

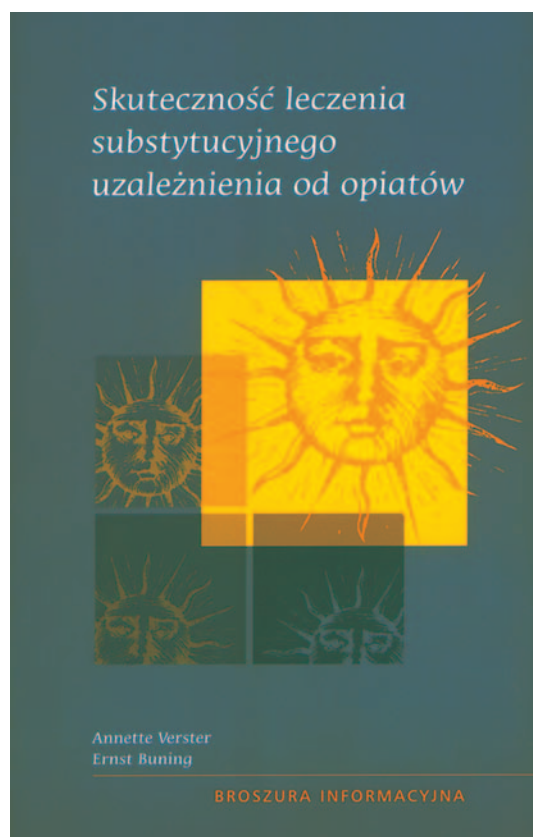


Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 2 (25) 2004

W SPRAWIE LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO



„Leczenie substytucyjne jest stosowaną w uzależnieniu od opiatów formą opieki medycznej wykorzystującą do leczenia podobną lub identyczną substancję o właściwościach i działaniu podobnym do właściwości i działania narkotyku, który spowodował uzależnienie. Taką substancję określa się mianem agonisty. Narkotyk zastępowany jest agonistą w celu osiągnięcia bardziej kontrolowanej formy uzależnienia. Podawanie agonisty zapobiega występowaniu objawów zespołu abstynencyjnego często doświadczanych przez osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych oraz redukuje skutki zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniem. Agonista, podawany w odpowiednich dawkach, redukuje również głód psychiczny opiatów. Przykładem opiatowego agonisty jest metadon”.

„Skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów”
Annette Verster, Ernst Buning

Leczenie substytucyjne w krajach zachodnich jest dosyć rozpowszechnioną formą pomocy osobom uzależnionym od opiatów i sięga połowy lat sześćdziesiątych. W Polsce pierwsze programy metadonowe zostały zapoczątkowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii

w 1992 roku, a w pół roku później uruchomione przez Szpital Nowowiejski w Warszawie i Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS. Były to jednak naukowe i pilotażowo prowadzone programy w oparciu o projekty autorskie, które miały wypromować stosowanie metadonu w Polsce. Podstawy prawne do stosowania metadonu na szerszą skalę dała dopiero Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, która w swoim zapisie uwzględniła leczenie substytucyjne jako jedną z metod leczniczych.

W 1999 roku zostało wydane Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie leczenia substytucyjnego jako akt wykonawczy do art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Założenia do rozporządzenia zostały opracowane dużo wcześniej i w chwili opublikowania przedmiotowego rozporządzenia, zapisy regulujące pozostawały już w rozbieżności do stosowanej praktyki. Długotrwały bowiem brak regulacji prawnej spowodował wypracowanie własnych sposobów rozwiązywania problemów związanych z leczeniem substytucyjnym.

Dotyczy to przede wszystkim postanowienia w sprawie dystrybucji metadonu (wydawanie do domu), które pozostawało w sprzeczności z wypracowaną praktyką leczniczą. Zapis o codziennym przyjmowaniu metadonu w obecności personelu (dotychczasowy § 5 ust. 1) także utrudniał realizację jednego z podstawowych celów leczenia substytucyjnego jakim jest umożliwienie podjęcia ról społecznych (praca, opieka nad dziećmi itp.). Również praktyka w zakresie wypisów pacjentów

z programu za łamanie abstynencji pozostawała w sprzeczności z rozporządzeniem z 1999 r.

Zapewnienie spójności praktyki z prawem wymagało stosownej korekty i tak powstał projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego z 1999 r. likwidując jednocześnie wskazane wyżej sprzeczności (zawarte w dotychczasowych przepisach § 2-3, 5-7 i 9). Dodatkowo należy zasygnalizować, że poprzez zmianę w § 2 ust. 1, pkt 2 obniżając wiek pacjenta kwalifikującego się do podjęcia leczenia substytucyjnego (z 21 do 18 lat) wzrasta dostępność pacjentów do tej formy terapii.

Ponadto w przedkładanym projekcie nowelizacji rozporządzenia wprowadzono także zmiany w części dotyczącej przechowywania i dystrybuowania środka substytucyjnego zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 183, poz. 1531).

(red)

SPIS TREŚCI

**W SPRAWIE LECZENIA
SUBSTYTUCYJNEGO** str. 1

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 13 maja 2004 r. zmieniające rozporządzenie
w sprawie leczenia substytucyjnego** str. 3

**NARKOMANIA W POLSCE W ROKU 2002
DANE LECZNICTWA STACJONARNEGO**
Janusz Sierosławski str. 5

**RAPORT MIĘDZYNARODOWEGO ORGANU
KONTROLI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH
(INCB) ZA 2003 ROK** str. 21

**PERCEPCJA SPOŁECZNA SAMODZIELNYCH
PRÓB PRZEZWYCIĘŻANIA UZALEŻNIENIA**
Wyniki badania jakościowego 2003 r.
Justyna Żulewska-Sak str. 33

**SPRAWOZDANIE Z WIZYTY
STUDYJNEJ WE WŁOSZACH**
Katarzyna Puławska-Popielarz str. 44

**LISTA OSÓB UPRAWNIONYCH
DO PROWADZENIA SUPERWIZJI
KLINICZNEJ** str. 47

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA ¹⁾

z dnia 13 maja 2004 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego

Na podstawie art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2003 Nr 24, poz. 198 i Nr 122, poz. 1143) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. Nr 77, poz. 873) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2:
 - a) w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie „2) ukończyli 18 lat,”,
 - b) ust. 3 otrzymuje brzmienie: „3. Kierownik programu może wyłączyć z leczenia substytucyjnego pacjenta, jeżeli trzykrotne kolejne lub pięciokrotne wykonane w ciągu 6 miesięcy badanie moczu potwierdza przyjmowanie innych niż stosowane w leczeniu środków odurzających lub substancji psychotropowych. Kierownik może wyłączyć również pacjenta, który nie przestrzega innych ważnych wymogów określonych programem.”;
- 2) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3.1. Podstawowymi środkami substytucyjnymi stosowanymi w leczeniu substytucyjnym są metadon i sole metadonu.

2. Kierownik programu może, po zawiadomieniu konsultanta wojewódzkiego i konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, zastosować w leczeniu substytucyjnym inny środek substytucyjny niż wymienione w ust. 1, jeżeli jest to podyktowane względami zdrowotnymi.”;
- 3) § 5 otrzymuje brzmienie:

„§ 5. 1. Środek substytucyjny jest podawany pacjentowi przez lekarza lub pielęgniarkę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności; metadon i sole metadonu podaje się w postaci roztworu.

2. Środek substytucyjny może być przyjmowany przez pacjenta w miejscu jego zamieszkania bez obecności le-

karza lub pielęgniarki w przypadku wystąpienia przemijającej przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, prowadzącego program, zwanego dalej „zakładem”, a w szczególności:

- 1) konieczności pozostania pacjenta w miejscu jego zamieszkania ze wskazań zdrowotnych; w takim przypadku metadon i sole metadonu mogą być wydane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 4 dni,
- 2) zdarzenia losowego lub innego zdarzenia uniemożliwiającego zgłoszenie się pacjenta w celu przyjęcia środka substytucyjnego; w takim przypadku metadon i sole metadonu mogą być wydane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 2 dni,
- 3) innych uzasadnionych przyczyn, jeżeli pacjent spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) uczestniczy w programie co najmniej 6 miesięcy,
 - b) całkowicie zachowuje abstynencję od substancji psychoaktywnych,
 - c) regularnie uczestniczy w przewidzianych programem zajęciach terapeutycznych
 – w takim przypadku metadon i sole metadonu mogą być wydane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 4 dni.
3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, decyzję o wydaniu pacjentowi środka substytucyjnego do osobistego stosowania podejmuje kierownik programu.
4. W przypadku, gdy czas trwania przemijającej przeszkody uniemożliwiającej osobiste przybycie pacjenta do zakładu jest dłuższy niż czas, na który wydany został środek substytucyjny, kierownik programu może podjąć decyzję o przedłużeniu pacjentowi tego czasu, na okres nie przekraczający łącznie 14 dni przyjmowania przez pacjenta środka substytucyjnego bez obecności lekarza lub pielęgniarki.
5. Leczenie substytucyjne osoby hospitalizowanej w zakładzie opieki zdrowotnej jest kontynuowane na podstawie

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833, z 2003 r. Nr 199, poz. 1941 oraz z 2004 r. Nr 106, poz. 1131).

- porozumienia zawartego przez kierownika programu z zakładem opieki zdrowotnej, w którym aktualnie przebywa pacjent.
6. Pacjent przyjmujący środek substytucyjny jest badany, co najmniej raz w miesiącu, na obecność w moczu innych środków odurzających lub substancji psychotropowych niż podawane w ramach leczenia substytucyjnego; odmowa pacjenta poddania się badaniu może stanowić podstawę do wyłączenia pacjenta z leczenia substytucyjnego.
 7. Pacjentowi objętemu leczeniem substytucyjnym zakład wydaje kartę identyfikacyjną leczenia substytucyjnego.
 8. Karta, o której mowa w ust. 7, zawiera:
 - 1) imię i nazwisko, adres pacjenta;
 - 2) nazwę, adres oraz numer telefonu zakładu; oraz
 - 3) informację o udziale w programie leczenia substytucyjnego, uaktualnianą przez zakład raz na trzy miesiące.
 9. Wydanie środka substytucyjnego na własne potrzeby lecznicze osobom wyjeżdżającym za granicę następuje na podstawie przepisów art. 25 ust. 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
- 4) § 7 otrzymuje brzmienie:
- „§ 7. 1. Środek substytucyjny przechowuje się w aptece zakładu.
2. Apteka wydaje środek substytucyjny zgodnie z zapotrzebowaniem, podpisanym przez kierownika programu, w indywidualnych dawkach dziennych umieszczonych w opakowaniach zaopatrzonych w etykiety apteczne.
 3. Środek substytucyjny wydawany jest z apteki osobie upoważnionej przez kierownika programu.
 4. Środek substytucyjny jest wydawany pacjentowi, w indywidualnych dawkach dziennych, na podstawie recepty lub zapotrzebowania podpisanego przez kierownika programu.
 5. Kopia recepty lub zapotrzebowania dziennego pozostaje u kierownika programu.
 6. Wydanie i odbiór środka substytucyjnego powinno być potwierdzone przez wydającego i odbierającego na egzemplarzu zapotrzebowania lub recepty pozostających w aptece.
 7. Ilość środka substytucyjnego wydanego z apteki kierownik apteki lub farmaceuta przez niego upoważniony wpisuje do książki kontroli, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
 8. Transport środka substytucyjnego powinien być zorganizowany w sposób zabezpieczający przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub kradzieżą.
 9. Ilość środka substytucyjnego przechowywanego w zakładzie nie może przekraczać ilości niezbędnej na trzydniowe leczenie pacjentów poddanych leczeniu substytucyjnemu w tym zakładzie.
 10. W zakładzie środek substytucyjny należy przechowywać w pomieszczeniach uniemożliwiających dostęp osobom nieupoważnionym, w zamkniętych metalowych szafkach lub żelaznych kasetach przymocowanych w sposób trwały do ściany lub podłogi pomieszczenia.
 11. Zakład prowadzi dzienną ewidencję rozchodu środka substytucyjnego zawierającą następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko pacjenta objętego leczeniem substytucyjnym,
 - 2) nazwę zastosowanego wobec pacjenta środka substytucyjnego, jego stężenie i dawkę dobową.
 12. Każde wydanie środka substytucyjnego należy na bieżąco zapisywać w ewidencji.
 13. Niewykorzystany środek substytucyjny podlega zwrotowi do apteki w terminie 3 dni, licząc od zaplanowanej daty jego podania lub wydania pacjentowi.
 14. Kierownik apteki lub upoważniony przez niego farmaceuta wspólnie z kierownikiem programu lub wyznaczonym przez niego lekarzem, raz na kwartał, przeprowadzają kontrolę w zakresie prowadzenia prawidłowego przychodu i rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu zapasów.
 15. Dopuszcza się możliwość dozowania środka substytucyjnego przez dozowniki elektroniczne. W takim przypadku apteka rozlicza wydawanie metadonu według listy dziennego rozchodu środka substytucyjnego z uwzględnieniem indywidualnych dawek dziennych.”
- 5) § 9 otrzymuje brzmienie:
- „§ 9. Zakład może prowadzić leczenie substytucyjne, jeżeli spełnia następujące warunki:
- 1) posiada aptekę szpitalną lub zawarł umowę z apteką w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny oraz
 - 2) posiada pomieszczenia odpowiednio przystosowane do:
 - a) wydawania środka substytucyjnego,
 - b) prowadzenia terapii grupowej,
 - c) pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego,
 - d) pobierania próbek moczu oraz jego zbadania na obecność środków substytucyjnych, środków odurzających i substancji psychotropowych,
 - e) przechowywania i przygotowania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych.”
- § 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

NARKOMANIA W POLSCE W ROKU 2002

DANE LECZNICTWA STACJONARNEGO

Jak co roku prezentujemy dane statystyczne stacjonarnego leczenia psychiatrycznego odnoszące się do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń (X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów – rozpoznania nr F11-F16, F18, F19). To sformułowanie, zaczerpnięte z języka diagnostyki medycznej, odpowiada z pewnymi zastrzeżeniami używanemu w naukach społecznych terminowi „narkomania”, rozumianemu jako regularne używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń w sposób powodujący już poważne problemy. Dane statystyczne leczenia obejmują pacjentów placówek psychiatrycznych, w tym leczonych w specjalistycznych placówkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Pozwalają one, z pewnymi zastrzeżeniami, na śledzenie trendów w ilościowym rozwoju zjawiska. Przedmiotem tego komunikatu będzie przedstawienie danych statystycznych leczenia psychiatrycznego w części dotyczącej problemu substancji za 2002 rok na tle danych z lat ubiegłych.

Lecznictwo psychiatryczne stacjonarne i lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Kwestionariusz zawiera zakodowany identyfikator umożliwiający

agregowanie danych na poziomie osób, a nie tylko przypadków. Podstawą drugiego systemu są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni. Dane z leczenia stacjonarnego są zatem dokładniejsze – nie są one obarczone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. W tym opracowaniu skoncentrujemy się na danych leczenia stacjonarnego, bowiem, jak się wydaje, lepiej odzwierciedlają one trendy epidemiologiczne.

Rok 2002 jest szóstym rokiem obowiązywania w Polsce X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD 10), która zastąpiła stosowaną od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych IX Rewizję (ICD 9). Efektem zmiany klasyfikacji było znaczne ograniczenie porównywalności danych w szeregach czasowych. Zarówno ograniczona przekładalność kategoryzacji stosowanych w obu rewizjach, jak trudności związane z procesem wprowadzania zmiany zaburzyły możliwość śledzenia trendów i skłaniają do dużej ostrożności w ich interpretacji. Na problemy wynikające ze zmiany klasyfikacji nałożyły się zakłócenia związane ze strajkami lekarzy, jakie nastąpiły w latach 1997-1998. Często stosowaną wówczas formą protestu była odmowa kompletnego wypełniania kart statystycznych. Stąd w danych za tamte lata znaleźć można luki. Wprawdzie część owych luk udało się później uzupełnić, ale i tak dane z tego okresu są obciążone pewnym błędem.

Zanim przejdziemy do prezentacji danych za 2002 r. przypomnijmy zmiany wprowadzone przez X Rewizję oraz ich konsekwencje dla analiz epidemiologicznych. Wedle klasyfikacji obowiązującej do 1996 r. na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem narkotyków mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne składały się „uzależnienie od leków” (304.0-304.9), nadużywanie leków bez uzależnienia (305.2-305.9) oraz psychozy lekowe (292). Komentarza wymaga termin „uzależnienie od leków”. Termin ten w języku diagnostyki medycznej używany był na określenie nie tylko uzależnienia od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. W tym rozumieniu uzależnienie od leków to nie tylko uzależnienie od leków uspokajających i nasennych czy morfiny, ale również od takich substancji jak opiaty domowego wyrobu (tzw. „kompot”), marihuana, amfetamina czy nawet substancje wziewne – np. kleje. Pod tym względem wprowadzenie X Rewizji niewiele zmieniło, zamiast terminu lek wprowadzono określenie substancja psychoaktywna. Zmiany dotyczą natomiast całego porządku klasyfikacji.

Trzeba przypomnieć, że punktem wyjścia poprzedniej klasyfikacji był rodzaj zaburzenia – nadużywanie, uzależnienie lub psychoza lekowa. W przypadku uzależnienia i nadużywania dopiero następny podział (czwarta cyfra w kodzie) odnosił się do rodzaju środka, w przypadku psychoz rodzaj środka nie był w ogóle określany. W obecnej obowiązującej klasyfikacji zmieniono tę zasadę. Punktem wyjścia jest teraz rodzaj substancji, dopiero następne podziały wskazują na rodzaj zaburzeń. W konsekwencji w obecnej klasyfikacji większy nacisk kładzie się na rodzaj substancji i dane na ten temat są pełniejsze, tzn. obarczo-

ne mniejszą liczbą braków danych, a tym samym chociaż lepsze – to nie do końca porównywalne z poprzednio zbieranymi. Jednocześnie wprowadzono zmiany do klasyfikacji substancji, co dodatkowo utrudnia porównania. Najistotniejszą z perspektywy analiz epidemiologicznych zmianą jest brak w nowej klasyfikacji kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”. W efekcie większość uzależnionych od opiatów łączonych z innymi środkami, a była to zawsze bardzo pokaźna grupa licząca ok. 30-50%, wpada do kategorii „używanie różnych środków”. Uniemożliwia to wyodrębnienie grupy osób uzależnionych od opiatów i śledzenie zmian jej wielkości. Także grupa osób używających samych opiatów jest teraz nieporównywalna z danymi z poprzednich lat. Można się spodziewać, że część lekarzy mając do czynienia z pacjentem biorącym opiaty i inne środki w sytuacji braku kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”, zamiast „uzależnienia mieszanego” wybierze „uzależnienie od opiatów”.

Przystępując do analizy danych warto pamiętać, że leczenie psychiatryczne ambulatoryjne i stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Dane za 2002 r. przedstawione zostaną na tle danych z lat 1997-2001, a także, o ile to możliwe, z lat wcześniejszych. Do oceny trendów epidemiologicznych posłużą tu dwa wskaźniki. Pierwszy to liczba osób przyjętych do leczenia w danym roku obejmująca wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek, niezależnie od tego, czy je w danym roku zakończyły czy też kontynuowały w następnym roku. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem

odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków, nie notowanych wcześniej w lecznictwie, a więc bliższy jest temu, co dzieje się w populacji.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku. W 2002 r. przyjęto do lecznictwa stacjonarnego 11915 osób. Oznacza to wzrost o 13% w stosunku do 2001 r., kiedy to przyjęto 9096 osób. Wzrost między latami 2001 i 2000 był ponad dwukrotnie mniejszy – wynosił tylko 6% (tabela 1). Dane z 2002 r. sugerują powrót do szybkiego tempa wzrostu notowanego w poprzednich latach. Trzeba przypomnieć, że liczba podejmujących leczenie wzrosła między 1999 r. i 2000 r. aż o 26%.

Pamiętając o niepełnej porównywalności danych z lat poprzednich trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego trwającego od początku lat dziewięćdziesiątych (wykres 1 i wykres 2). Wskaźnik przyjętych do lecznictwa stacjonarnego liczony na 100 tys. mieszkańców wzrastał każdego roku.

Nieco inny obraz otrzymujemy, gdy analizujemy przyjęcia pierwszorazowe (tabela 2). W początkach lat dziewięćdziesiątych udział pacjentów pierwszorazowych wśród przyjętych ogółem malał z 45% w 1990 r. do 40% w 1993 r. W latach 1994-1996 odsetek pacjentów

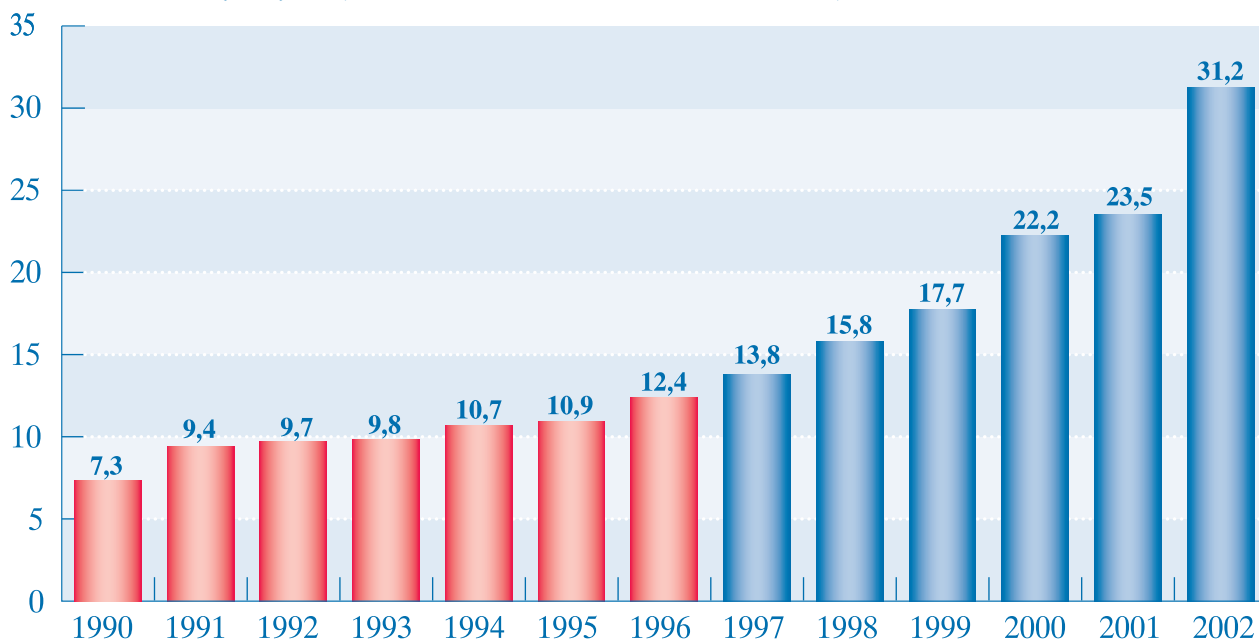
Tabela 1. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

Lata	Liczba osób	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców
1990	2803	7,3
1991	3614	9,4
1992	3710	9,7
1993	3783	9,8
1994	4107	10,7
1995	4223	10,9
1996	4772	12,4
1997	5336	13,8
1998	6100	15,8
1999	6827	17,7
2000	8590	22,2
2001	9096	23,5
2002	11915	31,2

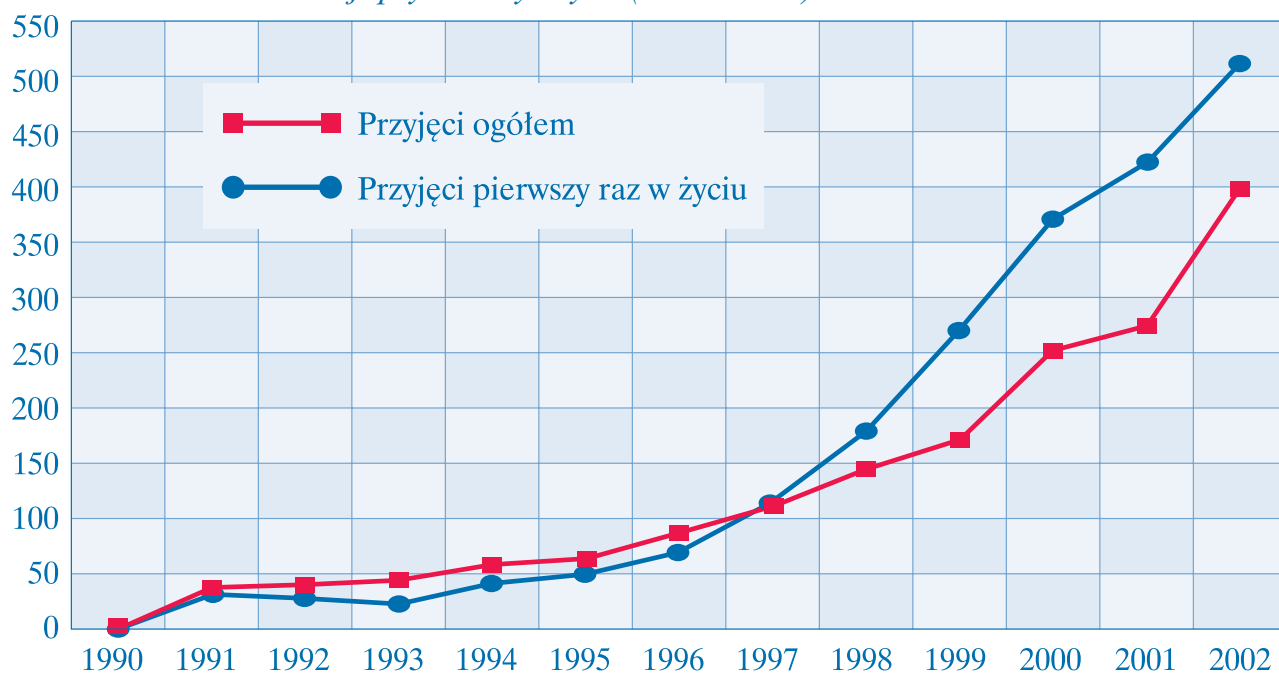
Tabela 2. Przyjęci po raz pierwszy i przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do lecznictwa stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

Pacjenci	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pierwszorazowi	1260	1593	1547	1505	1693	1759	1980	2438	3115	4040	5075	5617	6537
Wszyscy	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100	6827	8590	9096	11915
Odsetek pierwszorazowych	45,0	44,1	41,7	39,8	41,2	41,7	41,5	45,7	51,1	59,2	59,1	61,8	54,9

Wykres 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2002 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców)



Wykres 2. Dynamika wskaźników przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (1990 = 100)



pierwszorazowych utrzymywał się na stałym poziomie 41-42%. Oznacza to, że tempo wzrostu liczby nowych przypadków było takie samo jak tempo wzrostu wszystkich leczonych. Dane za 1997 r. przyniosły wzrost odsetka przyjęć pierwszorazowych do poziomu blisko 46%. W następnych latach także obserwujemy wzrost; w 1998 r. odsetek ten wyniósł 51,1%, a 1999 – 59,2%. W 2000 r. nastąpiło zahamowanie wzrostu odsetka pacjentów pierwszorazowych na poziomie 59,1%. W 2001 r. udział pacjentów leczących się pierwszy raz w życiu znowu wzrósł, zaś w 2002 r. spadł i to poniżej wartości z 1999 r. Spadek odsetka zgłoszeń pierwszorazowych nie oznacza zmniejszenia się ich liczby. Jest on wynikiem wolniejszego wzrostu liczby pacjentów pierwszorazowych niż wzrostu ogólnej liczby zgłaszających się do leczenia.

Warto zauważyć, że już od 1998 r. ponad połowa pacjentów zgłaszających się do lecze-

nia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu, spadek odsetka w 2002 r. nie naruszył tej granicy. Osłabienie tendencji wzrostowej przyjęć pierwszorazowych sygnalizować może mniejszy wzrost rozpowszechnienia problemu w populacji.

Może też wynikać ze zwiększonej dostępności leczenia lub z nasilenia działań represyjnych. Trzeba pamiętać, że pod koniec 2000 r. uchwalono nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzającą karanie za posiadanie każdej ilości narkotyku, także w sytuacji, gdy służy on zaspokojeniu tylko własnych potrzeb.

Dynamikę wskaźników zgłaszalności do stacjonarnego leczenia oraz zgłaszalności pierwszorazowej prześledzić można na wykresie 2. W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1990 r. przyjęto za 100, a dane z kolejnych lat przedstawiono w proporcji do tych danych wyjściowych. W ten sposób przetworzone

Wykres 3. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2002 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg typu substancji

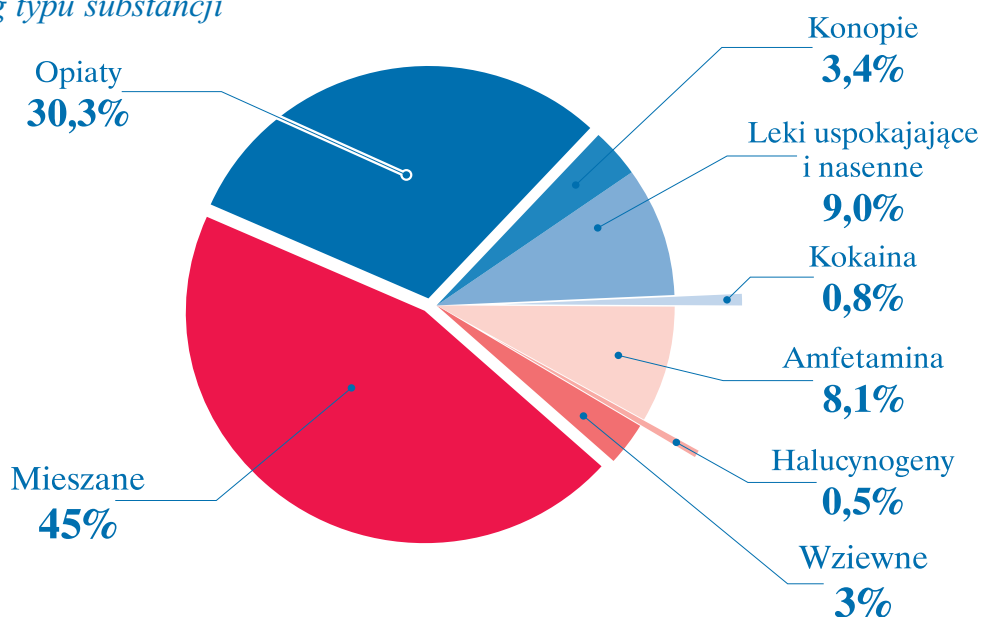


Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Typ nadużywanej substancji	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiaty	2313	43,3	2569	42,3	2652	38,8	3383	39,4	3674	40,4	3609	30,3
Uspokajające i nasenne	449	8,4	509	8,3	573	8,4	769	9,0	724	8,0	1074	9,0
Kokaina	46	0,9	45	0,7	52	0,8	50	0,6	19	0,2	98	0,8
Konopie	70	1,3	110	1,8	164	2,4	246	2,9	269	3,0	409	3,4
Amfetamina	204	3,8	367	6,0	459	6,7	502	5,8	544	6,0	966	8,1
Halucynogeny	70	1,3	75	1,2	91	1,3	62	0,7	61	0,7	62	0,5
Wziewne	535	10,0	564	9,2	455	6,7	449	5,2	340	3,7	397	3,3
Mieszane i nieokreślone	1649	30,9	1861	30,5	2381	34,9	3129	36,4	3465	38,1	5300	44,5
Ogółem	5336	100,0	6100	100,0	6827	100,0	8590	100,0	9096	100,0	11915	100,0

wskaźniki pokazują, jaki procent wielkości z 1990 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych ogółem przez całą dekadę wykazywał tendencję rosnącą, przy czym po 1995 r. wzrost wyraźnie się nasilił. Wskaźnik pacjentów pierwszorazowych po wzroście w 1991 r. przez dwa kolejne lata spadał, by od 1994 r. powrócić do tendencji wzrostowej o wyższej dynamice niż wskaźnik przyjętych ogółem. Warto zauważyć, że od 1996 r. linia obrazująca trend przyjęć pierwszorazowych staje się coraz bardziej stroma, co oznacza przyspieszenie tempa wzrostu. W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile ogólna liczba pacjentów w 2002 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. ponad czterokrotnie, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie ponad pięciokrotnie.

W 2002 r., jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie 3 najliczniejsza pozostaje grupa osób z problemem opiatów (30%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy osób nadużywających leków uspokajają-

cych i nasennych (9%), środków z grupy amfetamin (8%), substancji wziewnych (3%) i przetworów konopi (3%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%. Struktury diagnoz wg typu środka unaoczniają słabość aktualnej klasyfikacji chorób. Około jednej trzeciej osób znajduje się w kategorii „mieszane” i „nieokreślone”. O środkach używanych przez tę grupę pacjentów praktycznie nic nie możemy powiedzieć poza tym, że w przypadku każdego pacjenta jest ich więcej niż jeden. Porównanie struktury rozpoznań w latach 1997 - 2002 (tabela 3) pokazuje pewne zmiany. W latach 1997-1999 były one niewielkie, ograniczały się właściwie do wzrostu odsetka osób nadużywających środków z grupy amfetamin z 3,8% w 1997 r. do 6,7% w 1999 r. W 2000 r. odnotować trzeba spadek odsetka pacjentów z tej grupy do poziomu 5,8% i praktycznie stabilizację w 2001 r. na poziomie 6,0%. W latach 1997-2001 notuje się niewielki spadek odsetka osób z problemem opiatów z 43 do 40%. W 2002 r. odsetek ten zmniejszył się

radycznie, bo do poziomu 30%. Przez cały okres w miarę systematycznie spada odsetek osób nadużywających substancji wziewnych. Wzrastały natomiast odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych – od 31% w 1997 r. do 45% w 2002 r.

Porównanie danych z lat 1997-2001 z wcześniejszymi napotyka wspomniane już bariery porównywalności. W latach dziewięćdziesiątych do 1996 r. wśród osób leczonych stacjonarnie, podobnie jak w latach ubiegłej dekady, dominowali pacjenci uzależnieni od opiatów produkowanych domowym sposobem. Dla niektórych z nich opiaty były jedynym używanym środkiem, pozostali obok opiatów przyjmowali również inne środki, głównie leki uspokajające i nasenne, a w latach dziewięćdziesiątych coraz częściej amfetaminę. Opiaty były jednak zwykle podstawowym środkiem wyznaczającym charakter uzależnienia. Pacjenci z obu grup stanowili w 1996 r. ponad 70% leczonych. Zmiany w klasyfikacji nie pozwalają obecnie na identyfikację wszystkich osób nadużywających opiatów. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych na wykresie 4, w 2001 r. zidentyfikować możemy następujące tendencje na tle trendów z ostatnich ośmiu lat:

- Zahamowanie trendu spadkowego liczby osób nadużywających substancji wziewnych. Trend wzrostowy został zapoczątkowany w 1994 r., w latach 1995-1997 tempo wzrostu było szczególnie szybkie, w 1998 r. trochę osłabło. W 1999 r. rozpoczął się spadek, który uległ przyspieszeniu w 2001 r. W 2002 r. liczba leczonych trochę wzrosła.
- Przyspieszenie trendu wzrostowego liczby osób nadużywających leków uspokajają-

cych i nasennych, zapoczątkowanego w 1997 r. Wcześniej, w latach 1991-1996 przeważała lekka tendencja spadkowa. W 1997 r. nastąpił skokowy wzrost wskaźnika, skala wzrostu w latach 1998 i 1999 była nieco mniejsza. W 2000 r. nastąpiło ponowne przyspieszenie wzrostu, a w 2001 r. – lekki spadek. W 2002 r. liczba leczonych wzrosła bardziej niż w 2000 r.

- Kontynuacja zapoczątkowanego w 1992 r. wzrostu liczby osób nadużywających środków z grupy amfetamin. Od 1997 r. tempo wzrostu było większe niż w latach poprzednich, w 2000 r. nastąpiło lekkie osłabienie tempa wzrostu. W 2002 r. skala wzrostu była znacznie większa niż w latach poprzednich.
- Nasilenie trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi. Trend ten został zapoczątkowany w 1993 r. i przyspieszył w 1997 r. W 2000 r. notujemy dalsze przyspieszenie skali wzrostu, zaś w 2001 r. jego osłabienie. Nadal liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie, jest znacznie ponad dwukrotnie mniejsza niż liczba leczonych użytkowników amfetaminy.
- Wzrost liczby osób nadużywających kokainy po stabilizacji notowanej w latach poprzednich. Do 1996 r. spotykano w lecznictwie stacjonarnym tylko pojedyncze osoby nadużywające tego środka, w 1997 r. ich liczba skokowo wzrosła. Od 1998 r. notowano stabilizację.

Struktura płci osób przyjętych do leczenia stacjonarnego od wielu lat była względnie stała. W latach 1997-2000 obserwujemy bardzo słaby trend wzrostowy odsetka mężczyzn i co się z tym wiąże – spadek odsetka kobiet. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 4, kobiety stanowiły w 2000 r. ok. 22% pacjentów leczonych stacjonarnie, podczas gdy jeszcze w 1997 r. – 26%.

Wykres 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2002 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych - wybrane typy środków (liczby pacjentów)

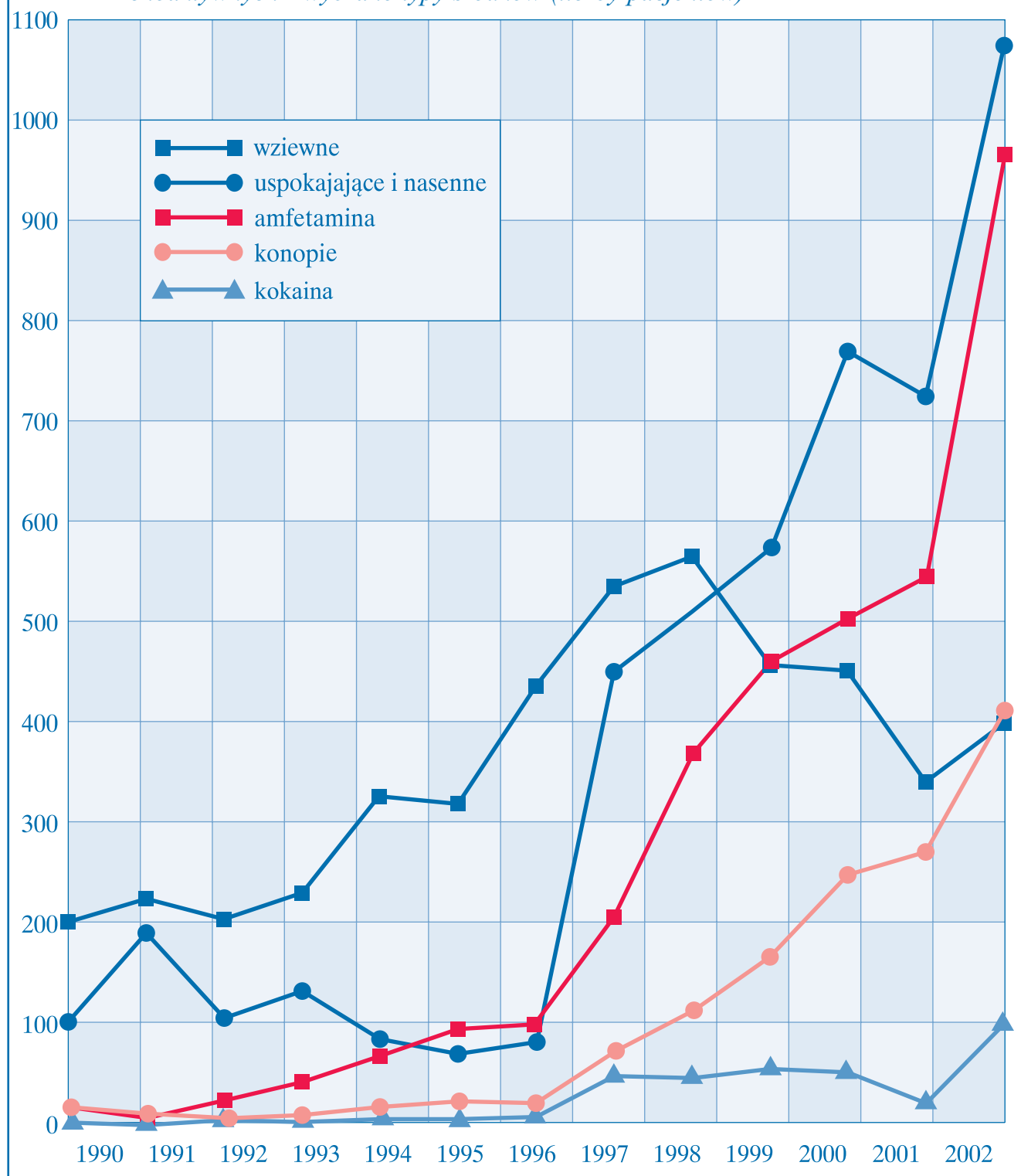


Tabela 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

Płeć	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mężczyźni	3936	73,8	4519	74,1	5209	76,3	6702	78,0	7006	77,0	8633	76,8
Kobiety	1400	26,2	1581	25,9	1618	23,7	1888	22,0	2090	23,0	2608	23,2

W latach 2000-2002 odnotować trzeba ustabilizowanie się odsetka kobiet na poziomie 22-23%.

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku (tabela 5, wykres 5). W latach 1997-2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16-24 lat i spadał odsetek z grupy wiekowej 25-34 lat. Jeszcze w 1997 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lat kształtował się na poziomie 40%, w 2001 r. wynosił już 57%. Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych, tj. powyżej 45 roku życia były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3-4%, te drugie – 7-8%. W 2002 r. nastąpiła zmiana opi-

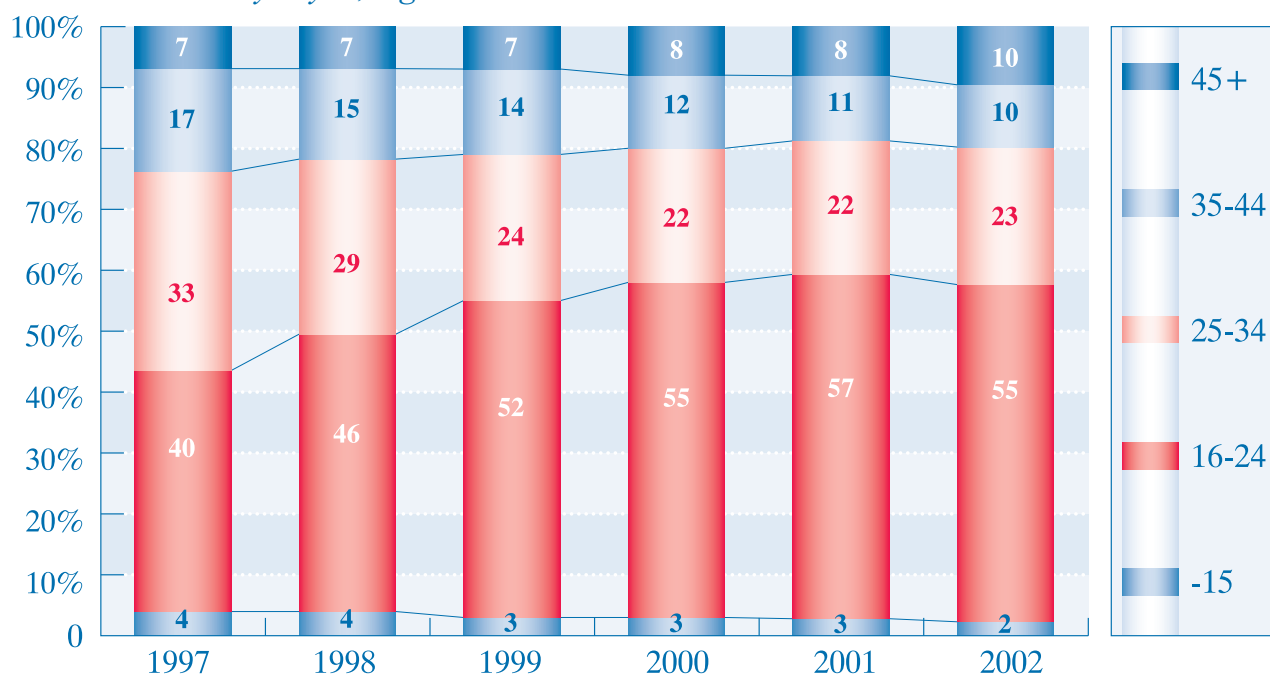
sanej wyżej tendencji. Odsetek pacjentów w wieku 16-24 spadł do 55%, czyli do poziomu z 2000 r. Jednocześnie wzrosły trochę odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44 roku życia) oraz osób z grupy wiekowej 25-34 lat.

Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych można było traktować jako sygnał narastania fali zjawiska. Zahamowanie tej tendencji może sugerować początek stabilizacji rozmiarów zjawiska. Stały, stosunkowo niewielki odsetek osób poniżej 15 roku życia nie potwierdza potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci.

Tabela 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku

Struktura wieku	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
- 15	190	3,6	221	3,6	190	3,6	248	2,9	252	2,8	275	2,3
16-19	811	15,2	1130	18,6	811	15,2	2081	24,2	2266	24,9	2824	23,7
20-24	1303	24,5	1649	27,1	1303	24,5	2620	30,5	2873	31,6	3758	31,6
25-29	969	18,2	1026	16,9	969	18,2	1230	14,3	1345	14,8	1835	15,4
30-34	789	14,8	733	12,1	789	14,8	681	7,9	647	7,1	851	7,2
35-39	536	10,1	522	8,6	536	10,1	572	6,7	524	5,8	628	5,3
40-44	367	6,9	374	6,1	367	6,9	472	5,5	448	4,9	585	4,9
45 +	357	6,7	427	7,0	357	6,7	680	7,9	738	8,1	1137	9,6
Razem	5322	100,0	6082	100,0	5322	100,0	8584	100,0	9093	100,0	275	2,3

Wykres 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg wieku



Podobnie jak w latach ubiegłych, w 2002 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 6 i na wykresie 6, odnotować trzeba znaczną rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (lubuskie – 76,6) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (małopolskie – 7,9). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie miejsca ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze względu na brak rejonizacji. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: dolnośląskie (50,4), mazowieckie (54,4), warmińsko-mazurskie (42,5) i zachodniopomorskie (41,4). Wszystkie one z wyjątkiem mazowieckiego poło-

żone są w zachodniej bądź północnej części kraju. W pozostałych województwach wskaźniki są niższe niż wskaźnik ogólnopolski. W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane są województwa mazowieckie (2786 osób) i dolnośląskie (1465 osób), co wynika nie tylko z nasilenia zjawiska, ale także z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców.

Dane zawarte w przedostatniej kolumnie tabeli 6 i na wykresie 7 pozwalają na ocenę skali zmian wskaźników w poszczególnych województwach między 2000 r. i 2001 r. Wzrost wskaźnika ogólnopolskiego nie oznacza, że we wszystkich województwach przybyło narkomanów. Sytuacja pod tym względem jest silnie zróżnicowana. Wzrost nastąpił w większości, bo w 10 województwach, przy czym w niektórych był on większy od średniej ogólnokrajowej. Z największym wzrostem mamy do czynienia w województwach

wielkopolskim (54%), podkarpackim (45%), lubelskim (44%) i śląskim (38%). W żadnym z województw nie nastąpił spadek wskaźnika.

Warto zauważyć, że we wszystkich pięciu województwach, w których nastąpił wzrost silniejszy niż średnio w kraju, w 2001 r. wskaźniki były niższe niż średnia krajowa. Trzeba zatem zauważyć, że mamy do czynienia z tendencją polegającą na wyrównywaniu się poziomów rozpowszechnienia.

Okazji do prześledzenia zmian długoterminowych dostarczają dane zawarte w ostatniej kolumnie tabeli 6 i na wykresie 8. Obrazują one poziom wzrostu we wskaźnikach policzonych dla poszczególnych województw między 1990 i 2002 rokiem. Dane za 1990 r. zostały przeliczone na układ nowego podziału administracyjnego kraju obowiązujący od 1999 r. Zabieg taki pozwala śledzić sytuację epidemiologiczną na terenach, które weszły

w skład nowych województw. Dzięki temu możemy dostarczyć władzom wojewódzkim danych do lepszego rozumienia i przewidywania rozwoju sytuacji na ich terenie. Porównanie zmian w ostatnich jedenastu latach w poszczególnych województwach wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 425%, z jednej strony spotykamy województwo gdzie wzrost był ponad siedmiokrotny (mazowieckie – 726%), z drugiej strony województwo, gdzie liczba pacjentów ledwie się podwoiła (podlaskie – 236%). Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o znikomym obecnie nasileniu zjawiska, ale nie jest to reguła bez wyjątków. Przykładem odstępstwa od niej może być województwo łódzkie, gdzie wskaźnik wzrósł silniej niż średnio w kraju, a jednak nadal utrzymuje się na stosunkowo niskim

Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2002 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)

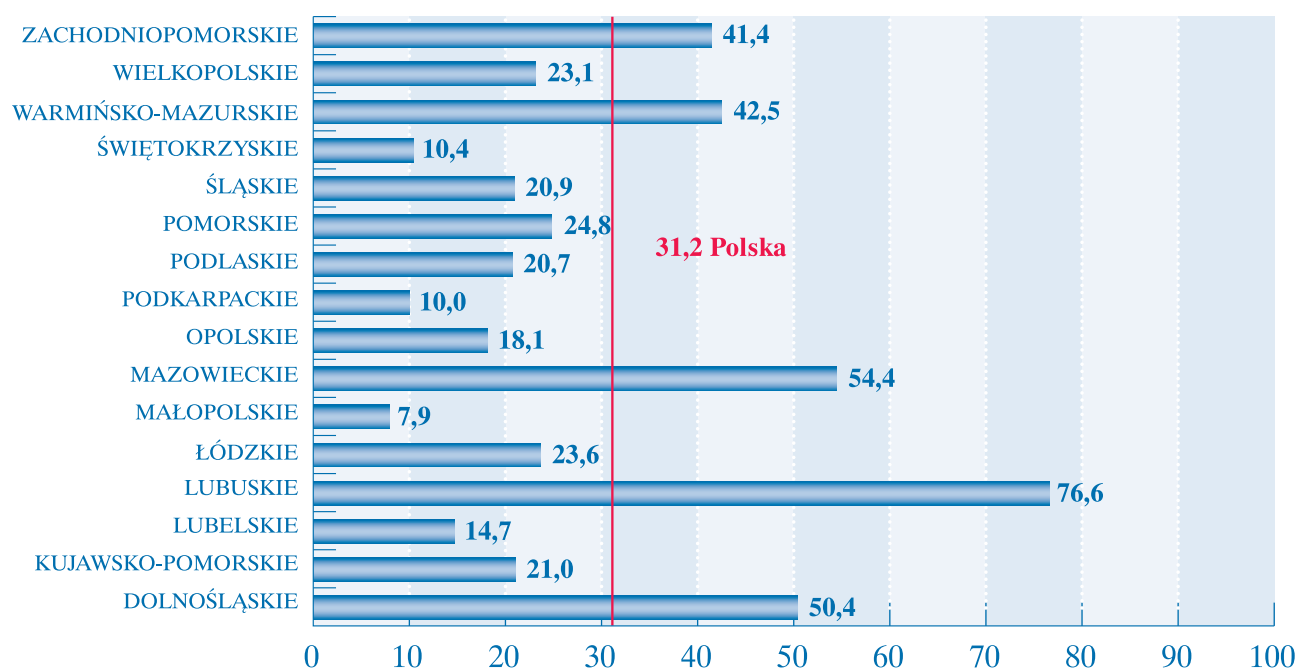


Tabela 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2002 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczba osób 2002	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców 2002	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców 2001	Wskaźnik zmiany 2001 = 100	Wskaźnik zmiany 1990 = 100
POLSKA	11915	31,2	23,5	133	425
Dolnośląskie	1465	50,4	45,0	112	272
Kujawsko-Pomorskie	435	21,0	14,7	143	313
Lubelskie	324	14,7	10,2	144	338
Lubuskie	773	76,6	75,2	102	573
Łódzkie	616	23,6	18,0	131	545
Małopolskie	256	7,9	5,9	134	312
Mazowieckie	2786	54,4	44,0	124	726
Opolskie	193	18,1	15,2	119	238
Podkarpackie	210	10,0	6,9	145	276
Podlaskie	250	20,7	15,6	133	236
Pomorskie	540	24,8	18,9	131	283
Śląskie	991	20,9	15,1	138	254
Świętokrzyskie	135	10,4	9,0	116	276
Warmińsko-Mazurskie	607	42,5	38,9	109	542
Wielkopolskie	776	23,1	15,0	154	571
Zachodniopomorskie	703	41,4	34,0	122	482
Braki danych i obcokrajowcy	855				

poziomie – niższym niż średni ogólnopolski. Z drugiej strony, w województwie dolnośląskim mamy do czynienia ze wskaźnikiem znacznie przekraczającym średnią dla kraju, a wzrost wskaźnika w ostatnich 11 latach był niższy, niż w całej Polsce. Przykłady te pokazują, że o poziomie zagrożenia epidemiologicznego decyduje nie tylko rozwój sytuacji w obecnej dekadzie, ale także to, co działo się w latach wcześniejszych.

Zróżnicowaniu terytorialnemu podlega nie tylko wskaźnik przyjętych do leczenia, ale także

wskaźnik przyjęć pierwszorazowych, a także wskaźniki struktury demograficznej przyjmowanych do leczenia. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 7 i zobrazowanych na wykresie 9, najwyższymi wskaźnikami przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców charakteryzują się województwa: lubuskie (44,6), mazowieckie (32,8), dolnośląskie (26,4), zachodniopomorskie (24,3) oraz warmińsko-mazurskie (21,6), czyli województwa gdzie także wskaźniki przyjętych ogółem były najwyższe. Wpraw-

dzie rozkład wskaźników przyjęć pierwszorazowych nie odbiega zasadniczo od rozkładu przyjętych ogółem, to jednak jak przekonują dane z drugiej kolumny *tabeli 7*, odsetki pacjentów pierwszorazowych wśród wszystkich przyjętych nie są w poszczególnych województwach jednakowe. Najwyższy odsetek pojawia się w województwie kujawsko-pomorskim (69,5%), a najniższy w województwach warmińsko-mazurskim (53,6%) i lubelskim (53,7%). We wszystkich województwach odsetek pacjentów pierwszorazowych przekracza 50%.

Znacznemu zróżnicowaniu podlega też dynamika przyjęć pierwszorazowych między 2000 i 2001 r. zaprezentowana w ostatniej kolumnie *tabeli 7*. Najsilniej wzrosła liczba pacjentów pierwszorazowych w województwie kujawsko-

pomorskim – o 57%. W sumie wskaźnik ten uległ zwiększeniu w piętnastu województwach. Tylko w jednym województwie nastąpił spadek, tj. w województwie warmińsko-mazurskim.

Dane z *tabeli 8* obrazują zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet oraz odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia. Odsetki kobiet wahają się od 18% w województwie lubelskim do 40% w województwie świętokrzyskim. W porównaniu z latami 2000-2001 w różnych województwach obserwujemy różne tendencje.

Największa frakcja niepełnoletnich występuje w województwach kujawsko-pomorskim i opolskim (21%), a najmniejsza w lubelskim (8%). W poszczególnych województwach obserwujemy zróżnicowane tendencje. Konsekwent-

Wykres 7. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2002 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 2000 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)

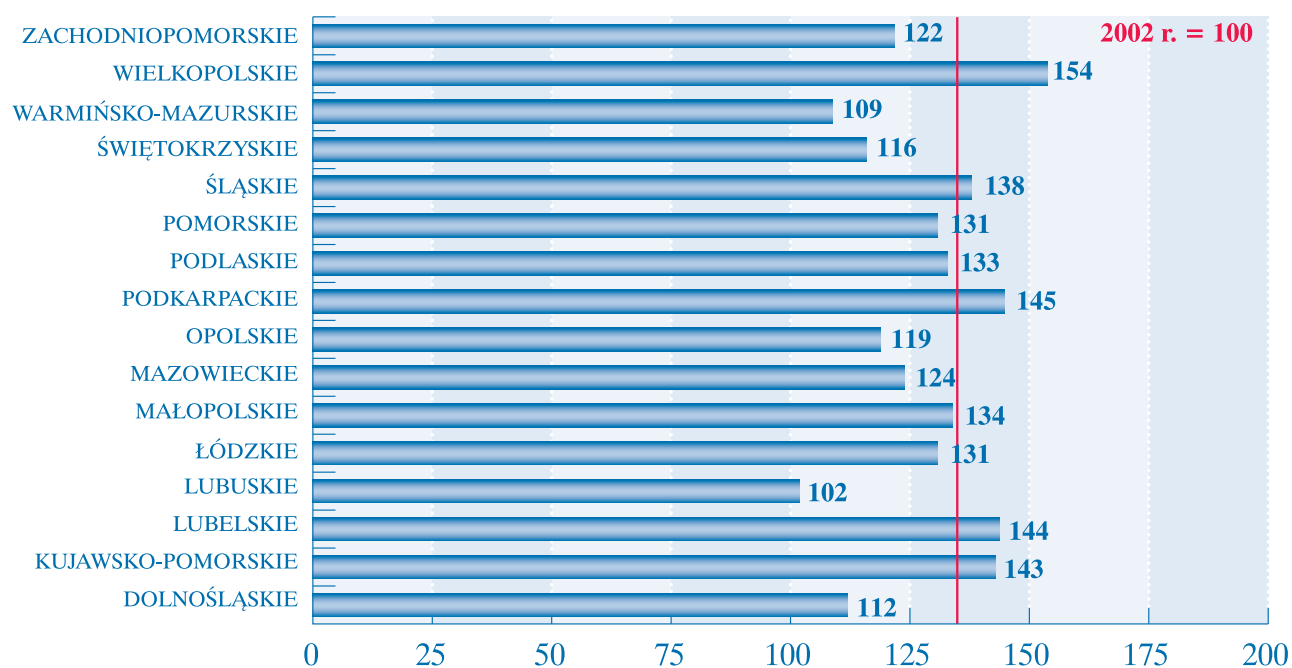


Tabela 7. Przyjęci po raz pierwszy w życiu do leczenia stacjonarnego w 2002 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczba pacjentów pierwszorazowych	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów	Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców	Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2001 = 100
POLSKA	6537	54,9	17,1	118
Dolnośląskie	767	54,1	26,4	114
Kujawsko-Pomorskie	298	69,5	14,4	157
Lubelskie	168	53,7	7,6	136
Lubuskie	450	58,4	44,6	92
Łódzkie	408	66,6	15,6	130
Małopolskie	138	56,3	4,3	141
Mazowieckie	1681	63,7	32,8	103
Opolskie	116	63,4	10,9	120
Podkarpackie	110	54,5	5,2	153
Podlaskie	147	60,5	12,2	141
Pomorskie	312	59,0	14,3	121
Śląskie	574	59,9	12,1	136
Świętokrzyskie	77	61,6	5,9	121
Warmińsko-Mazurskie	308	53,6	21,6	91
Wielkopolskie	492	66,0	14,7	151
Zachodniopomorskie	412	63,7	24,3	122
Braki danych i obcokrajowcy	79			

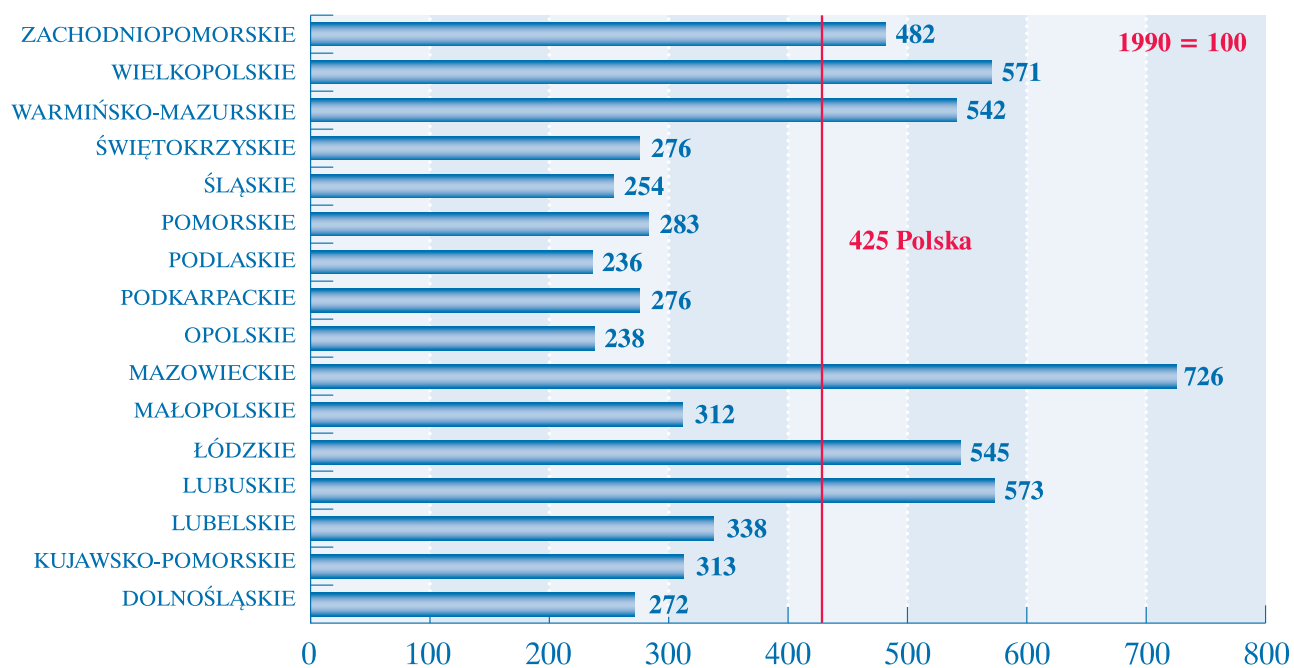
ny trend spadkowy występuje w województwie łódzkim. Tendencja spadkowa nastąpiła także na poziomie całego kraju z 13,9 do 11,0%. Największy stały wzrost odsetka niepełnoletnich odnotować trzeba w województwie świętokrzyskim.

Podsumowując prezentacje danych za 2002 r. na tle danych z lat wcześniejszych trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego zjawiska, i to o większej dynamice.

W obrazie zjawiska coraz większego znaczenia nabierają takie środki jak amfetamina i przetwory konopi. Równoległe do zwiększania się rozmiarów problemu narkotyków rozumianych jako substancje nielegalne narasta problem leków uspokajających i nasennych.

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary szczególnie zwiększonego rozpowszechnienia – zachodnią część kraju,

Wykres 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2002 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 1990 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (1990=100)



Wykres 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2002 r. po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)

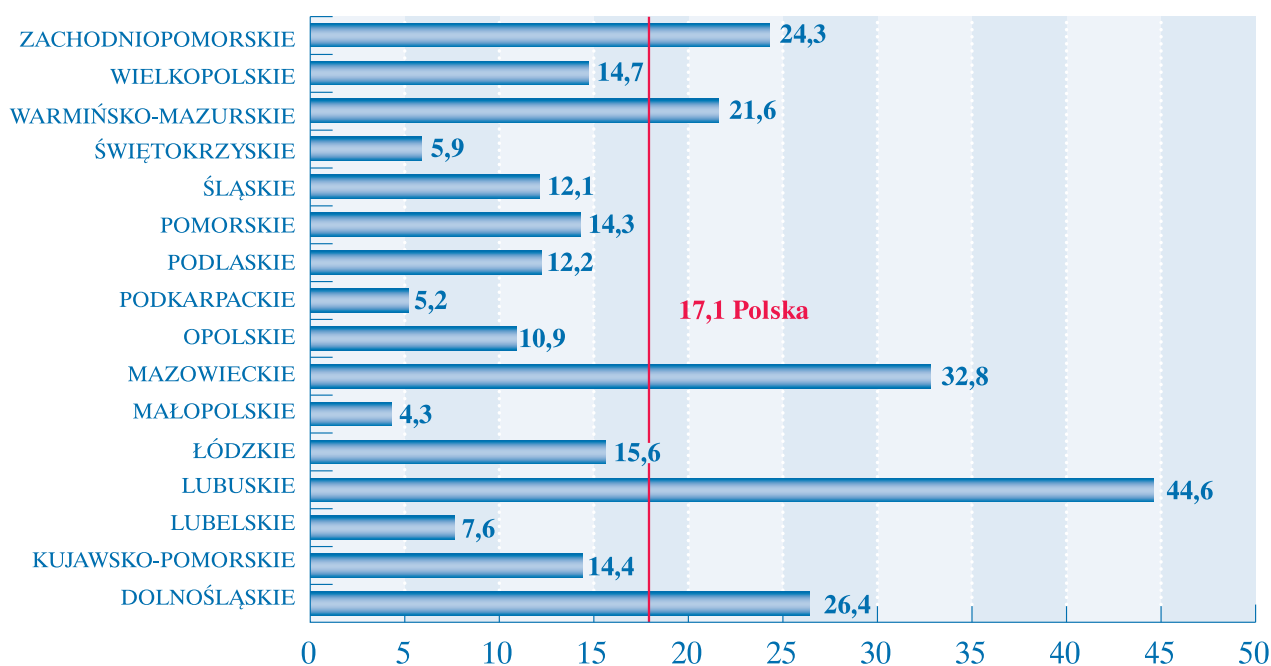


Tabela 8. Odsetki kobiet oraz osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Odsetek kobiet			Odsetek osób w wieku do 18 lat		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
POLSKA	22,0	23,0	23,2	13,9	12,8	11,0
Dolnośląskie	19,7	17,8	19,7	8,7	8,6	8,5
Kujawsko-Pomorskie	21,2	24,9	23,4	14,8	14,9	21,4
Lubelskie	15,2	19,3	17,6	12,9	9,6	7,7
Lubuskie	16,3	18,4	18,6	14,7	14,2	8,0
Łódzkie	25,0	26,1	30,7	17,7	14,3	10,3
Małopolskie	26,6	31,1	28,1	5,3	10,0	8,6
Mazowieckie	17,4	17,9	20,2	17,5	13,3	10,7
Opolskie	22,1	24,8	19,7	24,0	19,4	21,2
Podkarpackie	29,5	30,1	23,8	7,0	4,8	10,5
Podlaskie	20,4	20,5	19,6	18,8	14,2	17,6
Pomorskie	31,7	32,0	28,3	16,3	11,1	10,9
Śląskie	24,7	27,4	25,6	11,0	15,0	10,4
Świętokrzyskie	35,2	51,3	40,0	5,7	10,1	14,8
Warmińsko-Mazurskie	22,2	24,5	22,9	18,4	18,7	15,2
Wielkopolskie	29,4	31,8	33,0	6,1	13,3	10,8
Zachodniopomorskie	28,5	28,7	24,9	15,7	13,9	11,5

województwo warmińsko-mazurskie i województwo mazowieckie. Na wyjątkową uwagę zasługuje województwo lubuskie, gdzie notuje się zdecydowanie najwyższe wskaźniki przyjętych ogółem i przyjętych pierwszy raz w życiu. Przedmiotem szczególnej uwagi powinny stać się też województwa świętokrzyskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie i lubelskie, gdzie notuje się najsilniejszy wzrost wskaźników w czasie ostatniego roku. Na terenach tych zintensyfikowania wyma-

gają programy pomocy – leczenie i redukcja szkód.

Dane z 2002 r., podobnie jak dane z lat 1997-2001, należy interpretować z dużą ostrożnością jako fragment trendu długoterminowego, ze względu na zmianę klasyfikacji chorób i przyczyn zgonów.

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa

RAPORT MIĘDZYNARODOWEGO ORGANU KONTROLI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH (INCB)

ROLA MIĘDZYNARODOWEGO ORGANU KONTROLI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH (INCB)

Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (*International Narcotics Control Board - INCB*) jest niezależną, quasi-sądowniczą instytucją, która monitoruje wdrażanie uchwalonych przez Narody Zjednoczone międzynarodowych konwencji antynarkotykowych. INCB został powołany do życia w 1968 roku zgodnie z postanowieniami Jednolitej Konwencji o środkach odurzających, która obowiązuje od 1961 roku. INCB jest sukcesorem organów działających na mocy dawnych konwencji antynarkotykowych, przyjętych jeszcze przez Ligę Narodów.

Skład INCB

INCB jest organem, który nie podlega ani rządowi, ani Narodom Zjednoczonym. Członkowie INCB, którzy są wybierani przez Radę Gospodarczą i Społeczną NZ (ECOSOC), pełnią swe funkcje jako osoby fizyczne, a nie jako przedstawiciele państw. Trzech członków musi mieć doświadczenie w dziedzinie medycyny, farmakologii lub farmaceutyki. Tych członków wybiera się z listy ekspertów wytypowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Pozostałych dziesięciu członków jest wybieranych z listy ekspertów nominowanych przez rządy państw członkowskich NZ.

INCB współpracuje z Biurem Narodów Zjednoczonych do Spraw Narkotyków i Przestępczości, a także z wieloma innymi międzynarodowymi organami, które zajmują się kontrolą środków odurzających, w tym z Komisją Środków Odurzających, Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Międzynarodową Organizacją Policji Kryminalnej (INTERPOL) oraz Światową Organizacją Celną (*World Customs Organization*).

Funkcje

Funkcje INCB zostały określone w następujących dokumentach: Jednolitej Konwencji o środkach odurzających z 1961 roku wraz z poprawkami zawartymi w Protokole z 1972 roku, Konwencji o substancjach psychotropowych z 1971 roku oraz Konwencji Narodów Zjednoczonych przeciwko nielegalnemu handlowi środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 roku.

Mówiąc ogólnie, INCB:

- bada, czy rządy stosują się do międzynarodowych porozumień antynarkotykowych i – w razie potrzeby – zaleca udzielenie poszczególnym rządowi technicznego lub finansowego wsparcia.
- współpracuje z rządami, aby zapewnić odpowiednią podaż narkotyków używanych do celów medycznych i naukowych, a także by zapobiec przedostawaniu się narkotyków pochodzących z legalnych źródeł do nielegalnych kanałów dystrybucji;
- identyfikuje słabości krajowych i międzynarodowych systemów kontroli;

- bada substancje chemiczne używane w celu nielegalnej produkcji środków odurzających, aby ocenić, czy należy je poddać międzynarodowej kontroli;
- administruje systemem kwalifikacji środków odurzających oraz dobrowolnego testowania substancji psychotropowych i monitoruje legalne działania za pośrednictwem międzynarodowego systemu raportowania przewidzianego w międzynarodowych konwencjach;
- monitoruje i wspiera kroki, które podejmują rządy, aby zapobiec wykorzystywaniu substancji chemicznych do nielegalnej produkcji środków odurzających.
- w przypadku ewidentnych naruszeń konwencji INCB domaga się od rządów wyjaśnień i proponuje im środki zaradcze.

INCB może również zgłosić przypadki naruszeń konwencji Komisji Środków Odurzających oraz Radzie Gospodarczej i Społecznej.

Raporty

Międzynarodowe konwencje antynarkotykowe zobowiązują INCB do składania rocznych raportów ze swej działalności. Roczny raport zawiera analizę aktualnej sytuacji w dziedzinie kontroli narkotyków na świecie, zwraca uwagę na luki i wady w dziedzinie kontroli i przestrzegania konwencji na poziomie krajowym i przedstawia zalecenia dotyczące poprawy sytuacji zarówno w skali krajowej, jak i międzynarodowej. Raporty opierają się na informacjach przekazywanych INCB przez rządy i międzynarodowe organy. Uzupełnieniem rocznych raportów są szczegółowe raporty techniczne na temat środków odurzających, substancji psychotropowych i chemikaliów (prekursorów), które mogą służyć do nielegalnej produkcji takich środków.

PRZEGLĄD SYTUACJI W POSZCZEGÓLNYCH REGIONACH ŚWIATA

Afryka

Na kontynencie afrykańskim najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem są nadal konopie indyjskie, które zajmują pierwsze miejsce zarówno pod względem powierzchni upraw, jak i spożycia oraz sprzedaży. Jednym z wiodących producentów konopi na świecie pozostaje Maroko, z którego pochodzi 60-70% żywicy z konopi skonfiskowanej w Europie.

Daje o sobie znać, zwłaszcza w niektórych regionach Sudanu, alarmujący nowy trend, który polega na rezygnacji z upraw roślin spożywczych na rzecz upraw konopi indyjskich, co powoduje niedobór żywności na wspomnianych obszarach.

W południowej, wschodniej i zachodniej części Afryki problemem pozostaje wysoki poziom nielegalnego spożycia stymulantów z grupy amfetamin (Amphetamine-Type Stimulants – ATS). Wzrasta spożycie metaqualonu (mandrax) w krajach położonych we wschodnich i południowych regionach kontynentu, zwłaszcza w Republice Południowej Afryki.

Wzrasta nielegalne spożycie opiatów i kokainy w państwach położonych na szlaku przemytu narkotyków, głównie w Angoli, Nigerii, Republice Południowej Afryki i wśród ludności większych miast innych krajów.

Mak lekarski jest uprawiany nadal na niewielką skalę – i w coraz mniejszych ilościach – wyłącznie na półwyspie Synaj w Egipcie.

Informacje pochodzące z krajów targanych wewnętrznymi konfliktami, zwłaszcza z Republiki Środkowej Afryki, Wybrzeża Kości Słoniowej i Liberii, wskazują, że broń i amunicja, jakimi posługują się rebelianci i grupy przestępcze

cze, mogły być zakupione częściowo z pieniędzy pochodzących z nielegalnego handlu narkotykami.

Ameryka Północna i Ameryka Łacińska

Przy wydatnej pomocy Stanów Zjednoczonych – zwłaszcza w kwestii ekstradycji – meksykańskie organy ścigania zwiększyły skalę działań wymierzonych przeciwko narkotykowym gangom, co doprowadziło do zatrzymania wielu najgroźniejszych handlarzy narkotyków w tym kraju.

INCB pragnie podkreślić, że zgoda rządu Kanady (wydana w czerwcu 2003 roku) na otwarcie pomieszczenia do dożylnego zażywania narkotyków (pierwszej takiej placówki w Ameryce Północnej) jest niezgodna z postanowieniami międzynarodowych traktatów antynarkotykowych, które zostały ratyfikowane przez to państwo.

Wysokojakościowa heroina, którą przemycą się do Stanów Zjednoczonych, może być wdychana, nie tylko wstrzykiwana, co sprawia, że cieszy się ona coraz większym popytem wśród przedstawicieli amerykańskiej klasy średniej.

W Stanach Zjednoczonych utrzymuje się zjawisko nadużywania leków na receptę. Sytuację pogarsza nielegalna sprzedaż środków odurzających i substancji psychotropowych przez internetowe apteki, działające na terenie i poza terenem tego państwa. Pomędzy 1995 a 2002 rokiem o 163% wzrosła w tym kraju liczba przypadków nagłej pomocy lekarskiej związanej z przedawkowaniem odurzających leków przeciwbólowych.

W Ameryce Środkowej i regionie Morza Karaibskiego, a zwłaszcza na mniejszych wyspach tego regionu, handel narkotykami i towarzysząca mu przestępczość nadal stanowią potencjalne zagrożenie dla politycznego, społecznego i gospodarczego rozwoju.

Handel narkotykami przyczynia się do wzrostu skali narkomanii w Ameryce Środkowej i na Karaibach. Jednocześnie państwa tego regionu poszerzają narodowe strategie kontroli narkotyków o nowe inicjatywy z zakresu ograniczenia popytu i przeznaczają na ten cel więcej środków budżetowych.

W Ameryce Środkowej i regionie Morza Karaibskiego obserwuje się wzrost spożycia kokainy. Jednocześnie obniża się wiek, w którym tamtejsza młodzież po raz pierwszy sięga po narkotyki.

Rosnące zaniepokojenie politycznymi konsekwencjami narkomanii i handlu narkotykami skłania wiele państw Ameryki Południowej do przeznaczania coraz większej części swych ograniczonych zasobów na działania służące zmniejszeniu podaży narkotyków. Powyższe działania obejmują niszczenie nielegalnych upraw, zakaz handlu narkotykami i wprowadzanie przepisów przeciwdziałających praniu pieniędzy.

Jeśli chodzi o uprawy krzewów koki, dane pochodzące z Boliwii, Kolumbii i Peru wskazują, że w ostatnich latach zmalał łączny areał upraw tej rośliny w tych krajach. To, czy powyższa tendencja utrzyma się, zależy w dużej mierze od stworzenia alternatywnych źródeł dochodu dla tamtejszej ludności.

Sukces osiągnięty dzięki ograniczeniu zasiewów koki w Kolumbii może spowodować przeniesienie nielegalnych upraw tej rośliny nie tylko do krajów o długiej tradycji upraw koki, takich jak Boliwia czy Peru, ale również do innych państw, takich jak Ekwador czy Wenezuela.

Azja

W wyniku uporczywych wysiłków rządów Myanmar i Laotańskiej Republiki Ludowo-Demokratycznej (LRLD) – kurczy się powierzchnia upraw maku lekarskiego w tych krajach.

W Myanmar, które to państwo jest drugim po Afganistanie, największym światowym producentem nielegalnego opium, uprawy tej rośliny zmalały od 1996 roku o prawie 2/3, podczas gdy w LRLD zmniejszyły się od rekordowego 1998 roku o około 55%.

Kraje wschodniej i południowo-wschodniej Azji zdecydowanie przodują pod względem ilości skonfiskowanej metaamfetaminy (ponad 2/3 ilości globalnej). Nielegalna produkcja metaamfetaminy odbywa się głównie w Chinach i Myanmar, ale od niedawna również na Filipinach, gdzie w 2003 roku skonfiskowano znaczne ilości prekursora – efedryny. Nielegalne spożycie metaamfetaminy ma największy zasięg w Japonii, Korei Południowej i Tajlandii.

W Chinach, w tym w Specjalnym Regionie Administracyjnym Chin – Hong Kongu, nadal najpopularniejszym narkotykiem jest heroina, co ma ogromny wpływ na rozprzestrzenianie się HIV/AIDS.

Pomimo zbrojnej interwencji i politycznych zmian w Afganistanie oraz walki z terroryzmem, rośnie tam powierzchnia upraw i handel opiatami, co może zdestabilizować sytuację polityczną w tym regionie. W 2003 roku nastąpił dalszy wzrost areału upraw maku lekarskiego w Afganistanie. Uprawy roślin wykorzystywanych do produkcji narkotyków wznowiono również w Pakistanie, głównie na terenach, na których uprawa maku lekarskiego nie była dotąd tradycją.

Trwa zakrojony na dużą skalę przemysł opiatów z Afganistanu do innych krajów zachodniej Azji. Lwia część tego przemysłu trafia później do Europy. Nadal wykorzystuje się w tym celu tak zwany szlak bałkański (biegnący przez Islamską Republikę Iranu, Turcję i kraje bałkańskie) oraz – w coraz większym stopniu – nowsze, alternatywne szlaki przecinające Azję Środkową i Federację Rosyjską. W 2003 roku organy ścigania

w Pakistanie, Turcji i kilku krajach WNP skonfiskowały więcej opiatów niż rok wcześniej.

INCB wyraża ubolewanie, że Turkmenia nie uczestniczyła w kilku regionalnych antynarkotykowych inicjatywach i ponagla rząd tego kraju, by przyłączył się do wysiłków międzynarodowej wspólnoty na rzecz walki z narkotykami.

INCB zauważa z niepokojem, że w ostatnich latach pojawiło się wiele doniesień wskazujących na coraz wyraźniejsze związki pomiędzy handlem narkotykami, zorganizowaną przestępczością i terroryzmem. Rządy państw Azji Południowej przypuszczają, że handel narkotykami jest jednym z głównych źródeł finansowania dla grup terrorystycznych.

W środkowej i zachodniej części kontynentu najpopularniejszymi narkotykami pozostają konopie indyjskie i opiaty. Dodatkowo coraz bardziej dostępne stają się na tym terenie stymulanty ATS, zwłaszcza „ecstasy”.

INCB jest zaniepokojona ewentualnym wzrostem przemysłu narkotyków, którego krajem docelowym lub tranzytowym jest Irak. Nie istnieją jednak na razie żadne doniesienia, które potwierdzałyby wagę tego problemu.

Europa

Powszechnym zjawiskiem w Europie Zachodniej jest dwuznaczny stosunek do narkomanii. Kampanie antynarkotykowe apelują do młodych ludzi o powstrzymanie się od nadużywania narkotyków. Jednak władze państwowe nie podejmują praktycznych kroków przeciwko działaniom zachęcającym do używania narkotyków, a zdarza się, że taki styl życia jest promowany w środkach masowego przekazu i innych kanałach komunikacji społecznej.

INCB jest zaniepokojona faktem, że dalszy wzrost powierzchni upraw i nielegalnego spo-

życia konopi indyjskich w Europie, w połączeniu ze złagodzeniem systemów kontroli, może niweczyć niezbędne wysiłki na rzecz eliminowania nielegalnych upraw i zwalczania handlu narkotykami na kontynencie europejskim i w innych częściach świata.

Pod względem wielkości rynku kokainy Europa nadal ustępuje tylko Ameryce Północnej, a wolumen sprzedaży tego narkotyku na kontynencie europejskim – wydaje się – rośnie.

W efekcie dwóch lat rekordowych zbiorów maku lekarskiego w Afganistanie można oczekiwać dalszego wzrostu przemytu heroiny wzdłuż szlaku bałkańskiego i poprzez kraje wschodnioeuropejskie. Taka tendencja może doprowadzić do odwrócenia spadkowego trendu w zakresie spożycia heroiny w krajach Europy Zachodniej.

W państwach bałtyckich (Estonia, Łotwa i Litwa), a także w Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie, utrzymuje się alarmujące tempo rozprzestrzeniania się wirusa HIV wśród osób zażywających narkotyki dożylnie.

Europa Zachodnia zachowuje wiodącą pozycję w dziedzinie nielegalnej produkcji stymulantów z grupy ATS. Podczas gdy azjatyccy i latinoamerykańscy producenci tych środków zaopatrują głównie lokalne czarne rynki, stymulanty produkowane w Europie Zachodniej i przemycane głównie z Holandii trafiają do odbiorców na całym świecie.

Oceania

Australia i Nowa Zelandia pozostają jednymi z głównych punktów docelowych dostaw heroiny i stymulantów ATS z południowo-wschodniej Azji. W obu państwach zaostrzono środki prawne i działania służące wykrywaniu i przeciwdziałaniu potajemnej produkcji stymu-

lantów ATS i przechwytywaniu składów tych środków i ich prekursorów.

Australijskie organy ścigania wciąż odkrywają nowe, zakrojone na dużą skalę hydroponiczne uprawy konopi indyjskich. Znaczne powierzchnie upraw tej rośliny istnieją także na Fidżi i w Papui Nowej Gwinei. Wprawdzie nielegalne spożycie konopi maleje, ale nadal jego poziom jest wysoki. Konopie są nadal najpopularniejszym narkotykiem w Nowej Zelandii i Australii, gdzie są przyczyną 72% wszystkich przestępstw związanych z nadużywaniem narkotyków.

Udane operacje australijskich organów ścigania doprowadziły w ostatnich latach do drastycznego ograniczenia dostaw heroiny na tamtejszy czarny rynek. Odwrotna sytuacja dotyczy kokainy i stymulantów ATS, których spożycie wykazuje tendencję zwyżkową. Są one nadal szeroko dostępne, mimo że w zeszłym roku służby graniczne skonfiskowały rekordowe ilości tych środków.

Zarówno w Australii, jak i Nowej Zelandii wzrosła nielegalna produkcja, dystrybucja i nielegalne spożycie stymulantów ATS. Nowe, niedrogie substancje psychotropowe stały się w Australii popularnymi środkami zażywanymi podczas spotkań towarzyskich.

INCB APELUJE, BY W WALCE Z HANDELEM NARKOTYKAMI ORAZ ZWIĄZANĄ Z NIM PRZESTĘPCZOŚCIĄ I PRZEMOCĄ STOSOWAĆ DZIAŁANIA INTERWENCYJNE OPARTE NA LOKALNYCH SPOŁECZNOŚCIACH

Organ ścigania muszą działać z większym wyczuciem i doceniać znaczenie współpracy ze strony lokalnych społeczności.

Głównym tematem pierwszego rozdziału dorocznego raportu Międzynarodowego Orga-

nu Kontroli Środków Odurzających (INCB), który opublikowano 3 marca 2004 roku w Wiedniu, jest wpływ narkomanii na przestępczość i przemoc na poziomie społeczności.

Nie tracąc z pola widzenia skutków działalności transnarodowych, zorganizowanych grup handlu narkotykami w sferze polityki i bezpieczeństwa w skali makro, INCB ponagla rządy, by zwróciły szczególną uwagę także na problemy w skali mikro, czyli narkomanię i związaną z nią przestępczość na poziomie społeczności. Zubożenie społecznego kapitału, bezpieczeństwa i struktur wsparcia to – obok przemocy i jej bezpośrednich konsekwencji – tylko niektóre z lokalnych skutków narkomanii, jakie uwypuklono w tegorocznym raporcie INCB. Ignorowanie tych kwestii i koncentrowanie uwagi wyłącznie na handlu narkotykami w skali makro naraża społeczeństwa na długookresowe obniżenie poziomu bezpieczeństwa i warunków egzystencji.

„Ciągłe zmaganie się lokalnych społeczności z przestępczością, jaka towarzyszy narkomanii, zagraża samym podstawom życia społecznego. Społeczności dotknięte wyjątkowo wysoką liczbą nacechowanych przemocą i związanych z narkomanią przestępstw borykają się również z wysokim poziomem innych przestępczych zachowań i towarzyszącymi im problemami w funkcjonowaniu społeczeństwa obywatelskiego”, stwierdza INCB.

Wprawdzie INCB wyjaśnia, że większość czynów karalnych, jakie wiążą się z narkomanią to pozbawione przemocy, drobne przestępstwa, ale jednocześnie podkreśla, że nielegalne środki odurzające, przestępczość i przemoc wyrządzają ogromne szkody wśród lokalnych społeczności, czyli w mikrospołecznej skali. Związek pomiędzy przemocą a nadużywaniem narkotyków ma bardzo złożony charakter, a jego ocena musi uwzględniać szereg różnych czynników.

Przytaczając konkretne dane na temat skali przestępczości, jaka towarzyszy narkomanii na świecie, raport omawia sytuację w Brazylii, gdzie przemoc związana z tym problemem stanowi wyjątkowo groźne zjawisko, które rzutuje negatywnie na życie tamtejszych, lokalnych społeczności. Zabójstwa, których tłem jest narkomania i handel narkotykami, stanowią wysoki odsetek ogólnej liczby 30 tysięcy zabójstw, jakie notuje się rocznie w tym kraju. Ważną rolę na tym nielegalnym rynku odgrywają dzieci ulicy. Jako kurierzy gangów handlarzy narkotyków często padają one ofiarą zabójstw, ponieważ za dużo wiedzą, za dużo kradną lub dostają się w wymianę ognia pomiędzy gangami a dilerami.

Z przeprowadzonych przez Bank Światowy badań nad przestępczością i przemocą wśród młodzieży wynika, że w Ameryce Łacińskiej i na Karaibach młodzieżowe gangi narkotykowe odznaczają się wyższym stopniem przemocy niż podobne gangi zajmujące się inną przestępczą działalnością.

Wprawdzie przestępczość związana z narkotykami powoduje dotkliwsze skutki w krajach odczuwających deficyt odpowiednich zasobów, ale nawet w państwach rozwiniętych skala tego problemu jest znacząca. Na przykład według danych z końca lat dziewięćdziesiątych, u 69% aresztantów z pięciu rewirów policyjnych Wielkiej Brytanii testy wykryły w chwili zatrzymania przynajmniej jeden nielegalny środek odurzający. Wśród zatrzymanych, którzy byli podejrzani o napaść, odsetek takich osób wyniósł 61%.

Zdaniem autorów Raportu, widoczny związek pomiędzy narkomanią a przemocą i przestępczością przejawia się w tym, że niektóre osoby uzależnione uciekają się do przemocy, by sfinansować swój nałóg lub w wyniku psychofarmakologicznego oddziaływania pewnych nielegalnych środków odurzających. Jednak opierając się

na przeprowadzonych pod odpowiednim nadzorem laboratoryjnych eksperymentach – INCB zaznacza, że sugestie dotyczące bezpośredniego, przyczynowo-skutkowego związku pomiędzy przemocą i zażywaniem narkotyków są bardzo trudne od udowodnienia i wprowadzają w błąd. Związek tego rodzaju musi być rozpatrywany w kontekście czynników kulturowych i społecznych, które mają wpływ na zachowania jednostek.

Poza tym INCB stara się zwrócić uwagę rządów na te osoby uzależnione, które padają ofiarą przemocy i przestępstw zarówno ze strony środowisk przestępczych, jak i – w niektórych przypadkach – organów ścigania. Wiele przeprowadzonych badań dowiodło, że narkotykowy nałóg zwiększa ryzyko stania się ofiarą. Osoby uzależnione są również narażone na sytuacje, w których przemoc i użycie broni, jakie towarzyszą handlowi narkotykami, traktuje się jako normę. Kobiety zaś, które nadużywają narkotyków, padają wyjątkowo często ofiarą napaści seksualnej.

INCB wzywa rządy, by – w celu skutecznego eliminowania przemocy towarzyszącej narkomanii – wdrożyły kompleksowe programy ograniczenia popytu na narkotyki i poświęciły szczególną uwagę działaniom prewencyjnym połączonym z szeroką gamą społecznych, ekonomicznych i policyjnych rozwiązań. Rządy i międzynarodowa wspólnota muszą uznać palący charakter tego problemu, a kluczowe znaczenie w ich działaniach będą miały interwencje na poziomie podstawowym, w tym oparte na lokalnych społecznościach programy zapobiegania narkomanii i działania porządkowo-kontrolne w ramach społeczności.

„Tylko wprowadzenie kompleksowego programu ograniczenia popytu pozwoli nam dostrzec rzeczywisty postęp w rozwiązywaniu licznych problemów, jakie sprowadzają na lo-

kalne społeczności nielegalne środki odurzające”, stwierdza INCB.

INCB zauważa także, że te działania lokalnych władz i organów ścigania, które nie biorą pod uwagę specyfiki lokalnych warunków, mogą prowadzić do przedsięwzięcia nieodpowiednich środków, mających szkodliwy wpływ na pogorszenie długookresowej sytuacji w zakresie przestępczości. „Często mówi i pisze się o tym, że postawa lokalnych władz wobec problemów związanych z przestępczością i przemocą, jakie towarzyszą narkomanii, polega na zaprzeczaniu faktom, przesadnej reakcji i niewłaściwym rozpoznaniu problemu”.

INCB apeluje również o to, by poświęcić szczególną uwagę młodocianym (jako jednostkom lub członkom gangów), ponieważ często uczestniczą oni w powiązanych z narkotykami aktach przemocy – jako ich sprawcy lub jako ich ofiary.

Przytaczając przykłady opartych na lokalnych społecznościach działań interwencyjnych, dzięki którym udało się ograniczyć działalność młodzieżowych gangów, INCB wzywa do stosowania działań prewencyjnych. Autorzy raportu opowiadają się za użyciem takich środków zapobiegawczych, jak działania interwencyjne na poziomie szkoły podstawowej oraz właściwie ukierunkowane interwencje policji, skoncentrowane na konkretnych problemach i szkoleniach dla personelu placówek oświatowych, pracowników sądów karnych, rodziców, mieszkańców i osób pracujących z młodzieżą.

Obszerny zbiór zaleceń, który – zdaniem INCB – pomoże lokalnym społecznościom opłacać problem, obejmuje: stworzenie lokalnego środowiska, które nie będzie sprzyjać dilerom i drobnym handlarzom narkotyków; wspieranie lokalnych działań ukierunkowanych na tworzenie miejsc pracy i zapewnianie legalnych źródeł dochodu; wspieranie programów edukacyjnych,

adresowanych do zmarginalizowanych grup społecznych; zintegrowane i ukierunkowane działania interwencyjne w grupach ryzyka; wymiana informacji pomiędzy różnymi agencjami; oparte na lokalnych społecznościach działania interwencyjne z zakresu sprawiedliwości wyrównawczej (restorative justice), podejmowane przez osoby reprezentujące pełny przekrój danej społeczności, oraz działania interwencyjne uwzględniające kwestie płci, młodego wieku i przynależności do mniejszości. INCB zauważa również, że wszelkie programy muszą mieć długookresowy charakter, by mogły przynieść pożądany efekt.

INCB PRZESTRZEGA PRZED STOSOWANIEM ŚRODKÓW Z ZAKRESU „REDUKCJI SZKÓD” W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

W rocznym sprawozdaniu ze swej działalności Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających „wzywa rządy, które zamierzają uwzględnić środki służące redukcji szkód w swoich strategiach ograniczania popytu na narkotyki, by uważnie przeanalizowały oddziaływanie tych środków na wszystkich płaszczyznach. Choć ich działanie może niekiedy wywierać pozytywny wpływ na jednostkę i lokalną społeczność, mają one jednocześnie daleko idące negatywne konsekwencje na szczeblu krajowym i międzynarodowym”.

INCB, który ma swą siedzibę w Wiedniu, monitoruje wdrażanie międzynarodowych traktatów dotyczących kontroli leków. Raport za 2003 rok nie jest pierwszym takim dokumentem, w którym INCB przedstawia swoje stanowisko wobec różnych środków z zakresu „redukcji szkód”, czyli działań podejmowanych z zamiarem ograniczenia negatywnych skutków nadużywania narkotyków. Już w raporcie za 1993 rok INCB uznał „zna-

czenie pewnych aspektów redukcji szkód jako trzeciorzędnych środków profilaktycznych do wykorzystania w ramach programów ograniczenia popytu na narkotyki”. Z kolei w raporcie za 2000 rok INCB ponownie stwierdził, że „programy redukcji szkód mogą odegrać pewną rolę w kompleksowej strategii ograniczenia popytu”, choć jednocześnie zwrócił uwagę na fakt, że „programy redukcji szkód nie mogą zastępować programów ograniczenia popytu”.

W najnowszym rocznym raporcie INCB jeszcze raz przytacza swoje stwierdzenia i zalecenia dotyczące następujących środków związanych z „redukcją szkód”:

- **Programy wymiany i dystrybucji igieł i strzykawek**

„Aby ograniczyć rozprzestrzenianie się HIV/AIDS, rządy muszą przyjąć środki, które mogą przeciwdziałać zjawisku dzielenia się igłami przez osoby zażywające narkotyki przy użyciu strzykawek. Jednocześnie INCB pragnie podkreślić, że jakiegokolwiek działania profilaktyczne nie powinny promować i (lub) ułatwiać nadużywania środków odurzających”.

- **Terapia zastępcza lub podtrzymująca**

Stosowanie terapii zastępczej lub podtrzymującej „nie stanowi naruszenia jakichkolwiek postanowień traktatu pod warunkiem, że stosowanie substancji używanych w takich terapiach będzie zgodne z uznaną, rozsądną praktyką medyczną w danym kraju”.

- **Pomieszczenia do iniekcji narkotyków (placówki umożliwiające dożylnie zażywanie narkotyków nabytych w nielegalny sposób)**

„INCB wielokrotnie dawała do zrozumienia – między innymi w swoich ostatnich rocznych raportach – że działalność tych placówek pozostaje źródłem jej głębokiego niepokoju. INCB jeszcze raz stwierdza, że są one pogwał-

cenieniem postanowień międzynarodowych konwencji antynarkotykowych”.

„INCB ponownie oświadcza, że artykuł 4 Konwencji z 1961 roku zobowiązuje państwa do zapewnienia, że produkcja, wyrób, import, eksport, dystrybucja, handel, zażywanie i posiadanie leków mają służyć wyłącznie celom medycznym lub naukowym. W związku z tym, z prawnego punktu widzenia, działalność takich placówek narusza międzynarodowe konwencje antynarkotykowe”.

- **Programy testowania narkotyków (placówki, w których na prośbę osób nadużywających narkotyków testuje się je po to, by stwierdzić, czy nie są one zanieczyszczone lub podrobione)**

„INCB jest zaniepokojony faktem, że takie praktyki niosły ze sobą niewłaściwe przesłanie na temat ryzyka, jakie grozi osobom nadużywającym narkotyków i zapewniały takim osobom fałszywe poczucie bezpieczeństwa, tym samym przecząc wysiłkom na polu zapobiegania narkomanii, do jakich zobowiązują rządy międzynarodowe konwencje antynarkotykowe”.

WYKORZYSTANIE PODSTAWOWYCH ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH W LECZENIU BÓLU JEST DALEKIE OD POTRZEB, ZWŁASZCZA W PAŃSTWACH ROZWIJAJĄCYCH SIĘ

Doroczny raport Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających alarmuje, że w wielu krajach świata podaż podstawowych środków odurzających używanych do celów medycznych jest niewystarczająca.

Podczas gdy w wielu krajach brakuje środków odurzających, rosną globalne zapasy su-

rowców używanych do produkcji niektórych opioidów* dla celów medycznych. Taki stan rzeczy wskazuje, że w razie wzrostu światowego zapotrzebowania, wyprodukowanie dodatkowych ilości środków odurzających nie byłoby żadnym problemem.

W wielu krajach na świecie podaż i spożycie niektórych podstawowych środków odurzających (zwłaszcza opioidów), które stosuje się w leczeniu bólu (między innymi, w opiece paliatywnej), są nadal wyjątkowo niskie. Prawie 90% globalnego spożycia morfiny przypada na dziesięć państw świata. Biorąc pod uwagę liczbę ludności, około 80% mieszkańców krajów rozwijających się spożywa zaledwie 6% morfiny, jaka znajduje się w globalnej dystrybucji. Wprawdzie dwie ostatnie dekady były okresem stałego wzrostu spożycia morfiny w skali globalnej, ale powyższy trend dotyczył w dużej mierze wyłącznie państw rozwiniętych. W ten sposób dystans pomiędzy krajami rozwiniętymi a krajami rozwijającymi się stał się jeszcze większy. Morfina, jako jeden ze środków znieczulających w przypadku dotkliwego bólu, znajduje się na Modelowej liście podstawowych leków sporządzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Podobna sytuacja jest w przypadku niektórych innych opioidów, takich jak fentanyl, hydromorfon i oksykodon, które mają zastosowanie w wynalezionych w ostatnich latach nowych formach leczenia (przezskórne plastry, tabletki o kontrolowanym uwalnianiu). Spożycie tych leków ogranicza się prawie wyłącznie do krajów uprzemysłowionych, głównie z uwagi na wysokie koszty nowych preparatów. W 2002 roku na same Stany Zjednoczone przypadało 54% globalnego spożycia fentanylu, 51% globalnego spożycia hydromorfonu i 88 % globalnego spożycia oksykodonu.

* Do opioidów zaliczają się, między innymi, morfina, kodeina, hydromorfon, hydrokodon i oksykodon.

Według prognoz WHO, do 2015 roku na kraje rozwijające się będzie przypadać 2/3 z około 15 milionów nowych przypadków raka, jakie wystąpią rocznie na świecie. Około 70-80% chorych na raka cierpi w ostatnich stadiach choroby na dotkliwie – ostre lub przewlekłe – bóle. Opioidy, a zwłaszcza morfina, są nieodzowne w leczeniu dotkliwych bóli związanych z nowotworami ze względu na skuteczne działanie analgetyczne i stosunkowo niską cenę.

Najwyższy poziom spożycia legalnych środków odurzających per capita notuje się w Stanach Zjednoczonych. Jest on dwa, trzy razy wyższy niż w wielu krajach Europy Zachodniej. Szczególnie niska podaż podstawowych środków odurzających używanych do celów medycznych istnieje w Afryce. W ośmiu krajach afrykańskich, w których spożywa się najwięcej środków odurzających (Algieria, Mauritius, Maroko, Namibia, Senegal, Republika Południowej Afryki, Zambia i Zimbabwe), poziom spożycia na jednego mieszkańca stanowi zaledwie 2% poziomu, jaki notuje się w Stanach Zjednoczonych i niespełna 7% poziomu, jaki istnieje w Europie Zachodniej. W większości państw Afryki konsumpcja tych środków jest jeszcze niższa. W 32 krajach afrykańskich prawie w ogóle nie używa się środków odurzających do celów leczniczych. Jest to szczególnie niepokojąca sytuacja, gdyż niektóre z tych środków mają podstawowe znaczenie w leczeniu chorych na HIV/AIDS.

Niewystarczająca podaż środków odurzających używanych do celów leczniczych to problem, który występuje także w wielu państwach Azji. Państwa o najniższym poziomie spożycia tych środków to Bhutan, Indonezja, Laotańska Republika Ludowo-Demokratyczna, Myanmar i Tadżykistan. Stosunkowo niskie spożycie notuje się nawet w niektórych zamożnych państwach tego

kontynentu, jak Japonia, Korea Południowa, Singapur i państwa Półwyspu Arabskiego.

Bardzo mało środków odurzających stosuje się również w systemie medycznym niektórych państw europejskich, zwłaszcza w regionie Europy Wschodniej. W 10 najwyższej notowanych państwach wschodnioeuropejskich poziom spożycia na jednego mieszkańca nie przekracza 30% poziomu, jaki notują państwa Europy Zachodniej.

Zgodnie z postanowieniami Konwencji o środkach odurzających z 1961 roku nadrzędnym celem, jaki towarzyszył utworzeniu międzynarodowego systemu kontroli leków było stworzenie gwarancji skutecznego zaspokojenia światowych medycznych potrzeb w zakresie leków w celu zapewnienia jak najlepszej pomocy lekarskiej, obejmującej między innymi środki przeciwbólne.

Mimo to w wielu państwach na całym świecie dostęp do podstawowych środków odurzających jest nadal wręcz minimalny, co sprawia, że leczenie bólu i innych chorób jest tam wysoce nieskuteczne.

W ocenie INCB, niską podaż niektórych rodzajów leków można przypisać trzem różnym czynnikom. Po pierwsze, niepotrzebne zaostrezenie reguł i przepisów utrudnia ludności niektórych krajów odpowiedni dostęp do pewnych reglamentowanych leków. Po drugie, w wielu krajach racjonalne stosowanie reglamentowanych leków napotyka na opór lekarzy i pacjentów. Po trzecie, z powodu braku środków finansowych i medycznego personelu pacjenci leczeni są niewłaściwymi metodami, polegającymi między innymi na niestosowaniu środków odurzających.

Bieżąca globalna produkcja jest wystarczająco wysoka, by zaspokoić znaczący wzrost popytu na środki odurzające ze strony ludności całego świata. INCB zachęca kraje producenckie, by – we współpracy z przemysłem farmaceutycznym – poszukały rozwiązań, dzięki którym kraje

o skromnych zasobach finansowych i niskim poziomie spożycia będzie stać na stosowanie w większym zakresie środków odurzających (zwłaszcza opioidów) używanych w leczeniu bólu.

Ponadto w celu zwiększenia racjonalnego stosowania środków odurzających w krajach rozwijających się INCB zachęca kraje producentki, by we współpracy z WHO zaoferowały krajom rozwijającym się pomoc w dziedzinie przeszkolenia odpowiednich organów i środowiska medycznego w zakresie opracowania lub udoskonalenia krajowej polityki leczenia bólu. INCB wzywa również rządy państw rozwijających się, zwłaszcza państw afrykańskich, w których spożycie środków odurzających w celu leczenia bólu jest na wyjątkowo niskim poziomie, by w ścisłej współpracy z WHO znalazły sposoby bardziej skutecznego radzenia sobie z tym problemem.

INCB docenia wysiłki międzynarodowej wspólnoty w zakresie poszukiwania sposobów zapewnienia lekarstw chorym na HIV/AIDS w krajach rozwijających się i z zadowoleniem odnotowuje fakt, że jednym z priorytetów WHO stało się ponownie niesienie pomocy krajom ubogim. INCB ma również nadzieję, że skupienie uwagi na leczeniu HIV/AIDS przyczyni się do zwiększenia dostępności leków mających podstawowe znaczenie w leczeniu bólu.

**MIĘDZYNARODOWY ORGAN
KONTROLI ŚRODKÓW
ODURZAJĄCYCH WZYWA DO
SUROWEJ KONTROLI SPRZEDAŻY
CHEMIKALIÓW W CELU WALKI
Z PLAGĄ NARKOTYKÓW
SYNTETYCZNYCH**

Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (INCB) wzywa wszystkie zainteresowane rządy do połączenia sił w walce

z problemem nadużywania substancji amfetaminopochodnych (ATS) poprzez przystąpienie do projektu „Pryzmat” – ogólnoświatowej akcji zapobiegania rozprowadzania chemicznych surowców (prekursorów) niezbędnych handlarzom do tajnego wytwarzania tych środków odurzających.

Projekt „Pryzmat” został zainicjowany w taki sposób, by umożliwić rządowi odniesienie się do problemu stymulatorów amfetaminopochodnych. Projekt stosuje dwukierunkowe podejście: zapobieganie nielegalnemu wytwarzaniu substancji psychotropowych poprzez odcinanie handlarzom dostępu do potrzebnych surowców, a także poprzez lokalizowanie i niszczenie laboratoriów, w których taka produkcja już się odbywa. Realizacja będzie następowała poprzez zastosowanie zróżnicowanych technik egzekwowania prawa, takich jak kontrola dostaw.

Narkotyki syntetyczne, takie jak amfetamina, metamfetamina i ecstazy (MDMA), wytwarzane są w tajnych laboratoriach z tzw. prekursorów. Wytworzenie narkotyków syntetycznych jest bez nich niemożliwe. Handlarze narkotyków przechwytyją zatem te substancje z legalnych kanałów, a następnie przemycają je do miejsc wytwarzania środków odurzających. Nielegalna produkcja ecstazy odbywa się głównie w Europie, natomiast nielegalny wyrób metamfetaminy nadal jest prowadzony na dużą skalę w Azji Południowo-Wschodniej i Ameryce Północnej.

Operatorzy regionalni rozpoczęli swoją działalność pod egidą projektu „Pryzmat” w styczniu 2003 roku. Rozpoczęto przede wszystkim procedury śledcze mające na celu przechwycenie surowców do produkcji ecstazy i amfetaminy w Europie, na obu zaś kontynentach amerykańskich – substancji do wytwarzania metamfetaminy, wyśledzenie źródeł

pochodzenia substancji i ściganie osób odpowiedzialnych za ich przerób.

„Dostawy kontrolowane” oznaczają technikę umożliwiania przepływu nielegalnych lub podejrzanych ładunków środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów z terytorium, przez lub na terytorium jednego kraju lub więcej krajów, za wiedzą i pod kontrolą ich władz, w celu zidentyfikowania ludzi uwikłanych w działalność przestępczą.

Działania te wspomagają istniejące programy śledcze, wprowadzone przez INBC dziesięć lat temu w celu zapobieżenia wykradaniu surowców metamfetaminy z legalnego obrotu międzynarodowego. Obecnie w wyniku tych programów uzyskanie przez handlarzy surowców jest praktycznie niemożliwe. Odkryto jednak, że do ekstrakcji substancji składowych w coraz większym stopniu wykorzystują oni oficjalne farmaceutyki, na przykład lekarstwa przeciwko przeziębieniu.

Projekt „Pryzmat”, starając się odnieść do tych odkryć, proponuje władzom mechanizm monitorowania i śledzenia przepływu tych preparatów farmaceutycznych w handlu międzynarodowym w celu uzyskania pewności, że nie są one wykorzystywane w nielegalnej produkcji środków odurzających.

INCB rozszerzyło również swoją sieć kontroli na maszyny tabletkujące, stosowane do produkcji syntetycznych środków odurzających. Handlarze narkotyków, prócz surowców chemicznych, potrzebują również specjalistycznych materiałów i sprzętu. Jako że ekstazy jest zazwyczaj sprzedawane w postaci tabletek, a nielegalnie wytwarzane tabletki metamfetaminy są powszechne na dużych obszarach Azji południowo-wschodniej, działania operacyjne skupiają się również na stworzeniu mechanizmów prawnych w celu przejmowania maszyn

tabletkujących podczas niszczenia nielegalnych laboratoriów. Celem tych działań jest odszukanie źródeł maszyn, aby zapobiec dalszemu rozprowadzaniu ich z tego źródła.

W czerwcu 2002 roku INCB zwołało w Waszyngtonie zebranie międzynarodowe z przedstawicielami 38 krajów, we współpracy z Komisją Europejską i rządem Stanów Zjednoczonych, na którym omawiano problem surowców substancji amfetaminopochodnych. Wynikiem tego spotkania był projekt „Pryzmat”, międzynarodowa inicjatywa skoncentrowana na pięciu głównych prekursorach stymulantów: efedrynie i pseudoefedrynie do wyrobu metamfetaminy, 1-fenylo-2-propanonu (P-2-P) do wyrobu amfetaminy, 1-(3,4-metylenodiodoksyfenylo)-2-propanonu i safrolu do wyrobu ekstazy; na sprzęcie wykorzystywanym do nielegalnego wyrobu oraz na wykorzystaniu przez przestępców Internetu do przechwytywania substancji chemicznych i sprzętu.

Co więcej, ponieważ handlarze narkotyków coraz częściej wykorzystują Internet w celu uzyskiwania potrzebnych surowców chemicznych, materiałów i sprzętu, stworzono Grupę Wsparcia Informatycznego (*Information Technology Support Group*), będącą ciałem doradczym przy Grupie Zadaniowej Projektu „Pryzmat”, zwracającą uwagę na najlepsze środki do walki z tym zjawiskiem. Przewiduje się, że w 2004 roku na tym obszarze zostaną podjęte zdecydowane działania.

*wybór informacji z raportu Międzynarodowego Organu
Kontroli Środków Odurzających za 2003 r.*

PERCEPCJA SPOŁECZNA SAMODZIELNYCH PRÓB PRZEZWYCIĘŻANIA UZALEŻNIENIA WYNIKI BADANIA JAKOŚCIOWEGO 2003*

WPROWADZENIE

W *Leksykonie terminów – alkohol i narkotyki* czytamy: **remisja samoistna** to zaprzestanie nadużywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, przezwyciężenie uzależnienia lub innych problemów, bez korzystania z terapii, bez uczestniczenia w grupach wzajemnej pomocy. (...) Z danych epidemiologicznych wynika, że wiele remisji następuje w sposób samoistny (ŚOZ 1997).

Wydaje się jednak, że w Polsce kwestia ta pozostaje jak dotąd niezauważona. Brak jest literatury na ten temat, brak również badań dotyczących samoistnych wyzdrowień, nie podejmowano dotychczas ani prób zrozumienia, ani oszacowania rozmiarów tego zjawiska. Tymczasem przekonania na temat używania środków psychoaktywnych i problemów z tym związanych, funkcjonujące w społeczeństwie, a szczególnie w najbliższym otoczeniu osoby, rozważającej wyjście z uzależnienia, mają wpływ na wsparcie społeczne, na jakie może ona liczyć podejmując próbę przezwyciężenia nałogu. Mogą więc ułatwiać albo utrudniać podjęcie tej decyzji. Zrealizowany przez nas projekt badawczy służyć miał poznaniu poglądów społecznych

na temat szans przezwyciężenia uzależnienia samodzielnie, bez pomocy specjalistów. Postanowiliśmy sprawdzić, czy w opinii Polaków jest to w ogóle możliwe, a jeśli tak, od czego, według nich, zależy sukces lub porażka w podejmowanych wysiłkach. Dotychczas nie prowadzono podobnych badań. Projekt ten miał charakter pilotażowy, sondażowy, dlatego też badana grupa respondentów nie jest reprezentatywna, a wobec tego nie możemy na jego podstawie generalizować rezultatów badania na całość populacji. Warto jednak zastanowić się nad uzyskanymi informacjami, które lokalizują obszary badawcze warte penetracji w przyszłości w celu sformułowania rekomendacji dla kształtowania polityki społecznej i zdrowotnej.

W artykule przedstawię kilka wniosków płynących z wybranych badań zagranicznych dotyczących tego zjawiska poczynając od tych z lat sześćdziesiątych, aż po te prowadzone współcześnie. Następnie scharakteryzuję krótko projekt badawczy i przejdę do opisu wyników, które uzyskaliśmy. Usystematyzowałam je starając się jednocześnie udzielić odpowiedzi na pytania badawcze, które postawiliśmy w tym projekcie.

* Artykuł powstał na podstawie badań prowadzonych przez Justynę Żulewską-Sak oraz Katarzynę Dąbrowską pt. *Percepcja społeczna szans przezwyciężenia uzależnienia*. Badanie realizowano w Zakładzie Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami w Instytucie Psychiatrii i Neurologii na zlecenie Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

PRZEGLĄD BADAŃ ZAGRANICZNYCH

Dotarłam do wielu klasycznych już badań wskazujących na istnienie zjawiska samoistnych wyzdrowień. Prowadzone były w latach sześćdziesiątych przez Winick'a (1962), Kendell'a (1966) i siedemdziesiątych przez Robins (1974), Cahalan'a (1970), Clark'a (1976). Przykładowo badania Robins (1974) prowadzone wśród uzależnionych od heroiny weteranów wojny wietnamskiej podważyły powszechne przekonanie, że heroina jest narkotykiem uzależniającym niemalże natychmiastowo i na zawsze. Blisko połowa badanych używała opiatów w Wietnamie, w tym około 20% w sposób nałogowy. Zdecydowana większość żołnierzy przerwała używanie po powrocie do USA, a tylko 6% skorzystało z pomocy leczenia.

Badania jakościowe z lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych koncentrowały się na procesie powstawania motywacji, na czynnikach wzmacniających lub hamujących proces wyleczenia i utrwalenia osiągniętej zmiany. Z badań Tuffeld'a (1981) wynika, iż głównymi czynnikami samoistnego wyzdrowienia w sytuacji doświadczania problemów alkoholowych były: pogorszenie stanu zdrowia, wypadek, wyższy poziom wiedzy dotyczącej problemów alkoholowych, doświadczenia religijne, bezpośrednie interwencje przyjaciół lub krewnych, problemy finansowe wynikające z nadużywania alkoholu. Większość respondentów podawała więcej niż jeden powód. Z badań szwajcarskich (Klingemann 1991) wynika, że ponad połowa osób wyleczonych samoistnie z problemów alkoholowych powróciła do picia w sposób akceptowany społecznie, natomiast niemalże wszyscy użytkownicy heroiny zdecydowali się na pełną abstynencję. Respondenci podejmowali świadomą decyzję o przerwaniu uży-

wania w związku z doświadczanymi problemami zdrowotnymi i finansowymi.

Podobnych wniosków dostarczają wyniki badań z ostatnich lat. Badania kanadyjskie prowadzone w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych w populacji generalnej (Cunningham 1999) zidentyfikowały 109 byłych użytkowników marihuany i 26 byłych użytkowników kokainy. Aż 98% użytkowników marihuany i wszyscy użytkownicy kokainy stwierdzili, że ich wyjście z narkotyków nie było związane z leczeniem ani jakąkolwiek radą ze strony lekarza. Wskazywali na takie czynniki zmiany, jak zmiany w życiu osobistym, wzrost dojrzałości społecznej, powody zdrowotne, niezadowolone z efektów działania narkotyków.

Bardzo istotne dla osób rozważających zmianę są też przekonania na temat tego, na ile jest to możliwe oraz wiedza o tych, którym się udało. Z badań kanadyjskich (Cunningham i wspóln. 1998) wynika, że 53% respondentów, którzy poradzi sobie z uzależnieniem bez leczenia znało podobne przypadki, w porównaniu z 14% osób w populacji generalnej. Stygmatyzacja powstrzymuje ludzi od mówienia o udanym samodzielnym wyleczeniu – tylko 5% palaczy nie powiedziało innym o tym, że zerwali z nałogiem, a pijących problemowo już 24%.

CHARAKTERYSTYKA BADANIA

Należy zaznaczyć, że badanie „Percepcja społeczna samodzielných prób przewycięzenia uzależnienia” to międzynarodowy projekt badawczy (*International Collaborative Study on „Societal Images of Natural Recovery from Addictions”*) zrealizowany wcześniej w Szwajcarii, Niemczech i Kolumbii. Inicjatorem i międzynarodowym koordynatorem projektu jest prof. dr Harald Klingemann z Uniwersytetu Nauk Stosowanych (Uni-

versity of Applied Sciences) w Bernie, w Szwajcarii. Instytut Psychiatrii i Neurologii włączył się w to przedsięwzięcie dzięki wsparciu Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Celem badania było poznanie poglądów społecznych na temat szans przezwyciężenia uzależnienia samodzielnie, bez pomocy specjalistów. Poszukiwaliśmy odpowiedzi na pytanie, jak osoby pochodzące z różnych grup społeczno-zawodowych: przedstawiciele mediów, organów prawa i porządku, lecznictwa i opieki zdrowotnej oraz tzw. *terapeuci dnia codziennego* postrzegają i rozumieją uzależnienie i problemy z nim związane.

W badaniu poszukiwaliśmy odpowiedzi na następujące pytania:

- Jak respondenci oceniają szanse osób uzależnionych na przezwycięzenie nałogu własnymi siłami?
- Czy szanse te różnią się w zależności od rodzaju uzależnienia?
- Czy występują różnice w percepcji psychoaktywnych substancji legalnych i nielegalnych oraz uzależnień nie związanych z substancjami?
- Do jakiego stopnia respondenci kształtują swoje opinie na podstawie osobistego doświadczenia tzn. interakcji z osobami uzależnionymi?

METODA BADAŃ

Badanie zrealizowano w listopadzie 2003 roku w Warszawie. W projekcie zbierano dane zarówno ilościowe, jak i jakościowe. Przeprowadzono trzydzieści indywidualnych wywiadów ustrukturyzowanych z reprezentantami różnych grup społecznych – potencjalnymi partnerami interakcji z osobami próbującymi przezwyciężyć uzależnienie.

W badaniu, narkotyki (marihuana, haszysz, heroina i kokaina) zostały ujęte w kontekście innych substancji psychoaktywnych, takich jak al-

kohol czy tytoń, oraz takich zachowań nałogowych, jak kompulsywne robienie zakupów czy patologiczny hazard.

Próba badawcza

Wywiady przeprowadzono z reprezentantami następujących grup społecznych:

- przedstawiciele systemu opieki zdrowotnej (pracownicy socjalni, kierownicy ambulatoryjnych programów terapii uzależnień, lekarze, psychologzy) – 10 osób;
- przedstawiciele organów prawa i porządku (prawnicy, policjanci, pracownicy sądownictwa) – 6 osób;
- przedstawiciele prasy (dziennikarze gazet – konserwatywnej i liberalnej) – 4 osoby;
- tzw. *terapeuci dnia codziennego* – osoby, które z racji wykonywanego zawodu, szczególnie często poznają problemy i kłopoty swoich klientów, ich bliskich i znajomych (taksówkarze, fryzjerzy, barmani) – 6 osób;
- wybrani przedstawiciele populacji generalnej (pracownicy sklepów, pracownicy służb oczyszczania miasta) – 4 osoby.

Taki dobór próby pozwalał na uchwycenie badanego zagadnienia z różnych perspektyw. Respondenci, poza pracownikami lecznictwa uzależnień, nie specjalizują się w tematyce uzależnień.

Próbę badawczą ustalono według kryteriów zapewniających porównywalność pomiędzy badaniami prowadzonymi w różnych krajach. Zgodnie z nimi respondentami byli mężczyźni, w wieku 30 do 50 lat, posiadający obywatelstwo polskie.

W procedurze badania położono duży nacisk na zapewnienie respondentom poczucia bezpieczeństwa. Respondenci otrzymali zapewnienie o pełnej anonimowości, zarówno w odniesieniu do pojedynczych osób udzielających wywiadu, jak i miejsc, gdzie je realizowano.

W celu obiektywizowania opisywanej rzeczywistości, do analizy materiału zastosowano metodę triangulacji badacza (Konecki 2000). W tym przypadku dwu badaczy, bez uprzedniego konsultowania się, analizowało materiał badawczy, w czterech etapach. Rozpoczęliśmy od przeczytania transkrypcji wywiadów i wynotowywania wszystkich odpowiedzi respondentów na dany temat, zarówno tych powtarzających się, jak i takich, które wystąpiły tylko raz. Następnie zidentyfikowaliśmy istotne pojęcia oraz stworzyliśmy kategorie i podkategorie uwzględniające zarówno wypowiedzi powtarzające się, najbardziej charakterystyczne, jak i wypowiedzi unikalne. W następnym kroku wnioski z przeprowadzonej analizy były omawiane i negocjowane w zespole badawczym.

WYNIKI

• Jak respondenci oceniają szanse osób uzależnionych na przezwyciężenie nałogu własnymi siłami?

Badani zostali poproszeni o ocenienie szans osób uzależnionych na poradzenie sobie z nałogiem samodzielnie, bez profesjonalnej pomocy na skali od 0% do 100%, gdzie 0, oznacza że jest to niemożliwe, a 100%, że jest to z całą pewnością możliwe. Wśród odpowiadających znalazła się więc osoba, która uznała, że samodzielne wyjście z uzależnienia nie jest możliwe: *musi być jakiś przykaz, zakaz (...) Jak mu [osobie uzależnionej] ktoś konkretnie nie zakáže to nie ma szans* (pracownik zakładów oczyszczania miasta – 0%), a także osoba, która jest przekonana, że jest to z całą pewnością możliwe: *Jeżeli człowiek chce to może wyjść z każdego uzależnienia* (dziennikarz gazety konserwatywnej – 100%).

Oto przykładowe wypowiedzi, sytuujące się na krańcach continuum „niemożliwe” – „z całą pewnością możliwe”:

- (pracownik sądownictwa – 1%) *jest to choroba, zarówno psychiczna, jak i fizyczna, (...) potrzebują ciągłego wsparcia ze strony innych osób, kontaktu i rozmowy z nimi, by nie czuć się osamotnionym w wychodzeniu z uzależnienia. Niespecjaliści (rodzina, znajomi) (...) nie wiedzą co potrzebuje taka osoba ze strony innych. (...);*
- (prawnik – 70%) *najważniejszy, dominujący czynnik, żeby osoba uzależniona podjęła taką wewnętrzną decyzję, że chce zerwać z nałogiem (...) są moim zdaniem uzależnienia, od których łatwiej się jest wyzwolić (...) A są też takie, przy których uwolnienie się od tego jest jakimś długotrwałym (...) procesem, który niekoniecznie musi się zakończyć powodzeniem. Ale wydaje mi się, że więcej jest takich czynników, które można przezwyciężyć, a mniej takich, przy których jest potrzebna pomoc specjalistów...*

Średnio badani szacowali szanse na samodzielne przezwyciężenie uzależnienia na poziomie 35%. Najczęściej pojawiającą się odpowiedzią było 50% szans, respondenci uzasadniali to w różny sposób: *Bo to jest chyba taka loteria. Pół na pół, w tą albo w tą. (...)* (taksówkarz), *(...) zależy w jakim zaawansowaniu jest uzależnienie. (...)* *Bo to jest na zasadzie pół na pół, uda się albo się nie uda, jeżeli ktoś ma bardzo mocną psychikę to już sobie poradzi z uzależnieniem, to jest kwestia motywacji po prostu i sytuacji w jakiej się znajduje w danym momencie. (...)* (fryzjer).

Uzasadniając oszacowania respondenci wskazywali na dwie grupy czynników. Te, które w ich oczach podnoszą ocenę możliwości samodzielnego przezwyciężenia uzależnienia i takie, które tę ocenę obniżają.

Czynniki podnoszące ocenę możliwości samodzielnego przezwyciężenia uzależnienia:

- **większa świadomość narkomanów:** (...) *to już nie jest ten sam narkoman - który był lat temu 10, 15, tylko jest to osoba dużo bardziej przytomna (...)*(kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii);
- **silna wola, motywacja:** (...) *wszystko zależy od człowieka, (...) jak ktoś ma silną wolę albo chęci ma przede wszystkim, to wiadomo, że szanse ma większe(...)*” (pracownik sklepu); (...) *no bo to trzeba mieć silną wolę (...)* (pracownik sklepu).
- **branie odpowiedzialności za swoje problemy:** (...) *jeśli [osoba uzależniona] potrafi jakby rozwiązywać swoje problemy, dzielić się nimi z innymi, liczyć też na pomoc innych, wydaje mi się, że potrafi sama poradzić sobie z tym problemem (...)* (barman);
- **zbieg okoliczności:** (...) *potrzeba niezwykłego zbiegu okoliczności w życiu człowieka, aby z powodzeniem zerwać z nałogiem bez pomocy profesjonalnej (...)* (pracownik socjalny).

Wśród czynników obniżających ocenę możliwości samodzielnego przezwyciężenia uzależnienia wymieniano:

- **natura uzależnienia:** (...) *[jest to] proces postępujący, a więc motywacja do zmian w przypadku substancji psychoaktywnych maleje* (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii); *uzależnienie jest chorobą, która dotyczy nie tylko ciała, ale i psychiki, sprawia to, że tak trudno z niej wyjść* (dziennikarz gazety liberalnej); *jest to choroba zakłamania jakby(...)* *Ponieważ mechanizmy obronne tej choroby służą temu, aby ta choroba trwała* (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia alkoholizmu);

- **znaczny stopień zaawansowania uzależnienia:** (...) *Ale, jeśli za uzależnioną uważamy osobę, która przyjmuje narkotyki regularnie i nie przynosi jej to specjalnych korzyści, natomiast pojawiają się już straty, a dodatkowo narkotyki potrzebny jest już jej do codziennego funkcjonowania, a dawki muszą być zwiększane, aby osiągnąć satysfakcjonujący stan, to ten stopień zaawansowania wskazuje, że poradzenie sobie z tym problemem samemu staje się bardzo mało możliwe.* (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii);
- **nawroty:** (...) *ludzie, którzy korzystali z tego wracają często do tych nałogów* (barman);
- **trudność detoksykacji w warunkach domowych:** (...) *samo przejście przez detoksykację domowymi sposobami może być bardzo ciężkie i nie każdy, a wręcz przeciwnie bardzo niewiele to wytrzyma* (pracownik socjalny);
- **brak perspektyw:** *Bo ludzie proszę pani nie mają sensu życia i innych rzeczy, co to ludziom przeszkadza, nie mają perspektyw(...)* (pracownik zakładów oczyszczania miasta);
- **brak wiedzy o przypadkach samoistnych wyzdrowień:** *w mojej praktyce zawodowej stosunkowo rzadko spotykam się z przypadkami osób, które samodzielnie pokonały uzależnienie* (pracownik socjalny);
- **nieumiejętność pomocy:** *Niespecjaliści (rodzina, znajomi) nie do końca są świadomi, na czym polega choroba, jak się pomaga takiej osobie, nie wiedzą co potrzebuje taka osoba ze strony innych* (pracownik sądownictwa).

Podsumowując polscy respondenci szacowali szanse na przezwyciężenie uzależnienia własnymi siłami niżej niż respondenci ze Szwajcarii, Niemiec czy Kolumbii – średnio co trzecia osoba, według nich, jest w stanie poradzić sobie z nałogiem samodzielnie. Niewiele badanych określiło te szanse powyżej

granicy 50%. W tych przypadkach, uzasadniali swoją decyzję przekonaniem, że *jeśli człowiek chce to może i że więcej jest takich czynników, które można przezwyciężyć, a mniej takich przy których potrzebna jest pomoc specjalistów*. Część badanych – głównie terapeuci dnia codziennego – daje osobom uzależnionym takie same szanse na przezwycięzenie nałogu samodzielnie, co przy udziale specjalistów (*pół na pół*). Znaczenie może mieć stopień zaawansowania uzależnienia, siła woli, umiejętność korzystania z pomocy innych, z własnych doświadczeń. Większość badanych szacowała te szanse niżej – głównie przedstawiciele systemu opieki zdrowotnej oraz organów prawa i porządku. Osoby te często odwoływały się do swoich doświadczeń zawodowych – trudności pracy z osobami uzależnionymi, znajomością natury uzależnienia, również brakiem kontaktu z osobami, którym udało się zerwać z nałogiem własnymi siłami. Niektórzy odwoływali się do wyników badań: *Na przykład samoistne remisje w uzależnieniu według Balla, to jest około 1/3 (...) (psycholog) czy też do rozkładu standardowego: z normalnego (...) rozkładu standardowego, (...) co trzeci człowiek może mieć sprzyjające okoliczności [rodzina, zainteresowania, krąg znajomych] do skutecznej walki z nałogiem (prawnik)*. Różnice te mogą wiązać się z faktem, że specjaliści uzależnień rzadko mają kontakt w swojej praktyce z osobami, które poradziły sobie z uzależnieniem samodzielnie – niechęć do podejmowania leczenia jest jednym z powodów podjęcia decyzji o próbie zaprzestania używania własnymi siłami (Klingemann i wspólr. 2001). W tym sensie terapeuci dnia codziennego, są osobami, które mają potencjalny kontakt z osobami, którym udało się przezwyciężyć uzależnienie samodzielnie, albo innymi

z ich otoczenia, od których dowiadują się o przypadkach samoistnych wyzdowień. Z drugiej strony specjaliści prawdopodobnie w większym stopniu w swoich oszacowaniach posługiwali się wiedzą specjalistyczną na ten temat, niż intuicją czy osobistym doświadczeniem. Warto jednak zauważyć, że badana grupa przedstawicieli leczenia prezentowała poglądy charakteryzujące się pewnym zróżnicowaniem.

- **Czy szanse samodzielnego poradzenia sobie z nałogiem różnią się w zależności od rodzaju uzależnienia?**

Zdecydowana większość polskich respondentów różnicuje szanse na przezwycięzenie nałogu w zależności od jego rodzaju. I tak, w opinii badanych, najsilniej uzależnia heroina, następnie kokaina, alkohol, hazard, przetwory konopi indyjskich, nikotyna, zakupy.

W uzasadnieniach respondenci zwracali uwagę na zróżnicowaną moc uzależniającej substancji: *Środki różnią się siłą uzależnienia, może nie psychicznego, ale na pewno fizycznego (pracownik socjalny); Na pewno jest trudniej wyjść z uzależnienia od substancji psychoaktywnych, takich bardzo agresywnych (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia alkoholizmu)*. Niektórzy badani różnicowali szanse na przezwycięzenie uzależnienia w zależności od konkretnych substancji: *(...) na przykład od papierosów chyba jest się łatwiej uzależnić, niż od narkotyków dajmy na to, chyba faktycznie są różne środki, związki chemiczne i to może być różnica (...) (pracownik sklepu); (...) w alkoholu to uzależnienie fizyczne jest nieco łagodniejsze i później się wywiązuje. W związku z tym, z alkoholu jest (...) na pewno łatwiej wyjść niż z narkotyków (kierownik am-*

bulatoryjnej placówki leczenia alkoholizmu); (...) w przypadku narkotyków słabszych, takich jak pochodne marihuany, są one [szanse] większe, a w przypadku narkotyków mocniejszych, takich jak chociażby heroina, zdecydowanie się zmniejszają (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii).

Padły również inne odpowiedzi, które wskazywały na: różne powody, dla których substancje są przyjmowane: *wszystkie te substancje to substancje uzależniające, natomiast są przyjmowane z różnych powodów* (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii), trwałość zmian związanych ze stosowaniem substancji: *stosowanie niektórych substancji wywala trwałe zmiany, a innych nie* (psycholog), możliwości wprowadzenia substytutu: *specyfika różnych mechanizmów czy synaptycznych, czy zachodzących wewnątrz neuronu, jest taka, że w niektórych przypadkach dość łatwo jest na przykład wprowadzić jakiś substytut, a w innych nie* (psycholog).

Wśród badanych byli także tacy, którzy uważają, że szanse na przezwyciężenie uzależnienia nie różnią się w zależności od jego rodzaju: *To, że osoba staje się uzależniona wynika z jej określonych problemów natury psychicznej lub psychologicznej, natomiast forma uzależnienia jest kwestią drugorzędną* (pracownik socjalny); *uzależnienie jest uzależnieniem (...) mechanizmy, symptomy, sposoby wsparcia opierają się na tych samych zasadach przy wszystkich uzależnieniach (...)* (pracownik sądownictwa); *(...) to jest taki sam nałóg. I do papierochów ciągnie i do wódki jak ktoś lubi i takiego narkomana też do narkotyku ciągnie. Więc to chyba nie ma znaczenia bo każdemu jest trudno wyjść z nałogu* (taksówkarz); *To zależy od silnej woli danej osoby, od motywacji, od chęci wyjścia, a nie od substancji, którą bierze dana osoba* (dziennikarz gazety konserwatywnej).

• Czy występują różnice w percepcji psychoaktywnych substancji legalnych i nielegalnych oraz nałogów nie związanych z substancjami?

Nielegalne substancje psychoaktywne

Większość respondentów uznała kokainę za narkotyk równie silny jak heroina. Z badań prowadzonych w Warszawie w 2002 wynika, że po tępienie społeczne używania tych dwu substancji kształtuje się na podobnym poziomie (wśród osób powyżej 25 roku życia) i jest wyższe niż w przypadku marihuany, natomiast znacznie przewyższa potępienie używania nikotyny czy alkoholu (Sierosławski 2002). W grupie respondentów głównie profesjonaliści (kierownicy ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień i psychologowie) wskazywali, że z uzależnienia od kokainy łatwiej jest się wyzwolić niż z uzależnienia od heroiny, głównie ze względu na wyższy status społeczno-zawodowy używających.

Respondenci uzasadniając swoje oszacowania wyróżniali narkotyki twarde i miękkie, silne i słabe, uzależniające fizycznie i uzależniające psychicznie. W związku z tymi rozróżnieniami przetwory konopi zostały przez większość badanych uznane za substancje, z uzależnienia od których łatwiej jest się wyzwolić, niż w przypadku innych substancji nielegalnych. Nieliczni respondenci twierdzili jednak odwrotnie uzasadniając swoje wypowiedzi znacznym przyzwoleniem społecznym związanym z używaniem marihuany i haszyszu – *(...) społeczne przyzwolenie na marihuanę i haszysz, to słynne mówienie o „miękkich” narkotykach czyni, że szanse te maleją, (...) przy takim przyzwoleniu społecznym nie ma powodu do odstawiania. (...)* (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii) – oraz uzależniając szanse od regularności, intensywności i czasu palenia. Jednak byli

również i tacy, którzy szanse na przezwyciężenie uzależnienia od marihuany i haszyszu uznali za identyczne jak w przypadku rzucania palenia. Z badań prowadzonych w 2002 roku wynika, że blisko co 7 mieszkańców Warszawy (powyżej 16 roku życia) uważa, że używanie marihuany powinno być dozwolone (Sierosławski 2002).

Niewielka liczba badanych traktuje wszystkie nielegalne substancje psychoaktywne za równie niebezpieczne i uważa, że w przypadku uzależnienia od nich, konieczna jest pomoc specjalistyczna: *Narkotyki wg mnie łącznie, jest to nierealne, 0% szans. Pacjenci powracają do tego. (lekarz pierwszego kontaktu), Przy narkotykach to hospitalizacja, spotkania grupowe, tu szanse są zerowe, żeby człowiek wyszedł z tego sam (barman).*

Legalne substancje psychoaktywne

Przezwyciężanie nałogu nikotynowego było w opinii respondentów trudne, aczkolwiek możliwe i stosunkowo powszechne. Respondenci często przywoływali przykład własny bądź znanych im osób, które skutecznie poradziły sobie z uzależnieniem od nikotyny. Czynnikiem silnie motywującym do rzucenia palenia, często z dnia na dzień, są kłopoty zdrowotne. Wskazywano tu też na czynniki społeczne, z jednej strony ułatwiające (moda na niepalenie), z drugiej strony utrudniające (przyzwolenie społeczne) rzucenie palenia.

Alkoholizm uznano za jeden z najcięższych do przezwyciężenia nałogów. Respondenci podali wskazującą dużą liczbę czynników utrudniających samodzielną walkę z tym uzależnieniem. Wydaje się, że ich wiedza społeczna na ten temat jest szczególnie wysoka. Argumentując swoje oszacowania wskazywali zarówno na cechy uzależnienia (zawansowanie nałogu, korzyści wynikające z picia, brak świadomości faktu nadużywania, zaprzecza-

nie byciu osobą uzależnioną, duże ryzyko nawrotu), jak też czynniki indywidualne (brak motywacji, różne przyczyny picia), czynniki kulturowe (przyzwolenie społeczne, marginalizacja osoby uzależnionej) oraz czynniki środowiskowe (brak wsparcia rodziny, ze względu na zjawisko współuzależnienia bądź problemy rodzinne).

Wskazywano na specyfikę *polskich warunków: (...) ciężko powiedzieć, szczególnie w polskich warunkach, kto jest uzależniony i kto naprawdę jest alkoholikiem, a kto po prostu uważa, że my Polacy pijemy, (...) i pije okazjonalnie, a że okazja jest co 2 dzień to już jest oddzielna sprawa (...)* (dziennikarz gazety liberalnej).

Znalazły się wypowiedzi odnoszące się bezpośrednio do medycznej definicji uzależnienia i podważające „jakość” poradzenia sobie z nałogiem własnymi siłami: *Jest w końcu sporo przypadków, że ludzie bez żadnej terapii rzucili, skończyli z pić. (...) Ale to nie znaczy wcale, że oni zdrowieją. (...) Bo można nie pić i być dalej alkoholikiem i być pijanym. Nie pić, a być pijanym. Myśleć jak pijany. (...) Generalnie, żeby wrócić do zdrowia psychicznego, to jest bardzo trudno. Dlatego te 20%. Bo tych, co tylko nie piją, to jest dużo. Ale jak oni funkcjonują!? Jak oni się nakręcają!* (kierownik poradni ambulatoryjnej leczenia alkoholizmu). Wydaje się, że poglądy profesjonalistów na zjawisko samoistnych wyzdowień, mogą być w znacznym stopniu związane z doświadczeniami zawodowymi, wynikającymi z kontaktu przede wszystkim z pacjentami, którzy potrzebują pomocy specjalistycznej.

Uzależnienia nie związane z substancjami

Patologiczny hazard również został uznany przez znaczną część respondentów za uzależnienie bardzo trudne do przezwyciężenia własnymi siłami. Jednym z powodów jest brak wsparcia

ze strony rodziny i przyjaciół, spowodowany oszustwami i długami, jakie zaciąga wokół osoba uzależniona. W sytuacji, w której uświadamia sobie fakt uzależnienia i podejmuje decyzję o wyjściu, jest praktycznie osamotniona w walce z nałogiem: (...) *znałem parę osób i to już jak gdyby z doświadczenia tego swojego, co i znajomych, jest to bardzo ciężki problem, który prowadzi często do rozbicia rodziny, tudzież w ogóle wszelkich więzi przyjacielskich, znajomych itd. Natomiast wchodzi tutaj w grę pieniądze, człowiek się zadłuża i stacza się powoli.* (...) (barman). Pozostaje więc chęć naprawienia wszystkiego, odegrania się i nadzieja, że los się odwróci. (...) *Teoretycznie każdy może przecież się odegrać, jak wynika z rachunku prawdopodobieństwa.* (...) (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii).

Część respondentów uznała to uzależnienie, jak też następne – kompulsywne robienie zakupów za łatwiejsze do przewyciężenia niż nałogi związane z substancjami. Uzasadniali to brakiem uzależnienia fizycznego w przypadku tych nałogów, oraz motywacją związaną z brakiem środków finansowych na kontynuowanie nałogu.

W przypadku uzależnienia od zakupów, niektórzy respondenci w ogóle podważali fakt istnienia takiego uzależnienia: *Dla mnie nie jest to uzależnienie, jest to czynność jak mycie, jedzenie, musimy robić zakupy* (...) (pracownik sądownictwa).

Niektórzy wiążą fakt pojawienia się tego nałogu ze zmianami kulturowymi zachodzącymi w naszym kraju: *No, ale to też się zmienia kulturowo i ten procent wciąż narasta, bo dostęp do zakupów jest wciąż coraz większy. Możliwości finansowe, mimo ogólnej opinii, są coraz większe. Tak zwany „shopping” i przebywanie weekendowe w domach handlowych* (...) (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii), *Szczególnie zimą ludzie jeżdżą do supermarketów, zjedzą tam coś, jakiegoś*

hamburgera, i cały dzień tam spędzają, mimo że często nic nie kupują. (...) (barman).

Respondenci w kilku przypadkach odpowiadając na pytanie o szanse na przewyciężenie uzależnienia od zakupów bagatelizowali ten problem, wskazywali na wyższą podatność kobiet na uleganie temu nałogowi: *[śmiech] Trzeba by żony spytać. [śmiech] (...) nie wiem czy to można rozpatrywać w sensie uzależnienia, jakiejś choroby,* (...) (pracownik sklepu).

Niektórzy wskazywali na agresywne zabiegi marketingowe, utrudniające wyjście z uzależnienia: (...) *Jesteśmy wciąż kuszeni przez kolorowe reklamy, oferty i promocje w hipermarketach, witryny sklepowe...* (...) *Wychodzi z domu do sklepu [uzależniony] i (...) już na miejscu zostaje zbombardowany przez mnogość tych wszystkich bodźców i staje się wobec swojego nałogu po prostu bezradny.* (kierownik poradni ambulatoryjnej leczenia alkoholizmu).

• Do jakiego stopnia respondenci kształtują swoje opinie na podstawie osobistego doświadczenia tzn. interakcji z osobami uzależnionymi?

Część respondentów powoływało się na osobiste próby przewyciężania nałogu, jednak wyłącznie w przypadku uzależnienia od nikotyny. Jedni przyznawali się do swojego uzależnienia: (...) *Ja sam osobiście jestem nałogowym palaczem jest mi bardzo trudno, a wiem że to wynika tylko i wyłącznie z braku motywacji z mojej strony* (...) (fryzjer). Inni mówili o tym jak skutecznie poradzili sobie z nałogiem (...) *ja 20 lat paliłem, 10 lat już nie palę, udało mi się i to było tak z dnia na dzień* (...) (dziennikarz gazety liberalnej), opowiadali o swoich porażkach (...) *Sam jak gdyby mam z tym problem. Sam (...) rzuciłem palenie na 3 lata, niestety wróciłem do tego* (...) (barman), nawet ko-

nieczności sięgnięcia po pomoc terapeutów – *Chociaż ja sam... ja nie poradziłbym sobie. Bo teraz właśnie w przyszłym tygodniu jadę od palenia się odzwyczaić, do Grodziska jadę na jakąś terapię (pracownik sklepu).*

Jeśli podawano przykłady związane z innymi uzależnieniami (od hazardu, alkoholu, heroiny – substancji najsilniej uzależniających w opinii badanych) zwykle wskazywano na przykłady znanych bądź zasłyszanych:

- heroina: (...) *znam jeden przypadek, że mój kolega opowiadał, że palił heroinę, a potem przestał, tak radykalnie w ogóle zmienił swój tryb życia na sportowy itd. (...)* (prawnik);
- alkohol: (...) *mam kolegów, którzy wiem, że nadużywali ostro i wiem, że bez żadnych specjalnych problemów, bez niczyjej pomocy wyszli z tego. I nie spożywają do tej pory* (policjant);
- hazard (...) *znałem parę osób i to już jak gdyby z doświadczenia tego swojego, co i znanych, jest to bardzo ciężki problem, który prowadzi często do rozbicia rodziny, tudzież w ogóle wszelkich więzi przyjacielskich, znanych itd.* (barman).

Może wstyd? (...) *Myślę, że ludzie ukrywają po prostu do końca* (policjant). Warto przywołać w tym miejscu wspomniane już badania kanadyjskie (Cunningham i współpr. 1998), z których wynika, że stopień przyzwolenia społecznego na używanie danej substancji, ma wpływ na gotowość do dzielenia się z innymi informacją o próbach przezwyciężenia uzależnienia od tego środka. Z badań prowadzonych wśród mieszkańców Warszawy (powyżej 35 roku życia) wynika, że potępienie społeczne używania nikotyny jest dwukrotnie niższe niż potępienie picia wódki, trzykrotnie niższe niż w przypadku używania marihuany i blisko czterokrotnie niższe niż potępienie używania kokainy czy heroiny (Sierosławski 2002).

Brak wiedzy i doświadczeń związanych z uzależnieniem również wpływał na wyniki: niektórzy respondenci sygnalizowali trudności, czasem niechęć do odpowiadania na poszczególne pytania kwestionariusza w związku z niezajomością osób uzależnionych od danej substancji bądź zachowania. Z wspomnianych już badań prowadzonych w 2002 roku wśród mieszkańców Warszawy wynika, że 72% osób w przedziale wieku 30-49 lat spotyka na terenie Warszawy narkomanów, 16% badanych deklarowało, że zna osobę uzależnioną od narkotyków (Sierosławski 2002).

PODSUMOWANIE

Z całą pewnością przekonania na temat używania środków psychoaktywnych i problemów z tym związanych, funkcjonujące w społeczeństwie, a szczególnie w najbliższym otoczeniu osoby, rozważającej wyjście z uzależnienia, mają wpływ na wsparcie społeczne, na jakie może ona liczyć podejmując próbę przezwyciężenia nałogu. Mogą więc ułatwiać albo utrudniać podjęcie tej decyzji. Jaki więc obraz wyłania się z naszych badań?

Wydaje się, że zjawisko samoistnych wyzdrowień funkcjonuje w świadomości badanych. Co więcej, ich percepcja czynników zwiększających i zmniejszających szanse na samodzielne przezwyciężenie nałogu jest bliska wynikom badań na ten temat. Podano przykłady dotyczące skutecznych prób wyjścia z uzależnienia od nikotyny, alkoholu i heroiny – interesujące, że w tak niewielkiej grupie badanych osób, znaleźli się tacy, którzy zetknęli się z przypadkami samoistnych wyzdrowień.

Nikotynizm wydaje się obarczony najmniejszym stygmatem – badani nie mieli trudności w przyznawaniu się do swoich prób związanych z samodzielnym przezwyciężaniem tego nałogu – zarówno tych udanych jak i nieudanych. W przypadku innych uzależnień wskazywano

wyłącznie na przykłady „zasłyszane” (oczywiście nie mamy żadnych powodów przypuszczać, że nasi respondenci opowiadali o własnych problemach w tak zakamuflowany sposób).

Kwestia legalności poszczególnych substancji, nie była szczególnie istotna, gdy rozważano stopień trudności samodzielnego przezwyciężenia nałogu – poza uzależnieniem od heroiny i kokainy również uzależnienie od alkoholu i hazardu były traktowane jako szczególnie trudne do przezwyciężenia. Jednak dla niektórych badanych podział na substancje nielegalne i legalne był podstawą ich oszacowań: nielegalne – brak szans, legalne – szanse istnieją.

Wiedza badanych na temat poszczególnych typów uzależnień jest zróżnicowana. Zdecydowanie największa w przypadku uzależnienia od alkoholu – respondenci potrafili wskazać kilka grup czynników związanych z tym problemem. Prawdopodobnie jest to efekt różnego rodzaju kampanii edukacyjnych prowadzonych już od wielu lat w Polsce. Utrwalony wydaje się podział na narkotyki miękkie (marihuana, haszysz) i twarde (tu: heroina, kokaina). Jeśli chodzi o nałogi nie związane z substancjami, wiedza o uzależnieniu od hazardu wydaje się dosyć wysoka, natomiast o uzależnieniu od zakupów nikła.

Ze względu na niereprezentatywność próby, wnioski z analizy zebranych danych, dotyczą wyłącznie badanej grupy i nie mogą być generalizowane na całość populacji. Dają nam jednak ogólny obraz różnego typu poglądów, opinii i przekonań dotyczących samoistnych prób przezwyciężenia uzależnienia funkcjonujących w społeczeństwie. Ciągłe pytań jest więcej niż odpowiedzi.

Polscy badani okazali się zdecydowanie mniej optymistyczni w oszacowaniach szans samodzielnego przezwyciężenia nałogu, niż respondenci z Kolumbii, Niemiec i Szwajcarii. Czy jest to artefakt, czy

też wynik przesłania płynącego ze strony leczenia i mediów, że leczenie specjalistyczne jest jedyną właściwą metodą radzenia sobie z uzależnieniem?

Nasi informatorzy – fryzjerzy, taksówkarze, barmani i sklepikarze – osoby z racji wykonywanej profesji pozostające w ciągłym kontakcie z ludźmi, z ich problemami, radościami, sukcesami i porażkami, szacowali szanse skutecznego poradzenia sobie z nałogiem wyżej, niż pozostali respondenci. Czy jest to wynikiem ich ignorancji, braku profesjonalnej wiedzy, czy też wynikiem ich znajomości życia, wiedzy o tych którym się udało?

Czy rzeczywiście, tak jak twierdził jeden z badanych, jakość życia osoby, która przezwyciężyła nałóg samodzielnie jest niższa od jakości życia wyleczonych pacjentów systemu leczenia uzależnień?

A może rację mają przeciwnicy tego zjawiska, twierdząc, że jeśli osoba poradziła sobie skutecznie z uzależnieniem to znaczy, że nigdy nie była uzależniona?

A może jak mówią inni, zjawisko samoistnych wyzdrowień to „słoń, którego nikt nie widzi”? Może warto zapewnić tym ludziom dostęp do informacji, materiałów samopomocowych, dać im nadzieję i wiedzę o tych, którym się udało?

Justyna Żulewska-Sak

*Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*

BIBLIOGRAFIA

1. Cahalan, D. (1970) *Problem Drinkers: A National Survey*. Jossey-Bass: San Francisco.
2. Clark, W.B., Cahalan, D. (1976). Changes in problem drinking over a four-year span. *Addict Behav.* 1, 251-260.
3. Cunningham, J.A., Sobel, L.C., Sobel, M.B. (1998) Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: results from five different groups. *Addict Behav.* 23 (3).

4. Cunningham, J.A., Koski-Jannes, A., Tonneato, T. (1999) *Why do People Stop Their Drug Use? Results from a General Population Sample*. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.
5. Kendell, R.E., Stanton, M.C. (1966) The fate of untreated alcoholics. *Q J Stud Alcohol*, 27, 30-41.
6. Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., Finfgeld, D., Granfield, R., Hodgings, D., Hunt, G., Junker, C., Moggi, F., Peele, S., Smart, R., Sobell, M., Tucker, J. (2001) *Promoting self-change from problem substance use. Practical implications for policy, prevention and treatment*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London.
7. Klingemann, H. (1991) The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *Br J Addict*, 86, 727-744.
8. Konecki, K. (2000) *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
9. Robins, L.N (1974) *The Vietnam Drug Users Returns*. U.S. Government Printing Office: Washington.
10. Sierosławski, J. (2002) *Raport z badań ankietowych prowadzonych w 2002 r. "Warszawiacy a substancje psychoaktywne"*. Warszawa.
11. Snow, M. (1973) Maturing out of narcotic addiction in New York City. *Int J Addict*, 8, 921-938.
12. Światowa Organizacja Zdrowia (1997) *Leksykon terminów. Alkohol i Narkotyki*. Tłum. Bidziński A. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
13. Tuchfeld, B.S. (1981) Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications. *J Stud Alcohol*, 42, 626-641.
14. Winick, C. (1962) Maturing out of narcotic addiction. *Bull. Narc.* 14.

SPRAWOZDANIE Z WIZYTY STUDYJNEJ WE WŁOSZECH

We wrześniu 2003 brałam udział w wizycie studyjnej we Włoszech w ramach programu Grupy Pompidou. Wizyta była przygotowana przez pana Andrea Fantoma, członka komitetu naukowego do spraw uzależnień w Rzymie, stałego korespondenta Grupy Pompidou we Włoszech. Podczas dwutygodniowej wizyty zaprezentowano mi orientacje psychofarmakologiczne funkcjonujące w różnych strukturach organizacyjnych (publiczna służba zdrowia i organizacje pozarządowe) zajmujących się pomocą osobom uzależnionym. Odwiedzane przeze mnie placówki znajdowały się w Rzymie i w okolicach miasta.

Najważniejszą formą działań w zakresie narkomanii we Włoszech są działania prewencyjne, których celem jest redukcja prawdopodobieństwa używania wszelkiego rodzaju środków psycho-

aktywnych. Drugim ważnym obszarem jest progresywny i kompleksowy system terapii.

Krótko charakteryzując scenę narkotykową we Włoszech można powiedzieć, że obecnie najczęściej używanym środkiem są przetwory konopi – aczkolwiek w latach 1999-2001 zanotowano zwiększoną konsumpcję kokainy, amfetaminy i ekstazy wśród młodzieży. Wzrasta liczba młodych ludzi sięgających po paloną heroinę łączoną z alkoholem. Wśród młodzieży nie objętej żadną formą terapii największą popularność ma heroina i kokaina. Obserwuje się również niewielki wzrost przypadków śmierci spowodowanej przedawkowaniem substancji psychoaktywnych. Wzrasta liczba nowych zakażeń HIV, co świadczy o zjawisku transmisji HIV również wśród osób przyjmujących paloną heroinę. Ogólna liczba osób żyjących z HIV/AIDS utrzymuje się na podobnym poziomie, ma-

leje natomiast liczba nowych zakażeń HCV i HBV. Notuje się wzrost liczby osób zatrzymywanych przez policję za nielegalne posiadanie narkotyków, ale zmniejsza się liczba wyroków skazujących związanych z substancjami psychoaktywnymi (handel, posiadanie, produkcja) w związku z możliwością zamiany kary więzienia na leczenie – w przypadku osób uzależnionych.

Placówki państwowej służby zdrowia **The Public Drug Addition Treatment Services (SER.T)** są jedyną strukturą posiadającą uprawnienia do prowadzenia programów substytucyjnych. Celem SER.T jest udostępnienie szerokiej oferty terapii dla osób używających, nadużywających oraz uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym również terapii zakażeń związanych z przyjmowaniem narkotyków oraz harm reduction. W 2001 roku SER.T realizował we Włoszech 555 różnych programów terapeutycznych o różnorodnym zakresie terapii – w systemie stacjonarnym, dziennym i ambulatoryjnym. Najpopularniejszą terapią substytucyjną stosowaną we Włoszech jest terapia metadonowa. Drugą możliwością jest terapia buprenorfinowa (subutex w tabletkach). Nowacją tych programów jest możliwość przechodzenia z metadonu na buprenorfinę przy jednoczesnym podjęciu terapii uzależnienia w ramach ośrodka dziennego oferującego możliwość substytucji. Głównym celem w pracy z pacjentem jest dążenie do zmiany funkcjonowania społecznego, utrzymanie go w określonych rolach (męża, ojca, pracownika) lub ich podjęcie, uzyskanie zawodu, mieszkania, uzyskanie niezależności.

Publiczny serwis SER.T, jako dysponent metadonu, organizuje w Rzymie całą sieć placówek prowadzących substytucję metadonową. Są to poradnie, w których pacjent oprócz substytucji ma możliwość skorzystania z porady prawnika, porady pracownika socjalnego, a przede wszystkim oferty terapeutycznej, jaką dysponuje dana

placówka. Najczęściej proponowaną formą terapii jest terapia indywidualna prowadzona przez psychiatrę lub psychologa, organizowane są również grupy samopomocowe. Inną ofertą publicznej służby zdrowia jest tworzenie sieci placówek terapeutycznych w systemie drug-free. Propozycja obejmuje ofertę terapii w ambulatoryjnych, dziennych i stacjonarnych ośrodkach.

Stella Polare Center – ośrodek dzienny dla osób w terapii substytucyjnej pracuje, jak większość ośrodków dla osób uzależnionych, w oparciu o rozszerzoną ofertę pomocy socjalnej. Może zaoferować pomoc w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, uzyskania zasiłku czy znalezienia odpowiednich kursów zawodowych. Oferowana pomoc socjalna w powiązaniu z ofertą terapeutyczną przy możliwości leczenia substytucyjnego daje dużą szansę na zmianę jakości życia pacjentów. Początkowo praca z pacjentem nie koncentruje się na problemie abstynencji, jednak w swoich założeniach ma doprowadzić do odstawienia substytucji i pełnej abstynencji.

Szeroką i bardzo różnorodną ofertę dla osób uzależnionych proponuje sektor organizacji pozarządowych. Na koniec 2001 roku zarejestrowanych było około 1700 placówek zajmujących się osobami uzależnionymi. Jedną z najbardziej znanych organizacji jest **Italian Center for Solidarity – CEIS** założone przez Don Mario Pinci w 1960 roku. Od lat siedemdziesiątych koncentruje się na przeciwdziałaniu zjawisku narkomanii we Włoszech. Główne obszary aktywności tej organizacji to prewencja, edukacja, terapia oraz społeczna rehabilitacja osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Począwszy od 1978 roku, kiedy CEIS powołał pierwszą społeczność terapeutyczną, ciągle powstają nowe oferty zgodne z zasadą podążania za pacjentem, wychodzenia na przeciw nowym zjawiskom pojawiającym się w uzależnieniach. Program CEIS w swoich programach szczególnie

podkreśla rolę rodziny w terapii oraz znaczenie grup samopomocowych. Kieruje swoją ofertę do szerokiego grona klientów bez względu na rasę, wyznanie czy przynależność polityczną. Mimo filozofii drug-free bliższej tej organizacji, CEIS zorganizował ośrodki wczesnej rehabilitacji w oparciu o substytucję metadonową (metadon otrzymują na podstawie umów z publicznym sektorem)

Ośrodek **Castel di Leva** jest placówką przeznaczoną dla osób dorosłych objętych programem metadonowym. Jest to miejsce, gdzie pacjenci mogą zrobić pierwszy krok do podjęcia leczenia i pozwala przygotować przyszłych pacjentów do podjęcia terapii. Edukacja zdrowotna, uświadomienie strat płynących z przyjmowania substancji implikuje najczęściej chęć podjęcia leczenia w ośrodku stacjonarnym ukierunkowanym na osiągnięcie przez pacjenta pełnej abstynencji narkotykowej.

Inną ofertą dla dorosłych pacjentów jest ośrodek **San Carlo Therapeutic Community** prowadzony w oparciu o społeczność terapeutyczną w systemie stacjonarnym. Jest to pierwszy ośrodek edukacyjno-terapeutyczny powołany przez CEIS. Powstał na bazie doświadczeń amerykańskich i przez lata adoptowano program do warunków włoskich. Akcentuje się w nim indywidualne potrzeby pacjenta. Program leczenia podzielony jest na cztery fazy, a jego zakończeniem jest pełna readaptacja społeczna pacjenta. Terapia obejmuje ergoterapię, treningi edukacyjne, podstawową pomoc psychologiczną i grupy samopomocowe.

Oprócz różnych form terapii stacjonarnej dla dzieci, młodzieży, osób dorosłych, chorych somatycznie, żyjących z HIV – dodatkową ofertą CEIS jest organizacja domów dla uzależnionych kobiet i ich dzieci.

Inną ofertę pomocy osobom uzależnionym proponuje ośrodek **Mondo Nuovo**, który jest stacjonarnym ośrodkiem dla dorosłych. Program skoncentrowany jest na edukację i trening spo-

łeczny. Najważniejszą rolę w tym systemie odgrywa ergoterapia i przygotowanie zawodowe pacjenta. Stworzono kilka możliwości przyuczenia do zawodu: od uprawy roślin, produkcję żywności, poprzez gotowanie, garncarstwo, ceramikę, po opiekę nad zwierzętami. Przez trwający 3 lata pobyt w ośrodku pacjent może wybrać taki rodzaj przysposobienia zawodowego, który najlepiej odpowiada jego predyspozycjom i zainteresowaniom. Ośrodek utrzymuje się wyłącznie ze sprzedaży swoich wyrobów.

Programami profilaktycznymi we Włoszech zajmują się duże organizacje pozarządowe. Jedną z nich jest **Modavi Organization**, która tworzy programy profilaktyczne w oparciu o wolontariat. Wolontariusze Modavi pracują jako street-workers i party-workers. Głównym celem działań jest wczesna interwencja wśród populacji wysokiego ryzyka, głównie młodzieży używającej i nadużywającej narkotyki.

Inną organizacją zajmującą się szeroko rozumianą prewencją jest **Cooperativa Magliana 80**, która powstała w latach osiemdziesiątych jako odpowiedź na niepokojące zjawisko rozszerzającej się narkomanii wśród młodzieży. Pierwsze lata działalności organizacji opierały się na pracy wolontariatu. Na bazie wieloletnich doświadczeń pierwotny model został rozwinięty i ustrukturalizowany. Obecnie stosowaną metodą pracy jest integracja dwóch form aktywności – wolontariuszy i profesjonalistów. Odbiorcami programów organizacji Cooperativ są nie tylko osoby uzależnione, ale również bezdomni, osoby prostytuujące się, żyjący z HIV/AIDS, emigranci i osoby pozostające w trudnej sytuacji socjalnej. Formy strukturalne organizacji to punkty konsultacyjne, *drop in center*, noclegownie, ośrodki dzienne, punkty wymiany igieł i strzykawek oraz punkty metadonowe. Metadon przekazywany

LISTA OSÓB UPRAWNIONYCH DO PROWADZENIA SUPERWIZJI KLINICZNEJ

które uzyskały rekomendację Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w wyniku konkursów przeprowadzonych w 2002 i 2004 roku w ramach programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków

Nazwisko i imię	Miejsce pracy
Adamiak Piotr	ZOZ Dla Dzieci i Młodzieży MONAR, ul. Tuszyńska 106, 93-305 Łódź, tel. (42) 646 40 12
Bukowska Alina	NZOZ Poradnia Leczenia Uzależnień „Eleuteria”, ul. Dzielna 7, 00-154 Warszawa, tel. (22) 831 78 43
Czarnecka Ewa	Centrum Psychologicznej Pomocy Rodzinie, ul. Noakowskiego 16 m 1, 00-666 Warszawa, tel. (22) 621 33 71
Grzywińska Krystyna	Samodzielny Wojewódzki Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa, Oddział Grzmiąca XVI, tel. (46) 857 17 97
Jabłoński Piotr	Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa, tel. (22) 641 15 01 (zawsza prowadzenie superwizji na czas sprawowania funkcji dyrektora KBPN)
Jarzębski Kazimierz	Ośrodek Rehabilitacyjno - Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych „Betania”, ul. Leśna 13/14, 42-244 Mstów, tel. (0 34) 328 40 72
Keller Helena	Centrum Psychologicznej Pomocy Rodzinie ul. Noakowskiego 16 m 1, 00-666 Warszawa, tel. (22) 621 33 71
Kęszycka Barbara	Centrum Profilaktyki Uzależnień al. Marcinkowskiego 21, 61-754 Poznań, tel. (61) 855 73 54
Kowalcze Małgorzata	SPZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Park Hutniczy 6, 41-800 Żabrze, tel. (32) 271 84 42
Leśniak Józef	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR, ul. Wolności 70, Jelenia Góra, tel. (75) 647 33 90
Łazuga-Koczurowska Jolanta	NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny „Mrowisko”, al. Niepodległości 817a, 81-850 Sopot, tel. (58) 550 26 63
May-Majewski Andrzej	Centrum Leczenia Uzależnień „Familia”, ul. Huberta 60, 44-100 Gliwice, tel. (32) 270 37 58
Miros Grażyna	Centrum Psychologicznej Pomocy Rodzinie ul. Noakowskiego 16 m 1, 00-666 Warszawa, tel. (22) 621 33 71
Orłowska-Drag Dorota	Ośrodek Terapii Uzależnień w Smażynie 84-221 Smażyno 9, tel. (58) 676 82 01
Polecińska Małgorzata	Wojewódzki Ośrodek Psychoterapii Uzależnień Lekowych, ul. Stelmacha 9, 43-500 Czechowice-Dziedzice, tel. (32) 255 22 26
Puławska-Popielarz Katarzyna	Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacji Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności, 05-154 Kazuń - Bielany, tel. (22) 632 24 01
Rachowska Elżbieta	Ośrodek Terapii Odwykowej i Uzależnień, ul. Tramwajowa 2, 87-100 Toruń, tel. (56) 62 362 14
Sawicka Izabela	Centrum Psychologicznej Pomocy Rodzinie ul. Noakowskiego 16 m 1, 00-666 Warszawa, tel. (56) 62 362 14
Sienkiewicz Danuta	Ośrodek Terapii Uzależnień w Smażynie, 84-221 Smażyno 9, tel. (58) 676 82 01
Straszny Jarosław	Wojewódzki Ośrodek Psychoterapii Uzależnień Lekowych, ul. Stelmacha 9, 43-500 Czechowice-Dziedzice, tel. (32) 215 50 05
Synowiecka-Łapińska Barbara	SPZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień, 84-221 Smażyno 9, tel. (58) 676 82 01
Tatarska Maria	Poradnia Profilaktyki Społecznej „Maraton” ul. Dunikowskiego 4, 02-784 Warszawa, tel. (22) 644 95 15
Wiewióra Danuta	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR” ul. Powstańców Wielkopolskich 17, 02-398 Warszawa, tel. (22) 823 65 31
Wolfart Tomasz	SPZOZ Miejski Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży, ul. Piotrkowska 67, 90-422 Łódź, tel. (042) 632 75 40

jest z państwowego sektora na zasadzie umów. W trakcie wizyty w Ostii, w jednym z punktów *drop in center* mogłam sama zaobserwować metody pracy z pacjentem będącym pod wpływem środków psychoaktywnych. Zaopiekowanie się pacjentem, umożliwienie mu kąpieli, wymiany odzieży, poczęstowanie gorącym posiłkiem, a także umożliwienie kontaktu z psychologiem czy pracownikiem socjalnym u części pacjentów powoduje chęć do zmiany swego aktualnego trybu życia i podjęcia decyzji o skorzystaniu z oferty terapeutycznej.

Pobyt w Rzymie był dla mnie szczególnie ciekawym doświadczeniem z uwagi na różnorodność oferty skierowanej do klienta używającego, nadużywającego oraz uzależnionego od środków psychoaktywnych, która powoduje, że pacjenci mają możliwość wybrania najlepszej dla siebie formy terapii. Tym samym ogromna liczba osób z problemem uzależnienia włączona jest w różnego rodzaju struktury pomocy. Włoscy specjaliści mocno

podkreślają i w pełni wykorzystują ofertę pomocy socjalnej dla pacjenta uzależnionego. Najwięcej uwagi poświęcałam mało popularnym w Polsce formom terapii substytucyjnej, ale niezwykle interesujące były dla mnie także doświadczenia w prowadzeniu ambulatoryjnych programów terapeutycznych, poznanie ośrodków dla młodzieży, analizowanie ich specyfiki i różnic w założeniach programowych. Nowością było poznanie oferty dziennych miejsc pobytu *drop in center* oraz noclegowni *one night drop in center*, które są miejscem pierwszego kontaktu z klientem i przygotowują go do wyboru formy pomocy terapeutycznej oferowanej na terenie Włoch. Imponująca różnorodność włoskiej oferty inspirowała do przemyśleń i wdrożenia nowych pomysłów w obszarze terapii i prewencji zjawiska narkomanii w Polsce.

Katarzyna Puławska-Popielarz

Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacji Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności w Kazuniu-Bielanach

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990

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



Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**
tel.: 641 15 01, fax: 641 15 65
e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
<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:

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