



Biuro Studiów i Ekspertyz

Zespół Opinii Społeczno-Ekonomicznych

R - 19

czerwiec 1992

Narkomania w Polsce

Opracowała Daria Andrejew-Frączek

Z górą trzydziestoletnie doświadczenia krajów europejskich, w tym i Polski, w rozwiązywaniu problemów społecznych, jakie niesie używanie środków uzależniających, wydają się ważne z punktu widzenia określania kierunków polityki w tym zakresie. Niepodobna w sposób jednoznaczny stwierdzić związku między rodzajem takiej polityki a rozpowszechnieniem używania środków uzależniających. Wiadomo jednak, że zmiany w tym zakresie idące w kierunku liberalizacji nie powodują zwiększenia zakresu rozpowszechnienia pod warunkiem, że zapewniona zostaje zróżnicowana oferta pomocy medycznej i socjalnej. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji zagrożenia AIDS. Doświadczenia krajów zachodnich wskazują ponadto, że kurs zaostrzony powinien dotyczyć bardziej zorganizowanego handlu środkami uzależniającymi, a nie samych środowisk narkomańskich. Ustawa z 1985 roku spełniła swoją rolę. Wątpliwości budzić może jakość jej obecnego wykonania. Nie ma danych by zasadnie twierdzić, że w Polsce nastąpił drastyczny wzrost rozpowszechnienia używania środków uzależniających. Polska stoi przed problemem włączenia do międzynarodowego rynku narkotyków. Mamy swój udział w produkcji i przemyśle amfetaminy na rynki zachodnie. Narkomani w Polsce odznaczają się wyraźną specyfiką, która jak dotąd chroni ich przed rynkiem "twardych" narkotyków. Ta sytuacja wymaga racjonalnych działań skoncentrowanych na minimalizowaniu negatywnych skutków społecznych używania środków uzależniających i bardziej na realistycznej prewencji w środowiskach młodzieżowych, niż na zaostrzeniu polityki kryminalnej. Ona bowiem może spowodować zachwianie względnej równowagi w izolowanych środowiskach, rodząc nowe problemy.

SPIS TREŚCI

str.:

1. Rozmiary zjawiska	1
1.1. Źródła i wiarygodność danych	1
1.2. Geneza i dynamika zjawiska	2
1.3. Rozmiary zjawiska	3
1.4. Struktura zjawiska	4
1.5. Używanie narkotyków przez dzieci i młodzież	5
2. Problemy związane z narkomanią	6
2.1. Przystępczość	6
2.2. Społeczno-kulturowa charakterystyka zjawiska - zagrożenie degradacją społeczną	8
2.3. Skutki zdrowotne, w tym problem AIDS	9
3. Narkomania w opinii społecznej	10
4. Polityka wobec narkomanii	12
4.1. Doświadczenia krajów europejskich	12
4.1.1. Etap pierwszy. Geneza i rozpowszechnienie się narkomanii w Europie	12
4.1.2. Reakcja społeczna i środki przeciwdziałania	13
4.1.3. Etap drugi. Narkomania zinstytucjonalizowana	14
4.1.4. Główne cechy ustawodawstwa krajów europejskich	15
4.1.5. Specyfika rozwiązań holenderskich	19
4.1.6. Dyskusja skutków penalizacji	20
4.2. Narkomania w Polsce międzywojennej	22
4.2.1. Charakterystyka zjawiska	22
4.2.2. Regulacja prawna	22
4.3. Rozwiązywanie problemu narkomanii w Polsce powojennej	23
4.3.1. Ustawodawstwo wobec narkomanii tradycyjnej	23
4.3.2. Leczenie i zaradność zbiorowa	24
4.3.3. Ocena funkcjonowania ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 r.	26

Biuro Studiów i Ekspertyz publikuje wyniki swych prac w formie informacji, raportów, materiałów i dokumentów; wydaje także dwa biuletyny: przekładów oraz ekspertyz i opinii prawnych.

Informacja BSE to krótka publikacja zawierająca podstawowe informacje z danej dziedziny w ujęciu problemowym.

Raport BSE to publikacja opracowana samodzielnie, wynik badań pracowników Biura.

Materiały i dokumenty stanowią zbiór dokumentów lub wycinków prasowych, w oryginale bądź w przekładzie, poświęcony problemom, którymi zajmuje się Sejm. Biuletyn Działu Przekładów zawiera przekłady aktów prawnych innych państw i organizacji międzynarodowych.

Biuletyn Ekspertyz i Opinii Prawnych zawiera wybór ekspertyz i opinii prawnych przygotowywanych na zlecenia organów Sejmu przez Zespół Opinii Prawnych BSE.

Wszystkie publikacje BSE są dostępne w gmachu Sejmu, Warszawa, ul. Wiejska 6, sala nr 70 (w starym Domu Poselskim), gdzie mieści się Dyżur Konsultantów Poselskich BSE, w dni robocze od godz. 8 do 16 (w czasie posiedzeń Sejmu - do zakończenia obrad). Numery telefonów: 694-22-79 i 694-22-86. Fax.: 694-22-91.

Narkotyki i rozmaite środki psychoaktywne były znane i używane od dawna pełniąc rozmaite funkcje kulturowe. Zjawisko to miało jednak charakter względnie izolowany, a jego skala nie powodowała poważniejszych następstw społecznych. Początki narkomanii jako problemu społecznego obejmującego swym zasięgiem większość krajów Ameryki i Europy, jak również i kraje innych regionów, datuje się na połowę lat sześćdziesiątych.

W Polsce istotny wzrost używania substancji psychoaktywnych wraz z pojawieniem się społecznych tego konsekwencji, notuje się na koniec lat sześćdziesiątych.

1. Rozmiary zjawiska

1.1. Źródła i wiarygodność danych

1.1.1. Ścisłe określenie rozmiarów narkomanii jest faktycznie niemożliwe. Wszystkie podawane wielkości są mniej lub bardziej rzetelnym szacunkiem.

Jest tak co najmniej z dwóch powodów. Pierwszy z nich ma charakter definicyjny. Trudno o precyzyjne, a tym bardziej operatywne w praktyce, określenie osób o jakie chodzi. WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) wyróżnia trzy sposoby posługiwania się środkami odurzającym: eksperymentalne, okazjonalne i sytuacja uzależnienia. Same nazwy tych rodzajów pokazują o jak trudne do określenia zachowania tu chodzi i to, że granice między nimi mają charakter umowny. W rzeczywistości mamy do czynienia z kontinuum zachowań, którego ramy określa z jednej strony pierwszy kontakt ze środkiem uzależniającym, z drugiej zaś uzależnienie.

Powód drugi także wypływa z charakteru problemu i dotyczy metodologii dokonywania szacunków tego rodzaju zjawisk. W Polsce nie prowadzi się badań epidemiologicznych używania substancji psychoaktywnych, a stopień zaawansowania metodologii takich badań jest niski.

1.1.2. Rejestry narkomanów prowadzą w Polsce głównie policja i służba zdrowia.

Statystyki policyjne narkomanów, jak i inne pochodzące z tego źródła, są uważane za wiarygodne w stopniu ograniczonym. Mają one bowiem charakter koniunkturalny, a na ich notowania ma wpływ cały szereg czynników sytuacyjnych (począwszy od sprawności działania służb, rodzaju procedury, a skończywszy na elementach sytuacji, w jakiej następuje kontakt z policjantem).

Za mniej koniunkturalne uważa się statystyki służby zdrowia (zarówno stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej). Chociaż i one zależne są od dostępności świadczeń, atrakcyjności oferty itp. czynników.

Osobnym źródłem informacji są statystyki resortu edukacji. Ocena ich wiarygodności zależy jednakże od jakości opieki sprawowanej przez szkołę, a przy tym dotyczą one wszystkich uczniów mających jakikolwiek kontakt z narkotykami.

Statystyki, o których wyżej wspomniano nie mogą bezpośrednio informować o rozmiarach zjawiska. Mogą natomiast być podstawą obserwacji trendów rozwojowych, gdyż ich wartość wskaźnikowa polega na wskazywaniu zmian, jakie zachodzą w obrazie używania narkotyków.

1.1.3. Badań epidemiologicznych w pełnym tego słowa znaczeniu w Polsce nie prowadzi się. Uchwycenie w badaniach ogólnopolskich kilkusetosobowej grupy narkomanów, umożliwiającej w miarę sensowne analizy statystyczne, wymagałoby

przypuszczalnie próby kilkuset - tysięcznej, co jest zadaniem mało realistycznym. Prowadzone są jedynie środowiskowe sondaże o niedużym zasięgu, których metodologia nie uprawnia do przeprowadzenia w oparciu o nie poprawnego szacunku ilościowego. Wartość informacyjna tych badań polega głównie na opisie uwarunkowań narkomanii, czynników sprzyjających jej powstawaniu i rozwojowi czy opisie zróżnicowania zjawiska. Jednakże należy mieć świadomość, że odsetek ujawnionych w takich badaniach osób używających nielegalne substancje nie przekracza kilku procent, co oznacza kilkadziesiąt osób, nawet przy dość dużych próbach. Osłabia to wartość uogólnień. Badania środowisk narkomańskich należą do nielicznych.

1.2. Geneza i dynamika zjawiska

Do końca lat 60 - tych narkomania w Polsce miała bardzo ograniczone i stałe rozmiary. Dotyczyła przede wszystkim osób dorosłych, które z racji wykonywanego zawodu lub przebytego leczenia stykały się z lekami uzależniającymi. We wczesnych latach 60 - tych liczba pacjentów z rozpoznaniem lekozależności zamykała się w granicach 100 - 170 osób (Sierostawski i in. 1991).

W Polsce, podobnie jak w całej Europie dynamika zjawiska kształtowała się dwuetapowo. Pierwsza fala narkomanii przypada na lata 1969 - 1974.

Wszystkie Interpretacje wzrostu używania substancji psychoaktywnych w Polsce uwzględniają procesy społeczne, które w tym czasie miały miejsce w kulturze zachodniej. Uważa się, że "wpływ amerykańskich i zachodnioeuropejskiej ruchów kontestacyjnych na przeobrażenia zjawiska narkomanii w Polsce dotyczył zarówno istotnych zmian w strukturze używanych środków, jak i nadawał narkotykom nowe znaczenie kulturowe" (Frieske, Sobiech 1988, s. 71). Innymi słowy cały kontekst społeczny polskiej narkomanii, ideologie, wzory zachowań, jakie prezentowali młodzi ludzie w owym czasie, były mniej lub bardziej udaną próbą naśladownictwa. Ciekawy może być fakt, że podobnej interpretacji zjawiska używały ówczesne władze, a próby szukania źródeł interpretacji w sytuacji społeczno - politycznej tamtego okresu nie wydają się być przekonujące (por. Watson 1990).

Mimo, że przeobrażenia roli kulturowej narkotyków pochodziły z importu, same środki były od początku rodzimej produkcji. Cechą charakterystyczną ubiegłego dwudziestolecia jest stałe poszukiwanie nowych substancji, które mogłyby zastąpić "prawdziwe narkotyki". W owym czasie używane były takie substancje jak różne rodzaje rozpuszczalników oraz syntetyczne środki przeciwbólowe, środki uspokajające, barbiturany, atropina i morfina. Głównym źródłem środków były apteki, toteż podstawowymi sposobami ich zdobycia było fałszowanie recept, włamania do aptek itp. Reakcją władz były utrudnienia w dostępie do leków psychoaktywnych i wzmożone akcje milicji. Zaostrzono kontrolę recept, wprowadzono dodatkowe zabezpieczenia aptek oraz wycofano z produkcji i handlu niektóre substancje.

Etap drugi otwierają odkrycia domowych technologii produkcji morfiny (1976) i heroiny (1979). Eksperymenty z makiem opiumowym powszechnie uprawianym dla celów kulinarnych i farmaceutycznych rozpoczęto już wcześniej. Napar ze słomy makowej był już często stosowany i znany pod nazwą "makiwary" lub "zupy makowej". Jednakże w roku 1976 do powszechnego użycia weszła tzw. "polska heroina" (inne nazwy to "heroina gdańska", "kompot"). Są to opiaty nadające się do iniekcji, a uzyskiwane tak prostą i taną metodą, że możliwe jest ich wytwarzanie w warunkach domowych. Uważa się, że metoda ta została wynaleziona przez studenta farmacji z Gdańska Nie wiadomo dokładnie co zawiera sam produkt. Testy laboratoryjne "kompotu" wykazały, że zawartość morfiny w wyciągach słomy makowej wynosi średnio 0,81% (Frieske, Sobiech 1988). Ponadto zawiera ona także

kodeinę (Chrobak 1982). Powszechna jego produkcja odbywa się w bardzo prymitywnych warunkach, a przez to iniekcje "kompotu" są niezwykle toksyczne.

Zasięg zjawiska był nieporównanie większy niż poprzednio. Po okresie względnej stabilizacji we wczesnych latach 70 - tych, pod koniec tej dekady liczba narkomanów rejestrowanych przez policję i służbę zdrowia zaczęła ponownie wzrastać. Gwałtowne rozpowszechnienie się narkomanii nastąpiło w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych osiągając szczyt w latach 1984 - 85 (por. tab. 1). O ile w roku 1976 liczba hospitalizowanych nie przekraczała 700 osób, to w dziesięć lat później przekroczyła 3 tysiące osób. W tym samym okresie liczba zarejestrowanych przez milicję z 8 tysięcy wzrosła ponad dwukrotnie, bo do 16 675 osób (Watson 1990).

Od połowy lat 80 - tych notuje się stabilizację, a nawet, spadek rozpowszechnienia używania substancji narkotycznych (Godwod - Sikorska i in. 1991, Moskaiewicz, Świątkiewicz 1991). Od roku 1985 miał miejsce wyraźny spadek liczby osób leczonych w placówkach stacjonarnych (por. tab. 1). Liczba pacjentów z 3203 zarejestrowanych w roku 1984 zmniejszyła się w roku 1989 do 2648. Tendencję spadkową potwierdzają, choć z opóźnieniem, także dane lecznictwa ambulatoryjnego i statystyki milicyjne. Te ostatnie notują spadek zarejestrowanych począwszy od roku 1987.

1.3. Rozmiary zjawiska

Na podstawie statystyk służby zdrowia można stwierdzić, że po okresie stabilizacji, w roku 1990 nastąpił wzrost zgłaszalności do placówek lecznictwa stacjonarnego, jak i ambulatoryjnego. W lecznictwie stacjonarnym nastąpił wzrost nadużywających substancje odurzające z 2648 w roku poprzednim do 3046, czyli o 14,6%, w tym z objawami uzależnienia o 15,5% (Godwod - Sikorska 1991). W roku tym liczba pacjentów wzrosła także w lecznictwie ambulatoryjnym do 4663 wobec 4105 w roku poprzednim (Zamecki 1991). Wzrost ten może być spowodowany zagrożeniem epidemią AIDS. Należy wziąć pod uwagę fakt, że 80% leczonych stanowią uzależnieni od opiatów, a wzrost liczby leczonych uzależnionych od opiatów był wyższy od liczonego łącznie dla wszystkich i wynosił 20% (Godwod - Sikorska 1991 a). Chorzy ci używają opiatów dożylnie, co stawia ich w pierwszym rzędzie zagrożonych infekcją. Ponadto ośrodki rehabilitacyjne dla narkomanów stały się w tym czasie jedynym miejscem, gdzie bezdomni nosiciele HIV mogą znaleźć jakie względne warunki egzystencji.

Statystyki policyjne nie odnotowują w analizowanym roku tego wzrostu zjawiska (por. tab. 1). Liczba zarejestrowanych narkomanów jest na poziomie notowanym jeszcze przed szczytem połowy lat 80 - tych. Wynosi ona w 1990 roku 13 950, czyli znacząco mniej niż w roku poprzednim i tyle, ile wynosiła w roku 1983. Uważa się jednak, że powodem tego obrazu statystyk policyjnych może być również poziom aktywności organów ścigania.

Jak już powiedziano, omawiane statystyki mogą odzwierciedlać jedynie tendencję wzrostu lub spadku zjawiska, nie mogą być podstawą do szacowania ilościowego. Niemniej, adekwatna polityka w tym zakresie wymaga takich szacunków. Za realistyczne uważa się szacunki zamykające się w granicach 20 - 30 tys. Biorąc pod uwagę fakt, że około 90% badanych przez służbę zdrowia narkomanów miało za sobą areszt lub zatrzymanie przez policję, a maksymalna liczba zarejestrowanych przez policję narkomanów wyniosła w 1986 roku 16 838, minimalną liczbę narkomanów szacuje się na ok. 20 tys. (Moskaiewicz, Świątkiewicz 1991). Jeżeli nawet szacunki te nie odzwierciedlają dokładnie obecnego stanu rzeczy, to nie ma danych aby twierdzić, że szacunki te odbiegają w sposób drastyczny od rzeczywistej liczby narkomanów w Polsce.

1.4. Struktura zjawiska

Narkomania w Polsce ma, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, specyficzny charakter. Podstawowym źródłem substancji odurzających jest słoma makowa pochodząca z polskich upraw i przetwarzana w warunkach domowych na opiaty. Stąd też wśród leczonych w placówkach zarówno stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych najliczniejszą grupą są uzależnieni od opiatów. Jak już wspomniano, wśród chorych leczonych w placówkach stacjonarnych w roku 1990 ich udział wynosił 80,2%, a w poradniach uzależnień lękowych 82,4% (Godwod-Sikorska 1991 a, Zamecki 1991). Drugą co wielkości grupą, lecz nieporównywalnie mniejszą, są uzależnieni od środków wziewnych: w lecznictwie stacjonarnym 7,6%, w poradniach 8%. Trzecią grupę stanowią uzależnieni od leków mieszanych (uspokajające, nasenne).

Kobiety stanowią niezmiennie mniej niż 1/4 ogólnej liczby narkomanów. W roku 1990 wśród osób leczonych stacjonarnie kobiety stanowiły grupę trzykrotnie mniejszą niż mężczyźni (24,7% wobec 75,3%). Kobiety blisko czterokrotnie częściej niż mężczyźni popadały w uzależnienie od leków uspokajających i nasennych, natomiast wśród mężczyzn częściej było rozpowszechnione uzależnienie od opiatów (82,2% mężczyzn wobec 74,3% kobiet) oraz od substancji lotnych (8,3% wobec 5,0%) (Godwod-Sikorska 1991 a).

W latach 1983-1989 następowało systematyczne starzenie się populacji pacjentów oplatowych (por tab. 2). Udział najmłodszej grupy wieku, tj. do 19 roku życia spadł z 17,7% do 9,6%. W tym czasie udział najstarszej grupy wieku, tj. powyżej 35 roku życia wzrósł z 2,4% do 7,6%. W końcu tego czasu dominował udział pacjentów w wieku 25-29 lat, podczas, gdy jeszcze w roku 1985 najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 20-24 lata. Coraz liczniejszą grupę tworzyły osoby nadużywające środków odurzających 10 lat i dłużej (Godwod-Sikorska i in. 1991). W roku 1990 tendencja ta utrzymuje się. Nadal spada udział najmłodszych pacjentów opiatowych (do 20 roku życia) w placówkach stacjonarnych, wzrasta udział osób najstarszych tj. w wieku powyżej 30 lat, a w szczególności wyraźnie w wieku powyżej 35 roku życia (Godwod-Sikorska 1991 a).

W zależności od wieku pacjentów inna jest struktura dominujących środków w danej grupie wiekowej. W roku 1990 wśród pacjentów lecznictwa ambulatoryjnego zaznacza się wyraźna różnica pomiędzy pacjentami do lat 19, a pacjentami starszymi. Najmłodszy znacznie częściej uzyskuje rozpoznanie uzależnienia od środków wziewnych (rozpuszczalniki, kleje itp.). Ten rodzaj uzależnienia występuje u 34% pacjentów w wieku do 19 lat i znacznie rzadziej wśród starszych, mianowicie 5,9% w grupie pacjentów 20-29 - letnich i 4,0% w grupie najstarszej, 30 lat i powyżej. Odwrotnie jest w wypadku opiatów. W najmłodszej grupie (do lat 19) uzależnionych od opiatów jest 53,4%. Znacznie częściej uzależnieni od opiatów są pacjenci starsi: 84,3% w grupie wieku 20-29 lat i 88,0% w grupie najstarszej. Ten stan rzeczy utrzymuje się od kilku lat, podobnie było bowiem w latach 1987-89 (Zamecki 1991).

1.5. Używanie narkotyków przez dzieci i młodzież

Gdy rozważa się problem używania narkotyków, a zwłaszcza kwestię używania środków odurzających przez młodzież i jej pierwszego z nimi kontaktu, szczególnego znaczenia nabiera rozróżnienie między "trawą" a narkotykami twardymi". Jest już regułą, że w badaniach dotyczących zachowań zdrowotnych młodzieży, czy bezpośrednio używania środków odurzających, marihuanę traktuje się odrębnie, w sposób bardziej zbliżony do alkoholu i tytoniu, niż do klasycznych

narkotyków.

W badaniach na temat wzorców używania substancji uzależniających w okresie dorastania, prowadzonych w Warszawie w końcu lat osiemdziesiątych, postawiono pytanie o wiek rozpoczynania się pierwszych doświadczeń ze środkami odurzającymi. Ustalono, że pierwszy kontakt z marihuaną następuje w wieku lat 15 i dotyczy 6% młodzieży, zaś w wieku 17 lat 11%. Z badań tych wynika, że palenie trawy" pojawia się w wybranych grupach czy środowiskach bardziej jako element obyczajowości, niż jako rozpowszechniona praktyka. Inicjacja w zakresie Innych środków odurzających następuje w wieku 11-12 lat w odniesieniu do "wąchania kleju", zaś w przypadku "kompotu" w wieku 15-16 lat (Fraczek 1990).

W innych badaniach prowadzonych w warszawskich szkołach ponadpodstawowych stwierdzono, że do kontaktów ze środkami uzależniającymi przyznaje się co czwarty uczeń. W oparciu o wyniki szacuje się, że ok 9% zażywała marihuanę lub haszysz. Młodzież przyznaje się do brania środków pobudzających z amfetaminą włącznie (5%), "wąchactwa"(6%), środków nasennych (2,5%). Z niedowierzaniem badacze przyjmują wyznania młodzieży, że brała ona halucynogeny, czyli LSD, meskalinę, peyotl i "jakieś polskie grzyby" (1,6%), kokainę i heroinę (po 0,6%). Mimo dystansu do wyznań młodych, badacze uważają, że "mogą one wskazywać, jeżeli nie na fakt brania tych środków, to na gotowość sięgania po nie" (Zieliński 1991).

W opinii badaczy kontakt ze środkami uzależniającymi jest dla dzieci i młodzieży czymś w pewnym sensie nieuchronnym. Statystycznie rzecz biorąc, nie jest to fenomen ograniczony do wyselekcjonowanej grupy dorastających, stanowiący niezwykle czy nienormalne zachowanie się. W wieku tym reguły obyczajowe wyznaczają używanie substancji uzależniających dla pewnego wieku i okoliczności. Dorastający styka się z nimi w grupie rówieśniczej i w taki czy inny sposób będzie sobie musiał z nimi poradzić. Stąd też opinia, wedle której za nierealistyczne należy uznać nastawienie na totalną prewencję w tym zakresie. Należy natomiast pogodzić się z faktem, że młodzi zetkną się z tymi środkami i będą ich próbować. Profilaktyka powinna być nastawiona na opóźnianie momentu Inicjacji, aby dorastający dokonywali pierwszych prób w okresie większej dojrzałości. Oddziaływania wychowawcze powinny się koncentrować na przygotowaniu młodych do pierwszego kontaktu ze środkiem uzależniającym. Chodzi tu przede wszystkim o działania ukierunkowane na zmianę kulturowych i psychologicznych powiązań między tożsamością dorastających a używaniem tych środków. Zauważenie, że większe doświadczenie w tym zakresie jest dla młodych wyrazem zaznaczenia swej odrębności, osiągnięcia poczucia autonomii, jak również dążenia do dorosłości, jest podstawą konstruowania racjonalnych programów prewencyjnych (Fraczek 1990).

2. Problemy związane z narkomanią

2.1. Przestępczość

2.1.1. W Polsce penalizacją objęte są czyny prowadzące do zdobycia środków odurzających takie jak: nielegalna produkcja, kradzież środków, obrót, fałszowanie recept itp. W zasadzie najliczniejsze przestępstwa dokonywane w Polsce w związku z narkomanią można sprowadzić do dwu kategorii. Pierwsza z nich to nielegalna uprawa maku. Druga kategoria to przestępstwa dokonywane przez osoby ze środowiska narkomańskiego.

Od 1 marca 1985, a więc z chwilą wejścia ustawy, nastąpiła kryminalizacja uprawy maku i konopi bez zezwolenia. Pociągnęło to za sobą gwałtowny wzrost ujawnionej przestępczości. W latach 1985 - 86 liczba przestępstw związanych z narkomanią wg danych milicji wzrosła 2,5 razą z 2667 do 6883. W kolejnych

jednak latach systematycznie malała, aby w 1989 spaść poniżej poziomu wyjściowego. Przez cały ten czas w ogólnej liczbie przestępstw dominowała uprawa maku (w roku 1986 70%, a w roku 1989 45%). Wśród skazanych za uprawę maku praktycznie nie było narkomanów, tylko rolnicy, którzy uprawiają mak dla własnych potrzeb. Z czasem akceptowali oni konieczność przestrzegania przepisu (Godwod - Sikorska i in., 1991).

Informacje na temat przestępczości narkomanów gromadzone przez policję obejmują przestępstwa pospolite ścigane z mocy Kodeksu Karnego oraz przepisów ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 r. Przestępczość w środowisku osób nadużywających środki odurzające jest relatywnie wysoka, lecz związana właśnie ze zdobywaniem środków. Zwraca przy tym uwagę niski udział czynów zagrażających bezpośrednio innym osobom. Czyny szczególnie groźne, jak przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu nie pojawiają się praktycznie w rejestrach policji. W latach 1985 - 89 tylko dwóch narkomanów dopuściło się rozboju. Przestępstwa przeciwko mieniu indywidualnemu również pojawiały się również rzadko. Przy porównaniu ogólnej liczby kradzieży mienia prywatnego, stwierdzonych przez policję, z liczbą tych przestępstw dokonywanych przez narkomanów, okazuje się, że narkomani mogą być obciążeni winą na 1 - 2 promile przestępczości.

Innym źródłem informacji o przestępczości narkomanów są badania ankietowe. W latach 1988 - 89 przeprowadzono badania na 260 próbie losowej pacjentów leczonych w placówkach stacjonarnych. W okresie 12 miesięcy poprzedzających wywiad około 80% badanych przyznaje się do popełnienia czynów sprzecznych z prawem. Zdecydowaną większość stanowią czyny związane a naruszeniem systemu kontroli nad środkami odurzającymi. Są to klasyczne przestępstwa bez ofiar, których jedyną ofiarą są co najwyżej sami sprawcy. Przestępstwa, które można uznać za społecznie groźne, bo będące aktem przemocy (napad, rabunek, gwałt) oraz przestępstwa z chęci zysku popełniane były przez 15% badanych (Godwod - Sikorska i in. 1991).

Mimo marginalnego udziału narkomanów w dokonywaniu przestępstw, należy stwierdzić, że rok 1989 przyniósł wzrost przestępczości nie tylko ogółem, lecz także wśród narkomanów.

Badając problem wiktylizacji stwierdzono, że około połowa pacjentów, którzy trafiają do placówek stacjonarnych, pada ofiarą takich przestępstw jak kradzieże, rozbój, pobicie czy gwałt, przy czym wielu z nich wielokrotnie (Narkomania ...1991).

2.1.2. Obecnie zapewne nie mamy do czynienia z przestępczością w zakresie handlu, a w tym i przemytu narkotyków, tak zorganizowaną, jak w krajach zachodnich. W Polsce dystrybucją i wyrobem narkotyków zajmują się głównie sami narkomani wytwarzający je dla własnych potrzeb. Towar pojawiający się na rynku pochodzi w zasadzie z nadwyżek tej produkcji. Nie istnieje porównywalny do zachodniego, rozwinięty rynek "twardych" narkotyków. Niemniej, w ocenie specjalistów, sytuacja rozwija się w tym samym kierunku. Sprzyja temu wzrost cen surowców, który pobudza zainteresowanie dużym zyskiem ludzi spoza środowiska narkomanów. Uszczelnienie systemu kontroli spowodowało wyraźny spadek podaży rodzimego surowca i związany z tym wzrost cen środków odurzających. To z kolei stawia osoby uzależnione wobec konieczności zdobywania coraz większych kwot na zakup środków i czyni ich bardziej podatnymi na przestępczość, również niespecyficzną. Są oni nie tylko potencjalnymi klientami takiego rynku, lecz także dystrybutorami detalu.

Istnieją uzasadnione podstawy do obaw przed włączeniem Polski do systemu zorganizowanego międzynarodowego handlu narkotykami. Jak podaje prasa zachodnia, UNDCP (agencja ds. walki z narkotykami powołana przez Zgromadzenie Ogólne ONZ) ocenia, że rozpad bloku komunistycznego stworzył nową sytuację w zakresie zorganizowanego handlu narkotykami w skali globalnej. Służby

bezpieczeństwa i oddziały do walki z handlem narkotykami na nowo określają mapę tras przemytu, miejsc załadunku i punktów kontaktowych. Zorganizowany przemysł narkotyków w Europie środkowej jest szczególnie skoncentrowany na tzw. szlaku bałkańskim. Na początku roku tylko w ciągu dwóch miesięcy na wschodnich obszarach Niemiec wykryto 130 transportów. Narkotyki na zachód transportowane są także przez Węgry, Rumunię, Czecho - Słowację i Polskę. Moskwa jest punktem przelotowym na Europę narkotyków produkowanych na terenie Afganistanu, gdzie zwiększają się uprawy maku opiumowego i lokowane są laboratoria także i te, które wypierają z terenu Pakistanu akcje tamtejszych władz.

Raport ONZ na temat światowego handlu narkotykami stwierdza, że kraje Europy Wschodniej coraz częściej stają się również celem nielegalnego handlu. Kraje te będąc terenem przelotu transportów, z czasem muszą się stać także terenem zbytu.

2.1.3. Na terenie Polski znajdują się laboratoria nielegalnej produkcji amfetaminy. Polska amfetamina jest ceniona na rynku zachodnim, wedle informacji UOP, szczególnie ze względu na swą jakość. Przerzucana jest z Polski głównie do Niemiec (szacowany 20 - 25% udział w rynku) i Skandynawii (13 - 14% udziału).

Podstawowym surowcem do produkcji amfetaminy jest BMK. Składnik ten przez pewien czas można było sprowadzać z zagranicy. Powstały jednak utrudnienia na rynku zachodnim, jak i na granicy. W maju 1991 r. wykryto nielegalne laboratorium amfetaminy, przystosowane także do produkcji BMK na skalę półprzemysłową. Świadczy to o zwiększającym się potencjale produkcji nielegalnych polskich laboratoriów, i mimo, że narkomania polska jak dotąd jest głównie opiumowa, trudno sobie wyobrazić, by istniejący potencjał produkcji amfetaminy dalej zaspakajał głównie potrzeby rynku zachodniego.

2.1.4. Prasa zachodnia, powołując się na ekspertów m. in. ONZ, zwraca uwagę, że brak mechanizmów kontrolnych i gospodarcza niestabilność w Europie Wschodniej uczyniły ten region potencjalnym ośrodkiem "prania brudnych pieniędzy", czyli dochodów pochodzących z handlu narkotykami. Powoduje to głównie odczuwalny w tych krajach dotkliwy brak dewiz. N p. na Węgrzech szef tamtejszej policji oświadczył, że jest w posiadaniu dowodów lokowania takich pieniędzy w jednym z banków w Budapeszcie. Skala problemu w Polsce jest nie rozpoznana. Zwraca się przy tym uwagę, że system prawa nie jest przygotowany do przeciwdziałania temu zjawisku.

2.2. Społeczno - kulturowa charakterystyka zjawiska - zagrożenie degradacja społeczna

W polskich badaniach nad narkomanią dominuje podejście ilościowe, tzn. pozwalające na opis zjawiska w kategoriach społeczno - demograficznych czy ukazywanie jego dynamiki. Do nielicznych badań o charakterze jakościowym, należy zaliczyć przeprowadzone w roku 1991 badanie osób uzależnionych od opiatów używanych drogą iniekcji, przebywających w tym czasie w ośrodkach rehabilitacji (Moskalewicz, Sierosławski 1991).

Badania te wskazują na istnienie dwóch podstawowych modeli wchodzenia w narkomanię. Jeden nazwać można społeczno - kulturowym. Czynnikiem pierwotnym jest tu atrakcyjność podkultury, czy grupy, która jest jej nośnikiem. Przyjmowanie środków ma charakter symboliczny bądź staje się elementem zabawy. Model drugi, nazwany przez badaczy psychologicznym, wiąże się najczęściej z sytuacjami kryzysowymi w życiu badanych. Młodzi poszukując oparcia, pomocy, bliskich związków z innymi, trafiają na narkomana, co kończy się zwykle wspólnym

przyjmowaniem środków.

Model drugi jest częstszy od połowy lat osiemdziesiątych. Narkomania, początkowo niezwykle atrakcyjna jako element podkultury młodzieżowej, obecnie utraciła te cechy. Pojawiły się bowiem nowe ruchy młodzieżowe, dla których narkotyki nie tylko nie mają takiej wartości symbolicznej, lecz często są wręcz przedmiotem pogardy.

We wspomnianych badaniach opisuje się trzy podstawowe rodzaje stylów życia narkomanów. To, co jest dla nich wspólne, to samotność uzależnionych. Narkomani nie mają już oparcia w grupach, a te ostatnie nie są dla nich źródłem poczucia bezpieczeństwa czy uznania. Żyją samotnie lub co najwyżej w parach. To natomiast, co różnicuje style życia narkomanów, to posiadanie stałego miejsca zamieszkania.

Pierwszy z wyróżnionych stylów życia narkomana, to styl życia osoby, która nie do końca zerwała swoje dotychczasowe związki życiowe. Mieszkanie w domu rodzinnym z jednej strony wymusza organizację życia, z drugiej gwarantuje zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych. Używane środki produkowane są w domu, pod nieobecność innych członków rodziny. Kontakt z rodziną w znacznym stopniu spełnia rolę czynnika kontroli życiowej uzależnionego, przy czym nie jest to tylko wymuszona kontrola zewnętrzna, lecz także elementy samokontroli wynikające z więzi emocjonalnej z bliskimi. Jak piszą badacze, 'zamieszkiwanie z rodziną pierwotną wiąże się też zwykle z koniecznością zachowania pozorów, a przynajmniej unikania ostentacji co do używania środków. Zdaje się to zapobiegać niekontrolowanemu braniu..., pomaga przetrzymać sytuacje kryzysowe np. czasowy brak dostępu do środków'.

Styl drugi wyznacza fakt samodzielnego zamieszkania, z partnerem, najczęściej małżonkiem lub inną bliską osobą. Osoby funkcjonujące według tego modelu charakteryzują się względnie uregulowanym trybem życia (przestrzeganie podstawowych zasad higieny, względnie regularne odżywianie). Używane środki są własnej produkcji, co chroni przed przypadkowym przedawkowaniem i zainfekowaniem. Źródłem utrzymania jest sprzedaż nadwyżek, ale wielu podejmuje też czasowo pracę. Czynnikiem powstrzymującym degradację jest maskowanie się przed otoczeniem.

Najbardziej destruktywnym czynnikiem w życiu narkomanów jest utrata stałego miejsca zamieszkania. Ten czynnik jest charakterystyczny dla trzeciego z wyróżnionych stylów życia. Charakteryzuje go bezdomność, całkowity brak regularności w odżywianiu, nieprzestrzeganie higieny. Narkomani tego rodzaju skazani są na przypadkowy "towar", co stwarza szczególne zagrożenie zdrowotne. Są to potencjalni klienci środowisk przestępczych i oni najczęściej popełniają pospolite przestępstwa (Moskalewicz, Sierosławski 1991).

Wyniki tych badań potwierdzają tezę ogólną, wedle której czynnikiem prowadzącym do degradacji społecznej narkomanów nie jest bynajmniej sam narkotyk, lecz warunki w jakich jest on najczęściej przyjmowany i okoliczności jego zdobywania, jak również reakcja społeczna, która uruchamia mechanizmy społecznej marginalizacji (Frieske, Sobiech 1988).

2.3. Skutki zdrowotne, w tym problem AIDS

2.3.1. Obraz skutków zdrowotnych zależy od rodzaju przyjmowanego środka, częstotliwości i czasu jego używania. Najczęściej występujące konsekwencje to uszkodzenia narządów wewnętrznych, ogólne wyniszczenie organizmu, zatrucia, uszkodzenia centralnego układu nerwowego, objawy psychotyczne. Często są infekcje i powikłania związane z iniekcją (Sierosławski i in. 1991). Ze względu na zakres zjawiska, nie wydaje się mieć ono wpływu na obraz zdrowotności społeczeństwa tak, jak ma to miejsce w wypadku używania tytoniu i alkoholu.

2.3.2. W Polsce istnieją dwa źródła informacji o umieralności narkomanów: dane policji oraz rejestry zgonów.

Według danych policji rocznie umiera z powodu ostrych zatruc niewiele ponad 100 narkomanów. W latach 1983 - 89 liczba ta wahała się w granicach od 106 do 117. Wyjątek stanowi rok 1987, gdy zarejestrowano tylko 68 takich przypadków.

Badania rejestru zgonów są bardzo pracochłonne i kosztowne. Dotychczas przeprowadzono trzy takie badania w oparciu o rejestry zgonów wśród pacjentów leczenia stacjonarnego z rozpoznaniem "uzależnienie od leków". Analizowano statystyki zgonów w trzech okresach pięcioletnich: 1974 - 78, 1980 - 84 i 1984 - 88. Z badań tych wynika, że umieralność wśród uzależnionych jest wielokrotnie wyższa niż oczekiwana dla zbiorowości o podobnej strukturze płci i wieku. W pierwszym z analizowanych okresów czasu umieralność wśród narkomanów była 6 - krotnie wyższa od oczekiwanej, w drugim przekraczała 12 - krotnie oczekiwaną. W latach 1984 - 88 była ona znowu 6 - krotnie wyższa od oczekiwanej, przy czym w grupie pacjentów do 34 roku życia znacznie większa: dla mężczyzn 9 razy wyższa, a dla kobiet 20 razy (Narkomania...1991).

2.3.3. Zagrożenie AIDS pojawiło się w końcu lat 80 - tych. W Polsce narkomani stanowią podstawową grupę ryzyka zakażeniem HIV. Według statystyk podawanych przez Instytut Higieny, pod koniec 1990 roku narkomani, głównie użytkownicy opiatów drogą dożylną, stanowili w Polsce blisko 70% wszystkich przypadków zakażonych HIV. Trudno jest dokładnie ustalić ilu wśród uzależnionych jest dotkniętych zakażeniem, można tę wielkość tylko szacować na podstawie wycinkowych informacji.

Z badań prowadzonych w 36 z 40 istniejących w 1991 roku placówek ambulatoryjnych wynika, że zarejestrowano w nich ok. 2000 nosicieli wirusa HIV. Biorąc pod uwagę szereg czynników zakłócających możliwość sumowania podawanych przez placówki danych (przypadki wielokrotnego rejestrowania jednej osoby, wielokrotnego podejmowania leczenia przez jedną osobę), autorzy badań skłonni są uznać ten szacunek za zawyżony (Godwod - Sikorska, Sierosławski 1991).

Z badań osób leczonych w placówkach stacjonarnych z powodu nadużywania środków odurzających w roku 1990 wiadomo, że było co najmniej 8,1% (259) osób zakażonych HIV. Jest to blisko 6 - krotny wzrost liczby zakażeń w porównaniu z rokiem ubiegłym (1,5% - 41 osób). Trzykrotnie częściej dotyczyło to mężczyzn niż kobiet. Prawie wszyscy zakażeni używali opiatów (98,5% - 255 osób). Wśród uzależnionych od opiatów zakażeni HIV stanowili 10,1%. Oznacza to, że co najmniej co 10 osoba uzależniona od opiatów była zakażona HIV. Wymienione wyżej wskaźniki ocenia się jako zaniżone, gdyż nie wszyscy uzależnieni od opiatów poddają się leczeniu i nie wszyscy leczeni byli badani w kierunku HIV (Godwod - Sikorska 1991 b).

Z powyżej przedstawionych danych wynika, że największym źródłem zakażeń dla narkomanów jest samo środowisko narkomanów opiatowych, gdzie wirus przenosi się poprzez iniekcje niesterylizowanym sprzętem oraz drogą kontaktów seksualnych wewnątrz i na zewnątrz środowiska. Fakt częstej wśród narkomanów prostytucji hetero i homoseksualnej stwarza zagrożenie o szerszym zasięgu społecznym. Badania środowisk narkomańskich wskazują, że w większości przypadków zagrożenie HIV nie jest obojętne narkomanom. Podejmują oni wiele czynności prewencyjnych (np. własne igły i strzykawki, prezerwatywy). Narkomani seropozytywni generalnie nie są odrzucani przez pozostałych, fakt zagrożenia powoduje większe zainteresowanie leczeniem (Moskalewicz, Sierosławski 1991).

3. Narkomania w opinii społecznej

Badania postaw wobec zjawisk związanych z narkomanią, jakie prowadzi się w Polsce, dotyczą na ogół opinii dorosłych mieszkańców miast, gdyż tam narkomania jest problemem najbardziej widocznym. W badaniach prowadzonych w roku 1990 w pięciu miastach polskich (Warszawa, Bydgoszcz, Inowrocław, Siedlce, Mińsk Mazowiecki) pytano o przekonania dotyczące samego zjawiska, stosunek do narkomanów i o opinię na temat różnych działań podejmowanych w ramach szeroko rozumianej profilaktyki społecznej. Badanie to było powtórzeniem sondażu wykonanego w roku 1987 w województwie bydgoskim. Porównanie wyników uzyskanych w obu badaniach może być podstawą do wnioskowania o ewentualnych zmianach, jakie zaszły w opinii badanych w ciągu trzech lat dzielących wykonanie obu sondaży (Moskalewicz, Sierosławski 1990).

Narkomania, w świetle wyników, nie należy, w opinii badanych, do najważniejszych problemów społecznych istniejących w Polsce. Wśród trzech najważniejszych narkomanię wymieniło 20,8% badanych, zaś jako najważniejszy uznało 4,2%. W rankingu problemów na pierwszych miejscach znajduje się przestępczość pospolita i alkoholizm. Narkomanię wyprzedzają ponadto zanieczyszczenie środowiska, kryzys moralny, sytuacja mieszkaniowa, spadek stopy życiowej. Sama narkomania zajmuje miejsca od szóstego do ósmego, w zależności od sposobu postawienia pytania. Na dalszych miejscach, za narkomanią, wymieniano przestępczość gospodarczą, zły stan zdrowia społeczeństwa, braki w zaopatrzeniu.

Większość badanych (65,5%) nie potrafiła oszacować liczby narkomanów w Polsce, tylko 18,4% podawało liczby mieszczące się w przedziale realistycznej oceny, tj. 30-200 tys. Pozostali bądź zaniżali (3,1%), bądź zawyżali (7,0%) oszacowanie zjawiska. Mniej niż połowa badanych (44,1%) słyszała o istnieniu ustawy o zapobieganiu narkomanii, a ok. 8% potrafiło wymienić jej postanowienia, z którymi się zgadza, bądź uważa je za niesłuszne.

Sposób postrzegania narkomanii przez badanych odzwierciedla rozkład odpowiedzi na pytanie o wizerunek narkomana (por. tab. 3). Narkomania dla badanych w pierwszym rzędzie jest chorobą (77,6%). Ponadto dla określenia narkomana respondenci częściej używają takich określeń jak człowiek nieszczęśliwy (59,2%), odrzucony (52,2%), czy ten, któremu się nie powiodło (45,1%), niż przestępca (10,7%) czy chuligan (9,3%). Jednakże ponad 1/3 badanych postrzega narkomanów jako osoby demoralizujące innych (38,7%) i prowadzące pasożytniczy tryb życia (34,4%).

Preferencje badanych w zakresie sposobów postępowania z narkomanami ilustruje tabela 4. Wynika z niej, że w opinii respondentów przeważa aprobatą dla leczniczo - opiekuńczego modelu postępowania. Leczenie akceptuje w sumie 89,9%, opiekę 71,5%. Karanie za używanie środków odurzających akceptuje mniej niż 1/4 badanych. Zwraca uwagę stosunkowo wysoki odsetek aprobaty dla izolacji uzależnionych (47,9%). Ponadto, na bezpośrednie pytanie o stosunek do stosowania przymusowego leczenia, prawie 2/3 badanych zaakceptowało przymus w odniesieniu do wszystkich lub większości narkomanów. Tylko niespełna 17% nie dopuszcza stosowania przymusu w leczeniu (por. tab. 5), (Moskalewicz, Sierosławski 1990).

Wyniki te sugerują, że w stosunku badanych do narkomanów dominują elementy spolegliwości i opieki nad repulsją i represją. Warto dodać, że wyniki te potwierdzają dotąd obserwowane w badaniach opinii tendencje. Postawa opiekuńcza jest częstsza wśród kobiet. Procent osób deklarujących ją rośnie wraz z poziomem wykształcenia badanych, lecz maleje wraz ze wzrostem ich wieku. Postawie spolegliwo - opiekuńczej towarzyszy jednakże relatywnie wysoki odsetek

osób uważających narkomanów za pasożytów społecznych wywierających demoralizujący wpływ na otoczenie (ponad 1/3 badanych) oraz postulujących ich izolację (prawie 1/2) jak również prawie powszechna akceptacja dla przymusowego leczenia. Wydaje się, że w opinii badanych ugruntowany jest schemat postrzegania narkomanii jako choroby wymagającej leczenia. Jednakże to przekonanie pozostaje nierzadko pod wpływem lęku przed narkomanią przejawiającego się w częstym przeświadczeniu o demoralizującym wpływie uzależnionych na innych. Narkoman wedle tego schematu, to ktoś, kto pozbawił się możliwości kierowania własnym losem, a jednocześnie ktoś niebezpieczny dla siebie i otoczenia. Taką osobę należy, wedle wielu, izolować, a wedle przeważającej większości zmusić do leczenia.

Porównanie wyników omawianego sondażu z terenu województwa bydgoskiego z wynikami sondażu przeprowadzonego trzy lata wcześniej pokazuje, że w roku 1990 wzrósł odsetek osób, które nie potrafiły oszacować liczby narkomanów (z 30,8% w roku 1988 do 51,3%). Znacząco wzrosły odsetki osób, które w narkomanie widzą głównie pasożyta społecznego, a jednocześnie zmalały odsetki osób, które traktują narkomana przede wszystkim jako człowieka chorego (por. tab. 3). Zmniejszył się wprawdzie odsetek zwolenników przymusowego leczenia (por. tab. 5), lecz jednocześnie nastąpiły istotne zmiany w stosunku do możliwości usytuowania placówki leczącej narkomanów w pobliżu miejsca zamieszkania respondentów. Znacznie zmalało poparcie dla takiej możliwości: zwiększył się odsetek osób obojętnych i nie mających zdania na ten temat oraz w sposób istotny zwiększył się odsetek osób przeciwnych takiemu rozwiązaniu (por. tab. 6).

Na podstawie wyników sondażu, z których niektóre zacytowano, badacze wnioskuje istnienie symptomów spadku zainteresowania społecznego narkomanią oraz wzrostu tendencji do pozostawienia narkomanów samym sobie. Ponadto zauważają wzrost lęku przed narkomanami w ciągu trzech lat dzielących czas przeprowadzenia obu sondaży (Moskalewicz, Sierosławski 1990).

4. Polityka wobec narkomanii

Zarówno ustawodawstwo, jak i programy działań społeczno - medycznych wobec narkomanów, jakie pojawiały się w poszczególnych krajach, były reakcją na rodzaj problemu i jego zasięg.

4.1. Doświadczenia krajów europejskich

Rozwój narkomanii rozumianej jako problem społeczny rozwijał się w Europie w dwóch etapach.

4.1.1. Etap pierwszy. Geneza i rozpowszechnienie się narkomanii w Europie

Pierwszy okres masowych eksperymentów przy pomocy klasycznych narkotyków i środków psychoaktywnych datowany jest na drugą połowę lat 60 - tych i początek lat 70 - tych (do roku 1972). Źródłem zjawiska upatruje się w zapoczątkowanym przez młodzież z uniwersytetu w Berkeley ruchu kontestacji. Znalazł on uznanie i był wspierany przez szerokie kręgi intelektualistów, a przy tym został upowszechniony przez środki masowej komunikacji. Narkotyki zyskały pozycję jednego z atrybutów swoistej rewolucji społecznej i kulturalnej, która w krótkim stosunkowo czasie zyskała zasięg niemalże globalny. Szczególną rolę w tej rewolucji odegrali hippisi. Narkotyki stały się symbolem protestu przeciw zastanemu porządkowi i znakiem rozpoznawczym nowej ideologii.

Poprzednio pełniły one podobną funkcję społeczną. Intelktualiści, szczególnie

pisarze czy malarze interesowali się narkotykami jako środkiem penetracji własnej osobowości, środkiem rozszerzającym zakres dostępnych doznań. Były to jednak próby mające znamiona wyjątkowości: elity szukały niecodziennych doświadczeń. Przełom kulturowy, który dokonał się wraz z rozprzestrzenieniem się podkultury hippisów, polegał na odebraniu narkotynom cechy elitarności. Ich stosowanie stało się swoistym wyznaniem wiary i świadectwem przynależności do masowego ruchu społecznego. W niektórych krajach (np. Szwecja, Holandia, Francja) wzrost stosowania środków narkotycznych poprzedza pojawienie się hippisów, niemniej wpływ ruchu kontestacji uważa się za decydujący dla zmian obyczajowych w odniesieniu do narkotyków wśród młodzieży, a także w całych społeczeństwach.

Gdy mówi się o genezie społecznego problemu narkomanii na pierwszym miejscu wymienia się wspomniane wyżej procesy zmian w sferze intelektualnego klimatu wobec narkotyków. W literaturze przedmiotu akcentuje się również i uwarunkowania ekonomiczno - społeczne stanowiące dobry grunt dla rozprzestrzeniania się tej ideologii. Zwykle wymienia się tu kryzys ekonomiczny (recesja gospodarcza, kryzys energetyczny spowodowany wzrostem cen ropy) i związane z nim napięcia społeczne.

Inny przebieg rozwoju zjawiska miał miejsce w krajach o ustrojach totalitarnych, gdzie hippisi byli zjawiskiem ideologicznie wrogim. W Portugalii narkotyki pojawiły się po zakończeniu wojny kolonialnej wraz z powracającymi żołnierzami i pracownikami administracji. Stamtąd wzory konsumpcji konopi przeniknęły do Hiszpanii. W obu krajach rozwojowi problemu towarzyszyły przemiany ustrojowe, recesja gospodarcza i wzrastające bezrobocie.

4.1.2. Reakcja społeczna i środki przeciwdziałania

Reakcja społeczna na rozrastający się problem narkomanii oceniana jest dziś zdecydowanie negatywnie. Z wielu analiz wynika, że przyczyniła się wręcz do wzmocnienia rozwoju zjawiska, a wielu wypadkach wręcz je kreowała (Zieliński 1990, Frieske, Sobiech 1987). Polegała ona bowiem w pierwszym rzędzie na gwałtownej reakcji prasy i innych środków przekazu, akcjach policyjnych i zaostrożeniach prawnych.

Gdy dostrzeżono masowe eksperymenty z przetworami konopi, LSD, amfetaminą i innymi środkami, dokonywane przez ludzi młodych, zorganizowanych w grupy protestujące przeciwko zastanemu porządkowi społecznemu, szokujących swym wyglądem i stosunkiem do seksu, reakcja prasy była nie tylko gwałtowna, lecz pełna sensacji i potępienia. Z perspektywy czasu określa się ją jako zdumienie, osłupienie, strach, w atmosferze skandalu i grozy z wołaniem o potępienie i represje w konkluzjach. Dziś nierzadko przywołuje się motywy komercyjne takiej reakcji mass mediów. Prasa także przyczyniła się do upowszechnienia wiedzy o halucynogenach i nowych zastosowaniach rozmaitych leków.

Taka reakcja środków masowego przekazu stworzyła atmosferę wyolbrzymionego zagrożenia i wołania o ostre sankcje wobec obrażających moralność publiczną młodych ludzi, często niedostosowanych społecznie, o zaburzonej socjalizacji. Ponieważ w grę wchodziła młodzież, a nawet dzieci, postulowano również leczenie osób zażywających środki odurzające. Jednakże podstawowym postulatem pod adresem ośrodków decyzyjnych było oczekiwanie całkowitego wyeliminowania obcego kulturowo zjawiska. Z takim założeniem przystąpiono w wielu krajach do organizowania specjalnych służb, jak również akcji policyjnych.

W Anglii w połowie lat 60 - tych powołano komisję rządową, która zaleciła przymusową rejestrację narkomanów i utworzenie specjalnych szpitali dla nich z zastosowaniem przymusu leczenia. Ponadto wprowadzono ograniczenia

dostępności do leków. W latach 70 - tych uznano, że branie narkotyków znalazło się pod kontrolą. W Holandii w wielkich miastach utworzono specjalne brygady antynarkotyczne. Akcje policyjne koncentrowały się na dość skutecznym rozpoznawaniu i likwidacji siatek kontaktowych handlarzy i narkomanów. W efekcie jednak więzienia zostały wypełnione w połowie konsumentami konopi, którzy nie stwarzali żadnych problemów medycznych, psychologicznych czy społecznych. W Szwecji podobnie, 37% więźniów stanowili narkomani.

Akcje policyjne, którym na ogół towarzyszyły zaostrzenia karne (por. 4.1.4.), przynosiły głównie efekty w likwidowaniu siatek kontaktowych handlarzy narkotyków z konsumentami. Jak wynika z raportów krajowych WHO (Materiały...1988), w odniesieniu do samego problemu społecznego działania te wywołały efekt paradoksalny. Zepchnięto bowiem narkomanów do podziemia w poszukiwaniu towaru, powodując jednocześnie wzrost tzw. wymuszonej przestępczości (kradzież i włamania w celu zdobycia narkotyku, bądź pieniędzy nań). Nierealne okazało się całkowite zwalczenie zjawiska. Wielu autorów podkreśla, że nieadekwatne reakcje społeczne przyczyniły się do wzmocnienia, rozwoju i trwałości zjawiska. Mimo podejmowanych działań, liczba osób uzależnionych i popyt na środki wzrastały, co uruchomiło i utrwaliło rynek narkotyków (Zieliński 1990). Z perspektywy czasu także w polskiej literaturze daje się zaobserwować stanowisko, wedle którego narkomania stała się problemem społecznym w wyniku zbiorowej kreacji. Została bowiem ze sfery życia prywatnego, sfery indywidualnych wyborów stylu życia, przeniesiona w szerszy układ, a społeczna nań reakcja zinstytucjonalizowała problem w postaci utworzenia całego szeregu służb i ról społecznych (Frieske, Sobiech 1987)

4.1.3. Etap drugi. Narkomania zinstytucjonalizowana

Po okresie względnej stabilizacji a nawet spadku zjawiska, w warunkach kontroli policyjnej, na przełomie lat 70 i 80 nastąpiła druga, jeszcze większa fala narkomanii, charakteryzująca się zasadniczo odmiennym obrazem. Po pierwsze znacznemu wzrostowi ilościowemu rejestrowanych narkomanów towarzyszyła ich odmienna charakterystyka społeczno kulturowa. Kontestującego eksperymentatora zastąpił wyalienowany ze środowiska młody człowiek rozwiązujący w ten sposób swoje osobiste problemy życiowe. Drugą cechą tego okresu było pojawienie się w masowym użyciu heroiny.

Ta odmienna od poprzedniej fala narkomanii pojawiła się w całej Europie. W Anglii od 1978 roku liczba narkomanów wzrastała o 25% rocznie. We Francji pod koniec lat siedemdziesiątych heroina zaczęła wypierać z rynku popularne tam dotychczas halucynogeny. Lata 1977 / 82 to okres największego rozpowszechnienia się tego środka. W Holandii nieco wcześniej, bo w latach 1973 / 79, nastąpiła kulminacja konsumpcji heroiny, a ten stan rzeczy utrzymywał się do roku 1984. Równocześnie nastąpił wzrost konsumpcji innych środków. Okres ten trwał do ok. roku 1985, gdy można mówić o pewnej stabilizacji, a nawet spadku. Jednakże w połowie lat 80 - tych pojawiła się na rynku europejskim kokaina, co może być pierwszym symptomem nowej epidemii.

Reakcje społeczne były początkowo bardziej gwałtowne niż poprzednio. Nowy typ narkomana to ktoś bezpośrednio zagrażający, często agresywny, przestępca zmuszony do tego czynu potrzebą zdobycia narkotyku. Ale jednocześnie informacje napływające z placówek leczących młodych narkomanów mówiły o dużej liczbie zaburzeń psychicznych, psychoz, depresjach, wysokim poziomie lęku. Narkoman tego czasu to ktoś o niskim poziomie wykształcenia, znacznej deprivacji potrzeb życiowych przy braku perspektyw.

Pełne lęku reakcje społeczne odniosły dwojaki skutek. Po pierwsze kolejne zaostrzenie przepisów prawnych (por. 4.1.4.). Równoległe z ostrym kursem wobec

konsumpcji i handlu rozwinięto pomoc medyczną, szczególnie o charakterze stacjonarnym i długoterminowym. Nowy obraz narkomana uświadomił znacznym odłamom społeczeństw konieczność interwencji społecznej - medycznej i jej przewagę nad represją karną.

Nowym elementem, często decydującym dla nastawień społecznych i wielu decyzji w polityce wobec narkomanii było pojawienie się epidemii AIDS. Podsycało to społeczne nastroje zagrożenia wzmacniając reakcje dyskryminacji narkomanów i spychanie ich na margines życia społecznego.

Jednocześnie była to sytuacja, która wymusiła rzeczową analizę zjawiska i poszukiwanie racjonalnych środków zaradczych. Pojawiło się wiele programów zmniejszających ryzyko zachorowalności, programów, które z natury rzeczy musiały objąć swym zakresem głównie środowiska narkomanów (m. in. program metadonowy, rozdawnictwo strzykawek - por. 4.1.5.). Nowa jakość zagrożenia spowodowała zmianę stosunku do samych narkotyków sprowadzając ich problem do właściwego wymiaru i osłabiając nadzieję na całkowite wyeliminowanie zjawiska.

Powaga zagrożenia AIDS wpłynęła w wielu społeczeństwach na zmianę orientacji wobec narkotyków. Zaczęła słabnąć rola narkotyków w środowiskach kultury pop, we wzorach osób znaczących rzadziej pojawiały się elementy idealizujące zażywanie narkotyków.

Wzrost zjawiska uległ zahamowaniu, a statystyki umieralności wskazywały na możliwość spadku. Raporty WHO rejestrują nowe zjawiska świadczące o tym, że w dalszym ciągu zachowuje ono swoją dynamikę i wymaga racjonalnej stałej kontroli. W latach osiemdziesiątych zanotowano pojawienie się na rynku kokainy. Ponadto pojawiło się "włachactwo" środków wziewnych, klejów, rozpuszczalników itp. wśród dzieci. Dziś ocenia się, że było ono w krajach Europy krótkotrwałym epizodem w całym przebiegu rozwoju narkomanii (Zieliński 1990). Według danych WHO (światowa Organizacja Zdrowia) z końca lat 80 - tych, liczba osób nadużywających środki psychoaktywne w Europie wynosi ok. 1 mln. Jest to bardzo pobieżny szacunek, gdyż tylko w połowie krajów regionu publikuje się względnie porównywalne statystyki z tego zakresu.

Do najbardziej rozpowszechnionych środków należą przetwory konopi indyjskich (w 86% krajów z 35 zaliczonych do regionu europejskiego), opiaty (bez heroiny i opium - 80%), środki nasenne i uspokajające używane niezgodnie z ich przeznaczeniem (77%), amfetamina (63%). W połowie krajów używa się środki halucynogenne (LSD - 25) i kokainę.

Rozpowszechnienie tych środków w Europie, podobnie jak i w Ameryce, jest wysokie i niejednokrotnie wyższe niż przeciętnie w świecie. Oceniając stopień zagrożenia należy wziąć pod uwagę i to, że w obu tych regionach aktywność naukowa, medyczna, społeczna i policyjna jest wyższa niż w pozostałych regionach świata, co może powodować pełniejsze rozpoznanie zjawiska (Zieliński 1990).

Niemniej fakty te wskazują na konieczność pogodzenia się z istnieniem narkomanii we współczesnych społeczeństwach oraz na potrzebę rzeczowego analizowania sytuacji, i podejmowania racjonalnych, pozbawionych emocji i adekwatnych do problemu środków zaradczych. Jak wskazują doświadczenia krajów europejskich, wszelkie reakcje, których głównym motywem był brak akceptacji samego zjawiska ze względu na naruszenie przyjętych wartości, a w efekcie dążenie do jego całkowitej eliminacji, nie tylko nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, lecz spowodowały duże koszty społeczne.

4.1.4. Główne cechy ustawodawstwa krajów europejskich

Cechą charakterystyczną ustawodawstwa krajów Europy Zachodniej, które reguluje problemy związane z narkomanią, są daty, jakie noszą poszczególne

ustawy. Francuska ustawa pochodzi z roku 1970. Datą zmienną jest rok 1975, kiedy to nowelizacje do swego ustawodawstwa wprowadziły takie kraje jak Belgia, Szwajcaria i Włochy, a w rok później Dania i Holandia. Hiszpania swą ustawę o 'niebezpieczeństwie i rehabilitacji społecznej*' z roku 1970 kolejno nowelizowała w latach 1974 i 1978. Można przypuszczać, że ta działalność legislacyjna była spowodowana koniecznością realizacji Konwencji o substancjach psychotropowych zawartej w Wiedniu w 1971 roku (Ślusarczyk 1991). Fakt ten można również interpretować i tak, że powstanie Konwencji, jak i ustawodawstwa wymienionych krajów są wynikiem reakcji społecznej na pierwszą falę narkomanii, jaka przeszła przez kraje Europy od połowy lat 60 - tych do początku lat 70 - tych. Jest bowiem również faktem, że wraz z drugą falą narkomanii, tj. po przełomie lat 70 - tych i 80 - tych, również nastąpiła reakcja w postaci aktywności legislacyjnej. Swoją ustawę regulującą kwestię narkomanii zmieniła w 1980 roku Austria, w rok później RFN i Szwecja, w 1982 roku Portugalia i Hiszpania. Ta ostatnia dodatkowo reformą kodeksu karnego w roku 1983.

Inną cechą charakterystyczną jest to, że poświęca ono zdecydowanie więcej miejsca sprawom związanym z substancjami psychotropowymi czy środkami odurzającymi, niż problemom dotyczącym osób uzależnionych od nich i sposobom postępowania z tymi osobami. Ten fakt lepiej, niż poprzedni, tłumaczy się zobowiązaniami wynikającymi z Konwencji z lat 1961 i 1971, gdyż przepisy tych konwencji takie właśnie zawierają proporcje tych problemów (por. Ślusarczyk 1991).

Poniżej przedstawione omówienie ustawodawstwa ma na celu zwrócenie uwagi na niektóre, wydaje się najistotniejsze, rozwiązania, jakie wprowadziły poszczególne kraje. Omówienie nie aspiruje do miana analizy prawnokarnej, nie porównuje sankcji karnych, jakimi zagrożone są poszczególne czyny zabronione, nie dokonuje się tu analizy strony przedmiotowej przestępstw, ani tym bardziej rodzaju winy. Chodzi tu jedynie o pokazanie, jakie czyny ustawodawstwo określa jako zabronione oraz tego, jakie ich cechy stwarzają dodatkowe okoliczności obciążające sprawcę.

W pierwszym rządzie ustawodawstwo określa warunki legalnej uprawy, produkcji, sprzedaży, dystrybucji, importu, eksportu, transportu narkotyków (np. Włochy, Dania) Jeżeli ustawa takich przepisów sama nie zawiera, to określa ich źródło.

Wszystkie z analizowanych ustaw zabraniają wytwarzania (produkcowania, fabrykowania), przetwarzania, przechowywania, transportowania, importowania, eksportowania, przewożenia tranzytem, rozpowszechniania, sprzedawania (często oferowania do sprzedaży - np. Belgia, Włochy) i nabywania, otrzymywania oraz przechowywania i posiadania środków odurzających (często z wyróżnieniem substancji psychotropowych) bez zezwolenia (nielegalnie, w sposób niezgodny z 'przepisami prawnymi). Katalogi przestępstw są różne w poszczególnych krajach, lecz w dużym uproszczeniu można je sprowadzić do odpowiedzialności za nielegalne wytwarzanie, obrót i posiadanie.

To, co wyróżnia niektóre ustawy, to fakt uzależnienia odpowiedzialności karnej lub tylko wymiaru kary od ilości środka będącego przedmiotem przestępstwa. W Holandii wyżej opisane czyny nie stanowią przestępstwa jeżeli ilość substancji nie przekracza 30 gramów. We Włoszech ustawa uwalnia od odpowiedzialności karnej osoby, które wyłącznie dla własnego użytku nielegalnie nabywają lub przechowują środki odurzające lub substancje psychotropowe. Łagodniej są też traktowane osoby dopuszczające się innych czynów zabronionych ustawą, gdzie czyny dotyczą niewielkich ilości środków, na własny użytek. W Szwajcarii umożliwienie osobie trzeciej wspólnej, nieodpłatnej konsumpcji w minimalnych ilościach również nie podlega karze. Ustawa austriacka nakłada odpowiedzialność karną w sytuacji, gdy przedmiotem przestępstwa są środki w takiej ilości, że może to powodować niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia ludzkiego. Ustawodawstwo portugalskie

przewiduje łagodniejszy wymiar kary, gdy przedmiot przestępstwa stanowią minimalne ilości substancji.

Nie wszystkie ustawy w sposób jednolity odnoszą się do wszystkich środków odurzających. Np. Holandia jest krajem, w którym regulacje ustawowe dotyczą tzw. "twardych" narkotyków. Warto też odnotować, że ustawodawstwo portugalskie i włoskie wyróżnia rodzaje narkotyków (lub środków uzależniających i substancji psychotropowych), prawdopodobnie wzorem Stanów Zjednoczonych i od rodzaju środka będącego przedmiotem przestępstwa uzależnia wysokość sankcji karnej. W Hiszpanii dokonano rozróżnienia na substancje powodujące mniejsze i poważniejsze szkody dla zdrowia. We Francji wprowadzono rozróżnienie między substancjami trującymi i odurzającymi (ustawa dotyczy obu), przy czym czyny związane z tym drugim rodzajem są zagrożone większym wymiarem kary. W innych krajach, np. w Danii aneks do ustawy zawiera wykazy substancji powodujących uzależnienie i podlegających kontroli państwa.

Odrębnym zagadnieniem jest kryminalizacja posiadania i używania narkotyków. W zasadzie posiadanie jest czynem zabronionym w ustawodawstwie europejskim. Należy jednak pamiętać, że często podlega ono kryminalizacji dopiero w wypadku posiadania ilości nie wskazujących na osobiste użycie (por. wyżej - Holandia, Włochy), a w wypadku bezwyjątkowego zagrożenia sankcją, mała ilość (na własny użytek) jest okolicznością powodującą łagodniejszy wymiar kary (Portugalia, Włochy - w odniesieniu do niektórych czynów).

Kryminalizacja używania jest natomiast zdecydowanie rzadka. We Francji karą pozbawienia wolności i grzywny zagrożone jest używanie substancji lub roślin odurzających. W Belgii używanie w towarzystwie innych osób, we Włoszech zabronione jest zażywanie lub wyrażanie zgody na to w lokalu publicznym lub prywatnym.

Powszechnie respektuje się zasadę szczególnego traktowania handlu i przestępczości zorganizowanej. W Austrii jako okoliczność obciążającą traktuje się sytuację, gdy sprawca jest członkiem bandy i gdy sprawca działa z chęci zysku. Karalne jest także współdziałanie w popełnieniu czynów zabronionych. W Belgii zaostreniu ulega zagrożenie karą, gdy czynu dokonały osoby w tym celu zrzeszone, a karze podlega także przywódca grupy przestępczej, która popełniła co najmniej jeden z zabronionych czynów. Ustawa francuska przewiduje odpowiedzialność karną stowarzyszenia lub porozumienia osób zrzeszonych w celu dokonania czynów zabronionych ustawą. W RFN, Włoszech i Portugalii zaostreniu ulega sankcja karna, gdy sprawcami są osoby działające w grupie (szajce, organizacji, związku, stowarzyszeniu przestępczym). Za szczególnie poważny przypadek uważa się działanie z chęci zysku (RFN) i gdy przedmiotem handlu czy posiadania są duże ilości (RFN, Włochy). Również jako poważny przypadek traktuje się w Szwajcarii działanie sprawcy w porozumieniu z innymi osobami, prowadzenie handlu zawodowo i osiąganie w ten sposób poważnych zysków. Zagrożone też karą jest finansowanie nielegalnego handlu narkotykami i realizowanie funkcji pośrednika w tym handlu (obok Szwajcarii także Portugalia, Włochy, Hiszpania).

We wszystkich omawianych krajach ustawodawstwo przewiduje szczególną ochronę dzieci i młodzieży. Jeżeli czyn (najczęściej przekazywanie środka, rozpowszechnianie, odstępowanie, ułatwianie używania) został popełniony wobec nieletniego (często niepełnoletniego: granica 18 lub 21 lat w zależności od kraju), ustawodawstwo przewiduje zaostrenie odpowiedzialności karnej (Austria, Francja, RFN, Portugalia, Hiszpania, Włochy). Ustawa belgijska zaostrza sankcję karną traktując jej orzeczenie jako obligatoryjne, jeżeli czyn został popełniony na szkodę dziecka, podając różne sankcje w zależności od wieku niepełnoletniego.

Innym istotnym problemem regulowanym przepisami omawianego ustawodawstwa jest korupcja funkcjonariuszy państwowych. Ustawy holenderska,

szwajcarska, portugalska i hiszpańska przewidują możliwość popełnienia przestępstwa przez urzędnika państwowego w związku z wykonywanymi czynnościami (Holandia), nadużywającego swych uprawnień zawodowych (Hiszpania), upoważnionego do wykonywania postanowień ustawy (Szwajcaria), gdy sprawca jest funkcjonariuszem organizacji zwalczającej narkomanię (Portugalia). Powoduje to zwiększenie wymiaru kary lub wysokości jej dolnej granicy.

Zróznicowane są w omawianym ustawodawstwie rozstrzygnięcia kwestii leczenia. Rozwiązaniem skrajnym jest przymusowe leczenie. We Francji leczenie może następować w drodze realizacji orzeczonego przez prokuratora skierowania na leczenie, a kontrolę przebiegu leczenia sprawują władze sanitarne. Nadzorowi władz sanitarnych poddawane są wszystkie osoby, które w sposób nielegalny używają substancje lub rośliny zaliczone do środków odurzających. Mniej radykalnym rozwiązaniem jest regulacja zawarta w ustawie portugalskiej z 1983 r. Przewiduje się tam możliwość leczenia odwykowego osób uzależnionych od narkotyków, przy czym leczenie początkowo ma być dobrowolne. Natomiast jeżeli nie zostało podjęte, lub zostanie bez powodów przerwane, sąd orzeka zastosowanie leczenia przymusowego w ośrodku specjalistycznym. Ustawa austriacka stwierdza, że osoby, które w następstwie używania narkotyków wymagają opieki lekarskiej lub kontroli lekarskiej, powinny poddać się takiej kontroli. W stosunku do sprawców przestępstw przewiduje się stosowanie zasady 'leczenia zamiast kary'. Szwajcarski kodeks karny przewiduje możliwość stosowania środka zabezpieczającego wobec narkomanów. W stosunku do sprawcy, który jest narkomanem, a czyn pozostaje w związku z uzależnieniem, sąd może orzec skierowanie do zakładu leczniczego (ustawa nie określa okresu przebywania w tym zakładzie). Sąd może orzec także leczenie ambulatoryjne. Okres przebywania w ośrodku leczniczym podlega zaliczeniu w poczet kary. W RFN sąd może odroczyć karę o wymiarze nie wyższym niż 2 lata pozbawienia wolności, gdy sprawca wyraża zgodę na podjęcie leczenia, a z uzasadnienia wyroku wynika, że dopuścił się on czynu w następstwie stałej zależności od środków odurzających. Czas pobytu w placówce leczniczej podlega zaliczeniu w poczt kary orzeczonej. Ustawa przewiduje wręcz odstąpienie od ścigania sprawcy, który dopuścił się czynu w następstwie uzależnienia (także warunek górnej granicy zagrożenia karą nie wyższą niż 2 lata), gdy sprawca co najmniej od 3 miesięcy pozostaje pod opieką lekarską i należy oczekiwać jego pełnej resocjalizacji. Takie rozstrzygnięcie ma również zastosowanie wobec nieletnich i młodocianych.

Należy podkreślić, że może być i tak, jak w ustawie holenderskiej, że ustawa w ogóle nie zawiera jakichkolwiek rozstrzygnięć w zakresie leczenia czy profilaktyki w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Wypada dodać, że rozwiązania legislacyjne są dziś różnie oceniane. Ma swoich zwolenników stanowisko, wedle którego polityka wobec narkomanii ma swoje rzeczywiste źródło przede wszystkim w postrzeganiu stopnia zagrożeń ze strony zjawiska, a stopień punitowności rozwiązań w danym systemie prawnym ma niewielki wpływ na rozpowszechnienie zjawiska (Reuter 1992) (por. 4.1.6.). Obecnie toczy się w Europie debata na temat kierunków, w jakich powinna zmierzać polityka wobec środków uzależniających. Jej wyrazem jest powołanie przez Parlament Europejski komisji mającej za zadanie opracowanie zaleceń w zakresie wspólnych dla krajów Europy kierunków rozwiązań.

4.1.5. Specyfika rozwiązań holenderskich

Holandia, w ciągu pierwszych dziesięciu lat, znajdowała się wśród opisanych wyżej krajów, które wydały zdecydowaną walkę narkomanii i tak jak one, podejmowała szereg działań w celu zwalczania rozszerzającej się plagi. W roku

1965 utworzono pierwszą brygadę antynarkotyczną w Amsterdamie, a później w innych dużych miastach. Celem ich działania było rozpoznawanie i likwidowanie siatek dystrybucji narkotyków. Jak wyżej wspomniano, efektem akcji tych brygad było wypełnienie więzień użytkownikami marihuany. Ponadto zaobserwowano wzrost cen na narkotyki spowodowany koniecznością zwiększenia nakładów na ochronę linii przerzutowych, a jednocześnie wzrost tzw. wymuszonej przestępczości. Zwiększony nacisk na paserów spowodował zachwianie względnej równowagi na rynku przedmiotów pochodzących z kradzieży i spadek cen. Efektywność tych i innych działań została oceniona bardzo krytycznie. Podkreślano niewspółmierność kosztów do efektów, jak również podkreślano negatywne skutki społeczne koncentracji akcji policyjno - represyjnych na środowiskach narkomańskich.

Efektem tej analizy kosztów było przeorientowanie polityki wobec narkomanii. W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że zrezygnowano ze zwalczania zjawiska we wszystkich jego przejawach, a w każdym razie uznano je za element współczesnego pejzażu społecznego. Celem działań charakterystycznym dla holenderskiego myślenia o profilaktyce społecznej, i to nie tylko w odniesieniu do narkomanii, jest działanie celowe skoncentrowane na minimalizowaniu skutków społecznych zjawiska, a nie frontalna walka z nim. Polityka społeczna w odniesieniu do narkomanów nie stawia sobie za cel wyeliminowanie brania narkotyków. Środki koncentruje się natomiast na zapobieganiu zdrowotnym skutkom ich konsumpcji.

Dokonano rozróżnienia na narkotyki twarde i "miękkie" zaliczając marihuanę do tych "drugich" i legalizując ją. Konsumpcję marihuany wyjęto ze sfery kryminalnej już w roku 1976. Warto podkreślić, że nie spowodowało to wzrostu liczby jej konsumentów. Konsumentów narkotyków twardych" trudno jest traktować jak przestępców, gdyż ich uwięzienie nie rozwiązuje problemu. Są to ludzie w pierwszym rzędzie potrzebujący pomocy. Toteż czyny wymienione w ustawie opiumowej (chodzi o wytwarzanie, obrót i posiadanie) nie stanowią przestępstwa, jeżeli dotyczą narkotyków w ilości nie przekraczającej 30 gramów. Przy okazji warto dodać, że holenderskie prawo opiumowe z roku 1976 powołując się na Jednolitą Konwencję o środkach odurzających, może transformować normy prawa międzynarodowego na grunt prawa wewnętrznego. Ponadto ustawa holenderska nie określa jakichkolwiek założeń profilaktycznych czy leczniczych, lecz niejako w zamian wyraźnie wskazuje na organ odpowiedzialny za wykonanie ustawy, jakim jest Ministerstwo Zdrowia.

Władze zaakceptowały istnienie narkomanii i skoncentrowały środki na eliminowaniu negatywnych następstw jej istnienia. Mówi się o "kulturowej integracji heroiny", co oznacza stworzenie takich form społecznych konsumpcji, które byłyby najbardziej bezpieczne i akceptowalne. Holandia jest krajem, w którym najbardziej rozwinięte są rozmaite programy profilaktyczne m.in. program metadontowy, rozdawnictwa strzykawek, różne formy poradnictwa i pomocy, włącznie z organizowaniem punktów iniekcji narkotyków pod fachową opieką. Rozwój tych programów nastąpił szczególnie wobec zagrożenia AIDS.

Metadon jest środkiem uważanym za bardziej bezpieczny. Stosowany w masowej skali spowodował, że w Holandii w roku 1983, 30% heroinistów korzystało z tego środka, zaś w trzy lata później większość. Z perspektywy czasu jednak jego stosowanie wzbudza kontrowersję.

Do zalet należy zaliczyć możliwość rejestracji i kontrolowania znacznych grup heroinistów. Z wprowadzeniem tego środka wiąże się w Holandii spadek liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków. Jednakże moralnie dwuznaczna dla wielu jest sytuacja darmowego rozdawnictwa silnego środka. Ponadto okazało się, że wywołał on w wielu przypadkach trwałe uzależnienie i stał się narkotykiem podstawowym i zawsze dostępnym.

Innym programem, który pojawił się wraz z zagrożeniem wirusem HIV, jest

nieodpłatne rozdawnictwo strzykawk. W roku 1988 na przykład rozdano w Holandii 800 tyś. jednorazówek.

Należy podkreślić, że coraz więcej krajów (należą do nich w pierwszym rzędzie kraje skandynawskie) stosuje omawiane rozwiązania. Polska także wprowadza niektóre z nich (por. 4.3.3.).

4.1.6. Dyskusja skutków penalizacji

Podstawowym instrumentem oddziaływania przez państwo na zjawisko narkomanii jest, poza programami profilaktycznymi, zakres i stopień penalizacji. Zwiększanie stopnia penalizacji obszaru narkomanii (np. wprowadzenie kary za posiadanie narkotyków) prowadzi do rozpoznanych już w wielu krajach następstw:

- Tworzenie się podziemia narkotycznego uniemożliwiającego skuteczną kontrolę zjawiska. Jest to szczególnie niebezpieczne ze względu na profilaktykę AIDS, której działania zapobiegające rozprzestrzenianiu się zakażeń wymagają niezagrażającego kontaktu z osobami potencjalnego ryzyka. Zwiększenie stopnia penalizacji powoduje stworzenie dogodniejszej sytuacji do rozprzestrzenienia się AIDS.

- Zmniejszanie się skuteczności leczenia ze względu na zmniejszenie się liczby osób zgłaszających się do placówek służby zdrowia. Zwiększanie zakresu penalizacji prowadzi także do zmniejszenia perspektywy resocjalizacji narkomanów, jako osób, które nie tylko leczyły się z nałogu, lecz także jako byłych przestępców.

- Pogłębianie się postaw potępiających narkomanów i nosicieli AIDS poprzez oficjalną stygmatyzację tych osób jako przestępców. Może to w efekcie prowadzić do pogłębienia już istniejących konfliktów społecznych i zaostrzenia form ich przejawiania się szczególnie w kontekście lęku przed HIV.

- Tworzenie się podziemnego rynku narkotyków. Cały rynek narkotyków przesuwają się w kierunku świata przestępczego, co uniemożliwia jego kontrolę, a w konsekwencji sprzyja jego rozwojowi, specjalizacji i znacznemu podniesieniu ceny na narkotyki. Zjawisko to zwiększa tym samym ilość i zaostrza formy przestępstw dokonywanych przez narkomanów w celu zdobycia narkotyków.

- Włączenie narkomanów do świata przestępczego. Narkomani stają się swoistymi klientami zorganizowanej przestępczości, szczególnie podatnymi na wykorzystanie i szantaż tak ze strony organizacji przestępczych, jak i ze strony policji.

- Wypełnienie więzień konsumentami narkotyków. Stwarza to cały szereg problemów, które dotyczą już samego systemu penitencjarnego, który musi być przygotowany na dodatkowe znaczne koszty spełnienia nowych zadań z zakresu opieki psychomedycznej. Jak pokazują doświadczenia krajów europejskich, wiąże się to nie tylko z koniecznością uruchomienia dodatkowych nakładów, lecz jest zupełnie nieefektywne, gdyż nie rozwiązuje problemu społecznego funkcjonowania narkomanów.

Należy dodać, że obecnie występuje silna tendencja do dekryminalizacji posiadania narkotyków tam, gdzie czyn ten jest zabroniony. W Holandii, w kraju który zdecydował się po części na takie rozwiązanie, spowodowało to znaczne ograniczenie rynku narkotyków i przestępczości z tym związanej. Radykalne rozwiązania zwolenników tego kierunku polityki, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, postulują wręcz legalizację obrotu narkotykami, a nie tylko środkami "miękkimi".

Komisja Parlamentu Europejskiego zaleciła w roku 1990, by nie uznawać za przestępstwo posiadania małych ilości środków niedozwolonych ale wskazujących na to, że służą one do użytku osobistego. Opowiedziała się ponadto za nową klasyfikacją narkotyków włączając do listy środków także tytoń i alkohol, a nawet

kawę i herbatę. Postuluje się zróżnicowanie polityki w zależności od rodzaju środka. Polityka wobec narkomanii, wedle komisji, powinna mieć charakter represyjny w stosunku do zorganizowanych handlarzy narkotyków, a nie w stosunku do samych narkomanów.

Z drugiej strony należy odnotować tendencje przeciwne. We Włoszech, po burzliwej dyskusji parlamentarnej w lecie 1990 roku ponownie wprowadzono sankcję za posiadanie narkotyków w ilościach wskazujących na osobiste użycie, zniesione w 1974 roku. W Hiszpanii aktualnie toczą się spory nad penalizacją używania środków w miejscach publicznych. Trzeba dodać, że w obu krajach kładzie się duży nacisk na różnorodność programów leczenia i opieki społecznej dostosowanej do potrzeb uzależnionych.

Wśród ekspertów panuje częste przekonanie, że stopień punitywności zależy bardziej od poczucia zagrożenia problemem w danym kraju, niż od rzeczywistego rozpowszechnienia środków uzależniających (Reuter 1992). W Stanach Zjednoczonych dominuje polityka oparta na przeświadczeniu, że problemy, jakie stwarza używanie środków uzależniających są prostą konsekwencją rozpowszechnienia używania środków. Stąd coraz bardziej rozrastające się systemy kontroli zachowań obywateli z punktu widzenia używania środków (np. także w procedurze przyjmowania do pracy). W wielu krajach Europy, bardziej tolerancyjnej od Stanów Zjednoczonych, coraz częściej spotyka się przekonanie, że zakres i dolegliwość społeczna problemów związanych z używaniem środków odurzających w niewielkim zakresie jest związana z samym rozpowszechnieniem używania środków. W efekcie nie należy przykładać zbyt dużego znaczenia do kontroli zachowań, gdyż te same w sobie nie niosą niebezpieczeństwa.

Bardzo trudno jest znaleźć dowód na to, że ukierunkowana polityka może wpłynąć w sposób bezpośredni na stopień rozpowszechnienia środków uzależniających i uzależnień. Zazwyczaj jako przykład podaje się porównanie skrajnie tolerancyjnej Holandii, gdzie wskaźniki te są niskie, z nietolerancyjnymi Stanami Zjednoczonymi, gdzie wskaźniki te są bardzo wysokie. Można też porównywać wysoki wskaźnik umieralności w tolerancyjnych do niedawna Włoszech z niskimi wskaźnikami w Norwegii, która prowadzi politykę represyjną (Reuter 1992).

Jeżeli występuje w tej dziedzinie prosta zależność, to zachodzi ona między polityką stosowaną przez dany kraj a odczuwaniem przezeń dolegliwości związanych z istnieniem problemu. Jeżeli problemy uznaje się za poważne, prowadzi to do polityki bardziej punitywnej. Włochy i Hiszpania chcąc się uporać właśnie z odczuwanymi problemami zaostrzają swą politykę. Holandia rozwiązując skutecznie swe problemy w inny sposób, pozostaje przykładem kraju skrajnie tolerancyjnego.

4.2. Narkomania w Polsce międzywojennej

4.2.1. Charakterystyka zjawiska

Przed wojną narkomania nie stanowiła problemu społecznego. Pierwsi narkomani przez lecznictwo zostali zanotowani w roku 1921. Statystyki narkomanów hospitalizowanych notują 85 osób w roku 1928, a w pięć lat później liczba ta wzrosła do 295. Ten wzrost tłumaczy się w literaturze nie tylko wzrostem ogólnej liczby narkomanów, lecz przede wszystkim wzrostem liczby leczących się, głównie morfinistów. Według oceny przedwojennych badaczy, w pierwszej połowie lat trzydziestych liczba narkomanów przekraczała 5 tys. Mowa tu o narkomanach w pełnym tego słowa znaczeniu, tzn. morfinistach, kokainistach czy heroinistach. Narkomania była zjawiskiem, które dotyczyło wyłącznie ludzi dojrzałych, wśród młodzieży prawie w ogóle nie występującym. Odrębną grupę stanowili eteromani,

których liczbę szacowano na dziesiątki tysięcy (Bielewicz 1988).

Przedwojenni narkomani używali głównie morfinę, heroinę i kokainę. Jak oceniają badacze, przed wojną narkomania morfinowa była problemem głównie medycznym, a nie zjawiskiem rodzącym konsekwencje społeczno - kulturowe. Morfinista tego czasu pochodził za średniozamożnych warstw społecznych, który zetknął się z narkotykiem przypadkowo. Narkotyk pełnił tu funkcje fizjologiczne i psychologiczne: redukował ból i napięcia. Morfiniści nie tworzyli grup, których podstawą mogłoby być zażywanie narkotyku.

Inaczej funkcjonowali kokainiści. Ci tworzyli grupy społeczne, których podstawą był styl życia, a jego istotnym elementem zażywanie kokainy. Byli to ludzie dobrze sytuowani, którzy rozpoczęli swe kariery narkomańskie z wyboru. Zażywanie tego narkotyku było znamię przynależności do elity.

Innym zjawiskiem było bardzo rozpowszechnione nadużywanie prozków od bólu głowy (w ilości od kilkunastu do kilkudziesięciu tabletek dziennie), towaru ogólnie dostępnego.

Odrębnym problemem była eteromania. Eter pito najczęściej w postaci wodnego roztworu (anodyna). Zwyczaj konsumowania eteru dotyczył głównie niższych warstw społecznych, a najbardziej rozpowszechniony był na Górnym Śląsku, w okolicach Częstochowy, na Podkarpaciu, a także w sochaczewskim, gostynińskim i plockim. Na tych terenach piło eter około 3/4 mieszkańców, w tym także dzieci. Badania prowadzone w jednej ze szkół powszechnych na Śląsku na początku lat 30 - tych wykazują, że spożywało go od 81% do 92% uczniów (Bielewicz 1988).

4.2.2. Regulacja prawna

Pierwszym polskim aktem prawnym w zakresie narkomanii była ustawa z dnia 22 czerwca 1923 roku 'w przedmiocie substancji i przetworów odurzających'. W artykule 1 zabraniała wytwarzania, przeróbki, przewozu i wywozu, przechowywania, handlu oraz wszelkiego obiegu surowego opium, leczniczego opium, opium do palenia i jego odpadów, haszyszu, morfiny, kokainy, heroiny, wszelkich ich soli i przetworów oraz tych pochodnych, które na podstawie badań naukowych w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego będą uznane za wywołujące szkodliwe skutki dla zdrowia (art. 1). Ustawa zabraniała ponadto sprzedaży dla celów spożycia eteru etylowego i jego mieszanin (art. 3).

Wyjątki od tego zakazu musiały dotyczyć celów leczniczych, naukowych i przemysłowych, i być podejmowane po uzyskaniu zezwolenia Ministra Zdrowia Publicznego, który sprawował pełny nadzór produkcją i obrotem (art. 4). Działalność aptek była regulowana odrębnymi przepisami (art. 2).

Ustawa określała rodzaj i wymiar kary więzienia i grzywny za naruszenie jej postanowień. Lekarze i aptekarze narażeni byli ponadto na karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu (art. 7). Przewidywano również obowiązkową konfiskatę nieprawnie posiadanych środków (art. 9).

Penalizacji podległo używanie środków w towarzystwie, zagrożone zarówno karą więzienia jak i grzywny (art. 8).

Eter i jego mieszaniny zostały uznane za szczególnie niebezpieczne dla zdrowia dopiero w roku 1928 rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych, co spowodowało rozciągnięcie przepisów ustawy i na tego rodzaju środki.

Kodeks karny z roku 1932 zaostrzył sankcje karne za nielegalny obrót substancjami odurzającymi, przewidując karę więzienia do lat 5 lub aresztu za udzielanie środków odurzających innej osobie bez upoważnienia. Ponadto kodeks wyróżniał się kwestiami terminologicznymi. Np. operował terminem "trucizny odurzające".

4.3. Rozwiązywanie problemu narkomanii w Polsce powojennej

4.3.1. Ustawodawstwo wobec narkomanii tradycyjnej

Do roku 1985 obszar narkomanii w Polsce regulowała ustawa o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych z 8 stycznia 1951 r. Ustawa penalizowała nielegalny obrót środkami odurzającymi (art. 29). Chodziło o wyrabianie, przerabianie, przywóz z zagranicy, wywóz, przewóz, przechowywanie oraz wprowadzanie do obrotu środka odurzającego bez zezwolenia lub z zezwoleniem, ale w sposób niezgodny z jego warunkami. Ponadto w art. 30 ustawa penalizowała używanie bez zalecenia lekarza środka odurzającego w towarzystwie innej osoby.

Przepisy kodeksu karnego z 1969 roku przewidują karalność za udzielanie bez uprawnienia i nakłanianie innej osoby do użycia środka odurzającego (art. 161). Ponieważ przedmiotem chronionym jest tu fizyczne i psychiczne zdrowie człowieka, przestępstwem jest także działanie lekarza, który udziela środka w warunkach braku uzasadnienia względami leczenia. Ponadto przepisy tego kodeksu dotyczą używania środka w towarzystwie innej osoby oraz wytwarzania, przechowywania i wprowadzania do obrotu środków odurzających.

Początkowo narkomania jako problem społeczny występowała marginesowo, toteż powyższe przepisy uważano za wystarczające. Wzrastające szybko rozpowszechnienie problemu w latach 70 - tych i początkach lat 80 - tych wymagało nowych uregulowań. W początkach lat 70 - tych, jak już powiedziano (por. 1.2.), podstawowym źródłem zaopatrzenia były dostępne środki farmaceutyczne pochodzące z kradzieży w aptekach czy nabywane na sfałszowane recepty. W reakcji na to w roku 1974 Minister Zdrowia wydał rozporządzenie dotyczące szczególnego zabezpieczenia aptek oraz wprowadził większą kontrolę nad obrotem lekami narkotycznymi. W roku 1973 uchwałą Sądu Najwyższego rozszerzono dla celów karnych pojęcie 'środka odurzającego', obejmujące dotychczas leki uzależniające, na 'inne środki, które wywołują stan odurzenia i mogą spowodować ujemne skutki dla fizycznego lub psychicznego zdrowia jednostki'.

W zasadzie władze ówczesne nie tylko nie dopuszczały do ujawniania narastającego problemu, lecz wręcz utrzymywały, że problem ten nie istnieje, gdyż jest efektem funkcjonowania kapitalistycznego systemu społecznego i jako obcy doktrynie istnieć nie może. Jego widoczność społeczna, a co za tym idzie początek społecznej dyskusji nastąpiły po sierpniu 1980 r. O ile w czerwcu 1980 r. na plenum KC PZPR utrzymywano, że problem narkomanii w Polsce nie istnieje, o tyle w lipcu 1981 r. Komisja rządowa oceniła działania organów państwowych w zakresie zapobiegania i zwalczania narkomanii jako niewystarczające i nieefektywne, natomiast sam problem jako narastający.

Pierwszym problemem, który próbowano uregulować, była kontrola upraw maku i słomy makowej. Do tej pory był to surowiec z jednej strony powszechnie dostępny, z drugiej zaś, pod koniec lat 70 - tych podstawowe źródło zaopatrzenia narkomanów. Kwestię tą regulowało Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 10 czerwca 1983 r. w sprawie rejestracji upraw maku i wykupu słomy makowej. Miało ono zapoczątkować ograniczenie podaży słomy makowej. Było ono wynikiem dyskusji, w której padały postulaty całkowitego zakazu uprawy maku lub przynajmniej wprowadzenia monopolu państwa w tym zakresie. W efekcie rozporządzenie to wprowadziło kontraktację maku z obowiązkiem odsprzedaży słomy makowej. Kontrolą objęto uprawy o powierzchni 50 m², i większe. Było ono rozwiązaniem tymczasowym i nieskutecznym, ze względu na zbyt pospieszny i nieprzemyślany tryb wprowadzenia. W efekcie

zanotowano wzrost zainteresowania rolników produkcją maku i wysoką jego nadprodukcją, co doprowadziło do spadku cen skupu. Natomiast skup słomy był nieproporcjonalnie mały w stosunku do zbiorów (Sierosławski i in. 1991).

4.3.2. Leczenie i zaradność zbiorowa

Dyskusja społeczna nad problemem narkomanii rozpoczęła się z początkiem lat 80 - tych. Różnie ocenia się rolę prasy w tym okresie. Publikacjom prasowym zarzuca się pogłębianie w społeczeństwie postaw negatywnych nacechowanych lękiem wobec osób uzależnionych. Niewątpliwie jednak umożliwiły one mobilizację znacznej części opinii publicznej oraz artykulację problemów i potrzeb grup i osób dotkniętych skutkami istnienia problemu. Zaczęły powstawać ruchy społeczne, nastawione na zapobieganie narkomanii, a także na działania zmierzające do ograniczenia popytu.

W sierpniu 1881 r. został zarejestrowany jako stowarzyszenie Młodzieżowy Ruch na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii "Monar". W programie tej organizacji, poza pracą rehabilitacyjną z osobami uzależnionymi, znajduje się działalność zapobiegawcza. W założeniu miał być to elitarny ruch skupiający ludzi odważnych i gotowych do poświęceń dla innych, dążących do samorealizacji i samodoskonalenia. Członków ruchu obowiązuje taki etos, który ma ich uchronić przed popadnięciem w narkomanię. Podstawowym obowiązkiem jest pomoc innym, słabszym, nieprzystosowanym, gdyż pomagając innym można lepiej zrozumieć siebie. Działalność ruchu opiera się o inicjatywę młodzieży, która ma być kierowana przez dorosłych zasługujących na zaufanie. Do znanych inicjatyw ruchu należą powołany w roku 1986 "Ruch Czystych Serc" czy "Maraton nadziei". Ten rodzaj działalności profilaktycznej "Monaru" oceniany jest z dużą wstrzeźliwością. Uważa się, że uderza w nich akcyjność i żywiołowość, a inicjatywy ruchu, choć bardzo różnorodne, nie mają perspektywicznego, konsekwentnego programu i w efekcie, jako krótkotrwałe, nie mogą być skuteczne (Sierosławski i in. 1991).

Inny charakter ma powstałe w 1983 roku Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, które zrzesza ludzi z różnych względów zaangażowanych w problem uzależnienia od środków uzależniających. Do towarzystwa należą lekarze, terapeuci, nauczyciele, funkcjonariusze organów ścigania jak również rodzice narkomanów i społecznicy. Towarzystwo stawia sobie za cel tworzenie "lobby narkomańskiego", aby istnienie problemu nie straciło swej społecznej widoczności. Ma ono 20 oddziałów terenowych, które organizują akcje propagandowe i zajmują się działaniami profilaktycznymi wśród młodzieży.

W roku 1985 rodzice osób uzależnionych oraz dziennikarze zainicjowali powstanie Towarzystwa Rodziców i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych - "Powrót z U". Towarzystwo to ma głównie charakter samopomocowy. Efektem działań Towarzystwa jest zorganizowanie "Pogotowia Makowego" - telefonu zaufania dla osób z problemami wokół uzależnienia. Obecnie taki telefon istnieje w 11 miastach w kraju.

Najmłodszy stowarzyszeniem jest powstałe w 1987 Towarzystwo "Kuznia"¹¹ ukierunkowane na ułatwianie osobom uzależnionym adaptacji do życia społecznego poprzez system preorientacji zawodowej i pośrednictwa pracy.

Aktywność w zakresie przeciwdziałania narkomanii przejawia także Kościół Katolicki. M. in. powołano Fundację Zapobiegania i Resocjalizacji Uzależnień "Nadzieja". Od wielu lat narkomanami zajmuje się Salezjańskie Centrum Młodzieżowe.

Wobec zagrożenia AIDS w ostatnich latach powstają organizacje zorientowane na ten problem. Można tu wymienić Towarzystwo 'Solidarni wobec AIDS' powołane przez "Morw" oraz stowarzyszenie "Akcja Serce".

Należy podkreślić, że wspomniane stowarzyszenia zajmują się nie tylko działaniami w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki, lecz także prowadzą placówki lecznicze ("Monar", TZN). Najbardziej rozbudowane struktury ma "Monar". Metody stosowane w ośrodkach readaptacyjnych tego stowarzyszenia budzą wiele kontrowersji. Krytykuje się zwykle rygor, zasady funkcjonowania społeczności ośrodka, zarzuca się także brak przygotowania wyleczonych do życia poza społecznością.

W sumie w końcu roku 1989 w Polsce leczenie uzależnień składało się z dwu typów placówek: 67 placówek ambulatoryjnych i placówki stacjonarne: 10 oddziałów detoksykacyjnych i 33 ośrodki rehabilitacyjne, z czego 9 prowadzonych przez służbę zdrowia, pozostałe przez organizacje społeczne (Narkomania...1991). Większość placówek przeznaczona jest dla osób dorosłych. Okres rehabilitacji przewidziany programem leczenia trwa na ogół 1 - 2 lata.

W zasadzie cały ciężar leczenia spoczywa na placówkach stacjonarnych, gdyż ambulatoryjne ograniczają się do doraźnych kontaktów, kierowania zgłaszających się do oddziałów detoksykacyjnych lub na badania laboratoryjne. W małym zakresie prowadzone są w poradniach oddziaływania psychospołeczne i leczenie. Jest to odwrotna sytuacja w stosunku do tej, jaka ma miejsce w krajach o większym doświadczeniu. Tam, punkt ciężkości pomocy uzależnionym przenosi się z placówek stacjonarnych na ambulatoryjne. Wynika to ze względów ekonomicznych i praktycznych (rachunek kosztów leczenia, niewielu decyduje się na 1-2 letnie leczenie z gotowością izolacji od środowiska społecznego) i dostosowania do potrzeb samych pacjentów. Większość pacjentów w krajach zachodnich pozostaje pod opieką ambulatoryjną, a do ośrodków długoterminowej rehabilitacji kieruje się na podstawie odpowiedniej selekcji, tylko nielicznych. Tworzone są także ośrodki rehabilitacyjne o programie 1 - 3 miesięcznym.

Z analizy danych dotyczących leczenia stacjonarnego w roku 1991 wynika, że tylko kilkanaście procent osób kierowanych do ośrodków rehabilitacyjnych kwalifikuje się rzeczywiście do tego typu programów leczenia, reszta wymaga prawdopodobnie innych form. Zaledwie ok. 8% - 9% podejmujących leczenie odwykowe jest w stanie przebywać w placówce 1 rok i dłużej. Tylko 35% leczonych pozostaje w placówce powyżej miesiąca, a najliczniejszą grupę stanowi 43% opuszczających placówkę przed upływem 7 dni pobytu. Wydaje się, że dla większości należałoby stworzyć programy jeżeli już stacjonarne, to o krótszym okresie trwania (Godwod - Sikorska 1991 a).

Ponadto należy wspomnieć o stosowanej profilaktyce HIV. W leczeniu ambulatoryjnym prowadzi się wydawanie igieł i strzykawek, chociaż jej rozmiary ocenia się jako niezbyt imponujące. Na 36 ankietowanych (z 40 istniejących) placówek ambulatoryjnych w 2 uznano, że nie jest to ważne ani potrzebne. W 5 stwierdzono, że nie ma takiego zapotrzebowania ze strony pacjentów. Liczba wydawanego sprzętu jest bardzo zróżnicowana: od 2 do 220 strzykawek tygodniowo, a igieł wydaje się niewiele więcej. 11 placówek uważa, że otrzymuje zbyt mało sprzętu, tyle samo, że otrzymuje go nieregularnie. Wydaje się, że sama strategia jest akceptowana, a główną przeszkodą do jej szerszego stosowania są braki środków. Uważa się, że należy wypracować same zasady wydawania sprzętu jednorazowego (np. w połowie placówek sprzęt wydaje się tylko na wymianę, a w 4 z wyliczeniem 1 do 1), system zasilania i rozliczania z niego placówek tak, aby był on powszechnie dostępny (Godwod - Sikorska, Sierosławski 1991).

4.3.3. Ocena funkcjonowania ustawy o zapobieganiu narkomanii z dn. 31 stycznia 1985 r.

Obowiązująca obecnie ustawa powstała w efekcie reakcji na lawinowy wzrost

narkomanii trwający od końca lat siedemdziesiątych. Uchwalenie ustawy zostało poprzedzone szeroką dyskusją społeczną, także w roku 1980, w warunkach względnej demokratyzacji.

W dyskusji nad ustawą ścierały się tendencje do szerokiej penalizacji czynów związanych z konsumpcją, reprezentowane głównie przez MO i resort sprawiedliwości, z opcjami liberalnymi reprezentowanymi przez ludzi związanych z leczeniem i rehabilitacją narkomanów.

Ustawa składa się z 6 rozdziałów zawierających postanowienia ogólne, dotyczące uprawy maku i konopi, środków odurzających i psychotropowych, postępowania wobec osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych, przepisy karne i końcowe.

Mimo, że WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) na określenie narkomanii używa innego pojęcia, polski ustawodawca posłużył się określeniem tradycyjnym, za względu na polskie tradycje językowe. Przez narkomanię rozumie się 'stałe lub okresowe przyjmowanie w celach niemedycznych środków odurzających lub psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstała zależność" (art. 9, p. 1).

Rozwiązania przyjęte w ustawie opierają się o liberalno - leczniczą koncepcję rozwiązywania problemu. Ustawa stworzyła podstawy prawne różnorodnych działań profilaktycznych i leczniczych. Nałożyła także na organy państwowe zobowiązanie do podejmowania działań w tym zakresie oraz do wspierania działalności organizacji społecznych, Kościoła i związków wyznaniowych.

Ustawa utworzyła specjalny Fundusz Zapobiegania Narkomanii, który przeznaczony jest na prowadzenie działalności profilaktycznej, wychowawczej, leczniczej i rehabilitację, udzielanie pomocy narkomanom oraz ich rodzinom, jak również badania naukowe. Ważnym, wydawało się ówczasie, przepisem ustawy było powołanie Komisji d/s Zapobiegania Narkomanii, w myśl przepisu przy Radzie Ministrów.

Nowością w polskim ustawodawstwie były przepisy normujące postępowania z osobami zagrożonymi uzależnieniem i uzależnionymi. Przyjęto zasadę (z wyjątkiem małoletnich, nieletnich przebywających w zakładach poprawczych i dorosłych w zakładach karnych, uzależnionych skazanych w związku z używaniem środków na karę pozbawienia wolności) leczenia dobrowolnego. Okres leczenia nie może przekraczać 2 lat. Leczenie jest bezpłatne.

Ani konsumpcja, ani posiadanie nie jest ścigane prawem. Przepisy ustawy stwarzają mimo to faktyczne możliwości ujęcia praktycznie każdego narkomana. Karą więzienia do lat 3 zagrożone jest nakłanianie lub udzielanie środka innej osobie. Dzięki rezygnacji z karania za posiadanie i używanie środka odurzającego ustawę ocenia się jednak jako jedną z najbardziej liberalnych w ówczesnej Europie.

W ustawie rozszerzono natomiast zasięg penalizacji czynów przedtem nie karanych, a związanych z wytwarzaniem i obrotem surowców lub samych środków odurzających czy psychotropowych. Przewidywane kary są surowsze, gdy przedmiotem przestępstwa są znaczne ilości surowców lub środków. To zaostrzenie represji karnej zmierzało przede wszystkim do niedopuszczenia, by w Polsce powstał i rozwinął się rynek obrotu narkotyków.

Podczas debaty nad ustawą przedmiotem kontrowersji był także problem upraw maku opiumowego. Polemizując z mniejszościowym żądaniem całkowitego zakazu uprawy maku, odwoływano się nie tylko do tradycji kulinarnych, lecz także twierdzono, że w warunkach kryzysu gospodarczego niemożliwy jest import surowca niezbędnego dla przemysłu farmaceutycznego (Chruściel, Korózs 1988, s. 18). Do dziś jednak nie wiadomo jaki jest rachunek kosztów importu słomy makowej lub kodeiny na potrzeby przemysłu wobec kosztów pośrednich, jakie się ponosi zezwalając na uprawę. W efekcie ustawa przewiduje daleko idącą reglamentację

upraw: wprowadza obowiązek uzyskiwania zezwolenia, określa rozmiary upraw i warunki zawierania umów kontraktacyjnych. Wprowadza też obowiązek przekazywania jednostce kontraktującej słomy makowej, a odpowiednie przepisy wykonawcze nakazują niszczenie jej w wypadku, gdy nie zostanie zużyta. Dopuszczano się uprawę maku przez rolników indywidualnych dla celów spożywczych, o powierzchni do 20 m kw. w okresie przejściowym. Od 1991 roku nastąpił całkowity zakaz uprawy maku przez indywidualnych rolników. Kontroli i rygorom zostały poddane nie tylko uprawa maku i konopi, także wyrób i obrót środkami odurzającymi i psychotropowymi.

Pod względem efektów społecznych ustawę ocenia się jako skuteczną. W czasie jej uchwalenia ustawy nastąpiło zahamowanie wzrostu zjawiska, następnie jego spadek, do stanu względnej stabilizacji w ciągu ostatnich kilku lat (por. 1.2.). W latach 1985 - 89 nastąpił natomiast blisko dwukrotny wzrost użytkowników środków wziewnych, szczególnie mężczyzn do 19 roku życia. Prawdopodobnie mamy do czynienia z zamianą w tej kategorii wieku na środek tańszy i łatwiej dostępny (Godwod - Sikorska i in. 1991). Ponadto wydaje się, że fakt ten pozostaje w związku ze zmianą obrazu narkomanii w ogóle (por. 4.1.3.) i roli kontaktu ze środkami w okresie dorastania w szczególności (por. 1.5.).

Działania prewencyjne dokonywane drogą penalizacji związane są z kosztami. Do takich kosztów należy zaliczyć początkowy wzrost przestępczości związanej z naruszeniem postanowień ustawy. Należy jednak odnotować, że wzrost ten uległ zahamowaniu, później nastąpiła stabilizacja i spadek (por. 2.1.). Dopiero rok 1989 przyniósł gwałtowny wzrost przestępczości w Polsce, a więc także i wśród narkomanów. Niepokój budzi wzrost liczby przestępstw z art. 32 ustawy dotyczącego udzielania środka odurzającego innej osobie dla korzyści majątkowej. Może to świadczyć o początkach zorganizowanego handlu narkotykami (Godwod - Sikorska i in. 1991).

Dużej ostrożności wymaga problem dalszych zaostreżeń kontroli i ograniczeń w zakresie uprawy maku. Zmiany legislacyjne doprowadziły do ograniczenia dostępności słomy makowej. System kontroli jednak nie jest doskonały i pozostawia wiele luk wykorzystywanych przez ludzi już uzależnionych od wielu lat. Ocenia się go jednak jako szczelny dla najmłodszych grup ryzyka (Godwod - Sikorska i in. 1991). Są jednak zwolennicy całkowitego zakazu uprawy maku lub wprowadzenia wyłącznie odmiany bezopiumowej. Przy skutecznym wprowadzeniu takich zmian dostępność słomy makowej gwałtownie spadnie. Narkomani będą szukać innych źródeł zaopatrzenia i innych środków (kokaina, amfetamina), co stworzy dogodniejsze warunki dla rozwoju nielegalnego rynku.

Również kosztowna musi być działalność profilaktyczna. Po wprowadzeniu ustawy stworzono system pomocy i korekcji dla młodzieży zagrożonej. Trudno dziś mówić o zaspokojeniu potrzeb w tym zakresie. Pamiętać jednak należy, że przed rokiem 1985 oświata dysponowała praktycznie jedną placówką dla młodzieży zagrożonej uzależnieniem. Innym zagadnieniem jest szczupłość środków Funduszu, szczególnie tych przeznaczonych na profilaktykę. W ostatnim okresie Fundusz był wykorzystywany na inne, niezgodne z przeznaczeniem cele (np. dopłaty do leków).

Ustawa stworzyła warunki do rozwoju względnie zintegrowanego systemu opieki nad uzależnionymi. Dostępność świadczeń, zwłaszcza rehabilitacyjnych, znacznie wzrosła. Powstały ruchy i organizacje społeczne.

Innym zagadnieniem jest profilaktyka AIDS. Ocenia się, że działania profilaktyczne podjęto zdecydowanie zbyt późno. Na podstawie doświadczeń innych krajów, już w roku 1987 można było przewidzieć pojawienie się problemu w Polsce. Działania profilaktyczne podjęto dopiero w 1989 roku (oświata, rozdawnictwo sprzętu jednorazowego). Akcje oświatowe przynoszą rezultaty w zakresie upowszechniania informacji. Jak wynika z badań, poziom wiedzy w społeczeństwie

w roku 1988 był praktycznie zerowy (Godwod - Sikorska i in. 1991), dziś natomiast problem AIDS uzyskał swą widoczność. Do rangi problemu urasta nastawienie społeczne do nosicieli wirusa HIV, nacechowane niejednokrotnie lękiem i ostracyzmem. W ocenie specjalistów istnieje pilna potrzeba zintensyfikowania i poprawy działań zmierzających do ograniczenia nastawień i do upowszechnienia postaw tolerancji i pomocy (Godwod - Sikorska i in. 1991).

Powstała w roku 1985 ustawa krytykowana jest dziś za, że nie ustosunkowuje się do nieznanych wówczas zjawisk problemu produkcji i eksportu do Europy Zachodniej amfetaminy, zorganizowanego międzynarodowego przemytu oraz "prania brudnych pieniędzy" pochodzących z handlu narkotykami. Okresowo ponawia się postulat nowelizacji ustawy w kierunku zaostrzenia przepisów, a szczególnie wprowadzenia penalizacji posiadania narkotyków. Doświadczenie innych krajów wskazuje jednak, że obostrzenia przepisów prawa w odniesieniu do indywidualnych konsumentów nie zastąpią efektywnych działań organów wykonawczych, działań adekwatnych do skali problemu. Jest tak tym bardziej, że zarówno rynek amfetaminy, jak i przemyt zorganizowany są w myśl dotychczasowego prawa nielegalne.

Opracowano na podstawie:

Bielewicz A., Narkomania w dwudziestoleciu międzywojennym, "Alkoholizm i Narkomania", PTP - IPN, Warszawa, wiosna 1988.

Chrobak F., Polska heroina w świetle ekspertyzy toksykologiczno - sądowej, sympozjum Narkomania w Polsce, Częstochowa 1982.

Chruściel T. L., Korózs Ł., Zapobiegania narkomanii w świetle polskiego prawa. Przepisy i objaśnienia, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988.

Fraczek A., Rozwój w okresie dorastania a nawykowe palenie i picie, "Nowiny Psychologiczne", nr. 5 - 6, 1990. Frieske K., Sobiech R., Narkomania. Interpretacje problemu społecznego. IWZZ, Warszawa 1987. Godwod - Sikorska C. a, Uzależnienia lękowe w Polsce. Lecznictwo stacjonarne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, t. 6/1991, maszynopis.

Godwod - Sikorska C. b, Zakażenia HIV wśród uzależnionych leczonych w placówkach stacjonarnych w 1990 roku, Instytut Psychiatrii i Neurologii, t. 7/1991, maszynopis.

Godwod - Sikorska C., Moskalewicz J., Sierosławski J., Zamecki K., Trendy epidemiologiczne uzależnień lękowych w Polsce w latach 80 - tych na tle zmian legislacyjnych, Alkoholizm i Narkomania, wyd. PTP i IPN, Warszawa, wiosna 1991.

Godwod - Sikorska C., Sierosławski J., Profilaktyka HIV w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych lecznictwa uzależnień lękowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, t. 7/1991, maszynopis.

Materiały konferencji na temat społecznych i kulturowych uwarunkowań narkomanii, WHO, Wiedeń, 1 - 2 września 1988.

Moskalewicz J., Sierosławski J., Style życia narkomanów, Instytut Psychiatrii i Neurologii, t. 7/1991, maszynopis. Moskalewicz J., Sierosławski J., Narkomania jako problem społeczny, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990, maszynopis.

Moskalewicz J., Świątkiewicz G.. Miejsce problemów społecznych w debacie politycznej, Referat na konferencję "Percepcja problemów społecznych w krajach basenu Bałtyku", Sigtuna, 8 - 9.06.1991,

Narkomania w Polsce. Raport dla WHO. Zakład badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 1991, maszynopis.

Reuter P., Drug Problems and Policies: Comparatiyes Perspectives, Konferencja "Europe Without Frontiers", Londyn, kwiecień 1992.

Sierosławski J., Szymanowski T., Zieliński A., Społeczne znaczenie narkomanii, w: Szymanowski T. (red.). Patologia społeczna. Wybrane problemy, WSPS, Warszawa 1991.

Ślusarczyk B., Narkomania - problemy prawnokryminologiczne, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1991. Watson M., Społeczno - gospodarcze uwarunkowania narkomanii w Polsce, "Alkoholizm i Narkomania", wyd. PTP i IPN, Warszawa, zima 1990.

Zamecki K., Lecznictwo ambulatoryjne uzależnień lękowych w Polsce w latach 1985-1990, Instytut Psychiatrii i Neurologii, t. 6/1991, maszynopis.

Zieliński A., Obraz współczesnej narkomanii w Europie, Alkoholizm i Narkomania, wyd. PTP i IPN, Warszawa, zima 1990.

Zieliński A., Badania rozprzestrzenienia środków psychoaktywnych w szkołach ponadpodstawowych Śródmieścia i Ochoty, Instytut Psychiatrii i Neurologii, t. 2/1991, maszynopis.

Tabele w załączeniu.

Tabela 1. Narkomani w Polsce 1975 - 1990

ROK	statystyki szpitalne	statystyki policji
1975	648	6200
1976	677	7825
1977	632	7797
1978	791	7078
1979	1095	7995
1980	1247	8385
1981	1808	10132
1982	2675	11974
1983	3165	13931
1984	3203	15249
1985	3015	16675
1986	2938	16838
1987	2645	16229
1988	2762	15709
1989	2648	15382
1990	3046	13950

Źródło: Dane Komendy Głównej Policji
Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami INP Por. Watson 1990:
Godwod - Sikorska 1991.

Tabela 2. Osoby uzależnione od opiatów przyjęte w latach:-; 1983-1990 do placówek stacjonarnych wg wieku

lata	OGÓŁEM	WIEK					
		do 19	20-24	25-29	30-34	od 35	b. d.
1983 1b	2214	392	910	709	147	52	4
%	100,0	17,7	41,4	32,0	6,6	2,4	0,2
1984 1b	2297	315	913	766	241	56	6
%	100,0	13,7	39,7	33,3	10,5	2,4	0,3
1985 1b	2066	244	886	642	237	53	4
%	100,0	11,8	42,9	31,1	11,5	2,6	0,2
1989 1b	1758	168	500	565	342	133	-
%	100,0	9,6	31,3	32,1	19,5	7,6	-
1990 1b	2153	200	654	692	415	192	-
%	100,0	9,3	30,4	32,1	19,3	8,9	-

Źródło: Godwod - Sikorska C. Uzależnienie lekowe w Lecznictwo stacjonarne, Instytut Psychiatrii i Neurologii t. 6/1991, maszynopis.

Tabela 3. Charakterystyka narkomana

	OGÓŁEM	BYDGOSZCZ	
	1990	1987	1990
człowiek chory	77,6	80,8	74,2
człowiek nieszczęśliwy	59,2	57,4	51,3
człowiek odrzucony	52,4	50,2	50,3
człowiek, któremu się w życiu nie powiodło	45,1	42,9	31,5
przestępca	10,7	11,4	10,7
ktoś kto demoralizuje innych	38,7	28,1	23,2
pasożyt	34,4	21,8	40,9
chuligan	9,3	6,6	7,7
dziwak	23,5	12,9	23,8

Źródło: Moskalewicz J., Sierosławski J. „Narkomania jako problem społeczny, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990

Tabela 4. Społeczna akceptacja sposobów postępowania z narkomanami (dane w procentach).

	zdecydow TAK	raczej TAK	raczej NIE	zdecydow NIE	trudno powiedz.
LECZENIE					
1990*	62,6	27,3	3,1	1,0	6,0
1987**	82,2	14,6	1,0	1,9	0,3
1990	56,0	27,5	7,4	1,0	8,1
OPIEKA					
1990	28,3	43,2	11,2	6,6	10,1
1987	54,8	36,6	3,5	2,7	2,9
1990	24,2	46,3	15,4	6,7	7,4
IZOLACJA					
1990	16,9	31,0	28,3	12,6	11,0
1987	25,8	31,5	22,9	15,6	4,1
1990	8,7	35,6	34,9	14,4	6,4
KARANIE					
1990	7,3	16,5	33,8	28,0	14,4
1987	13,4	15,3	35,0	27,7	8,6
1990	6,4	18,8	37,9	24,5	12,4
PODAWANIE ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH					
1990	1,1	2,2	21,6	65,2	9,9
1987	1,6	2,6	21,1	70,0	4,8
1990	0,3	1,3	16,8	74,2	7,4

* Ogółem we wszystkich badanych regionach

** Bydgoszcz

Źródło: Moskalewicz J., Sierosławski J. „Narkomania jako problem społeczny. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990

Tabela 5. Stosunek do przymusu leczenia

	OGÓŁEM 1990	BYDGOSZCZ	
		1987	1990
LECZENIE PRZYMUSOWE DLA			
wszystkich narkomanów	43,4	69,5	38,4
większości narkomanów	20,2	16,2	17,8
tylko wyjątkowo	19,6	7,0	24,2
NIE NALEŻY STOSOWAĆ PRZYMUSU	16,8	7,3	19,5

Źródło: Moskalewicz J., Sierosławski J. „Narkomania jako problem społeczny, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990

Tabela 6. Stosunek do placówki leczniczej dla narkomanów w pobliżu miejsca zamieszkania dane dla Bydgoszczy)

	1987	1990
byłbym przeciwny	3,2	12,8
byłbym obojętny	22,4	35,9
popierałbym	56,7	31,9
sam pomógłbym	15,4	7,0
trudno powiedzieć	2,2	12,4

Źródło: Moskalewicz J., Sierosławski J. „Narkomania i problem społeczny?” Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 1990