



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 4 (31) 2005



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 19 września 2005 r. **Nr 179**

TREŚĆ:
Poz.:

USTAWY:

- 1484** — z dnia 29 lipca 2005 r. o niektórych formach wspierania działalności innowacyjnej . . . 11189
- 1485** — z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii . . . 11201
- 1486** — z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o drogach publicznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw . . . 11233
- 1487** — z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy — Karta Nauczyciela . . . 11250

ROZPORZĄDZENIA:

- 1488** — Ministra Infrastruktury z dnia 12 września 2005 r. w sprawie utworzenia obwodów głosowania na polskich statkach morskich w wyborach Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej . . . 11254
- 1489** — Ministra Infrastruktury z dnia 12 września 2005 r. w sprawie utworzenia obwodów głosowania na polskich statkach morskich w wyborach do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej i do Senatu Rzeczypospolitej Polskiej . . . 11255

1485

USTAWA

z dnia 29 lipca 2005 r.

o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) zasady i tryb postępowania w zakresie przeciwdziałania narkomanii;
- 2) zadania i uprawnienia organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego oraz

w sprawie prekursorów narkotykowych (Dz. Urz. WE L 047 z 18.02.2004), zwanego dalej „rozporządzeniem 273/2004”,

- b) rozporządzenia (WE) Rady nr 111/2005 z dnia 22 grudnia 2004 r. określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi (Dz. Urz. WE L 22 z 26.01.2005, str. 1; Dz. Urz. WE Polskie wydanie specjalne z 2005 r., t. 48, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 111/2005”;

SPIS TREŚCI

USTAWA O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Piotr Jabłoński str. 2

ZAANGAŻOWANIE KOŚCIOŁA

W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Bp Antoni Długosz str. 7

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE

Bogusław Habrat, Karina Steinbarth-Chmielewska, Helena Baran-Furga str. 22

SKAZANI UZALEŻNIENI OD ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH LUB PSYCHOTROPOWYCH ODBYWAJĄCYCH KARĘ POZBAWIENIA WOLNOŚCI W WARUNKACH SYSTEMU TERAPEUTYCZNEGO

Krzysztof Czekaj str. 38

EPIDEMIA HIV/AIDS W PAŃSTWACH WNP

Marta Jaroszewicz str. 47

RAPORTY Z BADAŃ W INTERNECIE str. 54

USTAWA O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Od 4 października 2005 roku obowiązuje w Polsce nowa Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r., która została ogłoszona w Dzienniku Ustaw Nr 179 z dnia 19.09.2005 r.

Poprzednia ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 roku była kilkakrotnie nowelizowana wprowadzając coraz nowsze rozwiązania usprawniające działania w zakresie polityki narkotykowej naszego państwa. Kolejne prace nad zmianą prawa narkotykowego wymusił fakt przystąpienia Polski do Unii Europejskiej i konieczność dostosowania prawa polskiego do regulacji wyznaczonych przez UE, szczególnie w części dotyczącej kontroli prekursorów oraz dos-

tosowania się do unijnych zasad nadzoru nad uprawami konopi włóknistych. Prace te, zainicjowane przez Radę ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, podjęte zostały w 2004 roku. Szeroki zakres nowelizacji zaproponowany przez instytucje i osoby uczestniczące w toku działań przygotowawczych wychodzący poza problematykę ściśle unijną, jak również pojawiające się opinie o nieadekwatności konstrukcji ustawy z 1997 roku do zasad nowoczesnej sztuki legislacyjnej spowodowały, że minister zdrowia zdecydował o konieczności przygotowania nowego aktu prawnego.

Jedną z kluczowych kwestii, które pojawiły się w trakcie prac nad ustawą i publicznej dyskusji nad nią, stał się problem karalności za posiadanie narkotyków w niewielkiej ilości na własny użytek. Zagadnieniu temu poświęcono szczególnie wiele uwagi. Minister zdrowia zaproponował przeprowadzenie konsultacji społecznych w dotychczas niespotykanej w praktyce polskiej formie wysłuchania opinii publicznej, podczas którego wszystkie zainteresowane tym tematem osoby, zarówno reprezentujące instytucje życia społecznego, jak i reprezentujące siebie osoby fizyczne, mogły wyrazić własną opinię. Propozycje zmian w ustawie prowadzące do częściowej depenalizacji posiadania narkotyków, po odbyciu dyskusji społecznej i parlamentarnej, nie uzyskały akceptacji poselskiej i zagadnienie to w nowej ustawie jest regulowane identycznie jak było to w akcie poprzednim.

Burzliwa dyskusja nad propozycjami depenalizacyjnymi zdominowała całość publicznej i medialnej debaty nad ustawą i zepchnęła inne tematy na margines społecznej uwagi i zainteresowania. Jednakże uchwalona przez parlament ustawa stanowi ważny krok w kierunku uporządkowania i doprecyzowania polskiego systemu przeciwdziałania problemom generowanym przez narkotyki i narkomanię. Wiele zawartych w tej ustawie rozwiązań, choć nie spektakularnych, wprowadza nowe jakości do systemu oddziaływań leczniczych, do formułowania i finansowania zadań samorządów w przeciwdziałaniu narkomanii, do szkoleń kadr, do systemu informacji o narkotykach i narkomanii czy do niezmiernie istotnego zagadnienia koordynacji działań w zakresie redukcji popytu i podaży narkotyków.

W odniesieniu do podmiotów realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii **rozszerzono katalog instytucji, które zobowiązane są do zapobiegania narkotynom i narkomanii**, m.in. o straż

graniczną, organy celne, ośrodki pomocy społecznej oraz środki masowego przekazu. W części tej doprecyzowano również zadania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ze szczególną uwagą dookreślając przepisy dotyczące systemu monitorowania sytuacji narkotykowej. System informacji o narkotykach i narkomanii realizowany w strukturach Biura przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii wzbogacony został o zapis umożliwiający wprowadzenie zadań monitorujących na szczebel województwa samorządowego.

Artykuły dotyczące **Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii** precyzyjnie wskazują, że na poziomie centralnym program ten powinien wyznaczać: kierunki i rodzaje działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, harmonogram działań, cele oraz sposoby ich osiągania, ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a także podmioty właściwe do podejmowania określonych zadań.

W inny sposób zostało zaprojektowane podejście do zadań władz lokalnych. W przypadkach dotyczących jednostek samorządu terytorialnego Krajowy Program określa jedynie kierunki przewidywanych działań, pozostawiając samorządom decyzję co do szczegółowego zaplanowania własnych działań zapobiegawczych, których zakres wynikać winien z diagnozy sytuacji lokalnej i dostosowanych do potrzeb regionu działań merytorycznych. W zadaniach samorządu województwa ustawa wprowadza wymóg uchwalania przez sejmik województwa Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który stanowić winien część strategii województwa w zakresie polityki społecznej. Ustawa daje również możliwość powołania do realizacji zadań programu wojewódzkiego pełnomocnika. W kwestii zagadnień związanych z systemem informacji o narkotykach i narkomanii organ wykonawczy samorządu województwa

zobowiązany jest powołać eksperta wojewódzkiego. Ustawa wprowadza również zapisy uszczegóławiające zadania gmin w zakresie przeciwdziałania narkomanii, określając je jako zadania własne gminy. Realizowane one być powinny poprzez przyjęcie i realizację przez wójtów (burmistrzów, prezydentów miast) gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Również w tym przypadku w celu realizacji zadania ustawa wprowadza możliwość powołania pełnomocnika. Generalnie ustawa poprzez wprowadzenie nowego zapisu, zgodnie z którym Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii przyjmowany jest przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia, w sposób jednoznaczny podkreśla wartość oddziaływań antynarkotykowych dla polityki społecznej państwa.

Ważnym elementem właściwego funkcjonowania polityki antynarkotykowej w Polsce jest wprowadzona przez ustawę zmiana dotycząca **Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii**. Dotychczasowa Rada posiadająca prerogatywy doradczo-opiniotwórcze przekształcona została w ciało o charakterze koordynującym w zakresie działań z tytułu realizacji polityki państwa w obszarze środków odurzających, substancji psychoaktywnych i prekursorów. W obecnym kształcie Rada składać się będzie przede wszystkim z sekretarzy lub podsekretarzy stanu kluczowych dla zadań antynarkotykowych ministerstw. Nieliczny skład osobowy Rady zapewnić jej powinien sprawne funkcjonowanie, a wysokie usytuowanie polityczne większości członków Rady pozwoli na skuteczne kształtowanie i realizowanie adekwatnych do potrzeb reakcji państwa na problematykę narkotykową, m.in. poprzez podejmowanie skoordynowanych działań organizacyjnych i strukturalnych. Rada będzie mogła również powoływać zespoły robocze, w skład których wchodzić będą w szczególności specjaliści zajmujący się problematyką przeciwdziałania narkomanii. Dzięki temu

rozwiązaniu Rada nie utraci szczególnie cennej cechy uprzedniej Rady, jaką było otwarcie na zagadnienia wnoszone pod jej obrady przez m.in. przedstawicieli kościoła, organizacje pozarządowe czy korporacje zawodowe.

Ustawa wprowadza również nowe rozwiązania będące odpowiedzią na postulat wielu instytucji zajmujących się narkotykami i narkomanią, jakim jest **zakaz reklamy i promocji substancji psychoaktywnych i środków odurzających w celach innych niż medyczne**. Obecnie kto wbrew przepisom ustawy dokonuje takich czynów podlega karze grzywny, ograniczeniu wolności lub pozbawieniu wolności na okres do jednego roku.

W części dotyczącej postępowania z osobami uzależnionymi ustawa dokładnie określa kwalifikacje konieczne do udziału w rehabilitacji i prowadzenia rehabilitacji osób uzależnionych. **Ustawa określa zasady certyfikowania szkoleń w dziedzinie terapii uzależnień** i nakłada na ministra właściwego do spraw zdrowia delegację ustawową do wydania rozporządzenia uszczegóławiającego zasady prowadzenia certyfikowanych programów szkoleniowych. Zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami, certyfikaty ukończenia specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie specjalisty i instruktora terapii uzależnień uzyskane przed dniem wejścia w życie ustawy stają się certyfikatami w rozumieniu przepisów nowej ustawy, tj. zachowują w pełni swą ważność. Osoby zatrudnione w dniu wejścia ustawy w życie nie posiadające odpowiednich kwalifikacji a zatrudnione w jednostkach prowadzących rehabilitację zobowiązane są do ukończenia specjalistycznego szkolenia w terminie 5 lat od wejścia ustawy w życie.

Istotne zmiany ustawa wprowadza w części poświęconej **leczeniu substytucyjnemu**. Zgodnie z nowymi zapisami leczenie to może prowadzić zakład opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia wojewody,

wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Biura. Zezwolenia na prowadzenie substytucji w zakładzie opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności wydaje Dyrektor Generalny Służby Więziennej po zasięgnięciu opinii dyrektora Biura. Rozszerzenie w stosunku do poprzednich rozwiązań katalogu zakładów opieki zdrowotnej o zakłady niepubliczne powinno zaowocować szybszym rozwojem tej kategorii świadczeń leczniczych na rzecz osób uzależnionych i jest jednocześnie zgodne z przepisami regulującymi sferę wolności ekonomicznych znosząc nierówności podmiotów gospodarczych. Przyznanie Biuru kompetencji opiniowania programów na potrzeby urzędu wojewody w miejsce ministra właściwego ds. zdrowia nakłada na Biuro nowe obowiązki merytoryczne i organizacyjne, ale jednocześnie skraca i przyspiesza tryb postępowania w tym zakresie.

Rozdział poświęcony **prekursorom** jest odpowiedzią na potrzebę znowelizowania tej części polskiego prawa narkotykowego zgodnie z zasadami unijnymi. Zmiany wprowadzone w przepisach ustawy dotyczą dostosowania zasad obrotu prekursorami do zmian wprowadzonych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lutego 2004 roku w sprawie prekursorów narkotykowych. Rozporządzenie to reguluje podjęcie przez państwa członkowskie właściwych środków w celu monitorowania wytwarzania i rozprowadzania prekursorów. W związku z obowiązywaniem rozporządzenia powstała konieczność: uchylecia krajowych przepisów regulujących obrót prekursorami, w tym całkowitej zmiany rozdziału *Prekursory, środki odurzające i substancje psychotropowe*, wprowadzenia nowej definicji prekursora/substancji sklasyfikowanej, a także podziału prekursorów na kategorie. Dostosowanie do przepisów Unii Europejskiej dotyczy także rozporządzenia Rady z dnia 22 grudnia 2004 roku

określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi.

Powodem zmian przepisów dotyczących **uprawy maku i konopi** jest konieczność pełnego dostosowania prawa krajowego do prawodawstwa Unii Europejskiej w zakresie przetwórstwa słomy konopnej na włókno. Dokonany w ostatnich latach postęp technologiczny umożliwia, oprócz tradycyjnych kierunków przerobu, wykorzystywanie konopi włóknistych także w innych niż dotychczas działach przemysłu. W związku z powyższym zaproponowano rozszerzenie katalogu potrzeb, na jakie może być prowadzona uprawa konopi włóknistych, włączając w katalog przemysł spożywczy, farmaceutyczny, kosmetyczny i materiałów budowlanych.

W przepisach karnych **ustawa zaostrza postępowanie wobec osób prowadzących działalność gastronomiczną, rozrywkową lub usługową**, którzy wchodząc w posiadanie informacji o popełnieniu przestępstwa z dziedziny narkotykowej na terenie zakładu lub lokalu nie powiadamiają o tym niezwłocznie organów ścigania. Nastąpiło to dzięki zniesieniu obowiązującego w poprzedniej ustawie zapisu o możliwości zaniechania powiadomienia w poczuciu zagrożenia odpowiedzialnością własną lub najbliższymi.

Artykuł 72 ustawy wprowadza nową jakość do rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych poprzez **odniesienie się do osób, które nie są osobami uzależnionymi, a używają narkotyków i wchodzą w konflikt z prawem**. Ustawa w tej części posługuje się nowym terminem, jakim jest – zgodne z międzynarodową klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 – pojęcie używania szkodliwego. Zgodnie ze słownictwem ustawy jest to używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, „włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może

prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi“.

W stosunku do grupy osób, którym zarzuca się **popelnienie przestępstwa zagrożonego karą nie przekraczającą 5 lat** pozbawienia wolności, prokurator może zawiesić postępowanie, jeśli osoby te poddadzą się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Przepisy te stosuje się analogicznie w postępowaniu sądowym do chwili zamknięcia przewodu sądowego. Wprowadzony artykuł odnosi się do osób, głównie młodocianych, zagrożonych uzależnieniem. Stanowi on rozszerzenie zakresu oddziaływania w stosunku do osób używających narkotyków szkodliwie, umożliwiając im skorzystanie z udziału w odpowiednim programie profilaktyczno-leczniczym zamiast poddania się bezpośredniej karze.

W rozdziale 8 ustawy, w zmianach m.in. do przepisów obowiązujących znajdują się **zapisy, które mają ułatwić samorządom terytorialnym skuteczne prowadzenie działań zapobiegawczych** w obszarze substancji psychoaktywnych. Od pewnego czasu w wielu samorządach wytworzona została praktyka łącznego, szczególnie na poziomie profilaktycznym, traktowania problemów uzależnienia od substancji legalnych (alkoholu) i nielegalnych (narkotyków). Zapis nowej ustawy w pełni legitymuje tę praktykę i potwierdza jej wartość

merytoryczną poprzez wprowadzenie do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zapisów mówiących o możliwości wykorzystania części dochodów z opłat za zezwolenia na obrót alkoholem na realizację wojewódzkich i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.

Dodatkowo, w celu zwiększenia nadzoru nad substancjami psychoaktywnymi i środkami odurzającymi, załącznik nr 2 do ustawy – wykaz substancji psychotropowych uzupełniono o ketaminę.

Generalnie **przepisy ustawy regulują działania wszystkich podmiotów** zajmujących się profilaktyką, leczeniem, rehabilitacją, readaptacją i reintegracją osób uzależnionych. Obejmują one publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, organizacje pozarządowe, organizacje pożytku publicznego, które prowadzą działania w tym zakresie.

Ustawa będzie miała wpływ na organy porządkowe i kontrolne państwa, policję, straż graniczną, służby celne, a także organy wymiaru sprawiedliwości, w tym sądy, prokuraturę i służby więzienne, jak również na jednostki samorządu terytorialnego. Ustawa stwarza polepszone warunki do prowadzenia skutecznych działań zarówno w obszarze zdrowia, jak i egzekwowania prawa i wzmacnia możliwość efektywnego oddziaływania na stan zdrowia publicznego i stan bezpieczeństwa społecznego.

Piotr Jabłoński
dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii

ZAANGAŻOWANIE KOŚCIOŁA W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Kościół od początku swego istnienia wychowuje i kształtuje swych członków oraz jest świadomy swej wychowawczej roli. Deklaracja o wychowaniu chrześcijańskim mówi, że „w szczególny sposób obowiązek wychowawczy należy do Kościoła nie tylko dlatego, że winno się go uznać również za społeczność ludzką zdolną do pełnienia funkcji wychowawczej, lecz nade wszystko dlatego, że ma on zadanie wskazywania wszystkim ludziom drogi zbawienia, a wierzącym udzielania życia Chrystusowego i wspomagania ich ustawiczną opieką, aby mogli osiągnąć pełnię tego życia. Tym więc swoim dzieciom obowiązany jest Kościół jako Matka dawać także wychowanie, dzięki któremu całe ich życie byłoby przepojone duchem Chrystusowym, równocześnie zaś udzielać swej pomocy wszystkim ludziom do zdobywania pełnej doskonałości ludzkiej osoby, do dobra również ziemskiej społeczności i w budowaniu świata bardziej ludzkiego” (Deklaracja o wychowaniu Chrześcijańskim, nr 3).^{*} Powyższą misję spełnia Kościół poprzez duszpasterstwo parafialne, katechezę, o czym przypominał Jan Paweł II w adhortacji *Catechesi tradendae*, i akcentuje Katechizm Kościoła Katolickiego.

JAN PAWEŁ II WOBEC PROBLEMU NARKOMANII

W przesłaniu skierowanym do biskupów polskich obecnych w Rzymie z racji „ad limina Apostolorum” – 2 lutego 1998 r. papież mówił: „Nie wątpię, że bardzo leży wam na sercu sprawa młodzieży i to, aby nikt z tych młodych ludzi się nie zagubił. A jeszcze bardziej to, aby szukać tych wszystkich, którzy odchodzą lub odwracają się na skutek moralnego zagubienia, doświadczanych zawo-

dów czy rozczarowań. Ich droga powinna stać się szczególną troską Kościoła”.

W nauczaniu Jana Pawła II szereg razy podkreślana była rola Chrystusowego Kościoła, jaką jest służba człowiekowi. Człowiek jest drogą Kościoła. Wszystko co wiąże się z jego egzystencją interesuje Kościół, który z polecenia Jezusa interpretuje doświadczenie życiowe Bożymi Czynami oraz Bożym Słowem.

Obok pozytywnych doświadczeń ludzkiego życia występują patologiczne sytuacje, do których zaliczymy alkoholizm oraz narkomanię. Ojciec Święty wyrażał zainteresowanie tymi problemami poprzez tematykę przemówień na sympozjach organizowanych przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Zagadnienia uzależnień człowieka poruszał Ojciec Święty w homiliach oraz przemówieniach wygłaszanych do dorosłych, a szczególnie do młodzieży i dzieci z okazji papieskich pielgrzymek, a także podczas liturgicznego spotkania z ludźmi opiekującymi się terapeutycznymi ośrodkami dla narkomanów. Swoje zatroskanie o uzależnionych wyraził Jan Paweł II w pierwszych latach swego pontyfikatu – przy składaniu życzeń kardynałom oraz kurii rzymskiej oraz podczas uroczystości inaugurującej terapeutyczny ośrodek dla narkomanów w Rzymie. Troskę duszpasterską nad uzależnionymi powierzał Ojciec Święty w szczególny sposób zakonowi męskiemu i żeńskiemu.

Papież zauważał liczne zagrożenia niszczące potencjał młodości, deprawujące młodzież „namiastkami zdradzonych wartości, zgubnymi przynętami, które w egzystencji wydanej na łup rozczarowań i niekiedy pozbawionej ideałów, łatwo znajdują żer. Jakże zapomnieć o niezliczonych już ofiarach narkotyków, podsuwanych od pierwszych lat

^{*} Pełny tekst z przypisami i bibliografią znajduje się na stronie internetowej pod adresem www.narkomania.gov.pl/archiwum.htm

młodości, które potem stają się żelaznym łańcuchem haniebnej niewoli?” Na spotkaniu z młodzieżą w Montrealu papież zachęcał: „Nie szukajcie ucieczki w mrocznych godzinach. Odważnie opierajcie się handlarzom złudzeń, którzy wykorzystują wasz głód szczęścia i drogo każą sobie płacić za chwilę *sztucznego raj*u, uzyskaną poprzez odrobinę dymu, dawkę alkoholu czy narkotyku. Te skrócone drogi mają rzekomo prowadzić do szczęścia, a w rzeczywistości nie wiedą do nikąd. Odwracają was tylko od mądrego panowania nad sobą, które tworzy człowieka. Miejcie odwagę, by odrzucić tę łatwą drogę lub by z niej zawrócić, by się nie stoczyć. Umieście wyciągnąć rękę do tych braci, których opanowuje rozpacz, gdy ciemności świata stają się zbyt okrutne. Rozwijając program ośmiu błogosławieństw z młodzieżą Limy Ojciec Święty mówił: „Jest sprawą niesłychanie doniosłą wychowywanie chłopców i dziewcząt do pięknej miłości, po to, by uchronić ich przed wszelkimi próbami zniszczenia skarbu ich młodości: od narkotyków, przemocy, od grzechu w ogóle”. Tą samą intencją kierował się w słowie do młodzieży Ekwadoru: „(...) młodzież Ekwadoru nie powinna stać się ofiarą narkomanii, alkoholizmu, zmysłowości, przemocy, systematycznego oddalania od Boga i programu wychowania, który w sposób oficjalny nie uwzględnia religii.” Będąc świadomym trudnych warunków życia młodzieży Wenezueli z wielkim zatroskaniem mówił Jan Paweł II: „Kościół patrzy na was z ufnością i miłością (...) Wobec tych trudnych sytuacji można łatwo ulec pokusie eskapizmu, ucieczki, przyjmując postawę zamkniętą i egoistyczną, szukając schronienia w alkoholu, narkotykach, seksie, w ideologiach prowadzących do alienacji lub też głoszących nienawiść i gwałt”. Te same niepokoje towarzyszyły papieżowi, gdy na spotkaniu z młodzieżą w Kolumbii mówił: „(...) na waszej drodze czekają silne pokusy. Pośród nich atrakcyjna pokusa szybkiego i łatwego wzbogacenia się sposobami sprzecznymi z prawem i moralnością chrześcijańską;

pokusa ucieczki, mogąca prowadzić do narkomanii, alkoholizmu, seks i inne godne pożałowania nałogi (...) Nie wyrzekajcie się tego, co jest najwartościowsze w waszym życiu: tożsamości chrześcijańskiej! Trwajcie niezłomnie przy Panu Bogu (...)”. Te same przyczyny przyspieszające młodym sięganie po narkotyki widział Jan Paweł II podczas spotkania z młodzieżą Węgier: „Wiem dobrze, jak trudna jest obecna sytuacja młodych. Gdziekolwiek jadę, mam sposobność poznawać oczekiwania, rozczarowania i nadzieje młodych. Bezrobocie i brak mieszkań, trudności ekonomiczne i wzrost przestępczości, kryzys rodziny i upadek wartości, samotność i brak porozumienia, pragnienie sukcesu i ucieczka w narkotyki. To niektóre oznaki społecznego zła szerzącego się wśród młodych”. Z tragedią uzależnienia młodych dzielił się także papież na spotkaniu z młodzieżą Irlandii: „Jakże wielu młodych wypaczyło już swoje sumienie i prawdziwą radość życia zastąpiło narkozą, seksem, alkoholem, wandalizmem i pustym mirażem dóbr czysto materialnych”.

Apostolska pielgrzymka Jana Pawła II do krajów Ameryki Środkowej i Południowej, w których produkuje się narkotyki i następuje ich dystrybucja, stanowiła okazję do uwrażliwienia ludzkich sumień w tej materii. Przemawiając w Ekwadorze do mieszkańców Guasmo Ojciec Święty podtrzymywał słuchaczy na duchu zachęcając do postawy sprzeciwu wobec szerzącego się zła: „Powiedzcie *nie* przemocy, która niczego nie buduje, *nie* chuli gaństwu, prostytutce, pornografii, narkomanii, alkoholizmowi”. Na spotkaniu z indiańską ludnością rolniczą w Peru wskazywał na zło, jakim jest uprawa koki oraz produkcję narkotyków: „Egoizm jest również przyczyną demoralizującego procederu związanego z uprawą koki. Produkt ten, którego tubylcy używali niekiedy w formie naturalnej dla pobudzenia ludzkiej aktywności, jako narkotyk przekształcił się w straszliwą truciznę, którą pewni ludzie wykorzystują bez najmniejszych skrupułów.

Lekceważą oni najwyższą odpowiedzialność moralną za to, że korzyści ekonomiczne uzyskują kosztem fizycznego i psychicznego zdrowia wielu osób – zwłaszcza młodzieży i ludzi bardzo młodych – z których znaczna część stanie się niezdolna do godnego życia“. Przemawiając do najuboższych w Limie także zachęcał do wydania walki złu: „(...) walczyć przeciwko temu wszystkiemu, co przynosi ujmę waszej moralności i pogńębia was w grzechu: przeciw alkoholizmowi, narkotykom, prostytutce (...)“. W słowie do ludów Amazonii zachęcał do dochowywania wierności Bożym przykazaniom: „Niech was nie pociąga pijaństwo. Nie ulegajcie straszliwej i niemoralnej pladze odurzania się i handlu narkotykami“.

Papież z różnych okazji wyrażał swoją wdzięczność tym, którzy aktywnie angażują się w pracy nad odzyskaniem i zapobieganiem fatalnym następstwom narkomanii, którzy rozumieją troskę Następcy Chrystusowego. Etiologię uzależnienia widział Ojciec Święty w braku jasnych i przekonywujących racji życia. Zdaniem papieża: „ludzie potrzebują prawdy. Koniecznie muszą wiedzieć, dlaczego żyją, umierają, cierpią! (...) prawdą jest Jezus Chrystus! (...)“. Drugim powodem narkomanii jest niedostateczna i niezadowolająca struktura społeczna popychająca do poszukiwania w rozmaitych typach narkotyków *sztucznych rajów*. Wreszcie przyczyną zjawiska narkomanii jest również poczucie osamotnienia i niekomunikatywności, niestety dzisiejszemu społeczeństwu, hałaśliwemu i wyalienowanemu, a także i rodzinie. Jest bolesną prawdą, że brakiem kontaktu z Bogiem można tłumaczyć (...) ucieczkę w narkomanię, by zapomnieć, by się odurzyć, by uciec od sytuacji, które stały się nie do zniesienia, które gnębią; by wręcz z własnej woli rozpocząć podróż bez powrotu“. Receptą dla uzależnionych jest miłość: „młody człowiek zauroczony na zatrutych ścieżkach narkomanii musi poczuć się kochanym i rozumianym, by się uwolnić i powrócić na normalną drogę człowieka godzącego się na życie z per-

spektywą wieczności“. Papież zachęcał ludzi niosących pomoc narkomanom, by byli nosicielami i świadkami miłości i miłosierdzia Boga – przyjaciela, który nie zdradza, który wciąż kocha i ufnie czeka z nadzieją. Zadaniem oraz służbą pomagających narkomanom jest niesienie zaufania i miłości.

Dokonując inauguracji ośrodka terapeutycznego dla narkomanów w Rzymie papież mówił o potrzebie „niesienia krzyża“ oznaczającego odważne stawianie czoła wewnętrznym sprzeciwom. Wyjście z uzależnienia widział Jan Paweł II w rezygnacji z własnego modelu życia by iść za Chrystusem. Papież mówił: „Dla was, żyjących w tym Centrum terapeutycznym, nieść krzyż oznacza także wyjście z izolacji, z marginesu i z własnego *Ja* dwuznacznego i egoistycznego, po to by otworzyć się i stać się częścią wielkiej rodziny odkupionych (...), którzy doświadczają (...) radości zmartwychwstania. Bo czyż nie jest zmartwychwstaniem odniesienie zwycięstwa nad niewolą zmysłów zatrutych jadem tego *potwora*, jakim są narkotyki? Czy nie jest zmartwychwstaniem wyzwolenie się od dręczących ograniczeń życia, którego ciężar stał się ponad siły, po to by wznosić się do godności tych, *którzy przyoblekli się w Chrystusa?* (...) Tak, Człowiek! Kościół nie może spocząć, dopóki zagrożona jest godność człowieka, jego rozwój i realizacja jego osobowości. A narkomania stanowi dziś wielkie zagrożenie i prowadzi do zatrażających dramatów tych rodzin, których najpiękniejsze uczucia zostały porażone przez to nieszczęście, zbierające żniwo ofiar zwłaszcza pośród młodych, nieświadomych jej fatalnych skutków (...)“. Jan Paweł II cytował „Insegnamenti“ Pawła VI, które mówią o biochemicznym działaniu narkotyków w organizmie: mózg zostaje gwałtownie wstrząśnięty, wszystkie struktury życia psychicznego ulegają rozpadowi z powodu uderzenia owych nieuporządkowanych bodźców. Papież zachęcał „by środki społecznego przekazu, szkoły, organizacje humanitarne, a przede wszystkim rodziny podjęły

konkretne działania, których celem będzie oświecenie i umocnienie osób najmniej odpornych i wystawionych na niebezpieczeństwo". Wyzwolenie z nałogu jest możliwe dzięki współpracy z Chrystusem. Ojciec Święty przypominał, że „zjawiska narkomanii nie można zwalczać tylko poprzez stosowanie środków farmakologicznych, bowiem bardziej niż chorobą ciała jest ona chorobą duszy (...) chodzi o zmianę jakości życia (...) *Projekt – człowiek* – ma na celu pomoc narkomanowi w rozpoznawaniu i stawianiu czoła własnym problemom, poprzez długotrwałe i skuteczne doświadczenie wspólnotowe, dzięki któremu może on się ratować i powrócić do życia społecznego jako osoba czynna i nareszcie wolna (...). Ten typ programu (...) kładzie nacisk na osobistą odpowiedzialność zażywającego narkotyki, ponieważ w ostatecznym rozrachunku to on wybrał drogę takich doświadczeń i dlatego właśnie on jako pierwszy musi podjąć decyzję o zerwaniu z nałogiem akceptując pomoc innych w odzyskaniu samego siebie. To on przede wszystkim musi się zaangażować, aby uwolnić się od swego okrutnego losu i stać się odpowiedzialnym za własne przeznaczenie protagonisty. Nikt inny nie będzie mógł mu pomóc, jeśli on sam nie będzie chciał, nie przyjmie i nie uchwyci ze wszystkich sił wyciągniętej ręki, jak tonący, który chce się uratować (...). Atmosfera (...) wspólnoty (...) stwarza (...) ludziom młodym możliwość odzyskania szacunku dla własnej osoby, kontroli nad własnymi uczuciami oraz możliwość dania samemu sobie, swoim bliskim i tym wszystkim, którzy są zatroskani o dobro społeczne, pocieszającego świadectwa, że w tej dziedzinie (...) dobra wola czyni cuda (...)". Wszystkich pomagających narkomanom papież nazywał dobrymi Samarytanami leczącymi cierpliwą miłością oraz wielkodusznym oddaniem. Jan Paweł II wierzył, że jeżeli terapeuci oraz uzależnieni będą zjednoczeni w Chrystusie – dzieło wyda oczekiwane owoce, „zniknie egoizm, margines, samotnienie, konflikty, napięcia, bowiem tylko Chrystus będzie mógł sprawić, że w pełni

wspólnota urzeczywistni pragnienia i uzyska prawdziwe wyzwolenie".

Podobne myśli towarzyszyły Ojcu Świętemu, gdy w 1991 r. przemawiał do uczestników konferencji poświęconej narkomanii i alkoholizmowi. Narkomania i alkoholizm są przeciwne życiu, „ponieważ w pojedynczych ludziach, w środowiskach rodzinnych i strukturach społecznych podważają najgłębsze uzasadnienia nadziei, które, by przetrwać, muszą być nadzieją na życie – nadzieją życia (...). Źródłem nadużywania alkoholu i narkotyków jest (...) pustka egzystencjalna, będąca skutkiem niedostatku wartości i niewiary w samego siebie, w innych i w życie. Z drugiej strony, trudności, jakie trzeba pokonać, by wyjść z takiej sytuacji, pogłębia rozpacz, przez co ludzie dotknięci nałogami, ich rodziny i osoby z najbliższego otoczenia skłonne są przyjmować postawę rezygnacji". Papież mówił o rozprzestrzenianiu się narkomanii, która stanowi społeczną plagę występującą na całym świecie. Ofiarami narkomanii są w większości ludzie młodzi. Ojciec Święty cieszył się, że nie brakuje dobrych Samarytan pomagających uzależnionym i ich rodzinom. Pokłosiem plagi jest zwiększająca się liczba wypadków śmiertelnych, rozszerzanie się tej moralnej choroby nie oszczędzającej dzieci, które także zmusza się do handlu narkotykami. Papież podkreślał, że „przyjmowanie narkotyków jest zawsze niegodziwe, ponieważ oznacza nieuzasadnioną i irracjonalną odmowę myślenia, pragnienia i działania jako człowiek wolny". Narkotyk „nie tylko szkodzi zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, ale odbiera osobie zdolność bycia we wspólnocie i ofiarowania siebie". Szczególnie ubolewał Jan Paweł II nad uzależnioną młodzieżą, ponieważ młodość jest czasem otwierania się na życie, czasem wielkich ideałów, czasem szczerzej i ofiarnej miłości. Dlatego kierował apel do młodych, by nie szukali doświadczeń, których źródłem są rozczarowania i tragedie. Uleganie pokusie narkomanii jest drogą donikąd, przyspieszaniem starzenia się.

Prosił, by młodzież nie marnowała życia, lecz znajdowała uczciwość, pracowitość, poświęcenie, czystość oraz prawdziwą miłość. Papież widział etiologię uzależnienia w kryzysie rodziny, bezrobociu ludzi młodych, braku mieszkań, niedostatku służb społeczno - sanitarnych i szkolnictwa. Jan Paweł II dał przesłanie Kościoła niosące nadzieję zdrowienia: „ofiarom narkomanii i alkoholizmu, rodzinom i społecznościom, które tak dotkliwie cierpią z powodu tej słabości swoich członków, Kościół w imię Chrystusa proponuje – jako odpowiedź i jako alternatywę – terapię miłości: Bóg jest miłością, kto zaś żyje w miłości, urzeczywistnia komunie z innymi i z Bogiem. *Kto nie miłuje, trwa w śmierci. Kto jednak miłuje zna smak życia i trwa w nim!*”

Na spotkaniu w Watykanie w 1997 r. z uczestnikami sympozjum poświęconego narkomanii Jan Paweł II streścił wcześniejsze przesłania dotyczące tragedii uzależnienia człowieka. Ze smutkiem stwierdził, że to zjawisko objęło wszystkie środowiska oraz regiony świata. Najbardziej bolesny jest fakt wejścia narkomanii w życie dzieci i nastolatków. Papież znał bezradność i zniechęcenie rodziców i wychowawców wobec swoich podopiecznych. Ojciec Święty przeciwstawiał się absurdałnej opinii dzielącej narkotyki na lekkie i ciężkie, co pozwala tym pierwszym na legalizację. Takie stanowisko lekceważy oraz pomniejsza zagrożenie związane z konsumpcją toksycznych środków, co prowadzi także do uzależnienia. Zażywanie każdego narkotyku wywołuje powstawanie tych samych psychicznych mechanizmów, które prowadzą do osłabienia świadomości oraz pozbawienia człowieka woli i wolności. Groźna plaga narkomanii uśmierciła wiele młodych ludzi, innych prowadzi po drodze do rychłej śmierci kalecząc osobowość człowieka i jego uzdolnienia. Jeszcze raz przypominał papież o etiologii narkomanii widząc jej przyczyny w niezadowoleniu z życia, trudnościach ze znalezieniem miejsca w społeczeństwie, lęku przed

przyszłością, ucieczce w pozorną oraz sztucznie wyimaginowaną rzeczywistość. Narastanie zagrożenia dowodzi, że ludzie tracą nadzieję w życiu, pozbawiani są ludzkich oraz duchowych ideałów, tracą poczucie ograniczeń moralnych, odróżniania dobra od zła.

Papież kierował apel do małżonków, wychowawców, władz cywilnych oraz duszpasterzy uważając plagę narkomanii za sprawę wszystkich ludzi: „wzywam przede wszystkim małżonków, by budowali mocne więzi małżeńskie i rodzinne, oparte na miłości wyłącznej, trwałej i wiernej. W ten sposób stworzą najlepsze warunki do spokojnego życia w swoim domu, zapewniając dzieciom poczucie trwałości relacji uczuciowych oraz wiary we własne siły, której potrzebują, aby dojrzewać duchowo i psychicznie (...). Wzywam zatem wszystkich uczestniczących w procesie wychowania, aby podwoili wysiłki na rzecz młodych, którzy muszą właściwie ukształtować swoje sumienie, rozwijać życie wewnętrzne, nawiązywać pozytywne relacje i konstruktywny dialog z braćmi (...). Wzywam władze cywilne (...), aby ze zdwojoną energią dążyły do doskonalenia prawodawstwa wymierzonego przeciw narkomanii oraz zwalczania wszelkich form kultury narkotyków i handlu nimi, który stanowi źródło bogactwa zdobytego niegodziwie, bo żerującego na słabości bezbronnych istot ludzkich (...). Wyrażam uznanie dla niestrudzonej i cierpliwej pracy duszpasterskiej kapłanów, zakonników, zakonnic i ludzi świeckich działających wśród narkomanów: wspomagają oni rodziców, starają się okazywać młodym akceptację i rozmawiać z nimi, aby zrozumieć ich najgłębsze problemy i w ten sposób pomóc im wyjść z niewoli narkotyków, stać się ludźmi wolnymi i szczęśliwymi”.

Prośbę o włączenie się w posługę uzależnionym skierował Ojciec Święty do przedstawicieli polskich zakonów męskich i żeńskich podczas pobytu w Polsce w 1991 r.: „(...) Wyrosły nowe potrzeby, nieraz bardzo dotkliwe (np. potrzeba zajęcia się ofiarami narkomanii czy dotkniętymi chorobą AIDS).

(...) Zakony, zwłaszcza te, w których powołaniu leży działalność charytatywna czy zajmowanie się trudną młodzieżą, czeka ogromny wysiłek wejścia w realizację swego charyzmatu. Ufam, że nie zabraknie wam zrozumienia i pomocy zarówno pasterzy Kościoła, jak wiernych“. Jeszcze raz Jan Paweł II przypomniał o misji Kościoła: „Misją Kościoła jest głoszenie słowa Ewangelii, które otwiera drogę do Boga oraz ukazywanie ludziom Chrystusa, Słowa Życia i drogi, która prowadzi do dojrzałości ludzkiej i duchowej. Kierując się przykładem swojego Pana oraz solidarnością z braćmi w człowieczeństwie, Kościół spieszy z pomocą najmniejszym i najsłabszym, opiekując się zranionymi, umacniając chorych, wspomagając osobisty rozwój każdego“.

DUSZPASTERSKA POSŁUGA WSRÓD NARKOMANÓW

Przemiany zachodzące w życiu społeczno-gospodarczym, czas reform powodujący często gwałtowne przewartościowanie starego porządku, negację tego, co ów porządek tworzył – niosą szczególne zagrożenia. Powyższa sytuacja budzi niepokój o przyszłość narodu. Ekonomiczne problemy i skupianie głównej uwagi na nich pociągają zagrożenie stanowiące zachwianie zasad oraz prawd, na których buduje się godność człowieka. Głoszenie relatywizmu owych zasad i prawd prowadzi do samowoli, której wyrazem jest swoboda bez ograniczeń i zahamowań oraz wyzwalanie się od wszelkich nakazów i zakazów. Zasady moralne wydają się coraz bardziej wypierane przez zasady rządzące ekonomią.

Coraz trudniej odnajdują się w nowej sytuacji ludzie młodzi nie mogący znaleźć dla siebie miejsca. Niektórzy ulegają pokusie ucieczki od świata, społeczeństwa i życia. Jedną z tych ucieczek jest ucieczka w narkomanię i alkoholizm. To prowadzi do zniszczenia własnej osobowości, swego człowieczeństwa.

Istnieje potrzeba szukania sposobów

i metod wychowawczych oraz resocjalizacyjnych w celu niesienia skutecznej pomocy ludziom zniewolonym nałogiem. Profilaktyka i resocjalizacja narkomanów powinny stać się przedmiotem troski nie tylko rodziców, wychowawców, lekarzy, psychologów, ale także duszpasterzy. Istnieje kilka pozycji zawierających cenne próby zarysu teorii pedagogicznych opartych na nauce Kościoła w powiązaniu z badaniami psychosocjologicznymi. Pojawiają się także opracowania, konspekty oraz wzory katechez.

Jan Paweł II wyraźnie podkreślał, że praca nad odzyskaniem i zapobieganiem fatalnym następstwom narkomanii jest obecnie nie tylko godna uznania, lecz konieczna. Szczególnymi osobami powołanymi do ratowania tych, którzy ulegli narkomanii, są kapłani. Ich posługa ma specyficzny charakter, odrębny od posługi lekarzy, psychologów oraz terapeutów. Duszpasterska pomoc uzależnionym stanowi zadanie pomyślane jako służba należąca człowiekowi powołanemu przez Boga do pełni człowieczeństwa w Chrystusie.

Racje duszpasterskiego obowiązku pomocy ludziom uzależnionym

Społeczeństwo ma obowiązek stworzyć takie możliwości, by przywrócić narkomanowi poczucie godności osobistej i wartości oraz poczucie sensu życia bez zażywania narkotyków, a potem uchronić przed środowiskiem narkomanów i pokusą powrotu do nałogu. Przemawiają za tym racje naturalne oraz wynikające z Objawienia.

■ Racje naturalne

„W porządku naturalnym godność człowieka jest określona przez rozum, wolność i sumienie. Godność człowieka jest nietykalna i dzięki jej posiadaniu człowiek jest i powinien być zasadą twórczą oraz celem wszystkich instytucji społecznych. Nie może być nigdy traktowany jako środek, lecz zawsze jako cel sam w sobie“. Bycie osobą, jej godność domaga się, aby była uznana przed

wszystkimi innymi wartościami. Osoba ludzka ze względu na swą godność jest tym, kogo należy aprobować dla niej samej. Jan Paweł II uczył, że trzeba „człowieka afirmować dla niego samego, nie dla jakichkolwiek innych racji czy względów, jedynie dla niego samego”.

Z godnością osoby ludzkiej, z uznaniem wrodzonych naturalnych uprawnień przysługujących każdemu człowiekowi ma związek zasada sprawiedliwości. Sprawiedliwość staje w obronie ludzkiej godności, jest warunkiem jej zachowania. Domaga się, by każdego człowieka traktować na równi z innymi, jako niezależny podmiot posiadający uprawnienia, których nie wolno naruszać. Każdy rodzaj sprawiedliwości jako cnoty zakłada miłość do drugiego człowieka i zrozumienie dobra ludzkiej natury.

Miłość pozwala dostrzegać potrzeby innych i uzdalnia do czynienia więcej niż domaga się sprawiedliwość. Miłość pomaga dostrzegać drugiego człowieka i jego prawa oraz ich przestrzegać. Dlatego nie może być sprawiedliwości bez miłości. W dążeniu do sprawiedliwości społecznej nie można się obejść bez międzyludzkiej solidarności. Należy ją zdobywać, rozwijać i pogłębiać, wychowywać do niej. Wychowywać do solidarności znaczy pomagać w rozwijaniu takich wartości i cnót, jak miłość, sprawiedliwość, pokój, poszanowanie wspólnego dobra, miłość ojczyzny. Wartości te służą wielkiej sprawie godności osoby ludzkiej.

■ Racje teologiczne

Pismo święte uczy, że każdy człowiek jest obrazem Boga (Rdz 1,27). Na obliczu każdego człowieka widnieje coś z władztwa i dostojeństwa Bożego, niezależnie od jego przynależności rasowej czy klasy społecznej, wieku czy płci. Wszyscy mają wspólne pochodzenie od Boga, są braćmi i siostrami dla siebie nawzajem. Są równi w swej ludzkiej godności niezależnie od tego, co odróżnia ich od siebie. Tworzą jedną rodzinę ludzką. Do teologicznych podstaw idei równo-

ści należy również fakt wcielenia i odkupienia. Przez wcielenie swoje – pisał Jan Paweł II – Chrystus „zjednoczył się jakoś z każdym człowiekiem”. Przez odkupienie zaś dokonało się stworzenie człowieka. Został on „stworzony na nowo (...)”. Odkupienie (...) dało człowiekowi ostateczną godność i sens istnienia w świecie”. Człowiek jest nie tylko obrazem Bożym, lecz także przedmiotem miłości Bożej.

O równości każdego człowieka nie może zapomnieć duszpasterz, gdy ma przed sobą człowieka dotkniętego narkomanią. Właśnie w imię tej równości zobowiązany jest do szczególnej troski o niego. Uzależniony oczekuje pomocy nie tylko materialnej, ale przede wszystkim duchowej. Właśnie duszpasterz ma za zadanie uwiarygodnienie solidarności Boga z człowiekiem poprzez świadectwo własnej solidarności z dotkniętym narkomanią. Duszpasterz nosi w sobie odpowiedzialność za narkomana. Nie można mówić o pełnej resocjalizacji narkomana, o odbudowie jego osobowości i powrocie do życia w społeczeństwie, jeżeli obok słusznych metod psycho- i socjoterapeutycznych nie uwzględni się czynnika religijnego, który prowadzi do wewnętrznego aktu nawrócenia jako warunku wyzwolenia się z nałogu narkomanii. Tu zaś niezastąpiona jest pomoc duszpasterza.

Dla skuteczności pomocy narkomanowi nieodzowne jest dostrzeżenie w narkomanii zła zmierzającego niezmiennie do udaremnienia zbawczego planu Boga. Zrozumienie bowiem w tym nałogu grzechu, jego istoty i zła oraz skuteczna walka z nim łączy się jak najściślej z żywą wiarą w Boga, odczuciem Jego zbawczej woli poznawanej w świetle tajemnicy odkupienia. To zaś dać może przede wszystkim duszpasterz.

Duszpasterska posługa wobec narkomanów

Podjmując pracę nad uzależnionymi duszpasterz musi być przygotowany na trudności. Nie może zniechęcać się niepowo-

dzeniami. Nie może przedwcześnie, bez dostatecznego uzasadnienia, rezygnować z obranych założeń czy duszpasterskich oddziaływań.

■ Osobowość duszpasterza

Duszpasterz uzależnionych powinien być nie tylko nauczycielem Chrystusowej prawdy, nie tylko wychowawcą dającym wskazówki, ale przede wszystkim świadkiem, czyli pierwszym realizatorem głoszonego przez siebie orędzia zbawienia.

Wysuwając na pierwszy plan rolę duszpasterza jako świadka Chrystusowej prawdy zwraca się uwagę na jego funkcję wychowawczą w odniesieniu do narkomanów. Zakłada ona znajomość psychologii, która ułatwia mu kontakt z ludźmi. Przyswojenie zasad pedagogiki i dydaktyki sprawia, że oddziałuje on skutecznie na wychowanków. Dobry wychowawca jest zainteresowany młodzieżą, chętnie z nią przebywa nawiązując różnoraki kontakt. Dobry wychowawca „kocha młodzież”, „charakteryzuje się umiłowaniem dusz ludzkich”, „kocha swoją pracę”. Dzięki kontaktowości tworzy płaszczyznę dialogu prowadzącą do poznania osobowości rozmówcy, zrozumienia jego pragnień, zamiłowań, trudności, kryzysów, sytuacji rodzinnych. Pozytywnie nastawiony do młodzieży i jej problemów umiejętnie wczuwa się w jej trudne położenie. Winien kierować się duszpasterską miłością, życzliwością, potrzebą zrozumienia uzależnionych oraz towarzyszenia im na drodze życia.

Ze względu na charakter przekazywania Dobrej Nowiny najbardziej potrzebną cechą osobowości duszpasterza narkomanów jest jego autentyczna duchowość i życie w przyjaźni z Bogiem, wyrażające się w wierze, nadziei i miłości ku Bogu oraz ludziom. Takiej postawy oczekuje od niego młodzież, która szuka prawdziwych wartości, nie mogąc o własnych siłach ich znaleźć, ani wśród rówieśników, ani w postępowaniu bez liczenia się z pewnymi zasadami i normami, ani w życiu w świecie iluzji doświadczanym po zażyciu odurzających środków. Zagubiona

młodzież poszukuje u duszpasterza wzorów postępowania i oparcia w przeżywanych trudnościach. Przede wszystkim pragnie ona, aby w atmosferze bliskiego oraz trwałego dialogu przez słowo i działanie mogło się dokonać prawdziwe spotkanie między nią a duszpasterzem. To zaś jest niemożliwe bez prawdziwego człowieczeństwa, jego autentycznej chrześcijańskiej postawy. Zadaniem i obowiązkiem duszpasterza jest stać się dla młodzieży przewodnikiem dającym świadectwo i sługą słowa występującym w imieniu Kościoła. Jako świadek przekazuje młodzieży nie tylko odległe dla niej prawdy, ale także zbawczą rzeczywistość, do której należy on sam oraz jego podopieczni.

Próba zrozumienia kogoś zakłada pewną akceptację tej osoby. Nie należy jednak utożsamiać akceptacji z aprobatą. Przez akceptację duszpasterz ma umocnić w drugiej osobie proces stawania się, zrobić wszystko, by osoba ta mogła zrealizować swoje możliwości. Narkomania poszukuje mocnych przeżyć, zdolnych zagłuszyć frustrację, odrzucenie, niemożność spełnienia się w rodzinie i społeczeństwie, apatię, depresję, kompleksy. Toteż duszpasterz powinien umieć ożywić grupę swoim życiowym entuzjazmem, optymizmem, równowagą, różnymi uczuciami. Młodzież musi wiedzieć, że ktoś w nią wierzy, nie przekreśla jej, lecz kocha pomimo wszystko, ale stawia wymagania.

Umiłowanie młodzieży zakłada również zajęcie wobec niej postawy służebnej i wyzbycie się nadrzędności tak w stosunku do jednostki, jak i całej grupy. Tylko w ten sposób duszpasterz może poznać i zrozumieć postawy młodzieży oraz tylko w ten sposób może wejść w grupę. Te cechy osobowościowe duszpasterza uzależnionej młodzieży najlepiej uwidaczniają się w dialogu, który jest najbardziej odpowiednią metodą grupowej pracy z młodzieżą. Forma dialogu również najlepiej ujawnia duszpasterza jako świadka i wychowawcę.

Duszpasterz uzależnionych, poszukując dróg przekazywania Bożego wezwania,

powinien charakteryzować się także postawą twórczą. Obowiązuje ona w zakresie stosowania metod i form organizacyjnych duszpasterstwa. Dobra organizacja stanowi jeden z elementów pozyskiwania sobie młodzieży i skutecznej pomocy w wychodzeniu z uzależnienia.

Do cech duszpasterza należy dodać cierpliwość i konsekwentne działanie oraz gorliwe i ofiarne zaangażowanie, a także długofalowy wysiłek.

Osobowość jest rzeczywistością dynamiczną, nieustannie podlegającą zmianie i rozwojowi. Toteż zadaniem duszpasterza jest ciągle jej formowanie w łączności z Chrystusem i Kościołem.

■ **Formy pracy**

Praca duszpasterzy powinna pójść w dwóch kierunkach: profilaktyki i resocjalizacji. Punktem wyjścia w opracowaniu działań profilaktycznych powinny być badania etiologiczne nieprzystosowanej społecznie młodzieży. Źródłem społecznego nieprzystosowania są: zachwiana struktura rodzinna, zaburzenia w sferze emocjonalnej, brak zainteresowań, brak systemu wartości i określonego celu życia, instytucjonalizacja życia zbiorowego, zdehumanizowanie organizacji wychowawczych.

W ramach profilaktyki więcej uwagi trzeba zwrócić na duszpasterstwo rodzin. Narkomania młodzieży jest bowiem przede wszystkim symptomem kryzysu rodziny, a w tym jej funkcji wychowawczej.

Należy uświadomić rodzicom, że w procesie wychowania rodzinnego trzeba już we wczesnym dzieciństwie zwrócić uwagę na budzenie zainteresowań oraz kształcenie systemu wartości opierając się na tzw. psychologicznym prawie pierwszych skojarzeń. Dziecko należy uwrażliwić na emocjonalne kontakty oparte na życzliwości, altruizmie, poczuciu odpowiedzialności za własne postępowanie. Działalność profilaktyczna powinna zmierzać do wytworzenia pozytywnych wzorów rodzinnych. W procesie

wychowania od wczesnego dzieciństwa konieczny jest rozwój pasji poznawania świata, poszukiwania wartości tkwiących w świecie oraz drugim człowieku. Należy zachęcać rodziców, by dbali o zdrową atmosferę w rodzinie, interesowali się problemami dorastających dzieci, obserwowali ich zachowania, rozmawiali z dziećmi, wytwarzali atmosferę ciepła i serdeczności.

Braki oraz niedomogi rodzin winna zastępować wspólnota parafialna. Przy każdej parafii należy otworzyć świetlicę dla dzieci i młodzieży. Pod kierunkiem kompetentnych osób młodzi mogą rozwijać swoje talenty. W świetlicy mogą funkcjonować kółka: plastyczne, żywego słowa, dramatyczne, kukiełkarskie, muzyczne, taneczne, sportowe, kulinarne, języków obcych, charytatywne itp. Świetlica jest miejscem, w którym dzieci i młodzież korzystają z godziwej rozrywki, gdzie mogą odrobić zadaną lekcję, korzystać z korepetycji, urządzać swoje imieniny, urodziny oraz inne uroczystości rodzinne i parafialne. Świetlice służą do dobrego wykorzystania wolnego czasu, uczą kultury życia bez narkotyków i alkoholu.

Zadaniem duszpasterza jest przekazywanie młodzieży właściwej hierarchii wartości, budzenia odpowiedzialności za własne życie oraz życie innych. Duszpasterska działalność kapłana wobec ludzi uzależnionych może być spełniana w zakresie duszpasterstwa ogólnego oraz specjalistycznego.

■ **Posługa w ogólnym duszpasterstwie**

Owocność duszpasterskiej działalności księdza w dużej mierze zależy od jego postawy, zwłaszcza przy pierwszym spotkaniu. Narkoman na początku jest nieufny i podejrzliwy. Sprawdza on księdza, jego zamiary oraz przygotowanie. W kontakcie z narkomanem kapłan powinien zachowywać się naturalnie, być sobą unikając wszelkiej fasadowości i nieszczerości, a także odgrywania fałszywej roli „rewolucjonisty” czy „wesołego faceta”. Duszpasterz bowiem oddziałuje najbardziej tym, czym żyje. Kapłan

nie może również traktować narkomana jako przedmiotu swojej duszpasterskiej troski, jako grzesznika, którego trzeba „przerobić” na dobrego człowieka. Uzależniony bowiem pragnie być dostrzegany jako istota ludzka. Ksiądz powinien także unikać nadmiernej klerykalnej odrębności, która odrywa go od realnego świata i zamyka w wyimaginowanym „klubie księży”. Dobrze pojęte poczucie humoru oraz wewnętrzna pokora pomagają w przełamaniu barier, ponieważ uzależnieni mogą prezentować zachowanie odbiegające od powszechnie spotykanych. Duszpasterz powinien być również osobą godną zaufania, na której można całkowicie polegać. Dlatego we właściwy sobie sposób musi w każdej sytuacji zachowywać w tajemnicy to, co zostaje mu powierzone przez narkomanów. Kapłan nie może pogardzać narkomanem, potępiać go. Szkodliwa jest także cyniczna postawa odrzucenia grzesznika. Nie wolno również duszpasterzowi przyjąć postawy obojętnej. Powinien z miłością doprowadzić każdego człowieka do Chrystusa, stanąć przy nim jak przyjaciel, który w miarę swoich możliwości jest zawsze do dyspozycji.

Kapłan musi odznaczać się również cierpliwością, dalekowzrocznością i niezłomnością. Przyświeca mu świadomość, że ze względu na cechy osobowości narkomana nie może liczyć na jego szybką poprawę, winien zakładać u uzależnionego częste ponowne upadki. Duszpasterz ma być autentycznym świadkiem duchowego życia zbliżającym człowieka do Boga jako Osoby. Ksiądz winien pamiętać, że do spotkania narkomana z nim dochodzi dzięki Bożej łasce, czy to poprzez przypadek, czy kapłańskie poszukiwania.

Z problemem narkomanii każdy kapłan może zetknąć się przede wszystkim w konfesjonale – w ramach sakramentu pokuty. Dlatego spotkanie narkomana z Chrystusem w sakramencie pokuty powinno stać się siłą do pełnego uleczenia. Wymaga ono ze strony kapłana poświęcenia więcej czasu, aby w penitencji wytworzyć dyspozycję do przyjęcia łaski. Chodzi o pomoc w przeprowadze-

niu rachunku sumienia, w dojściu do przyczyn i uwarunkowań uzależnienia, a przede wszystkim do uświadomienia uzależnionemu moralnego zła narkomanii. Spowiednik powinien ułatwić wzbudzenie pragnienia pojednania z Bogiem, zmiany postępowania i wynagrodzenia pokrzywdzonych za popełnione zło. Dopiero tak wypracowana dyspozycja stanowi podstawę do aktu rozgrzeszenia. Należy pamiętać, że taka spowiedź powinna odbywać się w dogodnym dla narkomana czasie. W nauczaniu spowiednik podejmuje próbę ustalenia hierarchii wartości moralnych w celu pełnej ich akceptacji. Najważniejsze jest podejście do penitenta. Pan Jezus pyta cudzołożną kobietę: „Nikt cię nie potępił? (...) i Ja cię nie potępiam”. Najpierw chroni człowieka od śmierci, potem rozgrzesza. Spowiednik nie może być dla narkomanów sędzią, lecz „lekarzem dusz”. Chodzi tu o przyjacielski dialog. Doskonałym przykładem są rozmowy Jezusa z Nikodemem, z Magdaleną, z Samarytanką.

Spowiednik winien wytworzyć dyspozycję religijno-moralną u penitenta przez przyjacielską zachętę. Z wielu spowiedzi wynika, że brak osobistego poznania Chrystusa był największą nieznajomą w życiu uzależnionych. Dlatego sakramentalna nauka powinna być kerygmą, aby penitent uwierzył, że Chrystus jest dziś i jutro jego osobistym Zbawicielem, że nie tylko odpuszcza grzechy, lecz także uzdrawia ducha dając nadprzyrodzoną miłość. Do tej miłości powinien spowiednik prowadzić penitenta jako do zdrowia całego człowieka.

Bywa, że kapłan może spotkać uzależnioną młodzież w ramach katechizacji czy innych duszpasterskich spotkań, np. w kancelarii parafialnej. Wówczas sytuacja wymaga nawiązania indywidualnego kontaktu z takimi ludźmi. W rozmowie musi wykazać wiele cierpliwości, serdeczności i dyskrecji. Z uwagą oraz szacunkiem winien wysłuchać partnera dialogu, aby wspólnie z nim szukać Prawdy w miłości. W spotkaniach dialogowych, w klimacie zaufania i wolności może

wsłuchać się w młodzieżowe zwierzenia. Oczywiście, że łatwiej organizować takie spotkania z młodymi, którzy okazynie używają narkotyków, aniżeli z młodzieżą uzależnioną.

Spotkania „dialogowe“ to jakby permanentne rekolekcje – bowiem większość narkomanów to wtórni analfabeci religijni. W takich spotkaniach powinno się zatem skupić uwagę na Chrystusie, którego tak mało znają młodzi ludzie. Na drugim etapie można doprowadzić ich do spontanicznego uczestnictwa we Mszy św. odprawianej dla małej grupy wzorem spotkań oazowych. Przez modlitwę młodzi powoli odczuwają jej psychologiczną moc. W psychoterapii religijnej, która jest dotąd zbyt mało stosowana, modlitwa i rozważania biblijne stanowią jej istotny składnik.

Na kolejnym etapie powinien nastąpić dogłębny przełom – nawrócenie przez pokutę i uświęcenie Eucharystią. Kto z młodych wytrwa do końca w tych „dialogowych“ rekolekcjach, ten odczuje w sobie piękno i wartość godności człowieka – dziecka Bożego; odzyska poczucie chrześcijańskiego sensu życia. Chodzi przede wszystkim o oddziaływanie w celu zamiany poglądów młodzieży na wartościowe życiowe cele, by zmniejszyć jej nerwicowe reakcje na bodźce, które wywołują potrzebę brania narkotyku.

Bardzo istotnym elementem w resocjalizacji religijno-społecznej jest liturgia eucharystyczna. Istnieje ścisły związek między wartościami zagubionymi i poszukiwanymi przez narkomanów a wartościami, które proponuje Kościół w czasie Mszy św. Podczas tego wspaniałego chrześcijańskiego misterium doskonale się one wydobywają, a jednocześnie nasycają uczestników. Są nimi: miłość, pokój, dowartościowanie roli człowieka, wskazanie na jego podmiotowość, ogromna rola wspólnoty opartej na zdrowych zasadach. Msza św. stanowi czynnik uspołeczniający człowieka, ukierunkowujący go na drugiego człowieka, wiążący go z innymi, przystosowujący do konkretnej ludzkiej wspól-

noty i w pewnym sensie instytucji. Msza św. odpowiednio przygotowana szczególnie przemawia i oddziałuje. Jeśli jest odprawiana tylko w grupie kontestującej, wyzwala w niej głębszą świadomość i odpowiedzialność. Uwzględnia bowiem wtedy swoiste treści i formy tej grupy. Msza św. tej grupy odbywać się może w świątyni parafialnej z udziałem wiernych i jak najczęściej w intencji tej młodzieży. Kontakt z osobami dorosłymi może dostarczyć pozytywnych wzorców. W czasie takiej Mszy św. mogą się znaleźć rodzice i opiekunowie narkomanów, co jest bardzo ważne w odbudowywaniu ludzkiej jedności.

Mówiąc o owocach pracy w grupach, jak zresztą całego profilaktyczno-duszpasterskiego oddziaływania i niesienia pomocy narkomanom, trzeba podkreślić, że nie zawsze daje się w pełni je ocenić i wymierzyć kategoriami społeczno-medycznymi. Przemiana wewnętrzna, duchowa, oparta na wartościach religijnych sięga najgłębszych struktur świadomości i osobowości. Faktem jest, że wielu narkomanom, którzy korzystali z różnych form duszpasterskiej pomocy Kościoła, udało się uwolnić od uzależnienia.

■ Specyficzna posługa uzależnionym

Długoletnich narkomanów nie spotkamy już na katechezie. Skutki uzależnienia narkotycznego powodują, że narkoman odchodzi ze szkoły. Dlatego istnieje potrzeba, aby iść tam, gdzie gromadzą się narkomani: na ulicę, pod kawiarnię, do meliny czy parku. Należy podjąć z uzależnionymi dialog, okazać współczucie i życzliwość, a przede wszystkim wyrazić chęć pomocy.

Spotkanie z narkomanami w rozmaitych okolicznościach pociąga za sobą konieczność udzielenia uzależnionemu właściwej pomocy. Pierwszym warunkiem takiej pomocy jest zdobycie zaufania, aby narkoman mógł zwierzyć się ze swych problemów i kłopotów. Ksiądz winien go cierpliwie wysłuchać, chociaż trwa to nieraz bardzo długo. Poprzez roztropne zadawanie odpowiednich pytań

dotrze do przyczyn nadużywania narkotyków. Trzeba wystrzegać się pytań noszących znamiona przesłuchania, które mogą wpływać bardziej z czystej ciekawości niż z konieczności dowiedzenia się czegoś więcej o uzależnionym. W trakcie rozmowy należy obudzić w rozmówcy wiarę, że jest szansa uratowania jego życia przez ukazanie wyższych wartości, które staną się motywacją podjęcia leczenia. Wskazane jest, aby duszpasterz ukazywał działanie Boga w życiu człowieka na przykładach prezentowanych przez Pismo Święte, zdarzeniach z historii Kościoła i ludzkości. Bardzo przydatne jest świadectwo własne oraz nawróconych narkomanów. Kapłan ma dążyć do tego, aby narkoman uwierzył, że Jezus Chrystus jest zawsze jego osobistym Zbawicielem. Nie tylko odpuszcza grzechy, ale także uzdrawia ducha, daje nadprzyrodzoną wiarę, nadzieję i miłość. Świadomość, że Bóg jest dobrym Ojcem pragnącym zbawić każdego człowieka i troszczącym się o niego staje się pożądaną motywacją do podjęcia trudu leczenia i pracy nad sobą.

Rozmowę można rozpocząć od spontanicznej, prostej i autentycznej modlitwy. Nawiązanie kontaktu z Bogiem może być początkiem nawrócenia. W dziele głoszenia Ewangelii potrzebna jest wyjątkowa roztropność, delikatność oraz takt, aby rozmowa nie przekształciła się w indoktrynację. Od narkomana należy wymagać, by całkowicie powstrzymał się od nadużywania narkotyków. W tym celu należy skierować go do kompetentnej osoby: psychologa, psychiatry, aby mu pomogli i skierowali do poradni, przychodni zdrowia lub innego ośrodka leczącego uzależnionych.

Nie można narkomanowi pożyczać pieniędzy, nie można dać się oszukiwać i manipulować oraz należy zachować autonomię w ocenie problemu.

Osobę, która miała pierwsze kontakty z narkomanami, można włączyć we wspólnotę religijnego życia: oazę, odnowę w Duchu Świętym, Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży, aby we wspólnocie zaangażowanej w życie Kościoła nastąpiło jej nawrócenie oraz

właściwe pokierowanie nią – jej zdrowieniem.

Istnieje także specyficzna forma duchowej pomocy kapłana wobec narkomanów: są nią egzorcyzmy. Z tej duchowej pomocy należy korzystać bardzo roztropnie i jedynie za zgodą biskupa ordynariusza. Istnieje bowiem niebezpieczeństwo traktowania każdej choroby jako opętania przez złego ducha. Natomiast zawsze jest wskazana modlitwa o uwolnienie narkomana z jakiegokolwiek wpływu szatana. Dzięki modlitwie bliskich, a szczególnie kapłana uzależniony może wyjść z narkomanii.

Szczególną opieką należy otoczyć narkomanów podleczonej, to znaczy zachowujących abstynencję. Kapłańska posługa może mieć charakter spotkań zarówno indywidualnych, jak i wspólnych. Kapłan może poruszać interesujące ich tematy, wprowadzać w formy pobożności oraz czynnego życia Kościoła. Szczególną rolę odgrywają wspólnoty modlitewne; należy uważać przy wprowadzaniu do nich czynnych narkomanów, by spotkań grupy nie wykorzystywali do bezkarnej sprzedaży narkotyków. Wskazane jest, aby zorganizowane grupy religijne brały pod swoją opiekę jednego lub dwóch narkomanów. Dużym zainteresowaniem wśród byłych narkomanów cieszą się grupy oazowe, neokatechumenalne oraz charyzmatyczne. W ich wspólnotach uwrażliwia się na wartości religijne, altruizmu, wartość ludzkiego życia.

Aby pomoc udzielona narkomanom była skuteczna, kapłan powinien nawiązać kontakt z rodzinami osób uzależnionych. W celu zahamowania dalszego rozkładu rodzinnego życia oraz rekonstrukcji duchowego życia rodziny lub mediacji między narkomanem a jego rodzicami, by doprowadzić do pojednania. Wskazane jest również tworzenie parafialnych komitetów pomocy rodzinom, które zostały dotknięte tragedią narkomanii, aby nie borykały się samotnie z tym trudnym problemem. Takie rodziny można również skupiać w modlitewnych grupach oraz wskazywać inne miejsca, gdzie mogą szukać pomocy, także materialnej.

Wspólnota parafialna winna wytwarzać

atmosferę, w której uzależnieni znajdą życzliwość i zachętę do wyjścia z uzależnienia oraz będą wspierani w okresie kryzysu. Wspólnota świadoma swojej grzeszności solidaryzuje się w dążeniu do Chrystusowej doskonałości. Kapłan winien formować parafię w duchu wzajemnej odpowiedzialności za drugiego człowieka, aby nie dopuścić do powstawania fanatycznych i nietolerancyjnych postaw np. wobec chorych na AIDS. Formowanie może następować poprzez niedzielne kazania oraz katechezę szkolną, pozaszkolną i okazjonalną.

Dla osób i rodzin dotkniętych narkomanią oparciem mogłyby być grupy „Anonimowych Narkomanów” działające na wzór „Anonimowych Alkoholików”, które w Polsce rozwijają się przy wydatnej pomocy duszpasterzy. Program tych grup, wyrażony skrótowo w „12 krokach”, jest bliski myśli chrześcijańskiej i możliwy do zaadaptowania przez Kościół Katolicki. Wyjście z nałogu, które jest celem tego programu, może nastąpić z mocy Boga i do Niego wiele tych kroków bezpośrednio się odnosi.

Obowiązkiem duszpasterzy jest również oddziaływanie na osoby, które udostępniają dzieciom i młodzieży środki chemiczne, leki, narkotyki, rośliny maku. Trzeba ukazywać im wielkie zło, jakie niesie narkomania. Kapłani powinni wyraźnie potępić sprzedaż słomy makowej, a nawet domagać się kar kościelnych oraz cywilnych na zdrowych ludzi, którzy produkują i sprzedają jakiegokolwiek narkotyczne materiały. Każdy rehabilitacyjny ośrodek dla narkomanów znajdujący się na terenie parafii winien otrzymać szczególną pomoc zdrowych ludzi oraz duszpasterską opiekę.

Specjalistyczna posługa kapłańska wobec narkomanów

Specjalistyczne duszpasterstwo narkomanów domaga się odpowiedniego przygotowania. Formacja trwająca wśród kleryków seminariów w Polsce ma na celu wyłonienie alumnów, którzy odczytają w przyszłej po-

śludze kapłańskiej charyzmat duszpasterza narkomańskich ośrodków i wspólnot. Każda diecezja powinna mieć kościelnego referenta, który będzie rozpoznawał zakres problemu na terenie diecezji, a także przygotowywał kapłanów do posługiwania narkomanom. Potrzeba, aby w każdej diecezji kilku księży zajmowało się uzależnioną młodzieżą, a nawet każda większa parafia miejska winna posiadać przygotowanego do tej pracy duszpasterza.

W pełnieniu specjalistycznej posługi kapłańskiej wśród narkomanów istotne pozostaje również duchowe przygotowanie. Duszpasterstwo jest nierozłącznie związane z tajemnicami paschalnymi Chrystusa: śmiercią i zmartwychwstaniem oraz teologią ofiary. Decydując się na tę drogę posługi ksiądz winien ukończyć specjalistyczne studia lub kursy przygotowujące go do tej pracy. Wiele daje duszpasterska praktyka w ośrodkach leczących narkomanów. Naukowe przygotowanie pomoże uniknąć wielu błędów i właściwie zaspokajając potrzeby uzależnionych.

Zasadnicze działanie przypomina formy kontaktu z narkomanami w ogólnym duszpasterzowaniu, lecz różni się w kapłańskiej posłudze stawianiem na pierwszym miejscu uzależnionych i permanentnym byciem dla nich i z nimi. Posługa zaczyna się od podejmowania trudu odnalezienia narkomanów. Można to uczynić przez nawiązanie kontaktu z jedną osobą, aby przez nią dotrzeć do szerszego narkomańskiego środowiska. Duszpasterz winien być obecny na festiwalach młodzieżowej muzyki, zlotach hipisowskiej młodzieży, w kawiarniach, klubach, w miejscach ulubionych przez narkomanów. Winien również odwiedzać ich domy, meliny, piwnice. Takie spotkania domagają się kapłańskiej aktywności. Przejawi się ona w prowadzeniu indywidualnych rozmów, wspólnotowych dyskusji, zabawy, roztropnej materialnej pomocy, wyświetlaniu religijnych filmów, odprawianiu Mszy św. dla uczestników zlotu, festiwalu. Kapłan winien być bardzo blisko problemów młodzieży uzależnionej, a zara-

zem zachować właściwy dystans, który pozwoli rozsądnie je ocenić i nie dać się wykorzystać. Będzie pragnął doprowadzić rozmówców do nawrócenia. W wyniku takiej działalności narkomani sami przychodzą po pomoc w rozwiązywaniu problemów, ponieważ kapłan staje się osobą, na którą można zawsze liczyć, szczególnie w trudnych momentach. Potrzebna jest możliwość spotykania się z nimi na plebanii, lub w kapłańskim mieszkaniu. Narkomani są ludźmi pozbawionymi bardzo potrzebnego do życia ciepła rodzinnego domu. Będąc stale do ich dyspozycji, nawiązując przyjaźń – kapłan prowadzi do poznania Dobrej Nowiny podkreślając w niej kerygmat o powszechnym zbawieniu i Bożej łasce. Inną formą udzielania pomocy jest korespondencja, często mogąca stanowić początek drogi do nowego życia, oraz telefoniczne rozmowy ułatwione przez telefony komórkowe.

Wskazane jest także objęcie duszpasterstwem ludzi wychodzących z uzależnienia w szpitalach na oddziałach detoksykacyjnych, a szczególnie w ośrodkach rehabilitacyjnych. Na terenie Polski obecnie funkcjonuje kilkanaście ośrodków prowadzących terapię dla „małolatów” i starszych narkomanów. Stowarzyszenie „Karan” założone przez ks. Pawła Rosika posługuje narkomanom w czterech centrach interwencyjno-kryzysowych: w Warszawie, Radomiu, Rzeszowie i Wrocławiu. Stowarzyszenie prowadzi punkty konsultacyjne w Kielcach, Kaliszu, Elblągu oraz Rzeszowie. Gromadzi zagrożoną młodzież w świetlicach terapeutycznych Rzeszowa, Kalisza i Elbląga. Prowadzi centrum rozwoju osobowości między innymi w Radomiu i Warszawie.

Funkcjonują dwa ośrodki dla dzieci i młodzieży prowadzone przez ks. Bogdana Pecia w Bytomiu oraz przez ks. Józefa Walusiaka w Bielsku Białej. Caritas białostocka dysponuje ośrodkiem dla narkomanów w Czarnej Białostockiej. W Mstowie koło Częstochowy funkcjonuje wspólnota Betania prowadząca resocjalizację dla uzależ-

nionych. Siostra Elwira otworzyła dwa ośrodki dla mężczyzn w diecezji koszlińsko-kołobrzeszkiej oraz w diecezji katowickiej.

W duszpasterskich kontaktach z leczącymi się narkomanami największe znaczenie ma indywidualna rozmowa. Grupowa terapia w początkowej fazie wychodzenia z nałogu daje słabsze rezultaty od indywidualnej. Nieroztropnie prowadzona grupowa terapia może być okazją do wymiany doświadczeń z dziedziny narkomanii. W pierwszej fazie kontaktu indywidualnego z uzależnionym kapłan może zaoferować narkomanowi intelektualne oraz emocjonalne oparcie.

Duszpasterz winien także dotrzeć do środowiska chorej młodzieży. Nie chodzi o rozbicie grupy, lecz obdarowanie jej członków prawdziwym dobrem. Duszpasterzowi powinna towarzyszyć potrzeba mądrej tolerancji, co może doprowadzić do grupowego pozytywnego przekształcenia grupy i doskonalenia jej członków. Do istotnych zadań kapłańskiego posługiwania należą: ewangelizacja, prowadzenie człowieka do kontaktu modlitewnego z Bogiem oraz szafowanie sakramentami. Życie modlitwy jest bardzo ważnym składnikiem religijnym psychoterapii. Jedną z form modlitwy bardzo lubianej przez uzależnionych jest piosenka z akompaniamentem instrumentów. Na czynne życie sakramentalne winna być ukierunkowana katecheza oraz indywidualne rozmowy. U większości narkomanów występuje religijny analfabetyzm, dlatego duszpasterz winien koncentrować uwagę na Chrystusie i Jego Dobrej Nowinie. Kapłan powinien również problemy uzależnionych interpretować w świetle Ewangelii, przygotowywać ich do uroczystości oraz świąt kościelnych, a także w prowadzonych katechezach uzupełniać braki w zakresie wiadomości religijnych. Winna dominować forma dialogu. Uzależnieni powinni uwierzyć, że Jezus jako Zbawiciel odpuszcza im grzechy, uzdrawia ducha i daje nadprzyrodzoną miłość. Dlatego posługa kapłana jako spo-

wiednika jest fundamentalna i wymaga stałej dyspozycyjności. Pojednanie narkomana z Bogiem powinno zmierzać do pełnej komunii w sakramencie Eucharystii.

Msza św. stanowi centrum oraz cel duszpasterskiej posługi wobec narkomanów. Msza św. jest nośnikiem tych wartości, które narkoman zagubił w swoim życiu, a które powoli odzyskuje (miłość, pokój, wartość człowieka jako podmiotu, rola wspólnoty opartej na zdrowych zasadach). Poprzez katechezę narkomani mogą świadomie i aktywnie uczestniczyć w liturgii. Katecheza jest okazją do przygotowania innych sakramentów świętych. Chodzi o ukształtowanie w narkomanie dojrzałej postawy wiary.

Duszpasterz winien zatroszczyć się także o funkcjonowanie poza ośrodkiem poradni katolickich oraz telefonów zaufania. Dla kończących leczenie winny być otwierane hostele, w których na innych warunkach wchodziliby w życie poza ośrodkiem.

Szczególne znaczenie dla narkomanów leczących się w ośrodkach zamkniętych stanowi czas na rekolekcje adwentowe i wielkopostne, które mogą przeprowadzić księża zaproszeni przez wspólnotę. Duży wpływ na narkomanów mają odwiedzający wspólnotę przedstawiciele zakonów czy grup charyzmatycznych dzielących się radością wiary oraz życia płynącego w przyjaźni

z Bogiem. Duszpasterz ośrodka sprawuje także duchową pieczę nad wychowawcami organizując dla nich dni skupienia, rekolekcje, służąc kapłańską pomocą i świadectwem.

Do posługi narkomanom mogą księżu służyć specjalnie uformowani animatorzy świeccy. Mogą nimi być młodzi ludzie – rówieśnicy uzależnionych: dojrzały, zaangażowani społecznie i religijnie. Ich współpraca z chorymi szczególną odpowiedzialnością obarcza duszpasterza, by rzeczywiście byli apostołami życia bez narkotyków, ukazującymi ludzkie życie „na trzeźwo”.

Zadaniem duszpasterza jest dokształcenie księży w posłudze chorym; może się to odbywać w ramach konferencji rejonowych, dekanalnych, dni skupienia, rekolekcji czy innych szkoleń.

Wskazane będzie informowanie społeczeństwa przez środki masowego przekazu (pisma, filmy, programy telewizyjne i radiowe) o tragedii uzależnienia.

Wypada życzyć rodzicom, wychowawcom, władzom cywilnym oraz Kościołowi w Polsce realizacji wezwań Jana Pawła II wobec plagi narkomanii dziesiątkującej w okrutny sposób szczególnie młode pokolenie Polaków.

Bp Antoni Długosz

Krajowy Duszpasterz

Młodzieży Nieprzystosowanej Społecznie

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE

Wstęp

Jedną z wiodących współczesnych form leczenia osób uzależnionych od opiatów (głównie heroiny) jest leczenie substytucyjne. Programy substytucyjne w kształcie podobnym do obecnego powstały na początku lat 60. XX w., gdy rozmiary narkomanii przybrały niepokojące rozmiary, a oferowane formy leczenia cechowały się małą skutecznością i nie zapobiegały znacznej umieralności osób uzależnionych.

Istotą programów leczenia substytucyjnego jest przewlekłe, kontrolowane podawanie leków o działaniu receptorowym zbliżonym do morfiny lub innych uzależniających substancji opioidowych (agonistów receptorów opioidowych), ale o bardziej korzystnych cechach (np. przyjmowanie drogą inną niż dożylna, długi okres działania umożliwiające podawanie leku jeden raz dziennie lub rzadziej, „blokowanie” depresyjnego działania heroiny na ośrodek oddechowy, powodowanie mniejszej euforii, niepowodowanie konieczności przyjmowania coraz większych dawek). Pacjenci leczeni substytucyjnie częściej i dłużej pozostają w programach terapeutycznych, mniejsza jest ich umieralność w porównaniu z narkomanami nieleczonymi lub leczonymi innymi metodami, są na ogół lepiej diagnozowani i systematycznie leczeni z powodu współwystępujących chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych, lepiej funkcjonują społecznie, narażeni są na znacznie mniejsze ryzyko chorób wszczepiennych (głównie HIV i żółtaczek). Programy terapii substytucyjnej najczęściej zawierają w sobie mniej lub bardziej intensywne programy psychoterapeutyczne oraz różne formy pomocy środowiskowej.

Leczenie substytucyjne liczy już sobie ok. 40 lat, a liczba pozostających w progra-

mach przekracza ponad pół miliona osób. Lista prac naukowych poświęcona różnym aspektom tej formy terapii liczy kilka tysięcy pozycji. Większość organizacji międzynarodowych (np. WHO, UNODC, UNAIDS, UE) i większość krajów o dużej kulturze medycznej uznaje leczenie substytucyjne za pełnoprawną, w znacznej części za wiodącą, a czasami nawet za bezalternatywną dla części pacjentów metodę terapii. Leczenie substytucyjne wciąż bywa uznawane za metodę „kontrowersyjną”, „niesprawdzoną”, „wątpliwą etycznie” itp. głównie w krajach o mniej rozwiniętych systemach opieki zdrowotnej i systemach podejmowania decyzji z zakresu polityki zdrowotnej opartych na poglądach i przekonaniach, a nie na dowodach naukowych.

Początki leczenia substytucyjnego

Do połowy lat 50. XX w. narkomania opiatowa w krajach o dobrze rozwiniętej służbie zdrowia nie stanowiła znaczącego problemu. Niemniej epidemia opiumizmu z Dalekiego Wschodu dotykała również Europejczyków i Amerykanów, a problemem były także jatrogenne uzależnienia spowodowane podawaniem morfiny i innych preparatów opiatowych. Brak znajomości patomechanizmów uzależnienia i ograniczone możliwości ówczesnej farmakoterapii sprowadzały postępowanie m.in. do przepisywania morfiny lub, rzadziej, heroiny. Do lat 30. XX w. w USA popularne były tzw. „kliniki morfinowe”, których działania zakazano głównie z powodów ideologicznych (popularność stanowisk prohibicjonistycznych). Ale również w krajach, w których to postępowanie trwało (np. w Anglii), istotnym ograniczeniem tego typu terapii były właściwości morfiny i heroiny, które powodowały konieczność podawania ich we wstrzyk-

nięciach kilka razy dziennie i w zwiększających się dawkach.

Połowa XX w. to okres, gdy w Stanach Zjednoczonych, a później w Europie i w nieco mniejszym stopniu, na innych kontynentach przyjmowanie różnych narkotyków przybrało rozmiary określane jako „epidemiczne”. Znajomość biologicznych patomechanizmów uzależnienia była mała, a skuteczność leczenia opartego na podejściu psychospołecznym, której miarą było utrzymywanie abstynencji przez co najmniej rok, nie przekraczała 10-15%. Wśród wielu problemów zdrowotnych i społecznych generowanych przez używanie heroiny podstawowym była bardzo duża umieralność jej użytkowników, spowodowana głównie „przedawkowaniem”. W tej sytuacji zaczęto podejmować różnego rodzaju eksperymentalne próby leczenia farmakologicznego, którego głównym celem miało być zapobieżenie poważnym zatruciom heroiną m.in. poprzez „blokowanie” depresyjnego działania heroiny na ośrodek oddechowy. W tym celu próbowano stosować m.in. metadon, syntetyczny długodziałający lek przeciwbólowy, który wcześniej z powodzeniem wykorzystywany był w detoksykacji polegającej na zastępowaniu nim bardziej toksycznej heroiny i stopniowym zmniejszaniu dawki. U znacznej części osób uzależnionych eksperymentalnie przyjmującej metadon oprócz oczekiwanego efektu „blokowania” depresyjnego działania heroiny na ośrodek oddechowy, zauważono także zaprzestanie lub zmniejszenie przyjmowania środków psychoaktywnych i poprawę funkcjonowania społecznego. Było to podstawą do eksperymentu długotrwałego podawania metadonu nie tylko w celu zapobieżenia przedawkowaniom heroiny, ale także dla uzyskania pozytywnych zmian w zachowaniu i odwracania innych medycznych i społecznych skutków uzależnienia.

Wyniki pierwszych prób przewlekłego substytucyjnego podawania metadonu były

opublikowane na początku lat 60. XX w., a rezultaty były na tyle zachęcające, że wkrótce zaczęto stosować metadon na szeroką skalę. Jednak regulacje prawne w USA przez długi czas nadawały temu leczeniu status eksperymentalny, a co za tym idzie, wymuszały m.in. konieczność licencjonowania programów, przestrzegania typowych dla eksperymentu procedur, kolekcjonowania i analizowania danych. Choć było to spowodowane głównie nieufnością do tego typu terapii, przyniosło wiele pozytywnych efektów: uniknięto nieprawidłowych praktyk, których skutki mogły zdeprecjonować ideę leczenia substytucyjnego; zebrano naukowe dowody na skuteczność programów metadonowych; wypracowano zmiany, których celem była poprawa efektywności i dostępności leczenia substytucyjnego. Efektem tego było prawne uznanie w USA w 1972 r. leczenia substytucyjnego metadonem za skuteczną i bezpieczną metodę leczenia uzależnienia opioidowego. Szczegółowo opracowano zasady terapii metadonem, w tym system licencjonowania ośrodków i sprawozdawczości, zasady kwalifikowania do leczenia i skreślenia z niego, dawkowania metadonu, kontrolowania przestrzegania abstynencji, konieczności zapewnienia dostępu do kompleksowej terapii medycznej, psychologicznej i oddziaływań środowiskowych itp. Regulacje prawne w zakresie leczenia substytucyjnego spowodowały, że na przełomie XX i XXI w. w USA leczyło się substytucyjnie ok. 200 000 uzależnionych, większość metadonem, kilka tysięcy osób LAAM-em i zwiększająca się liczba uczestniczących w eksperymentalnych programach leczenia buprenorfiną. Liczne dowody naukowe na skuteczność i bezpieczeństwo leczenia substytucyjnego, a od połowy lat 80. także na efektywność w zakresie profilaktyki zakażeń HIV stały w sprzeczności z dość rygorystycznymi przepisami prawnymi, które w momencie ich wprowadzania były istot-

nym postępem, polegającym na umożliwieniu kontrowersyjnej w tym czasie formy leczenia, natomiast pod koniec XX w. w istotny sposób ograniczały powszechną dostępność do tego typu terapii. Dwieście tysięcy leczonych substytucyjnie w USA stanowiło zaledwie ok. 20% wszystkich uzależnionych od opiatów. Dla pozostałych programy albo nie były dostępne, albo zniechęcały rygorystycznymi przepisami (np. koniecznością codziennego zgłaszania się po metadon w początkowej fazie uczestniczenia w programie). Pod koniec lat 90. środowiska realizatorów programów zorganizowały szereg konferencji naukowych, na których opracowano dokumenty rekomendujące liberalizację przepisów leczenia substytucyjnego, która umożliwi większą dostępność do terapii. Efektem tego było zliberalizowanie przepisów federalnych, polegające m.in. na przesunięciu monitorowania leczenia substytucyjnego ze szczebla administracyjnego na medyczny, dopuszczeniu do leczenia buprenorfiny (wcześniej dopuszczono LAAM) oraz umożliwieniu prowadzenia leczenia buprenorfiną przez lekarzy ogólnych (po odpowiednim przeszkoleniu i uzyskaniu pozwolenia).

Historia i stan leczenia substytucyjnego w Europie są bardzo zróżnicowane (*tabela 1*). Najwcześniej leczenie metadonem dopuszczono w Szwecji (1967), Wielkiej Brytanii (1968), Holandii (1968), Danii (1970), Irlandii (1970), Finlandii (1974), Włoszech (1975), Szwajcarii (1975) i Portugalii (1977). Zezwolenie na ten typ leczenia nie było jednak równoznaczne z jego aktywnym wspieraniem i masowością. Leczenie substytucyjne w większości krajów na początku wzbudzało liczne kontrowersje. Tylko część kontrowersji miała charakter merotoryczny. Przeciw metadonowi podnoszono zarzuty natury etycznej („świadome podawanie substancji podtrzymującej uzależnienie“, „osiąganie celów społecznych kosztem utrzymywania uzależnionych w uzależnieniu“, „zamiana jednego uzależ-

nienia na inne“). Przeceniano też skuteczność metod psychospołecznych jako alternatywy leczenia substytucyjnego. W większości krajów powtarzała się sekwencja wydarzeń: nieufność społeczeństw i późne zezwalanie na programy eksperymentalne – legalizacja programów wysokoprogowych (ograniczenia możliwości leczenia tylko w ośrodkach licencjonowanych, kwalifikowanie głównie przypadków ciężkiego uzależnienia z wielokrotnymi nieudanymi próbami leczenia „konwencjonalnego“ w przeszłości, konieczność codziennego przychodzenia po metadon, ograniczenia dawek maksymalnych, wymagające regulaminy, konieczność skreślenia z programu w przypadku nieprzestrzegania tych regulaminów mimo ewidentnych korzyści medycznych i społecznych) – liberalizacja programów i zwiększenie dostępności do nich w obliczu epidemii infekcji HIV, poszukiwanie alternatywnych form leczenia substytucyjnego i dążenie do umożliwienia leczenia każdemu uzależnionemu, który tego chce.

Dynamika rozwoju leczenia substytucyjnego w Europie jest zróżnicowana. Najwcześniej wprowadzono je w krajach o protestanckich korzeniach kulturowych: w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Szwajcarii, Holandii, północnych Niemczech. Kraje o kulturze z silnymi wpływami katolickimi (Włochy, Hiszpania, Portugalia) z rezerwą odnosiły się do koncepcji redukcji szkód zdrowotnych (propagowania wymiany igieł i strzykawek, używania prezerwatyw, ale także leczenia substytucyjnego), co doprowadziło do wystąpienia w populacji uzależnionych znacznie bardziej nasilonych problemów medycznych i społecznych niż w krajach intensywnie prowadzących politykę zmniejszania szkód zdrowotnych. Argumentem o dużej sile przekonywania (choć wcale obiektywnie nie najważniejszym) były znacznie większe wskaźniki nowych infekcji HIV w krajach zachowawczych pod względem polityki

Tabela 1. Rok dopuszczenia do leczenia metadonem i innymi substancjami stosowanymi w leczeniu substytucyjnym*

Kraj	Rok zaaprobowania leczenia metadonem	Dostępne inne leki substytucyjne
Austria	1987	morfina SR 1997 buprenorfina 1997
Belgia	1994	dihydrokodeina
Bułgaria	2003	morfina SR 2004
Czechy	1997	-
Dania	1970	buprenorfina 1998
Finlandia	1974	buprenorfina 1997
Francja	1995	buprenorfina 1996
Grecja	1993	-
Hiszpania	1983	heroina 2002
Holandia	1968	heroina 1997
Irlandia	1970	-
Litwa	1995	-
Luksemburg	1989	dihydrokodeina 1994 mefenon 1989
Niemcy	1992	dihydrokodeina 1985 buprenorfina 2000 heroina 2002
Norwegia	1994	buprenorfina
Polska	1997	-
Portugalia	1977	buprenorfina 2000
Słowenia	1995	-
Szwajcaria	1975	dihydrokodeina buprenorfina heroina
Szwecja	1967	buprenorfina 2000
Ukraina	-	buprenorfina <6 mies.
USA	1972	LAAM 1975 buprenorfina 2000
Węgry	1995	kodeina
Wielka Brytania	1968	buprenorfina 1999 heroina 1926
Włochy	1975	buprenorfina 1999

* za EMCDDA 2001 i niepublikowanym raportem CEEHRN (zmodyfikowane)

redukcji szkód zdrowotnych. Spowodowało to tak gwałtowną zmianę polityki zdrowotnej w kierunku zmniejszania szkód zdrowotnych spowodowanych narkotykami, że obecnie takie kraje, jak: Włochy, Hiszpania, Irlandia i częściowo Portugalia mają dużą dostępność do leczenia substytucyjnego (stosunek liczby osób w leczeniu substytucyjnym do liczby wszystkich uzależnionych od opioidów), dużą dynamikę przyrostu liczby miejsc w programach substytucyjnych, dużą dynamikę redukcji nowych przypadków zakażeń HIV.

Duże znaczenie dla kultury medycznej i postępowania wobec osób uzależnionych ma także poziom ekonomiczny społeczeństw i integracja w ramach Unii Europejskiej.

W krajach Europy Środkowej i Wschodniej dostępność do leczenia substytucyjnego jest niewystarczająca (z wyjątkiem Słowenii i Chorwacji, które najwcześniej weszły w krąg kultury medycznej Zachodu i które mają relatywnie niezłą sytuację ekonomiczną).

Polska jako pierwsza z krajów Europy Środkowej i Wschodniej wprowadziła programy metadonowe. Pierwszy eksperymentalny program metadonowy wprowadził Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w 1992 roku. W pierwszej połowie lat 90. powstały kolejne programy w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie, przy ówczesnym Centrum Leczenia AIDS w Warszawie oraz mały program w Starchowicach. Władze centralne w Polsce do leczenia substytucyjnego miały najczęściej stosunek życzliwy, ale nie przekładało się to na dynamiczny ich rozwój. Mimo oddolnych inicjatyw nie powstały narodowe ani resortowe programy rozwoju leczenia substytucyjnego, a na rozporządzenia wykonawcze do pierwszej w tej części Europy ustawy zezwalającej na leczenie substytucyjne (1997 r.) trzeba było oczekiwać do września 1999 r. Najlepszym okresem powstawania programów metadonowych w Polsce był czas, w którym o alokacji środków na leczenie decydowały społecz-

ności lokalne, wspierane szkoleniowo i finansowo przez organizacje międzynarodowe. W tym okresie powstały programy metadonowe w Zgorzelcu, Chorzowie, Lublinie, Szczecinie, Krakowie i Poznaniu. Przejęcie finansowania leczenia w Polsce przez regionalne kasy chorych związane było często z niezrozumieniem specyfiki leczenia metadonowego przez nieposiadających dostatecznej wiedzy w tej mierze urzędników. Do dziś programów metadonowych nie mają miasta o dużym rozpowszechnieniu narkomanii opiatowej, m.in.: Łódź, Trójmiasto, Wrocław. W 11 programach metadonowych w Polsce leczy się ponad 700 pacjentów, co plasuje Polskę na dalekim miejscu w hierarchii dostępności do leczenia substytucyjnego (700 na ok. 35 000 uzależnionych od heroiny = 2%). W tej dziedzinie lokujemy się za krajami, które później rozpoczęły leczenie metadonowe, m.in. Litwą, Słowacją i Bułgarią.

Badania ankietowe przeprowadzone wśród przedstawicieli instytucji rządowych i specjalistów leczenia uzależnień w krajach Europy Środkowej i Wschodniej pokazały, że stosunkowo najlepiej sytuacja przedstawia się w krajach satelickich byłego Związku Radzieckiego, gdzie w większości istnieją przynajmniej podstawy prawne i załączki leczenia substytucyjnego. Inaczej jest w republikach postradzieckich (z wyjątkiem Litwy) oraz krajach o dużym wpływie czynników religijnych (Turcja, Cypr, Malta) gdzie nawet nie dyskutuje się o prawnym dopuszczeniu tych metod leczenia. Interesujące, że przedstawiciele agend rządowych w krajach bez leczenia substytucyjnego jako przyczynę tego stanu najczęściej podawali obiegowe stwierdzenia, już dawno negatywnie zweryfikowane naukowo (rzekomy „stan eksperymentalny“, rzekoma duża skuteczność programów „drug free“, przecenianie niebezpieczeństwa wpływu metadonu na czarny rynek etc.), natomiast osoby realizujące

programy lecznicze podkreślały niekompetencję urzędników i zasłanianie się ideologią, podczas gdy istotnym problemem jest brak środków na leczenie w ogóle i wygodne podejmowanie populistycznych decyzji alokacji finansów na leczenie „chorób niezawinionych” kosztem „uzależnień, w które narkomani sami się wprowadzili”. W Polsce, obok ogólnej niewiedzy na temat leczenia substytucyjnego, niedocenianym czynnikiem hamującym rozwój programów metadonowych są obawy realizatorów programów „psychospołecznych” o ewentualną zmianę alokacji szczupłej puli środków przeznaczonych na leczenie uzależnionych.

Rozpowszechnienie leczenia substytucyjnego na świecie

Leczenie substytucyjne jest szeroko dostępne na trzech kontynentach: w Ameryce Północnej, w Europie i w Australii (*tabela 2*). Na innych kontynentach dostępność leczenia substytucyjnego jest mała i ograniczona głównie do programów pilotażowych.

W samych Stanach Zjednoczonych w programach metadonowych uczestniczy ok. 200 000 osób na szacunkową liczbę ok. miliona uzależnionych (20%), do tego należy dodać kilka tysięcy osób przyjmujących LAAM oraz gwałtownie zwiększającą się od roku 2003 liczbę osób uczestniczących w programach buprenorfinowych.

W Europie (głównie Zachodniej) w programach leczenia substytucyjnego różnymi lekami bierze udział ponad 500 000 osób. Leczenie to jest zróżnicowane zarówno pod względem przyjmowanych środków substytucyjnych (metadon, buprenorfina, kodeina, LAAM, morfina o przedłużonym działaniu, formy dożylnie opioidów, heroina), jak i restrykcyjności przepisów regulujących tę formę leczenia.

W Australii z leczenia metadonem korzysta ok. 30 000 osób i dynamicznie rozwija się stosowanie buprenorfiny.

Liczbę bezwzględne ukazują jedynie powszechność stosowania metadonu, natomiast nie obrazują dostępności do niego, mierzonej liczbą biorących udział w leczeniu substytucyjnym w stosunku do całkowitej liczby uzależnionych od opiatów.

Substancje stosowane w leczeniu substytucyjnym

W leczeniu substytucyjnym stosuje się leki, które powinny mieć większość z poniższych właściwości:

- powinny działać agonistycznie (pobudzająco) w stosunku do receptorów opioidowych (szczególnie receptora μ) po to, by nie dopuszczać do objawów zespołu abstynencyjnego, które mogą prowadzić do reintoksykacji heroiną lub innymi, oraz by zapobiegać głodowi narkotyku;
- powinny mieć większe powinowactwo receptorowe niż heroina, aby blokować jej właściwości powodowania depresji ośrodka oddechowego;
- powinny być przyjmowane inną drogą niż dożylna i domięśniowa, które są związane z największym ryzykiem różnych szkód zdrowotnych;
- powinny mieć długi okres działania, aby mogły być podawane raz na dobę albo rzadziej, oraz aby działały „stabilizująco” na aktywność receptorową;
- powinny mieć mniejsze działanie euforyzujące niż morfina, by zmniejszać przyzwyczajenie do silnej gratyfikacji po przyjęciu innych opiatów;
- nie powinny powodować tolerancji, czyli konieczności zwiększania dawek do uzyskania tego samego efektu;
- powinny być mniej toksyczne niż używane opiaty.

Metadon

Metadon jest uważany za „złoty standard” w leczeniu substytucyjnym. Liczba prac na jego temat liczona jest w tysiącach, a doświadczenia dotyczą setek tysięcy osób.

Tabela 2. *Odsetki uzależnionych korzystających z leczenia substytucyjnego**

Kraj	Szacunkowa liczba uzależnionych	Liczba leczonych substytucyjnie	Odsetek pozostających w leczeniu substytucyjnym
Australia	ok. 100 000	30 000	30
Austria	16 000 - 18 000	4 200	35
Belgia	20 000	7 000	27-34
Bułgaria	27 000 - 32 000	250	ok.1
Chorwacja	13 000 - 14 000	2 700	20
Czechy	12 000 - 18 000	650	3,5 - 5,5
Dania	13 000 - 15 000	4 500	27 - 34
Estonia	15 000 - 17 000	-	-
Finlandia	1 800 - 2 700	240	9 - 13
Francja	142 000 - 176 000	72 000	40 - 50
Grecja	brak danych	1 000	brak danych
Hiszpania	84 000 - 178 000	72 000	41 - 86
Holandia	25 000 - 29 000	12 000	40 - 47
Irlandia	10 000	5 000	ok. 50
Litwa	2 700	750	38
Luksemburg	1 900 - 2 200	860	38 - 45
Niemcy	80 000 -132 000	46 000	30 - 58
Norwegia	9 000 - 13 000	1 100	8 - 12
Polska	31 000 - 75 000	ok. 700	ok. 2
Portugalia	15 500 - 87 000	6 000	7 - 33
Rosja	ok.1 500 000	-	-
Słowacja	3 500 - 8 000	1 000	12,5 - 30
Słowenia	5 000 - 15 000	ok. 1 700	12 - 31
Szwecja	1 700 - 3 350	620	19 - 37
Ukraina	175 000	-	-
USA	ok. 1 000 000	ok. 200 000	ok. 20
Węgry	brak danych	200	brak danych
Wielka Brytania	162 000 - 244 000	35 500	14 - 22
Włochy	277 000 - 303 000	81 000	27 - 29

* *m.in. na podstawie EMCDDA 2001 i CEEHRN (niepubl.)*

Metadon jest syntetycznym opioidem o budowie chemicznej innej niż naturalne i półsyntetyczne opiaty. Ma silne powinowactwo do receptorów opioidowych (głównie miu), na które działa agonistycznie (pobudzająco). Podany przed przyjęciem opiatów, zapobiega ich depresyjnemu działaniu na ośrodek oddechowy. Działa mniej euforyzująco niż morfina.

Leczenie metadonem rozpoczyna się od podawania mniejszych dawek, które wystarczają do zapobiegania objawom abstynencyjnym po odstawieniu opioidów, od których uzależniony był pacjent. Dawki zwiększa się do osiągnięcia najmniejszej zapobiegającej objawom abstynencyjnym i głodowi narkotyku. Dawki wystarczające do przewlekłego prowadzenia pacjentów są zmienne. Za średnią dobową dawkę uważa się w USA 60 mg, w Polsce jest ona większa i w większości programów wynosi ponad 80 mg. Uważa się, że zbyt małe dawki wiążą się z większym ryzykiem sięgania po substancje psychoaktywne, głównie dobierania heroiny, kokainy, amfetaminy i alkoholu. Część osób ma odmienny, szybszy metabolizm metadonu i wymaga dawek nieraz znacznie przekraczających 100, a czasami nawet sięgających 200 mg/dobę. Stosowanie równoległe z metadonem niektórych leków przeciwretrowirusowych, tuberkulostatyków wymaga nieraz znacznego zwiększenia dawki, podobnie może dziać się w czasie ciąży. Dlatego uważa się za niezasadne administracyjne ograniczanie maksymalnej dawki metadonu. Inne leki, np. fluwoksamina mogą bardziej absorbować enzymy cytochromu P450 i niebezpiecznie zwiększać stężenia metadonu w surowicy.

Lewoskrętna aktywna forma metadonu ma okres półtrwania około 36 godzin, powszechniej używane formy racemiczne (mieszanka aktywnej postaci lewoskrętnej i nieaktywnej prawoskrętnej) okres nieco krótszy i dlatego metadon może być stosowany raz na dobę. Zazwyczaj podawany

jest w formie roztworu wodnego lub syropu, znacznie rzadziej – tabletek. W Wielkiej Brytanii części osób niepodatnych na leczenie preparatami doustnymi podaje się go w formie wstrzyknięć. Podawanie jedynie aktywnej formy lewoskrętnej jest stosunkowo rzadkie ze względu na zwiększone koszty preparatu.

Buprenorfina

Buprenorfina jest lekiem o unikalnych właściwościach farmakologicznych. Krzywa pobudzającego działania buprenorfiny na układ opioidowy w zależności od dawki ma kształt dzwonu. W dawkach małych (dziesiątych miligrama w leczeniu bólu i kilku – kilkunastu miligramów u osób uzależnionych od opiatów) ma działanie częściowo agonistyczne (nie tak silne jak w przypadku całkowitych agonistów) w stosunku do receptorów opioidowych miu. Dawki większe powodują łączenie się buprenorfiny z opioidowymi receptorami kappa, gdzie ma działania antagonistyczne, co może powodować precypitowanie objawów abstynencyjnych. W związku z powyższym buprenorfina uważana jest za lek relatywnie bezpieczny, którym trudno śmiertelnie się zatruć, ponieważ zwiększenie dawki powoduje blokowanie receptorów opioidowych. Z tego względu, aby zwiększyć dostępność do leczenia substytucyjnego, w USA dopuszczono do stosowania buprenorfiny przez lekarzy ogólnych (po specjalnym szkoleniu i uzyskaniu licencji). Największe doświadczenia z buprenorfiną ma Francja, gdzie tą substancją leczy się ponad 60 000 uzależnionych. W części krajów, które są przeciwne leczeniu metadonem, bardziej łaskawym okiem patrzy się na leczenie buprenorfiną, szczególnie gdy podkreśla się jej działanie antagonistyczne, a minimalizuje agonistyczne, choć tak naprawdę w leczeniu substytucyjnym wykorzystuje się jej działanie częściowo agonistyczne.

Średnie dawki buprenorfiny w leczeniu

substytucyjnym wynoszą ok. 12 mg, najczęściej 8-16 mg. Buprenorfinę w leczeniu substytucyjnym przyjmuje się głównie w postaci tabletek, które wkłada się pod język, skąd jest łatwo absorbowana przez śluzówkę.

LAAM

LAAM był drugim lekiem dopuszczonym do stosowania w terapii substytucyjnej w USA, eksperymentalnie używano go w Europie, m.in. w Portugalii. Ponieważ u części pacjentów codzienne przychodzenie po metadon było uciążliwe, a u części kolidowało np. z obowiązkami zawodowymi, poszukiwano opioidu o długim okresie działania. Właściwości takie posiada LAAM, co umożliwia podawanie go co 2, a czasami co 3 dni. Ostatnio stwierdzono jednak, że LAAM znacząco klinicznie wydłuża odcinek P-Q w zapisie ekg, co może powodować blok serca, a nawet zatrzymanie jego czynności. Z tego względu zalecono, aby kilka tysięcy pacjentów leczonych LAAM-em zmieniło lek na metadon lub buprenorfinę.

Kodeina

Kodeina jest opiatem, który od dawna w małych dawkach używany był w leczeniu kaszlu. Był też substancją nadużywaną. W Niemczech, gdzie programy metadonowe nie rozwijały się tak szybko jak oczekiwano, stwierdzono, że używa się znacznie więcej kodeiny niż w innych krajach. Okazało się, że nie czekając na legalizację i rozwój sieci ośrodków metadonowych, rozwinęła się (głównie w ośrodkach prywatnych) praktyka przepisywania kodeiny jako substancji zastępczej dla osób uzależnionych. Ten typ leczenia nie jest oficjalnie akceptowany, ale i nie podejmuje się działań przeciwko tej praktyce, jako że nie odnotowuje się niekorzystnych skutków takiego postępowania, a prawdopodobnie osiąga się większość pozytywnych skutków jak w leczeniu metadonem. Leczenie substytucyjne kodeiną jest relatywnie słabo przebadane.

Morfina o przedłużonym działaniu

Doustne tabletki morfiny o przedłużonym działaniu stosuje się głównie w Austrii, gdzie ok. 40-45% pacjentów leczonych substytucyjnie to osoby przyjmujące tabletki morfiny o przedłużonym działaniu. Wyniki leczenia uważa się za zbliżone do leczenia metadonem, ale podkreśla się, że morfina może być lekiem drugiego rzutu u osób, u których metadon jest mniej skuteczny, ponieważ pacjenci odczuwają, że jest mniej euforyzujący i dobierają opiaty, leki stymulujące lub piją alkohol. Ten typ leczenia ma ubogą dokumentację naukową.

Heroina

W krajach, w których dostępność do leczenia substytucyjnego jest duża, skuteczność – uznana, skutki finansowe nieleczenia uzależnionych – docenione, główny nacisk kładzie się na zwiększenie liczby osób korzystających z takiej terapii. Stwierdzono, że część osób albo nie odnosi korzyści z uczestniczenia w programach metadonowych, albo te programy są dla nich z różnych względów mało atrakcyjne. Ponieważ ryzyko zgonu, poważnych szkód zdrowotnych i deterioracja społeczna są u nich znaczne, a inne formy leczenia nie są dla nich alternatywą, postanowiono podjąć działania mające zmniejszyć ryzyko szkód. Działania te polegały na udostępnieniu tym osobom heroiny czystej farmakologicznie, precyzyjnie dawkowanej, podawanej sterylnymi strzykawkami i igłami w czystych, spokojnych i bezpiecznych pomieszczeniach. Mimo ogólnie pozytywnych wyników tych programów pilotażowych, w żadnym z tych krajów (Szwajcaria, Holandia i Niemcy) leczenie heroiną nie wyszło poza fazę eksperymentalną.

Cele leczenia substytucyjnego

W różnych krajach w odmienny sposób kładzie się akcenty na cele leczenia substytucyjnego, niemniej w większości podsta-

wowymi celami są:

- zmniejszenie umieralności spowodowanej przedawkowaniem opiatów, infekcjami i innymi szkodami zdrowotnymi powstałymi na skutek przyjmowania narkotyków;
- zmniejszenie zapadalności na różne zaburzenia somatyczne, psychiczne i zaburzenia zachowania związane z przyjmowaniem opiatów; możliwość lepszego diagnozowania i systematycznego leczenia chorób i zaburzeń;
- zmniejszenie używania różnych substancji psychoaktywnych, co wtórnie ma wpływać na dwa powyższe cele oraz na zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych dla zdrowia, sprzecznych z prawem lub dobrymi obyczajami, a także na zmniejszenie popytu na narkotyki;
- zapobieganie dożylnemu używaniu narkotyków jako najbardziej niebezpiecznej formie ich aplikowania;
- profilaktyka zakażeń wirusami HIV, żółtaczki zakaźnej i innymi czynnikami infekcyjnymi zarówno w odniesieniu do osób uczestniczących w programach, jak i kontaktujących się z nimi. W części programów cel ten uważa się za priorytetowy;
- poprawa funkcjonowania w różnych rolach społecznych.

Czasami cele te bywają odmiennie formułowane, w zależności od adresatów, którymi są decydenci polityki zdrowotnej.

W systemach, gdzie służba zdrowia nastawiona jest głównie na dobro pacjenta, podnosi się bardziej korzyści, jakie w wyniku programów substytucyjnych może osiągnąć pacjent.

W systemach postrzegających służbę zdrowia jako jeden z elementów rozwiązujących problemy społeczne, akcenty przesuwają się bardziej w kierunku korzyści społecznych (poprawa wskaźników epidemiologicznych, zmniejszenie liczby zachowań kryminalnych, zmniejszenie uciążliwości społecznej narkomanów itd.).

W systemach zwracających uwagę na

czynniki ekonomiczne podkreśla się, że inwestowanie w leczenie substytucyjne przynosi wymierne, znaczne oszczędności w związku z mniejszymi kosztami leczenia chorób spowodowanych używaniem narkotyków (AIDS, żółtaczka wszczepienna, gruźlica, zatrucia, detoksykacje itp.) oraz ze szkodami związanymi z przestępczością, sądownictwem, odbywaniem kar etc.

Najczęściej akcentuje się kompleksowość i różnorodność korzyści związanych z leczeniem substytucyjnym.

Wpływ leczenia substytucyjnego na niektóre parametry medyczne

Zmniejszenie umieralności z powodu przedawkowania

Szacuje się, że w krajach Unii Europejskiej w roku 2000 zmarło 7000–8000 osób w związku z przedawkowaniem narkotyków. W Polsce liczba stwierdzanych zgonów z tego powodu przekracza rocznie 100. Duża umieralność z przedawkowania narkotyków była jednym z głównych powodów wprowadzenia metadonu w USA.

Dane WHO wykazują, że uczestniczenie w programach leczenia substytucyjnego zmniejsza w sposób spektakularny (co najmniej 3-4-krotnie) ryzyko śmiertelnych przedawkowań.

Podobne są polskie doświadczenia: w okresie 10-letniego funkcjonowania programu metadonowego w IPiN w Warszawie nie tylko nie było ani jednego zgonu z powodu przedawkowania, ale nie stwierdzono ani jednego przypadku poważnej (tzn. wymagającej hospitalizacji) intoksykacji. Podobne obserwacje poczyniono w innych polskich programach metadonowych.

Mechanizmy zmniejszania ryzyka zgonu z powodu przedawkowania są różne, ale główną rolę przypisuje się większemu niż morfina powinowactwu metadonu do receptorów opioidowych. Metadon zajmuje miejsca receptorowe, które mogłaby zająć

morfina, silniej działająca depresyjnie na ośrodek oddechowy. Metadon zmniejsza nie tylko używanie opiatów, ale również innych substancji psychoaktywnych, co jest na tyle istotne, że w mechanizmie nagłych zgonów użytkowników opiatów znaczną rolę przypisuje się sumowaniu lub wzajemnemu zwiększaniu efektu depresyjnego różnych substancji psychoaktywnych (np. barbituranów, benzodiazepin, alkoholu).

Używanie substancji psychoaktywnych

Z farmakologicznego punktu widzenia od terapii substytucyjnej można oczekiwać jedynie wyeliminowania lub ograniczenia przyjmowania preparatów o agonistycznym działaniu na receptory opioidowe. W rzeczywistości jest to bardziej skomplikowane. Rzeczywiście, najbardziej spektakularne jest zmniejszenie ilości przyjmowanych opiatów. Większość osób uzależnionych od opiatów przyjmuje wiele innych substancji psychoaktywnych. Terapia substytucyjna wydaje się zmniejszać ilość substancji psychoaktywnych przyjmowanych wcześniej w sposób chaotyczny oraz w stanach falowania nastroju. Metody terapii behawioralnej (kontrolowanie moczu na obecność różnych substancji i reagowanie sankcjami np. wycofaniem przywilejów) wydają się odgrywać mniejszą, choć istotną rolę w ograniczaniu używania zakazanych związków. Niemniej dla części pacjentów buprenorfina i metadon nie mają wystarczająco satysfakcjonujących właściwości euforyzujących i pacjenci sięgają po inne opiaty (np. heroinę), alkohol lub substancje stymulujące.

W USA, a w mniejszym stopniu w Europie, kokaina jest substancją często towarzyszącą przyjmowaniu agonistów opioidowych. W Polsce jest to zjawisko marginalne, związane m.in. z mniejszą dostępnością (wysoka cena). Za to relatywnie często stosowana jest amfetamina.

Dane dotyczące spożycia alkoholu

w czasie leczenia substytucyjnego są sprzeczne, ale przeważnie uważa się, że dochodzi do zwiększenia jego spożycia. W programie metadonowym Instytutu Psychiatrii i Neurologii stwierdziliśmy, że zjawisko picia alkoholu w celu spotęgowania euforycznego działania metadonu jest dość powszechne. Jednocześnie bilans szkód spowodowanych piciem alkoholu i korzyści spowodowanych uczestnictwem w programie leczenia substytucyjnego zdecydowanie wykazał, że przeważają korzyści.

W Stanach Zjednoczonych przywiązuje się znaczną uwagę do palenia tytoniu w czasie leczenia substytucyjnego. Zagadnienie to często jest bagatelizowane, podczas gdy powszechność palenia przez osoby uzależnione od opiatów może być jedną z przyczyn zwiększonej umieralności w tej grupie chorych. Większość badań wskazuje, że leczenie metadonem utrwała i zwiększa zjawisko palenia. Obserwacje poczynione na populacji warszawskich uczestników programów metadonowych wykazały, że większość pacjentów po rozpoczęciu leczenia spontanicznie i nieświadomie zmieniła gatunki palonych papierosów na zawierające mniej nikotyny.

W większości badań donosi się o zmniejszeniu używania substancji uspokajających (barbiturany, benzodiazepiny), które jeśli się używa to głównie w celach nasennych.

Choroby zakaźne

Zapobieganie chorobom zakaźnym występującym w związku z używaniem substancji psychoaktywnych bądź skuteczne ich leczenie w początkowych etapach budzą zainteresowanie nie tylko ze względu na potencjalne zagrożenie dla życia oraz cierpienia pacjentów, ale także ze względu na fakt, że stanowią największe obciążenie budżetów systemów finansujących opiekę zdrowotną. Uważa się, że strategie zmniejszania ryzyka infekcji u osób dożylnie apli-

kujących sobie narkotyki jest najbardziej efektywną metodą oszczędzania finansów w tej grupie chorych. Istotną rolę w tym zakresie odgrywają programy leczenia substytucyjnego.

HIV

Rozpowszechnienie zakażeń wirusem HIV wśród osób uzależnionych od heroiny (głównie przyjmowanej dożylnie) jest znaczne. Na Zachodzie za alarmujące uważa się wskaźniki sięgające kilkunastu procent uzależnionych, w Polsce w części programów wskaźniki zakażonych HIV przekraczają 50%; dane z niektórych części Ukrainy i Rosji są jeszcze bardziej alarmujące.

W dziesiątkach badań wykazano bardzo dużą skuteczność programów substytucyjnych w zapobieganiu zakażeniom HIV. W krajach w których istnieją programy redukcji szkód, odnotowuje się mniejsze wskaźniki nowych zakażeń HIV, w grupach leczonych substytucyjnie przypadki serokonwersji są znacznie rzadsze niż w grupach nieleczonych lub leczonych innymi metodami, nowe zakażenia są częstsze u niekontynuujących leczenia substytucyjnego niż u pozostających w programach. W programie metadonowym Instytutu od 1992 r. nie odnotowano ani jednego przypadku serokonwersji HIV; podobne zjawisko jest obserwowane w innych polskich programach.

Mechanizm zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV w programach substytucyjnych polega głównie na wyeliminowaniu lub znacznym ograniczeniu przyjmowania substancji psychoaktywnych drogą dożylną. Nieco mniejsze znaczenie ma zmniejszenie prostytucji, często uprawianej dla zdobywania środków na narkotyki i utrzymanie. Znaczenie programów edukacyjnych prowadzonych w czasie leczenia substytucyjnego w celu zmniejszenia liczby zachowań ryzykownych jest dyskusyjne i nie w pełni wyjaśnione. Niemniej wpływ programów leczenia substytucyjnego na

zmniejszenie liczby zachowań, które mogą prowadzić do różnych zakażeń (iniekcje, ryzykowne zachowania seksualne), jest dobrze udowodnione.

Istotne z epidemiologicznego punktu widzenia jest zmniejszenie roli narkomanów jako źródła infekcji. Programy metadonowe zmniejszają liczbę nowych nosicieli HIV wśród partnerów osób uzależnionych. Natomiast jeśli idzie o osoby zakażone, dzieje się to przez zmniejszenie prostytucji, a także prawdopodobnie przypadkowych stosunków seksualnych oraz uczestniczenia w rytuałach przygotowywania i dzielenia się narkotykami i sprzętem do ich iniekcji.

Wykazano, że programy metadonowe umożliwiają systematyczne leczenie osób zakażonych HIV lub z AIDS. Powoduje to nieprzechodzenie lub późniejsze przechodzenie infekcji HIV w AIDS, poprawę wskaźników immunologicznych. Osoby leczone substytucyjnie mają dłuższą przeżywalność w porównaniu z nieleczonymi narkomanami z AIDS. Systematyczne uczestniczenie w programach metadonowych umożliwia systematyczne leczenie częstych w AIDS zakażeń oportunistycznych. Czasem podkreśla się, że w terminalnych przypadkach AIDS leczenie metadonem umożliwia godne, humanitarne umieranie.

Wszczepienne choroby wątroby

Jeszcze bardziej niepokojące są dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia infekcji wirusami żółtaczk zakaźnej, szczególnie typu C. Mimo braku pełnych danych szacuje się, że w krajach UE w różnych populacjach uzależnionych od opiatów rozpowszechnienie zakażeń HCV wynosi 40-90%. W Polsce zjawisko to jest zróżnicowane: w niektórych programach metadonowych niemal wszystkie osoby są zakażone HCV, ale może to być wynikiem „negatywnej selekcji” polegającej na przyjmowaniu do programów osób najbardziej

uzależnionych, z długim stażem narkomańskim i ciężkimi chorobami somatycznymi.

O ile wykazano, że programy leczenia substytucyjnego są bardzo efektywne w zapobieganiu infekcjom HIV, o tyle w odniesieniu do zapobiegania infekcjom HCV nie udało się tego wykazać.

W niektórych krajach seronegatywność HBV u osoby uzależnionej od opiatów jest wskazaniem do propozycji szczepienia. Ponieważ szczepienia trzeba powtarzać (dawki „przypominające”), osoby systematycznie leczone w programach metadonowych mają większe szanse na dokończenie całej procedury.

Co prawda uczestniczenie w programach leczenia substytucyjnego umożliwia systematyczne leczenie progresywnych form zapalenia wątroby, jednak leczenie to jest trudno dostępne zarówno z powodu częstych przeciwwskazań medycznych, jak i ograniczeń administracyjnych spowodowanych dużymi kosztami terapii interferonem.

Osoby zajmujące się leczeniem uzależnionych podnoszą, że zakażenia HCV są nie mniejszym problemem niż HIV i w najbliższym czasie powinno się podjąć kampanię, której celem byłoby przeciwdziałanie temu niedostrzeganemu problemowi.

Gruźlica

W ostatnich latach obserwuje się zwiększenie wskaźników zachorowań na gruźlicę w krajach, w których, wydawałoby się, problem ten został już niemal całkowicie wyeliminowany. Jedną z głównych przyczyn tego zjawiska jest narkomania prowadząca do specyficznego (HIV) i niespecyficznego (kacheksja) obniżenia odporności organizmu. Dodatkowo styl życia narkomanów nie sprzyja systematycznemu leczeniu gruźlicy, co może prowadzić do powstania oporności na tuberkulostatyki. Efektywne leczenie gruźlicy u osób uzależnionych ma wymiar nie tylko indywidualny, ale i epidemiologiczny.

Choroby zakaźne skóry, naczyń krwionośnych i tkanek miękkich związane z dożylnym przyjmowaniem narkotyków

W badaniu warszawskim wykazano między innymi, że uczestniczenie w programach metadonowych radykalnie przyczynia się do leczenia miejscowych zakażeń związanych ze wstrzyknięciami.

Zaburzenia psychiczne

Różnego rodzaju zaburzenia psychiczne powszechnie współwystępują z uzależnieniem od opiatów. Większość z nich wymaga przewlekłego leczenia farmakologicznego i oddziaływań psychospołecznych.

Oprócz obiektywnych miar poprawy stanu psychicznego istotne jest zgłaszanie przez rodziny pacjentów „stabilizacji emocjonalnej”.

Płodność i ciąża

Zdolności rozrodcze kobiet przewlekłe przyjmujących opiaty są zmniejszone, niemniej część z nich (szczególnie z niedługim stażem używania) zachodzi w ciążę. Zarówno przewlekłe przyjmowanie opiatów, jak i detoksykacja znacznie zmniejszają szansę donoszenia ciąży w porównaniu z leczeniem substytucyjnym. Dlatego w większości krajów stosujących leczenie substytucyjne ciąża stanowi jedno z ważniejszych wskazań do leczenia substytucyjnego. W tym celu stosowany jest głównie metadon, choć istnieją publikacje o korzystnym wpływie buprenorfiny. Program metadonowy dla ciężarnych nie tylko służy zapewnieniu „stabilności fizjologicznej”, ale jest również okazją do podejmowania działań przygotowujących uzależnione kobiety do funkcji macierzyństwa oraz zapewniających im wsparcie materialne.

Przy kwalifikacji ciężarnych do leczenia substytucyjnego trzeba je poinformować, że płód będzie narażony na działanie leku (możliwość wystąpienia zespołu abstynencyjnego u noworodka) i nie będzie możliwe karmienie piersią. Programy prowadzące

kobiety ciężarne powinny mieć dobrą współpracę z położnikami i neonatologami, posiadającymi umiejętności prowadzenia noworodków z zespołami abstynencyjnymi.

Leczenie metadonem bywa ograniczone tylko do okresu ciąży i kończy się stopniowym zmniejszaniem dawek, ale może też być kontynuowane bezterminowo.

Jakość życia

Jakość życia jest pojęciem, które zrobiło karierę w ostatnim ćwierćwieczu. Jest ono wyrazem szerszego podejścia medycyny do pacjenta, które polega na tym, że przy ocenie wyników leczenia uwzględnia się nie tylko parametry ściśle medyczne, ale również subiektywne odczuwanie przez pacjenta swojej pozycji życiowej, a także obiektywną i subiektywną ocenę jego funkcjonowania fizycznego i społecznego. W szeregu prac, w tym również wykonanych w Polsce wykazano, że uczestniczenie w programie leczenia substytucyjnego poprawia znacząco jakość życia we wszystkich wymienionych płaszczyznach.

Funkcjonowanie w rolach społecznych

Już w czasie pierwszych prób z metadonem zauważono pozytywne zmiany w zachowaniu pacjentów. Zmiany te, opisywane w dziesiątkach publikacji, wynikają głównie z samego faktu otrzymywania leku stabilizującego emocjonalnie i zniknięcia konieczności zdobywania środków na zakup narkotyków lub ich produkcję. Wykazano jednak, że efekt ten jest tym większy, im leczeniu substytucyjnemu towarzyszą lepsze programowo i bardziej intensywne oddziaływania psychoterapeutyczne i środowiskowe.

Ostatnio podkreśla się, że populacje współczesnych narkomanów cechują się znacznie większym stopniem powikłań: somatycznych, psychicznych i pod względem deterioracji społecznej. Rzutuje to znacząco m.in. na wyniki readaptacji zawodowej, ponieważ znaczna część osób

jest zinwalidyzowana somatycznie.

Obok funkcjonowania narkomanów w rolach członka rodziny i zawodowej, społeczeństwo zwraca uwagę na skłonności narkomanów do zachowań sprzecznych z dobrymi obyczajami i prawem. Wykazano, że metadon znacznie zmniejsza liczbę zachowań kryminalnych, głównie kradzieży, rozbojów i handlu narkotykami, co związane jest głównie z brakiem konieczności zdobywania znacznych ilości pieniędzy na narkotyki.

Trendy w leczeniu substytucyjnym

Dostępność do leczenia substytucyjnego powoli staje się jednym z mierników kultury medycznej i wskaźnikiem relacji wewnątrzspołecznych oraz państwo – obywatel. Oprócz czynnika ideologicznego, jakim jest umiejscowienie prawa do leczenia substytucyjnego w pakiecie praw obywatela i pacjenta, duża rolę w propagowaniu leczenia substytucyjnego odgrywa czynnik pragmatyczny: narastająca globalizacja powoduje, że problemy związane z narkomanią należy rozwiązywać w sposób ponadnarodowy. Propagowaniem leczenia substytucyjnego zajmują się zarówno organizacje międzynarodowe (jak WHO), narodowe (agendy rządowe różnych krajów), jak i liczne międzynarodowe i krajowe organizacje pozarządowe.

W krajach, w których nie ma leczenia substytucyjnego, dąży się do stworzenia choćby jego załączków w postaci programów eksperymentalnych, które swoimi wynikami na ogół przekonują do szerszego stosowania tego typu leczenia.

W krajach o ustalonej pozycji leczenia substytucyjnego po włączeniu do leczenia ok. 20-30% uzależnionych podstawowym problemem jest zwiększenie dostępności programów i ich atrakcyjności. Zwiększenie dostępności odbywa się m. in. przez liberalizację przepisów pozwalającą na leczenie przez lekarzy ogólnych (wpro-

wadzenie bardziej bezpiecznej buprenorfiny) i aktywne docieranie do pacjentów (np. tzw. autobusy metadonowe). Atrakcyjność programów zwiększa się m.in. przez: liberalizację przepisów pozwalających na przychodzenie po lek substytucyjny co kilka dni, a nawet co miesiąc; liberalizację regulaminów w kierunku stosowania mniejszych sankcji w przypadku ich nieprzestrzegania; skomplikowany system oddziaływań behawioralnych polegających na dawaniu lub odbieraniu przywilejów; gratyfikacje materialne za przestrzeganie regulaminu i nieprzyjmowanie substancji psychoaktywnych (to ostatnie budzi duże kontrowersje); wprowadzanie alternatywnych w stosunku do metadonu leków i substancji, których przyjmowanie jest mniej uciążliwe dla pacjenta (LAAM, buprenorfina) bądź w większym stopniu zaspokajają potrzeby pacjenta (iniekcje metadonu, morfina o przedłużonym działaniu, heroina).

Inną wyraźną tendencją jest zróżnicowanie programów. Obok takich, które realizują cele maksymalistyczne (dążenie do całkowitego zaprzestania przyjmowania innych substancji, przeorientowanie pacjenta z uzależnieniowego stylu funkcjonowania psychicznego i społecznego, rehabilitacja, resocjalizacja, readaptacja), powstaje cała gama programów o celach ograniczonych, czasami wyłącznie do redukcji szkód zdrowotnych i społecznych. W przypadku tych ostatnich główną wagę przywiązuje się do wyeliminowania lub zmniejszenia liczby zachowań zwiększających ryzyko zakażeń przenoszonych drogą krwionośną i „przedawkowań” narkotyków.

Podsumowanie

Leczenie substytucyjne w zbliżonej do obecnej formie istnieje od prawie 40 lat, w czasie których w kilku tysiącach prac zgromadzono dowody na dużą skuteczność programów leczenia substytucyjnego, głównie metadonem. Skuteczność ta polega przede wszystkim na zmniejszeniu umieralności (zwłaszcza z powodu tzw. „przedawkowania”), znaczącym zmniejszeniu ilości przyjmowanych substancji psychoaktywnych (szczególnie heroiny, głównie drogą dożylną), poprawie stanu somatycznego i psychicznego, lepszym funkcjonowaniu społecznym. Leczenie substytucyjne przyczynia się także do wymiernych i niewymiernych korzyści społecznych. Wstrzymywanie się od rozwoju programów leczenia substytucyjnego do poziomu zapewniającego dostępność dla każdego uzależnionego od opiatów, jeśli tego chce, stanowi błąd, który może mieć skutki śmiertelne i przyczyniać się do poważnych zagrożeń zdrowotnych dla osób uzależnionych i ich otoczenia, a także być w przyszłości przyczyną poważnych problemów społecznych i ekonomicznych.

Bogusław Habrat

Karina Steinbarth-Chmielewska

Helena Baran-Furga

*Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa*

Główne pozycje piśmiennictwa obcojęzycznego syntetycznie opisującego leczenie substytucyjne

1. Ball M.J., Ross A.: The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome. Springer, New York 1991
2. Bell J., Zador D.: A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. Drug Safety. 2000, 22, 179-190
3. EMCDDA: Reviewing current practice in drug-substitution treatment in European Union. Luxembourg, Office for Official Publications of the EC, 2000

4. D'Aunno T., Pollack H.A.: Changes in methadone treatment practices. Results from a National Panel Study, 1988-2000. *JAMA*, 2002, 288, 850-856
5. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Federal Register: Opioid Drugs in Maintenance and Detoxification Treatment of Opiate Addiction: Final Rule. January 17, 2001
6. Habrat B.: Difficulties encountered in Central and Eastern European countries in accepting methadone substitution. In: Development and Improvement of Substitution Programmes. Proceedings of Seminar organized by Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). Strasbourg, France, 809 October 2001. Council of Europe Publ. Strasbourg, 2001, 107-118
7. Jaffe J.H., O'Keeffe C.: From morphine clinics to buprenorphine: regulating opioid agonist treatment of addiction in the United States. *Drug Alcohol Dependence*. 2003, 70, S3-S11
8. Krausz M., Verthein U., Degkwitz P., Haasen C., Raschke P.: Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine – results of a follow-up study. *Addiction*. 1998, 93, 1161-1167
9. Kreek M.J., Vocci F.J.: History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session. *J. Subst. Abuse Treatment*. 2002, 23, 93-105
10. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Abusers: Effective medical treatment of opiate addiction. *JAMA*, 1998, 280, 1936-1953
11. Solberg U., Burkhart G., Nilson M.: An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway. *Int. J. Drug Policy*. 2002, 13, 477-484
12. Verster A., Buning E.: Methadone Guidelines. Euromethwork. 2000
13. WHO: Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action. WHO, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva 1998
14. WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in Central and Eastern Europe. Genova 2004
15. WHO, UNODC, UNAIDS: WHO/UNDC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. 2004
16. Yoast R., Williams M.A., Deitchman S.D., Champion H.C.: Report of the Council on Scientific Affairs: Methadone maintenance and needle-exchange programs to reduce the medical and public health consequences of drug abuse. *J. Addict. Dis.* 2001, 20, 15-40

Wybrane publikacje na temat wyników leczenia w polskich programach metadonowych

1. Chmielewska K., Baran H., Dąbrowski S., Habrat B.: Kontynuowanie programu metadonowego przez pacjentów uzależnionych od opiatów i niektóre czynniki wpływające na długość leczenia. *Alkoholizm i Narkomania*, 1998, nr 3 (32), 309-319
2. Habrat B.: Programy zmniejszania szkód zdrowotnych. *Remedium*, 2002, No 4 (110), 16-17
3. Habrat B., Baran-Furga H., Chmielewska K.: Leczenie uzależnionych od opiatów ciężarnych zakażonych HIV w: Niemiec T. (red.) *Kliniczne i psychospołeczne aspekty zakażeń HIV u kobiet*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa, 1991, 317-326
4. Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H.: Stan somatyczny pacjentów uzależnionych od opiatów przed i po roku uczestniczenia w programie metadonowym. *Przegląd Lekarski*. 2001, 58, 245-249
5. Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H., Kęszycka B., Taracha E.: Subiektywna ocena jakości życia przez uzależnionych od opiatów przed i po 6 oraz 12 miesiącach uczestniczenia w programie metadonowym. *Przegl. Lekarski*, 59, 351-356
6. Pach J., Kamenczak A., Maj J.C., Forys Z.: Ocena stanu somatycznego uczestników programu metadonowego w Krakowie po roku uczestniczenia w programie metadonowym. *Przegląd Lekarski*. 2001, 58, 240-244
7. Radkowski M., Wereżyska T., Kopicz-Kamińska E., Kuligowski S., Ślusarczyk J.: Efekt zaprzestania dożywotnego przyjmowania narkotyków i leczenia metadonem na stan układu immunologicznego u osób uzależnionych. *Pol. Tyg. Lek.* 1996, 51, 334-335

SKAZANI UZALEŻNIENI OD ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH LUB PSYCHOTROPOWYCH ODBYWAJĄCYCH KARĘ POZBAWIENIA WOLNOŚCI W WARUNKACH SYSTEMU TERAPEUTYCZNEGO

Wśród szerokiego grona instytucji społecznych zobowiązanych do realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii znajduje się służba więzienna. Szczegółowe wytyczne dotyczące postępowania z uzależnionymi od środków odurzających przebywającymi w jednostkach penitencjarnych zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 sierpnia 2000 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i readaptacyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach karnych i aresztach śledczych¹. Skazani, u których stwierdzono uzależnienie od narkotyków, na mocy art. 96 Kodeksu karnego wykonawczego² kierowani są do właściwego oddziału terapeutycznego celem odbycia leczenia.

Pierwsze próby pomagania osobom uzależnionym, które trafiły do więzienia, sięgają połowy lat 80. W 1984 r. powstał pierwszy specjalistyczny oddział leczniczo-wychowawczy dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych. Kolejne lata szybko unaocniły, iż dotychczasowa baza lecznicza okazała się niewystarczająca na potrzeby w zakresie terapii i rehabilitacji skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych. W polskich więzieniach zaczęto otwierać kolejne oddziały dla skazanych z problemem narkotykowym (1986 r. – 3 oddziały, 1987 r. – 2, 1989 r. – 1, 1991 r. – 2, 1999 r. – 1, 2004 r. – 2). Obecnie w jednostkach peni-

tencjarnych funkcjonuje już 12 oddziałów terapeutycznych, dysponujących łącznie 447 miejscami dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych³. Każdy oddział terapeutyczny realizuje swój autorski program, uwzględniający możliwości kadrowe i lokalowe.

Początkowo czas trwania terapii skazanego uzależniony był od tempa realizacji przez niego programu terapeutycznego.⁴ W połowie 2002 r. wprowadzono zmianę, która wyznaczyła czasowe ograniczenia pobytu więźnia na oddziale terapeutycznym (6 miesięcy z możliwością skrócenia lub wydłużenia o 2 miesiące). Zmiana ta pozwoliła na objęcie oddziaływaniami odwykowymi większej liczby potrzebujących terapii. W 2002 r. oddziały terapeutyczne przyjęły 532 skazanych uzależnionych (z czego 464 osoby ukończyły leczenie), w 2003 r. przyjęto już 675 skazanych (563 pacjentów ukończyło terapię), w 2004 r. liczby te osiągnęły wielkości 785 (przyjęci) i 676 (wypisani po zakończeniu terapii)⁵.

Przez oddziały terapeutyczne przewija się zatem całkiem duża rzesza osób uzależnionych od narkotyków. Niniejszy artykuł jest próbą charakterystyki skazanych odbywających leczenie w warunkach izolacji penitencjarnej.

Badania przeprowadziłem w 2003 r. na oddziale terapeutycznym dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych Aresztu Śledczego w Kielcach. Badaniem objąłem 59 skaza-

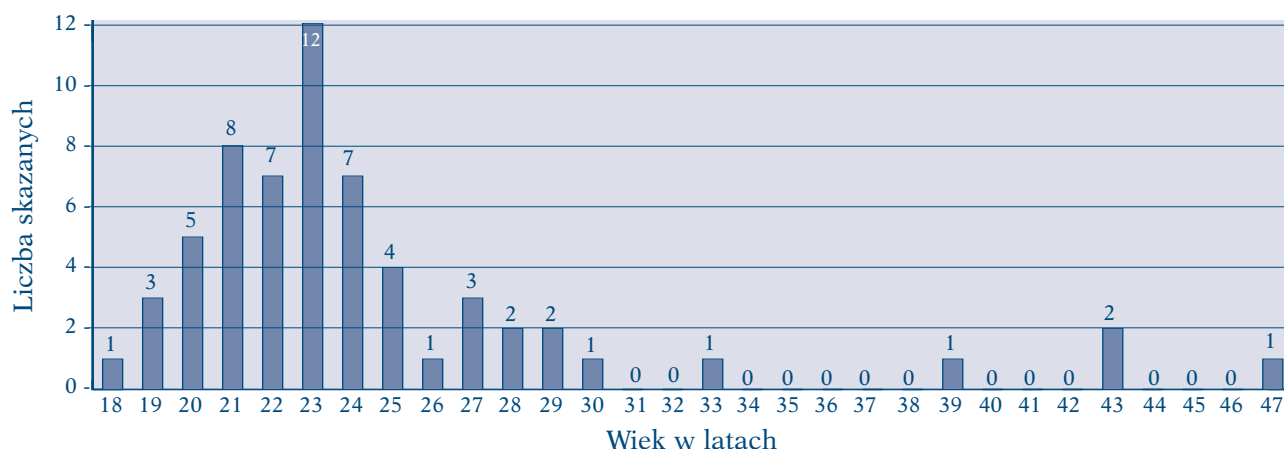
1 Dz. U. 2000 r. Nr 77, poz. 880.

2 Dz. U. 1997 r. Nr 90, poz. 557 z późn. zm.).

3 Andrzej Majcherczyk, Analiza funkcjonowania więziennego systemu terapii, rehabilitacji i readaptacji skazanych uzależnionych, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa 2005.

4 Do 2002 r. średni czas pobytu skazanego na oddziale terapeutycznym Aresztu Śledczego w Kielcach wynosił 10 – 11 miesięcy.

5 A. Majcherczyk, j.w.

Wykres 1. Wiek skazanych

nych (8,74% populacji przyjętych na wszystkie oddziały terapeutyczne). W badaniach uczestniczyli skazani młodociani oraz odbywający karę pozbawienia wolności pierwszy raz (nie było przedstawicieli skazanych recydywistów penitencjarnych).

Z każdym nowo przybyłym na oddział skazanym przeprowadzałem wywiad bazując na uprzednio skonstruowanej ankiecie. Uzyskane odpowiedzi przedstawiam poniżej w postaci wykresów.

WIEK, STAN CYWILNY, WYKSZTAŁCENIE

Wiek

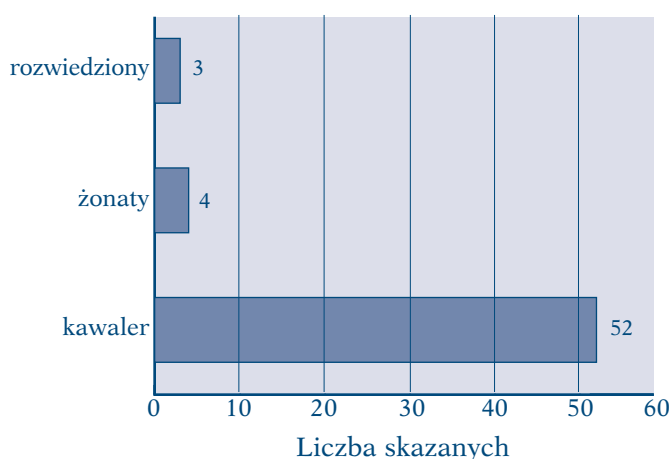
Skazani, którzy w 2003 r. trafili na oddział terapeutyczny, to osoby młode (*wykres 1*). W przedziale wiekowym 18–30 lat mieściło się 91,53% badanej populacji. Osoby mające powyżej 30 lat stanowiły niespełna 8,5% ogółu skazanych. Średnia wieku skazanych wyniosła 25,37 lat (średnia wieku skazanych z przedziału 18–30 lat uzyskała wartość 23,92).

Stan cywilny

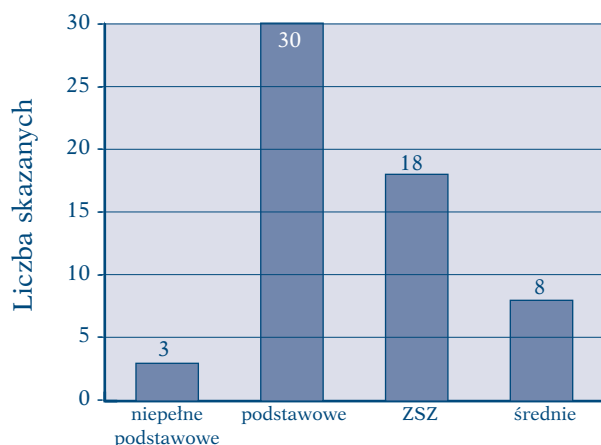
Jak pokazuje *wykres 2*, uzależnienie nie sprzyja zakładaniu rodziny. Spośród 59 osób jedynie 7 (11,86%) założyło rodzinę, przy czym tylko 4 skazanych (6,77%) dalej funkcjonowało w związku małżeńskim. 7 skazanych miało po jednym dziecku

(2 kawalerów, 4 żonaty i 1 rozwiedziony), 2 skazanych miało po dwoje dzieci (osoby po rozwodzie).

Wykształcenie

Wykres 2. Stan cywilny skazanych

Uzależnienie silnie koreluje ze zjawiskiem wykluczenia edukacyjnego (*wykres 3*). W ciągu 2003 r. nie zdarzyło się, aby na oddział terapeutyczny przybył skazany legitymujący się wyższym wykształceniem; było to najwyżej wykształcenie średnie (ogólne – 4 osoby, techniczne – 3, ekonomiczne – 1, łącznie 8 więźniów – 13,55%) lub zasadnicze zawodowe 18 osób – (30,5%). Przeszło połowa pacjentów (50,8%) posiadała jedynie wykształcenie podstawowe, 3 skazanych nie ukończyło nawet szkoły

Wykres 3. Wykształcenie skazanych

podstawowej, 33 więźniów (55,93%) nie posiadało wyuczonego zawodu.

INICJACJE

Wiek dojrzewania jest szczególnym okresem w życiu każdego człowieka. Młoda osoba może wtedy podejmować różne działania, którymi łamie normy obyczajowe, moralne czy prawne. Zanim dojdzie do sięgnięcia po narkotyki dorastający przeważnie ma już za sobą zachowania świadczące o złamaniu różnych tabu. Na przykładzie zbadanej populacji można ustalić następującą chronologię: inicjacja nikotynowa, alkoholowa, przestępcza, seksualna i narkotykowa (wykresy 4–7).

Wiek inicjacji nikotynowej

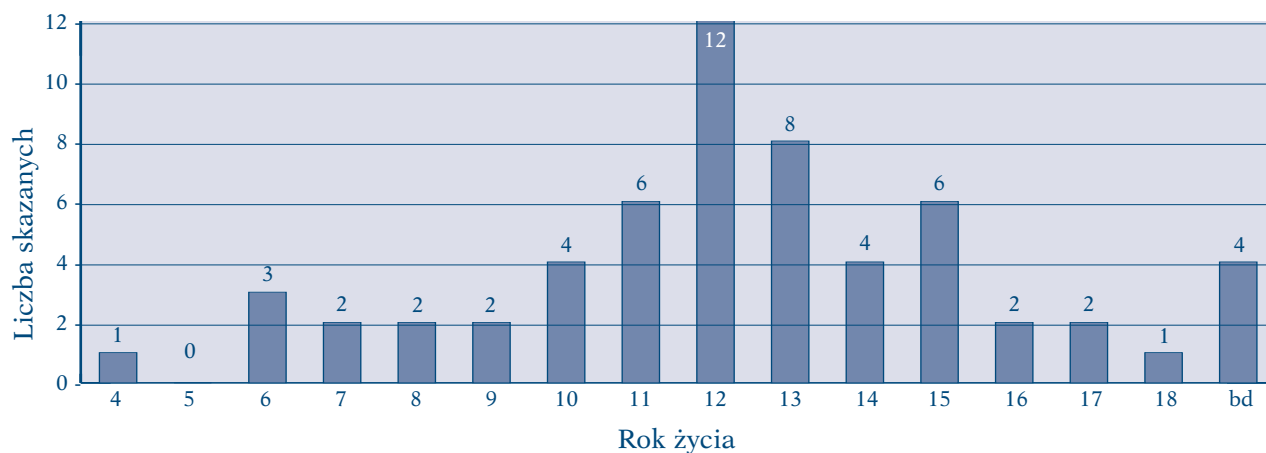
Najwcześniej dochodzi do eksperymentów z papierosami; 10 więźniów (16,95%) inicjację nikotynową przeszło przed 10 rokiem życia. Krytyczny jest przedział wiekowy 10–15 lat, gdyż wtedy 67,79% skazanych miało swój pierwszy kontakt z papierosami. Statystyczny skazany po pierwszym papierosa sięgnął w wieku niespełna 12 lat. W przypadku 4 skazanych nie udało mi się uzyskać informacji w kwestii wieku inicjacji nikotynowej – na wykresie zazaczyłem to skrótem bd (brak danych).

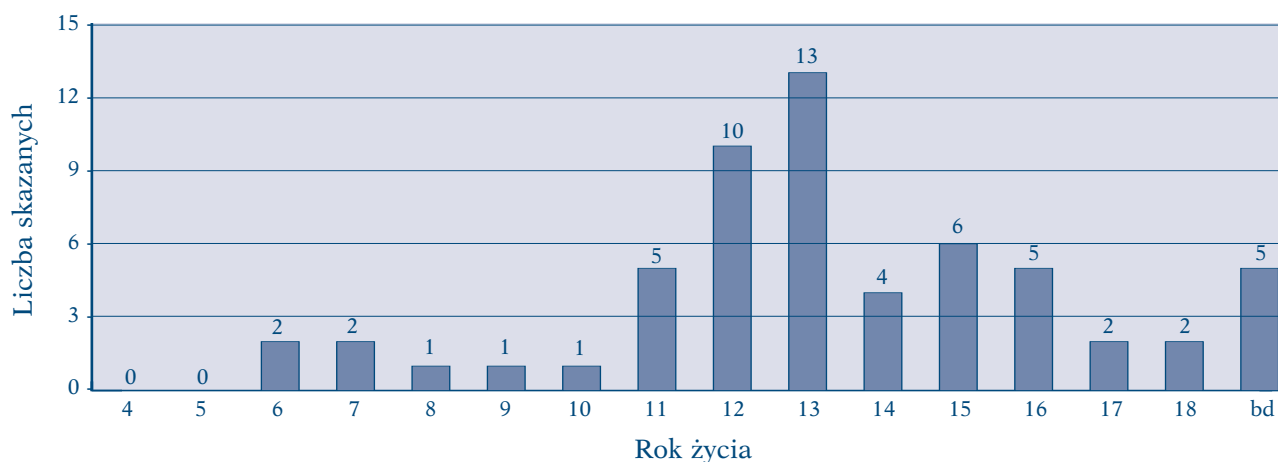
Wiek inicjacji alkoholowej

Nieco później nastąpiła inicjacja alkoholowa badanych. Do 10 r.ż. (włącznie) po alkohol sięgnęło 11,86% badanych. Silny trend wzrostowy można zaobserwować od 11 r.ż. (wykres 5), swoje apogeum osiąga on w 13 r.ż., by potem sukcesywnie (z wyjątkiem 14 r.ż.) wyhamowywać i osiągnąć stabilizację w okolicach 17–18 r.ż. Pomiędzy 11 a 16 r.ż. 43 badanych (72,88%) poznało smak alkoholu. Średnia wieku inicjacji alkoholowej wyniosła 12,83 lat.

Wiek inicjacji przestępczej

Na pytanie, kiedy po raz pierwszy dopuściłeś się czynu zabronionego, uzyskałem odpowiedzi przedstawione na wykresie 6.

Wykres 4. Wiek inicjacji nikotynowej

Wykres 5. Wiek inicjacji alkoholowej

W trzynastu przypadkach nie udało mi się zebrać stosownych informacji, dlatego też poniższe dane dotyczą jedynie 46 więźniów. Do popełnienia czynu zabronionego (np. kradzież piórnika w szkole, słodczy ze sklepu czy drobnych sum pieniężnych rodzicom) przed 10 r.ż. przyznało się aż 17,39% respondentów. Najwyższe wartości liczbowe dotyczą dwunasto-, czternasto- i szesnastolatków. Średnia wieku inicjacji przestępczej osiągnęła wartość 13,52, a więc inicjacja ta nastąpiła kilka miesięcy później niż w przypadku alkoholu.

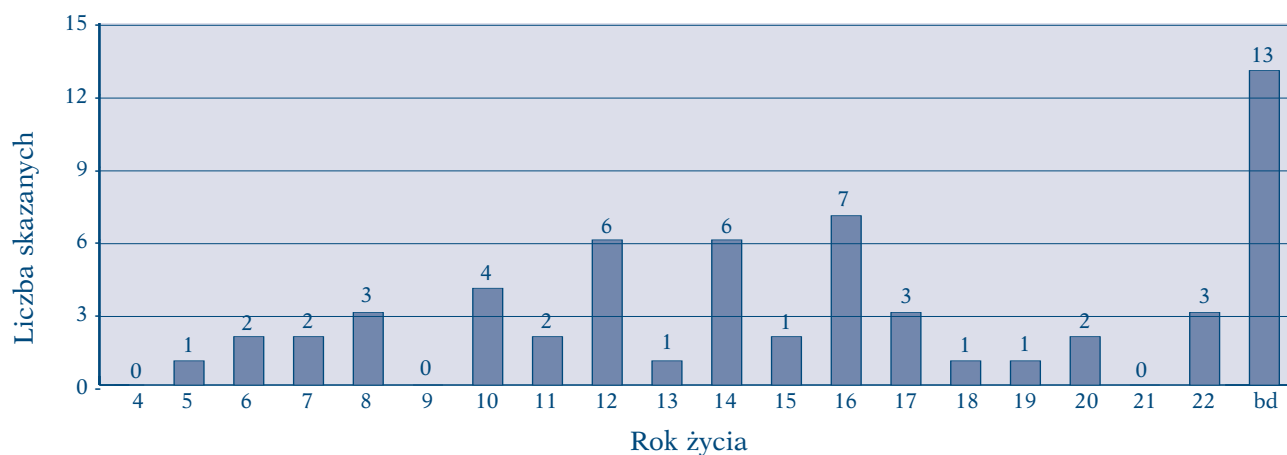
Wiek inicjacji seksualnej

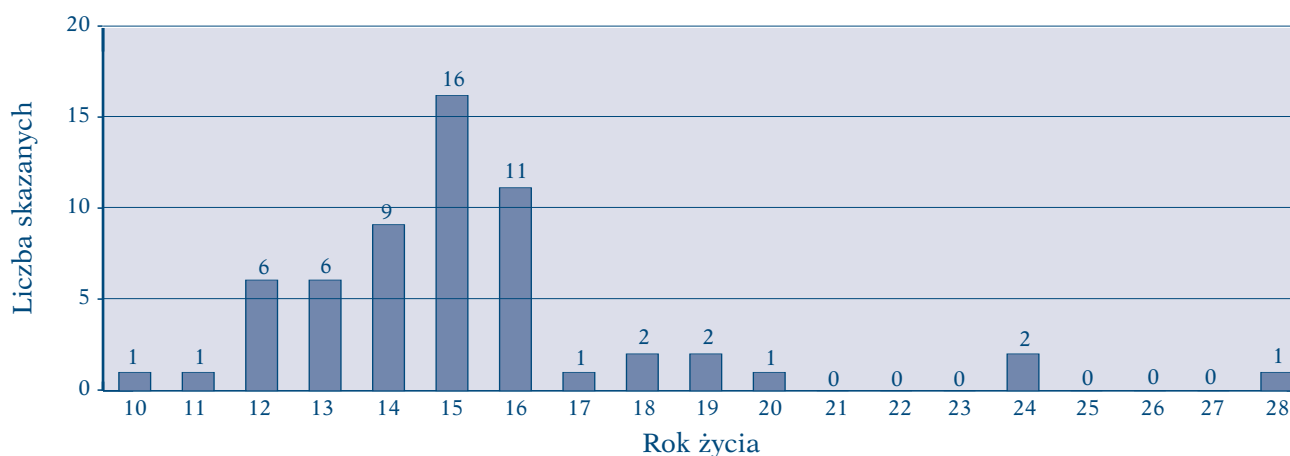
W niniejszym artykule nie zaprezentuję dokładnych danych obrazujących wiek

inicjacji seksualnej, gdyż dotyczą one populacji jedynie 24 skazanych (przeszło 40% respondentów). Nie uzyskałem odpowiedzi od 35 skazanych. Średnia wieku podjęcia aktywności seksualnej wyniosła 14,20 lat.

Wiek inicjacji narkotykowej

Patrząc na dane zaprezentowane na wykresie 7 trudno nie odnieść wrażenia, że eksperymenty z narkotykami przeważnie zaczynają się przed uzyskaniem pełnoletności. Przed ukończeniem 18 r.ż. po narkotyk sięgnęło 51 więźniów (86,44% badanych). Okresem krytycznym jest przedział wiekowy 12–16 lat (48 osób – 81,35%). Co dziesiąty badany swoją „przygodę” ze środkami odurzającymi rozpoczął w wieku

Wykres 6. Wiek inicjacji przestępczej

Wykres 7. Wiek inicjacji narkotykowej

17–20 lat. Po ukończeniu 20 r.ż. odnotowałem jedynie trzy tego typu przypadki. Średni wiek inicjacji narkotycznej w badanej populacji osiągnął wartość 15,25 lat (po odrzuceniu trzech skrajnych wyników – inicjacja po 20 r.ż., średnia wyniosłaby 14,7 lat).

rymenty z narkotykami zaczął od środka wziewnego. Dalsze miejsca wśród środków inicjujących zajęły: heroína, haszysz, amfetamina, grzyby halucynogenne, leki psychotropowe czy krople inoziemcowe (wykres 8).

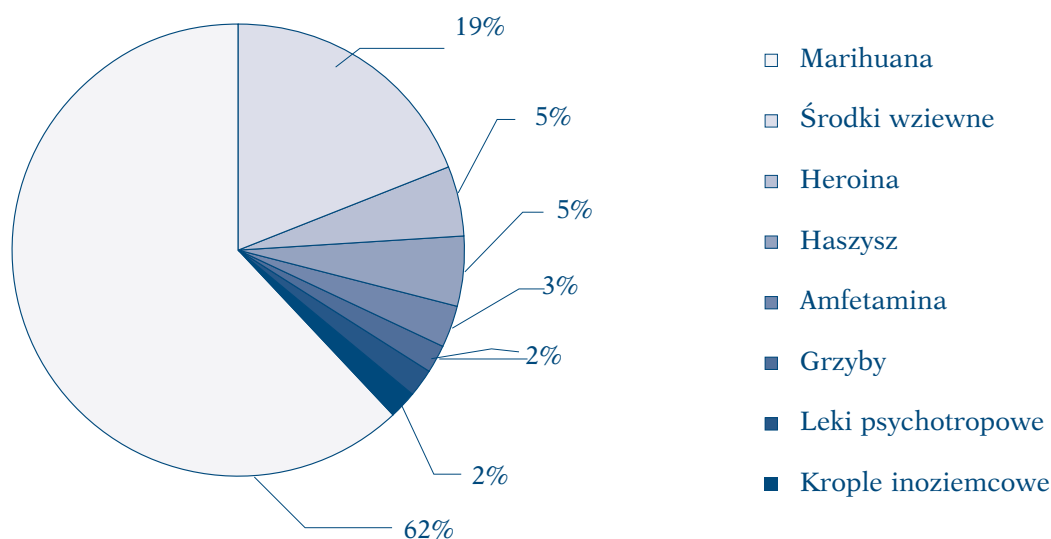
CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIANIA

Narkotyk inicjujący

Środkiem, którym skazani po raz pierwszy w swoim życiu odurzyli się, w 62% przypadków okazała się marihuana. Prawie co piąty więzień przyznał, że ekspe-

Staż odurzania się

Wśród pacjentów oddziału terapeutycznego zdecydowana większość (93,22%) ma za sobą okres odurzania się trwający 3–11 lat⁶. Dłuższy okres narkotyzowania się wystąpił u 4 osób (wykres 9). Średni czas zażywania narkotyków wyniósł 7,58 lat

Wykres 8. Narkotyk inicjujący

⁶ Staż zażywania narkotyków rozumiany jest w niniejszym artykule jako czas aktywnego odurzania się, po odliczeniu dłuższych (np. paromiesięcznych) okresów abstynencji.

(dla populacji w przedziale 3–11 lat uzyskano wynik 6,74 lat).

Typ uzależnienia

Osoby zażywające narkotyki zwykle nie pozostają wierne swojemu pierwszemu środkowi odurzającemu. Z przeszło 60% skazanych zaczynających od marihuany jedynie 5% przy niej pozostało. W przypadku środków wziewnych sprawa przedstawia się podobnie (19% zaczynało od inhalantów, a tylko u 2% zdiagnozowano uzależnienie od tej grupy środków narkotycznych).

Analizując wyniki zaprezentowane na wykresie 10 można wyodrębnić, z uwagi na typ uzależnienia, trzy duże grupy skazanych. Są to skazani, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kilku substancji: politoksykomania (33% więźniów), opiatów (31%) oraz substancji stymulujących – amfetaminy (26%).

PRZESTĘPCZOŚĆ OSÓB UZALEŻNIONYCH

Prawna podstawa skazania

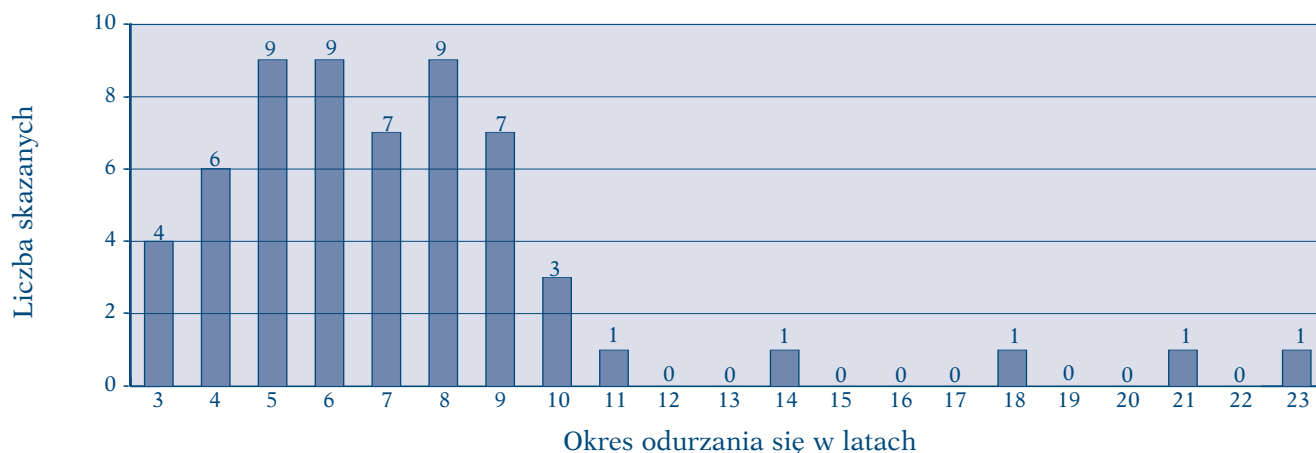
Spośród uzależnionych odbywających karę pozbawienia wolności na oddziale terapeutycznym największy procent sta-

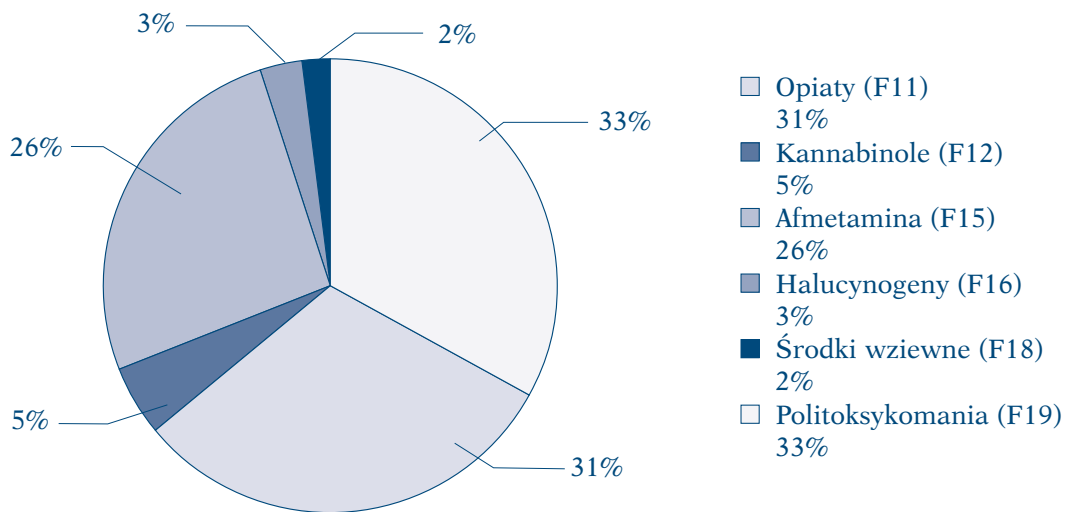
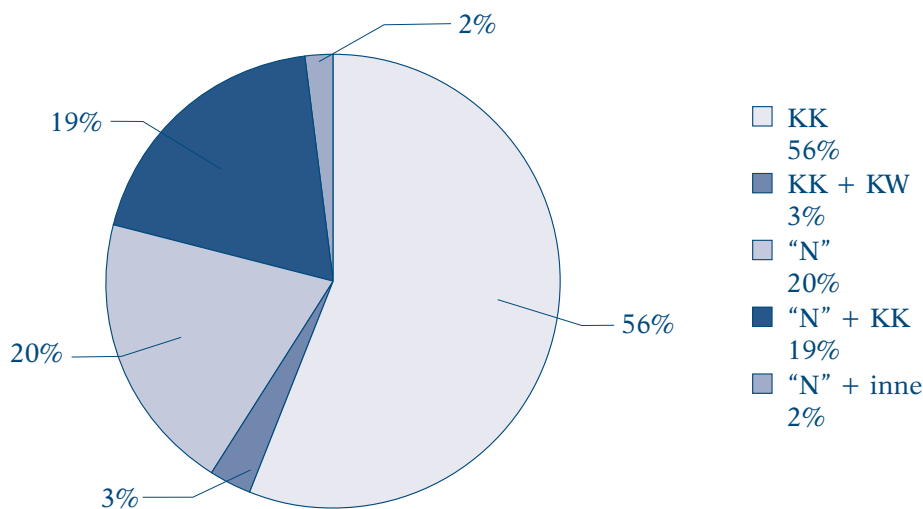
nowiły osoby skazane na podstawie kodeksu karnego (56%), dalej 20 % na podstawie Ustawy z 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, 19% zarówno na podstawie kodeksu karnego, jak i ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, 3% na podstawie kodeksu karnego oraz kodeksu wykroczeń, a 2% na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy z 1974 r. o ewidencji ludności (wykres 11).

Charakter popełnionych przestępstw

Wykresy 12 i 13 przybliżają szczegóły dotyczące czynów przestępczych popełnionych przez badanych. Skazani najczęściej dopuszczali się przestępstw przeciwko mieniu: 29 osób (49,15% populacji) dopuściło się rozboju (art. 280), 28 badanych (47,45%) dokonało kradzieży z włamaniem (art. 279), 17 więźniów (28,81%) przywłaszczyło sobie cudze mienie (art. 278), 5 udowodniono paserstwo (art. 291), a 2 oszustwo (art. 286). Drugą kategorię tworzą przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu – 6 więźniów odbywało karę za popełnienie czynu zabronionego opisanego w art. 157 (naruszenie czynności ciała lub spowodowanie rozstroju zdrowia innej osoby), u 6 zastosowany został art.

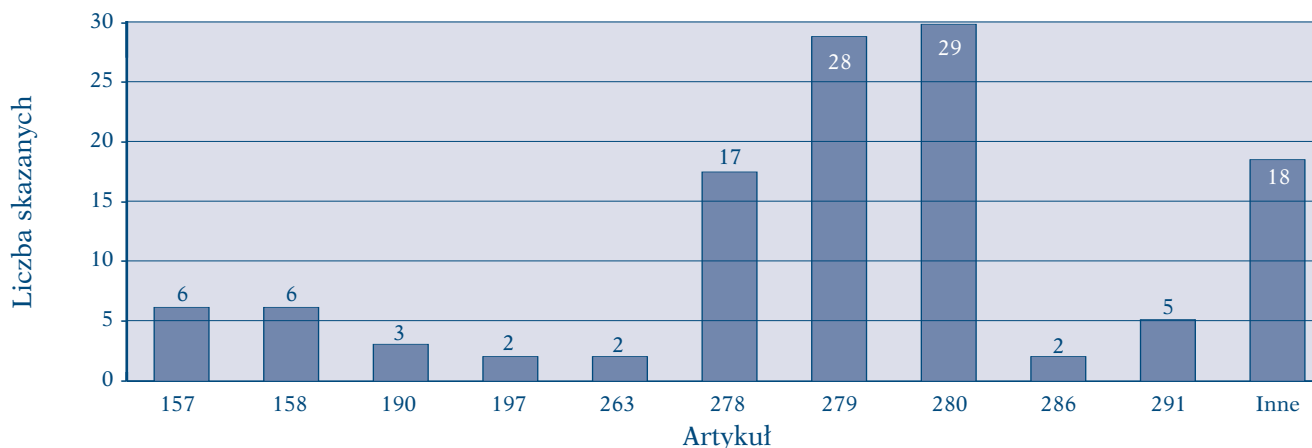
Wykres 9. Staż zażywania narkotyków



Wykres 10. Typ uzależnienia**Wykres 11. Prawna podstawa skazania**

158 (udział w bójce lub pobicie drugiego człowieka). Najbardziej popełnianymi czynami zabronionymi okazały się przestępstwa przeciwko: wolności (art. 190 – grożenie innej osobie) – 3 skazanych, wolności seksualnej i obyczajności (art. 197 – dokonanie gwałtu) – 2 skazanych oraz porządkowi publicznemu (art. 263 – wyrabianie broni palnej, amunicji lub handel nimi) – 2 osoby. W kategorii „Inne” zawarte są artykuły, które wystąpiły jednokrotnie. Łączna liczba skazań wyniosła 118, co oznacza, iż statystyczny badany dopuścił się dwóch przestępstw (zastosowano wobec niego dwa artykuły kodeksu karnego).

Spośród czynów przestępczych penali-zowanych zgodnie z ustawą z 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii na plan pierwszy wysuwa się handel środkami odurzającymi w celu osiągnięcia korzyści majątkowej – jest to artykuł 46 (łącznie 21 skazanych – 35,59% badanych). 12 osobom udowodniono sprzedaż narkotyków nielet-nim (art. 46 ust. 2). Prawie co siódmy skazany (15,24%) przyłapany został na posiadaniu środków odurzających (art. 48), 6 badanych udzieliło innej osobie narko-tyku (art. 45), 3 dopuściło się przestępstwa polegającego na wprowadzeniu do obrotu środków odurzających lub substancji psy-

Wykres 12. Skazani na podstawie kodeksu karnego

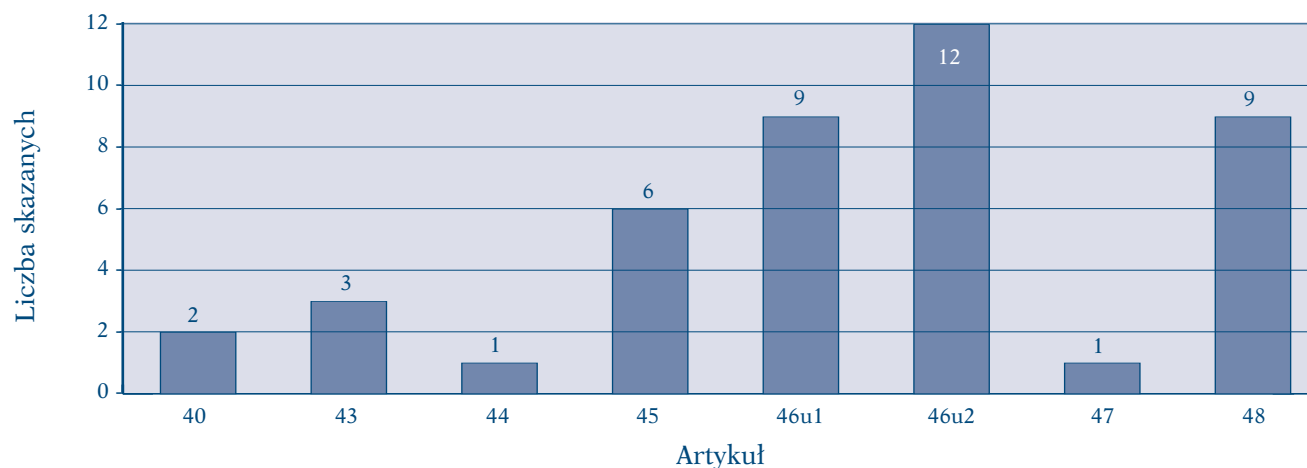
chotropowych (art. 43). Za produkowanie narkotyków (art. 40) skazane zostały 2 osoby. Badani dopuścili się łącznie 43 przestępstw związanych z narkotykami.

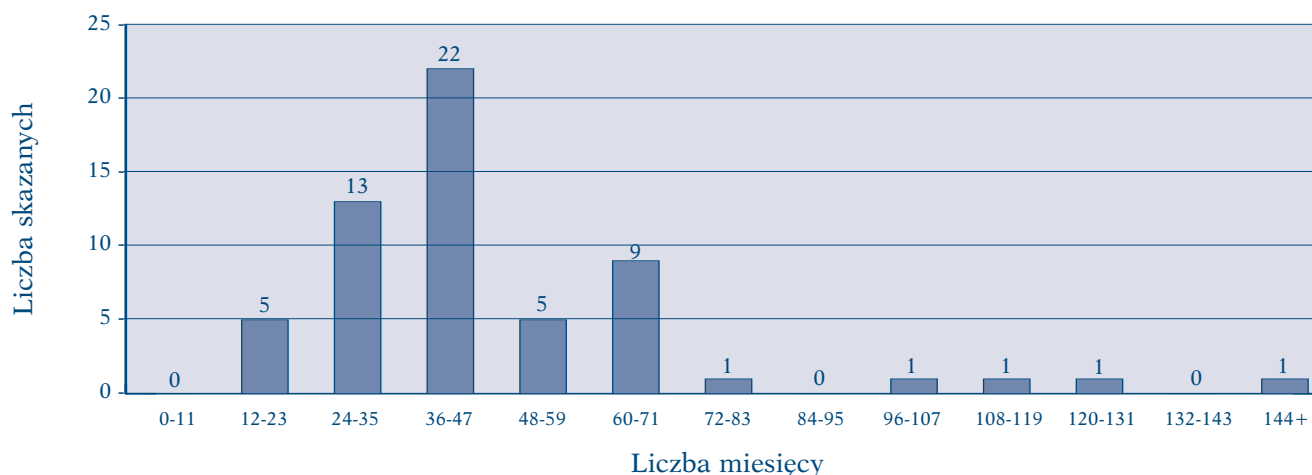
Sumując liczbę skazań na podstawie kodeksu karnego i ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii uzyskujemy wynik 161, co oznacza, iż statystyczny więzień został skazany na podstawie 2,73 różnych artykułów (tj. odbywa prawie 3 wyroki).

Wymiar kary pozbawienia wolności

Wykres 14 prezentuje dane dotyczące wysokości kary pozbawienia wolności (k.p.w.). W 2003 r. nie zdarzyło się, aby

którykolwiek skazany odbywał wyrok poniżej 1 roku. Nie oznacza to, iż w polskich jednostkach penitencjarnych nie było takich osób, lecz wynikało z długiego okresu oczekiwania na miejsce na oddziale terapeutycznym (około 10 miesięcy). Najwięcej więźniów odbywało k.p.w. w przedziale 3 lata i więcej (36–47 miesięcy) – 22 osoby, następnie 2 lata i więcej (24–36 mies.) – 13 osadzonych oraz 5 lat i więcej (60–71 mies.) – 9 osób. 4 skazanych z najwyższymi wyrokami odbywało k.p.w. w wymiarze: 8 lat i 6 miesięcy, 9 lat, 10 lat oraz 12 lat i 10 miesięcy. Średni wymiar kary wyniósł 3 lata, 9 miesięcy i 3 dni.

Wykres 13. Skazani w oparciu o ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r.

Wykres 14. Wymiar kary

PODSUMOWANIE

W 2003 r. oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych Aresztu Śledczego w Kielcach był jedną z dziesięciu tego typu placówek w Polsce (w 2004 r. liczba ta wzrosła do 12). Na oddział trafiło 59 skazanych, którzy podjęli 6-miesięczną terapię uzależnień. Charakteryzując typowego skazanego uzależnionego, należałoby stwierdzić, iż:

- jest on osobą w wieku 25,37 lat (najmłodszy miał 18, najstarszy 47 lat),
- jest kawalerem, który nie posiada potomstwa,
- ma słabe wykształcenie (50,8% legitymowało się wykształceniem podstawowym, 30,5% zawodowym),
- przed sięgnięciem po narkotyki (co nastąpiło w wieku 15,25 lat) przeszedł inicjacje: nikotynową (11,89 r.ż.), alkoholową (12,83 r.ż.), przestępczą (13,52 r.ż.) i seksualną (14,20 r.ż.),
- zaczął od marihuany (62%) lub od środków wziewnych (19%),
- zanim trafił do więzienia odurzał się narkotykami przez okres 7,58 lat,

- uzależnił się od wielu różnych substancji psychoaktywnych (33%), opiatów (31%) lub od amfetaminy (26%),
- dopuścił się przestępstwa lub przestępstw penalizowanych zgodnie z kodeksem karnym (75%) i/lub ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii (39%)⁷,
- za popełnienie przestępstw przeciwko mieniu (49,15%) lub antynarkotykowej ustawie (czerpanie korzyści z handlu narkotykami – 35,59%, z czego 20,33% przypadków dotyczyło sprzedaży narkotyków nieletnim odbywa 2,73 wyroki o łącznym wymiarze 3 lata, 9 miesięcy i 3 dni.

Badania, które przeprowadziłem trudno uznać za wyczerpujące czy reprezentatywne (nie uwzględniono skazanych recydywistów, dotyczyły one populacji jednego oddziału) i dlatego trudno na ich podstawie wyciągać dalekosiężne wnioski. Uważam jednak, iż mogą one być wstępem do szerszej i bardziej szczegółowej eksploracji uwarunkowań narkomanii w środowisku skazanych.

Krzysztof Czekaj

*Kierownik Oddziału Terapeutycznego
Aresztu Śledczego w Kielcach*

⁷ Suma procentów przekracza wartość 100 z uwagi na fakt, iż 19% osób, które zostały skazane zarówno na podstawie kodeksu karnego, jak i ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, zaliczyłem do obydwu kategorii.

EPIDEMIA HIV/AIDS W PAŃSTWACH WNP*

Epidemia HIV/AIDS na obszarze WNP stanowi poważne zagrożenie natury społeczno-ekonomicznej, zwłaszcza że tempo jej rozprzestrzeniania należy do najwyższych na świecie. Epidemia występuje głównie wśród ludzi dożylnie zażywających narkotyki, jednak ryzyko rozpowszechnienia się HIV w populacji ogólnej stale rośnie, szczególnie w Rosji i na Ukrainie. Działania władz państwowych mające na celu walkę z epidemią, mimo obserwowanego wzrostu ich intensywności, wciąż mają w dużej mierze charakter deklaracyjny. Środki finansowe przeznaczane na leczenie zakażonych są niewystarczające, a prowadzone programy profilaktyczne w niewielkim stopniu docierają do grup wysokiego ryzyka zakażenia HIV. W biednych państwach omawianego obszaru programy walki z epidemią są w zasadzie realizowane jedynie przez organizacje międzynarodowe i pozarządowe. Skuteczność zwalczania epidemii utrudnia stygmatyzujący stosunek społeczeństwa i przedstawicieli władz do grup ryzyka oraz osób zakażonych.

CHARAKTERYSTYKA EPIDEMII

Rozmiary i dynamika

Ze względu na wysokie tempo przyrostu zakażeń wirusem (w ciągu mniej niż dziesięciu lat nastąpił ponad 9-krotny wzrost odnotowanych przypadków)¹ oraz młody wiek większości zakażonych, epidemia HIV w krajach WNP stanowi poważny problem wewnętrzny oraz źródło potencjalnych zagrożeń dla otoczenia zewnętrznego. Mimo że w Rosji, największym kraju omawianego obszaru, udało się

ograniczyć przyrost nowych zakażeń, to według szacunków UNAIDS w ciągu ostatniego roku wirusem zakażyło się ok. 210 tys. mieszkańców obszaru WNP². W sumie szacuje się, że pod koniec 2004 roku na obszarze WNP było ok. 1,4 mln (od 920 tys. do 2,1 mln) przypadków zakażenia wirusem HIV³. Ponadto epidemia szybko rozprzestrzenia się w tych krajach omawianego obszaru, które dotąd nie były nią zagrożone, w tym głównie w Azji Centralnej.

Jednocześnie, jak podkreślają specjaliści, epidemia na dużej części obszaru WNP (poza Ukrainą i Rosją), znajduje się w stosunkowo wczesnym stadium rozwoju, a ogólna liczba zakażonych w poszczególnych państwach obszaru jest znacznie mniejsza niż w najbardziej dotkniętych przez HIV regionach (Afryka Subsaharyjska, Azja Południowo-Wschodnia). Odpowiednia polityka władz oraz profilaktyka nadal jeszcze mogą zahamować dalszy rozwój epidemii. Kluczowy dla dalszego wzrostu zachorowań jest wskaźnik liczby zakażonych HIV w stosunku do ogólnej liczby populacji, który w przypadku przekroczenia 1% ludności (szacuje się, że taka tendencja już występuje na Ukrainie oraz w Rosji) oznacza, trudną do zwalczania epidemię zgeneralizowaną.

Pierwszymi nosicielami wirusa na omawianym obszarze byli zarejestrowani pod koniec lat osiemdziesiątych marynarze powracający z zagranicznych rejsów do domów na Ukrainie i w Rosji. Początki epidemii HIV w państwach obszaru WNP sięgają zaś pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych. Wzrost zachorowań najwcześniej odnotowano na Ukrainie i w obwodzie kaliningradzkim, następnie w innych regio-

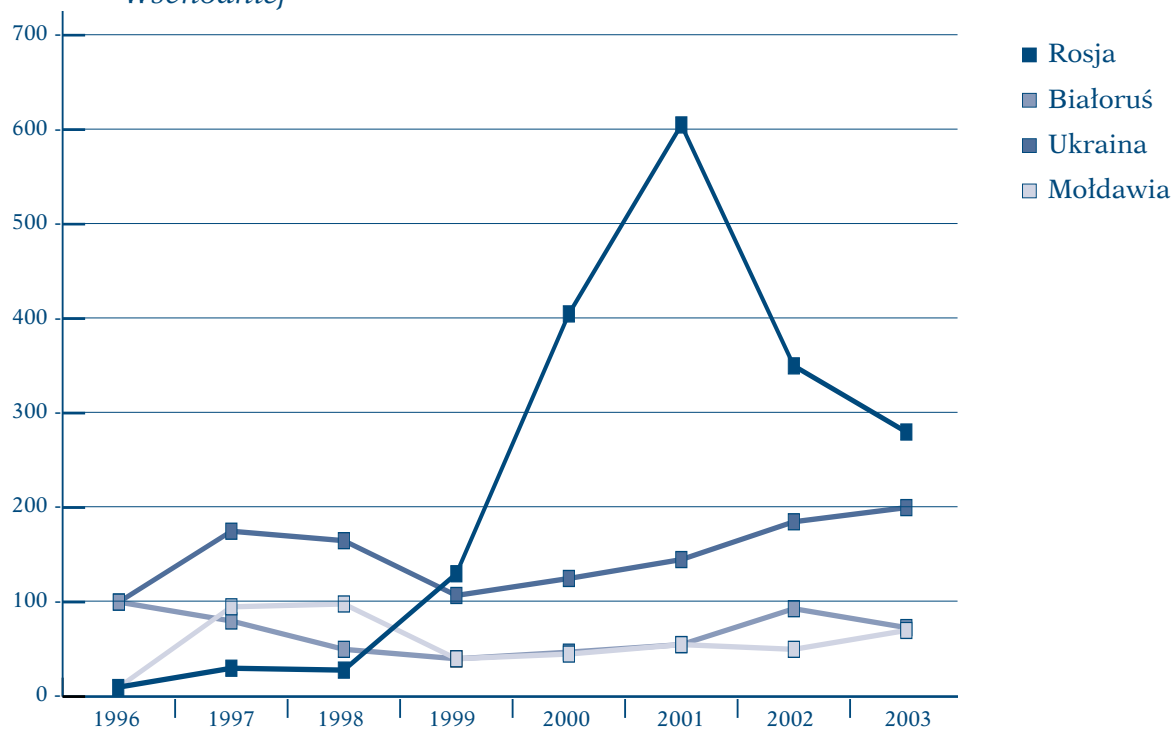
* Materiał analityczny Ośrodka Studiów Wschodnich (www.osw.waw.pl)

1 2004 AIDS Epidemic Update, December 2004.

2 Ibidem.

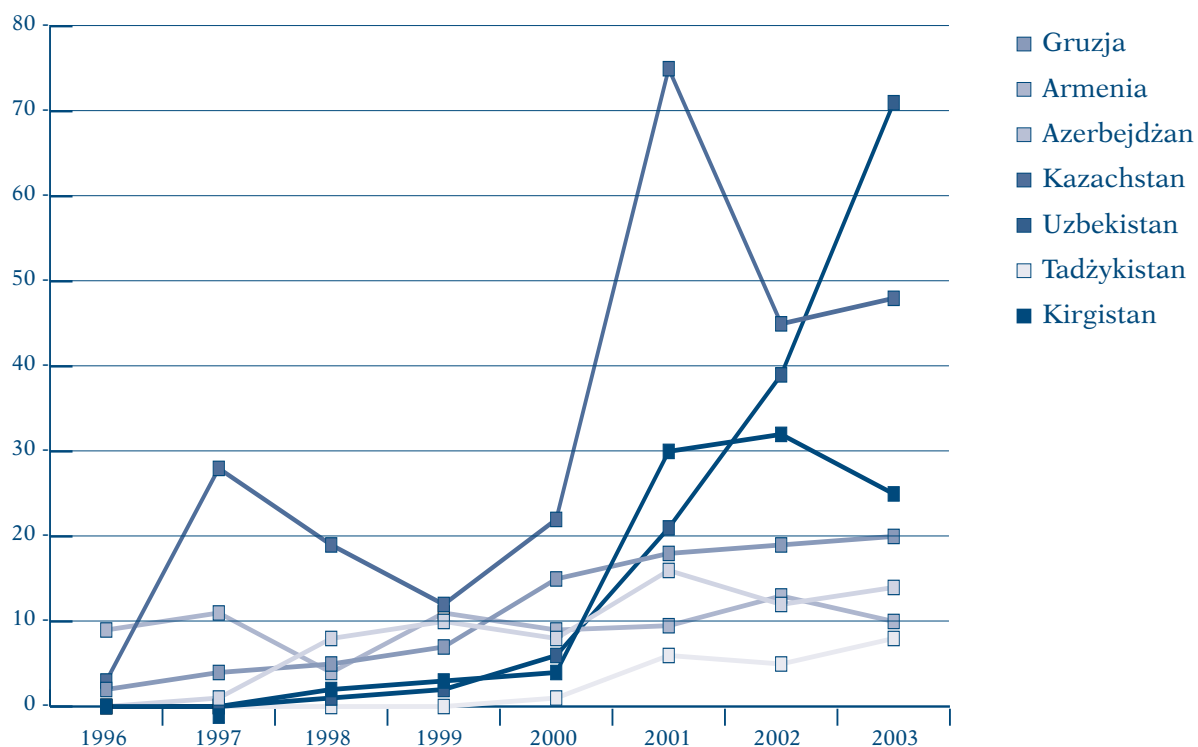
3 Ibidem.

Rys. 1. Nowo zarejestrowane zakażenia HIV na milion mieszkańców w krajach Europy Wschodniej



Źródło: EuroHIV (2003)

Rys. 2. Nowo zarejestrowane zakażenia HIV na milion mieszkańców w krajach Kaukazu Południowego i Azji Centralnej (poza Turkmenistanem)



Źródło: EuroHIV (2003)

nach Federacji Rosyjskiej oraz na Białorusi i w Mołdawii. Erupcja epidemii nastąpiła w tych krajach w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych.

Do państw Azji Centralnej i Kaukazu Południowego epidemia dotarła w zasadzie na początku obecnej dekady, wraz z rozpowszechnieniem się zjawiska narkomanii na całym obszarze WNP, przyjmując, w niektórych przypadkach, katastrofalnie wysokie tempo wzrostu. Dla przykładu, jedno z najnowszych centrów epidemii HIV na świecie występuje obecnie w Uzbe-

kistanie, a specjaliści przestrzegają przed możliwością erupcji epidemii w całej Azji Centralnej.

Epidemia HIV/AIDS przybiera w poszczególnych krajach WNP odmienne postacie i nie stanowi jednakowego zagrożenia. Stosując kryterium stopnia zaawansowania epidemii, państwa omawianego obszaru w pewnym uproszczeniu zaliczyć można do trzech grup: państw o zaawansowanej epidemii (Rosja, Ukraina, Białoruś i Mołdawia), państw o wczesnej epidemii, lecz znacznym wzroście nowych zachorowań

Tab. 1. Liczba osób zakażonych HIV w poszczególnych krajach obszaru WNP

Państwo	Koniec 2003 zarejestrowane przypadki	Koniec 2003 szacunki	Początek 2005 zarejestrowane przypadki
Rosja	266 367	860 000 (od 420 000 do 1 400 000)	318 394 ⁴
Ukraina	62 365	360 000 (od 180 000 do 590 000)	76 875 ⁵
Białoruś	5 485	24 000 (od 12 000 do 42 000)	6263
Mołdawia	1 946	brak danych	2 249
Azerbejdżan	597	1 400 (od 500 do 2 800)	684
Gruzja	475	3 000 (od 2 000 do 12 000)	brak danych
Armenia	239	2 600 (od 1 200 do 4 300)	315 ⁶
Kazachstan	4 001	16 500 (od 5 800 do 35 000)	4696
Uzbekistan	3 596	11 000 (od 4 900 do 30 000)	5 564
Kirgistan	494	3 900 (od 1 500 do 8 000)	572
Tadżykistan	119	od 200 do 400	317
Turkmenistan	2	od 200 do 400	brak danych

Źródło: EuroHIV, UNAIDS oraz ośrodki monitoringu HIV poszczególnych państw WNP

4 Stan na 01.05.2005.

5 Stan na 01.03.2005.

6 Stan na 01.06.2005.

(Kazachstan, Uzbekistan, Gruzja), państwa o wczesnej epidemii i nieznacznym wzroście nowych zachorowań (Armenia, Azerbejdżan, Kirgistan, Tadżykistan)⁷.

Największa liczba zachorowań na HIV na obszarze WNP (a także w całej Europie) występuje w Rosji, na którą przypada ok. 70% (2004) wszystkich przypadków zakażenia wirusem. Za najbardziej zaawansowaną i groźną specjaliści uznają zaś epidemię na Ukrainie.

Cechą charakterystyczną epidemii HIV na obszarze WNP jest jej nierównomierne rozmieszczenie i skupienie w ośrodkach miejskich takich jak np.: Moskwa, Petersburg, Irkuck w Rosji, Odessa czy Mikołajów na Ukrainie oraz Swietłogorsk na Białorusi.

Cechy szczególne epidemii

Od początku pojawienia się na obszarze WNP epidemii HIV miała ona nierozzerwalny związek ze zjawiskiem narkomanii, które po upadku ZSRR przybrało (zwłaszcza wśród młodych ludzi) znaczące rozmiary.

W świetle szacunków badaczy, w latach 1992–2000 liczba osób dożylnie zażywających narkotyki na obszarze WNP wzrosła o ponad 400%. Rosyjska Federalna Służba Kontroli Narkotyków, ocenia, iż w samej Rosji jest obecnie od 3 do 8 mln osób uzależnionych od narkotyków⁸. Najbardziej rozpowszechnionym sposobem zażywania narkotyków na obszarze WNP są zastrzyki dożylne. Wielokrotne stosowanie igieł przez narkomanów i nieprzestrzeganie przez nich zasad higieny stanowią główne źródło rozprzestrzeniania się epidemii HIV w państwach omawianego obszaru. Ten sposób rozwoju epidemii cechuje bardzo szybki przyrost nowych zakażeń w populacji narkomanów, co też

unaoczniają statystyki dotyczące przyrostu nowych zakażeń w państwach WNP.

Od kilku lat, zwłaszcza w krajach o bardziej zaawansowanym stadium epidemii, znacząco wzrasta ilość osób zakażonych przez heteroseksualny kontakt płciowy. Dla przykładu, w 2003 roku ten rodzaj nabycia HIV stanowił na obszarze WNP ok. 24% ogółu nowo stwierdzonych przypadków wystąpienia wirusa⁹. Tendencja ta wynika m.in. z: zwiększającego się odsetka osób zakażonych wirusem w populacji całkowitej, dużej aktywności seksualnej osób zażywających narkotyki, powszechności ryzykownych zachowań seksualnych¹⁰, wzrostu ilości osób trudniących się prostytucją oraz braku efektywnych mechanizmów zapobiegania rozwojowi epidemii. Wzrost liczby zakażeń spowodowanych heteroseksualnym kontaktem płciowym oznacza, że epidemia przestaje się ograniczać jedynie do odizolowanych od społeczeństwa tzw. grup wysokiego ryzyka i zaczyna zagrażać populacji ogólnej.

W świetle oficjalnych danych, homoseksualny kontakt seksualny nie stanowi obecnie często rejestrowanej drogi zakażenia wirusem HIV. Jednak zdaniem specjalistów, dane te w zupełności nie oddają rzeczywistych, pokaźnych, rozmiarów tego zjawiska. Wedle szacunków, również i ten sposób nabywania wirusa wykazuje tendencję rosnącą, gdyż jest skorelowany ze wzrostem zakażeń, jakie następują na drodze heteroseksualnych kontaktów płciowych.

Mimo że zakażenie HIV poprzez transmisję wirusa z matki na dziecko jest wciąż na obszarze WNP rzadkie, stopniowo rośnie liczba zarejestrowanych przypadków zakażenia HIV tym sposobem (szczególnie na Ukrainie oraz w Rosji¹¹). Zjawisko to, dziesiątkujące ludność Afryki, jest

7 Władze Turkmenistanu nie ujawniają danych na temat rozwoju epidemii w tym kraju.

8 Za: RIA Novosti, 15.06.2005.

9 Za: EuroHIV, *HIV/AIDS Surveillance in Europe*, 2004, No. 70., s. 7.

10 Czego mierzalnym wskaźnikiem jest znaczny stopień rozpowszechnienia chorób wenerycznych.

11 Na początku 2005 r. w Rosji było zarejestrowanych ok. 13 tys. dzieci zakażonych HIV.

jednym z objawów zaawansowania epidemii. Świadczy także o nieefektywności systemu opieki zdrowotnej, albowiem podawanie zakażonej kobiecie w ciąży odpowiednich lekarstw oraz przestrzeganie określonych zasad podczas porodu może zredukować ryzyko przeniesienia wirusa z matki na dziecko z ok. 20–40% do ok. 0,5–2%.

Cechą szczególną jest występowanie stosunkowo dużego odsetka zakażonych wśród populacji więźniów oraz żołnierzy. Dla przykładu, w Rosji choruje na HIV ponad 30 tys. więźniów, którzy stanowią ok. 10% ogółu zakażonych¹².

Ze względu na długi okres inkubacji AIDS, wskaźnik osób chorujących na tę chorobę, jest na obszarze WNP niski. Największą ilość chorych na AIDS odnotowują: Ukraina (ponad 9 tys. przypadków) i Rosja (ok. 1,5 tys. przypadków)¹³. Do 1 marca 2005 roku na AIDS zmarło na Ukrainie ponad 5,6 tys. osób¹⁴, a w Rosji więcej niż 900 osób¹⁵.

Cechą odróżniającą epidemię HIV na obszarze WNP od tej występującej w Europie Zachodniej i Środkowej, jest młody wiek zdecydowanej większości zakażonych. W państwach WNP ok. 80% nosicieli HIV to osoby poniżej 30 roku życia¹⁶. W przeważającej większości są to mężczyźni, chociaż alarmująco wzrasta liczba zakażonych kobiet. Szacuje się, że w 2003 roku ok. 38% wszystkich nowo zakażonych osób stanowiły kobiety¹⁷. W niektórych regionach kobiety przedstawiały nawet połowę nowo zarejestrowanych przypadków wystąpienia HIV¹⁸.

Takie cechy epidemii niosą wiele nega-

tywnych konsekwencji demograficzno-gospodarczych. Za najważniejszą z nich należy uznać osłabienie potencjału zdrowotnego i pracowniczego ludności w wieku produkcyjnym. Zdaniem ekspertów Banku Światowego, istnienie populacji zakażonych HIV rzędu 1% ogółu ludności może doprowadzić do spadku tempa wzrostu PKB o nawet 4%¹⁹. W przypadku epidemii skupionej wśród młodych ludzi, spadek ten może być jeszcze wyższy. Ponadto w krajach Europy Wschodniej, borykających się z problemem malejącego przyrostu naturalnego, zwiększona umieralność na AIDS wśród młodych ludzi, może skutkować szybszym tempem zmniejszania się i starzenia populacji oraz wynikającym z tego deficytem siły roboczej. Natomiast w przypadku państw o wysokim przyroście naturalnym, takich jak Uzbekistan czy Tadżykistan, rozwój epidemii może doprowadzić do gwałtownego wzrostu liczby sierot.

SYSTEMY WALKI Z EPIDEMIA

Czynnikiem zwiększającym ryzyko gwałtownego rozwoju epidemii HIV w państwach obszaru WNP jest brak efektywnych systemów walki z epidemią. Taki stan rzeczy wynika m.in. z: ogólnie złej kondycji systemów opieki zdrowotnej omawianych państw, trudności finansowych tych krajów oraz panującej w nich niewydolności administracyjnej i korupcji, a także z lekceważenia przez władze tych państw problemu HIV.

Jak podkreślają specjaliści, kondycja finansowa Rosji czy Ukrainy oraz jakość ich systemów ochrony zdrowia nie uspra-

12 Dane Ministerstwa Sprawiedliwości Rosji; cyt. za: Interfax, 21.04.2005.

13 2004 AIDS..., op. cit.

14 Dane Ministerstwa Zdrowia Ukrainy.

15 Dane Ministerstwa Zdrowia Rosji.

16 2004 AIDS..., op. cit.

17 HIV/AIDS Surveillance..., op. cit., s. 7.

18 Ibidem.

19 Cyt. za: Interfax, 30.03.2005.

wiedliwiają niedostatecznych nakładów na walkę z epidemią HIV. Wydaje się, iż lekceważenie to ma źródło w stygmatyzującym podejściu do grup wysokiego ryzyka, takich jak narkomani i prostytutki, przeświadczeniu podzielanym przez wielu urzędników, iż HIV nie dotyczy „normalnych” ludzi.

Jednocześnie władze państw omawianego obszaru, zwłaszcza Rosji i Ukrainy, zgodnie deklarują, że epidemia HIV/AIDS stanowi poważne zagrożenie społeczno-gospodarcze. W marcu 2005 roku na konferencji poświęconej problematyce HIV wicepremier Rosji Aleksander Żukow, nazwał walkę z epidemią problemem strategicznego, socjalnego i ekonomicznego bezpieczeństwa Rosji²⁰. W podobnym duchu wypowiadają się przedstawiciele nowych władz Ukrainy, które, w kwietniu 2005 roku, na wspólnym spotkaniu deputowanych Rady Najwyższej i członków rządu poświęconemu kwestii walki z HIV, ogłosiły decyzję o stworzeniu Narodowej Rady Koordynacyjnej ds. Przeciwdziałania HIV/AIDS i Gruźlicy.

Państwowe systemy leczenia i profilaktyki HIV/AIDS są najlepiej rozwinięte w zachodniej części obszaru WNP oraz w Kazachstanie, najgorzej zaś w najbiedniejszych krajach Azji Centralnej. Bardzo aktywne w walce z epidemią są organizacje pozarządowe.

W ostatnich latach znacząco wzrosła pomoc międzynarodowa przeznaczona na walkę z HIV w krajach WNP. W 2001 r. wyniosła ona ok. 52 mln USD, a w 2004 roku już ponad 600 mln USD²¹. Zwalczanie epidemii za swój priorytet uznała Wspólnota Niepodległych Państw, w ramach

której funkcjonuje Komitet Koordynacyjny ds. HIV/AIDS. Ponadto w ramach WNP w 2002 roku przyjęto wspólny program działań walki z epidemią, tzw. Program Pilnej Odpowiedzi Państw Członkowskich WNP na Epidemię HIV/AIDS. Państwa omawianego obszaru przystąpiły również do – przyjętej w 2004 roku w Irlandii – Deklaracji Dublińskiej o Partnerstwie w Walce z HIV w Europie i Azji Centralnej. W działania na rzecz zwalczania epidemii HIV na obszarze WNP angażuje się również Unia Europejska, m.in. przez pomoc udzielaną w ramach TACIS oraz poprzez finansowanie Globalnego Funduszu ds. Walki z AIDS, Malaria i Gruźlicą. Ponadto UE włączyła problematykę walki z HIV/AIDS do Europejskiej Polityki Sąsiedztwa (EPS).

Przeznaczanie zbyt niskich nakładów finansowych na leczenie osób cierpiących na HIV/AIDS, prowadzi do tego, iż zaledwie 11% potrzebujących terapii antyretrowirusowej na obszarze WNP, ma do niej dostęp²². Terapia ta jest niemal niedostępna dla osób zażywających narkotyki, stanowiących główną grupę nosicieli wirusa. Ponadto ceny leków antyretrowirusowych w krajach WNP należą do najwyższych na świecie. Rosja corocznie przeznacza na leczenie chorych ok. 150 mln rubli, co pozwala na dostarczenie lekarstw zaledwie 2,5 tys. osób²³, podczas gdy, zdaniem specjalistów, różnego typu leczenia wymaga obecne w Rosji od 35 do 70 tys. nosicieli wirusa HIV²⁴. Procent chorych otrzymujących odpowiednie leki wynosi na Ukrainie około 13% ogółu potrzebujących, a w Kazachstanie mniej niż 5%²⁵. Wyjątkiem jest Mołdawia, gdzie niemal wszyscy potrzebu-

20 Za: Interfax, 30.03.2005.

21 Zdaniem Banku Światowego efektywna walka z epidemią HIV w krajach WNP wymaga wyasygnowania w 2005 r. 980 mln USD, w 2006 r. – 1, 2 miliarda USD, a w 2007 r. – 1,5 miliarda USD; zob. The World Bank, *Combating HIV/AIDS in Europe and Central Asia*, 2005, s. 5.

22 2004 AIDS..., op. cit.

23 Dane za: Interfax, 29.11.2004

24 Zob. „Pierpsiektiwyy borby z WICZ/CPID w Rossiji”, *Demoscope Weekly*, 24.01.2005- 6.02.2005.

25 2004 AIDS..., op. cit.

jący mają zapewnione odpowiednie leczenie. Niewystarczające środki przeznacza się także na zakup sprzętu i szkolenie personelu.

Dzięki wsparciu Globalnego Funduszu ds. Walki z AIDS, Malarią i Gruźlicą oraz Banku Światowego, a także dzięki prowadzonym obecnie działaniom na rzecz obniżenia cen potrzebnych lekarstw, dostępność zakażonych na HIV do leczenia ma być w najbliższych latach zwiększona.

Podstawowym elementem walki z rozwojem epidemii HIV pozostaje profilaktyka. Rządowe programy profilaktyczne, realizowane przez władze państw obszaru WNP, wydają się być nieefektywne i wykonywane często jedynie „na papierze”. Znaczącą działalność w tym zakresie prowadzą natomiast organizacje pozarządowe. W krajach Azji Centralnej są one w praktyce jedynymi podmiotami prowadzącymi działalność informacyjno-profilaktyczną. Realizacja programu pomocowego sponsorowanego przez Globalny Fundusz ds. Walki z AIDS, Malarią i Gruźlicą, kierowanego przez ukraińskie Ministerstwo Zdrowia wspólnie z dwoma innymi podmiotami, została odwołana z powodu złego zarządzania środkami. Ostatecznie implementację tego programu przekazano w ręce organizacji pozarządowej – Międzynarodowego Sojuszu HIV/AIDS. Ponadto nakazowo-represyjne podejście władz państwowych i regionalnych do grup wysokiego ryzyka zakażenia HIV, takich jak narkomani, prostytutki czy homoseksualiści, utrudnia prowadzenie efektywnych kampanii prewencyjnych wśród tych środowisk. Według UNAIDS, programy prewencyjne (w tym rozdawnictwo strzykawek jednorazowych i prezerwatyw), prowadzone na omawianym obszarze, trafiają jedynie do: 10% prostitutek, mniej niż 8% ogółu osób dożylnie zażywających narkotyki oraz 4% ogółu homoseksualistów²⁶.

Warto także wspomnieć o pozytywnych przejawach realizowanych programów, takich jak prowadzenie informacyjnych kampanii telewizyjnych i prasowych, otwieranie poradni dla zakażonych HIV oraz regionalnych punktów ds. walki z HIV/AIDS.

Jednym z deklarowanych sposobów walki z rozprzestrzenianiem się epidemii HIV było wprowadzenie przez Rosję w 1995 r. obowiązku przedłożenia przez cudzoziemców, ubiegających się o wizę zezwalającą na pobyt dłuższy niż 3 miesiące, negatywnego wyniku testu na nosicielstwo HIV. W styczniu 2005 roku rosyjska Duma Państwowa przyjęła projekt nowej ustawy o zasadach wjazdu i wyjazdu, do której również włączono ten zapis. Podobny zapis funkcjonuje w prawodawstwie Kazachstanu. Jak podkreślają specjaliści, wprowadzenie tego wymogu w żaden sposób nie pomoże tym dwóm państwom w walce z epidemią, mającej przecież źródło wewnątrz tych krajów. Ponadto zasada ta nie jest jednolicie stosowana, albowiem nie obejmuje obywateli większości państw WNP, którzy nie potrzebują wiz ani do Rosji, ani do Kazachstanu.

PERSPEKTYWY

Przewidywania dotyczące skali rozwoju epidemii HIV na obszarze WNP różnią się znacząco. Może ona osiągnąć wymiary porównywalne ze skalą epidemii w Afryce czy Azji Południowo-Wschodniej, może także ulec stabilizacji (zwłaszcza w krajach o mało zaawansowanej epidemii).

Jak prognozuje w swoim raporcie z 2002 roku Bank Światowy, w 2020 roku w samej Rosji będzie od 5,4 mln (scenariusz optymistyczny) do 14,5 mln zakażonych (scenariusz pesymistyczny), a śmiertelność na AIDS może osiągnąć poziom od 21 tys. do 54 tys. ofiar miesięcznie²⁷. Zgodnie z obliczeniami dokonanymi w 2001 roku

²⁶ Ibidem.

²⁷ The World Bank Group in Russia, *The Economic Consequences of HIV in Russia*, 12 Nov. 2002.

przez ukraińskich i brytyjskich naukowców, w 2010 roku liczba nosicieli HIV na Ukrainie może wahać się od 600 tys. do 1,4 mln osób, a w związku z AIDS może do roku 2010 roku umrzeć od 300 tys. do 450 tys. osób²⁸.

Zdaniem specjalistów, realizacja odpowiednich programów profilaktycznych skierowanych do młodzieży i kobiet może zapobiec dalszemu szybkiemu rozwojowi epidemii oraz ograniczyć jej przejście do ogólnej populacji. Zapewnienie zakażonym HIV swobodnego dostępu do leczenia specjalistycznego powinno zaś doprowadzić do zapobieżenia gwałtownemu wzrostowi zachorowalności na AIDS oraz wzrostowi narodzin zakażonych dzieci. Niespełnienie tych warunków może natomiast spowodować rozpowszechnienie się wirusa HIV w szerokiej populacji w krajach Europy Wschodniej oraz gwałtowną erupcję epidemii w państwach Azji Centralnej.

W krajach o wczesnym stadium epidemii istnieją szanse na jej zatrzymanie na

niskim, niezagrażającym populacji ogólnej, poziomie. W państwach o zaawansowanej epidemii (nawet przy efektywnej walce z epidemią) należy spodziewać się jednak nieuchronnych konsekwencji w postaci osłabienia potencjału zdrowotnego i ekonomicznego ludności oraz wzrostu wskaźników śmiertelności.

Te pesymistyczne trendy rozwoju epidemii HIV na obszarze WNP mogą mieć bezpośredni wpływ na sytuację epidemiologiczną Polski. Ze względu na bliskość geograficzną krajów WNP oraz znaczące przepływy imigracyjne z tych państw, Polska powinna nasilić w stosunku do omawianego obszaru działania monitoringowe i prewencyjne. Należy zwłaszcza pamiętać, że jedną z dróg ewentualnego wzrostu zachorowań na HIV w Polsce może być kontakt z prostytutkami pochodzącymi z obszaru WNP.

Marta Jaroszewicz

Ośrodek Studiów Wschodnich

RAPORTY Z BADAŃ W INTERNECIE

Zachęcamy Państwa do odwiedzania strony internetowej www.narkomania.gov.pl, na której zamieszczane są m.in. raporty z badań przeprowadzanych na zlecenie i ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Niektóre z nich były już prezentowane na łamach naszego Serwisu. Poniżej zamieszczamy kilka interesujących projektów badawczych i zapraszamy do zapoznania się z nimi w całości.

Przygotowanie pakietu metod do stosowania w obszarze diagnozy uzależnienia od narkotyków

Realizatorem badania było Polskie

Towarzystwo Psychologiczne – Ośrodek Badań i Usług Psychologicznych. W roku 2005 wytypowano metody psychologiczne dające użyteczne informacje diagnostyczne w obszarze uzależnień: TCI – Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru R.C. Cloningera, CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, Metoda Badania Struktury Rodziny Pochodzenia wg systemu D. Fielda, Metoda Konfrontacji ze sobą H. Hermansa oraz przeprowadzono badania z wykorzystaniem tych metod. Otrzymane wyniki wskazują, że powyższe metody mogą być pomocne w uzyskiwaniu użytecznych danych dla specjalistów zajmujących się diagnozą osób uzależnionych od narkotyków.

Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży

Realizatorem badania był Instytut Psychiatrii i Neurologii. Celem programu badawczego było opisanie możliwych konstelacji czynników ryzyka i czynników ochronnych w zakresie doświadczeń z narkotykami, w kategoriach: inicjacji narkotykowej; rozwoju doświadczeń z narkotykami u osób, które nie poprzestały na inicjacji; używania regularnego, problemowego, niosącego ryzyko uzależnienia. Projekt będzie kontynuowany w kolejnych latach. Końcowym efektem będzie zbudowanie kilku modeli obejmujących różne właściwości z zakresu psychospołecznego funkcjonowania, pokazujących jaka konstelacja czynników może stanowić źródło zagrożenia, a jaka ogranicza doświadczenia młodzieży z używaniem narkotyków. Zgromadzona w ten sposób wiedza będzie mogła zostać wykorzystana do konstruowania nowych programów profilaktycznych zróżnicowanych ze względu na obszary, adresatów i właściwości oddziaływań oraz do ewentualnej modyfikacji istniejących programów.

Pilotażowe wdrażanie i ewaluacja funkcjonowania testów przesiewowych w procesie interwencji wobec nastolatków używających przetworów konopi i innych narkotyków

Realizatorem badania był Instytut Psychiatrii i Neurologii. W 2005 r. opracowano 2 testy przesiewowe umożliwiające rozpoznawanie problemowego używania substancji psychoaktywnych przez nasto-

latków w wieku 13-18 lat. Test PUN (Problemowego Używania Narkotyków) zawiera 10 pytań dotyczących używania jakichkolwiek narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy. Test PUM (Problemowego Używania Marihuany) jest złożony z 8 pytań odnoszących się do ostatnich 12 miesięcy i umożliwia rozpoznanie problemowego używania przetworów konopi. Pytania dotyczą funkcjonowania w szkole, konfliktów z rodziną i przyjaciółmi, odczuwanej potrzeby użycia marihuany oraz wzoru jej używania. Uzyskane parametry czułości obu testów pozwalają rekomendować je jako narzędzia przesiewowe przydatne w diagnozowaniu problemowego używania przetworów konopi i/lub innych narkotyków przez młodzież.

Instytucjonalne uwarunkowania przeciwdziałania narkomanii. Projekt badań nad organizacjami prowadzącymi działalność w zakresie ograniczania popytu na narkotyki

Realizatorem projektu był ARS-C Robert Sobiech. Badaniem objęte zostały organizacje prowadzące programy w zakresie redukcji popytu na narkotyki, działające na szczeblu ogólnopolskim. Analizie poddano m.in.: prowadzone działania, środki finansowe instytucji i ich źródła, zasoby ludzkie jakimi dysponują badane instytucje, ocenę narodowej strategii przeciwdziałania narkomanii oraz opinie dotyczące problemu narkomanii wśród pracowników danych instytucji. Przeprowadzono również analizę porównawczą z wynikami podobnych badań realizowanych w 1999 r.

(Red.)



*bliżej siebie
dalej od narkotyków*

Antynarkotykowy Telefon Zaufania
0 801 199 990

czynny codziennie 16⁰⁰ - 21⁰⁰ całkowity koszt rozmowy 35gr

Poradnia Internetowa www.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: **Studio Ancom**
tel. (022) 32 60 370

druk: **Zakład Poligraficzny LEGRAF**
ul. Asnyka 9, 05-410 Michalin-Józefów

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Jacek Morawski
(Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)
Jacek Moskalewicz
(Instytut Psychiatrii i Neurologii)
Janusz Sierosławski
(Instytut Psychiatrii i Neurologii)
Teresa Wereżyńska
(specjalista wojewódzki ds. narkomanii, ordynator
Oddziału Detoksykacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)
Włodzimierz Ziemia
(Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo bezpłatne