



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

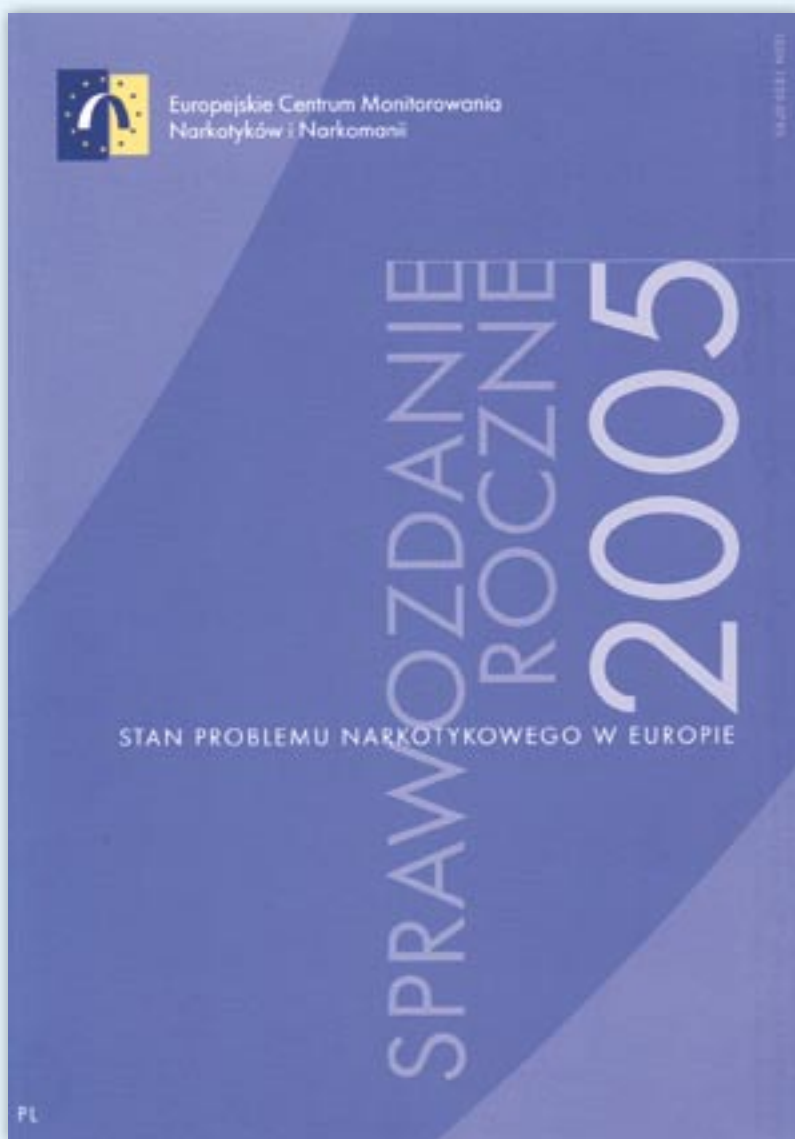
ISSN 1233-9318

Nr 1 (32) 2006

Raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCCDA)

Sprawozdanie roczne Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCCDA) na temat problemu narkotykowego w Europie obejmuje dane pochodzące z 25 państw członkowskich Unii Europejskiej, Norwegii oraz trzech państw kandydujących do UE (Bułgarii, Rumunii i Turcji). Przedstawiono w nim dane statystyczne odnoszące się do roku 2003 (lub ostatniego roku, z którego dostępne są dane). Dokument zawiera cztery rozdziały dotyczące poszczególnych narkotyków oraz rozdziały poświęcone polityce i przepisom prawa antynarkotykowego, używaniu narkotyków przez młodzież szkolną, przestępczości narkotykowej oraz zagadnieniom związanym z więziennictwem. Sprawozdanie, dostępne w 22 językach, opublikowano 25 listopada 2005 roku w wersji drukowanej i elektronicznej.

W Polsce roczny raport 2005 Agencji UE ds. Narkotyków ogłoszono 28 listopada 2005 roku w Ministerstwie Zdrowia podczas konferencji prasowej zorganizowanej przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.





Drodzy Czytelnicy!

Przedstawiamy Wam Serwis Informacyjny w nowej szacie graficznej oraz z innym układem artykułów. Mamy nadzieję, że zmiany przypadną Państwu do gustu i zwiększą wygodę korzystania z pisma. Chcielibyśmy, aby Serwis był przewodnikiem po wszyst-

kich najważniejszych wydarzeniach związanych z profilaktyką i leczeniem narkomanii, żeby przybliżał działania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz zapewniał dostęp do najświeższych i kompetentnych informacji. Misją zespołu redakcyjnego jest także przedstawienie tego, co dzieje się w związku z problemem narkomanii w instytucjach centralnych, w Unii Europejskiej, na świecie, ale przede wszystkim w samorządach i organizacjach pozarządowych. Problem narkomanii przekracza bowiem granice i kompetencje poszczególnych organizacji, instytucji oraz państw. Nasze Biuro formalnie podlega Ministrowi Zdrowia, ale nieustannie wchodzimy na inne terytoria życia społecznego – polityki społecznej, ekonomii, polityki zagranicznej, aparatu sprawiedliwości, a nawet rolnictwa (problemy związane z uprawami niektórych roślin). Mamy ścisłe kontakty nie tylko z poszczególnymi resortami i organizacjami w Polsce, ale także z instytucjami zagranicznymi w ramach szeroko zakrojonej współpracy międzynarodowej.

Za nami bardzo pracowity rok. Najbardziej ważkim dla nas tematem w 2005 roku były prace nad uchwaleniem nowej Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii. Biuro brało bardzo aktywny udział w przygotowywaniu założeń do nowego aktu prawnego. Na mocy Ustawy udało się powołać Radę ds. Przeciwdziałania Narkomanii w nowym kształcie i składzie, dającym nadzieję na większą skuteczność działania - Rada skupi teraz podsekretarzy stanu z kilku kluczowych dla nas ministerstw. Ustawa zagwarantuje także większą dostępność leczenia substytucyjnego poprzez uproszczenie procedur zatwierdzania programów substytucyjnych i rozszerzenia prawa do prowadzenia powyższych programów o niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Skoncentrowaliśmy naszą uwagę również na regulacjach prawnych dotyczących problemu osób okazjonalnie używających narkotyki, które dotychczas prawo traktowało wyłącznie jako przestępców. Udało nam się doprowadzić do zmiany prawa, zgodnie z którą powstał zapis o alternatywnych do karania sposobach postępowania (terapia, edukacja) wobec osób szkodliwie używających narkotyki. A osób tych jest coraz więcej i to coraz młodszych.

Warto zatem, żeby problem narkotykowy diagnozować jak najwcześniej – nie wtedy, kiedy pacjent dotrze do poradni uzależnień, ale już w szkole czy podczas wizyty u lekarza domowego. Nieocenioną pomocą w diagnozie problemowego używania narkotyków mogą być testy przesiewowe, o których skuteczności i wykorzystaniu przez różne służby w tym numerze Serwisu pisze Katarzyna Okulicz-Kazaryn.

Chcielibyśmy także pochwalić się wynikami kampanii Bliżej siebie – dalej od narkotyków. W ciągu całego miniego roku media poświęcały kampanii dużo uwagi, została ona też wysoko oceniona pod względem merytorycznym. Przedsięwzięcie to będziemy kontynuować w tym roku, rozszerzając grupę docelową o rodziców młodszych dzieci oraz zwiększając zasięg kampanii. O tym, jak ważne i jednocześnie trudne jest w dzisiejszych czasach budowanie więzi rodzinnych, opowiada w dziale Gość Serwisu dr Mariola Bieńko z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego.

Znacząca część działań Biura to współpraca międzynarodowa z instytucjami zajmującymi się problemem narkomanii w Unii Europejskiej i na całym świecie. Od stycznia 2006 roku Polska jest członkiem Komisji ds. Narkotyków ONZ. Pełnimy też funkcję wiceprzewodniczącego Grupy Pompidou Rady Europy, aktywnie działamy w Grupie Horyzontalnej ds. Narkotyków Unii Europejskiej oraz w Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie. Zaangażowaliśmy się w wiele projektów, których swoistym ukoronowaniem będzie konferencja Rosja – Unia Europejska na temat narkotyków, organizowana w listopadzie tego roku w Polsce. Jednym z aspektów współpracy międzynarodowej krajów Unii Europejskiej jest szeroko rozumiane gromadzenie danych na temat „sytuacji narkotykowej” w państwach Unii. Z tych danych co roku powstaje raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), z którego skrótem możecie Państwo zapoznać się w niniejszym wydaniu Serwisu.

Oczywiście, nie moglibyśmy osiągnąć żadnych znaczących sukcesów na arenie międzynarodowej, gdyby nie współpraca z krajowymi instytucjami pozarządowymi i samorządami lokalnymi. W każdym województwie działa współpracujący z Biurem powołany przez nas ekspert, który na miejscu śledzi sytuację na podległym sobie terenie i dostarcza nam wiedzy na temat lokalnej sytuacji narkotykowej. Z dumą przedstawiamy dziś regionalnych współpracowników Biura.

Liczymy na to, że ten numer naszego wydawnictwa okaże się dla naszych Czytelników ciekawą lekturą i źródłem przydatnych informacji. Życzymy Państwu dużo siły i satysfakcji z pracy oraz słonecznej wiosny – to w końcu znakomity sprzymierzeniec w naszych codziennych wyzwaniach!

PIOTR JABŁOŃSKI

Spis treści

Gość Serwisu

Rozmowa z dr Mariolą Bieńko, socjologiem z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego

Dokąd zmierzasz, rodzinie? str. 2

Profilaktyka

Sukces kampanii „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”

TOMASZ ZAKRZEWSKI, KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII str. 5

Testy przesiewowe w polskiej praktyce

KATARZYNA OKULICZ-KOZARYN, INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE str. 10

Skuteczne metody diagnostyczne

ANNA CIUPA, POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHOLOGICZNE,

OŚRODEK BADAŃ I USŁUG PSYCHOLOGICZNYCH str. 15

Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

Narkomania w Polsce w 2004 roku - dane leczenia stacjonarnego

JANUSZ SIEROŚLAWSKI, INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE str. 18

Ograniczanie podaży

Szybka informacja, skuteczne działanie

DAWID CHOJECKI, MICHAŁ KIDAWA, KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII str. 22

Narkotyk z laboratorium

WALDEMAR KRAWCZYK, CENTRALNE LABORATORIUM KRYMINALISTYCZNE KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI,

DANIEL DUDEK, CENTRALNE BIURO ŚLEDCZE KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI str. 26

Narkotyki pod kontrolą – USA

WALDEMAR KRAWCZYK, CENTRALNE LABORATORIUM KRYMINALISTYCZNE KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

DANIEL DUDEK, CENTRALNE BIURO ŚLEDCZE KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI str. 33

Współpraca międzynarodowa

Stan problemu narkotykowego w Europie

DANUTA MUSZYŃSKA, KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII str. 37

Kalendarium – współpraca międzynarodowa str. 42

Unia Europejska z Rosją przeciwko narkotynom

KLAUDIA PALCZAK, KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII str. 43

Programy szkoleniowe w dziedzinie rozwiązywania problemów narkotykowych
zlecone przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
w 2006 roku. str. 44

O atrofii więzi i problemach współczesnej rodziny rozmawiamy z dr Mariolą Bieńko, socjologiem z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego

DOKĄD ZMIERZASZ, RODZINO?

Serwis Informacyjny
NARKOMANIA – *Czy atrofia więzi rodzinnych to, Pani zdaniem, znak naszych czasów?*

MARIOŁA BIEŃKO – Nie do końca, bo funkcjonowanie rodziny zawsze było zależne od systemu społeczno – ekonomicznego. W socjologii używa się pojęć rodzina przedindustrialna oraz industrialna, teraz zaś dominuje model rodziny postmodernistycznej. Ponieważ człowiek to istota społeczna, zaburzenia więzi są przypisane relacjom międzyludzkim. Bycie w związkach oznacza dynamiczne, zmieniające się relacje. To kwestie uniwersalne, niezależne od epoki. W ciężkich i trudnych czasach, w czasie kryzysów zewnętrznych, rodzina konsolidowała się, a w czasach bezpiecznych więzi stawały się luźniejsze. Na przykład, w latach osiemdziesiątych ludzie uciekali w swoje prywatne, małe ojczyzny, bo czuli niebezpieczeństwo ze strony wrogiego systemu.

Natomiast od okresu industrialnego rodzina stała się zamknięta i nuklearna. Kiedyś bardziej otwierała się na środowisko, miała wsparcie w sąsiedztwie, ludzie mieszkali przede wszystkim w mniejszych wspólnotach i siłą rzeczy więzi były bardziej jakościowo zadowalające.

A dzisiaj? Czy możemy się pokusić o naszkicowanie portretu rodziny postmodernistycznej?

Przede wszystkim obserwujemy dużą atomizację i indywidualizację rodziny – to typowe dla okresu postmodernizmu. Rodzina z pewnością jest mniejsza, hermetyczna i zamknięta na otoczenie. Mamy mniej dzieci, ponieważ rodzicielstwo zazwyczaj jest planowane. Dzisiaj mówi się, że rodzina to kapitał społeczny. Innymi słowy, inwestujemy w rodzinę w sensie emocjonalnym i materialnym. Takim samym kapitałem stało się dziecko. Koncentrujemy się na dzieciach, chcemy je wychować w ściśle określony sposób. Rodzice chcą bardzo, żeby dzieci miały szczęśliwe życie, ale

już mniej mówi się o tym, żeby były prawdziwymi ludźmi. Zmiany gospodarcze, konieczność utrzymania się na rynku pracy, wszystkie uwarunkowania procesu transformacji sprawiły, że rodzina się nie skonsolidowała, ale zatomizowała. Chcieliśmy, aby więzi w rodzinie były lekkie i niekrępujące, a tymczasem mamy do czynienia z nieznośną wręcz lekkością tych relacji, co w konsekwencji sprawia, że są one dla nas mniej satysfakcjonujące. Skróciliśmy bardzo dystans fizyczny, ale oddaliliśmy się psychologicznie od siebie. To „błiskość na odległość”. Tymczasem lęk egzystencjalny rodzi się ze świadomości, że nie możemy dotrzeć do odmiennego świata bliskiego nam człowieka. Kontakty z członkami rodziny to tarcza chroniąca przed frustracją, depresją i negatywnymi emocjami. Rodzina tworzy niewidoczną „siatkę bezpieczeństwa”.

Ekonomika związku nie sprzyja więziom. Młodzi ludzie często pytają: Czy warto w ten związek zainwestować czas i uczucia? Ale to nie znaczy, że człowiek stał się bardziej wyrachowany. Takie podejście narzuca nasze tempo życia, mamy coraz mniej czasu dla siebie. I z tym brakiem czasu jest największy problem – bo jak tu budować więzi z dzieckiem, kiedy wraca się późnym wieczorem z pracy, odbiera się je z rąk opiekunki i kładzie spać? Wychowanie jest bardzo intymnym związkiem, który powstaje poprzez wspólne doświadczenia, wymianę potrzeb, uczuć, granic.

I to są właśnie te czynniki, które sprzyjają zaburzeniom w rodzinie?

Oczywiście niczego nowego w kwestii zaburzeń więzi rodzinnych nie wymyśliliśmy. I zaburzenia były zawsze, i destrukcja nimi spowodowana, jak choćby uzależnienia. Kiedyś mówiło się o tym mniej, ale sam problem istniał. To przeważnie konieczność kompensacji deficytów wyniesionych z przestrzeni relacji rodzinnych.

Nasza kultura nie sprzyja myśleniu o odraczaniu efektów. W społeczeństwie dominuje pogoń za osiągnięciem szczęścia w szybki i łatwy sposób. Dzieci traktują coraz częściej świat jak układankę LEGO, gdzie w pudełku z napisem ŻYCIE można wybierać i dopasowywać pojedyncze elementy w zależności od upodobań. Nie omija ona także i młodych ludzi. Stąd dzieci, mając bogatą ofertę narkotyków, sięgają po nie, szczególnie jeżeli nie mają żadnego psychicznego oparcia w dorosłych. Choć oczywiście największy wpływ na to, że dziecko sięga po narkotyki ma rodzina (przez socjologów zwana agendą socjalizacyjną) – wszystko, co się wokół niej dzieje, zwłaszcza w młodszym wieku dziecka, ma znaczenie drugorzędne.

Myślę, że recepta na większość rodzinnych bolączek jest dość banalna. To miłość, troska, odpowiedzialność rodziców, konsekwencja – wszystkie umiejętności oparte na uczuciach i emocjach. Rodzina jako archetyp to miłość, więzi i czas. Kiedyś, choćby w poprzednim pokoleniu, w życie wprowadzał dziecko rodzic. Dzisiaj w życie coraz częściej wprowadzają media i grupa rówieśnicza. Rodzice mają dla dzieci coraz mniej czasu. Badania socjologiczne dowodzą, że rodzice spędzają o 40% mniej czasu z dziećmi niż rodzice w latach 50., zwłaszcza ojcowie są nieosiągalni we współczesnej rodzinie. Rodzice mają dziś mniejszą kontrolę nad dzieckiem,

a ponoszą i czują większą odpowiedzialność. W lawinie zmian rodzice działają bez gotowego scenariusza. Mówi się, że nieważna jest ilość, ale jakość spędzanego z dzieckiem czasu. Ilość może przejść w jakość, ale dziecko trzeba poznać i zrozumieć, a do tego zawsze potrzeba czasu.

Etap dzieciństwa w życiu człowieka to naładowanie akumulatorów na całe życie – przede wszystkim poprzez miłość.

Etap dzieciństwa w życiu człowieka to naładowanie akumulatorów na całe życie – przede wszystkim poprzez miłość.

Co można w takim razie zaproponować rodzinie? Czy kampania „Bliżej siebie dalej od narkotyków”

może pomóc rodzicom w uchronieniu dzieci od uzależnienia?

W kampanii zawarto bardzo fundamentalne prawdy i wskazówki. Można to nazwać powrotem do podstaw, ale one są najtrudniejsze. Przecież wydawałoby się, że nic prostszego niż być szczęśliwym w rodzinie, a okazuje się to jednym z najtrudniejszych wyzwań w życiu człowieka. A otwarta komunikacja, szczerza rozmowa jest dla nas szczególnie trudna, bo w ostatnich latach przestaliśmy komunikować się w rodzinie na poziomie emocjonalnym, a poprzestajemy

na dzieleniu się informacjami. Kłasiczne pytanie rodziców do dziecka – „Co dzisiaj w szkole?” ujawnia tkwiącą w nas powierzchowność i fałszowość.

Nie powiedziałabym, że rodzina w Polsce przeżywa kryzys – raczej zmienia się i ewoluuje. Atrofia więzi w różnych populacjach na świecie jest dużo bardziej zaawansowana niż w Polsce. U nas socjologowie nie obserwują takiej dewaluacji wartości rodziny, jak na przykład w Europie Zachodniej. Młodzi Polacy wciąż rodzinę stawiają w czołówce swoich życiowych priorytetów. Pytanie – jak zadbać o to, żeby tę wartość chronić? Tutaj właśnie ma znaczenie częstsza i głębsza komunikacja. Dziś często załatwiamy nawet najważniejsze życiowe sprawy przez internet czy komórkę. Szczególnie młodzież preferuje przestrzeń wirtualną, gdzie nie

trzeba negocjować, iść na kompromis, dogadywać się z drugim człowiekiem. A więc powrót do rozmowy, w której wypowiadamy, co czujemy, okazujemy sobie uczucia, jest niezwykle ważny. Rodzina w rozmowie to ciągle szukanie równowagi.

Czy sądzi Pani, że kampanie w stylu „Bliżej siebie dalej od narkotyków” powinny zwracać uwagę nie tylko na relacje pomiędzy rodzicami a dziećmi, ale także na relacje rodziców między sobą?

Psychologowie mówią, że najlepsze, co mogą zrobić rodzice dla dziecka, to kochać się w małżeństwie. Jak

Dzisiaj mówi się, że rodzina to kapitał społeczny. Takim samym kapitałem stało się dziecko. Koncentrujemy się na dzieciach, chcemy je wychować w ściśle określony sposób. Rodzice chcą bardzo, żeby dzieci miały szczęśliwe życie, ale już mniej mówi się o tym, żeby były prawymi ludźmi.

wiadomo, rodzic jest dla dziecka modelem, z którego czerpie ono pełnymi garściami. W socjologii ostatnio bardzo często pojawia się pojęcie osamotnienia dziecka w rodzinie. Albo rodzica fizycznie nie ma, albo jest, ale nie potrafi przekazać dziecku wsparcia i miłości. Dzieci bywają pomijane w strukturze czasu wolnego rodziców, zbywane gadżetami i drogimi wakacjami. Wbrew przekazom kultury masowej, większości potrzeb dziecka nie da się zaspokoić za pomocą pieniędzy. Dzieci potrzebują czasu, wspólnej z rodzicami przestrzeni, uwagi, rozmowy, wspólnych rytuałów, tradycji. Dziecko jest w Polsce wytworem konsumpcji pokazowej. Poprzez dziecko możemy się pochwalić naszym statusem materialnym. Inwestujemy w dzieci, ale też chcemy, żeby przynajmniej emocjonalnie zwróciły nam się te nakłady – chociażby przez to, żebyśmy mogli być z naszych dzieci dumni. Często samotne w rodzinie dziecko wychowuje się z rodzicami, którzy także czują się samotni w swoim związku.

Jeżeli między rodzicami panuje miłość i przyjaźń, rodzina staje się dla dziecka olbrzymim kapitałem. Okazywanie sobie uczuć przez rodziców, obserwowane przez dziecko w domu, daje więcej niż prowadzony w szkole program zajęć z „przygotowania do życia w rodzinie”. Model zachowania w parze, który prezentują sobą rodzice, jest zazwyczaj powielany przez dzieci, bo wydaje się najbezpieczniejszy. To, co wynosimy z domu, kojarzy nam się z poczuciem bezpieczeństwa do tego stopnia, że często pokoleniowo powielamy modele nawet toksyczne, jak w rodzinach alkoholików. Oczywiście dobrze wiemy, jak powinno być, jak powinna wyglądać nasza wymarzona rodzina, ale nie wynieśliśmy z domu narzędzi, które pozwoliłyby to osiągnąć.

Tak pewnie dzieje się również z osamotnieniem w rodzinie, wędrującym z pokolenia na pokolenie...

Dokładnie. Rozmów, przekazywania sobie uczuć i ważnych treści trzeba się nauczyć. Słuchanie to szcze-

gólnie trudna sztuka w relacjach rodzinnych. Do momentu wejścia dziecka do grupy rówieśniczej, rodzice są najważniejszymi w jego życiu ludźmi. Jak mówią Amerykanie, matka dla trzylatka jest gwiazdą Hollywood. Przez tych kilka lat możemy nasz kredyt zaufania zaprzepaścić albo z zapatrzonego w nas dziecka ulepić wartościowego człowieka. Potem dziecko to jak przysłowiowa strzała wypuszczona z łuku, przestaje się poddawać bezwzględnej kontroli rodziców.

Wspomniała Pani, że obecnie w Polsce jesteśmy świadkami ewolucji kształtu rodziny. Czy socjologowie są w stanie przewidzieć kierunek tej ewolucji?

Z badań demograficznych jednoznacznie wynika, że rodzina w najbliższej przyszłości będzie mała. To powinno sprzyjać więziom, bo w mniejszej grupie łatwiej o bliższe relacje. Myślę, że wpływ na kształt rodziny będą miały przede wszystkim przemiany demograficzne i procesy globalizacyjne. Społeczeństwa się starzeją. Część państw wdrożyła już politykę prorodziną, a pewnie reszta krajów europejskich też prędzej czy później ją wprowadzi. Przybędzie ludzi starych, więc być może znowu w rodzinie wzrośnie rola dziadków, która jest nie do podważenia, a my ich trochę odsunęliśmy na bok, hołdując kultowi młodości. Badania socjologiczne pokazują, że we współczesnych rodzinach dzieci często mają z dziadkami dużo lepszy

Jeżeli między rodzicami panuje miłość i przyjaźń, rodzina staje się dla dziecka olbrzymim kapitałem. Okazywanie sobie uczuć przez rodziców, obserwowane przez dziecko w domu, daje więcej niż prowadzony w szkole program zajęć z „przygotowania do życia w rodzinie”.

kontakt niż z zapracowanymi rodzicami.

Świat niezwykle szybko się zmienia, więc i w rodzinie zdarzyć się może wszystko. Pewnie nie będą to łatwe czasy. Życie wymaga od nas nieustannego wchodzenia w kolejne role. Jednak bycie członkiem rodziny to jedna z najbardziej trwałych ról w życiu. We współczesnych społeczeństwach konsumpcyjnych czujemy ciągły głód nowych wrażeń, a dziecko potrzebuje stałości i przewidywalności, która daje poczucie bezpieczeństwa. Zresztą, nie tylko dziecko, także i my, dorośli. ■

Wyniki raportu OBOB z badań przeprowadzonych pod koniec 2005 roku dowodzą skuteczności kampanii medialnej „Blżej siebie – dalej od narkotyków”

SUKCES KAMPANII „BLŻEJ SIEBIE – DALEJ OD NARKOTYKÓW”

**TOMASZ ZAKRZEWSKI – KRAJOWE BIURO
DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII**

Od połowy lat 90. w Polsce odnotowano wiele projektów kampanii społecznych, mających na celu edukację, informację bądź zmianę postaw i zachowań różnych grup docelowych, wspierających rozwiązania systemowe w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Poziom skomplikowania zjawiska narkomanii oraz jego zasięg skłaniają do wykorzystywania różnorodnych narzędzi komunikacji społecznej, w tym mediów, które w nowoczesnym społeczeństwie informacyjnym mają ogromne znaczenie.

Jednocześnie w myśleniu o profilaktyce pojawiła się idea, aby wykorzystać wiedzę z zakresu marketingu, PR i reklamy, zaprzęgając metody perswazji do służby społecznej.

W roku 2005 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zainicjowało na szeroką skalę kampanię, która miała za zadanie zmienić negatywny wizerunek antynarkotykowych akcji medialnych w oczach opinii publicznej, jednocześnie kształtując odpowiedzialne postawy wśród grupy docelowej. Wyjście poza negatywny odbiór tzw. „dirty campaign”¹ było pośrednim celem przedsięwzięcia, ale poskutkowało nie spotykanym zainteresowaniem mediów, a to w znacznym stopniu przyczyniło się do zwiększenia zasięgu akcji. Idea udoskonalania przekazu medialnego skłoniła Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii do przeprowadzenia badań skuteczności kampanii w 2005 roku.

„Blżej siebie – dalej od narkotyków” – o kampanii

Kampanię realizowaną przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w roku 2005 pod hasłem



„Blżej siebie dalej od narkotyków” zaprojektowano w taki sposób, aby komponent medialny, otwierający akcję, wzmacniał i dopełniał lokalne oddziaływania profilaktyczne ukierunkowane na wyodrębnioną grupę docelową. Kampania skierowana była do rodziców dzieci w wieku szkolnym. Podstawowe cele kampanii „Blżej siebie – dalej od narkotyków” to:

- podkreślenie znaczącej roli wychowawczej rodziców w profilaktyce uzależnień,
- zwrócenie uwagi rodziców na ryzyko możliwości używania narkotyków przez ich dzieci,
- podniesienie poziomu wiedzy na temat narkotyków.

Dodatkowym celem kampanii była promocja:

- Antynarkotykowej Poradni Internetowej www.narkomania.org.pl,
- Antynarkotykowego Telefonu Zaufania 0801 199 990,
- instytucji zajmujących się doradztwem i pomocą w zakresie rozwiązywania problemów wychowawczych w rodzinie.

Kampania rozpoczęła się 28 kwietnia 2005 roku konferencją prasową zorganizowaną pod patronatem Polskiej Agencji Informacji i Inwestycji Zagranicznych, natomiast jej zakończenie w mediach zaplanowano na koniec czerwca 2005 roku. Realizacja działań regionalnych i lokalnych w ramach kampanii miała zgodnie z założeniami potrwać do października 2005.

Ogólnopolski zasięg kampanii zapewniło pośrednictwo mediów. Główny patronat medialny objęły Telewizja Polska S.A. oraz Radio Zet. W akcję włączyła się także redakcja „Wysokich Obcasów” Gazety Wyborczej oraz liczne media publiczne i prywatne o zasięgu ogólnopolskim. W ramach akcji w różnych stacjach telewizyjnych zanotowano około 1000 emisji spotu filmowego, na antenach radiostacji pojawiło się około 900 krótkich spotów radiowych. Zaś 14 maja 2005 roku w „Wysokich Obcasach” opublikowano dodatek „Gazetka dla rodziców – Nasze dzieci – Bliżej siebie – dalej od narkotyków” w nakładzie około 300 tysięcy egzemplarzy. Poza tym nawiązano współpracę z 10 tytułami prasowymi, których redakcje upubliczniły w wysokich nakładach plakaty prasowe. Kampania była widoczna także w kinach, dla których przygotowano około 400 kopii spotu społecznego wyświetlanego przed seansami filmowymi.

Akcja *outdoor* obejmowała 100 billboardów oraz 200 plakatów eksponowanych na plażach całej Polski w sezonie letnim. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zainicjowało także działania w internecie. Kampania prowadzona była przez internetową sieć reklamową, portal *www.gazeta.pl* oraz licznych partnerów.

Na poziomie lokalnym idee kampanii upowszechniano za pośrednictwem Urzędów Marszałkowskich, Urzędów Wojewódzkich oraz Urzędów Miast. Instytucje wyższego szczebla koordynowały liczne inicjatywy na poziomie powiatów i gmin, podejmowane zarówno przez administrację samorządową jak i organizacje pozarządowe. Krajowe Biuro udostępniło wszystkie przygotowane w ramach kampanii materiały. Na potrzeby kampanii wydrukowano i przekazano 350 000 broszur edukacyjnych oraz 10 000 plakatów. Materiały akcydensowe oraz materiały w formie elektronicznej kolportowano podczas lokalnie prowadzonych działań: festynów, happeningów, w lo-

kalnych stacjach radiowych i telewizyjnych, lokalnej prasie oraz instytucjach i placówkach zajmujących się profilaktyką narkomanii na terenie całej Polski. Warto podkreślić także udział Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, które przyczyniło się do pozyskania kilkuset poradni psychologiczno-pedagogicznych i szkół propagujących idee kampanii „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”.

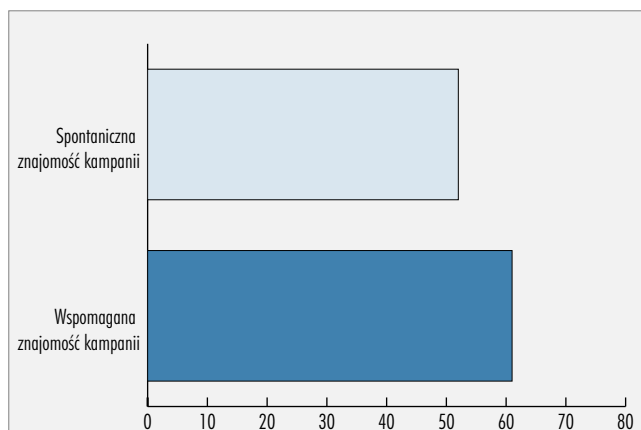
Badanie skuteczności kampanii

Informacje o metodzie

W celu zmierzenia rezultatów oddziaływań Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło firmie TNS OBOP przeprowadzenie badania skuteczności medialnej kampanii społecznej. Badanie zostało przeprowadzone w ramach narzędzia TNS Omnimas. Badanie Omnimas jest reprezentatywnym dla populacji mieszkańców Polski. Realizowano je jako wywiad *face to face*. Każdorazowo przeprowadza się około 1000 wywiadów. Było to badanie o charakterze syndykatomym.

Badanie skuteczności kampanii składało się z dwóch pomiarów:

- pierwszy pomiar zrealizowany został przed rozpoczęciem kampanii w mediach (21–25 kwietnia 2005 roku),
- drugi pomiar kampanii przeprowadzono ok. 2 tygodnie po zakończeniu kampanii społecznej w mediach (22–26 lipca 2005 roku).



Wykres 1. Spontaniczna i wspomagana znajomość kampanii „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”. Rodzice dzieci w wieku 11–24 lata, N=293, lipiec 2005.

Na potrzeby badania grupa celowa została doprecyzowana jako osoby posiadające dzieci w wieku 11–24 lata. Wśród ogółu Polaków, respondentów spełniających powyższe kryterium jest 29% (w pierwszym pomiarze takich respondentów było 296, w drugim pomiarze – 293). Warto wspomnieć, że przy takiej grupie osób błąd statystyczny dla analiz wśród ogółu badanych wynosi $\pm 5,7\%$, przy wiarygodności oszacowania równej 95%.

Cel badania

Wyodrębniono następujące cele:

- Cel główny:
 - Określenie skuteczności medialnej kampanii społecznej pod hasłem „Blżej siebie – dalej od narkotyków”.
- Cele szczegółowe:
 - Pierwszy pomiar – dostarczenie danych odnośnie relacji między dziećmi i rodzicami oraz postaw i opinii rodziców wobec problemów związanych z narkotykami.
 - Drugi pomiar – dostarczenie danych porównawczych wskazujących na ewentualne zmiany postaw i zachowań rodziców w wyniku zetknięcia się z materiałami kampanii oraz określenie zauważalności kampanii i jej elementów w grupie docelowej.

Główne wyniki

Pierwszy pomiar –

charakterystyka grupy docelowej

Pierwszy pomiar miał za zadanie scharakteryzować grupę docelową kampanii, jakość relacji między rodzicami i ich dziećmi, a także postawy względem narkotyków i problemu narkomanii. Badanie potwierdziło wcześniejsze wyniki opracowań, które zostały wykorzystane do stworzenia założeń kampanii².

Rodzice deklarowali, że mają wiele tematów do rozmów ze swoimi dziećmi. Istotnie statystycznie rodzice dzieci młodszych (11–15 lat) oceniali, że mają relatywnie więcej tematów do rozmów niż rodzice dzieci starszych (16–19 lat). Znacznie częściej przekonanie o tym, że ze swoimi 11–15-letnimi dziećmi można porozmawiać na wiele tematów, mają matki niż ojcowie. Jednocześnie rodzice lepiej niż dzieci oceniają jakość bezpośrednich relacji. Warto nadmienić, że

w przeważającej części rodzice dzieci w wieku gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym preferują „bierny” model spędzania czasu ze swoimi dziećmi, który nie wpływa na pogłębienie wzajemnych kontaktów. Jednocześnie 21 % rodziców dzieci w wieku ponadgimnazjalnym ma poważne trudności w poruszaniu tematów trudnych, do których zaliczają problem narkotyków. Rozmowy te najczęściej ograniczają się do ogólnych stwierdzeń wartościujących i nie dotyczą bezpośrednio dzieci i ich otoczenia.

Na pytania odnośnie znajomości przyjaciół dziecka i form spędzania wolnego czasu 55% rodziców dzieci w wieku ponadgimnazjalnym nie potrafi zdecydowanie zadeklarować, że wie, gdzie jego dziecko przebywa poza domem i co robi. W grupie dzieci młodszych 68% badanych deklaruje pełną kontrolę i informację na temat spędzania czasu poza domem przez ich dziecko. Dodatkowo, w pierwszej serii badań zdecydowana większość rodziców twierdziła, że dziecko w razie kłopotów zwróci się do nich o pomoc. Niestety, pozytywne opinie rodziców mają często charakter życzeniowy i nie potwierdzają się w badaniach jakościowych wśród młodych ludzi, którzy przeważnie deklarują, że gdyby mieli problemy z narkotykami lub inne osobiste problemy, w ogóle nie zwróciliby się z tym do rodziców. Rozdźwięk w ocenie wzajemnych relacji potwierdza się w odpowiedziach na pytania odnośnie rozumienia decyzji dziecka. Odpowiednio wśród osób przyznających, że nie rozumieją decyzji swojego dziecka, jest aż co trzeci rodzic (33%) młodzieży uczęszczającej do ostatnich klas szkoły podstawowej i gimnazjalnej, wśród rodziców dzieci w wieku ponadgimnazjalnym już aż 40%, a wśród rodziców dzieci 20–24 letnich – 43%. Reasumując, powyższe wyniki pierwszego pomiaru są niepokojące szczególnie w odniesieniu do relacji w rodzinie dzieci z ostatnich klas gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, gdzie dochodzi często do inicjacji narkotykowej. Wyniki pierwszego pomiaru ugruntowały autorów kampanii w słuszności przyjętych założeń.

Drugi pomiar –

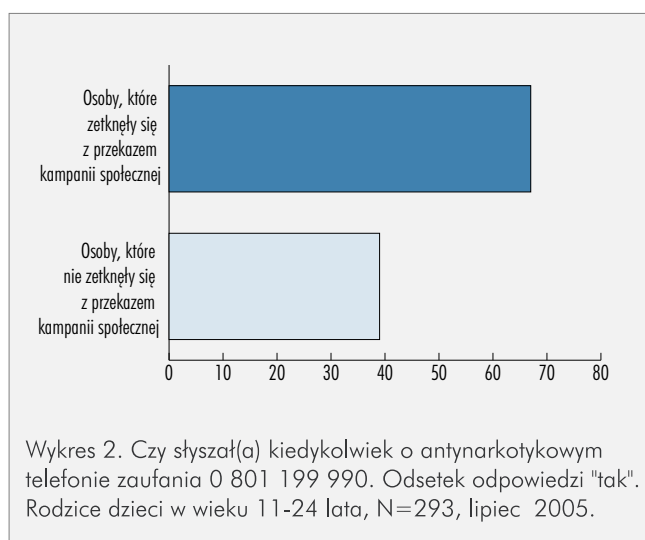
skuteczność kampanii – główne wyniki

W drugim pomiarze uzyskano dane na podstawie wyodrębnionych trzech wskaźników odnoszących się do zauważalności kampanii, znajomości Antynarkoty-

kowego Telefonu Zaufania oraz Internetowej Poradni ds. Narkomanii, a także wskaźnika zmiany postaw i zachowań. Wskaźnik odnoszący się do postaw na temat narkotyków w rodzinie oraz ewentualnej roli rodziców w zapobieganiu sięgania po narkotyki przez ich dzieci został wyznaczony na podstawie porównania opinii grupy celowej przed rozpoczęciem kampanii z opiniami grupy celowej po zakończeniu działań kampanii.

Zauważalność

Spontanicznie (czyli przed pokazaniem materiałów kampanii medialnej respondentowi podczas wywiadu kwestionariuszowego) ponad co druga osoba z grupy docelowej (wykres 1) deklaruje, że w ostatnich 2–3 miesiącach przed drugim pomiarem zetknęła się w prasie, radiu, telewizji, kinie, internecie, na ulotkach lub plakatach z informacjami odnoszącymi się do antynarkotykowej kampanii „Blżej siebie – dalej od narkotyków”. Biorąc pod uwagę wskaźniki znajomości wspomaganej materiałami kampanii społecznej, akcja dotarła do 61% grupy docelowej za pośrednictwem przynajmniej jednego kanału informacyjnego. Wśród respondentów, którzy widzieli kampanię, najbardziej efektywne media to telewizja (76%), reklama prasowa (46%) oraz outdoor (41%). Zważywszy na specyfikę mediów wyniki te nie są zaskakujące. Można jednak stwierdzić, że wynik zauważalności na poziomie 61% grupy docelowej dorównuje wysokobudżetowym kampaniom komercyjnym. Można zatem mówić o dużym zasięgu kampanii dzięki współ-



pracy o charakterze non-profit instytucji publicznych i komercyjnych mass-medium.

Znajomość Antynarkotykowego Telefonu Zaufania i Poradni Internetowej ds. Narkomanii

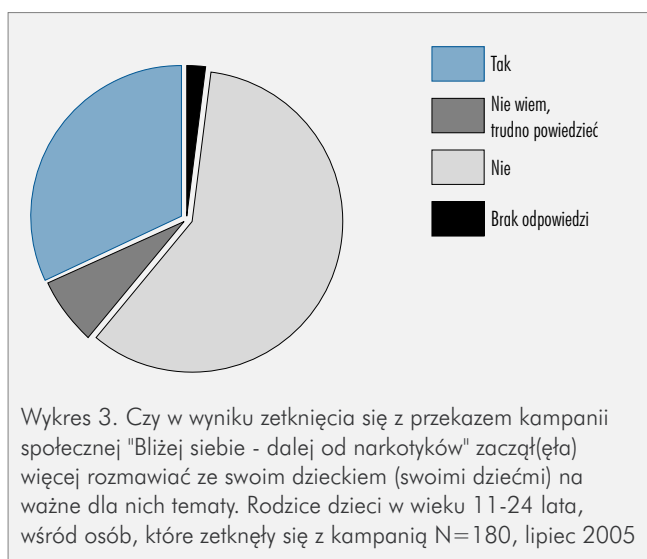
Drugi wskaźnik skuteczności kampanii opierał się na spontanicznej i wspomaganej przez materiały badawcze znajomości instytucji wspierających rodzinę w sytuacji wystąpienia problemu narkotykowego. W tym celu na wszystkich materiałach kampanii zamieszczono reklamę Antynarkotykowego Telefonu Zaufania 0801-199-990 oraz Internetowej Poradni ds. Narkomanii. Porównanie odpowiedzi przed rozpoczęciem kampanii społecznej z wynikami odpowiedzi po zakończeniu działań medialnych umożliwiło w sposób pośredni określenie skuteczności kampanii „Blżej siebie – dalej od narkotyków” w tym wymiarze. W wyniku przeprowadzonego badania co drugi rodzic (odpowiednio 51% w pierwszym pomiarze i 56% w drugim pomiarze) posiadający przynajmniej jedno dziecko między 11 a 24 rokiem życia deklaruje, że słyszał kiedykolwiek o antynarkotykowym telefonie zaufania.

Jednak z odpowiedzi w drugiej fali badania (wykres 2) wynika, że istotnie częściej osoby, które widziały kampanię społeczną, deklaruja, że słyszały kiedykolwiek o antynarkotykowym telefonie zaufania, a wysoki procent znajomości telefonu jest istotnym wskaźnikiem pośrednim skuteczności akcji. W kwestii znajomości adresu Internetowej Poradni ds. Narkomanii www.narkomania.org.pl 22% rodziców w pierwszym pomiarze i 25% w drugim słyszało o wyżej wymienionej antynarkotykowej stronie WWW. Jednak z punktu widzenia całej badanej populacji nie jest to istotne statystycznie.

Warto jednakże odnotować, że opierając się na wynikach statystyki strony www.narkomania.org.pl, mimo ograniczonej promocji w internecie oraz specyfiki medium, liczba odwiedzających stronę internautów zwiększyła się o 320%. Także liczba porad w trakcie trwania akcji wzrosła czterokrotnie w stosunku do porównywalnego okresu w latach poprzednich.

Zmiana postaw i zachowań

Trzeci główny wskaźnik badania opierał się na założeniu, że można mówić o skuteczności kampanii me-



dialnej, jeśli pod wpływem przekazu nastąpiła uwidoczniła zmiana postawy i zachowania rodziców w stosunku do dzieci. Istotne hasło kampanii „*Bliżej siebie – dalej od narkotyków*” – *Rozmawiaj więcej ze swoim dzieckiem* – szczególnie zwracało uwagę na wartość rozmowy między rodzicami a dziećmi w kontekście profilaktyki narkomanii. Dodatkowo, przy propagowaniu w materiałach kampanii umiejętności z zakresu prawidłowych relacji w rodzinie i ich profilaktycznego wpływu, przekaz akcji powinien w założeniach odnieść pośredni pozytywny skutek. Badanie wykazało, iż w wyniku zetknięcia się z medialną częścią kampanii społecznej niemal co trzeci rodzic deklarował, że zaczął więcej rozmawiać ze swoim dzieckiem na ważne tematy.

Okazuje się również, że idee przekazane w kampanii mają istotne znaczenie na deklaracje rodziców: ci, co widzieli kampanię w jakimkolwiek z mediów, znacznie częściej deklarują, że problem używania narkotyków może dotyczyć każdego młodego człowieka, w tym również ich własnego dziecka.

Kolejny szczegółowy cel kampanii podkreślał istotne znaczenie wiedzy rodziców na temat narkotyków oraz zjawiska narkomanii. Jednak był to cel drugorzędny w odniesieniu do zwrócenia uwagi rodziców na profilaktyczną rolę dobrych kontaktów w rodzinie. Kampania medialna w swym pierwotnym założeniu miała jedynie zasygnalizować potrzebę poszukiwania źródeł informacji. Dopiero taktyczna część kampanii na poziomie lokalnym miała za zadanie w skuteczny sposób dostarczyć podstawowych informacji na te-

mat środków psychoaktywnych. Nie dziwi zatem fakt, że w badaniu nie odnotowano istotnego statystycznie wzrostu wiedzy rodziców, ale w sposób dobitny badanie zasygnalizowało, że poziom wiedzy na temat problemu uzależnień od środków psychoaktywnych jest raczej niski i istnieje potrzeba dalszej edukacji grupy docelowej.

Podsumowanie i wnioski

Dzięki badaniu Omnimas TNS OBOP na grupie docelowej rodziców posiadających dzieci między 11–24 rokiem życia, możemy stwierdzić następujące fakty:

- Kampania uzyskała bardzo wysoki stopień zauważalności (61% grupy docelowej). Najbardziej efektywnym medium była telewizja. Można wnioskować, że do wysokiej zauważalności przyczyniła się zmiana wizerunku kampanii antynarkotykowych akceptowana przez media, które uznały, że projekt jest medialny i godny promowania.
- Z porównania stwierdzeń respondentów, do których nie dotarł przekaz Kampanii, w odniesieniu do respondentów, którzy zetknęli się z akcją, można wnioskować, że: reklama zwróciła uwagę rodziców na ryzyko możliwości używania narkotyków przez ich dzieci, zachęciła do rozmów z dzieckiem na ważne dla nich tematy (wykres 3) oraz promowała antynarkotykowy telefon zaufania. W wymienionym zakresie kampania w ocenie TNS OBOP była skuteczna.
- Na poziomie całej grupy docelowej można stwierdzić, że medialny przekaz nie przełożył się na zmianę postaw i zachowań. Niemniej jednak zauważono istotne różnice w zachowaniu i postawach osób, które zetknęły się z reklamą społeczną w odniesieniu do osób, do których kampania nie dotarła. Oddziaływania powinny być zatem kontynuowane i mieć charakter wieloletni.
- Z rezultatów badania nie wynika wprost, czy kampania podniosła wiedzę rodziców na temat narkotyków (ankieta nie zawierała dostatecznej liczby pytań weryfikujących wiedzę, aby na ich podstawie wyciągać wnioski).
- Kampania w ocenie raportujących przyniosła odpowiednie wzmocnienie dotychczasowych postaw rodziców związanych z dążeniem do poprawy komu-

nikacji i relacji z dziećmi. Dała im narzędzia i wiedzę, w jaki sposób należy kształtować umiejętności wychowawcze i profilaktykę rodzinną. Jednocześnie należy stwierdzić, że nie dotarła do grupy rodziców, którzy nie zetknęli się w jakikolwiek sposób z problemem narkotyków wcześniej, co stanowi dodatkowe wyzwanie dla przyszłych działań z zakresu komunikacji społecznej.

Reasumując, działania z obszaru edukacji publicznej, ukierunkowane na duże grupy docelowe na poziomie populacji lub jej znacznej części, nie mogą w swych założeniach być specyficzne. Unifikacja poprzez stworzenie profilu typowego odbiorcy przynosi zatem z jednej strony korzyści, z drugiej ogranicza szeroko rozumianą skuteczność medialnych kampanii społecznych w stosunku do innych bezpośrednich narzędzi profilaktyki. Jednak modelowanie postaw społecznych poprzez media, edukacja oraz informacja w dziedzinie zjawisk społecznych dotyczących grupy docelowej mogą być efektywne, jeśli spełni się pewne warunki: przekaz jest komunikatywny i trafia w potrzeby grupy docelowej, prowadzi się go na dużą skalę w mediach i promuje poprzez działania lokalnych społeczności, jest pogłębiony poprzez odwołanie do zasobów systemu wspierającego lokalną profilaktykę i długoterminowy. Zatem należy zaznaczyć pewne uwarunkowania pomiaru skuteczności kampanii medialnej w stosunku do działań kampanijnych w ogóle. Kampania medialna ma przede wszystkim na celu stworzenie odpowiednich warunków do prowadzenia kampanii lokalnych, których działanie jest bardziej specyficzne i bezpośrednie. W roku 2006 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, opierając się na analizach i wnioskach z badań, będzie kontynuowało projekt oddziaływań medialnych na grupę rodziców, wzmacniając poprzez nowy przekaz medialny także pozytywne skutki Kampanii roku 2005. ■

¹ „dirty campaign” – „brudne kampanie” tu w rozumieniu kampanie społeczne odnoszące się do trudnych tematów, kojarzonych stereotypowo z negatywnym przekazem komunikacyjnym, zagrażające pozytywnemu wizerunkowi rynkowemu sponsorów decydujących się na ich wspieranie.

² Raport z badań jakościowych Fundacji Komunikacji Społecznej dla Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – FGI z przeprowadzonych przez Instytut Badawczy – Synovate. Lipiec 2004.

Testy umożliwiające rozpoznanie podczas działań interwencyjnych problemowego używania narkotyków przez nastolatków są bardzo przydatnym narzędziem diagnostycznym nie tylko dla terapeutów uzależnień

TESTY PRZESIEWOWE W POLSKIEJ PRAKTYCE

KATARZYNA OKULICZ-KOZARYN
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE

Testy przesiewowe na świecie

Procedury screeningowe są pierwszym krokiem w diagnozowaniu zaburzeń związanych z określonymi zachowaniami lub stylem życia. W Polsce takie narzędzia stosuje się na przykład przy rozpoznawaniu problemowego picia alkoholu lub choroby alkoholowej (CAGE, AUDIT). Na świecie coraz większą popularność zyskują testy ułatwiające rozpoznanie różnego rodzaju zaburzeń u dzieci i młodzieży. Ich podstawową zaletą jest to, że pozwalają w bardzo krótkim czasie określić, jakiego rodzaju pomocy potrzebuje dana osoba albo pod jakim kątem należy ją dalej, bardziej precyzyjnie diagnozować. Testy przesiewowe ułatwiają diagnozę m.in. zaburzeń lękowych (Monga i wsp., 2000), depresji (Munoz, 1998), tendencji samobójczych u nastolatków przyjmowanych na oddział psychiatryczny (Horowitz i wsp., 2001) albo nadużywania alkoholu (Martin, Winters, 1998). Znane są też takie, które umożliwiają rozpoznawanie szkodliwego używania narkotyków przez nastolatków. W Stanach Zjednoczonych zostały opracowane testy RAFFT (Baestiaens i wsp., 2000) i CRAFFT (Knight, i wsp., 1999; 2002) ułatwiające diagnozę nadużywania alkoholu

i narkotyków. W Nowej Zelandii powstał natomiast test CUDIT pozwalający rozpoznać szkodliwe używanie przetworów konopi (Adamson, Sellman, 2003).

Testy PUM i PUN

W 2004 roku zakończono badania (prowadzone na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii) związane z opracowaniem polskich testów ułatwiających rozpoznawanie Problemowego Używania Marihuany (PUM) i Problemowego Używania Narkotyków (PUN) przez dorastających. Testy są krótkie – PUM składa się z ośmiu, a PUN z dziesięciu pytań dotyczących wzoru używania i zmian w funkcjonowaniu związanych z przyjmowaniem środka w okresie ostatniego roku, oraz łatwe w użyciu (na każde pytanie można odpowiedzieć „tak” lub „nie”, a wynik oblicza się, sumując odpowiedzi twierdzące). Mają też wysoką trafność diagnostyczną. Z prawdopodobieństwem przekraczającym 80% pozwalają stwierdzić problemowe używanie przetworów konopi lub innych narkotyków przez nastolatka.

Testy mogą więc znacząco ułatwić i przyspieszyć proces rozpoznawania szkodliwego używania środków psychoaktywnych. Jednak ich prezentacja specjalistom wywołała ożywioną dyskusję dotyczącą sposobu ich upowszechniania. Podstawowe pytania dotyczyły tego, kto, w jakich warunkach i po jakim przygotowaniu może z nich korzystać.

W jaki sposób testy mogą być stosowane?

Testy PUN i PUM są przeznaczone do pracy z 13–18-latkami, o których już wiadomo, że używają przetworów konopi lub innych narkotyków (nie służą wykrywaniu osób biorących narkotyki – nie ma w nich pytań o to, czy używał, i jakich środków). Pilotażowo zostały udostępnione jako element procedury opartej na

metodzie interwencji prowadzonej w szkołach, a nawiązującej do koncepcji działań wobec dorosłych pacjentów nadużywających alkoholu. Celem interwencji jest udzielenie wsparcia i pomocy nastolatкови oraz jego rodzicom przy rozwiązywaniu problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych. W największym skrócie można powiedzieć, że proponowana interwencja polega na dostarczeniu informacji i zaproponowaniu współpracy nastolatкови, a także jego rodzicom.

Warunkiem powodzenia interwencji, czyli dobrania właściwych treści przekazu oraz ustalenia procedury postępowania uwzględniającej sytuację i potrzeby danego nastolatka, jest oczywiście trafna diagnoza. Testy PUN i PUM to jej ważny element. Jednak nie mogą one zastępować diagnozy klinicznej. Są pierwszym etapem procesu diagnostycznego – pozwalają „odsiać” osoby, u których występuje znaczne ryzyko zaburzeń spowodowanych używaniem narkotyków, od osób mniej zagrożonych. Zatem ich podstawowa funkcja to wskazanie osób wymagających dalszej szczegółowej diagnozy oraz określenie, czy niezbędna jest pomoc specjalistyczna.

Aby testy spełniły swoje zadanie, muszą być stosowane zgodnie z pewnymi regułami. Pierwsza z nich dotyczy zaufania nastolatka do osoby proponującej mu wypełnienie testu. Przede wszystkim, nastolatek musi rozumieć i akceptować cel badania, czyli mieć świadomość, że nie służy ono wykrywaniu osób biorących, ale określeniu poziomu ryzyka związanego z używaniem narkotyków. Poza tym, warto zadbać o pewne poczucie intymności. Nastolatek może odpowiadać na pytania w obecności osoby prowadzącej badanie albo w samotności. Może też podać jedynie wynik końcowy, tzn. liczbę odpowiedzi twierdzących.

Kolejna kwestia dotyczy dobrego kontaktu. Duże znaczenie ma organizacja i sposób prowadzenia rozmowy, w czasie której proponuje się nastolatкови wypełnienie testu. W większości przypadków, szczerza

Testy PUN i PUM są przeznaczone do pracy z 13–18-latkami, o których już wiadomo, że używają przetworów konopi lub innych narkotyków (nie służą wykrywaniu osób biorących narkotyki – nie ma w nich pytań o to, czy używał, i jakich środków).

rozmowa z nastolatkiem używającym jakichkolwiek środków psychoaktywnych jest niemożliwa w obecności jego rodziców lub opiekunów. Poza tym, taka rozmowa wymaga czasu i spokojnego miejsca na jej przeprowadzenie. Pozyskaniu zaufania młodego człowieka sprzyja też otwarta i przyjazna postawa. Istotne, aby nie krytykować, nie bagatelizować i nie wyśmiewać tego, co nastolatek mówi.

Trzeba również pamiętać o zachowaniu dyskrecji. Jednak nie można obiecywać nastolatkowi nieujawnienia problemu rodzicom. W wyniku przeprowadzonego testu może się okazać, że wskazane jest podjęcie dalszych działań, o których rodzice muszą być powiadomieni.

Kto może korzystać z testów?

Testy PUM i PUN zostały opracowane po to, by ułatwić podejmowanie adekwatnych do potrzeb działań wszystkim tym, którzy mają kontakt z nastolatkami sięgającymi po środki odurzające.

Często jako pierwsi używanie środków odurzających dostrzegają rodzice lub nauczyciele, czyli osoby mające stały kontakt z dzieckiem. Jednak tylko nieliczni zgłaszają się od razu do specjalisty do spraw uzależnień. Dla jednych taka osoba jest słabo dostępna, inni obawiają się stygmatyzacji. Wiele osób (zwłaszcza rodziców) próbuje samodzielnie rozwiązać problem lub szuka pomocy u innych, ich zdaniem kompetentnych osób, np. psychologa, pedagoga lub lekarza rodzinnego. Dlatego wydaje się wskazane, aby do udzielenia „pierwszej pomocy” przygotować pracowników różnego rodzaju instytucji. Przede wszystkim powinni oni umieć trafnie rozpoznać sytuację i zdecydować, czy konieczne jest skierowanie młodego człowieka do placówki specjalistycznej. Taka konieczność nie podlega dyskusji w przypadku osób uzależnionych lub biorących problemowo, natomiast w przypadku osób sięgających okazjonalnie po środki odurzające wystarczające mogą być działania wychowawcze podjęte przez rodziców i/lub wychowawców.

Pilotażowe udostępnienie testów przedstawicielom różnych grup zawodowych: lekarzom, pielęgniarkom szkolnym, pracownikom Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych i Poradni Zdrowia Psychicznego, przedstawicielom szkół oraz specjalistom terapii uza-

leżnień¹ pozwoliło zebrać informacje na temat tego, jak oni sami spostrzegają możliwości i zagrożenia związane ze stosowaniem tych narzędzi.

Okazało się, że grupą stosunkowo najgorzej przygotowaną do podejmowania interwencji wobec nastolatków sięgających po narkotyki są lekarze pierwszego kontaktu i pielęgniarki szkolne. W obecnym systemie opieki zdrowotnej i oświaty nie mają oni praktycznie żadnych szans na prowadzenie tego typu działań. Po pierwsze, lekarzom często brakuje czasu na jakiegokolwiek rozmowy z pacjentem. Po drugie, mają poczucie własnej niekompetencji w sprawach związanych z narkotykami i w związku z tym unikają podejmowania tego tematu w kontaktach z młodym pacjentem lub jego rodzicami. Lekarze, którzy zapoznali się z propozycją krótkiej interwencji i stosowania testów PUN i PUM, wyrażali duże zainteresowanie i gotowość rozwinięcia swoich umiejętności w tym zakresie. Jednak organizacja szkoleń dla tej grupy zawodowej jest bardzo trudna (wszystkie zajęcia muszą być wpisane w instytucjonalny system doskonalenia zawodowego lekarzy).

Możliwości prowadzenia działań interwencyjnych wobec uczniów sięgających po narkotyki i stosowania testów PUN i PUM w przypadku pielęgniarek szkolnych są również bardzo ograniczone. Wynika to przede wszystkim z ich niskiego statusu zawodowego. Nauczyciele nie widzą w pielęgniarkach partnerów do rozwiązywania problemów uczniów. Pielęgniarki są w szkole osamotnione, nie mają wsparcia ze strony innych pracowników i właściwie z nikim nie współpracują. W związku z tym, o wielu rzeczach dziejących się w szkole po prostu nie wiedzą. W szkołach nie ma też systemu działań z wyraźnie określonymi kompetencjami poszczególnych osób oraz ich zadaniami. Nie jest nawet jasne, czy pielęgniarka szkolna powinna informować dyrektora szkoły na temat prowadzonych przez siebie działań interwencyjnych. Teoretycznie nie podlega ona jego jurysdykcji, jednak większość pielęgniarek uznaje, że mimo to ich obowiązkiem byłoby powiadomienie dyrektora o podjęciu interwencji wobec ucznia sięgającego po narkotyki.

Pedagodzy i psychologowie z Poradni Zdrowia Psychicznego uważają, że testy PUM i PUN mogą być przydatne w ich placówkach. Przede wszystkim uła-

twią im podejmowanie w rozmowach z nastolatkami tematu narkotyków. Wydaje się to niezwykle ważne, ponieważ większość pracowników poradni przyznaje, że właściwie nigdy nie porusza tematu narkotyków z własnej inicjatywy. Wynika to w dużej mierze z obawy przed ujawnieniem problemu, o którym trzeba będzie powiadomić rodziców, co zdaniem terapeutów może doprowadzić do utraty zaufania nastolatka i wycofania się przez niego z kontaktu.

Pedagodzy i psychologowie ze szkół i Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych mają sporadycznie do czynienia z nastolatkami sięgającymi po substancje odurzające i liczą się z koniecznością podejmowania interwencji w takich przypadkach. Są oni więc zainteresowani jak najlepszym przygotowaniem do rozwiązywania tego typu problemów. Zdają też sobie sprawę z własnych możliwości i ograniczeń związanych z pracą z uczniem sięgającym po narkotyki, przy czym, tak jak lekarze i pracownicy PZP, dostrzegają przede wszystkim zagrożenia związane z samym ujawnieniem używania narkotyków, a nie z zastosowaniem testów PUM lub PUN. Ich zdaniem, niebezpieczne może być ujawnienie w szkole informacji o tym na przykład, że uczeń został przyłapany na braniu narkotyków. Może skutkować nadaniem mu etykiety „narkomana”, ale także „kreować modę na branie”. Istnieje też ryzyko „zmowy milczenia”, czyli udawania, że nic się nie stało i niepodjęcia żadnych działań. Zdaniem pracowników instytucji oświatowych, zagrożeniem związanym bezpośrednio ze stosowaniem testów może być wykorzystywanie ich wyników jako narzędzia represyjnego wobec ucznia (tzw. „haka”).

Opinie specjalistów terapii uzależnień na temat przydatności testów PUN i PUM w ich pracy są podzielone. Niektórzy uważają testy w specjalistycznych ośrodkach za zbędne, ponieważ osoby tam pracujące potrafią stawiać diagnozę i nie potrzebują dodatkowych narzędzi. Inni przyznają, że takie testy mogą

ułatwić rozpoznanie oraz dać pewność terapeutce, że postawił dobrą diagnozę.

Zdaniem terapeutów, z testów powinni korzystać przede wszystkim pedagodzy bądź psychologowie szkolni. Wówczas istniałoby większe prawdopodobieństwo, że do ich poradni trafią osoby będące na wcześniejszym etapie używania substancji psychoaktywnych. Ponadto test byłby wskazany do stosowania przez osobę, która pośredniczy pomiędzy szkołą a poradnią np. w Punktach Konsultacyjno-Informacyjnych lub świetlicach socjoterapeutycznych.

Terapeuci podkreślali też znaczenie, jakie tego typu testy mogą mieć dla autodiagnozy. Ich zdaniem, sto-

sowanie testów jest szczególnie wskazane wtedy, gdy ktoś sam szuka pomocy. Z tej perspektywy sensowne wydaje się udostępnienie testów w internecie.

Zdaniem terapeutów, z testów powinni korzystać przede wszystkim pedagodzy bądź psychologowie szkolni. Wówczas istniałoby większe prawdopodobieństwo, że do ich poradni trafią osoby będące na wcześniejszym etapie używania substancji psychoaktywnych.

Jak przedstawiciele różnych grup zawodowych powinni przygotować się do stosowania testów?

Przedstawiciele różnych grup zawodowych mają zróżnicowaną wiedzę na temat środków psychoaktywnych i w różnym stopniu opanowali umiejętności przydatne do udzielania pomocy nastolatkom i ich rodzicom. W związku z tym potrzebują różnego rodzaju przygotowania do korzystania z testów PUM i PUN.

Oczywiście najlepiej przygotowani są specjaliści terapii uzależnień. Oni muszą jedynie zapoznać się z warunkami

przeprowadzenia testów, zasadami interpretacji wyników (te informacje zawiera „Instrukcja dla użytkowników”) oraz nabrać doświadczenia w zakresie włączania testów do procesu diagnostycznego i interwencji.

Zasady i warunki stosowania testów oraz szczegółowa prezentacja procedury interwencji, najlepiej wzbogacona o ćwiczenie jej poszczególnych etapów, stanowią kluczowe elementy przygotowania wszystkich grup zawodowych do korzystania z testów. Poza

tym, zakres wiedzy i umiejętności, jakie powinni posiadać, jest zróżnicowany w zależności od wcześniejszych doświadczeń zawodowych i przygotowania teoretycznego.

Ogólnie rzecz ujmując, w szkoleniach należy w różnym stopniu uwzględnić:

- wiedzę na temat środków psychoaktywnych (rodzajów, sygnałów mogących wskazywać na ich używanie przez nastolatka, konsekwencji odurzania się, diagnozę problemów związanych z używaniem narkotyków na tle innych zaburzeń zdrowia psychicznego)
- umiejętności interpersonalne (nawiązywania kontaktu, porozumiewania się z nastolatkiem i jego rodzicami, prowadzenia rozmowy na temat narkotyków)
- motywowanie do podejmowania w kontaktach z młodymi pacjentami rozmowy na temat używania narkotyków (wydaje się to szczególnie ważne w przypadku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i terapeutów z Poradni Zdrowia Psychicznego).

Podsumowanie

Włączenie testów PUM i PUN do działań nastawionych na udzielenie pomocy w rozwiązaniu problemów wynikających z sięgania przez dorastających po środki psychoaktywne może się przyczynić do:

- ułatwienia i przyspieszenia procesu diagnozy,
- ujednolicenia kryteriów diagnostycznych stosowanych w różnych ośrodkach,
- budowania motywacji do zaprzestania lub ograniczenia używania narkotyków.

Jednak na przeszkodzie szerokiemu upowszechnieniu testów stoją różnego rodzaju bariery. Należą do nich m.in.:

- Tradycja traktowania wszystkich, którzy mieli kontakt z narkotykami, w ten sam sposób, to znaczy jako osób potrzebujących pomocy specjalisty ds. uzależnień (w związku z tym za błąd w sztuce należy uznać propozycję podejmowania interwencji przez lekarzy, psychologów i pedagogów o innych specjalnościach)
- Niewystarczająca sieć ośrodków i osób przygotowanych do prowadzenia interwencji wobec okazjonalnych i problemowych użytkowników narkotyków

- Brak doświadczeń i tradycji stosowania testów screeningowych wobec nastolatków sięgających po narkotyki.

Pierwsza z wymienionych barier ma charakter ideologiczny i w związku z tym może się okazać najtrudniejsza do pokonania. Rozwiązanie pozostałych problemów wydaje się prostsze, ponieważ polega przede wszystkim na podjęciu działań szkoleniowych. ■

Piśmiennictwo:

1. Borucka A., Pisarska A., Okulicz-Kozaryn K. (2003): *Oce- na przydatności i funkcjonowania metody interwencji profilaktycznej w szkole. Medycyna Wieku Rozwojowego*, Nr 1, cz. II, t. VII, 157–171.
2. Fleming M. i wsp. (1995): *Profilaktyka szkód zdrowot- nych związanych z nadużywaniem alkoholu przez pacjen- tów Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Projekt wdrożeniowy. NIAAA, PARPA, IPIŃ.*
3. Habrat B. (2000): *Osoby z problemami alkoholowymi – roz- poznawanie i postępowanie. Przewodnik Lekarza* 3(17); 86–91.
4. Horowitz L.M., Wang P.S., Koocher G.P., Burr B.H., Smith M.F., Klavon S., Cleary P.D. (2001): *Detecting suicide risk in a Pediatric Emergency Department: Development of a brief screening tool. Pediatrics*, 107 (5), 1133–1137.
5. Knight J.R., Shrier L.A. i in (1999): *A new brief screen for adolescet substance abuse. Archives of Pediatrics and Ado- lescent Medicine*, 153, 591–596.
6. Knight J.R., Sherritt L., Shrier L.A., Harris S.K., Chang G. (2002): *Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Archives of Pediatric and Adolescents Medicine*, 156, 607–614.
7. Martin C.S., Winters K.C. (1998): *Screening instruments for adolescent alcohol use disorders. Alcohol, Health and Research World*, 22 (2), 102–103.
8. Monga S., Birmaher B., Chiappetta L., Brent D., Kaufman J., Bridge J., Cully M. (2000): *Screen for child anxiety-rela- ted emotional disorders (scared): convergent and divergent validity. Depression and Anxiety*, 12, 85–91.
9. Munoz R. (1998): *Preventing major depression by promo- ting emotion regulation: a conceptual framework and some practical tools. International Journal of Mental Health Pro- motion, Inaugural Issue, September*, 23–40.
10. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. (2003): *Profilaktyka uza- leżnień dzieci i młodzieży – rola pracowników służby zdro- wia [w:] Bożkowska K., Sito A. (red.) Opieka zdrowotna nad rodziną, PZWL, Warszawa, 447–474.*
11. Pacewicz K., Prajsner M. (2005): *Test, diagnoza, interwen- cja. Remedium* 10 (152); I–III.

¹ Projekt zrealizowany na zlecenie i ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Raport dostępny jest na stronie www.narkomania.gov.pl/raporty2003.htm.

Ośrodek Badań i Usług Psychologicznych PTP uruchomił projekt mający na celu dostarczenie terapeutom uzależnienia od narkotyków pakietu skutecznych metod i narzędzi diagnostycznych

SKUTECZNE METODY DIAGNOSTYCZNE

ANNA CIUPA

**POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHOLOGICZNE
OŚRODEK BADAŃ I USŁUG PSYCHOLOGICZNYCH**

W literaturze przedmiotu wśród czynników wzmacniających proces terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych na pierwszym miejscu wymienia się właściwą ocenę stanu pacjenta, a to wiąże się z używaniem zaawansowanych narzędzi diagnostycznych. Oczekuje się, że dokładna analiza stanu pacjenta przy pomocy dobrze opracowanych metod pozwoli na adekwatną diagnozę zarówno stopnia uzależnienia, jak i stanu psychofizycznego oraz funkcjonowania społecznego. Konsekwencją tych zintegrowanych działań diagnostycznych powinna być lepsza kwalifikacja klienta do odpowiedniego typu leczenia oraz zastosowanie właściwych form i metod terapii.

Krytyczne opinie co do skuteczności koncepcji terapeutycznych stosowanych w obszarze uzależnień od narkotyków oraz ich ograniczonych możliwości rozwiązywania rzeczywistych, bardzo trudnych, problemów o złożonym charakterze stawiają pod znakiem zapytania zarówno wybór narzędzi poznania, jak i koncepcji pomagania, ale też zwracają uwagę na znaczenie indywidualnego rozpoznawania problemów pacjenta, jego osoby i warunków życia.

Złe narzędzia – zła diagnoza

W podjętym w Ośrodku Badań i Usług Psychologicznych programie pod nazwą „Opracowanie pakietu metod do stosowania w obszarze uzależnień od narkotyków” dokonaliśmy przede wszystkim krytycz-

nej analizy możliwości przeprowadzania diagnozy na dwóch poziomach: formalnym i merytorycznym. Zaczynając od analizy formalnej, zebraliśmy egzemplarze stosowanych metod oraz dokonaliśmy oceny pod względem podstawowych standardów prawnych, psychometrycznych i merytorycznych.

Okazało się, że w obszarze stosowania narzędzi diagnostycznych do badań osób uzależnionych od środków psychoaktywnych sytuacja jest wielce niezadawalająca.

[...] stosowanie
niesprawdzonych
narzędzi pociąga
za sobą błędne
decyzje odnośnie
dalszego leczenia
i nieprawdziwe
dane dotyczące
rozmiarów zjawisk
patologicznych [...]

Większość testów (by nie powiedzieć, że prawie wszystkie) i innych narzędzi używanych do diagnozy pacjentów ośrodków terapeutycznych oraz klientów poradni nie spełnia podstawowych wymagań metodologicznych. Metody, które spełniają standardy psychometryczne, nie są dostosowane do specyfiki uzależnień ani w podziale ogólnym (alkohol – narkotyki), ani w podziale na uzależnienia od różnych środków narkotycznych. Pojedyncze narzędzia, nawet jeśli posiadają wstępne opracowania pod kątem przydatności do badań w obszarze uzależnień,

nie mają wskazań, jaką konkretną funkcję mogą spełnić: selekcyjną, predykcyjną, określać stopień uzależnienia czy skuteczność prowadzonej terapii, nie mają uporządkowanych praw wydawniczych i autorskich.

Powoduje to co najmniej kilka typów niekorzystnych zjawisk:

- stosowanie niesprawdzonych narzędzi pociąga za sobą błędne decyzje odnośnie dalszego leczenia i nieprawdziwe dane dotyczące rozmiarów zjawisk patologicznych,

- szkolenia w zakresie diagnozy nie są dostosowane do specyfiki obszaru uzależnień, co pociąga za sobą niewłaściwe wybory i złą dystrybucję środków przeznaczonych na tego typu szkolenia,
- stosowane arkusze kwestionariuszy i wywiadu to nieautoryzowane, dowolne tłumaczenia. Ich właściwości psychometryczne nie są znane, a nawet nie zostały opisane źródła ich pochodzenia.
- nieuporządkowana sytuacja własności, szczególnie w momencie wejścia do Unii Europejskiej, może powodować skutki prawne, a w dalszej konsekwencji finansowe (procesy o prawa autorskie, roszczenia finansowe).
- zestaw metod do badań indywidualnych jest dokonywany wyłącznie według kryterium dostępności, a nie według zasad wynikających z klinicznego podejścia do przypadku.

Czego potrzebują terapeuci?

W celu wypełnienia merytorycznych założeń programu, pracujący nad nim zespół podjął się określenia obszarów funkcjonowania człowieka istotnych dla diagnozy i terapii uzależnień od narkotyków oraz wytypowania metod diagnozowania w obrębie tych ważnych obszarów.

Do osób pracujących w ośrodkach terapii uzależnień, w poradniach, punktach konsultacyjnych i w oddziałach Zakładów Opieki Zdrowotnej skierowaliśmy ankietę, która miała na celu wskazanie powyższych obszarów i metod (około 500 ankiet).

Na podstawie uzyskanych wyników można było wytypować obszary, które należy objąć diagnozą:

- obszar aktualnego funkcjonowania zdrowotnego, psychicznego i społecznego pacjenta,
- obszar zaburzonego funkcjonowania z pogranicza zaburzeń psychiatrycznych,
- obszar funkcjonowania rodzinnego,
- stan emocjonalny, a zwłaszcza radzenie sobie w sytuacjach trudnych, poziom lęku, zasoby jednostki (na przykład samoocena)
- funkcjonowanie społeczne, zwłaszcza w relacjach z innymi ludźmi, przeżywanie kryzysy, konflikty oraz ich rozwiązywanie,
- specyficzne problemy funkcjonowania intelektualnego, w tym trudności komunikacyjne, orientacyj-

no – poznawcze w wynikające z uszkodzeń Centralnego Układu Nerwowego.

Ze szczegółowej analizy wskazanych potrzeb oraz funkcjonujących metod wyprowadziliśmy ważne wnioski uogólniające:

- Największe zapotrzebowanie dotyczyło metod o charakterze screeningowym, pozwalających na szybką ocenę aktualnej sytuacji życiowej stanu psychicznego i współwystępujących zaburzeń.
- W drugiej kolejności wskazano na potrzebę opracowania narzędzia o charakterze wywiadu – rozmowy, z wyszczególnionymi ramowymi zagadnieniami, a nie szczegółowymi pytaniami. Celem podstawowym wywiadu byłoby poznanie historii uzależnienia i aktualnego stanu pacjenta. Rozmowa taka powinna też dostarczyć informacji dotyczących doboru metod diagnostycznych i form terapii.
- Najczęściej wskazywane konkretne metody diagnozy (w rozumieniu braku) dotyczyły badań osobowości, poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz diagnozy środowiska rodzinnego.

W Polsce nie podejmowano jak dotąd systematycznych i zakrojonych na szerszą skalę prób gromadzenia danych o stanie wyjściowym pacjenta, jak i efektów leczenia w związku ze stosowanymi narzędziami pomiaru. Nie ma też zgody profesjonalistów w kwestii minimalnego zbioru danych opisujących powyższe obszary. Zgłaszane wątpliwości dotyczące wprowadzania standardów zbierania informacji wywodzą się z obawy przed formułowaniem wymagań stosowania jedynej słusznej, dobrej metody.

Mamy pełną świadomość zróżnicowania samego zjawiska, jak i problemów, z jakimi spotykają się placówki pomagające osobom uzależnionym. Dlatego też zespołowi pracującemu nad programem zależy na stworzeniu listy – pakietu metod dostępnych w Polsce, mających uregulowane prawa autorskie, wypracowane standardy stosowania i posiadających właściwe parametry psychometryczne. Inaczej rzecz ujmując, musi to być narzędzie wysokiej jakości i potwierdzonej użyteczności dla obszaru uzależnień od narkotyków.

Metody te będziemy rekomendować do wykorzystania w zależności od indywidualnych potrzeb. Przewidujemy, że można je będzie łączyć ze sobą, tworząc indywidualne zestawy miar.

Nowe, użyteczne narzędzia

W pierwszej kolejności przystąpiliśmy do prac adaptacyjnych nad narzędziami do zbierania podstawowych informacji. Był to kwestionariusz wywiadu MAP – Maudsley Addiction Profile, narzędzie o dobrych rekomendacjach, stosowane w wielu krajach Europy, polecane w fachowej literaturze, a przede wszystkim nie wymagające dużego nakładu czasu podczas wypełniania.

Chociaż kwestionariusz MAP nie jest typowym narzędziem psychometrycznym, ale wywiadem standaryzowanym, to można było wypracować wybrane parametry trafności i rzetelności. Przeprowadzone analizy potwierdziły, że MAP zasługuje na rekomendację jako rutynowe, użyteczne narzędzie zbierania danych o osobach zażywających substancje psychoaktywne i wynikających z tego konsekwencjach podmiotowych i społecznych.

Przygotowano także drugie, obszerniejsze narzędzie o nazwie OTI – Opiat Treatment Inventory. Ma ono podobny zakres zastosowań, ale pozwala na znaczne poszerzenie zakresu informacji. Badania pilotażowe i pierwsze analizy wykazały zasadność dalszych opracowań tego narzędzia.

Wybrane testy psychologiczne, przeznaczone do stosowania w obszarze uzależnień, powinny stanowić podstawę weryfikacji hipotez dotyczących istoty zakłóceń doprowadzających do powstania uzależnienia lub współistniejących z nimi, możliwości rozwojowych pacjenta oraz do planowania form i metod oddziaływań terapeutycznych. Tendencje do rozwijania ambulatoryjnych form leczenia uzależnień potrzebę tę zwielokrotniają. Wymuszają praktykę konstruowania indywidualnych oddziaływań terapeutycznych, uwzględniających zarówno diagnozę aktualnego stanu, wskazań do układania indywidualnych planów terapii, jak i monitorowania przebiegu zmian zachodzących pod wpływem leczenia. Do takich celów powierzchowne analizy konfliktów i defektów osobowości są dalece niewystarczające.

Bardziej wnikliwe badania wokół rekomendowa-

nych metod spowodowały konieczność dokonywania zmian w proponowanych pierwotnie wyborach narzędzi. Główne powody to uciążliwość i długi czas badań, ograniczone środki finansowe uniemożliwiające konieczne adaptacje, wstępne dane o niskich wartościach psychometrycznych. W efekcie w roku 2005 wykonaliśmy prace przygotowawcze dla trzech metod:

- Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CiSS).
- Metoda Badania Struktury Rodziny wg Systemu Fielda – M. Rys.
- Metoda Konfrontacji ze sobą M Hermansa.

Wyniki wskazują, że wszystkie mogą być rekomendowane jako użyteczne narzędzie diagnozowania w obszarze uzależnienia.

W roku 2006 podjęliśmy prace nad następującymi metodami:

- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku.
- Bateria testów (APISZ).
- Kwestionariusz Temperamentu – Formalna Charakterystyka Zachowania.

Początkowy plan działań programu „Pakiet Metod” przewidywał opracowanie nowych narzędzi badawczych lub dokonanie polskiej adaptacji wskazanej metody. Ze względów czasowych i finansowych plany te zostały zaniechane, z wyjątkiem jednej metody – Kwestionariusza Temperamentu Charakteru TCJ RC Cloningera. Badania prowadzo-

ne we współpracy z Uniwersytetem im. A. Mickiewicza w Poznaniu wskazały na jego wysokie predyktoryczne możliwości w kilku obszarach, między innymi w uzależnieniach.

Prace nad wszystkimi wymienionymi metodami będą przez nas sukcesywnie przedstawiane. Dotychczasowe rezultaty przedstawiliśmy w formie publikacji i prezentowaliśmy na konferencjach w Osiecku i w Ryni. Omawiała je kierownik naukowy zespołu, prof. dr Elżbieta Hornowska. ■

¹ Projekt zrealizowany na zlecenie i ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Raport dostępny jest na stronie www.narkomania.gov.pl/raporty2003.htm.

[...] szkolenia w zakresie diagnozy nie są dostosowane do specyfiki obszaru uzależnień, co pociąga za sobą niewłaściwe wybory i złą dystrybucję środków przeznaczonych na tego typu szkolenia.

NARKOMANIA W POLSCE

w 2004 roku - dane lecznictwa stacjonarnego

JANUSZ SIEROSŁAWSKI
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
w WARSZAWIE

Lecznictwo w liczbach

Do oceny trendów epidemiologicznych problemowego używania narkotyków posłużą w niniejszym opracowaniu dwa wskaźniki. Pierwszy to liczba osób przyjętych do leczenia w danym roku, obejmująca wszystkie osoby, które podjęły leczenie w placówkach stacjonarnych, niezależnie od tego, czy je w danym roku zakończyły, czy też kontynuowały w następnym. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Drugi wskaźnik można uznać w pew-

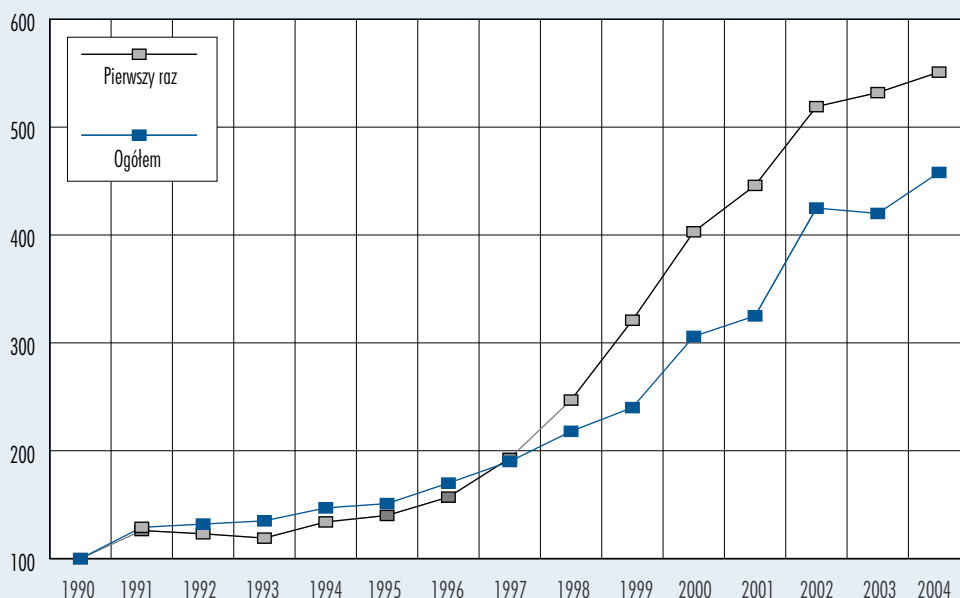
nym sensie za czulsze narzędzie, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków, nienotowanych wcześniej w lecznictwie, a więc bliższy jest temu, co dzieje się w populacji.

Wielej pacjentów pierwszorazowych

W 2004 r. przyjęto do lecznictwa stacjonarnego 12836 osób. Oznacza to wzrost o 9,0% w stosunku do 2003 r., kiedy przyjęto 11778 pacjentów. Trzeba przypomnieć, że w 2003 r. wskaźnik spadł o 1,2% w stosunku do 2002 r., w którym przyjęto 11915 osób. Spadek ten stanowił przełom w trendzie wzrostowym notowanym od początku lat dziewięćdziesiątych. Wskaźnik zgłaszalności do leczenia w ostatnich latach wzrastał nierównomiernie. Na przykład między 2000 a 2001 r. zwiększył się o 6%, a między 2001 i 2002 rokiem aż

o 32,7%. Dane za 2004 r. pokazały, że spadek zanotowany w 2003 r. był raczej przejawem fluktuacji trendu niż jego trwałym odwróceniem. Na decydujące rozstrzygnięcie tej kwestii trzeba jednak poczekać, aż dostępne będą dane z 2005 r.

W 2004 r. liczba przyjęć pierwszorazowych, rozumianych jako podjęcie leczenia stacjonarnego pierwszy raz w życiu, wyniosła 6947 osób. Pacjenci pierwszorazowi stanowili zatem 56% wszystkich przy-



Wykres 1. Dynamika wskaźników przyjętych po raz pierwszy i przyjętych ogółem w latach 1990-1996 do lecznictwa stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19). (1990 = 100)

jętych do leczenia. Jeszcze w początkach lat dziewięćdziesiątych udział pacjentów pierwszorazowych wynosił 45%, a w 2001 r. był on najwyższy (62%). Warto zauważyć, że już od 1998 r. ponad połowa pacjentów zgłaszających się do leczenia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu.

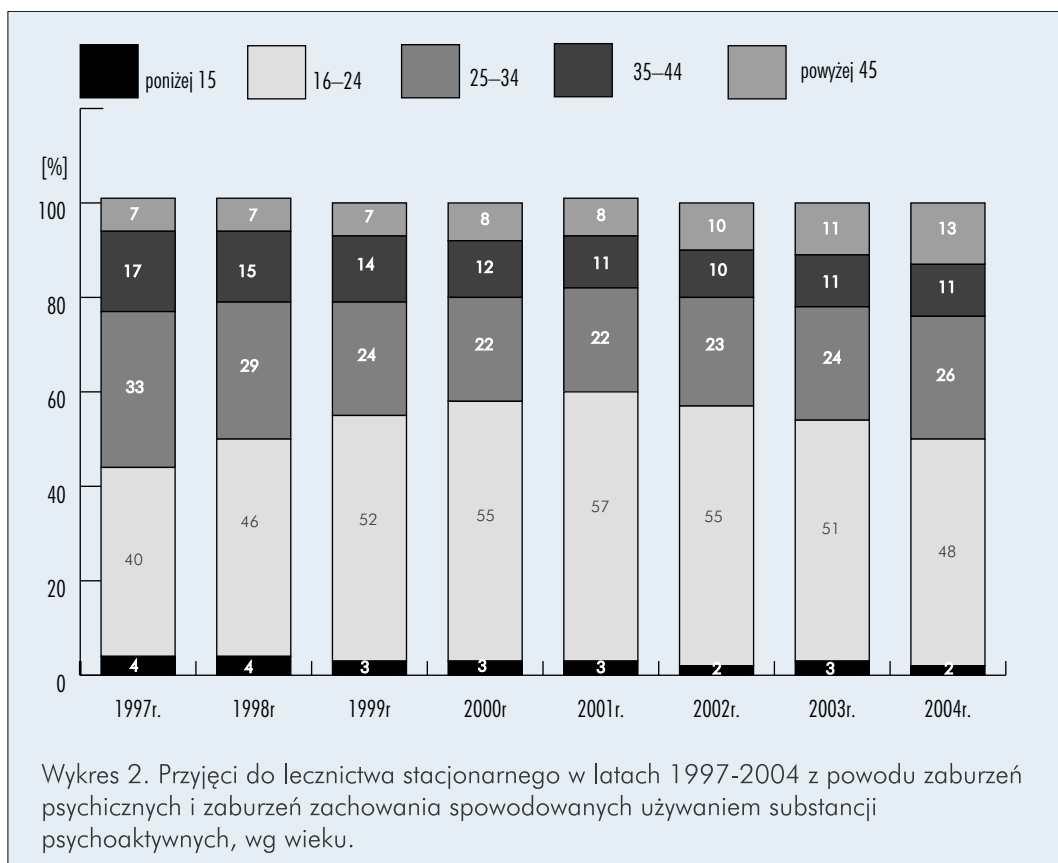
Dynamikę wskaźników zgłaszalności do leczenia stacjonarnego oraz zgłaszalności pierwszorazowej prześledzić można na wykresie 1. W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1990 r. przyjęto za 100, a dane z kolejnych lat przedstawiono w proporcji do tych danych wyjściowych. W ten sposób przetworzone wskaźniki pokazują, jaki procent wielkości z 1990 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych ogółem przez całą dekadę wykazywał tendencję rosnącą, przy czym po 1995 r. wzrost wyraźnie się nasilił. Wskaźnik pacjentów pierwszorazowych po wzroście w 1991 r. przez dwa kolejne lata spadał, by od 1994 r. powrócić do tendencji wzrostowej o dynamice wyższej niż wskaźnik przyjętych ogółem. Warto zauważyć, że od 1996 r. linia obrazująca trend przyjęć pierwszorazowych staje się coraz bardziej stroma, co oznacza przyspieszenie tempa wzro-

stu. W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile ogólna liczba pacjentów w 2004 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. cztery i pół razy, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie ponad pięć i pół razy.

Struktura płci i wieku

Struktura płci osób przyjętych od leczenia stacjonarnego od wielu lat pozostaje względnie stała. W latach 1997 – 2000 obserwujemy bardzo słaby trend wzrostowy odsetka mężczyzn i co się z tym wiąże spadek odsetka kobiet. W 2000 r. kobiety stanowiły 22% pacjentów leczonych stacjonarnie, podczas gdy jeszcze w 1997 r. – 26%. W latach 2000 – 2004 odnotować trzeba odwrócenie się trendu. Od 2001 r. odsetek kobiet powoli, ale konsekwentnie, rósł do poziomu 24% w 2004 r.

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku (wykres 2). W latach 1997 – 2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16 – 24 lat i spadał odsetek z grupy wiekowej 25 – 34 lat. Jeszcze w 1997 r. odsetek pacjentów w wieku 16 – 24 lata kształtował się na poziomie 40%, w 2001 r. wynosił już 57%.



Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 45 roku życia, były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3 – 4%, te drugie – 7 – 8%. W 2002 r. nastąpiła zmiana opisaną wyżej tendencji. Odsetek pacjentów w wieku 16 – 24 spadł do 55%, czyli do poziomu z 2000 r. Jednocześnie wzrosły trochę odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44 roku życia) oraz osób z grupy wiekowej 25 – 34 lata. W kolejnych latach obserwujemy kontynuację tej tendencji,

tn. spadku odsetka pacjentów w wieku 16 – 24 lata i wzrostu frakcji 25 – 34 lata i 35 – 44 lata. W 2004 r. odsetek pacjentów w wieku 16 – 24 lata spadł do poziomu 48%, zaś udział najstarszych (powyżej 44 roku życia) zwiększył się do 11%.

Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup

niającego do podjęcia leczenia stacjonarnego dochodzi zwykle po przekroczeniu piętnastego roku życia.

Zróżnicowanie terytorialne

Podobnie, jak w latach ubiegłych, w 2004 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii, czyli

znaczną rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do lecznictwa stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (Lubuskie – 63,4) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (Małopolskie – 11,2). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie miejsca ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze względu na brak rejonizacji. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: mazowieckie (49,1), dolnośląskie (45,3), zachodniopomorskie (48,4) oraz warmińsko – mazurskie (44,7). Wszystkie one

Tabela. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2004 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczby osób w 2004 r	Wskaźniki na 100 000 w 2004 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2003 r.	Wskaźniki zmiany 2003 = 100	Wskaźniki zmiany 1999 = 100
POLSKA	12 836	33,6	30,8	109,0	190
dolnośląskie	1 313	45,3	49,4	91,9	137
kujawsko-pomorskie	586	28,3	24,2	117,0	212
lubelskie	496	22,7	17,0	133,3	246
lubuskie	640	63,4	65,2	97,3	143
łódzkie	987	38,1	29,2	130,7	315
małopolskie	364	11,2	9,7	115,3	189
mazowieckie	2 522	49,1	49,3	99,5	174
opolskie	244	23,2	20,4	113,9	187
podkarpackie	293	14,0	11,1	126,2	218
podlaskie	370	30,7	27,4	112,3	265
pomorskie	666	30,4	28,3	107,3	190
śląskie	1 234	26,2	23,6	111,1	210
świętokrzyskie	200	15,5	13,0	119,3	267
warmińsko-mazurskie	639	44,7	43,4	103,1	119
wielkopolskie	1 024	30,5	26,8	113,6	311
zachodniopomorskie	820	48,4	46,8	103,4	159

wiekowych można było traktować jako sygnał narastania fali zjawiska. Odwrócenie tej tendencji może sugerować początek stabilizacji rozmiarów zjawiska.

Przez cały analizowany okres utrzymuje się stały, stosunkowo niewielki, odsetek osób poniżej 15 roku życia (2 – 4%). Nie potwierdza to potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci. Nawet jeśli po narkotyki zaczyna sięgać młodzież poniżej szesnastego roku życia, to do regularnego, problemowego używania skła-

z wyjątkiem mazowieckiego położone są w zachodniej bądź północnej części kraju. W pozostałych województwach, z wyjątkiem jeszcze łódzkiego (38,1), wskaźniki są niższe niż wskaźnik ogólnopolski (33,6). W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane są województwa mazowieckie (2522 osób), dolnośląskie (1313 osób) i śląskie (1234 osób), co wynika nie tylko z nasilenia zjawiska, ale przede wszystkim z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców.

Jak pamiętamy, między 2003 r. i 2004 r. wskaźnik przyjętych do leczenia zwiększył się o 9%. Wzrost wskaźnika ogólnopolskiego nie oznacza, że we wszystkich województwach przybyło narkomanów. Wprawdzie w większości województw obserwujemy wzrost wskaźnika, to jednak w dwóch województwach odnotować trzeba spadek – większy w dolnośląskim i mniejszy w lubuskim. W jednym województwie, Mazowieckim, możemy mówić o stabilizacji. W pozostałych województwach obserwujemy wzrost. Największy był on w województwach: lubelskim (o 33%) i łódzkim (o 31%).

Warto zauważyć, że we obydwóch województwach, w których nastąpił spadek, w 2003 r. wskaźniki były dużo wyższe niż średnia krajowa. Także województwo mazowieckie, w którym odnotowano stabilizację, mieściło się w pierwszej piątce pod względem rozpowszechnienia. Pozostałe dwa województwa o najwyższych wskaźnikach odnotowały najniższy wzrost (o 3%). Jednocześnie wysokie procentowe wzrosty nastąpiły w województwach, gdzie notowano relatywnie niskie rozpowszechnienie. Wskazuje to na generalną tendencję do wyrównywania różnic. Możemy tu mówić raczej o długotrwałym procesie niż jego finalizacji, zróżnicowania nadal pozostają bardzo duże. Jeśli w następnych latach tendencja ta utrzyma się, może dojść do znacznego zmniejszenia zróżnicowania.

Porównanie zmian w ostatnich pięciu latach w poszczególnych województwach wskazuje także na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 190%, z jednej strony spotykamy województwa, gdzie wzrost był ponad trzykrotny (łódzkie – 315%, wielkopolskie – 311%), z drugiej strony takie, gdzie liczba pacjentów zwiększyła się mniej niż o 50% (warmińsko-mazurskie – o 19%, lubuskie – o 43%, dolnośląskie – o 37%). Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o wysokich obecnie wskaźnikach. Potwierdza to tezę o procesie wyrównywania różnic między województwami i sugeruje, że proces ten rozpoczął się przynajmniej pod koniec lat dziewięćdziesiątych.

Zróżnicowaniu terytorialnemu podlega nie tylko wskaźnik przyjętych do leczenia ogółem, ale także wskaźnik przyjęć pierwszorazowych. Najwyższymi wskaźnikami przyjęć pierwszorazowych na 100 tys.

mieszkańców charakteryzują się województwa: lubuskie (29,8), zachodniopomorskie (27,5), mazowieckie (25,9), łódzkie (23,3), warmińsko-mazurskie (22,9) oraz dolnośląskie (20,6), czyli województwa, gdzie także wskaźniki przyjętych ogółem były najwyższe. Warto zauważyć, że w tym rankingu łódzkie lokuje się wyżej niż gdy analizowano wskaźnik przyjętych ogółem. Oznacza to, że w tym województwie spodziewać się możemy dalszego wzrostu.

Analiza dynamiki przyjęć pierwszorazowych między 2003 r. i 2004 r. potwierdza znaczny wzrost zagrożenia w województwach: lubelskim i łódzkim. W tym pierwszym wskaźnik wzrósł o 40%, a w tym drugim – o 22%. Wysoką dynamikę tego wskaźnika odnotować też trzeba w podkarpackim – wzrost o 23%.

Województwa zagrożone

Podsumowując prezentację danych za 2004 r. na tle danych z lat wcześniejszych, trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego zjawiska po zapowiedzi jego zahamowania wynikającej z danych za 2003 r.

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary szczególnie zwiększonego rozpowszechnienia – zachodnia część kraju, województwo warmińsko-mazurskie i województwo mazowieckie. W 2004 r. do tego grona dołączyło łódzkie. Na wyjątkową uwagę zasługuje Lubuskie, gdzie od lat notuje się zdecydowanie najwyższe wskaźniki przyjętych ogółem i przyjętych pierwszy raz w życiu. Przedmiotem szczególnej uwagi powinny stać się też województwa: Lubelskie, Podkarpackie oraz Łódzkie, gdzie notuje się najsilniejszy wzrost wskaźników w czasie ostatniego roku. Chociaż dwa z tych województw należą do obszarów o niższym niż średnia rozpowszechnieniu zjawiska, to jednak wysoka dynamika wskaźników w ostatnim roku sugeruje ryzyko zmiany tej sytuacji. Wydaje się, że na terenach tych zintensyfikowania wymagają zarówno działania profilaktyczne, jak programy pomocy – leczenie i redukcja szkód. ■

Raport jest dostępny na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.narkomania.gov.pl/epidemiologia.htm oraz zostanie opublikowany w całości w Biuletynie „Problemy Narkomanii” nr 2/2006.

Wymiana informacji w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach może zapobiec tragicznym w skutkach wydarzeniom, jak na przykład pojawienie się przed kilku laty śmiertelnych tabletek UFO i Mitsubishi

SZYBKA INFORMACJA, SKUTECZNE DZIAŁANIE

DAWID CHOJECKI, MICHAŁ KIDAWA
KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA
NARKOMANII

Pod koniec lat 90-tych na rynku narkotykowym zaczęły pojawiać się nowe narkotyki będące pochodnymi β -fenetyloaminy zwyczajowo zwanej „ekstazy”, a fachowo amfetamionopochodnymi substancjami stymulującymi (ATS). Pomysłowość chemików w tworzeniu nowych narkotyków pochodnych β -fenetyloaminy, czyli tak zwanych „designer drugs”, zaczęła znacznie wyprzedzać rozwiązania prawne. Okazało się, że substancje tworzone w ten sposób w świetle prawa nie są kontrolowane. Sytuacja ta spowodowała konieczność stworzenia szybkich metod reagowania na pojawianie się ich na rynku narkotykowym. W 1997 r. Rada Unii Europejskiej na mocy „Wspólnego Działania dotyczącego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach Syntetycznych” powołała do życia System Wczesnego Ostrzegania (SWO) [ang. *Early Warning System*]. Był to system wymiany informacji między instytucjami w krajach Unii Europejskiej posiadającymi możliwości identyfikacji nowych narkotyków, a jego podstawowy cel to szybkie wprowadzanie pod kontrolę prawną nowych substancji oraz ocena ryzyka związanego z używaniem tych substancji.

Nowe narkotyki pod kontrolą

Na początku nowego stulecia na rynku pojawiły się narkotyki, które w kilku krajach europejskich, w tym także w Polsce oraz w USA, spowodowały falę zgonów wśród użytkowników „ekstazy”. Te pigułki zawierały parametoksamfetaminę (PMA) oraz parametoksymetamfetaminę (PMMA), a występowały pod zwyczajowymi nazwami: „UFO”, „Mitsubishi”, „Koniczy-

na” oraz inne. Powodem zgonów były przedawkowania wynikające z charakterystycznego dla PMA oraz PMMA opóźnionego działania. W wyniku przedawkowania w Polsce zmarły trzy osoby, podobnie w Niemczech. W Danii zmarły 4, a USA 10 osób.

Te tragiczne wydarzenia spowodowały, że ocena zagrożenia zdrowotnego oraz zdefiniowanie grupy użytkowników stało się równorzędnym priorytetowym zadaniem SWO, a sprawne funkcjonowanie systemu szybkiej wymiany informacji o nowych substancjach i zagrożeniach, jakie może powodować ich przyjmowanie, okazało się koniecznością.

W 2005 roku władze europejskie dostrzegły lukę w rozwiązaniach prawnych. Żadna z regulacji nie przewidywała procedury wprowadzania pod kontrolę nowych narkotyków pochodzenia naturalnego. Na mocy decyzji Rady Unii Europejskiej nr. 2005/387/JHA z 10 maja 2005 określono już rozszerzony zakres działania Systemu Wczesnego Ostrzegania. Wskazuje ona, że zbieraniem i wymianą informacji obejmuje się nowe substancje psychoaktywne, pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, niebędące prekursorami oraz niewymienione w:

- Konwencji Narodów Zjednoczonych o Środkach Odurzających z 1961 r.
- Konwencji Narodów Zjednoczonych o Substancjach Psychoaktywnych z 1971 r.

Zgodnie z decyzją Rady, działanie Systemu Wczesnego Ostrzegania obejmuje także pojawiające się na rynku nowe mieszanki. To głównie proszki i tabletki zawierające w swym składzie substancje znane, ale w niespotykanych do tej pory kombinacjach lub mające znacznie wyższe niż przeciętnie stężenie składników psychoaktywnych. Takie sytuacje również wymagają interwencji, ponieważ w przypadku miesza-

nin niektórych substancji, na przykład tych o podobnym działaniu, może dojść do tak zwanego efektu synergistycznego, a więc do spotęgowania działania narkotyku. Przykładów tego typu było sporo, jak choćby kokaina zanieczyszczona atropiną, która doprowadziła do tragicznych przedawkowań w kilku państwach. Przyczyną przedawkowań nie była wysoka zawartość kokainy w organizmie, ale właśnie skład wspomnianej mieszanki.

Poza szkodliwością nowych substancji i nowych mieszanek należy brać pod uwagę także następstwa zdrowotne wynikające z połączenia pewnych substancji oraz idących za tym interakcji pomiędzy skutkami ich zażycia. Wiąże się to z faktem, że obecnie coraz częściej zarówno osoby używające narkotyków okazjonalnie, jak i osoby używające ich regularnie, mieszają narkotyki syntetyczne z alkoholem, narkotykami naturalnymi, a także z lekami o działaniu psychoaktywnym. Potwierdzają to zgłoszenia o zgonach po zażyciu nowej lub monitorowanej substancji. Takie zgłoszenia wpływają z całej Europy do działu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie odpowiedzialnego za System Wczesnego Ostrzegania. Wyniki analiz toksykologicznych dołączonych do tych zgłoszeń najczęściej potwierdzają przyjęcie wielu substancji jednocześnie.

Wymiana informacji w tym zakresie nie zalicza się co prawda do obowiązków wyznaczonych przez Radę dla SWO, ale wpisuje się w ogólną praktykę w europejskiej sieci. W ostatnich latach SWO stało się platformą wymiany informacji, często nieformalnych, o wszelkich pojawiających się zagrożeniach związanych z nowymi narkotykami, nowymi wzorami przyjmowania, nowymi mieszankami, a także o nieznanym wcześniej zjawiskach czy modach wśród użytkowników narkotyków.

Funkcjonowanie systemu w strukturach europejskich

Wspólne Działanie w Zakresie Nowych Narkotyków przewiduje trzy fazy postępowania:

- wymianę informacji,
- ocenę ryzyka,
- podejmowanie decyzji o kontroli substancji.

System Wczesnego Ostrzegania stanowi pierwszy etap działań i polega na zbieraniu informacji o nowych substancjach i mieszankach na poziomie krajowym, a następnie raportowaniu ich do organizacji międzynarodowych. Informacje mogą pochodzić z różnych źródeł, np. z placówek ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych prowadzących programy skierowane do osób używających narkotyków (programy redukcji szkód, programy partyworkerskie, a także te realizowane w ambulatoriach czy ośrodkach), ale przede wszystkim od policji, laboratoriów kryminalistycznych i medycyny sądowej, ponieważ do zweryfikowania informacji o nowej substancji konieczna jest jej analiza chemiczna. Mogą ją przeprowadzić tylko laboratoria dysponujące specjalistycznym sprzętem. Analizowana substancja może pochodzić z konfiskat policji, badań pośmiertnych lub badań u osób hospitalizowanych z objawami zatrucia, rzadziej z innych źródeł. Dlatego też podstawą funkcjonowania Systemu Wczesnego Ostrzegania jest wielopoziomowa współpraca międzyresortowa. Po uzyskaniu i zweryfikowaniu informacji o pojawieniu się nowej substancji lub mieszanki psychoaktywnej przekazuje się ją za granicę do Europolu (za pośrednictwem odpowiedniej komórki w policji) i do EMCDDA za pośrednictwem *Focal Point*. W Polsce komórką tą jest Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii działające przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Następnie informacja przekazywana jest do Komisji Europejskiej i Europejskiej Agencji Ewaluacji Produktów Medycznych (EMA). Informacja ta obejmuje chemiczny i fizyczny opis substancji, szczegóły dotyczące częstości i okoliczności wykrycia, wstępną ocenę ryzyka używania oraz dane dotyczące prekursorów i rozpowszechnienia używania.

W przypadku, kiedy EMCDDA oraz Europol lub Rada Unii Europejskiej reprezentowana przez większość swoich członków zdecyduje, że dostępne informacje zasługują na dalsze ich gromadzenie, powstaje Wspólny Raport Europolu i EMCDDA (*Joint Report*). Raport wędruje do *Horizontal Drug Group* przy Radzie UE. W drugim etapie zostaje ocenione ryzyko używania wykrytej substancji. Pod przewodnictwem Komitetu Naukowego, EMCDDA zwołuje spotkanie ekspertów z państw członkowskich, Europolu, Komisji Euro-

pejskiej i EMEA. Zespół ten ocenia potencjalne ryzyko i opracowuje raport (*Risk Assessment Report*), na podstawie którego Rada Europy może podjąć decyzję o kontrolowaniu substancji. Kraje kandydujące mogą uczestniczyć w różnym zakresie w tych fazach.

System Wczesnego Ostrzegania w Polsce

Od roku 2004, kiedy Polska wstąpiła do Unii Europejskiej, jako Państwo Członkowskie jest zobligowana do utworzenia Systemu Wczesnego Ostrzegania. Wynika to w sposób pośredni z przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii. Stanowi ona, że obowiązkiem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest między innymi udział w pracach sprawozdawczych na rzecz organizacji międzynarodowych (art.6, pt 3, pp.12h); oraz współpraca z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) oraz Europejską Siecią Informacji o Narkotykach i Narkomanii (*Reitox*) (art.6, pt 3, pp.12i).

W celu wypełnienia wymagań ustawowych stało się konieczne stworzenie Polskiej komórki SWO, która ulokowana jest w Krajowym Biurze i organizacyjnie podległa Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii bezpośrednio współpracującym z EMCDDA w ramach sieci Reitox.

W obecnej chwili System znajduje się jeszcze w fazie budowy, choć już spełnia wymogi ustawowe i swoje podstawowe funkcje, wypełniając wszystkie zobowiązania Polski względem instytucji europejskich w tym zakresie. W ciągu ostatniego roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii podpisało porozumienie o wymianie informacji z Instytutem Ekspertyz Sądowych (IES), a porozumienie z Centralnym Laboratorium Kryminalistycznym (CLK) czeka na zatwierdzenie ostatecznej wersji przez Komendę Główną Policji. Zarówno IES, jak i CLK to kluczowe filary polskiego SWO. Obie instytucje w ramach swojej statutowej działalności zbierają i przekazują informacje na temat:

- nowych substancji psychoaktywnych,
- nowych mieszanek znanych substancji psychoaktywnych,

- przypadków niespotykanie wysokiego stężenia składników aktywnych w substancji psychoaktywnej,
- dużych lub powtarzających się w krótkim okresie konfiskat (CLK) i przypadków wykrycia w płynach ustrojowych (IES) znanych substancji psychoaktywnych,
- ilości analiz dotyczących określonej substancji (monitorowanie nowego zjawiska).

Przedmiotem analiz dokonywanych przez CLK są substancje pochodzące z konfiskat policyjnych. IES zajmuje się analizą materiału biologicznego pobranego od pacjentów trafiających do szpitali w wyniku zatrucia oraz w celu wyjaśnienia przyczyn zgonu.

Obie instytucje udostępniają także informacje nt. okoliczności konfiskaty substancji (CLK), okoliczności i objawów zatrucia (IES).

Kolejnym filarem są placówki toksykologiczne, które już wkrótce będą raportować o wszelkich zatruciach związanych z substancjami psychoaktywnymi z wykluczeniem alkoholu. W chwili obecnej w fazie przygotowań znajduje się formularz zgłoszenia zatrucia do SWO oraz ostateczna forma porozumień o wymianie informacji. Ponadto w ramach programu pilotażowego Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii sfinansuje analizę chemiczną 10 próbek materiału biologicznego w zgłoszonych przypadkach zatrucia, charakteryzujących się nietypowymi objawami. Próbkę do analizy będą wybierane przez specjalnie powołany zespół ekspercki składający się z lekarzy toksykologów. Celem projektu jest ocena możliwości wykrywania oraz skali problemu zatruc nowymi substancjami w Polsce.

Wreszcie kolejnym, czwartym filarem SWO są organizacje pozarządowe zajmujące się pomocą osobom mającym doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi. Z racji tego, że terapeuci, party- i streetworkerzy bezpośrednio stykają się z użytkownikami narkotyków, znają ich środowisko oraz posiadają najdokładniejsze i najświeższe informacje o scenie narkotykowej, są oni niezwykle cennym źródłem informacji. Dlatego ich rola może okazać się kluczowa, jeżeli chodzi o zdobywanie informacji o nowych zjawiskach na scenie narkotykowej. Drugą, chyba jeszcze ważniejszą funkcją terapeutów, party- i streetworkerów w Systemie jest rozprowadzanie wśród grup podwyższonego ryzyka informa-

cji o zidentyfikowanych przez SWO niebezpieczeństwach.

Na koniec warto wspomnieć o jeszcze jednym potencjalnym źródle informacji, jakim są szeroko rozumiane media, a także internet (strony przeznaczone dla użytkowników narkotyków). Monitorowanie takich stron to również jedno z planowanych przedsięwzięć w ramach Systemu. Niestety bardzo często informacje podawane przez mass media i znajdujące na stronach www są mało rzetelne, niezbyt wiarygodne i wymagają dokładniejszego zbadania. Pomimo wspomnianej nierzetelności należy te dane uznać za niezwykle cenne, które w zestawieniu z informacjami uzyskanymi z innych źródeł mogą stanowić doskonałe uzupełnienie obrazu zjawiska. Z punktu widzenia SWO doniesienie prasowe lub np. *partyworkerów* dotyczące pojawienia się „czegoś nowego” na czarnym rynku z jednoczesnym wstępnym opisem (nazwa uliczna, wygląd, cena, opis działania) ma znacznie większą wartość poznawczą w zestawieniu z analizami chemicznymi i toksykologicznymi.

Odrębną sprawą jest zbieranie informacji o używaniu leków w sposób niezgodny z przeznaczeniem. Obecnie w ramach SWO realizuje się projekt pilotażowy, mający na celu monitorowanie zaproponowanych przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny około 40 sprzedawanych bez recepty leków, zawierających składniki psychoaktywne. Projekt ten rozpoczął się w styczniu tego roku i obejmuje sieć około 250 aptek na terenie całego kraju.

W przyszłości planuje się nawiązanie bliskiej współpracy z Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, w celu prowadzenia bardziej rozbudowanego monitoringu zjawiska. Jest to zgodne z tendencjami europejskimi, bowiem w ostatnich latach nastąpiło poszerzenie współpracy Europejskiej Agencji Ewaluacji Produktów Medycznych (EMA) z EMCDDA.

Ograniczenia i perspektywy rozwoju

System Wczesnego Ostrzegania stał się w ostatnich latach skutecznym narzędziem w ograniczaniu szkodliwych następstw używania narkotyków i walki z pro-

ducentami narkotyków. Interdyscyplinarny charakter przedsięwzięcia oraz jego ponadnarodowość dostosowuje się do coraz bardziej zunifikowanej kulturowo i homogenicznej Europy. W wielu sytuacjach nowe narkotyki czy mody na określone substancje psychoaktywne, pojawiające się w jednym z państw, przenikają do krajów sąsiadujących, a końcu obejmują cały kontynent.

Systemy Wczesnego Ostrzegania w krajach europejskich stoją na różnym poziomie rozwoju. W dużej mierze zależy to od infrastruktury i zaplecza technicznego w postaci laboratoriów chemicznych posiadających odpowiednie wyposażenie do identyfikowania nowych substancji. Polska pod względem infrastruktury laboratoryjnej stoi raczej na niskim poziomie - niewiele w naszym kraju mamy laboratoriów spełniających te wymogi.

Innym problemem, który napotykamy w Polsce, a który wydatnie wpływa na ograniczenia SWO, jest brak możliwości wchodzenia w posiadanie i analizowania próbek zbieranych „na ulicy”, bezpośrednio od użytkowników. Fakt ten wynika z ograniczeń zarówno finansowych (koszty tych złożonych analiz są bardzo duże), jak i prawnych.

Mając na uwadze powyższe warunki i ograniczenia, zaprojektowano System w taki sposób, aby był maksymalnie wydajny przy zastanej sytuacji. W chwili obecnej System znajduje się na etapie rozwoju i podlega ciągłym modyfikacjom. Priorytetem jest zapewnienie szybkiego przepływu informacji pomiędzy partnerami w sieci. Element ten udało się znacznie poprawić od momentu uruchomienia SWO. Inny priorytetowy cel to rozszerzenie zasięgu Systemu, co wydatnie wpłynie na jego czułość i możliwości.

Bardzo ważny jest także dalszy rozwój współpracy z organizacjami pozarządowymi, w szczególności osobami znającymi środowisko użytkowników, z pracownikami ulicznymi i *partyworkerami*.

W związku z powyższym zapraszamy wszystkich Czytelników do przesyłania informacji na temat nowych narkotyków, nowych ciekawych zjawisk, nowych zagrożeń, jakie pojawiają się na scenie narkotykowej. Każda taka informacja może się okazać bardzo istotna i pozwolić na zidentyfikowanie rodzących się zagrożeń. ■

Rosnąca popularność narkotyków syntetycznych spowodowała powstanie w Polsce setek nielegalnych laboratoriów, produkujących hurtowe ilości narkotyków (głównie amfetaminy) na rynki całej Europy

NARKOTYK Z LABORATORIUM

WALDEMAR KRAWCZYK, CENTRALNE
LABORATORIUM KRYMINALISTYCZNE
KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

DANIEL DUDEK, CENTRALNE BIURO ŚLEDcze
KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

Wśród środków odurzających i psychotropowych najliczniejszą grupę stanowią substancje syntetyczne, które zostały wyprodukowane w laboratorium (najczęściej nielegalnym) z syntetycznych prekursorów. Ich stale rosnąca popularność rozpoczęła się dopiero w latach 80-tych XX wieku – w porównaniu z narkotykami naturalnymi są więc substancjami nowymi. Wskazuje się na dwie podstawowe przyczyny ich popularności.

Pierwsza to olbrzymia różnorodność tego typu narkotyków, z których większość, mimo że ma działanie psychotropowe, nie jest prawnie kontrolowana. Doskonałym przykładem mogą być pochodne jednego tylko związku o nazwie fenetyloamina. W Polsce, podobnie jak w całej Europie, prawnie kontroluje się około 20 jej pochodnych, tymczasem w jednej tylko książce „*PIHKAL, A Chemical Love Story*” Shulgin przedstawił receptury syntezy i opisał działanie biologiczne około 200 pochodnych fenetyloaminy. Kilkaście z nich stale pojawia się na nielegalnym rynku narkotykowym. Największą popularnością cieszą się pochodne 3,4-metylenodioksyamfetaminy nazywane potocznie „ekstazy” i oznaczane skrótami MDMA, MDA i MDEA oraz amfetamina (tylko w Europie) i metamfetamina.

Druga przyczyna to łatwość produkcji narkotyków syntetycznych. Większość z nich można otrzymać prostymi metodami, w niewielkich laboratoriach, a nawet w warunkach domowych. Produkuje się je przeważnie dla potrzeb lokalnych, nie trzeba ich

transportować na olbrzymie odległości, tak jak ma to miejsce w przypadku kokainy czy heroiny, co zmniejsza ryzyko konfiskaty przez organa zwalczające przestępczość narkotykową i obniża koszty. Bardzo często wytwarza się je w formie atrakcyjnych tabletek znoszących barierę psychologiczną przed zażywaniem narkotyków, zwłaszcza przez młodzież.

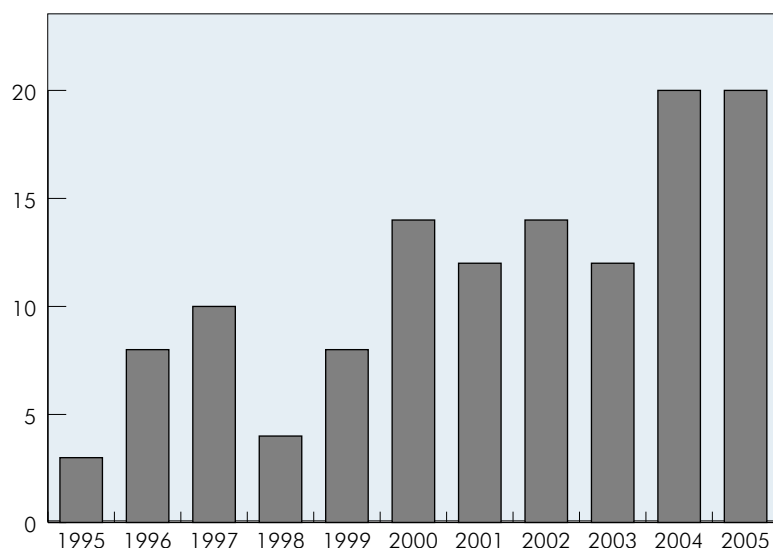
Polska tuż za Holandią

Nielegalna produkcja narkotyków syntetycznych to jeden z kluczowych problemów przestępczości narkotykowej w Europie. W tej dziedzinie wyspecjalizowała się Holandia, która jest głównym źródłem nielegalnie produkowanego MDMA nie tylko dla Europy, ale i dla całego świata. Co roku likwiduje się kilkadziesiąt nielegalnych wytwórni narkotyków produkujących w jednym procesie syntezy nawet 50–60 kg MDMA. Duży problem europejski stanowi produkcja amfetaminy. W tej dziedzinie również dominuje Holandia, jednak szacuje się, że drugie miejsce pod względem jej produkcji zajmuje Polska.

Od 1995 roku, kiedy zlikwidowano największe w Polsce nielegalne laboratorium w Woli Karczewskiej, do chwili obecnej wykryto ponad 120 (Ryc. 1) nielegalnych laboratoriów. Zdecydowana większość z nich produkowała amfetaminę, trzy wytwarzały BMK, a jedno PMA (p-metoksyamfetaminę) i PMMA (p-metoksymetamfetaminę). W kilku przypadkach, oprócz produkcji amfetaminy, zajmowały się również produkcją metamfetaminy i MDMA oraz wytwarzały BMK dla własnych potrzeb.

Przedstawione dane wskazują, że problem nielegalnej produkcji narkotyków narasta i nic nie wskazuje na to, aby w najbliższych latach tendencja ta miała się zmienić.

Nazwa „nielegalne laboratorium” intuicyjnie koja-



Ryc. 1. Liczba nielegalnych laboratoriów zlikwidowanych w latach 1995-2005 (w sumie zlikwidowano 127 nielegalnych laboratoriów).

rzy się z miejscem, gdzie w sposób nielegalny wytwarza się narkotyki lub prekursory. Miejsce takie to być budynek mieszkalny lub gospodarczy, garaż czy też komórka, zawierająca niezbędne do produkcji wyposażenie, którym może być zarówno sprzęt specjalistyczny (kolby, chłodnice), jak i przedmioty codziennego użytku. Nawet jednak jeśli takie pomieszczenie i wyposażenie zostanie zlokalizowane, to nielegalnym laboratorium będzie można je nazwać dopiero wtedy, gdy udowodnimy, że prowadzono w nim czynności zmierzające do wyprodukowania narkotyków lub prekursorów. Określenie nielegalne laboratorium jest więc związane przede wszystkim z celem jego działalności.

Zgodnie z Ustawą o Przeciwdziałaniu Narkomanii, nielegalne laboratorium to obszar (przestrzeń), w którym realizuje się bez odpowiedniego zezwolenia (Art. 35 Ustawy) procesy chemiczne lub fizyczne mające na celu:

- wytwarzanie, przetwarzanie, przerób środków odurzających, substancji psychotropowych (art.53 Ustawy);
- prekursorów służących do wytwarzania środków odurzających, substancji psychotropowych (Art.61 Ustawy).

Termin „wytwarzanie” zdefiniowano jako czynności, za pomocą których mogą być otrzymywane środ-

ki odurzające lub substancje psychotropowe albo ich prekursory, ich oczyszczanie, ekstrakcję surowców i półproduktów oraz otrzymywanie soli tych środków lub substancji. Wytwarzanie obejmuje więc te działania, które wiążą się bezpośrednio z otrzymywaniem substancji kontrolowanej. Bardzo często poszczególne etapy syntezy przeprowadza się w różnych miejscach. W niektórych z nich otrzymuje się półprodukty, których nie zalicza się do substancji kontrolowanych, na przykład pierwszy etap syntezy amfetaminy metodą Leuckarta, czyli otrzymywanie N-formyloamfetaminy z BMK. W miejscu tym nie są więc wytwarzane substancje psychotropowe lub środ-

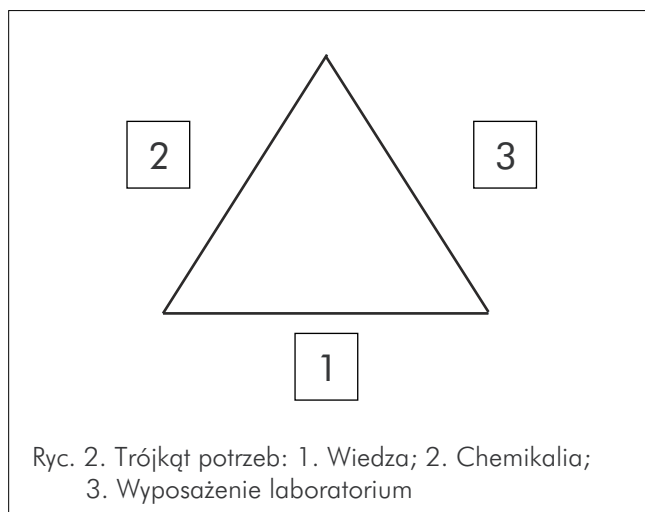
ki odurzające albo ich prekursory. To jednak nielegalne laboratorium, gdyż przeprowadza się w nim proces przetwarzania, czyli wykonuje szereg czynności mających na celu przemianę środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów w inne środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory albo na substancje nie będące środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami.

Najrzadziej mamy do czynienia z nielegalnymi laboratoriami, w których prowadzi się przerób, czyli otrzymywanie stałych lub ciekłych mieszanin środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów oraz nadaje się tym środkom lub substancjom postacie stosowane w lecznictwie.

Trzy elementy w laboratorium

Aby nielegalne laboratorium mogło działać, niezbędne są trzy elementy: wiedza, chemikalia (prekursory i odczynniki) i wyposażenie. Elementy te określa się nazwą Trójkąt Potrzeb [Ryc. 2].

Jak w każdym trójkącie, tak i tu muszą być obecne wszystkie trzy elementy. Jednak na pierwszym miejscu na pewno należy postawić wiedzę. Chemik, który wie, co chce wyprodukować, może metodę syntezy dopasować do posiadanego wyposażenia i chemikaliów. Z drugiej strony, nawet najlepsze wyposażenie



nie zapewni pożądanego produktu bez umiejętności jego wykorzystania.

Wiedza i ludzie

Wiedza jest podstawą trójkąta potrzeb nielegalnego laboratorium. Zaczyna się ona od prostych umiejętności posługiwania się aparaturą i sprzętem laboratoryjnym, a kończy na głębokiej znajomości procesów chemicznych zachodzących podczas syntezy narkotyków. Wyróżnia się cztery podstawowe źródła wiedzy na temat produkcji syntetycznych środków odurzających:

- Edukacja – wiedza nabyta w czasie nauki w szkole i w czasie studiów chemicznych.
- Doświadczenie – wiedza przekazywana od osoby do osoby, na przykład poprzez pokazywanie, jak należy prowadzić syntezę, oraz wiedza nabywana w trakcie wielokrotnego wykonywania określonych czynności.
- Przepisy odręczne, nielegalna literatura – wiedza nabywana z nielegalnych źródeł, która obejmuje proste sposoby produkcji narkotyków.
- Internet – w ostatnich latach to jedno z podstawowych źródeł przepisów syntezy narkotyków, można w nim znaleźć opis wytwarzania praktycznie każdego narkotyku z wykorzystaniem wielu różnych metod syntezy.

Podstawy wszystkich metod syntezy narkotyków zawarte są w publikacjach w czasopiśmie naukowych. To źródło wiedzy dosyć trudne do wykorzystania, bo napisane hermetycznym naukowym językiem. Wiedza ta może być jednak przetworzona przez ludzi

z odpowiednim wykształceniem na język zrozumiały dla osób zajmujących się produkcją narkotyków.

Ludzi pracujących w nielegalnych laboratoriach można podzielić na dwie kategorie: chemików i operatorów. Chemicy mają najczęściej wyższe wykształcenie, a nawet doktoraty z chemii. Ich głównym zadaniem jest opracowanie szczegółowej technologii produkcji narkotyku – poczynając od użycia prekursorów, na krystalizacji finalnego produktu kończąc. Wiedzę na temat metod syntezy chemicy czerpią z publikacji naukowych oraz z własnego doświadczenia. W przepisach syntezy określają szczegółowo proporcje pomiędzy poszczególnymi prekursorami i reagentami, podają czas i temperaturę reakcji, opisują poszczególne operacje (na przykład destylację, ekstrakcję). Bardzo często instrukcja przygotowana jest w taki sposób, aby mogła z nią pracować osoba niebędąca chemikiem, często niezupełnie świadoma, co produkuje, ponieważ nazwy poszczególnych substancji zastępuje się określeniami typu „Substancja A”. Chemicy rzadko zajmują się produkcją narkotyków bezpośrednio w nielegalnym laboratorium.

Do prowadzenia produkcji w laboratorium wykorzystuje się osoby, które można nazwać operatorami. To ludzie o różnym wykształceniu i zawodach, którzy zostali przyuczeni do produkcji narkotyków według ściśle określonych przepisów przygotowanych wcześniej przez chemików. Wiedza chemiczna operatorów może być bardzo niewielka, ale muszą posiadać umiejętność przeprowadzania podstawowych operacji, takich jak destylacja, ekstrakcja czy ogrzewanie pod chłodnicą zwrotną.

Chemikalia

Chemikalia są kolejnym ramieniem trójkąta potrzeb nielegalnego laboratorium. Większość wykorzystywanych w nielegalnych laboratoriach chemikaliów ma różnorodne zastosowania legalne, a sprzedaż ich nie podlega kontroli. Część z nich, zwłaszcza prekursory, podlega jednak ścisłej kontroli i ich nabycie jest utrudnione. W takich przypadkach często podejmuje się próby ich syntezy z innych niekontrolowanych związków chemicznych. Powoduje to swoisty wyścig pomiędzy listami substancji kontrolowanych i pomysłami na ich produkcję z substancji niekontrolowanych.

Jedną z cech charakterystycznych nielegalnych laboratoriów jest to, że chemikalia bardzo często znajdują się w nieoryginalnych opakowaniach bez opisu lub z błędnym opisem. Dlatego przy ich zabezpieczaniu i transporcie należy zachować szczególne środki ostrożności.

Wyposażenie

Wyposażenie obejmuje szeroki zakres aparatury, sprzętu i szkła laboratoryjnego zarówno ogólnego przeznaczenia jak i specjalistycznego, przeznaczonego do prowadzenia konkretnego procesu. Wyposażenie laboratorium stanowi również sprzęt domowego użytku zaadaptowany dla potrzeb produkcji narkotyków (jak choćby czajnik jako źródło pary w destylacji z parą wodną).

W trakcie prowadzenia syntezy narkotyków prowadzi się procesy ogrzewania mieszanin reakcyjnych, destylacji, suszenia. Niezbędne więc staje się posiadanie odpowiedniego wyposażenia do prowadzenia tych procesów takiego jak: elektryczne czasze grzejne, chłodnice, kolby, rozdzielacze, suszarki, młynki itp.

Ogrzewanie

W polskich nielegalnych laboratoriach do ogrzewania mieszanin reakcyjnych i destylacji wykorzystuje się najczęściej kolby szklane o poj. od 6 do 20 litrów. Do celów pomocniczych stosuje się również kolby o mniejszej pojemności. Kolby te ogrzewane są zazwyczaj przez elektryczne czasze grzejne. Do schładzania pary służą chłodnice szklane (kulowe, spiralne lub proste). Przez chłodnice w trakcie destylacji musi przepływać woda.

Destylacja

Jednym z podstawowych procesów prowadzonych w nielegalnych laboratoriach jest destylacja (Fot. 1), polegająca na rozdzieleniu składników mieszaniny na podstawie różnicy temperatur wrzenia jej składników. Zestaw do destylacji składa się z kolby okrągłodennej umieszczonej w czaszy grzejnej, chłodnicy prostej i odbieralnika.

Suszenie i mielenie produktu

Narkotyki syntetyczne są produkowane w postaci krystalicznej poprzez wytrącenie odpowiedniej soli,

na przykład siarczanu amfetaminy czy chlorowodoru MDMA. Finalny produkt zawsze zawiera resztki rozpuszczalników, które muszą być usunięte poprzez suszenie. Stosuje się dwie metody suszenia. Pierwsza



Foto 1. Zestaw do destylacji w nielegalnym laboratorium.

z nich polega na suszeniu rozłożonego na kuwetach produktu w świetle lamp (Fot. 2), w drugiej wykorzystuje się różnego rodzaju suszarki.

Wysuszony produkt jest zbrylony i przed wprowadzeniem do obrotu musi zostać zmielony. Na etapie mielenia do narkotyków mogą być dodawane różnego rodzaju domieszki, jak glukoza, kreatyna czy środki przeciwbólowe. Dodanie ich na tym etapie zapewnia homogeniczność mieszaniny i uniemożliwia wizualne rozróżnienie dodatków od narkotyku.

Tabletkowanie

Tabletki stają się coraz bardziej popularne na rynku narkotykowym i wypierają z niego narkotyki w postaci proszku. Istnieje kilka przyczyn tego zjawiska. Do najistotniejszych należy estetyczna forma poda-



Foto 2. Suszenie 11 kg amfetaminy pod lampami

wania narkotyku i brak oporu przed jego połknięciem (od dzieciństwa jesteśmy przyzwyczajeni do połykania leków w postaci tabletek), a także fałszywe wyobrażenie, że tabletki o takim samym kształcie i logo zapewniają taki sam skład narkotyku (osoba zażywająca wie, czego po takiej tabletkce się spodziewać). Należy zdecydowanie podkreślić, że wygląd tabletki (kształt i logo) nie ma związku z jej składem chemicznym. Wynika to przede wszystkim z faktu, że najczęściej tabletkarki znajdują się w innym miejscu niż produkcja narkotyków, a tabletki produkuje się z powierzonego materiału bez dociekania, jaki jest jego skład. Przykładem tego typu działań była produkcja tabletek z logo „Mitsubishi”. Tabletki takie przez wiele lat zawierały chlorowodorek MDMA, a w roku 2000 pojawiły się nagle tabletki zawierające PMA (p-metoksyamfetaminę), substancję o wiele bardziej niebezpieczną niż MDMA. W Europie odnotowano kilkadziesiąt zgonów po przedawkowaniu tabletek zawierających PMA.

Tabletkowanie polega na ściśnięciu pod wysokim ciśnieniem proszku i uformowaniu tabletki. Proszek zawierający substancję aktywną, domieszki (np. glukoza) oraz substancje wspomagające tworzenie (np. stearynian magnezu), wkłada się do specjalnego lejka (pojemnika). Następnie proszek umieszcza się we wgłębieniach kompresyjnych i ściska pod wysokim ciśnieniem za pomocą stalowych stempli (ang. *punch*). Na stemplach znajdują się różnego rodzaju znaki, które stanowią logo tabletek. Najczęściej spotykane w nielegalnych wytwórniach tabletkarki mają wydajność 20 000–30 000 szt. na godzinę.

Wypożyczenie specjalne

Niektóre metody syntezy narkotyków wymagają wyposażenia specjalnego, zbudowanego do produkcji określonego narkotyku lub prekursora według ściśle określonej metody. W polskich nielegalnych laboratoriach zabezpieczono dwa rodzaje tego typu wyposażenia. Pierwsze nich służyło do produkcji BMK. Był to stalowy reaktor umożliwiający prowadzenie syntezy w temperaturze 360 stopni Celsjusza, pompa do podawania reagentów i stalowa chłodnica do skraplania BMK.

Drugie urządzenie służyło do produkcji amfetami-



Foto 3. Reaktor do prowadzenia syntezy amfetaminy pod wysokim ciśnieniem.

ny metodą redukcijnego aminowania (fot. 4). Składało się z urządzenia do mieszania i termostatowania (kołyska) oraz butli po gazach technicznych przerobionej na wysokociśnieniowy reaktor.

Woda i prąd

Do funkcjonowania jakiegokolwiek nielegalnego laboratorium niezbędny jest prąd elektryczny i woda. Zużycie prądu w laboratorium produkującym amfetaminę lub jej pochodne nie jest duże i porównywalne ze zużyciem prądu w normalnym gospodarstwie domowym, wyposażonym w pralkę, lodówkę i inny sprzęt gospodarstwa domowego. Czasza grzejna służąca do ogrzewania mieszanin reakcyjnych ma moc od 1,5 do 2 kW, czyli porównywalną

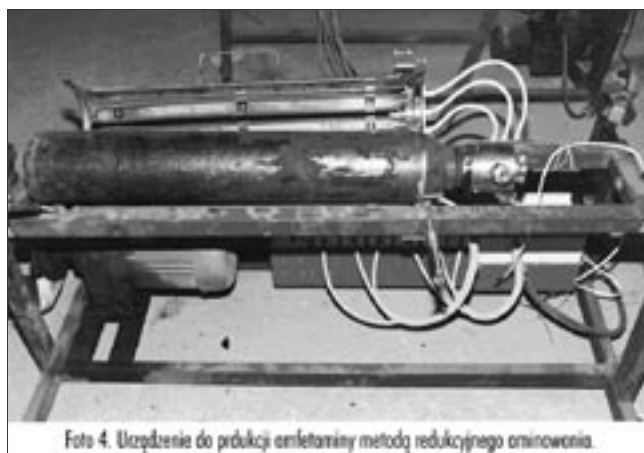


Foto 4. Urządzenie do produkcji amfetaminy metodą redukcijnego aminowania.

z grzałką pralki lub termy elektrycznej i tylko niewiele większą od żelazka.

Specyfiką wielu nielegalnych laboratoriów są nielegalne przyłącza prądu. Mogą być one doprowadzone do całości zabudowań, w których prowadzi się produkcję lub tylko do części bezpośrednio związanej z syntezą narkotyków. Każdorazowo po likwidacji nielegalnego laboratorium powinno sprawdzić się instalację elektryczną, aby wyeliminować lub potwierdzić istnienie tego typu przyłącza. To oczywiste, że w przypadku wykrycia nielegalnego przyłącza analiza zużycia prądu z oficjalnych liczników nie ma żadnego znaczenia.

Kolejnym medium niezbędnym do produkcji narkotyków jest woda. W nielegalnym laboratorium wykorzystuje się dwa rodzaje wody: technologiczną i chłodzącą. Wody technologicznej używa się do procesów produkcji. Służy do przygotowania roztworów wodorotlenków i kwasów, a także do procesów ekstrakcji i destylacji z parą wodną. Zużycie tej wody jest niewielkie i ściśle związane z technologią produkcji.

Drugim rodzajem jest woda chłodząca. Służy ona do skraplania par w chłodnicach. Musi być stosowana w przepływie, przy czym jego wielkość, a więc i ilość zużywanej wody, zależy od bardzo wielu czynników. Do najważniejszych z nich należą temperatura chłodzonych par, temperatura zewnętrzna, długość stosowanych chłodnic i temperatura wody chłodzącej.

W nielegalnych laboratoriach stosuje się trzy rodzaje źródeł wody:

- wodociągowa,
- studzienna,
- woda w obiegu zamkniętym.

Najłatwiejsza do wykorzystania jest woda wodociągowa (jeśli wodociąg istnieje). Można z niego pobierać dowolne ilości wody bez konieczności jej oszczędzania. Z drugiej strony, ilość zużywanej w nielegalnym laboratorium wody nie różni się od zużycia w normalnym gospodarstwie domowym, a więc podobnie jak ma to miejsce w przypadku prądu, nie może służyć do typowania miejsca lokalizacji laboratorium.

Drugim często spotykanym źródłem wody, szczególnie w laboratoriach położonych na terenie wiejskim, są studnie. Ilość wody w studniach wystarcza

do prowadzenia procesów technologicznych. Często jednak wodę ze studni doprowadza się do pomieszczeń laboratoryjnych porożkładanymi na terenie zabudowań węzami. Tego typu prowizoryczne instalacje wodne powinny zwracać uwagę policjantów zajmujących się wykrywaniem nielegalnych laboratoriów.

Trzecim źródłem wody chłodzącej jest woda w obiegu zamkniętym. Instalacja do chłodzenia składa się w takim przypadku: z beczek o dużej pojemności wypełnionych wodą (najczęściej to kilka beczek o poj. 200 litrów połączonych ze sobą), pompy wodnej wymuszającej obieg wody oraz kaloryferów służących do schładzania wody. W obieg wmontowane są chłodnice od aparatury, w której prowadzi się syntezę. Wykorzystanie obiegu zamkniętego umożliwia produkcję narkotyków w miejscach, gdzie nie ma studni ani wody wodociągowej, a jedynym medium zewnętrznym jest prąd elektryczny.

Lokalizacja

Nielegalne laboratoria najczęściej znajdują się w małych miejscowościach lub wsiach. Najczęściej są to wolnostojące zabudowania, oddalone od sąsiadów, trudne do obserwacji z zewnątrz, zdarzają się jednak również laboratoria zlokalizowane w mieszkaniach w blokach lub w budynkach w osiedlach mieszkaniowych. Bez względu na położenie pomieszczeń, w których odbywa się produkcja narkotyków, musi być zapewniona w nich energia elektryczna i woda (wodociągowa, ze studni lub w obiegu zamkniętym).

Podsumowując...

Polska jest czołowym producentem amfetaminy w Europie. Co roku policja likwiduje około 20 nielegalnych laboratoriów. W polskich nielegalnych laboratoriach produkuje się amfetaminę metodą Leuckarta, wykorzystującą BMK i mrówczan amonu jako podstawowe prekursorzy. W jednym rzucie syntezy wytwarza się około 2–3 kg siarczanu amfetaminy, co znacznie różni polskie laboratoria od holenderskich, gdzie w jednym rzucie syntezy powstaje kilkadziesiąt kilogramów narkotyków. W Polsce amfetaminę produkuje się zarówno na rynek krajowy jak i przemycza za granicę, przede wszystkim do krajów skandynawskich. ■

Rozwiązania prawne w zakresie kontroli substancji psychoaktywnych i prekursorów w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej skutecznie utrudniają wytwarzanie i obrót środkami odurzającymi

NARKOTYKI POD KONTROLĄ (USA)

WALDEMAR KRAWCZYK, CENTRALNE
LABORATORIUM KRYMINALISTYCZNE
KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

DANIEL DUDEK, CENTRALNE BIURO ŚLEDCZE
KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

Ustawa o Substancjach Kontrolowanych (*The Controlled Substances Act – CSA*), a także Rozdział II i III Ustawy o kontroli i kompleksowym przeciwdziałaniu narkomanii z 1970 r. (*Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970*) stanowią legalne podstawy prawne w zakresie przeciwdziałania narkomanii w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Przedmiotowe akty prawne stanowią konsolidację wielu przepisów prawnych, odnoszących się do nielegalnego wytwarzania, przetwarzania i obrotu środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów wykorzystywanych w nielegalnej produkcji środków odurzających i substancji psychotropowych.

KONTROLA ŚRODKÓW PSYCHOTROPOWYCH I SUBSTANCJI ODURZAJĄCYCH

Ustawa o substancjach kontrolowanych (CSA) zawiera pięć tabel substancji objętych kontrolą, które wcześniej podlegały różnym systemom reglamentacji prawa federalnego.

Zgodnie z Ustawą CSA, zasady umieszczania substancji w poszczególnych tabelach opierają się na kilku kluczowych wskaźnikach, a przede wszystkim na ocenie:

- medycznym użyciu;
- właściwościach uzależniających (*potential for abuse*);
- bezpieczeństwie lub skłonności do uzależnienia.

Ustawa w związku z powyższym wprowadza mechanizmy regulujące:

- włączanie substancji do tabel substancji kontrolowanych;
- dodawanie substancji do poszczególnych tabel;
- zwalnianie substancji od reglamentacji;
- usuwanie substancji z poszczególnych tabel;
- przemieszczanie substancji pomiędzy poszczególnymi tabelami.

Przepisy dotyczące wspomnianych wyżej mechanizmów regulacyjnych zawarte są w Dziale 201 wspomnianej Ustawy.

Procedurę dotyczącą włączania, usuwania lub zmiany klasyfikacji określonej substancji może zainicjować Federalna Służba Antynarkotykowa (*Drug Enforcement Administration – DEA*) oraz Departament Zdrowia i Spraw Społecznych (*Department of Health and Human Services*).

Podobna procedura może zostać uruchomiona także na podstawie wniosku zainteresowanych osób (zarówno prawnych jak i fizycznych), na przykład: producenta środków odurzających;

- towarzystwa medycznego lub farmaceutycznego;
- tzw. grup zainteresowania publicznego zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii;
- lokalnych lub stanowych agencji rządowych;
- osób indywidualnych.

Wniosek otrzymywany przez DEA powoduje automatyczne wszczęcie postępowania sprawdzającego dotyczącego konkretnej substancji.

Federalna Agencja Antynarkotykowa (DEA) może również rozpocząć takie postępowanie po otrzymaniu stosownej informacji z laboratoriów kryminalistycznych, od lokalnych lub stanowych organów ścigania, instytucji regulacyjnych lub innych źródeł informacji.

Po zakończeniu procedury sprawdzającej i uzyskaniu niezbędnych danych szef DEA (*DEA Administra-*

tor), działając z upoważnienia Prokuratora Generalnego (*Attorney General*), zwraca się z prośbą do Ministerstwa Zdrowia i Spraw Społecznych o dokonanie naukowej i medycznej oceny wskazanej substancji, a także o sporządzenie ewentualnych rekomendacji, czy daną substancję należy objąć kontrolą, czy też jej reglamentacja powinna zostać zakończona.

Prośba szefa DEA kierowana jest na ręce Wiceministra Zdrowia (*Assistant Secretary of Health of HHS*) w Ministerstwie Zdrowia i Spraw Społecznych, który w celu uzyskania stosownych informacji na temat substancji, a także dokonania przedmiotowej ewaluacji, zwraca się z prośbą do podległych mu instytucji: Agencji ds. Żywności i Produktów Medycznych (*Food and Drug Administration*) oraz Krajowego Instytutu ds. Przeciwdziałania Narkomanii (*National Institute on Drug Abuse*). Dodatkowo może się on zwrócić z prośbą o opinię do różnych środowisk naukowych i medycznych.

Wiceminister Zdrowia, działając z upoważnienia Ministra Zdrowia i Spraw Społecznych, dokonuje właściwej kompilacji otrzymanych informacji, a następnie przesyła je do DEA. Przedmiotowa odpowiedź zawiera:

- ocenę medyczną i naukową danej substancji;
- zalecenie dotyczące włączenia jej na listy substancji kontrolowanych;
- (jeżeli tak) to w której tabeli powinna zostać umieszczona.

Przeprowadzone oceny medyczne i naukowe substancji są wiążące dla DEA w zakresie ich medycznej i naukowej materii oraz stanowią integralną część decyzji w sprawie sklasyfikowania substancji. Z kolei zalecenie w sprawie jej sklasyfikowania jest wiążące w sytuacji, w której Ministerstwo Zdrowia i Spraw Społecznych stwierdzi, że dana substancja nie powinna być objęta kontrolą. W takiej sytuacji DEA nie ma możliwości włączenia jej na listę substancji kontrolowanych.

Po otrzymaniu od Ministerstwa Zdrowia wszystkich informacji dotyczących ewaluacji medycznej i naukowej, szef DEA dokonuje analizy i oceny dostępnych danych, a następnie podejmuje ostateczną decyzję w kwestii objęcia kontrolą danej substancji (w takim przypadku określa, do której tabeli powinna

zostać włączona) lub cofnięcia jej reglamentacji.

Kluczowe znaczenie w tej procedurze ma określenie, czy dana substancja może uzależniać. Jeżeli bowiem stwierdzi się, że nie posiada właściwości uzależniających, to nie może być ona kontrolowana.

Sam termin: „właściwości uzależniające (*potential for abuse*)” nie został zdefiniowany w Ustawie o Substancjach Kontrolowanych (CSA). W przeszłości, w trakcie konstrukcji Ustawy, odbyło się bardzo wiele dyskusji dotyczących tego tematu. Pomimo braku definicji przyjęto szereg wskaźników, które bierze się pod uwagę w celu określenia, czy dana substancja ma właściwości uzależniające, między innymi:

- wystąpienie dowodów wskazujących na używanie substancji przez osoby w stopniu (w ilościach) wystarczających do stworzenia niebezpieczeństwa dla ich zdrowia i bezpieczeństwa, dla zdrowia i bezpieczeństwa innych osób lub społeczności;
- występowanie znaczącego „wycieku” danej substancji z legalnego obrotu;
- jeśli osoby używają danej substancji z własnej inicjatywy, a nie na podstawie medycznych zaleceń;
- substancja ma właściwości, które w swoim działaniu przypominają substancję objętą już kontrolą, posiadającą właściwości uzależniające. Istnieje zatem prawdopodobieństwo, że nowa substancja posiada takie same właściwości uzależniające.

Przyjmuje się zatem, że substancja ma właściwości uzależniające, kiedy występują takie czynniki, jak „wyciek” danej substancji z legalnych kanałów, znaczące jej używanie bez medycznego uzasadnienia (zalecenia), realna możliwość stworzenia zagrożenia dla zdrowia użytkowników lub bezpieczeństwa społeczności.

Również w trakcie procedur dotyczących włączania substancji do określonych tabel substancji kontrolowanych, ich zmiany bądź zwolnienia substancji od reglamentacji, bierze się pod uwagę następujące przesłanki enumeratywnie wskazane w Ustawie o Substancjach Kontrolowanych:

- rzeczywisty lub względny potencjał uzależniający;
- dowody naukowe dotyczące farmakologicznego działania substancji (jedna z ważniejszych kwestii to stan wiedzy w odniesieniu do efektów powodo-

wanych przez daną substancję, np. Kluczową sprawą jest stwierdzenie, czy dana substancja ma właściwości halucynogenne, jeżeli dąży się do objęcia jej kontrolą z uwagi na takie właściwości);

- stan bieżącej naukowej wiedzy dotyczącej substancji (przesłanka ta jest ściśle związana z przesłanką nr 2, jednakże przesłanka nr 2 wiąże się z działaniem farmakologicznym substancji, natomiast przesłanka nr 3 odnosi się do całkowitej naukowej wiedzy dotyczącej substancji);
- historia substancji i obecne wzory używania (w celu określenia, czy dana substancja powinna zostać poddana kontroli, bardzo ważna jest znajomość wzorów jej używania, łącznie z charakterystyką socjoekonomiczną grup populacji (społeczeństwa), które jej używają);
- zakres, czas trwania oraz znaczenie używania substancji (w ocenie funkcjonującego w społeczeństwie modelu używania substancji szef DEA musi posiadać nie tylko informację dotyczącą wzorów używania, ale także dane na temat rozpowszechniania się używania w społeczeństwie. W podejmowaniu decyzji szef DEA powinien wziąć również pod uwagę ekonomiczny wymiar takiej regulacji, a także kwestię egzekwowania takiej decyzji. Dodatkowo szef DEA musi mieć świadomość społecznego znaczenia takiej regulacji i jej wpływu na ludzi, w szczególności młodych, którzy mogą być od niej uzależnieni);
- zagrożenie dla zdrowia publicznego (DEA musi wziąć również pod uwagę zagrożenie dla zdrowia publicznego związanego z właściwościami uzależniającymi substancji);
- skłonności do uzależnienia fizycznego lub psychicznego (w dokonywanej ocenie substancji bardzo ważne jest określenie zakresu powodowanego przez nią uzależnienia fizycznego lub psychicznego);
- określenie czy substancja jest bezpośrednim prekursorem wykorzystywanym w produkcji substancji objętej kontrolą (Ustawa o Substancjach Kontrolowanych – CSA umożliwia włączanie bezpośrednich prekursorów do odpowiednich tabel kontroli, w celu zapobiegania nielegalnemu wytwarzaniu narkotyków).

Po rozważeniu wszystkich przesłanek szef DEA musi podjąć decyzję w sprawie danej substancji. Decyzja powinna przede wszystkim wskazać tabelę, do której substancja zostanie włączona. Tabele substancji kontrolowanych stanowią integralną część Ustawy i podzielone są na 5 kategorii:

Tabela I

- substancja ma wysokie właściwości uzależniające;
- substancja w danym momencie nie jest dopuszczona do leczenia na terytorium Stanów Zjednoczonych;
- nie ma przyjętych standardów bezpieczeństwa w zakresie dopuszczenia substancji do użycia pod medycznym nadzorem;

przykłady substancji z Tabeli I: heroina, LSD, marihuana, metakwalon

Tabela II

- substancja ma wysokie właściwości uzależniające;
- substancja została już dopuszczona do leczenia na terytorium Stanów Zjednoczonych lub została dopuszczona do medycznego używania pod wieloma restrykcjami;
- jej używanie prowadzi do silnego uzależnienia psychicznego lub fizycznego;

przykłady substancji z Tabeli II: morfina, fencyklidyna (PCP), kokaina, metadon, metamfetamina.

Tabela III

- posiada słabsze właściwości uzależniające od substancji wymienionych w Tabeli I i II;
- została już dopuszczona do leczenia na terytorium Stanów Zjednoczonych;
- jej używanie może prowadzić do umiarkowanego lub słabego uzależnienia fizycznego, albo do silnego uzależnienia psychicznego;

przykłady substancji z Tabeli III: steroidy anaboliczne, kodeina, niektóre barbiturany.

Tabela IV

- posiada słabsze właściwości uzależniające w porównaniu z substancjami wymienionymi w Tabeli III;
- została już dopuszczona do leczenia na terytorium Stanów Zjednoczonych;

- używanie substancji może prowadzić do ograniczonego uzależnienia fizycznego, albo do uzależnienia psychicznego podobnego do tego, który powodują substancje z Tabeli III;

przykłady substancji zawartych w Tabeli IV:

Darvon®, Talwin®, Equanil®, Valium®, Xanax®.

Tabela V

- substancja posiada słabsze właściwości uzależniające w porównaniu z substancjami wymienionymi w Tabeli IV;
- została już dopuszczona do leczenia na terytorium Stanów Zjednoczonych;
- używanie substancji może prowadzić do ograniczonego uzależnienia fizycznego albo do uzależnienia psychicznego podobnego do tego, który powodują substancje z Tabeli IV;

przykładami substancji zawartych w Tabeli V są popularne lekarstwa na przeziębienie z zawartością kodeiny.

Kiedy szef DEA podejmie decyzję w sprawie danej substancji (objęcie kontrolą, zwolnienie od reglamentacji, zmiana Tabeli), zamieszcza się ją w Rejestrze Federalnym (Federal Register) w celu publicznej konsultacji. Wszystkie zainteresowane strony mają możliwość przesyłania swoich komentarzy, a ponadto mogą się zwracać o przesłuchanie w przedmiotowej kwestii.

W przypadku, gdy żadna ze stron nie zgłosi prośby w zakresie przesłuchania, DEA dokonuje oceny nadesłanych propozycji i komentarzy, a następnie publikuje projekt decyzji w Rejestrze Federalnym. Decyzja zawiera odpowiednie terminy nakładające różnego rodzaju wymagania w Ustawie o Substancjach Kontrolowanych.

Inaczej sytuacja wygląda, gdy któraś z zainteresowanych stron zgłosi taką prośbę. Wówczas odbywa się dyskusja w celu osiągnięcia kompromisu i uniknięcia skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego. Jeżeli to konieczne, dyskusja odbywa się przed sędzią prawa administracyjnego (*Administrative Law Judge*). W zależności od zakresu i stopnia skomplikowania sprawy przesłuchanie może być krótkie bądź bardzo rozległe. Sędzia po analizie sprawy przygotowuje konkluzje na temat stanu faktycznego, prawnego,

a także projekt decyzji w postaci rekomendacji. Projekt przesyła się do szefa DEA, który dokonuje przeglądu i przygotowuje swoje własne konkluzje (mogą być one różne od tych zaproponowanych przez sędziego). Następnie szef DEA publikuje ostateczną wersję decyzji – o włączeniu substancji na listy kontrolowane lub o nieobejmowaniu jej reglamentacją. Po opublikowaniu decyzji w Rejestrze Federalnym zarejestrowane strony mają 30 dni na wniesienie odwołania do Sądu Apelacyjnego (*U.S. Court of Appeals*). W trakcie apelacji decyzja ma charakter niewiążący.

PROCEDURA WŁĄCZANIA SUBSTANCJI W SYTUACJACH NADZWYCZAJNYCH

Ustawa o Substancjach Kontrolowanych (CSA) została znowelizowana przez Ustawę o kompleksowej kontroli przestępczości z 1984 r. (*The Comprehensive Crime Control Act of 1984*), która wprowadziła przepisy umożliwiające szefowi DEA w przypadkach niecierpiących zwłoki podjęcie kroków zmierzających do tymczasowego włączenia substancji do Tabeli I. Działanie takie może być podjęte w celu uniknięcia zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego.

Procedurę tę inicjuje się w stosunku do substancji, która w danym momencie nie podlega kontroli, a jest nadużywana i stwarza zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Procedurę nadzwyczajnego włączania stosuje się wyłącznie w stosunku do substancji, które nie zostały dopuszczone do medycznego użycia. Decyzja o tymczasowym włączeniu substancji może być wydana na okres jednego roku, z możliwością przedłużenia go do sześciu kolejnych miesięcy w sytuacji, gdy została zainicjowana normalna procedura reglamentacji zawarta w Ustawie o Substancjach Kontrolowanych

ANALOGI SUBSTANCJI KONTROLOWANYCH

Definicja przedmiotowej klasy substancji została wprowadzona na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1986 r. (*Anti-Drug Abuse Act of 1986*). Stwierdza ona, że za analogi substancji kon-

troLOWANYCH uznaje się substancje, które strukturalnie i farmakologicznie podobne są do substancji zawartych w Tabeli I lub II, a ponadto nie mają żadnego prawnego zastosowania medycznego. Dodatkowo są to substancje, które nie podlegają prawnej kontroli, jednakże mogą być wykorzystane w nielegalnym obrocie i przemyśle.

Substancje, które spełniają przedmiotową definicję i przeznaczone są do konsumpcji, podlegają przepisom Ustawy o Substancjach Kontrolowanych – CSA, w przypadku gdy były substancjami kontrolowanymi w Tabeli I.

KONTROLA PREKURSORÓW

Jak wspomniano na samym początku, Ustawa o Substancjach Kontrolowanych (CSA) stanowi główne źródło prawa w zakresie zwalczania nielegalnego wytwarzania i dystrybucji substancji kontrolowanych na terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Ustawę od momentu wejścia w życie w 1970 roku wielokrotnie nowelizowano i zmieniano. Jedną z ostatnich zmian wprowadzonych do Ustawy było wprowadzenie przepisów w zakresie kontroli i monitoringu prekursorów chemicznych i sprzętu wykorzystywanego w nielegalnej produkcji substancji kontrolowanych.

Tak naprawdę nielegalna produkcja narkotyków jest całkowicie uzależniona od dostępności prekursorów niezbędnych w tej przestępczej działalności. Ogromna część środków odurzających i substancji psychotropowych (z wyjątkiem tych pochodzenia naturalnego) wymaga do swojej produkcji różnych chemikaliów.

Kontrola prekursorów jest znacznie łagodniejsza niż samych substancji kontrolowanych, ponieważ większość z nich wykorzystuje się w sposób legalny w przemyśle.

Kontrola prekursorów chemicznych zainicjowana przez DEA stała się możliwa dzięki przyjęciu w 1988 r. Ustawy o wycieku i przemyśle prekursorów (*The Chemical Diversion and Trafficking Act of 1988 – CDTA*). Ustawa ta weszła w życie 1 sierpnia 1989. Początkowo kontrola obejmowała 12 prekursorów chemicznych, 8 podstawowych substancji chemicznych, tabletkarki i inny sprzęt laboratoryjny. Jednocześnie wprowadzo-

ny został wymóg rejestracji i przechowywania danych dotyczących wszelkich transakcji w zakresie eksportu i importu przedmiotowych materiałów.

Przepisy wprowadzonej Ustawy miały decydujące znaczenie dla zmniejszenia się liczby nielegalnych laboratoriów metamfetaminy. W ciągu trzech lat od momentu wejścia w życie Ustawy liczba nielegalnych laboratoriów zmniejszyła się o 61%.

Bardziej restrykcyjne przepisy w zakresie kontroli i monitoringu efedryny i pseudoefedryny (wykorzystywanych w nielegalnej produkcji metamfetaminy) spowodowały poszukiwanie przez przestępców nowych źródeł tych prekursorów. Przestępcy zaczęli wykorzystywać „lukę prawną” zawartą w Ustawie – CDTA, polegającą na wyłączeniu spod kontroli produktów medycznych sprzedawanych bez recepty, a zawierających w swoim składzie prekursory poddane kontroli. Przestępcy zaczęli dokonywać odpowiednich ekstrakcji takich środków w celu otrzymania pojedynczego aktywnego składnika, jakim jest efedryna wykorzystywana w nielegalnej produkcji metamfetaminy.

Odpowiedzią władz amerykańskich było wprowadzenie w 1993 r. prawa federalnego – Krajowej Ustawy dotyczącej wycieku i kontroli prekursorów chemicznych (*Domestic Chemical Diversion and Control Act of 1993 – DCDCA*). Ustawa weszła w życie 16 kwietnia 1994 r. i spowodowała usunięcie opisanej wyżej luki prawnej, przyznając dodatkowo DEA stosowne uprawnienia w zakresie usuwania takich wyjątków w przypadku innych substancji zawierających kontrolowane chemikalia, jeżeli istnieją jasne dowody wskazujące na wyciek takich substancji w celu nielegalnej produkcji narkotyków.

W przedmiotowej Ustawie zrezygnowano również z terminologii używanej w poprzednim akcie prawnym – CDTA, zastępując słowa takie jak prekursory (*precursors*) „podstawowe” (*essential*) terminem substancji chemicznych zawartych w Tabeli I i II (*List I and List II chemicals*).

Ustawa wprowadziła również wymóg, aby wszyscy producenci, dystrybutorzy, importerzy i eksporterzy substancji chemicznych z Tabeli I byli rejestrowani przez DEA. Ponadto większość producentów substancji chemicznych z Tabeli I i II ma obowiązek skła-

dania raportów na temat wielkości rocznej produkcji tych substancji.

Przestępcy bardzo szybko zareagowali na wprowadzone obostrzenia prawne, dokonując podobnych ekstrakcji produktów zawierających pseudoefedrynę. Dopiero Kompleksowa Ustawa dot. Kontroli Metamfetaminy z 1996 r. (*The Comprehensive Methamphetamine Control Act of 1996 – MCA*) rozszerzyła środki prawnej kontroli na wszystkie prawnie dopuszczalne do sprzedaży produkty medyczne zawierające efedrynę, pseudoefedrynę i fenylopropanolaminę, a ponadto w znaczący sposób podniosła kary za nielegalną produkcję i przemysł metamfetaminy oraz kontrolowanych substancji chemicznych.

Dodatkowym środkiem kontroli i monitoringu jest opublikowana przez Prokuratora Generalnego tzw. Specjalna Lista Nadzoru (*Special Surveillance List – SSL*) zawierająca wszystkie substancje chemiczne zawarte w tabelach, ich mieszaniki, 28 innych substancji chemicznych najczęściej używanych w procesach nielegalnej produkcji narkotyków i kontrolowanych substancji chemicznych, a także wszystkie środki medyczne sprzedawane bez recepty i dodatki dietetyczne zawierające substancje kontrolowane.

Obecne Tabele I i II (*List I and List II*) Ustawy o Substancjach Kontrolowanych zawierają 38 substancji chemicznych.

Skuteczna kontrola i monitoring prekursorów chemicznych jest najbardziej efektywnym narzędziem znacząco ograniczającym dostęp do nich, a tym samym utrudniającym proces nielegalnej produkcji środków odurzających, substancji psychotropowych i podstawowych prekursorów. ■

W artykule zostały wykorzystane informacje zawarte w: publikacji „*Drugs of Abuse*” 2005 edition, U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration; oraz stronie internetowej DEA – www.dea.gov

Raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE

DANUTA MUSZYŃSKA

KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

na podstawie sprawozdania EMCDDA, 2005

Sprawozdanie roczne Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) na temat problemu narkotykowego w Europie obejmuje dane pochodzące z 25 państw członkowskich Unii Europejskiej, Norwegii oraz trzech państw kandydujących do UE (Bułgarii, Rumunii i Turcji). Przedstawiono w nim dane statystyczne odnoszące się do roku 2003 (lub ostatniego roku, z którego dostępne są dane). Dokument zawiera cztery rozdziały dotyczące poszczególnych narkotyków oraz rozdziały poświęcone polityce i przepisom prawa antynarkotykowego, używaniu narkotyków przez młodzież szkolną, przestępczości narkotykowej oraz zagadnieniom związanym z więziennictwem. Sprawozdanie, dostępne w 22 językach, opublikowano 25 listopada 2005 roku w wersji drukowanej i elektronicznej*

W Polsce roczny raport 2005 Agencji UE ds. Narkotyków ogłoszono 28 listopada 2005 roku w Ministerstwie Zdrowia podczas konferencji prasowej zorganizowanej przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Raport przedstawiła Deborah Olszewski z Departamentu Epidemiologii EMCDDA w Lizbonie. Podczas konferencji Janusz Sierosławski, koordynator Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dodatkowo omówił problemy związane ze zjawiskiem narkomanii w Polsce, a Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, mówił na temat możliwości wykorzystania wyników badań w kreowaniu racjonalnej polityki przeciwdziałania narkomanii w Polsce.

Niniejszy artykuł omawia skrótowo jedynie najważniejsze zagadnienia przedstawione w obszernym sprawozdaniu EMCDDA, dlatego zachęcam wszystkich zainteresowanych do zapoznania się z raportem w pełnej wersji dostępnej na stronie internetowej.

NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA PRZEDSTAWIONE W RAPORCIE

Konopie indyjskie

Konopie indyjskie to zdecydowanie najbardziej rozpowszechniona w Europie substancja nielegalna. Ponad 62 miliony Europejczyków, tj. ponad 20% wszystkich dorosłych, próbowało pochodnych konopi kiedykolwiek w życiu. Analiza ich używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy wskazuje na 20 milionów osób dorosłych, czyli ponad 6% ogółu dorosłych, przy czym najwyższe wartości wskaźnika takiego zażywania notuje się w Republice Czeskiej, Francji, Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie, a najniższe – na Malcie, w Grecji i Szwecji. Około 9,5 miliona osób, tj. prawie 4% ogółu dorosłych, używało konopi w ciągu ostatniego miesiąca. Ocenia się, że około 3 miliony młodych dorosłych w wieku od 15 do 34 lat pali marihuanę bądź haszysz codziennie lub prawie codziennie.

Podobnie jak w przypadku innych nielegalnych narkotyków, wskaźniki zażywania pochodnych konopi indyjskich są wyraźnie wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet, choć różnica ta inaczej wygląda w każdym z państw. Badania wskazują również, że spożycie konopi jest bardziej powszechne na obszarach miejskich.

Dane dotyczące zapotrzebowania na leczenie plasują konopie na drugim miejscu za heroiną w przypadku pacjentów poddawanych leczeniu po raz pierwszy. Osoby leczone z uzależnienia od pochodnych konopi indyjskich to zazwyczaj osoby młode poniżej 30 roku życia.

W 2003 roku pochodne konopi indyjskich nadal były najczęściej produkowanym i sprzedawanym nielegalnym narkotykiem na świecie. Biorąc pod uwagę ilość konfiskat, można zauważyć, że pochodne konopi są najczęściej konfiskowanym narkotykiem we wszystkich państwach UE oprócz Estonii i Łotwy,

gdzie w 2003 roku wyższa była liczba konfiskat amfetaminy.

Amfetaminy i pochodne środki pobudzające, LSD i inne narkotyki syntetyczne

Według badań w prawie wszystkich państwach różnego typu narkotyki syntetyczne znajdują się na drugim miejscu pod względem częstości zażywania po pochodnych konopi. Grupa narkotyków syntetycznych to zarówno środki pobudzające, jak i halucynogenne, z których najbardziej znaną substancją jest LSD. Amfetaminy i pochodne środki pobudzające to na rynku nielegalnych narkotyków amfetamina, metamfetamina oraz narkotyki z grupy ecstazy (ATS).

W większości państw UE obserwuje się wzrostową tendencję używania amfetaminy i ecstazy wśród młodych dorosłych. Najwyższe wskaźniki niedawnego używania amfetaminy (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) wśród tej grupy odnotowano w Danii, Estonii i w Wielkiej Brytanii, a wskaźniki niedawnego używania ecstazy – w Czechach, Estonii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Stosowanie ecstazy przewyższa obecnie w wielu państwach stosowanie amfetaminy. Rośnie również poziom spożycia metamfetaminy, jednak w sposób znaczący odnotowano ten wzrost jedynie w Republice Czeskiej.

Prawie jedna trzecia zażywających ATS zgłaszających się do leczenia to osoby w wieku 15–19 lat, kolejna jedna trzecia obejmuje osoby w przedziale wiekowym od 20 do 24 lat. Najwyższą ilość pacjentów uzależnionych od ecstazy notuje się na Węgrzech, w Holandii i Wielkiej Brytanii.

Globalna produkcja amfetaminy koncentruje się w Europie. Większość skonfiskowanej amfetaminy w UE w 2003 roku pochodziła z Holandii, a następnie z Polski i Belgii.

Kokaina

Wzrasta spożycie kokainy w krajach UE, chociaż nadal utrzymują się duże różnice pomiędzy poszczególnymi krajami. Według raportu od 0,5 do 6% osób dorosłych przyznaje, że przynajmniej raz w życiu spróbowało kokainy. Najwyższe wskaźniki dotyczą Wielkiej Brytanii (6,8%), Hiszpanii (4,9%) i Włoch (4,6%). Największe spożycie kokainy występuje głów-

nie w grupie młodych dorosłych (15 – 34 lat), zwłaszcza wśród mężczyzn; wskaźniki zażywania są istotnie wyższe dla obszarów miejskich.

Wiele państw donosi o wzroście liczby pacjentów wymagających leczenia z powodu kokainy. Po opiatkach i pochodnych konopi kokaina to kolejny narkotyk, z powodu którego pacjenci zgłaszają się na leczenie, i stanowi ok. 10% wszystkich przypadków zapotrzebowania na leczenie w całej UE. Wskaźnik ten wykazuje znaczne różnice między poszczególnymi krajami; najwyższy jest w Holandii (38%) i Hiszpanii (26%).

Wskaźniki dotyczące handlu kokainą i konsumpcji kokainy mówią o wzroście nielegalnego obrotu tym narkotykiem. Większość kokainy konfiskowanej w Europie pochodzi bezpośrednio z Ameryki Południowej (Kolumbia); wprowadza się ją na rynek głównie w Hiszpanii, Holandii i Portugalii. W okresie od 1998 do 2002 roku liczba konfiskat kokainy wzrosła prawie we wszystkich krajach UE.

Heroina

W wielu państwach opiaty (głównie heroina) nadal pozostają głównym narkotykiem, z powodu którego pacjenci zgłaszają się do leczenia – 60% z całej liczby przypadków zapotrzebowania na leczenie, z czego 54% pacjentów przyjmuje narkotyk dożylnie. Między poszczególnymi państwami istnieją istotne różnice. Spośród wszystkich pacjentów zgłaszających się na leczenie, najwyższy odsetek osób zażywających heroinę (ponad 70%) notuje się w Bułgarii, Francji, Grecji, we Włoszech, na Litwie, w Luksemburgu, Słowenii i Wielkiej Brytanii. Prześledzenie trendów zażywania heroiny wśród nowych pacjentów w przypadku niektórych państw wskazuje spadek liczby osób ubiegających się o leczenie. Znaczny spadek liczby pacjentów uzależnionych od heroiny odnotowano w Danii, Niemczech, Holandii, na Słowacji i w Finlandii.

W Europie heroina występuje w dwóch formach – powszechnie dostępnej brązowej heroiny oraz mniej powszechnej i droższej jako biała heroina, która zazwyczaj pochodzi z Azji Południowo-Wschodniej. Oprócz importu heroiny, niektóre narkotyki opiatowe produkuje się w obrębie UE. Produkcja ta ogranicza się głównie do domowego wyrobu produktów

z maku lekarskiego w wielu wschodnich państwach UE, w ostatnich latach szczególnie w Estonii.

Politoksykomania

Politoksykomania to obecnie najpoważniejsze zjawisko dotyczące narkomanii w państwach Unii Europejskiej. Analizy toksykologiczne przypadków zgonów związanych z zażyciem narkotyków często wykazują obecność wielu substancji. Większość osób zgłaszających się do ośrodków leczenia w Europie z powodu problemów narkotykowych ma za sobą kontakt z wieloma substancjami. Wielu pacjentów zażywa opiaty razem z innym narkotykiem, często pochodnymi konopi indyjskich (47%) lub alkoholem (24%). Kokaina często zażywana jest w połączeniu z konopiami lub alkoholem. Coraz bardziej popularne staje się połączenie heroiny i kokainy w ramach jednej iniekcji („speedballing”). Między poszczególnymi państwami występują jednak znaczne różnice. W Czechach i na Słowacji prawie połowa pacjentów zażywa opiaty razem ze środkami pobudzającymi innymi niż kokaina. Na Malcie 29% pacjentów i w Grecji 18% pacjentów zażywa opiaty i kokainę, a w Finlandii 37% łączy opiaty ze środkami nasennymi i uspokajającymi. Analiza wpływu używania narkotyków na zdrowie publiczne powinna poruszać złożony obraz jednoczesnego używania różnych substancji psychoaktywnych, z uwzględnieniem również alkoholu i tytoniu.

Problemowe zażywanie narkotyków

W celu szacunkowego określenia zażywania narkotyków w sposób przewlekły i wyniszczający EMCDDA opracowało wskaźnik problemowego zażywania narkotyków. W większości krajów UE wskaźnik ten odzwierciedla przyjmowanie opiatów i innych narkotyków w drodze iniekcji. Problemowe zażywanie zdefiniowano jako „dożylne stosowanie narkotyków lub długotrwałe/regularne zażywanie opiatów, kokainy i/lub amfetamin”. Obecne dane szacunkowe wskazują, że w UE jest prawie 2 miliony osób problemowo zażywających narkotyki, spośród których 850 000 do 1 300 000 niedawno rozpoczęło zażywanie narkotyków dożylnie. Dane na temat zjawiska z drugiej połowy lat 90. wskazują na pewien wzrost ilości osób

z problemem narkotykowym w Danii, Austrii, Finlandii, Szwecji i Norwegii. Ustabilizowanie się tej liczby bądź jej spadek obserwuje się w Czechach, Niemczech, Grecji i Irlandii. W innych krajach trudno wyciągnąć wyraźne wnioski dotyczące tendencji.

Choroby zakaźne związane z zażywaniem narkotyków

Liczba przypadków zachorowań na AIDS spowodowanych podawaniem narkotyków dożylnie od pewnego czasu spada. Miejsce zajmowane dotychczas przez iniecyjne przyjmowanie narkotyków jako czynnik najwyższego zagrożenia AIDS w Europie zajęły obecnie kontakty heteroseksualne. Według EMCDDA ważnym czynnikiem, który miał wpływ na tę zmianę, jest rosnąca dostępność terapii antyretrowirusowej (w większości krajów na poziomie 75%) dla osób chorych na AIDS przyjmujących narkotyki dożylnie.

W Republice Czeskiej, Grecji, na Węgrzech, w Słowenii, na Słowacji, w Finlandii, Wielkiej Brytanii, Bułgarii i Rumunii wskaźniki zakażeń wirusem HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie wynoszą około lub poniżej 1%. Wyższe wskaźniki (ok. 10%) obserwuje się w Estonii, Hiszpanii, Francji, we Włoszech, na Łotwie, w Holandii, Polsce i Portugalii. Na skalę epidemii masowej rozprzestrzenił się wirus HIV w Rosji i na Ukrainie, podobna sytuacja występuje w państwach regionu Morza Bałtyckiego. W 2001 roku wskaźnik nowo zdiagnozowanych zakażeń wśród osób zażywających narkotyki dożylnie osiągnął najwyższe wartości w Estonii i w Federacji Rosyjskiej.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) i C (HCV) nadal stanowi główną przyczynę chorób u osób iniecyjnie przyjmujących narkotyki. Rozpowszechnienie HBV i HCV wśród tej grupy użytkowników narkotyków jest ogólnie bardzo wysokie, choć można zauważyć znaczne różnice między poszczególnymi państwami. Najwyższy poziom wskaźnika rozpowszechnienia wirusowego zapalenia wątroby typu C (powyżej 60%) występuje w Belgii, Estonii, Grecji, we Włoszech, w Polsce, Portugalii i Norwegii, a najwyższe rozpowszechnienie HBV (powyżej 60%) notuje się w Belgii, Estonii i we Włoszech.

Zgony związane z zażywaniem narkotyków

Przedawkowania opiatów są jednym z głównych powodów śmierci wśród młodych Europejczyków zażywających narkotyki. Większość osób przedawkujących narkotyki to mężczyźni w wieku 20–40 lat z obszarów miejskich. W krajach UE liczba zgonów spowodowanych używaniem opiatów utrzymuje się na wysokim poziomie, ale istnieją przesłanki, że ten niekorzystny okres mija. Pomimo że wiele państw UE donosi o spadku liczby zgonów (z 8930 przypadków w 2000 roku do 7122 przypadków w roku 2002), to jednak niepełne informacje za rok 2003 nakazują wnioskowanie o trendach z dużą ostrożnością. Liczba zgonów związanych z zażywaniem narkotyków wśród osób poniżej 25 roku życia w 15 krajach UE zmniejsza się od połowy lat 90. W przypadku niektórych nowych państw członkowskich odnotowano jednak w tym samym czasie wyraźny wzrost ilości śmiertelnych ofiar narkotyków wśród młodych osób.

Pomimo że liczba zgonów związanych z zażywaniem środków pobudzających jest niska w porównaniu z zażywaniem opiatów, uważa się, że może wzrastać i została prawdopodobnie niedoszacowana. Aspekty praktyczne i metodologiczne utrudniają określenie ilości przypadków śmiertelnych w tym względzie, jednak w kilku krajach wskaźniki mówią o decydującej roli kokainy w około 10% wszystkich zgonów związanych z zażywaniem narkotyków.

Dostępność leczenia dla osób uzależnionych

Usługi lecznicze dla osób z problemem narkotykowym mają pozytywny wpływ zarówno na samych narkomanów, jak i na społeczności, w których oni żyją. Zauważając ten fakt, polityka antynarkotykowa wielu krajów rozszerza ofertę dla osób uzależnionych.

Jednym z obszarów usługowych, który zauważalnie rozwinął się w ostatnim dziesięcioleciu, jest leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów. Najpowszechniejszy środek stosowany w terapii substytucyjnej w Europie to metadon (80%), dostępny w większości wszystkich państw członkowskich. W ostatnich latach możliwości leczenia poszerzyły się i co-

raz większą popularność zdobywa buprenorfina – stosowana w około 20% przypadków leczenia substytucyjnego (głównie we Francji). Spośród 10 nowych państw członkowskich UE buprenorfinę powszechnie stosuje się jedynie w Czechach. Pod koniec 2004 roku we wszystkich 15 krajach wchodzących wcześniej w skład UE odnotowano pewne ograniczone stosowanie buprenorfiny. Obecnie szacuje się, że liczba osób poddających się leczeniu substytucyjnemu w Europie przekracza pół miliona. Poziom dostępności leczenia zastępczego różni się jednak znacznie między grupą 15 starych państw UE a grupą nowych państw członkowskich i kandydujących. Udział pacjentów poddawanych leczeniu substytucyjnemu w 10 nowo przyjętych państwach członkowskich wynosi zaledwie 1,3% pacjentów leczonych w ten sposób w Europie.

Sprawozdania krajowe wskazują, że leczenie farmakologiczne to główna forma leczenia osób problemowo zażywających opiaty w większości państw UE. Niektóre państwa donoszą jednak o ogólnej preferencji stosowania leczenia niefarmakologicznego przy użyciu technik psychospołecznych i edukacyjnych (Estonia, Cypr, Litwa, Polska i Finlandia).

Pomimo rozszerzenia oferty leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opiatów, leczenie innych typów uzależnień od narkotyków ma wciąż ograniczony zasięg. Chociaż wzrasta zapotrzebowanie na leczenie osób uzależnionych od konopi indyjskich, niewiele krajów oferuje specjalistyczne usługi w tym zakresie. Oferty dla osób uzależnionych od kokainy są również słabo rozwinięte, a leczenie generalnie przeprowadza się w ramach ogólnych usług leczenia z uzależnień od narkotyków.

Przestępstwa związane z narkotykami

W latach 1998–2003 liczba zgłoszeń dotyczących przestępstw przeciwko prawu antynarkotykowemu wzrosła w większości państw UE. Wzrost ten był szczególnie znaczący w Estonii i Polsce. W przeważającej ilości państw większość przestępstw związana była z zażywaniem narkotyków lub posiadaniem ich na własny użytek. W większości krajów UE konopie indyjskie są najczęściej wymienianym narkotykiem, który ma związek z łamaniem prawa; od 1998

roku wzrósł odsetek przestępstw w Niemczech, Hiszpanii, Francji, Irlandii, na Litwie, w Luksemburgu, na Malcie i w Portugalii. W Holandii dominowały przestępstwa związane z „twardymi narkotykami” (58%), a w Czechach najczęściej dotyczyło amfetamin (48%). Odsetek przestępstw związanych z heroiną spadł we wszystkich państwach, oprócz Austrii i Wielkiej Brytanii, natomiast odnotowano wzrost przestępstw z udziałem kokainy.

Oferta leczenia dla osób uzależnionych w zakładach karnych

We wszystkich państwach ujętych w sprawozdaniu istnieją różne systemy pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków osadzonych w więzieniach, jednak zakres usług i ich dostępność różnią się znacznie. Do najbardziej powszechnych rodzajów leczenia w więzieniach prawie we wszystkich państwach członkowskich należy leczenie niefarmakologiczne. Dostępność substytucyjnego leczenia jest ograniczona. Stosunkowo dobrze ta forma została rozpowszechniona jedynie w więzieniach Hiszpanii, Luksemburga i Francji. Programy wymiany igieł i strzykawek wdraża się tylko w Hiszpanii.

Dla wielu osób uzależnionych od narkotyków więzienie jest środowiskiem szczególnie szkodliwym, dlatego istnieje szerokie polityczne przyzwolenie na stosowanie leczenia jako alternatywy wobec kary pozbawienia wolności. Nowy plan działania UE w zakresie narkotyków, opracowany na lata 2005–2008, wzywa państwa członkowskie do „skutecznego wykorzystywania i dalszego rozwoju działań alternatywnych wobec kary więzienia dla uzależnionych sprawców, którzy popełnili przestępstwa pod wpływem narkotyków”.

Rozwój polityki antynarkotykowej

Niniejszy raport wskazuje, że w całej Europie występują znaczące różnice pomiędzy państwami członkowskimi zarówno pod względem występujących tam problemów z narkotykami, jak i polityki oraz skali i charakteru interwencji. W rozwoju polityki antynarkotykowej można zauważyć wspólne elementy, jednak w kontekście poszanowania różnic krajowych. Więk-

szość państw członkowskich przyjęła krajowe strategie antynarkotykowe według zasady, że polityka antynarkotykowa powinna mieć charakter globalny i multidyscyplinarny, zgodnie z podejściem UE do problemu narkotyków.

W wielu krajach przyjęto nowe rozwiązania w zakresie polityki i przepisów prawa. Zmiany w ustawodawstwie krajowym niektórych państw członkowskich dotyczyły między innymi ograniczenia kar za zażywanie narkotyków lub miały na celu przedstawienie alternatywy wobec kary więzienia, szczególnie w odniesieniu do młodych osób. Przykładowo Belgia i Wielka Brytania obniżyły kary za nieproblemowe posiadanie konopi indyjskich, Grecja obniżyła maksymalną karę za używanie narkotyków z pięciu lat do jednego roku, a Węgry usunęły przestępstwo zażywania narkotyków z kodeksu karnego. Jednocześnie panuje tendencja do podwyższania kar za przestępstwa związane z handlem narkotykami (Dania, Estonia, Wielka Brytania). Polityka w zakresie redukcji szkód wydaje się być kwestią powodującą największą rozbieżność opinii, choć w niektórych krajach przyjęto kilka nowych przepisów w tym obszarze (Francja, Finlandia, Luksemburg, Wielka Brytania).

Ocena strategii antynarkotykowych wskazuje, że osiągnięto postęp w kwestii ograniczenia częstości występowania problemów zdrowotnych związanych z narkotykami, ilości zgonów i poprawę dostępu do leczenia. Nie zmniejszyła się natomiast dostępność narkotyków i nie zanotowano ograniczenia ich stosowania. ■

Elektroniczną wersję raportu udostępniono na stronie internetowej poświęconej sprawozdaniom rocznym pod adresem: <http://annualreport.emcdda.eu.int>

KALENDARIUM WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

W styczniu i lutym odbyło się kilkanaście roboczych spotkań w ramach współpracy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z partnerami z Unii Europejskiej oraz przedstawicielami rządów i instytucji ds. przeciwdziałania narkomanii z całego świata. Do czerwca tego roku zaplanowano wiele kolejnych konferencji, spotkań i seminariów. Ich ukoronowaniem będzie międzynarodowa konferencja ekspercka Unia Europejska – Rosja.

Styczeń

- Spotkanie Komitetu Technicznego Unia Europejska – Państwa Ameryki Łacińskiej i Karaibów, Bruksela 08.01.2006r.
- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 09.01.2006r.

Luty

- Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków Państw Członkowskich UE, Innsbruck 15-17.02.2006r.
- Posiedzenie Centralnej Grupy Dublińskiej, na której Polska została wybrana na przewodnictwo w Regionalnej Grupie Dublińskiej Europy Wschodniej, Bruksela 22.02.2006r.
- Spotkanie Komitetu Technicznego Unia Europejska – Państwa Ameryki Łacińskiej i Karaibów, Bruksela 23.02.2006r.
- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 24.02.2006r.
- Ogłoszenie rocznego raportu INCB, Warszawa 28.02.2006r.

Marzec

- VIII Spotkanie Wysokiego Szczebla w zakresie Mechanizmu Współpracy UE – Państwa Ameryki Łacińskiej i Karaibów, Wiedeń 6-7.03.2006r.
- 49 Sesja Komisji Środków Odurzających, Wiedeń 13-17.03.2006r.

Kwiecień

- Spotkania Państw UE z Państwami Wspólnoty Andyjskiej, Bruksela 05.04.2006r.
- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 06.04.2006r.

Maj

- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 11-12.05. 2006r.
- Seminarium dotyczące szlaku bałkańskiego, Wiedeń 31.05 - 01.06.2006r.
- Spotkanie Troiki z przedstawicielami Iranu i Zachodnich Bałkanów, Bruksela 10.05.2006r.

Czerwiec

- Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej Rady UE ds. Narkotyków, Bruksela 07.06. 2006r.
- Posiedzenie Centralnej Grupy Dublińskiej, Bruksela 08.06.2006r.
- Spotkanie Troiki z przedstawicielami USA, Bruksela 09.06.2006r.

Jednym z najważniejszych wydarzeń najbliższych miesięcy w zakresie przeciwdziałania narkomanii będzie konferencja ekspercka Unia Europejska – Rosja w zakresie ograniczania podaży i popytu na narkotyki. Konferencja zaplanowana na listopad 2006 w Warszawie

UNIA EUROPEJSKA Z ROSJĄ PRZECIWKO NARKOTYKOM

Rozwijanie współpracy Unii Europejskiej z krajami trzecimi w zakresie przeciwdziałania narkotykom i narkomanii jest jednym z priorytetów antynarkotykowej polityki Unii Europejskiej (UE). Istotnym obszarem współpracy w tym zakresie są między innymi państwa zza wschodniej granicy UE – Rosja, Ukraina i Białoruś.

W trakcie wypracowywania postanowień Unijnego Planu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2005-2008 Polska na forum Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (grupa robocza Rady UE) wielokrotnie podkreślała znaczenie rozwijania współpracy z krajami sąsiedzkimi, wskazując występujące tam zagrożenia, na przykład, gwałtowny wzrost zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnym użytkowników narkotyków oraz rozpowszechnienie używania narkotyków w iniekcji w populacji ogólnej.

Wyrazem zainteresowania UE sytuacją w Rosji i sposobem nawiązania współpracy są stałe spotkania Trojki (państwo, które przewodniczyło w UE, obecnie przewodniczy i obejmie przyszłe przewodnictwo) z Federacją Rosyjską w Brukseli oraz spotkania Ministrów Spraw Wewnętrznych (JHA) UE – Rosja..

Cele konferencji i zadania ekspertów

Na ostatnim posiedzeniu ministrów JHA 13 października 2005 r. w Luksemburgu ustalono zakres tematów, w których współpraca pomiędzy UE i Rosją powinna się rozwijać. Postanowiono również, że zidentyfikowanie wspólnych obszarów współpracy oraz zaplanowanie inicjatyw należy wypracować podczas konferencji eksperckiej. W związku z powyższym Polska zaproponowała zorganizowanie takiej konferencji w Warszawie w listopadzie tego roku. Konferencja organizowana jest przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (koordynacja przygotowań). Honorowy patro-

nat nad konferencją objął Minister Zdrowia prof. Zbigniew Religa.

Główny cel konferencji to wypracowywanie przez ekspertów z zakresu ograniczania popytu, podaży oraz monitorowania problemu narkotyków i narkomanii obszarów współpracy oraz określenie ram czasowych dla realizacji wypracowanych koncepcji. W konferencji udział wezmą eksperci z Rosji oraz przedstawiciele państw członkowskich i krajów akcesyjnych, Komisji Europejskiej, Europolu oraz Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

Konferencja prowadzona będzie głównie w formie grup warsztatowych podzielonych tematycznie na: ograniczanie popytu na narkotyki (profilaktyka, leczenie i ograniczanie szkód zdrowotnych oraz polityka antynarkotykowa), ograniczanie podaży (współpraca policyjna) oraz monitorowanie zjawiska narkomanii. Językami roboczymi konferencji będą angielski i rosyjski.

Na obecnym etapie przygotowań wkład finansowy w organizację konferencji zgłosiła Wielka Brytania, Szwecja, Łotwa, Komisja Europejska oraz Polska (Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji).

Rosja – partner trudny, ale ważny

Współpraca z Rosją prowadzona jest na forum UE oraz na podstawie bilateralnych stosunków z państwami członkowskimi i instytucjami wspólnotowymi (Europol, EMCDDA). Jak wynika z tych doświadczeń różnice w podejściu Rosji i UE do rozwiązywania problemu narkotyków i narkomanii w niektórych obszarach (leczenie i ograniczanie szkód zdrowotnych, angażowanie społeczeństwa obywatelskiego w rozwiązywanie problemu) bywają bar-

dzo skrajne, co z pewnością nie ułatwia współpracy. Nikt nie ma jednak wątpliwości, że Rosja, z powodu położenia geograficznego oraz problemów epidemii HIV/AIDS i skali problemowego używania narkotyków drogą dożylną, jest ważnym partnerem, z którym należy prowadzić dialog. Mamy nadzieję, że konferencja ekspercka organizowana w Warszawie, dialog wśród ekspertów i specjalistów z tej dziedziny, pozwoli rozwinąć oraz zaplanować współpracę w dalszym okresie czasu.

Na forum Rady UE Polska wielokrotnie podkreślała znaczenie rozwijania takiej współpracy (22 lutego br. Polska objęła przewodnictwo w Regionalnej Grupie Dublińskiej Europy Wschodniej). Organizacja międzynarodowej konferencji wzmocni pozycję Polski jako pomostu pomiędzy Rosją a UE oraz państwa silnie zaangażowanego w rozwijanie współpracy w tym regionie Europy. ■

KLAUDIA PALCZAK

Programy szkoleniowe w dziedzinie rozwiązywania problemów narkotykowych zlecone przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w 2006 roku.

„Szkolenie dla osób pracujących w placówkach resocjalizacyjnych i socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży”.

Szkolenie ma na celu pogłębienie wiedzy na temat problemu narkomanii, form pomocy osobom zagrożonym uzależnieniem i ich rodzinom oraz standardów realizacji działań profilaktycznych.

Adresaci programu: Osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą zagrożonymi narkomanią, pracownicy m.in.: młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych.

Lp.	Nazwa oferenta	Adres	Nazwa programu	Termin szkolenia	Zgłoszenia
1.	Stowarzyszenie „Droga”	ul. Park Hutniczy 6 41-800 Zabrze	Rola placówek resocjalizacyjnych i socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży w rozwiązywaniu problemów narkotyków.	IV zjazdy dla jednej grupy: 13-14.04, 27-28.04, 21.22.05, 25-26.05	Stowarzyszeniedroga-@poczta.fm, 032 278 11 99, 032 271 84 42
2.	Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej „Mrowisko”	ul. Agrarna 2 80-298 Gdańsk	Szkoła Animatorów Profilaktyki.	marzec, kwiecień	mrowisko@post.pl, 058 552 00 26
3.	Stowarzyszenie „Monar”	ul. Hoża 57, 00-681 Warszawa	Interwencja i motywowanie do zmiany zachowań w pracy z młodzieżą zagrożoną uzależnieniem.		

„Rola personelu podstawowej opieki zdrowotnej w rozwiązywaniu problemów narkotykowych”

Szkolenie ma na celu przygotowanie personelu podstawowej opieki zdrowotnej do rozpoznawania zagrożenia uzależnieniem oraz przeprowadzenia krótkiej interwencji wobec osób z ww. problemem.

Adresaci programu: Lekarze rodzinni, inni lekarze, położne i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Tematyka szkolenia została uzgodniona z Kolegium Lekarzy Rodzinnych, w związku z tym realizatorzy przyjętego programu szkolenia mogą ubiegać się o akredytację programu w Naczelnej Izbie Lekarskiej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r (Dz. U. Nr 231, poz. 2326) w sprawie sposobów dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Tematyka szkolenia została również skonsultowana z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych.

1.	Stowarzyszenie „Droga”	ul. Park Hutniczy 6 41-800 Zabrze	Rola personelu podstawowej opieki zdrowotnej w rozwiązywaniu problemów narkotykowych.	Jedna grupa: wrzesień, październik, listopad	Stowarzyszeniedroga-@poczta.fm, 032 278 11 99, 032 271 84 42
2.	Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności	ul. Młynarska 7/36 01-205 Warszawa	Rola personelu podstawowej opieki zdrowotnej w rozwiązywaniu problemów narkotykowych.	I grupa 5.6.7. 04.06, II grupa 31.05, 1,2 – 06.06	022 632 24 01, 022 632 62 44, p.Gałasza, wtd_biurowo@op.pl
3.	Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny „Karan”	ul. Żeromskiego 27 26-600 Radom, Realizator: Oddział w Rzeszowie	Rola personelu podstawowej opieki zdrowotnej w rozwiązywaniu problemów narkotykowych.	Zgłoszenia do 31.03.06, I grupa: kwiecień i maj, II grupa: wrzesień, październik	017 853 45 72, 017 852 86 48

„Doskonalenie metod i technik pracy w obszarze ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych

Szkolenie ma na celu pogłębienie wiedzy z zakresu ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych oraz doskonalenie umiejętności prowadzenia programów redukcji szkód.

1.	Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym	ul. Św. Katarzyny 3 31-063 Kraków	Redukcja szkód w zintegrowanym podejściu do problemów osób uzależnionych – szkolenie.	Termin zostanie ustalony po 1.05.06	tel/fax 012 430 59 64, mzygadlo@monar.krakow.pl
----	--	--------------------------------------	---	-------------------------------------	---

Ewaluacja strategii i programów przeciwdziałania narkomanii

Program szkolenia mający na celu pogłębienie wiedzy i umiejętności w dziedzinie planowania i realizacji ewaluacji projektów przeciwdziałania narkomanii. Szkolenie powinno przygotować uczestników do opracowania koncepcji ewaluacji własnego programu.

1.	Stowarzyszenie „Alternatiff”	Wola Zadybska 75 08-550 Kłoczew	Ewaluacja strategii i programów przeciwdziałania narkomanii – prowadzenie badań	maj, czerwiec	alternatiff@list.pl
----	------------------------------	------------------------------------	---	---------------	---------------------



Imię i nazwisko: **Paweł Baj**

Województwo: podkarpackie

Wykształcenie: Prawnik, studia podyplomowe z zakresu zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz zarządzania organizacją pomocy społecznej, Certyfikowany Edukator w zakresie wiedzy nt. HIV/AIDS.

Życie zawodowe: W latach 2002-2003 był Pełnomocnikiem Zarządu Województwa Podkarpackiego ds. realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w latach 2002-2005 pełnił funkcję Przewodniczącego Rady Społecznej Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Rzeszowie. Ekspertem wojewódzkim jest od 2002 roku.

Prywatnie: Żona Agata jest ekonomistką, prowadzi własną firmę, ma dwoje dzieci Olę i Mikołaja. W wolnych chwilach czas spędza z rodziną, jego hobby to modelarstwo. Uprawia sporty: latem żeglarstwo, zimą narciarstwo.



Imię i nazwisko: **Anna Solińska**

Województwo: podlaskie

Wykształcenie: Ukończyła studia w Instytucie Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW, Studia podyplomowe w Wyższej Szkole Administracji Publicznej w Białymstoku (organizacja pomocy społecznej) oraz szkolenie I-go stopnia w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Życie zawodowe: Pracuje w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku (od 3lat), od 2005 roku pełni obowiązki kierownika referatu ds. Uzależnień. Zajmuje się realizacją wojewódzkich programów w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a także zadań na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Prywatnie: Zainteresowania: dobra książka, muzyka irlandzka, akwarystyka, tajniki psychologii, od niedawna wykonywanie biżuterii. Rodzina: stan ciągle wolny :)



Imię i nazwisko: **Dorota Beata Łabinowicz**

Województwo: zachodniopomorskie

Wykształcenie: Specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego i zarządzania w ochronie zdrowia.

Życie zawodowe: Pracownik Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego w Szczecinie. Od 2003 roku pełni funkcję eksperta wojewódzkiego. Odpowiedzialna za strategię rozwoju ochrony zdrowia na terenie województwa. Autorka wielu opracowań analitycznych w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych. Wieczny uczeń, ciągle doskonali swój warsztat.

Prywatnie: Mężatka, wolne chwile poświęca pracom w ogrodzie, wizytom w kinie i teatrze.



Imię i nazwisko: **Jacek J. Sękiewicz**

Województwo: pomorskie

Wykształcenie: Psycholog kliniczny, psychoterapeuta - absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego, specjalista terapii uzależnień.

Życie zawodowe: Dyrektor Ośrodka Terapii Uzależnień w Smażynie. Ekspert epidemiologii narkomanii Grupy Pompidou (Rada Europy), wykładowca Yale University oraz AMG. Jest autorem wielu profesjonalnych programów szkoleniowych z zakresu profilaktyki narkomanii oraz ponad 20 publikacji o zasięgu międzynarodowym z zakresu epidemiologii, rehabilitacji i profilaktyki uzależnień.

Prywatnie: Żona Ewa – wykładowca Politechniki Gdańskiej, synowie Mateusz - student biotechnologii i Michał - licealista. Jego pasją to muzyka klasyczna oraz kultura materialna okresu renesansu i baroku.

Przedstawiamy Ekspertów

W tym numerze Serwisu przedstawiamy Ekspertów Wojewódzkich do Spraw Informacji o Narkotykach i Narkomanii z wojewodztw: opolskiego, kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, podkarpackiego, podlaskiego, zachodniopomorskiego i pomorskiego. Pozostałych przedstawimy w następnym numerze.



Imię i nazwisko: **Mirosława Olszewska**

Województwo: opolskie

Wykształcenie: Psycholog, certyfikowany Specjalista Terapii Uzależnień.

Życie zawodowe: Przez 20 lat pracowała w Wojewódzkiej Poradni Wychowawczo-Zawodowej jako psycholog, później jako dyrektor. Przez 2 lata Mirosława Olszewska była dyrektorem Opolskiego Ośrodka Doradztwa Psychologicznego. Oprócz sprawowania funkcji eksperta wojewódzkiego (od 1999 roku) ma mnóstwo innych zajęć – pracuje w Ośrodku Monar w Graczech oraz w interwencji kryzysowej, realizuje programy profilaktyczne oraz informacyjno – edukacyjne.

Prywatnie: Mirosława Olszewska (dla znajomych Mira) jest wdową. Ma dwoje dzieci, 24-letnią córkę i 18-letniego syna. Uwielbia czytać i chodzić po górach. Lubi ludzi. Czasem ma wrażenie, że czas się zatrzymał - to nawrót do marzeń, wspomnień i wielu dobrych chwil. Wierzy w społeczeństwo obywatelskie.



Imię i nazwisko: **Grzegorz Kasprzycki**

Województwo: kujawsko-pomorskie

Wykształcenie: Pedagog, specjalista zarządzania w administracji publicznej i jednostkach budżetowych.

Życie zawodowe: Od 1999 roku jest pracownikiem Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu, przechodząc niemal wszystkie stopnie kariery urzędniczej: podinspektora, inspektora, głównego specjalisty, kierownika, pełnomocnika Zarządu. Od 2003 roku pełni funkcję pełnomocnika Zarządu ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz HIV/AIDS i kieruje wojewódzkim Biurem ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Narkomanii, Uzależnień.

Posiada certyfikat dostępu do informacji niejawnych.

Prywatnie: Jest żonaty, ma dwoje dzieci: córkę (niepełnosprawną/PM) i syna, ucznia szkoły podstawowej. Żona jest pedagogiem, certyfikowanym specjalistą terapii uzależnień.



Imię i nazwisko: **Elżbieta Seredyn**

Województwo: lubelskie

Wykształcenie: Magister pedagogiki specjalnej, absolwentka podyplomowych studiów o specjalności Zarządzanie i Organizacja Pracy, certyfikowany edukator w zakresie HIV/AIDS.

Życie zawodowe: Ma wieloletnie doświadczenie w pracy z dziećmi z rodzin dysfunkcyjnych i młodzieżą eksperymentującą ze środkami psychoaktywnymi. 15-letni staż pracy zdobyła w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie i Zespole Dziennych Domów Pomocy Społecznej w Puławach. Od 2002 r. koordynator ds. narkomanii, HIV/AIDS w Wydziale Polityki Społecznej w Urzędzie Wojewódzkim w Lublinie, a od lutego 2004 r. kierownik Oddziału ds. Uzależnień w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie.

Prywatnie: Pasjonatka pieszych wędrówek po Tatrach w towarzystwie piętnastoletniej córki Oli oraz zbierania grzybów. Akceptuje rzeczy, których nie da się zmienić, ma odwagę zmieniać rzeczy, których zaakceptować się nie da.



Serwis Informacyjny
NARKOMANIA

Adres redakcji:
Fundacja Zdrowie-Trzeźwość,
ul. Czaplينيةcka 44B/424,
97-400 Bełchatów
tel./fax: (044) 635 08 79
e-mail: infoSerwis@tuiw.pl

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl, <http://www.kbpn.gov.pl>

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński,
Redaktor prowadzący: Dariusz Dybek
Korekta: Ewa Grzesiak
Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska, Anna Radomska,
Klaudia Palczak, Tomasz Zakrzewski
Druk: www.drukarniags.com

Pismo bezpłatne