



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 1 (24) 2004

POROZUMIENIE

z dnia 26 lutego 2004 roku

zmieniające Porozumienie z dnia 26 lutego 2004 roku, podpisanego przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie Regulaminu specjalistycznego szkolenia od narkoty-

Biura Zdrowia a Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie Regulaminu specjalistycznego szkolenia od narkoty-

§ 1. W porozumieniu zmieniającym Regulaminu specjalistycznego szkolenia od narkotyków (Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 lutego 2004 r. (Dz. Urz. P. z 2004 r., poz. 100), zmieniające Regulaminu specjalistycznego szkolenia od narkotyków (Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 lutego 2004 r. (Dz. Urz. P. z 2004 r., poz. 100)), wprowadzające zmiany:

- 1) § 3 otrzymuje brzmienie: „§ 3. Postępowanie w sprawie zatwierdzenia przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii załącznik do niniejszego porozumienia.”;
- 2) załącznik do niniejszego porozumienia.

§ 2. Porozumienie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.



a Dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie Regulaminu specjalistycznego szkolenia od narkotyków (Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 lutego 2004 r. (Dz. Urz. P. z 2004 r., poz. 100)), wprowadzające zmiany:

em zatwierdzenia przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii załącznik do niniejszego porozumienia.

od dnia

DYREKTOR KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
Piotr Jabłoński

Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej
Przedstawiciel Rady do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych
Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
MINISTRA ZDROWIA
Sekretarz Stanu
Ewa Kralkowska

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy

Po ponad półtorarocznym okresie wdrażania systemowych rozwiązań w kształceniu instruktorów i specjalistów terapii uzależnień w dziedzinie uzależnienia od narkotyków nadeszła pora na nowelizację obowiązujących przepisów. Intensywne wdrażanie systemu szkoleń sprzyjało zebraniu licznych doświadczeń i wskazało kierunek zmian. W dniu 26 lutego br. podsekretarz stanu Ewa Kralkowska podpisała nowy tekst Porozumienia i Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków, z mocą obowiązywania od 1 stycznia br.

W nowym Regulaminie znajdziemy szerszy katalog kryteriów oceny specjalistycznego szkolenia. Oprócz treści merytorycznych programu, doświadczenia podmiotu szkolącego w kształceniu w obszarze terapii uzależnień czy przygotowania merytorycznego kadry, ocenie podlegać będą także takie kwestie, jak sposób prowadzenia monitorowania szkolenia oraz wyniki ewaluacji jakości szkoleń. Uwzględnienie tych dodatkowych kryteriów stanowiło usankcjonowanie stanu faktycznego. Od początku wdrażania szkoleń w trybie pełnym prowadzona jest bowiem na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii ich ewaluacja rozumiana jako ocena procesu kształcenia. Wyniki badań są uwzględniane przy planowaniu kolejnych edycji szkolenia. W znowelizowanym Regulaminie zmniejszono także liczbę obowiązkowych postępowań zatwierdzających

i certyfikujących program szkolenia z 2 do 1 w trakcie roku kalendarzowego. Dotychczasowa praktyka wskazuje, że jeden konkurs w roku zapewnia pełną drożność systemu szkoleń. Wykreślono także dotychczasowy zapis mówiący o możliwości ukończenia szkolenia w trybie skróconym. Obecnie przestały istnieć przesłanki uzasadniające taki tryb szkolenia. Osoby z wieloletnim stażem pracy w terapii uzależnienia od narkotyków w trakcie ponad półtorarocznego okresu obowiązywania Regulaminu objęte zostały skróconym trybem szkolenia i uzyskały odpowiednie potwierdzenie swoich zawodowych kompetencji. Zmienione przepisy odnoszą się także do kwestii trybu podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez osoby, które uzyskały certyfikat instruktora terapii uzależnień (w trybie pełnym lub skróconym). Zgodnie z § 8 ust. 6 Regulaminu osoby, które ukończyły specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie instruktora terapii uzależnień i równocześnie w ciągu 3 lat od ukończenia szkolenia uzyskały tytuł magistra w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub ukończyły wyższą szkołę medyczną, mogą przystąpić do egzaminu w zakresie specjalisty terapii uzależnień bez konieczności uczestniczenia w dodatkowym szkoleniu.

Znowelizowany Regulamin odnosi się także do zakresu kompetencji instruktora i specjalisty terapii uzależnień oraz zmienia nieco minimalną podstawę programową. Zmniejsza

bowiem liczbę zajęć teoretycznych i treningów na korzyść zajęć warsztatowych, zwiększając je o 40 godzin. Zmniejsza niestety także liczbę obowiązkowych godzin superwizji klinicznej z 70 do 50. Kwestia liczby godzin pracy pod okiem superwizora będzie przedmiotem dalszej dyskusji Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Na stronie internetowej Krajowego Biura: www.narkomania.gov.pl w dziale Certyfikacja dostępne są bardziej szczegółowe informacje na temat systemu szkoleń, obejmujące wykaz rekomendowanych placówek do odbywania staży klinicznych, rekomendowanych superwizorów, zasady odbywania staży i superwizji klinicznych oraz wykaz podmiotów szkolących, które uzyskały zgodę ministra zdrowia na prowadzenie specjalistycznych szkoleń. Od marca br. na stronie internetowej Biura dostępne są informacje na temat przygotowywanego egzaminu końcowego dla instruktorów i specjalistów terapii uzależnień. Prace nad egzaminem prowadzone są wspólnie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, podmioty szkolące reprezentowane przez prof. D. Rybczyńską, prof. M. Kalinowskiego, mgr J. Koczurowską, mgr E. Rachowską oraz prof. Cz. Czabałę (przedstawiciela Rady ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych).

Bogusława Bukowska
zastępca dyrektora Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

SPIS TREŚCI

POROZUMIENIE z dnia 26 lutego 2004 roku	str. 4
REGULAMIN zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia	str. 4
SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE POSTAWY I ZACHOWANIA PROFILAKTYKA Wyniki ogólnopolskiego badania ankietowego 2002 <i>Janusz Sierosławski</i>	str. 13
PRZEGLĄD JAKOŚCIOWYCH BADAŃ ZJAWISKA NARKOMANII W KRAJACH KANDYDUJĄCYCH DO UNII EUROPEJSKIEJ – seminarium Reitox Academy <i>Agnieszka Marchel</i>	str. 22
SPRAWOZDANIE Z WIZYTY STUDYJNEJ W ANGLII <i>Tomasz Kołodziejczyk</i>	str. 30
MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA DLA OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV/AIDS <i>Anna Konefał</i>	str. 44
OGŁOSZENIE w sprawie konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia	str. 47

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990

Antynarkotykowa poradnia internetowa: www.poradnia.narkomania.org.pl

POROZUMIENIE

z dnia 26 lutego 2004 roku

zmieniające Porozumienie zawarte między Ministrem Zdrowia a Dyrektorem Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków

§ 1. W porozumieniu zawartym między Ministrem Zdrowia a Dyrektorem Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków (Dz. Urz. MZ. z 2002 r. Nr 4 poz. 18) wprowadza się następujące zmiany:

1) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Postępowanie prowadzone jest zgodnie z regulaminem zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia, stanowiącym załącznik nr 1 do porozumienia.”;

2) załącznik otrzymuje brzmienie określone w załącznikach do niniejszego porozumienia.

§ 2. Porozumienie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2004 r.

DYREKTOR KRAJOWEGO BIURA
ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Piotr Jabłoński

z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
Sekretarz Stanu
Ewa Kralkowska

Załącznik nr 1

REGULAMIN

zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków

W związku z art. 14 ust. 2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198 i Nr 122 poz. 1143) ustala się następujący sposób zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków.

§ 1.

1. Postępowanie zatwierdzające i certyfikujące program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie

uzależnienia od narkotyków prowadzi Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zwany dalej „Dyrektorem Biura”.

2. Postępowanie zatwierdzające, o którym mowa w ust. 1 obejmuje ocenę specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków pod względem:

1) doświadczenia podmiotu szkolącego w prowadzeniu szkoleń z zakresu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych;

- 2) kwalifikacji kadry wskazanej do realizacji programu;
- 3) zawartości merytorycznej i czasu trwania programu;
- 4) bazy lokalowej i warunków technicznych umożliwiających realizację programu;
- 5) sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia w tym zasad i trybu przeprowadzania egzaminu;
- 6) systemu wewnętrznego monitorowania jakości kształcenia;
- 7) wyników badania ewaluacyjnego przeprowadzonego wg procedury zatwierdzonej przez Dyrektora Biura.

§ 2.

Organem opiniodawczo-doradczym Ministra Zdrowia w sprawach dotyczących postępowania zatwierdzającego i certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków jest Rada do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych zwana dalej „Radą”.

§ 3.

Siedzibą Rady jest Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii znajdujące się w Warszawie.

§ 4.

1. W skład Rady chodzą:
 - 1) przedstawiciel Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w liczbie 1,
 - 2) przedstawiciele Instytutu Psychiatrii i Neurologii w liczbie 2,
 - 3) specjaliści terapii uzależnień w liczbie 3.
2. Członków Rady powołuje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Dyrektora Biura na okres 3 lat.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać członków Rady na wniosek Dyrektora Biura.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady jeżeli z wnioskiem o odwołanie wystąpi członek Rady.

§ 5.

1. Rada działa na posiedzeniach.
2. Posiedzenia Rady zwołuje przewodniczący wybrany spośród członków Rady.
3. Uchwały Rady zapadają zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej trzech czwartych składu Rady.
4. W razie równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego.
5. Szczegółowy sposób działania Rady określa regulamin wewnętrzny zatwierdzony przez Dyrektora Biura.
6. Obsługę techniczno-organizacyjną Rady zapewnia Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

§ 6.

1. Postępowanie zatwierdzające i certyfikujące program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków przeprowadzane jest co najmniej 1 raz w roku kalendarzowym.
2. Terminy rozpoczęcia postępowania zatwierdzającego i certyfikującego program, o którym mowa w ust. 1 Dyrektor Biura ogłasza do 31 marca każdego roku na łamach „Serwisu Informacyjnego. Narkomania” wydawanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz stronie internetowej Biura.
3. Ogłoszenie o terminie rozpoczęcia postępowania, o którym mowa w ust. 2 może być także zamieszczane na łamach innych specjalistycznych pism z dziedziny uzależnień, w uzgodnieniu z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

§ 7.

1. Podmiot ubiegający się o zatwierdzenie i certyfikację programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków, zwany dalej „podmiotem ubiegającym się” przedkłada Dyrektorowi Biura szczegółowe treści nauczania oraz informację o sposobach ich realizacji

w oparciu o podstawy programowe i organizacyjne określone:

- 1) dla instruktora terapii uzależnień w załączniku nr 2,
 - 2) dla specjalisty terapii uzależnień w załączniku nr 3.
2. Podmiot ubiegający się może być zobowiązany w terminie wskazanym przez Dyrektora Biura do uzupełnienia dokumentacji, o której mowa w ust. 1, niezbędnej do przeprowadzenia postępowania.
 3. W ramach postępowania zatwierdzającego i certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków Rada może kontrolować podmiot ubiegający się pod kątem spełnienia kryteriów określonych w § 1 niniejszego regulaminu.
 4. Podczas kontroli, podmiot ubiegający się, przedstawia Radzie dokumentację oraz udostępnia do kontroli pomieszczenia i urządzenia niezbędne w procesie nauczania.
 5. Jeżeli podmiot ubiegający się nie spełnia wymagań określonych niniejszym regulaminem Rada wyznacza mu termin niezbędny do uzupełnienia stwierdzonych braków nie krótszy niż 14 dni.
 6. W trakcie realizacji programu zatwierzonego i certyfikowanego przez Ministra Zdrowia podmiot szkolący zobowiązany jest poddać się procedurze ewaluacji zewnętrznej zatwierdzonej przez Dyrektora Biura.

§ 8.

1. Szkolenie specjalistyczne kończy się egzaminem przeprowadzonym przez komisję egzaminacyjną powoływaną przez podmiot szkolący, w skład której wchodzi przedstawiciele podmiotu szkolącego, przedstawiciel Rady ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych oraz przedstawiciel Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
2. Egzamin składa się z części ustnej i pisemnej.
3. Część pisemna obejmuje sprawdzian testowy obejmujący zagadnienia teoretyczne.

4. Część ustna obejmuje sprawdzian umiejętności nabytych przez uczestnika szkolenia niezbędnych do prowadzenia rehabilitacji osób uzależnionych. Egzamin ustny obejmuje przygotowanie studium przypadku i przedstawienie go przed Komisją Egzaminacyjną.
5. Warunkiem przystąpienia do egzaminu ustnego jest uprzednie zdanie egzaminu pisemnego, zaliczenie stażu klinicznego i superwizji klinicznej.
6. Osoby, które ukończyły specjalistyczne szkolenie certyfikowane i zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie Instruktora Terapii Uzależnień i równocześnie w ciągu 3 lat od ukończenia szkolenia uzyskały tytuł magistra w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub ukończyły wyższą szkołę medyczną mogą przystąpić do egzaminu w zakresie Specjalisty Terapii Uzależnień bez konieczności uczestniczenia w szkoleniu.

§ 9.

1. Rada przedstawia Dyrektorowi Biura ocenę programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków.
2. Ocena programu, o której mowa w ust. 1, obejmuje wnioski, propozycje i uzasadnienie sporządzone zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4.

§ 10.

W oparciu o ocenę programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków sporządzoną przez Radę, Dyrektor Biura przygotowuje rekomendację dotyczącą programu i przedstawia ją ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 11.

Podmiot prowadzący specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków zatwierdzone i certyfikowane przez Ministra Zdrowia, wydaje certyfikat ukończenia specjalistycznego szkolenia absolwentom programu według wzoru stanowiącego załącznik nr 5.

Załącznik nr 2

Zakres kompetencji zawodowych instruktora terapii uzależnień oraz minimalna podstawa programowa specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie Instruktora Terapii Uzależnień

I. KOMPETENCJE INSTRUKTORA TERAPII UZALEŻNIEŃ OBEJMUJĄ:

1. umiejętność realizacji zadań wynikających z procesu diagnozy i terapii;
2. umiejętność przygotowania i prowadzenia zajęć edukacyjnych i profilaktycznych o ile pozostają one w związku z programem terapii pacjenta.

II. PROGRAM SZKOLENIOWY - minimalna podstawa programowa:

1. Zajęcia teoretyczne - w wymiarze nie mniejszym niż 30 godzin

- 1) Informacje ogólne
 - a) społeczne, kulturowe i ekonomiczne aspekty używania substancji psychoaktywnych
 - b) przepisy, normy i uregulowania prawne dotyczące narkotyków i narkomanii
 - c) charakterystyka środków psychoaktywnych
 - d) medyczny aspekt uzależnienia i choroby współwystępujące
 - e) struktura systemu pomocy osobom uzależnionym w Polsce
- 2) Kwalifikacja i motywowanie do leczenia
 - a) nawiązywanie kontaktu terapeutycznego
 - b) motywowanie do zmiany i kontrakt terapeutyczny
 - c) wstępna diagnoza i kwalifikacja
- 3) Przegląd teorii uzależnień
- 4) Diagnoza w uzależnieniach
 - a) diagnoza medyczna - ICD 10
 - b) diagnoza problemowa
- 5) Podstawowe formy leczenia i rehabilitacji uzależnień
 - a) oddziaływania psychoterapeutyczne
 - terapia indywidualna
 - terapia grupowa
 - terapia rodzin
 - interwencja kryzysowa
 - b) farmakoterapia w uzależnieniu
- 6) Minimalizacja szkód zdrowotnych
- 7) Podstawowe modele terapii osoby uzależnionej od środków psychoaktywnych (model Społeczności Terapeutycznej, Model Minnesota)
- 8) Opracowywanie Indywidualnego Programu Zdrowienia (Indywidualnego Programu Terapeutycznego)
- 9) Profilaktyka uzależnień
 - a) programy psychoedukacyjne (promocja zdrowia)
 - b) praca z grupami ryzyka
 - c) interwencje kryzysowe (np. kryzysy wieku dorastania)
- 10) Zespół wypalenia zawodowego

- 11) Standardy zawodowe i etyczne pracy terapeuty
- 12) Elementy psychopatologii.

2. Treningi psychologiczne - w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin

- 1) Trening interpersonalny
- 2) Trening intrapsychiczny.

3. Warsztaty - w wymiarze nie mniejszym niż 140 godzin

- 1) Umiejętności interpersonalne niezbędne w pracy terapeutycznej
- 2) Kontakt terapeutyczny
- 3) Podstawy pracy indywidualnej z pacjentem
- 4) Podstawy pracy z grupą
- 5) Podstawy pracy z rodziną
- 6) Pierwsza pomoc w kryzysie
- 7) Diagnoza problemowa
- 8) Formułowanie i prowadzenie Indywidualnego Programu Zdrowienia (Indywidualnego Programu Terapii)
- 9) Specyfika pracy terapeutycznej z tzw. grupami specyficznymi
- 10) Podstawy pracy metodą społeczności terapeutycznej.

4. Staże kliniczne

- Staże kliniczne obejmują nie mniej niż 80 godzin w okresie nie krótszym niż 14 dni roboczych
- Staż kliniczny podejmuje się po ukończeniu zajęć teoretycznych, treningów psychologicznych oraz zajęć warsztatowych
- Szczegółowe zasady odbywania staży klinicznych określa Dyrektor Biura
- Staże kliniczne odbywają się w zakładach opieki zdrowotnej rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w niżej wskazanych typach placówek dla osób uzależnionych od narkotyków:
 - 1) Stacjonarne placówki rehabilitacji osób dorosłych
 - 2) Stacjonarne placówki rehabilitacji dla dzieci i młodzieży
 - 3) Poradnia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży
 - 4) Poradnia terapii uzależnień dla dorosłych.

5. Superwizja kliniczna

- Superwizja kliniczna w wymiarze nie mniejszym niż 50 godzin dydaktycznych obejmująca opracowanie i udokumentowanie 100 godzin programu pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem
- Superwizję kliniczną podejmuje się po ukończeniu zajęć teoretycznych, treningów psychologicznych oraz zajęć warsztatowych,
- Superwizja kliniczna odbywa się pod nadzorem superwizora z listy superwizorów rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
- Szczegółowe zasady odbywania superwizji klinicznej określa Dyrektor Biura.

6. Czasowy wymiar zajęć

- Program specjalistycznego szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień obejmuje nie mniej niż 380 godzin zajęć dydaktycznych oraz udokumentowany 100 godzinny program pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem.

III. O przyjęcie na specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie instruktora terapii uzależnień mogą ubiegać się osoby, które posiadają co najmniej wykształcenie średnie.

Załącznik nr 3

Zakres kompetencji zawodowych specjalisty terapii uzależnień oraz minimalna podstawa programowa specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie Specjalisty Terapii Uzależnień.

I. KOMPETENCJE SPECJALISTY TERAPII UZALEŻNIEŃ OBEJMUJĄ:

1. samodzielne zaplanowanie i przeprowadzenie diagnozy potrzebnej do przygotowania projektu planu terapeutycznego dostosowanego do potrzeb pacjenta;
2. znajomość metod terapeutycznych i umiejętność ich zastosowania odpowiednio do planu terapeutycznego i potrzeb pacjenta;
5. umiejętność przygotowania i prowadzenia zajęć edukacyjnych i profilaktycznych o ile pozostają one w związku z programem terapii pacjenta.

II. PROGRAM SZKOLENIOWY - minimalna podstawa programowa:

1. Zajęcia teoretyczne - w wymiarze nie mniejszym niż 50 godzin

- 1) Informacje ogólne
 - a) społeczne, kulturowe i ekonomiczne aspekty używania substancji psychoaktywnych
 - b) przepisy, normy i uregulowania prawne dotyczące narkotyków i narkomanii
 - c) charakterystyka środków psychoaktywnych
 - d) medyczny aspekt uzależnienia i choroby współwystępujące
 - e) struktura systemu pomocy osobom uzależnionym w Polsce
- 2) Kwalifikacja i motywowanie do leczenia
 - a) nawiązywanie kontaktu terapeutycznego
 - b) motywowanie do zmiany i kontrakt terapeutyczny
 - c) wstępna diagnoza i kwalifikacja
- 3) Przegląd teorii uzależnień
- 4) Diagnoza w uzależnieniach
 - a) diagnoza medyczna - ICD 10
 - b) diagnoza problemowa
- 5) Podstawowe formy leczenia i rehabilitacji uzależnień
 - a) oddziaływania psychoterapeutyczne
 - terapia indywidualna
 - terapia grupowa
 - terapia rodzin
 - interwencja kryzysowa
 - b) farmakoterapia w uzależnieniu
- 6) Minimalizacja szkód zdrowotnych
- 7) Podstawowe modele terapii osoby uzależnionej od środków psychoaktywnych (model Społeczności Terapeutycznej, Model Minnesota)
- 8) Opracowywanie Indywidualnego Programu Zdrowienia (Indywidualnego Programu Terapeutycznego)
- 9) Profilaktyka uzależnień
 - a) programy psychoedukacyjne (promocja zdrowia)

- b) praca z grupami ryzyka
- c) interwencje kryzysowe (np. kryzysy wieku dorastania)

- 10) Standardy zawodowe i etyczne pracy terapeuty
- 11) Zespół wypalenia zawodowego
- 12) Elementy psychopatologii
- 13) Zarządzanie zespołem terapeutycznym
- 14) Ewaluacja programów terapeutycznych

2. Treningi psychologiczne - w wymiarze nie mniejszym niż 80godzin

1. Trening interpersonalny
2. Trening intrapsychiczny

3. Warsztaty - w wymiarze nie mniejszym niż 160 godzin

- 1) Umiejętności interpersonalne niezbędne w pracy terapeutycznej
- 2) Kontakt terapeutyczny
- 3) Podstawy pracy indywidualnej z pacjentem
- 4) Podstawy pracy z grupą
- 5) Podstawy pracy z rodziną
- 6) Pierwsza pomoc w kryzysie
- 7) Diagnoza problemowa
- 8) Formułowanie i prowadzenie Indywidualnego Programu Zdrowienia (Indywidualnego Programu Terapii)
- 9) Specyfika pracy terapeutycznej z tzw. grupami specyficznymi
- 10) Podstawy pracy metodą społeczności terapeutycznej
- 11) Procedury i badania ewaluacyjne

4. Staże kliniczne

- Staże kliniczne obejmują nie mniej niż 80 godzin w okresie nie krótszym niż 14 dni roboczych,
- Staż kliniczny podejmuje się po ukończeniu zajęć teoretycznych, treningów psychologicznych oraz zajęć warsztatowych,
- Szczegółowe zasady odbywania staży klinicznych określa Dyrektor Biura,
- Staże kliniczne odbywają się w zakładach opieki zdrowotnej rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w niżej wskazanych typach placówek dla osób uzależnionych od narkotyków:
 - 1) Stacjonarne placówki rehabilitacji osób dorosłych
 - 2) Stacjonarne placówki rehabilitacji dla dzieci i młodzieży
 - 3) Poradnia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży
 - 4) Poradnia terapii uzależnień dla dorosłych

5. Superwizja kliniczna

- Superwizja kliniczna w wymiarze nie mniejszym niż 50 godzin dydaktycznych obejmująca opracowanie i udokumentowanie 100 godzin programu pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem,
- Superwizję kliniczną podejmuje się po ukończeniu zajęć teoretycznych, treningów psychologicznych oraz zajęć warsztatowych,

- Superwizja kliniczna odbywa się pod nadzorem superwizora z listy superwizorów rekomendowanych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
- Szczegółowe zasady odbywania superwizji klinicznej określa Dyrektor Biura.

6. Czasowy wymiar zajęć

- Program specjalistycznego szkolenia w zakresie specjalisty terapii uzależnień obejmuje nie mniej niż 420 godzin zajęć dydaktycznych oraz udokumentowany 100 godzinny program pracy indywidualnej i grupowej z pacjentem.

III. O przyjęcie na specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie specjalisty terapii uzależnień mogą ubiegać się osoby, które ukończyły szkołę wyższą i uzyskały tytuł magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia lub ukończyły wyższą szkołę medyczną.

Załącznik nr 4

Kryteria oceny programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków

1. Nazwa i adres podmiotu ubiegającego się o zatwierdzenie i certyfikację programu specjalistycznego szkolenia:
.....
2. Rodzaj przedkładanego programu:
 - 1) dla instruktora terapii uzależnień
 - 2) dla specjalisty terapii uzależnień
3. Czy przedkładany program spełnia wymogi określone w § 1 Regulaminu pod względem:
 - 1) doświadczenia podmiotu szkolącego w prowadzeniu szkoleń z zakresu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych
.....
 - 2) kwalifikacji kadry wskazanej do realizacji programu
.....
 - 3) zawartości merytorycznej i czasu trwania programu
.....
 - 4) bazy lokalowej i warunków technicznych umożliwiających realizację programu
.....
 - 5) sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia w tym zasad i trybu przeprowadzenia egzaminu
.....
 - 6) systemu wewnętrznego monitorowania jakości kształcenia
.....
 - 7) wyników badania ewaluacyjnego przeprowadzonego wg procedury zatwierdzonej przez Dyrektora Biura
.....
4. Czy program wymaga uzupełnienia w jakimś zakresie? Jeżeli tak, to proszę dokłądanie określić zakres niezbędnych uzupełnień
.....

Załącznik nr 5.....
(pieczęć podmiotu prowadzącego szkolenie).....
(miejscowość).....
(data)**CERTYFIKAT****ukończenia specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zgodnego z programem zatwierdzonym i certyfikowanym przez Ministra Zdrowia**

Program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzony i certyfikowany przez Ministra Zdrowia

w dniu

.....
(imię i nazwisko)

Rodzaj ukończonego szkolenia

Liczba godzin objętych szkoleniem

Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie

Numer zaświadczenia

.....
Przewodniczący Komisji
Egzaminacyjnej.....
Dyrektor Krajowego Biura
do Spraw Przeciwdziałania
Narkomanii.....
Przedstawiciel Rady
do Spraw Certyfikacji Programów
Szkoleniowych

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE POSTAWY I ZACHOWANIA PROFILAKTYKA

Wyniki ogólnopolskiego badania ankietowego 2002

WPROWADZENIE

Przedmiotem czwartej części prezentacji wyników badania ankietowego zrealizowanego w lecie 2002 r. wśród mieszkańców naszego kraju są opinie w kwestii szeroko pojętej profilaktyki narkomanii. Poprzednie części zdające sprawę z rozmiarów zjawiska używania narkotyków, z ocen ich dostępności oraz postaw i opinii w sprawie narkotyków publikowane były w poprzednich numerach „Serwisu”. W pierwszym z nich znaleźć można szczegóły dotyczące metody badania oraz materiału badawczego (Serwis Informacyjny. Narkomania nr 2 (21) 2003, dostępny także na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.kbnp.gov.pl). Tu przypomnijmy tylko, że badanie zrealizowane zostało w czerwcu 2002 r. na próbie losowej mieszkańców Polski w wieku 16 lat i więcej. Poza badaniem ogólnopolskim badaniu poddano także próby z kilku województw i kilku miast, które to próby po odpowiednim zważeniu zasilily próbę ogólnopolską. W efekcie liczyła ona 3148 osób. Opinie i przekonania mieszkańców naszego kraju co do sposobów zapobiegania narkomanii, wydaje się, mają istotne znaczenie jako czynnik kształtowania strategii zapobiegawczej. Oczekiwania społeczne stanowią dla polityków punkt odniesienia w podejmowaniu decyzji o kształcie polityki wobec narkomanii. Akceptacja społeczna przyjętych rozwiązań bywa też często istotnym warunkiem sukcesu ich implementacji.

W tej części prezentacji wyników badania analizie poddamy opinie i przekonania o roli poszczególnych instytucji w profilaktyce narkomanii oraz zobaczymy, jakie strategie postępowania z narkomaniami mogą liczyć na społeczną aprobatę.

OCZEKIWANIA WOBEC PROFILAKTYKI

Jak powszechnie wiadomo, najtańszą i najbardziej efektywną strategią reagowania na takie problemy społeczne jak narkomania jest profilaktyka. W naszym kraju działania z tego zakresu próbuje podejmować wiele różnych instytucji życia społecznego. Badanych proszono o wybranie z listy dowolnej liczby instytucji, które powinny

Tabela 1. Instytucje powołane do profilaktyki - rozkład odpowiedzi na pytanie, kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży (wszystkie wskazania)

Rodzice	96,6
Oświata - szkoły	93,5
Policja	80,2
Kościół	72,1
Służba zdrowia	90,2
Organizacje pozarządowe (społeczne)	89,7
Inne - jakie?	16,6

ich zdaniem tym się zajmować, a także wskazanie jednej instytucji, której działania będą najbardziej efektywne. Rozkłady odpowiedzi zawierają *tabele 1 i 2*.

Gdy analizujemy wszystkie wskazania, na pierwszym miejscu znajdujemy rodzinę (97%). Niewiele mniejsze odsetki badanych odpowiedzialnością za profilaktykę obarczają szkołę, służbę zdrowia i organizacje pozarządowe (90-94%). Tylko około 80% badanych dostrzega tu pole do działania dla policji i 72% – dla kościoła.

Przy wyborze jednej instytucji, z której działaniami można wiązać najwięcej nadziei, większość badanych opowiada się za rodziną – ponad 66%. Prawie 12% wskazuje na oświatę i 8% na organizacje pozarządowe. Wynik ten wart jest szczególnego podkreślenia, bowiem w dotychczasowych działaniach profilaktycznych nie kładzie się odpowiedniego nacisku na rodzinę. Wydaje się, że w profilaktycznej funkcji rodziny tkwią niewykorzystane szanse, dostrzegane przez mieszkańców naszego kraju.

Zobaczmy teraz, w jakich segmentach struktury społecznej lokują się zwolennicy idei wiodącej roli rodziny w profilaktyce narkomanii. Jako zmienne niezależne do analiz włączono też trzy zmienne z zakresu postaw (stosunek do religii, udział w wyborach i poczucie stałości zatrudnienia) oraz zmienną charakteryzującą poczucie bezpieczeństwa socjalnego badanych (obawa przed utratą pracy). Wyniki analiz zestawiono w *tabelach 3 i 4*.

Płeć badanych nie różnicuje w sposób istotny statystycznie ich stosunku do rodziny jako najbardziej obiecującej instytucji w profilaktyce narkomanii. Istotne różnicowania wprowadza natomiast wiek badanych. Wraz z przechodzeniem do coraz starszych kategorii wiekowych rośnie odsetek przekonanych o wiodącej roli rodziny w profilaktyce. Wśród badanych w wieku 16–24 lata

Tabela 2. Instytucje powołane do profilaktyki - rozkład odpowiedzi na pytanie, kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży (wybór jednej instytucji, której działania będą najbardziej skuteczne)

Rodzice	66,1
Oświata - szkoły	11,9
Policja	4,8
Kościół	0,9
Służba zdrowia	7,3
Organizacje pozarządowe (społeczne)	8,2
Inne - jakie?	0,9

odsetek ten wynosi 59%, wśród najstarszych, tj. powyżej pięćdziesiątego piątego roku życia – 68%.

Zależność analizowanej cechy od stanu cywilnego jest po części pochodną różnic związanych z wiekiem. Warto zauważyć, że odsetek badanych pokładających szczególną nadzieję w profilaktycznej roli rodziny jest najwyższy wśród osób zamężnych i żonatych, najniższy zaś w grupie kawalerów i panien.

Istotne różnicowania wiążą się z wielkością miejscowości zamieszkania, istotnie wyższe proporcje wiążących największe nadzieje z rodziną pojawiają się wśród mieszkańców wsi i miast średniej wielkości (pow. 50 tys. do 100 tys. mieszkańców).

Wykształcenie badanych, a także ich status zawodowy i stanowisko nie mają wpływu na poglądy badanych w analizowanej tu kwestii.

Istotne różnicowania wynikają natomiast ze statusu zawodowego badanych. Zwolenników wiodącej roli rodziny w profilaktyce narkomanii spotykamy najczęściej wśród kobiet zajmujących się domem (70%), a najrzadziej w grupie uczniów i studentów (59%).

Tabela 3. Rodzina jako najważniejsza instytucja powołana do profilaktyki (wskazywanie na rodziców jako najważniejszych w odpowiedzi na pytanie, kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży) wg cech społeczno-demograficznych

Płeć		Dla pracujących - stanowisko	
Mężczyzna	64,8	Szeregowe	66,9
Kobieta	67,2	Kierownicze	68,1
Wiek *		Samodzielne	66,2
16-24	58,9	Przynależność społeczno-zawodowa	
25-34	68,8	Rolnik	67,3
35-44	66,7	Pracownik fizyczny niewykwalifikowany	68,7
45-50	68,0	Pracownik fizyczny wykwalifikowany	65,9
55 i więcej	67,9	Pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia	66,0
Stan cywilny *		Pracownik umysłowy z wyższym wykształcenia	68,3
Kawaler/panna	61,9	Przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec	61,1
Żonaty/zamężna	68,5	Pozostali	61,0
Rozwiedziony/rozwódka	67,4	Posiadanie dzieci *	
Wdowiec/wdowa	65,4	Posiadający dziecko	67,4
Wielkość miejscowości *		Bezdzielni	63,9
Wieś	69,4	Gdzie się P. wychowywał, w mieście czy na wsi*	
Miasto do 50 tys. mieszkańców	61,5	Na wsi	69,5
Miasto pow. 50 tys. do 200 tys.	69,5	W mieście	59,1
Miasto pow. 200 tys. mieszkańców	62,5	Dochody na osobę w rodzinie	
Wykształcenie		do 499 zł	70,2
Podstawowe lub niższe	65,0	500-999 zł	68,8
Zasadnicze zawodowe	66,2	1000-1499 zł	63,8
Średnie	66,1	1500 zł i więcej	65,4
Wyższe	68,9	Ocena sytuacji materialnej*	
Status zawodowy *		Dochody nie są wystarczające	69,0
Praca zawodowa	66,8	Dochody są wystarczające	65,2
Rencista, emeryt	68,3	Dochody są więcej niż wystarczające	62,3
Uczeń, student	58,8		
Gospodyni domowa	69,6		
Bezrobotny	64,6		

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p \leq 0,05$

Tabela 4. Rodzina jako najważniejsza instytucja powołana do profilaktyki (wskazywanie na rodzinę jako najważniejszą w odpowiedzi na pytanie, kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży) wg stosunku do religii, obawy przed utratą pracy i udziału w ostatnich wyborach parlamentarnych

Stosunek do religii *	
Wierzący i praktykujący	67,6
Pozostali	61,9
Obawa przed utratą pracy	
Zdecydowanie tak	66,1
Raczej tak	64,1
Raczej nie	67,7
Zdecydowanie nie	65,9
Rodzina bez pracy	66,2
Udział w ostatnich wyborach parlamentarnych	
Tak	66,6
Nie	64,9

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p \leq 0,05$

Dwie kolejne cechy różnicujące poglądy badanych to posiadanie dzieci oraz miejsce wychowania. Osoby posiadające dzieci w istotnie wyższym odsetku opowiadają się za rodziną jako najbardziej obiecującą instytucją (67%) niż osoby bezdzietne (64%). Wychowywani w mieście są w większym odsetku przekonani o potencjale profilaktycznym rodziny niż wychowani na wsi.

Istotne różnicowanie badanej cechy wiąże się z oceną poziomu własnych dochodów. Stawiający przede wszystkim na profilaktyczną funkcję rodzin rekrutują się w większym stopniu spośród osób oceniających swoje dochody jako niewystarczające na zaspokojenie potrzeb rodziny. Osoby oceniające swoje dochody jako

więcej niż wystarczające są w mniejszym stopniu skłonne uznawać rodzinę za najbardziej obiecującą ogniwo profilaktyki narkomanii.

Wbrew oczekiwaniom, ani stopień pewności zatrudnienia, ani aktywność obywatelska nie wiążą się z preferowaniem rodziny jako najlepszej instytucji w formułowaniu odpowiedzi na problem narkomanii. Istotne różnicowanie wprowadza natomiast stosunek do religii. Osoby deklarujące się jako wierzące i praktykujące w większym odsetku niż pozostali dostrzegają w rodzinie największą szansę skutecznej profilaktyki. Podsumowując społeczno-demograficzne różnicowania poglądów co do rodziny jako najskuteczniejszego agenta profilaktyki trzeba wskazać na wspólny rys kategorii, w których rodzinie częściej przypisuje się wiodącą rolę w profilaktyce narkomanii. Rysem tym wydaje się przywiązanie do tradycyjnych wartości, którego w większym stopniu można oczekiwać właśnie wśród osób starszych, kobiet zajmujących się domem, osób wychowanych na wsi, mieszkańców wsi czy osób wierzących i praktykujących. Można sądzić, że silna pozycja rodziny w tradycyjnym systemie wartości przekłada się na duże oczekiwania względem niej także na polu profilaktyki narkomanii.

Warunkiem koniecznym włączenia rodziny, a w szczególności rodziców, w proces profilaktyczny jest adekwatne rozpoznanie skali zagrożenia. Minał czas, gdy po narkotyki sięgała tylko tzw. młodzież problemowa. Obecnie narkotyki, przynajmniej niektóre, stają się elementem młodzieżowej kultury i ryzyko sięgania po nie dotyczy większości młodzieży. Zobaczmy zatem, jak rodzice postrzegają ryzyko eksperymentowania ich dzieci z najmniej niebezpiecznym i jednocześnie najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem, jakim jest marihuana (tabela 5).

Aż ponad 48% rodziców uczestniczących w badaniu żyje w przekonaniu, że w przypadku

Tabela 5. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pana(i) dziecko mogłoby spróbować marihuany, gdyby ktoś mu coś takiego zaproponował?

To jest niemożliwe, żeby moje dziecko spróbowało marihuany	48,1
To jest mało prawdopodobne, żeby moje dziecko spróbowało marihuany	36,8
To jest bardzo prawdopodobne, żeby moje dziecko spróbowało marihuany	10,2
Moje dziecko na pewno spróbowałoby marihuany	4,9

ich pociech eksperymentowanie z marihuaną nie jest możliwe. Dalsze prawie 37% uznało to za mało prawdopodobne. To optymistyczne podejście do zagrożenia sięganiem po ten narkotyk przez dzieci respondentów wydaje się nie stwarzać sprzyjających warunków do podjęcia działań profilaktycznych. Trudno oczekiwać, by przedmiotem troski rodziców stały się zagrożenia uznawane za zupełnie lub prawie nierealne. Teoretycznie rodzice zdają sobie sprawę z zagrożenia, jakie dla młodzieży stanowią narkotyki, zdają się jednak nie przyjmować do wiadomości, że zagrożenie to mogłoby dotyczyć bezpośrednio ich dzieci. Wydaje się, że warto podjąć działania edukacyjne wobec szerokiej rzeszy rodziców, uświadamiające im ryzyko związane z kierunkami rozwoju młodzieżowej kultury.

POSTĘPOWANIE Z NARKOMANAMI

Pytanie o najwłaściwszy zdaniem badanych sposób postępowania z narkomanami poprzedzone zostało próbą odtworzenia społecznego wizerunku narkomana. Zakładano, że sposób postrzegania osób używających problemowo narkotyków

wyznacza poziom aprobaty dla różnych strategii reagowania na problem narkomanii. Stosunek mieszkańców Polski do narkomanów badano poprzez pytanie o wizerunek narkomana. Respondenci otrzymali listę 11 określeń i z niej mieli wybrać te, które odnoszą się ich zdaniem do narkomana. Ponadto proszono badanych o wybranie jednego określenia, które najlepiej charakteryzuje narkomana. Dane przedstawiono w tabeli 6.

Niemal wszyscy badani zgodzili się z medyczną definicją zjawiska narkomanii, ponad 95% uznało, że narkoman to człowiek chory. Na drugim miejscu pod względem odsetka potwierdzeń znalazło się określenie „człowiek nieszczęśliwy”. To określenie potwierdziło prawie 88% badanych. W mniejszości byli ci, którzy narkomanię postrzegali w kategoriach przestępstwa: „awanturник, chuligan” niespełna 33% badanych i „przestęp-

Tabela 6. Sposób postrzegania narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie, kim jest przede wszystkim narkoman? (wszystkie wskazania)

Człowiekiem chorym	95,1
Przestępcą	22,5
Człowiekiem nieszczęśliwym	87,5
Osobą mającą zły wpływ na innych	76,5
Osobą o dużej wrażliwości	31,8
Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	62,9
Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	55,7
Awanturnikiem, chuliganem	32,6
Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	67,7
Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	66,5
Kimś innym	13,8

ca” – 22,5% badanych. Trzeba jednak dodać, że nieznaczna większość badanych dostrzegła zły wpływ narkomanów na innych ludzi – 77%.

W sumie, narkomani postrzegani są przede wszystkim jako ludzie chorzy i nieszczęśliwi, o czym szczególnie dobitnie przekonują dane z *tabeli 7* prezentujące wybór jednej cechy, tej najlepiej charakteryzującej narkomana. Dla 70% narkoman to przede wszystkim człowiek chory, dla prawie 13% – nieszczęśliwy, dla niespełna 4% człowiek, któremu nie powiodło się w życiu. Warto zauważyć, że przestępczość jako najważniejsza cecha narkomana występuje tylko u 1% badanych.

Z odpowiedziami na pytanie o sposób postrzegania narkomana korespondują odpowiedzi na pytanie o najlepszy, zdaniem badanych, sposób postępowania z narkomanami. Zobaczmy zatem, jakie strategię postępowania wobec narkomanów zyskują

Tabela 7. Sposób postrzegania narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie, kim jest przede wszystkim narkoman? (wybór najważniejszego)

Człowiekiem chorym	70,0
Przestępcą	1,0
Człowiekiem nieszczęśliwym	12,5
Osobą mającą zły wpływ na innych	3,8
Osobą o dużej wrażliwości	0,6
Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	1,8
Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	2,8
Awanturnikiem, chuliganem	0,5
Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	2,0
Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	3,9
Kimś innym	1,1

Tabela 8. Preferowana strategia postępowania wobec narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie jak postępować z narkomanami (wszystkie wskazania)

Leczyć	97,5
Izolować od społeczeństwa	43,5
Karać	20,9
Pomagać, otoczyć opieką	89,8
Pozostawić samym sobie	5,0
Dawać narkotyki	3,4

aprobate mieszkańców naszego kraju. Dane na ten temat zawiera *tabela 8*.

Zgodnie z dominującym w społeczności wizerunkiem narkomana największy stopień aprobaty zyskały leczenie oraz pomoc, otoczenie opieką. Izolować narkomanów od społeczeństwa chciałoby niewiele ponad 43% badanych, za karaniem opowiada się tylko 21%. Nie znalazła uznania w oczach badanych idea pozostawienia narkomanów samym sobie, prawie powszechnie odrzucony został pomysł dawania im narkotyków.

Przy wyborze jednej, zdaniem badanych, najlepszej strategii postępowania z narkomanami respondenci w zdecydowanej większości opowiedzieli się za leczeniem (*tabela 9*). Odpowiedzi takiej udzieliło ponad 80% badanych. Następny, kolejny według stopnia społecznej popularności, sposób postępowania z narkomanami (pomoc, otoczenie opieką) został wybrany przez 12% respondentów. Za strategią izolacji od społeczeństwa jako najlepszą odpowiedzią na problem narkomanii opowiedziało się tylko 5% badanych. W karaniu narkomanów pokłada największe nadzieje tylko niewiele ponad 1% badanych.

Podsumowując warto zauważyć, że dominującym rysem postaw Polaków wobec narkomanów jest spolegliwość. Narkomani postrzegani są przede wszystkim jako ludzie chorzy, nieszczę-

Tabela 9. Preferowana strategia postępowania wobec narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie, jak postępować z narkomanami (wybór jednej, najbardziej obiecującej, strategii)

Leczyć	80,1
Izolować od społeczeństwa	5,3
Karać	1,3
Pomagać, otoczyć opieką	12,0
Pozostawić samym sobie	0,5
Dawać narkotyki	0,1

śliwi, których należy leczyć i otoczyć opieką. Wyniki badania zdają się przekonywać, że taka właśnie strategia postępowania z narkomanami zyskuje aprobatę ze strony zdecydowanej większości polskiego społeczeństwa.

Potwierdzeniem powyższych konstatacji jest rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy badani w narkomanie dostrzegają bardziej pacjenta czy bardziej kryminalistę (tabela 10). Zgodnie z oczekiwaniami, mieszkańcy naszego kraju patrzą na narkomana bardziej jako na pacjenta niż kryminalistę. Taką odpowiedź wybrało blisko 70% respondentów. Tylko dla

niespełna 6% respondentów narkoman jest bardziej kryminalistą niż człowiekiem chorym.

DYNAMIKA OPINII I POGLĄDÓW W LATACH 1997-2002

Badanie ogólnopolskie z 2002 r. było pierwszym przeprowadzonym w naszym kraju na reprezentatywnej próbie obejmującej także dorosłych mieszkańców. Nie możemy zatem na jego podstawie nic powiedzieć na temat dynamiki świadomości społecznej w przedmiocie profilaktyki narkomanii. Możemy natomiast prześledzić zmiany, jakie zaszły w czasie ostatnich czterech lat w Warszawie, bowiem w stolicy podobne badanie zostało

Tabela 10. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy dostrzega P. w narkomanie bardziej kryminalistę czy pacjenta?

Bardziej kryminalistę	5,5
Bardziej pacjenta	69,1
Ani kryminalistę, ani pacjenta	6,9
I kryminalistę, i pacjenta	11,2
Trudno powiedzieć	7,3

Tabela 11. Instytucje powołane do profilaktyki - rozkład odpowiedzi na pytanie, kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży

	Wszystkie wskazania		Wybór najważniejszego	
	1997	2002	1997	2002
Rodzice	96,4	96,7	59,4	58,8
Oświata - szkoły	92,8	90,0	19,7	17,2
Policja	54,8	70,4	2,9	4,5
Kościół	47,6	63,3	1,1	0,8
Służba zdrowia	89,1	87,5	9,1	8,0
Organizacje pozarządowe (społeczne)	86,5	87,8	6,4	8,5
Inne - jakie?	54,8	39,8	1,3	2,2

zrealizowane w 1997 r. Wyniki obu badań mogą być porównywane, bowiem zastosowano w nich takie same procedury badawcze, tj. narzędzia badawcze i sposób doboru próby. Jedyna znacząca różnica między tymi badaniami sprowadza się do odmiennego zdefiniowania populacji objętych badaniem. W 1997 r. były to tylko osoby w wieku 18–50 lat, w 2002 r. osoby w wieku 16 lat i więcej. Dlatego porównania wyników muszą się ograniczyć tylko do grupy w wieku 18–50 lat.

W tabeli 11 zestawiono wyniki badań z lat 1997 i 2002 odnoszące się do poglądów na temat instytucji powołanych do realizacji profilaktyki narkomanii.

W Warszawie w czasie ostatnich pięciu lat poglądy w analizowanej kwestii uległy pewnej ewolucji. Najistotniejsza zmiana to wzrost odsetka zwo-

lenników uwikłania policji w działania z zakresu zapobiegania narkomanii. Przy nieograniczonej liczbie wyborów 55% badanych w 1997 r. uważało, że profilaktyką narkomanii powinna zajmować się policja, w 2002 r. takiego zdania było już ponad 70%. Przy wyborze instytucji, która może być, zdaniem badanych, najskuteczniejsza w profilaktyce, odsetek wskazujących policję wzrósł z niespełna 3% do 4,5%. Wydaje się, że wzrost oczekiwań wobec policji w zapobieganiu narkomanii, jaki dokonał się w świadomości społecznej w ostatnich latach wiązać można ze zmianami legislacyjnymi z 2000 r. wprowadzającymi sankcje karne za posiadanie nawet niewielkich ilości narkotyków z przeznaczeniem na własny użytek. Zaostrzenie sankcji karnych i rozszerzenie zakresu represji karnej mogło zostać odebrane przez społeczeństwo

Tabela 12. Sposób postrzegania narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie, kim jest przede wszystkim narkoman

	Wszystkie wskazania		Wybór najważniejszego	
	1997	2002	1997	2002
Człowiekiem chorym	95,5	92,3	62,9	65,2
Przestępcą	11,3	22,3	0,3	0,9
Człowiekiem nieszczęśliwym	79,4	83,2	17,9	14,6
Osobą mającą zły wpływ na innych	51,8	71,9	2,4	3,5
Osobą o dużej wrażliwości	42,9	34,0	1,5	0,9
Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	49,5	52,8	2,0	1,8
Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	31,7	48,6	1,8	4,6
Awanturnikiem, chuliganem	9,7	23,0	0,2	2,5
Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	68,9	59,7	3,7	4,4
Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	76,3	64,2	5,8	1,8
Kimś innym	65,2	25,2	1,5	65,2

Tabela 13. Preferowana strategia postępowania wobec narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie, jak postępować z narkomanami

	Wszystkie wskazania		Wybór najważniejszego	
	1997	2002	1997	2002
Leczyć	98,2	96,0	69,8	74,2
Izolować od społeczeństwa	23,2	48,4	2,9	5,6
Karać	12,4	19,9	0,3	1,7
Pomagać, otoczyć opieką	95,0	89,9	24,4	15,1
Pozostawić samym sobie	4,3	6,1	1,2	1,3
Dawać narkotyki	10,4	6,0	0,2	,3
Inne	58,5	30,5	1,1	1,8

jako sygnał przesunięcia priorytetów w polityce wobec narkotyków i narkomanii.

Ślady takich tendencji obserwujemy również analizując zmiany w sposobie postrzegania narkomanów i preferowanych strategiach postępowania z nimi. Dane zawarte w tabelach 12 i 13 pokazują na znaczny wzrost odsetków badanych dostrzegających w narkomanie przestępcę. Zwiększyły się także frakcje respondentów traktujących narkomanów jak awanturników i chuliganów. Chociaż badani nadal w narkomanie widzą przede wszystkim człowieka chorego i nieszczęśliwego, to jednak w danych można odczytać początek procesu przeorientowania postaw w kierunku prawno-karnej definicji zjawiska.

W ślad za zmianami w sposobie postrzegania narkomanów przeorientowaniu podlegają też oceny różnych sposobów postępowania z narkomanami. Wprawdzie nadal, zdaniem niemal wszystkich badanych, narkomanów należy przede wszystkim leczyć, to jednak rosną odsetki zwolenników karnia oraz izolacji od społeczeństwa. Spadek frakcji badanych opowiadających się za niesieniem pomocy narkomanom jako najlepszej strategii reagowania na problem potwierdza proces przeorientowania postaw w kierunku bardziej represyjnych.

Jeśli stwierdzone na próbach warszawskich prawidłowości znajdują odzwierciedlenie w skali kraju, to może oznaczać zapoczątkowanie procesu odchodzenia od postaw spolegliwych, stanowiących konieczną podstawę pomagania narkomanom.

PODSUMOWANIE

Wyniki badania ankietowego zrealizowanego w 2002 r. na próbie losowej mieszkańców naszego kraju w wieku 16 lat i więcej wskazują na niewykorzystane szanse profilaktyczne tkwiące w rodzinie. Istotną barierą jest brak dostrzeżenie przez rodziców realnego niebezpieczeństwa sięgnięcia przez ich dzieci po narkotyki.

Narkomani w odczuciach społecznych postrzegani są przede wszystkim jako ludzie chorzy, potrzebujący leczenia. Porównanie wyników warszawskich z wynikami analogicznych badań sprzed pięciu lat sugeruje zapoczątkowanie procesu wzrostu postaw represyjnych wobec narkomanów.

Janusz Sierosławski

*Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

PRZEGLĄD JAKOŚCIOWYCH BADAŃ ZJAWISKA NARKOMANII W KRAJACH KANDYDUJĄCYCH DO UNII EUROPEJSKIEJ

seminarium Reitox Academy

W dniach 9–10 października 2003 r. w Hotelu Europejskim w Warszawie odbyło się seminarium szkoleniowe zorganizowane przez *Reitox Academy*.

Reitox jest koordynowaną przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (*EMCDDA*), siecią współpracy krajowych centrów informacji o narkotykach i narkomanii (*National Focal Points*) z Komisją Europejską. W ramach sieci zbierane są i wymieniane informacje na temat narkotyków i uzależnienia od substancji psychoaktywnych w Europie. Poprzez tworzenie rekomendacji i zaleceń do pozyskiwania wysokiej jakości danych, *Reitox* dąży do wypracowania wspólnych dla krajów europejskich standardów zbierania informacji. Organizowanie spotkań szkoleniowych poświęconych zbieraniu danych w obszarze pięciu kluczowych wskaźników *EMCDDA* jest jednym z priorytetowych obszarów działań Europejskiego Centrum. Sieć współpracy, umożliwiając porównywanie danych oraz łączenie systemów informacyjnych poszczególnych krajów, stanowi ponadto praktyczne narzędzie zbierania i wymiany danych na poziomie europejskim.

Dwudniowa konferencja w Warszawie poświęcona była jakościowym metodom badania zjawiska narkomanii. Spotkanie zainaugurowali panowie Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego

Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz Roumen Sedefov z *EMCDDA*.

Pierwszą prezentację, poświęconą podstawowym dla *EMCDDA* zagadnieniom z zakresu badań jakościowych, przedstawiła pani Debarah Olszewski z Departamentu Epidemiologii Europejskiego Centrum. Obecnie główne założenie związane z badaniami jakościowymi dotyczy uzupełnienia danych na poziomie europejskim. Natomiast celem długoterminowym jest ustalenie wspólnej dla krajów europejskich strategii przeciwdziałania narkomanii. Będzie on możliwy do osiągnięcia po dokładnym poznaniu i zrozumieniu różnych aspektów używania narkotyków. Aby dokonać dokładnej i rzetelnej oceny sytuacji w Europie, analizowane są dostępne dane epidemiologiczne, m.in. liczba osób używających narkotyków i uzależnionych oraz konsekwencje zdrowotne przyjmowania substancji psychoaktywnych. Ponadto *EMCDDA* czerpie informacje z *National Focal Points*, od grup eksperckich Europejskiego Centrum oraz pozostałych realizatorów projektów badawczych. Następnie pani Olszewski omówiła rolę, jaką odgrywają badania jakościowe w oszacowaniu sytuacji w Europie. Badania te pozwalają znaleźć i poznać populacje ukryte, zrozumieć przeżycia i doświadczenia towarzyszące przyjmowaniu narkotyków oraz poznać społeczne

podłoże sięgania po substancje psychoaktywne. Ponadto uzupełniają rezultaty badań ilościowych oraz wyjaśniają pojawiające się w trakcie ich realizacji wątpliwości. W końcu badania jakościowe umożliwiają rozwój efektywnych lokalnych działań i ogólnoeuropejskich strategii przeciwdziałania problemowi narkomanii. Pani Olszewski omówiła europejską sieć współpracy w zakresie jakościowych badań nad narkotykami (*QED*). System *QED* tworzą dwa elementy: strona internetowa <http://qed.emcdda.eu.int>, zawierająca wiele cennych informacji na temat europejskich projektów badawczych oraz sieć współpracy między badaczami. *QED* utworzono, aby rozszerzyć zakres prowadzonych w Europie badań jakościowych, jako konieczne i wartościowe uzupełnienie ilościowych badań epidemiologicznych, a także by popierać współpracę między realizatorami badań, oferując im pomoc oraz umożliwiając wymianę doświadczeń. Na stronie *QED* istnieje możliwość zarejestrowania projektu badań jakościowych *on-line*. Pani Olszewski przedstawiła statystyki dotyczące strony *QED*. Od maja 2001 r. do kwietnia 2002 r. zarejestrowano na niej 205 realizatorów badań, 124 projekty badawcze, zamieszczono informacje o 113 pozycjach wydawniczych. W sierpniu 2003 r. stronę *QED* oglądano 15 659 razy, czyli średnio 505 razy dziennie. 17% wizytujących stronę odwiedzało ją kilkakrotnie, a jedna wizyta trwała średnio 28 minut.

Następna prezentacja stanowiła przegląd informacji na temat zjawiska narkomanii w krajach kandydujących do Unii Europejskiej. Pani Jennifer Hillebrand (Projekt *PHARE*, sieć *Re-itox*) omówiła rolę badań jakościowych w procesie analizy danych ilościowych. Obecnie porównywalne dane epidemiologiczne z krajów kandydujących, które posiada *EMCDDA*, do-

tyczą używania narkotyków przez młodzież szkolną, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zachowań ryzykownych związanych z narkotykami, zgłaszalności do leczenia z powodu narkomanii oraz profilaktyki zjawiska.

Z badań nad młodzieżą ESPAD (Europejski Program Badań Ankiety w Szkołach na Temat Używania Alkoholu i Narkotyków) prowadzonych w latach 1995 i 1999 wynika, że liczba młodych ludzi sięgających po narkotyki najgwałtowniej wzrosła na Litwie – z 2 do 16% młodzieży, na Łotwie – z 5 do 21% oraz na Węgrzech – z 4 do 13%. Przypomnijmy, że w Polsce odsetek młodzieży, która przyznaje się do przyjęcia narkotyku chociaż raz w życiu, wzrósł w latach 1995–1999 dwukrotnie, z 9 do 18%. We wszystkich krajach objętych badaniem najczęściej przyjmowanym narkotykiem była marihuana. Z kolei właściwie nieobecne w 1995 r. na rynkach krajów kandydujących ecstasy osiągnęło w 1999 r. kilkuprocentowy poziom rozpowszechnienia (od 2% na Słowacji do 6% na Łotwie, Polska – 3%).

Regularnie prowadzone badania epidemiologiczne pozwalają obserwować dynamikę zjawiska narkomanii. Jednak na podstawie badania ilościowego nie jesteśmy w stanie określić przyczyn pojawiania się nowych trendów w zjawisku lub opisać specyficznego działania substancji psychoaktywnych. Trudno także scharakteryzować użytkowników i miejsca, w których spędzają oni czas wolny. Właśnie odnalezieniu szerokiego kontekstu zjawiska narkomanii służą badania jakościowe, pozwalają odpowiedzieć na pytania, na które nie dają odpowiedzi badania ilościowe.

Na przykład badania ilościowe prowadzone na Węgrzech pokazały, że narkomani dożyłnie przyjmujący środki odurzające, mimo że wiedzą o niebezpieczeństwie zakażenia HIV,

żółtaczką i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, dzielą się sprzętem do iniekcji i rzadko używają prezerwatyw podczas kontaktów seksualnych. Podobne wyniki uzyskano w Rumunii – chociaż większość osób przyjmujących dożylnie narkotyki ma dostateczną wiedzę na temat chorób przenoszonych w trakcie kontaktów seksualnych oraz zdaje sobie sprawę z ryzyka, jakie niesie używanie wspólnych igieł i strzykawek, tylko niewiele z nich zachowuje się w sposób bezpieczny. Powyższe informacje pozwalają sformułować pytanie badawcze: Czy podstawowe w grupie narkomanów dożylnych ryzykowne zachowanie, jakim jest dzielenie się sprzętem do iniekcji, ma specyficzne znaczenie w środowisku narkomanów, które to znaczenie powinno być zbadane, aby stworzyć efektywniejszą strategię profilaktyki chorób zakaźnych w tej grupie? Na pytanie to pozwoli odpowiedzieć badanie jakościowe, wskazując przyczyny opisywanego zjawiska. Nie można wykluczyć dość oczywistych powodów: małego zasięgu programów wymiany igieł i strzykawek czy braku wiedzy na temat zakażeń. Jednak na zagadnienie może mieć wpływ także specyficzna sytuacja w grupie, hierarchia relacji między narkomanami lub obowiązujące wśród nich społeczne normy wzajemności czy zobowiązania towarzyskie.

Inny przykład zaprezentowany przez panią Hillebrand dotyczył nowych wzorów używania narkotyków. Dane z ilościowych badań zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków pokazały, że w Czechach użytkownicy *pervitinu* (metamfetaminy produkowanej w Czechach) coraz częściej sięgają po heroinę, w Estonii coraz więcej pacjentów stanowią osoby używające stymulantów, z kolei na Węgrzech do placówek leczniczych od 2000 r.

zgłasza się coraz więcej iniekcyjnych użytkowników kokainy. Jednak z przytoczonych badań ilościowych nie wynika, jak odbierane są wśród uzależnionych skierowane do nich działania, czy oferowane programy spełniają oczekiwania pacjentów ani jaki wpływ na decyzję o podjęciu leczenia mają opinie uzależnionych, którzy skorzystali z usług świadczonych przez placówki leczenia uzależnień.

Powyższe przykłady pokazują dwie podstawowe funkcje badań jakościowych: uzupełnianie o aspekt społeczny danych ilościowych i socjodemograficznych oraz opisanie specyficznych parametrów jakościowych, takich jak motywacja sięgania po narkotyki, wzory używania narkotyków czy postawy wobec substancji psychoaktywnych, czynników ryzyka i niebezpiecznych zachowań.

Podczas sesji popołudniowej omówiono działania podejmowane w obszarze badań jakościowych przez państwa kandydujące do Unii Europejskiej.

Jako pierwszy sytuację w swoim kraju przedstawił pan Momtchil Vassilev, koordynator Departamentu Informacji i Badań Naukowych Krajowego Centrum dla Uzależnionych oraz szef *National Focal Point* w Bułgarii.

Specyficzne badania nad zjawiskiem narkomanii nie mają w Bułgarii długiej tradycji. Do tej pory realizowano przede wszystkim badania ilościowe, dlatego też aspekt jakościowy pozostaje na razie niedostatecznie rozwinięty. Przeprowadzone projekty jakościowe to: badania wśród użytkowników heroiny metodą „kuli śnieżkowej” (*snowball*) w latach 1995, 1997 i 1999, jakościowe badania wśród narkomanów w więzieniach w 1999 r., jakościowe badania uczniów w Sofii w 2001 r. Ponadto kilkakrotnie organizowano *grupy focusowe*, a w kwestionariuszu do epidemiologicznych badań populacji

ogólnej umieszczono bloki pytań otwartych (odpowiedzi na pytania otwarte nie były przetwarzane ilościowo, lecz ich treść została poddana szczegółowej analizie).

Pan Vassilev omówił badania wśród użytkowników heroiny w Sofii. W początkowej fazie projektu realizatorzy zdefiniowali metodę doboru próby i miejsc realizacji wywiadów. Ustalili, że przebadają grupę użytkowników heroiny, którzy zażyli narkotyk przynajmniej 10-krotnie w życiu i co najmniej raz w ciągu ostatniego miesiąca. Badanie prowadzono w 11 miejscach spotkań narkomanów. W każdym miejscu odszukano osobę spełniającą ustalone kryteria, co dało początek 11 „łańcuchom”. Każdego respondenta poproszono o nominację kolejnych osób kwalifikujących się do badania. Spośród nominowanych wybrano ponownie po jednej osobie z każdego „łańcucha” do wskazania następnych respondentów. Badanie kontynuowano do momentu wyczerpania się „łańcuchów”, jednak nie dłużej niż do czwartego poziomu narkomanów. W sumie przebadano 49 osób. Respondentów badano za pomocą kwestionariusza obejmującego 38 wskaźników i charakterystykę socjodemograficzną (tzw. metryczkę). Uzyskane dane ilościowe określiły wiek pierwszego kontaktu z heroiną: ponad połowa respondentów mieści się przedziale 16–18 lat, prawie 2/3 z nich już za pierwszym razem wstrzyknęło sobie narkotyk. Badani przed sięgnięciem po heroinę zwykle używali marihuany – 65%, środków uspokajających 47% i barbituranów – 31%. 1/3 respondentów deklarowało, że w ciągu ostatniego miesiąca brało narkotyk na ulicy, 18% w domu, a 43% – w różnych miejscach. Wyjście z heroinowego nałogu połowa narkomanów uznała za dość trudne, 44% za bardzo trudne, 4% za niemożliwe i tylko 2% za łatwe.

Ze względu na zidentyfikowanie w trakcie realizacji badania nowych miejsc spotkań narkomanów, projekt okazał się szczególnie ważny dla środowiskowych programów redukcji szkód. Uzyskane wyniki są niezwykle istotne przy uzupełnianiu obrazu zjawiska narkomanii i problemów osób uzależnionych w Bułgarii oraz Europie. Mają też nieocenioną wartość dla kształtowania strategii w obszarach leczenia, redukcji szkód, a także prewencji.

Następnie pan Michal Miovski, psycholog, terapeuta, pracownik naukowy Instytutu Psychologii Czeskiej Akademii Nauk przedstawił historię rozwoju czeskich badań jakościowych w obszarze uzależnień. Pan Miovsky podkreślił, że ustrój komunistyczny znacząco zahamował rozwój wielu dyscyplin naukowych, jednak studia humanistyczne zostały szczególnie pokrzywdzone przez politykę totalitarną. W Czechach pierwszymi krytykami tradycyjnych metod badawczych (tzn. badań ilościowych) byli lekarze: patofizjolog Ivo Lát (1953 r.) oraz psychiatra Jiří Smec (1962 r.). W dziedzinie psychologii jakościowe badania z zakresu motywacji, wyobraźni i zachowań samobójczych rozpoczął w latach siedemdziesiątych Josef Viewegh. Mimo że aparat władzy w Czechosłowacji oficjalnie nie odradzał stosowania jakościowych metod badawczych, to nie były one akceptowane i traktowano je jako nie-naukową, alternatywną drogę myślenia. Sytuacja zmieniła się dopiero po roku 1989. Wtedy to środowisko socjologów zainicjowało wydawanie poświęconego badaniom jakościowym czasopisma „*Biograph*”. W zakresie psychologii przyjęła się tradycja regularnego organizowania konferencji poświęconych podejściu jakościowemu. Jednak największy rozwój jakościowych badań uzależnień nastąpił w dyscyplinie stricte medycznej – epidemiologii.

Właśnie epidemiolodzy mają w Republice Czech największe doświadczenie w stosowaniu omawianych metod.

W Czechach kamieniem milowym w rozwoju jakościowych badań uzależnienia okazała się metoda szybkiej oceny i reakcji – *RAR (Rapid Assessment and Response)*. Metodę tę charakteryzuje wysoka użyteczność, łatwość przystosowania i adaptacji do różnych potrzeb badawczych, krótki termin realizacji oraz stosunkowo niskie koszty. Z tych względów popularna jest głównie w badaniach prowadzonych na skalę lokalną i ukierunkowanych na konkretny problem. W Czechach pojawiła się już w latach siedemdziesiątych, jako odpowiedź na badania, które dawały mało precyzyjne wyniki, a możliwość wykorzystania w praktyce płynących z nich zaleceń i rekomendacji była zbyt odległa w czasie. Jednak pierwszy projekt badawczy *RAR* z obszaru narkomanii przeprowadzono w 1996 r., w celu stworzenia psychospołecznej charakterystyki narkomanów w Republice Czech. Badanie finansowało *UNDP*. Kolejne badanie, przeprowadzone w 2001 r. przez pana Miovskiego, poruszało kontrowersyjne ze względów politycznych zagadnienie postaw społecznych wobec zmian prawa antynarkotykowego.

Ponadto w 2002 r. pan Miovski rozpoczął studia ewaluacyjne nad metodą *RAR*. Projekt obejmuje przegląd dotychczasowych badań oraz analizę metodologiczną możliwości i ograniczeń metody szybkiej oceny i reakcji na podstawie dwóch programów badawczych. Pierwszy program odtwarzał historie używania narkotyków przez 52 heroinistów z Pragi, drugi był próbą prześledzenia biografii 49 narkomanów i zidentyfikowania na ich podstawie czynników wzrostu podatności młodzieży na używanie substancji psychoaktywnych. Drugie badanie stanowiło część międzynarodowego

projektu „*Copernicus: Global Approach of Drugs*”, zainicjowanego przez prof. Rogera Palm z Belgii.

W 2002 r. rozpoczęto także pierwszy długoterminowy projekt ewaluacyjny z obszaru profilaktyki pierwszorzędowej. Badanie prowadzone będzie przez 5 lat, metodami jakościowymi oraz eksperymentalnymi, tzn. obejmującymi średnio-ustrukturalizowany wywiad, obserwację uczestniczącą oraz grupowe wywiady pogłębione (ułatwiający interpretację wyników i pełniący funkcję kontrolną danych ilościowych uzyskanych we wstępnym etapie badania).

Ostatni omawiany przez pana Miovskiego projekt dotyczył wieloletnich palaczy marihuany. Próbą objęto 100 użytkowników konopi indyjskich, a zaplanowane na 3 lata badanie realizowano zarazem metodami tradycyjnymi i jakościowymi. W pierwszym roku badania zdiagnozowano respondentów na podstawie wywiadów indywidualnych, przeprowadzono testy pamięci Wechslera, testy funkcji organicznych Grassiego oraz test koncentracji uwagi D2. W drugim roku użytkowników konopi poddano testowi osobowości *MMPI*, poproszono o wypełnienie kwestionariusza *NEO* (który bada 5 cech charakteru: nerwowość, szczerość, otwartość, uległość i dokładność), przeprowadzono ponownie wywiady indywidualne oraz dodano grupowe. Trzeci rok badania obejmował te same metody co pierwszy.

Po 1989 r. w czeskiej nauce zaobserwować można ciągły wzrost zainteresowania podejściem jakościowym, a korzystanie z opisanych metod pozwoliło zbadać uznawane do tej pory za wyjątkowo trudne do zdiagnozowania zjawiska społeczne, nie leżące jedynie w obszarze zainteresowania naukowców, ale przede wszystkim pozwalające odpowiedzieć na pytania zadawane przez polityków.

Ostatnią tego dnia prezentację przedstawiła pani Ave Talu, dyrektor Estońskiego Instytutu Medycyny Klinicznej i Eksperymentalnej oraz koordynatorka Estońskiego *Focal Point*. Pani Talu omówiła projekt „Ecstasy i młodzież”. Podobnie jak poprzednicy rozpoczęła od wskazania korzyści płynących z badań jakościowych, a następnie omówiła aktualną sytuację w swoim kraju.

W Estonii używanie narkotyków jest rozpowszechnione nie tylko wśród młodzieży szkolnej, po nielegalne środki psychoaktywne często sięgają inne grupy społeczne. W opinii publicznej używanie ecstasy nie stanowi szczególnego problemu, znacznie większy niepokój budzi wzrost liczby osób sięgających po heroinę. W Estonii stopniowo wzrasta przemyt narkotyków, szczególnie stymulantów z grupy amfetamin – *ATS (Amphetamine Type Stimulants)*. Od 1995 r. na nielegalnym rynku pojawia się coraz więcej nowych narkotyków i równoległe prężnie rozwija się muzyczna scena klubowa. Powiązania kultury młodzieżowej z używaniem narkotyków wciąż pozostają niedostatecznie zbadane.

Właśnie ze względu na niepokojącą sytuację w kraju zdecydowano się na przeprowadzenie badania „Ecstasy i młodzież”. Projekt zakładał zbadanie konsekwencji używania ecstasy przez młodych ludzi. Postawiono sobie 3 główne cele: określenie zdrowotnych, społecznych i psychologicznych problemów związanych z używaniem ecstasy, rozpoznanie nowych substancji używanych przez młodzież, ze szczególnym zwróceniem uwagi na *ATS* oraz wyznaczenie skutecznych strategii zmniejszania szkód związanych z używaniem ecstasy. Badaniem objęto 100 osób w wieku 16–25 lat, które zrekrutowano metodą „kuli śnieżowej”. Projekt realizowano w ramach

ogólnoswiatowego programu badawczego nad stymulantami z grupy *ATS*, prowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia (*WHO*), „*Ecstasy and Young People*”. Dokonano analizy dostępnych danych, prowadzono grupy focusowe oraz wywiady indywidualne ze specjalistami i użytkownikami ecstasy, a ponadto ustrukturyzowane wywiady pogłębione z użytkownikami ecstasy.

Wyniki badania wskazują jednoznacznie, że używanie narkotyków stanowi integralną część kultury młodzieżowej. To ścisłe powiązanie nasiliło się w latach dziewięćdziesiątych, kiedy to Estonia „otworzyła się” na wpływy międzynarodowe. Opierając się na analizie obserwacji uczestniczącej oraz danych z wywiadów, grupowych i indywidualnych, opisano postawy „bywalców klubów” wobec narkotyków. Podstawową wartość w tym środowisku stanowi niezależność oraz wynikające poniekąd z tej niezależności kontrolowane używanie ecstasy. Samo przyjmowanie narkotyków jest akceptowane, natomiast uzależnienie traktowane jest negatywnie i zdecydowanie potępiane. Estońska młodzież wyraźnie rozróżnia okazjonalnych użytkowników narkotyków syntetycznych od narkomanów, stanowiących margines społeczny nie tylko w opiniach innych grup społecznych, ale jak wynika z badania, także w oczach własnego pokolenia.

Drugiego dnia sesję rozpoczął pan Janusz Sierosławski prezentując polskie doświadczenia w zakresie jakościowych badań zjawiska narkomanii. Pan Sierosławski jest koordynatorem polskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (*NFP*), wieloletnim pracownikiem naukowym Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie IPiN), a przede wszystkim doświadczonym badaczem zjawiska narkomanii. Rozpoczął od zaznaczenia

różnic między badaniami ilościowymi i jakościowymi. Pierwsze pytają o zasięg zjawiska i statystycznie weryfikują hipotezy badacza. Drugie stawiają pytania o istotę problemu, pozwalają lepiej zrozumieć zjawisko i wyjaśnić jego przyczyny. Podobnie jak inne kraje kandydujące, Polska ma stosunkowo krótką tradycję prowadzenia jakościowych badań problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Pan Sierosławski zaprezentował wybrane projekty badawcze z tego obszaru.

W latach 1997 i 1998, Instytut Psychiatrii i Neurologii zrealizował projekt badawczy wśród młodzieży ze szkół średnich (15–17 lat) na temat wzorów i konsekwencji picia alkoholu. Zastosowano metody wywiadu pogłębionego i grupowego, obserwację oraz obserwację uczestniczącą.

W 1999 r. Instytut Spraw Publicznych przeprowadził wśród uczniów szkół podstawowych (14–15 lat), ponadpodstawowych (15–16) oraz ich nauczycieli badanie jakościowe dotyczące używania narkotyków. Badanie realizowano w dwóch miastach Polski: Warszawie i mieście G. Celem projektu było zdefiniowanie używania narkotyków w kontekście kultury młodzieżowej. Prowadzono wywiady pogłębione, grupowe i obserwacje.

Pan Sierosławski przedstawił także wyniki badania *ESPAD* w świetle studiów jakościowych. Prowadzone co 4 lata (1995, 1999, 2003) metodami ilościowymi badanie *ESPAD* obejmuje losową próbę uczniów w wieku 15–16 oraz 17–18 lat. Uczniowie wylosowanych klas wypełniają kwestionariusze, zachowana jest pełna anonimowość, także na poziomie szkół.

Pytania badawcze projektu jakościowego prowadzonego równoległe do badania *ESPAD* brzmiały: Dlaczego stale rośnie wskaźnik uży-

wania większości substancji psychoaktywnych? Czy istnieje możliwość ograniczenia tempa wzrostu tego trendu? Co powinno być zrobione, aby zahamować wskaźnik wzrostu używania substancji psychoaktywnych?

W wyniku badania jakościowego stwierdzono, że młodzież nie uświadamia sobie przyczyn sięgania po narkotyki, zwykle łącząc je z rozrywką i luzem oraz że istotnym czynnikiem wpływającym na rozwój zjawiska sięgania po narkotyki jest moda. Ponadto że młodzież cechuje powierzchowny indywidualizm oraz ujawniające się w sytuacjach społecznych, np. w szkole czy podczas zabawy, płytkie poczucie wspólnoty. Generalnie, oddawanie się różnego rodzaju rozrywkom stanowi dla młodzieży bardzo ważną, jeśli nie najważniejszą wartość w życiu. Badani nie mają sprecyzowanego systemu norm, skupiają się na tym, co dzieje się tu i teraz. W odniesieniu do substancji psychoaktywnych zaobserwowano zróżnicowany poziom doświadczeń z narkotykami, nawet na poziomie tej samej klasy. Wśród uczniów są zarówno tacy, którzy nigdy nie używali i nie mają zamiaru sięgać po narkotyki, jak i tacy, którzy chcieliby spróbować, ale się boją. Kolejne grupy to osoby, które inicjację mają już za sobą, ale nie chcą kontynuować, dalej osoby, które spróbowały i nadal są zainteresowane używaniem, oraz osoby używające narkotyków względnie regularnie, ale na razie bez większych problemów. I w końcu są też uczniowie, którzy używają problemowo oraz używają, bo są uzależnieni.

Dzięki jakościowemu podejściu uzyskano ponadto materiał opisujący postawy młodzieży wobec narkotyków. Młodzi ludzie zdecydowanie różnicują substancje. Konopie według nich to element codzienności, niegroźne ziółko, którego używanie nie stygmatyzuje. Narkotyki syntetyczne, m.in. amfetamina i ecstasy, traktowane

są przez młodzież jako niebezpieczne, przeznaczone tylko dla specjalnie zainteresowanych, jednak wciąż pozostają niestygmatyzujące. Inaczej wygląda kwestia narkotyków przyjmowanych dożylnie, szczególnie „kompotu” (heroiny produkowanej z maku); młodzi ludzie uważają taki narkotyk za przeznaczony dla zdegenerowanych ludzi, bardzo niebezpieczny i silnie stygmatyzujący.

Program badawczy pokazał także różnice w podejściu do substancji psychoaktywnych młodzieży i wychowawców. Dla młodzieży tytoń, alkohol i narkotyki są tym samym i tak należy je traktować, natomiast wychowawcy wyraźnie oddzielają tytoń i alkohol od narkotyków. Młodzi ludzie różnicują narkotyki w zależności od typu środka, z kolei wychowawcy traktują narkotyki jako jedną kategorię. Według młodzieży niektóre narkotyki to coś normalnego, po co każdy może sięgnąć, wychowawcy kojarzą je z młodzieżą zanedbaną, z problemami, a sięganie po nie – z patologią. Ponadto młodzież uznaje narkotyki za złe ze względu na szkody, które powodują, a wychowawcy uważają, że narkotyki są złe same w sobie.

W wyniku badania określono również postawy młodzieży wobec alkoholu. Picie, w szczególności piwa, jest stałym elementem kultury młodzieżowej, jest postrzegane jako normalne zachowanie, do którego nastolatki mają prawo. Ponadto młodzież zauważa reklamę i dużą dostępność alkoholu z jednej strony, a słabą kontrolę ze strony części dorosłych z drugiej. Z kolei z perspektywy wychowawców alkohol w porównaniu do narkotyków jest postrzegany jako mniejsze zło, które musi być zaakceptowane albo przynajmniej tolerowane.

Podczas realizacji badań pytano także o oddziaływanie profilaktyczne, z którymi spotkali się respondenci. Prawie wszyscy przebadani

uczniowie zostali poddani takim działaniom w szkołach. Programy profilaktyki uzależnień to przede wszystkim: zajęcia prowadzone przez nauczycieli, pogadanki ze specjalistami spoza szkoły (organizacje pozarządowe, policja, byli narkomani). Zwykle działania prowadzone były na poziomie klasy, co spowodowało, że ten sam przekaz był kierowany do uczniów o bardzo zróżnicowanych doświadczeniach z alkoholem i narkotykami. Ponadto działania nie były oparte na zasadach partnerstwa, w czym upatruje się głównej przyczyny ich niskiej skuteczności.

Podsumowując, polska młodzież używanie narkotyków „miękkich” oraz picie alkoholu, a w szczególności piwa, traktuje jako normalną czynność, zwyczaj. Dorosli wywierają niewielki wpływ na postawy i zachowania młodzieży, co w dużej mierze spowodowane jest sytuacją gospodarczo-polityczną w kraju, wzrostem znaczenia technologii komunikacyjnej (telewizja satelitarna, komputery, internet, telefony komórkowe) oraz różnicami międzypokoleniowymi: innymi systemami wartości i norm oraz różnymi stylami życia.

Następnie pani Jane Fountain z Centrum Etnologii i Zdrowia Uniwersytetu Centralnego Lancashire w Londynie, współpracująca z *EMCDDA*, dokonała prezentacji podręcznika „*UNODC – GAP toolkit module V1: Focus Assessment Studies: a qualitative approach to data collection*”. Podręcznik powstał w ramach programu oceny skali nadużywania narkotyków na świecie *UNODC (Global Assessment Programme on Drug Abuse – GAP)*, jako efekt przeprowadzenia ewaluacji licznych badań jakościowych. Omówione są w nim jakościowe metody badań oraz rola tych badań w zbieraniu danych dotyczących zjawiska narkomanii w Europie. Podręcznik przedstawia szerokie spektrum zagadnień z obszaru badawczego oraz

wyjaśnia specyficzne dla badań jakościowych wyzwania oraz trudności związane z prowadzeniem tego typu badań. Porusza zagadnienia definiowania problemów i formułowania pytań badawczych, selekcji metod, procedury doboru próby, projektowania instrumentów badawczych oraz zbierania, analizy i interpretacji danych, a także przestrzegania przez badaczy norm etycznych oraz tworzenia raportów i rozpowszechniania wyników badań. Ze względu na kompleksowe podejście do kwestii badań jakościowych opracowanie stanowi praktyczne narzędzie planowania, realizacji i upowszechniania rezultatów studiów jakościowych.

Podręcznik dostępny jest na stronie internetowej http://www.unodc.org/unodc/en/drug_demand_gap.html.

Seminarium zakończyła dyskusja plenarna na temat roli badań jakościowych w procesie pozyskiwania informacji o zjawisku narkomanii w Europie oraz krótka ankieta ewaluacyjna dotycząca spotkania przeprowadzona przez or-

ganizatorów (*Reitox Academy – EMCDDA*) wśród uczestników. Oto jej wyniki:

W skali od 1 do 5 szkolenie oceniono na 4,6 pod względem spełnienia zawodowych potrzeb uczestników, na 4,5 w zakresie przydatności i zrozumiałości przedstawianych prezentacji oraz na 4,4 pod względem zgodności z oczekiwaniami związanymi z tym spotkaniem.

Za najbardziej przydatną uczestnicy uznali prezentację podręcznika „*GAP toolkit*”, omówienie kwestii planowania projektu i przegląd metod stosowanych przy realizacji badań jakościowych. Ponadto uczestnicy zwrócili uwagę na zagadnienia współpracy na poziomie międzynarodowym, poszerzenie wiedzy o studiach jakościowych prowadzonych w krajach europejskich oraz na praktyczną stronę szkolenia – omówienie trudności związanych z realizacją badań i upowszechnianiem ich wyników.

Agnieszka Marchel

*Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

SPRAWOZDANIE Z WIZYTY STUDYJNEJ W ANGLII

W dniach 2–24 października 2003 roku przebywałem w Anglii dzięki uprzejmości Grupy Pompidou (*Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs of The Council of Europe*), która przyznała mi grant w ramach *European Fellowships for Studies and Research in Drug Abuse*. Celem mojej wizyty było przyjrzenie się metodom pracy z osobami uzależnionymi w Wielkiej Brytanii oraz sposobom

działania organizacji, które tej pomocy udzielają. W Polsce pracowałem w stacjonarnym ośrodku rehabilitacyjnym dla młodych ludzi w wieku 14–19 lat opierającym się na metodzie społeczności terapeutycznej, jestem też współautorem programów profilaktyki uzależnień. Dlatego też głównie interesowałem się pracą z młodzieżą, zarówno w aspekcie leczenia, jak i pracy profilaktycznej. Chciałem także przyjrzeć się

wykorzystaniu metody społeczności terapeutycznej w nieco innej kulturze.

Pani Emmy Drury z Home Office pomogła skonstruować program mojej wizyty oraz kontaktowała się z organizacjami gotowymi mnie gościć. W ciągu 3 tygodni odwiedziłem cztery niezwykle ciekawe organizacje pracujące z młodzieżą i osobami uzależnionymi:

- Kaleidoscope Project w Kingston
- Surrey Young People Service w Redhill
- Merton Young Awareness Programme w Mitchum
- Phoenix House w Bexhill.

KALEIDOSCOPE PROJECT to niezależna, charytatywna organizacja chrześcijańska działająca w Kingston pod Londynem. Została założona w 1968 roku przez baptyjskiego pastora Erica Blackbrougha, który zauważył, że w jego parafii Johna Bunyana młodzi ludzie pijący alkohol i biorący narkotyki szybko stają się bezdomni, są odrzucani przez resztę społeczności i nikt nie udziela im pomocy. W ciągu 30 lat nieregularne spotkania w piwnicy kościoła rozrosły się w duży projekt prowadzony przez organizację zatrudniającą ponad 50 osób i pracującą na wielu obszarach z ludźmi potrzebującymi pomocy.

Kaleidoscope Project nastawiony jest przede wszystkim na działania ograniczenia szkód związanych z uzależnieniem i bezdomnością. W związku z tym abstynencja narkotyków nie może być warunkiem wstępnym uczestnictwa w tym programie. „Nie uważamy, pisał Eric Blackbrough, że należy zaczynać od żądania zerwania z nałogiem. Stawianie tego jako podstawowego warunku to jak wrzucanie osoby nie potrafiącej pływać do basenu w miejscu, gdzie woda jest najgłębsza. Wiemy z doświadczenia, że jeżeli jakaś osoba zaczyna angażować się w inne działania i znajduje nowe zainteresowania,

uzależnienie od narkotyków znacznie się zmniejsza. Wiemy także, że jeśli ta osoba nie znajdzie nowego sposobu życia, a tylko odstawi narkotyki, w dalszym ciągu łatwo będzie nadużywała narkotyków, alkoholu czy szukała innych, destrukcyjnych form ucieczki”. Dlatego działania tej organizacji tworzą przestrzeń pozytywnej aktywności, dzięki której ograniczone jest pole oddziaływania uzależnienia, co ma powodować łatwiejsze uniezależnienie się od nałogu i rzadsze nawroty.

Główne źródła uzależnienia pracownicy Kaleidoscope widzą w poczuciu wyobcowania, niedawania sobie rady z własną złością, braku pozytywnego obrazu siebie oraz braku poczucia bezpieczeństwa. Stąd głównym sposobem na zwiększenie szacunku do siebie osoby uzależnionej jest pomoc jej w odnalezieniu szacunku społeczności lokalnej.

Choć organizacja ta nastawiona jest przede wszystkim na środowiskową pracę ze wszystkimi, którzy zwrócą się do niej, jej głównymi klientami są osoby uzależnione przez wiele lat, często krzyżowo, najczęściej też bezdomne. Działania Kaleidoscope skierowane do nich są następujące:

- **Klub (Drop In)** – serce organizacji – codziennie w godzinach popołudniowych otwarta jest kawiarnia, do której każdy ma wstęp. Można tam pić alkohol, nie można brać ani być pod wpływem narkotyków, choć ta zasada często nie jest przestrzegana. Przychodzi tam codziennie około 50 osób. Pracownicy Kaleidoscope, pracownicy socjalni i pielęgniarki nawiązują tu nowe kontakty, monitorują swych podopiecznych czy po prostu wspierają ich udzielając porad w sprawach medycznych, narkotyków, schronienia, problemów prawnych albo pomagają znaleźć inne instytucje mogące udzielić odpowiedniej pomocy.

- **Kliniczny Program Uzależnień od Narkotyków (Drug Dependency Clinic)** – to kliniczny program skierowany przede wszystkim do osób uzależnionych od opiatów, oparty na podejściu minimalizacji szkód. Bierze w nim udział ok. 700 osób rocznie, regularnie przyjmujących metadon, buprenorfinę bądź lofexidinę. Prawo w Anglii pozwala na udział w programie metadonowym osobom od 16 roku życia, lecz najczęściej uczestniczą w nim starsze osoby. Osoby uczestniczące w tym programie muszą co trzy miesiące wziąć udział w tzw. Clinics, podczas których udzielają wywiadów środowiskowych, przechodzą testy sprawdzające, czy biorą zarazem heroinę (nie ma to z resztą wpływu na udział w programie, bardzo łatwo jest oszukać), są wreszcie konsultowani przez lekarza. Prowadzi się tu także program wymiany igieł.
- **Sesje counsellingu** – dla chętnych i potrzebujących osób możliwe są specjalistyczne sesje profesjonalnej pomocy psychologicznej.
- **Praca uliczna** – pracownicy Kaleidoscope regularnie odwiedzają miejsca publiczne, takie jak parki, dzielnice biedy, itd., gdzie mogą spotkać swoich potencjalnych klientów. Celem tych działań jest dotarcie do tych ludzi i wspieranie tych, którzy nie decydują się odwiedzać siedziby organizacji. W ciągu ostatnich 3 miesięcy nawiązano w ten sposób kontakty ze 172 osobami (w tym 123 przed 25 rokiem życia). Podczas mojego pobytu pracowano nad programem pracy z grupą młodych osób spotykających się w jednym z parków i przeszkadzających spacerowiczom i mieszkańcom pobliskich domów „wieloma antysocjalnymi zachowaniami” (co po polsku znaczy burdami, krzykami, głośnymi wyzwiskami i zaczepianiem).

Pracownicy Kaleidoscope, poproszeni o pomoc przez władze lokalne, nawiązali kontakt z tymi ludźmi, zidentyfikowali ich niezaspokojone potrzeby i wspólnie z policją i pracownikami socjalnymi pracującymi z młodzieżą przygotowali plan działań obejmujący głównie powtórne otwarcie klubów, w których młodzi ludzie mogą spędzać czas nie przeszkadzając innym.

Kaleidoscope realizuje także bardzo interesujące propozycje edukacyjne których celem jest zaciekawienie, rozwój zainteresowań uczestników a także nauczenie ich umiejętności umożliwiających znalezienie pracy.

- **Program Create** to centrum nauki oferujące różnorodne kursy, głównie artystyczne. Podczas mojego pobytu oferta ta obejmowała:
 - współczesną muzykę popularną i jazz – uczestnicy mogli nauczyć się gry na instrumentach, indywidualnie i w zespole. Próby oraz naukę nagrywania studyjnego muzyki;
 - produkcje filmów video – bardzo interesujący projekt EPISODES. Przez nieco ponad dwa miesiące uczestnicy projektu uczą się obsługi cyfrowej kamery video oraz obróbki komputerowej obrazu i dźwięku. Równocześnie pracują nad scenariuszem krótkiego filmu, który pokazuje ich punkt widzenia lub prezentuje jakąś ważną dla nich sprawę. Efektem tych działań są krótkie, 6-9-minutowe filmiki, często osobiste i budzące wiele emocji, np. film ucznia pokazujący, jak naprawdę czuł się w szkole czy film pacjenta oddziału detoksykacyjnego ukazujący sposób traktowania go przez personel medyczny;
 - warsztaty sztuki – zajęcia artystyczne łączące wiedzę teoretyczną i możliwość tworzenia własnych dzieł za pomocą różnych mediów;
 - tworzenie możliwości nabywania podstawowych umiejętności (*basic skills*) – pisanie,

czytania i liczenia, a także możliwości nauki języka angielskiego dla imigrantów;

- SURFSHACK – 3 miesięczny kurs komputerowy obejmujący także umiejętności tworzenia stron www i miesięczną praktykę w jednej z lokalnych firm zajmujących się tworzeniem takich stron. Kurs ten przeznaczony jest zarówno dla ludzi szukających pracy, jak i traktujących komputer jako swoje hobby. Niektórzy absolwenci tych kursów znajdują pracę w SIMPLYWORKS, profesjonalnej firmie internetowej prowadzonej przez Kaleidoscope Project.

Inne obszary działań Kaleidoscope Project obejmują:

- Street-wise – tygodniowe szkolenia dotyczące narkotyków i uzależnień dla profesjonalistów pracujących z młodymi ludźmi,
- Cairn House – hostel całodobowej opieki dla 10 osób cierpiących na różne formy chorób psychicznych,
- Asylums Seekers Hostel – oferujący 18 miejsc osobom szukającym schronienia i azylu, prześladowanych w ojczystych krajach.

W Kaleidoscope pracuje się także z młodymi ludźmi w wieku od 11 do 25 lat, głównie z grup ryzyka, mającymi problemy z alkoholem i narkotykami i niekorzystającymi z pomocy innych instytucji i organizacji. Działania te to:

- Pomoc tym, którzy trafiają do drop-in, początkowo polegająca na oddzieleniu ich od innych uczestników, odpowiedzeniu na ich potrzeby i skierowanie ich do innych projektów skupionych na pomocy młodym ludziom.
- Uczestnictwo w programie substytucyjnym (bądź szukanie sposobów na pomoc im poza tym programem).

- Praca uliczna – cotygodniowe dyżury uliczne w miejscach szczególnie często odwiedzanych przez młodych ludzi – i w ramach niej – edukacja dotycząca głównie mechanizmów uzależnienia, oddziaływania narkotyków na organizm, oraz sfery seksualnej, sprowadzona przede wszystkim do informowania o bezpiecznym seksie. Byłem zadziwiony zarówno eleganckim autobusem specjalnie przystosowanym do pracy ulicznej (znajdował się tam mały salonik wyposażony w wideo oraz komputer i szereg ulotek), a także skoncentrowaniem się prowadzących na założonym celu: edukacji dotyczącej oddziaływania narkotyków – bez budowania głębszych relacji z dziećmi.
- Grupa edukacji rówieśniczej – po 8-godzinnych warsztatach 14 członków grupy staje się ekspertami w dziedzinie uzależnienia i może udzielać rówieśnikom informacji dotyczącej narkotyków, mając wsparcie pracownika specjalizującego się w pracy z młodzieżą ze szkoły oraz pomoc dzięki comiesięcznym sesjom konsultacyjnym.
- Pomoc uczniom o specjalnych potrzebach edukacyjnych – około 7 takich uczniów otrzymuje edukacyjną pomoc w wymiarze ok. 8 godzin tygodniowo; mogą oni korzystać także z pozostałej oferty edukacyjnej.
- Udział we wszystkich działaniach edukacyjnych, artystycznych i komputerowych opisanych wcześniej.

Największe wrażenie zrobiły na mnie:

- ogólny szacunek dla ludzi i ich wyborów, nawet powodowanych uzależnieniem;
- traktowanie uzależnienia nie jako choroby, złośliwej narośli, ale jako nieudanego wyboru, który niesie negatywne konsekwencje;

- kultura organizacji znacznie przewyższająca kulturę organizacji pozarządowych w Polsce, przede wszystkim polegająca na jasnym podziale obowiązków i odpowiedzialności, jasno określone procedury postępowania w poszczególnych przypadkach;
- bardzo wyraźne dostosowanie działalności do otrzymywanych środków – mimo wyraźnie określonych potrzeb poszczególnych grup klientów Kaleidoscope lub osób z nimi związanych. Pracownicy tej organizacji nie dążą do rozszerzenia działalności, jeśli nie mają zagwarantowanych źródeł jej finansowania (jedna z rozmówczyń określiła to w następujący sposób: „Jestem idealistką w sercu, ale w działaniu ograniczam się do tego, na co mam środki”);
- w profilaktyce uzależnień – nastawienie na realistyczną informację dotyczącą narkotyków, sposobów ich oddziaływania na organizm. Gdy pod koniec lat osiemdziesiątych przetoczyła się w Anglii dyskusja dotycząca filozofii działań profilaktycznych zaczęto podważać dotychczas stosowaną formułę „Just say no” – jako nierealistyczną i nieefektywną. Opierała się ona na założeniu, że narkotyki są złe same w sobie i nie ma sensu informować o nich, a praca z młodymi ludźmi powinna polegać na uczeniu ich odmawiania sobie wszelkich kontaktów z nielegalnymi substancjami. Skupiano się więc na wartościowaniu i odmowie. Przełom przyniosły spostrzeżenia, że zażywanie narkotyków gwałtownie wzrasta, młodzi ludzie i tak dużo wiedzą o narkotykach, a początkowe próby z nimi pokazują, że nie są takie groźne i złe. Część osób zdecydowała się na realistyczne informowanie o używkach i skutkach ich zażywania, a sam wybór zostawiono młodym ludziom. Kale-

idoscope wyraźnie opowiedział się po tej stronie. Stosunek ten pokazuje wydana także w Polsce książka Melanii McFadyean „Narkotyki. Wiedzieć więcej” pisana właśnie we współpracy z Kaleidoscope Project. Więcej informacji na temat tego projektu można znaleźć pod adresem; www.kaleidoscopeproject.org.uk.

Odwiedziłem także dwie organizacje specjalizujące się w pracy z dziećmi i młodzieżą mającymi problemy w związku z używaniem substancji psychoaktywnych.

SURREY YOUNG PEOPLE SERVICE (SYPS) mający swoją siedzibę w Redhill to nowa instytucja, działająca zaledwie od 3 miesięcy. Powstała, gdy lokalne władze w okręgu Surrey zdały sobie sprawę z tego, iż na ich terenie brakuje miejsca, w którym można pracować z młodymi ludźmi (do 19 roku życia), którzy zażywają narkotyki i mają w związku z tym problemy (w Anglii nie ma ośrodków stacjonarnych dla młodych ludzi poniżej 18 roku życia). Ciekawa była dla mnie obserwacja nowo powstającej instytucji, która w ciągu swego krótkiego istnienia objęła swoją opieką już ponad 30 osób. Działania SYPS obejmują:

- **Poradnictwo** w sprawach narkotyków i problemów medycznych związanych z nimi oraz wspieranie młodych ludzi mających problemy z używaniem narkotyków i ich rodzin. Działania te obejmują zarówno konsultacje, jak i pomoc osobom z problemem narkotykowym, terapię (czasem także na poziomie minimalizacji szkód), zajęcia alternatywne, detoks itd. Programy te nastawione są na indywidualną terapię, bez pomysłu na grupowe spotkania (nie mówiąc już o pracy metodą społeczności terapeutycznej) oraz bez

nacisku (jaki jest u nas w Polsce w podobnych sytuacjach) do pracy z rodziną pacjenta.

- **Leczenie substytucyjne.** W uzasadnionych przypadkach i po decyzji lekarza młode osoby znajdujące się pod opieką tej instytucji mogą stosować substytuty heroiny (trudne do zrozumienia dla osoby pochodzącej z kraju, gdzie wielka dyskusja toczyła się nad propozycją wprowadzania programów metadonowych dla młodych ludzi powyżej 21 roku życia po trzech nieudanych próbach leczenia innymi metodami).
- **Terapie komplementarne** – niezwykle ciekawe dla mnie zastosowanie terapii alternatywnych jako środków wspomagających przy leczeniu uzależnień. Jedną z metod stosowanych przez zespół z Surrey to akupunktura uszna - mająca szczególne zastosowanie przy terapii osób przyjmujących środki stymulujące. Godzinne sesje, w czasie których pacjenci mają nakłuwane pięć punktów w małżowinie usznej, dają podobno duże efekty związane z harmonizacją przepływu energii i stabilizację nastroju oraz uspokojenie. Podobna terapia jest ponoć niezwykle skuteczna przy pracy z dziećmi z ADHD, co może pozwolić na wyeliminowanie ubocznych skutków związanych z przyjmowaniem przez dzieci Ritalinu lub innych, podobnie działających leków o nie do końca znanych skutkach ubocznych. Inną niezwykle interesującą sprawą jest coraz większe różnicowanie terapii wobec osób przyjmujących opiaty i przyjmujących stymulanty. Ponieważ w efekcie brania tych środków ci pierwsi są zbyt pobudzeni i potrzebują wyciszenia, a ci drudzy nadmiernie ospali, stosuje się coraz większą dyferencjację metod pracy z nimi, a także zauważa się tendencję do oddzielenia ich w terapii.

- **Detoksykacje.** Pracownicy SYPS pomagają znaleźć miejsce i ułatwiają zdobywanie środków osobom potrzebującym detoksykacji przed przystąpieniem do leczenia zarówno indywidualnego, jak i rezydenckiego. W Anglii, podobnie jak w Polsce, zdobycie miejsca w ośrodku detoksykacyjnym nie jest proste ze względu na dużą liczbę ludzi potrzebujących tej terapii, w związku z czym znalezienie takiego miejsca nie jest łatwe, a czas oczekiwania na wolne miejsce wynosi nawet kilka miesięcy. W przypadku pacjentów nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym trzeba jeszcze znaleźć instytucję, która opłaci ich leczenie. Opieką zostają objęte także osoby po detoksykacji, którym ułatwia się znalezienie odpowiedniego ośrodka bądź też sposobu terapii.
- **Alternatywne sposoby spędzania wolnego czasu.** Pracownicy SYPS rozumieją, iż szczególnie dla młodych ludzi mających problemy z narkotykami bardzo ważne jest nauczenie się spędzania wolnego czasu bez używek oraz znalezienie pasji, która dodaje życiu energii i ukierunkowuje działania w konstruktywną stronę. Szukając takich zajęć, które są atrakcyjne dla młodych ludzi, wybrali muzykę, graffiti i warsztaty plastyczne. Można też tam produkować i nagrywać muzykę, co przyciąga szereg młodych ludzi.
- **Szkolenie dotyczące narkotyków** – Trzymiesięczny kurs dotyczący narkotyków realizowany dla osób chętnych, chcących poszerzyć swoją wiedzę na ten temat. Na ogół są to osoby, których bliscy mają kłopoty z narkotykami bądź też chcą pracować w tym sektorze. W kilkunastotysięcznym Redhill 17 osób zdecydowało się spędzać dwa popołudnia w tygodniu, by dowiadywać się

więcej na temat narkotyków. W Polsce byłoby to chyba niemożliwe. Program kursu (w sumie 75 godzin) komplementarnie obejmuje wszystkie najważniejsze zagadnienia związane z problemem narkotyków oraz terapię. Kursy te są w dużej mierze nastawione na przekazanie wiedzy, i to różni je od podobnych w Polsce, które poza wiedzą nastawione są na ogół także na rozwój umiejętności kontaktu z osobami nadużywającymi narkotyków. Absolwenci takich kursów często pracują w organizacjach podobnych do właśnie opisywanej.

Drugą, którą odwiedziłem, organizacją pracującą z młodzieżą mającą problem z narkotykami był **MERTON YOUTH AWARENESS PROGRAMME (MYAP)** w Mitchum, w Londynie. Najnowsze badania pokazały, że w okręgu Merton jest najmniejsza w całym UK liczba młodych ludzi biorących narkotyki. Wskazują one, iż liczba 14- i 15-latków używających nielegalnych substancji w ostatnich miesiącach pozostała niezmienną od 2000 r. i wynosi 16%. Odpowiednia liczba dla ogólnonarodowej populacji 14- i 15-latków wynosi 21%. Jednym z elementów tego sukcesu jest właśnie działalność MYAP i jej menagera, Nigela Ecclestonea. Jest ona nastawiona na budowanie „społeczności, w której każda osoba ma możliwości i środki potrzebne do rozwoju tych aspektów siebie, które pozwalają na zrozumienie tego, kim się jest i co się chce w życiu osiągnąć – I w ten sposób stworzyć podstawy, dzięki którym może realizować swój potencjał jako jednostka i część swojej społeczności”. Pracownicy MYAP zaczęli od małego projektu, który w ciągu kilku lat rozrósł się do dużego przedsięwzięcia zatrudniającego kilkadziesiąt osób i obejmującego teren całego hrabstwa, a ostatnio rozszerza się na inne

okoliczne regiony. Działania te są obecnie bardzo szerokie i nastawione na dotarcie do każdego młodego człowieka w hrabstwie Merton mogącego mieć problemy z narkotykami:

- **praca uliczna** – grupy pracowników ulicznych rozsianych po całym hrabstwie. Docierają oni do młodych ludzi w publicznych miejscach, w których spędzają czas: na ulicy, podwórkach, pubach – w ich naturalnym środowisku, w którym czują się bezpieczniej i wygodniej im rozmawiać niż np. w szkole. Celem tych działań jest nawiązanie kontaktów i zbudowanie relacji z młodymi ludźmi będącymi tam i zdobycie zaufania, dzięki któremu łatwiej będą słuchać informacji bądź zwracać się o pomoc, gdy uznają, że jej potrzebują. Nieformalny charakter spotkań podczas tych dyżurów prowokuje taką atmosferę rozmów, którą trudno jest osiągnąć w bardziej formalnych miejscach. Przedstawiciele MYAP wzmacniają młodych ludzi w podejmowaniu przez nich pozytywnych, konstruktywnych decyzji i oferują pomoc w znalezieniu odpowiednich programów leczenia czy odpowiednich instytucji i organizacji. Regularnie pojawiają się w tych samych miejscach, nawiązując bardziej trwałe relacje i jednocześnie będąc łatwiej dostępnymi dla osób, które potrzebują z nimi kontaktu. Uważnie słuchając i oferując swoją pomoc przekazują również w razie potrzeby informacje dotyczące narkotyków i problemów związanych ze zdrowiem (zarówno seksualnym, jak i psychicznym).

Z uwagą obserwowałem procedury związane z zapewnieniem pracownikom bezpieczeństwa podczas dyżurów: prace w parach, wspieranie siebie nawzajem, stała możliwość konsultacji z osobami z zewnątrz. Dużą wagę przywiązuje się też do zapewnienia zachowania

tajemnicy przeprowadzanych rozmów. Skuteczność tych działań zwiększa fakt, iż większość młodych ludzi słyszała o działaniach tej organizacji dzięki:

- **warsztatom edukacyjnym prowadzonym w każdej szkole hrabstwa.** Pracownicy MYAP docierają do każdej szkoły ponadpodstawowej i do każdej klasy przeprowadzając w nich godzinne warsztaty dotyczące narkotyków i efektów ich używania. Uczestniczyłem w takich spotkaniach odbywających się w jednej ze szkół średnich w Wimbledonie. Podobnie jak w szkolnych projektach Kaleidoscope uderzył mnie ich czysto edukacyjny aspekt. Istotą tych warsztatów było przekazanie, możliwie rzetelnie i bezstronnie, informacji dotyczących używek i sposobów ich oddziaływania na świadomość i organizm młodych ludzi, sposobów używania narkotyków oraz procesu uzależnienia i znaków pozwalających na określenie swojego miejsca w tym procesie. Przekazywano także informacje o celach i działaniach MYAP oraz o legalnym statusie poszczególnych używek (z początkiem roku 2004 cannabis zostanie reklasyfikowana jako narkotyk z klasy B do klasy C, co jest związane m.in. z mniejszymi karami za jej posiadanie. Kampania informacyjna służy przekazaniu informacji, iż dalej jest ona nielegalnym środkiem).

Jeszcze raz zwróciła moją uwagę różnica pomiędzy Polską a Anglią w sposobie przekazywania młodym ludziom przez osoby dorosłe informacji dotyczących narkotyków. W Wielkiej Brytanii zwraca się uwagę głównie na bezstronny przekaz informacji, pozostawiając całkowicie decyzje dotyczącą używania narkotyków młodym ludziom. W Polsce, oprócz rzetelnej wiedzy, dużo większą wagę przywiązuje się tak-

że do prezentowania własnej, najczęściej negatywnej postawy wobec używek i uzależnień. Być może to negatywne wobec używek nastawienie wpływa na to, iż przekaz ten jest przez młodych ludzi odbierany jako stronniczy i negatywny. Z drugiej jednak strony, przekazywanie samych jedynie informacji, bez prezentacji postawy prowadzącego, może jedynie przypominać uczestnikom o tym, że narkotyki istnieją, są dostępne, a ryzyko uzależnienia nie takie znowu duże – i w efekcie zachęcać do sięgania po używki.

W każdej ze szkół tego regionu, poza warsztatami w klasach, MYAP proponuje także:

- **szkolne konsultacje.** Przedstawiciele wizytowanej przeze mnie organizacji mają regularne dyżury we wszystkich szkołach hrabstwa. Mogą zgłosić się do nich o pomoc wszyscy młodzi ludzie w wieku od 12 do 25 lat, którzy poszukują wsparcia, rzetelnej informacji czy porady w sprawach związanych z używaniem substancji bądź innych, mających wpływ na ich życie. Celem pracy konsultantów jest stworzenie przestrzeni, w której młody człowiek poczuje się na tyle bezpiecznie i swobodnie, by móc podzielić się swoimi problemami z osobami godnymi zaufania i nie odrzucając ich.
- **doradztwo środowiskowe.** Podobnie jak w szkołach, można zwrócić się o pomoc w siedzibie MYAP w Merton. Zgłaszają się tam młodzi ludzie (do 25 roku życia) z własnej inicjatywy bądź z czyjś polecenia, głównie z problemami związanymi z zażywaniem substancji psychoaktywnych.
- **klub dla młodych ludzi afrykańskiego pochodzenia** – grupa kilkunastu młodych ludzi regularnie spotykająca się, ucząca się wspólnych działań i przygotowująca spektakl teatralny dotyczący zdrowia psychicznego.

- **szkolenia dotyczące narkotyków** – zajęcia edukacyjne dla osób chcących pracować w tej dziedzinie lub po prostu chcących poszerzyć swą wiedzę o narkotykach. Trwa on trzy miesiące i obejmuje trzygodzinne spotkania dwa razy w tygodniu.

PHOENIX HOUSE w Bexhill to jeden z domów rezydencjalnej rehabilitacji dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków prowadzony przez brytyjską gałąź ogólnoswiatowej organizacji. W Wielkiej Brytanii działa ona od 1970 r. i prowadzi obecnie 8 ośrodków.

Wizyta tam była dla mnie szczególnie interesująca ze względu na długoletnie doświadczenia w pracy w podobnym ośrodku, pracującym jednak głównie z młodymi ludźmi (do 18 roku życia). Byłem bardzo ciekawy tego, jak pracuje społeczność terapeutyczna w kraju o nieco innej kulturze, w jednej z najbardziej znanych sieci ośrodków. Niestety, w Anglii istnieją tylko ośrodki dla dorosłych, nie ma miejsc stacjonarnego leczenia dla osób uzależnionych poniżej 18 roku życia, choć wiele osób było zainteresowanych naszymi doświadczeniami.

Ośrodek w Bexhill on See, niewielkiej, nadmorskiej miejscowości wypoczynkowej na południu Anglii, został założony w 1991 r. Przebywa w nim około 30 dorosłych osób leczących się z uzależnienia od narkotyków i alkoholu. W większości są to mężczyźni (zaledwie 10% pacjentów przebywających tam w czasie mojej wizyty stanowiły kobiety), używający cracku lub heroiny. Średnia wieku osób leczących się wynosi około 25 lat, a średnia długość brania przez nich narkotyków to około 7 lat. Duża część z pacjentów przebywała w ośrodku w ramach rządowego programu, umożliwiającego osobom skazanym za przestępstwa związane z posiadaniem i używaniem narkotyków zamianę więzienia na

pobyt w ośrodku rehabilitacyjnym z równoczesnym częstym przeprowadzaniem testów na obecność substancji odurzających w organizmie (nawet 2 lub 3 razy w tygodniu). Po zakończeniu programu i przy utrzymywaniu abstynencji w czasie jego trwania osoba taka zostaje warunkowo zwolniona z więzienia. W ośrodku przebywają ludzie mieszkający w całej Wielkiej Brytanii, często z dalekich okolic, czujący się bezpiecznie daleko od domu (zarówno od własnych pokus, jak i współtowarzyszy uzależnionego życia). Duża część z nich po zakończeniu programu w ośrodku żyje w pobliskim miasteczku stanowiąc już kilkusetosobową społeczność.

Tutaj też doświadczyłem tego, jak międzynarodowe jest uzależnienie. Osoby uzależnione od alkoholu czy narkotyków w Polsce i Anglii wydają się bardzo podobne, ich twarze podobnie są sztywne, ich ciała podobnie nie lubią wysiłku i używają podobnych sposobów, by unikać pracy, nawet grymasy ich twarzy są podobne. Tak jakby siła narkotyków i siła uzależnienia przebijała wierzchnią warstwę kultury i docierała tam, gdzie człowieczeństwo w poszczególnych ludziach niewiele różni się od siebie.

Pobyt w ośrodku trwa około dwunastu miesięcy i dzieli się na etapy, różniące się nie tylko zadaniami i celami terapeutycznymi, ale także metodami pracy.

Etap wstępny (induction) - trwający pierwsze cztery tygodnie. Jego celem jest wejście do społeczności i zrozumienie struktury działań ośrodka, przyzwyczajenie się do życia na trzeźwo, a także określenie własnych specyficznych potrzeb i stworzenie dalszego, indywidualnego planu pracy terapeutycznej. Osoba będąca na tym etapie dużo pracuje fizycznie – ok. 3 godzin (to znacznie mniej niż w polskich ośrodkach). Co najmniej raz na tydzień spotyka się

ze swoim terapeutą, omawiając swoje przeżycia i przemyślenia. Pisze też krótki (około 5-stronicowy życiorys) i prezentuje go przed społecznością pacjentów, otrzymując informacje zwrotne. W tym czasie w wyniku wspólnej pracy pacjenta i prowadzącego go terapeuty (key-workera) powstaje indywidualny plan pracy terapeutycznej, określający główne problemy pacjenta oraz cele jego pobytu w ośrodku, zawierający również sposoby pracy nad tymi trudnościami i sposoby osiągania założonych celów. Osoba będąca na tym etapie ma też najmniej swobód – nie może samodzielnie wychodzić poza teren ośrodka, nie ma własnych pieniędzy, nie może przyjmować gości, itd. Ten etap jest najtrudniejszy dla pacjentów – największa ich liczba rezygnuje z programu właśnie w tym czasie.

Gdy po czterech tygodniach pacjent prawidłowo odpowie na pytania dotyczące struktury ośrodka, celów zmian podczas pobytu oraz zapobiegania nawrotów, decyzją kadry zostaje przeniesiony na etap drugi, zwany **etapem głównym** (main stage), trwający 3–4 miesiące. Jest to najdłuższy etap pracy nad sobą w ośrodku, nastawiony na zrozumienie siebie, mechanizmów własnego uzależnienia i na wewnętrzną zmianę. Osoba będąca na tym etapie spotyka się co najmniej przez godzinę raz na dwa tygodnie ze swoim terapeutą, realizując własny plan pracy terapeutycznej. Uczestniczy w obowiązkowych (lub fakultatywnych – wybranych wraz ze swym opiekunem) grupach edukacyjnych (spotykających się raz w tygodniu). Tematyka tych grup dotyczy podstawowych zagadnień, ważnych dla osób, które zdecydowały się wyjść z uzależnienia: zapobiegania nawrotom, poczucia winy i straty, panowania nad własną złością, doświadczeń kryminalnych. Są prowadzone także grupy dotyczące rodziny i partnerstwa oraz pracy nad własną tożsamością jako kobiety czy

mężczyzny. O ile spotkania te (prowadzone przez członków personelu) mają charakter głównie edukacyjny, to wieczorne grupy wsparcia złożone z tych samych osób mają za zadanie poradzenie sobie z emocjami pojawiającymi się przy omawianiu tych zagadnień. Podczas tego etapu opracowuje się pisemnie i omawia ze swoim prowadzącym specjalnie ustalone zagadnienia związane z potrzebami określonymi w indywidualnym planie terapeutycznym (mogą dotyczyć na przykład tożsamości osoby biorącej narkotyki i wolnej od narkotyków, stosunku do zmian, wpływu narkotyków na życie rodzinne, uczciwości, itd.).

W społeczności pacjentów osoba będąca na tym etapie pełni bardziej odpowiedzialne funkcje, np. szefa działu (praca w ośrodku podzielona jest na działy: ogrodu, życia domu, kuchni i porządku). Może ona także brać udział w kursach odbywanych w ośrodku a realizowanych w ramach zajęć miejscowego college'u (np. asertywności, gotowania, higieny żywności itd.) oraz w sportowych zajęciach realizowanych poza ośrodkiem.

Pomiędzy trzecim a czwartym miesiącem osoba ta przechodzi okres tzw. kontraktu. Jest to czas około trzech tygodni, podczas których jest się zachęcanym do całkowitego skupienia się na sobie, swojej historii i swoich problemach. Celem tej części pobytu jest określenie powodów, z których pacjent zaczął brać narkotyki oraz ograniczających przekonania (beliefs) na temat samego siebie. W tym celu pisze się długą i dokładną, około trzydziestostronicową historię swojego życia, uwzględniającą bardzo szczegółowo relacje z ważnymi ludźmi. Wypełnia się także kwestionariusz służący określeniu własnego skryptu życiowego oraz określa ograniczające własny potencjał przekonania dotyczące siebie samego i świata, przekonania,

które ograniczają potencjał tej osoby w sferze uczuć, myśli i zachowań oraz życie tej osoby poprzez brak zaufania do siebie samego, związki z innymi ludźmi, zachowania kryminalne i branie narkotyków. Uświadamiając sobie te przekonania oraz źródła ich powstania pacjent decyduje się na ich zmianę i ustanowienie nowych, konstruktywnych i zgodnych z rzeczywistością, a następnie dokładnie opisuje ich wpływ na swoje przyszłe życie (w jaki sposób nowe myśli, odczucia i zachowania będą wpływały na zaufanie do siebie samego, związki z innymi ludźmi, zachowania kryminalne i branie narkotyków).

W tym czasie nie można kontaktować się z nikim z zewnątrz, oraz jest się zachęcanym do codziennego korzystania z grup wsparcia. Nie ma się też żadnej funkcji w społeczności. Po opracowaniu powyższych materiałów i omówieniu ich z terapeutą, następuje stosunkowo wolny tydzień, po którym przechodzi się na etap **senior residency**, trwający 6 do 8 tygodni, którego celem jest z jednej strony dalsze uczenie się pomagania innym i brania odpowiedzialności za całość społeczności, a z drugiej powolne przygotowywanie się do trzeźwego życia na zewnątrz. Przez co najmniej dwa dni w tygodniu osoba będąca na tym etapie pracuje jako wolontariusz w okolicznych instytucjach bądź też uczy się w szkole. Uczestniczy w cotygodniowych spotkaniach dotyczących szukania pracy lub szkoły oraz dobrego w nich funkcjonowania. W dalszym ciągu pacjent regularnie spotyka się ze swoim terapeutą i pracuje nad wejściem w świat na zewnątrz. Oczekuje się od niego także, by pełnił funkcje opiekuńcze oraz udzielał wsparcia osobom, które leczą się na niższych etapach, a w razie potrzeby brał na siebie odpowiedzialność za funkcjonowanie społeczności. Teraz następują także wizyty w domu,

pierwsza wraz z innym mieszkańcem ośrodka, druga, jeśli wszystko idzie dobrze, samodzielna. Po tych tygodniach, następuje przejście do ostatniego już etapu **powrotu do społeczeństwa** (re-entry), w czasie którego mieszka się najczęściej w specjalnie przystosowanym do tego mieszkaniu w Hastings, większego miasta w okolicy. Jest to pośredni etap między ośrodkiem a samodzielnym życiem. Osoby przebywające na tym etapie obowiązują takie same podstawowe normy jak w ośrodku, uczestniczą one dalej w swoich wolontaryjnych pracach (lub zajęciach szkolnych) oraz cotygodniowych, etapowych grupach wsparcia. Kończy się relacja z poprzednim terapeutą, zaczyna się nowa, z osobą pracującą z pacjentami tylko na tym etapie. Osoba będąca na etapie re-entry jest w dużo większym stopniu samodzielna i odpowiedzialna za siebie, decyduje o sposobie spędzania czasu, z którymi ludźmi się spotyka, samodzielnie wydaje swoje pieniądze, robi zakupy, gotuje itd.

Po zakończeniu programu większość absolwentów pozostaje w Hastings (głównie nie chcąc wracać do miejsc i społeczności, w których brali narkotyki), otrzymuje szereg pomocy od służb społecznych, łącznie z opłaconym mieszkaniem komunalnym i niewielką ilością pieniędzy (wystarczającą jednakże do skromnego życia). Tak duża opieka (zwłaszcza w porównaniu z warunkami w Polsce) nie motywuje absolwentów programu do podejmowania pracy i samowystarczalnego życia. Absolwentów programu ośrodka w Bexhill wspiera specjalnie oddelegowany do tego pracownik, regularnie spotykający się z nimi i udzielający konsultacji w razie potrzeby.

Całość programu kończy około 30% osób, które go rozpoczynają. Oczywiście, część z osób, które rezygnują z programu przed jego ukończeniem, także nie wraca do narkotyków,

jednakże dalsza trajektoria życia tych osób nie jest monitorowana przez ośrodek ani żadne instytucje. Podobnie jest niestety także z absolwentami programu. Ani zespół ośrodka, ani nikt z zewnątrz nie sprawdza dalszych losów absolwentów, zwłaszcza tych, którzy wyjechali z Hastings. Trudno więc powiedzieć, ilu z nich pozostaje w trzeźwości, ilu wraca do narkotyków, a ilu nie biorąc narkotyków nadużywa innych substancji, np. alkoholu.

Zespół terapeutyczny ośrodka w Bexhill łączy leczenie indywidualne ze wsparciem pacjentów ze strony społeczności terapeutycznej, większą wagę przywiązując do relacji terapeutycznej oraz pracy edukacyjnej. Ze zdziwieniem odkryłem, że życie kadry i życie społeczności terapeutycznej to dwa światy, które tylko czasem stykają się ze sobą (najczęściej podczas spotkań indywidualnych lub grup edukacyjnych), lecz głównie żyją obok siebie. Zespół terapeutów podejmuje wszystkie ważne decyzje dotyczące procesu leczenia pacjenta (np. wybór terapeuty prowadzącego, przejścia z jednego etapu na drugi, decyzji o zakończeniu programu).

Relacja pomiędzy terapeutą i pacjentem to typowa relacja terapeutyczna, z określonym momentem jej zakończenia i zakazem przedłużania jakichkolwiek kontaktów po zakończeniu programu. Z kolei wpływ społeczności terapeutycznej jest wyraźnie ograniczony, dotyczy wsparcia emocjonalnego oraz uczenia codziennego życia na trzeźwo – funkcjonowania w sytuacji ograniczeń, pracy, odpowiedzialności za powierzone działania itd. Kadra dba, by te światy były oddzielone, nie ma wspólnych spotkań, podczas zebrań społeczności terapeutyci świadomie w nich nie uczestniczą, nawet jeśli pełniąc popołudniowe czy nocne dyżury mają na to czas. W Polsce pracownicy

ośrodków są dużo bliżej społeczności pacjentów, te dwie grupy są po prostu członkami społeczności ośrodka, wspólnie podejmują decyzje dotyczące życia ośrodka oraz leczenia poszczególnych pacjentów, czasem kontakty między terapeutą i pacjentem trwają po zakończeniu programu. W wielu ośrodkach pacjenci muszą wyrazić zgodę na zatrudnienie nowej osoby do kadry oraz mają wpływ na wybór swego terapeuty. O ile więc w Anglii istota zmiany w ośrodku leczenia uzależnień opiera się na relacji terapeutycznej między pacjentem a terapeutą ze wsparciem ze strony społeczności terapeutycznej, o tyle w Polsce istotą leczenia stanowią relacje pomiędzy członkami społeczności oraz jej spotkania z ich rozbuchanymi emocjami, krzykami, łzami, ciągłymi głosowaniami itd. przy wsparciu indywidualnej relacji z jednym z terapeutów.

Różnice te, o których dużo myślałem, wynikają moim zdaniem z dwóch powodów. Jeden to nieco inne tradycje, z których wywodzą się społeczności terapeutyczne w Anglii i w Polsce. Angielska tradycja wywodzi się w dużej mierze z leczenia chorych w oddziałach psychiatrycznych – ze sformalizowanymi relacjami między personelem i pacjentami, głównym naciskiem nastawionym na relację terapeutyczną i niewielkim wpływem społeczności pacjentów na proces leczenia. Krokiem w kierunku stworzenia społeczności terapeutycznej było więc wyodrębnienie niewielkiego zakresu (dotyczącego głównie pracy, obowiązków domowych i wsparcia emocjonalnego), w którym główną rolę odgrywają pacjenci, a kadra zachowuje wobec nich dystans. Zakres podejmowania decyzji przez zespół terapeutyczny jest wyraźnie określony, ale równocześnie bierze on całkowitą odpowiedzialność za proces terapeutyczny.

Polska tradycja społeczności terapeutycznych (zbudowana przez Marka Kotańskiego i jego współpracowników) wywodzi się bardziej z Synanonu i, poprzez Dedericha, z ruchu AA .

Główny nacisk kładzie się tutaj na pracę społeczności terapeutycznej i relacje pomiędzy jej członkami – wszyscy podejmują najważniejsze decyzje w sprawach życia ośrodka i procesu zdrowienia. Druga hipoteza tłumacząca te różnice opiera się na fakcie, iż relacja terapeuta - pacjent, a w tym przypadku relacja pomiędzy kadrami ośrodka a społecznością pacjentów jest odbiciem relacji rodzinnej, pomiędzy rodzicami a dziećmi. Wydaje się, że w tradycyjnych domach angielskiej klasy średniej (ze szkołami z internatem na przykład) światy rodziców i dzieci były raczej osobne, spotykały się tylko w ściśle określonych miejscach i czasie, a stosunki były raczej chłodne. W polskich rodzinach (nie tak dawno jeszcze w większości wiejskich) relacje między rodzicami a dziećmi były dużo bliższe, choć równocześnie nacechowane większym ładunkiem emocjonalnym. Moim doświadczeniem było spotkanie się z inaczej funkcjonującą społecznością, opartą na nieco innych zasadach, a równocześnie dobrze i skutecznie pracującą. Jako gość z zewnątrz, nie będąc ani członkiem kadry, ani członkiem społeczności – uczestniczyłem w życiu obydwu społeczności ośrodka. Relacje między członkami społeczności pacjentów otworzyły moje serce. Bez bezpośredniego wpływu członków kadry pacjenci odnajdywali w sobie dużo odpowiedzialności za siebie nawzajem – wspierali się, dbali o siebie nawzajem i byli blisko. Byli też całkowicie otwarci na mnie, chętnie mi pomagali i tłumaczyli zawłości ich systemu. Te obserwacje zainspirowały mnie do myślenia o naszej nadodpowiedzialności za codzienne życie pacjentów i funkcjonowanie społeczności.

Oczywiście, rezultatem osobnego życia pacjentów są wypaczenia zwyczajów i tradycyjnych rytuałów społeczności terapeutycznej, czasem szczątkowe pozostałości z nich. Nie rozumiejąc do końca czemu one służą (zarówno w sferze życia społeczności, jak i pracy nad indywidualną zmianą) pacjenci wykonują je bardziej siłą nawyku niż zaangażowania.

Metoda leczenia w ośrodku w Bexhill to proces terapeutyczny odbywający się głównie w relacji indywidualnej pomiędzy pacjentem i jego terapeutą. Członkowie zespołu deklarują używanie różnych podejść terapii indywidualnej, od terapii nastawionej na klienta czy terapii Gestalt, aż po terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach (focus centered therapy), wybierając z każdej z nich elementy dające się wykorzystać na danym etapie pracy. Zdaje się, że rozdzwięk pomiędzy sposobami widzenia człowieka, który występuje w każdej z teorii stojących za tymi terapiami, nie pozwala zbudować członkom zespołu jasnej własnej wizji zarówno funkcjonowania człowieka, jak i procesu uzależnienia.

Początkowo, budując motywację do zmiany, używa się metod wywiadu motywującego (motivational investigation). Potem, by uświadomić pacjentom źródła ich skłonności do uzależnień, używa się metody PICT łączącej analizę transakcyjną z metodą kognitywno-behawioralną. Pacjenci piszą długą (około 30-stronicową) historię swojego życia, a następnie odnajdują swój skrypt życiowy odnajdując głównie negatywne przekonania na temat własnej osoby, swoich możliwości, relacji z ludźmi i świata. Identyfikując je i rozumiejąc ich źródła mogą podejmować decyzję o ich zmianie, obserwują je kiedy się pojawiają i zmieniają w pozytywne myśli.

Relację terapeutyczną uzupełnia udział w grupach edukacyjnych, podczas których poznają

zagadnienia tożsamości płciowej, pracują nad swoimi stosunkami z rodzinami oraz dawaniem sobie rady z trudnymi uczuciami (takimi jak poczucie winy czy straty) ewentualnie opanowywaniem własnego gniewu.

Społeczność terapeutyczna jest źródłem wsparcia emocjonalnego dla jej członków (często spotykają się oni podczas grup wsparcia dla osób będących na tym samym etapie lub uczestników grup edukacyjnych). Społeczność wspiera także w uczeniu samodyscypliny, pracy i odpowiedzialności, początkowo za proste, a potem coraz bardziej skomplikowane sprawy domu oraz innych pacjentów na niższych etapach.

Chciałbym podkreślić niezwykle ciepłe przyjęcie, z jakim spotkałem się w każdym z tych miejsc, które odwiedziłem. Z uwagą i szacunkiem traktowano moje prośby i potrzeby, które stały za nimi. Poświęcano mi czas, odpowiadano na szereg moich pytań, mimo że odrywały one wiele osób od codziennych obowiązków. Spontanicznie oferowano mi pomoc. Ze zrozumieniem traktowano moje problemy językowe, powtarzano wiele kwestii, mówiono powoli i wyraźnie. I wreszcie, traktowano mnie jako kolegę profesjonalistę, a nie gorszego gościa z zacofanej Polski. Szczególnie chciałbym podziękować tutaj szefom tych organizacji, z których każdy znajdował dużo czasu na spotkania ze mną. Nie zapomnę także wielkiej otwartości i serdeczności, z jaką przyjęła mnie społeczność pacjentów ośrodka w Bexhill.

Jestem bardzo zadowolony z tej wizyty. Przeglądanie się osobom i organizacjom, które pracują nad podobnymi zagadnieniami w nieco innej kulturze, służy jako lustro, dzięki któremu mogłem lepiej zobaczyć siebie i nasz sposób pracy z osobami uzależnionymi. Wizyta ta zainspirowała mnie także do wielu przemyśleń, zmian w pracy oraz do rozpoczęcia nowych projektów:

- Głęboko zastanawiam się nad tym, czy dochodzi do przemocy w polskich ośrodkach rehabilitacyjnych. Obwinianie pacjentów, punitywne nastawienie, stosowana agresja słowna, ma swoją tradycję zarówno w historii społeczności terapeutycznych wywodzących się z Synanonu, jak i państwa totalitarnego w Polsce. Postawa taka równocześnie jest wygodna dla osób pracujących tam i daje im dużo władzy.
- Odkryciem dla mnie było stosowanie terapii komplementarnych w leczeniu osób uzależnionych i nadpobudliwych. Chciałbym sprowadzić do Polski osoby mogące uczyć stosowania akupunktury usznej zarówno u osób, które przyjmowały stymulanty, jak i u dzieci cierpiących na syndrom ADHD.
- Uważnie przyglądam się postawie profilaktyków w Polsce. W jakim stopniu wyraźne zaznaczanie swojego negatywnego stosunku do brania używek oddała nas od młodych ludzi i czyni nasz przekaz nieprawdziwym i nieskutecznym.
- Chciałbym sprawdzić ile poszczególnych metod stosowanych w ośrodku w Bexhill można skutecznie zastosować w naszym ośrodku w Łodzi.

Tomasz Kołodziejczyk
długoletni pracownik ośrodka MONAR
dla dzieci i młodzieży w Łodzi,
członek zarządu Polskiej Federacji
Społeczności Terapeutycznej

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA DLA OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV/AIDS

XI Międzynarodowa Konferencja dla Osób Żyjących z HIV/AIDS miała miejsce w Ugandzie (26 – 30 października 2003 roku). Po raz drugi konferencja tego typu odbywała się w Afryce – miejscu powszechnie uważanym za kolebkę epidemii. Wcześniejsza afrykańska konferencja miała miejsce w Capetown w 1995 roku (przypomnijmy że w 1999 roku miejscem konferencji była Warszawa). W tym roku hasłem przewodnim było kreowanie nowych światowych liderów w walce z HIV/AIDS „*The Dawn of New Positive Leadership*”. Głównym organizatorem tegorocznego spotkania było GNP+ (*The Global Network of People Living with HIV/AIDS*) oraz NGEN+ (*National Guidance and Empowerment Network of People Living with HIV/AIDS in Uganda*). Honorami mistrza ceremonii pełnił generał Rubaramira Ruranga – ugandyjski generał, który otwarcie dzielił się informacją o swoim zakażeniu HIV i pozytywnym statusie serologicznym. U jego boku uroczystości otwarcia i zamknięcia prowadziła ugandyjska działaczka zaangażowana czynnie w walkę z HIV/AIDS – Milly Katana. Międzynarodowym koordynatorem konferencji był Stu Flavell (GNP +). Celem konferencji było podkreślenie roli, jaką odgrywają osoby zakażone wirusem HIV w walce z epidemią. Podkreślano nowe zadanie osób żyjących z HIV/AIDS na całym świecie jako liderów w tej walce. Cele szczegółowe dotyczyły wykreowania nowych przywódców w aktywnej działalności prewencyjnej i terapeutycznej w krajach rozwijających się, wzmocnienia międzynarodowej współpracy

między osobami żyjącymi z HIV/AIDS na świecie, w strukturach formalnych i nieformalnych oraz refleksji nad doświadczeniem społeczności afrykańskich.

Konferencja odbywała się w przepięknym kurorcie nad brzegiem największego w Afryce jeziora Wiktorii, w the Speke Resort, niedaleko stolicy Ugandy Kampali. Uganda, gospodarz konferencji, jest krajem o ogólnej liczbie 23 mln mieszkańców (2002 r.), w tym 50% poniżej 15 roku życia. Przewidywana długość życia mieszkańca Ugandy wynosi 42 lata. Główną przyczyną zgonów jest AIDS. Uganda należy do państw bardzo zadłużonych. Leczenie antyretrowirusowe w tym kraju praktycznie nie istnieje. Nie przypadkowo wybrano właśnie Ugandę na miejsce tegorocznego spotkania osób żyjących z HIV/AIDS z całego świata. Dało to sposobność zwrócenia oczu świata na Afrykę w kontekście epidemii AIDS.

Tematy poruszane na konferencji dotyczyły przede wszystkim zagadnień związanych z kształtowaniem umiejętności lidera zaangażowanego w działalność prewencji i terapii HIV/AIDS, jak również zagadnień związanych szeroko z leczeniem, opieką i wsparciem oraz dotyczących rodzin z problemem AIDS, a zwłaszcza sytuacji dzieci i młodzieży żyjącej z HIV/AIDS. Dyskutowane były również wciąż obecne zjawiska stygmy i dyskryminacji wokół HIV/AIDS.

Doświadczenia państw Europy Zachodniej i Ameryki Północnej w działaniach dotyczących zatrzymania epidemii AIDS oraz mających na celu

terapię, opiekę i wsparcie dla osób żyjących z diagnozą HIV/AIDS wskazują, że najlepsze rezultaty przynoszą te działania, które angażują osoby zakażone HIV. To ci ludzie mają codzienne doświadczenia życia z HIV/AIDS. Okazują się ekspertami w dziedzinie wiedzy o HIV/AIDS. Są najmocniej zaangażowani w walkę przeciw epidemii, ponieważ ona najbardziej bezpośrednio ich dotyczy. Wychodząc z takich założeń międzynarodowe organizacje łączą się we wspólnej sprawie tworząc skuteczne siatki pomocy i wsparcia. Podobne przesłanie przyświecało tegorocznej konferencji w Ugandzie.

W konferencji wzięło udział 800 uczestników z całego świata. Były to przede wszystkim osoby żyjące z HIV/AIDS oraz niewielka grupa profesjonalistów zajmujących się tą problematyką. Połowę (około 400 uczestników) stanowili obywatele Ugandy. Liczną grupę reprezentowali obywatele innych krajów Afryki. Nie zabrakło również gości z krajów Ameryki Łacińskiej, Azji i Pacyfiku, wreszcie krajów Europy Wschodniej (w tym jedna reprezentantka Polski w osobie autorki niniejszego artykułu), Europy Zachodniej, Australii oraz Ameryki Północnej. Oficjalnym językiem konferencji był angielski. Na niektórych sesjach obecni byli tłumacze hiszpańscy i francuscy. W programie konferencji była uroczystość otwarcia, ceremonia zamknięcia oraz cztery dni wykładów, sesji dyskusyjnych, warsztatów i prezentacji. Nie zabrakło również afrykańskich akcentów w formie regionalnych ugandyjskich tańców, teatru i śpiewu. Ceremonię otwarcia zaszczylił swoją obecnością prezydent Ugandy. Jego powitalne przemówienie zrobiło duże wrażenie na obywatelach Ugandy oraz pozostałych uczestnikach konferencji.

Tematy sesji wykładowych:

- wiedza o samym wirusie, terapii antyretrowirusowej i opiece nad osobami żyjącymi

z HIV/AIDS – o charakterze edukacyjnym, począwszy od bardzo podstawowych zagadnień aż po bardzo złożone,

- struktury międzynarodowych organizacji aktywnie zaangażowanych w walkę z epidemią (*The Global Fund, Red Cross, UNICEF, GIPA, etc.*),
- wzmacnianie istniejących struktur współpracy osób żyjących z HIV/AIDS na świecie (*ICW, GNP+ etc.*).

Warsztaty dotyczyły kształtowania konkretnych umiejętności przydatnych w działaniach prewencji, terapii i wsparcia (np. „Publiczne wystąpienia osób HIV pozytywnych – jak być dobrym mówcą”, „Sex i bycie pozytywnym”, „Żal po stracie”, „Religia, kultura, stygma i dyskryminacja”, „HIV w miejscu pracy”, „Rola osób HIV pozytywnych w prewencji”, „Śmierć i umiowanie”, „Mówić czy nie o swoim HIV pozytywnym statusie?” etc.).

Jeden z warsztatów dotyczył zagadnienia IDU w kontekście zakażeń wirusem HIV. Obecni byli przedstawiciele Azji. W krajach Azjatyckich główną drogą zakażenia jest droga dożylna. Osoby używające narkotyków drogą dożylną są tam najliczniejszą grupą wśród osób zakażonych. Podobnie wygląda sytuacja w Europie Wschodniej (w Polsce IDU stanowią 62,5% zarejestrowanych przypadków HIV/AIDS – dane z maja 2002 roku). W krajach takich jak Litwa (72,3%), Estonia (85,0%), Łotwa (76,3%), Ukraina (69,4%), Białoruś (78,0%), Mołdawia (83,0%), i Rosja (88,0%) wciąż najczęstszą drogą zakażenia HIV jest droga dożylna. Nieco inaczej sytuacja wygląda w Afryce. Przedstawiciel Ugandy informował, że w jego kraju jedynym popularnym narkotykiem jest marihuana. Problem przyjmowania narkotyków drogą dożylną jest tutaj nieznany. Wiodącą drogą zakażenia HIV jest w Ugandzie droga kontaktów heteroseksualnych.

Nieco inaczej sytuacja wygląda w krajach Afryki północnej. Tam obecne jest zjawisko przyjmowania narkotyków drogą dożylną, chociaż główną drogą zakażenia HIV są stosunki heteroseksualne. Przedstawiciele krajów Ameryki Północnej podzielili się swoimi doświadczeniami w zakresie harm reduction wśród IDU. Podkreślili rolę opieki i wsparcia dla IDU, którzy opuszczają ośrodki odwykowe w kontekście prewencji nowych zakażeń HIV. Poruszono temat rodzin, partnerów i dzieci HIV pozytywnych IDU – jako grup narażonych na możliwość zakażenia HIV. Zgłoszono wniosek utworzenia międzynarodowego networku HIV + IDU (do tej pory środowisko HIV+IDU było stosunkowo bierną grupą w perspektywie międzynarodowej współpracy, aczkolwiek istnieją lokalne organizacje współpracy takie jak CEE - HRN – *Central and Eastern European Harm Reduction Network*). Dyskutowano potrzebę poruszenia istotnych problemów związanych z HIV+IDU na kolejnej konferencji – The XV International AIDS Conference, która odbędzie się w Bangkoku latem przyszłego roku.

Konferencja w Ugandzie stworzyła unikalną możliwość wymiany doświadczeń osób żyjących z HIV/AIDS z całego świata. Uderzająca różnorodność kulturowych odniesień zmuszała do refleksji. Na tym międzynarodowym spotkaniu osób o odmiennych doświadczeniach, pochodzących z różnorodnych kulturowo, światopoglądowo, religijnie środowisk wspólna była jedna sprawa – sprzeciw wobec bierności i bezradności wobec HIV/AIDS. Było to realne doświadczenie wspólnego, solidarnego zjednoczenia sił. Znajdywanie tego co wspólne i podobne, wzajemna wymiana doświadczeń, wiedzy i energii były istotą konferencji w Ugandzie.

Dla mnie osobiście ważne było zobaczenie realnej, ludzkiej twarzy AIDS w postaci prawdziwych ludzi, osób żyjących z HIV/AIDS. Inter-

sujące było usłyszeć świadectwa ludzi z różnych środowisk: osób homoseksualnych z krajów hiszpańskojęzycznych, heteroseksualnych kobiet z Wielkiej Brytanii, osób zakażonych HIV z krajów o wiodącej religii Islamu czy zakażonych Żydów. Ogromne wrażenie zrobił na mnie również bezpośredni kontakt z osobami HIV pozytywnymi z samej Ugandy i innych części Afryki. Spacer po Kampali ze świadomością, że wielu ze spotkanych przechodniów jest zakażonych HIV miało dla mnie szczególne znaczenie. Większość tych ludzi nigdy nie ujawnia swojego zakażenia. Większość ludzi nie chce nawet znać swojego statusu serologicznego w obliczu stygmatyzacji i braku jakiegokolwiek nadziei na otrzymanie adekwatnego leczenia. Paradoksalnie wobec jego powszechności, zakażenie HIV jest w Afryce sprawą tabu, czymś nieczystym, grzechem, winą. Sądzę, że sam fakt, iż prezydent tego kraju publicznie potwierdził obecność HIV w Ugandzie, że głośno wymówił słowo AIDS – miał duże znaczenie. Pokazanie osób zakażonych HIV jako aktywnych liderów w świadomej walce z epidemią było aktem symbolicznym, stawiającym ludzi żyjących z HIV/AIDS jako w pełni wartościowych członków społeczności ludzkiej.

Dla mnie, jako Polki, spotkanie w Ugandzie miało jeszcze jeden wymiar. Doświadczyłam realnie tego, że mogę wiele dać. Moje osobiste doświadczenia związane ze specyfiką sytuacji osób zakażonych w moim kraju okazały się cenne dla innych. Uświadomiłam sobie również lepszą sytuację osób zakażonych HIV w Polsce wobec tego, co dzieje się w Afryce. Mimo wielu braków i niezaspokojonych potrzeb, póki co, terapia antyretrowirusowa w Polsce jest dostępna i bezpłatna dla osób ubezpieczonych i miejmy nadzieję, że tak zostanie.

Anna Konefal

*terapeuta w Młodzieżowym Ośrodku Rehabilitacyjnym
WTD w Kazuniu-Bielanach*

OGŁOSZENIE

w sprawie konkursu na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia

Dyrektor

Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54, tel. (0 22) 641 15 01, fax (0 22) 641 15 65,
www.kbpn.gov.pl

na podstawie art. 14 ust 2a Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. Nr 24, poz. 198 z 2003 roku) oraz Regulaminu zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 26.02.2004 r (Dz. Urz. MZ Nr 2 z 2004 r).

Zaprasza

zainteresowane podmioty do składania ofert i uczestniczenia w konkursie na program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków zatwierdzany i certyfikowany przez Ministra Zdrowia w zakresie:

- **instruktora terapii uzależnień**
- **specjalisty terapii uzależnień**

W konkursie mogą brać udział podmioty nie będące osobami fizycznymi i nie zaliczane do sektora finansów publicznych, które na mocy postanowień statutowych są uprawnione do prowadzenia szkoleń, a oferowany program spełnia wymagania określone w Regulaminie zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków.

Oferta powinna zawierać:

- a) szczegółowe informacje na temat doświadczenia podmiotu szkolącego w prowadzeniu szkoleń z zakresu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków,
- b) szczegółowe informacje o kwalifikacjach kadry wskazanej do realizacji programu,
- c) szczegółowe informacje na temat zawartości merytorycznej i czasu trwania programu, planowany termin rozpoczęcia i zakończenia szkolenia,
- d) informacje na temat miejsca realizacji programu, bazy lokalowej i warunków technicznych umożliwiających realizację programu,
- e) kryteria i sposób naboru uczestników szkolenia oraz planowaną liczbę uczestników,
- f) opis sposobu weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia, w tym opis zasad i trybu prowadzenia egzaminu,
- g) opis systemu wewnętrznego monitorowania jakości kształcenia,
- h) całkowity koszt programu szkoleniowego wraz z kosztorysem.

Podmiot szkolący będzie zobowiązany do podjęcia współpracy z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie kwalifikacji osób do programu specjalistycznego szkolenia, ustalania terminu rozpoczęcia i zakończenia szkolenia oraz terminów i trybu egzaminów

Oceny ofert dokonuje Rada do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych zgodnie z zasadami i trybem określonym w Regulaminie zatwierdzania i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków dostępnym na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii www.kbpn.gov.pl

Zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia dokona Minister Zdrowia na podstawie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii przygotowanej w oparciu o ocenę programu sporządzoną przez Radę do Spraw Certyfikacji Programów Szkoleniowych.

Oferty prosimy składać w zamkniętych kopertach na formularzach zgodnych ze wzorem dostępnym na stronie internetowej Biura lub w siedzibie Krajowego Biura w godz. 9.00 – 16.00 (od poniedziałku do piątku).

Oferty prosimy kierować na adres:

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
02-776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54 do dnia 14.05.2004 r.
(decyduje data stempla pocztowego)
Oferty złożone po tym terminie nie będą brały udziału w konkursie

**Informacje telefoniczne udzielane są od poniedziałku do piątku pod numerem telefonu:
(0 22) 641 15 01 w godzinach od 10.00 do 14.00**

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii do dnia 30.06.2004 r.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursu.

Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie również prawo do anulowania konkursu bez podania przyczyn.



Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**
tel.: 641-15- 01, fax: 641-15-65
e-mail: 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-Buśko (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 Wereżyńska (specjalista wojewódzki ds. narkomanii, ordynator Oddziału Detoksykacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)

Włodzimierz Ziemia (Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo jest bezpłatne