Aktualny stan dyskusji o profilaktyce w Niemczech

Andreas Speck

Śledząc dane zbierane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień Narkotykowych (EMCDDA), zauważa się wzrost konsumpcji konopi w całej Europie. Według najnowszych publikacji, w samych tylko Niemczech nie mniej niż 27 proc. młodzieży przynajmniej raz miało z nimi kontakt, a 3 proc. charakteryzuje problemowy wzorzec konsumpcji. Przeciętny wiek inicjacji to 16 lat. Zarówno w Niemczech, jak i gdzie indziej publikacja takich liczb wyzwala nawoływanie do prowadzenia intensywnych i skutecznych działań profilaktycznych.

Najnowsza amerykańska literatura przedmiotu wskazuje na proporcje, z których wynika, iż każdy dolar zainwestowany w prewencję przynosi dziesięć dolarów oszczędności kosztów leczenia w przyszłości. Fakt, iż profilaktyka – niezależnie od czynników ekonomicznych – może oszczędzić zarówno młodym ludziom, jak i ich rodzinom wielu cierpień, jest bezsporny i chyba nie wymaga dyskusji. Zgoda społeczna co do tego, że na problemy narkotykowe należy reagować, stosując działania profilaktyczne, słabnie jednak, gdy konieczne staje się przedstawienie konkretnych koncepcji merytorycznych. Jakie cele ma do zrealizowania profilaktyka oraz za pomocą jakich metod? Jak powinna wyglądać, aby rzeczywiście odnosiła skutek? Co w tym kontekście jest pożądanym efektem? Aby nie czynić złudnych obietnic należy powiedzieć, iż nie ma tu gotowych recept. Profilaktyka wymaga od nas stałego uczenia się.

Jakie cele powinna realizować profilaktyka?

Biorąc pod uwagę rozwój profilaktyki narkotykowej w krajach Europy Zachodniej, odpowiedź na postawione powyżej pytanie jeszcze dziesięć lat temu byłaby jednoznaczna: profilaktyka ukierunkowana jest na abstynencję. Przesłania ówczesnych kampanii były jasne i nie budziły wątpliwości. Jednak zwłaszcza w odniesieniu do substancji nielegalnych, perspektywa celów działań profilaktycznych okazała się mało elastyczna. Profilaktyka tamtych lat wywodziła logikę swoich działań z tradycyjnej pomocy osobom uzależnionym. Rozumienie nałogu praktycznie nie wykraczało poza mechanistyczne wyobrażenia procesów rozwoju narkomanii, w stosunku do której uważano, że eskalacja następuje w sposób nieunikniony i niekontrolowany. Nałóg rozumiany był jako choroba, której przyczyn upatrywano przede wszystkim we wczesnej konsumpcji narkotyków. Okazało się, że tak rozumiana profilaktyka jest krótkowzroczna. Badania empiryczne dowiodły, iż skład chemiczny określonej substancji psychoaktywnej stanowi tylko jedną z przyczyn uzależnienia.

Ile osób próbujących popada w uzależnienie?

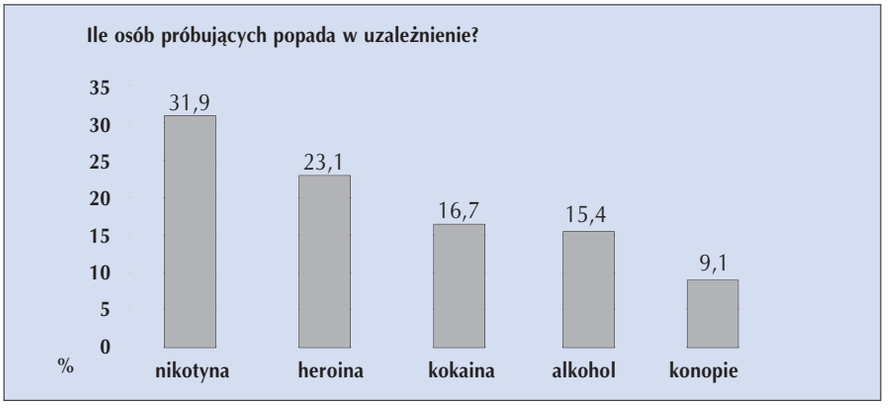
O tym, czy konsumpcja środków odurzających pozostanie przeżyciem tymczasowym, czy też może utoruje drogę do fatalnej kariery narkomana, decydują ostatecznie kryteria typu: ile, kiedy, dlaczego, w jakich warunkach. Sięganie po narkotyki ma swoje korzenie w specyficznych sytuacjach życiowych. Z perspektywy rozwoju psychologicznego spożywanie alkoholu, nikotyny czy konopi daje się sklasyfikować jako typowe stadium rozwoju, które dla młodego człowieka może mieć takie samo znaczenie i wymiar jak inne zachowania ryzykowne. Nie oznacza w żadnym razie propagowania konsumpcji narkotyków, stanowi ona ogromne ryzyko i może doprowadzić do dramatycznych konsekwencji. Należy jednak pamiętać, że u przeważającej części młodzieży próbującej lub tylko czasowo biorącej, używanie nie zagraża psychicznej i społecznej integracji. Statystyki pokazują, że w ponad 90 proc. wszystkich przypadków ryzykowne zachowanie ma charakter przejściowy i „tylko" u 10 proc. młodocianych eksperymentowanie zamienia się w używanie problemowe.

Tak więc realistycznie rzecz biorąc, w profilaktyce nie chodzi tylko i wyłącznie o abstynencję. Odnosi ona skutek także wtedy, gdy konsumpcja na próbę opóźni się w czasie, zostanie skrócona albo przynajmniej zredukowana pod względem przyjmowanych ilości. W przypadku działań profilaktycznych dotyczących grup wykazujących problemowe zachowania konsumpcyjne i/lub inne czynniki wskazujące na łatwość ulegania wpływom, należy zastanowić się, czy nie powinno się raczej skupić na kształtowaniu mniej niebezpiecznego wzorca konsumpcji. Profilaktyka zmierzałaby w tym przypadku do zapobiegania zachowaniom związanym z nadużywaniem i rezygnowałaby z krótkoterminowych nakazów abstynencji.

Jakie grupy docelowe ma na względzie profilaktyka?

W celu klasyfikacji działań prewencyjnych stosuje się najczęściej znaną definicję WHO. Podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe działania prewencyjne/ profilaktyczne postrzegany jest jednak obecnie jako problematyczny, gdyż nie odnosi się do grup docelowych.

Potencjał uzależniający różnych środków psychoaktywnych



Źródło: IFT, 2005

Zamiast niego powstał inny podział, wyróżniający profilaktykę na:
- uniwersalną,
- selektywną oraz
- wskazującą.

Co kryje się za tymi pojęciami?

Profilaktyka uniwersalna zwraca się do całej populacji. **Profilaktyka selektywna** obejmuje grupy ryzyka, które z uwagi na specyficzne warunki życia oraz inne czynniki ryzyka uważa się za zagrożone. Chodzi tu między innymi o dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, w których rodzice są uzależnieni albo o młodzież bez perspektyw zawodowych, o imigrantów, o osoby korzystające z klubów, gdzie używa się tzw. party drugs itp. **Profilaktyka wskazująca** to działania adresowane do osób, u których np. występują deficyty uwagi, obserwuje się nadużywanie substancji psychoaktywnych lub ogólnie są obarczone wielorakimi typami ryzyka.

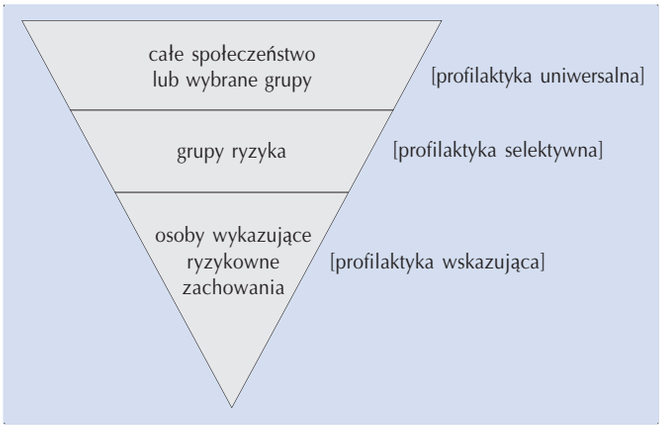
Jakie działania związane są z różnymi płaszczyznami profilaktyki?

Profilaktykę uniwersalną można porównać do klasycznej prewencji pierwszorzędowej. Dotyczy ona grup, którym nie przypisuje się zagrożenia a priori. Stąd w ramach profilaktyki uniwersalnej wymienia się akcje w zakładach pracy, szkołach, przedszkolach itp.

Podstawowa filozofia profilaktyki uniwersalnej oparta jest na założeniach promocji zdrowia. Chodzi tu o korzystanie z zasobów psychospołecznych, które pomagają dzieciom i młodzieży radzić sobie ze stresem i lękami, a także odpowiednio rozwiązywać konflikty i tworzyć więzi społeczne. Profilaktyka uniwersalna, poprzez treningi ukierunkowane na rozwój umiejętności, wzmacnia odporność na negatywne wpływy społeczne oraz indywidualne kompetencje, np. zdolność podejmowania decyzji.

Badania ewaluacyjne prowadzone w skali europejskiej pokazały, iż w zakresie profilaktyki uniwersalnej szczególnie obiecująco wypadają działania interaktywne, w ramach których młodzież aktywnie uczestniczy w zdobywaniu nowej wiedzy i umiejętności. Badania amerykańskie wykazały, że szerzenie informacji o narkotykach na lekcjach biologii w formie wykładów o charakterze medyczno-naukowym, jest mało efektywne.

Znaczącą rolę w tak rozumianej profilaktyce może odgrywać udział liderów rówieśniczych. Okazało się także, iż wysiłki profilaktyczne powinny być wspierane przez reguły funkcjonowania szkoły. Innymi słowy: profilaktyka nie może być wyizolowanym przedsięwzięciem i musi zostać na trwałe zintegrowana ze szkolną rzeczywistością. Jej nieodłącznym elementem jest także systematyczne angażowanie rodziców i przedstawicieli społeczności lokalnej. Profilaktyka to działanie systemowe, a co za tym idzie, nie może ona zostać oddelegowana do żadnej pojedynczej instytucji.



Obserwując działania w zakresie profilaktyki realizowane w Unii Europejskiej, można wskazać państwa, które podniosły profilaktykę uniwersalną do rangi standardu. W zakresie profilaktyki szkolnej np. w Niemczech do planu lekcji wprowadzono na stałe programy profilaktyczne oraz przeprowadzono ich ewaluację. Oparte są one na założeniu abstynencji i uzupełnione o dążenie do jak najdalszego odsunięcia w czasie konsumpcji legalnych substancji uzależniających.

W kontekście celów profilaktyki uniwersalnej warto zastanowić się, czy rzeczywiście wszyscy ludzie potrzebują profilaktyki? Czy z faktu, że powstanie uzależnienia to trudny do rozplątania kłębek różnorodnych czynników należy wnioskować, iż wszystkie dzieci i młodzież powinny być odbiorcami profilaktyki uzależnień? Odpowiedź jest niezmiernie trudna i wymaga rozważań natury etycznej.

Idąc tropem zasobów zgromadzonych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień Narkotykowych (EMCDDA), należy poddać w wątpliwość podstawowe założenia działań profilaktycznych prowadzonych na obszarze państw europejskich. Większość tych krajów, wliczając Niemcy, koncentruje się w ogromnym stopniu właśnie na profilaktyce uniwersalnej. Profilaktyka selektywna lub profilaktyka wskazująca praktycznie nie funkcjonują ani w praktyce, ani w badaniach naukowych. Bez wątpienia należy koncentrować zasoby tam, gdzie dają się rozpoznać pierwsze zagrożenia. Nie oznacza to bynajmniej odstawienia profilaktyki uniwersalnej na boczny tor. Chodzi raczej o odpowiednie podejście do młodzieży zagrożonej.

Profilaktyka selektywna zakłada, iż jedynie mniejszość spośród osób próbujących narkotyków rozwinie używanie problemowe bądź popadnie w uzależnienie oraz że eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi jest słabym predyktorem uzależnienia. Istnieje tu cały szereg innych czynników, na które można wskazać w świetle badań, takich jak: porzucenie szkoły albo poważne problemy w domu rodzinnym. Podczas gdy profilaktyka uniwersalna ma na względzie wyłącznie grupy docelowe zdefiniowane w sposób ogólny, profilaktyka selektywna koncentruje się na grupach młodzieży, dla których zasadnicze przesłania profilaktyki i abstynencji nie są adekwatne. Może to być młodzież związana bardzo słabymi więzami z instytucjami takimi jak szkoła lub dom rodzinny albo też młodzież, która z uwagi na brak kwalifikacji, konflikty z prawem lub pochodzenie etniczne ma bardzo niewielkie, bądź nie ma żadnych szans na rynku pracy. W działaniach selektywnych koncentrujemy się więc na grupach młodzieżowych, które cechuje wysoka ekspozycja na czynniki ryzyka.

W Niemczech rozwój programów selektywnych odbywał się raczej opornie. Spowodowane było to i jest obawą przed stygmatyzacją grup docelowych oraz budowaniem wobec nich uprzedzeń poprzez realizację specjalnych programów profilaktycznych. Niezależnie od tego ważną rolę odgrywają tu jeszcze inne przyczyny. Otóż działania selektywne są bardzo pracochłonne w planowaniu. Muszą być ukierunkowane na środowisko życiowe grupy docelowej. Kto prowadzi działania prewencyjne wśród młodzieży imigranckiej np. w Niemczech, musi liczyć się z tym, że zwykła retoryka profilaktyki wywołuje tu ze względów ję-

zykowych wyłącznie irytację. Do tego dochodzi kolejna okoliczność stanowiąca duże utrudnienie: doświadczenie pokazuje, iż zwyczajowe przesłania abstynencji utrudniają kontakt pedagogiczny z młodzieżą obciążoną trudną sytuacją życiową. Kto regularnie pali konopie, aby skompensować własne traumatyczne przeżycia, ten może zareagować na uniwersalne projekty profilaktyczne obojętnością bądź odrzuceniem. Nie mniej mało efektywne mogą okazać się w tym kontekście działania represyjne. Pojawiające się okresowo w Niemczech i innych krajach, ciągle powracające żądania „surowej litery prawa" jako odpowiedź na konsumpcję konopi czy ecstasy, przynoszą niekorzystne konsekwencje. Poprzez stosowanie takiej strategii stwarza się często warunki do utrwalania konsumpcji substancji psychoaktywnych i nieprzystosowania (konflikty z prawem, wyrzucenie ze szkoły etc.), a przecież chodzi o to, by zapobiegać nasilaniu się zachowań konsumpcyjnych przekładających się na ciągłe nadużywanie.

Na koniec jeszcze słowo o **profilaktyce wskazującej**: w chwili obecnej jest ona w Niemczech raczej żądaniem programowym. Prowadzi się wprawdzie pojedyncze badania, które dowodzą związków uzależnienia narkotykowego z wczesnymi doświadczeniami molestowania seksualnego, syndromem hiperkinetycznym (ADHD) bądź podatnością psychiatryczną. Praktycznie jednak nie wyciągnięto z tego prawie żadnych konsekwencji dla profilaktyki. Jednym z wyjątków może być niemiecki projekt FreD obejmujący swymi działaniami młodzież zażywającą narkotyki. Młodzież ta mająca problemy z prawem została zaproszona do uczestnictwa w specjalnych zajęciach edukacyjnych oferowanych przez ośrodek leczniczy. Pomaga się jej przede wszystkim wrócić do rzeczywistości i odkrywać motywy brania narkotyków oraz ich konsekwencje.

Zarówno świat nauki, jak i zorganizowana profilaktyka uzależnień ciągle stoją przed wyzwaniem zintensyfikowania wysiłków. We współczesnym świecie trzeba pamiętać, że profilaktyka to nie tylko sprawa etyki i pedagogiki, ale także ekonomii. Tym bardziej, im bardziej profilaktyka realizowana jest w sposób programowy i w szerokich ramach. ❑

Autor jest psychologiem, przez wiele lat był odpowiedzialny za prewencję narkotykową, epidemiologię, badania ewaluacyjne oraz rozwój instytucjonalny z ramienia administracji Landu Schleswig-Holstein. Pełnił funkcję Doradcy ds. Twinningu w umowie polsko-niemieckiej.

Problem narkotyków i narkomanii w Polsce i w Niemczech

Janusz Sierosławski

Problem narkotyków i narkomanii w Europie cechuje znaczne zróżnicowanie, widoczne zarówno, gdy analizuje się rozmiary zjawiska, jak i jego charakter. W poszczególnych krajach naszego kontynentu problem ten nie pojawiał się jednocześnie, jego rozwój przebiegał w różny sposób. Kwestia używania narkotyków jest silnie wplecio-na w kulturowy kontekst, podlega obyczajowym przemianom, osadzona jest w stylach życia, szczególnie tych, które dotyczą spędzania czasu wolnego. Stąd też zapewne, między innymi, biorą się wspomniane wyżej zróżnicowania. Współpraca między Polską a Niemcami, podjęta w ubiegłym roku w ramach umowy bliźniaczej, stwarza dogodną okazję do próby porównania sytuacji w obszarze narkotyków w obu krajach.

Zarówno rozmiary tego artykułu, jak i zakres dostępnych porównywalnych danych, nie pozwalają na wyczerpującą analizę i formułowanie wiążących wniosków. Możemy jednak spojrzeć na kilka wskaźników różnych aspektów problemu narkotyków w obu krajach z intencją rozważenia, co z perspektywy sytuacji u naszego zachodniego sąsiada dzieje się w Polsce.

Różnice w kontekście społeczno-politycznym

Problem narkotyków w Niemczech zaczął narastać w końcu lat sześćdziesiątych, czyli wtedy, gdy pojawił się także w naszym kraju. Warto odnotować tę zbieżność, wskazując jednocześnie różnice, których jest znacznie więcej. Przede wszystkim zaznaczyć trzeba, że mówiąc o Niemczech tamtego czasu mamy na myśli Niemcy Zachodnie, czyli Republikę Federalną. W Niemczech Wschodnich, czyli w Niemieckiej Republice Demokratycznej problem narkotyków pojawił się o wiele później i do dziś jest znacznie mniej rozpowszechniony niż w zachodniej części kraju.

Wprawdzie zarówno w Polsce, jak i w Niemczech Zachodnich, problem narkotyków pojawił się w kontekście ruchów młodzieżowych, to jednak mimo pozornych podo-

bieństw, podłoże i kontekst społeczno-polityczny były inne.

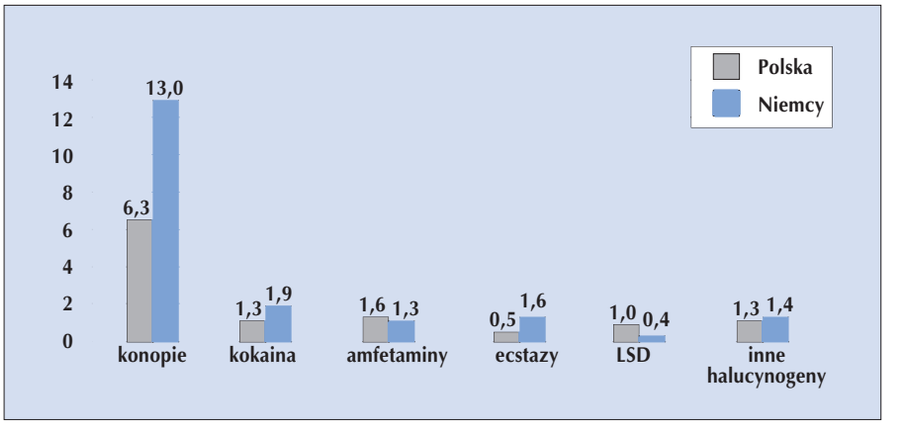
Młodzież niemiecką kontestującą poprzez narkotyki porządek społeczeństwa mieszczańskiego i młodzież polską tworzącą w ten sposób jedną z alternatyw dla beznadziei egzystencji w systemie realnego socjalizmu, sporo różniło, podobnie jak subkulturowe ruchy młodzieżowe w obu krajach.

Zarówno w Polsce, jak i w Niemczech narkotyki z czasem utraciły swoje ideologiczne zaplecze, stając się powoli względnie stałym, choć nielegalnym, elementem kultury masowej. Przestały też lokować się tylko w środowiskach młodzieży szkolnej, wkraczając w świat dorosłych, w Niemczech wcześniej, w Polsce nieco później. Przekonują o tym dane z badań ankietowych realizowanych na reprezentatywnych próbach mieszkańców. Na wykresie 1. znajdujemy odsetki badanych z szerokiej grupy wiekowej 15-64 lat, którzy używali poszczególnych substancji chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Osoby takie zalicza się do okazjonalnych użytkowników narkotyków.

Rozpowszechnienie używania narkotyków

Dane z wykresu pokazują, że zarówno w Polsce, jak i w Niemczech największe jest rozpowszechnienie używania przetworów konopi. Warto jednocześnie zauważyć, że odsetki okazjonalnych użytkowników tej substancji są w Niemczech przeszło dwukrotnie wyższe niż w naszym kraju. Jeszcze większe różnice dotyczą ekstazy, Niemcy ponad trzykrotnie częściej zaliczają się do okazjonalnych użytkowników tego środka. Natomiast większy odsetek Polaków sięga po LSD i amfetaminę.

Wykres 1. Rozpowszechnienie używania poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wśród osób w wieku 15-64 lat

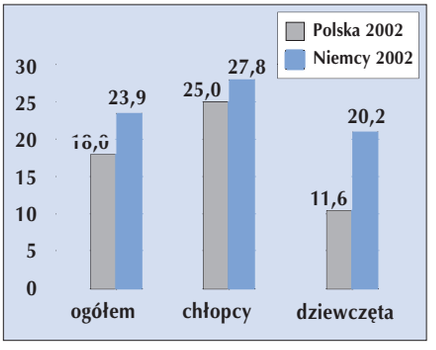


Większe rozpowszechnienie używania narkotyków w Niemczech niż w Polsce można także dostrzec, gdy analizom poddaje się wyniki badań realizowanych wśród młodzieży szkolnej. Na wykresie 2. znajdujemy odsetki uczniów w wieku 15 lat, którzy używali przetworów konopi przynajmniej raz w życiu.

Zaprezentowane na wykresie dane pochodzą z Europejskiego Badania Szkolnego (HBSC), zrealizowanego w 2002 r. pod auspicjami WHO w wielu krajach naszego kontynentu, w tym także w Polsce i Niemczech. W badaniu tym wiele uwagi poświęcono standaryzacji procedury badawczej tak, aby zmaksymalizować porównywalność wyników. W przypadku Niemiec porównywalność ta jest niestety ograniczona, bowiem badanie objęło tylko kilka landów. Pamiętając o tym zastrzeżeniu, **trzeba stwierdzić wyższe o 1/3 rozpowszechnienie sięgania po marihuanę lub haszysz wśród uczniów niemieckich niż polskich**. Szczególnie duże różnice pojawiają się, gdy analizujemy rozpowszechnienie tylko wśród dziewcząt – w Niemczech jest ono dwa razy wyższe niż w Polsce. Różnice wśród chłopców są natomiast niewielkie. Wyniki te dobrze ilustrują postępy zmian obyczajowych w obu krajach jako przejaw procesu emancypacji kobiet.

Podobne tendencje odnajdujemy analizując wskaźniki „intensywnego" używania przetworów konopi, rozumianego jako użycie przynajmniej 40 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie (wykres 3.).

Wykres 2. Rozpowszechnienie używania przetworów konopi przynajmniej raz kiedykolwiek w życiu, wśród uczniów w wieku 15 lat w 2001/2002 (HBSC 2001/2002)



Uwaga: „Intensywne" używanie przetworów konopi jest tu definiowane jako użycie przynajmniej 40 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy.

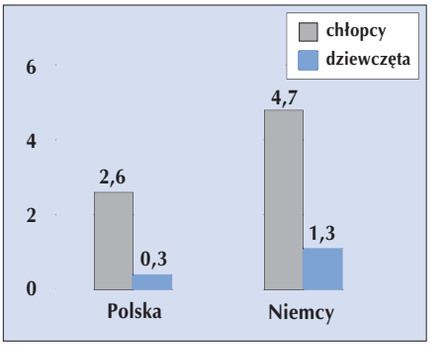
Przy tak zdefiniowanym wskaźniku odsetki „intensywnych" użytkowników wśród uczniów niemieckich są znacznie wyższe niż w Polsce. W przypadku chłopców różnica jest prawie dwukrotna, w przypadku dziewcząt ponad czterokrotna.

Używanie problemowe

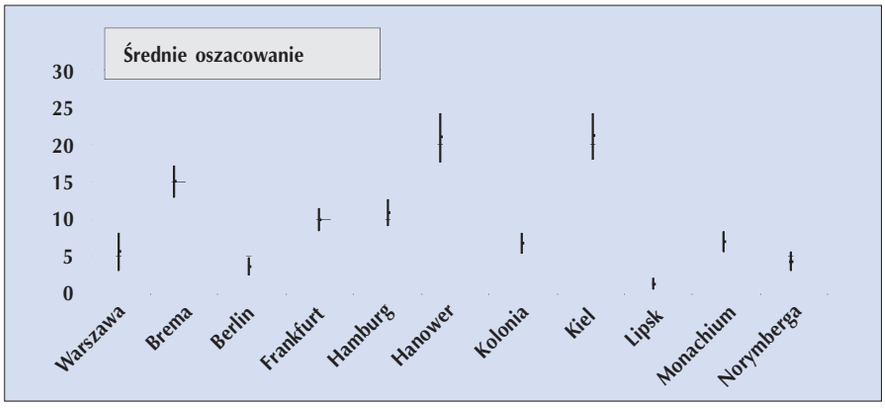
W ślad za większym rozpowszechnieniem okazjonalnego używania narkotyków stwierdzamy także większe w Niemczech niż w Polsce rozmiary używania problemowego narkotyków, rozumianego jako częste, regularne używanie tych środków w sposób powodujący poważne problemy.

Ta ogólna definicja znajduje nieco inną operacyjną konkretyzację w obu krajach. Różnica polega przede wszystkim na tym, że w Niemczech

Wykres 3. Rozpowszechnienie „intensywnego" używania marihuany lub haszyszu wśród uczniów i uczennic w wieku 15 lat w 2001/2002 (HBSC 2001/2002)



Wykres 4. Rozpowszechnienie problemowego używania substancji psychoaktywnych – oszacowanie dla Warszawy na tle oszacowań dla wybranych miast Niemiec (wskaźniki na 1000 mieszkańców w wieku 15-64 lat)



pod uwagę brane są tylko heroina, kokaina i środki z grupy amfetamin, w Polsce zaś zestaw narkotyków, których nadużywanie może kryć się pod tym pojęciem – jest znacznie szerszy. W efekcie, oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków, zawarte w tabeli 1. w Polsce, obejmują nieco szerzej zdefiniowaną populację niż u naszych zachodnich sąsiadów.

Tabela 1. Rozpowszechnienie problemowego używania substancji psychoaktywnych – oszacowania dla całego kraju

	Polska 2002	Niemcy 2000
Liczba	33000-71000 [52000]	152000-198000 [175000]
Wskaźnik na 1000 mieszkańców w wieku 15-64 lat	1,2-2,7 [1,9]	2,7-3,5 [3,1]

Oszacowania liczb użytkowników problemowych przybierają zwykle formę przedziałów, w tabeli znajdujemy zatem przedziały, a w nawiasach ich wartości środkowe. Pomimo, że w naszym kraju definicja używania problemowego wydaje się być nieco szersza, wyniki oszacowań są znacznie niższe, nawet jeśli przeliczone zostaną na wskaźniki na 1000 mieszkańców w wieku 15-64 lat tak, aby uwzględnić różnice w liczbie ludności między Polską a Niemcami.

Zarówno w Polsce, jak i Niemczech odnotować trzeba ogromne zróżnicowanie terytorialne w rozpowszechnianiu problemowego używania narkotyków. W Polsce wartość środkowa przedziału oszacowania dla Warszawy wynosi 5,7 – jest zatem trzykrotnie wyższa od analogicznego parametru dla całego kraju. Generalnie problem jest bardziej rozpowszechniony w miastach, głównie dużych. Prawidłowość ta pojawia się zarówno w Polsce, jak i w Niemczech.

W obu krajach na zróżnicowania związane ze stopniem urbanizacji nakłada się specyfika regionalna. W odniesieniu do Niemiec skalę tych zróżnicowań prześledzić możemy analizując dane z wykresu 4. Wśród oszacowań dla kilku miast RFN umieszczono też oszacowanie dla Warszawy. Dwa miasta o wyraźnie najniższych oszacowaniach to Berlin i Lipsk, czyli miasta Wschodnich Niemiec. Oszacowanie dla Warszawy jest nieco wyższe, ale niższe niż dla zdecydowanej większości miast zachodniej części Niemiec. Wskaźniki dla Kiel czy Hanoweru, miast o największym rozpowszechnieniu, są wielokrotnie wyższe niż dla Warszawy.

Wzory używania problemowego

Różnicom w rozmiarach zjawiska towarzyszą odrębności w zakresie wzorów używania problemowego. W Niemczech w tym wzorze dominują kokaina i heroina, w Polsce heroina i amfetaminy, chociaż obecne są nadal opiaty produkowane domowym sposobem, czyli tzw. „kompot".

Jedną z najbardziej dramatycznych konsekwencji używania narkotyków są zgony z powodu przedawkowania. Liczba takich zgonów bywa traktowana jako jeden ze wskaźników epidemiologicznych trendów w rozwoju zjawiska. W Polsce w 2002 r. zmarły z tego powodu 324 osoby, w Niemczech – 1513 osób. Odnosząc te liczby do wielkości populacji w wieku 15-64 lat otrzymujemy dla Polski wskaźnik 1,2 na 100 tys. mieszkańców i dla Niemiec – 2,7. Możemy zatem powiedzieć, że wskaźnik zgonów z powodu narkotyków jest w Niemczech większy.

Gdyby liczbę zgonów odnieść do oszacowanej liczby problemowych użytkowników

Wykres 5. Dynamika liczby zgonów z powodu przedawkowania narkotyków w latach 1987-2002 (rok 1987 = 100)

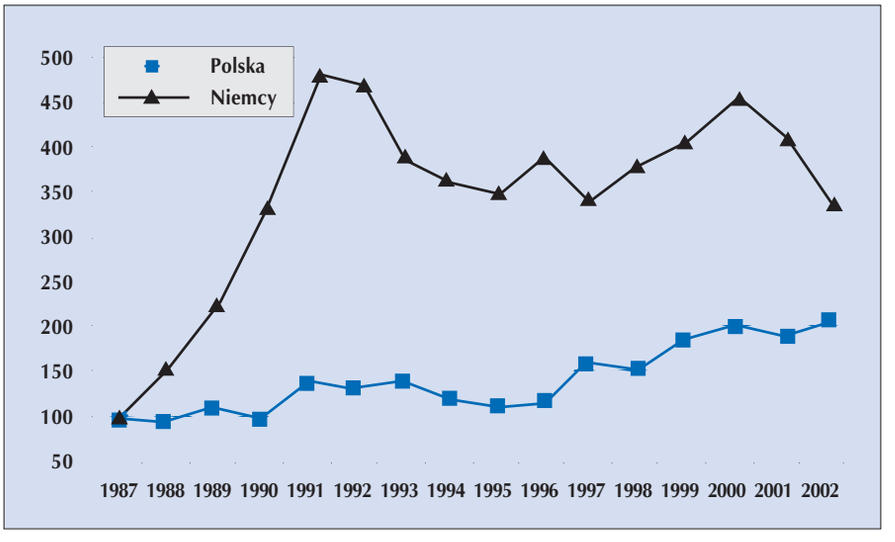


Tabela 2. Zgony z powodu przedawkowania narkotyków w Warszawie na tle wybranych miast Niemiec

Miasto	Liczba zgonów	wskaźnik zgonów na 100 000 mieszkańców w wieku 15-64 lata
Warszawa	**23**	**1,9**
Brema	76	20,7
Berlin	225	9,8
Frankfurt	28	6,4
Hamburg	102	8,7
Hanower	17	4,9
Kolonia	58	8,9
Lipsk	4	1,2
Monachium	84	10,2
Norymberga	34	10,2
Stuttgart	35	8,8

narkotyków, z których głównie, choć nie jedynie, rekrutują się zmarli z powodu przedawkowania, to efekt byłby podobny. **Wskaźnik zgonów na 1000 problemowych użytkowników narkotyków wynosi w Polsce 6,2 a w Niemczech – 8,6**. Trudno orzec, na ile mniejsze narażenie na zgon z powodu przedawkowania narkotyków w Polsce niż w Niemczech jest efektem różnic we wzorach używania, a na ile wynika ono z innych czynników, włączając w to różnice w systemach zbierania danych.

Długoterminowe trendy we wskaźnikach zgonów w Polsce i Niemczech przebiegają odmiennie. Jeśli za punkt startu analizy przyjmiemy rok 1987, kiedy to w Niemczech zmarły z powodu przedawkowania 442 osoby, a w Polsce – 156 osób, te liczby przyjmiemy za 100 i liczby z kolejnych lat przedstawimy w proporcji do roku wyjściowego, to otrzymamy obraz trendów jak na wykresie 5.

W Polsce obserwujemy powolny trend wzrostowy z okresami lekkiego spadku, jak na przykład w roku 1990, w latach 1994-1996, w 1998 roku i w 2001 roku. W efekcie tych zmian liczba zgonów w czasie ostatnich 15 lat wzrosła dwukrotnie.

W Niemczech końcówka lat osiemdziesiątych przyniosła gwałtowny, bo prawie pięciokrotny wzrost w czasie czterech lat. Trend spadkowy, który pojawił się w 1992 r. trwał do 1997 r., kiedy to nastąpił ponowny wzrost trwający do 2000 r. Kolejne dwa lata zaznaczyły się ponownym spadkiem. W wyniku tych silnych fluktuacji liczba zgonów w 2002 r. przewyższała liczbę z 1987 prawie 3,5 raza.

Wskaźnik zgonów, podobnie jak oszacowane rozpowszechnienie problemowego używania narkotyków, podlega znacznemu zróżnicowaniu terytorialnemu. Wskaźnik w Warszawie, chociaż wyższy od ogólnopolskiego, na tle wskaźników dla wybranych miast Niemiec, lokuje się bardzo nisko. Niższy wskaźnik odnotowano jedynie w Lipsku, w takich miastach, jak Monachium, Norymberga, Berlin, Hamburg i Kolonia wskaźniki są około pięć razy wyższe, a w Bremie nawet ponad 10 razy wyższe niż w Warszawie.

W podsumowaniu tej krótkiej analizy porównawczej problemu narkotyków i narkomanii w Polsce i w Niemczech, wskazać trzeba na jego mniejsze rozmiary w naszym kraju.

Zarówno okazjonalne używanie, jak używanie problemowe i wreszcie ich konsekwencje w postaci zgonów z przedawkowania, są mniej rozpowszechnione w Polsce niż w Niemczech. Najmniejsze różnice występują w obszarze eksperymentowania z przetworami konopi przez młodzież szkolną, jednak intensywne używanie konopi wśród uczniów z Niemiec jest już znacznie bardziej rozpowszechnione niż wśród ich polskich rówieśników.

Największe różnice między Polską i Niemcami odkrywamy analizując wskaźniki zgonów z powodu przedawkowania narkotyków oraz rozmiary okazjonalnego używania przetworów konopi w szerokiej kategorii wiekowej 15-64 lat. Mimo znacznych różnic między obu krajami w analizowanym zjawisku, wskazać też trzeba pewne podobieństwa.

W obu krajach mamy do czynienia ze znacznym zróżnicowaniem terytorialnym przebiegającym wedle podobnych kryteriów (wielkie miasta, regiony zachodnie), w obu także obserwujemy znaczną dynamikę sceny narkotykowej.

Wyniki zamieszczonych wyżej porównań zdają się sugerować, że mniejsze rozpowszechnienie zjawiska w Polsce jest efektem odłożenia procesu jego rozwoju w czasie. Można żywić niepokój, że w nadchodzących latach dystans między naszym krajem a Niemcami w zakresie rozmiarów problemu narkotyków i narkomanii, raczej będzie się zmniejszać. ❑

Autor jest badaczem w IPiN w Warszawie, doradcą ds. analizy statystycznej w europejskim projekcie dotyczącym podwójnej diagnozy – IZADORA, koordynatorem polskiego projektu prowadzonego w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków ESPAD.