



Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 12/13 2000

Znajdź czas dla swojego dziecka

W rankingu różnorodnych problemów i zagrożeń społecznych narkomania spostrzegana jest jako jedna z najważniejszych i najpilniejszych spraw do rozwiązania. Badania wciąż wskazują na wzrost problemu, na wciąż nowe środki psychoaktywne, które robią „karierę” wśród polskiej młodzieży i - na dalece niewystarczającą wiedzę na temat narkotyków i nar-

komanii zarówno wśród dorosłych, jak i młodzieży. Rodzice, chociaż boją się problemu, często są przekonani, że zjawisko narkomanii nie dotyczy ich dziecka, ponieważ zbyt mocno utrwaliło się przekonanie, że po środki odurzające sięgają osoby tylko ze środowisk patologicznych. Wiedza młodych ludzi, chociaż znacznie szersza, przeważnie opiera się na mitach krążących wśród rówieśników. Młodzi ludzie z reguły zdają sobie sprawę z niebezpieczeństw wynikających z zażywania narkotyków, wychodzą jednak z założenia, że potrafią panować nad używaniem, narkotyki traktują na równi z alkoholem i papierosami, a przetwory konopi uważają wręcz za mało szkodliwe używki. Rozbieżność w spostrzeganiu problemu narkotyków przez młodzież i dorosłych, brak rzetelnej wiedzy, lęk wywołany przez narkotyki utrudniają dorosłym dyskusję z młodzieżą, a tym samym możliwość oddziaływać profilaktycznych.

Nasze dzieci i narkotyki
Ściągawka dla rodziców

26 CZERWCA
Międzynarodowy Dzień
Zapobiegania Narkomanii



„Znajdź czas dla swojego dziecka”

ogólnopolska kampania
Biura ds. Narkomanii

pod patronatem
Barbary Labudy Sekretarza Stanu
w Kancelarii Prezydenta RP

Wychodząc temu naprzeciw i uznając, że najlepszym miejscem, by zapobiegać używaniu narkotyków i nie dopuścić do uzależnienia jest rodzina, tegoroczną kampanię Biuro przygotowało z myślą o dorosłych pod hasłem „Znajdź czas dla swojego dziecka”.

Kampania prowadzona była głównie za pośrednictwem mediów i rozpoczęła się na blisko tydzień przed kulminacyjnym Dniem Zapobiegania Narkomanii przypadającym w dniu 26 czerwca. Czerwiec to szczególny miesiąc - przedsmak wakacji, a jednocześnie czas egzaminów do szkół średnich i egzaminów semestralnych na uczelniach - okres, który uważany jest za szczególnie sprzyjający używaniu narkotyków. Celem akcji było poinformowanie rodziców o zagrożeniach związanych z używaniem narkotyków przez ich dzieci, zachęcenie do poszerzenia swojej wiedzy na ten temat i przełamania oporów przed rozmową ze swoim dzieckiem. Hasło „Znajdź czas dla swojego dziecka” wydaje się być bardzo wymowne. Powinno nasuwać refleksje - czy rzeczywiście poświęcamy wystarczającą ilość czasu swojemu dziecku i w jaki sposób ten czas wykorzystujemy? W wielu audycjach radiowych, dyskusjach w programach telewizyjnych, a także na łamach prasy podkreślana była ogromna, chociaż tak niedoceniana, rola rodziny w profilaktyce uzależnień. Zwłaszcza Program III Polskiego Radia, który objął patronat medialny nad akcją i Radio „Bis”, na stałe współpracujące z Biurem, wiele czasu antenowego poświęciło tej problematyce.

Patronat nad przedsięwzięciem objęła Kancelaria Prezydenta, która równocześnie prowadziła akcję „Szkoła wolna od narkotyków” kierowaną przede wszystkim do szkół gimnazjalnych i średnich. W ramach tej akcji została przygotowana, również we współpracy z Biurem,

teczka wyposażona w poradniki zawierające podstawową wiedzę z zakresu profilaktyki narkomanii dla nauczycieli, uczniów i rodziców, a także w niezbędne informacje i wskazówki dla dyrektorów szkół, które mogą być pomocne przy organizowaniu programu antynarkotykowego w szkole lub na wypadek sytuacji kryzysowych. Należy mieć nadzieję, że spójność obu akcji dotycząca grupy odbiorców i czasu, w jakim zostały przeprowadzone, w znacznym stopniu przyczyniła się do osiągnięcia zamierzonych celów.

Środki masowego przekazu od dawna chętnie włączają się w prowadzone kampanie antynarkotykowe, dlatego ważne jest, by wiedza, którą przekazują była rzetelna i aktualna. W przededniu Międzynarodowego Dnia Zapobiegania Narkomanii odbyła się konferencja prasowa zorganizowana przez Biuro ds. Narkomanii z udziałem specjalistów z dziedziny problematyki narkomanii.

Piotr Jabłoński, dyrektor Biura, podkreślał rolę rodziny w profilaktyce uzależnień, konieczność pogłębiania wiedzy na temat narkotyków i narkomanii, która ułatwi dorosłym szczerą i partnerską rozmowę z młodzieżą, a tym samym skuteczniejszą profilaktykę.

Uczestniczący w konferencji biskup Antoni Długosz mówił w swoim wystąpieniu, iż patologia rodziny jest jedną z ważniejszych przyczyn narastającego zjawiska uzależnień młodzieży. „Gdy dziecko nie doświadcza w domu rodzinnym miłości, akceptacji, bezpieczeństwa, gdy rodzice nie uczestniczą w sukcesach i porażkach dziecka, gdy dziecko spotyka się albo tylko z zakazami, albo całkowitą swobodą - może dojść do poważnego zagrożenia w jego życiu.”

Janusz Sierosławski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii przedstawił najnowsze wyniki ba-

dań epidemiologicznych. Zwrócił uwagę dziennikarzy, że w środowiskach młodzieżowych dominuje obecnie „płytki indywidualizm i płytki kolektywizm” połączony z chęcią zapewnienia sobie maksymalnego luzu i zabawy oraz unikania przykrości. Między innymi z takiej postawy oraz braku perspektywy etycznej bierze się chęć sięgania po narkotyki. Z kolei Ewa Grycner z Poradni Profilaktyczno Leczniczej przedstawiła informację na temat obserwowanych w Polsce zmian dotyczących rodzajów i sposobów zażywania narkotyków.

Relacje z konferencji prasowej znalazły się, między innymi w serwisach informacyjnych ogólnopolskich stacji radiowych, w prasie, a Polska Telewizja nadała kilkugodzinny blok informacyjny poświęcony problematyce narkomanii.

W ramach kampanii Biuro ds. Narkomanii przygotowało broszurkę dla rodziców zawierającą kilka porad, co można zrobić, aby uchronić dziecko przed uzależnieniem, jak poznać, że ma ono kontakt z narkotykami oraz jak rozmawiać na te tematy. Broszurkę *Nasze dzieci i narkotyki - Ściągawka dla rodziców*, rozprowadzono jako wkładkę do „Gazety Wyborczej” 26 czerwca, w Międzynarodowym Dniu Zapobiegania Narkomanii w nakładzie 660 tysięcy.

(red.)

SPIS TREŚCI

Narkomania w Polsce w 1998 r. Dane stacjonarnego leczenia psychiatrycznego <i>Janusz Sierosławski</i>	4
Raport Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków (INCB)	15
Narkotyki a młodzież <i>Janusz Sierosławski,</i> <i>Antoni Zieliński</i>	26
Rozpoznawanie Zespołu Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi (ADHD) i jego leczenie lekami psychostymulującymi <i>Sprawozdanie z obrad Grupy Roboczej</i> <i>Cezary Markuszewski</i>	47
System informacyjny o narkotykach <i>Subregionalne spotkanie</i> <i>krajów nadbałtyckich</i> <i>Agnieszka Marchel</i>	50
Z publikacji zagranicznej European Addiction Research <i>System leczenia uzależnień w perspektywie międzynarodowej</i> <i>Janusz Sierosławski</i>	55
Nowe tysiąclecie bez Narkotyków	59

NARKOMANIA W POLSCE W 1998 r.

DANE STACJONARNEGO

LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO

W 1997 r. zaczęła obowiązywać w Polsce X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD 10) zastępując stosowaną od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych IX Rewizję. Efektem tej zmiany jest znaczne ograniczenie porównywalności danych z latami poprzednimi. Zarówno ograniczona przekładalność kategoryzacji stosowanych w obu Rewizjach, jak trudności związane z procesem wprowadzania zmiany utrudniają śledzenie trendów i skłaniają do dużej ostrożności w dokonywaniu porównań. Rok 1998 jest drugim rokiem obowiązywania nowej klasyfikacji. Dopiero dane z kolejnych lat mogą pozwolić na dokonanie oceny wpływu zmiany w systemie zbierania danych na zachowanie się trendu.

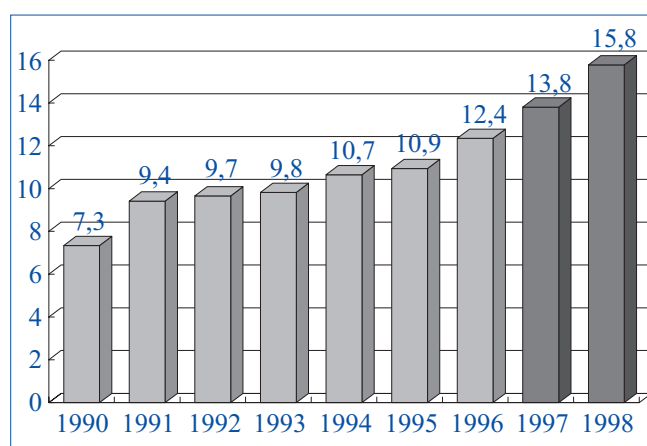
Zanim przejdziemy do prezentacji danych za 1998 r. przypomnijmy zmiany wprowadzone przez X Rewizję oraz ich konsekwencje dla analiz epidemiologicznych. Wedle klasyfikacji obowiązującej do 1996 r. na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem narkotyków mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne składały się „uzależnienie od leków” (304.0-304.9), nadużywanie leków bez uzależnienia (305.2-305.9) oraz psychozy lekowe (292). Komentarza wymaga termin „uzależnienie od leków”. Termin ten w języku diagnostyki medycznej używany był na określe-

nie nie tylko uzależnienia od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. W tym rozumieniu uzależnienie od leków to nie tylko uzależnienie od leków uspokajających i nasennych czy morfiny, ale również od takich substancji jak opiaty domowego wyrobu (tzw. „kompot”), marihuana, amfetamina, czy nawet substancje wziewne - np. kleje. Pod tym względem wprowadzenie X Rewizji niewiele zmieniło, zamiast terminu lek wprowadzono określenie substancja psychoaktywna. Zmiany dotyczą natomiast całego porządku klasyfikacji.

Trzeba przypomnieć, że punktem wyjścia poprzedniej klasyfikacji był rodzaj zaburzenia - nadużywanie, uzależnienie lub psychoza lekowa. W przypadku uzależnienia i nadużywania dopiero następny podział (czwarta cyfra w kodzie) odnosił się do rodzaju środka, w przypadku psychoz rodzaj środka nie był w ogóle określany. W obecnie obowiązującej klasyfikacji zmieniono tę zasadę. Punktem wyjścia jest teraz rodzaj substancji, dopiero następne podziały wskazują na rodzaj zaburzeń. W konsekwencji w obecnej klasyfikacji większy nacisk kładzie się na rodzaj substancji i dane na ten temat są pełniejsze, tzn. obarczone mniejszą liczbą braków danych, a tym samym lepsze, lecz nie do końca porównywalne z poprzednio

zbieranymi. Jednocześnie wprowadzono zmiany do klasyfikacji substancji, co dodatkowo utrudnia porównania. Najistotniejszą, z perspektywy analiz epidemiologicznych, zmianą jest brak w nowej klasyfikacji kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”. W efekcie większość uzależnionych od opiatów łączonych z innymi środkami, a była to zawsze bardzo pokazna grupa, wpada do kategorii „używanie różnych środków”. Uniemożliwia to wyodrębnienie grupy osób uzależnionych od opiatów i śledzenie zmian jej wielkości. Także grupa osób używających samych opiatów jest teraz nieporównywalna z poprzednimi latami. Można się spodziewać, że część lekarzy mając do czynienia z pacjentem biorącym opiaty i inne środki w sytuacji braku kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”, zamiast „uzależnienia mieszanego”, wybierze „uzależnienie od opiatów”.

Przed przystąpieniem do analizy danych wypada też przypomnieć, że leczenie psychiatryczne ambulatoryjne i stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawoz-



Graf 1.

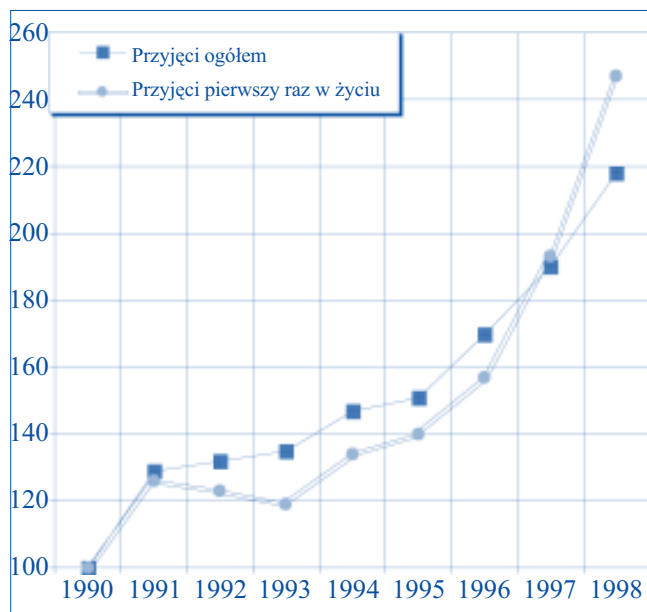
Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców).

Tabela 1.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19).

	Liczba osób	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców
1990	2803	7,34
1991	3614	9,42
1992	3710	9,66
1993	3783	9,82
1994	4107	10,65
1995	4223	10,94
1996	4772	12,35
1997	5336	13,81
1998	6100	15,78

dawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Kwestionariusz zawiera zakodowany identyfikator umożliwiający agregowanie danych na poziomie osób, a nie tylko przypadków. Podstawą drugiego są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni. Dane z leczenia stacjonarnego są zatem dokładniejsze - nie są one obarczone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. W tym komunikacie ograniczymy się do danych leczenia stacjonarnego, bowiem lepiej odzwierciedlają trendy epidemiologiczne.



Graf 2.

Dynamika wskaźników osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (1990 = 100).

Dane za 1998 r. przedstawimy na tle danych z 1997 r. i, o ile to możliwe, także lat wcześniejszych.

Do oceny trendów epidemiologicznych posłużymy się tu dwoma wskaźnikami wyliczonymi na podstawie danych leczenia stacjonarnego. Pierwszy to liczba osób przyjętych w danym roku obejmująca wszystkie osoby, któ-

re podjęły leczenie w tymże roku w którejś z placówek niezależnie od tego czy je w danym roku zakończyły, czy też kontynuowały w następnym. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku. W 1998 r. przyjęto do leczenia 6 100 osób. Oznacza to wzrost o 14,3% w stosunku do 1997 r., kiedy to przyjęto 5 336 osób (tabela 1). Pamiętając o niepełnej porównywalności danych z lat poprzednich trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego trwającego od początku lat dziewięćdziesiątych (grafy 1. i 2.). Wskaźnik przyjętych do leczenia stacjonarnego liczony na 100 tys. mieszkańców wzrastał każdego roku; jeśli dane z 1998 r. odnieść do 1990 r. wzrost ten jest ponad dwukrotny.

Inaczej jest, gdy analizuje się przyjęcia pierwszorazowe (tabela 2). W początkach lat dziewięćdziesiątych odsetek przyjęć pierwszorazowych malał z 45% w 1990 r. do 39,8% w 1993 r. W latach 1994-1996 odsetek pacjentów

Tabela 2.

Przyjęci po raz pierwszy i przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19).

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Pierwszorazowi	1260	1593	1547	1505	1693	1759	1980	2438	3115
Wszyscy	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100
% pierwszorazowych	45,0	44,1	41,7	39,8	41,2	41,7	41,5	45,7	51,1

Tabela 3.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji.

Typ uzależnienia	1997		1998	
	liczba	%	liczba	%
Opiaty	2313	43,3	2569	42,3
Uspokajające i nasenne	449	8,4	509	8,3
Kokaina	46	0,9	45	0,7
Konopie	70	1,3	110	1,8
Amfetamina	204	3,8	367	6,0
Halucynogeny	70	1,3	75	1,2
Wziewne	535	10,0	564	9,2
Mieszane i nieokreślone	1649	30,9	1861	30,5
Ogółem	5336	100,0	6100	100,0

pierwszorazowych utrzymywał się na stałym poziomie 41-42%. Oznacza to, że tempo wzrostu liczby nowych przypadków było takie samo, jak tempo wzrostu wszystkich leczonych. Dane za 1997 r. przyniosły wzrost odsetka przyjęć pierwszorazowych do poziomu blisko 46%. W 1998 r. obserwuje się kolejny wzrost, w wyniku którego odsetek ten wyniósł 51,1%. Oznacza to, że ponad połowa pacjentów zgłaszających się w 1998 r. do leczenia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu.

Zmiany w dynamice obu wskaźników są dobrze widoczne na wykresie (graf 2). W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1990 r. przyjęto za 100, a dane z kolejnych lat przedstawiono w proporcji do tych danych wyjściowych. W ten sposób przetworzone wskaźniki pokazują, jaki procent wielkości z 1990 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych ogółem przez całą dekadę wykazywał tendencję rosnącą, chociaż po 1995 r. wzrost nasilił się. Wskaźnik pacjentów pierwszorazo-

wych po wzroście w 1991 r. przez dwa kolejne lata spadał, by od 1994 r. powrócić do tendencji wzrostowej. Warto zauważyć, że od 1996 r. linia obrazująca trend przyjęć pierwszorazowych staje się coraz bardziej stroma, co oznacza przyspieszenie tempa wzrostu. W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile ogólna liczba pacjentów w 1998 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. niespełna 2,2 raza, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie prawie 2,5 raza.

Struktura diagnoz wg typu środka (zaprezentowana w tabeli 3.) unaocznia słabość aktualnej klasyfikacji chorób. Prawie jedna trzecia osób znajduje się w kategorii „mieszane i nieokreślone”. O środkach używanych przez tą grupę pacjentów praktycznie nic nie możemy powiedzieć. Najliczniejsza pozostaje grupa osób uzależnionych od opiatów (42%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy nadużywających substancji wziewnych (9%), leków uspokajających i nasennych (8%),

Tabela 4.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji.

Typ uzależnienia	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Opiaty i mieszane z opiatami	2163	2821	2897	2791	2996	3083	3257	x	x
Uspokajające i nasenne	99	188	103	130	82	67	81	449	509
Kokaina	2	2	4	–	2	2	4	46	45
Konopie	1	5	1	6	14	19	18	70	110
Amfetamina	14	2	20	39	65	92	97	204	367
Halucynogeny	5	1	8	9	10	4	14	70	75
Wziewne	199	222	201	228	321	317	435	535	564
Mieszane bez opiatów	167	196	124	93	90	115	169	x	x
Nieokreślone	137	159	128	135	147	110	209	x	x
Brak danych w czwartej cyfrze	16	18	224	352	380	414	488	x	x
Ogółem	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100

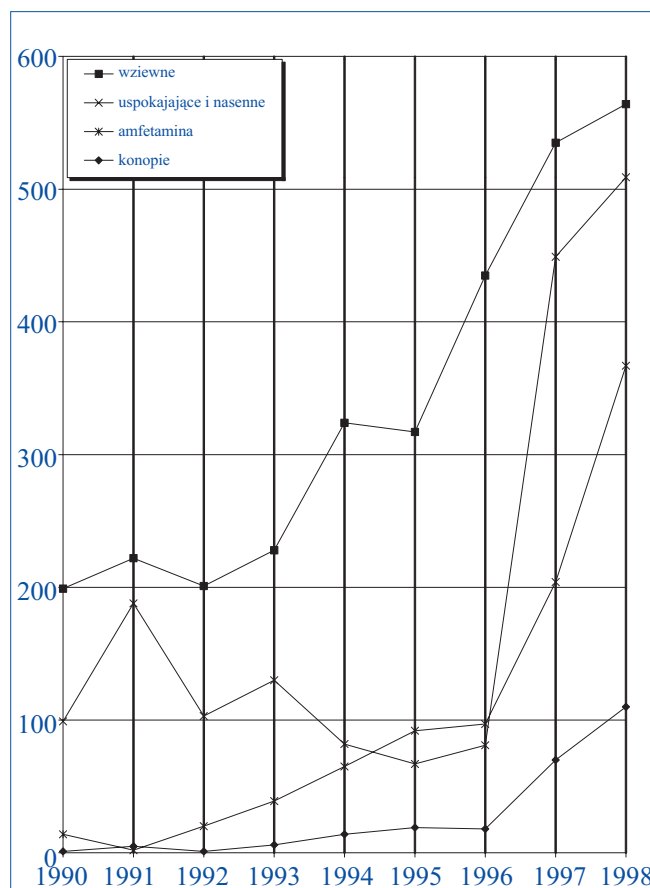
środków z grupy amfetamin (6%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 2%. Porównanie struktury rozpoznań w latach 1997 - 1998 (tabela 3) pokazuje na stosunkowo niewielkie zmiany. Jedyną większą zmianą to wzrost odsetka osób nadużywających środków z grupy amfetamin z 3,8% w 1997 r. do 6,0% w 1998 r.

Tabela 5.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci.

Płeć	1997		1998	
	liczba	%	liczba	%
Mężczyźni	3936	73,8	4519	74,1
Kobiety	1400	26,2	1581	25,9

Porównanie danych z lat 1997-1998 z wcześniejszymi napotyka wspomniane już bariery porównywalności. W latach dziewięćdziesiątych do 1996 r. wśród osób leczonych stacjonarnie, podobnie jak w latach ubiegłej dekady, dominowali pacjenci uzależnieni od opiatów produkowanych domowym sposobem (tabela 4). Dla niektórych z nich opiaty były jedynym używanym środkiem, pozostali obok opiatów przyjmowali również inne środki, głównie leki uspokajające i nasenne, a ostatnio coraz częściej amfetaminę. Opiaty były jednak zwykle podstawowym środkiem wyznaczającym charakter uzależnienia. Pacjenci z obu grup stanowili w 1996 r. ponad 70% leczonych. Zmiany w klasyfikacji nie pozwalają obecnie na identyfikację wszystkich osób nadużywających opiaty. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów naduży-



Graf 3.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1998 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych - wybrane typy środków (liczby pacjentów).

wających innych substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 4 i na grafie 3, w latach 1990-1998 zidentyfikować możemy następujące tendencje:

- kontynuację trendu wzrostowego liczby nadużywających substancji wziewnych, zapoczątkowanego w 1994 r., chociaż z mniejszym tempem wzrostu w 1998 r.
- kontynuację trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych, zapoczątkowanego w 1996 r. po spadku w dwóch poprzednich latach. Skala

wzrostu w 1998 r. jest także mniejsza, niż notowana w poprzednim roku.

- kontynuację, ze znacznym przyspieszeniem w 1998 r., zapoczątkowanego w 1992 r., wzrostu liczby osób nadużywających środków z grupy amfetamin.
- wzrost liczby osób nadużywających przetworów konopi, po wzroście zapoczątkowanym w 1993 r., przy czym ich liczba jest nadal mniejsza niż w przypadku amfetaminy. Także tempo wzrostu liczby osób z problemem przetworów konopi jest mniejsze niż w przypadku amfetamin.
- ustabilizowanie się liczby osób nadużywających kokainy, po skokowym wzroście w 1997 r.
- nieznaczny wzrost liczby osób nadużywających halucynogenów, po skokowym wzroście w 1997 r.

Tabela 6.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku.

Struktura wieku	1997		1998	
	liczba	%	liczba	%
- 15	190	3,6	221	3,6
16-19	811	15,2	1130	18,6
20-24	1303	24,5	1649	27,1
25-29	969	18,2	1026	16,9
30-34	789	14,8	733	12,1
35-39	536	10,1	522	8,6
40-44	367	6,9	374	6,1
45 +	357	6,7	427	7,0
Razem	5322	100,0	6082	100,0
Brak danych	14		18	
Ogółem	5336		6100	

Tabela 7.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1998 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci i rodzaju przyjmowanej substancji (odsetki badanych).

	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
Ogółem	42,1	1,8	8,3	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5
Mężczyźni	43,3	2,2	4,5	0,7	5,8	1,3	11,0	31,1
Kobiety	38,8	0,6	19,2	0,8	6,5	0,9	4,2	28,8

Struktura płci osób przyjętych do leczenia stacjonarnego jest od wielu lat stała. Także w latach 1997-1998 nie uległa ona zmianie. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 5, kobiety

stanowią ok. 26% pacjentów leczonych stacjonarnie.

Pewne zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku (tabela 6). Polegają one na

Tabela 8.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1998 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych).

Wiek	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
-15	6,8	2,3	0,5	–	1,8	3,6	64,3	20,8
16-19	30,4	3,5	1,9	0,6	11,2	2,7	19,1	30,8
20-24	52,2	2,4	2,1	1,0	9,6	1,0	6,6	25,0
25-29	49,3	0,8	3,1	0,9	4,9	1,1	5,7	34,3
30-34	50,5	0,5	6,3	0,5	1,8	0,5	2,7	37,1
35-39	48,9	1,3	14,4	0,8	1,0	0,2	1,1	32,4
40-44	37,4	0,5	24,6	0,8	1,1	–	1,3	34,2
45+	16,6	1,2	48,7	0,5	1,2	0,9	1,4	29,5
Ogółem	42,1	1,8	8,4	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5

Tabela 9.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1998 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg miejsca zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczba	Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców	Ranga	Zmiana wskaźnika (1997 = 100)
Polska	6100	15,8	114	
warszawskie	919	38,0	4	172
bialskopodlaskie	20	6,5	35	181
białostockie	90	12,8	20	102
bielskie	124	13,4	16	74
bydgoskie	79	7,0	33	100
chełmskie	20	8,0	27	182
ciechanowskie	14	3,2	48	73
częstochofskie	72	9,2	24	56
elbląskie	67	13,5	15	81
gdańskie	236	16,1	12	99
gorzowskie	55	10,7	22	157
jeleniogórskie	210	40,1	3	193
kaliskie	52	7,2	32	91
katowickie	577	14,8	13	102
kieleckie	60	5,3	43	108
konińskie	29	6,0	39	120
koszalińskie	121	23,0	8	100
krakowskie	99	8,0	29	98
krośnieńskie	23	4,5	45	88
legnickie	120	22,8	9	100
leszczyńskie	37	9,3	23	112
lubelskie	145	14,1	14	66
łomżyńskie	15	4,2	47	88
łódzkie	146	13,2	19	87
nowosądeckie	33	4,4	46	113

Województwo	Liczba	Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców	Ranga	Zmiana wskaźnika (1997 = 100)
olsztyńskie	271	34,9	6	166
opolskie	137	13,4	17	102
ostrolęckie	26	6,3	36	129
pilskie	66	13,3	18	185
piotrkowskie	57	8,9	25	102
płockie	41	7,9	30	130
poznańskie	171	12,6	21	119
przemyskie	30	7,2	31	67
radomskie	47	6,2	38	132
rzeszowskie	49	6,5	34	86
siedleckie	36	5,4	42	95
sieradzkie	33	8,0	28	123
skierniewickie	11	2,6	49	58
ślupskie	27	6,3	37	66
suwalskie	136	27,8	7	113
szczecińskie	365	36,7	5	114
tarnobrzeskie	31	5,1	44	80
tarnowskie	39	5,6	41	122
toruńskie	116	17,2	10	84
wałbrzyskie	125	17,0	11	125
włocławskie	26	6,0	40	146
wrocławskie	457	40,2	2	137
zamojskie	42	8,6	26	106
zielonogórskie	295	43,5	1	147
Obcokrajowcy	22			
Brak danych	81			

wzroście odsetka osób w wieku 16-24 lat i spadku odsetków z grup 25-39 lat. Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych, tj. powyżej 40 roku życia, są względnie stałe.

Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych jest kolejnym sygnałem narastania fali zjawiska. Stały odsetek osób poniżej 15 roku życia nie potwierdza potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci.

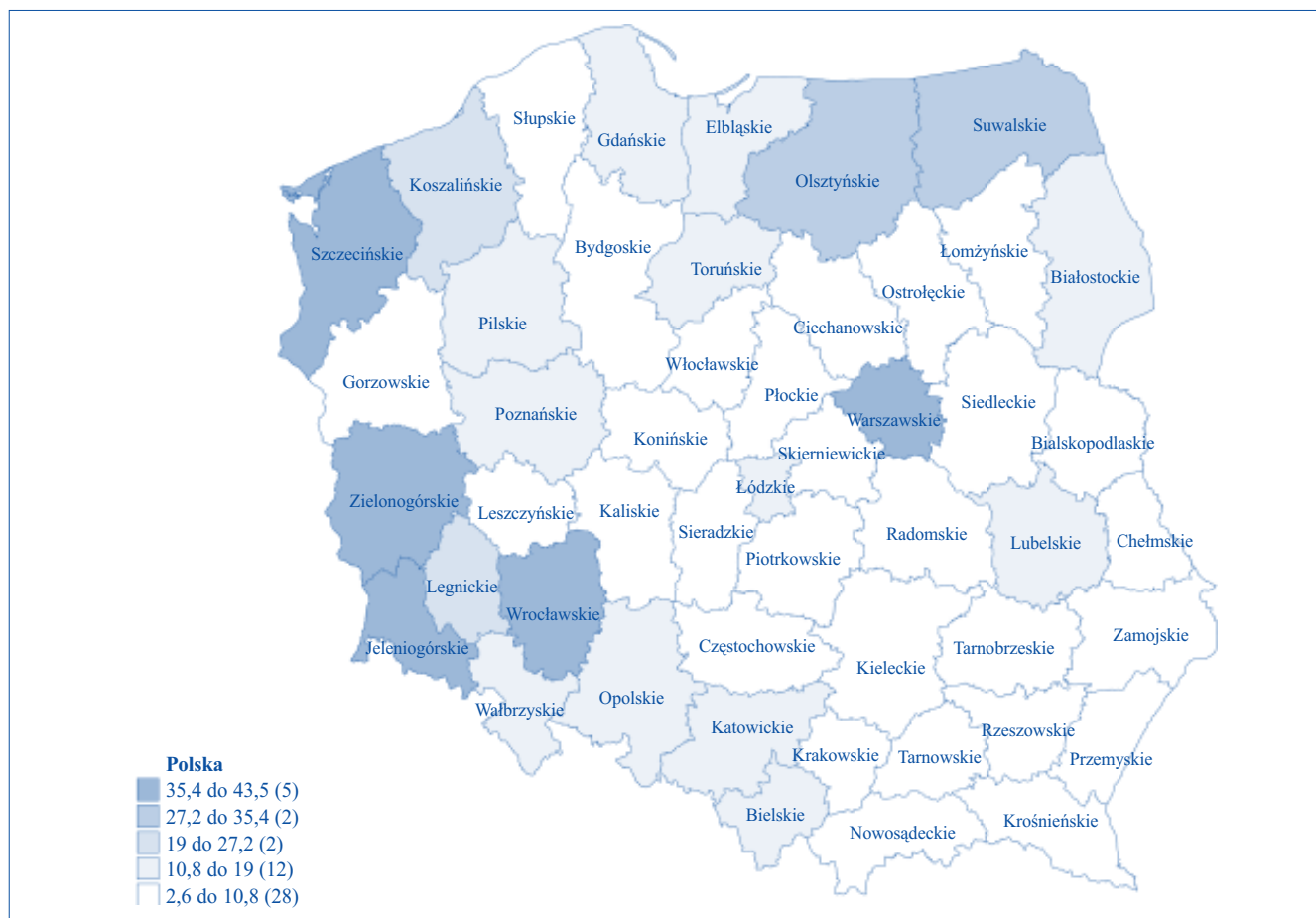
Dane o typach nadużywanych środków według płci zawarte w tabeli 7. ujawniają istotne różnice we wzorach używania substancji przez mężczyzn i kobiety. Wśród mężczyzn notuje się trochę większe odsetki nadużywających opia-

tów, konopi indyjskich, substancji wziewnych. Wśród kobiet wielokrotnie wyższe są odsetki używających leków uspokajających i nasennych. Podobne odsetki wśród przedstawicieli obu płci pojawiają się przy kokainie, amfetaminie i halucynogenach.

Na wzór używania narkotyków silny wpływ ma też wiek (tabela 8). Dla najmłodszych charakterystyczne są substancje wziewne. Prawie 2/3 pacjentów w wieku do 15 lat trafiło do leczenia z powodu tych środków. W grupie 16-19 lat substancje wziewne występują już tylko u 19% pacjentów, widoczne natomiast stają się opiaty - 30%. Środki z tej kategorii

Graf 4.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania.



wyraźnie dominują w kolejnych grupach wiekowych, aż do 44 roku życia. U pacjentów w wieku 45 lat i więcej najlichniesza frakcja ma problem z lekami uspokajającymi i nasennymi (49%). Amfetamina w największym odsetku pojawia się wśród osób w wieku 16-19 lat (11%), zaś halucynogeny wśród najmłodszych do 15 roku życia (4%), chociaż w grupie 16-19 lat też zdarzają się relatywnie często (3%).

Podobnie jak w latach ubiegłych, w 1998 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 9 i na grafie 4 utrzymuje się znaczna rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (zielonogórskie - 43,5) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (skierniewickie - 2,6). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie miejsca ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze względu na brak rejonizacji.

Do województw najbardziej zagrożonych oprócz zielonogórskiego należą: wrocławskie, jeleniogórskie, warszawskie, szczecińskie, olsztyńskie i suwalskie. Wszystkie one, z wyjątkiem warszawskiego, położone są w zachodniej bądź północnej części kraju.

W liczbach bezwzględnych najlichniej reprezentowane są województwa warszawskie (919 osób), katowickie (577 osób) i wrocławskie (457 osób), co wynika nie zawsze tylko z nasilenia zjawiska, ale także z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców.

Wysokie wskaźniki, przekraczające 19,0 na 100 tys. mieszkańców, utrzymują się też w

takich województwach jak legnickie i koszański. Dane zobrazowane na grafie 4. wskazują na dwa główne obszary zagrożenia. Pierwszy to Polska południowo-zachodnia. W tym regionie, także w latach poprzednich znajdowały się województwa, które przodowały pod względem wielkości wskaźników (jeleniogórskie, legnickie, wrocławskie); w sąsiednich województwach także notujemy dość wysokie wskaźniki. Drugi obszar to pas Polski północnej. Począwszy od szczecińskiego, poprzez koszański, gdański, olsztyński i suwalskie. Wyjątek stanowi województwo śląskie o bardzo niskim wskaźniku i województwo elbląskie o wskaźniku poniżej średniej krajowej.

Dane zawarte w ostatniej kolumnie tabeli 9 pozwalają na ocenę skali zmian wskaźników w poszczególnych województwach między 1998 i 1997 rokiem. Wzrost wskaźnika ogólnopolskiego nie oznacza, że we wszystkich województwach przybyło narkomanów. Sytuacja pod tym względem jest silnie zróżnicowana. W 18 województwach na 49 wskaźnik przyjętych zmniejszył się. **Najsilniejszy spadek wystąpił w województwach: częstochowskim, sieradzkim, skierniewickim, śląskim, lubelskim i przemyskim.** Warto zauważyć, że w większości są to województwa, które w 1997 r. lokowały się poniżej średniej ogólnopolskiej lub w jej okolicach. Jedynie województwo lubelskie z tego grona odznaczało się względnie wysokim wskaźnikiem - o 50% większym niż średnia krajowa. Największy względny spadek wskaźnika wystąpił w województwie częstochowskim, z poziomu 16,5 do wartości 9,2, czyli o blisko 80%.

Silnie zróżnicowane okazały się także wzrosty wskaźników. **Największy wzrost wystąpił w województwie jeleniogórskim - o 93%.** Województwo to przez wiele lat zajmowało pierw-

sze miejsce w kraju pod tym względem. W ostatnich kilku latach na czoło wysunęły się województwa: wrocławskie, szczecińskie i zielonogórskie. W 1998 r. jeleniogórskie powróciło do grona trzech województw o najwyższych wskaźnikach.

W 1997 r. województwa warszawskie i lubelskie stanowiły dwa względnie izolowane w sensie przestrzennym województwa o wysokich wskaźnikach. W 1998 r. sytuacja epidemiologiczna w tych województwach rozwija się w dwóch przeciwnych kierunkach. W warszawskim nastąpił przeszło 70% wzrost, a w lubelskim przeszło 50% spadek. Warto, by nad tymi liczbami zastanowiły się władze lokalne i regionalne, szczególnie dawnego województwa warszawskiego.

Podsumowując prezentację danych za 1998 r. trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego zjawiska. Znacznie szybszy wzrost wskaźnika przyjętych pierwszy raz w życiu niż przyjętych ogółem w 1998 r. z jeszcze większą siłą wskazuje na narastanie problemu.

W obrazie zjawiska coraz większego znaczenia nabierają nowe środki, takie jak amfetamina. Bardziej widoczne w lecznictwie szpitalnym stają się halucynogeny i przetwory konopi, pojawia się także na szerszą skalę kokaína. Równolegle do zwiększania się rozmiarów problemu narkotyków, rozumianych jako substancje nielegalne, narasta problem substancji wziewnych.

Wzory używania substancji psychoaktywnych są silnie różnicowane przez płeć i wiek pacjentów. Dla kobiet charakterystyczne są leki uspokajające i nasenne. Dla najmłodszych substancje wziewne, dla najstarszych także leki uspokajające i nasenne. Pozostali to przede wszystkim użytkownicy opiatów.

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary zwiększonego rozpowszechnienia: południowo-zachodnią część kraju, pas północny i województwo warszawskie. Na terenach tych zintensyfikowania wymagają programy pomocy - leczenie i redukcja szkód.

Dane z 1998 r., podobnie jak dane z roku 1997, ze względu na zmianę klasyfikacji chorób i przyczyn zgonów, należy interpretować z dużą ostrożnością, a wnioski traktować jako wstępne, wymagające potwierdzenia.

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

RAPORT

Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków (INCB)^{1/}

Wprowadzenie

Wydawany co roku raport Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków (International Narcotics Control Board) zawiera analizę światowej sytuacji w dziedzinie środków odurzających, przeprowadzoną w oparciu o informacje pochodzące z różnych źródeł, włącznie ze sprawozdaniami przedkładanymi na mocy międzynarodowych traktatów o kontroli środków odurzających.

Rada pozyskuje także inne informacje, które są uważane za wskaźniki potwierdzające występowanie określonych tendencji krajowych, regionalnych i międzynarodowych w nadużywaniu i nielegalnym obrocie substancjami odurzającymi. Źródłem tych informacji są raporty Międzynarodowej Organizacji Policji Kryminalnych (Interpol) oraz Światowej Organizacji Celnej na temat nielegalnego obrotu substancjami odurzającymi i ich konfiskat na całym świecie, raporty i specjalne opracowania publikowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) na temat nadużywania środków odurzających oraz śledztwa prowadzone w konkretnych sprawach przez INCB.

Rada uwzględnia w swojej pracy raporty nadsyłane przez biura regionalne i lokalne oraz różne departamenty Międzynarodowego Programu Kontroli Substancji Odurzających ONZ UNDCP, jak również raporty publikowane w środkach masowego przekazu i wydawnictwach specjalistycznych. Każdego roku członkowie Rady podróżują do wybranych państw w celu monitorowania kwestii związanych z wdrożeniem postanowień traktatów. W ciągu roku wszystkie informacje zostają poddane analizie i na jej podstawie opracowywane są poszczególne rozdziały raportu. W czasie jesiennej sesji Rady tekst raportu zostaje omówiony i zatwierdzony.

Roczny raport za 1999 r.

Tegoroczny Raport Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków, opublikowany 23 lutego 2000 roku podkreśla konieczność podjęcia wspólnych działań dla zapewnienia wystarczającej ilości legalnie dostępnych farmaceutyków na bazie narkotyków dla celów medycznych, szczególnie w krajach rozwijających się. Rada stoi na stanowisku, że każda osoba cierpiąca,

^{1/} Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków, ang. *International Narcotics Control Board* - organ traktatowy Jednolitej Konwencji o Środkach Odurzających (1961 r.), powołany do życia w 1968 r. w celu kontroli wywiązywania się państw ze zobowiązań przyjętych w konwencji. Na podstawie decyzji Rady Gospodarczej i Społecznej (ECOSOC) przejęła zadania Stałej Centralnej Rady Narkotyków i Urzędu Nadzoru Narkotyków. Po przyjęciu przez Zgromadzenie Ogólne ONZ kolejnych konwencji antynarkotykowych jej zadania rozszerzyły się na nadzorowanie przepływu środków odurzających w świecie i zapobieganie wprowadzaniu ich do nielegalnego wykorzystania oraz dbanie o to, żeby uprawa, produkcja i zastosowanie ograniczały się tylko do celów medycznych i naukowych. Działania w zakresie kontroli narkotyków regulują 3 wielostronne konwencje:

1. Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających, ang. *The Single Convention on Narcotics Drugs* - przyjęta w 1961 r., weszła w życie w 1964 r., uzupełniona Protokołem z 1972 r.

2. Konwencja o Substancjach Psychotropowych, ang. *The Convention on Psychotropic Substances* - przyjęta w 1971 r., weszła w życie w 1976 r.

3. Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, ang. *The United Nations Convention against Illicit in Narcotics Drugs and Psychotropic Substances* - przyjęta w 1988 r., weszła w życie w 1990 r.

Rada składa się z 13 członków wybieranych przez ECOSOC na 5 lat, którzy występują w imieniu własnym jako eksperci i nie reprezentują państw. Rada przedstawia raport ze swej rocznej pracy, w którym informuje o legalnym przepływie środków odurzających wykorzystywanych do celów medycznych i naukowych.

dla której leki zawierające narkotyki są jedynym sposobem ulżenia temu cierpieniu powinna mieć zapewniony do nich dostęp. Zdaniem Rady niedopuszczalne jest, aby chorzy na raka w ostatnim stadium choroby nie mieli dostępu do morfiny lub innych opiatów, gdy jednocześnie ilość narkotyków na czarnym rynku ciągle się zwiększa.

Podczas gdy mieszkańcy krajów rozwijających się cierpią z powodu niedostatecznej ilości farmaceutyków uśmierzających ból, w krajach rozwiniętych obserwujemy nadmierne spożycie różnego rodzaju leków i substancji odurzających. W Ameryce odnotowujemy wysokie spożycie amfetaminy i różnego rodzaju środków pobudzających, podczas gdy mieszkańcy Europy preferują benzodiazepiny (tzw. reduktory stresu). INCB postrzega walkę z tym problemem jako jedno ze swoich głównych zadań.

W opinii Rady przyczyną tej sytuacji jest z jednej strony brak odpowiednich przepisów, właściwej informacji oraz środków dla oszacowania potrzeb na tym polu, a z drugiej strony - agresywna strategia marketingowa niektórych producentów środków farmakologicznych oraz niewłaściwe praktyki medyczne.

INCB zwraca się do rządów z apelem o stworzenie systemu zarządzania zasobami środków odurzających w zgodzie z międzynarodowymi przepisami i w oparciu o akceptowane na całym świecie procedury tak, aby można je rozdysponować dla celów medycznych, szczególnie w krajach rozwijających się oraz w przypadku katastrof.

Kolejną kwestią poruszoną w raporcie jest istnienie usankcjonowanych przez władze niektórych krajów rozwiniętych specjalnych pomieszczeń, w których osoby uzależnione mają możliwość wstrzykiwania sobie narkotyków. Są to tzw. „shooting galleries”. Tworzenie tego

typu pomieszczeń jest niezgodne z postanowieniami konwencji o kontroli środków odurzających. INCB stoi na stanowisku, że w tej kwestii dochodzi do łamania prawa. Alternatywnym rozwiązaniem według Rady byłoby utworzenie centrów medycznych, w których osoby uzależnione zostałyby poddawane leczeniu i otrzymywałyby recepty na niezbędne farmaceutyki.

W swoim raporcie INCB ostrzega, że coraz większa liczba młodych ludzi sięga po różnego rodzaju przetwory konopi. Szczególnie niepokojący jest fakt, że zakupienie dowolnej ilości przetworów konopi o silnym stężeniu THC nie stanowi obecnie większego problemu, a co więcej - rządy niektórych państw wręcz przyzwalają na ten proceder lub go tolerują. Rada wzywa po raz kolejny do przeprowadzenia odpowiednich badań i przedstawienia dowodów naukowych, a nie anegdotycznych, świadczących o właściwościach leczniczych tego „nieszkodliwego” narkotyku. Jeżeli takie dowody okażą się przekonujące, konopie powinny zostać potraktowane w taki sam sposób, jak inne narkotyki stosowane w celach medycznych np. morfina, a ich dystrybucja powinna odbywać się pod ścisłym nadzorem.

Kontrola przepływu tzw. „prekursorów”, czyli chemikaliów wykorzystywanych do produkcji narkotyków w tajnych laboratoriach, pozostaje jednym z głównych zadań INCB. Sukcesem zakończyła się przeprowadzona ostatnio „Operacja Fiolet” - przedsięwzięcie o charakterze międzynarodowym, którego celem było ustalenie i zlikwidowanie tras przerzutu nadmanganianu potasu, substancji chemicznej wykorzystywanej przy nielegalnej produkcji kokainy. Działania tego typu będą w dalszym ciągu prowadzone przez Radę wspólnie z rządami poszczególnych państw i organami międzynarodowymi. Rada planuje także przeprowadze-

nie operacji mających na celu ustalenie i zlikwidowanie tras przetrzutu innych prekursorów, takich jak bezwodnik kwasu octowego, wykorzystywany do nielegalnej produkcji heroiny.

Analiza sytuacji w poszczególnych regionach świata w opinii INCB

Handel oraz używanie narkotyków i substancji psychotropowych w Afryce ściśle łączy się z trwającymi na kontynencie konfliktami zbrojnymi, a ich używanie niepokojąco wzrasta w coraz młodszych grupach wiekowych.

Radę bardzo niepokoi fakt, że rządy niektórych państw Ameryki Środkowej i Karaibów wykazują daleko posuniętą tolerancję wobec niekontrolowanych operacji bankowych i działalności kasyn, stwarzając w ten sposób korzystne warunki dla prania pieniędzy.

Chociaż w znacznym stopniu ograniczono nielegalne uprawy krzewu koki w Boliwii i Peru w ciągu ostatnich dwóch lat, liczba liści koki zbieranych w Kolumbii wzrosła w takim stopniu, że ilość tego narkotyku pozyskiwana w całym regionie nie zmniejszyła się.

Używanie stymulantów amfetaminowych i handel tymi substancjami w Azji Południowej i Południowo-Wschodniej stale się zwiększa, przy czym największym ich producentem są Chiny.

Zobowiązanie się Talibów w Afganistanie do wprowadzenia całkowitego zakazu upraw makowych i produkcji heroiny wydaje się być obietnicą bez pokrycia, jako że w dalszym ciągu Talibowie czerpią zyski z tego procederu poprzez opodatkowanie upraw i produkcji. Około 75% światowej produkcji opium pochodzi z Afganistanu, a powierzchnia upraw makowych stale się zwiększa. W 1999 roku wyprodukowano tam rekordową ilość tego narkotyku wynoszącą 4 600 ton.

Obserwuje się gwałtowny wzrost nielegalnych upraw, handlu oraz używania narkotyków, szczególnie heroiny, w Azji Centralnej i na Kaukazie, przy wzrastającej aktywności grup przestępczych w tym regionie.

Zwiększająca się liczba szklarniowych upraw konopi indyjskich w Zachodniej Europie oraz coraz większe powierzchnie upraw w Europie Południowej, szczególnie w Albanii, to przyczyny, dla których przetwory konopi są coraz łatwiej dostępne i coraz powszechniej używane. Niepokoi też fakt, że narkotyki te nie są postrzegane jako niebezpieczne i ich używanie jest coraz powszechniej tolerowane.

W Australii po heroinę sięgają osoby coraz młodsze. Średnia wieku osób eksperymentujących z tym narkotykiem spadła poniżej 18-go roku życia, a w niektórych rejonach kraju wynosi 15 lat.

Konopie indyjskie stają się coraz popularniejsze

W latach 70-tych konopie były narkotykiem „hippisowskim”, a ich używanie ograniczało się do wąskiej grupy społeczeństwa. Obecnie sięga po nie coraz więcej osób. INCB ostrzega w swoim raporcie, że konopie są coraz popularniejsze wśród młodzieży. Rada jest szczególnie zaniepokojona faktem, że obecnie zakupienie dowolnej ilości przetworów konopi o wysokiej zawartości THC nie stanowi większego problemu. Równie łatwo można uzyskać szczegółowe instrukcje dotyczące uprawy konopi, jak i niezbędne do tego wyposażenie. W niektórych krajach można bez problemów zaopatrzyć się w specjalnych sklepach, albo znaleźć instrukcję w Internecie. Wszystko to w połączeniu z nielimitowaną sprzedażą nasion konopi doprowadziło do gwałtownego zwiększenia się liczby ich szklarniowych upraw.

Gwałtowny wzrost używania przetworów konopi jest szczególnie widoczny w Europie. W ciągu ostatnich 12 lat w Szwajcarii liczba 15-letnich uczniów szkół średnich używających przetworów konopi zwiększyła się czterokrotnie. We Francji 1/3 uczniów szkół średnich eksperymentowała z konopiami. Dane dla Paryża przekroczyły 40%. Połowa z tych osób regularnie pali marihuanę lub haszysz. W Niemczech eksperymentowanie z tym narkotykiem zadeklarowało 69% młodocianych uczestników imprez *techno*.

Rada apeluje do władz państwowych o organizowanie kampanii informacyjnych, które uświadomią wszystkim jak niebezpieczne są konopie. Nie można pozwolić, aby ten narkotyk traktowany był ulgowo, szczególnie teraz, gdy bardzo duże ilości przetworów konopi o dużym stężeniu THC pojawiły się na „czarnym” rynku.

Obecnie toczy się publiczna dyskusja na temat zastosowania konopi w medycynie. W związku z tym Rada po raz kolejny apeluje o przeprowadzenie badań naukowych na tym polu. Argumentem w tej dyskusji powinny być dane naukowe, a nie czyjeś subiektywne odczucia. Ale nawet jeżeli zastosowanie konopi dla celów medycznych okaże się uzasadnione, należy potraktować je tak jak inne narkotyki, których produkcja i dystrybucja jest monitorowana przez odpowiedni system kontroli leków i pozostaje zgodna z postanowieniami międzynarodowych konwencji antynarkotykowych, jak ma to miejsce w przypadku morfiny i kodeiny.

W 1961 roku została podpisana Ujednolicona Konwencja o Środkach Odurzających, wyliczająca środki odurzające, które powinny zostać objęte kontrolą ze względu na ich szkodliwość oraz właściwości uzależniające. Na tej liście znalazły się także konopie. Od tego cza-

su powstała nowa technologia, umożliwiająca hodowanie konopi o wysokiej zawartości THC sięgającej nawet 25%. Dlatego też Rada podkreśla, że przetwory konopi nie mogą być postrzegane jako niegroźna używka, której wszyscy próbują.

Europejczycy w dalszym ciągu preferują środki uspokajające, a Amerykanie pobudzające.

Według najnowszego raportu Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków wzrastająca konsumpcja leków w Europie i Ameryce łączy się z nadmiernym używaniem substancji psychotropowych.

Rada, której zadaniem jest monitorowanie poziomu spożycia tych substancji, zwraca uwagę na fakt, że najwyższy poziom spożycia amfetaminy i innych środków pobudzających (stymulantów) odnotowuje się wśród mieszkańców Ameryki Północnej, podczas gdy kraje europejskie przodują w konsumpcji reduktorów stresu (środków uspokajających i nasennych z grupy benzodiazepin).

W ciągu kilku ostatnich dekad znacznie zmniejszyła się akceptacja dla amfetaminy, jako środka leczniczego, w rezultacie czego w prawie wszystkich krajach świata zrezygnowano ze stosowania tego środka w terapii. W Stanach Zjednoczonych natomiast obserwujemy sytuację odwrotną. W ciągu ostatnich 10 lat odnotowano wzrost zastosowania dexamfetaminy i amfetaminy w leczeniu. Według danych, jakimi dysponuje INCB, spożycie środków amfetaminopochodnych w Stanach Zjednoczonych jest dziesięciokrotnie wyższe niż w jakimkolwiek kraju europejskim, jeżeli brać pod uwagę przeciętną dawkę dzienną. Także w Stanach Zjednoczonych odnotowuje się najwyż-

sze spożycie metylfenidatu - substancji pobudzającej zawartej w *ritalinie*, który jest popularnym lekiem przepisywanym przy leczeniu zespołu zaburzeń koncentracji (ADHD) zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.

Europa zajmuje pierwsze miejsce w spożyciu środków nasennych, uspokajających i tłumiących z grupy benzodiazepin. Statystyczny Europejczyk spożywa ich trzykrotnie więcej niż Amerykanin.

Odnotowuje się także duże zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi krajami europejskimi. Najnowsze badania ujawniły, że lekarze we Francji przepisują swoim pacjentom czterokrotnie więcej środków nasennych, tłumiących i uspokajających niż lekarze w Niemczech lub w Wielkiej Brytanii. Niektóre z tych środków używane są jako substytut heroiny lub jako dodatek do tego narkotyku.

Bardzo często przyczyną nadmiernego spożycia substancji psychotropowych i ich coraz powszechniejszej dostępności są agresywne działania marketingowe firm farmaceutycznych oraz niewłaściwe praktyki medyczne. Dotychczas nie ustalono skąd wynikają różnice w używaniu substancji psychotropowych, ale przypuszcza się, że może być to związane z obowiązującymi w danym kraju lub regionie wzorcami kulturowymi. Bardzo często przyczyny, dla których lekarze decydują się na rozpoczęcie kuracji substancjami psychotropowymi nie są medycznie potwierdzonymi symptomami choroby, ale subiektywnym odczuciem pacjenta, np. w przypadku bezsenności lub nadpobudliwości. Medycyna staje tutaj przed poważnym problemem, jako że ordynuje środki farmaceutyczne dla leczenia dolegliwości pozamedycznych.

W swoim raporcie INCB apeluje do władz państwowych o wprowadzenie skutecznego

systemu kontroli recept. Jednocześnie Rada zwraca się do firm farmaceutycznych z apelem o odpowiedzialne i etyczne postępowanie w zakresie informowania potencjalnych konsumentów o skutkach zażywania produkowanych przez nie leków.

Zawyżona podaż leków i ich nadmierna konsumpcja będzie centralnym tematem przyszłorocznego raportu INCB. Niniejszy raport koncentruje się przede wszystkim na innym problemie, jakim jest niedobór leków na bazie narkotyków w bardzo wielu krajach świata.

Brak środków przeciwbólowych w krajach rozwijających się.

Ogromna większość pacjentów szpitali, w wielu rejonach globu, cierpi z powodu braku lub niewystarczającej ilości środków przeciwbólowych, takich jak morfina i inne opiaty. Jak dotąd nie udało się zapewnić dostępu do tych środków wszystkim potrzebującym. Z raportu INCB wynika, że problem ten może jeszcze długo nie znaleźć satysfakcjonującego rozwiązania.

INCB, do której zadań należy ciągle monitorowanie rynku substancji odurzających, wielokrotnie w ciągu ostatnich kilku lat ostrzegała przed niebezpiecznym rozrostem nielegalnego rynku narkotyków, coraz powszechniejszym ich używaniem oraz zbyt dużą ilością farmaceutyków produkowanych na bazie narkotyków i substancji psychotropowych „wyciekających” na „czarny rynek”. W pierwszym rozdziale swojego najnowszego raportu Rada wyraża swoje zaniepokojenie niewystarczającą ilością tego typu leków w legalnym obiegu. Raport donosi także o niepokojąco wysokiej podaży substancji psychotropowych w krajach rozwiniętych, w których ilość recept wypisywanych na zawierające je farmaceutyki osiągnęła alar-

mującą wysokie rozmiary, podczas gdy w krajach rozwijających się pacjenci cierpią z powodu ich braku.

W raporcie podkreśla się, że w dalszym ciągu istnieje powszechna zgoda co do tego, że stosowanie farmaceutyków na bazie narkotyków jest niezastąpione w uśmierzaniu bólu. Rada przypomina, że obecny system kontroli leków ma na celu dwa zadania: 1) zlikwidowanie nielegalnego handlu narkotykami i ich używania z powodów pozamedycznych oraz 2) zagwarantowanie odpowiedniej ilości narkotyków dla celów medycznych w każdym kraju na świecie. Realizacja obydwu tych celów zawsze była zadaniem Rady i jej poprzedników od początku XX wieku.

Obecnie trudno dokładnie oszacować, jak wiele osób na świecie wymaga leczenia przy użyciu leków zawierających narkotyki i substancje psychotropowe. Przeprowadzone w ostatnich 20-30 latach ogólnokrajowe badania dotyczące sytuacji zdrowotnej, głównie w krajach rozwi-

niętych, dowodzą że problem ten dotyczy znacznej części populacji w tych krajach.

Badania dowodzą, że skuteczność terapii opiatowej wśród pacjentów cierpiących na raka wynosi 75-90%. Najczęściej stosowana jest kodeina, która jest środkiem przeciwkaszlowym i przeciwbólowym.

W wielu krajach opiaty, w tym morfina, będące najskuteczniejszym środkiem uśmierzającym ból nie zawsze docierają do tych osób, które najbardziej ich potrzebują. Rządy krajów rozwijających się muszą w pierwszej kolejności uporać się z innymi problemami społecznymi i zdrowotnymi, takimi jak niedożywienie i choroby zakaźne.

Chociaż dystrybucja narkotyków dla celów medycznych pozostawia wiele do życzenia, zwiększa się ich spożycie. Od 1984 roku globalne spożycie morfiny zwiększa się dwukrotnie co pięć lat. W 1998 roku wynosiło ono 21 ton. Dzieje się tak głównie ze względu na wzrastające jej spożycie w krajach rozwiniętych.

Stosowanie morfiny dla celów medycznych w 1998 roku

Kraje o najwyższej konsumpcji na mieszkańca *	Kraje o bardzo niskiej konsumpcji na mieszkańca *	Kraje, w których morfina prawie wcale nie jest stosowana dla celów medycznych *
Dania (74,4)	Kuba (1,4)	Mozambik (0,01)
Kanada (46,1)	Kolumbia (0,7)	Algieria (0,007)
Portugalia (42,2)	Arabia Saudyjska (0,5)	Wenezuela (0,007)
Nowa Zelandia (41,9)	Iran (0,3)	Boliwia (0,006)
Islandia (36,1)	Turcja (0,3)	Wietnam (0,006)
Szwecja (34,3)	Tajlandia (0,2)	Indonezja (0,003)
Austria (33,8)	Peru (0,2)	Wybrzeże Kości Słoniowej (0,002)
USA (31,1)	Chiny (0,09)	Angola (0,001)
Australia (30,4)	Egipt (0,08)	Etiopia (0,0001)
Norwegia (28,5)	Indie (0,02)	Madagaskar (0,0001)

* Wysokość rocznej konsumpcji morfiny w gramach na 1000 mieszkańców.

Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia do 2015 roku 2/3 z przewidywanych 15 milionów nowych przypadków raka przypadnie na kraje rozwijające się. Około 70-80% chorych na raka odczuwa ostre i stałe bóle w ostatniej fazie choroby. Chorzy w krajach rozwijających się skazani są na cierpienie z powodu braku wystarczającej ilości opiatów, ponieważ kraje rozwijające się nie dysponują środkami na ich zakup, służba zdrowia nie stoi na wysokim poziomie lub też na przeszkodzie stoją uwarunkowania socio-kulturowe.

INCB podkreśla, że poprawa tej sytuacji to zadanie dla władz państwowych i służby zdrowia. Bardzo często brak niezbędnej ilości opiatów w krajach rozwijających się jest spowodowany istnieniem zbyt restrykcyjnych przepisów, skomplikowanych procedur administracyjnych, obawami przed zastosowaniem niewłaściwej terapii, lękiem przed uzależnieniem, a także niewłaściwym i niedostatecznym przygotowaniem personelu medycznego.

Rada stwierdza, że leki nowej generacji i lepsze zarządzanie ich dystrybucją może przynieść ulgę w cierpieniu ludziom na całym świecie. Produkowane leki są coraz lepszej jakości, są skuteczne i bezpieczne. Jednakże podczas długotrwałej terapii mogą powodować uzależnienie i dlatego konieczne jest ustanowienie ograniczeń administracyjnych dotyczących ich produkcji, handlu oraz stosowania.

INCB apeluje do rządów na całym świecie, żeby zagwarantowały dostęp do leków zawierających narkotyki wszystkim potrzebującym, aby oszczędzić im bólu i cierpienia. Jednocześnie należy uruchomić procedury ścisłej kontroli dystrybucji, aby leki docierały do szpitali, lekarzy i czekających na nie pacjentów, a nie „wyciekały” na „czarny” rynek. Rada nawołuje do przyjęcia bardziej humanitarnej postawy

i podjęcia działań, dzięki którym wszyscy potrzebujący będą mieli zapewniony dostęp do odpowiednich leków, szczególnie w krajach rozwijających się, w których nakłady na służbę zdrowia są bardzo ograniczone.

Aby zapewnić krajom rozwijającym się dostęp do niezbędnych farmaceutyków, należy najpierw właściwie oszacować ich zapotrzebowanie w tym zakresie. Należy również zachęcić przemysł farmaceutyczny do zwiększenia produkcji na rzecz krajów rozwijających się poprzez mechanizmy preferencyjne, uruchomić mechanizmy o charakterze *non-profit*, dzięki którym możliwe stanie się wykorzystywanie narkotyków, które w przeciwnym razie pozostałyby niewykorzystane, zachęcać do przekazywania tego typu farmaceutyków międzynarodowym organizacjom charytatywnym oraz uprzystępniać je poprzez obniżenie ich ceny.

Każde państwo powinno dążyć do wprowadzenia lub utrzymywania sprawnie funkcjonującego systemu kontroli leków, który z jednej strony będzie gwarantem właściwej dystrybucji farmaceutyków dla potrzeb medycznych, a z drugiej - poprzez system odpowiednich regulacji i przy użyciu odpowiednich środków - zapobiegnie odpływowi tych leków na „czarny” rynek. System ten powinien wymuszać etyczne postępowanie producentów leków w zakresie marketingu i handlu, jak też nakłaniać do poszukiwania nowych, bezpieczniejszych receptur, dzięki którym produkowane leki będą coraz mniej uzależniające.

Kolejną kwestią, którą zajmuje się INCB jest zbyt wysoka konsumpcja farmaceutyków w wielu krajach rozwiniętych. W swoim najnowszym raporcie Rada po raz kolejny zwraca uwagę na to, że wbrew opinii mieszkańców wielu krajów rozwiniętych łykanie pigułek nie jest uniwersalnym panaceum. Wydaje się, że w

tych krajach popyt nie odzwierciedla rzeczywistych potrzeb, ale jest stymulowany agresywnym marketingiem, jaki stosują producenci leków. Przedawkowanie leków także jest przyczyną cierpienia, chociaż jest ono innego rodzaju niż to, którego doświadczają mieszkańcy krajów, w których podaż jest znacznie niższa niż rzeczywiste potrzeby. Problem zażywania zbyt dużej ilości leków będzie głównym tematem kolejnego raportu INCB.

Walka z handlarzami kokainą

Najnowszy raport INCB omawia rozpoczętą niedawno międzynarodową akcję, której celem jest ustalenie tras przerzutu chemikaliów wykorzystywanych w tajnych laboratoriach do nielegalnej produkcji narkotyków. Pierwsza operacja tego typu, opatrzona kryptonimem „Operacja Fiolet”, zakończyła się wielkim sukcesem. Jej celem było przechwycenie nielegalnych transportów nadmanganianu potasu- substancji chemicznej wykorzystywanej do produkcji kokainy. Wstępna ocena rezultatów ujawniła, że osiągnięto znacznie więcej niż pierwotnie zakładano. Uczestnicy tej operacji uznali ją za najskuteczniejsze przedsięwzięcie tego typu, jakie dotychczas przeprowadzono.

„Operacja Fiolet” jest międzynarodowym programem kontroli przepływu środków chemicznych, w której uczestniczą państwa wytwarzające te środki, a także ich eksporterzy i importerzy. W oparciu o przysługujące jej uprawnienia mandatowe INCB aktywnie uczestniczy w tej operacji, szczególnie jeżeli chodzi o ocenę zgodności poszczególnych transakcji z prawem. Dotyczy to także transakcji z udziałem państw, które nie uczestniczą w tej operacji. W działaniach biorą również udział: Interpol i Światowa Organizacja Celna.

W celu namierzenia podejrzanych transportów i niedopuszczenia do przejścia ich przez nielegalnych producentów narkotyków uczestnicy operacji nadzorują wszystkie większe przesyłki od miejsca, w którym środki chemiczne zostały wytworzone, poprzez wszystkie miejsca przeładunku, aż do deklarowanego miejsca przeznaczenia. Wymienia się także informacje na temat podejrzanych i zatrzymanych ładunków. Operacja, prowadzona wspólnie przez służby policyjne, celne oraz wykonawcze poszczególnych państw, pozwoliła na zatrzymanie i zarekwirowanie wielu podejrzanych transportów nadmanganianu potasu.

Produkcja i handel nadmanganianem potasu podlega kontroli międzynarodowej na mocy postanowień Konwencji ONZ o Zwalczaniu Nielegalnego Handlu Środkami Odurzającymi i Substancjami Psychotropowymi podpisanej w 1988 roku.

W okresie od 15-go kwietnia do 1-go listopada 1999 roku ponad 200 transakcji międzynarodowych, których przedmiotem było około 5 800 ton nadmanganianu potasu zostało objęte kontrolą, a jej wyniki przekazano INCB. W rezultacie tych działań odkryto 13 podejrzanych ładunków. Sześć z nich to eksport z Chin ponad 1 000 ton nadmanganianu potasu. Zostały one zarekwirowane przez władze chińskie, kiedy urzędnicy z Hong Kongu ustalili, że trasa ich faktycznego transportu nie zgadzała się z dokumentacją. Zatrzymano także ładunek 80 ton nadmanganianu potasu z Chin do Wenezeli, kiedy okazało się że firma importująca nie posiadała wymaganych zezwoleń.

Jednocześnie władze Belgii, Niemiec, Holandii i Wielkiej Brytanii zatrzymały kilka ładunków eksportowanych do Ameryki Łacińskiej na prośbę odpowiednich władz krajów-importerów.

W wyniku „Operacji Fiolet” zatrzymano prawie 1 200 ton nadmanganianu potasu, który w przeciwnym razie trafiłby do tajnych laboratoriów. W porównaniu z wynikami z poprzednich lat, kiedy to zatrzymane ładunki nie przekraczały kilku ton rocznie, jest to znaczący postęp.

Do wyprodukowania 100 kg kokainy potrzeba około 20 kg nadmanganianu potasu. Handlarze bardzo często starają się zagwarantować sobie dostawę towaru z różnych źródeł. Obecnie ustala się, jak wiele jest tych źródeł i w których krajach się one znajdują. Rada zaznacza także, że niektóre transporty nadmanganianu potasu zostały zatrzymane ze względu na przepisy administracyjne, i że zatrzymane ładunki nie musiały być związane z nielegalną produkcją kokainy.

Operacja została przeprowadzona dzięki właściwej współpracy sił policyjnych, celnych oraz wykonawczych poszczególnych państw zaangażowanych w jej realizację. Udowodniono, że kontrola pojedynczych ładunków chemikaliów jest możliwa, także w przypadku tych substancji, które nie są objęte specjalnymi restrykcjami.

Ze względu na sukces, jakim zakończyła się „Operacja Fiolet”, jej uczestnicy zdecydowali się na kontynuowanie działań w nieznacznie zmodyfikowanej formie. „Faza 2” rozpocznie się 1-go stycznia 2000 roku. Oprócz dotychczasowych jej uczestników dołączą kolejne państwa. Podczas tej fazy operacji Rada pełnić będzie funkcję centrum informacyjnego, a także będzie udzielać niezbędnej pomocy poszczególnym rządów w ustaleniu, czy transakcje odbywają się zgodnie z prawem. Nadzorowane będą wszystkie transakcje, także zawierane z tymi państwami, które nie uczestniczą w operacji.

Kolejnym zadaniem, przed którym stoi społeczność międzynarodowa, jest ograniczenie nielegalnego handlu inną substancją chemiczną, jaką jest bezwodnik kwasu octowego, wykorzystywany przy produkcji heroiny. W tym celu Rada zamierza podjąć współpracę z poszczególnymi państwami i przeprowadzić akcję podobną do „Operacji Fiolet”, której celem byłaby kontrola handlu tym środkiem chemicznym i rekwirowanie nielegalnych transportów, zarówno na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym. Oprócz monitorowania tras przewozu ładunków planuje się także działania na rzecz wykrycia tajnych laboratoriów oraz nielegalnych kanałów przerzutowych bezwodnika kwasu octowego.

Nadmanganian potasu mający szerokie zastosowanie w przemyśle jest również wykorzystywany do produkcji kokainy. Ze względu na to, że jego kolor zmienia się podczas reakcji, łatwo jest ustalić moment, w którym reakcja została zakończona. Dlatego jest on tak chętnie wykorzystywany w tajnych laboratoriach. Kryptonim „Operacja Fiolet” pochodzi od koloru nadmanganianu potasu.

„Shooting galleries”

Istnienie zinstytucjonalizowanych pomieszczeń, w których dozwolone jest wstrzykiwanie narkotyków, tzw. „shooting galleries”, jest niezgodne z postanowieniami międzynarodowych konwencji antynarkotykowych.

Według raportu INCB tworzenie lub zgoda władz państwowych na istnienie pomieszczeń, w których osoby uzależnione mogą bez żadnych konsekwencji wstrzykiwać sobie narkotyki jest kolejnym krokiem na drodze do legalizacji narkotyków. Rada stoi na stanowisku, że tego typu rozwiązania nie tylko kształtują po-

stawę akceptacji wobec nielegalnego używania i handlu narkotykami, ale również pozostają w sprzeczności z postanowieniami międzynarodowych konwencji antynarkotykowych. Tego typu pomieszczenia zostały stworzone w kilku krajach rozwiniętych, a kolejne kraje rozważają możliwość ich utworzenia.

Rada, która posiada uprawnienia do nadzorowania działań poszczególnych rządów w zakresie ich zgodności z postanowieniami konwencji międzynarodowych, zbadała czy istnienie „shooting galleries” jest zgodne z postanowieniami tych konwencji i doszła do wniosku, że tak nie jest.

W swoim najnowszym raporcie Rada stanowczo stwierdza, że „każda władza, państwowa, regionalna lub lokalna, która zgadza się na ustanowienie i funkcjonowanie pomieszczeń, w których wstrzykiwanie narkotyków jest dozwolone [...] jednocześnie wspiera nielegalny handel narkotykami.”

Rada przypomina także władzom państwowym, że „są one zobligowane do zwalczania nielegalnego handlu narkotykami w każdej jego formie”. Podpisana w 1988 roku Konwencja ONZ o Zwalczaniu Nielegalnego Handlu Środkami Odurzającymi i Substancjami Psychotropowymi nakłada na jej sygnatariuszy obowiązek wprowadzenia przepisu, według którego posiadanie lub kupowanie narkotyków dla użytku osobistego (z przyczyn pozamedycznych) jest przestępstwem.

Międzynarodowe porozumienia antynarkotykowe zobowiązują państwa-strony do zwalczania nielegalnego handlu narkotykami. „Ustanawianie przez władze państwowe pomieszczeń, w których osoby uzależnione mają możliwość dożylnego przyjmowania narkotyków może zostać odczytane jako łamanie przepisów międzynarodowych konwencji antynarkotykowych,

ze względu na przyczynianie się tych władz do rozpowszechniania narkomanii, poprzez udzielanie pomocy lub uczestnictwo w działalności przestępczej, z handlem narkotykami włącznie. W związku z tym należy przypomnieć, że konwencje antynarkotykowe zostały podpisane m.in. po to, żeby zlikwidować palarnie opium, w których możliwe było bezkarne używanie narkotyków”.

Zamiast udostępniania osobom uzależnionym pomieszczeń tego typu Rada zachęca władze państwowe do tworzenia placówek oferujących medyczną pomoc osobom uzależnionym, stworzenie systemu kontroli przepisywanych pacjentom leków oraz wspieranie takich praktyk medycznych, które pozostają w zgodzie z przepisami międzynarodowych konwencji antynarkotykowych.

Przesłanie Przewodniczącego INCB

W związku z ukazaniem się Raportu Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków (INCB) za rok 1999, omawiającego różnego rodzaju kwestie związane z krajową i międzynarodową kontrolą środków odurzających i psychotropowych, Przewodniczący INCB zwrócił szczególną uwagę na cztery główne zagadnienia:

1. Nie należy demonizować problemu narkotyków. W bardzo wielu krajach udało się opanować sytuację. Kontrola substancji odurzających i psychotropowych nie jest zadaniem dla cudotwórców. Można osiągnąć pozytywne rezultaty realizując postanowienia międzynarodowych traktatów, a także otwarcie dyskutując na temat przyczyn narkomanii oraz sposobów rozwiązania tego problemu. Niestety, w wielu krajach patrzy się na ten problem z uczuciem rezygnacji, lub nawet fata-

lizmu. Niejednokrotnie nie podejmuje się żadnych działań prowadzących do osiągnięcia celów wyznaczonych międzynarodowymi traktatami uznając, że nic nie da się zrobić i trzeba się pogodzić z tym, że narkotyki stały się nieodłączną częścią naszego życia. Nie wolno nam myśleć w ten sposób, ani pozostawać obojętnym wobec losu osób używających narkotyków. Nikt nie powinien beczynnie przyglądać się jak inni niszczą swoje życie, a szczególnie gdy robią to młodzi ludzie, którzy są przyszłością każdego społeczeństwa. Nasza bierność to przyzwolenie na działalność handlarzy narkotyków i pozostawienie osób uzależnionych samym sobie.

2. Podczas gdy na czarnym rynku można zakupić dowolną ilość narkotyków, w wielu krajach rozwijających się osoby cierpiące nie mają dostępu do substancji, które mogłyby ulżyć ich cierpieniom. W obliczu postępującej globalizacji taka sytuacja jest nie do przyjęcia. Społeczność międzynarodowa powinna zapewnić odpowiednie środki tym, którzy ich potrzebują. W swoim raporcie INCB zwraca się z apelem do instytucji pomagających ludziom na całym świecie, aby przeznaczyły środki finansowe na wsparcie tych krajów, których nie stać na zakupienie potrzebnych leków na światowym rynku farmaceutycznym. Powinno się także rozważyć możliwość uruchomienia mechanizmów, dzięki którym możliwa stanie się dystrybucja narkotyków, które w przeciwnym razie pozostaną niewykorzystane. Tego typu działalność powinna mieć oczywiście charakter *non-profit*.
3. Jednym z podstawowych celów Konwencji o Zwalczeniu Nielegalnego Obrotu Środkami Odurzającymi i Psychotropowymi z 1988 roku było stworzenie przepisów umożliwiających

walkę ze zjawiskiem „prania pieniędzy”. Co prawda osiągnięto pewne sukcesy w tej dziedzinie, ale niestety nie udało się zlikwidować tzw. „rajów podatkowych”, z ich zbliżonymi strukturami umożliwiającymi ukrywanie nielegalnych dochodów przed służbami śledczymi, które nie tylko nadal istnieją, ale i świetnie prosperują. Są one jak ogromna dziura w międzynarodowym systemie prawnym i finansowym oraz stanowią wyzwanie dla wysiłków podejmowanych w zakresie kontroli nad środkami odurzającymi i psychotropowymi na całym świecie. Najwyższy czas, aby podjąć zdecydowane działania przeciwko oszukańczemu wykorzystywaniu systemów międzynarodowych. W przeciwnym razie organizacje przestępcze będą nadal nieuczciwie konkurować z legalnym biznesem oraz zdobywać wpływy polityczne.

4. Aby skutecznie zwalczać nielegalny handel narkotykami i organizacje zajmujące się „praniem pieniędzy”, władze poszczególnych państw powinny współpracować ze sobą. Obecnie rutynowo współpracują ze sobą służby policyjne wielu krajów. Jednakże należy zacieśnić międzynarodową współpracę instytucji sądowniczych, bo tylko w ten sposób można doprowadzić do wymierzenia handlarzom narkotyków kary i do konfiskaty ich dochodów. Dla nawiązania tej współpracy nie są konieczne skomplikowane umowy bilateralne. Postanowienia Konwencji z 1988 roku o wzajemnej pomocy prawnej i ekstradycji są wystarczającą podstawą prawną pozwalającą poszczególnym krajom postawienie przed sądem przywódców organizacji przestępczych zajmujących się handlem narkotykami.

na podstawie:

Raportu Rady Kontroli Narkotyków

NARKOTYKI A MŁODZIEŻ

EUROPEJSKI PROGRAM BADAŃ ANKIETOWYCH W SZKOŁACH NA TEMAT UŻYWANIA ALKOHOLU I NARKOTYKÓW

WPROWADZENIE

W Polsce, w ciągu ostatnich dwudziestu lat, przeprowadzono wiele lokalnych i regionalnych badań ankietowych wśród młodzieży szkolnej na temat używania różnych substancji psychoaktywnych. Zrealizowano również kilka badań na próbach ogólnopolskich. Badania te, z nielicznymi wyjątkami, prowadzone były przez różne zespoły badawcze, przy

użyciu nieporównywalnych kwestionariuszy, na różnie zdefiniowanych populacjach, przy odmiennych sposobach doboru próby. Nie pozwalają one zatem, w przeważającej większości, na śledzenie trendów w rozwoju zjawiska czy jego terytorialnego zróżnicowania. Trudne jest również znalezienie odniesień międzynarodowych przy próbach oceny polskiej sceny lekowej na tle tendencji obserwowanych w innych krajach. Pierwszym ogólnopolskim ba-

Tabela 1.

Znajomość poszczególnych środków (odsetki badanych).

	Pierwsze klasy		Trzecie klasy	
	1995	1999	1995	1999
Leki uspokajające lub nasenne	73,4	65,1	76,9	69,1
Konopie	83,8	85,1	86,3	88,9
Amfetamina	40,2	84,0	50,8	88,4
LSD	72,1	55,4	77,5	64,5
Crack	11,0	22,4	12,3	23,3
Kokaina	85,0	83,8	87,4	88,6
Relewin	8,5	10,3	10,4	9,8
Heroina	83,9	83,6	86,0	88,1
Ecstasy	18,2	64,0	22,1	70,3
Metadon	11,1	14,0	14,0	15,0
„Kompot”	78,8	75,1	81,7	82,3

Tabela 2.

Znajomość poszczególnych środków wśród uczniów *klas pierwszych* (odsetki badanych).

	Chłopcy		Dziewczęta	
	1995	1999	1995	1999
Leki uspokajające lub nasenne	80,2	61,0	87,5	68,8
Konopie	67,2	81,1	79,6	88,8
Amfetamina	39,5	80,8	41,0	86,9
LSD	71,4	56,4	72,9	54,4
Crack	12,6	26,7	9,3	18,3
Kokaina	80,1	78,5	89,9	88,8
Relewin	8,5	11,2	8,5	9,3
Heroina	78,7	77,8	89,2	89,0
Ecstasy	17,4	59,4	19,0	68,1
Metadon	12,6	16,7	9,4	11,2
„Kompot”	75,2	73,5	81,2	76,5

daniem spełniającym warunki międzynarodowej porównywalności i jednocześnie podjętym z intencją śledzenia trendu jest badanie ESPAD zrealizowane w 1995 r. na próbie losowej uczniów klas I i III szkół ponadpodstawowych.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest drugi pomiar w ramach tego badania przeprowadzony w 1999 r. Przedstawiona tu zostanie pierwsza część wyników, druga znajdzie się w następnym numerze Serwisu. Najnowsze wyniki odnoszące się do substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń zostaną tu zaprezentowane na tle wyników z 1995 r., będziemy zatem mogli zobaczyć, jak zmieniła się sytuacja w czasie ostatnich czterech lat.

CEL BADANIA

Idea paneuropejskiej współpracy w badaniach szkolnych na temat używania substancji psychoaktywnych powstała wśród bada-

czy tej problematyki skupionych wokół Rady Europy (Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs - Pompidou Group). Koordynatorem badania w skali europejskiej został The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs ze Sztokholmu. Badanie objęło 26 kraje europejskie, w tym Polskę. Sprowadza się ona do uzgodnienia i - na ile to możliwe - wystandaryzowania metodologicznych warunków badań w różnych krajach, tak aby ich wyniki uczynić maksymalnie porównywalnymi. Badania inicjowane przez tę grupę prowadzone będą co trzy - cztery lata według tych samych wystandaryzowanych technik, co umożliwi porównywalność nie tylko w przestrzeni, ale i w czasie. Polska poprzez udział w tym projekcie uzyskała możliwość śledzenia zarówno rozmiarów zjawiska jak i jego trendów na szerokim tle sytuacji w Europie i w poszczególnych jej krajach.

Tabela 3.

Znajomość poszczególnych środków wśród uczniów *klas trzecich* (odsetki badanych).

	Chłopcy		Dziewczęta	
	1995	1999	1995	1999
Leki uspokajające lub nasenne	84,2	65,1	88,2	72,5
Konopie	72,8	86,6	81,2	90,9
Amfetamina	52,9	85,5	48,8	90,9
LSD	78,4	67,8	76,6	61,6
Crack	15,5	33,3	9,3	14,6
Kokaina	83,8	83,4	90,8	93,0
Relewin	10,3	10,2	10,4	9,4
Heroina	83,1	85,0	89,1	90,8
Ecstasy	22,9	67,1	21,2	73,1
Metadon	18,6	19,4	9,6	11,2
"Kompot"	79,8	81,5	83,5	83,1

Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Celem badania była jednak również próba identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu jak podaży. W badaniu poruszono zatem takie kwestie, jak dostępność substancji psychoaktywnych, zarówno w wymiarze fizycznym jak psychologicznym, gotowość do podjęcia prób z tymi środkami, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem.

Wszystkie te kwestie zostały poddane pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań dla całej populacji i porównania z wynikami badania z 1995 r.

POPULACJA I PRÓBA

Badanie objęło młodzież urodzoną w 1983 roku. Założono, że 95% tej młodzieży uczęszcza do szkół w zdecydowanej większości pierwszych klas, w związku z tym próba badawcza została pobrana spośród młodzieży szkolnej pierwszych klas szkół ponadpodstawowych. Jednostką losowania była klasa szkolna. Próba miała charakter klastrowo-warstwowy. Wylosowane zostały klasy I ze zbioru wszystkich klas tego poziomu. Klasy III zostały dobrane w szkołach, w których wylosowano klasy I, również w sposób losowy. W przypadku klas I losowanie miało charakter jednostopniowy, w przypadku klas III schemat doboru zakładał losowy dobór dwustopniowy.

Losowanie klas I zostało przeprowadzone według schematu warstwowego. Warstwowanie przebiegało według dwóch kryteriów:

- wielkość miejscowości (3 warstwy),
- typ szkoły (3 warstwy).

Schemat losowania zakładał równomierny rozkład próby w kraju przy maksymalnym jej rozproszeniu. Operatem losowania była lista szkół MEN przetworzona na listę klas.

Założono objęcie badaniem próby o wielkości ok. 7 500 uczniów, tj. ok. 300 klas szkolnych z obu poziomów, w tym 200 klas I i 100 klas III.

Ze względu na uczestnictwo Warszawy w epidemiologicznym projekcie badawczym „Multi-City Study”, inicjowanym również przez Grupę Pompidou, w badaniu została doreprezentowana młodzież z tego miasta (wielkość doreprezentacji: ok. 1600 uczniów), co zmniejszyło próbę ogólnopolską. Ankiety pochodzące z doreprezentacji, z odpowiednimi wagami, weszły do puli ankiet z próby ogólnopolskiej.

PROCEDURA BADAWCZA

Badanie zostało zrealizowane metodą ankiety audytoryjnej przez zespół ankierów rekrutujący się spoza systemu oświaty i wychowania. Jako ankierzy byli zatrudniani przede wszystkim ludzie młodzi, głównie studenci, o łatwym kontakcie z młodzieżą szkolną. Ankierzy zostali przeszkoleni oraz wyposażeni w szczegółową pisemną instrukcję. Do ich zadań, poza przeprowadzeniem badania w klasie, należało przygotowanie raportu zawierającego opis realizacji badania, a także informacje o klasie oraz o uczniach nieobecnych w trakcie badania. Praca ankierów była wyrywkowo kontrolowana przez instruktorów i koordynatora.

Nawiązanie kontaktu z wylosowanymi szkołami należało do obowiązków ankiera. Udział szkoły w badaniu negocjowany był także bezpośrednio przez ankiera.

W procedurze badania położono bardzo duży nacisk na zapewnienie respondentom

maksimum poczucia bezpieczeństwa oraz pełnej anonimowości. Służyły temu:

- wymóg nieobecności nauczyciela w klasie w trakcie badania,
- reguły postępowania ankiera (np. nie mógł on chodzić po klasie i zaglądać uczniom w kwestionariusze),
- specjalna procedura zwrotu wypełnionego kwestionariusza polegająca na umieszczeniu go przez ucznia w kopercie, a następnie załączeniu jej.

Uczniowie w instrukcji otrzymali zapewnienie o pełnej anonimowości badań, zarówno na poziomie pojedynczych uczniów, jak również całej szkoły. Oznacza to, że tajemnicą objęte są również wyniki na poziomie szkół.

WYNIKI

Prezentację wyników badania podzielimy na dwie części, pierwsza zamieszczona jest poniżej, drugą będzie można znaleźć w następnym numerze Serwisu. Podział taki wymuszony jest przez znaczną długość tekstu, przekraczającą pojemność jednego numeru. Pierwszą część rozpoczniemy od kwestii znajomości poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń, następnie przedstawimy dane o rozpowszechnieniu ich używania i na koniec zajmiemy się zagadnieniem dostępności poszczególnych substancji.

W drugiej części, która zostanie opublikowana w kolejnym numerze Serwisu zajmiemy się kwestiami postaw i opinii na temat narkotyków.

Znajomość substancji psychoaktywnych

Na szeroką gamę substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń składają się

Tabela 4.

Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń chociaż raz w życiu (odsetki badanych).

	Pierwsze klasy		Trzecie klasy	
	1995	1999	1995	1999
Leki uspokajające lub nasenne	18,5	18,3	20,8	20,8
Konopie	10,1	15,1	17,1	22,4
Substancje wziewne	10,4	9,1	7,9	5,4
Amfetamina	2,9	7,4	2,8	10,5
LSD	1,9	4,0	2,7	3,5
Crack	0,5	1,0	0,4	0,8
Kokaina	0,8	1,9	0,8	1,8
Heroina	0,8	5,7	0,6	6,8
Ecstasy	0,8	2,8	0,6	2,7
Sterydy anaboliczne	2,8	3,4	4,0	2,6
Relevin	0,4	0,6	0,3	0,6

takie substancje legalne, jak leki przeciwbólowe i nasenne, substancje wziewne oraz bogaty wachlarz substancji nielegalnych. Pod pojęciem substancji nielegalnych rozumiemy tu substancje, których produkcja i obrót nimi są czynami zabronionymi przez prawo. W języku publicystyki substancje te często nazywane są narkotykami.

Zanim przedstawimy wyniki dotyczące rozpowszechnienia sięgania po te substancje, zobaczymy na ile młodzież zorientowana jest w różnaitości różnych środków służących do zmiany swojego stanu psychicznego. Blok pytań dotyczących kwestii narkotyków otwierało pytanie zawierające ich listę, w którym prosiłiśmy badanych o zaznaczenie tych, które znają. Rozkład odpowiedzi zawiera tabela 1. Zgodnie z oczekiwaniami, zdecydowana większość badanych, niezależnie od wieku, jest zorientowana w nazwach poszczególnych środ-

ków. Tylko ok. 6% badanych nie znało żadnego ze środków. Nie oznacza to jednak, że wszystkie środki są jednakowo szeroko znane. Jak widać z tabeli najwyższe odsetki badanych słyszały o kokainie, heroinie, marihuanie, „kompocie” oraz amfetaminie. Znajomość tych substancji potwierdzało 75-89% badanych. Nieco mniej znana jest nazwa ecstasy (ok. 64-70%), znacznie mniej popularna jest nazwa LSD (56-65%), a najmniej crack i metadon. Te dwie ostatnie substancje zna 14-23% badanych. Niewiele mniej, bo ok. 10% respondentów stwierdziło, że zna substancję o nazwie *relevin*, która tym odróżnia się od pozostałych, że w ogóle nie istnieje. Jej wymyślona na potrzeby badania nazwa, została wprowadzona do ankiety po to, żeby kontrolować efekt ulegania modzie na narkotyki, bardziej na poziomie pozorów, niż rzeczywistych zachowań. Jak widzimy, więcej niż co

dziesiąty uczeń jest tak dobrze zorientowany w ofercie narkotyków, że „słyszał” nawet o *relewinie*. Generalnie mniejsze odsetki badanych słyszało o środkach w zasadzie niedostępnych lub trudno osiągalnych w naszym kraju.

W zakresie znajomości środków uczniowie klas trzecich w pewnym stopniu przewyższają uczniów klas pierwszych. Różnice nie przekraczają w zasadzie małych kilkunastu punktów procentowych.

Przedstawione tu wyniki niewiele odbiegają od uzyskanych w 1995 r. Największe zmiany to spadek odsetka osób znających leki uspokajające i nasenne i wzrost odsetka znających ecstasy i crack.

Jak wynika z danych zgromadzonych w tabelach 2. i 3. chłopcy niewiele różnią się od dziewcząt w zakresie znajomości poszczególnych środków.

Używanie substancji psychoaktywnych

Pytaniem wprowadzającym do bloku dotyczącego używania poszczególnych środków było pytanie o to, czy badany chciałby spróbować jakiegoś narkotyku lub leku. Wśród uczniów klas pierwszych chęć spróbowania potwierdziło 26,7% badanych, w klasach trzecich - 35% badanych.

Kwestie eksperymentowania ze środkami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń badaliśmy w podobny sposób jak znajomość ich nazw. Respondentom przedstawiono w ankiecie listę środków z prośbą o zaznaczenie tych, które kiedykolwiek używali. Jak widać w tabeli 4. na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza oraz marihuana i haszysz -

Tabela 5.

Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń chociaż raz w życiu - klasy pierwsze (odsetki badanych)

	Chłopcy		Dziewczęta	
	1995	1999	1995	1999
Leki uspokajające lub nasenne	11,2	12,5	25,8	23,8
Konopie	13,7	20,1	6,5	10,5
Substancje wziewne	12,2	10,6	8,7	7,7
Amfetamina	3,8	9,2	2,0	5,4
LSD	2,4	5,7	1,3	2,2
Crack	0,8	1,2	0,2	0,7
Kokaina	0,9	2,5	0,6	1,2
Heroina	1,0	7,4	0,5	4,0
Ecstasy	1,0	3,9	0,6	1,8
Sterydy anaboliczne	4,9	6,0	0,7	0,6
Relevin	0,5	0,7	0,2	0,6

Tabela 6.

Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń chociaż raz w życiu - **klasy trzecie** (odsetki badanych)

	Chłopcy		Dziewczęta	
	1995	1999	1995	1999
Leki uspokajające lub nasenne	12,6	10,6	28,9	29,5
Konopie	22,0	32,1	12,1	14,1
Substancje wziewne	9,6	6,3	6,0	4,7
Amfetamina	3,6	13,7	2,0	7,7
LSD	3,8	6,1	2,0	1,3
Crack	0,8	1,7	0,1	0,2
Kokaina	1,0	2,7	0,5	1,0
Heroina	0,8	9,7	0,3	4,3
Ecstasy	1,0	3,9	0,2	1,7
Sterydy anaboliczne	7,2	5,6	0,8	0,0
Relevin	0,6	1,7	0,0	0,0

zarówno w klasach pierwszych, jak w trzecich. W klasach pierwszych na kolejnych miejscach są substancje wziewne, amfetamina oraz heroina do palenia. Wśród trzecioklasistów ten ranking wygląda trochę inaczej - kolejne miejsca

zajmują: amfetamina, heroina do palenia i substancje wziewne. Każda z pozostałych substancji próbowana była przez znacznie mniej badanych niezależnie od wieku. Warto też zauważyć, że nie występują tu różnice między pierw-

Tabela 7.

Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy - 1999 r. (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy	Trzecie klasy
Konopie	12,3	17,4
Substancje wziewne	4,3	1,6
Amfetamina	6,8	7,7
LSD	3,0	2,2
Leki uspokajające lub nasenne	6,4	5,8
Kokaina	1,6	1,4
Heroina	1,7	1,4
Sterydy anaboliczne	2,5	2,3

Tabela 8.

Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy - 1999 r. (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy		Trzecie klasy	
	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta
Konopie	16,6	8,2	26,3	9,8
Substancje wziewne	4,8	3,7	1,8	1,4
Amfetamina	9,5	4,0	10,8	5,2
LSD	4,4	1,5	3,4	1,2
Leki uspokajające lub nasenne	4,3	8,3	3,7	7,6
Kokaina	2,5	0,8	2,1	0,9
Heroina	2,6	0,9	2,1	0,9
Sterydy anaboliczne	4,6	0,5	4,9	0,2

szymi i trzecimi klasami. Przy substancjach bardziej rozpowszechnionych nasilenie doświadczeń z nimi było wyższe w klasach trzecich, z wyjątkiem substancji wziewnych częściej spotykanych wśród pierwszoklasistów.

Porównując wyniki z 1999 r. z wynikami z 1995 r. notujemy wyraźny wzrost rozpowszechnienia doświadczeń w przypadku większości badanych substancji. Brak różnic lub nieznacz-

ny spadek dotyczy jedynie leków uspokajających i nasennych przyjmowanych bez przepisu lekarza oraz substancji wziewnych. Największy wzrost pojawia się przy heroinie. Chodzi tu o odmianę heroiny przeznaczoną do palenia, tzw. „brown sugar”. Odsetek osób, które miały do czynienia z tą substancją wzrósł; w klasach pierwszych ponad 7 razy, a w klasach trzecich 11 razy. Trzeba wspomnieć, że w 1995 r. odset-

Tabela 9.

Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni - 1999 r. (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy	Trzecie klasy
Konopie	7,4	8,6
Substancje wziewne	1,9	1,0
Amfetamina	3,9	3,6
LSD	1,9	1,5
Leki uspokajające lub nasenne	2,9	2,1
Kokaina	1,2	0,6
Heroina	1,3	0,7
Sterydy anaboliczne	1,8	2,2

Tabela 10.

Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni - 1999 r. (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy		Trzecie klasy	
	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta
Konopie	10,3	4,5	14,8	3,3
Substancje wziewne	2,3	1,5	1,3	0,8
Amfetamina	5,3	2,4	5,4	2,2
LSD	3,0	0,8	2,3	0,8
Leki uspokajające lub nasenne	1,9	3,9	1,2	2,9
Kokaina	1,8	0,6	1,0	0,2
Heroina	2,0	0,7	1,4	0,2
Sterydy anaboliczne	3,2	0,4	4,6	0,2

ki te były bardzo niskie - nie przekraczały 1%, stąd też mimo tak ogromnej dynamiki nadal nie są one zbyt wysokie. Gwałtowny wzrost rozpowszechnia doświadczeń z tą substancją powinien budzić niepokój, bowiem heroina, nawet przyjmowana w drodze palenia, jest środkiem bardzo niebezpiecznym, zarówno z perspektywy uzależnienia, jak i innych zagrożeń zdrowotnych, np. przedawkowania. Silny wzrost rozpowszechnia dotyczy także amfetaminy. W klasach pierwszych odsetek uczniów, którzy chociaż raz w życiu używali tej substancji zwiększył się ponad 2,5 raza, w klasach trzecich - prawie 4 razy. W 1995 r. eksperymentowało z amfetaminą ok. 3% uczniów, stąd mimo

znacznie mniejszego względnego wzrostu niż w przypadku heroiny, rozpowszechnienie pozostaje większe.

Warto zwrócić uwagę na zwiększenie się odsetka uczniów sięgających po przetwory konopi, jest to bowiem zdecydowanie najbardziej rozpowszechniona substancja nielegalna. W klasach pierwszych wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o połowę, w klasach trzecich o 1/3.

Na koniec trzeba zaznaczyć, że rozpowszechnienie innych niż heroina substancji rzadko występujących w 1995 r. wzrosło mniej. Kokaina, crack i w pewnym stopniu ecstasy pozostają substancjami o bardzo niskim rozpowszechnieniu.

Tabela 11.

Używanie marihuany lub haszyszu (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy		Trzecie klasy	
	1995	1999	1995	1999
W życiu	10,1	15,1	17,0	22,4
W ciągu 12 miesięcy	6,9	12,3	10,0	17,3
W ciągu 30 dni	3,1	7,4	3,3	8,6

Jak pokazują dane z tabel 5. i 6. rozpowszechnienie podejmowania prób z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń zależne jest od płci. Prawdopodobnie ta występuje na obu poziomach nauczania. W przypadku praktycznie wszystkich substancji poza lekami uspokajającymi i nasennymi chłopcy częściej deklarują próby ich używania. Eksperymentowanie z lekami uspokajającymi i na-

6. W klasach pierwszych zmniejszyły się na przykład różnice w rozpowszechnieniu leków uspokajających i nasennych, bowiem odsetek chłopców sięgających po te środki wzrósł, a dziewcząt spadł. W przypadku takich substancji, jak LSD, heroina, ecstasy różnice uległy zwiększeniu za sprawą szybszego wzrostu rozpowszechnienia wśród chłopców niż wśród dziewcząt. W klasach trzecich, inaczej niż w pierwszych róż-

Tabela 12.

Używanie marihuany lub haszyszu - klasy pierwsze (odsetki badanych)

	Chłopcy		Dziewczęta	
	1995	1999	1995	1999
Kiedyskolwiek	13,6	20,1	6,5	10,5
W czasie ostatnich 12 miesięcy	9,4	16,6	4,3	8,2
W czasie ostatnich 30 dni	4,4	10,3	1,8	4,6

sennymi znacząco bardziej rozpowszechnione jest wśród dziewcząt.

W badaniach z 1995 r. także stwierdzono wyższe rozpowszechnienie wszystkich substancji wśród chłopców niż wśród dziewcząt z wyjątkiem leków uspokajających i nasennych bardziej powszechnych wśród tych ostatnich. W czasie ostatnich 4 lat różnice między chłopcami i dziewczętami uległy jednak pewnym zmianom. Stało się tak za sprawą nie jednakowego wzrostu rozpowszechnienia wśród chłopców i wśród dziewcząt. Można to prześledzić w tabelach 5. i

6. W klasach pierwszych zmniejszyły się na przykład różnice w rozpowszechnieniu leków uspokajających i nasennych wzrosły, bowiem to właśnie u chłopców nastąpił spadek, a u dziewcząt - wzrost. Zróżnicowanie związane z płcią zwiększyło się, podobnie jak w przypadku klas pierwszych w odniesieniu do takich substancji, jak LSD i kokaina. Warto zauważyć, że rozpowszechnienie LSD wśród dziewcząt spadło. Silniejszy wzrost u dziewcząt niż u chłopców odnotować trzeba w przypadku heroiny i ecstasy.

Podsumowując rozpowszechnienie eksperymentowania z substancjami nielegalnymi

Tabela 13.

Używanie marihuany lub haszyszu - klasy trzecie (odsetki badanych)

	Chłopcy		Dziewczęta	
	1995	1999	1995	1999
Kiedyskolwiek	21,9	32,1	12,0	14,1
W czasie ostatnich 12 miesięcy	13,9	26,3	5,9	9,8
W czasie ostatnich 30 dni	5,1	14,8	1,4	3,3

Tabela 14.

Używanie substancji wziewnych (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy		Trzecie klasy	
	1995	1999	1995	1999
W życiu	10,4	9,1	7,8	5,4
W ciągu 12 miesięcy	4,3	4,3	2,8	1,6
W ciągu 30 dni	1,8	1,9	1,4	1,0

Tabela 15.

Używanie substancji wziewnych - **klasy pierwsze** (odsetki badanych)

	Chłopcy		Dziewczęta	
	1995	1999	1995	1999
Kiedykolwiek	12,1	10,6	8,7	7,7
W czasie ostatnich 12 miesięcy	5,5	4,8	3,2	3,7
W czasie ostatnich 30 dni	2,4	2,3	1,1	1,5

Tabela 16.

Używanie substancji wziewnych - **klasy trzecie** (odsetki badanych)

	Chłopcy		Dziewczęta	
	1995	1999	1995	1999
Kiedykolwiek	9,6	6,3	5,9	4,7
W czasie ostatnich 12 miesięcy	3,5	1,8	1,9	1,4
W czasie ostatnich 30 dni	2,0	1,3	0,8	0,8

spójrzmy na odsetki badanych, którzy w ciągu całego swojego życia podejmowali próby używania jakiegokolwiek środka nielegalnego. W sumie 18,9% pierwszoklasistów i 26,4% trzecioklasistów próbowało chociaż raz w życiu jakiegokolwiek substancji nielegalnej. W tej grupie 12,1% uczniów młodszych i 15,7% uczniów starszych użyło chociaż raz w życiu substancji nielegalnej innej niż przetwory konopi.

Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Jak wynika z danych zawartych w

tabeli 7. najpopularniejszą substancją na poziomie aktualnego używania są przetwory konopi. W klasach pierwszych używa tego środka blisko 12 % uczniów, w klasach trzecich - 17%. Na drugim miejscu znajduje się amfetamina (klasy pierwsze - 7%, klasy trzecie - 8%). Kolejne miejsca zajmują leki uspokajające i nasenne, substancje wziewne oraz LSD i inne halucynogeny.

Aktualne używania substancji także zależne jest od płci (tabela 8.). Podobnie jak w przypadku eksperymentowania zdarza się częściej chłopcom niż dziewczętom, z wyjątkiem leków

uspokajających i nasennych, które są bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt.

Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni na pewno używają jej co najmniej raz na miesiąc. Można jednak założyć, z pewnym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali w ostatnim miesiącu są równe proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu można uznać, że 7% uczniów klas pierwszych i 9% uczniów klas trzecich używa marihuany lub haszyszu co najmniej raz w miesiącu (tabela 9).

Podobnie jak przy używaniu w czasie ostatnich 12 miesięcy, na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia częstego używania jest amfetamina. W klasach pierwszych i w klasach trzecich odsetek używających jej w czasie ostatnich 30 dni wynosi niespełna 4%. Leki uspokajające zajęły trzecie miejsce - 3% wśród pierwszoklasistów i 2% wśród trzecioklasistów. Odsetki używających często pozostałych substancji nie osiągnęły poziomu 2%.

Podobnie jak przy poprzednich wskaźnikach istotne różnicowania wiąże się z płcią (tabela 10). Chłopcy w większym odsetku niż dziewczęta sięgają często po każdą z substancji, z wyjątkiem leków uspokajających i nasennych przyjmowanych bez przepisu lekarza, które preferowane są przez dziewczęta. Warto zwrócić uwagę, że odsetki często używających konopi wśród chłopców w klasach pierwszych przekraczają poziom 10% i w klasach trzecich zbliżają się do poziomu 15%.

Tabela 17.

Inicjacja - typ środka (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy	Trzecie klasy
Nigdy nie używałem żadnej substancji	73,2	66,6
Leki uspokajające lub nasenne bez zalecenia lekarza	10,5	11,1
Marihuana lub haszysz	10,5	18,0
LSD	0,4	0,1
Amfetamina	1,7	2,3
Crack	0,1	0,1
Kokaina	0,1	0,0
Heroina	0,3	0,3
Ecstasy	0,3	0,2
„Grzyby”	0,9	0,3
„Kompot”	0,2	—
Spróbowałem jakiegoś środka, ale nie wiem, co to było	1,7	1,1

Tabela 18.

Inicjacja - źródło zaopatrzenia (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy	Trzecie klasy
Nigdy nie używałem żadnej substancji	73,7	66,6
Dostałem od starszego brata lub siostry	0,8	0,3
Dostałem od starszego kolegi/koleżanki	3,5	3,5
Dostałem od kolegi/koleżanki w moim wieku lub młodszych ode mnie	2,4	4,6
Dostałem od kogoś, kogo znałem ze słyszenia, ale nie osobiście	0,5	0,2
Dostałem od obcej osoby	0,2	0,2
Braliśmy to wspólnie, w grupie przyjaciół	6,6	10,0
Kupiłem od kolegi	2,4	3,0
Kupiłem od kogoś znanego mi ze słyszenia, ale nie osobiście	0,4	0,8
Kupiłem od obcej osoby	0,4	0,9
Dostałem od jednego z rodziców	3,3	3,4
Wziąłem z domu, bez pozwolenia rodziców	3,6	3,4
Żadne z powyższych	2,2	3,0

Porównanie wyników z 1999 r. z wynikami z 1995 r. w zakresie aktualnego i częstego używania substancji innych niż alkohol i tytoń możliwe jest tylko dla przetworów konopi i substancji wziewnych. O pozostałe środki nie pytano w 1995 r. w odniesieniu do ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni. Zobaczmy zatem, jak zmieniły się rozmiary zjawisk aktualnego i częstego używania tych dwóch substancji.

W tabeli 11. zestawiono dane dotyczące marihuany i haszyszu. Zarówno w pierwszych klasach, jak w trzecich najbardziej wzrosły wskaźniki częstego używania, nieco mniej aktualnego używania a najmniej eksperymentowania. Oznacza to, że nie tylko rozszerza się populacja młodych ludzi próbujących przetworów konopi, ale

w jeszcze szybszym tempie rosną grupy używających ich okazjonalnie w tym robiących to względnie często. Warto zauważyć, że w klasach pierwszych płeć nie wiele zmienia jeśli chodzi o skalę wzrostu (tabela 12). Zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt wskaźniki rosną w podobnym tempie i w konsekwencji relacje między przedstawicielami obu płci pod względem rozpowszechnienia pozostają względnie stałe. W klasach trzecich wskaźnik używania częstego wzrósł znacznie bardziej u chłopców niż u dziewcząt (tabela 13). W konsekwencji znacznie zwiększyła się rozpiętość rozpowszechnienia częstego używania między chłopcami a dziewczętami.

Inne prawidłowości obserwujemy w przypadku substancji wziewnych (tabela 14). W

Tabela 19.

Inicjacja - powody spróbowania (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy	Trzecie klasy
Chciałem się czuć na „haju”	4,1	4,6
Nie chciałem odstawać od grupy	2,2	1,7
Nie miałem nic do roboty	1,8	2,3
Byłem ciekawy	15,0	22,1
Chciałem zapomnieć o swoich problemach	4,1	4,1
Inny powód	6,1	7,5
Nie pamiętam powodu	3,5	2,7

Tabela 20.

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych w ocenach respondentów z **klas pierwszych** w 1995 r. (odsetki badanych)

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Trudne	Łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Piwo	3,5	1,4	1,8	15,9	72,6	4,8
Wino	4,1	2,2	5,9	23,7	57,4	6,7
Wódka	6,9	6,3	13,3	23,1	42,2	8,1
Marihuana lub haszysz	28,0	15,7	13,1	12,4	6,3	24,5
LSD	30,5	16,3	12,4	7,7	3,3	29,8
Amfetamina	29,3	16,5	11,9	9,1	4,7	28,5
Leki uspokajające lub nasenne	16,7	10,0	13,0	22,0	16,5	21,8
Crack	32,1	15,9	9,4	3,4	2,1	37,1
Kokaina	33,0	17,9	10,5	4,4	2,6	31,5
Ecstasy	32,7	15,9	9,8	3,7	2,4	35,5
Heroina	31,6	16,8	11,1	6,4	3,8	30,4
Substancje wziewne	20,3	9,0	8,2	15,3	25,7	21,5
Sterydy anaboliczne	28,9	13,8	10,2	7,2	6,1	33,9
Bimber	19,0	10,6	13,0	18,4	17,1	22,0
„Kompot”	28,4	14,4	11,2	8,2	6,6	31,2

Tabela 21.

*Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych w ocenach respondentów z **klas pierwszych** w 1999 r. (odsetki badanych)*

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Trudne	Łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Piwo	2,4	1,1	3,1	21,9	68,5	3,1
Wino	3,6	1,9	8,1	22,8	56,9	6,8
Wódka	5,7	5,9	13,6	22,6	44,7	7,5
Marihuana lub haszysz	15,9	14,0	17,9	18,6	11,5	22,1
LSD	17,8	15,6	19,3	13,0	7,3	27,0
Amfetamina	17,2	15,2	16,4	17,0	10,4	23,7
Leki uspokajające lub nasenne	12,3	10,2	15,0	22,4	17,4	22,6
Crack	18,9	16,7	17,7	8,7	4,7	33,3
Kokaina	18,9	18,0	17,9	10,5	5,8	28,9
Ecstasy	17,8	16,7	17,0	12,5	7,2	28,7
Heroina	19,2	18,2	16,7	11,3	6,0	28,7
Grzyby	17,4	15,0	15,9	12,6	9,9	29,3
Substancje wziewne	13,6	8,9	9,7	15,2	30,7	22,0
Sterydy anaboliczne	17,1	13,0	15,4	11,8	11,8	30,9

klasach pierwszych w zasadzie żaden z omawianych wskaźników nie uległ większym zmianom. W klasach trzecich zaś odnotować trzeba niewielki spadek wszystkich trzech wskaźników. Płeć w klasach pierwszych nie wprowadza żadnego zróżnicowania jeśli chodzi o zmiany między 1995 r. i 1999 r. (tabela 15). W klasach trzecich spadek wskaźników zaznacza się właściwie tylko wśród chłopców, wśród dziewcząt nie ma większych zmian (tabela 16).

Kolejne trzy pytania kwestionariusza koncentrowały się na kwestii inicjacji używania substancji. Pierwsze dotyczyło typu środka przyjętego jako pierwszy w życiu (tabela 17). W roli

środka inicjującego używanie w klasach pierwszych najczęściej pojawiają się przetwory konopi lub leki uspokajające i nasenne bez zalecenia lekarza. Każdy z tych środków wystąpił w roli inicjującego u 10,5% badanych. Niespełna 2% pierwszoklasistów inicjowało przy użyciu amfetaminy. Każdy z pozostałych środków pojawiał się w odpowiedziach na pytanie o inicjację u mniej 1% badanych. W klasach trzecich zdecydowanie najczęściej wymieniane były marihuana lub haszysz (18%), a następnie leki uspokajające i nasenne (11%). Amfetamina pojawiła się u 2% badanych, każdy z pozostałych środków u mniej 1% badanych.

W odpowiedzi na pytanie o źródło zaopatrzenia w środek, który posłużył do inicjacji, najczęściej odpowiadano, że odbyło się to w grupie przyjaciół, a tym samym zwykle trudno wskazać jaką drogą dotarł środek - 7% pierwszoklasiści i 10% trzecioklasiści (tabela 18). Inne częściej wymieniane źródła zaopatrzenia to wzięcie z domu bez pozwolenia rodziców lub otrzymanie od rodziców (chodzi tu o leki uspokajające i nasenne), otrzymanie od kolegi lub koleżanki, kupno od kolegi. Niemal nie zdarza się zakup u obcej osoby lub osoby znanej tylko ze słyszenia.

Najczęściej wymienianym powodem sięgnięcia po jakiś środek była ciekawość - 15% wśród pierwszoklasistów i 22% wśród trzecioklasistów (tabela 19). Warto zauważyć, że młodzież stosunkowo rzadko potwierdza taki powód jak „nie chciałem odstawać od grupy” (ok. 2%). Oznaczać to może, że trzeba z większą rezerwą patrzeć na - często podnoszony przez osoby zajmujące się profilaktyką - nacisk grupowy, jako czynnik rozprzestrzeniania się zjawiska.

Dostępność substancji psychoaktywnych

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych badaliśmy pytając respondentów o to, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z nich, gdyby tego chcieli. Skala odpowiedzi wyznaczona była z jednego krańca przez odpowiedź „Niemożliwe” a z drugiego - „Bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „nie wiem”. Ocenie badanych poddano dostępność napojów alkoholowych, leków uspokajających i nasennych, substancji wziewnych oraz poszczególnych środków nielegalnych. Pełen rozkład odpowiedzi dla uczniów klas pierwszych zawiera tabela 21 i dla uczniów klas trzecich tabela 23.

Uwagę zwraca bardzo wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. Uczniowie klas pierwszych uznali za bardzo łatwe do zdobycia: piwo - 73% uczniów, wino - 57% uczniów i wódka - 42% uczniów. Analogiczne odsetki pierwszoklasistów uznały za niemożliwe do zdobycia: piwo - 4%, wino - 4% i wódkę - 7%. Jak widać większość badanych nie ma dużych trudności z dostępem do napojów alkoholowych mimo, że według polskiego prawa sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych nieletnim jest zabroniona. Dostępność poszczególnych napojów alkoholowych w ocenach trzecioklasistów jest jeszcze wyższa, przy czym różnice nie są bardzo duże. Najmniejsze są oczywiście w przypadku piwa a największe wódki. Odpowiedź „bardzo łatwe” padła ze strony trzecioklasistów w przypadku piwa w 88%, wina - 82% i wódki 74%. Analogiczne odsetki uznały za niemożliwe do zdobycia: piwo - 1%, wino - 1% i wódkę - 2%. W przeważającej większości badani nie mieli problemów z oceną dostępności napojów alkoholowych.

Trudniejsza do oceny okazała się kwestia dostępu do leków uspokajających i nasennych. Od dokonania oceny uchyliło się 23% uczniów klas pierwszych i 22% uczniów klas trzecich. Dostęp do tych leków jest też zdaniem badanych znacznie trudniejszy. Bardzo łatwo byłoby je dostać 17% pierwszoklasistów i takiemu samemu odsetkowi trzecioklasistów.

Na tym tle dostępność substancji nielegalnych jest oczywiście oceniana jeszcze niżej. Odsetki uczniów klas pierwszych, którzy uważają za niemożliwe do zdobycia wahają się od 16% w przypadku konopi indyjskich, do 19% w przypadku heroiny. Analogiczne odsetki stwierdzających, że byłoby im bardzo łatwo dostać poszczególne substancje wahają się od

Tabela 22.

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych w ocenach respondentów z klas trzecich w 1995 r.

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Trudne	Łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Piwo	2,2	0,6	0,6	11,0	82,9	2,6
Wino	2,2	0,7	2,2	14,3	77,7	3,0
Wódka	3,0	2,3	4,4	18,0	67,7	4,5
Marihuana lub haszysz	20,3	12,4	12,3	18,0	9,6	27,3
LSD	22,6	14,6	12,6	10,9	4,7	34,6
Amfetamina	22,3	13,8	12,3	12,2	6,5	32,8
Leki uspokajające lub nasenne	12,5	6,7	11,2	26,3	19,8	23,6
Crack	24,9	14,3	9,8	4,0	2,4	44,6
Kokaina	25,5	16,6	11,0	5,4	3,0	38,6
Ecstasy	24,7	14,9	9,5	4,8	2,5	43,6
Heroina	24,3	15,1	11,2	7,3	4,9	37,2
Substancje wziewne	16,2	6,9	6,6	17,8	27,5	25,0
Sterydy anaboliczne	21,8	11,8	9,9	9,7	9,5	37,3
Bimber	14,8	8,2	11,6	20,9	20,2	24,3
„Kompot”	21,8	12,8	11,7	9,2	6,9	37,5

12% w przypadku konopi indyjskich do 5% w przypadku crack. W klasach trzecich badani w przypadku większości substancji nielegalnych w podobnym odsetku co pierwszoklasiści uznają je za bardzo łatwe do zdobycia. Odpowiedzi takich udzieliło w odniesieniu do najbardziej dostępnych konopi 12% badanych i najtrudniej dostępnego cracku - 3% badanych. Ogólnie wydaje się, że młodzież starsza ocenia podobnie dostęp do substancji nielegalnych jak młodzież młodsza. Na koniec trzeba zwrócić uwagę na bardzo wysokie odsetki badanych, którzy nie potrafili ocenić swoich możliwości w zakresie

dostępu do substancji nielegalnych. Odsetki te były trochę niższe w klasach trzecich, niż pierwszych. Najmniej badanych miało trudności z oceną dostępu do marihuany i haszyszu (22% w klasach pierwszych i 18% w klasach trzecich), najwięcej z oceną dostępu do crack (33% w klasach pierwszych i 34% w klasach trzecich). Te relatywnie wysokie odsetki badanych, którzy wybrali odpowiedź „nie wiem” wskazują na znaczą frakcję osób do tego stopnia nie zainteresowanych substancjami nielegalnymi, że nie potrafią nawet wyobrazić sobie skali trudności w zdobyciu tego typu środków.

Porównując omówione wyżej wyniki z wynikami z 1995 r. zawartymi w tabelach 20. i 22. trzeba wskazać na brak większych zmian. Nie wielkie przesunięcia w rozkładach wskazują na lekki wzrost dostępności, nie ma jednak skokowego charakteru. Wzrost rozpowszechnienia używania wydaje się być silniejszy niż wzrost dostępności, jeśli za wskaźnik tego ostatniego przyjąć deklaracje w sprawie łatwości zdobycia poszczególnych substancji.

Innego wskaźnika dostępności dostarczyły odpowiedzi na pytanie o to czy badanemu kiedykolwiek proponowano jakieś substancje psychoaktywne. W ostatnich latach w mass-me-

diach wiele mówiło się o agresywnym rozwoju rynku substancji nielegalnych i ich marketingu wśród uczniów. Intencją pytania o propozycje była weryfikacja tych doniesień. Badanym przedstawiono listę środków legalnych i nielegalnych i proszono o zaznaczenie tych, które w czasie ostatnich 12 miesięcy ktokolwiek im proponował. Rozkład odpowiedzi zawarty w tabeli 24 wskazuje na podobne prawidłowości, jak przy używaniu poszczególnych substancji. Młodzież spotyka się przede wszystkim z propozycjami picia alkoholu. Propozycje dotyczące substancji nielegalnych pojawiają się u znacznie mniej licznych frakcji respon-

Tabela 23.

*Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych w ocenach respondentów z **klas trzecich** w 1999 r. (odsetki badanych)*

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Trudne	Łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Piwo	0,9	0,3	1,0	9,3	87,6	0,8
Wino	1,3	0,8	1,8	11,1	81,7	3,3
Wódka	1,8	1,5	4,1	15,0	74,1	3,6
Marihuana lub haszysz	11,1	10,9	19,8	27,7	11,9	18,6
LSD	12,5	14,1	22,8	20,2	5,9	24,4
Amfetamina	11,7	13,2	21,0	22,7	10,5	20,8
Leki uspokajające lub nasenne	7,9	9,1	17,5	26,8	17,0	21,8
Crack	14,7	15,8	22,0	10,0	3,4	34,1
Kokaina	14,7	18,9	22,0	12,4	4,1	27,9
Ecstasy	13,9	15,4	21,3	15,9	6,7	27,0
Heroina	15,3	19,1	21,0	11,8	4,4	28,4
Grzyby	13,5	14,1	20,1	15,6	8,9	27,8
Substancje wziewne	9,4	8,6	9,9	21,7	29,8	20,5
Sterydy anaboliczne	13,1	12,9	15,8	16,0	14,1	28,2

Tabela 24.

Propozycje poszczególnych substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy		Trzecie klasy	
	1995	1999	1995	1999
Piwo	80,6	85,0	89,5	93,2
Wino	65,2	52,1	79,2	61,5
Wódka	53,1	57,0	73,5	75,9
Bimber	12,7	13,1	16,8	14,9
Leki uspokajające i nasenne	8,1	6,9	8,8	5,5
Konopie	11,4	17,3	17,3	23,6
Amfetamina	4,8	10,3	6,0	14,0
LSD	3,8	5,0	5,3	4,9
Ecstasy	1,4	5,0	1,7	5,2
Heroina	2,0	3,4	2,2	2,3
Kokaina	1,7	3,5	1,9	2,7
Crack	0,8	2,1	1,2	1,7
Sterydy anaboliczne	3,6	6,2	5,4	7,1
„Kompot”	2,7	3,5	2,1	1,5

dentów. Wyniki zgromadzone w tabeli nie potwierdzają alarmistycznych doniesień prasy o bezpośrednim kontakcie większości młodzieży z nielegalnymi narkotykami. Stosunkowo najczęściej zdarzają się propozycje dotyczące konopi. Otrzymało je chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy 17% uczniów klas pierwszych i 24% uczniów klas trzecich. Odsetki uczniów, którym proponowano amfetaminę wynosiły w przypadku pierwszoklasistów - 10% i trzecioklasistów - 14%. Takie substancje, jak heroina, kokaina, ecstasy lub LSD proponowane były 2% do 5% badanym zarówno w klasach pierwszych jak trzecich.

W czasie ostatnich czterech lat wskaźniki narażenia na propozycje w przypadku niektórych substancji nie uległy większym zmianom,

w przypadku innych, wyraźnie wzrosły. Najbardziej zwiększyło się narażenie na propozycje dotyczące amfetaminy, marihuany i haszyszu oraz ecstasy. Z propozycjami heroiny mieli częściej do czynienia niż przed czterema laty tylko uczniowie klas pierwszych. W klasach trzecich nie odnotowano zmian. Wynik jest o tyle zaskakujący, że rozmiary zjawiska eksperymentowania z heroiną w tym czasie znacznie wzrosły.

Uzupełniających danych na temat dostępności marihuany i haszyszu dostarczają odpowiedzi na pytanie o znajomość miejsc, gdzie można te substancje nabyć (tabela 25). Badani mniej więcej w połowie orientują się, gdzie można kupić marihuanę lub haszysz. Odsetek uczniów znających takie miejsca jest nieznacznie wyższy wśród trzecioklasistów (55%), niż

pierwszoklasistów (49%). Najczęściej wymieniano w tym kontekście dyskotekę lub bar (30% - pierwszoklasiści i 39% - trzecioklasiści) oraz ulicę lub park (21% - pierwszoklasiści i 24% - trzecioklasiści). Warto zauważyć, że dość często badani wymieniali szkołę jako potencjalne miejsce zakupu (24% pierwszoklasistów i 29% trzecioklasistów).

PODSUMOWANIE

W maju i czerwcu 1999 r. zrealizowano audytoryjne badanie ankietowe na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej uczniów klas pierwszych i trzecich szkół ponadpodstawowych. Badania prowadzono według metodologii międzynarodowego projektu podjętego z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy i koordynowanego przez CAN ze Sztokholmu. **Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych.**

Wyniki badania wskazują na znacznie wyższy poziom rozpowszechnienia używania substancji legalnych, niż nielegalnych. W czasie ostatnich czterech lat dystans między nimi trochę zmniejszył się za sprawą większej dynami-

ki wzrostu rozpowszechnienia substancji nielegalnych.

Zwraca uwagę wysoki odsetek uczniów, którzy kiedykolwiek używali leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza (18% pierwszoklasistów i 21% trzecioklasistów). Sięganie po te leki jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Wśród substancji nielegalnych relatywnie najwyższym rozpowszechnieniem cechują się konopie indyjskie. Chociaż raz w ciągu całego życia używało ich 15% pierwszoklasistów i 22% trzecioklasistów. Na drugim miejscu wśród substancji nielegalnych jest amfetamina (ok. 7% wśród uczniów klas pierwszych i 11% wśród uczniów klas trzecich), na trzecim heroína do palenia, a na czwartym LSD. Eksperymentowanie z każdą z pozostałych substancji dotyczy jeszcze mniejszych odsetków uczniów w większości nie przekraczających 3%. W sumie 18,9% pierwszoklasistów i 26,4% trzecioklasistów próbowało chociaż raz w życiu jakiegokolwiek substancji nielegalnej. W tej grupie 12,1% uczniów młodszych i 15,7% uczniów starszych użyło chociaż raz w życiu substancji nielegalnej innej niż przetwory konopi.

Aktualne, okazjonalne używanie substancji nielegalnych, czego wskaźnikiem jest używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy, także sta-

Tabela 25.

Miejsca, gdzie można łatwo kupić marihuanę lub haszysz (odsetki badanych)

	Pierwsze klasy	Trzecie klasy
Nie znam takich miejsc	51,1	44,9
Ulica, park	20,5	24,2
Szkoła	24,1	28,9
Dyskoteka, bar	29,6	39,3
Mieszkanie dealera	18,3	19,1
Inne miejsce	5,0	4,4

wia przetwory konopi na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia (12% - pierwsze klasy, 17% - trzecie klasy). Podobnie jest, gdy analizujemy wskaźnik częstego używania (ostatnie 30 dni przed badaniem). Konopi używało w tym czasie 7% uczniów klas pierwszych i 9% uczniów klas trzecich.

Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich częstsze używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Porównanie wyników obecnego badania z wynikami badania z 1995 r. wskazuje na wzrost rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Relatywnie najmniej wzrosły wskaźniki palenia tytoniu. Znacznie wzrosło rozpowszechnienie częstego picia i upijania się, szczególnie wśród uczniów klas pierwszych. Najsilniejszy wzrost odnotowano, jeśli chodzi o eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi. Największe zagrożenia wiązać można ze znacznym zwiększeniem się grup eksperymentujących z heroiną (brown sugar) i z amfetaminą oraz często używających przetworów konopi. Wzrost rozpowszechnienia częstego używania konopi jest większy niż wzrost odsetków osób, które próbowały konopi.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Wyniki badania z 1999 r. w zestawieniu z wynikami sprzed czterech lat skłaniają do sformułowania kilku wniosków, a w ślad za nimi kilku rekomendacji.

Tendencja wzrostowa w zakresie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież zobrażowana przez badania, zdaje się wystawiać nie najlepsze noty działaniom profilaktycznym skierowanym na redukcję popytu w skali kra-

ju. Wprawdzie trudno powiedzieć, jak wyglądałyby wskaźniki epidemiologiczne, gdyby działań profilaktycznych nie podejmowano - być może były by znacznie gorsze - to jednak z całą pewnością można stwierdzić, że spektakularnych sukcesów odnotować się nie da. Gdyby użyć tu terminologii militarnej, tak chętnie stosowanej przez publicystów, to trzeba by powiedzieć, że jesteśmy w głębokiej defensywie, ciągle zmuszani do odwrotu. Wydaje się, że wzrost rozpowszechnienia używania substancji, a szczególnie nasilenia picia alkoholu, jest efektem głębokiej zmiany obyczajowej, której dotychczasowe zabiegi profilaktyczne nie są w stanie skutecznie przeciwstawić się. Dla odwrócenia obecnego trendu, jeśli to jest w ogóle możliwe, potrzebna jest mobilizacja całego społeczeństwa oparta na pełnym konsensusie co do celu, jaki chcemy osiągnąć.

Trend wzrostowy, a szczególnie powiększanie się grup silniej zaangażowanych w używanie substancji skłania do przemyślenia na nowo priorytetów w strategii prewencyjnej. Zastanowienia wymaga kwestia oferty dla młodych ludzi używających względnie często substancji nielegalnych. Wielu z nich nie uda się przekonać do zmiany tego stylu życia, konieczne wydaje się zatem zadbanie o minimalizację szkód, do jakich to może prowadzić.

Janusz Sierosławski

Antoni Zieliński

Instytut Psychiatrii i Neurologii

ROZPOZNAWANIE ZESPOŁU NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ Z DEFICYTEM UWAGI (ADHD) I JEGO LECZENIE LEKAMI PSYCHOSTYMULUJĄCYMI

Sprawozdanie z obrad Grupy Roboczej (8-10 grudnia 1999 r., Strasbourg)

W grudniu 1999 r. w Strasbourgu odbyło się spotkanie grupy roboczej dotyczące rozpoznawania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi/zaburzeniom hiperkinetycznym (ADHD/HKD) i jego terapii lekami psychostymulującymi. Organizatorem była Grupa Pompidou działająca przy Radzie Europy; wsparcia udzieliła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) a status obserwatora posiadał sekretariat Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków (INCB). W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele 16 państw europejskich oraz USA. Polskę reprezentował autor niniejszego sprawozdania.

Przyczynkiem do zorganizowania spotkania były doniesienia o wzroście, od początku lat 90-tych, legalnej produkcji i sprzedaży leków psychostymulujących. Zjawisko to dotyczy głównie USA i wielu krajów Europy Zachodniej. Według danych INCB, na przykład, całkowita produkcja jednego z nich, metylfenidatu, wzrosła w latach 1990-1997 aż 5-krotnie (z 2,8 ton w roku 1990, do 12,8 ton w 1995 r., 13,8 ton w 1996 r. i 15,3 ton w 1997 r.). Wszyst-

ko wskazuje na to, że tendencja ta w kolejnych latach utrzymuje się.

ADHD jest zaburzeniem charakteryzującym się zmienionymi wzorcami zachowań z niewłaściwym w stosunku do stopnia rozwoju poziomem nieuwagi, impulsywności i/lub nadaktywności. W trzech grupach objawów znajdujemy:

- **Objawy deficytu uwagi:** niemożność skupienia się na szczegółach, trudność w utrzymaniu uwagi, wrażenie niesłuchania tego, co się do pacjenta mówi, niekończenie czynności, trudność w organizowaniu zadań, unikanie utrzymywania wysiłku, gubienie rzeczy, rozpraszanie się przez bodźce zewnętrzne, skłonność do zapominania.
- **Objawy nadmiernej aktywności:** nerwowe ruchy rąk lub stóp, opuszczanie miejsca w klasie, bieganie lub wspinanie się, trudność w spokojnym bawieniu się, nadmierna aktywność ruchowa („nieustanne bycie w ruchu”), nadmierna gadatliwość.
- **Objawy impulsywności:** nadmierna gadatliwość, wyrywanie się z odpowiedzią przed

końcem pytania, trudność z czekaniem na swoją kolej, przerywanie innym lub wtrącanie się.

Rozpowszechnienie ADHD wśród dzieci w wieku szkolnym szacowane było w przeszłości nawet na ponad 10%. Obecnie ocenia się, że ADHD występuje u 2-7% dzieci w wieku szkolnym. Stanowi więc najczęstsze w tej grupie wiekowej zaburzenie psychiczne. W USA dzieci i młodzież z rozpoznaniem ADHD stanowią 30-50% wszystkich nieletnich pacjentów trafiających pod opiekę psychiatry. Jednakże, jak się ocenia, tylko część pacjentów cierpiących na to zaburzenie otrzymuje właściwą pomoc.

Jednym z powodów tego jest niedostateczna rozpoznawalność zaburzenia. Należy jednak stwierdzić, że sytuacja w wielu krajach w ciągu minionego dziesięciolecia uległa znacznej poprawie i rozpoznawalność w tym okresie wzrosła nawet kilkakrotnie (przykładem jest Wielka Brytania i USA). Istnieją jednak istotne różnice w tym względzie pomiędzy krajami oraz regionami poszczególnych krajów. Na tle innych krajów, Polska niestety wyróżnia się niekorzystnie zbyt rzadkim rozpoznawaniem tego schorzenia.

Właściwe leczenie zaburzenia okazuje się mieć dużo większe znaczenie niż z pozoru mogłoby się wydawać. Nie jest to jedynie problem z zakresu „kosmetyki wychowawczej”. Nieleczone ADHD/HKD prowadzi bowiem do wystąpienia licznych psychologicznych i społecznych konsekwencji, które w sposób trwały mogą rzutować na życie pacjenta. Do wtórnych problemów związanych z zaburzeniem należą między innymi obniżenie poziomu edukacji, a tym samym osiągnięcie gorszego statusu społecznego, pogorszenie funkcjonowania społecznego (wiąże się to np. z częstym u tych pacjentów poczuciem odrzucenia przez otoczenie),

większa częstość zaburzeń antyspołecznych w przyszłości oraz częstsze popadanie w uzależnienia. Można jednakże próbować temu zapobiec. Udowodniono bowiem, że właściwe leczenie ADHD/HKD w znaczącym stopniu zmniejsza nasilenie i częstość występowania przynajmniej części z nich.

Do form terapii stosowanych w przypadku ADHD/HKD zaliczyć można:

- leczenie farmakologiczne,
- oddziaływania psychoterapeutyczne,
- oddziaływania środowiskowe,
- pomoc w zakresie edukacji.

Obecnie ocenia się, że główną formą pomocy w przypadku zaburzenia jest leczenie farmakologiczne. Spośród stosowanych leków największą skutecznością cechują się leki psychostymulujące, do których należą m.in.: metylfenidat, pochodne amfetaminy oraz pemolina. Efektem stosowania tych leków jest poprawa w zakresie objawów zaburzeń uwagi, nadmiernej aktywności i impulsywności. W efekcie daje to wyraźną poprawę funkcjonowania społecznego, poprawę wyników w nauce, poprawę sytuacji psychologicznej dziecka oraz zmniejszenie skłonności do zachowań antyspołecznych w przyszłości.

Atutem tych leków oprócz skuteczności jest posiadane doświadczenie w ich stosowaniu (dotyczące także kwestii bezpieczeństwa stosowania) - w leczeniu ADHD/HKD są one wykorzystywane od ponad 50-ciu lat. Jak się ocenia, stopień ich wykorzystywania jest jednak niedostateczny. Tylko około 10% pacjentów z ADHD/HKD w krajach rozwiniętych jest leczonych lekami psychostymulującymi. W Polsce leczenie takie otrzymuje tylko około 20 (sic!) pacjentów.

Od samego początku leki psychostymulujące wzbudzały ogromne kontrowersje, co sta-

nowiło często przeszkodę do ich stosowania. Kontrowersje te brały się z jednej strony z powodu największej skuteczności w zakresie zmniejszania objawów nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń uwagi u pacjentów z ADHD/HKD, z drugiej zaś, z powodu przynależności do grupy substancji o dużym potencjale uzależniającym, a tym samym o dużym ryzyku ich nadużywania.

W przeszłości tylko w nielicznych krajach, w tym w USA, leki psychostymulujące oparły się zmasowanej krytyce związanej z częstym nadużywaniem tych leków. W przeciwieństwie do innych krajów, w których wycofano te leki z użycia, w USA uznano, że przyczyną nadużywania jest brak odpowiednich procedur kontrolnych w zakresie ich stosowania. Dążono więc do poprawy kontroli, co pozwoliło na zmniejszenie nadużywania leków psychostymulujących, a jednocześnie na nieprzerwane ich stosowanie w leczeniu ADHD/HKD.

Pozytywne doświadczenia amerykańskie zachęciły inne kraje do przywrócenia leków psychostymulujących do leczenia ADHD/HKD. Powrót do tych leków wynikał także z konieczności, ponieważ żadna z innych dostępnych metod leczenia zaburzenia nie była tak skuteczna, jak leczenie psychostymulantami. Ponadto, część innych stosowanych leków (np. neuroleptyki) narażała pacjentów na potencjalnie niebezpieczne działania niepożądane.

Obstawanie przy stosowaniu leków psychostymulujących w leczeniu ADHD/HKD w USA oraz powrót do ich stosowania w innych krajach przed laty był, jak się obecnie okazuje, całkowicie uzasadniony. Ostatnie badania potwierdzają bowiem znaną od lat hipotezę zaburzeń w zakresie przekąźnictwa dopaminergicznego u pacjentów z ADHD/HKD. Zaburzenie to jest właśnie korygowane dzięki mechanizmowi działa-

nia leków psychostymulujących. Wyniki tych badań, a także stosowanie skutecznych procedur kontrolnych ograniczających ryzyko niewłaściwego stosowania leków psychostymulujących z pewnością zmniejszą kontrowersje wokół tych leków. Brak procedur kontrolnych doprowadził w przeszłości do rozpowszechnionego nadużywania tych leków bez ścisłych wskazań lekarskich, jak np. rozpoznanie ADHD/HKD. Aktualnie, w krajach dopuszczających stosowanie leków psychostymulujących, są one zarejestrowane wyłącznie do leczenia tego zaburzenia oraz narkolepsji (snu napadowego). Poszczególne kraje stosują ponadto własne systemy kontroli, polegające między innymi na obowiązku przechowywania przez okres 10 lat dokumentacji związanej ze stosowaniem leku, lub na licencjonowaniu lekarzy stosujących takie leczenie. Wysiłki te przynoszą bardzo wymierne efekty.

Dlaczego zatem rośnie sprzedaż leków psychostymulujących? Prawdopodobnie jest to wynikiem większej świadomości problemu jakim jest ADHD/HKD wśród personelu medycznego, nauczycieli i rodziców, a tym samym częstszego identyfikowania go i rozpoczynania adekwatnego leczenia. Leczenia, które pacjentom dotkniętym ADHD/HKD przynosi rzeczywistą poprawę.

Istnieją jednakże dramatyczne różnice w dostępności pomocy pomiędzy krajami, a nawet regionami poszczególnych krajów. Wspólne stanowisko grupy roboczej wypracowane podczas obrad postuluje kształcenie specjalistów w identyfikowaniu i leczeniu zaburzenia.

Do złagodzenia różnic mogłoby się także przyczynić dopuszczenie do obrotu leków psychostymulujących najbezpieczniejszego, najlepiej poznanego i najbardziej skutecznego środka w leczeniu ADHD/HKD w krajach dotychczas ich niestosujących (np. w Polsce).

Tendencja do coraz powszechniejszego stosowania leków psychostymulujących w leczeniu ADHD/HKD najprawdopodobniej dotrze także do Polski. Należy też oczekiwać, że stanie się to w niedalekiej przyszłości. Być może już wkrótce pacjenci z rozpoznaniem ADHD/HKD w Polsce będą mogli korzystać z metody leczenia, która ze względu na skuteczność i bezpieczeństwo jest uznawana i powszechnie stosowana w świecie. Należałoby zatem pil-

nie opracować procedury kontrolne stosowania leków psychostymulujących na podstawie doświadczeń innych krajów. Pozwoliłoby to stosować te leki w terapii ADHD/HKD, a przy tym nie dopuścić do niewłaściwego ich stosowania lub nadużywania, jak to miało miejsce w przeszłości.

Cezary Markuszewski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

SYSTEM INFORMACYJNY O NARKOTYKACH

SUBREGIONALNE SPOTKANIE KRAJÓW NADBAŁTYCKICH

13-14 grudnia 1999, Wilno

WPROWADZENIE

W Wilnie odbyło się kolejne z szeregu spotkań zorganizowanych w ramach projektu Phare dotyczącego systemu informacyjnego o narkotykach (Phare Project on Drug Information System). Projekt ten jest częścią programu Unii Europejskiej o nazwie Phare, ukierunkowany na przeciwdziałanie narkomanii (The European Union's Phare Multi-beneficiary Drugs Programme).

W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele czterech krajów Europy Centralnej i Wschodniej subregionu bałtyckiego: Estonii, Litwy, Łotwy i Polski oraz przedstawiciele jednego kraju Unii Europejskiej - Szwecji. W spotkaniu uczestniczyło szesnaście osób - po trzy osoby z każdego kraju, a ponadto koordynator pro-

jektu Phare dotyczącego systemu informacyjnego o narkotykach - Katrina Donnelly z Holandii. Organizatorką spotkania była Ona Grimalauskiene z Departamentu Zdrowia Publicznego, Ministerstwa Zdrowia Litwy. Wśród uczestników znaleźli się pracownicy ministerstw zdrowia i spraw socjalnych, instytutów naukowych, policji, a także organizacji pozarządowych.

Celem spotkania było umożliwienie wymiany informacji na poziomie europejskim. Służyć ma temu standaryzacja w zakresie metod zbierania i przetwarzania danych oraz sposobów ich wykorzystywania dla analiz międzynarodowych. Ważne jest również opracowanie wspólnych strategii i popularyzacja innowacji w zakresie zbierania danych i prowadzenia analiz, a także rozpoznanie tych obszarów, gdzie

można zintensyfikować współpracę na poziomie europejskim.

Jednym z zadań spotkania było przedyskutowanie sposobu przygotowywania krajowych raportów na temat sytuacji w zakresie narkotyków i narkomanii, zgodnych z nowymi standardami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Szkolenie w tym zakresie przeprowadzili eksperci z Instytutu Zdrowia Publicznego w Sztokholmie, pełniące rolę Szwedzkiego Krajowego Centrum Informacji, współpracującego z EMCDDA (The National Focal Point of Sweden). W trakcie spotkania została przedstawiona zmieniona struktura raportu dla EMCDDA. Dostarczone zostały także materiały do dyskusji na temat rozwoju systemu informacyjnego o narkotykach i narkomanii w Polsce, Estonii, na Litwie i Łotwie.

PRZEBIEG SPOTKANIA

Pierwszego dnia, w formie referatu wprowadzającego, podsumowana została aktualna sytuacja krajowych centrów informacji o narkotykach i narkomanii w krajach Europy Centralnej i Wschodniej. Przedstawiono zarys problemu narkotyków oraz stan systemów informacyjnych o narkotykach w tych krajach, z uwzględnieniem prawnego statusu narkotyków - posiadania, używania, handlu, a także struktury administracyjnej instytucji zajmujących się zjawiskami narkomanii, działalności, problemów i potrzeb. Informacje z referatu wprowadzającego zostały uzupełnione prezentacjami przedstawicieli Estonii, Litwy, Łotwy i Polski dotyczącymi tych zagadnień.

W podstawowej części obrad pierwszego dnia przedstawiono i przedyskutowano kluczowe zadania w zakresie rozwoju systemu infor-

macyjnego o narkotykach w krajach Unii Europejskiej.

• Aktualizacja Raportu Krajowego

Aktualizacja raportu powinna przebiegać wedle schematu uwzględniającego trzy etapy: *I etap* – krajowe centra informacji o narkotykach i narkomanii przekazują do instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii wytyczne (Guidelines) do standardowych tabel epidemiologicznych, potrzebne do aktualizacji wszystkich części Raportu Krajowego.

II etap – zaktualizowane dane zostają przekazane do krajowych centrów.

III etap – zostaje opracowany zaktualizowany Raport Krajowy zawierający dane dotyczące obecnych trendów epidemiologicznych, zmniejszenia popytu, rozwijania polityki i regulacji prawnych w 1999 roku.

• System Informacyjny dotyczący działań w zakresie redukcji popytu (EDDRA)

EDDRA to system zbierania obiektywnych, rzetelnych i porównywalnych danych dotyczących działań w zakresie redukcji popytu. Produkt systemu ma formę bazy danych prezentowanej na stronie internetowej EMCDDA. Krajowe instytucje zaangażowane w przeciwdziałanie narkomanii obowiązane są stale zbierać informacje na temat działań w zakresie redukcji popytu zgodnie ze standardami EDDRA.

Aby możliwe było zbieranie danych na temat działań w zakresie redukcji popytu zgodnie ze standardami EDDRA, powinny zostać spełnione następujące warunki: techniczne (dostęp do Internetu), kadrowe (asygnowanie pracownika odpowiedzialnego za zbieranie danych i kontakty), organizacyjne (budowa odpowiedniej struktury), promocyjne (promowanie programu), formalne (raporty).

- **Wspólna Akcja dotycząca narkotyków syntetycznych**

Rada Unii Europejskiej w 1997 r. podjęła decyzję w sprawie wprowadzenia programu Wspólnej Akcji Przeciw Narkotykom Syntetycznym. Przedsięwzięcie to polega na stworzeniu struktur stałej i szybkiej wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych narkotyków syntetycznych.

- **Wprowadzanie kluczowych wskaźników epidemiologicznych**

Jednym z podstawowych zadań systemu informacji o narkotykach i narkomanii jest poprawa porównywalności danych epidemiologicznych zbieranych w krajach członkowskich Unii Europejskiej. Prace na tym polu koncentrują się obecnie na pięciu podstawowych wskaźnikach:

- zgłaszalność do leczenia z powodu używania narkotyków,
- zgony związane z narkotykami,
- nowe przypadki infekcji HIV, HBV i HCV związane z używaniem narkotyków,
- ogólnokrajowe badania ankietowe wśród mieszkańców na temat używania narkotyków oraz postaw wobec narkotyków i narkomanii,
- oszacowania rozpowszechnienia narkomanii (regularnego, problemowego używania narkotyków).

W 1999 r. kraje członkowskie Unii Europejskiej zostały zobowiązane do zbierania danych w zakresie tych pięciu podstawowych wskaźników, w sposób zapewniający porównywalność w ramach zintegrowanego systemu. Prace nad standaryzacją poszczególnych wskaźników są w różnym stopniu zaawansowane. Na przykład wskaźnik infekcji jest ciągle w początkowej fazie opracowywania. Wprowadzanie poszczególnych wskaźników

wiąże się ze specyficznymi problemami. Przykładem mogą być badania ankietowe wśród mieszkańców. Badania takie są bardzo drogie i wymagają planowania długoterminowego. Krajowe centra informacji o narkotykach i narkomanii będą musiały negocjować z instytucjami przeprowadzającymi badania, spełnianie metodologicznych standardów EMCDDA. Seryjność badań przeprowadzanych przez niektóre państwa od wielu lat daje ważne informacje na temat trendów. Jednakże państwa te mogą mieć trudności ze zmianą swych kwestionariuszy. Konieczne jest znalezienie rozsądnego kompromisu między wymogami międzynarodowej porównywalności i utrzymaniem wewnętrznej porównywalności w ramach serii czasowych.

Drugi dzień poświęcony był strategii zbierania danych i opracowywania Krajowego Raportu 2000 (The National Report 2000).

Założenia ogólne obejmują:

- 1) Przeanalizowanie zalet i wad istniejącej już współpracy w zakresie wymiany danych między instytucjami, podsumowanie dotychczasowych doświadczeń, przygotowanie zaleceń dotyczących polepszenia i usprawnienia współpracy oraz dalszego jej rozwoju. Wskazane jest tu rozważenie dwóch aspektów: wymiany danych w sensie przepływu danych oraz wymiany danych w znaczeniu bieżących i stałych procesów komunikacyjnych i współpracy.
- 2) Sformułowanie wskazówek dla ludzi zaangażowanych w budowanie współpracy w zakresie wymiany danych: identyfikacja partnerów, tj. pracowników instytucji dysponujących danymi wspierających program i jego entuzjastów; wybór strategii współdziałania, ustalenie wytycznych teoretycznych; przyjęcie roli mediatora tam, gdzie pojawiają się

rozbieżności w poglądach na sposób zbierania danych. Budowanie współpracy wymaga elastyczności w działaniu - praca ta zorientowana jest na długotrwały, czasochłonny proces i niekiedy trudno jest ściśle przestrzegać wszystkich założeń wyjściowych.

- 3) Uwzględnienie specyfiki poszczególnych krajów, która może dotyczyć: struktury instytucji państwowych, organizacji pozarządowych czy placówek leczniczych dysponujących danymi lub stanowiących źródła danych; potrzeb informacyjnych tych instytucji; sposobów przekazywania informacji i systemów wymiany danych; motywacji do współpracy.
- 4) Zalecenia stanowiące, że wymiana danych powinna być zorganizowana w oparciu o istniejące już struktury, a w przypadku luk należy przeprowadzić analizę przyczyn ich powstania i tylko wtedy budować nowe uzupełniające struktury. Powinna zostać wykorzystana dwuwarstwowa strategia, opierająca się zarówno na personelu, jak i strukturze organizacji. Współpraca w zakresie wymiany danych powinna posiadać formalną strukturę. Motywacja do współpracy może być budowana poprzez analizę potrzeb partnerów oraz poprzez pokazanie im korzyści płynących ze współpracy. Należy rozwijać narzędzia wykorzystywane przy wymianie danych, jak na przykład listy adresów poczty elektronicznej, stron w Internecie itp. Promocja współpracy dotyczącej wymiany danych powinna być prowadzona poprzez artykuły prasowe, prezentacje na konferencjach, stworzenie rozpoznawalnego logo.
- 5) Do warunków skutecznej współpracy w zakresie wymiany zaliczamy: utrzymanie kooperacji w oparciu o motywację partnerów; kierowanie współpracą zgodnie z potrzeba-

mi i życzeniami uczestników; wykształcenie podejścia nastawionego na długotrwały proces; traktowanie wszystkich uczestników tak samo; opieranie się na dialogu między ludźmi; bazowanie nie tylko na swoich doświadczeniach, ale i innych uczestników.

- 6) Spodziewane problemy, to między innymi: trudności z podziałem odpowiedzialności za zbieranie i analizę danych; prowadzenie konstruktywnego dialogu i długofalowe utrzymanie efektywnej współpracy.

Po przedstawianiu kluczowych założeń wywiązała się dyskusja. Dotyczyła ona przede wszystkim problemów z realizowaniem powyższych założeń, ale także korzyści płynących ze współpracy w zakresie wymiany danych. Wśród wielu korzyści, najważniejsze wydaje się, że kooperacja zwiększa ciekawość, przyzwolenie, kreatywność i odpowiedzialność uczestników, a także może szybko mobilizować do zajęcia się bieżącymi sprawami. Wymiana danych powoduje dotarcie do najistotniejszych aspektów problemu. Długofalowa współpraca umożliwia rozwój zawodowy uczestników, zapewnia długoterminowe podnoszenie umiejętności, stwarza organizację, w której można się wiele nauczyć oraz polepsza relacje międzyludzkie. Dzięki kooperacji ponoszone są mniejsze koszty rozwoju systemu informacji o narkotykach i narkomanii.

Drugiego dnia omawiano także strategię tworzenia i uzupełniania mapy informacyjnej dotyczącej problematyki narkotyków i narkomanii. Poruszano kwestię badań na temat używania narkotyków, zachowań i podejścia społeczeństwa do narkomanii. Celem takich badań jest uzyskanie porównywalnej, rzetelnej informacji dotyczącej używania różnych narkotyków w skali całej populacji, uchwycenie cech i

zachowań osób używających narkotyki, podejścia różnych grup społecznych do problemu narkomanii. Informacja taka ma służyć ocenie sytuacji, wyznaczeniu priorytetów i planowaniu odpowiednich działań zapobiegawczych. Poruszono też kwestię oceny rozpowszechniania problemowego używania narkotyków, takich jak heroina, kokaina, czy narkotyki iniekcyjne. Ocena określałaby zapotrzebowanie na leczenie i stanowiła realną bazę, w oparciu o którą byłoby możliwe obliczenie kosztów związanych z używaniem narkotyków, np. przestępczości narkotykowej.

WNIOSKI I REKOMENDACJE.

Biorąc pod uwagę, że Projekt Phare dotyczący systemu informacyjnego o narkotykach, ukierunkowany jest na wykorzystywanie efektów współpracy swoich członków w zakresie zjawisk narkomanii, szczególnie istotne było ustalenie kryteriów efektywnej współpracy.

Eksperci zebrani na spotkaniu ustalili, że dla produktywnej kooperacji w zakresie tworzenia systemu informacyjnego o narkotykach muszą zaistnieć:

- dyrektywy współpracy w zakresie wymiany danych;
- zgodność z prawem wszelkich działań, wiarygodność i ich akceptacja;
- określona intensywność działań, tzn. regularność spotkań a także innych kontaktów;
- praca poprzez jednoczące cele, wspólne tematy, na przykład poprawa pracy publicznej służby zdrowia;
- praca w oparciu o zdefiniowaną strategię, najlepiej ustaloną przez osobę koordynującą.

Unikać należy natomiast powstania sztywnej, nieelastycznej organizacji i zbyt rozwiniętej, wielostopniowej instytucjonalizacji.

Jako, że problem narkotyków i narkomanii prowadzi do szkód zdrowotnych, społecznych oraz prawnych na poziomie jednostek i w skali całego społeczeństwa wzrasta waga sprawnego i rzetelnego systemu informacyjnego na temat tego zjawiska. Europa charakteryzuje się dużymi różnicami kulturowymi i społecznymi, dlatego niezwykle ważne jest gromadzenie i promocja wciąż uaktualnianej wiedzy na temat narkotyków i narkomanii w jej krajach, dostępność tych danych oraz wymiana doświadczeń między krajami.

Agnieszka Marchel
Biuro ds. Narkomanii

Z PUBLIKACJI ZAGRANICZNYCH

European Addiction Research

System leczenia uzależnień w perspektywie międzynarodowej

Kwartalnik *European Addiction Research* jest periodykiem naukowym o zasięgu europejskim, wydawanym w Szwajcarii, chociaż redakcja, mieści się w Hamburgu. Zarówno redakcja, jak i rada redakcyjna oraz rada programowa mają skład międzynarodowy, ograniczony jednak do badaczy z naszego kontynentu. Wiodącymi redaktorami są profesorem M. Krausz z Hamburga i A. Uchtenhagen z Zurichu. W skład ciał kolegialnych wchodzi badacze z niemal wszystkich krajów Europy Zachodniej oraz z dwóch krajów Europy Środkowej i Wschodniej, tj. Polski i Węgier. Kwartalnik powstał w połowie lat dziewięćdziesiątych wraz z Europejskim Towarzystwem Badań nad Uzależnieniem (European Association Studies on Addiction Research - EASAR). Towarzystwo to zrzesza europejskie placówki badawcze zajmujące się problematyką uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Wśród założycieli Towarzystwa znalazł się Instytut Psychiatrii i Neurologii z Warszawy obok takich placówek, jak National Addiction Centre z Londynu, Institut für Therapieforschung (IFT) z Monachium, Klinika Psychiatryczna Uniwersytetu w Hamburgu (UKE), Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) czy Institut für Suchtforschung (ISF) z Zurichu.

Kwartalnik *European Addiction Research* publikuje wyniki badań prowadzonych w róż-

nych krajach, artykuły przeglądowe i prace teoretyczne. Wszystkie one mają naukowy charakter, wszystkie też przed przyjęciem do druku poddawane są recenzji. Czasopismo prezentuje wysoki poziom i jest notowane w dwóch bazach danych: Index Medicus/MEDLINE i Current Contents.

Redaktorzy dbają, aby poszczególne numery czasopisma były sprofilowane tematycznie. Służy temu specjalna sekcja, zajmująca zwykle większość numeru, zawierająca prace skoncentrowane wokół jednego wybranego tematu. Sekcja ta jest zwykle redagowana przez osobę specjalizującą się w zagadnieniach stanowiących przedmiot owego specjalnego tematu. W numerze 3 z 1999 roku, który zostanie tu omówiony, takim specjalnym tematem był system leczenia uzależnień oglądany z perspektywy międzynarodowej. Redaktorami specjalnej sekcji, zajmującej tym razem cały numer, byli H. Klingemann z Swiss Institute of Prevention of Alcohol and Drug Problem w Lozannie i A. Bergmark z Department of Social Work, Stockholm University.

Tematyka specjalnej sekcji koncentruje się wokół trzech zagadnień, którym poświęcone są osobne działy. Pierwszy to polityczne, społeczne i antropologiczne aspekty leczenia, drugi to leczenie w krajach Europy Środkowej i Wschodniej i wreszcie trzeci poświęcony rela-

cyjnym między badaniami i sprawami lecznictwa. Te trzy działy poprzedzone są redakcyjnym wstępem wprowadzającym w istotę omawianych w numerze zagadnień.

W pierwszej części znajdujemy trzy artykuły. Pierwszy, autorstwa H. Klingemanna z Lozanny i H., D. Klingemanna z Berlina, przedstawia narodowe systemy lecznictwa uzależnień z perspektywy globalnej. Głównym przedmiotem zainteresowania autorów jest kwestia dyfuzji innowacji w zakresie polityki wobec narkomanii. Kwestia ta jest analizowana na przykładzie programów polegających na zapisywaniu narkomanom heroiny. W oparciu o badania przeprowadzone wśród ekspertów z różnych krajów autorzy próbują określić szanse na wprowadzenie takiego programu w poszczególnych krajach oraz zidentyfikować wewnętrzne i zewnętrzne czynniki dyfuzji tej innowacji. W drugim artykule S. MacGregor z Middlesex University w Londynie przeprowadza analizę systemu lecznictwa uzależnień z perspektywy polityki. W trzecim artykule G. Hunt i J. C. Barker z Institute for Scientific Analysis z USA podejmują próbę przeglądu literatury na temat systemów lecznictwa z perspektywy antropologicznej i socjologicznej. Analizie poddane zostały tu system kontroli nad pacjentami oraz system leczenia widziany z perspektywy pacjenta. W konkluzjach autorzy zwracają uwagę na niedostatek takich badań i sugerują praktyczną użyteczność podejścia „etnograficznego” w badaniu systemów leczenia.

W drugiej części numeru znajdujemy dwa artykuły opisujące zmiany w lecznictwie narkomanii w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Pierwszy, autorstwa L. Csemy z Praskiego Centrum Psychiatrycznego pokazuje, jak zmienia się system leczenia w Czechach w ślad za zmianami na scenie lekowej. Drugi, przygoto-

wany przez E. Subata z Centrum Leczenia Narkomanii w Wilnie, prezentuje lecznictwo uzależnień w Krajach Bałtyckich.

Na część trzecią numeru składają się dwa artykuły. Zaczniemy od drugiego, zamykającego numer, autorstwa współredaktora całości - A. Berkmarka. Podejmuje on dyskusję na temat perspektyw badań nad systemem lecznictwa. Podstawowe postulaty wobec dalszych badań to potrzeba refleksji nad teoretycznymi podstawami badań oraz uwzględnienie w nich perspektywy klienta czy pacjenta. W pierwszej kwestii rozważane są dwie płaszczyzny teoretyczne - teoria organizacji i koncepcja globalizacji. Co do drugiej kwestii, to uzasadnienia dla etnograficznego spojrzenia na system leczenia poszukuje się w potrzebie głębszego opisu i zrozumienia procesu leczenia i wynikających z tego korzyści praktycznych.

Dokładniej omówimy pierwszy w tym dziele artykuł przygotowany przez A. Kinnunen z National Council for Crime Prevention z Helsinek i M. Nilson z European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) z Lizbony – zatytułowany: „Bieżące trendy w lecznictwie uzależnienia od narkotyków w Europie”. Przegląd najnowszych kierunków w rozwoju tego sektora lecznictwa na naszym kontynencie dokonany został na podstawie referatów zaprezentowanych na spotkaniu międzynarodowego programu badawczego na temat systemów lecznictwa narkomanii (International Study of the Drug Treatment Systems - ISDRUTS), które odbyło się w październiku 1998 roku w Lizbonie. Kraje objęte tym programem, to Austria, Anglia, Francja, Grecja, Finlandia, Holandia, Polska, Portugalia, Rosja, Hiszpania, Szwecja i Szwajcaria.

Pierwszym, charakterystycznym trendem dla wszystkich niemal krajów, jest rozwój po-

dejsia polegajacego na redukcji szkod. Chociaz w poszczegolnych krajach jest on w rozny stopniu zaawansowany, to w wiekszosci stanowi integralna czesc polityki wobec zjawiska narkomanii. U podloza rosnacej atrakcyjnosci tego podejscia lezy z jednej strony rozwoj przestepczosci wzrod narkomanow, a z drugiej wzrost nasilenia problemow zdrowotnych zwiazanych z przyjmowaniem narkotykow. W wielu krajach pojawienie sie zagrozenia HIV i AIDS odegralo kluczowa role w przeorientowaniu polityki.

Najbardziej zaawansowana w realizacji strategii redukcji szkod jest Holandia, gdzie juz w polowie lat osiemdziesiatych oficjalnie uznano, ze bezposrednie skutki uzywania narkotykow nalezy uznac za mniej grozne, niz posrednie efekty scisle prohibicyjnej polityki. W Holandii - obok od dawna prowadzonych dzialan, jak zaopatrywanie narkomanow w sterylne igly i strzykawki, leczenie substytucyjne czy edukacja w zakresie podniesienia poziomu bezpieczenstwa przy przyjmowaniu narkotykow - wprowadza sie wzglednie nowe srodki. Takim wzglednie nowym rozwiazaniem sa specjalne pomieszczenia, gdzie mozna przyjmowac narkotyki w higienicznych warunkach w sposob mniej uciagly dla spoleczenstwa.

Inne kraje o duzych osiagnieciach we wdrazaniu polityki ograniczania szkod to Anglia i Szwajcaria. Wraz z Holandia pelnia one, w pewnym sensie, role krajow eksperymentalnych, ktorzych nowatorskie doswiadczenia sa nastepnie wykorzystywane w innych krajach.

W Austrii, w ostatnich latach, obserwowac mozna tendencje do roznicowania oferty terapeutycznej i rozwoju form nie zorientowanych na abstynencje. Przykladem moze byc liberalizacja kryteriow przyjmowania pacjentow do programow substytucyjnych. Obecnie wystar-

czajacym warunkiem jest co najmniej roczne uzaleznienie od opiatow i nieudana detoksykacja lub posiadanie partnera w programie substytucyjnym. Nadal jednak nieodlaczny elementem programow substytucyjnych sa oddziaływania psychospoleczne i kontrola laboratoryjna abstynencji.

We Francji rozwijane sa niskoprobowe centra nazywane butikami, gdzie multidyscyplinarny zespól swiadczy uslugi z zakresu profilaktyki i redukcji szkod. Obecnie istnieje ok. 40 takich centrów. Oprócz tego duzy zasięg maja programy wymiany igiel i strzykawek, takze z zastosowaniem automatow do ich dystrybucji. Obok programow substytucji metadonem, prowadzonych w wyspecjalizowanych placówkach z zastosowaniem specjalnych kryteriow naboru, mozliwa jest substytucja bupremorphina, prowadzona przez lekarzy pierwszego kontaktu bez specjalnych kryteriow doboru pacjentow.

W Niemczech pocawszy do 1991 r. rozwinięto szeroko oferte leczenia substytucyjnego metadonem i kodeina. W 1998 r. szacowano, ze substytucja metadonem objętych bylo 40.000 uzaleznionych od opiatow a substytucja kodeina - 20.000. Jesli szacunki liczby osob uzaleznionych sa poprawne, to mozna zalozyć, ze mniej wiecej polowa uzaleznionych objęta jest ktoraś z form takiego leczenia. W 1998 r. otwarto w Hanowerze i Hamburgu pierwsze pomieszczenia przeznaczone do „bezpiecznego” przyjmowania narkotykow. Obecnie dzialaja one bez odpowiednich podstaw prawnych. Nowy socjaldemokratyczny rząd ma je dopiero zalegalizowac.

W Hiszpanii i Portugalii, w wyniku braku sukcesow systemow leczenia zorientowanych na abstynencje, rozwija sie bardziej zintegrowane podejscia, zawierajace takze programy redukcji szkod. Szczegolnie w Hiszpanii gwałtowna epi-

demia zakażeń HIV odegrała istotną rolę w przeorientowaniu polityki wobec narkomanii.

Te kilka przykładów ilustruje ogólną tendencję krajów europejskich do wzbogacania istniejącej oferty leczniczej o podejście nastawione na ograniczanie szkód. Od tendencji tej znaleźć można jednak jeden wyjątek, którym jest Rosja. W tym kraju nowe przepisy prawne wydane w 1997 r. zawężają możliwości reagowania na problem narkotyków w innowacyjny sposób. Charakterystyczny dla całego kontynentu trend przenoszenia punktu ciężkości od „walki z narkotykami” w kierunku „redukcji szkód” nie odnosi się do Rosji.

Najnowszą innowacją w zakresie postępowania z osobami uzależnionymi od heroiny, zdobywającą sobie popularność w Europie, są programy polegające na przepisывaniu uzależnionym heroiny w zastrzykach. Podejście to ma względnie długą tradycję w Wielkiej Brytanii. W ostatnich latach takie programy wprowadzono eksperymentalnie w Szwajcarii i Holandii. Programy te przeznaczone są dla uzależnionych, którzy nie potrafią utrzymać się w innych programach leczenia substytucyjnego, np. metadonem. W Szwajcarii, eksperymentalny program naukowy sponsorowany przez rząd, zakończony raportem w 1997 r. wykazał, że przepisывanie heroiny w zastrzykach uzależnionym od tego środka pozwala dotrzeć do narkomanów, którym w inny sposób nie można było pomóc. Po zakończeniu eksperymentu wprowadzić nie rozszerzono liczby placówek stosujących tę metodę, ale zwiększono w już istniejących liczbę osób objętych programem.

W Holandii pilotową fazę projektu rozpoczęto w 1998 r. w dwóch miastach - Amsterdamie i Rotterdamie. Objęła ona 50 pacjentów. W lutym 1999 r. parlament Holandii podjął decyzję o rozszerzeniu programu na kolejne cztery

miasta. Obecnie heroinę w zastrzykach otrzymuje 700-800 pacjentów. Inaczej niż w przypadku Szwajcarii, program holenderski ma bardziej praktyczny niż naukowy charakter.

Idea przepisывania heroiny w zastrzykach osobom uzależnionym zdobyła sobie popularność w Niemczech. Kilka miast w tym kraju, np. Frankfurt nad Menem i Hamburg, przygotowuje się do wprowadzenia takich programów. Doświadczenia Holandii i Szwajcarii są ważnym argumentem w dyskusji poprzedzającej decyzję o wprowadzeniu tej metody leczenia.

Kolejnym trendem w rozwoju systemu leczenia narkomanów obecnym w kilku krajach jest ściślejsza integracja leczenia uzależnień od narkotyków i od alkoholu. Na przykład w Szwecji już od dłuższego czasu postępuje proces włączania oferty leczniczej dla narkomanów w struktury leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu. Podobne tendencje obserwować można w Finlandii i Holandii.

Ważną tendencją systemów leczenia narkomanii w Europie jest coraz śmielsze wkraczanie w sferę wymiaru sprawiedliwości. W wielu krajach odnotować trzeba postęp w zakresie tworzenia alternatywy leczenia dla osób uzależnionych skazanych za przestępstwa pozostające w związku z narkotykami. Możliwość wyboru między pobytem w placówce leczniczej a więzieniem motywuje pacjentów do podjęcia leczenia. Rozwija się także oferta lecznicza dla osób przebywających w zakładach karnych.

Przykładem tej tendencji jest Austria, gdzie zgłoszenie się do leczenia substytucyjnego stanowi od niedawna alternatywę dla kary grzywny lub więzienia. Obok tego rozszerzeniu ulega oferta lecznicza w zakładach karnych. Obecnie także leczenie substytucyjne metadonem jest dostępne w warunkach pozbawienia wolności. Pierwszeństwo w ramach tej formy le-

czenia mają skazani, którzy byli wcześniej le-
czeni w ten sposób na wolności.

Najnowsze inicjatywy w Holandii zmierza-
ją w kierunku form przymusowego leczenia dla
uzależnionych, skazanych przestępców.

W Hiszpanii wprowadzono specjalne pro-
gramy lecznicze na wolności dla osób osadzo-
nych w zakładach karnych. Skazani uczestni-
czą w nich do 8 godzin dziennie.

Gdyby pokusić się o podsumowanie tren-
dów w rozwoju systemów leczenia w Euro-

pie, bazując na materiałach zawartych w oma-
wianym numerze *European Addiction Rese-
arch*, to trzeba by wskazać na postępującą libe-
ralizację podejścia do uzależnionych, mieszczą-
cą się w ogólnej tendencji przechodzenia od
polityki, której głównym kanonem była walka
z narkotykami, do koncepcji opartych na filo-
zofii ograniczania szkód.

Janusz Sierosławski

na podstawie:

“European Addiction Research” Nr 3/99r.

NOWE TYSIĄCLECIE BEZ NARKOTYKÓW



27 kwietnia 2000 r. w Kancelarii Prezesa
Rady Ministrów odbyło się spotkanie laureatów
ogólnopolskiego konkursu zorganizowanego
przez Stowarzyszenie „Karan” oraz Biuro ds.
Narkomanii pod hasłem „Nowe tysiąclecie bez
narkotyków”. Na spotkanie to zostali zaproszeni
również rodzice, znajomi, przyjaciele laureatów
a także dzieci ze świetlic socjoterapeutycznych
i pacjenci ośrodków rehabilitacyjnych Stowa-
rzyszenia „Karan”.

Laureatów serdecznie powitali i złożyli gra-
tulacje Minister Kancelarii Premiera pan Jerzy
Widzyk, pani Minister Maria Smereczyńska oraz
pan Piotr Jabłoński, Dyrektor Biura ds. Narko-
manii. Po powitaniu nastąpiło uroczyste wręcze-
nie dyplomów i nagród przez panią Marię Sme-
reczyńską i Prezesa Stowarzyszenia „Karan” ks.
Pawła Rosika. Dzieci i młodzież nagrodzeni w
konkursie otrzymali sprzęt sportowo-turystycz-
ny. Uczestnicy spotkania mieli okazję posłuchać
programu muzycznego przygotowanego przez
pacjentów z Ośrodków Stowarzyszenia „Karan”.
Spotkanie zakończyło się uroczystym obiadem
na terenie Urzędu Rady Ministrów.

Tegoroczny konkurs, podobnie jak poprzed-
nie edycje, spotkał się z szerokim odbiorem
wśród dzieci i młodzieży z gimnazjów i szkół
średnich. Z całego kraju napłynęło 4 200 prac
plastycznych i literackich w formie plakatów,
wierszy i opowiadań.

Konkurs pod hasłem „Nowe tysiąclecie bez
narkotyków” był podsumowaniem czteroletnie-
go programu profilaktyczno-edukacyjnego pro-

mującego zdrowy styl życia, życia wolnego od nałogów. Pod takim hasłem po raz czwarty zachęcaliśmy młodzież do refleksji nad zagrożeniami płynącymi z uzależnień, nad wyborami, jakie przed nimi stawia życie, nad trudnymi decyzjami oraz w jaki sposób wychodzić naprzeciw trudnościom i problemom pokonując je bez uciekania w nałogi. Pierwsze hasło programu, zainicjowanego 26 czerwca 1997 r. z okazji Międzynarodowego Dnia Zapobiegania Narkomanii, brzmiało „Bądźmy sobą bez nałogów”. W następnym roku ruszyła druga edycja programu pod nowym hasłem „Młodzi, wolni i odpowiedzialni”, a w 1999 roku pod hasłem „Wybieram życie”. Każda konkursowa praca wymaga przemyślenia i przekazania innym odbiorcom treści o charakterze promującym zdrowy styl życia, bądź ukazujących zagrożenia płynące z uzależnień. Duża ilość prac nadesłanych na konkurs świadczy, że młodzież chętnie angażuje się w propagowanie idei życia wolnego od nałogu, zdaje sobie sprawę z niebezpieczeństw wynikających z zażywania narkotyków i próbuje wskazywać alternatywne drogi aktywności i rozwoju.

OGŁOSZENIE

Biuro ds. Narkomanii uprzejmie informuje,
że oferty - wnioski dotyczące
wykonywania zadań zleconych
w zakresie przeciwdziałania narkomanii
na rok 2001

należy składać w siedzibie Biura:

02-776 Warszawa,

ul. Dereniowa 52/54

w terminie do 30 października 2000 r.

Procedury w zakresie zlecania,
realizacji i rozliczania
zadań państwowych zawarte są
w „Informatorze Biura ds. Narkomanii na 2001 r.”
dostępnym na stronie internetowej Biura
<http://www.medianet.pl/~bdsnark>



**Serwis Informacyjny
Narkomania**

Wydawca: Biuro ds. Narkomani

tel./fax 641-15-01, 641-15-65

e-mail: bdsnark@medianet.com.pl

<http://www.medianet.com.pl/~bdsnark>

Pismo jest bezpłatne

Adres redakcji:

ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**

Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**

Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**

tel./fax (022) 616 12 58, 617 13 04

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Bożenna Kamińska-Buśko (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej)

Jacek Morawski (Ośrodek Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC)

Jacek Moskalewicz (Instytut Psychatrii i Neurologii)

Janusz Sierosławski (Instytut Psychatrii i Neurologii)

Teresa Wereżyńska (specjalista wojewódzki ds. narkomanii, ordynator Oddziału Detoksykacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)

Włodzimierz Ziemia (Centralne Biuro Śledcze KGP)