

Dorota Bazuń*

DEFINIOWANIE NARKOMANII - CIĄGŁOŚĆ CZY ZMIANA?¹

Interesującym aspektem przemian dokonujących się w Polsce są przeobrażenia w sposobie postrzegania i rozwiązywania problemów społecznych. Jednym z nich jest problem narkomanii. Celem artykułu jest pokazanie związku między zmieniającymi się sposobami definiowania narkomanii a strategiami mającymi na celu przeciwdziałanie jej. Przeobrażenia te będą zilustrowane na przykładzie ruchu Monar, największej polskiej organizacji pozarządowej, świadczącej pomoc na rzecz osób uzależnionych.

Z perspektywy konstruktywistycznej problemy społeczne wyłaniają się nie z powodu napięć w strukturze społecznej, ale w związku z tym, że ludzie definiują daną sytuację jako problematyczną. Takie właśnie podejście jest wykorzystane w artykule. Pokazuję na przykładzie działań Monaru, jak ewolucja podejścia do uzależnienia od narkotyków wpływała na poszerzanie pól działań oraz na uelastycznianie oferty pomocowej.

W pierwszej części krótko przedstawię wybrane teorie dotyczące problemów społecznych. W dalszych częściach dokonam przeglądu definicji narkomanii i wskażę, jak zmiany w sposobie definiowania tego zjawiska wpływały na przeformułowania modeli działań Monaru.

Problem społeczny może być ujmowany przez różne dyscypliny (Frysztacki 2000, s. 205-208). Na gruncie socjologii wyeksponowano dwa ujęcia: makrostrukturalne i mikrostrukturalne (Palen 1979, s. 3). W przypadku pierwszego uważa się, że problemy społeczne są wynikiem napięć strukturalnych (perspektywa strukturalna), naruszenia integracji i równowagi społecznej (teoria funkcjonalna) bądź nierównego dostępu do władzy (teoria konfliktu), mogą też wynikać z braku korzyści z wymiany społecznej (teoria wymiany). Podejścia mikrostrukturalne reprezentowane są przede wszystkim przez interakcjonizm symboliczny i wywodzące się z niego teorie naznaczenia społecznego (Siemaszko 1993, s. 265-273). Z punktu widzenia tych

***Dorota Bazuń** – dr, jest zatrudniona na stanowisku adiunkta w Zakładzie Socjologii Wiedzy Instytutu Socjologii Uniwersytetu Zielonogórskiego. Jej zainteresowania naukowe związane są z tematyką ruchów społecznych oraz klasycznymi i współczesnymi teoriami socjologicznymi.

¹Fragmenty tego tekstu zostały wykorzystane w książce *Monar – fenomen ruchu społecznego*; w druku.

koncepcji za warunek pojawienia się problemu społecznego uznaje się stan świadomości ludzi i narastające wśród nich poczucie niepokoju, które powoduje sprzeciw wobec zjawisk identyfikowanych jako negatywne (Siemaszko 1993, s. 205). Analiza problemów od strony konstruktywistycznej koncentruje się na ustaleniu, które zjawiska i w jaki sposób są definiowane przez społeczeństwo jako problematyczne (Abucewicz 2005, s. 79-107). Perspektywa konstruktywistyczna jest podstawą do rozważań na temat relacji między definicją zjawiska narkomanii a podejmowanymi w związku z tym działaniami. Podejście to umożliwia prześledzenie, jak zmiana optyki na temat problemu narkomanii wpływała na działania Monaru.

Identyfikowanie problemów społecznych w świetle interakcjonizmu symbolicznego odbywa się przez analizę tematów, które stają się ogniskiem uwagi publicznej i wymagają działań naprawczych. Według Herberta Blumera, tego typu podejście umożliwia wykrywanie i identyfikowanie problemów społecznych we wcześniejszych fazach ich rozwoju. Tymczasem koncepcje dewiacji, dysfunkcji czy napięć strukturalnych koncentrują się dopiero na przejawach problemów społecznych, natomiast pomijają etap ich wyłaniania się. Blumer wyróżnia następujące fazy kolektywnego definiowania problemu społecznego: (1) wyłanianie się problemu społecznego; (2) legitymizacja problemu; (3) mobilizacja akcji w celu zwrócenia uwagi na problem; (4) formowanie oficjalnego planu akcji; (5) transformacja oficjalnego planu w oparciu o praktykę (Blumer 1993, s. 52-53). Zwraca uwagę na to, że na proces ten wpływ mają relacje pomiędzy zaniepokojonymi sytuacją jednostkami oraz grupami zewnętrznymi; istotne jest też stanowisko, jakie w danej sprawie zajmują autorytety, instytucje, grupy interesu i tzw. szeroka publiczność (Blumer 1994, s. 51-56).

W modelu Malcolma Spectora i Johna Kitsuse'a (Spector, Kitsuse 1977) uwzględniono dalsze etapy tego procesu. Oficjalne rozwiązania zaproponowane przez różne agendy nie zawsze są satysfakcjonujące i wpływają na pojawianie się kolejnych, nowych żądań lub na formowanie się nowszych problemów. Następuje wielokrotne przeformułowywanie programów i działań dokonywane pod wpływem relacji z oficjalnymi agendami, „zajmowanie” się problemem jest tu więc ujęte jako proces wieloetapowy (Palen 1979, s. 8-11).

David Rochefort i Roger Cobb podkreślają, że znaczenie definicji formułowanych przez różne grupy interesu oraz to, że działania interwencyjne państwa zależą od preferowanej oficjalnie definicji problemu (Rochefort, Cobb 1994, s. 1-31).

Proces wyłaniania się narkomanii jako problemu społecznego w Polsce został omówiony w artykule Moniki Abucewicz (2005, s. 79-107); tutaj skoncentruję się przede wszystkim na tym, jak proces ten przebiegał w przypadku ruchu Monar. Ograniczę się do krótkiego zarysowania sytuacji przed założeniem pierwszego ośrodka monarowskiego.

W latach 70. władze próbowały wykreować definicję narkomanii jako problemu występującego tylko w społeczeństwach kapitalistycznych, natomiast w Polsce narkomanią miała być dotknięta jedynie wąska garstka „odszczepieńców”. Tego typu definicja miała wyraźnie piętnujący wydźwięk. Obowiązywał wówczas zakaz poruszania w mediach tematyki dotyczącej narkomanii, prostytucji i innych problemów (Marcinkowski, Jabłoński 2008, s. 19). Z tego powodu w świadomości społecznej problem narkomanii nie istniał. W wąskim kręgu specjalistów zajmujących się uzależnieniami wykształcała się stopniowo wiedza na temat tego zjawiska. Tak tę sytuację ujmuje Krzysztof Krajewski: „Początkowa reakcja ówczesnych władz na narastanie problemu narkomanii [...] polegała na próbach ukrycia przed społeczeństwem faktu jego istnienia” (2001, s. 396).

Lawinowy wzrost liczby osób uzależnionych w drugiej połowie lat 70. w związku z wynalezieniem środka zwanego „kompotem” wzbudzał wyraźne zaniepokojenie. Istniejące wówczas sposoby leczenia osób uzależnionych nie sprawdzały się. Rozprzestrzenianiu się narkomanii sprzyjał także bardzo niski poziom wiedzy młodych ludzi na temat uzależnień. Można powiedzieć, że na przełomie lat 70. i 80. sytuacja była bardzo zła. Otworzony w 1978 roku w Głoskowie ośrodek Monaru² stał się dość szybko znany w środowisku zainteresowanych problemem. Społeczność terapeutyczna tam funkcjonująca stała się symbolem i przykładem tego, że z narkomanią można jednak sobie poradzić. W tym sensie przykład monarowskiego Głoskowa stał się przełomowy w myśleniu o narkomanii i jej leczeniu w Polsce.

Narkomania w Polsce zmieniała się, a wraz z nią sposób definiowania tego zjawiska. Te modyfikacje wpłynęły na rozszerzanie oferty pomocowej oraz na wzrost specjalizacji działań Monaru. W latach 80. nastąpił duży wzrost liczby ośrodków i poradni dla osób uzależnionych Stowarzyszenia Monar. W tym czasie rozwijały się też agendy rządowe zajmujące się tym problemem³, w 1985 r. ukazała się pierwsza ustawa o zapobieganiu narkomanii (Dz. U. z 1985 r. Nr 4, poz. 15.). W latach 80. najczęściej stosowanym środkiem odurzającym był „kompot”. W latach 90. na rynku narkotykowym pojawiło się wiele innych środków odurzających. Zmieniło

²Był on na początku zamiejscowym oddziałem Szpitala Psychiatrycznego w Garwolinie.

³Na przykład Biuro ds. Narkomanii działające w strukturach MZiOS.

się też środowisko osób sięgających po narkotyki, obniżył się próg wiekowy inicjacji narkotykowej, coraz częściej po narkotyki sięgały dziewczęta, wzrosła dostępność środków odurzających, narkomania straciła też charakter subkulturowy. Na zmianę sposobu podchodzenia do problemu wpłynęła także sytuacja w związku z chorobą AIDS.

Ujęcie zmian w sposobie „definiowania” narkomanii umożliwia zwrócenie uwagi na to, w jaki sposób te zmiany wpływały na stosowane metody, ofertę pomocową i zmiany organizacyjne.

Choć zjawisko narkotyzowania się znane było w Polsce już wcześniej, jednak było mało rozpowszechnione i w związku z tym można przyjąć, że moment wyłonienia się narkomanii jako problemu społecznego przypada na przełom lat 70. i 80. Lata 1978-1981 charakteryzuje bowiem gwałtowny wzrost liczby uzależnionych od narkotyków, brak skutecznych systemów leczenia oraz wzrost społecznego zainteresowania tematyką narkomanii. Wzrósł także niepokój społeczny, ujmowany jako wstępny etap w procesie powstawania i rozwoju ruchu społecznego (Blumer 1994, s. 97-118)⁴. Ruch Monar powstał właśnie po to, aby pomagać w związku z uzależnieniem.

Zmiany sposobu definiowania problemu narkomanii wpływały na modyfikowanie form pomocy i dynamikę rozwoju ruchu. „Kariera” wyłaniania się problemu społecznego oraz jego rozwój są więc podstawą do powstawania części ruchów społecznych i rozwoju ich działań. Pierwszym etapem tworzenia ruchu jest, zdaniem Blumera, wzrost i rozwój niepokoju społecznego. Nie pojawia on się nagle i składa się z kilku etapów: predyspozycji do niepokoju społecznego, dramatycznych wydarzeń, procesu kolistej interakcji, otwartych przejawów niepokoju społecznego (Blumer 1994, s. 98-100). Koniec lat 70. w Polsce to okres, w którym zaznaczają się predyspozycje do niepokoju społecznego związanego z kryzysem gospodarczym i politycznym, ale także z niekorzystnymi zjawiskami społecznymi takimi jak szerzenie się narkomanii w Polsce. Kolejny etap – dramatyczne wydarzenia, dotyczy ogniskowania predyspozycji do zaistnienia niepokoju społecznego. W przypadku rodzącego się ruchu Monar był nim splot trudnych okoliczności takich jak: wzrost liczby uzależnionych osób, brak bazy leczniczej, wzrost ilości negatywnych zachowań towarzyszących narkomanii, np. kradzieży i innych przestępstw dokonywanych przez narkomanów. Niepokoilo to różne kręgi społeczne, zmuszało do poszukiwań środków zaradczych. Zaznaczyła się też potrzeba odejścia od rutynowego sposobu myślenia na temat narkomanii

⁴Wyróżnione przez H. Blumera stadia powstawania i rozwoju ruchu społecznego to: 1) wzrost niepokoju społecznego, 2) ruchliwość społeczna, 3) formalizacja, 4) instytucjonalizacja.

oraz sposobów jej zapobiegania i leczenia. W związku z tym w drugiej połowie lat 70. rozpoczęło się „poruszenie” wśród osób, które były niezadowolone z istniejącego systemu leczenia uzależnionych. Rozpoczęła się *kolista interakcja*, w czasie której zainteresowani tworzyli nową definicję sytuacji i wypracowywali wspólne sposoby działania. W procesie tym szczególną rolę odgrywają jednostki wyróżniające się, obdarzone prestiżem, cechami charyzmatycznymi i przebojowością. Ich działania w grupach niepokoju intensyfikują zdefiniowanie problemu. Rolę takiej postaci w ruchu Monar odegrał Marek Kotański. Do grona zainteresowanych problemem włączano kolejne osoby: terapeutów, pedagogów, uzależnionych i ich rodziny. Partykularne cele powstającego ruchu nie były wówczas precyzyjnie sformułowane. Uczestnicy i sympatyzujący z ruchem tworzyli grupę nacisku, która wskazywała na konieczność tworzenia systemu leczenia osób uzależnionych, a także na konieczność zmian prawnych (np. wprowadzenia zakazu upraw marihuany), potrzebę działań profilaktycznych. Dominowały działania o spontanicznym charakterze, przeprowadzane w atmosferze podniecenia, spełniania dziejowej misji. W latach 1978-1986 wykształcone zostały podstawowe strategie i sposoby działania ruchu Monar.

Na przełomie lat 70. i 80. problem nie mógł być dłużej ukrywany ani bagatelizowany przez władze. Alarmujące szacunki wskazywały na wzrost liczby uzależnionych. Coraz częściej zwracano uwagę na to, że problem ten zaczął się upowszechniać. Na tym etapie Monar tworzył swoje ośrodki, które realizowały model terapii wypracowany w Głuskowie. Następne stadium – formułowanie oficjalnego planu działania, zaznaczyło się poprzez uchwalenie pierwszej ustawy o zapobieganiu narkomanii w 1985 roku (Dz. U. z 1985 r. Nr 4, poz. 15) oraz poprzez tworzenie komisji i agend rządowych zajmujących się narkomanią. Kolejne lata działalności Monaru w otoczeniu rządowych agend, a także innych organizacji pozarządowych można określić jako transformację oficjalnego planu w oparciu o praktykę. Przejawami takich zmian były kolejne nowelizacje ustawy o zapobieganiu narkomanii, a także dalszy rozwój otoczenia instytucjonalnego zajmującego się problemem narkomanii. Monar, począwszy od lat 80., posiada najwięcej placówek udzielających pomocy uzależnionym, jednak w latach 90. przestał być monopolistą w tej dziedzinie.

Interesujące wydają się zmiany podchodzenia do problemu narkomanii w działaniach Monaru. Choć od początku przyjęto w organizacji definicję narkomanii jako choroby, to jednak samo podejście do niej podlegało modyfikacjom. Można uznać, że przełomowym momentem, który zaznaczył się na początku, była zmiana przekonania na temat możliwości wyleczenia, a nastąpiło to pod wpływem sukcesu ośrodka w Głuskowie. Późniejsze definicje

uwzględniały raczej możliwość zaleczenia niż wyleczenia. Wypracowanie metody terapii, która okazała się skuteczna stało się impulsem do rozwoju i potrzeby tworzenia kolejnych ośrodków. Stopniowo tworzone systemy lecznicze oraz formy, których celem była pomoc w utrzymaniu abstynencji po zakończeniu leczenia: grupy wsparcia (Grupy Wsparcia Anonimowych Narkomanów), udzielanie pomocy dla opuszczających ośrodki pacjentów (np. hostele, mieszkania). Wieloletnie doświadczenia w terapii uzależnionych wpłynęły także na przekonanie, że nie wszyscy pacjenci są w stanie utrzymać abstynencję. Było to z jednej strony stwierdzenie częściowej nieskuteczności leczenia, z drugiej jednak próba urealnienia podejścia, ponieważ około 70% uzależnionych powraca do nałogu. Można upraszczająco przedstawić owe definicje i uporządkować je chronologicznie, jednak wyznaczone przedziały czasowe mają charakter orientacyjny, ponieważ trudno wskazać na jednoznaczne cezury:

- *Narkomania jest chorobą – jednak skuteczność jej leczenia jest bardzo niska* – przekonanie części osób, że jest to problem nierozwiązywalny bądź w wersji bardziej optymistycznej, że z narkomanii uda się wyleczyć za pomocą sposobów medycznych. Takie podejście było charakterystyczne dla lat 70. Jest to etap medykalizacji problemu narkomanii (Marcinkowski, Jabłoński 2008, s. 19-21; Lignowska 1998, s. 251-256).
- *Narkomania jest chorobą uleczalną* – definicja wypracowana w wąskim kręgu osób zajmujących się uzależnionymi – została rozprzestrzeniona głównie ze względu na przykłady sukcesów w leczeniu uzależnienia w Głogowie, gdzie skuteczną metodą okazało się oddziaływanie społeczności terapeutycznej i terapii zajęciowej. Takie przekonanie na temat narkomanii zaznaczyło się na początku lat 80. Jest to etap demedykalizacji problemu narkomanii (Lignowska 1998, s. 251-256).
- *Narkomania jest chorobą zaleczalną* – osoby, którym udało się zerwać z nałogiem narażone są na powrót do uzależnienia, motywacja do abstynencji powinna być mocno ugruntowana – nurt leczenia, którego celem jest abstynencja był dominujący od połowy lat 80. do połowy lat 90.
- *Narkomania jest chorobą nie dla wszystkich zaleczalną* – nie wszystkie osoby podejmujące leczenie są w stanie je ukończyć, nie wszyscy utrzymują abstynencję – aby dać im szansę na godne życie pomimo uzależnienia i aby zmniejszyć ryzyko zakażenia AIDS i innymi chorobami, rozwinięty został nurt minimalizacji szkód i programy substytucyjne. Takie tendencje w myśleniu o uzależnieniu rozwijają się od połowy lat 90. Nurty abstynencyjny i minimalizacji szkód współlistnieją w postaci tzw. programów zintegrowanych.

Na przestrzeni 30 lat istnienia organizacji Monar zaszło wiele przeobrażeń, które wynikały z konieczności doskonalenia metod terapii w związku z ewolucją zjawiska narkomanii w Polsce i zmieniającymi się potrzebami. Funkcjonowanie organizacji w okresie PRL-u, potem zaś w okresie transformacji społeczno-ustrojowej wymagało także znacznej modyfikacji działań, ponieważ zmieniało się otoczenie instytucjonalne. W latach 90. pojawiła się konieczność radzenia sobie w konkurencji z innymi organizacjami świadczącymi tego typu pomoc.

Poniżej zarysuję główne zmiany w działalności Monaru (Zamecka 1997, s. 107-136; Koczurowska 2008, s. 39-45):

- a) odchodzenie od jednego uniwersalnego i sztywnego modelu, obowiązującego we wszystkich ośrodkach do połowy lat 80., tworzenie zróżnicowanej oferty terapeutycznej;
- b) liberalizowanie metody terapeutycznej, rezygnowanie z części zakazów i nakazów obowiązujących pacjentów i poszukiwanie pozytywnych sposobów motywowania pacjentów;
- c) uzupełnianie terapii przez udział w społeczności terapeutycznej o terapię indywidualną i terapię rodzin pacjentów;
- d) zmniejszanie roli terapii przez ciężką pracę fizyczną, zastępowanie jej terapią zajęciową oraz stymulowaniem aktywności pacjentów, np. w organizowaniu sobie wolnego czasu;
- e) koncentrowanie się nie tylko na uwolnieniu pacjentów od nałogu, przygotowywanie ich do powrotu do życia na zewnątrz – kształtowanie umiejętności dbania o siebie i swoje otoczenie, wyposażanie w praktyczne umiejętności;
- f) podkreślanie roli wykształcenia i uzupełnianie go w czasie leczenia;
- g) skracanie długości leczenia w ośrodku, jeśli pozwala na to sytuacja pacjenta, ewoluowanie w kierunku leczenia ambulatoryjnego w tych przypadkach, kiedy jest to uzasadnione sytuacją pacjenta (Koczurowska 2008, s. 44);
- h) utrzymywanie kontaktu z pacjentem po zakończeniu leczenia poprzez ośrodki, punkty konsultacyjne, poradnie czy grupy wsparcia, np. Grupy Wsparcia Anonimowych Narkomanów (GWAN);
- i) zwracanie uwagi nie tylko na pomoc w leczeniu z nałogu, ale także na realizację programów *harm reduction* – minimalizacji szkód wśród tych, którzy nie są zainteresowani programami abstynencyjnymi w związku z HIV/AIDS i innymi chorobami. Docieranie do uzależnionych poprzez

street workerów, party workerów, secondary exchange – wymianę pośrednią⁵.

Niektóre z wymienionych powyżej zmian wymagają dokładniejszego omówienia. Warto się zastanowić na przykład nad znaczeniem pracy fizycznej w terapii. W latach 80. w ośrodkach Monaru rozpoczynano pracę w zde-wastowanych budynkach⁶. Pacjenci remontując je wraz z kadra, przygotowywali miejsca dla siebie i innych i wówczas obowiązek pracy przyjmowany był lepiej niż wtedy, gdy miała ona być jedynie sposobem na zorganizowanie im czasu. W latach 90. Monar dysponował już bazą lokalową i nie było potrzeby takiego obciążania pacjentów pracą.

Zmiany w modelu terapeutycznym proponowanym przez organizację spowodowały zróżnicowanie oferty, tworzenie placówek mających specjalizacje i urozmaicone propozycje terapeutyczne. Złagodzone także regulaminy obowiązujące pacjentów w ośrodkach. Część wcześniej obowiązujących wymogów kwestionowali nawet pracownicy Monaru. Tak było na przykład z zakazem palenia obowiązującym we wszystkich ośrodkach do roku 1990. Na III Walnym Zjeździe Delegatów we Wrocławiu w 1990 roku podjęto uchwałę, że o podtrzymaniu zakazu palenia będą decydowali pracownicy i pacjenci ośrodka.

W pierwszych latach istnienia ośrodka w Głuskowie wiele kontrowersji budziła zasada jednokrotnego leczenia. Została ustanowiona przez społeczność, kiedy zauważono, że możliwość powrotu wpływała negatywnie na motywację pacjentów do leczenia. Zasada ta, jak twierdzili jej zwolennicy, wzmacniała motywację u kontynuujących leczenie, ale jak zauważali jej przeciwnicy, pozbawiała pomocy tych, którzy chcieli ponownie spróbować się leczyć (Kotański 1985, s. 55). Później, gdy powstało więcej placówek monarowskich reguła ta została złagodzona – można było podjąć leczenie po raz kolejny, ale już w innym ośrodku. W kolejnych latach dopuszczono możliwość podjęcia leczenia nawet w tym samym ośrodku, ale dopiero po trwającej jakiś czas karencji⁷. Obecnie w większości ośrodków wymóg ten

⁵Wymiana igieł i strzykawek realizowana przez narkomanów docierających do innych uzależnionych, którzy nie pojawiają się w typowych miejscach spotkań narkomanów, np. na „bajzlu” (miejscu handlu narkotykami). Wymiana pośrednia umożliwia szerszy zakres realizacji programu wymiany sprzętu do iniekcji.

⁶Taka sytuacja była w ośrodkach w: Głuskowie, Zaczerlanach, Gdańsku, Oryszewie i in. Dopiero w latach 90. pojawiła się inna strategia: najpierw przygotowywania miejsca, a potem dopiero przyjmowania pacjentów. Wcześniej włączano pacjentów w tworzenie i remontowanie ośrodka od początku podjęcia leczenia.

⁷Są jednak ośrodki nie przyjmujące pacjentów, którzy przeszli proces terapii w innych ośrodkach. Na przykład taka zasada obowiązuje w ośrodku Kraków-Pleszew.

jest złagodzony i sprawy przyjęć rozpatruje się stosując podejście zindywidualizowane.

Na początku tworzenia ośrodków powołano do życia wiele reguł i zwyczajów, które budziły kontrowersje i sprzeciw. Przykładem może być ścinanie włosów pacjentom, którzy chcieli opuścić ośrodek i wrócić do brania narkotyków. Zastrzeżenia budziła także zasada noszenia drelichów przez pacjentów-nowicjuszy. Ogólnie można powiedzieć, że w latach 80. dominowało podejście restrykcyjne, większy nacisk stawiano na zakazy i nakazy (Charmast 2003, s. 11), później formuła poddana została złagodzeniu i uproszczeniu. Obecnie obowiązujące zasady można sprowadzić do sześciu: abstynencja od środków psychoaktywnych i farmakologicznych, niestosowanie przemocy wobec innych, podporządkowanie się społeczności, aktywny udział w życiu domu, otwartość i ograniczone zaufanie, abstynencja seksualna (Koczurowska 2008, s. 42).

Zmiana podejścia w latach 90. wynikała także z głębszych przemian i wyciągnięcia wniosków z negatywnych doświadczeń oraz dostępu do nowych informacji. Jacek Charmast pisał o tym następująco: „Nowe czasy przyniosły szerokie możliwości wymiany doświadczeń działającym dotąd we względnej izolacji ośrodkom rehabilitacji. Dały możliwość częstszych kontaktów, wzajemnego pozytywnego podpatrywania. Wystąpiło zjawisko integrowania własnych doświadczeń z cudzymi” (Charmast 2003, s. 11).

Zmianą było także tworzenie ośrodków dla różnych wiekowo pacjentów. W 1983 roku powstał w Gdańsku-Matarni pierwszy monarowski ośrodek dla dzieci i młodzieży⁸. Podobny profil mają ośrodki w Łodzi, Budach Zosinych i Kamieniu Rymańskim.

Wraz ze zróżnicowaniem dostępnych narkotyków pojawiło się zapotrzebowanie na urozmaiconą ofertę leczniczą. Część ośrodków specjalizuje się w terapii pacjentów uzależnionych od określonych środków odurzających. Placówki różnią się także ze względu na to, w jaki sposób uwzględniają sytuację życiową pacjentów. Do niektórych z nich przyjmowane są matki z dziećmi, a także uzależnione pary.

Pośrednio zmiany w podejściu do problemu narkomanii ilustruje stosowana w odniesieniu do osób uzależnionych terminologia. Na początku lat 80. występowały głównie dwie nazwy – *narkoman* i *ćpun*, a w odniesieniu do podejmujących leczenie – określenie *pacjent*, *wychowanek*, *podopieczny*. Słowo *ćpun*, zaczerpnięte ze slangu młodzieżowego pojawiało się w wypowiedziach mniej formalnych, np. w wywiadach prasowych (Kotański 1985, s. 54-59), później stosowano coraz częściej określenie *podopieczny*, *pacjent*

⁸Jego liderką została Jolanta Koczurowska, która od 2002 roku pełni funkcję Przewodniczącej Stowarzyszenia Monar.

lub *klient*. W programach redukcji szkód częściej używa się określenia *klient*.

Sposób podchodzenia do narkomanii został wręcz zrewolucjonizowany ze względu na pojawienie się w Polsce choroby HIV/AIDS. Nowe zagrożenia, w pierwszych latach wielki lęk przed osobami z wirusem, utrudnienie sytuacji życiowej osób seropozytywnych, a także nałożenie się problemu uzależnienia i choroby AIDS, wszystko to wymagało zmodyfikowania podejścia. Efektem stało się rozwinięcie programów minimalizacji szkód, które zasadzają się na przekonaniu, że tym, którzy z różnych względów nie są w stanie utrzymać abstynencji narkotykowej, należy pomóc poprzez zmniejszanie negatywnych konsekwencji ich choroby⁹. Działaniami, które składają się na ten nurt są: wymiana igieł i strzykawek, rozdawanie prezerwatyw, noclegownie i hostele dla uzależnionych, wsparcie dla uczestników programów substytucji narkotykowej. Monar musiał poradzić sobie z prowadzeniem działalności antynarkotykowej przy przekonaniu, że sukces w tej walce jest tylko częściowy, około 30% pacjentów utrzymuje abstynencję, a pozostałym też trzeba jakoś pomóc. J. Charmast ujął to następująco: „Monar nie może przejść obojętnie nad faktem, że tysiące narkomanów dokonuje swojego żywota na ulicy i narażonych jest na przemoc we wszelkich jej postaciach. I tylko dlatego, że nie potrafi skorzystać z proponowanych, tradycyjnych ofert. Coś jest chyba na rzeczy, że tak mało ludzi wychodzi z uzależnienia i może należałoby pomyśleć, że to nie tylko ich wina” (Charmast 2005, s. 4). Stowarzyszenie próbuje utrzymać spójność swojej misji poprzez podkreślanie, że jest organizacją antynarkotykową, ale nie antynarkomańską. Celem jest pomoc w walce z uzależnieniem, ale przy poszanowaniu woli klienta i uwzględnieniu jego aktualnych możliwości. Efektem jest decyzja o udzielaniu pomocy nawet wtedy, gdy uzależniony nie jest gotowy zerwać z nałogiem. Monar prowadzi tzw. niskoprogowe programy redukcji szkód, nie zajmuje się substytucją narkotyków (Wodowski 2008, s. 48). Warto przy okazji zwrócić uwagę na to, że tego typu liberalne podejście nie jest powszechnie podzielane przez wszystkich pracowników Monaru. Niektórzy z nich uważają, że poszerzanie działalności o nurt minimalizacji szkód jest błędem, osłabia bowiem skuteczność dążenia do abstynencji. Nie oznacza to, że ci monarowcy są przeciwnikami działań na rzecz redukcji szkód w ogóle, uważają oni jednak, że to nie Monar powinien się tym zajmować.

⁹Nurt ten ma na celu także ochronę osób postronnych przed możliwością zakażenia czy to przypadkowego (ukłucie zakażonym sprzętem porzuconym w nieodpowiednich miejscach) bądź w związku z tym, że niekiedy zakażone narkomanki świadczą usługi seksualne.

Pojawia się w związku z tym szereg pytań. Czy liberalizacja metody terapeutycznej w ośrodkach monarowskich miała charakter strategii marketingowej w celu „utrzymania pacjentów”, czy była to raczej ewolucja modelu, wynikająca z potrzeby poprawienia jakości usług – czyli poszukiwanie skuteczniejszego modelu udzielania pomocy? Inaczej mówiąc, czy są to zmiany związane z dbałością o „interes” organizacji, utrzymanie pozycji na rynku organizacji zajmujących się leczeniem uzależnień w warunkach konkurencji? Czy ewolucja metody ma charakter poszukiwania nowych wartości i zastępowaniu sztywnego modelu bardziej humanistycznym i wymagającym indywidualizowanego podejścia do uzależnionych? Ten dychotomiczny sposób przedstawienia głównych dylematów nie wyklucza połączenia obu ujęć. Poszukiwanie modelu, który będzie odpowiadał pacjentom nie musi pociągać za sobą zmniejszenia skuteczności leczenia. Nowsze strategie terapeutyczne wiążą niepowodzenie leczenia z niedostosowaniem terapii do potrzeb pacjenta, nastąpiło więc odwrócenie sytuacji, zmiana sposobu myślenia o relacji *pacjent-oferta terapeutyczna*. Powrót do brania narkotyków traktowany jest bardziej w kategoriach niepowodzenia terapeutycznego niż nieprzystosowania się pacjenta do istniejącego modelu (Zamecka 1997, s. 121-122).

Ewolucja sposobów udzielania pomocy uzależnionym w obrębie systemu Monar wynikała z nabywania doświadczeń i zmieniania przekonań dotyczących modelu terapii (czynniki wewnętrzne w organizacji) oraz reagowania na różnego rodzaju zmiany dziejące się w otoczeniu organizacji. Jednak największy wpływ na ewolucję sposobów działania i zmianę modeli podchodzenia do uzależnienia miały zmiany zjawiska narkomanii w Polsce.

Podsumowując można stwierdzić, że pomimo pewnej stałości w sposobie definiowania narkomanii, zaznaczającej się w określaniu jej jako choroby, w ciągu trzech dekad istnienia Monaru zmieniały się sposoby podchodzenia do tego problemu. Ciągłość zaznaczała się w realizowaniu różnorodnych programów pomocy uzależnionym. Zmiana zaś polegała przede wszystkim na poszukiwaniu adekwatnych do potrzeb i sytuacji form pomocy. Efektem tych działań stało się odchodzenie od uniwersalnego i restrykcyjnego modelu terapii uzależnionych w kierunku urozmaiconej i bardziej liberalnej oferty pomocy.

Literatura

- ABUCEWICZ M. (2005), Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej. Część pierwsza: okres międzywojenny, „Alkoholizm i Narkomania”, Tom 18, Nr 3.
- BLUMER H. (1993), Social Problem as a Collective Behavior, [w:] *Collective Behavior and Social Movements*, red. R. L. Curtis, B. E. Aguirre, Boston.
- (1994), Niepokój społeczny i protest zbiorowy, [w:] *Obywatelska socjologia szkoły chicagowskiej*, red. E. Hałas, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin.
- CHARMAST J. (2003), Siła odśrodkowa – ciąg dalszy, „Monar na Bajzlu”, Nr 1.
- (2005), Wołanie o metadon, „Monar na Bajzlu”, Zima 2004/2005.
- DZIENNIK Ustaw z 1985 r., Nr 4, poz. 15.
- FIRLIT G. (1990), Młodzieżowy Ruch na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii – Monar. Powstanie i ewolucja ruchu, [w:] *Studia nad ruchami społecznymi*, Tom III, red. J. Supińska, W. Modzelewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- FRYSZTACKI K. (2000), Problemy społeczne, [w:] *Encyklopedia Socjologii*, Tom III, Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- KOCZUROWSKA J. (2008), Monarowski model przeciwdziałania narkomanii, „Serwis Informacyjny Narkomania”, Nr 5(44).
- KOTAŃSKI M. (1985), Model Głusków, [w:] *Magazyn MOVAR'85. Brać albo być*, Agencja Omnipress-Spółdzielnia Pracy Dziennikarzy, Warszawa.
- KRAJEWSKI K. (2001), Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii, Wydawnictwo Zakamycze, Zakamycze.
- LIGNOWSKA I. (1998), Młodzieżowy Ruch Na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii. MONAR jako przykład demedycyzacji problemu narkomanii w Polsce, [w:] *Małe struktury społeczne*, red. I. Machaj, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- MARCINKOWSKI J. T., JABŁOŃSKI P. (2008), Zarys historii terapii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym, „Serwis Informacyjny Narkomania”, Nr 5(44).
- PALEN J. J. (1979), *Social Problems*, McGraw-Hill, New York.
- ROCHEFORT D. A., COBB R. W. (1994), Problem definition: An emerging perspective, [w:] *The Politics of Problem Definition. Shaping the Policy Agenda*, red. D. A. Rochefort, R. W. Cobb, University Press of Kansas, Kansas.

-
- SIEMASZKO A. (1993), *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- SPECTOR M., KITSUSE J. I. (1977), *Constructing Social Problems*, Menlo Park, CA Cummings.
- WODOWSKI G. (2008), Mapa programów metadonowych w Polsce, „Serwis Informacyjny Narkomania”, Nr 5(44).
- ZAMECKA J. (1997), Profesjonalne koncepcje przeciwdziałania marginalizacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków, [w:] *Kontrola społeczna procesów marginalizacji*, red. J. Kwaśniewski, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW, Warszawa.

Dorota Bazuń

DEFINING DRUG-ADDICTION: CONTINUITY OR CHANGE?

Abstract

From the viewpoint of a constructivist perspective, social problems emerge not due to tensions in social structure but because people define a given situation as problematic. Such an approach is employed in this article, which presents the relation between the changing ways of defining the problem of drug-addiction and the strategies of countering it. This is exemplified using the case of *Monar*—Poland's biggest organisation providing help and assistance to drug-addicts.

During the 30 years of *Monar*'s activity, the ways of perceiving the problem were changing. Continuity was marked in consistent implementation of drug-addict assistance programmes. The change, on the other hand, consisted mainly in seeking methods suiting particular needs and situations. The effect of such activities was divergence from the universal and restrictive model of addict therapy, employed initially, towards a diversified and more liberal offer of help.