

Z badań i doświadczeń zagranicznych

Ethan A. Nadelmann
Lindesmith Center, New York, USA

NARKOTYKI – POLITYKA ZDROWEGO ROZSĄDKU

Po pierwsze – zmniejszyć szkody

W roku 1988 Kongres Stanów Zjednoczonych przyjął rezolucję pod hasłem „Ameryka wolna od narkotyków do roku 1995”. Stawianie retoryki ponad rzeczywistość, a moralizatorstwa ponad pragmatyzm sprawia, że amerykańska polityka narkotykowa od dziesięcioleci ponosi nieustanne klęski. Politycy przyznają się do młodzieńczego braku rozwagi, po czym żądają zaostrzenia prawa narkotykowego. Władze nadzorujące kwestię narkomanii wygłaszają twierdzenia nie poparte faktami ani badaniami naukowymi. Do zwalczania handlu narkotykami powołuje się policjantów, generałów, polityków i stróżów moralności publicznej – jak dotychczas nie znalazł się wśród nich ani jeden lekarz czy przedstawiciel służb medycznych. Niezależne komisje do oceny polityki narkotykowej tworzy się tylko po to, by odrzucić ich zalecenia jako politycznie ryzykowne. I wreszcie, zasady polityki narkotykowej są tworzone, wdrażane i egzekwowane prawie bez udziału milionów Amerykanów, których dotyczą najbardziej – bez ludzi zażywających narkotyki. Nadużywanie środków odurzających jest poważnym problemem zarówno dla jednostek, jak i dla całego społeczeństwa, ale „wojna z narkotykami” tylko pogarsza, a nie poprawia, sytuację.

Zwolennicy „wojny z narkotykami” często powołują się na jej skuteczność w latach osiemdziesiątych. Spożycie nielegalnych środków odurzających przez nastolatki osiągnęło szczyt około roku 1980, a następnie spadło o ponad 50% w ciągu następnych dwunastu lat. Podczas kampanii prezydenckiej w 1996 roku republikanin Bob Dole poświęcił wiele uwagi znacznemu wzrostowi spożycia nielegalnych narkotyków wśród młodzieży, przeciwstawiając go dużemu spadkowi podczas rządów admi-

Artykuł był opublikowany w „Foreign Affairs”, 1998, 77, 1, 111-128. Polska wersja ukazuje się za zgodą autora.

nistracji prezydentów Reagana i Busha. Reakcja prezydenta Clintona była chłodna, po części dlatego, że przychylił się on do opinii, że skala zażywania narkotyków przez młodzież jest zasadniczą miarą sukcesu lub porażki polityki narkotykowej, a mógł wykazać, że obecny jego poziom w USA nadal stanowi zaledwie połowę spożycia w roku 1980.

W roku 1980 jednakże nikt jeszcze nie słyszał o taniej formie kokainy do spalania, zwanej „crack”, i o problemie HIV/AIDS. Nim nastały lata 90. obie te kwestie przybrały w amerykańskich miastach rozmiary epidemii, do czego, w dużym stopniu, przyczyniły się działania prohibicjonistów i moralność obojętna na konsekwencje wojny z narkotykami. W roku 1980 budżet federalny przeznaczył na kontrolę rynku narkotykowego miliard dolarów, a kwoty stanowe i lokalne były dwukrotnie lub trzykrotnie wyższe. W roku 1997 wydatki budżetu federalnego przeznaczone na ten cel sięgnęła 16 miliardów, z czego 2/3 przekazano służbom policyjnym, a wydatki stanowe i lokalne nie były mniejsze. W roku 1980 za łamanie prawa narkotykowego trafiało każdego dnia do aresztów około 50 tys. osób. Do 1997 liczba ta wzrosła ośmiokrotnie i wyniosła około 400 tys. Takie są rezultaty polityki opartej w nadmiernym stopniu na „rozwiązaniach” prawa karnego, związanych ideologicznie z leczeniem przez abstynencję, i oderwanych od rachunku nakład-zysk.

Wyobraźmy sobie teraz politykę, która zakłada, że narkotyków nie da się wyeliminować i że jedyną rzeczą, jaką możemy zrobić, to nauczyć się z nimi żyć w taki sposób, by wyrządzały jak najmniej szkód. Wyobraźmy sobie politykę, która skupia wysiłki nie tyle na eliminowaniu samych narkotyków, ile na eliminowaniu przestępstw i nieszczęść powodowanych zarówno przez zażywanie narkotyków, jak i przez praktyki prohibicyjne. Wyobraźmy sobie politykę opartą nie na strachu, uprzedzeniu i niewiedzy, które to czynniki dominują w obecnym podejściu amerykańskim, ale na zdrowym rozsądku, badaniach naukowych, troskce o zdrowie publiczne i prawa człowieka. W Stanach Zjednoczonych jest możliwe prowadzenie takiej polityki, zwłaszcza jeśli Amerykanie zechcą skorzystać z doświadczeń innych krajów, gdzie polityka zmniejszania szkód jest coraz szerzej realizowana.

Podejście do kwestii narkotyków gdzie indziej

Amerykanie nie są niechętni do wykorzystywania zagranicznych rozwiązań. Niestety do tej pory spoglądali w złym kierunku, a mianowicie w stronę Azji i Ameryki Łacińskiej, skąd pochodzi większość rozprowadzanej na świecie heroiny i kokainy. Podejmowane od dziesięcioleci wysiłki Stanów Zjednoczonych na rzecz powstrzymania produkcji narkotyków za granicą i ich eksportu do USA nie dają pożądanых rezultatów. Produkcja nielegalnych narkotyków to dziś interes lepszy niż kiedykolwiek dotychczas. Mak lekarski, źródło morfiny i heroiny, konopie (*cannabis sativa*), z których przygotowuje się marihuanę i haszysz, rosną bujnie na całym świecie. Krzewy kokainowe, z których liści ekstrahuje się kokainę, można z powodzeniem uprawiać daleko od ich naturalnego środowiska, jakim są Andy. Programy wprowadzania upraw zastępczych, opracowywane w celu nakłonienia rolników Trzeciego Świata

do upraw legalnych, nie stanowią konkurencji dla zysków, jakie rolnicy ci czerpią wskutek istnienia prohibicji narkotykowej. Kampanie na rzecz tępienia nielegalnych upraw zmniejszają niekiedy produkcję w jakimś kraju, ale natychmiast pojawiają się nowi dostawcy z innych obszarów. Wysiłki międzynarodowych egzekutorów prawa mogą zniszczyć sieci handlarzy i trasy przemytu, rzadko jednak ma to wpływ na amerykański rynek narkotykowy.

Nawet gdyby udało się odciąć dostawy z zagranicy, skala uzależnień w Ameryce niewiele by się zmniejszyła. Większość problemów wynikających z narkotyków ma bowiem związek z krajową produkcją alkoholu i tytoniu. Bardzo wiele, jeśli nie większość marihuany, amfetaminy, środków halucynogennych i nielegalnie rozprowadzanych narkotyków farmaceutycznych, które zażywane są w USA, produkuje się na miejscu. To samo dotyczy kleju, benzyny i innych rozpuszczalników stosowanych przez dzieci, które są zbyt małe lub zbyt biedne, by zdobyć inne substancje psychoaktywne. Zapewne te środki odurzające, jak i inne nowe produkty, szybko zastąpiłyby importowaną heroinę i kokainę, gdyby ich strumień płynący zza granicy wysechł.

O ile oczekiwanie, że ograniczenie dostaw z Ameryki Łacińskiej i Azji rozwiąże amerykańskie problemy jest daremne, o tyle koncepcja zmniejszania szkód, jakie wyrządzają narkotyki – coraz powszechniejsza w Europie i Australii, a nawet w niektórych zakątkach Północnej Ameryki – jest wielce obiecująca. Punktem wyjścia tejże koncepcji jest świadomość, że zmniejszanie dostaw musi mieć z natury rzeczy skutki ograniczone, że działania służb kryminalnych mogą być kosztowne i mieć skutek przeciwny do zamierzonego oraz że jednokierunkowe dążenie do „społeczeństwa wolnego od narkotyków” to walka niebezpieczna i z góry skazana na niepowodzenie. Dążenie do ograniczania popytu, mające uchronić dzieci i dorosłych przed nadmiernym zażywaniem narkotyków, jest naturalnie bardzo potrzebne, ale równie potrzebne jest dążenie do zmniejszania szkód wywołanych przez narkotyki u pojedynczych osób – które nie mogą albo nie chcą przestać zażywać narkotyków od razu – oraz w ich otoczeniu.

Większość zwolenników idei „po pierwsze – zmniejszać szkody” nie pochwała legalizacji. Uważają oni wprawdzie, że prohibicja nie ograniczyła nadużywania narkotyków, lecz jest powodem większości przestępstw, korupcji, chorób i zgonów narkomanów, oraz że jej koszty rosną z każdym rokiem, ale jednocześnie zdają sobie sprawę, iż legalizacja byłaby decyzją nierozsądną i mogłaby spowodować wzrost spożycia narkotyków. Należałoby zatem dążyć do usprawnienia systemu prohibicyjnego, stawiając jednak w centrum uwagi zmniejszenie negatywnych konsekwencji zarówno samego nałogu, jak i polityki prohibicyjnej.

Kraje, które zwróciły się ku strategiom zmniejszenia szkód, nie tak bardzo różnią się od Stanów Zjednoczonych. Narkotyki, przestępstwa, problemy rasowe i inne problemy socjoekonomiczne są ze sobą nierozzerwalnie związane. Podobnie jak w Ameryce, także i w krajach przychylniejszych idei zmniejszania szkód nadal skazuje się i osądza w więzieniach zarówno wielkich pośredników w handlu narkotykami, jak i drobnych sprzedawców. Rodzice żyją w strachu, że ich dzieci mogą wejść w narkotyczny krąg. Politycy nadal chętnie posługują się retoryką „wojny z narkotykami”.

Ale w przeciwieństwie do polityki narkotykowej Stanów Zjednoczonych, pierwszeństwo ma zdrowie publiczne, a decydenci publicznej służby zdrowia mają w tej sprawie coś do powiedzenia. Lekarzom pozostawia się większą swobodę w leczeniu uzależnienia i wiążących się z nim dolegliwości. Policja traktuje odstępowanie i zażywanie nielegalnych środków odurzających podobnie jak prostytucję – działalność, której nie można stłumić, ale którą można skutecznie kontrolować. Moralisci mniej uwagi poświęcają złu, tkwiącemu w samych narkotykach, zajmując się raczej pragmatycznym i ludzkim aspektem zażywania i uzależnienia. Więcej polityków ośmiela się przemawiać za rozwiązaniami alternatywnymi do penitencjarnych metod prohibicyjnych.

Zmniejszanie szkód obejmuje wysiłki na rzecz: (1) powstrzymania rozprzestrzeniania się wirusa HIV poprzez stworzenie łatwego dostępu do sterylnych strzykawek i zbieranie strzykawek zużytych, (2) zezwolenia lekarzom na przepisywanie metadonu podawanego doustnie jako środka w leczeniu uzależnienia od heroiny, a także samej heroiny i innych narkotyków tym osobom, które kupują je na czarnym rynku, (3) organizowania „sal bezpiecznych iniekcji”, aby narkomani nie gromadzili się w miejscach publicznych, (4) organizowania „stanowisk analitycznych” – w miejscach, gdzie duże grupy młodzieży urządzają nielegalne „potańcówki” (rave) – w celu badania jakości i mocy MDMA, zwanej ecstazy, czy innych narkotyków, które organizatorzy tych zabaw kupują i wspólnie konsumują, (5) depenalizacji (ale nie legalizacji) posiadania i handlu detalicznego konopiami, a w niektórych przypadkach także posiadania niewielkich ilości „twardych” narkotyków, oraz (6) zintegrowania polityki zmniejszania szkód z polityką miejscowych organów ścigania. Niektóre z tych środków są wdrażane, lub rozpatrywane w celu wdrożenia, w części Stanów Zjednoczonych, rzadko jednak na skalę, na jaką stosuje się je w coraz większej liczbie innych krajów.

Powstrzymanie HIV dzięki sterylnym strzykawkom

Rozprzestrzenianie się HIV, wirusa powodującego AIDS, wśród ludzi wstrzykujących sobie nielegalne narkotyki skłoniło rządy krajów europejskich i Australii do eksperymentalnego wdrożenia polityki zmniejszania szkód. Na początku lat 80. władze zdały sobie sprawę, że narkomani zarażają się wzajemnie wirusem HIV poprzez wspólne używanie tej samej igły. Wykorzystując doświadczenia związane z żółtaczką zakaźną, przenoszoną w podobny sposób, Holendrzy jako pierwsi uświadomili narkomanom niebezpieczeństwa płynące z używania tej samej igły przez wiele osób. Zapewnili im łatwy dostęp do sterylnych strzykawek oraz uruchomili system zbierania zużytych strzykawek i igieł za pośrednictwem aptek, wymianę igieł i strzykawek w placówkach publicznej służby zdrowia. Do Holandii dołączyły wkrótce inne kraje europejskie i Australia. W niektórych krajach zrezygnowano z wymogu posiadania recept na strzykawkę. Władze lokalne, między innymi w Niemczech i Szwajcarii, wydały zezwolenia na zainstalowanie aparatów do wymiany igieł dostępnych przez całą dobę. W niektórych miastach europejskich narkomani mogą wymieniać strzykawkę zużytą na nową na posterunkach policji bez obawy aresztowania czy nieprzyjemności. Aby ograniczyć rozprzestrzenianie się HIV między więźniami – bo nawet

za kratkami nie można wyeliminować iniekcji z nielegalnych narkotyków – dopuszcza się wymianę igieł także w więzieniach.

Wprowadzaniu wspomnianych metod towarzyszyły naturalnie kontrowersje. Politycy konserwatywni przekonywali, że akcje wymiany igieł przyzwalają na bezprawne i niemoralne zachowania i że polityka rządów powinna skupiać się na karaniu osób zażywających narkotyki lub na uwalnianiu ich od nałogu. Jednakże z końcem lat 80. w Europie Zachodniej, Oceanii i Kanadzie jednogłośnie uznano, że choć problem nadużywania narkotyków jest bardzo poważny, to problem zagrożenia AIDS jest jeszcze poważniejszy. Spowolnienie rozprzestrzeniania się tej śmiertelnej choroby, której leczyć nie potrafimy, uznano za największy imperatyw moralny. Istniał też aspekt finansowy. Koszty akcji wymiany igieł są nieporównywalnie mniejsze od kosztów opieki zdrowotnej nad osobami, które stałyby się ofiarami wirusa HIV.

Ten sposób rozumowania nie odniósł zwycięstwa jedynie w Stanach Zjednoczonych, chociaż na początku lat 90. AIDS była główną przyczyną śmierci Amerykanów pomiędzy 25. a 44. rokiem życia, a obecnie zajmuje drugie miejsce w tej grupie wiekowej. Amerykańskie Ośrodki Zwalczenia Chorób (Centers of Disease Control) oceniają, że połowa nowych zakażeń wirusem HIV na terenie kraju jest wynikiem iniekcji narkotyków. Mimo to zarówno Biały Dom, jak i Kongres blokują przemieszczenie środków z funduszy na prewencję AIDS i nadużywanie narkotyków na programy wymiany igieł, a rządy prawie wszystkich stanów podtrzymują w mocy prawo przepisy dotyczące sprzętu związanego z używaniem narkotyków (np. strzykawek), przepisy apteczne i inne restrykcje ograniczające dostęp do sterylnych strzykawek. W latach 80. aktywiści na rzecz zwalczania AIDS zorganizowali w ramach „nieposłuszeństwa obywatelskiego” więcej akcji wymiany strzykawek niż rządy stanowe i lokalne. Obecnie realizuje się ponad 100 programów w 28 stanach, na terenie miasta Waszyngton i Puerto Rico, ale obejmą one tylko około 10% uzależnionych dokonujących iniekcji.

Władze amerykańskie wszystkich szczebli odmawiają finansowania wymiany igieł z powodów politycznych, mimo że dziesiątki badań naukowych krajowych i zagranicznych, potwierdziły, że wymiana igieł i inne akcje dystrybucyjne ograniczają posługiwanie się jedną igłą przez wiele osób, powodują nawiązanie kontaktu osób uzależnionych z placówkami służby zdrowia, co w innych okolicznościach osiągnąć jest bardzo trudno, służą do informowania uzależnionych o możliwości leczenia i nie powodują wzrostu użycia nielegalnych narkotyków. W roku 1991 Narodowa Komisja ds. AIDS (National AIDS Commission) powołana przez prezydenta Busha określiła brak wsparcia dla takich programów ze strony władz federalnych jako „żenujący i tragiczny”. W 1993 r. sponsorowany przez Ośrodki Zwalczenia Chorób (CDC) raport z badań nad wymianą igieł zarekomendował utworzenie funduszu federalnego, lecz wysocy urzędnicy administracji Clintona zablokowali przychylną ocenę raportu na poziomie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. W lipcu 1996 Rada Doradców ds. HIV/AIDS prezydenta Clintona skrytykowała władze za to, że nie rozważyły zaleceń Akademii Nauk Stanów Zjednoczonych, dotyczących wykorzystania funduszy federalnych na wsparcie programów wymiany igieł. Niezależni uczestnicy

dyskusji panelowej zorganizowanej przez Narodowy Instytut Zdrowia doszli do tego samego wniosku w lutym 1997 r. Ubiegłego lata Amerykańskie Stowarzyszenie Lekarzy, Amerykańskie Stowarzyszenie Prawników, a nawet upolitycznione Zgromadzenie Burmistrzów Stanów Zjednoczonych opowiedziały się za koncepcją wymiany igieł. Jesienią poparcia udzielił także Bank Światowy.

Do chwili obecnej, w wyniku zaniedbań władz amerykańskich, wirusem HIV zaraziło się, skromnie licząc, ok. 10 tys. osób. Coraz większa liczba dowodów naukowych i surowa rzeczywistość trwającego wciąż impasu w sprawie AIDS, przekonały społeczeństwo, jeśli nie polityków, że wymiana igieł ratuje życie. Badania opinii publicznej konsekwentnie wykazują, że Amerykanie są za organizowaniem wymiany igieł. Aprobata dla tej metody jest największa wśród osób, które najlepiej znają zasady jej działania. Tchórzostwo polityczne i uprzedzenia nie są wystarczającym usprawiedliwieniem, by narażać coraz większą liczbę obywateli na cierpienia i przedwczesną śmierć z powodu AIDS, zwłaszcza że skuteczne przeciwdziałanie jest tanie, bezpieczne i łatwe.

Metadon i inne środki zastępcze

Stany Zjednoczone odegrały pionierską rolę w stosowaniu syntetycznego opiatu, metadonu, do leczenia uzależnionych od heroiny już w latach 60. i 70. – teraz jednak pozostają daleko w tyle za Europą i Australią w udostępnianiu i skutecznym stosowaniu tego środka. Metadon jest najlepszym spośród istniejących sposobów na zmniejszenie spożycia nielegalnej heroiny i redukcji związanych z tym przestępstw, chorób i zgonów. We wczesnych latach 90. Instytut Medycyny Akademii Nauk Stanów Zjednoczonych stwierdził, że spośród wszystkich form leczenia narkomanii „podawanie metadonu jest metodą najdokładniej przebadaną i daje bezspornie pozytywne rezultaty, (...) (dzięki niej) konsumpcja wszystkich nielegalnych narkotyków, a zwłaszcza heroiny, maleje. Zmniejsza się liczba przestępstw, mniej osób zaraża się wirusem HIV, ulega też poprawie ogólna kondycja uzależnionego.” Dalej stwierdza się: „Obecna polityka (...) kładzie zbyt wielki nacisk na uchronienie społeczeństwa przed metadonem, a nie dość duży na uchronienie społeczeństwa przed epidemią uzależnień, przestępstwami i chorobami zakaźnymi, których dzięki metadonowi można się ustrzec.”

Metadon jest dla heroiny tym samym, co przylepce lub guma do żucia z nikotyną dla papierosów – dodatkową zaletą jest jego legalność. Metadon przyjmowany doustnie ma mniejszy wpływ na nastrój i percepcję niż heroina aplikowana w formie zastrzyku. Może być zażywany przez wiele lat ze znikomymi (jeśli w ogóle wystąpią) ujemnymi skutkami dla zdrowia, a jego czystość chemiczna i stężenie są ustalone i zapewnione, podczas gdy heroina kupowana na czarnym rynku zawiera najczęściej wiele niebezpiecznych zanieczyszczeń. Zażywany regularnie, jak inne środki z grupy opiatów, może wywoływać uzależnienie fizyczne, lecz to bardziej przypomina zależność cukrzyków od insuliny, niż uzależnienie narkomana od produktów kupowanych na ulicy. Pacjenci leczeni metadonem mogą bezpiecznie prowadzić samochód, potrafią utrzymać dobrą pracę, troszczyć się o swoje dzieci. Gdy dawki meta-

donu zostaną ustalone prawidłowo, pacjenci nie wyróżniają się w żaden sposób spośród ludzi, którzy nigdy nie zażywali ani heroiny, ani metadonu.

Powszechnie niewłaściwe rozumienie działania metadonu oraz uprzedzenia wobec niego prawie zupełnie powstrzymały rozwój leczenia metadonem w USA. Liczba 115 tys. Amerykanów, stosujących ten środek obecnie, niewiele przekracza analogiczną liczbę sprzed 20 lat. Na każdym dziesięciu uzależnionych od heroiny, tylko jedna lub dwie osoby ma szansę poddania się kuracji metadonem. Metadon jest najściślej kontrolowanym narkotykiem w farmakopei i podlega szczególnie surowym przepisom federalnym i stanowym. Lekarze mogą ordynować go wyłącznie w ramach określonych programów. Przepisy zaś określają nie tylko zasady bezpieczeństwa jego stosowania, zasady prowadzenia dokumentacji i wymagania wobec personelu, lecz także maksymalne dawki, kryteria dostępu, okres podawania i masę innych szczegółów, z których żaden nie ma wpływu na jakość kuracji. Co więcej, przepisy te nie chronią przed nieprawidłowym leczeniem: wiele klinik aplikuje niedostateczne dawki, przedwcześnie odtruwa pacjentów, usuwa pacjentów za ich agresywne zachowanie i dopuszcza się innych praktyk, które w każdej innej dziedzinie medycyny byłyby uznane za nieetyczne. Wysiłki na rzecz otwierania nowych klinik są zwykle torpedowane przez okolicznych mieszkańców, którzy nie zgadzają się na przebywanie osób uzależnionych w najbliższym sąsiedztwie.

W większości krajów europejskich i w Australii leczenie metadonem budziło z początku jeszcze więcej kontrowersji niż w Stanach Zjednoczonych. Niektóre kraje, takie jak Niemcy, Francja czy Grecja, zabraniały stosowania metadonu jeszcze w latach 80. i 90. Tam natomiast, gdzie metadon został zaakceptowany, dano lekarzom rzeczywistą swobodę w podejmowaniu decyzji, jak i kiedy go ordynować, by osiągnąć maksymalną skuteczność. Realizuje się programy opracowane dla celów rehabilitacji oraz programy dla tych, którzy próbują jedynie ograniczyć zażywanie heroiny. Lekarzom wolno stosować narkotyki w rutynowym leczeniu, a pacjent może zrealizować receptę w najbliższej aptece. Tysiące lekarzy w Europie, Australii, Nowej Zelandii i Kanadzie (zwłaszcza w Ontario i Kolumbii Brytyjskiej) stosują leczenie metadonem na takich właśnie zasadach. W Belgii, Niemczech i Australii jest to podstawowa metoda jego dystrybucji. Włączenie metadonu do leczenia powszechnego czyni kurację łatwiej dostępną, poprawia jej jakość, pozwala na lepsze wykorzystanie usług pomocniczych. Łagodzi też piętno wyciśnięte na uczestnikach programów metadonowych oraz niechęć społeczną wobec nich.

Istnieje wiele czynników, które powstrzymują amerykańskich lekarzy przed próbą wdrożenia bardziej elastycznych programów metadonowych, jakie stosują ich europejscy koledzy. Amerykański Urząd Wdrażania Środków Farmaceutycznych (Drug Enforcement Administration) utrzymuje, że swobodniejsze przepisy mogłyby skierować metadon na rynek nielegalny. Ale przecież czarny rynek, którego bodaj wszyscy klienci to osoby uzależnione od heroiny, które nie mogą albo nie chcą leczyć się metadonem, jest przede wszystkim wynikiem braku legalnego dostępu do metadonu. Niektóre placówki leczące metadonem nie chcą zrezygnować ze swego quasi-monopolu i niechętnie zajmują się narkomanami, którzy nie mogą lub nie chcą rzucić hero-

iny. Wszystkie wysiłki zmierzające do upowszechnienia kuracji metadonem napoty-
kają na sprzeciw tych Amerykanów, którzy odrzucają, jako niebezpieczną, każdą
metodę, która nie uczyni pacjenta „wolnym od uzależnienia”.

W przypadku setek tysięcy uzależnionych od heroiny, najlepiej sprawdził się po-
dawany doustnie metadon. Czasami jednak lepsze wyniki dają inne substytuty opia-
towe. W Anglii lekarze przepisują zastrzyki z metadonu około 10% powracających
do zdrowia pacjentów, którzy chcą doznawać umiarkowanego „transu” („rush”) w
wyniku wstrzyknięcia lub którzy nie chcą zrezygnować z rytuału wstrzykiwania. W
Austrii, Szwajcarii i Australii lekarze próbują eksperymentu z podawaną doustnie
morfina, by stwierdzić, czy nie działa ona w niektórych przypadkach lepiej niż meta-
don. W Holandii przeprowadzono próby z doustnie podawaną morfina i palfium. W
Niemczech, gdzie początkowo unikano podawania metadonu, tysiącom uzależnio-
nych ordynuje się kodeinę, którą wielu lekarzy i pacjentów wciąż jeszcze uważa za
lepszą od metadonu. Podobnie dzieje się z buprenorfina we Francji.

W Anglii lekarze dysponują dużą swobodą w przepisywaniu jakiegokolwiek nar-
kotyku, który, wedle ich przekonania, pozwoli osobie uzależnionej egzystować sta-
bilnie i trzymać się z dala od nielegalnych narkotyków i ich dystrybutorów. Już w
latach 20. tysiącom brytyjskich narkomanów przepisywano heroinę, morfina, amfe-
taminę, kokainę i inne narkotyki farmaceutyczne. Tradycja ta utrzymywała się do lat
60. Powrócono do niej wobec zagrożenia AIDS i rosnącego niezadowolenia z amery-
kanizacji brytyjskich metod wystawiania recept na narkotyki w latach 70. i 80. –
kiedy to spożycie nielegalnej heroiny wzrosło w Wielkiej Brytanii prawie dziesięcio-
krotnie. W krajach europejskich i w Australii lekarze próbują także ordynowania
samej heroiny.

Rząd szwajcarski rozpoczął w 1994 roku zakrojone na skalę krajową badania,
mające dać odpowiedź na pytanie, czy ordynowanie heroiny, morfiny lub metadonu
w postaci zastrzyków może zmniejszyć liczbę przestępstw, chorób i innych ujem-
nych skutków zażywania narkotyków. W eksperymencie wzięło udział około ty-
siąca ochotników – wyłącznie osoby uzależnione od heroiny, w przypadku któ-
rych co najmniej dwukrotnie zawiodło leczenie metadonem lub innymi konwen-
cjonalnymi metodami.

Okazało się, że prawie wszystkim uczestnikom eksperymentu najbardziej odpo-
wiała heroina. W lipcu ubiegłego roku opublikowano dotychczasowe wyniki tego
eksperymentu: liczba wykroczeń kryminalnych i liczba przestępców zmalała o ok.
60%, dochód z działalności nielegalnej i półlegalnej spadł siedmiokrotnie, znacznie
zmniejszyło się też spożycie nielegalnej heroiny i kokainy (mimo że spożycie alko-
holu, produktów z konopi i środków uspokajających, takich jak Valium, pozostało na
tym samym poziomie), stałe zatrudnienie wzrosło z 14% do 32%, wystąpiła duża
poprawa kondycji fizycznej uczestników eksperymentu, a większość z nich znacznie
ograniczyła kontakt ze środowiskiem narkotykowym. Nie było przypadków śmierci
z powodu przedawkowania, a przepisywane przez lekarzy narkotyki nie trafiały na
czarny rynek. Ponad połowa uczestników, którzy zaniechali uczestnictwa w eksperymencie
poddawa się innej formie kuracji narkotykami, a 83 osoby rozpoczęły lecze-

nie, mające prowadzić do abstynencji. Analiza strat i zysków wykazała zysk netto w wysokości 30 dolarów na osobę dziennie dotyczący głównie kosztów aparatu ścigania i służby zdrowia.

Badania szwajcarskie obaliły kilka mitów o heroinie i o osobach systematycznie ją zażywających. Dotychczasowe rezultaty wskazują, że (1) osoby stosujące heroinę, mając względnie nieograniczony dostęp do niej, z własnej woli stabilizują lub zmniejszają dawkę, a niektóre nawet wybierają abstynencję, (2) osoby długotrwale uzależnione potrafią wieść względnie normalne życie, jeśli zapewni się im legalny dostęp do wybranego przez nich narkotyku, (3) zwykli obywatele gotowi są poprzeć rozwiązanie tego rodzaju. W ostatnich referendach w Zurychu, Bazylei i Zugu zdecydowana większość opowiedziała się za dalszym finansowaniem tego eksperymentu. A w referendum ogólnonarodowym, przeprowadzonym we wrześniu ubiegłego roku, 71% głosujących (stanowili oni większość we wszystkich 26 kantonach) opowiedziało się przeciw zakończeniu programu rządowego, w ramach którego stosowano podtrzymujące leczenie heroiną i wdrażano inne sposoby eliminacji szkód powodowanych nałogiem.

Holandia planuje własne badania nad kontrolowanym podawaniem heroiny na rok 1998. Nad podjęciem podobnych działań zastanawiają się także inne kraje Europy, w tym Luksemburg i Hiszpania oraz Kanada. W Niemczech rząd federalny odrzucił koncepcję przepisywania legalnej heroiny i wprowadzenia innych metod zmniejszenia szkód. O pozwolenie podjęcia takich działań wystąpiła jednakże Liga Miast – jak stwierdzono na początku ubiegłego roku, szefowie policji dziesięciu spośród dwunastu największych niemieckich miast byli za wprowadzeniem przez państwo programów kontrolowanej dystrybucji heroiny. W Australii latem ubiegłego roku większość ministrów zdrowia zaaprobowała eksperyment z heroiną na recepty, zablokował go jednak premier John Howard. W Danii badania opinii publicznej przeprowadzone we wrześniu 1996 roku wykazały, że 66% badanych popiera przeprowadzenie eksperymentu, podczas którego zarejestrowani narkomani mieliby wolny dostęp do heroiny i zażywaliby ją w miejscach do tego przeznaczonych.

W Szwajcarii, aby ograniczyć przedawkowania, niebezpieczne praktyki związane z wstrzykiwaniem narkotyków i dokonywanie iniekcji w miejscach publicznych, organizuje się „sale bezpiecznych iniekcji”. Na terenie tego kraju działa obecnie około tuzina takich sal, a wstępna ocena ich działalności jest pozytywna. W Niemczech sale takie istnieją we Frankfurcie (trzy), w Hamburgu i Saarbrücken. W wielu innych miastach Europy i Australii planuje się otwarcie „sal bezpiecznych iniekcji” w najbliższej przyszłości.

O trawce – bez paniki

Wytwarzane z konopi marihuana i haszysz to, jak dotychczas, najpowszechniej zażywane nielegalne narkotyki w USA. Ponad 1/4 Amerykanów przyznaje, że przynajmniej raz ich próbowała. Popularność marihuany sięgnęła szczytu w roku 1980, potem systematycznie spadała aż do początków lat 90., obecnie znowu rośnie. Mimo

że marihuana nie jest całkowicie bezpieczna, zwłaszcza dla dzieci albo wtedy, gdy pali się ją w dużych ilościach czy podczas prowadzenia samochodu, to jednak zalicza się ją do najmniej niebezpiecznych narkotyków psychoaktywnych znajdujących się w powszechnym użyciu. W roku 1988 specjalista prawa administracyjnego z Urzędu Wdrażania Środków Farmaceutycznych, Francis Young, stwierdził, że: „marihuana w formie naturalnej jest jedną z najbezpieczniejszych substancji leczniczych znanych człowiekowi”.

Ale podobnie jak w przypadku programów wymiany igieł czy kuracji metadonowej, tak i w przypadku marihuany amerykańscy politycy zignorowali lub odrzucili ustalenia komisji rządowych i instytucji naukowych. W roku 1972 Narodowa Komisja ds. Marihuany i Nadużywania Narkotyków – komisja została utworzona przez prezydenta Nixona, a przewodniczył jej były republikański gubernator Raymond Shafer – zaleciła depenalizację posiadania marihuany, jeśli jej ilość nie przekracza uncji (28,35g). Prezydent Nixon odrzucił to zalecenie. W 1982 roku podczas dyskusji panelowej zorganizowanej przez Akademię Nauk Stanów Zjednoczonych wyłoniły się te same wnioski, jakie sformułowała komisja Shafera.

W latach 1973-78 w jedenastu stanach przyjęto ustawy depenalizacyjne, które zakwalifikowały posiadanie marihuany jako występki, drobne przestępstwo lub naruszenie norm społecznych, karane grzywną nie większą niż 100 dolarów. Spożycie marihuany w stanach, które wprowadziły depenalizację i w stanach, które zachowały surowsze przepisy, nie różniło się między sobą. Ocena naukowa ustawy depenalizacyjnej wprowadzonej w Kalifornii w 1976 r. (Moscon Act), dokonana w 1988 r., wykazała, że od czasu wprowadzenia ustawy oszczędzono pół miliarda dolarów na kosztach zatrzymań. Tym niemniej, w roku 1978, opinia publiczna zaczęła ulegać zmianie. W żadnym z innych stanów nie depenalizowano posiadania marihuany, a w niektórych wprowadzono z powrotem penalizację.

W latach 1973-1989 liczba rocznych zatrzymań z powodu marihuany, dokonanych przez policje stanowe i lokalne, wahała się między 360 tys. a 460 tys. Liczba ta zmniejszyła się do 283 tys. w 1991 roku, lecz od tamtej pory wzrosła ponad dwukrotnie. W 1996 r. aresztowano 641.642 osoby, z czego 85% za posiadanie, a nie za sprzedawanie, marihuany. Kierując się troską o wzrastające spożycie marihuany wśród nieletnich i strach przed posądzeniem o „miętkość” wobec problemu narkotyków, administracja prezydenta Clintona rozpoczęła w 1995 r. własną kampanię przeciw marihuanie. Jednak doniesienia władz o zidentyfikowaniu nowych zagrożeń związanych ze stosowaniem tego narkotyku – nie wyłączając rzekomych związków między marihuaną a zachowaniami agresywnymi – nie wytrzymują krytyki. (* Lynn Zimmer, John P. Morgan, *Marijuana Myths, Marijuana Facts: A Review of the Scientific Evidence*, New York, Lindesmith Center, 1997) Ani Kongres, ani Biały Dom nie kwapią się z poddaniem sposobów rozwiązywania problemu marihuany ocenie niezależnej komisji doradców, zakładając, że i tym razem komisja taka wysnuje wnioski niemożliwe do przyjęcia ze względów politycznych.

Inaczej rzecz się ma w Europie i Australii, gdzie tamtejsze rządy, zwłaszcza holenderski, raz jeszcze rozpatrzyły politykę dotyczącą narkotyków wytwarzanych z ko-

nopi. W 1976 roku specjaliści holenderscy (Baan Commission) zalecili, a rząd holenderski zaakceptował to zalecenie, definitywny podział narkotyków na „miękkie” i „twarde”. Zwiększono kary za handel heroiną oraz wzmożono czujność policji na przeciwdziałanie handlowi. Odwrotnie postąpiono z narkotykami wytwarzanymi z konopi. Marihuanę i haszysz można teraz kupić w setkach „kawiarni” w całym kraju. Reklama, otwarte prezentacje i sprzedaż nieletnim są zabronione. Policja zamyka kawiarnie, w których stwierdzono handel narkotykami „twardymi”. Prawie nikogo nie aresztuje się ani nie karze grzywną za posiadanie wytworów z konopi, rząd natomiast ściąga podatki za sprzedawanie ich.

Spożycie narkotyków wytwarzanych z konopi jest obecnie w Holandii mniejsze niż Stanach Zjednoczonych we wszystkich grupach wiekowych. Holenderskie nastolatki rzadziej próbują marihuany niż ich amerykańscy koledzy. W latach 1992-1994 tylko 7,2% holenderskich nastolatków w wieku 12-15 lat przyznało, że próbowało marihuany, w Ameryce zaś 13,5%. Ponadto, o wiele mniej młodych Holendrów eksperymentuje z kokainą, co potwierdza opinię władz, że podział narkotyków na „miękkie” i „twarde” był dobrym pomysłem. Większość holenderskich rodziców uważa amerykańskie kampanie przeciw marihuanie za nierozsądne.

Uruchomienie holenderskich kawiarni nie obyło się naturalnie bez problemów. Wielu mieszkańców skarżyło się na szybki wzrost liczby tych lokali, jak również na uciążliwość wynikającą z najazdów cudzoziemskiej młodzieży do przygranicznych miejscowości. Coraz większy niepokój budzi także zaangażowanie się przestępczości zorganizowanej w rozwijający się na terenie Holandii przemysł przetwarzający konopie. Wysiłki rządu holenderskiego zmierzające do poprawy sytuacji poprzez m.in. bardziej otwartą i bardziej systematyczną regulację dostaw do kawiarni, spotkały się z nieoczekiwanym sprzeciwem za granicą, zwłaszcza ze strony Paryża, Sztokholmu, Bonn i Waszyngtonu. W końcu 1995 roku francuski prezydent Jacques Chirac zaczął publicznie łączyć Hagę za jej politykę narkotykową, a nawet straszyć zawieszeniem wywiązywania się z Układu z Schengen, zezwalającego na swobodny ruch osób przez granice krajów Unii Europejskiej. Niektórzy z jego politycznych sojuszników nazywali Holandię „narkostanem”. Władze Holandii przedstawiały w odpowiedzi dowody względnego sukcesu swojej polityki, wskazując zarazem, że większość produktów z konopi dostępnych we Francji pochodzi z Maroka (czego Chirac nie krytykuje z uwagi na bliskie związki rządu francuskiego z królem Hassanem). Haga jednakże ogłosiła zmniejszenie liczby kawiarni i ilości środków odurzających z konopi, którą klienci mogą tam kupować. Nadal jednak kawiarnie działają legalnie, a w kilku przypadkach zarządzają nimi władze miejskie.

Mimo rozmaitych sprzeciwów, tendencja do objęcia depenalizacją produktów z konopi jest w Europie lat 90. zdecydowanie rosnąca. W większej części Europy Zachodniej posiadanie, a nawet odstępowanie, niewielkich ilości tych narkotyków jest efektywnie depenalizowane. W Hiszpanii można posiadać je na własny użytek bezkarnie od 1983 roku. W Niemczech Federalny Sąd Konstytucyjny skutecznie usankcjonował ostrożną liberalizację polityki dotyczącej produktów z konopi, budząc wielkie publiczne zainteresowanie decyzjami z 1994 roku. Landy niemieckie znacznie

różnią się w swoich postawach – niektóre, jak Bawaria, utrzymują silnie restrykcyjną politykę, większość landów przychyła się jednak obecnie do podejścia holenderskiego. Administracja kanclerza Kohla odmawiała jak dotychczas zaaprobowania propozycji niektórych landów, związanych z legalizacją i uregulowaniem zasad sprzedaży produktów z konopi, ma jednak pełną świadomość rosnącego poparcia dla holenderskich i szwajcarskich postaw wobec tego problemu.

W czerwcu 1996 parlament Luksemburga głosował za depenalizacją produktów z konopi i optował za ujednoczeniem prawa narkotykowego w krajach Beneluxu. Rząd belgijski rozważa obecnie umiarkowaną wersję depenalizacji w powiązaniu z zastrzeżeniem środków przeciw zorganizowanej przestępczości i handlarzom heroiny. W Australii posiadanie produktów z konopi depenalizowano w Australii Południowej, na Terytorium Stolicy Australii (Canberra) i na Terytorium Północnym, a pozostałe stany rozważają podjęcie tego kroku. Nawet we Francji, w ślad za wybuchem niezadowolenia prezydenta Chiraca poszły zalecenia depenalizacji produktów z konopi przez trzy komisje krajowe składające się z wybitnych specjalistów. Jacques Chirac musi teraz zmierzyć się również z nowym premierem, Lionelem Jospinem, który zadeklarował swoje poparcie dla depenalizacji przed wyborami parlamentarnymi w 1997, kiedy to jego partia, partia socjalistyczna, odniosła zwycięstwo. Zmienia się też wyraźnie nastawienie społeczeństw. Ostatnie badania opinii publicznej wykazały, że 51% Kanadyjczyków jest za depenalizacją marihuany.

Czy to skuteczne?

Rząd Stanów Zjednoczonych robi wszystko, by blokować uchwały wspierające politykę zmniejszanie szkód, by powstrzymać badania naukowe, których rezultaty są niewygodne politycznie i by uciszyć głosy krytykujące oficjalną politykę narkotykową – i to zarówno w kraju, jak i za granicą. W maju 1994 r. Departament Stanu w ostatniej chwili wymusił odwołanie konferencji zwołanej przez Bank Światowy, a mającej dotyczyć handlu narkotykami, na którą zaproszono osoby krytycznie ustosunkowane do polityki Stanów Zjednoczonych. W grudniu ubiegłego roku amerykańska delegacja na międzynarodowe spotkanie Programu Kontroli Narkotyków ONZ odmówiła podpisania jakiegokolwiek dokumentu, w którym znalazłoby się sformułowanie „zmniejszanie szkód”. Na początku 1995 r. amerykański Departament Stanu skutecznie naciskał na Światową Organizację Zdrowia, by przeszkodzić w ogłoszeniu raportu sporządzonego na zamówienie WHO z dyskusji panelowej, w której wzięli udział najwybitniejsi eksperci ds. kokainy z całego świata, ponieważ raport ten zawierał bezsporne z naukowego punktu widzenia wnioski, że zażywana w Andach tradycyjna używka z liści krzewu kokainowego wyrządza niewielkie szkody w organizmie i że większość zażywających kokainę czyni to w sposób umiarkowany, a ujemne skutki z tego wynikające są niewielkie. Setki kongresowych wystąpień dotyczyło różnorodnych aspektów nadużywania narkotyków, a zaledwie kilka usiłowało zgłębić zasady europejskiej polityki zmniejszania szkód. Kiedy były Sekretarz Stanu, George Schultz, ówczesny Naczelnny Chirurg, M. Joycelyn Elders, oraz burmistrz Baltimore, Kurt Schmoke,

wskazali na błędy obecnej polityki amerykańskiej i nawoływali do nowego podejścia, doczekali się wedle kolejności: wyśmiania, zwolnienia ze stanowiska, zignorowania, a wszystkich trzech niesłusznie nazwano adwokatami legalizacji narkotyków.

W Europie, dla odmiany, coraz częściej toczą się publiczne, oparte na rzetelnej wiedzy, dyskusje – także na poziomie Unii Europejskiej. W czerwcu 1995 Parlament Europejski opublikował raport stwierdzający, że „w naszych społeczeństwach zawsze będzie istniało zapotrzebowanie na narkotyki (...) a dotychczas stosowane metody nie zdołały zapobiec rozkwitowi nielegalnego handlu narkotykami”. Unia Europejska wezwała do skrupulatnego rozważenia Rezolucji Frankfurckiej, oświadczenia o zasadach zmniejszania szkód, popartego przez koalicję 31 miast i regionów z różnych krajów. W październiku 1996 Emma Bonino, komisarz europejski ds. polityki konsumenckiej, opowiedziała się za depenalizacją „miękkich” narkotyków i zainicjowaniem szerokiego programu ordynowania „twardych” narkotyków. Poparł ją grecki minister spraw zagranicznych, George Papandreou. W lutym ubiegłego roku monarcha Lichtensteinu, książę Hans Adam, opowiedział się za kontrolowaną legalizacją narkotyków. Nawet Raymond Kendall, sekretarz generalny Interpolu, stwierdził, co cytuje Guardian z 20 sierpnia 1994 r., „Stawianie każdego roku w stan oskarżenia tysięcy obywateli, skądinąd przestrzegających prawa, jest zarówno hipokryzją, jak i lekceważeniem praw jednostki, praw publicznych i praw człowieka w ogólności. (...) Zażywanie narkotyków nie powinno być dłużej traktowane jako przestępstwo kryminalne. Jestem całkowicie przeciwny legalizacji, ale popieram wprowadzenie depenalizacji wobec osób zażywających narkotyki.”

Nie można naturalnie wyolbrzymiać różnic pomiędzy postawami w Stanach Zjednoczonych a postawami w Europie i Australii. Wielu europejskich liderów nadal podtrzymuje chirańskie, amerykańskie w stylu, antynarkotykowe wypowiedzi. Większość stolic popiera Rezolucję Sztokholmską, oświadczenie wspierające politykę penalizacyjno-prohibicyjną, która została sformułowana w odpowiedzi na Rezolucję Frankfurcką. Holendrzy zaś muszą przeciwstawiać się Francji i różnym działaniom na rzecz ustanowienia jednolitego, kładącego większy nacisk na karanie, prawa narkotykowego w obrębie Unii Europejskiej.

Tymczasem w USA rośnie poparcie dla koncepcji zmniejszania szkód. Coraz wyraźniej słychać głos „za” ze strony profesjonalistów służb medycznych, podobnie, choć nieco ciszej, zaczynają wypowiadać się władze miejskie i policja. W Ameryce działa już kilka programów bardzo nowoczesnego systemu wymiany igieł i innych metod zmniejszających szkodę. Zwycięstwo zwolenników poprawki do istniejących przepisów w 1996 r. w Kalifornii (Proposition 215), legalizującej wykorzystanie marihuany w medycynie oraz w Arizonie (Proposition 200) – zezwalającej lekarzom ordynować każdy narkotyk, który uznają za odpowiedni, i zalecającej zamiast kary więzienia leczenie osób zatrzymanych za posiadanie narkotyków, pozwala przypuszczać, że Amerykanie są bardziej otwarci na reformy w polityce narkotykowej, aniżeli sądzą politycy.

Jednak w ogólnym rozrachunku Europa i Australia wyprzedzają Amerykę w swej gotowości do otwartej dyskusji i rzeczywistego eksperymentowania z alternatywny-

mi sposobami, które mogłyby zmniejszyć szkody zarówno dla uzależnionych, jak i dla społeczeństwa. Decydenci publicznej służby zdrowia w wielu europejskich miastach ściśle współpracują z policją, politykami czy lekarzami prowadzącymi prywatną praktykę. Policja traktuje handlarzy narkotykami i osoby zażywające narkotyki jako elementy społeczności, których nie należy odrzucać, lecz sprawić, by stały się mniej uciążliwe. Działania tego rodzaju, nie wyłączając akcji policyjnych w miejscach publicznych, gdzie zażywa się narkotyki, na terenie Zurychu, Berna czy Frankfurtu, są opracowywane i wdrażane wspólnie z inicjatywami, mającymi rozwiązać problemy ochrony zdrowia i problemy mieszkaniowe uzależnionych. Natomiast w Stanach Zjednoczonych politycy, którym przedstawia się nowatorskie podejście nie pytają „Czy to skuteczne?” lecz „Czy dostatecznie surowe?”. Wielu twórców prawa nie chce wspierać leczenia uzależnień od narkotyków metodami, które nie są oparte na karze, przymusie i izolacji, a wielu przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości nadal uważa więzienie za szybkie i łatwe rozwiązanie problemu narkotykowego.

Lekcji europejskiej i australijskiej warto się przyjrzeć. Polityka kontrolowania narkotyków powinna skupić się na zmniejszeniu liczby związanych z narkotykami przestępstw, chorób i zgonów, a nie na zmniejszaniu liczby okazjonalnych konsumentów. Powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa HIV za pośrednictwem narkomanów, i pomiędzy narkomanami, poprzez udostępnienie czystych strzykawek i metadonu należy uznać za zadanie pierwszoplanowe. Politycy amerykańscy powinni analizować, a nie ignorować lub automatycznie uznawać za nieodpowiednie, obiecujące elementy polityki narkotykowej, a mianowicie depenalizację produktów z konopi, ordynowanie heroiny, oraz wpajanie zasad zmniejszania szkód organom ścigania. Rządy centralne muszą wspierać wysiłki władz miejskich i mieszkańców miast – lub przynajmniej im nie przeszkadzać – na rzecz opracowywania pragmatycznych rozwiązań dla lokalnych problemów narkotykowych. Tak jak obywatele w Europie, społeczności amerykańskie popierają takie innowacje, gdy są one dokładnie wyjaśnione i gdy mają szansę się sprawdzić. W miarę napływu danych, to co skuteczne, staje się coraz bardziej widoczne. Pozostaje tylko pobudzić odwagę polityczną.

Tłumaczenie Ewa T. Szylar