

Margaret Watson

## SPÓŁECZNO-GOSPODARCZE UWARUNKOWANIA NARKOMANII W POLSCE WPROWADZENIE

Poczynając od końca lat 60-tych datuje się w Polsce wzrost używania (w celach niemedycejszych) substancji psychoaktywnych. Przyczyny wzrostu zainteresowania narkotykami były niejednokrotnie przedmiotem rozmaitych rozważań i dyskusji (1). Władze oficjalnie reprezentowały stanowisko, iż winą obarczyć należy wpływ obcych kultur. Istotnie, biorąc pod uwagę niedostępność narkotyków w Polsce w owych czasach oraz późniejsze wzory ich używania, jakakolwiek interpretacja wzrostu narkomanii byłaby trudna bez odniesienia do wydarzeń na Zachodzie. Podobny pogląd przedstawili ostatnio Frieske i Sobiech: "Wpływ amerykańskich i zachodnioeuropejskich ruchów kontestacyjnych na przeobrażenia zjawiska narkomanii w Polsce dotyczy zarówno istotnych zmian w strukturze używanych środków, jak i nadawał narkotynom nowe znaczenia kulturowe (2 s. 71). W innej niekonkurencyjnej interpretacji zwraca się uwagę na znaczenie wydarzeń, które miały miejsce w owym czasie w Polsce - studenckie protesty z 1968 roku i protest robotników roku 1970. Jednakże, chociaż wartości kulturowe mogły pochodzić z importu, nie da się tego powiedzieć o samych narkotykach. Historię narkomanii w Polsce ostatniego dwudziestolecia charakteryzuje stałe i pełne inwencji poszukiwanie substancji, które miały być substytutem "prawdziwych narkotyków" (2). W początkowym okresie wzrostu narkomanii tj. w końcu lat 60-tych do połowy lat 70-tych używane były takie substancje, jak rozpuszczalniki, syntetyczne środki przeciwbólowe, środki uspokajające, barbiturany, atropina i morfina. Uzyskiwano je w różny sposób: kupując po prostu w aptekach, w drodze włamań do aptek, fałszując recepty, przekupując "zaprzyjaźnionych" lekarzy. Równolegle miały miejsce ograniczone eksperymenty z makiem opiumowym szeroko uprawianym do celów kulinarnych i farmaceutycznych. Pito "makiwarę" lub "zupę makową", które sporządzano gotując przez kilka minut posiekaną słomę makową (puste makówki i górna część łodygi), a następnie odcedzając napar - napój, przypuszczalnie niewiele różniący się od herbaty z makówek popularnej w XIX-wiecznej Anglii. Wobec częściowego zamknięcia niektórych kanałów zaopatrzenia - tzn. w związku z zaostrożoną kontrolą wypisywania recept, wycofaniem z produkcji i handlu pewnych substancji, zabezpieczeniem aptek - kontynuowano próby pozyskania opiatów z ciągle znajdującego się w obfitości maku opiumowego. Prosta i tania metoda produkcji nadających się do iniekcji opiatów, weszła w użycie w roku 1976. Jej opracowanie przypisuje się studentowi farmacji z Gdańska. Do wyrobu stosuje się mak opiumowy, parę naczyń kuchennych oraz kilka ogólnodostępnych środków chemicznych. Uzyskana substancja znana jest jako "polska heroina", "heroina gdańska" lub "kompot". Rozwój domowych metod jej wyrobu miał duży wpływ na poziom i charakter narkomanii w Polsce.

## CO TO JEST "POLSKA HEROINA"

Mak opiumowy uprawia się w Polsce dla ziarna makowego używanego tradycyjnie do celów kulinarnych, a także dla uzyskania surowca do produkcji morfiny. Polska jest dużym producentem, a w przeszłości była ważnym eksporterem morfiny<sup>1/</sup>. Siłoma makowa jest surowcem wyjściowym zarówno do produkcji polskiej morfiny, to jest do produkowanego przez państwo leku jak i do "polskiej heroiny". Koszty importu surowca dla przemysłu farmaceutycznego stanowią istotną barierę wprowadzenia pełnego zakazu uprawy maku. Stało się to widoczne na przykład 31 stycznia 1985 roku, podczas debaty sejmowej nad nową ustawą o zapobieganiu narkomanii. Polemizując z mniejszościowym żądaniem całkowitego zakazu uprawy maku odwoływano się nie tylko do tradycji kulinarnych, w których ziarno makowe odgrywa dużą rolę, ale także podkreślano, iż w warunkach kryzysu gospodarczego, import surowca niezbędnego przemysłowi farmaceutycznemu jest praktycznie niemożliwy (4). W roku 1988 zezwolono na uprawę maku opiumowego na powierzchni 10400 akrów (4).

Mimo swej nazwy i przesadnych ocen niektórych narkomanów i komentatorów (5), nie wiadomo dokładnie co naprawdę zawiera "polska heroina". Przeprowadzane wcześniej testy laboratoryjne wykazały, że produkowane domowym sposobem substancje nie zawierają heroiny, lecz morfinę i kodeinę o różnym stopniu czystości (6) również (2). Tak więc używanie nazwy "polska heroina", wydaje się być jeszcze jednym przykładem skłonności do naśladownictwa, która charakteryzuje polską narkomanię.

Nowsze badania prowadzone na próbkach moczu pacjentów przyjmowanych na leczenie detoksykacyjne wykazały, obok morfiny i kodeiny, ślady heroiny obecne w 25% przypadków. Oznacza to, że metody produkcji osiągnęły już poziom pozwalający na uzyskiwanie opiatów zawierających pewne ilości heroiny.

### ROZPOWSZECHNIENIE

Badania nad narkomanią w Polsce znajdują się w powijakach, a wszelkie oszacowania poziomu rozpowszechnienia są mocno wątpliwe. Względny brak danych nie jest wszelako wyłączeniem następstw niedawnego dopiero dostrzeżenia problemu przez władze. Inny powód tkwi w tym, iż od 1956 roku polskiej socjologii nie udało się rozwinąć metod jakościowych, choć od czasów Solidarności sytuacja w tym względzie zaczęła się zmieniać (8).

We wczesnych latach 80-tych cytowano powszechnie nierealistyczne dane nt. rozpowszechnienia narkomanii. W związku z brakiem ogólnopolskich i środowiskowych badań nad rozpowszechnieniem narkomanii również aktualne oszacowania różnią się nadal od siebie.

---

<sup>1/</sup> W trakcie wywiadu przeprowadzonego w maju 1988 r. Departament Farmacji MZiOS odmówił ujawnienia danych dotyczących produkcji i eksportu morfiny.

Bielewicz (1), przyjmując za punkt wyjścia dane na temat przestępstw związanych z produkcją narkotyków (znakomita większość producentów to również użytkownicy) i zakładając trzyprocentowy wskaźnik wykrywalności szacuje liczbę używających środków w 1983 r. na minimum 500-800 tys., liczbę regularnych użytkowników zagrożonych uzależnieniem na 90-95 tys., a liczbę uzależnionych na 40 tys. Z drugiej strony w raporcie Komisji ds. Zapobiegania Narkomanii szacuje się, iż w roku 1987, 35-40 tys. osób wymagało pomocy medycznej w związku z używaniem środków odurzających (przy założeniu, iż pomoc uzyskuje co 4-5 osoba jej wymagająca). Liczba użytkowników szacowana była na około 200 000 (9).  
Oszacowania te przeprowadzone są na podstawie pięciu głównych źródeł informacji: a) centralnego rejestru milicji, b) statystyk Prokuratury Generalnej, c) statystyki służby zdrowia, d) statystyki resortu edukacji, e) stosunkowo niewielkiej liczby badań epidemiologicznych prowadzonych wśród studentów i uczniów.

Statystyki Ministerstwa Edukacji rejestrujące liczbę uczniów mających kontakt z narkotykami, wykazują wzrost od 3,7 dzieci na 10 000 w 1977 roku, do 8,9 w 1985 roku i 5,4 w 1987 r. (9,10). Dane te są wyraźnie niższe w porównaniu z danymi z badań ankietowych wśród uczniów. Na przykład zgodnie z szeroko cytowanymi badaniami w szkołach średnich w Gdańsku w latach 1972-73 8,3% respondentów przyznało się do używania środków (11), podczas gdy w innych badaniach przeprowadzonych w Łodzi w latach 1976/77, 4,1% uczniów z reprezentatywnej próby szkół średnich potwierdziło ich używanie (1). Jeszcze inne badania, tym razem wśród uczniów pierwszych klas liceum z Wrocławia w końcu 1981 r., ujawniły, że 11,2 procent respondentów przyznawało się do używania środków odurzających.

Statystyki szpitalne i policyjne stanowią najbardziej obszernie źródło danych. Rejestr policji obejmuje szeroki zakres przypadków określanych jako "nałogowcy", "okazjonalni" i "incydentalni" użytkownicy, którzy nie muszą być podejrzani o przestępstwa związane ze środkami odurzającymi. Jako całość są oni młodsi niż osoby zgłaszające się na leczenie stacjonarne. W 1986 r. 62,4% osób z rejestru policji miało 24 lata lub mniej w porównaniu z 48,8% wśród osób leczonych stacjonarnie<sup>2/</sup>. Po okresie względnego spokoju we wczesnych latach 70-tych, liczba narkomanów rejestrowanych przez policję i służbę zdrowia zaczęła ponownie wzrastać pod koniec lat 70-tych. Jednakże największe tempo wzrostu podobnie jak w W. Brytanii zanotowano w latach 80-tych. W tabeli pierwszej zamieszczono dane szpitalne i z rejestru policji za lata 1975-1986. Ich graficzną ilustracją jest wykres 1. Jak widać dane z obu źródeł wskazują na przyspieszenie tempa wzrostu począwszy od roku 1981. Dane policji odnotowują wzrost od 6 200 osób w 1975 do 8 385 w 1980 i od 10 132 w 1981 do 16 838 w 1986 roku. Liczba osób hospitalizowanych wzrosła od 648 w 1975 r. do 1 247 w 1980 i od 1 808 w 1981 do 3 203 w 1984 roku, a następnie spadła

<sup>2/</sup> Oszacowano na podstawie danych Komisji ds. Zapobiegania Narkomanii.

do 2938 w 1986 roku. Wzrost zanotowany w tym okresie wiąże się głównie ze wzrostem rozpowszechnienia opiatów. W 1976 r. wśród osób hospitalizowanych w związku z użyciem leków 37,5% uzależnionych było od opiatów. W 1986 roku odpowiedni odsetek wzrósł do 80,3% (12).

Mimo iż zwiększona podaż, która rosła od 1976 roku, po odkryciu domowego sposobu produkcji opiatów, może tłumaczyć wzrost oficjalnych wskaźników rozpowszechnienia narkomanii w końcu lat 70-tych, to jednak nie tłumaczy ona nagłego przyspieszenia w 1981 roku. Oczywiście nie można tutaj zapominać o czynnikach, które choć nie związane bezpośrednio z rozpowszechnieniem, mogą wpływać na oficjalne statystyki. Poziom aktywności policji i jej skuteczność mogą być w różnych latach różne. Liczba osób zgłaszających się do leczenia i na rehabilitację zależy między innymi od dostępności świadczeń i ich atrakcyjności dla potencjalnych klientów. Mimo niebezpieczeństw związanych z bezrefleksyjną interpretacją oficjalnych statystyk wiele przemawia za tym, aby uznać rejestrowane przez nie trendy jako bliskie rzeczywistości. Przede wszystkim statystyki policji, służby zdrowia (i oświaty) wskazują na podobne trendy we wczesnych latach dekady lat 80-tych przy czym dane dotyczące hospitalizacji osiągają najwyższy poziom nieco wcześniej. Po drugie chociaż dane policji ukazują bardzo ostry wzrost począwszy od 1981 roku, to jednak nie dotyczy on wszystkich segmentów społeczeństwa, czego możnaby oczekiwać gdyby dane te miały charakter artefaktu związanego ze zwiększoną aktywnością policji. Biorąc pod uwagę pochodzenie społeczne narkomanów ze względu na zawód rodziców (robotnik, pracownik umysłowy, rolnik itd.) trudno nie zauważyć, że cały wzrost rejestrowany przez policję w latach 80-tych da się wytłumaczyć wzrostem narkomanii wśród osób należących do klasy robotniczej. Dane z policji z tablicy I pokazują, że rozpowszechnienie narkomanii wśród dzieci pracowników umysłowych i rolników było w latach 80-tych ustabilizowane.

Powstaje pytanie, czy zanotowany trend nie jest skutkiem skupienia uwagi policji na klasie robotniczej. Przeciwno tej tezie przemawiają przynajmniej dwa argumenty. Po pierwsze, chociaż przynależność do klasy robotniczej definiowana jest poprzez zawód rodziców, to jednak narkomani pracujący jako robotnicy są w mniejszości: ponad połowa z nich nie pracuje, a wielu nadal pobiera naukę. W tych warunkach jest prawie niemożliwe, aby przynależność klasową można było ustalić inaczej niż w drodze bezpośredniego pytania lub, że selektywna działalność policji mogłaby być skutecznie realizowana inaczej niż poprzez celowe pomijanie w rejestrach narkomanów spoza klasy robotniczej. Po drugie żaden z narkomanów lub specjalistów z którymi prowadzono wywiad w trakcie tego badania nie wspomniał o możliwości selektywnej działalności represyjnej policji (skierowanej przeciwko klasie robotniczej), chociaż ci sami respondenci nie szczędzili uwag krytycznych jeśli chodzi o inne aspekty instytucjonalnych reakcji społecznych wobec narkomanii w Polsce.

## POCHODZENIE SPOŁECZNE NARKOMANÓW W LATACH OSIEMDZIESIĄTYCH

Fakt, iż polska "epidemia" leków lat 80-tych wydaje się ograniczać do jednej kategorii społecznej nasuwa myśl, że mamy tu do czynienia nie tylko ze zmianą ilościową, ale także wyraźną zmianą jakościową. W roku 1982, kiedy to po raz pierwszy udostępniono pełen zestaw danych, proporcje narkomanów pochodzenia robotniczego i nierobotniczego odzwierciedlają dokładnie strukturę zatrudnienia w całej gospodarce. Wyłączając z analizy rolników indywidualnych i biorąc pod uwagę zatrudnienie w gospodarce uspołecznionej i w sektorze prywatnym, można obliczyć, że 64% narkomanów znanych policji miało pochodzenie robotnicze, podczas gdy 36% pochodziło z rodzin nierobotniczych. Dane z 1980 roku dotyczące zatrudnienia w całej gospodarce uspołecznionej mówią, że 63% stanowili pracownicy zatrudnieni na stanowiskach robotniczych, a pozostałe 37% pracownicy zatrudnieni na stanowiskach nierobotniczych (13). Badania ankietowe z początku lat 70-tych sugerują, że jeśli w ogóle wśród narkomanów przeważali przedstawiciele jakiejś klasy społecznej, to nadreprezentowane były dzieci pracowników umysłowych (14). W roku 1986 narkomani pochodzenia robotniczego przeważali licznie nad pozostałymi w stosunku 3:1. Próba wyjaśnienia tego zaskakującego zjawiska podjęta zostanie w dalszym ciągu tego artykułu.

## SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA NARKOMANII W LATACH 80-TYCH.

Skoro zwiększona podaż była koniecznym choć niewystarczającym warunkiem wzrostu używania leków w latach 80-tych, należy również spojrzeć na inne uwarunkowania, które z kolei mogły pobudzać popyt w tym okresie. O ile można twierdzić, że w porównaniu z innymi grupami społecznymi, polska klasa robotnicza ucierpiała najsilniej w kategoriach psychologicznych i materialnych wskutek kryzysu gospodarczego i wstrząsów z lat 80-tych, to dane epidemiologiczne wskazują wyraźnie na związek między wzrastającym używaniem leków, a wysokim poziomem społecznej deprywacji. W literaturze często zwraca się uwagę na związek między nadużywaniem leków, a społeczną deprywacją szczególnie w Stanach Zjednoczonych, gdzie od lat narkomania utrzymuje się w ubogich dzielnicach miast. (cf 15-17). Liczne badania wykazały także związek między epidemią narkomanii w Wielkiej Brytanii a narastającym w latach osiemdziesiątych bezrobociem wśród młodzieży i ubóstwem. Tytułem przykładu można przytoczyć badania ponad 1000 absolwentów szkół w Szkocji z lat 1979-80 i z 1983, w których stwierdzono znacznie większe rozpowszechnienie narkomanii wśród bezrobotnych niż wśród pracujących i studentów (18). Inne badania przeprowadzone w Wirral w 1985 roku wykazały "silną korelację... między rozpowszechnieniem opiatów, bezrobociem i społeczną deprywacją" (19, s. 25). Podobne wyniki uzyskał Haw w Głażgaw (20), a w p.ln. Anglii Pearson (21 s.4). Według Pearsona a "tam, gdzie problem heroiny jest najpoważniejszy tam też występuje największa związana z bezrobociem nędza" (21 s.4).

Jakie więc były rozmiary i charakter społecznej i ekonomicznej deprywacji polskiej klasy robotniczej lat 80-tych i jakie skutki miała agonía Solidarności oraz następujące po

niej wydarzenia? W dalszej części podrozdziału spróbuję odpowiedzieć na to pytanie i przedstawić interpretację związków między deprywacją a narkomanią. Zanim podejmę tę próbę, muszę podkreślić, że związek między narkomanią i społeczną deprywacją nie musi oznaczać determinatywnego, przyczynowego związku między tymi dwoma zjawiskami. Etiologia narkomanii wyjątkowo tylko jest jednoznaczna, a na to czy ktoś zdecyduje się przyjmować i kontynuować używanie środków składa się wiele czynników (22, 23). Można jedynie przypuszczać, że społeczna deprywacja odgrywa ważną rolę w tym procesie. Kwestia ta wymaga badań, które oświecą jej rzeczywistą rolę.

Po fali optymizmu towarzyszącego narodzinom Solidarności w 1980 roku przyszedł rok 1981 - rok zawiedzionych nadziei, rozczarowań, strachu i gwałtownego pogorszenia stanu gospodarki. Jednym z wartych wyróżnienia efektów ubocznych było wprowadzenie reglamentacji alkoholu i głęboki spadek jego konsumpcji (24). Nie wiadomo jednak, jaką rolę odegrały te zjawiska w równoległym wzroście narkomanii. Był to wstęp do polskiego "kryzysu", który ciągle trwa i według prognoz będzie trwał przynajmniej przez następne 10 lat (25). Symptomatyczny dla nastrojów społecznych był exodus na Zachód, zapoczątkowany w 1981 r. i trwający do dziś.

Jeśli chodzi o dochody to dane dotyczące relatywnego wpływu tych wydarzeń na pracowników fizycznych i umysłowych należy interpretować z dużą ostrożnością. W latach poprzedzających rok 1980 przewaga pracowników umysłowych jeśli chodzi o zarobki stopniowo malała i była w tym czasie stosunkowo niewielka. Reforma gospodarcza z roku 1982 spowodowała masowe obniżenie realnych dochodów wszystkich grup społecznych. Przeciętnie obniżone zostały one do 76% poziomu z roku 1980 (26). Choć spadek był niższy wśród klasy robotniczej, co podniosło jej pozycję w stosunku do pracowników umysłowych, to jednak zakres spadku dochodów był wśród klasy robotniczej bardzo zróżnicowany. Najlepiej płatni robotnicy stracili najmniej; najsilniejszy spadek dochodów objął średnio zarabiających pracowników fizycznych, zwłaszcza w porównaniu z wysoko i średnio uposażonymi pracownikami umysłowymi (27). Każda analiza przeciętnych, relatywnych zarobków w grupach społeczno-zawodowych zdaje się pomijać fakt, że w kategoriach bezwzględnych kryzys najsilniej uderzał w najsłabszych i najbiedniejszych. W Polsce w grupie najsłabszych i najbiedniejszych dominowali robotnicy. Z badań ankietowych z roku 1980 przeprowadzonych tuż przed powstaniem Solidarności, na próbie reprezentatywnej 5273 rodzin z dziećmi poniżej 24 roku życia, wynika, że rodziny pracowników fizycznych żyjących poniżej minimum biologicznego stanowią 15% całej próby i 82% rodzin robotniczych żyjących w biedzie (obliczenia na podstawie danych podanych przez Jarosz (13)).

Przez politykę wyższych, kompensacyjnych podwyżek płac (zarówno pracowników fizycznych jak i umysłowych) kluczowe przedsiębiorstwa nie tylko doprowadziły do wzrostu zróżnicowania zarobków wśród robotników, ale także poczynając od 1982 r. miały swój udział w postępującym narastaniu nierówności społecznych. Zakładając, że zamożniejsi wydają mniejszą część swoich dochodów na bieżące wydatki, Borowska-Kwasik i Zarzycka (28) wykazały, że o ile w roku 1982 w najbiedniejszych gospodarstwach domowych na bieżące wydatki przeznaczono 113% dochodów, a w najbogatszych - 92%, to w roku 1985, odpowiednio

odsetki wynosiły już 128% i 77%. Nawet gdy pracownicy fizyczni osiągają wysokie zarobki to i tak nie rekompensuje to niższego standardu życia. Badania prowadzone na Śląsku wśród tradycyjnie dobrze zarabiających górników wykazały, że poziom rozwoju fizycznego ich dzieci jest niższy w porównaniu z dziećmi pracowników umysłowych (27).

Choć różnice w dochodach pracowników fizycznych stale rosną, to materialne warunki pracy ulegają pogorszeniu niezależnie od dochodów. W jednym z badań z 1978 roku, przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie pracowników fizycznych, 80% respondentów wyrażało opinię, że złe fizyczne warunki pracy stanowią przeszkodę dla wydajnej pracy (29). W innym badaniu Krasucki stwierdził, że hutnicy warszawscy za zdecydowanie najgorszy aspekt pracy uważają fizyczne warunki pracy i bezpieczeństwo pracy (cyt. 30). Sytuacja została podsumowana przez Rosnera, który w 1983 roku pisał: "nasz kraj przeżywa obecnie głęboki kryzys systemu ochrony pracy, przejawiający się wysoką i nadal rosnącą liczbą wypadków przy pracy, wzrostem osób zapadających na choroby zawodowe oraz związanej z tym absencji chorobowej (cyt. w 29 s. 39). W roku 1983 szacowano, że 2,3 miliona osób pracowało w warunkach oficjalnie uważanych za szkodliwe dla zdrowia, co w pewnym stopniu było przyczyną nadumieralności mężczyzn obserwowanej w Polsce w latach 80-tych (26).

Wzrastające niezawodowolenie klasy robotniczej uchwyczone zostało w prowadzonych ostatnio badaniach, w których 70% pracowników fizycznych nie chciało, aby ich dzieci podjęły pracę w zawodach robotniczych (25). Mimo iż rodzice pragną widzieć awans swych dzieci na pracowników umysłowych, to jednak perspektywy takiego awansu są niewielkie. W roku 1969 73% dzieci robotników pozostawało w swojej klasie, w roku 1980 odsetek ten wzrósł do 80% i wzrastał nadal w pierwszej połowie lat 80-tych (27, 30). W miejscu pracy nadzieje na awans są minimalne. Zgodnie z wynikami innych badań tylko 1,8% młodych robotników widzi jakiegokolwiek szanse awansu na stanowiska kierownicze (25). Konsekwencje niskiej ruchliwości społecznej można podsumować w następujący sposób: "Część zatem upośledzenia społecznego współczesnych młodych robotników polskich wydaje się wynikać z porównania awansu ojców a możliwościami awansu własnego, przy założeniu niewielkich, a w każdym razie odległych w czasie zmian w strukturze społecznej. Kryzys i jego długotrwałość tę optykę wyostrażają" (26 s. 386).

Rzeczywista potrzeba instytucjonalnej artykulacji interesów robotniczych; brak wiarygodności instytucji ustanowionych przez władze centralne po wprowadzeniu stanu wojennego, zaangażowanie robotników, w szczególności robotników wykwalifikowanych, w Solidarność - wszystko to jest miarą zniechęconych - przez delegalizację Związku - nadziei, przeżywanych w znacznie większym stopniu przez klasę robotniczą niż pracowników umysłowych, czy rolników. W badaniach z lat 80-tych ponad 70% robotników było za stworzeniem związków zawodowych reprezentujących wyłącznie klasę robotniczą. "Dla współczesnej kondycji psychologicznej klasy robotniczej istotne jest jej doświadczenie, że rozmydlone klasowo instytucje życia publicznego zawiodły" (26, s. 389).

Nawet możliwości "opuszczenia" systemu przez robotników zostały ograniczone. Wyjazd i emigracja na Zachód nie jest postrzegana przez nich jako realna opcja, podczas gdy aż 25% pracowników umysłowych myśli o emigracji (25). Pozostawanie bez pracy było od 1982 r. przestępstwem. Wtedy właśnie wraz z wprowadzeniem ustawy "anty pasożytniczej" konstytucyjne prawo do pracy zostało zastąpione "obowiązkiem pracy". Równoległe do rosnącego zatrudnienia pracowników umysłowych i deficytu pracowników fizycznych wydłużał się rejestr "bezrobotnych z wyboru"; spośród których, wg. Retkiewicza i Wójcika (31), od 80 do 87% wywodziło się z klasy robotniczej. Jak ocenia jeden z badaczy polskiej polityki społecznej, problemem nie był brak rąk do pracy, lecz motywacja i jakość pracy (32). Jednak nawet w gospodarce z deficytem siły roboczej i obowiązkiem pracy, bezrobocie coraz częściej współwystępowało z narkomanią. W roku 1982 42% narkomanów rejestrowanych przez milicję nie uczyło się i nie pracowało; w 1986 roku odsetek ten wzrósł do blisko 53% (patrz przypis 2, str. 6).

W świetle opisanych wyżej rozmiarów deprywacji społecznej wydaje się, że w każdej adekwatnej interpretacji wzrostu narkomanii w Polsce w latach 80-tych należy uwzględnić poczucie braku perspektyw na przyszłość, najsilniej odczuwane przez młodych robotników z pokolenia post-Solidarnościowego. Jeden z polskich socjologów uważa, że młodzi strajkujący w roku 1988 robotnicy nie wierzą już w postęp, lecz "walczą o przetrwanie swego pokolenia" (33). Potwierdzają to badania wśród pracowników fizycznych z lat 1984-85, w których 36% respondentów uznało, że nic nie można było zmienić w ówczesnej sytuacji gospodarczej i społecznej (27). Wyniki te kontrastują z oczekiwaniami społecznymi, jakie na przykład towarzyszyły proponowanym zmianom konstytucyjnym na Węgrzech.

Biorąc wszystko pod uwagę można powiedzieć, iż istnieją przesłanki empiryczne, że deprywacja społeczna odegrała istotną rolę w etiologii narkomanii w Polsce. Istnieje również potrzeba szczegółowej, empirycznej weryfikacji charakteru tej zależności przyczynowej.

## REAKCJE WOBEC NARKOMANII W LATACH OSIEMDZIESIĄTYCH

Reakcje wobec narkomanii w Polsce kształtowały się również pod wpływem wydarzeń roku 1980. Mimo iż już w latach siedemdziesiątych specjaliści zwracali niejednokrotnie uwagę władz na rosnący problem narkomanii, jedyną odpowiedzią było tłumienie informacji i dyskusji na ten temat (1). Dopiero powstanie Solidarności stworzyło społeczno-polityczny klimat głośności, w którym narkomania w Polsce mogła po raz pierwszy stać się problemem publicznym. W czasie pierwszych dziesięciu miesięcy 1981 r. ukazało się prawie 300 artykułów prasowych na temat narkomanii z czego ponad 200 dotyczyło sytuacji w Polsce. Liczba artykułów w tym okresie była wyższa od liczby wszystkich artykułów na ten temat, jakie opublikowano w Polsce przez cały okres powojenny (34). Sposób, w jaki otwarcie dyskutowano wówczas wiele kwestii publicznych nie miał precedensu. Mimo że niektórzy komentatorzy zwracali uwagę na instrumentalne traktowanie problemu narkomanii przez władze w celu odwrócenia uwagi opinii publicznej od innych, być może ważniejszych problemów (np. 3,5), to jednak chociaż z opóźnieniem, uruchomiono



procesy w kierunku zainicjowania działalności oświatowej i wzrostu świadców oraz stworzenia systemu prawnego, pozwalającego na przeciwdziałanie problemowi.

Szczególny klimat roku 1981 pozwolił Markowi Kotańskiemu, psychologowi zatrudnionemu w służbie zdrowia przy pracy z młodymi narkomanami, na stworzenie, przy poparciu mass mediów wysoce spersonalizowanego, Młodzieżowego Ruchu na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii "Monar"<sup>37</sup>. Monar został oficjalnie zarejestrowany jako organizacja w. Sierpniu 1981, a w grudniu tego samego roku podpisano porozumienie o współpracy między Ministerstwem Zdrowia i Monarem. W efekcie Monar uzyskał status organizacji społecznej, do której obowiązków statutowych należało przeciwdziałanie narkomanii przez prewencję, rehabilitację i działalność informacyjną. Choć z formalnego punktu widzenia Monar nie jest częścią służby zdrowia i posiada pewną autonomię organizacyjną, to jego ośrodki stanowiące integralną i podstawową część "systemu" są w całości finansowane przez Ministerstwo Zdrowia.

W roku 1983 powstała inna organizacja społeczna "Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii" do której głównych zadań zgodnie ze statutem należało rozpowszechnianie informacji i propaganda. Jednakże z czasem "straciła ona swój społeczny charakter i stała się czysto administracyjną, para - państwową organizacją" (1).

## LECZENIE I REHABILITACJA

Przyjęty w Polsce model składa się z trzech elementów: opieka ambulatoryjna, detoksykacja polegająca na dwu-trzytygodniowym leczeniu szpitalnym oraz rehabilitacja i readaptacja społeczna przewidująca teoretycznie do dwóch lat psychoterapii i socjoterapii w ośrodkach dla 20-30 pacjentów. Brak wyspecjalizowanych służb jeszcze na początku dekady, permanentny kryzys gospodarczy i drastyczne, trwające wiele lat niedofinansowanie polskiej służby zdrowia, oznaczały, że próby zorganizowania sieci wyspecjalizowanych placówek nie były łatwe. Według raportu Komisji d/s Zapobiegania Narkomanii (9), w końcu roku 1987 działało: 28 specjalistycznych poradni dla uzależnionych, 22 poradnie zdrowia psychicznego lub odwykowe przyjmujące również pacjentów uzależnionych, 30 punktów konsultacyjnych, 150 łóżek detoksykacyjnych, 34 ośrodki rehabilitacyjne dysponujące 600 miejscami, spośród których 500 prowadzonych było przez Monar, dwa hotele i sześć specjalistycznych laboratoriów.

Niedostatek łóżek detoksykacyjnych, na które pacjenci muszą czekać od kilku miesięcy stanowi wąskie gardło systemu. Podaje się to za powód niepełnego wykorzystania miejsc w ośrodkach

<sup>37</sup> W kręgu specjalistów Marek Kotański uchodził za postać kontrowersyjną. Krytykowano go za odciąganie młodzieży z istniejących placówek, w celu promowania MONARU (bazującego na amerykańskim modelu społeczności terapeutycznej). Z czasem ośrodki rehabilitacyjne Monaru straciły swą początkową popularność. Uważa się, że nastąpiło to na skutek zatarcia granicy między pracą jako terapią i pracą jako karą oraz surowości reżimu terapeutycznego (35). Podczas wizytacji wiosną 1988 r. stwierdzono, że w jednym z ośrodków wykorzystanych było tylko 4 spośród 30 łóżek.

kach rehabilitacyjnych (9). Nie dotyczy to wszystkich ośrodków; na przyjęcie do najbardziej popularnych trzeba czekać w kolejce (9).

## USTAWA O ZAPOBIEGANIU NARKOMANII

Obowiązujące wcześniej ustawodawstwo z 1951 roku, nie było adekwatne do problemu narkomanii w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych a tym bardziej w latach osiemdziesiątych. W roku 1981 podjęto pierwsze kroki w kierunku przygotowania nowej legislacji. Ostatecznie w marcu 1983 roku powołano zespół roboczy, a w końcu roku opublikowany został projekt ustawy, uwzględniający krajowe i zagraniczne doświadczenia w tej dziedzinie. Jeden z członków zespołu roboczego zauważył później, że w okresie publicznej konsultacji, która nastąpiła po opublikowaniu projektu, poglądy represyjne ściierały się z postawami bardziej permissywnymi (37). Mimo iż projekt spotkał się z krytyką, ustawa, po wprowadzeniu niewielkich poprawek została uchwalona przez Sejm w styczniu 1985 roku (38). Ustawa o Zapobieganiu Narkomanii z 1985 roku interpretuje pojęcie prewencji na tyle szeroko, że umożliwia współistnienie obu podejść: "represyjnych" i "bardziej permissywnych". Z jednej bowiem strony ustawa przyjmuje w zasadzie model leczniczo-rehabilitacyjny; z drugiej strony znaczna część ustawy dotyczy kontroli nad podażą i dystrybucją środków odurzających i co ważne, surowcami do ich wyrobu. Ustawa dopuszcza realizację odpowiednich programów rehabilitacyjnych i poradnianych przez organizacje społeczne i osoby prywatne po uzyskaniu zezwolenia władz administracyjnych. Stanowi to swojego rodzaju przełom w polityce wobec narkomanii, która poprzednio poddana była ścisłej kontroli władz centralnych. Jednak w świetle trudności na jakie napotykały programy organizacji społecznych kwestia ta postawi władze przed koniecznością rozwiązania wielu problemów praktycznych (39). Stworzono również Fundusz Zapobiegania Narkomanii stanowiący do 1% dochodów ze sprzedaży alkoholu oraz Komisję ds. Zapobiegania Narkomanii, jako organ koordynujący i inicjujący działalność na tym polu.

Jedną z ważnych konsekwencji ustawy była kryminalizacja znacznej liczby rolników - plantatorów maku. Równocześnie, ustawa nie doprowadziła do pełnej kontroli nad produkcją i dystrybucją słomy makowej (40). W latach 1985-1986 liczba przestępstw związanych z narkomanią wzrosła z 2667 do 6883, z czego około 90% stanowiły nielegalne uprawy maku lub konopii (patrz przypis 2 str. 6). Posiadanie (niewielkich ilości) lub używanie środków odurzających nie jest przestępstwem w odróżnieniu od produkcji. Przyjęto zasadę dobrowolności leczenia, która obowiązywała w lecznictwie psychiatrycznym przez cały okres powojenny, a od 1982 roku w lecznictwie odwykowym. Zasada ta nie odnosi się do młodzieży poniżej 18 roku życia i do osób, którym warunkowo zawieszono karę pozbawienia wolności. Niezależnie od tego, wiele czynników może skłaniać, jeżeli nie zmuszać narkomanów, do podjęcia leczenia. Przede wszystkim chodzi tu o wymóg odbywania zasadniczej służby wojskowej. Narkomani zarejestrowani w lecznictwie uzyskują odroczenie służby wojskowej, które jednak ustaje po trzech miesiącach abstynencji. Po drugie, niektórzy narkomani mogą podejmować

leczenie z powodu nędzy, braku środków do życia. Wiadomo, że około połowa narkomanów w Polsce pozostaje bez pracy. Ponieważ świadczenia społeczne obejmują głównie zatrudnionych, nie ma w zasadzie systemu zasiłków, które pozwoliłyby na jaką taką egzystencję. Są sygnały, że w związku z reformą gospodarczą, wiele rodzin nie będzie w stanie utrzymać niepracujących członków rodziny. Badania Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW ujawniły ostatnio, że problem bezdomnych w Warszawie uzyskuje rangę coraz poważniejszego problemu społecznego (41). Po trzecie, mimo, iż ustawa "antypasożytnicza" nie była wymierzona specyficznie przeciwko narkomanom, to jednak odgrywała ona istotną rolę w definicji społecznego kontekstu używania środków odurzających. Definiując brak zatrudnienia mężczyzn w wieku 18-45 lat, jako przestępstwa, stwarzała pretekst do nękania narkomanów przez policję. Rejestracja w placówkach służby zdrowia zwalniała z obowiązku poszukiwania pracy. Jak pisze Łoś "nawet jeśli prawo nie będzie stosowane do wszystkich, którzy mogą być ścigani, to samo jego istnienie pełni ważne funkcje kontrolne... System ostrzeżeń i obowiązków rejestracji zorientowany jest bardziej na nadzór i posłuszeństwo, niż na karanie dla karania" (42, ss. 102-103).

#### ZAGROŻENIE AIDS

Do końca roku 1987 zanotowano w Polsce trzy przypadki zgonów z powodu AIDS. Do tego czasu nie było ani jednego pacjenta z nabytym zespołem braku odporności (AIDS), chociaż 50 osób (w tym ani jednego narkomana) zdiagnozowano jako nosiciele HIV (dane przytoczone w 43). Dalsze przypadki seropozytywne stwierdzono w roku 1988. Istnieje wiele danych, a wśród nich wysokie rozpowszechnienie syfilisu wszczepionego u narkomanów, wskazujących na to, że ryzyko AIDS wśród narkomanów w Polsce należy traktować poważniej niż dotychczas. Przede wszystkim biorąc pod uwagę metody wyrobu opiatów, iniekcje są jedynym możliwym sposobem ich przyjmowania. Brakuje strzykawek jednorazowych; nawet do celów medycznych. Odczuwa się również brak prezerwatyw. Co więcej wykształcona została tradycja grupowego używania substancji psychoaktywnych. Przed 1985 rokiem grupowe używanie było przestępstwem; samotne - nie stanowiło naruszenia prawa (używanie substancji psychoaktywnych zostało zdekriminalizowane w ustawie z 1985 roku koncentrującej uwagę na dystrybucji środków). Istnieje wiele złożonych czynników ograniczających możliwość skutecznej oświaty seksualnej i zdrowotnej wśród których wcale nie najmniej ważny jest dyrektywny styl nauczania i brak tradycji stymulowania otwartej dyskusji i ekspresji poglądów ucznia. Niestety niewiele w polityce wskazuje na świadomość ryzyka gwałtownego rozwoju tego nowego problemu.

## KONKLUZJE

W artykule podkreśla się wagę społecznych i gospodarczych uwarunkowań wzrostu rozpowszechnienia narkomanii i polityki wobec tego problemu w Polsce lat osiemdziesiątych. W niedalekiej przyszłości decydujące znaczenie dla wdrożenia polityki wobec narkomanii będzie miała rola, jaką odegrają organizacje społeczne i niemedyce. Konieczne są bowiem prawdziwe zmiany kulturowe i polityczne w podejściu do problemu, takie jakie są na przykład niezbędne w przypadku skutecznego zapobiegania AIDS. Zasadnicza konkluzja artykułu dotyczy wysokiej korelacji między przynależnością do klasy robotniczej i narkomanią. Można sądzić, że deprywacja społeczna odgrywała istotną rolę we wzroście narkomanii w latach osiemdziesiątych. Potwierdzenie tej hipotezy wymaga, szczególnie badań jakościowych.

Narkomani w Polsce, 1975-86<sup>a</sup> Tabela 1

Rok	Statystyki szpitalne	Statystyki policji			
	Liczba osób hospitalizowanych	Ogółem	Liczba narkomanów:		
			Pochodzenia robotniczego	Pochodzenia nie-robotniczego	Pochodzenia chłopięcego
1975	648	6.200			
1976	677	7.825			
1977	632	7.797			
1978	791	7.078			
1979	1.095	7.995			
1980	1.247	8.385			
1981	1.808	10.132			
1982	2.675	11.974	6.933	3.928	1.113
1983	3.165	13.931	9.742	3.519	-670
1984	3.203	15.249	10.774	3.739	736
1985	3.015	16.675	11.738	4.067	870
1986	2.938	16.838	11.929	4.050	859

a/ Źródło: przypis 10 oraz dane udostępnione przez Komisję ds. Zapobiegania Narkomanii.

SUMMARY

In this article, the author describes the recent changes in patterns of drug use in Poland in the light of available data. A much higher incidence of use has been seen in the 1980s, and there are indications that this can be accounted for by increased use among young people from the manual working class. Social deprivation may play a part in the etiology of the 1980 s, "epidemic", and evidence is put forward in support of this view. Both patterns of use and the policies that have been introduced to deal with them are viewed in terms of the political, economic, and social context of post-Solidarity perestroika.

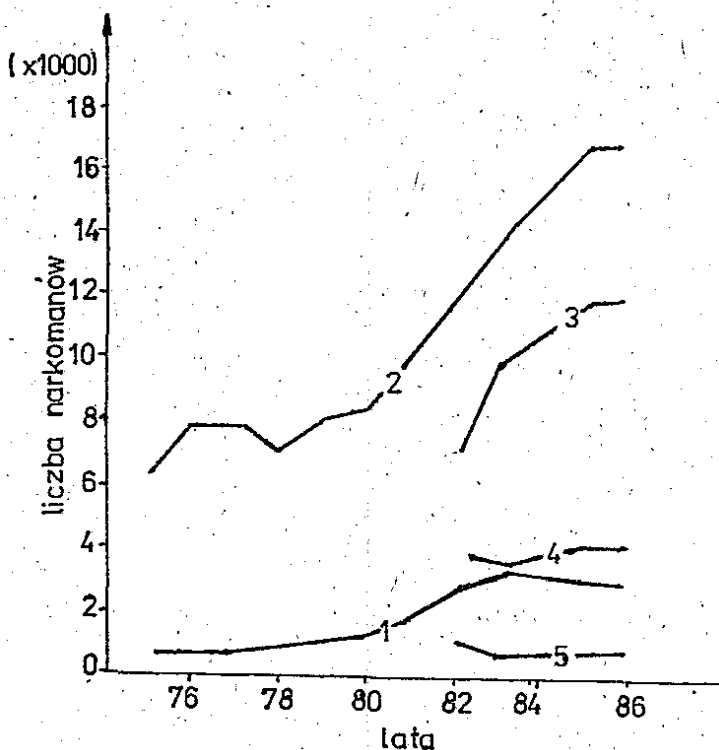
PIŚMIENNICTWO

1. Bielewicz A. Narkomania jako zjawisko społeczne, maszynopis 1987.
2. Frieske K., Sobiech R. Narkomania - interpretacja problemu Społecznego. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1987.
3. Sobiech R., Drug Abuse in Poland. W: Social Control and the Law in Poland, J. Kwaśniewski, M. Watson. (red.) Berg Publishers, Oxford, w druku.
4. Chruściel T., Korożs L., Zapobieganie narkomanii w świetle polskiego prawa. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa, 1988.
5. Land T., Poland ends pretence, clamps down on heroin. The Journal 12 (11):10. The Addiction Research Foundation Toronto, 1983.
6. Chrobok F., Polska heroina w świetle ekspertyzy toksykologiczno-sądowej. Sympozjum Narkomania w Polsce, ss. 18-21. Częstochowa, 1982.
7. Kulikowska J., Olszowy H., and Sybirka H. Problemy analityczne i toksykologiczne w zatruciach domowymi przetworami słomy makowej. W: Zeszyty Problemowe Narkomanii, Vol. 2, ss. 48-53. Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Warszawa, 1987.
8. Mokrzycki E., Polish Sociology of the Eighties. Institut für Gesellschaft und Wissenschaft, Universität Erlangen-Nürnberg, w druku.
9. Komisja ds. Zapobiegania Narkomanii. Sprawozdanie z realizacji ustawy o zapobieganiu narkomanii w 1987 roku. Warszawa, 1988.
10. Godwod-Sikorska C., et. al. Drug dependence in Poland. Maszynopis Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1986.
11. Łatczek M., Lemska A., and Sieliwończyk P. Badania socjologiczne nad narkomanią wśród młodzieży szkół średnich Trójmiasta. Studia Socjologiczne 4: 243-262, 1974.
12. Komisja ds. Zapobiegania Narkomanii. Sprawozdanie z realizacji ustawy o zapobieganiu narkomanii w 1986 roku. Warszawa, 1987.
13. Jarosz M. Material and social inequality in Poland. In: Dynamics of deprivation. Zs. Ferge and S.M. Miller, (red.), ss. 112-122, Gower, Aldershot, 1988.
14. Jarosz M., Bariery życiowe młodzieży. Książka i Wiedza; Warszawa, 1986.
15. Preble E., and Casey J. Taking care of business: The heroin user's life on the streets. Int. J. Addictions 4 (1): 1-24, 1969.
16. Chein I., et. al. Narcotics Delinquency and Social Policy: The Road to H. Tavistock, London, 1964.
17. Hughes P. Behind the Wall of Respect. University of Chicago Press, Chicago, 1977.

18. Peck, D.F., and Plant, M.A. Unemployment and illegal drug use. Br. Med. J. 293: 929-931, 1986. 19. Parker H., Bakx K., and Newcombe R. Living with Heroin. Open University Press, Milton Keynes, 1988.
20. Haw S.C. Drug Problems in Greater Glasgow. Chameleon Press. London, 1985. 21. Pearson G. The 'New Heroin Users'. Basil Blackwell, Oxford, 1987. 22. Fazez C. The Aetiology of Psychoactive Substance Use. UNESCO, Paris, 1977. 23. Plant M.A. What aetiologies? In: Drug problems in Britain G. Edwards and C. Busch, (red.) ss. 245-280. Academic Press, London, 1981. 24. Wald I., and Moskalewicz, J. Alcohol policy in a crisis situation. Br. J. Addiction 79; 331-335, 1984. 25. Kolankiewicz G., and Lewis, P.G. Poland. Pinter Publishers, London, 1988. 26. Gilejko L., and Wójcik P. Potrzeby i aspiracje robotników. Akademia Nauk Społecznych, Warszawa, 1987. 27. Saniszki J. The ontology of Socialism. Oxford, w druku. 28. Borowska-Kwasik Z., Zarzycka Z. Rezygnacja z konsumpcji usług w gospodarstwach domowych - zakres i tendencje. Wiadomości Statystyczne, 6 (312): 1-3, 1987. 29. Wesołowski W., and Mach B. Systemowa funkcja ruchliwości społecznej w Polsce. Instytut Filozofii i Socjologii, Warszawa, 1986.
30. Kaleta A., and Winclawski W. Młodzi Torunianie. Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, 1988. 31. Retkiewicz H. and Wójcik Z. Pasożyty społeczni. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1987. 32. Książkowski M. Polish social policy in a situation of economic crisis-is there a choice of alternatives? W: The Changing Face of Welfare, A. Evers H. Novotny, H. Wintersberger (red.) Gower, Aldershot, 1987. 33. Staniszkis J. Comment made at meeting entitled "Glasnost from Within". London, grudzień, 1988. 34. Boguszewska L. Uwagi na temat treści informacji prasowych związanych z problematyką narkomanii w Polsce. W: Symposium Narkomania w Polsce, ss. 27-35, Częstochowa, 1982. 35. Kiedrzyński A. Wywiad przeprowadzony 8 czerwca 1988. 36. Bielewicz A. Wywiad przeprowadzony 8 czerwca 1988. 37. Sokalska M. Legal measures to combat drug-related problems in Poland. Bull. Narcotics 36 (3): 19-25, 1984. 38. Legień M. Pierwszy rok funkcjonowania ustawy o zapobieganiu narkomanii w ocenie lekarzy i psychologów. W: Zeszyty Problemowe Narkomanii, Vol.2 Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Warszawa, 1987. 39. Watson M. The state and the voluntary sector: Political limits to responses to drug abuse in Poland. W opracowaniu.
40. Godwod-Sikorska C., et. al. Wstępna analiza funkcjonowania ustawy o zapobieganiu narkomanii. Maszynopis Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1987. 41. Kwaśniewski J. Informacja przekazana bezpośrednio Autorce, 1988. 42. Łoś M. Communist Ideology, Law and Crime: A Comparative View of the USSR and Poland. Macmillan, Basingstoke, 1988. 43. Babiuch L. Instytut Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej w Warszawie. Wywiad przeprowadzony w grudniu 1987 r.

z angielskiego tłumaczył Jacek Moskalewicz

Wykres 1. Narkomania w Polsce, 1975 - 86



- Krzywa 1 - Liczba osób hospitalizowanych z powodu uzależnienia
- Krzywa 2 - Liczba narkomanów zarejestrowanych przez policję
- Krzywa 3 - Liczba narkomanów pochodzenia robotniczego.
- Krzywa 4 - Liczba narkomanów pochodzenia nierobotniczego.
- Krzywa 5 - Liczba narkomanów pochodzenia chłopskiego.