

multidyscyplinarne, uwzględniające różnorodne aspekty wspólnego przedmiotu badań. Tym niemniej, dla zwiększenia atrakcyjności pisma dla różnych środowisk Czytelników, w poszczególnych zeszytach położony będzie nacisk na wybrane dyscypliny i rodzaje uzależnień. Tak więc w przyszłości planujemy, aby pewne zeszyty były poświęcone w większym stopniu alkoholizmowi, a inne - narkomanii, aby dominantą jednych były sprawy medyczne, innych farmakologiczne, a jeszcze innych - społeczne. W jaki sposób wywiążemy się z tych zamierzeń - pokaże czas i osądzą Czytelnicy.

Ignacy Wald

#### O PRZYSZŁY KSZTAŁT PROGRAMU BADAWCZO-ROZWOJOWEGO

Według zgodnej oceny ekspertów zagrożenia spowodowane przez działalność człowieka wywierają ogromny wpływ na stan zdrowia populacji. Takie czynniki, jak alkohol, tytoń, inne substancje psychoaktywne, niewłaściwe żywienie, niewłaściwy tryb życia, zanieczyszczenie środowiska życia człowieka, wpływają na występowanie zaburzeń zdrowia, obniżenie jakości i skrócenie trwania życia. Szczególne znaczenie mają zagrożenia zdrowia i życia spowodowane przez alkohol. Problemy związane z alkoholem i innymi substancjami uzależniającymi należą do najbardziej widocznych zagrożeń współczesnego świata. Stanowią one dotkliwą obciążenie dla gospodarki, zaburzą życie jednostek, funkcjonowanie rodzin, środowiska, zespołów pracowniczych. Pochłaniają znaczną część funduszy publicznych, przeznaczonych na ochronę zdrowia, opiekę społeczną i ochronę porządku publicznego.

W Polsce po II wojnie światowej, podobnie jak i na całym świecie, notowano szybki wzrost spożycia alkoholu. W latach 1950-1980 średnie rejestrowane spożycie wzrosło z 3 do 8,4 l 100% etanolu na 1 mieszkańca. Zbliżone tempo wzrostu wykazywały różne wskaźniki rozpowszechnienia ujemnych następstw społecznych i zdrowotnych spożywania alkoholu. W latach 1981-1982 nastąpił gwałtowny spadek rejestrowanego spożycia, do poziomu 6,1 l. Od 1984 r. nastąpił ponowny wzrost konsumpcji, która w 1987 r. osiągnęła 7,0 l. Należy podkreślić, że w latach osiemdziesiątych nastąpił również wzrost spożycia nierejestrowanego. W ostatnich latach tej dekady prawdopodobnie spożycie to nieco się obniżyło, niemniej nadal stanowi ono istotne zagrożenie.

W ostatnich latach narastał również problem narkomanii. Jeszcze w latach sześćdziesiątych jego zasięg ograniczał się do niewielkiej liczby uzależnionych od morfiny, rekrutujących się głównie ze środowiska medycznego /lekarze, pielęgniarki, farmaceuci/. Moda na odurzanie się różnymi substancjami /leki antycholinergiczne, rozmaite substancje lotne, jak np. Tri/ z przełomu lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych objęła tylko niektóre subkultury młodzieżowe i nie miała charakteru masowego. Gwałtowne rozpowszechnienie narkomanii datuje się od połowy lat siedemdziesiątych, kiedy to opracowano stosunkowo prostą technologię domowego wyrobu opiatów ze słomy makowej. Dopiero od 1984 r. obserwuje się pewne zahamowanie ilościowego rozwoju narkomanii. Mimo znacznego rozpowszechnienia uzależnienia od opiatów, narkotykiem numer 1 w Polsce pozostaje alkohol.

W Polsce alkohol był spostrzegany jako istotne zagrożenie, głównie jednak zagrożenie sfery życia rodzinnego, gospodarki, ładu i porządku publicznego. Szczególnie w latach ostatnich

podkreślano rolę alkoholu jako czynnika warunkującego rozwój patologii społecznej. Znacznie mniej widoczna była, nie tylko dla społeczeństwa, ale i dla zawodowców, rola alkoholu jako zagrożenia zdrowotnego. Ciągłe jeszcze wpływ patogenetyczny alkoholu widziany był przez pryzmat "alkoholizmu". Tymczasem współczesne spojrzenie na zdrowotne problemy alkoholowe uwzględnia rolę alkoholu w bardzo wielu zespołach patologicznych u człowieka. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych około 25% przebywających w szpitalach to osoby z problemami alkoholowymi.

Od lat narastała w Polsce świadomość potrzeby zorganizowania kompleksowych, skoordynowanych badań, dotyczących roli alkoholu w powstawaniu problemów zdrowotnych i społecznych. W latach siedemdziesiątych utworzono fundusz celowy do badań nad alkoholizmem. Środki przeznaczone na ten cel były jednak bardzo niewielkie. Dopiero w latach 1981-1985 uruchomiono po raz pierwszy międzyresortowy program, dotyczący zdrowotnych i społecznych problemów związanych z alkoholem. Zakres tematyczny tego programu został następnie poszerzony o problemy związane z innymi środkami uzależniającymi. W pięcioleciu 1986-1990 po raz pierwszy problematyka ta awansowała do rangi programów centralnie sterowanych, skoordynowanych przez Urząd Postępu Naukowo-Technicznego i Wdrożeń. W 1986 roku uruchomiono Centralny Program Badawczo-Rozwojowy 11.8. pt. "Zapobieganie skutkom alkoholizmu i narkomanii". Jest to obecnie jeden z sześciu /obok onkologii, kardiologii, zdrowia matki, dziecka i rodziny, zdrowia środowiska oraz medycyny pracy/ obszarów objętych programowaniem centralnym. Znacznie wzrosły środki materialne przeznaczone na badania. I tak, jeśli na program międzyresortowy w pięcioleciu 1981-1985 przeznaczono ok. 600 mln złotych, to w pięcioleciu 1986-1990 wpłynęło już 2 600 mln złotych /chodzi

tutaj o środki planowane pierwotnie, nie uwzględniamy rewolucyjnej kompensującej zjawiska inflacyjne/, przy czym po raz pierwszy od wielu lat uruchomiono również pewne środki dewizowe.

Celem głównym programu było ograniczenie rozpowszechnienia zdrowotnych i społecznych problemów związanych z alkoholem i innymi substancjami uzależniającymi oraz poprawa skuteczności leczenia i rehabilitacji zaburzeń zdrowotnych. Realizację celu głównego rozpisano na pierwszym etapie badań na 36 celów cząstkowych.

CPBR 11.8 jest programem wielodyscyplinarnym. W jego ramach mieszczą się badania społeczne, epidemiologiczne, biomedyczne, kliniczne, badania typu organizacyjnego i operacyjnego. To kompleksowe podejście związane jest ze złożonością badanych problemów, których rozwiązanie, jak wykazują dotychczasowe doświadczenia, przekracza możliwości samej tylko medycyny. Jak wskazują badania socjologiczne, alkoholizm i narkomania plasują się w świadomości społecznej bardzo wysoko wśród współczesnych problemów naszego społeczeństwa. Właściwą odpowiedź świata nauki na rosnące w społeczeństwie poczucie zagrożenia musi być podejście interdyscyplinarne, koncentrujące się nie tylko na skutkach, ale również na źródłach i uwarunkowaniach tych zjawisk. Warunkiem skuteczności działań wynikających z programu są, obok badań stosowanych, badania podstawowe o charakterze poznawczym. Integracja nurtu podstawowego i aplikacyjnego ma doniosłe znaczenie dla realizacji założonych celów.

W pierwszym etapie badań osiągnięto szereg interesujących wyników badawczych, dotyczących rozmaitych dziedzin. Nie jest moim zamierzeniem przedstawianie dotychczasowych osiągnięć CPBR-u, w każdym bądź razie przykładowo wymienić można niektóre wartościowe rezultaty.

Badania epidemiologiczne, dotyczące próby populacji generalnej oraz różnorodnych prób w środowiskach młodzieżowych, pozwoliły na lepszą ocenę zagrożenia przez alkohol. Analiza ekonometryczna ujawniła, że w porównaniu z innymi towarami, popyt na alkohol charakteryzuje się w Polsce stosunkowo niską elastycznością cenową i wysoką elastycznością dochodową. W badaniach biologicznych uzyskano interesujące materiały o hamującym wpływie antagonistów opioidów na powstawanie zależności alkoholowej. Badania pozwoliły również na wykazanie udziału mechanizmów dopaminergicznych w pobudzającym działaniu przewlekle stosowanego etanolu. Opracowano dość prostą technikę monitorowania abstynencji w przebiegu leczenia odwykowego na podstawie oznaczania cholesterolu HDL. Opracowano komputerowe programy oceny elektrofizjologicznej i stanu neuronu obwodowego u pacjentów uzależnionych od alkoholu. Technika ta pozwala na ocenę podklinicznego uszkodzenia neuronu obwodowego u osób nadużywających alkoholu.

W zakresie narkomanii prowadzi się systematyczne badania epidemiologiczne; potwierdzono stabilizację rozpowszechnienia narkomanii. Podejmuje się prace nad uzyskaniem odmian konopii o niskiej zawartości kanabinolu oraz maku niskoopiumowego. Można przypuszczać, że w trakcie realizacji programu uzyska się dalsze istotne wyniki. Bardzo ważnym rezultatem dotychczasowych prac jest stworzenie środowiska badawczego złożonego z kompetentnych pracowników nauki, zainteresowanych problematyką alkoholu, a także w coraz większym stopniu zagadnieniami narkomanii.

Refleksje nad realizacją programu wskazują zarazem, że nie wszędzie udało się podjąć ważne i aktualne badania, dotyczące alkoholu i narkomanii. Dla przykładu wskazać można, że usiło-

waliśmy zorganizować w Polsce odpowiednik "programu Malmö", projektu badawczego, który rozwinąłby system wtórnego zapobiegania problemom alkoholowym wśród osób intensywnie pijących /choć niekoniecznie uzależnionych/. Program ten polegał na oznaczaniu aktywności gamma-glutamylu-transpeptydazy u osób nadmiernie pijących i informowaniu ich o aktywności enzymu. Okazało się, że systematyczne podawanie tej informacji pozwoliło na znaczne obniżenie umieralności i chorobowości, a także liczby zwolnień lekarskich i przejść na rentę w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną.

Próbowaliśmy również znaleźć wykonawców do prac porównujących efektywność różnych metod leczenia odwykowego. Mimo znacznych wysiłków nie udało się ich znaleźć, a są to przecież badania niezbędne dla racjonalnego organizowania w przyszłości postępowania zapobiegawczego i leczniczego.

Dlatego też wydaje się, że jest obecnie czas, aby zapytać Kolegów ze środowiska badawczego o kształt programu badawczego w następnym pięcioleciu. Jak sądzę, pewne rzeczy nie ulegają wątpliwości. Ze względu na wagę społeczną i naukową zagrożeń ze strony alkoholu i innych substancji uzależniających powinien to być program centralny. Niewątpliwie program ten powinien integrować badania podstawowe i badania stosowane, badania społeczne z badaniami biologicznymi, klinicznymi i psychologicznymi. Należy podkreślić, że w przygotowywanym obecnie Centralnym Programie Ochrony Zdrowia, nawiązującym do zadań polskiego programu "Zdrowie dla wszystkich w roku 2000", będącego narodowym zastosowaniem strategii proponowanej przez Światową Organizację Zdrowia, ograniczanie problemów alkoholowych zajmuje istotne miejsce. Program ten wykracza poza rok 1990.

Zarazem jednak należy się zastanowić - i myślę, że tutaj inicjatywa Kolegów jest niezwykle potrzebna - jakie cele należy realizować bez zmian w następnym pięcioleciu, jakie należy wprowadzić nowe zadania, a z jakich dotychczasowych celów należałoby zrezygnować.

Dlatego też zwracam się z apelem do pracowników nauki zainteresowanych problematyką alkoholu i innych środków uzależniających, a zarazem do praktyków pracujących w tej dziedzinie, aby zgłaszali propozycje i wnioski, zarówno co do ogólnego kształtu CPBR w latach 1991-1995 i później, jak i co do konkretnych zadań badawczych i podejść praktycznych. Głosy, zarówno ogólne, jak i szczegółowe, mogą stanowić istotną pomoc przy przygotowywaniu założeń programu badawczego na następne pięciolecie.

Jako kierownik programu będę zobowiązany, jeśli te uwagi i propozycje napłyną do Instytutu Psychiatrii i Neurologii przed 1 sierpnia 1989 r.