

**Janusz Sierosławski**  
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

## **DIAGNOZA POTRZEB W ZAKRESIE POMOCY NARKOMANOM W POZNANIU**

### **Badanie metodami jakościowymi**

#### **WPROWADZENIE**

Od początku lat dziewięćdziesiątych obserwuje się w Polsce wzrostowy trend narkomanii. Zmianom ilościowym towarzyszą zmiany w charakterze zjawiska. Polska scena narkotykowa zaczęła upodabniać się do zachodnioeuropejskiej. W wyniku zmian ustrojowych rozwiązywanie problemów społecznych zostało w znacznej części delegowane na poziom lokalny. Także w reakcjach na problem narkomanii poziom lokalny zaczyna odgrywać coraz większą rolę. Rodzi to zapotrzebowanie na diagnozy dostarczające informacji przydatnych do kształtowania lokalnej strategii prewencyjnej. Przykładem takiego przedsięwzięcia jest diagnoza wykonana przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na zlecenie Zarządu Miasta Poznań w 1998 r. Jej podstawą były badania przeprowadzone według metodologii wypracowanej w ramach projektu Multi-City Study realizowanego we współpracy z Grupą Pompidou (Rada Europy) (1, 6). W projekcie zastosowano wiele metod badawczych – zebrano i poddano analizie dane statystyczne instytucji reagujących na problem, zgromadzono wyniki wcześniejszych badań podejmowanych w mieście, wprowadzono system zbierania danych o zgłaszalności do leczenia (first treatment demand) według Protokołu Grupy Pompidou (2, 7) oraz przeprowadzono pogłębione wywiady z narkomanami w ich środowisku dobieranymi według schematu „kuli śniegowej” (snowball). W tym artykule przedstawione zostaną wyniki tego ostatniego przedsięwzięcia badawczego, tzn. badań wśród narkomanów wraz z wnioskami i rekomendacjami, jakie z nich płyną dla budowania lokalnej strategii prewencyjnej.

---

Badanie zostało sfinansowane przez Zarząd Miasta Poznań.

Poznań jest czwartym co wielkości miastem w Polsce, liczy 580 tys. mieszkańców. Jak wynika z badań ankietowych młodzieży szkolnej Poznań niewiele odbiega od średniej ogólnopolskiej pod względem rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków. Odsetki użytkowników poszczególnych substancji są trochę wyższe niż na poziomie kraju, ale znacznie niższe niż np. w Warszawie. Wskaźniki zgłaszalności do leczenia w mieście są nieznacznie wyższe niż ogólnokrajowe i znacznie niższe niż w regionach o dużym rozpowszechnieniu takich jak Warszawa, Wrocław, Szczecin czy Katowice. Także wskaźniki przestępczości związanej z narkotykami nie świadczą o szczególnie dużych rozmiarach problemu w Poznaniu, są one niemal dwukrotnie niższe niż ogólnopolskie.

Oferta pomocy dla narkomanów w mieście ogranicza się do jednej placówki ambulatoryjnej – Punktu Konsultacyjnego prowadzonego przez Monar. Narkomani mogą uzyskać pomoc także w poradniach zdrowia psychicznego oraz na oddziałach psychiatrycznych. Detoksykację osób chętnych do podjęcia leczenia zapewnia oddział detoksykacyjny w szpitalu psychiatrycznym w nieodległym Gnieźnie. Rehabilitacja dostępna jest w ośrodkach w całym kraju, województwo poznańskie nie dysponuje własnym ośrodkiem. Działania z zakresu ograniczania szkód (harm reduction) prowadzone są w mieście na niewielką skalę, głównie przez organizacje pozarządowe. Nie przybrały one jednak jak dotąd formy przemyślanych, kompleksowych programów. W sumie oferta pomocy dla narkomanów w Poznaniu jest uboższa niż w innych dużych miastach. Także dotychczasowa wiedza o zjawisku jest skromna. Stąd duża rola badań prowadzonych metodami jakościowymi.

Punktem wyjścia namysłu nad rozbudową oferty pomocy narkomanom trzeba uczynić diagnozę ich sytuacji życiowej, potrzeb, planów, stylu życia a także oczekiwań co do form pomocy. Z perspektywy racjonalnego planowania zasięgu działań trzeba też wiedzieć, przynajmniej w przybliżeniu, z jak dużą grupą potencjalnych klientów będziemy mieli do czynienia. Powinniśmy zatem dokonać oszacowania liczby narkomanów w mieście oraz zdobyć wstępną orientację co do liczby osób skłonnych skorzystać z planowanej oferty. Efektywne osadzenie oferty pomocy w społeczności wymagać będzie wiedzy o postawach mieszkańców wobec narkomanów. Wcześniejsze zebranie informacji pozwala na podjęcie środków zaradczych wyprzedzających spodziewany opór lub modyfikację planowanych działań. Zasygnalizowane wyżej zagadnienia stały się przedmiotem niniejszego badania. Objęło ono narkomanów, których spotkać można na ulicach miasta (street population). Ograniczenie badania do populacji leczonej zwykle prowadzi do skrzywienia wyników. Narkomani, którzy podjęli leczenie, nie są reprezentatywni dla wszystkich narkomanów, szczególnie w kwestiach, które miały stać się przedmiotem badania.

Zanim przejdziemy do prezentacji wyników, uściślenia wymagają takie kluczowe pojęcia jak narkoman czy narkotyk. Dla potrzeb tego badania narkoman został zdefiniowany jako osoba uzależniona od narkotyków lub osoba regularnie używająca narkotyków w sposób powodujący poważne problemy. Pod pojęciem narkotyku rozumieć będziemy substancje psychoaktywne inne niż alkohol i tytoń. Głównym przedmiotem naszego zainteresowania będą osoby używające substancji nielegalnych, a

więc takich, których produkcja i sprzedaż są nielegalne. Przykładami takich substancji mogą być marihuana, heroina, amfetamina czy kokaina. Oprócz substancji nielegalnych używane w celu odurzenia są też takie substancje legalne, jak leki uspokajające i nasenne (np. benzodwiazepiny czy barbiturany), narkotyczne leki przeciwbólowe (np. morfina czy fortral) oraz substancje wziewne (np. kleje, rozpuszczalniki czy niektóre środki czyszczące). Wprawdzie substancje te są legalne, to jednak wejście w ich posiadanie w celu niemedycznego stosowania wiąże się często z łamaniem prawa. Nie dotyczy to oczywiście substancji wziewnych, które są dostępne bez żadnych ograniczeń.

## CEL I PRZEDMIOT BADANIA

Podstawowym celem badania było dostarczenie danych przydatnych do opracowania programu pomocy dla osób przyjmujących narkotyki. Wyniki badania powinny również posłużyć jako punkt wyjścia do ewaluacji programu, jeśli zostanie on podjęty. Planując schemat zbierania danych potrzebnych do diagnozy staraliśmy się zatem uwzględniać informacje, które później wykorzystamy jako bazę do porównań z wynikami badań nastawionych na ocenę programu. Innymi słowy gromadziliśmy wiedzę o tych cechach osób badanych lub ich sytuacji, co do których przewidujemy, że mogą ulec zmianie w wyniku ewentualnego uczestnictwa w programie.

Problematyka badania koncentrowała się na opisie „biografii lekowej” badanych, ich obecnej sytuacji życiowej (stan zdrowia, sytuacja rodzinna, źródła utrzymania, mieszkanie itp.), stylu życia, problemów i trudności, z jakimi przychodzi się im borykać.

Drugim nurtem naszych zainteresowań była ocena postaw mieszkańców wobec narkomanii i narkomanów. Rozpoznanie dominujących w społeczności postaw wobec zjawiska będzie przydatne do określenia warunków realizacji programu. Ponadto wykorzystać je można do formułowania celów dla edukacji publicznej.

Wreszcie trzecim wątkiem poruszonym w wywiadach były informacje potrzebne bezpośrednio do planowania akcji, a więc ocena dotychczasowych form pomocy, gotowość respondentów do korzystania z jakichkolwiek form pomocy, oczekiwania co do ich kształtu i zakresu, a także identyfikacja ewentualnych warunków, pod jakimi badani byliby skłonni wejść w kooperację.

## METODA I MATERIAŁ BADAWCZY

Badania były realizowane metodą wywiadów pogłębionych, których struktura dyktowana była przygotowanymi wcześniej dyspozycjami. Pozostawiały one prowadzącemu dużą swobodę w kształtowaniu scenariusza rozmowy, wyznaczały natomiast ściśle zakres informacji, jakie należało zebrać. Kolejność poruszanych kwestii pozostawiała do decyzji prowadzącego wywiad. Możliwe były powroty do poruszanych wcześniej problemów, a nawet wskazane w przypadku, gdy informacje uzyskane później rzucały nowe światło na poruszane już zagadnienia. Wypowiedzi badanych były szczegółowo notowane przez prowadzącego wywiad. Sprawozdania z wywiadów, które stanowiły podstawę do analiz zawierały wierny zapis wypowiedzi

osób badanych, z zachowaniem ich specyfiki językowej. Chodziło o to, by na poziomie zbierania materiału do minimum ograniczyć proces interpretacji, który mógłby zniekształcić wypowiedzi respondentów.

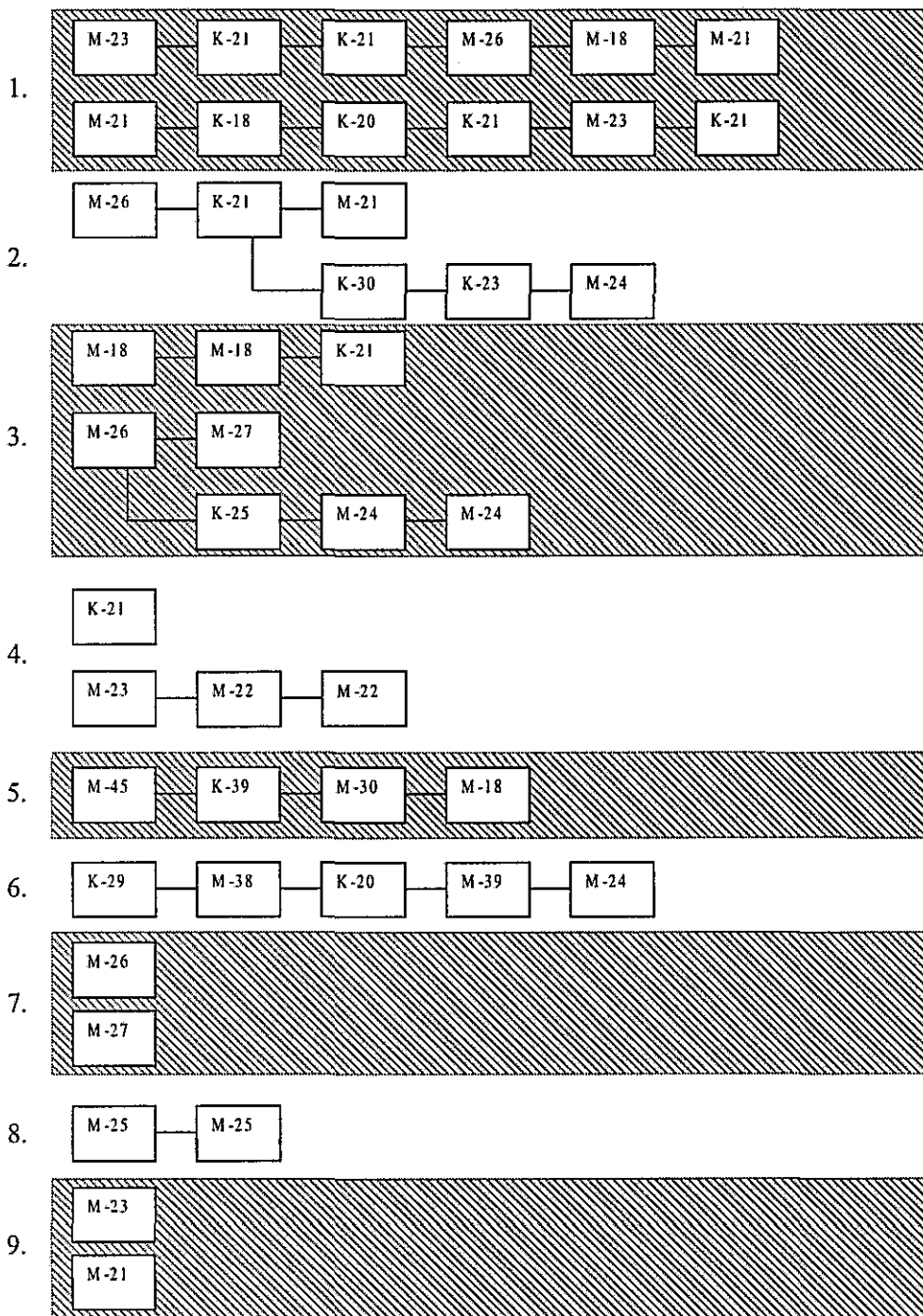
Informacje zbierane w wywiadach dotyczyły trzech porządków czasowych – przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Teraźniejszość traktowana była jako przedział czasowy obejmujący ostatnie 12 miesięcy przed badaniem. Sięganie w wywiadach do przeszłości pozwalało zgromadzić dane użyteczne do zrozumienia obecnej sytuacji badanych. Biografia lekowa, doświadczenia wyniesione z prób leczenia, dynamika sytuacji rodzinnej stanowiły ważne przesłanki budowania pełnego obrazu sytuacji osób, dla których będzie planowany system pomocy.

Dobór respondentów do badania przebiegał według schematu „kuli śniegowej” (3, 4, 5). Polega on na uzyskiwaniu kontaktu z kolejnymi respondentami za sprawą poprzednich badanych. Punktem startu (poziom „0”) były osoby zidentyfikowane przez ankieterów w miejscach, gdzie gromadzą się narkomani. Na podstawie informacji od policji oraz osób zajmujących się pomaganiem narkomanom („Monar”, „Powrót z U”) wytypowano takie miejsca, gdzie ankieterzy poszukiwali pierwszego kontaktu. Po przeprowadzeniu wywiadu z pierwszym narkomanem ankieter zbierał informacje o znanych respondentowi innych narkomanach. Spośród zebranych w ten sposób nominacji ankieter losował jedną, a następnie prosił nominującego o umożliwienie kontaktu z wylosowaną osobą. Docierał do tej osoby, przeprowadzał wywiad i prosił o wskazanie kolejnych osób, a następnie umożliwienie kontaktu z wylosowaną spośród nich osobą. Ta procedura była powtarzana, dopóki pozwalała docierać do nowych osób. W przypadku braku możliwości zrealizowania wywiadu z osobą wylosowaną spośród nominowanych (nieodstępność, brak zgody na rozmowę, itp.) losowano inną osobę. Wyczerpanie wszystkich nominacji pochodzących od ostatniego badanego upoważniało do cofnięcia się do niewykorzystanych nominacji pochodzących od poprzedniego badanego.

Dane o osobach nominowanych do dalszego badania zbierane były na specjalnych formularzach zawierających identyfikator, wynik losowania, opis sposobu nawiązania kontaktu oraz rezultat kontaktu.

Schemat powiązań między badanymi wykorzystanych do dotarcia do nich przedstawia rycina 1. W kwadratach zawarto informacje o płci i wieku respondenta. Cieniowaniem oddzielono wywiady realizowane przez poszczególnych ankieterów. Jak można odczytać z ryciny, w badaniu wzięło udział 9 ankieterów. Pięciu z nich wykonało wywiady startując od dwóch osób na poziomie „0”, czterech tylko od jednej. Najdłuższe łańcuchy nominowanych z którymi przeprowadzono wywiady składały się z sześciu osób. W sumie na poziomie „0” znajdowało się 14 respondentów. Były to osoby, od których rozpoczynało się badanie. W 5 przypadkach nie nominowały one nikogo lub z nikim ze wskazanych przez nie osób nie udało się zrealizować wywiadu.

Na innym formularzu zbierano dane wykorzystane do analiz ilościowych, których głównym celem było oszacowanie liczby narkomanów w mieście. Oszacowania dokonano metodą „benchmark” (8). Informacje zbierane o osobach wskazywanych przez respondentów to płeć, wiek, rodzaje przyjmowanych narkotyków, podejmowanie leczenia stacjonarnego, notowanie przez policję, status HIV oraz ewentualny fakt zgonu.



Ryc. 1. Struktura nominacji osób, z którymi przeprowadzono wywiady. Cyfry obok diagramu oznaczają kolejność ankietów.

W trakcie badania zrealizowano 47 wywiadów z osobami używającymi regularnie narkotyków w sposób powodujący problemy. Wśród respondentów było 32 mężczyzn (68%) i 15 kobiet (32%). Najmłodszy badany miał 18 lat, najstarszy – 45 lat. Średni wiek badanych wynosił 25 lat, a mediana wieku 23 lata. Mężczyźni byli średnio trochę starsi – średnia 25 lat (mediana 24 lata), niż kobiety – średnia 23 lata (mediana 21 lat). Poziom wykształcenia badanych był różnicowany począwszy od osób, które zakończyły swoją edukację na szkole podstawowej, a kończąc na takich, którzy kontynuują karierę edukacyjną na wyższej uczelni. Badani w znacznej części pochodzą z domów o bardzo dobrej sytuacji materialnej i wysokim statusie społecznym rodziców. Mniejsza grupa badanych pochodzi z rodzin zmarginalizowanych społecznie o bardzo trudnych warunkach materialnych. Stosunkowo najmniejsza grupa to osoby z przeciętnych rodzin o średniej sytuacji materialnej. Większość badanych jest rodowitymi mieszkańcami Poznania, mniejsza część to osoby, które przybyły do miasta. W niektórych przypadkach było to związane z przeprowadzeniem się ich rodzin do Poznania, w innych z przyjazdem na studia, wreszcie dla jeszcze innych, zwykle żyjących samotnie, Poznań jest tylko przystankiem w ich wędrówce po Polsce.

## WYNIKI

Prezentację wyników badania zaczniemy od analizy drogi, jaką przeszli badani od pierwszego kontaktu z narkotykiem do regularnego używania problemowego. Następnie przyjrzymy się wzorom używania narkotyków ze szczególnym uwzględnieniem zachowań ryzykownych. Kolejną kwestią poddaną analizie będzie sytuacja życiowa i style życia narkomanów. Następnie przekonamy się, jak postrzegane są przez badanych reakcje społeczne na ich problem. Potem przejdziemy do ocen obecnej oferty pomocy formułowanych przez badanych oraz ich oczekiwań w tym względzie. Prezentację wyników zamknie oszacowanie liczby narkomanów w Poznaniu.

### Od inicjacji używania narkotyków do narkomanii

Pierwsze kontakty badanych z narkotykami przypadały na koniec szkoły podstawowej i początek szkoły średniej, tj. wiek 14-16 lat. Do inicjacji używania narkotyków służyły im najczęściej substancje wziewne, leki uspokajające i nasenne lub marihuana. Tę ostatnią substancję spotykamy częściej w młodszej generacji narkomanów. Motywem sięgnięcia po narkotyki jest zwykle ciekawość. Niekiedy ten pierwszy raz wiązał się z potrzebą zaistnienia w grupie czy zaimponowania komuś lub przynajmniej nieokazania się „gorszym”, czy „mniej wtajemniczonym”. Często też trudno określić motyw – do pierwszego użycia dochodzi przypadkowo, warunkuje je splot czynników sytuacyjnych, bez wyraźnej intencji czy refleksji osoby sięgającej po narkotyk. Tak jest np. na młodzieżowej prywatce, na której pojawia się marihuana i chociaż nikt specjalnie nie namawia, to jednak większość nie odmawia.

Zarówno inicjacji, jak kontynuacji używania narkotyków sprzyja duża ilość niekontrolowanego przez dorosłych czasu wolnego. Ważnym czynnikiem okazał się też

brak zrozumienia ze strony najbliższych, brak miłości rodzicielskiej, brak zainteresowania dzieckiem. Ten drugi czynnik wydaje się grać większą rolę w procesie kontynuowania doświadczeń z narkotykami.

Ważnym momentem na drodze do uzależnienia i pełnej marginalizacji społecznej okazało się w wielu przypadkach zerwanie więzów z rodziną i wyprowadzenie się z domu. Powodowało to zwykle znaczne przyspieszenie procesu wchodzenia w uzależnienie i wiązało się ze zmianami wzorów używania narkotyków na bardziej destruktywne. Od tego momentu rośnie też ryzyko uwikłanie się narkomana w przestępczość, prostytutkę itp.

### **Wzory używania narkotyków**

Wśród badanych wyróżnić można kilka wzorów używania narkotyków. Pierwszy, tradycyjny i jednocześnie najbardziej destrukcyjny to opiaty domowego wyrobu, tzw. polska heroina, przyjmowane dożylnie. Do tego dokładane są niekiedy inne środki, takie jak leki uspokajające i nasenne, amfetamina, leki z grupy morfiny, konopie. Substancje te przyjmowane są zwykle razem z polską heroiną lub niekiedy zamiast niej w momentach kłopotów z podażą. Polska heroina pełni jednak w tym wzorze rolę narkotyku podstawowego, a jej użytkownicy to niemal zawsze ludzie głęboko uzależnieni. Drugi wzór to kombinacje różnych środków takich jak amfetaminy, halucynogeny, leki uspokajające i nasenne, konopie, rzadziej kokaina lub heroina. W kombinacjach tych występują czasem tylko niektóre z tych środków, trudno też zwykle określić narkotyk podstawowy, a nawet jeśli jest to możliwe, to tylko dla niezbyt długich okresów. Używanie narkotyków w iniekcjach w tym wzorze zdarza się rzadziej niż przy poprzednim. Nie zawsze też mamy do czynienia z pełnym uzależnieniem. Dla trzeciego wzoru narkotykiem podstawowym są konopie. Niekiedy dochodzą do tego inne substancje, takie jak amfetamina czy halucynogeny, ale tylko okazjonalnie. Marihuana lub haszysz są natomiast używane regularnie codziennie lub prawie codziennie. Nie spotyka się tu stosowania iniekcji. Trudno też zwykle mówić o pełnym uzależnieniu.

Trzeba podkreślić, że polska heroina pojawia się wyłącznie w pierwszym wzorze, w dwóch kolejnych nie występuje. Używanie polskiej heroiny jest podstawowym kryterium stratyfikującym poznańskich narkomanów. Można powiedzieć, że mamy do czynienia z dwoma wyraźnie odrębnymi światami narkomanów, których przedstawiciele nie darzą się ani sympatią, ani szacunkiem. Ktoś, kto wchodzi w krąg towarzyski użytkowników polskiej heroiny, praktycznie natychmiast wypada z kręgu osób używających środków według innych wzorów. Polska heroina jest przez tych ostatnich traktowana jako „dirty drug”, a ludzie którzy jej używają jako zdegradowani, tkwiący na samym dnie. W ocenach tych jest trochę prawdy, bowiem w większości przypadków używający „kompotu” są w gorszej sytuacji materialnej, życiowej i zdrowotnej niż osoby używające innych środków. Można jednak spotkać przedstawicieli tego pierwszego wzoru, którzy radzą sobie całkiem nieźle i przedstawiciele drugiego w znacznie gorszej kondycji. Nie ma to jednak znaczenia dla usytuowania w strukturze.

Osoby używające polskiej heroiny nie podzielają przekonania o swojej niższości. Wręcz przeciwnie – uważają, że to oni są tymi „wybranymi”, którzy doświadczają pełni szczęścia za sprawą narkotyków. Użytkownicy innych środków są traktowani przez nich z lekkim pobłażaniem, jak dzieci, które boją się sięgnąć po pełnię wtajemniczenia.

Grupa używających polskiej heroiny jest najsilniej zróżnicowana pod względem wieku i czasu od jakiego używają narkotyków. Znaleźć wśród nich można starych narkomanów, którzy swoją przygodę z opiatami domowego wyrobu rozpoczęli w latach siedemdziesiątych lub osiemdziesiątych oraz tych z lat dziewięćdziesiątych, którzy rekrutują się z przedstawicieli dwóch „nowych” wzorów. Praktycznie wszyscy użytkownicy polskiej heroiny mają za sobą nieudane próby leczenia, często wielokrotne.

Osoby używające narkotyków według dwóch „nowych” wzorów są zwykle młodsze, ich pierwsze doświadczenia na tym polu datują się na obecną dekadę. Niektórzy mimo regularnego używania narkotyków zachowali jeszcze status ucznia lub studenta. Większość z nich nie podejmowała dotychczas prób leczenia. Ich główny problem to trudności ze zdobyciem dostatecznej ilości środków finansowych na narkotyki, szczególnie jeśli używają tych droższych takich, jak heroina lub kokaina.

Badani w zasadzie nie mają problemów w dostępie do narkotyków. Każdy z nich ma kontakty w środowisku dostawców. Jednocześnie badani zgodnie twierdzą, że kupno narkotyków bez takich kontaktów jest trudne. W Poznaniu nie ma ulicznej sprzedaży narkotyków, takiej jak w Warszawie, Krakowie, czy Wrocławiu. Sprzedawcy są ostrożni, żeby kupić narkotyk, trzeba mieć rekomendacje.

Używanie narkotyków w iniekcjach nierzadko wiąże się z dzieleniem się igłami i strzykawkami. Częściej zdarza się to użytkownikom opiatów domowej produkcji. Wprawdzie badani wiedzą o związanym z tym ryzyku zakażenia, ale ryzyko to staje się bez znaczenia w sytuacji „głodu”. Badani, nawet ci, którzy starają się nie dzielić z innymi sprzętu do iniekcji, wskazują także drugi ryzykowny moment, kiedy nie mogą być pewni, czy nie doszło do złamania zasad bezpieczeństwa. Jest to stan głębokiego odurzenia, kiedy to nie są w stanie kontrolować swojego sprzętu.

Idea używania do każdego zastrzyku nowego, sterylonego sprzętu nie może liczyć na powszechną akceptację, jest dla nich w praktyce zbyt kłopotliwa. Środki bezpieczeństwa podejmowane przez narkomanów, to najczęściej używanie tylko własnego sprzętu i ewentualnie płukanie go, zwykle w chłodnej wodzie, bo gorąca może spowodować rozkalibrowanie igły. W przypadku polskiej heroiny często stosowanym zabezpieczeniem jest podgrzewanie narkotyku przed wstrzyknięciem w celu unieszkodliwienia HIV ewentualnie zawartego w narkotyku. Możliwość zakażenia jest często wypierana przez badanych lub wliczona w „ryzyko zawodowe”. Badani często nie są zainteresowani poddawaniu się testom na obecność przeciwciał HIV. Często wręcz boją się testu, wolą nie wiedzieć, niż zmierzyć się z informacją o wyniku pozytywnym.

### Sytuacja życiowa i style życia narkomanów

Najczęściej spotykane źródła utrzymania badanych to, obok rent i zasiłków, produkcja „polskiej heroiny”, handel narkotykami, drobna przestępczość (głównie kra-



dzieże w sklepach i kradzieże kieszonkowe), prostytutka – także męska, zebranie. W większości przypadków całość dochodów przeznaczana jest na narkotyki, często nie starcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych. Sytuacja życiowa większości badanych jest dramatyczna. Odrzucenie przez rodzinę, brak oparcia w kimkolwiek, bezdomność, brak stałych środków utrzymania to podstawowe wyznaczniki ich sytuacji.

Warunki życia badanych są najsilniej różnicowane przez fakt posiadania stałego miejsca zamieszkania. Narkomani w okresach bezdomności, mieszkają na dworcach, pod mostami, czasem znajdują czasowe schronienie u innych narkomanów. Są wtedy zwykle w gorszej sytuacji materialnej, zdrowotnej, psychicznej. Sprzyja to podejmowaniu po raz pierwszy takich zachowań dewiacyjnych i przestępczych jak prostytutka czy kradzieże.

W przypadku osób uzależnionych styl życia zorganizowany jest wokół konieczności zdobycia narkotyku. Aktywność w tym kierunku wyznacza rytm życia. W zależności od źródeł i sposobów zaopatrzenia będzie to produkcja narkotyku lub zdobywanie pieniędzy i zakup kolejnej dawki. Narkotyk dla osoby uzależnionej, w większości przypadków, już dawno przestał być źródłem przyjemności, jest on konieczny tylko po to by uniknąć cierpienia wynikającego z jego braku. Często niemal całe życie narkomana przesiąknięte jest strachem, że nie uda się zdobyć kolejnej dawki narkotyku. Sytuacja osób używających regularnie narkotyków, ale jeszcze nie uzależnionych, jest pod tym względem znacznie łatwiejsza. Chwilowy brak narkotyku nie jest naznaczony silnym cierpieniem, stąd zapewnienie ciągłych dostaw nie jest tak niezbędne, a okresy abstynencji dłuższe i częstsze. Badanym z tej grupy pozostaje też więcej czasu na inne niż zdobywanie narkotyków rodzaje aktywności życiowej. Wprawdzie regularne używanie narkotyków zawęży pole zainteresowań użytkowników do samych narkotyków jeszcze zanim dojdzie do uzależnienia, to jednak przynajmniej niektórzy z nich utrzymują się jeszcze w pracy, szkole czy na studiach.

Stan zdrowia większości badanych jest katastrofalny, zarówno pod względem somatycznym jak psychicznym. Najczęściej spotykane dolegliwości to choroby serca, nerek, wątroby (wielokrotne żółtaczki), ropnie i zapalenia żył. Wśród dolegliwości psychicznych najczęściej pojawia się depresja. Generalnie stan zdrowia osób używających polskiej heroiny jest gorszy niż przedstawiciele innych wzorów używania narkotyków.

### **Reakcje społeczne w ocenie badanych**

Badani w większości żyją na marginesie społeczeństwa, w poczuciu totalnego odrzucenia. Często spotykają się z przejawami niechęci a nawet wrogości. Są traktowani znacznie gorzej niż alkoholicy. Uznają to za głęboko niesprawiedliwe, bowiem ich zdaniem od alkoholików różni ich tylko rodzaj przyjmowanej substancji. Stąd najczęściej przejawianą potrzebą badanych jest potrzeba zrozumienia ze strony otoczenia. Z niechęcią społeczną w daleko większym stopniu spotykają się użytkownicy „kompotu”. Wynika to z jednej strony z kumulacji cech, jeśli nie potępianych społecznie, to przynajmniej kojarzących się z marginesem społecznym (zebranie, drobna przestępczość, bezdomność, brud itp.) z drugiej zaś z dużej widoczności społecz-

nej (narkomani „kompotowi” odznaczają się wyglądem i stylem życia, tak że są łatwi do identyfikacji). Ponadto narkomania łączy się w świadomości społecznej z zakażeniami HIV i z AIDS. W narkomanie zwykle widzi się nosiciela HIV, co często uruchamia reakcje lękowe i reakcje agresywne o podłożu lękowym. W wypowiedziach badanych, łatwo identyfikowalnych jako narkomani, odnajdujemy przykłady ostracyzmu ze strony przechodniów na ulicy czy przygodnych pasażerów komunikacji miejskiej. Nie można jednak stwierdzić, żeby agresja i lęk były jedynymi reakcjami, z jakimi spotykają się narkomani. W ich wypowiedziach znajdujemy również przykłady reakcji współczucia i chęci pomocy, a przynajmniej daleko posuniętej tolerancji. Choćby w przypadku kradzieży w sklepie towarów pierwszej potrzeby o niskiej wartości, sprawca znany jako narkoman może liczyć na łagodne traktowanie. Także w miejscu zamieszkania sąsiedzi przejawiają często postawę tolerancyjną, szczególnie jeśli narkoman nie jest dla nich zbyt uciążliwy. Generalnie można zauważyć tendencję do bardziej tolerancyjnej postawy ze strony osób usytuowanych w przestrzeni społecznej bliżej narkomanów niż osób nie znających tego problemu, stykających się z nimi przypadkowo. Przemawia to za potrzebą przybliżenia w ramach edukacji publicznej społeczności miasta prawdziwego obrazu narkomanii i problemów, z jakimi borykają się osoby nim dotknięte.

W wywiadach z badanymi z grupy poddanej najsilniej procesowi marginalizacji społecznej bardzo często znajdujemy rozpaczliwą potrzebę obrony resztek godności. Z wypowiedzi narkomanki zdobywającej pieniądze na narkotyki w drodze prostytucji, czy narkomana radzącego sobie z tym samym problemem poprzez dokonywanie kradzieży w większości przypadków odczytać można brak akceptacji dla tych czynów. Popycha ich do tego jedynie konieczność zdobycia narkotyku. Nie jest to zatem styl życia z wyboru, a raczej odpowiedź na sytuację, w której się znajdują. Od innych prostytutek czy innych złodziei, narkomanów wmieszanych w taką aktywność odróżnia wyraźna odraza, jaką budzi u nich to, co robią. Wydaje się, że objęcie tych ludzi substytucyjnym podaniem metadonu zlikwidowałoby jedną z przyczyn zachowań dewiacyjnych i w konsekwencji, być może, same zachowania. Można oczekiwać zatem, że program metadonowy przyczyniłby się do ograniczenia takich zjawisk jak drobna przestępczość czy prostytucja. Nawet jeśli nie będzie to spadek bardzo widoczny, to w przypadku prostytucji dotyczący najbardziej ryzykownego z perspektywy zdrowia publicznego segmentu. Warto zauważyć, że właśnie prostytucja jest jednym z niewielu „kanałów” rozprzestrzeniania się zakażeń HIV z grupy ryzyka, jaką są narkomani używający narkotyków w iniekcjach, do szerokiej populacji wszystkich mieszkańców.

Narkomani doświadczają nieprzychylnych reakcji społecznych nie tylko ze strony przeciętnych mieszkańców miasta, ale również ze strony przedstawicieli różnych instytucji. Badani często zwracają uwagę na kłopoty w uzyskaniu pomocy lekarskiej, w sytuacji gdy zostają zidentyfikowani jako osoby używające narkotyków.

### **System pomocy dla narkomanów w ocenie badanych**

Badani są zorientowani co do możliwości leczenia, wiedzą, gdzie w Poznaniu należy się zgłosić, aby podjąć leczenie. Większość badanych nie jest jednak leczeniem

zainteresowana, czy to dlatego, że leczenia nie potrzebują, bo nie czują się narkomanami, czy też dlatego, że uważają się za narkomanów tak zaawansowanych, że już niewyleczalnych.

Ci, którzy mieli do czynienia z Punktem Konsultacyjnym Monaru, bardzo wysoko oceniają zaangażowanie personelu, zwracają jednak uwagę na szczupłość oferty, bardzo trudne warunki lokalowe, zbyt małą liczbę pracowników. Oceny oddziałów detoksykacyjnych i ośrodków rehabilitacyjnych są w większości bardzo krytyczne. Często podkreślano nieskuteczność leczenia i rehabilitacji opierając się na własnych doświadczeniach, bądź doświadczeniach osób znajomych. Pesymizm terapeutyczny, nie obcy zresztą również osobom zajmującym się leczeniem narkomanów, wydaje się być czynnikiem ograniczającym zgłaszalność do leczenia i obniżającym jego efektywność. Narkoman przekonany o braku szans na wyleczenie nie jest skłonny leczenia rozpocząć, a nawet jeśli sytuacja go do tego przymusi, przekonanie o niewyleczalności działa na zasadzie samosprawdzającej się przepowiedni.

W wypowiedziach badanych bardzo często pojawiał się wątek stosunku personelu placówek leczniczych i rehabilitacyjnych, nacechowanego brakiem szacunku i zrozumienia. Według badanych jest to jeden z ważniejszych czynników utrudniających decyzję o podjęciu leczenia.

Badani indagowani o potrzeby w zakresie systemu pomocy nie mieli zbyt wiele do powiedzenia. Trudno było doszukać się w ich wypowiedziach entuzjazmu. Bez wątpienia pomoc socjalna byłaby przyjęta z dużą otwartością, jednak pozostałe formy pomocy spotkać się mogą z nieufnością. Nie można też raczej oczekiwać aktywności narkomanów w poszukiwaniu pomocy, wydaje się, że trzeba włożyć sporo wysiłku, żeby z jej ofertą dotrzeć do potencjalnych adresatów.

### **Oszacowanie liczby narkomanów w Poznaniu**

Badania wśród narkomanów w Poznaniu prowadzone były metodami jakościowymi – pogłębione wywiady – jednak przy tej okazji zebrano także materiał ilościowy, pozwalający na dokonanie oszacowań liczby narkomanów. Respondentów proszono o podanie kilku informacji o każdym znanym im narkomanie. Te informacje to między innymi płeć, wiek, rodzaj przyjmowanych narkotyków, podejmowanie leczenia stacjonarnego, notowanie przez policję, status HIV oraz ewentualny fakt zgonu. W sumie badani dokonali 239 nominacji. Do oszacowań wykorzystano dane dotyczące faktu leczenia osób nominowanych w placówkach stacjonarnych. W 42 przypadkach badani nie wiedzieli czy wskazany przez nich narkoman korzystał z pomocy lecznictwa stacjonarnego, czy też nie. Do oszacowań wykorzystano zatem 197 nominacji zawierających potrzebne informacje. Wśród nominowanych o 57 osobach było wiadomo, że byli leczeni, o pozostałych zaś, że się nie leczyli. Na tej podstawie oszacowano odsetek leczonych stacjonarnie narkomanów wśród wszystkich nominowanych. Wynosił on 28,9%. Z faktu, że 28,9% poznańskich narkomanów podejmuje leczenie nietrudno wyliczyć, że wszystkich narkomanów jest w mieście 3,46 razy więcej niż leczonych. Wykorzystując dane za 1997 r. możemy stwierdzić, że z powodu narko-

manii leczonych było stacjonarnie 100 mieszkańców miasta, co oznacza, że liczbę wszystkich narkomanów oszacować można na ok. 346 osób. Liczbę pochodzącą z oszacowania, mimo pozorowanej precyzji, należy traktować jako przybliżoną. Rzeczywista liczba narkomanów w Poznaniu może być trochę większa lub trochę mniejsza, jednak nie będzie ona znacznie odbiegać od oszacowanej.

Dane pochodzące z nominacji przynoszą także kilka dodatkowych informacji ilościowych. Na ich podstawie możemy oszacować, że wśród narkomanów w Poznaniu ok. 16% jest zakażonych HIV, a stopa zgonów wśród narkomanów w mieście wynosi ok. 10%. Informacje z nominacji pozwalają także określić odsetek narkomanów notowanych przez policję. Odsetek ten wynosi ok. 60%.

Powyższe oszacowania należy traktować jako bardzo przybliżone, dające raczej pojęcie o skali tych zjawisk niż ich dokładne liczbowe odwzorowanie.

## PODSUMOWANIE

Podsumowując wyniki badania trzeba wskazać na następujące prawidłowości:

1. Wśród poznańskich narkomanów wyróżnić można trzy wzory używania narkotyków:

– Opiaty domowego wyrobu, tzw. polska heroina, przyjmowane dożylnie. Do tego dokładane są niekiedy inne środki, takie jak leki uspokajające i nasenne, amfetamina, leki z grupy morfiny, konopie.

– Kombinacje różnych środków takich jak amfetamina, halucynogeny, leki uspokajające i nasenne, konopie, rzadziej kokaina lub heroina. W kombinacjach tych występują czasem tylko niektóre z tych środków, trudno też zwykle określić narkotyk podstawowy.

– Konopie jako narkotyk podstawowy, przyjmowany regularnie z dużą częstotliwością. Niekiedy dochodzą do tego inne substancje, takie jak amfetamina czy halucynogeny, ale tylko okazjonalnie.

2. Używanie narkotyków w iniekcjach charakterystyczne jest dla pierwszego wzoru, niekiedy występuje w drugim, nie pojawia się w trzecim. Używanie narkotyków w iniekcjach nierzadko wiąże się z dzieleniem się igłami i strzykawkami. Wprawdzie badani wiedzą o związanym z tym ryzyku zakażenia, ale ryzyko to staje się bez znaczenia w sytuacji „głodu”.

3. W Poznaniu można zidentyfikować dwa – odrębne kulturowo, charakteryzujące się odmienną sytuacją życiową, niezbyt sobie życzliwe – świąty narkomanów. Pierwszy z nich to osoby używające opiatów domowego wyrobu, drugi to pozostali narkomani.

4. Sytuacja życiowa większości badanych jest dramatyczna. Odrzucenie przez rodzinę, brak oparcie w kimkolwiek, bezdomność, brak stałych środków utrzymania to podstawowe wyznaczniki sytuacji większości z nich. Najczęściej spotykane źródła utrzymania osób, które nie są na utrzymaniu rodziców, to obok rent i zasiłków, produkcja „kompotu”, handel narkotykami, drobna przestępczość (głównie kradzieże w sklepach), prostytutka, żebranie. W większości przypadków całość dochodów przeznaczana jest na narkotyki, często nie starcza na zaspokojenie podstawowych po-

trzeb życiowych. Stan zdrowia większości badanych jest zły, w wielu przypadkach – katastrofalny, zarówno somatyczny jak psychiczny.

5. Badani żyją na marginesie społeczeństwa, w poczuciu totalnego odrzucenia. Często spotykają się z przejawami niechęci a nawet wrogości. Najczęściej przejawianą potrzebą badanych jest potrzeba zrozumienia ze strony otoczenia. W ich wypowiedziach bardzo często znajdujemy rozpaczliwą potrzebę obrony resztek godności.

6. Badani są zorientowani co do możliwości leczenia, wiedzą też, gdzie w Poznaniu należy się zgłosić, aby podjąć leczenie. Większość z nich nie jest jednak leczeniem zainteresowana, czy to dlatego, że leczenia nie potrzebują, bo nie czują się narkomanami, czy też dlatego, że uważają się za narkomanów tak zaawansowanych, że już niewyleczalnych. Wśród badanych dominuje przekonanie o nieskuteczności leczenia.

## WNIOSKI

Wyniki badania skłaniają do sformułowania następujących wniosków i rekomendacji do budowy oferty pomocy dla narkomanów w Poznaniu:

1. Za najpilniejszą sprawę w Poznaniu uznać można obecnie podjęcie planowych, szeroko zakrojonych działań z zakresu ograniczania szkód. Przemawia za tym znaczna grupa uzależnionych od polskiej heroiny, po nieudanych próbach leczenia, zniechęconych do podejmowania dalszych prób. Biorąc po uwagę, że nie zawsze udaje się im unikać dzielenia się igłami i strzykawkami, a niektórzy z nich trudnią się prostytutką, poziom zagrożenia chorobami infekcyjnymi (HIV, HBV) wydaje się znaczny. Program redukcji szkód powinien być adresowany przede wszystkim do osób używających narkotyków w zastrzykach, w tym głównie do osób uzależnionych od polskiej heroiny.

2. Najważniejsze elementy takiego programu to stworzenie możliwości substytucyjnego podawania metadonu, zapewnienie pełnego dostępu do igieł i strzykawek oraz środków dezynfekcyjnych. Program redukcji szkód powinien być prowadzony z wykorzystaniem metod „out-reach” (5), to jest zakładających aktywne docieranie do potencjalnych klientów i organizowanie interwencji w ich środowisku. Program taki powinien przyczynić się do ograniczenia ryzyka zakażeń oraz zmniejszenia zagrożenia drobną przestępczością.

3. W Poznaniu istnieje potrzeba rozbudowania istniejącej oferty leczenia ambulatoryjnego. Obok Punktu Konsultacyjnego Monar powinna powstać poradnia z pełnym zestawem świadczeń, obejmujących ambulatoryjne programy terapeutyczne dla uzależnionych od takich substancji jak przetwory konopi, amfetamina, czy halucynogeny. Jak wynika z badania, grupa użytkowników nowych środków nie musi kończyć swojej kariery na polskiej heroinie. Takie środki jak amfetamina, konopie, halucynogeny czy leki uspokajające i nasenne potrzebują znacznie więcej czasu, żeby doprowadzić ich użytkowników do stanu wymagającego pomocy. Wydaje się zatem, że fala zgłoszeń do leczenia jest jeszcze przed nami. Poradnia powinna również świadczyć pomoc postterapeutyczną dla osób po leczeniu stacjonarnym.

4. Ważnym czynnikiem efektywnej pomocy byłoby położenie dużego nacisku na współpracę między instytucjami, szczególnie istotna jest tu współpraca między sek-

torem leczenia i sektorem pomocy społecznej. Właściwie zorganizowane wsparcie socjalne jest często warunkiem powodzenia leczenia oraz ważnym czynnikiem unikania nawrotów po jego zakończeniu. Niezbędne jest też zapewnienie pomocy medycznej w zakresie schorzeń somatycznych.

5. Nie ma potrzeby organizowania w mieście lub województwie ośrodka rehabilitacyjnego, ani rozbudowy innych form leczenia stacjonarnego. Jednocześnie nie należy dopuścić do zamknięcia jedyne go w województwie oddziału detoksykacyjnego, a gdyby do tego doszło, należy zapewnić detoksykację w oddziałach specjalistycznych w innych częściach kraju.

## STRESZCZENIE

W 1998 r. zrealizowano badania wśród narkomanów w Poznaniu. Celem badania było dostarczenie danych przydatnych do opracowania programu pomocy dla osób przyjmujących narkotyki. Problematyka badania koncentrowała się na opisie „biografii lekowej” badanych, ich obecnej sytuacji, stylu życia, problemów i trudności, z jakimi przychodzi im się borykać. Zbierano także oceny postaw mieszkańców wobec narkomanów, oceny dotychczasowych form pomocy oraz gotowość respondentów do korzystania z pomocy.

Badaniu poddano narkomanów definiowanych jako osoby regularnie używające narkotyków w sposób powodujący poważne problemy. Respondenci byli dobierani do badania metodą „kuli śniegowej” (snow-ball). Zastosowano metodę wywiadu pogłębionego. Wywiadami objęto narkomanów w ich środowisku (street population).

Wśród poznańskich narkomanów wyróżnić można trzy wzory używania narkotyków. Pierwszy to opiaty domowego wyrobu, tzw. polska heroina, przyjmowane doustnie. Do tego dokładane są niekiedy inne środki, takie jak leki uspokajające i nasenne, amfetamina, leki z grupy morfiny, konopie. Drugi wzór to kombinacje różnych środków takich jak amfetaminy, halucynogeny, leki uspokajające i nasenne, konopie, rzadziej kokaina lub heroina. W kombinacjach tych występują czasem tylko niektóre z tych środków, trudno też zwykle określić narkotyk podstawowy. Dla trzeciego wzoru narkotykiem podstawowym są konopie. Niekiedy dochodzą do tego inne substancje, takie jak np. amfetamina czy halucynogeny, ale tylko okazjonalnie.

W Poznaniu można zidentyfikować dwa – odrębne kulturowo, charakteryzujące się odmienną sytuacją życiową, niezbyt sobie życzliwe – światy narkomanów. Pierwszy z nich to osoby używające polskiej heroiny, drugi to osoby używające narkotyków wg dwóch pozostałych wzorów.

Sytuacja życiowa większości badanych jest dramatyczna. Odrzucenie przez rodzinę, brak oparcie w kimkolwiek, bezdomność, brak stałych środków utrzymania to podstawowe wyznaczniki sytuacji większości z nich. Stan zdrowia większości badanych jest zły, w wielu przypadkach – katastrofalny. Badani żyją na marginesie społeczeństwa, w poczuciu totalnego odrzucenia. Często spotykają się z przejawami niechęci a nawet wrogości. Najczęściej przejawianą potrzebą badanych jest potrzeba zrozumienia ze strony otoczenia.

Badani są zorientowani co do możliwości leczenia. Brakowi zainteresowania leczeniem towarzyszy przekonanie o jego nieskuteczności.

Według oszacowań przeprowadzonych metodą benchmark (dane z wywiadów i dane lecznictwa), w Poznaniu mieszka ok. 350 narkomanów.

Wyniki badania sugerują, że w Poznaniu istnieje pilna potrzeba zintensyfikowania oddziaływań z zakresu ograniczania szkód oraz rozbudowy ambulatoryjnej oferty terapeutycznej.

**Słowa kluczowe:** narkomania, szacowanie rozpowszechnienia narkomanii, metody jakościowe

Janusz Sierosławski

**Needs assessment regarding assistance to drug addicts in Poznan.**

**Qualitative study**

### **SUMMARY**

There were conducted a qualitative study concerning drug addicts in Poznan in 1998. The aim of the study was to provide the data that could be used for preparing a program of assistance to drug addicts. The issue concerned a description of "drug biography" of the individuals under examination, their current situations, life styles, problems and difficulties they have to cope with. What was also gathered were the opinions on attitudes of the citizens towards drug addicts, opinions of the forms of assistance till now, and the willingness of the respondents to be helped.

The subjects of the examination were drug addicts defined as individuals who used drugs regularly in the manner causing serious problems.

The respondents were chosen using the snow-ball sampling. The method of the indepth interview was applied. The drug addicts were interviewed in their environment (street population).

Among Poznan drug addicts there are three patterns of drug use. The first one is homemade opiates, co called Polish heroine taken intravenously. There are sometimes tranquilizers, amphetamine, morphine drugs, and hemp used. The second pattern includes mixtures of various drugs: amphetamine, hallucinogens, tranquilizers, cannabis, less often cocaine or heroine. In those mixture there sometimes only some of those drugs, and usually it is difficult to identify the main drug. For the third pattern the main drug is cannabis. Sometimes there other substances added as amphetamine or hallucinogens, but only occasionally.

In Poznan there can be seen two culturally different drug addict circles, which face different life situations and are not friendly to each other. The first one includes individuals using the Polish heroine, and the other consists of individuals behaving according the two latter patterns.

The life situation of most of the people examined is dramatic. Most of them are abandoned by families, lacking any support, homeless, lacking any means for living.

The health status of most of the examined is bad, in many cases critical. They live on the society margin, feeling completely

rejected. They often face antipathy and even hostility. The most often expressed need is the need to be understood by the environment.

The examined know about the treatment possibilities. The lack of interest here is caused by the conviction that it is ineffective.

According to the estimates of the benchmark method (data from interviews and medical care data) 350 drug addicts live in Poznan.

The results of the study indicate that there is an urgent need for intensifying the activities harm reduction and for developing the outpatient treatment offer.

**Key words:** drug addiction, prevalence of drug addiction, qualitative methods.

## PIŚMIENNICTWO

1. Hartnoll R. (1994) *Multi-City Network on Drug Misuse Trends. Guidelines for City Reports and Annual Updates*. Council of Europe. Strasbourg.
2. Hartnoll R. (1994) *Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator. Definitive protocol*. Council of Europe. Strasbourg.
3. Hartnoll R., Balsa C., Griffiths P., Taylor C., Hendricks V., Blanken P., Nolimal D., Weber I., Toussirt M., Ingold R. (1995) *Handbook on Snowball Sampling*. Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe (P-PG/Epid (95) 3).
4. Korf D. J. (1997) The Tip of The Iceberg: Snowball Sampling and Nomination Techniques, *The Experience of Dutch Studies*. In: G. V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer, C. Taylor (ed.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Lisbon, EMCDDA.
5. Rhodes T. (1996) *Outreach work with drug users: principles and practice*. Council of Europe Publishing.
6. Sierosławski J., Zieliński A., Sierosławska U., Szata W. (1997) *Warsaw*. In: *Multi-City Network Eastern Europe*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
7. Stauffacher M. (1999). *Pompidou Group Project on Treatment Demands: Treated drug users in 23 European cities. Annual Update 1997. Trends 1992-1997*. Strasbourg. Pompidou Group, Council of Europe (P-PG/Epid (98) 18 rev).
8. Taylor C. (1997) *Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview*. In: G. V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer, C. Taylor (ed.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Lisbon, EMCDDA.