków. Tworzy się błędne koło. Część przestępstw – zwłaszcza bójk i pobicia – ma charakter dyscyplinowania osób, które biorą narkotyki „na krechę”. Zdarza się, że nieletni zalegają dealerom kwoty rzędu 2-3 tysięcy złotych.

Dostęp do środków odurzających jest stosunkowo łatwy. Nadal pierwszymi środkami są inhalanty (kleje, rozpuszczalniki, farby, gaz z zapalniczek itp.). Wszystkie jednostki Policji potwierdzają, że najpopularniejszym narkotykiem wśród młodzieży są pochodne konopi indyjskich, a ponadto: amfetamina, tabletki ecstasy i coraz częściej grzyby halucynogenne, bielun dziedzierzawa, LSD oraz anaboliki i sterydy. Starsza młodzież sięga po „brown sugar”.

## Nowe trendy

Nową modą wśród nieletnich w przedziale wieku 13-15 lat jest zażywanie tabaki mieszanej z różnymi środkami odurzającymi. Jednostki terenowe sygnalizują coraz większe zainteresowanie bielunem dziedzierzawą, którego nasiona można zamówić poprzez stronę internetową. Zaobserwowano, że coraz bardziej popularne i dostępne stają się grzyby halucynogenne. Kiedy następuje „wysyp”, amatorzy zjeżdżają się w to miejsce z całego kraju. Zarejestrowano również branie dożylnie amfetaminy, rozpuszczonej i podgrzanej. Dziewczeta mieszają marihuanę z tabletkami uspokajającymi, a chłopcy łączą ją z alkoholem. Opisano też fakt palenia marihuany poprzez zastosowanie tzw. „bonga” – urządzenia, dzięki któremu jedną „działkę” pali kilka osób. Zdarza się, że dealer odsprzedaje substancje odurzające w cenie zakupu od hurtownika. Zysk powstaje z dodawania do zakupionego towaru różnych domieszek, przez co zwiększa się objętość i waga zakupionego towaru.

## Przykłady ciekawszych spraw opisywanych przez jednostki terenowe Policji

⇒ Policjanci z Izby Dziecka w Bielsku-Białej zatrzymali nieletnich sprawców kradzieży telefonów komórkowych. W czasie rozmowy ze sprawcami umieszczonymi w Izbie uzyskano informacje, które pozwoliły na zatrzymanie grupy dealerskiej składającej się z osób dorosłych rozprowadzających narkotyki. Podczas zatrzymania zabezpieczono około 300 porcji marihuany i grzyby halucynogenne, a także amunicję kaliber 5,9 mm oraz telefony komórkowe.

- ⇒ Szpital Miejski w Olkuszu powiadomił Policję, że został do nich przywieziony 12-letni uczeń szkoły podstawowej z objawami silnego zatrucia. Badania wykazały obecność we krwi THC. Okazało się, że inni 12-letni chłopcy z tej samej szkoły, pod groźbą pobicia zmusili małego do zażycia marihuany.
- ⇒ Komenda Miejska Policji w Białymstoku realizowała sprawę 17-latki, która w okresie 2 lat wprowadziła do obrotu narkotyki wartości 12 250 złotych.
- ⇒ W Bielsku Podlaskim Policja odnotowała przypadek zamrożenia 14-letniego chłopca. Przyczyną było spożycie dużej ilości alkoholu i środków odurzających.
- ⇒ KP Gdynia Chylonia powiadomiona została o dowiezieniu do szpitala 7-letniego chłopca z objawami zatrucia. W wyniku badania krwi ujawniono obecność amfetaminy i substancji świadczącej o zażyciu tabletki ecstasy.
- ⇒ W Gdańsku – 17-letni chłopiec groził poderżnięciem gardła swojej matce, która chciała wyrzucić należące do niego środki odurzające.
- ⇒ W Piszcu 12-letni uczeń wspólnie z 10-letnim bratem i pięcioma innymi kolegami palili marihuanę. Jeden z objawami zatrucia trafił do szpitala.
- ⇒ W Ełku 16-letni uczeń gimnazjum – w celu osiągnięcia korzyści majątkowej – sprzedał 13-letniemu koledze herbatę owocową zapakowaną w torebkę foliową, twierdząc, że jest to marihuana.
- ⇒ Do Komendy Powiatowej Policji w Kętrzynie zgłosiła się 17-letnia dziewczyna, której grożono pobiciem, zgwałceniem i zmuszeniem do uprawiania nierządu, ponieważ nie oddała pieniędzy za wcześniej dostarczone narkotyki.

- ⇒ W pomieszczeniach socjalnych Domu Dziecka w Chmielowicach 15-letni wychowanek uprawiał sadzonkę konopi indyjskich.

Z informacji napływających do Komendy Głównej Policji z jednostek terenowych wynika, że co roku cyklicznie odbywają się spotkania w szkołach. Mimo że jest ich bardzo dużo, ciągle jest ogromne zapotrzebowanie na tego rodzaju edukację. Ponadto po nawiązaniu stałej współpracy policjantów z placówkami oświatowymi, klubami młodzieżowymi – w celu wspólnego rozpoznawania zagrożenia i miejsc szczególnie zagrożonych (okolic placówek oświatowych, miejsc gromadzenia się narkomanów, miejsc często odwiedzanych przez młodzież, dworców, bazarów, skwerów i parków) – policjanci realizują zadania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa dzieci i młodzieży.

Policja, jak co roku, realizowała również wiele programów profilaktycznych. Jako partner uczestniczyła w zajęciach na terenie szkół, prowadząc szkolenia głównie dla rad pedagogicznych i rodziców. Na spotkaniach z młodzieżą policjanci przekazywali wiedzę z zakresu edukacji prawnej i wiktymologicznej. Zajęcia te dotyczyły obowiązujących przepisów prawa, odpowiedzialności karnej dzieci i młodzieży, zagrożeń, umiejętnego reagowania na sytuacje niebezpieczne (np. namowy dealerów narkotykowych). Nieznajomość prawa wśród młodzieży i dorosłych jest tak znacząca, że warto skupić nasze działania edukacyjne na tym zagadnieniu.

### **Przykłady ciekawych inicjatyw realizowanych w kraju:**

- ⇒ Policjanci z KMP w Zabrze, w ramach działań profilaktycznych przeprowadzili rozmowy z właścicielami punktów sprzedaży tzw.

„lufek” oraz innych akcesoriów służących do zażywania (głównie palenia) narkotyków. W większości przypadków efektem było dobrowolne wycofanie tych produktów ze sprzedaży.

- ☞ KWP Kraków – podczas spotkań profilaktycznych obligowano dorosłych słuchaczy (nauczycieli i rodziców), aby zawsze zgłaszali przypadki ujawniania faktu zażywania i handlu narkotykami, nie tylko przez nieletnich.
- ☞ Policjanci z KWP Szczecin we współpracy z Izbą Turystyki przeprowadzili szkolenie z zakresu przeciwdziałania narkomanii dla organizatorów wypoczynku letniego dzieci i młodzieży.
- ☞ Funkcjonariusze KMP w Suwałkach uczestniczyli w debacie pod hasłem „W jaki sposób młodzież może uczestniczyć w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem i uzależnieniem od narkotyków”. Jednym z celów było określenie roli młodzieży szkolnej w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem i uzależnieniem od narkotyków.
- ☞ W KPP w Strzelinie opracowano wzór informacji przekazywanych przez pion prewencji na rzecz przeciwdziałania narkomanii.

Jednostki terenowe Policji prowadząc działalność informacyjno-edukacyjną nawiązały współpracę ze środkami masowego przekazu – telewizją radiem, prasą. Jej wymiernym efektem jest szerokie informowanie społeczeństwa o stanie zagrożenia narkomanią oraz możliwościach uzyskania pomocy w tym zakresie. W ten sposób kształtuje się też świadomość prawną społeczeństwa. Niepokojące jest coraz agresywniejsze przedstawianie przez media nowego stylu życia („młodzież musi się

wyszumieć”), oraz podawanie przykładów popularnych osób z życia artystycznego i publicznego, które kiedyś brały narkotyki, a obecnie mają rodziny, nie są uzależnione itp. Niejednokrotnie publikacje te pozbawione są przesłania czy komentarza, który negatywnie ocenia branie i zniechęca do sięgania po środki odurzające. Informacje udzielane mediom przez funkcjonariuszy muszą być rzetelne, poparte przykładami i działaniami.

## **Podsumowanie i wnioski**

Starając się na podstawie zebranego materiału wysnuć prognozę dotyczącą zjawiska narkomanii na najbliższy rok, należy sięgnąć do zapisu zawartego w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005 w części dotyczącej zasad budowania Programu mówiącej o zasadzie realizmu. „Przyjęty dla obszaru profilaktyki cel – zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki – na obecnym etapie rozwoju zjawiska jego wyraźne ograniczenie w krótkim czasie jest mało realne. (...) W obszarze ograniczania podaży wyodrębnia się dwa cele ogólne: 1) ograniczenie dostępności narkotyków, 2) zahamowanie wzrostu przestępczości związanej z narkotykami”.

Zgodnie ze strategią przeciwdziałania narkomanii na lata 2003-2007, policjanci prowadzić będą działalność edukacyjno-informacyjną skierowaną przede wszystkim do władz samorządowych, dyrektorów i pedagogów placówek oświatowo-wychowawczych oraz rodziców.

W celu ograniczenia zagrożenia narkomanią, należy:

- wypracować porozumienia i ściśle współpracować z dyrekcjami szkół i kuratoriami oświaty w zakresie przeciwdziałania narkomanii,

- wzmóc działania rozpoznawcze (prewencyjne i operacyjne) w celu dobrego zdiagnozowania zjawiska,
- ograniczać możliwości nakłaniania osób nieletnich do zażywania środków odurzających oraz działalność przestępczą osób sprzedających narkotyki wśród dzieci i młodzieży poprzez:
  - prowadzenie spotkań edukacyjno-informacyjnych z pedagogami i rodzicami na temat skali zagrożenia, metod pracy dealerów, obowiązującego prawa;
  - przekazywanie młodzieży informacji o przepisach prawa (ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich), wiktymologii;
  - wypracowanie wspólnie z pedagogami zasady niegodzenia się na handel narkotykami w „mojej” szkole;
  - opracowanie modelu postępowania dla szkół w przypadkach ujawnienia narko-

tyku na terenie szkoły lub przy uczniu (na podstawie przepisów KPK, KPC i UPN) oraz wskazywanie placówek i instytucji, do których można zgłosić się po pomoc i poradę,

- natychmiastowe reagowanie na sygnały dotyczące problemów narkotykowych pochodzące ze szkół.

Wydział ds. Patologii Społecznej Biura Służby Prewencyjnej Komendy Głównej Policji jest zainteresowany współpracą ze wszystkimi, którym leży na sercu dalsze ograniczanie przestępczości narkotykowej nieletnich. Osiągnięcie tego celu jest możliwe przy współpracy: policjantów, pedagogów, przedstawicieli organizacji społecznych, organów rządowych i samorządowych, rodziców i opiekunów nieletnich. Działając razem, możemy wpłynąć na poprawę stanu bezpieczeństwa.

*komisarz Lidia Woć*

*Ekspert Wydziału ds. Patologii Społecznej  
Biura Służby Prewencyjnej KGP*

## **SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII ZA ROK 2002**

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005 został przyjęty przez Radę Ministrów w lipcu 2002 roku. Rok 2002 jest zatem pierwszym i de facto dalece niepełnym rokiem funkcjonowania Programu. Realizacja niektórych zadań Programu teoretycznie mogła być podjęta przez poszczególne instytucje jeszcze w ostatnich miesiącach

2002 roku, jednak biorąc pod uwagę czas potrzebny na publikację i dystrybucję Programu, wydaje się to praktycznie mało prawdopodobne, szczególnie w odniesieniu do jednostek samorządowych.

Jednakże należy zaznaczyć, że wiele zadań z dziedziny przeciwdziałania narkotikom i narkomanii stanowi stałe elementy planów

pracy odpowiednich instytucji i organizacji, jak również jest kontynuacją krajowego programu z lat 1999-2001. Ciągłość realizowanych zadań, zakorzenionych już w codziennej praktyce, pozwoliła na ich monitorowanie i ewaluację.

W ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii sformułowane zostały 64 zadania, w których realizacji uczestniczyć miało 8 ministerstw, 17 innych instytucji centralnych, a także władze samorządowe województw, powiatów i gmin oraz kasy chorych.

Podjęcie realizacji Programu przez poszczególne ministerstwa czy urzędy centralne często oznaczało w praktyce zaangażowanie wielu podległych im lub przez nie nadzorowanych instytucji. Oznacza to, że Program miał ogromny zasięg i w założeniu miał integrować w skali kraju zdecydowaną większość działań na rzecz zapobiegania narkomanii.

Niniejsze sprawozdanie opracowane zostało na podstawie informacji przesłanych przez podmioty zobowiązane do realizacji poszczególnych zadań programu. W założeniu miało obejmować informacje ze wszystkich instytucji centralnych i jednostek samorządu terytorialnego zobowiązanych do realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii ustawą z dnia 24 kwietnia 1997 o przeciwdziałaniu narkomanii.

Art. 3.1 ustawy mówi: *Zadania dotyczące przeciwdziałania narkomanii są realizowane przez organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego.* I dalej, Art. 3a ust. 4: *Do zadań Biura [Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii] należy w szczególności:*

*1) opracowywanie projektu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz koordynowanie i monitorowanie jego wykonania, przy*

*współpracy w tym zakresie z innymi podmiotami realizującymi zadania wynikające z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.*

W związku z powyższym Krajowe Biuro opracowało odpowiednie kwestionariusze sprawozdawcze, które rozesłano do wszystkich instytucji zaangażowanych w realizację zadań Krajowego Programu w 2002 roku.

Na poziomie jednostek samorządu terytorialnego nie zbierano danych bezpośrednio z gmin i powiatów, bowiem zebranie danych od tak wielkiej liczby instytucji wydawało się na obecnym etapie nieuzasadnione. Program dotarł do władz samorządowych gmin i powiatów w III kwartale 2002 roku, nie miał zatem dużych szans na wywarcie istotnego wpływu na ich aktywność w zakresie zapobiegania narkomanii w 2002 roku. Wstępne, orientacyjne dane o wdrożeniu Programu w gminach i powiatach zebrano od osób koordynujących problematykę zapobiegania narkomanii na poziomie wojewódzkim. W 2003 roku planowane jest zbieranie danych o realizacji Programu bezpośrednio na poziomie powiatów i gmin.

Sprawozdania dostarczyły wszystkie instytucje centralne oraz 15 Zarządów Województw i 15 regionalnych kas chorych. Jednak nie wszystkie jednostki odpowiedziały na wysłany kwestionariusz. Z obowiązku sprawozdawczego nie wywiązał się zarząd województwa lubelskiego oraz Branżowa i Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych. Ponadto niektóre sprawozdania nie zawierały informacji o realizacji wszystkich zadań przewidzianych w programie dla danej instytucji – brak informacji o realizacji zadania został każdorazowo odnotowany.

Doświadczenia wyniesione z dotychczasowej praktyki zbierania danych na temat monitorowania i ewaluacji Krajowego Programu

pozwalają na wyciągnięcie wniosków o konieczności wzmocnienia ustawowego obowiązku realizacji wdrażania Programu i składania sprawozdań z realizacji Programu, szczególnie przez władze samorządowe.

Punktem wyjścia do opracowania niniejszego sprawozdania były zadania Programu i sposoby ich realizacji. Układ sprawozdania podporządkowany został tej zasadzie. Służy on zatem bardziej zorientowaniu się w stopniu podjęcia realizacji kolejnych zadań, niż przeglądowi całej aktywności poszczególnych instytucji czy resortów.

W informacjach przekazywanych przez niektóre resorty i instytucje znalazły się dane dotyczące aktywności, jak się wydaje, wykraczającej poza zakres działań przewidzianych w Programie. Zostały one w pewnym stopniu uwzględnione w sprawozdaniu, bowiem jednoznaczne określenie tego, co służyć może realizacji Programu zawsze jest dyskusyjne. W takich przypadkach uszanowanie przekonania realizatora wydaje się zasadne.

Sprawozdanie koncentruje się na prezentacji przeglądu szerokiego wachlarza działań podjętych w ramach realizacji Programu. Nie znajdziemy w nim informacji o ich efektach. Pytanie o rezultaty aktywności inspirowanej przez Program jest przedmiotem badań ewaluacyjnych podjętych w tym roku przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (*National Focal Point*) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Francuskim Obserwatorium Narkotyków i Narkomanii (OFDT) w ramach programu PHARE 2000 „Walka z narkotykami”. Badania te mają na celu ocenę, w jakim stopniu osiągnęte są cele Programu oraz w jakim stopniu wpływają na rzeczywistość społeczną. Wyniki tych badań opublikowane zostaną w 2004 roku.

Program realizowany był w czterech głównych dziedzinach, dla których określono podstawowe cele merytoryczne.

## I. PROFILAKTYKA

1. Zwiększenie zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używaniu środków.
2. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku.
3. Pogłębienie wiedzy na temat psychospołecznych uwarunkowań narkomanii oraz skutecznych strategii profilaktycznych.
4. Zwiększenie liczby kompetentnych realizatorów programów profilaktycznych.
5. Zwiększenie liczby i zróżnicowania dostępnych programów profilaktycznych uwzględniających problematykę zapobiegania narkomanii.

## II. LECZENIE, REHABILITACJA I OGRANICZANIE SZKÓD ZDROWOTNYCH

2. Zwiększenie dostępności świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych poprzez rozwój specjalistycznych placówek i programów.
4. Wprowadzenie systemu szkoleń dla personelu prowadzącego leczenie, rehabilitację i programy ograniczania szkód zdrowotnych.

## III. OGRANICZANIE PODAŻY

1. Zahamowanie wzrostu krajowej produkcji narkotyków syntetycznych i narkotyków wytwarzanych z surowców naturalnych.

2. Zahamowanie wzrostu przemytu narkotyków na rynek wewnętrzny.
3. Ograniczenie dostępności narkotyków dla indywidualnych użytkowników.
4. Poprawa współdziałania odpowiednich służb.
5. Monitorowanie wydatków odpowiednich służb na zwalczanie przestępczości narkotykowej.
6. Wzmocnienie finansowej kontroli nad narkobiznesem.

#### IV. BADANIA, MONITORING I EWALUACJA

1. Stworzenie zintegrowanego systemu informacji o narkotykach i narkomanii, poprawa trafności i rzetelności wskaźników oraz rozszerzenie ich repertuaru.
2. Ocena i interpretacja trendów epidemiologicznych (rozmiary zjawiska, wzory używania, zachowania ryzykowne) oraz identyfikacja nowych zjawisk na scenie środków odurzających i związanych z tym nowych zagrożeń.
3. Ocena reakcji społecznych na problem narkomanii – zarówno nieformalnych, jak i zinstytucjonalizowanych, w tym ocena realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, dostarczanie wniosków i rekomendacji dla kształtowania strategii reagowania na problem narkomanii na poziomie kraju w skali regionalnej i lokalnej, a także międzynarodowej.

Przy konstruowaniu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002–2005 przeanalizowano doświadczenia poprzedniego Programu obowiązującego w latach 1999–2001. Przeprowadzono m.in. krótki sondaż, na który odpowiedziało blisko 80 instytu-

cji i organizacji, od ministerstw, poprzez organizacje pozarządowe, do placówek leczniczych. Z analizy zebranego materiału wynikało, że znaczna część respondentów nie czuła się kompetentna, jeśli chodzi o ocenę realizacji celów z innych sektorów – specjaliści od ograniczania podaży niewiele wiedzieli o działalności profilaktycznej i leczniczej, specjaliści od ograniczania popytu mieli słabą orientację w działaniach podejmowanych przez policję. Dlatego też w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002–2005 priorytet uzyskały kwestie koordynacji i przepływu informacji. Jednym z pierwszych efektów takiego kształtu Programu jest wzmożona współpraca między resortami centralnymi w obszarze przeciwdziałania narkomanii w 2002 roku.

Stosunkowo mała liczba osób biorących udział w sondażu potrafiła ocenić cele związane z koordynacją, monitoringiem i współpracą zagraniczną, dlatego też obecny program wyodrębnia oddzielny obszar dotyczący badań i monitoringu, realizowanych w ścisłej współpracy z odpowiednimi agendami Unii Europejskiej.

Do sukcesów związanych z realizacją Programu zaliczyć należy znaczne zaangażowanie realizatorów w odniesieniu do większości zadań, w szczególności dotyczy to organów i organizacji rządowych, które brały udział w tworzeniu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Szeroki zakres działań profilaktycznych, różnorodność podejmowanych inicjatyw na tym polu oraz zaangażowanie samorządów przyczyniają się do tworzenia nowej jakości w reagowaniu na problem narkomanii.

Przekształcenia w obszarze pomocy osobom uzależnionym od narkotyków zmierzają do różnicowania oferty leczenia i rehabilitacji, a także

uzupełniają ją o coraz szerszy zasięg działań skierowanych na ograniczanie szkód powodowanych przez narkotyki, adresowanych do osób pozostających poza systemem leczenia, których działalność wpływa negatywnie na obraz zdrowia publicznego.

Warto zaznaczyć, że pomimo trudnego okresu zmian strukturalnych w opiece zdrowotnej, nie odnotowano zjawiska ograniczania dostępu do świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych w porównaniu z poziomem uprzednim, a w pojedynczych przypadkach odnotowano ilościowy wzrost oferty terapeutycznej.

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii uczestniczy aktywnie w koordynacji realizacji Programu w części dotyczącej leczenia. Pomoc w negocjacjach i elastyczne reagowanie na luki w nowym systemie finansowania świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie placówek pozwoliły na w miarę łagodne dostosowanie się systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków do nowych warunków.

Widoczne sukcesy odnosi program na polu współpracy międzynarodowej. Już samo powstanie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii okazało się ważnym elementem procesu akcesyjnego Polski do Unii Europejskiej.

Ponadto odnotować trzeba intensyfikację współpracy z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (*European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*). Powołanie przy Krajowym Biurze Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (*National Focal Point – NFP*) owocuje wyższym stopniem zaspokajania naszych potrzeb informacyjnych w zakresie analiz i wniosków użytecznych do prowadzenia racjonalnej i efektywnej polityki wobec narko-

manii. W 2002 roku Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii przeprowadziło oraz zleciło do realizacji projekty badawcze zgodne z czterema z pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA:

- wskaźnik *Rozpowszechnienie Używania Narkotyków w Populacji Generalnej*: pierwsze ogólnopolskie badanie „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania”;
- wskaźnik *Zgłaszalność do Leczenia z Powodu Narkotyków*: badanie „Zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków”;
- wskaźnik *Zakażenia HIV, HBV, HCV w Związku z Używaniem Narkotyków*: badanie „Występowanie chorób zakaźnych wśród narkomanów przyjmujących dożylnie środki odurzające. Czynniki ryzyka związane z nabytym zakażeniem”;
- wskaźnik *Oszacowanie Rozpowszechnienia Problemowego Używania Narkotyków*: badanie „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów w tej grupie”.

Kolejnym europejskim projektem realizowanym zgodnie ze standardami metodologicznymi Unii Europejskiej, w którym od 2002 roku uczestniczy Polska, jest program Europejskich Działań Ograniczających Popyt na Narkotyki (*European Drug Demand Reduction Action – EDDRA*).

Powołanie przy Krajowym Biurze do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii było kolejnym krokiem w procesie akcesji Polski do UE. Polskie osiągnięcia na polu badań epidemiologicznych narkomanii są wysoko oceniane przez ekspertów z EMCDDA, a Polska postrzegana jako kraj wiodący pod tym względem w regionie.

Krajowe Biuro organizowało i koordynowało liczne szkolenia zarówno dla przedstawicieli kas chorych, lokalnych władz samorządowych jak i dla personelu placówek leczniczych oraz rehabilitacyjnych, w tym lekarzy i pielęgniarek. Ponadto w marcu 2002 roku zostało podpisane porozumienie pomiędzy Ministrem Zdrowia a Dyrektorem Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie powierzenia Dyrektorowi Krajowego Biura prowadzenia postępowania certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków. W listopadzie 2002 roku, po kilku latach systematycznych działań zmierzających w kierunku stworzenia systemu podnoszenia kwalifikacji przez pracowników placówek terapeutyczno-leczniczych dla osób uzależnionych od narkotyków, odbyła się sesja inauguracyjna szkolenia dla specjalistów terapii uzależnień.

Prezes Rady Ministrów powołał również w 2002 roku (10 czerwca) Radę do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Jednym z głównych zadań tego międzyresortowego ciała jest opiniowanie sprawozdań z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. W skład Rady wchodzi przedstawiciele centralnych organów administracji rządowej oraz organizacji pozarządowych i związków wyznaniowych. Powołanie Rady od dawna było oczekiwane przez instytucje i osoby zajmujące się przeciwdziałaniem narkomanii w Polsce, a także przez międzynarodowe gremia koordynujące akcesję Polski do Unii Europejskiej.

Najczęściej podnoszoną trudnością w realizacji Programu był brak dostatecznych środków finansowych. Równocześnie instytucje centralnego i władze samorządowe nie były w stanie oszacować kosztów związanych z re-

alizacją programu. Wydaje się, że zarówno dla poszczególnych resortów centralnych, jak i na poziomie działań lokalnych, ważne jest zharmonizowanie prac nad formułowaniem planu realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i nad budżetem instytucji. Obecnie decyzje w powyższych kwestiach zapadają w innym trybie, stanowiąc znaczną przeszkodę w realizacji Programu. Brak informacji zwrotnych o środkach przeznaczonych na realizację Programu uniemożliwił oszacowanie kosztów przeznaczonych na przeciwdziałania narkomanii w Polsce w 2002 roku.

W zakresie oceny kosztów istnieją również istotne problemy metodologiczne i techniczne. W praktyce wielu służb jest trudne lub niemożliwe precyzyjne wyspecyfikowanie kosztów wygenerowanych bezpośrednio na przeciwdziałanie narkotykom, np. w Policji, Straży Granicznej czy Służbach Celnych.

Kolejny pojawiający się problem, wymieniany przez organy władz samorządowych, wiąże się z finansowaniem realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii z funduszy przeznaczonych przez Urzędy Marszałkowskie na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Część jednostek samorządu terytorialnego wskazywała na wyraźny konflikt pomiędzy możliwością finansowania zadań z zakresu zapobiegania narkomanii, a obowiązującymi przepisami prawnymi, które korzystniej sytuują przeciwdziałanie alkoholizmowi. Biorąc pod uwagę, że przyczyny obu zjawisk mają często podobne uwarunkowania psychospołeczne, wydaje się, że wprowadzenie odpowiednich zmian w przepisach prawnych, umożliwiających finansowanie zadań z zakresu profilaktyki narkomanii ze środków finansowych wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26

października 1982, przyczynić się może do znacznej racjonalizacji podejmowanych działań i wydatków.

Bazując na danych uzyskanych ze zrealizowanych w 2002 roku pierwszych badań populacji generalnej na temat substancji psychoaktywnych można następująco scharakteryzować obraz sceny narkotykowej w Polsce:

- okazjonalne używanie narkotyków wkroczyło w świat dorosłych,
- używanie narkotyków jest bardzo silnie zróżnicowane terytorialnie,
- narkotyki pojawiają się przede wszystkim wśród osób do 24 roku życia, chociaż są również obecne w kategorii wiekowej 25-34 lata,
- dane z Warszawy wskazują na lekki trend wzrostowy,
- dostępność narkotyków oceniana jest jako znaczna,
- co najmniej 175 tysięcy osób przynajmniej raz w roku siada za kierownicą po użyciu narkotyku,
- narkomani są postrzegani przede wszystkim jako ludzie chorzy, wymagający leczenia i opieki,
- liczbę narkomanów w Polsce oszacować można na co najmniej 30 000 - 71 000 osób.

Z powyższych danych wynika, że reakcji instytucjonalnej i merytorycznej wymagają:

- potrzeba działań profilaktycznych wśród dorosłych:
  - działania profilaktyczne koncentrują się na młodzieży szkolnej, pojawienie się problemu wśród dorosłych skłania do sformułowania oferty profilaktycznej także dla tej grupy;

- potrzeba uwidocznienia problemu narkotyków w ruchu drogowym:
  - działania profilaktyczne w tym zakresie to przede wszystkim edukacja publiczna oraz kontrola na drogach;
- potrzeba wykorzystania społecznej akceptacji strategii leczenia i pomagania narkomanom:
  - stosunkowo niski poziom akceptacji dla strategii represji wobec narkomanów i wysoki dla strategii pomocy skłania do przemyślenia realizowanej obecnie polityki wobec narkomanii, przede wszystkim w kontekście rozwoju strategii ochrony i doskonalenia zdrowia publicznego.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że proces tworzenia, a następnie realizacji pierwszego etapu Programu przypadł na trudny okres ekonomiczny w kraju. Perspektywa kolejnej reformy ubezpieczeń zdrowotnych, zastąpienia Regionalnych Kas Chorych Narodowym Funduszem Zdrowia, także w pewnym stopniu decydowała o dynamice warunków realizacji Programu.

Mimo że materiał zgromadzony w tym sprawozdaniu nie może zastąpić wyników badań ewaluacyjnych, pozwolił jednak na dokonanie oceny sukcesów i słabych stron realizacji programu w 2002 roku, a także na wstępną identyfikację ich uwarunkowań i wypracowanie rekomendacji służących podniesieniu jakości realizacji Programu.

*Piotr Jabłoński*  
dyrektor Krajowego Biura ds.  
Przeciwdziałania Narkomanii

## SZKOLNA INTERWENCJA WOBEC UCZNIÓW SIĘGAJĄCYCH PO ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE

Znaczny wzrost używania przez młodzież zarówno legalnych, jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych (Sierosławski, 2001; Ostaszewski i wsp., 2001), a także obniżanie się wieku inicjacji spowodowały, że problem stał się widoczny w szkołach. W związku z tym nauczyciele i wychowawcy coraz częściej zgłaszali potrzebę poszerzenia swoich umiejętności, aby móc adekwatnie i skutecznie reagować w przypadku ujawniania w szkole, że uczeń lub uczennica sięga po alkohol, papierosy lub narkotyki. W odpowiedzi na to zapotrzebowanie w Instytucie Psychiatrii i Neurologii opracowana została metoda interwencji profilaktycznej w szkole. Inspiracją była metoda krótkiej interwencji, stosowana przez lekarzy pierwszego kontaktu wobec dorosłych pacjentów nadużywających alkoholu (Fleming i wsp., 1995).

Wprowadzeniu metody interwencji do szkół sprzyja reforma systemu edukacyjnego rozpoczęta w 1999 roku (Dz.U. nr 14, poz. 131, 132; Dz.U. nr 41, poz. 413), która tworzy odpowiednie warunki do współpracy między szkołą a rodzicami. W ostatnim roku MENiS nałożyło na szkoły obowiązek opracowania programu profilaktyki, „rozszerzenia zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem” (*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 i 31 stycznia 2003*).

Metoda interwencji została poddana ewaluacji w latach 2001-2002. Celem badań była analiza:

- procesu wprowadzania do szkół metody interwencji wobec uczniów pijących alkohol i/lub używających innych substancji psychoaktywnych.
- możliwości stosowania i przydatności w warunkach szkolnych metody interwencji profilaktycznej.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja metody interwencji profilaktycznej (patrz ramka zamieszczona na końcu artykułu) oraz wyników badań dotyczących funkcjonowania tej metody w szkole.

### Przebieg badań

Ewaluacja szkolnej metody interwencji miała charakter badań w działaniu. Do udziału w projekcie zgłosiło się 11 szkół (2 podstawowe, 6 gimnazjów, 3 szkoły ponadgimnazjalne) z Warszawy i dwóch mniejszych miast.

#### I etap – przygotowanie

W każdej ze szkół przeprowadzono diagnozę sytuacji w zakresie: rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych, zapisów statutowych dotyczących tej problematyki, podejmowanych działań profilaktycznych oraz współpracy z rodzicami. Posługiwano się przy tym metodą wywiadów indywidualnych z pe-

dagogami, dyrektorami, przedstawicielami nauczycieli i rodziców. Uzyskane informacje pozwoliły na dostosowanie programu szkolenia do potrzeb danej szkoły.

Następnie w każdej szkole przeprowadzono szkolenie dla rady pedagogicznej. Jego celem było:

- uwrażliwienie na problem używania substancji odurzających przez młodzież i wzmocnienie motywacji nauczycieli i wychowawców do podejmowania działań;
- zapoznanie z metodą interwencji profilaktycznej;
- zachęcanie grona pedagogicznego do podjęcia współpracy w opracowaniu spójnego systemu działań wobec uczniów sięgających po substancje psychoaktywne, zapisania przyjętych ustaleń w dokumentach szkolnych oraz poinformowania o zmianach wszystkich zainteresowanych, tj. całego personelu szkoły, uczniów i ich rodziców.

Druga część szkolenia była przeznaczona dla nauczycieli, którzy zadeklarowali chęć podejmowania w przyszłości działań interwencyjnych. Spośród 450 osób uczestniczących w szkoleniach dla rad pedagogicznych do udziału w drugim etapie zgłosiło się 70 osób. Program warsztatów obejmował omówienie przebiegu rozmowy interwencyjnej z uczniem, rozmowy z jego rodzicami, formułowanie kontraktu oraz ćwiczenie umiejętności prowadzenia rozmowy interwencyjnej z uczniem i rodzicami. Ważne miejsce w programie szkolenia zajmowała również analiza zachowań i emocji uczniów przyłapanych na sięganiu po substancje psychoaktywne oraz rodziców, którzy dowiadują się, że ich dziecko pije alkohol, pali papierosy czy bierze narkotyki. Celem tej części szkolenia było kształtowanie umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktu z osobami znajdującymi się pod wpływem silnego stresu.

**II etap – czas przeznaczony na działanie przeszkolonych nauczycieli** obejmował prawie cały rok szkolny (szkolenia zakończono na początku listopada).

### **III etap - analiza realizacji i efektów działań**

Do końcowej fazy badań przystąpiono pod koniec roku szkolnego (w czerwcu) kiedy to rozesłano do przedstawicieli szkół ankietę, która umożliwiła wstępną orientację w przebiegu działań. Na podstawie ankiety przygotowano też scenariusze wywiadów grupowych z przedstawicielami kadry pedagogicznej i przedstawicielami uczniów każdej z 11 szkół. Wywiady zostały przeprowadzone na początku kolejnego roku szkolnego. W tym samym czasie zebrano dokumenty związane z programem. Były to kontrakty zawarte z uczniami oraz zmodyfikowane statuty szkół.

## **Wyniki**

### **1. Wprowadzanie metody interwencji do szkół**

Zebrane informacje pozwoliły stwierdzić, że oczekiwane przez nas zmiany o charakterze systemowym, w szerszym lub węższym zakresie, zostały wprowadzone w sześciu z jedenastu szkół: w jednej szkole podstawowej, w dwóch gimnazjach i w trzech liceach (Okulicz-Kozaryn i wsp., 2003). W szkołach tych, w ciągu roku od rozpoczęcia projektu, uzupełniono dokumenty szkolne (przeważnie były to aneksy do statutów) o zapisy stwarzające formalne podstawy do prowadzenia interwencji profilaktycznych wobec uczniów sięgających po środki psychoaktywne. Jednak zdarzało się, że nie wszyscy nauczyciele znali nowe przepisy albo nie wszyscy interpretowali je w taki sam sposób. Informacje o wprowadzonych zmianach nie były też systematycznie przekazywane rodzicom i uczniom.

Początkowo gotowość do skorzystania z naszych propozycji była raczej niewielka. W niektórych przypadkach powodem nikłego zainteresowania było poczucie bezradności – przekonanie, że i tak niewiele da się zrobić. W innych, wynikało to z przekonania nauczycieli o tym, że oni sami i ich szkoła, jako instytucja są wystarczająco dobrze przygotowani do rozwiązywania pojawiających się problemów, a zatem rozwiązania systemowe nie są potrzebne. Taki sposób myślenia często prezentowały osoby tradycyjnie zajmujące się sprawami wychowawczymi (przedstawiciele dyrekcji i pedagodzy). Należy przy tym podkreślić, że jednocześnie mówiły o własnym przeciążeniu, stresie związanym z każdą sytuacją wymagającą ich interwencji i o frustracji wynikającej z braku współpracy z resztą personelu szkoły.

Czynnikiem sprzyjającym zmianom w szkołach okazało się zainteresowanie i zaangażowanie rodziców. Warunkiem decydującym o ich aktywności było zaproszenie na radę pedagogiczną, w czasie której był prezentowany i dyskutowany program działań interwencyjnych szkoły. Udział przedstawicieli rodziców w planowaniu zmian sprzyjał też ich zaangażowaniu w promowanie przyjętych w szkole rozwiązań – to zaś ułatwiło rozpowszechnianie informacji. W szkołach, w których rodzice byli w czasie wywiadówek „wspierającymi partnerami” wychowawców, informacje o wprowadzanych zmianach docierały do szerszego kręgu odbiorców, zarówno rodziców, uczniów, jak i nauczycieli. Można też przypuszczać, że zaangażowanie części rodziców zmniejszyło obawy nauczycieli przed reakcją rodziców na propozycje szkoły (także na sam fakt ujawnienia, że w szkole zdarzają się przypadki palenia papierosów, picia alkoholu lub brania narkotyków przez uczniów).

## 2. Szkolne działania interwencyjne

W ciągu roku po przeszkoleniu nauczycieli, działania interwencyjne podejmowano we wszystkich szkołach uczestniczących w programie, niezależnie od tego czy zostały w nich wprowadzone zmiany systemowe, czy też nie. W sumie przeprowadzono 34 interwencje, przy czym w szkołach podstawowych było ich znacznie mniej niż w gimnazjach i w liceach. Liczba interwencji prowadzonych w każdej ze szkół wahała się od 1 do 6.

### Zgodność z założeniami metody

Analiza poszczególnych interwencji wykazała, że większość z nich – zgodnie z założeniami – została podjęta wobec uczniów okazjonalnie sięgających po alkohol, papierosy, marihuanę lub sporadycznie łamiących inne zasady szkolne. Celem podejmowanych działań było przeważnie wspieranie zmian w zachowaniu poprzez udzielenie pomocy i wsparcia uczniom oraz ich rodzicom.

W większości przypadków nauczyciele przeprowadzili dwie rozmowy interwencyjne tzn. rozmowę indywidualną z rodzicem i/lub uczniem oraz rozmowę wspólną. Tylko w pojedynczych przypadkach był to pełny cykl trzech rozmów.

Propozycję zawarcia kontraktu złożono w co drugiej podjętej przez respondentów interwencji profilaktycznej. W kilku przypadkach procedura opracowywania kontraktu była całkowicie zgodna z założeniami prezentowanymi na szkoleniu tzn. treści kontraktu były ustalone we współpracy z rodzicami, a następnie propozycja dyskutowana z uczniem. Niektóre kontrakty były przygotowywane wspólnie przez rodziców i przedstawicieli szkoły, ale uczeń nie miał możliwości negocjowania za-

wartych w nim zapisów. Większość kontraktów została opracowana na piśmie, w kilku przypadkach ograniczono się do ustnej umowy. W odniesieniu do połowy kontraktów uzyskano informacje potwierdzające monitorowanie ich realizacji przez rodziców i szkołę.

Znaczna część interwencji (około 40%) była prowadzona w szkołach niezgodnie z założeniami metody. Przede wszystkim próbowano ją zastosować do pracy z uczniami, którzy stwarzali poważne problemy, czyli z takimi, którzy często pili alkohol lub palili marihuanę, a jednocześnie chodzili na wagary lub angażowali się w zachowania związane z przemocą (np. udział w bójkach lub znęcanie się psychiczne nad rówieśnikami).

W pojedynczych przypadkach metodę interwencji wykorzystano do rozwiązywania różnych konfliktów klasowych. Wówczas działania interwencyjne części nauczycieli ograniczały się do pojedynczej rozmowy z uczniem lub grupą uczniów. W przypadku konfliktów klasowych niektóre interwencje polegały na omówieniu problemu tylko na forum klasy. Czasami nadrzędnym celem szkolnych działań było wyśledzenie i ukaranie winnych, a w kilku przypadkach osoby prowadzące interwencję nie potrafiły (lub nie chciały) jasno określić jej celu. Prowadzenie śledztwa było zwykle związane z obawami nauczycieli o to, że rodzice będą zaprzeczać lub oskarżać szkołę o bezpodstawne pomówienie ich dziecka. I rzeczywiście, w wielu przypadkach zastosowania przez szkołę metod śledczych, współpraca z rodzicami i uczniem okazała się niemożliwa.

Niektórzy nauczyciele rozmawiali wyłącznie z rodzicami, zostawiając im rozwiązanie problemu dziecka. Zdarzało się też, że przedstawiciele szkół mylili kontrakt z pisemnym oświadczeniem ucznia, że pił alkohol, palił pa-

pierosy lub używał narkotyków. Takie oświadczenie służyło jako dowód, że szkoła poinformowała rodziców o przewinieniu dziecka.

## Efekty interwencji

Respondenci byli również proszeni o określenie efektów przeprowadzonych interwencji. Prawie połowa stwierdziła, że ich działania zostały zakończone sukcesem. Przy czym definicja sukcesu była bardzo szeroka. Dla jednych było to zaprzestanie używania środków odurzających przez ucznia, innym wystarczał brak dowodów ponownego sięgania po takie substancje.

Około jednej trzeciej nauczycieli sprawiało trudność jednoznaczne określenie uzyskanych efektów. Czasami wynikało to z faktu, że pozytywne zmiany dotyczyły zachowań jednego lub dwóch uczniów z większej grupy. Zdarzało się też, że poprawie ulegał jeden rodzaj zachowań ucznia, ale w innych aspektach jego funkcjonowanie pozostawało naganne (np. uczeń przestał się wdawać w bójki na terenie szkoły, ale nadal wagarował i miał konflikty z prawem). Do grupy interwencji o „niejednoznacznych” efektach zaliczono również te, które w czasie prowadzenia badań nie zostały jeszcze zakończone.

Tylko co piąta interwencja została uznana za porażkę. Niepowodzenie oznaczało brak pozytywnych zmian w zachowaniu ucznia. Jednak jako niepowodzenie niektórzy nauczyciele określali interwencje o efektach bardzo zbliżonych do tych, jakie inni określali jako „niejednoznaczne”. Były to interwencje, które przyniosły pozytywne acz krótkotrwałe zmiany, albo interwencje wywołujące zmiany „częściowe” (np. uczeń przestał pić alkohol w szkole, ale pił poza jej terenem).

Zestawienie informacji na temat podjętych w szkole działań interwencyjnych z ich efekta-

mi pozwala stwierdzić, że osiągnięciu pozytywnych rezultatów sprzyjało postępowanie zgodne ze schematem i założeniami metody prezentowanej na szkoleniach (Borucka i wsp., 2003).

## Wnioski

Uzyskane wyniki pozwalają sformułować kilka wniosków.

Przede wszystkim, działania interwencyjne prowadzone w szkole powinny być kierowane do uczniów, którzy okazjonalnie sięgają po alkohol, papierosy, marihuanę lub sporadycznie łamią inne zasady szkolne. Interwencja profilaktyczna stosowana wobec uczniów, którzy od lat sprawiają kłopoty wychowawcze może jedynie inicjować działania, które powinny być kontynuowane przez placówki specjalistyczne. W takich przypadkach rola szkoły będzie ograniczała się do wyrażenia braku akceptacji dla zachowań ucznia, zachęcenia ucznia i rodziców do podjęcia terapii oraz zaproponowania postępowania, które ułatwi wywiązywanie się przez ucznia z obowiązków szkolnych. Wynika z tego, że warunkiem prowadzenia skutecznych działań interwencyjnych jest nawiązanie współpracy z placówkami zewnętrznymi w celu udzielenia bardziej kompleksowej pomocy, niezbędnej gdy zakres interwencji wykracza poza rolę i kompetencje nauczycieli.

Jeśli chodzi o procedurę działań na terenie szkoły, to wskazane jest prowadzenie indywidualnych rozmów z uczniami, rodzicami oraz rozmowy wspólnej, w czasie której negocjowane są treści kontraktu. Przeprowadzenie założonego cyklu rozmów służy nawiązaniu lepszej współpracy z rodzicami oraz uczniem, co sprzyja podejmowaniu bardziej adekwatnych i przemyślanych działań interwencyjnych. Duże znaczenie ma opracowanie kontraktu w formie

pisemnej i – w miarę możliwości – zawarcie w nim szczegółowych ustaleń dotyczących zasad zachowania ucznia i zobowiązań każdej ze stron.

Kolejnym warunkiem skutecznych działań interwencyjnych jest monitorowanie realizacji postanowień zamieszczonych w kontrakcie oraz aktywne wspieranie rodziców i uczniów w ich przestrzeganiu. Czuwanie nad wypełnieniem ustaleń zawartych w kontrakcie jest zadaniem wymagającym dodatkowego zaangażowania ze strony nauczyciela, ale równocześnie jednym z kluczowych elementów, decydujących o tym, czy kontrakt spełni swoją podstawową funkcję, to znaczy – wpłynie korzystnie na zmiany w zachowaniu ucznia.

Oprócz konkretnych umiejętności poszczególnych osób prowadzących interwencję, ważny jest również szkolny kontekst jej funkcjonowania. Wyniki wprowadzania metody interwencji do szkół wskazują na konieczność:

- **Promowania w środowisku oświatowym idei interwencji profilaktycznej.** Motywacja do wprowadzania zmian – przekonanie, że są one realne, przydatne i niezagrażające – jest niezbędna do rozpoczęcia całego procesu. Przeprowadzone badania dostarczają wielu argumentów wzmacniających takie przekonania. Szczególnie istotne jest dotarcie z takimi informacjami do dyrektorów szkół, ponieważ ich postawa i aktywność mogą znacząco ułatwiać lub utrudniać wszelkie działania.
- **Zachęcenia nauczycieli do nawiązania współpracy z rodzicami** już na etapie dyskusji o występujących w szkole problemach i sposobach ich rozwiązywania. W szkołach, w których rodzice uczestniczyli w szkoleniu zorganizowanym dla rady pedagogicznej, proces wprowadzania inter-

wencji przebiegał lepiej niż w pozostałych placówkach.

- **Kształtowania u osób opracowujących program zmian przekonania, że niezbędnym warunkiem ich wprowadzenia jest poinformowanie o nich wszystkich zainteresowanych.** Nawet najlepsze wewnętrzne przepisy nie spełnią swojej roli, jeśli rodzice, uczniowie i wszyscy pracownicy nie będą ich znali.

*Katarzyna Okulicz-Kozaryn,  
Agnieszka Pisarska, Anna Borucka,  
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”  
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*

## Piśmiennictwo

1. Borucka A., Pisarska A., Okulicz-Kozaryn K. Ocena przydatności i funkcjonowania metody interwencji profilaktycznej w szkole. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2003, t. VII, 157-172.
2. Fleming M. (red.). Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z nadużywaniem alkoholu przez pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Projekt wdrożeniowy. NIAAA, Washington, D.C, PARPA, IPiN, Warszawa, 1995.
3. Ostaszewski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K. Badania Mokotowskie – 2000r. „Serwis Informacyjny Narkomania”, Warszawa 2001 2(16), 32-41.
4. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Pisarska A. Wprowadzanie do szkół metody interwencji wobec ucznia sięgającego po środki psychoaktywne - bariery we współpracy z rodzicami i ich pokonywanie. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2003, t. VII, 173-192.
5. Sierosławski J. Badania szkolne na temat używania substancji psychoaktywnych przez młodzież (ESPAD). Polska młodzież w latach 1995-1999 na tle Europy. „Serwis Informacyjny Narkomania”, Warszawa 2001 2(16), 16-24.

## CHARAKTERYSTYKA METODY INTERWENCJI PROFILAKTYCZNEJ

Celem interwencji jest przede wszystkim korygowanie nieprawidłowych zachowań poprzez udzielenie wsparcia i pomocy uczniowi sięgającemu po środki psychoaktywne oraz jego rodzicom. Realizacji tego celu służą indywidualne kontakty przedstawiciela szkoły (nauczyciela, pedagoga lub psychologa szkolnego) z uczniem i jego rodzicami. Ponadto interwencja ma zapobiegać problemom związanym z używaniem substancji w szkole. Cel ten jest realizowany poprzez opracowanie spójnego systemu działań wobec uczniów sięgających po substancje psychoaktywne i konsekwentne stosowanie interwencji w przypadku

każdego ucznia łamiącego obowiązujące w szkole zasady.

Postępowanie interwencyjne zakłada podjęcie następujących działań:

**Rozmowa indywidualna z uczniem.** Rozmowa z uczniem podejrzanym lub przyłapanym na sięganiu po substancje psychoaktywne służy, przede wszystkim, nawiązaniu z nim kontaktu i zachęcaniu do dalszej współpracy. W związku z tym kluczowe znaczenie ma odpowiedni klimat spotkania oraz bardzo wyraźne podkreślenie w rozmowie, że celem interwencji jest pomoc i udzielenie wsparcia w poradeniu sobie z problemem. Oznacza to,

że uczeń będzie mógł kontynuować naukę na dotychczasowych warunkach, szkoła zaś umożliwi mu korzystanie z pomocy specjalistycznej (jeśli taka pomoc będzie potrzebna). Z drugiej strony uczeń powinien usłyszeć jasny komunikat, iż pomoc nie oznacza pobłażania i przyzwolenia ze strony personelu szkoły, by dalej sięgał po alkohol, papierosy czy narkotyki. Młodzi ludzie w początkowej fazie sięgania po substancje psychoaktywne rzadko doświadczają poważanych skutków takich zachowań. Konsekwencje dyscyplinarne ponoszone przez ucznia za złamanie zasady abstynencji pełnią więc funkcję sygnału ostrzegawczego. W czasie rozmowy z uczniem osoba prowadząca interwencję przekazuje również spostrzeżenia na temat zmian, jakie zaszły w funkcjonowaniu ucznia w efekcie sięgania po substancje psychoaktywne, oraz informacje o konsekwencjach dalszego używania danej substancji. Informacje te są jednym z czynników (choć oczywiście nie jedynym), które mają „budować” motywację ucznia do zmiany zachowania. Celem rozmowy jest także zebranie danych pozwalających ocenić, na ile zaawansowany jest problem i jak w związku z tym należy dalej postępować. Na przykład czy konieczne jest kierowanie do poradni specjalistycznej. Na zakończenie spotkania uczeń zostaje poinformowany, że osoba prowadząca interwencję nawiąże kontakt z rodzicami i we współpracy z nimi ustali dalsze postępowanie.

**Rozmowa indywidualna z rodzicami.** Podczas spotkania z rodzicami, tak jak w rozmowie z uczniem, podstawowe znaczenie ma nawiązanie kontaktu oraz zachęcenie rodziców do współpracy. Osoba prowadząca interwencję dzieli się swoimi spostrzeżeniami na temat zmian, jakie zaszły w funkcjonowaniu dziecka oraz własną

oceną stopnia zaawansowania problemu. Również rodzice zachęceni są do podzielenia się swoimi obserwacjami oraz wyrażenia własnej opinii. Otrzymują ponadto informację o możliwych konsekwencjach zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Celem spotkania z rodzicami jest ustalenie dalszego postępowania. Osoba prowadząca proponuje rodzicom wspólne opracowanie kontraktu dla ucznia. Kontrakt zawiera następujące elementy: zobowiązanie do nieużywania substancji psychoaktywnych oraz przestrzegania zasad zachowania ustalonych przez rodziców i przedstawiciela szkoły, konsekwencje – czyli przywileje domowe i szkolne utracone w związku z łamaniem zasad, oraz warunki odzyskiwania tych przywilejów. Kontrakt może również zawierać zobowiązania rodziców i szkoły, które służą wspieraniu dziecka w przestrzeganiu kontraktu. Dorośli mogą na przykład zobowiązać się do dyskrecji, unikania destrukcyjnej krytyki itp.

**Wspólne spotkanie z uczniem i jego rodzicami.** To spotkanie służy przedstawieniu uczniowi wspólnego stanowiska szkoły i rodziców oraz zapoznaniu go z kontraktem. Uczeń ma bowiem prawo negocjowania warunków kontraktu i dołączenia własnych propozycji.

**Dalsze kontakty szkoła – rodzice.** Przestrzeganie kontraktu przez wszystkie zaangażowane strony: ucznia, jego rodziców oraz przedstawiciela szkoły ma kluczowe znaczenie dla skuteczności interwencji. Czuwanie nad zachowaniem ucznia oraz wspieranie pozytywnych zmian wymaga jednak sprawnej wymiany informacji między osobą prowadzącą interwencję i rodzicami. Forma dalszych kontaktów ustalana jest w zależności od potrzeb i możliwości obu stron.

## PODWÓJNE DIAGNOZY

### Sprawozdanie ze spotkania koordynacyjnego międzynarodowego programu badawczego ISADORA

Nadużywanie substancji psychoaktywnych jest jednym z głównych problemów zdrowotnych we wszystkich społeczeństwach europejskich, także ze względu na swoje konsekwencje społeczne i prawne doświadczane zarówno na poziomie jednostki, jak i poziomie społecznym. Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych stanowią szczególną grupę ryzyka zagrożoną wczesną umieralnością, infekcją wirusem HIV, ale także społeczną i ekonomiczną deprivacją.

Problem nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych staje się szczególnie poważny w przypadku osób, u których występują także inne zaburzenia psychiczne. Na podstawie badań światowych szacuje się, że w różnych krajach od 30% do 50% osób chorych psychicznie nadużywa różnych substancji, natomiast wśród nadużywających lub uzależnionych od substancji około 50% osób ma poważne zaburzenia psychiczne. Ponieważ w Polsce problem ten jest stosunkowo nowy badania epidemiologiczne są trudno dostępne. Z badań przeprowadzonych przez Janusza Sierosławskiego wynika, że 10% osób leczonych stacjonarnie z powodu nadużywania narkotyków cierpi również na inne zaburzenia psychiczne.

W Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej problem podwójnych diagnoz został zauważony dużo wcześniej niż w Polsce. Pojawiło się wiele publikacji dotyczących tego zjawiska, powstały programy terapeutyczne, lecz problem nadal postrzegany jest jako słabo rozpoznany, o czym najlepiej świadczą kłopoty definicyjne. Co tak naprawdę nazywamy podwójną diagnozą?

Kwestia ścisłej definicji stała się przedmiotem długiej dyskusji badaczy realizujących projekt naukowo-badawczy ISADORA – Zintegrowane Usługi na Rzecz Podwójnej Diagnozy i Pełnego Powrotu z Uzależnienia (*Integrated Services Aimed at Dual Diagnosis and Optimal Recovery from Addiction*) finansowany przez Komisję Europejską. Jednym z celów projektu ISADORA jest porównanie problemów związanych z leczeniem pacjentów z podwójną diagnozą w różnych krajach europejskich. Zjawisko występowania podwójnych rozpoznań jest jednak silnie osadzone w kontekście kulturowym i aby dokonać jakichkolwiek porównań międzynarodowych, należy najpierw zmierzyć się z problemami wynikającymi ze zderzenia różnych tradycji badawczych i znaleźć wspólną płaszczyznę. W projekcie ISADORA ostatecznie przyjęto definicję podwójnej diagnozy jako występowanie jednocześnie co najmniej jednego z rozpoznań: F20 (F20.0-F20.9, F23.0-F23.9, F25-F29), F30 (F30-F33.9) oraz co najmniej jednego z rozpoznań F10-F19, z wyłączeniem F17, według klasyfikacji ICD-10.

Badanie jest prowadzone w siedmiu ośrodkach europejskich: The County of Aarhus w Danii, Etablissement Public de Sante Maison Blanche we Francji, Tampere School of Public Health, University of Tampere w Finlandii, University of Dundee w Wielkiej Brytanii, Middlesex University w Wielkiej Brytanii, University of Cambridge w Wielkiej Brytanii oraz w Polsce – w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Celem projektu jest opis możliwości i ścieżek leczenia oferowanych pacjentom z podwójną diagnozą w ramach opieki psychiatrycznej oraz określenie i porównanie wzorów zachorowalności dla pacjentów z podwójną diagnozą w każdym z uczestniczących ośrodków. W efekcie możliwe stanie się stworzenie programu edukacyjnego dla personelu, którego celem byłoby rozpowszechnianie wiedzy o czynnikach ryzyka i odpowiednich strategiach leczenia dla pacjentów z podwójną diagnozą. Dla osiągnięcia tych celów zastosowane zostaną zarówno metody badań ilościowych, jak i jakościowych. Wśród chorych przeprowadzone zostaną 4 studia przypadków, planowane są również wywiady grupowe (*focus grupy*) z udziałem pacjentów, ich rodzin oraz personelu medycznego. Sporządzana zostanie również mapa usług dostępnych dla chorych z rozpoznaniem podwójnej diagnozy na terenie rejonu Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Badania ilościowe obejmą dwukrotny wywiad z 50 pacjentami w każdym ośrodku, co daje w sumie 350 zbadanych osób. Kwalifikacja do badań będzie miała miejsce w oddziałach całodobowych i zakończona zostanie, gdy 50 kolejno przyjmowanych do szpitala osób spełni wymagane kryteria. W lipcu i sierpniu przeprowadzono badania pilotażowe, w trakcie których w każdym ośrodku zbadano czterech pacjentów. Celem pilotażu było sprawdzenie warunków badania oraz funkcjonowania narzędzi badawczych. Rekrutacja pacjentów do badań właściwych rozpocznie się w połowie września.

Na dwudniowym spotkaniu badaczy wszystkich siedmiu ośrodków europejskich realizujących projekt ISADORA dzielono się doświadczeniami z pilotażu badań ilościowych oraz dyskutowano nad organizacją i metodą analizy danych, które zostaną zebrane w wyniku właściwych badań.

Doświadczenia z pilotażu okazały się niezwykle cenne. Ujawniły między innymi potrzebę usunięcia z kwestionariuszy pytań, które pojawiają

się kilkakrotnie w różnych testach. Pozwoli to na skrócenie czasu badania, który okazał się być znacznie dłuższy niż przewidywano i wyniósł co najmniej trzy godziny. Rozmawiano również na temat kolejności kwestionariuszy w trakcie wywiadu. Kolejność zalecana w protokole badawczym okazała się niemożliwa do utrzymania – badacze musieli często przerywać badanie jednym narzędziem, by powrócić do niego po przeprowadzeniu innego testu. Zmiany miały charakter indywidualny i zależały od możliwości i stanu zdrowia pacjenta. Zdaliśmy sobie sprawę, że niektóre dane mogą okazać się niemożliwe do zdobycia, szczególnie w przypadku osób bezdomnych. Dyskutowano również kwestie etyczne i bezpieczeństwo badaczy. Zastanawiano się, w jaki sposób pytać badanych o wyjątkowo drażliwe kwestie, np. o próby lub plany samobójcze, tak aby nie doprowadzić do pogorszenia ich stanu zdrowia i kiedy zrezygnować z zadawania tego typu pytań ze względu na dobro pacjenta.

Zmiany w kwestionariuszach stały się również ważnym punktem dyskusji na temat kodowania i analizy danych, za którą to część projektu odpowiedzialna jest strona polska. Zaproponowaliśmy sposób symbolizacji danych, który musi być bezwzględnie jednolity we wszystkich ośrodkach. Rozpoczniemy tworzenie baz danych dla wszystkich kwestionariuszy, gdy tylko będą dostępne ich elektroniczne wersje w języku angielskim i językach narodowych. Elektroniczne wersje są niezbędne do wprowadzenia ewentualnych zmian w symbolizacji odpowiedzi. Strona polska będzie monitorować wprowadzanie danych, a następnie przeprowadzimy potrzebne analizy.

Realizacja projektu ISADORA zostanie zakończona w 2005 roku. Efektem końcowym badań będzie nie tylko ustalenie czynników ryzyka współwystępowania nadużywania substancji i zaburzenia psychotycznego oraz ocena możliwości

leczenia oferowanego pacjentom z podwójnym rozpoznaniem, ale również wypracowane zostaną wspólne instrumenty oceny, za pomocą których można oceniać i porównywać efekty terapii pacjentów w różnych krajach, a wyniki badań, porównań i obserwacji zostaną wykorzystane jako

podstawy do stworzenia programu edukacyjnego dla personelu opiekującego się pacjentami z podwójną diagnozą, który będzie rozpowszechniony w placówkach leczniczych.

*Katarzyna Sierosławska*

*Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*

## **Podsumowanie pierwszego etapu szkolenia specjalistów i instruktorów terapii uzależnień w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz dalsze perspektywy rozwoju**

Dobiega końca pierwszy etap wdrażania systemu szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków. Wprowadzany jest on od marca 2002 roku, po podpisaniu przez Ministra Zdrowia Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków. Na podstawie § 2 wymienionego Regulaminu Minister Zdrowia powołał Radę ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych, której przewodniczy prof. Czesław Czabała. Jej zadaniem jest ocena ofert szkoleniowych zgłaszanych w ramach konkursów ogłaszanych dwa razy w roku przez dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Po blisko dwóch latach funkcjonowania systemu szkoleń chcielibyśmy poinformować naszych Czytelników o dotychczasowym ich przebiegu, napotkanych trudnościach oraz propozycjach dotyczących dalszego rozwoju systemu.

### **Szkolenia w trybie skróconym**

Dotychczas szkolenia w trybie skróconym przewidziane dla osób, które posiadają co najmniej

dziesięcioletni staż pracy w terapii osób uzależnionych od narkotyków, ukończyło 225 osób, w tym 80 w zakresie Instruktora Terapii Uzależnień i 145 w zakresie Specjalisty Terapii Uzależnień. Realizatorem wszystkich szkoleń w trybie skróconym było *Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Ośrodek Badań i Usług*. Fakt, że tak duża liczba osób uzyskała potwierdzenie swoich kompetencji zawodowych w trybie skróconym ma swoje uzasadnienie w tym, że przez wiele lat obszar szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków nie posiadał systemowych rozwiązań. Wielu terapeutów, pracując w lecznictwie odwykowym od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, nie mogło uzyskać formalnego potwierdzenia swoich umiejętności. Wśród osób, które ukończyły szkolenie w trybie skróconym, liczną grupę stanowili ci, którzy w ośrodkach dla uzależnionych od narkotyków przepracowali ponad 18 lat (ok. 100 osób – specjalistów i instruktorów terapii uzależnień).

Proces kwalifikowania do trybu skróconego nie należał do łatwych. Komisja Kwalifikacyjna, której przewodniczy Anna Ciupa z Polskiego

Towarzystwa Psychologicznego, musiała jasno zdefiniować kryteria dotyczące terapii uzależnienia od narkotyków i rozstrzygnąć wiele szczegółowych problemów. Kontrowersje powstały między innymi wokół programów wymiany igieł i strzykawek, poradnictwa prowadzonego w telefonie zaufania, pracy w charakterze terapeuty zajęciowego. Rozstrzygnięcia wymagały także sytuacje zatrudnienia w placówkach o charakterze profilaktycznym, zajmujących się głównie młodzieżą zagrożoną uzależnieniem. Komisja zajęła stanowisko, że wykonywanie powyższych zadań nie mieści się w definicji terapii osób uzależnionych od narkotyków, w związku z czym nie zaliczano do stażu pracy w terapii uzależnienia okresu zatrudnienia w charakterze pracownika ulicznego czy dyżurnego telefonu zaufania. Powyższe rozstrzygnięcia Komisji nie wszyscy przyjęli z zadowoleniem. Problemem innej natury, przed którym stanęli ubiegający się o przyjęcie na szkolenie, było zgromadzenie i przedstawienie Komisji Kwalifikacyjnej odpowiedniej dokumentacji z poszczególnych miejsc pracy. W wielu wypadkach było to zadanie karkołomne z powodu likwidacji niektórych placówek czy ich kolejnych restrukturalizacji. Możliwość uzyskania potwierdzenia kwalifikacji zawodowych w trybie skróconym dobiega jednak końca. Planuje się, że ostatnie szkolenie w tej formule odbędzie się w listopadzie 2003 roku.

## Szkolenia w trybie pełnym

W 2003 roku równoległe do szkoleń w trybie skróconym zaczęto wdrażać szkolenia w trybie pełnym obejmującym około 430 godzin dydaktycznych, w tym zajęcia teoretyczne, warsztatowe, treningi, staże i superwizje kliniczne.

W wyniku procedury konkursowej wyłoniono cztery podmioty uprawnione do prowadzenia

szkoleń i odpowiedzialne za realizację programów szkoleniowych w trybie pełnym. Są to: *Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii* wraz z *Uniwersytetem Zielonogórskim*, *Katolicki Uniwersytet Lubelski*, *Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych* oraz *Instytut Psychologii Zdrowia*. W programach szkolenia prowadzonych przez powyższe instytucje uczestniczy obecnie 250 osób. Należy spodziewać się, że do połowy 2005 roku zdecydowana większość uczestników zda egzamin końcowy i tym samym uzyska certyfikat potwierdzający posiadanie kompetencji zawodowych w dziedzinie uzależnienia od narkotyków. Egzamin, zgodnie z zapisami Regulaminu zatwierdzenia i certyfikowania, składać się będzie z dwóch części: testowej oraz ustnej polegającej na przygotowaniu i przedstawieniu przed Komisją Egzaminacyjną studium przypadku. Obecnie trwają intensywne prace nad opracowaniem pytań testowych. Planuje się, że pytania te będą wcześniej udostępnione słuchaczom.

Od początku przygotowywania koncepcji systemu szkoleń założono, że będą one poddane procedurze ewaluacji, która dostarczy ilościowych i jakościowych informacji na temat teoretycznych założeń całego systemu oraz poszczególnych programów realizowanych przez podmioty szkolące. Badania mają także posłużyć sformułowaniu rekomendacji dla przyszłych edycji programu. Ewaluacji poddane będą wszystkie moduły szkolenia – część teoretyczna, warsztatowa, treningi oraz staże i superwizje kliniczne. Podmiotem odpowiedzialnym za przygotowanie i przeprowadzenie całej procedury ewaluacji jest *Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne*, kierowane przez prof. Leszka Korporowicza.

Program szkoleniowy realizowany przez Uniwersytet Zielonogórski wspólnie z Polskim Towarzystwem Zapobiegania Narkomanii jako pierwszy był poddany badaniom ewaluacyjnym.

Ze wstępnych analiz wynika kilka cennych informacji dla całej organizacji systemu szkoleń w przyszłości. Najważniejsza konkluzja dotyczy podstawy programowej szkolenia. W opinii wielu słuchaczy szkolenie powinno bardziej koncentrować się na uzyskiwaniu i doskonaleniu praktycznych umiejętności niż zdobywaniu wiedzy teoretycznej. Słuchacze zwracali także uwagę na konieczność uzupełnienia podstawy programowej o tematy dotyczące m.in. opieki postrehabilitacyjnej. Podkreślano także potrzebę bardziej precyzyjnego określenia zakresu kompetencji zawodowych instruktora i specjalisty terapii uzależnień oraz wskazanie różnic pomiędzy zakresami ich kompetencji i odpowiedzialności.

Powyższe postulaty, jak i inne rekomendacje, zostaną uwzględnione w przygotowywanym przez Krajowe Biuro projekcie zmian Regulaminu zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków. Oprócz zmodyfikowanego programu szkolenia zmiany dotyczyć będą także trybu szkolenia. Planuje się, że od stycznia 2004 roku jedyną drogą potwierdzenia kwalifikacji zawodowych będzie szkolenie w trybie pełnym. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że certyfikat instruktora terapii uzależnień w trybie skróconym i pełnym mogą uzyskiwać osoby posiadające tytuł licencjata, zaplanowano, że w zmienionym Regulaminie szkoleń będą one miały możliwość, po uzyskaniu tytułu magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia, potwierdzenia kwalifikacji specjalisty terapii uzależnień w drodze egzaminu z wyłączeniem konieczności odbywania pełnego cyklu szkolenia.

Pełny tryb szkolenia przewiduje 80 godzin stażu klinicznego i 70 godzin superwizji klinicznej. W latach 2002 i 2003 w drodze konkursu ogłoszonego przez Krajowe Biuro wyłoniono 12 placówek do odbywania staży oraz 13 osób, które

uzyskały rekomendacje do prowadzenia superwizji klinicznej. Opiekę merytoryczną nad superwizorami sprawuje prof. Czesław Czabała. Raz na kwartał organizowane są spotkania superwizorów, podczas których mają możliwość dalszego doskonalenia swojego warsztatu pracy.

### **Perspektywy rozwoju systemu szkoleń**

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii planuje dalsze zmiany systemu szkoleń i certyfikacji. Cały czas czynimy starania, aby dotychczasowy Regulamin zatwierdzenia i certyfikowania specjalistycznego programu szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków zatwierdzony przez Ministra Zdrowia został zastąpiony przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie trybu i zasad potwierdzania kwalifikacji zawodowych w dziedzinie uzależnienia od narkotyków. Aby takie rozporządzenie zostało wydane przez Ministra, niezbędna jest nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Odpowiedni projekt zmian jest przygotowywany, jednak proces legislacji, jak powszechnie wiadomo, jest żmudny i czasochłonny. Planujemy, że najpóźniej w 2005 roku stosowne rozporządzenie zostanie wydane. Zanim to jednak nastąpi w 2004 roku, podobnie jak w poprzednich dwóch latach, dyrektor Krajowego Biura ogłosi konkurs na programy szkoleniowe. Liczymy na to, że oprócz podmiotów, których programy już uzyskały rekomendację Ministra Zdrowia, do konkursu przystąpią także inni. W ogłoszeniu o konkursie zostaną przedstawione szczegółowe warunki, które podmiot szkolący jest zobowiązany spełnić. Ponadto Krajowe Biuro planuje zwiększyć liczbę rekomendowanych superwizorów. Zostaną oni wyłonieni w trybie konkursu ogłoszonego w pierwszej połowie 2004 roku. Do udziału w nim

zapraszamy wszystkie zainteresowane osoby, które spełniać będą wskazane w ogłoszeniu kryteria.

## Projekt ustawy o zawodach medycznych

Na zakończenie chcielibyśmy poinformować o projekcie ustawy o zawodach medycznych, która z pewnością zainteresuje środowisko terapeutów uzależnień. Ministerstwo Zdrowia, w ramach procesu przystosowywania polskiego ustawodawstwa do wymogów prawa Unii Europejskiej, opracowało projekt ustawy, która ma regulować wykonywanie niektórych zawodów medycznych. Wśród nich wymienia się instruktora i specjalistę terapii uzależnień. Oznacza to ważną zmianę – po raz pierwszy w polskim ustawodawstwie instruktor i specjalista terapii uzależnień uzyska status zawodu regulowanego (dotychczas są to tylko stanowiska pracy). Warunkiem ich uzyskania jest ukończenie specjalistycznego szkolenia zatwier-

zonego przez Ministra Zdrowia. Szkolenia obecnie wdrażane przez Krajowe Biuro spełniają powyższe kryterium, zatem ich absolwenci w przyszłości uzyskają prawo do wykonywania zawodu instruktora lub specjalisty terapii uzależnień oraz będą mogli ubiegać się o uznanie ich zawodu w krajach UE. Projekt ustawy, określając zawody, definiuje także zakresy kompetencji dla każdego z nich. Planuje się, że wojewoda prowadzi będzie rejestr wszystkich osób uprawnionych do wykonywania poszczególnych zawodów. Miejmy nadzieję, że nowe regulacje prawne wejdą w życie w 2004 roku.

Wszystkie osoby zainteresowane uzyskaniem bardziej szczegółowych informacji na temat systemu szkoleń zapraszamy do odwiedzenia naszej strony internetowej [www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl), dział Certyfikacja.

*Bogusława Bukowska*  
zastępca dyrektora Krajowego Biura  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990

Antynarkotykowa poradnia internetowa: [www.poradnia.narkomania.org.pl](http://www.poradnia.narkomania.org.pl)



## Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**

tel.: 641 15 01, fax: 641 15 65

e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl)

<http://www.kbpn.gov.pl>

**Adres redakcji:**

**ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa**

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**

Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**

Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**

tel./fax (022) 635 73 70, 635 29 30

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

**Bożenna Kamińska-Buško** (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej)

**Jacek Morawski** (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

**Jacek Moskalewicz** (Instytut Psychatrii i Neurologii)

**Janusz Sierosławski** (Instytut Psychatrii i Neurologii)

**Teresa Werezynańska** (Kierownik Ośrodka Leczenia Uzależnień w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie)

**Włodzimierz Ziemia** (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo jest bezpłatne