

AGNIESZKA BARCZYKOWSKA

Narkomania

Między *drug free* a terapią substytucyjną – w poszukiwaniu skutecznego modelu pomocy osobom uzależnionym i współuzależnionym

W prowadzonych przez PENTOR w 2008 roku badaniach nad wykluczeniem społecznym i jego konsekwencjami narkomania została wskazana przez 39% respondentów jako podstawowa przyczyna wykluczenia społecznego, pozostawiając w tyle takie kwestie, jak: uzależnienie od alkoholu (37%), ubóstwo materialne (29%), bezrobocie (22%), patologie życia rodzinnego (22%) czy też niskie kwalifikacje zawodowe (10%)¹. Mimo iż badania nad zjawiskiem narkomanii wskazują na wyraźną stabilizację trendów rozwojowych oraz rozbudowę profesjonalnych programów pomocowych², to w żadnym wypadku nie można tego problemu lekceważyć. Zażywanie, nadużywanie i często w efekcie uzależnienie od substancji psychoaktywnych należy bowiem do tych problemów społecznych, które choć obecne wśród ludzi od zarania dziejów, do tej pory nie doczekały się skutecznych rozwiązań.

¹ Badanie dotyczących percepcji przez opinię społeczną pojęcia wykluczenia społecznego, lokalizacji grup objętych i zagrożonych tym procesem, zadań jakie w związku z tym stoją przed różnymi instytucjami przeprowadzone na próbie reprezentatywnej (N = 1000) we wrześniu 2008 roku w postaci wywiadów bezpośrednich wspomaganym komputerowo. *Wykluczenie społeczne*, raport Instytutu PENTOR przedstawiony w czasie debaty o wykluczeniu społecznym 22 czerwca 2009 r., <http://www.kp.pl/files/pl/pentor_debata.ppt> [2.08.2010].

² A. Malczewski, B. Bukowska, P. Jabłoński, M. Kidawa, M. Struzik, E. Sokołowska, A. Strzelecka, A. Radomska, D. Chojecka, B. Bajerowska, Ł. Jędraszak, D. Muszyńska, W. Krawczyk (red.), *2009 National Report to The EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „POLAND” New Development, Trends and In-depth information on selected issues*, Warszawa 2009, s. 40.

Zjawisko narkomanii w polsce na przestrzeni wieków

Na przełomie lat 70. i 80. poprzedniego stulecia, w dużej mierze dzięki M. Kotańskiemu, do języka polskiego weszły takie pojęcia, jak narkotyki, narkomania czy narkoman. Nie oznacza to oczywiście, że problem wcześniej nie występował, ale miał z pewnością inny niż dotychczas charakter. Źródła historyczne wskazują, że Polacy, podobnie jak inne nacje, używali rozmaitych substancji do celów leczniczych czy paramedycznych (przykładem mogą tu być szalwia czy mak), ale w zasadzie do czasów odzyskania przez Polskę niepodległości w literaturze przedmiotu nie występowały informacje związane z (nad)używaniem substancji psychoaktywnych. Pierwsze adnotacje o narkomanach pojawiły się w lecznictwie psychiatrycznym na początku lat 20. XX wieku, a już w 1928 roku kuracji poddanych zostało 85 narkomanów. Pięć lat później ich liczba wzrosła do 295³. Dominowały wśród nich osoby sięgające przede wszystkim po klasyczne narkotyki – morfinę, heroinę i kokainę, wiele z nich należało do bohemy artystycznej. W odniesieniu do tamtych czasów trudno jednak mówić o subkulturze narkomańskiej, bo dominował medyczny model uzależnienia. Władze rodzącego się państwa polskiego doceniły powagę coraz wyraźniej rysującego się problemu, co znalazło wyraz w ratyfikacji konwencji haskiej z 1912 roku⁴ oraz wprowadzeniu własnych rozporządzeń⁵.

Okres powojenny w historii polskiej narkomanii to przede wszystkim dominacja zależności uzależnień jatrogennych, które powstawały na skutek przyjmowania przez pacjentów środków przeciwbólowych w trakcie leczenia bólu przewlekłego oraz nieco później w wyniku powstania ruchów kontestacyjnych młodzieży (najpierw hippisów a potem punków), dla których używanie narkotyków stało się wyrazem niezgody na zastaną rzeczywistość. W latach 70. głównymi substancjami psychoaktywnymi były leki kradzione z aptek, fabryk, przychodni czy szpitali oraz uzyskiwane dzięki fałszowaniu recept⁶. Dominacja medycznego modelu uzależnienia spowodowała, że na terenie Polski mówiono raczej o lekomanii, rozumianej jako

³ J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys terapii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 5 (44)/2008, s. 18.

⁴ Konwencja haska z 1912 roku była pierwszym aktem prawnym dotyczącym nielegalnego handlu narkotykami, przy czym odnosiła się jedynie do opium, które postrzegano wówczas za najbardziej zagrażające.

⁵ W ramach reakcji na kwestię narkotykową powołano do życia Instytut Spraw Społecznych, który miał się zająć formułowaniem krajowego programu zwalczania narkomanii oraz planem stworzenia systemu lecznictwa. Por. J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys terapii...*, op. cit., s. 18.

⁶ Ibidem, s. 20.

uzależnienie do środków odurzających, takich jak: barbiturany, leki pobudzające, przeciwgorączkowe, przeciwbólowe czy antydepresanty⁷ niż o narkomanii⁸. Wzrastająca w tym czasie liczba osób hospitalizowanych i leczonych w związku z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych⁹ spowodować musiała zmianę postawy ówczesnych władz, które do tej pory problem bagatelizowały i nie dopuszczały do publicznego dyskursu. Podjęte działania sprowadziły się jednak tylko do ograniczenia dostępności środków odurzających, między innymi przez wprowadzenie specjalnych recept, traktowanych jak druki ścisłego zachowania, bez uruchomienia jakiegokolwiek profilaktyki, leczenia i rehabilitacji¹⁰. W efekcie ograniczenie dostępności do substancji psychoaktywnych, przy dynamicznie rozwijającym się rynku, spowodowało, że zaczęto szukać innych alternatyw odurzania. Uwagę wzbudzały takie substancje, jak służący do usuwania plam i mający działanie euforyczne „Tri”, fenmetrazyna, parkopan, ale także proszki do prania, pasty do butów i inne. Często sporządzano autorskie mieszanki z przypadkowo dobranych substancji. Taki model konsumpcji środków określa się mianem politoksykomanii¹¹. Z biegiem czasu coraz większą popularnością zaczął się cieszyć mak (*Papaver somniferum album*), a dokładnie mleczek makowe, uzyskiwane z niedojrzałych makówek, stosowane do iniekcji lub tworzenia naparu (tzw. *poppy tea*, zwane zupą lub szambem). Sezonowa dostępność maku ograniczała możliwości jego stosowania, dopóki gdańscy studenci nie opracowali technologii wytwarzania „polskiej heroiny”, zwanej również kompotem¹². Analiza chemiczna wykazała, że kompot był substancją nie-

⁷ A. Stankowski, *Narkomania, narkotyki, narkomani: wybrane zagadnienia: skrypt dla studentów kierunków pedagogicznych*, Katowice 1988, s. 14.

⁸ Narkomania, lekomania oraz uzależnienie od substancji chemicznych typu klej, eter uważane są za rodzaje toksykomanii, czyli przyjmowania „substancji chemicznych (syntetycznych lub naturalnych, mających szkodliwy wpływ na organizm i psychikę jednostki), wykazującego patologiczny charakter przyzwyczajenia do przyjmowania określonego środka”. A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie*, Katowice 2001, s. 62.

⁹ W latach 1969–1973 pięciokrotnie wzrosła liczba osób leczonych w związku z narkotykami w poradniach zdrowia psychicznego i trzykrotnie w szpitalach psychiatrycznych. Szacunki mówią, że na początku lat 70. w Polsce odurzało się około 50 tys. osób, a placówki służby zdrowia rejestrowały około 2–3 tys. nowych pacjentów. Por. J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys terapii...*, op. cit., s. 19–20.

¹⁰ Ibidem, s. 20.

¹¹ Z. Juczyński, *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa 2002, s. 20.

¹² Kompot, zwany też makiawarą, czy polską heroiną produkowany był z wywaru całej rośliny maku lub młodych pędów, uzyskiwanego przez gotowanie słomy makowej. Zażycie kompotu wywołuje efekt beztroski, odprężenia i zadowolenia, redukując lęk i niepokój. Głębsze uzależnienie powoduje zaburzenia psychiczne, lęki i depresję, ale także wyniszczenie fizyczne organizmu. Ibidem, s. 82.

zwykle zanieczyszczoną, nie zawierał czystej heroiny¹³, ale był środkiem na tyle silnie uzależniającym, że na początku lat 80. XX wieku 80% hospitalizowanych narkomanów było uzależnionych od opiatów¹⁴. Wydaje się, że od tego momentu możemy w Polsce mówić o rozwoju narkomanii właściwej, rozumianej jako uzależnienie od klasycznych środków, do których zaliczamy przede wszystkim opiaty¹⁵, tym bardziej, że lata 80. przyniosły modę na zażywanie czystej heroiny i kokainy.

Przebudowa systemowa końca lat 80. zrekonstruowała obraz polskiej narkomanii. Otwarcie granic¹⁶, włączenie do krwiobiegu światowej gospodarki, idący za tym wzrost zamożności obywateli, a także narastająca atrofia norm społecznych, coraz szersza grupa osób wykluczonych społecznie – wszystko to stworzyło dogodny klimat do jakościowej i ilościowej zmiany zjawiska. Najkrócej zmianę tę można opisać w kategoriach: 1) popularyzacji i zwiększenia dostępności substancji psychoaktywnych, 2) heterogenizacji i obniżania się wieku użytkowników, ale przede wszystkim 3) nowej pozycji Polski na narkotykowej mapie świata¹⁷, bowiem aktualnie Polska występuje w trzech kategoriach narkobiznesu: jako producent¹⁸, obszar tranzytowy¹⁹ oraz rynek zbytu²⁰.

¹³ Zawiera alkaloidy opium z przewagą morfiny, kodeiny i heroiny.

¹⁴ Z. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 21.

¹⁵ A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 63.

¹⁶ Zob. P. Wilczyński, *Czech čpa, Polak zarabia*, „Tygodnik Powszechny”, nr 34 (3189).

¹⁷ T. L. Chruściel, *Współczesna scena narkotyków w Polsce w świetle Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii. Suplement 1”, nr 50/2001, s. 3–14. Por. A. Malczewski, *Rynek narkotykowy*, (w:) A. Malczewski et. al., 2009 *National...*, op. cit., s. 122.

¹⁸ Polska uczestniczy w globalnej produkcji narkotyków, przede wszystkim syntetycznych. Poza Holandią i Belgią właśnie Polska uważana jest za czołowego producenta amfetaminy. Ze względu na wysoką czystość polska amfetamina uważana jest za jedną z najlepszych i w stosunku do jakości najtańszych. Istotnym elementem polskiego rynku narkotykowego jest również produkcja narkotyków naturalnych, w szczególności marihuany oraz skuna. W Polsce nie produkuje się haszyszu, pochodzi on całkowicie z importu, głównie z Holandii (70%), Hiszpanii (10%) i Pakistanu (10%). Por. W. Krawczyk, M. Kidawa, A. Strzelecka, *Problemy używania amfetaminy i metamfetaminy z naciskiem na używanie chroniczne/intensywne*, (w:) A. Malczewski et. al., 2009 *National Report to The EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „POLAND” New Development, Trends and In-depth information on selected issues*, Warszawa 2009, s. 130–135.

¹⁹ Polska jest krajem tranzytowym w drodze na rynki zachodnioeuropejskie. Droga morską i powietrzną jest wykorzystywana do przemykania kokainy z Ameryki Południowej oraz marihuany i haszyszu z Afryki. Te same substancje, uzupełnione jeszcze o heroinę, trafiają do nas z Azji Południowo-Wschodniej. Do przemytu heroiny z krajów Złotego Półksiężycy (Afganistan, Pakistan, Iran) wykorzystywany jest szlak bałkański (Turcja, Bułgaria, Rumunia, Węgry) lub szlaki prowadzące przez terytorium dawnego Związku Radzieckiego (Uzbekistan,

Podstawowe pojęcia związane z uzależnieniem od narkotyków

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii z aktualnymi zmianami narkomanię definiuje się jako „stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne substancji odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich”²¹. Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia narkotyku, operując takimi słowami, jak środki odurzające i substancje psychotropowe, które w ustawie zostały opisane jako substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działające na ośrodkowy układ nerwowy. O ich przynależności do tej kategorii świadczy umiejscowienie w wykazie środków odurzających i psychotropowych (załącznik nr 1 i nr 2 do ustawy). Z kolei środek zastępczy to substancja w każdym stanie fizycznym, która jest trucizną lub środkiem szkodliwym, używana zamiast środków odurzających lub substancji psychotropowych w innych celach niż medyczne. Być może zabieg ten był związany z tym, że nie sposób objąć jednym pojęciem ogólnym tak zróżnicowanych w postaci i działaniu substancji. Poza tym w medycynie europejskiej pierwotnie narkotykie, określano pochodne makowca oraz opium. Rozszerzanie się zjawiska odurzania spowodowało rozciągnięcie tego terminu również na inne substancje, zmieniające psychikę i szkodliwe dla jednostki i społeczeństwa²². Szukając definicji narkotyków, J. Leśniak proponuje, by pojęcie to było używane w odnie-

Kazachstan, Kirgistan, Tadżykistan). Najwięcej heroiny trafia do naszego kraju z Afganistanu. Tą samą drogą trafia do Polski heroina z krajów Złotego Trójkąta (Birma, Laos, Tajlandia). Wyprodukowana u nas amfetamina drogą morską szmuglowana jest do Skandynawii. Według szacunków Policji około 30% konsumowanych konopii jest uprawianych w kraju, pozostałe 70% pochodzi z Holandii, Hiszpanii i Grecji, co nie pozostaje bez wpływu na ceny – od 2004 roku obserwuje się wzrost ich średnich cen hurtowych. W Polsce marihuanę produkuje się w dwojaki sposób: *indoor* oraz *outdoor*. Uprawa *indoor* oznacza hodowlę w specjalnie do tego zorganizowanym i wyposażonym laboratorium, położonym zwykle na uboczu, ale o stosunkowo bogatej infrastrukturze komunalnej, ze względu na konieczne media, takie jak woda czy prąd. Prawie połowę stanowią uprawy małe, do 50 krzaków. Uprawa *outdoor* oznacza proces produkcyjny w warunkach zewnętrznych. Ten typ uprawy jest ograniczony sezonowością pór roku. Tu z kolei przeważają uprawy średnie, od 50 do 500 roślin. Por. A. Malczewski, M. Struzik, *Rynek i produkcja konopi*, (w:) A. Malczewski et. al., *2009 National Report to The EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „POLAND” New Development, Trends and In-depth information on selected issues*, Warszawa 2009, s. 116.

²⁰ Licząca 38 mln mieszkańców Polska jest również atrakcyjnym rynkiem zbytu. Pozostaje u nas część heroiny i opium przeznaczonych dla Europy Zachodniej i Skandynawii. Z Holandii przez teren Niemiec przemycą się marihuanę. Por. A. Malczewski i et. al., *2009 National...*, op. cit., s. 106–107.

²¹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U., Nr 179, poz. 1485.

²² C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, Lublin 2001, s. 19.

sieniu do pewnej, specyficznej grupy substancji, których nazwy w języku polskim najczęściej mają końcówkę „-ina” (kokaina, morfina, heroina, amfetamina) oraz takie, jak: marihuana, haszysz, LSD, ekstazy i wiele innych²³.

We wspomnianej ustawie jeszcze jedno istotne pojęcie wymaga komentarza. Chodzi o prekursory, czyli substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, które mogą zostać przetworzone na środek odurzający i substancję psychoaktywną albo mogą służyć do ich wytworzenia. Prekursory są niezbędne do produkcji syntetycznych substancji psychotropowych, całkowicie pozyskiwanych z środków chemicznych, np.: amfetaminy, MDMA, LSD, GHB, a także półsyntetycznych środków produkowanych po obróbce chemicznych produktów naturalnych z roślin (np. morfiny z soku opium, heroiny z morfiny w procesie acetylacji)²⁴. Zgodnie z polskim prawem prekursory podzielono na trzy grupy: I-R, II A-R i II B-R. Wytwarzanie i obrót prekursorów jest regulowany i kontrolowany, tak w skali krajowej, jak i europejskiej, między innymi ze względu na zainteresowanie nimi świata przestępczego. Ostatnie zmiany na listach prekursorów dotyczyły wpisania na nie kilku substancji, które wykorzystywane są do wytwarzania tzw. dopalaczy²⁵. Objętość niniejszego opracowania i jego temat nie pozwalają jednak na odniesienie się do tej kwestii.

Rozwój wiedzy związanej z używaniem, nadużywaniem i uzależnieniem od środków psychoaktywnych spowodował powstanie licznych klasyfikacji. Najczęściej spotykane kryteria podziału odnoszą się do: 1) pochodzenia, 2) sposobu przyjmowania narkotyków oraz 3) sposobu działania na centralny układ nerwowy. Od razu konieczne staje się jednak zaznaczenie, iż mimo dokonanego podziału wewnętrzne granice wyodrębnionych grup narkotyków rzadko kiedy bywają jednoznaczne. Aktualnie najmniej kontrowersji wzbudza podział przyjmujący za główne kryterium pochodzenie narkotyków. Według niego narkotyki dzieli się na naturalne i syntetyczne. Naturalne od tysięcy lat są znane ludzkości, będąc niejako zasobem natury, są elementem wiedzy tajemnej, wykorzystywane najczęściej w związku ze sferą sacrum do obrzędów czy doznań mistycznych. Przykładem może być meskalina, szałwia czy grzyby używane przez szamanów i znachorów. Narkotyki tego rodzaju występują najczęściej w postaci suszu z liści, łodyg, korzeni, soku lub wywarów. Z odmienną sytuacją mamy do czynienia przy

²³ J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, (w:) B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, Warszawa 2009, s. 121.

²⁴ W. Janiszewski, *Prekursory narkotyków*, (w:) M. Jędrzejko, W. Bożejewicz (red.), *Narkotyki i narkomania*, Warszawa 2007, s. 91–92.

²⁵ Zob. M. Kidawa, *Dopalacze – przejściowa moda czy realne zagrożenie*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 1 (45)/2009; N. Sromek, *Czuję próżnię*, „Tygodnik Powszechny”, nr 34 (3189).

narkotykach syntetycznych, które uzyskiwane są na drodze reakcji chemicznych, mających na celu wyodrębnienie danego środka w postaci jak najczystszej, co zwiększa siłę działania. Przy podobnym efekcie narkotyki syntetyczne szybciej uzależniają i zdecydowanie bardziej degradują organizm. Większe jest również prawdopodobieństwo przedawkowania i powikłań z tym związanych. Ich popularności sprzyja ogromna różnorodność oraz łatwość produkcji²⁶.

Narkotyki, w zależności od tego, w jakiej postaci występują, mogą być przyjmowane w różny sposób, począwszy od wciągania, inhalowania, palenia, przez iniekcje (dożylnie, domięśniowe, podskórne), wcieranie, po łykanie²⁷. Wybór jednego ze sposobów przyjmowania substancji jest zwykle związany ze skutecznością oraz siłą jej działania. Stąd też sposoby zażywania zmieniają się, podobnie jak i forma substancji. Niektóre narkotyki właśnie ze względu na różną postać, a zatem i siłę działania, mogą być przyjmowane na wiele sposobów. Dobrym przykładem może być amfetamina, którą jest zażywana doustnie, drogami oddechowymi lub dożylnie, czy kokaina, którą się wciera, pali, a czasami (rzadko) również wstrzykuje²⁸.

Narkotyki w swojej różnorodności w zakresie działania na centralny układ nerwowy mogą redukować jego aktywność, powodując efekt odprężenia, senności, rozluźnienia, czasami też euforii. Do najbardziej znanych „reduktorów” należą alkohol, środki nasenne, uspokajające oraz antydepresanty, środki rozluźniające oraz usypiające. Inne, takie jak kofeina, nikotyna, rodzina amfetamin, kokaina, crack, ekstazy, LSD oraz liczne substancje naturalne (chrzan, lubczyk, mandragora) powodować mogą wzmożenie aktywności centralnego układu nerwowego, przejawiające się poczuciem omnipotencji, witalności, euforii i nieodczuwania głodu i pragnienia. Liczna grupa narkotyków ma działanie halucynogenne. Należą do nich tak substancje naturalne, jak i syntetyczne. Najpopularniejszymi są kanabinoły, LSD, fencyklidyna (PCP), meskalina, grzyby czy liczne rośliny halucynogenne (szałwia, bieleń dziedzierzawa)²⁹. Podobnie jak w przypadku wcześniej przywoływanych podziałów, ten również nie jest jednoznaczny. Często bowiem efekt działania zależny jest od zażytej dawki, co oznacza, że poszczególne narkotyki mogą znajdować się jednocześnie w kilku grupach.

²⁶ Por. W. Krawczyk, M. Kidawa, A. Strzelecka, *Problemy używania...*, op. cit., s. 129.

²⁷ Por. A. Kowalewska, M. Jędrzejko, *Jak działają narkotyki*, (w:) M. Jędrzejko, W. Bożejewicz (red.), *Narkotyki i narkomania*, Warszawa 2007, s. 33-34; M. Radochoński, *Podstawy psychopatologii dla pedagogów*, Rzeszów 2001, s. 156.

²⁸ M. Jędrzejko, A. Kowalewska, J. Korczak, *Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka*, (w:) M. Jędrzejko, W. Bożejewicz (red.), *Narkotyki i narkomania*, Warszawa 2007, s. 86.

²⁹ I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, Warszawa 2008, s. 176-177.

Przykładem może być zaliczane do substancji halucynogennych LSD, ecstazy oraz marihuana, które na organizm człowieka mogą działać również stymulująco.

Rozprzestrzenienie się problemu narkomanii, produkcja nowych narkotyków, niewystarczające ich klasyfikacje spowodowały, że prace nad podziałem narkotyków podjęło w latach 70. ubiegłego wieku WHO. Efektem było wyodrębnienie 8 grup narkotyków: 1) morfinowej, 2) alkoholu i barbituranów, 3) amfetaminowej, 4) kokainowej, 5) kanabinolowej, 6) halucynogenów, 7) khat, 8) rozpuszczalników i innych lotnych substancji. Jednak podobnie jak w przypadku wcześniej prezentowanych klasyfikacji, tutaj również pojawia się problem przynależności poszczególnych substancji do wielu grup. W związku z tym, a także z postępującym od lat 90. różnicowaniem narkotyków, zdecydowanie większą popularnością cieszy się nieco prostsza, ale i przez to dokładniejsza klasyfikacja Dimoffa i Carpera, którzy wyodrębnili: 1) środki tłumiące, 2) środki pobudzające, 3) halucynogeny, 4) środki uśmierzające, 5) sterydy oraz 6) środki wziewne³⁰.

Środki tłumiące³¹, zwane też *downersami*, obniżając aktywność ośrodkowego układu nerwowego, powodując osłabienie hamulców wewnętrznych nabytych w toku socjalizacji i w konsekwencji podejmowanie zachowań nieakceptowanych społecznie. Osoby zażywające je doznają uczucia relaksacji, uspokojenia, odprężenia, momentów wyłączenia. Środki te dają również efekt przeciwlękowy, nasenny, rozluźniający, przeciwdrgawkowy oraz amnezyczny. Najczęściej zażywane są benzodiazepiny, które wyparły stosowane przez wiele lat barbiturany³². Aktualnie obserwuje się tendencję do zwiększania się liczby osób uzależnionych od leków uspokajających i nasennych. Grupę szczególnego ryzyka tworzą osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne, kobiety w przedziale 40–45 lat, osoby nadużywające innych substancji psychoaktywnych (zwłaszcza alkoholu), osoby pochodzące z rodzin z problemem uzależnienia, o ograniczonej sieci wsparcia społecznego, pochodzące z niższych warstw społecznych oraz ludzie starsi, cierpiący na liczne dolegliwości somatyczne, stosujący leki internistyczne³³. Należące do tej grupy środki najczęściej mają formę tabletek, rzadziej syropu czy proszku. Ich nadużywanie powoduje zmienność nastrojów, a w efekcie obniżenie aktywności życiowej, w skrajnych sytuacjach zachowania samobójcze. Szkody

³⁰ T. Dimoff, S. Carper, *Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki*, tłum. J. Piotrowski, Ł. Ronikier, Warszawa 1993.

³¹ W przypadku uzależnienia od środków tłumiących należy posługiwać się pojęciem lekomanii. Por. C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, op. cit., s. 59.

³² M. Rogoż, *Uzależnienie od leków nasennych i uspokajających*, (w:) B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, Warszawa 2009, s. 109.

³³ *Ibidem*, s. 107.

somatyczne związane są przede wszystkim z układem oddechowym oraz krwionośnym, bowiem środki te mogą powodować uszkodzenie niektórych naczyń oraz wpływać na szybkość przepływu krwi, co skutkuje powstawaniem odleżyn³⁴. Stosunkowo szybko występuje zależność fizyczna i psychiczna.

Środki pobudzające, określane mianem stymulantów, powodują pobudzenie psychoruchowe organizmu, jego nadpobudliwość fizjologiczną. Efektem jest ciągła nadaktywność, brak apetytu, a w skrajnych wypadkach nawet wyczerpanie organizmu. Stymulanty stanowią zdecydowanie największą grupę stosowanych środków psychoaktywnych³⁵. Do najpopularniejszych należą: amfetamina, metamfetamina, kokaina, fenmetryzyna, metylofenidyny itp.³⁶. O ich popularności decyduje stosunkowo prosta produkcja, a także to, że często przyjmują postać tabletek, przełamując psychologiczną barierę przed zażywaniem narkotyków³⁷.

Przeciwny efekt do stymulantów uzyskuje się poprzez działanie na organizm substancji halucynogennych. Poprzez zaburzenie pracy mózgu człowiek doświadcza po ich użyciu odmiennych stanów świadomości, tracąc poczucie miejsca i czasu. Jego udziałem staje się depersonalizacja oraz silne i niezwykle dolegliwe objawy fizjologiczne (palpitacje, częstoskurcz, drgawki). Do najpopularniejszych środków halucynogennych należą LSD, meskalina, psylocybina, ecstazy, MDMA, fenicyklidyna, a także marihuana oraz jej pochodne.

Grupa środków uśmierzających (narkotyków właściwych) gromadzi substancje, których efekty działania zależą od przyjętej dawki. Mała ilość ma działanie euforyczne, pobudzające, natomiast jej wzrost skutkuje zamroczeniem, przesunięciem granicy odczuwania bólu, upośledzeniem uwagi i pamięci, a także orientacji czasu i przestrzeni³⁸. Do najsilniej działających uśmierzaczy należą opiaty, morfina, kodeina, heroina, metadon i inne.

Sterydy produkowane są na bazie męskiego hormonu płciowego – testosteronu – wspomagaczy krwi oraz hormonu wzrostu i powodują przyrost masy mięśniowej, wagi, siły i wytrzymałości. Nie należy zapominać jednak o tym, że nadmiar testosteronu może powodować zaburzenia kontroli i popędu seksualnego, nadmierną aktywność i agresywność.

³⁴ C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, op. cit., s. 61.

³⁵ M. E. P. Seligmann, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 2003, s. 646.

³⁶ Por. C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, op. cit., s. 34–37, 67.

³⁷ W. Krawczyk, M. Kidawa, A. Strzelecka, *Problemy używania...*, op. cit., s. 130.

³⁸ A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 103; M. E. P. Seligmann, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 760.

Trudną do jednoznacznego scharakteryzowania grupą narkotyków są środki wziewne, ponieważ w zależności od substancji mogą one mieć charakter tłumiący i halucynogeny³⁹.

Należy pamiętać, że wielu konsumentów łączy substancje pochodzące z różnych grup, co często uniemożliwia przewidywanie efektów ich działania.

Kryteria diagnozy nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnienia od nich

Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych od wielu już lat postrzegane jest jako problem społeczny i prawny, przy czym perspektywa ta jest stosunkowo nowa, biorąc pod uwagę czas, od jakiego narkotyki towarzyszą ludziom w życiu codziennym. Nie można bowiem pominąć faktu, że ludzkość od tysięcy lat używała narkotyków, by leczyć choroby ciała i duszy czy poprzez zmianę świadomości kontaktować się z siłami wyższymi. Z biegiem czasu substancje te zaczęły funkcjonować także poza kręgiem obrzędowo-religijnym, a znaczenia nabierała zaczęła kwestia poprawy nastroju, wzmocnienia potencjału, obniżenia lęku. Wydaje się jednak, że ograniczenia związane z dostępem do tych substancji, silne powiązanie z tradycją, niemal mistyczna funkcja powodowały, że problemy uzależnienia były kwestią marginalną. Współcześnie wysoka dostępność narkotyków, uwolnienie ich ze sfery sacrum, konsumpcyjne podejście, a przede wszystkim ogromne zyski ekonomiczne powodują, że narkotyki i zjawiska z tym związane stają się jednym z najważniejszych wyzwań XXI wieku. Ważnym aspektem tej kwestii są również normy, które pozwalają niemal bez sankcji na umiarkowane spożywanie niektórych substancji psychoaktywnych (np. kawa, tytoń czy alkohol). Reakcja społeczna pojawia się zwykle w momencie, gdy używanie owej substancji prowadzi do „utrąty zdolności funkcjonowania w społeczeństwie”⁴⁰. Gdzie zatem przebiega granica między używaniem, nadużywaniem i uzależnieniem?

Uzależnienie od środków psychoaktywnych, podobnie jak każde inne uzależnienie, traktowane jest jako choroba charakteryzująca się kilkoma specyficznymi cechami: 1) jest nieuchronnie postępuje, choć w poszczególnych fazach może dojść do stabilizacji funkcjonowania, 2) jest chroniczna i prowadzi do śmierci, 3) jest podstawowa i pierwotna, bowiem na jej tle rozwijają się inne choroby⁴¹, 4) jest nieuleczalna, co oznacza, że granice uza-

³⁹ I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, op. cit., s. 180.

⁴⁰ M. E. P. Seligmann, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 618.

⁴¹ Wśród najczęściej spotykanych chorób towarzyszących uzależnieniu z obszaru problemów psychiatrycznych wymienia się zaburzenia osobowości, dysforie, psychozy egzo- i en-

leźnienia przekracza się tylko raz i w związku z tym nie ma możliwości powrotu do kontrolowanego przyjmowania substancji⁴². Trudno podać, jaki okres jest konieczny do rozwoju pełnego uzależnienia. Zależy to bowiem od cech własnych konsumenta (wieku, gospodarki neuroprzekaznikowej, zaburzeń genetycznych itd.), ale również od przyjmowanej substancji, czego dobrym przykładem może być heroina, od której można uzależnić się od pierwszego zażycia. Zwykle jednak mamy do czynienia z procesem, którego postęp jest widoczny, gdy odwołamy się do opracowanych w latach 70. behawioralno-funkcjonalnych modeli używania narkotyków⁴³. Wyodrębnia się wśród nich używanie: 1) eksperymentalne, 2) okazjonalne, 3) rekreacyjne, 4) funkcjonalne 5) w celu samoleczenia oraz 6) uzależnienie⁴⁴.

Pierwszy z przedstawionych modeli – eksperymentalny – charakterystyczny jest głównie dla ludzi młodych, którzy sporadycznie spożywają

dogenne, stany depresyjne. Do towarzyszących problemów somatycznych zalicza się przede wszystkim HIV/AIDS, WZW typu C, ciężkie zakażenia bakteryjne, ropnie i ropowice skóry, zapalenie dróg oddechowych, gruźlicę, żylną chorobę zakrzepowo-zatorową, choroby przenoszone drogą płciową (opryszczka, kiła, kłykciny kończyste, mięczak zakaźny, nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej, wrzody weneryczne, brodawczak HPV) oraz epilepsję. Komentarz wymaga również kwestia ciąży i porożu w kobiet uzależnionych od narkotyków. Pośrednie niebezpieczeństwo związane jest ze zbyt późnym zgłaszaniem się do lekarza, zakażeniami chorobami wenerycznymi, niewłaściwym sposobem odżywiania, a także przyjmowaniem w sposób iniekcyjny substancji, co zwiększa możliwości zakażenia HIV/AIDS, HBV lub infekcją bakteryjną. Por. G. Cholewińska, *Choroby towarzyszące uzależnieniu*, „Służba Zdrowia”, nr 84-87 (2977-2980)/2000.

⁴² A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 76-77.

⁴³ T. Dimoff i S. Carper wyróżnili 4 stadia uzależnienia od narkotyków: 1) poznawanie stanu odurzenia, kiedy dochodzi do pierwszych kontaktów z środkiem uzależniającym, wynikające głównie z motywów społeczno-psychologicznych; w tej fazie sama substancja nie stanowi przedmiotu pożądania i raczej jest środkiem do osiągnięcia celu, definiowanego jako bycie w grupie; 2) stan odurzenia przyjemnością, z biegiem czasu, po przejściu swobodnego treningu obchodzenia się z substancją jednostka wchodzi w stan posiadania takiej wiedzy, która pozwala jej na uzyskanie niemal wyłącznie pozytywnych efektów; okazuje się jednak, że do uzyskania efektów konieczna staje się coraz większa dawka substancji (rozwijają się tolerancja), co prowokuje do eksperymentowania i poszukiwania innych substancji; 3) stan odurzenia celem nadrzędnym – rozwijająca się tolerancja związana z coraz bardziej zaawansowanym uzależnieniem powoduje, że zażycie substancji staje się nie drogą do uzyskania pozytywnego efektu, ale uniknięcia stanów nieprzyjemnych; silna koncentracja na zdobywaniu środka powoduje kłopoty niemal we wszystkich sferach życia, włącznie z naruszaniem prawa; 4) stan odurzenia normą, związany jest z koniecznością przyjmowania substancji dla normalnego funkcjonowania, z rzadkim doświadczaniem efektów euforycznych, które wywoływane są dawkami niemal zagrażającymi życiu jednostki (stąd przedawkowania, utraty przytomności i inne gwałtowne reakcje organizmu). Por. T. Dimoff, S. Carter, *Jak rozpoznać...*, op. cit., s. 19-35.

⁴⁴ J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, op. cit., s. 122; C. Czabała, *Typologia pacjentów korzystających z instytucjonalnej pomocy w związku z używaniem narkotyków*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 5 (44)/2008, s. 26; K. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 56.

substancję, motywowani głównie ciekawością czy konformizmem wymuszonym przez grupę rówieśniczą. Badania wskazują, że apogeum tego stylu związane jest z okresem adolescencji i sięga od 6 do 17% populacji⁴⁵. Inicjacja u chłopców ma miejsce między 11. a 13. rokiem życia, a u dziewcząt między 13. a 15., odbywa się podczas spotkań towarzyskich, w grupie rówieśników. Pierwszym narkotykiem jest zwykle marihuana, ekstazy i amfetamina, zdecydowanie rzadziej kokaina, uważana przez młodzież za narkotyk luksusowy⁴⁶. Cechą charakterystyczną tej grupy jest częste zmienianie substancji lub ich mieszanie. Jeden z terapeutów tak opisuje tę grupę: „Kiedyś klient miał 20–30 lat i wstrzykiwał kompot. Dziś ma 13–14 lat i bierze wszystko – ekstazy, dopalacze, kokainę. Popija to alkoholem. Zalicza takie kilkunastodniowe jazdy. Kompot niszczył ciało, dzisiejsze syntetyki, nawet nasączone chemią, marihuaną, niszczą mózg”⁴⁷. Młodzi sięgają po narkotyki w poszukiwaniu nowego, unikatowego efektu (pobudzenia, podkręcenia). Można zatem powiedzieć, że jest to styl politoksykomanów eksperymentujących. W związku z podobnymi doświadczeniami z używaniem substancji psychoaktywnych stanowią oni względnie zintegrowaną grupę społeczną⁴⁸. Odwołując się do koncepcji zachowań ryzykownych, trzeba pamiętać, że używanie substancji psychoaktywnych może być poprzedzone lub współwystępuje z takimi zachowaniami, jak: palenie tytoniu, picie alkoholu, łamanie norm społecznych i prawnych czy uciekanie się do przemocy⁴⁹. Wymienione zachowania można traktować jako dysfunkcyjne strategie radzenia sobie z problemami pojawiającymi się w życiu młodego człowieka w związku z realizacją zadań rozwojowych właściwych temu okresowi. Badania wskazują, że częściej używają narkotyków ci adolescenti, którzy dorastają w rodzinach zdezorganizowanych lub dysfunkcyjnych, doświadczający niepowodzeń szkolnych oraz których bilans satysfakcji życiowej i sukcesów nie jest zrównoważony⁵⁰.

Osoby, które po narkotyki sięgają od czasu do czasu, np. na spotkaniach towarzyskich, imprezach, ale w sposób celowy, przemyślany, często dostosowując się do oczekiwań społecznych, wpisują się w okazjonalny model uży-

⁴⁵ C. Czabała, *Typologia...*, op. cit., s. 27.

⁴⁶ A. Strzelecka, *Używanie narkotyków w populacji ogólnej i konkretnych grupach docelowych*, (w:) A. Malczewski et. al., *2009 National Report to The EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „POLAND” New Development, Trends and In-depth information on selected issues*, Warszawa 2009, s. 36.

⁴⁷ D. Frontczak, N. Waloch N., *Uciekli od ćpania*, „Gazeta Wyborcza”, 19.07.2009, s. 17.

⁴⁸ A. Strzelecka, *Używanie...*, op. cit., s. 36.

⁴⁹ J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa 2002, s. 16.

⁵⁰ C. Czabała, *Typologie...*, op. cit., s. 27.

wania narkotyków. Powtarzalność zachowań, pozytywne doznania i brak bezpośrednich negatywnych konsekwencji, społeczny kontekst zabawy powodują, że ten model przyjmowania substancji jest bardziej niebezpieczny od eksperymentalnego. Zwłaszcza, gdy zażywanie stabilizuje się i koncentruje wokół jednego wzoru działania, np. weekendowych spotkań w grupie znajomych, których głównym celem jest doznanie odprężenia, przyjemności oraz przedłużenie i pogłębienie zabawy. Jest to wówczas używanie rekreacyjne, które można uznać za formę modelu okazjonalnego. Konsumentami w tym modelu są głównie osoby we wczesnej dorosłości, mieszkające w dużych miastach, poza domem rodzinnym⁵¹, tworzące stosunkowo dobrze zintegrowane środowisko. Dominującymi narkotykami są tu głównie kokaina i amfetamina. Na uwagę zasługuje fakt, że osoby reprezentujące ten model mają szeroką wiedzę o narkotykach, którą wykorzystują do tworzenia nowych mieszanek. Jednocześnie większość z tych osób ma negatywne opinie na temat programów profilaktycznych odnoszących się zapobiegania narkomanii⁵².

W czasach, gdy istotnym elementem zdobywania pozycji na rynku pracy staje się wydajność i kreatywność, coraz więcej osób używa substancji psychoaktywnych zgodnie z modelem funkcjonalnym, określanym również jako zażywanie okolicznościowo-sytuacyjne⁵³. Ta grupa użytkowników z jednej strony sięga po stymulanty, ale również często po środki tłumiące w celu redukcji napięcia, relaksacji itd. Model ten może stosunkowo szybko doprowadzić do wykształcenia się pełnoobjawowego uzależnienia ze względu na psychiczną potrzebę dorównania poprzednim dokonaniom („nie mogę zrobić tego gorzej, ale na czysto nie dam rady”, „dobrze myśli mi się po...”), ale także na konieczność uniknięcia pojawiających się przykrych objawów związanych z zaprzestaniem działania substancji. Ten wzorzec używania substancji charakterystyczny jest dla młodych dorosłych do 35. roku życia, a zatem osób o, wydawać by się mogło, ustabilizowanej sytuacji rodzinnej i zawodowej. Sugerować to może, że głównym motywem sięgania po narkotyki jest przekonanie o niewystarczających zasobach osobowościowych lub występujących zaburzeniach osobowości o charakterze zależnościowym czy lękowym⁵⁴.

Zażywanie środków psychoaktywnych wpisujące się w model zażywania eksperymentalnego i rekreacyjnego może, ale nie musi, doprowadzić do negatywnych skutków fizycznych, psychicznych i społecznych w życiu jednostki. Jednakże w każdym przypadku jest to zachowanie ryzykowne⁵⁵.

⁵¹ Ibidem, s. 27.

⁵² A. Strzelecka, *Używanie...*, op. cit., s. 36.

⁵³ K. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 57.

⁵⁴ C. Czabała, *Typologie...*, op. cit., s. 28.

⁵⁵ K. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 57.

Równie duży potencjał uzależnieniowy związany jest używaniem narkotyków do radzenia sobie z problemami psychopatologicznymi (lęki, depresja, anhedonia, zaburzenia w kontaktach interpersonalnych, bezsenność, nadmierne napięcie)⁵⁶. Wiele z osób realizujących ten model używania jest diagnozowanych jako podwójni pacjenci, co oznacza, że poza uzależnieniem występują u nich również zaburzenia psychiczne.

Ostatni model opisuje uzależnienie, określane również jako zażywanie przymusowe⁵⁷. Zwykle zauważa się, że jest ono efektem wieloletniego przyjmowania środków psychoaktywnych, ale nie można zapominać, że syntetyczność, a co za tym idzie, siła działania współczesnych narkotyków są tak wysokie, że do rozwoju uzależnienia wystarcza relatywnie krótki czas liczony nie w latach, ale tygodniach. Przez wiele lat za główny element pozwalający określić, czy osoba jest uzależniona, uważano występowanie u niej fizycznego zespołu abstynencyjnego w momencie, gdy ustawało działanie substancji. Odejście od tej koncepcji widoczne jest w definicji znajdującej się w 10 rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychiczych (dalej ICD-10). Uzależnienie jest tu rozumiane jako kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych oraz poznawczych, które pojawiają się w toku wielokrotnego zażywania środka. Zespół ten charakteryzuje silna potrzeba zażywania środka, trudności w kontrolowaniu tego zachowania, uporczywe używanie wbrew szkodliwym następstwom, zwiększona tolerancja, a niekiedy występowanie zespołu abstynencyjnego. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych dominuje nad innymi zachowaniami, które uprzednio miały dla jednostki większą wartość⁵⁸. W definicji tej widoczna jest współcześnie wykorzystywana do charakterystyki uzależnienia zasada trzech K: utraty kontroli nad używaniem substancji, kontynuacji używania mimo doświadczania negatywnych konsekwencji oraz kompulsji zażywania substancji⁵⁹.

W kryteriach diagnostycznych według DSM-IV-TR⁶⁰ (dalej DSM-IV) zaburzenia związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych podzielono na dwie grupy: 1) zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz 2) zaburzenia indukowane przez substancje psychoaktywne (zespoły amnestyczne, demencje, delirium, zatrucie substancjami psychoaktywnymi)⁶¹. W DSM-IV wyróżniono nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych. O nadużywaniu substancji mówimy, gdy mamy

⁵⁶ J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, op. cit., s. 122.

⁵⁷ K. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 57.

⁵⁸ A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 64.

⁵⁹ M. E. Seligman, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 621.

⁶⁰ Wciórka J. (red.), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Warszawa 2008.

⁶¹ M. Radochoński, *Podstawy...*, op. cit., s. 255–256.

do czynienia z zachowaniami nieprzystosowawczymi, tworzącymi wzorzec używania substancji prowadzący do istotnego z klinicznego punktu widzenia upośledzenia lub cierpienia, wyrażający się przez przynajmniej trzy z poniższych objawów pojawiających się w jakimkolwiek momencie w okresie 12 miesięcy:

- 1) ponawiające się używanie substancji, powodujące zaniechanie realizacji zadań zawodowych, szkolnych czy rodzinnych;
- 2) używanie substancji w sytuacjach, w których może stanowić to zagrożenie dla życia i zdrowia użytkownika lub innych osób;
- 3) problemy prawne spowodowane użyciem substancji;
- 4) kontynuowanie używania substancji mimo ciągłych lub ponawiających się towarzyskich i interpersonalnych problemów powodowanych lub prowokowanych skutkami użycia substancji⁶².

O nadużywaniu mówimy jedynie wówczas, gdy diagnoza wyklucza syndrom uzależnienia od substancji w tej samej klasie. Warto dodać, że w ujęciu WHO pojęcia używanie szkodliwe oraz używanie ryzykowne są tożsame z nadużywaniem⁶³.

We wspomnianym DSM-IV uzależnienie od substancji psychoaktywnych opisuje się jako nieprzystosowawczy wzorzec używania substancji, prowadzący do istotnego z klinicznego punktu widzenia upośledzenia lub cierpienia, wyrażający się przez przynajmniej trzy z poniższych objawów pojawiających się w jakimkolwiek momencie w okresie 12 miesięcy:

- 1) zmiana tolerancji związana z koniecznością dostarczenia coraz większej ilości środka w celu uzyskania pierwotnego efektu;
- 2) występowanie zespołu abstynencyjnego związanego z pojawieniem się efektu wycofania substancji i używania substancji uzależniającej w celu zmniejszenia lub uniknięcia dolegliwości związanych z zaniechaniem przyjmowania środka;
- 3) problemy z kontrolą ilości i częstotliwości przyjmowania substancji;
- 4) utrzymujące się pragnienie używania substancji (głód);
- 5) poświęcanie dużej ilości czasu na zdobycie substancji;
- 6) zaprzestanie lub ograniczenie innych ważnych do tej pory form aktywności zawodowej lub rekreacyjnych;
- 7) kontynuowanie zażywania substancji, mimo że osoba coraz częściej doświadcza problemów somatycznych i psychicznych spowodowanych lub zaostrzonych przez zażywanie substancji⁶⁴.

⁶² Ibidem, s. 256–257; M. E. Seligman, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 620–621.

⁶³ J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, op. cit., s. 122.

⁶⁴ M. E. Seligman, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 620–621; M. Radochoński, *Podstawy...*, op. cit., s. 256.

Początki uzależnienia są silnie zindywidualizowane. Mogą mieć one wymiar powstającej zwykle pierwotnie zależności psychicznej, połączonej z fizyczną, a czasami społeczną. Zależność psychiczna związana jest z silnym dążeniem jednostki do uzyskania pozytywnego bilansu emocjonalnego lub przynajmniej złagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych. Osoby uzależnione psychicznie z biegiem czasu zawężają repertuar zachowań mających wpływ na samopoczucie, ograniczając się do korzystania z substancji lub do wykonywania określonej czynności. Jest to o tyle łatwiejsze, że nie wymaga od jednostki nakładów emocjonalnych, jakie mogą wystąpić choćby przy podejmowaniu kontaktów interpersonalnych. Przyjęcie substancji w krótkim czasie daje efekt w postaci stanu zadowolenia, odprężenia, ulgi czy złagodzenia złego samopoczucia. Mamy zatem do czynienia z uzależnieniem od efektu działania środka⁶⁵. Zażywanie substancji generuje nie tylko potrzeby psychiczne, ale również biologiczne. Pojawiające się po zaprzestaniu brania nieprzyjemne objawy somatyczne (wymioty, biegunka, bóle mięśniowe, drżenia, drgawki, dreszcze, stupor, zapaść, objawy ze strony układu krwionośnego i oddechowego) oraz psychiczne (rozdrażnienie, niepokój) są najczęściej informacją, że narkotyk został włączony w procesy metaboliczne na poziomie komórkowym, stając się niezbędny do „poprawnego” funkcjonowania organizmu. Syndrom ten określa się mianem zespołu abstynencyjnego. W skrajnych wypadkach jego wystąpienie może doprowadzić do śmierci. W przypadku zależności fizycznej mamy zatem do czynienia z uzależnieniem do samego środka⁶⁶. Ostatni aspekt uzależnienia odnosi się do jego społecznego charakteru. Zależność powstaje wówczas w związku z funkcjonowaniem w określonej grupie społecznej, która w ramach swojej kultury akceptuje i propaguje zażywanie środków psychoaktywnych. Można powiedzieć w związku z tym, że pierwotny charakter ma w tym wypadku uzależnienie od grupy, a raczej od tego, jakie potrzeby grupa zaspokaja, czego przykładem mogły być grupy kontestującej młodzież w latach 60. i 70. XX wieku, przy wtórnym uzależnieniu od substancji⁶⁷.

Formy pomocy osobom uzależnionym oraz ich rodzinom

W Polsce do końca lat 70. XX wieku w zasadzie nie można mówić o systemowych rozwiązaniach związanych z pomocą i leczeniem osób uzależnionych od narkotyków, o wsparciu rodzin nie wspominając. Narkomani,

⁶⁵ M. Radochoński, *Podstawy...*, op. cit., s. 258; A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 65.

⁶⁶ *Ibidem*, s. 257; s. 65.

⁶⁷ *Ibidem*, s. 258; s. 66; Z. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 61.

tak jak inne osoby uzależnione, jeśli trafiały do placówek medycznych, to byli leczeni w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Podejmowane wobec nich działania okazywały się w większości nieefektywne, wzmagając poczucie zniechęcenia i frustracji. Dopiero działalność Oddziału Leczenia Toksykomanów w Lubiążu pod Wrocławiem⁶⁸, a także negatywne doświadczenia M. Kotańskiego związane z pracą z narkomanami w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Garwolinie stały się w dużej mierze przyczynkiem do rozpoczęcia budowy systemu leczenia uzależnienia oraz współuzależnienia⁶⁹. W połowie lat 80. władza nie mogła już powiedzieć, że nie istnieje problem uzależnienia od narkotyków. W związku z tym w 1985 roku przyjęto ustawę o zapobieganiu narkomani, która niemal do końca lat 90. była głównym aktem prawnym całościowo regulującym przeciwdziałanie temu zjawisku, włącznie z kwestiami odpowiedzialności karnej za czyny związane z nielegalnym obrotem narkotykami oraz ich produkcją⁷⁰. Dziś wśród aktów prawnych regulujących kwestie odpowiedzialności karnej oraz leczenia wymienić należy wspomnianą wcześniej Ustawę z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii z późniejszymi zmianami, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych⁷¹. Wymieniona ustawa określa zasady postępowania z osobami uzależnionymi oraz warunki, jakie winny spełniać podmioty świadczące terapię uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Aktualny system leczenia i terapii uzależnień funkcjonuje w ramach systemu opieki zdrowotnej, stanowiąc część systemu opieki nad osobami z za-

⁶⁸ Ordynatorem oddziału był w latach 70. Zbigniew Thille, współautor pionierskiej pracy dotyczącej uzależnień od substancji psychoaktywnych pt. *Toksykomania, zagadnienia społeczne i kliniczne*. Por. J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys historii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 5 (44)/2008, s. 20.

⁶⁹ Ibidem, s. 20.

⁷⁰ K. Krajewski, *Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii: pomiędzy represją a terapią*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 5 (44)/2008, s. 7.

⁷¹ D. Chojecki, E. Sokołowska, *System leczenia uzależnienia od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność*, (w:) A. Malczewski et. al., *2009 National Report to The EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. „POLAND” *New Development, Trends and In-depth information on selected issues*, Warszawa 2009, s. 56.

burzeniami psychicznymi. Pomoc jest bezpłatna i nie podlega rejonizacji. System leczenia i terapii uzależnienia oraz pomocy rodzinom osób uzależnionych tworzy sieć specjalistycznych placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych oraz stosunkowo jeszcze nieliczne w naszym kraju formy pośrednie w postaci oddziałów dziennych, hosteli czy programów postrehabilitacyjnych⁷². Zwykle pierwszym miejscem, do którego trafiają osoby z problemem narkotykowym oraz/lub ich rodziny, jest punkt konsultacyjny. Idea punktów konsultacyjnych „zrodziła się z autentycznej potrzeby, nie stworzyła go żadna machina biurokratyczna, ale samo życie”⁷³. W latach 80. do Stowarzyszenia MONAR przy ulicy Hożej trafiało coraz więcej osób uzależnionych oraz ich rodzin i znajomych wymagających pomocy. W odpowiedzi na tę sytuację powołano regularnie działający telefon zaufania oraz zaplanowano dyżury. Głównym celem punktu stały się działania mające przede wszystkim zachęcić narkomana do leczenia, a potem skierować go na drogę utrzymania abstynencji. Istotne było również podpowiedzenie rodzicom, w jaki sposób powinni reagować, by motywować do podjęcia walki z nałogiem, a nie utrzymywać lub pogłębiać patologiczny stan swojego dziecka⁷⁴. Pracownikami byli głównie neofici – byli pacjenci MONARU. Obecnie w punktach konsultacyjnych obok neofitów pracują profesjonaliści (terapeuci i konsultanci) wspierani przez wolontariuszy, których głównym zadaniem jest dokonanie wstępnej diagnozy problemu poprzez określenie fazy uzależnienia, udzielenie porad dotyczących zachowania wobec osoby uzależnionej, wspieranie decyzji o leczeniu i motywowanie do podjęcia odpowiedniej terapii⁷⁵. Ważnym obszarem działania punktów jest prowadzenie oddziaływań profilaktycznych w środowisku. W tym celu współpracują one z lokalnymi instytucjami edukacyjnymi oraz wymiarem sprawiedliwości. Ich cechą jest wysoka dostępność.

Działania podjęte w ramach punktu konsultacyjnego kontynuowane są zwykle w warunkach poradni ambulatoryjnych. Są to placówki o wysokim poziomie profesjonalizacji i szerokim dostępie⁷⁶. W ramach oferowanych przez nie usług dokonuje się pełnej diagnostyki medyczno-psychologicznej, zapewnia

⁷² J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys historii...*, op. cit., s. 20.

⁷³ W. Radajewski, *Działalność Centralnego Punktu Konsultacyjnego w Warszawie*, (w:) M. Kortański (red.), *Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki „Monaru”*, Warszawa 1984, s. 30.

⁷⁴ Ibidem, s. 30.

⁷⁵ R. Rejniak, *Formy pomocy osobom uzależnionym od narkotyków*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 5 (44)/2008, s. 36.

⁷⁶ W 2007 roku w Polsce działały 102 poradnie leczenia uzależnień. Por. D. Chojecki, E. Sokołowska, *System leczenia...*, op. cit., s. 58.

poradnictwo oraz terapię indywidualną i grupową⁷⁷. W poradniach istnieje możliwość wykonania testów narkotykowych oraz uzyskania skierowania na oddział detoksykacyjny. Poradnie prowadzą również działalność związaną z redukcją szkód w postaci programów wymiany igieł i strzykawek oraz terapię substytucyjną (metadon), edukacją pacjentów na temat chorób współwystępujących oraz podniesieniem bezpieczeństwa używania środków psychoaktywnych. Programy ambulatoryjne trwają z reguły maksymalnie 2 lata. Klasyfikuje się do nich tylko tych pacjentów, których charakteryzuje wysoka motywacja do zmiany lub którzy są w fazie nadużywania, bowiem „narkoman z wieloletnim stażem zbyt silnie jest zdeterminowany przez swój nałóg, aby mógł nawet przy silnej motywacji upilnować się sam”⁷⁸. Początkowo w programach poradnianych zakłada się wysoką intensywność oddziaływań, by z biegiem czasu zmierzać do autonomizacji pacjenta, co tworzy jednak wiele niebezpieczeństw związanych choćby z nawrotami⁷⁹. Wielu uczestników programów poradnianych w związku z niemożnością utrzymania abstynencji kontynuuje leczenie w placówkach stacjonarnych. Warunkiem tego jest często wypis z oddziału detoksykacyjnego, bowiem w ten sposób redukuje się prawdopodobieństwo wystąpienia problemów natury medycznej i psychicznej (psychozy).

Dwadzieścia pięć działających w Polsce oddziałów detoksykacyjnych do niedawna przeznaczonych były przede wszystkim dla osób uzależnionych od alkoholu oraz od opiatów. Zmiany w obrazie narkomanii na progu XXI wieku w Polsce spowodowały, że konieczne stało się rozszerzenie oferty w kierunku osób nadużywających i uzależnionych od amfetaminy, GHB czy ekstazy⁸⁰. Celem działania oddziałów jest przede wszystkim oczyszczenie organizmu ze szkodliwych substancji oraz likwidacja uzależnienia fizycznego, związanego z wejściem w reakcje metaboliczne substancji psychoaktywnej w żywym organizmie. W czasie dwutygodniowego leczenia podaje się substancje farmakologiczne mające na celu złagodzenie objawów abstynencyjnych (metadon, buprenorfina)⁸¹. Ważnym elementem jest również diagnostyka w kierunku HIV, WZW oraz innych chorób zakaźnych. Polepszenie samopoczucia i stanu zdrowia fizycznego powoduje, że wiele osób rezygnuje na tym etapie z dalszego leczenia. Chcąc temu zaradzić, już na etapie detoksykacji prowadzi się działalność edukacyjną mającą rozwijać

⁷⁷ Praca poradni oparta jest na dorobku wielu nurtów psychologicznych, przy czym w Polsce dominują programy oparte na założeniach społeczności terapeutycznej (MONAR) oraz modelu kognitywno-behawioralnym.

⁷⁸ W. Radajewski, *Działalność...*, op. cit., s. 33.

⁷⁹ Por. R. Rejniak, *Formy...*, op. cit. s. 37; J. Koczurowska, *Monarowski model przeciwdziałania narkomanii*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 5 (44)/2008, s. 39.

⁸⁰ J. Koczurowska, *Monarowski...*, op. cit., s. 37.

⁸¹ D. Chojecka, E. Sokołowska, *System leczenia...*, op. cit., s. 59.

motywację do dalszego leczenia. Część pacjentów trafia do placówek prowadzących leczenie krótko-, a dalej średnio- i długoterminowe.

Prowadzące leczenie krótkoterminowe oddziały leczenia uzależnień (OLU) stanowią wstęp do właściwej terapii. Oferują całodobową opiekę medyczną, pozwalając kontynuować często rozpoczętą w okresie detoksu farmakoterapię. Od początku prowadzone są kompleksowe oddziaływania terapeutyczne zorientowane na identyfikację pacjenta z objawami uzależnienia oraz wielopłaszczyznowa edukacja związana z rozpoznawaniem objawów, psychologicznych mechanizmów uzależnienia, skutków somatycznych i psychicznych spowodowanych wieloletnim nadużywaniem narkotyków. W czasie pobytu na oddziale pacjenci oswiają się z tożsamością osoby uzależnionej, zdobywają kompetencje do radzenia sobie z nawrotami oparte na indywidualnych systemach wsparcia. Przez cały czas trwania terapii (6–8 tygodni) pacjenci motywowani są do kontynuowania pracy w ambulatoryjnych programach średnio- i długoterminowych.

Stacjonarne leczenie średnioterminowe trwa zwykle około pół roku i jest prowadzone głównie przez placówki służby zdrowia. Realizowana w nich terapia jest zindywidualizowana i zintensyfikowana; łączy w sobie elementy teorii psychologicznych mechanizmów uzależnienia z metodą społeczności terapeutycznych. Celem jest podtrzymanie abstynencji, motywowanie do dalszego leczenia, modyfikacja strategii życiowych pacjenta. Część ośrodków daje możliwości kontynuowania nauki szkolnej, choć podkreśla się, że na tym etapie od nauki ważniejsze jest zdrowienie⁸².

Leczenie długoterminowe w Polsce prowadzone jest w chwili obecnej przede wszystkim przez ZOZ-y oraz organizacje pozarządowe, takie jak MONAR czy Karan. Działanie zdecydowanej większości z nich oparte jest na metodzie społeczności terapeutycznej, której duchowym ojcem był psychiatra M. Jonas, a samą nazwę ukuł T. Main. Za największego propagatora tej idei w Polsce uznać trzeba M. Kotańskiego, który w 1978 roku w Głuskowie założył pierwszy, jak na owe czasy rewolucyjny, oddział leczenia narkomanów poza szpitalem. Po pierwszych, dodajmy chwilowych, niepowodzeniach M. Kotański z grupą pacjentów wypracował elementarne, aktualne do dziś, zasady pracy metodą społeczności terapeutycznej⁸³. Do podstawowych zalicza się zasadę demokracji, konsensusu, permissywności, uczestniczenia i wspólnoty, realizmu, abstynencji, niestosowania przemocy, otwartości i jednocześnie ograniczonego zaufania⁸⁴. Społeczność terapeu-

⁸² Por. R. Rejniak, *Formy...*, op. cit. s. 38.

⁸³ M. Kotański, *Model leczenia narkomanii w Głuskowie*, (w:) idem (red.), *Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki „Monaru”*, Warszawa 1984, s. 17–21.

⁸⁴ J. Koczurowska, *Model stacjonarnej pomocy psychologicznej osobom uzależnionym*, http://www.monar.org/czytelnia/czyt_koczurowska.pdf [3.08.2010], s. 1–2.

tyczna stanowi swoisty mikroświat, często odseparowany przestrzennie (gospodarstwa, dworki z dala od aglomeracji miejskich) od naturalnego środowiska życia osoby, co z jednej strony pozwala odizolować jednostkę od kontaktów z innymi narkomanami, a z drugiej skupić się na pracy nad sobą. Jednorazowo w ośrodkach może znajdować się od 20 do 60 osób, zróżnicowanych pod względem stażu w terapii, którą zwykle dzieli się na trzy etapy: nowicjusz, domownik i monarowiec⁸⁵, którym przypisane są specjalne zadania, prawa i obowiązki. Osoby znajdujące się na ostatnim etapie bardzo często stają się częścią zespołu terapeutycznego, gdzie działają obok profesjonalistów – psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych oraz instruktorów. Głównymi formami oddziaływania są praca, nauka, zabawa, terapia indywidualna i grupowa oraz inne formy aktywnego spędzania czasu wolnego. Konieczna bywa również interwencja kryzysowa. Wszystkie formy pracy mają na celu rozwój osobisty każdego z członków grupy. Podobną funkcję pełnią liczne „obrzędy”, takie jak tworzenie kroniki, wspólne obchodzenie świąt, uczczenie przejścia do kolejnego etapu terapii czy rocznic powstania ośrodka⁸⁶. Codziennym rytuałem są spotkania społeczności o różnym charakterze: zwykłym, interwencyjnym, terapeutycznym czy w końcu organizacyjnym. Społeczność jest głównym organem decyzyjnym we wszystkich obszarach jej działania. Za najważniejsze czynniki leczące w terapii opartej na modelu społeczności terapeutycznej uznaje się wpajanie nadziei, samopomoc, socjalizację, uniwersalność problemów, interpersonalne relacje i więzi⁸⁷.

Po około dwóch latach przychodzi czas opuszczenia ośrodka. Absolutnie nie można tego faktu uznać za ostateczne wyzdrowienie, bowiem uzależnienie jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną. Stąd też neofitom zaleca się korzystanie z grupa wsparcia, np. Anonimowych Narkomanów. Idea Anonimowych Narkomanów (dalej AN) opiera się na programie anonimowych alkoholików, stąd grupy AN działają na podstawie Dwanaście Kroków

⁸⁵ Okres nowicjatu M. Kotański określał jako najważniejszy i najtrudniejszy. Mówił „on [narkoman – A. B.] werbalnie chce się leczyć, ale podświadomie w dalszym ciągu chce »brać«. Głównym zadaniem tego etapu jest konfrontacja z aktualną sytuacją oraz skutkami uzależnienia. Drugi okres »domownika« osiągną osoby, które wpasowały się w ciężki rytm codziennego życia ośrodka, ale przejawiają przy tym sporo własnej aktywności, dostrzegają pozytywne strony życia. Na tym etapie narkomanii odbudowują swoje wnętrze, uczą się od nowa relacji z ludźmi, poznają na nowo sens uniwersalnych wartości: miłości, przyjaźni i godności. Oswajają »szarość«. Ostatni etap »monarowca« to czas »odpepowiania« się od ośrodka, budowania sieci wsparcia w środowisku zewnętrznym. „Jest to okres chyba najtrudniejszy, bo trzeba się sprawdzić, czy to, w co się zostało wyposażonym, wystarczy do funkcjonowania w nowych warunkach”. Por. M. Kotański, *Model...*, op. cit., s. 24–27.

⁸⁶ J. Koczurowska, *Monarowski...*, op. cit., s. 42.

⁸⁷ *Ibidem*, s. 43–45.

i Dwanaście Tradycji. Kroki określają sposoby pracy nad sobą i swoimi problemami, co pozwala członkom najpierw na podjęcie decyzji o utrzymaniu abstynencji, a później powrót do zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego. Natomiast tradycje odnoszą się do zasad działania grupy i całej wspólnoty, stanowiąc swoisty manifest organizacji⁸⁸. Ruch jest otwarty dla wszystkich kobiet i mężczyzn, którzy mają problemy związane z zażywaniem środków psychoaktywnych, niezależnie od ich przynależności społecznej, religijnej, ekonomicznej, rasowej i etnicznej. Uczestnicy grup AN, zdrowiejąc, budują trwałą sieć wzajemnego wsparcia. Rdzeniem programu AN są: przyznanie się do problemu, poszukiwanie pomocy, zaangażowanie, gruntowna samoobserwacja, otwartość, tworzenie bezpiecznej, akceptującej atmosfery, zadośćuczynienie za wyrządzone krzywdy oraz pomoc tym uzależnionym, którzy nie chcą powracać do zdrowia⁸⁹. Główną usługą oferowaną przez AN są mityngi.

Wiele osób mających za sobą terapię długoterminową wymaga utrwalania jej efektów. Konieczne staje się wsparcie procesów ich reintegracji społecznej. Funkcję tę z powodzeniem pełnią specjalistyczne programy postrehabilitacyjne realizowane z wykorzystaniem hosteli i/lub mieszkań readaptacyjnych⁹⁰, wpisujące się w idee *halfway houses*⁹¹. Głównym zadaniem hosteli jest z jednej strony stabilizacja osoby w społeczności lokalnej, a z drugiej stworzenie dla niej warunków wolności kontrolowanej, w ramach której jednostka nabywa pozytywnego przekonania odnośnie do samodzielnego funkcjonowania oraz ćwiczy umiejętności nabyte we wcześniejszych fazach terapii. Hostele są przeznaczone dla osób od 16. roku życia. Mogą mieszkać w nich osoby uzależnione w stanie abstynencji oraz ich rodziny. W większości przypadków hostele są koedukacyjne (choć w Bielsku-Białej funkcjonuje hostel przeznaczony tylko dla kobiet). Oferta programu postrehabilitacyjnego obejmuje zwykle pomoc w poszukiwaniu pracy, uzupełnieniu wykształcenia, udział w grupie wsparcia, pomoc socjalną, prawną oraz psychologiczną. Uczestnicy korzystają z ambulatoryjnego programu pomocy postrehabilitacyjnej. Niektóre placówki prowadzą grupy wsparcia również dla osób spoza hostelu.

Przedstawiona powyżej oferta jest na tyle zróżnicowana, by mogły się w niej odnaleźć osoby o różnym nasileniu problemu. Trzeba jednak wyraż-

⁸⁸ M. Hędzulek, *Grupy samopomocy anonimowych narkomanów*, (w:) L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2006, s. 185–186.

⁸⁹ Strona internetowa Anonimowych Narkomanów: <<http://www.anonimowinarkomani.org>>.

⁹⁰ J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys...*, op. cit., s. 23–24.

⁹¹ A. Barczykowska, *Halfway houses – między więzieniem a wolnością (o roli placówek rezydencyjnych w systemie korekcyjnym w Stanach Zjednoczonych)*, 2010 (tekst w druku).

nie zaznaczyć, że mieści się ona w tzw. obszarze *drug free*, co oznacza, że pacjenci uczestniczący w którymkolwiek programie muszą zachować całkowitą abstynencję. Jest jednak grupa osób uzależnionych, które nie są w stanie lub nie chcą zmienić swoich ryzykownych zachowań związanych z używaniem narkotyków. „Typowy obraz osoby uzależnionej od opiatów po latach nieskutecznego leczenia to człowiek przejawiający bardzo destrukcyjne zachowania, o podupadłym zdrowiu fizycznym, zakażony HIV lub/i HCV, często leczący powikłania po iniekcjach, wychudzony, zaniedbany, łatwo rozpoznawalny na ulicy, na której często żyje, zetykietkowany jako ćpun, wyizolowany z rodziny i społeczeństwa, z którymi jest w konflikcie”⁹². Chcąc ustabilizować ich życie, ograniczyć szkody fizyczne, psychiczne, społeczne, a także możliwość wiktyimizacji i kryminalizacji proponuje się im udział w nisko- lub średnioprogramowych⁹³ programach substytucyjnych, wpisujących się w nurt *harm reduction*, polegających na ograniczaniu negatywnych skutków używania substancji psychoaktywnych⁹⁴. W ramach tych programów wymienia się igły i strzykawki, rozdaje się prezerwatywy oraz prowadzi terapię substytucyjną. Najczęściej wykorzystywanym substytutem jest metadon⁹⁵, będący agonistą⁹⁶ receptora opiatowego. W Polsce pierwszy program substytucyjny uruchomiony został w roku 1992 w Warszawie i był pionierski w skali Europy Środkowej i Wschodniej. Obecnie działa 15 pro-

⁹² B. Robaszkiewicz, M. Wójcik, *Tworzenie programów leczenia substytucyjnego w Polsce*, „Gazeta Wyborcza”, 02.02.2010.

⁹³ „Progowość” programów określa kryteria przystąpienia do nich. Programy niskoprogramowe zwykle nie nakładają na pacjentów żadnych wymagań, włącznie z utrzymaniem abstynencji. Mają one za zadanie ustabilizować życie pacjenta. Z kolei programy wysokoprogramowe nakładają ograniczenia i obowiązki, których zaniechanie powoduje usunięcie z programu. Podstawowym warunkiem jest często rezygnacja z używania narkotyków pochodzących z nielegalnych źródeł, a także odpowiedni wiek, wcześniejsze doświadczenie niepowodzenia w leczeniu uzależnienia. Por. G. Wodawski, *Mapa programów metadonowych w Polsce*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 5 (44)/2008, s. 48. Warto podkreślić, że w Polsce odmiennie niż w innych krajach Europy terapia substytucyjna ma charakter wysokoprogramowy.

⁹⁴ Poza terapią substytucyjną w ramach *harm reduction* prowadzi się programy wymiany igieł i strzykawek oraz rozdawnictwo prezerwatyw, edukację seksualną wśród dzieci i młodzieży oraz promuje zamianę kar więzienia na rzecz terapii. Por. A. Malczewski, *Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce i Europie*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 1 (45)/2009, s. 21–23.

⁹⁵ W Stanach Zjednoczonych coraz częściej wykorzystuje się buprenorfinę, która ma mniejsze działanie euforyzujące niż metadon. Zob. D. Rogowska-Szadkowska, G. Wodowski, *Krótką historia metadonu*, (w:) M. Curtis (red.), *Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki – wnioski płynące z badań i praktyki*, Warszawa 2007, s. 217.

⁹⁶ Agonista to lek, który charakteryzuje się podobnym działaniem do narkotyku powodującego uzależnienie. Por. A. Verster, E. Buning, *Skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów*, Warszawa 2004, s. 53.

gramów metadonowych, obejmując leczeniem od 800 do 1300 pacjentów⁹⁷. Pochodzące z końca lat 90. regulacje prawne określiły warunki uczestnictwa w programie metadonowym. Są nimi: trwające, udokumentowane minimum 3 lata uzależnienie, nieskuteczność zastosowanych wcześniej konwencjonalnych metod leczenia uzależnienia, zachowanie abstynencji, w tym poddawanie badaniom za pomocą testów na obecność narkotyków, wyrażenie zgodny na leczenie substytucyjne, od 2004 roku ukończenie 18 lat (wcześniej 21 lat). Osoby uczestniczące w programie wpisywane są do centralnego wykazu osób poddanych leczeniu substytucyjnemu, by uniknąć przyjmowania metadonu w wielu programach jednocześnie. Osoby zakwalifikowane do programu codziennie, osobiście zgłaszają się po metadon do poradni prowadzącej program, co pozwala kontrolować abstynencję oraz motywować do dalszego leczenia. Decydując się na tę terapię, trzeba mieć świadomość, że często jest to kuracja dożywotnia, choć w przypadku 50% po około 2–3 latach można mówić o trwałym zaleczeniu⁹⁸.

Terapia metadonowa, mimo że obecna w leczeniu uzależnienia od narkotyków od niemal półwiecza, wciąż budzi wiele kontrowersji, dzięki czemu jest jedną z najlepiej przebadanych procedur medycznych. Kontrowersje w dużej mierze związane są z kwestią dostarczania substancji zastępczych przy rezygnacji z podjęcia klasycznej terapii. Przez wiele lat te dwie metody stawiane były w opozycji. Zresztą do dziś MONAR jest jedną z najsilniej odrzucających terapię substytucyjną instytucji. Dziś coraz więcej dowodów wskazuje, że w przypadku osób uzależnionych od opiatów konieczne staje się raczej łączenie obu podejść⁹⁹.

Podsumowanie

Dynamicznie zmieniające się zjawisko narkomanii wymaga uspołniania dotychczasowych działań i tworzenia nowych form pomocy. Wydaje się, że Polska w ciągu ostatnich trzydziestu lat zrobiła dobry krok w tym kierunku. Wciąż jednak brakuje skutecznej profilaktyki, zbyt późno stawiana jest diagnoza, a pacjenci opiatowi mają trudności z dotarciem do placówek prowadzących terapię substytucyjną. Brakuje miejsc, gdzie możliwa byłaby terapia postrehabilitacyjna. Wiele do życzenia pozostawia praca z rodzinami osób uzależnionych. Wszystkie te kwestie stanowią wyzwania na kolejne lata.

⁹⁷ D. Rogowska-Szadkowska, G. Wodowski, *Krótką historia...*, op. cit., s. 224.

⁹⁸ A. Kobus, *Substytucyjna...*, op. cit., s. 169.

⁹⁹ B. Bukowska, *Integracja leczenia substytucyjnego i modelu społeczności terapeutycznych – nowe wyzwania i szanse*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 3 (47)/2009, s. 8–12.

Literatura

- Bętkowska-Korpała B. (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, Warszawa 2009.
- Cekiera C., *Ryzyko uzależnień*, Lublin 2001.
- Dimoff T., Carter S., *Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki*, tłum. J. Piotrowski, Ł. Ronikier, Warszawa 1993.
- Juczyński Z., *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa 2002.
- Malczewski A., Bukowska B., Jabłoński P., Kidawa M., Struzik M., Sokołowska E., Strzelecka A., Radomska A., Chojecka D., Bajeroska B., Jędraszak Ł., Muszyńska D., Krawczyk W. (red.), *2009 National Report to The EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „POLAND” New Development, Trends and In-depth information on selected issues*, Warszawa 2009.
- Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Warszawa 2008.
- Seligman M. E. P., Walker E. F., Rosenhan D. L., *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 2003.

