

PRZEGLĄD WYBRANYCH POZYCJI PIŚMIENICTWA NAUKOWEGO NA TEMAT POLITYKI I STRATEGII WOBEC NARKOTYKÓW

Włodzimierz Adam Brodniak
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

THE REVIEW OF CHOSEN BIBLIOGRAPHICAL SCIENTIFIC DATA ON POLICY AND
STRATEGY AGAINST DRUG ABUSE

WSTĘP

Przeгляdu piśmiennictwa dokonano na podstawie bazy bibliograficznej MEDLINE oraz czasopisma *Addiction Abstracts* za lata 1995-2001. W przeglądzie uwzględniono tylko artykuły w języku angielskim, w czasopismach o zasięgu międzynarodowym. Pominięto dość obszerną literaturę tematu w czasopismach krajowych, które publikowano w innych językach niż angielski. Zidentyfikowano ponad trzydzieści artykułów dotyczących różnych aspektów polityki i strategii w zakresie narkotyków, w tym zaledwie kilka na temat legalnych leków psychotropowych i narkotycznych. W ramach tego przeglądu odnotowano, że problemy polityki wobec alkoholu, a zwłaszcza palenia tytoniu, są reprezentowane w tych periodykach co najmniej dwukrotnie częściej. Do tego opracowania wybrano 10 artykułów z siedmiu czasopism naukowych oraz jeden specjalny tom *Journal of Drug Issues* z 1999 roku zawierający 14 artykułów poświęconych różnym aspektom polityki i badań problemów związanych z narkotykami w Holandii.

Teorie i koncepcje w kontekście kontroli narkotyków

Pierwszy wybrany artykuł (3) dotyczy zastosowania różnych wersji teorii dyfuzji w analizie problemu używania narkotyków. Teoria dyfuzji (rozprzestrzeniania się,

szerzenia się, rozpowszechniania) ma swój początek w pracy Gabriela Tarde«a z 1903 r. pt. „Prawa naśladowania” (Laws of Imitation), który stwierdził, że bliskość kontaktów prowadzi do naśladowania, gdzie osoby, grupy o „niższej” randze, mniejszym znaczeniu w sensie społecznym, naśladują „wyżej postawionych”. Postrzegał on naśladowanie jako „rodzaj zwycięskiej, zdobywczej epidemii”. Przyjęcie innowacji Tarde opisuje jako proces przebiegający według krzywej o kształcie litery „S”. Najpierw krzywa rośnie powoli, potem szybko, a następnie opada i stabilizuje się na określonym poziomie. Teoria naśladowania znalazła swoje rozwinięcie i kontynuację w latach 60. i 70. w teoriach komunikacji, teorii społecznego uczenia się Bandura i teorii poznania społecznego. Dyfuzję definiowano jako socjologiczny proces charakteryzujący się akceptacją w określonym czasie specyficznych idei i praktyk przez jednostki, grupy i przyjmujące je organizacje poprzez specyficzne kanały komunikowania się związane ze społeczną strukturą i z określonym systemem wartości lub kulturą. W 1983 r. opracowano kompleksowy model procesów dyfuzji, który podkreślał, że innowacje mogą być scharakteryzowane przez ich względne korzyści w stosunku do alternatywnych produktów i zachowań, poziomu ich zgodności z istniejącymi wartościami i zwyczajami, ich złożoności, możliwości próbowania i eksperymentowania, a także przez stopień ryzyka z tym związanego oraz ich widoczności (ang.: *observability*). Ważne są także takie cechy, jak wpływ na społeczne relacje, wzajemność, odwracalność, możliwości komunikowania się, czas oddziaływania, wymogi zaangażowania się i możliwości modyfikacji tych zachowań i produktów. Na poziomie systemu społecznego ważne są społeczne normy i statusy (pozycje społeczne) wpływające na indywidualne zachowania i cechy jednostek, takie jak osobowość, postawy i zachowania w zakresie komunikowania się interpersonalnego. W ostatnich latach rozwój działań w publicznej edukacji i promocji zdrowia doprowadził do zmiany kierunku badań nad procesami dyfuzji od modeli klinicznych i wąsko środowiskowych w stronę oceny skuteczności szerokich programów rozpowszechnienia w społecznościach lokalnych. Niedawno skonkludowano, że współcześnie „celem dyfuzji w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jest maksymalizacja nacisków i zasięgu innowacji, strategii i programów”, a teoria dyfuzji obejmuje kolejne fazy: wypracowanie innowacji, upowszechnianie, adaptacja do lokalnych warunków, pełna implementacja i utrzymanie się tej innowacji w zakresie produktu i zachowania. Można wyróżnić dyfuzję naturalną, spontaniczną i dyfuzję planowaną.

W zakresie naturalnej dyfuzji, zwłaszcza w stosunku do używania niemedycznego narkotyków, najczęściej w badaniach stosuje się tzw. model epidemiczny. Taki sam w jakim opisuje się rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych. Stosuje się tę samą krzywą w kształcie „S” do przedstawiania ich przebiegu, jak w modelu dyfuzji. Używa się też tego samego języka jak w przypadku chorób zakaźnych. Branie narkotyków jest postrzegane jako „zaraźliwe”. Ocenia się różne stopnie „podatności” na narkotyki. Drogi rozprzestrzeniania ich używania są podobne jak dla chorób zakaźnych włączając w to sieć bliskich kontaktów ze znajomymi, przyjaciółmi, sąsiadami, ale także w ramach instytucji – szkoły, miejsca pracy lub więzienia. Wiele badań dokumentuje rozprzestrzenianie się i zasięg używania opiatów używając modelu epi-

demicznego. Używanie nowych narkotyków np. heroiny miało być przenoszone w ramach sieci znajomych i przyjaciół, szczególnie już używających narkotyków, potwierdzając kluczowe determinanty teorii dyfuzji, jak na przykład możliwość spróbowania, zgodność i widoczność. Ten epidemiczny model często stosowano także w badaniach nad inicjacją w zakresie palenia tytoniu i, rzadziej, w stosunku do picia alkoholu. Używano też medycznego terminu „szczepienia”, aby opisać sposoby uodparniania młodzieży na palenie tytoniu. Dyfuzyjny model epidemiczny był także stosowany w wielu badaniach opisujących geograficzny zasięg używania narkotyków, który sugerował hierarchię rozprzestrzeniania się narkotyków. Rozpoczyna się od wielkich miast, a następnie przechodzi do mniejszych miejscowości. Dużą rolę odgrywają także miasta portowe, gdzie wcześniej następuje rozpowszechnienie innowacji, w tym używania narkotyków. W epidemicznym modelu znaczną rolę odgrywa rozwijający się pasażerski i towarowy transport lotniczy w oczywisty sposób ułatwiający kontakty między ludźmi i w zakresie rozpowszechnienia nowych produktów, także narkotyków. Zgodnie z modelem dyfuzji (krzywa „S”) Blackford, który badał używanie narkotyków wśród studentów USA w 1977 roku przewidział, że używanie narkotyków, alkoholu i tytoniu po okresie wzrostu – do początku lat 90. ustabilizuje się na tym samym poziomie, a następnie będzie się zmniejszać (2).

W zakresie planowanych prób zastosowania teorii dyfuzji wyniki wprowadzania różnych programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej są najczęściej niejednoznaczne i ich efekty są najczęściej bardzo małe lub nawet żadne. Dotyczy to również programów ograniczania używania narkotyków. Ten stan rzeczy wynika, jak pisze autorka, głównie z powodu słabej metodologii, w tym realizacji w małych nielosowo dobranych grupach, bez odpowiednich grup kontrolnych i braku kontroli wielu zmiennych, w tym szczególnie ekonomicznych (np. ceny, dochody i inne elementy ekonomiczne związane z procesami rynkowymi). Jedyńm z nielicznych programów, który przyniósł znaczne efekty, był program prewencyjny w zakresie chorób serca rozpowszechniony wśród lekarzy. Jako model empiryczny, model dyfuzyjny może najlepiej opisywać okres inicjacji, wprowadzania i rozpowszechniania nowych narkotyków i nowych sposobów ich używania. Badania nad porównaniem modeli dyfuzji naturalnej i planowanej potwierdziły, że przeniesienie nowych wzorów zachowania i używania nowych produktów (np. narkotyków) głównie następuje w relacjach osobistych – od osoby do osoby, w ramach których osoby zaczynające używać narkotyki rekrutują się ze środowisk, gdzie są inni już używający narkotyków. Wydaje się to banalne i oczywiste, ale powinno znaleźć odpowiedni wyraz w konstruowanych programach i strategiach ograniczania i kontrolowania używania nielegalnych i legalnych narkotyków. Na rynku produktów legalnych jedną z najskuteczniejszych form zwiększających spożycie jest stosowanie techniki tzw. bezpłatnych próbek danego towaru, co jak wiadomo ma także miejsce na rynku nielegalnych narkotyków.

Model dyfuzyjny może być też zastosowany w związku z próbami oceny skutków legalizacji przetworów konopi, zwłaszcza marihuany, i ich wpływu na możliwe zmiany w ich rozpowszechnieniu, a zwłaszcza w zależności od zakresu regulacji nowo zalegalizowanego produktu. Na przykład zmniejszenie wieku dostępności do alkoholu w

Kanadzie na początku lat 70. z wieku 21 lat do 18, spowodowało zmiany na rynku, w tym powstanie ogromnej liczby dyskotek dla młodszych pijących alkohol i zmiany wzorów picia. Podobne zmiany mogą wystąpić w związku z możliwą legalizacją marihuany, gdy wzrośnie dostępność, widoczność i zmniejszy się ryzyko używania.

Używanie narkotyków, ich globalne rozprzestrzenienie i rozpowszechnienie, podatność na rynkowe siły wydaje się być szczególnie właściwym przedmiotem dla zastosowania dyfuzyjnego modelu i jego różnych teoretycznych odmian, takich jak: teoria komunikacji, teoria społecznego uczenia się i teoria poznania społecznego.

Drugą propozycją teoretyczną jest artykuł Neri i Heathera (6). Teoria racjonalnego nałogu (uzależnienia) utrzymuje, że popyt na substancje uzależniające może być wyjaśniony na gruncie neoklasycznej teorii ekonomicznej, której punktem odniesienia jest teoria racjonalnego wyboru. W ramach tego modelu najważniejszą zmienną jest cena. W zastosowaniu do problemu uzależnienia, w ramach tej teorii zakłada się, że osoby uzależnione są racjonalne, kiedy podejmują swoje decyzje konsumpcyjne, biorąc pod uwagę zarówno obecne i przyszłe koszty, jak i doraźne korzyści. Drugie założenie, a jednocześnie twierdzenie brzmi, że osoby uzależnione przerywają szkodliwe uzależnienie, kiedy koszty konsumpcji środka uzależniającego są dostatecznie duże. Implikacje dla polityki sprowadzają się w skrócie do zastosowania takich środków, które zwiększają znacznie koszty konsumpcji, włączając w to możliwość ograniczenia lub całkowitej eliminacji strategii ograniczania szkód. W stosunku do konsumpcji (nadużywania prowadzącego do uzależnienia) heroiny, w myśl teorii racjonalnego uzależnienia, optymalna polityka ma polegać na permanentnej wojnie organów ścigania, która prowadzi do znacznego zwiększenia całkowitych kosztów przyjmowania heroiny. Te całkowite koszty obejmują zarówno bieżące rynkowe ceny i ich finansowe skutki oraz szkodliwe konsekwencje zdrowotne i społeczne nadużywania heroiny obecnie i w przyszłości, które w związku z teorią racjonalnego wyboru ma brać pod uwagę osoba nadużywająca heroiny lub innego narkotyku. Uzależnienie od heroiny cechuje się ambiwalentnymi i konfliktowymi doznaniem i efektami. Następuje zwiększenie dawek heroiny w związku ze zwiększającą się tolerancją, co w oczywisty sposób wpływa na wielkość konsumpcji tego środka i jego kosztów. Niezależnie od tych zróżnicowanych cech uzależnienia, które mogą wpływać na zachowania i wybory osób uzależnionych, autorzy artykułu podają ekonomiczne wzory i obliczenia kosztów uzależnienia przy założeniu, że wybory są racjonalne. Na podstawie tych wzorów można obliczyć, w zakresie jakich wielkości kosztów konsumpcji narkotyków osoba uzależniona może zaprzestać ich używania, gdy uzna, że te koszty przewyższają korzyści. Autor przedstawia także dwa podstawowe krytyczne zastrzeżenia dotyczące tej ekonomicznej teorii. w jej praktycznym odniesieniu do polityki kontroli nad narkotykami, w tym przypadku polityki wobec heroiny. Po pierwsze, polityka permanentnej wojny prowadzi do całkowitego zakłócenia w stylu życia uzależnionych i ich znajomych, a w efekcie może w przyszłości wpłynąć na wzrost konsumpcji w związku z narastaniem zasobów uzależniającego kapitału tych osób. Po drugie, uzależnieni od heroiny i dostawcy (handlarze, dealerzy), mogą szybko i skutecznie przystosować się do większych restrykcji i zakazów, co może wymagać dalsze-

go zwiększania wysiłków i nakładów w ramach wojny przeciwko narkotykom. Taka polityka może prowadzić do zwiększania jej finansowych i społecznych kosztów, które znacznie przekraczają korzyści i efekty.

Ocena światowego raportu o kontroli narkotyków

Kolejny artykuł jest naukową recenzją światowego raportu o narkotykach w ramach programu kontroli narkotyków ONZ (UNDCP) opublikowanego w 1997 roku (11). Jak piszą autorzy raport przedstawia globalne trendy i wydarzenia związane z używaniem narkotyków, teorie i interpretacje tego problemu, szkody zdrowotne i społeczne ich używania, strategie i programy przeciwdziałania, strukturę międzynarodowej kontroli narkotyków i debatę na temat „legalizacji – regulacji”. Ponadto przedstawia profile statystyczne problemu narkotyków w 8 wybranych krajach. Krytyczne uwagi autorów:

1. Znaczna część danych statystycznych opiera się na różnej jakości szacunkach. Na podstawie tych dość ograniczonych danych są czynione słabo udokumentowane uogólnienia i wnioski. Większość danych pochodzi ze statystyk policyjnych i dotyczy tylko wybranych nielegalnych narkotyków, a na przykład nie obejmuje nadużywających legalnych substancji psychoaktywnych (leków), których liczba w skali globalnej jest szacowana na znacznie większą. Także stosowane w raporcie dwa wskaźniki – Drug Abuse Index (DAI) i Drug Abuse Trend Index (DATI) zawierają wiele błędnie przetworzonych danych, szacunków, rang oraz błędy w ocenie wagi poszczególnych elementów tworzących te wskaźniki

2. Autorzy raportu błędnie definiują substancje psychoaktywne, które są włączane lub wyłączone z zakresu będącego jego przedmiotem. Alkohol i tytoń są definiowane jako substancje, a nie narkotyki. Zajmują się przede wszystkim niemedycznym używaniem narkotyków, które z racji ich potencjalnych właściwości uzależniających są pod międzynarodową kontrolą. Alkohol i tytoń są tylko wzięte pod uwagę w takim stopniu, w jakim są związane z używaniem nielegalnych narkotyków. Wbrew uzasadnieniu, że raport zajmuje się tylko substancjami pod międzynarodową kontrolą, opisuje także kilka narkotyków nie będących pod taką kontrolą, jak na przykład inhalanty, khat, betel i pejotl.

3. Według autorów raportu „dobre”, nieszkodliwe lub minimalnie szkodliwe wzory używania narkotyków w tradycyjnych kulturach zintegrowane z praktykami medycyny, religii, różnych ceremonii i rytuałów, zostały zastąpione w XX wieku przez „złe” wzory: industrialne, kulturowo zdegenerowane i opanowane przez szukające zysków za wszelką cenę kryminalne organizacje. Jak twierdzą recenzenci raportu także współcześnie występuje wiele form tzw. „dobrego”, kulturowo i społecznie zintegrowanego oraz mniej szkodliwego używania narkotyków, a szczególnie przetworów konopi.

4. W rozdziale o szkodliwych skutkach zdrowotnych i społecznych używania nielegalnych narkotyków skupiono się tylko na nich, wyłączając z rozważań dane na temat negatywnych następstw używania legalnych substancji psychoaktywnych --

alkoholu i tytoniu. Dane o szkodliwych konsekwencjach zawierają wiele braków, chociaż stanowią główną przesłankę dla ustanowienia systemu kontroli narkotyków.

5. Raport jest często wewnętrznie sprzeczny i niekonsekwentny w przesłankach i argumentach. Jednak przynajmniej jeden z jego celów, który ma polegać na unikaniu sensacyjności jest racjonalny. Ale ta „desensacyjność” i oddramatyzowanie tych spraw – zdaniem autorów artykułu – w paradoksalny sposób może prowadzić do podważenia moralnych i prawnych przesłanek obecnego systemu kontroli narkotyków przez zmniejszenie społecznego poparcia i politycznego lobbingu.

Według autorów recenzji debata na temat legalizacji dotyczy naprawdę tylko różnych stopni regulacji tego problemu. W tej debacie z jednej strony jest opcja całkowitej prohibicji krzyczących na cały głos moralistów i wojowników antynarkotykowych, tworzących lobby zero tolerancji i wojny z narkotykami. Z drugiej strony jest stosunkowo słabsze lobby legalizacyjne, które jest za ograniczaniem szkód i legalizacją przetworów konopi, a część nawet za legalizacją wszystkich obecnie nielegalnych narkotyków. Legalizacja, czy też stopniowa regulacja podaży narkotyków podobnie jak w przypadku alkoholu i tytoniu, może na przykład spowodować znaczne ograniczenie dostępu do narkotyków osób nieletnich. Nielegalni dealerzy nie mają żadnego interesu w ograniczeniu sprzedaży dla nieletnich, natomiast licencjonowani sprzedawcy nie sprzedają nieletnim z uwagi na możliwość utraty licencji. Legalizacja, zdaniem jej przeciwników, mogłaby prowadzić do negatywnych skutków dla krajów rozwijających się, gdyż obecni szefowie karteli narkotykowych staliby się nowymi prawomocnymi kapitanami przemysłu. Zwiększyłyby się ich wpływy na politykę, a obecnie ukryta korupcja zamieniłaby się na krzyczące, wpływowe lobby. Innym efektem negatywnym mogłoby być ustanowienie przez obecne międzynarodowe koncerny farmaceutyczne faktycznego monopolu na produkcję i dystrybucję poprzednio nielegalnych narkotyków, w tym także w zakresie upraw roślin narkotycznych. Z uwagi na przewagę w efektywności rolnictwa krajów rozwiniętych, na przykład Kalifornia mogłaby stać się światowym centrum uprawy konopi.

W centrum debaty: prohibicja – legalizacja – regulacja jest alkohol i tytoń, których zdrowotne i społeczne skutki używania są wielokrotnie większe niż używania nielegalnych narkotyków, mniej więcej w skali 10 do 1. Argument za prohibicją jest prosty, jej zniesienie i legalizacja narkotyków może doprowadzić do zwiększenia szkodliwych skutków dla zdrowia publicznego, w takim samym zakresie jak to dotyczy alkoholu i tytoniu.

Prewencja, edukacja i polityka ograniczania szkód

Problem zapobiegania używaniu wszystkich substancji psychoaktywnych obejmujących alkohol, tytoń i nielegalne narkotyki oraz kwestia rozmiarów ich zdrowotnych szkód są przedmiotem pracy Rooma (10). Porównując szkodliwe efekty nadużywania czterech substancji psychoaktywnych: marihuany, alkoholu, tytoniu i heroiny w zakresie: wypadków drogowych i innych, przemocy i samobójstw, przedawkowania i sześciu różnych chorób, stopnia uzależnienia i wpływu na płód u kobiet,

najbardziej szkodliwą z epidemiologicznego punktu widzenia substancją jest alkohol, następnie tytoń i heroina, a stosunkowo najmniej marihuana. Ogólne obciążenie w postaci tzw. straconych przez niesprawność lat życia (lost disability-adjusted life years – LDALY) w USA dla wszystkich substancji psychoaktywnych wynosi około 25%, w tym 10,3% odnosi się do alkoholu, 11,7% do tytoniu i 2,3% do wszystkich nielegalnych narkotyków. W USA Ł wszystkich zgonów jest zwińzana według szacunków z nadużywaniem tytoniu, alkoholu i nielegalnych narkotyków, w tym 105 000 zgonów rocznie ma związek z alkoholem, 446 000 z tytoniem i 39 000 z narkotykami. W Kanadzie koszty opieki zdrowotnej osób nadużywających wszystkich substancji psychoaktywnych w 1992 roku wynosiły ok. 121 dolarów amerykańskich *per capita*, z tego 69% kosztów dotyczyło tytoniu, 28,4% alkoholu, 0,5% marihuany i 2% wszystkich innych nielegalnych narkotyków.

Room wyróżnia cztery główne strategie dla rządowych działań w celu zapobiegania lub ograniczania negatywnych zdrowotnych skutków używania substancji psychoaktywnych

- edukacja i perswazja na rzecz nieużywania lub używania bez szkodliwych następstw,

- różne formy leczenia dostosowane do różnych potrzeb,

- odizolowanie, odgraniczenie używania od szkód,

- regulacja dostępności do narkotyków i warunków ich używania. Prohibicja jest specjalnym i ekstremalnym przykładem takiej regulacji.

Autor szeroko opisuje wszystkie cztery strategie ich zalety i wady, efektywność i metody realizacji na wielu przykładach z praktyki i badań. W podsumowaniu stwierdza, że edukacja i leczenie są dwiema strategiami, o których najczęściej się dyskutuje publicznie w związku z ograniczaniem związanych z narkotykami szkód. Przegląd piśmiennictwa wskazuje na stosunkowo umiarkowane efekty podejścia edukacyjnego, a także o stosunkowo niedużej skuteczności leczenia – od 7,5% do 20% w przypadku kilkuletniej abstynencji i nie wpływa na ogólny wskaźnik związanych z narkotykami problemów w danej populacji. Najlepsze wyniki działań edukacyjnych notuje się w przypadku, gdy są one prowadzone w kontekście szerszych działań w społeczności lokalnej i nie są tylko skierowane do uczniów i młodzieży. Edukacja i leczenie są stosunkowo dobrymi i łatwymi dla rządu i społeczeństwa strategiami działania, ale nie konstytuują polityki zdrowia publicznego w zakresie problemów związanych z używaniem narkotyków.

Prewencja obejmuje jeszcze dwie strategie. Pierwsza ma wiele nazw i określa się ją takimi terminami, jak np.: ograniczanie ryzyka w środowisku lub ograniczanie szkód. Autor artykułu nazywa to – odizolowanie, odgraniczenie użycia od szkód (ang.: *insulating use from harm*). Spore sukcesy tej strategii odnotowano w odniesieniu do alkoholu.

Ostatnią także stosunkowo efektywną strategią jest regulacja dostępności i warunków używania substancji psychoaktywnych. W przypadku prohibicji możliwości regulacji rynkowych są minimalne i różne formy regulacji w zasadzie dotyczą głównie produktów legalnych (alkohol, tytoń i leki psychotropowe, w tym narkotyczne). Sys-

tem przepisywania substancji na recepty i system kontroli rynkowej alkoholu są przykładami metod skutecznego ograniczania rozmiarów problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Artykuł Riley i współautorów (9) opisuje koncepcje i praktykę polityki ograniczania szkód. Jest to przegląd kontekstu, definicji i kluczowych cech podejścia ograniczania szkód i przedstawienia szeregu przykładów takich programów w różnych krajach. Strategie ograniczania szkód są odniesione zarówno do legalnych, jak i nielegalnych narkotyków. Dyskutuje się również potrzebę rozwoju i postępu w zakresie tych strategii. Ograniczanie szkód jest definiowane na wiele sposobów i ma wiele znaczeń i zakresów. Włącza się w to nawet politykę penitencjarną. Ograniczanie szkód powinno być jednak definiowane tylko w stosunku do takich strategii, dla których priorytetem jest redukcja negatywnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych w stosunku do jednostki, społeczności lokalnej i całego społeczeństwa. Autorzy przedstawili najważniejsze cechy takiej strategii ograniczania szkód, która powinna:

- być pragmatyczna, tzn. akceptująca używanie substancji zmieniających świadomość jako wspólnej cechy ludzkiego doświadczenia. Ryzyko, ale także korzyści z ich używania oraz zachowania z tym związane powinny być zrozumiałe;

- opierać się na humanistycznych wartościach, akceptując decyzje używającego, respektować jego godność i prawa;

- koncentrować się na szkodach i ich skutkach oraz przyjmować różne drogi i metody tych ograniczeń, od abstynencji, przez zmniejszenie poziomu i częstości używania, do zmiany sposobu używania;

- starać się zrównoważyć koszty tych działań z ich korzyściami nie tylko dla jednostki używającej narkotyków, ale także szerzej w interesie społecznym, w tym społeczności lokalnej,

- identyfikować, stosownie do potrzeb priorytety, w tym: aktywizację jednostek, grup ryzyka i społeczności lokalnych.

Autorzy wymieniają przykłady programów ograniczania szkód i polityki w tym zakresie, które obejmują sześć następujących form działań:

1. programy wymiany igieł i strzykawek,

2. programy metadonowe,

3. środowiskowe programy obejmujące edukację, wymianę igieł i strzykawek, dystrybucję prezerwatyw, pomoc w kontaktach z innymi służbami społecznymi i zdrowotnymi.

4. polityka w zakresie przestrzegania prawa, na przykład zróżnicowane formy karaniania wobec uzależnionych i dealerów oraz różne środki działania w związku z zakłóceniami porządku publicznego,

5. przepisywanie na recepty narkotyków, w tym morfiny, heroiny i metadonu,

6. próby ustanowienia w różnych krajach tzw. stref tolerancji np. „park igieł” w Zurichu, czy wydzielone parki we Frankfurcie. Wszystkie te próby na ogół kończyły się po kilku latach zamknięciem tych obszarów, ale spowodowały rozwój różnych służb społecznych i opieki zdrowotnej, które ograniczyły takie zjawiska jak bezdom-

ność narkomanów, związaną z narkotykami przestępczość i zmniejszyły umiERALNOŚĆ wśród osób uzależnionych.

Wśród rozważanych zasad polityki ograniczania szkód autorzy podkreślają wagę takich czynników, jak: klarowna definicja ograniczania szkód, strategiczne podejścia, w tym hierarchię celów i kto ma je realizować, szkolenia personelu działającego w programie, kluczowi partnerzy w planowaniu i realizacji programu, a także wybór priorytetów (na przykład wśród sześciu wymienionych powyżej) i ich odpowiednią implementację. Autorzy przedstawiają również konieczność doskonalenia metodologicznego i teoretycznego badań w tym zakresie i ocenę potrzeb związanych ze zjawiskiem używania narkotyków.

Celem artykułu White«a i Pittsa (12) jest ocena efektywności edukacyjnych programów skierowanych do młodzieży w zakresie zapobiegania lub ograniczania używania nielegalnych narkotyków lub ograniczania szkód z powodu kontynuowania ich używania. Większość ocenianych programów była wprowadzana w szkołach i obejmowała jednocześnie alkohol, tytoń i marihuanę. Autorzy porównali wybranych 11 programów, które trwały do jednego roku i 10, które trwały od 2 do 6 lat. Większą efektywność wykazywały programy obejmujące okres od 5 do 12 miesięcy w porównaniu z programami trwającymi dłużej (2 do 6 lat), a także programy skierowane na alkohol, tytoń i narkotyki równocześnie. Lepsze wyniki odnotowano w przypadku programów w szkołach i uczelniach niż w społeczności lokalnej, rodzinach, ośrodkach opieki zdrowotnej lub za pośrednictwem środków masowego przekazu. Jednak większa efektywność programów w szkole może wiązać się z ich lepszą metodologią, doborem grup, liczbą i intensywnością zajęć edukacyjnych oraz kontrolą większej liczby zmiennych.

Programy prowadzone przez rówieśników adresatów były bardziej skuteczne niż realizowane przez nauczycieli i pracowników opieki zdrowotnej. Uczestnikami tych programów były osoby w wieku od 8 do 25 lat. Stwierdzono także, że krytycznym okresem wzrostu problemów związanych z używaniem narkotyków jest zakończenie nauki szkolnej na określonym szczeblu, np. szkoły podstawowej czy średniej.

Z przeglądu wynika potrzeba rozwoju lepszych metod ewaluacji. Występuje jeszcze niedostatek danych, aby głębiej ocenić efektywność różnych podejść do edukacji w zakresie problematyki substancji uzależniających. Istnieje potrzeba metodologicznie lepiej opracowanych i dostosowanych do potrzeb badań ewaluacyjnych, w tym ustalenia celów i treści programów edukacyjnych i interwencyjnych dostosowanych do specyficznych doświadczeń adresatów tych działań.

Badania naukowe a polityka wobec narkotyków

Relacje między wynikami badań naukowych, a faktycznie realizowaną polityką wobec narkotyków opisuje artykuł redakcyjny Reutera (8).

Według dostępnych danych, Stany Zjednoczone mają najpoważniejsze problemy związane z używaniem narkotyków w całym zachodnim świecie. W związku z tą sytuacją można byłoby oczekiwać, że w kraju tak bogatym badania naukowe związa-

ne z polityką antynarkotykową będą miały priorytet. W rzeczywistości badań jest stosunkowo niewiele, a ich wyniki są w dużej mierze ignorowane. Na wszystkie formy kontroli problemów związanych z narkotykami i dla wszystkich szczebli rządowych agencji przeznaczają się obecnie około 35 mld dolarów rocznie z federalnego budżetu, z tej sumy ponad 25 mld dolarów na działania policyjne i aparatu wymiaru sprawiedliwości, więzienia i przestrzeganie wszelkich zakazów zwłaszcza w zakresie nielegalnego handlu i międzynarodowego przemytu. Żadne badania nie potwierdzają, że bardziej intensywne działania w zakresie przestrzegania prawa i stosowania przymusu mogą znacząco zredukować używanie narkotyków i towarzyszące im szkody, takie jak: AIDS i inne choroby, przestępczość, przemoc i korupcję. Działania represyjne powodują, że używanie narkotyków jest coraz bardziej kosztowne i obciążające – np. roczny koszt uzależnienia od heroiny wynosi 15 000 – 20 000 dolarów. W więzieniach utrzymuje się ponad 400 tys. skazanych za przestępstwo handlu nielegalnymi narkotykami, w tym większość młodych czarnych mężczyzn z wielkich miast. Nie ma żadnego empirycznego uzasadnienia dla tak rozległego pozbawiania wolności.

Dlaczego w ramach polityki wobec narkotyków hamuje się zarówno rozwój badań, jak i wykorzystanie ich wyników? Część czynników, które marginalizują badania mają związek ze specyfiką interwencji i działań. Polityka zakazywania, ostrej kontroli w kraju i na jego granicach jest popularna wbrew dowodom jej nieskuteczności, ponieważ odpowiedzialność za problem narkotyków spada na cudzoziemców. Prawne zakazy i karanie jest popularne, gdyż decyzje związane z przestrzeganiem prawa tradycyjnie bazują na rozważaniach o sprawiedliwości i jej zasadach, a nie na analizach kosztów i korzyści. Lecznictwo jest słabiej finansowane, gdyż powierzchowne oceny sugerują jego nieskuteczność (duży wskaźnik nawrotów) i ma przynosić szybkie korzyści głównie kryminalistom. Programy prewencyjne są na ogół dobrze finansowane, ponieważ ktoś może nie chcieć wziąć pod opiekę i ochraniać zagrożonych narkotykami dzieci. Ale efektywność programów prewencyjnych jest również kwestionowana. Na przykład w ramach projektu ALERT – na znaczną liczbę realizowanych w całym kraju programów – tylko 9 oceniono jako przynoszące wymierne efekty, w tym nie wszystkie z nich zajmowały się nielegalnymi narkotykami jako przedmiotem ich oddziaływań edukacyjnych. Także wyniki wszystkich badań, które zajmowały się analizą kosztów i korzyści najbardziej rozpowszechnionego w szkołach całego kraju programu DARE (Drug Abuse Resistance Education) zgodnie potwierdzają, że program ten jest nieskuteczny. Nie ma to wpływu na wybór tego programu przez szkoły i pozostaje on najbardziej popularnym i najlepiej finansowanym.

Istotne są także ogólne czynniki związane z trzema aspektami popularnych przekonań o problemie narkotyków:

1. używanie narkotyków jest postrzegane przez wielu jako bardzo złe i groźne zarówno dla używających jak i dla innych, co nie wymaga empirycznego uzasadnienia i potwierdzenia. Dlatego przeważa wiara w odstraszenie;

2. problem narkotyków jest postrzegany przede wszystkim jako kryminalny i moralny, a w niewielkim stopniu wiąże się ze zdrowiem i uzależnieniem, gdyż związane

z przestępczością jego następstwa są najbardziej widoczne dla nieużywającej narkotyków większości społeczeństwa;

3. wartość miar, środków i wskaźników proponowanych przez badaczy i reformatorów, np. ograniczenie przestępczości, zmniejszenie rozmiarów używania narkotyków i chorób z tym związanych wielu uważa za niepełne (tzw. częściowe mierniki).

Marginalizacja badań i przeznaczanie na nie relatywnie mniej funduszy wynika także z faktu, że agencje przestrzegania prawa, które dysponują największymi środkami nie mają tradycji w badaniach i analizach naukowych w przeciwieństwie do Ministerstwa Zdrowia i Służb Społecznych, które z kolei w znacznie mniejszym stopniu partycypuje w funduszach na rzecz kontroli narkotyków. Większość środków na rzecz kontroli narkotyków jest rozproszona wśród wielu agencji oraz władz stanowych i lokalnych, w których działalności badania odgrywają marginalną rolę. Brak jest skoordynowanej centralnej polityki antynarkotykowej, która mogłaby wpłynąć na rozwój badań i wykorzystanie ich wyników w praktyce.

Prohibicja sama w sobie ogranicza również popyt na badania związane z polityką wobec narkotyków, gdyż praktycznie uniemożliwia stosowanie różnych regulacji rynkowych. Bardzo rzadko badania mają wpływ na politykę. Czasami mają duży wpływ na politykę z dużym opóźnieniem w czasie. Tak było w przypadku polityki wobec palenia tytoniu w USA. Badacze już w latach 60. potwierdzili szkodliwe skutki zdrowotne palenia tytoniu, a dopiero w latach 80. zaczęto wprowadzać restrykcje w tym zakresie w ramach polityki ochrony zdrowia publicznego.

Autor postuluje przesunięcie akcentów polityki wobec narkotyków w stronę zdrowia publicznego. Ta zmiana orientacji i tym samym alokacji środków finansowych powinna wpłynąć także na wykorzystanie wyników badań w praktycznej realizacji bardziej skutecznej i efektywnej polityki wobec narkotyków.

MEDIA I NARKOTYKI

Interesującą analizę wzajemnych zależności między medialnymi kampaniami przeciwko używaniu lub nadużywaniu legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz ich obrazem i rolą w przekazach medialnych prezentuje dyskusyjny artykuł redakcyjny Proctora i Babora (7).

Wraz z postępującą globalizacją rynków zarówno legalnych jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych, masowe media, a zwłaszcza telewizja i filmy wyłaniają się jako nowe pole bitwy o serca i umysły nieświadomych mieszkańców globalnej wioski. Ten artykuł redakcyjny ma pobudzić dyskusję na temat właściwej roli rządów, przemysłu (biznesu) i organizacji pozarządowych w wykorzystaniu mediów zarówno do promowania, jak i do zniechęcania używania alkoholu, tytoniu i nielegalnych narkotyków.

W 1997 roku Kongres USA przeznaczył miliard dolarów dla afiliowanego przy Białym Domu Biura Narodowej Polityki Kontroli Narkotyków (ONDCP) na potrzeby jego programu – National Youth Anti-drug Media Campaign. Środki te przeznaczono na produkcje antynarkotykowych reklam (tzw. spotów) tzw. reklam sektora

publicznego, rozpowszechnionych we wszystkich sieciach telewizji w najlepszym czasie oglądalności oraz na opłacanie programów rozrywkowych i filmów, które zawierały właściwe przesłanie antynarkotykowe. W ten sposób ONDCP poszedł w ślady komercyjnych firm, które powszechnie posługują się ukrytą reklamą. W mediach (TV i kino) jest ogromna ilość ukrytej reklamy legalnych substancji psychoaktywnych – alkoholu i tytoniu, np. tylko browar Anheuser Busch wydaje na ten cel rocznie 50 mln dolarów i piwo Budwiser w formie „ukrytej komercyjnej perswazji” było umieszczone w 40 z czołowych 100 filmów wyprodukowanych przez Hollywood w 1999 r. Koncerny tytoniowe stosują podobną strategię i jeden z nich za umieszczenie swoich produktów w 20 filmach w okresie 4 lat zapłacił trzem znanym aktorom około miliona dolarów w gotówce, biżuterii i samochodach.

Antynarkotyczna kampania ONDCP nie jest oparta na dostatecznych podstawach. ONDCP powinna informować o programach rozrywkowych, które są opłacane ze względu na ich antynarkotyczne przesłanie, tak samo jak przemysł rozrywkowo-medialny powinien informować odbiorców, kiedy alkohol i tytoń są umieszczane w filmach i programach dla celów komercyjnych, a nie dla twórczej kreacji lub efektu dramatycznego.

Ponieważ nie mamy adekwatnej wiedzy, aby zdefiniować właściwą rolę wykorzystania mediów z perspektywy zdrowia publicznego należy zalecać raczej ostrożne podejście i zakazywać wielu form przedstawiania używania substancji psychoaktywnych, tak w formie pożądaných, jak i niepożądanych zachowań. Produkty zamieszczane w telewizji i filmach są formą ukrytej perswazji, która jest nie do zaakceptowania w społeczeństwie obywatelskim. Podsumowując, media powinny zadeklarować wolną od narkotyków strefę dla ukrytej perswazji zarówno dla rządu, komercyjnych interesów, jak i organizacji pozarządowych, które nie powinny prowadzić ukrytych wojen przeciwko przypuszczalnym i zakładanym wrogom.

Przykłady polityki wobec narkotyków w kilku wybranych krajach

Efektywna polityka wobec kanabinoli wymaga koordynacji podejścia skierowanego na ograniczanie szkód, które bierze pod uwagę wpływ szerszych czynników społecznych i ekonomicznych, jak i problemów związanych z kryminalizacją używania tych narkotyków. W ostatniej dekadzie Australia przyjęła wyraźnie określone podejście nastawione na ograniczanie szkód, natomiast Nowa Zelandia wykazuje większą ambiwalencję (1).

W Australii na szczeblu federalnego rządu już od 1985 roku powstał program pt. Narodowa Kampania Przeciwko Używaniu Narkotyków (The National Campaign Against Drug Abuse – NCADA), który kilka lat później przemianowano na Narodową Strategię Antynarkotykową (The National Drugs Strategy – NDS). W ramach tej strategii przyjęto skoordynowane podejście skierowane na ograniczanie szkód obejmujące zestaw różnych działań nastawionych na ograniczanie popytu i podaży – programy edukacji, leczenie i rehabilitacja, badania i informacja oraz działania w zakresie legislacji i instytucji przestrzegania prawa. W stosunku do problemu używania przetworów konopi polityka federalna, a także większości stanów i terytoriów (kilka jest trochę bardziej konserwatywnych) rozwija się w kierunku mniejszego karania

używających kanabinoli, a jednocześnie utrzymywania bardzo ostrego podejścia wobec wykrywania i karania dostawców (przemysł i handel). Wyniki wielu kompleksowych badań przeprowadzonych w ramach narodowej strategii antynarkotykowej (NDS) potwierdziło skuteczność obranego kierunku.

Nowa Zelandia do tej pory (1997r.) nie miała opracowanej strategii w zakresie narkotyków, w tym nie miała także żadnej koordynacji działań na tym polu. Ponadto problemy związane z używaniem kanabinoli nie są uważane za ważne, z uwagi na stosunkowo małe szkody zdrowotne, a priorytetowo w zakresie szkód zdrowotnych są traktowane alkohol i palenie tytoniu. W Nowej Zelandii występuje wiele kontrowersji i polemik między politykami wokół stosunku do legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych. Na te kontrowersje ma także duży wpływ przemysł produkcji alkoholu, który dąży do odgraniczenia legalnych od nielegalnych środków psychoaktywnych i narkotycznych, a w efekcie różnego ich traktowania w ramach odrębnych dwóch polityk. Ocena zdrowotnych skutków różnych środków zależy od ich statusu prawnego: legalny- nielegalny, co także wpływa na ich wagę w debacie publicznej i politycznej. W efekcie prowadzone są dwie odrębne polityki wobec legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych i narkotycznych, w ramach których polityka wobec kanabinoli cechuje się takim samym prohibicyjnym i restryktywnym podejściem, jak wobec wszystkich nielegalnych narkotyków. Na przykład w 1994 roku skazano na więzienie i inne kary 7 399 osób za samo używanie i posiadanie kanabinoli.

MacCoun i Reuter (5) podjęli próbę oceny i interpretacji liberalnej holenderskiej polityki wobec przetworów konopi (kanabinoli) w relacji do restrykcyjnej amerykańskiej polityki w tym zakresie.

Dwaj autorzy tego artykułu są badaczami z dwóch znanych amerykańskich uniwersytetów. Podjęli próbę oceny postępującej stopniowo legalizacji w polityce wobec przetworów konopi w Holandii w porównaniu z bardzo restrykcyjną, głównie opierającą się na zakazach i karaniu polityką wobec narkotyków w USA. Efekty tej surowej penalizacyjnej polityki są bardzo kosztowne w postaci wielomiliardowych nakładów na działania wszystkich służb odpowiedzialnych za przestrzeganie prawa (ok. 25 mld USD) oraz utrzymywania ponad 400 tysięcy więźniów za przestępstwa związane z handlem narkotykami. Dochody z nielegalnego handlu narkotykami w 1997 roku były oceniane na ok. 50 mld dolarów.

Debata na temat legalizacji narkotyków wywołuje konflikt wartości, między zwolennikami legalizacji, którzy prohibicję uznają za zagrożenie wolności obywatelskich i jej przeciwnikami, krytykującymi hedonizm i egoistyczne koncentrowanie się na braniu narkotyków. Zwolennicy legalizacji podkreślają porażkę podejścia restrykcyjnego, które prowadzi do zwiększenia zorganizowanej przestępczości, nielegalnego rynku i wzrostu cen narkotyków. Podstawowy argument przeciwników legalizacji brzmi, że symboliczne i realne bariery związane z prohibicją mają znaczenie, gdyż zapobiegają masowemu zwiększeniu używania narkotyków. Legalizacja może prowadzić do znacznych zmian w zakresie cen, dostępności, jakości narkotyków, marketingu i reklamy, postaw i norm społecznych oraz wielu innych czynników wzajemnie ze sobą powiązanych i współzależnych.

Od końca XIX wieku, przez całe następne stulecie polityka wobec substancji psychoaktywnych oscylowała od pełnej legalizacji do prohibicji. W latach 1885-1914 w wielu krajach kokaina była dostępna w różnych tonikach oraz przepisywana na recepty. W tym samym czasie heroina miała status leku na różne dolegliwości. Na początku lat 20. większość ludności świata żyła w krajach, gdzie obowiązywała prohibicja alkoholowa. Stosunkowo najlepiej znane są doświadczenia prohibicji amerykańskiej. Po jej zniesieniu w roku 1933 nastąpił umiarkowany i wolny wzrost spożycia alkoholu. Dopiero kilka lat po II wojnie światowej, po wprowadzeniu bardziej agresywnej komercyjnej promocji i reklamy alkoholu oraz zniesieniu wielu kontrolnych regulacji nastąpiło szybkie zwiększenie średniego spożycia alkoholu.

Doświadczenia z wprowadzeniem depenalizacji marihuany w 13 stanach USA, Włoszech i Hiszpanii w latach 70. nie są jednoznaczne, chociaż nie spowodowały gwałtownego zwiększenia spożycia tego środka.

Autorzy artykułu porównali rozpowszechnienie używania przetworów konopi w USA, Holandii, Danii i Niemczech w połowie lat 90. W Holandii polityka liberalizacji i depenalizacji, która prowadziła do faktycznej legalizacji konopi jest wprowadzana od 1976 roku. W połowie lat 90. z powodu częstej krytyki ze strony państw sąsiadów i USA wprowadzono pewne ograniczenia (np. zmniejszono dopuszczalną ilość zakupu marihuany z 30 do 5 gramów). Porównanie rozpowszechnienia używania konopi między tymi czterema krajami wskazuje, że w Holandii, USA i Danii są one podobne, a tylko w Niemczech jest mniejsze. Mimo stosunkowo dużego odsetka użytkowników w Holandii, trzeba podkreślić, że znaczna większość młodzieży używa marihuany nieregularnie i rzadko.

Porównanie doświadczeń holenderskiej polityki wobec przetworów konopi z debatą legalizacyjną w USA skłoniło autorów do trzech pytań-konkluzji:

1. Czy inne sposoby liberalizacji prawa wobec narkotyków mogą przynieść te same efekty, jak szczególnie przypadek Holandii, gdzie *de iure* jest prohibicja, a *de facto* legalizacja? Autorzy uważają, że w przypadku prawdziwego zalegalizowania narkotyków nastąpiłby znaczny spadek ich cen, co mogłoby prowadzić do znacznego zwiększenia spożycia.

2. Czy konsekwencje złagodzenia prawa w zakresie przetworów konopi można generalizować na inne narkotyki? Według autorów odpowiedź jest negatywna. Konopie są ogólnie uznawane za mniej uzależniające, mniej kryminogenne i mniej szkodliwe zdrowotnie niż kokaina i heroina.

3. W jakim stopniu doświadczenia z Holandii można wykorzystać lub też odnieść do USA? Wygląda na to, że społeczeństwo holenderskie znacznie różni się od amerykańskiego w sposób, który może wpłynąć na różnice w konsumpcji przetworów konopi w obu krajach.

Na zakończenie tego opracowania przedstawione zostaną najważniejsze tezy i problemy związane z debatą wokół polityki związanej z narkotykami i badaniami w Holandii zawarte w specjalnym zeszycie kwartalnika *Journal of Drug Issues*, który obejmuje 14 artykułów napisanych przez grupę 26 autorów (4).

We wprowadzającym do tomu artykule jeden z jego redaktorów w literackiej formie nazwał lata 90. „złotym wiekiem” holenderskiej polityki wobec narkotyków, odwołując się do historii XVII wieku w dziejach Holandii nazywanego właśnie „złotym wiekiem” w jej dziejach, który przyniósł ogromne prosperity dla tego kraju wynikające z ogromnego rozwoju handlu, rzemiosła, sztuki i nauki. W tamtych czasach kraj słynął z politycznych i religijnych wolności i klimatu wielkiej tolerancji dla różnych religii i światopoglądów. Holandia w XVII wieku była ostro krytykowana przez wiele krajów europejskich. Jeden z krytyków angielskich mówił o Holendrach, że „są jak szkodliwe robaki”. Te historyczne krytyki autor artykułu porównuje ze współczesnymi krytykami z Europy i USA którzy również nie przebiegają w ostrych słowach w ocenach tolerancyjnej i depenalizacyjnej polityki wobec narkotyków w Holandii. Na przykład szef amerykańskiej Drug Enforcement Administration (DEA) gen. McCaffrey nazwał w 1998 r. holenderską politykę wobec narkotyków „totalną katastrofą”. Holandia współcześnie jest też krajem prosperity, tolerancyjnym, zapewniającym życie bezpieczne i o wysokim standardzie. Bieda praktycznie nie występuje, a jeżeli – to w bardzo niewielkim, marginalnym zakresie i nie jest tak oczywista oraz łatwo dostrzegalna jak wszędzie w Stanach Zjednoczonych.

Rozwijana od 1976 roku polityka holenderska wobec narkotyków cechuje się trzema podstawowymi zasadami:

- separacja, oddzielenie rynków tzw. twardych narkotyków i tzw. miękkich narkotyków;
- normalizacja zjawiska, polegająca na traktowaniu używających narkotyków, tak jak zwykłych obywateli uprawnionych do pomocy rządowej (społecznej i zdrowotnej), ale od których także wymaga się odpowiedzialności za ich działania;
- ograniczanie szkód skierowane jest na minimalizowanie problemów dla ich użytkowników, społeczności lokalnych i dla całego społeczeństwa.

Holenderska polityka w stosunku do narkotyków jest przede wszystkim pragmatyczna, a międzynarodowa debata wokół niej – ideologiczna. Również argumenty przeciwko tej polityce mają charakter emocjonalnej, nieobiektywnej, czarno-białej debaty politycznej, a nie racjonalnej wymiany argumentów na podstawie rzetelnych, naukowych danych i dowodów.

W latach 1997-98 w Holandii realizowano 171 projektów badań o problemach narkotyków, obejmujących następujące zagadnienia:

- medyczne i farmakologiczne;
- ewaluacja lokalnych polityk antynarkotykowych i ich ekonomicznych oraz społecznych kosztów;
- badania psychologiczne i socjologiczne;
- studia epidemiologiczne;
- ocena leczenia i programów rehabilitacji;
- ocena programów prewencyjnych (AIDS, kampania antyalkoholowa w mass mediach, zapobieganie nietrzeźwości na drogach, ograniczenie nadużywania benzodiazepin);

- rozwój narzędzi badawczych do oceny rozpowszechnienia różnych substancji psychoaktywnych (kwestionariusze dla sondaży).

Oceniając politykę holenderską w kontekście europejskim, należy podkreślić, że pomimo trwającej przez dwadzieścia lat krytyki, w drugiej połowie lat 90. coraz więcej krajów UE przyjmuje wiele elementów pragmatycznej polityki holenderskiej związanych z depenalizacją przetworów konopi, legalnego przepisywania recept na heroinę i inne środki oraz generalnie z przyjmowaniem przez coraz większą liczbę krajów Unii Europejskiej w swej polityce antynarkotykowej opcji na redukcję szkód związanych z używaniem narkotyków. Holandia jest coraz mniej izolowana w tej dziedzinie.

Holandia rozwinęła system informacji, zbierania danych i badań obejmujący różne aspekty problemu używania nielegalnych narkotyków. System ten pozwala na wczesne wykrywanie nowych problemów, śledzenie i zrozumienie zmian zachodzących we wzorach konsumpcji narkotyków w różnych grupach społecznych (według wieku, pochodzenia etnicznego itp.) i zróżnicowanych terytorialnie (miasta, dzielnice, społeczności lokalne itp.).

Nowe trendy w konsumpcji narkotyków w Holandii końca lat 90. są następujące:

1. zwiększające się spożycie syntetycznych substancji stymulujących z grupy amfetamin, głównie *ecstasy* – w tym zakresie działania są dość restrykcyjne,

2. zmiany we wzorach używania heroiny – zmniejszenie używania w młodszych grupach wieku, zwiększenie liczby inhalujących (podgrzewanie folii) w stosunku do przyjmujących dożylnie,

3. pojawienie się w latach 80. *cracku*, nazywanego w Holandii „gotowaną koką”. Spożycie *cracku* nie jest rozpowszechnione i obecnie nie zwiększa się. Występuje ono głównie w tzw. dewiacyjnych podkulturach, upośledzonych społecznie i ekonomicznie grupach młodzieży i młodych dorosłych, wśród których większość stanowią przedstawiciele mniejszości etnicznych.

W latach 1984-1996 w odstępach czteroletnich przeprowadzono cztery duże sondaże nazywane The Peilstations-Survey wśród uczniów w wieku od 12 do 18 lat. Wyniki wskazały na postępujące zwiększenie rozpowszechnienia spożycia przetworów konopi. Zdecydowana większość deklarowała bardzo nieregularne i rzadkie używanie konopi. Jeżeli chodzi o charakterystyki regularnie używających zanotowano tylko niewielkie zmiany. Wpływ grup rówieśniczych jest, jak to wykazano w wielu innych badaniach, najważniejszym predyktorem zachowań związanych z używaniem konopi. W innym interesującym badaniu w 1997 roku przeprowadzonym w grupie 22 000 respondentów z pięciu różnych kategorii miejscowości (4 miasta i gmina wiejska) z terenu całej Holandii, stwierdzono różnice w rozmiarach spożycia zarówno legalnych, jak i nielegalnych narkotyków, zwłaszcza między miastami a rejonem wiejskim. Na wsi rozpowszechnienie jest mniejsze, ale nie ma różnic jeśli chodzi o wiek inicjacji narkotykowej. Sondaż wykazał też znaczne różnice w rozpowszechnieniu między Amsterdamem, Rotterdamem, Utrechtem i Hagą, które badacze wyjaśniali różnicami w stylach życia występującymi w różnych dobranych grupach respondentów z tych miast.

W Holandii wprowadzano od początku lat 80. substytucyjne leczenie metadonem – doustnie, a także próby z przepisywaniem na recepty i podawaniem dla uzależnionych dożylnie morfiny, dożylnie metadonu i doustnie dekstromoramidu – Palfium (silniejszy od morfiny środek narkotyczny i przeciwbólowy), ale wyniki nie były tak dobre jak oczekiwano. Ostatnie szwajcarskie eksperymenty z przepisywaniem na recepty heroiny wpłynęły także na podjęcie decyzji o rozpoczęciu badań naukowych tego problemu w Holandii.

W 1988 roku wprowadzono nowe zaostrzone przepisy i wzmocniono współpracę w kraju i międzynarodową w kwestii ograniczania handlu i spożycia *ecstasy* i innych środków z grupy amfetamin. W 1996 roku wszystkie organy przestrzegania prawa zarządziły prowadzenie tej samej polityki ścigania i karania wobec *ecstasy*, jak wobec innych tzw. „twardych” narkotyków: heroiny i kokainy. Mimo iż próbuje się zachować równowagę między interesami organów przestrzegania prawa, a interesami zdrowia publicznego to w ramach tej polityki pewne elementy wzajemnie się wspierają, a pewne są w konflikcie.

W drugiej połowie lat 90. w Holandii obserwuje się szybki rozwój nowego zjawiska na rynku tzw. legalnych narkotyków w formie powstania całej sieci *smart shops* – w 1999 roku oceniano liczbę takich sklepów na ponad 120, w tym w samym Amsterdamie – ok. 50. Prowadzą one sprzedaż głównie grzybów halucynogennych, nazywanych „magicznymi grzybami” i różnych tzw. naturalnych produktów o działaniu psychostymulującym nazywanych też *ecodrugs*. Oprócz halucynogennych grzybów najpopularniejszym produktem jest naturalna *efedra* (uzyskiwana z bezlistnego krzaka) znana już w medycynie chińskiej. Efedra zawiera pochodne syntetycznie produkowanej efedryny. Rozpowszechnienie spożycia tych grzybów i innych *ecodrugs* znacznie zwiększyło się i stało się przedmiotem specjalnego raportu: Working Party on Smart Shops w 1998 roku. Raport stwierdza, że te sklepy i ich produkty nie stanowią obecnie większego ryzyka zdrowotnego i społecznego, a także zaleca harmonizację między polityką wobec narkotyków, interesem zdrowia publicznego, ochroną konsumentów i polityką farmaceutyczną.

PODSUMOWANIE

Przegląd piśmiennictwa obejmował wybór 24 artykułów z naukowych czasopism o zasięgu światowym dotyczących różnych problemów i aspektów polityki oraz strategii kontroli narkotyków. Oceny, recenzje i propozycje obejmowały sześć następujących grup zagadnień:

1. Teorie i koncepcje użyteczne w konstruowaniu polityki wobec narkotyków, w ramach których przedstawiono model dyfuzyjny i jego teoretyczne odmiany, takie jak: teoria komunikacji, teoria społecznego uczenia i teoria poznania społecznego oraz ekonomiczną teorię racjonalnego uzależnienia.
2. Recenzja światowego raportu ONZ o kontroli narkotyków z 1997 roku koncentrująca się na krytycznej analizie debaty prohibicja – regulacja – legalizacja w kontekście relacji między substancjami psychoaktywnymi legalnymi (alkohol i tytoń) i nielegalnymi.

3. Problemy metodologiczne, teoretyczne, ocena efektywności i praktyczne przykłady działań prewencyjnych i edukacyjnych oraz realizacji polityki ograniczania szkód.

4. Wzajemne relacje między badaniami naukowymi, a ich finansowaniem, rolą i wykorzystaniem w ramach faktycznie realizowanych strategii i politykach wobec narkotyków.

5. Rosnąca rola mediów (telewizja i filmy) w reklamie legalnych substancji psychoaktywnych (alkohol i tytoń), a ocena wpływu i efektów kampanii przeciwko używaniu nielegalnych narkotyków na zachowania społeczne z perspektywy zdrowia publicznego. Krytyka stosowania metod ukrytej perswazji, jako niezgodnej z prawami obywatelskimi.

6. Realizacja polityki wobec narkotyków w Australii, Nowej Zelandii, USA i Holandii jest przykładem oscylowania między polityką prohibicji, restrykcji i penalizacji, a polityką liberalizacji, dekryminalizacji i regulacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Abel S.: Cannabis policy in Australia and New Zealand. *Drug Alc. Rev.* 1997, 16, 421-428
2. Blackford, L. C.: Summary report- surveys of student drug use. Department of Public Health and Welfare, San Mateo County, CA, 1977
3. Ferrence R.: Diffusion theory and drug abuse. *Addiction*, 2001, 96, 165-173
4. Korf D. J., Bullington B., Riper H. (red.): Windmills in Their Minds? Drug Policy and Drug Research in the Netherlands. *J. Drug Issues.* 1999, 29, 443-726
5. MacCoun R., Reuter P.: Interpreting Dutch cannabis policy: Reasoning by analogy in the legalization debate. *Science.* 1997, 278, 47-52
6. Neri F., Heather N.: Heroin control policy under the theory of rational addiction. *Addiction Res.*, 1995, 3, 81-92
7. Proctor D., Babor T.F.: Editorial – Drug wars in the post-Gutenberg galaxy: mass media as the next battleground. *Addiction*, 2001, 96, 377-381
8. Reuter P.: Editorial – Why does research have so little impact on American drug policy? *Addiction*, 2001, 96, 373-376
9. Riley D., Sawka E., Conley P., Hewitt D., Mitic W., Poulin C., Room R., Single E., Topp J.: Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper. *Subst. Use Misuse*, 1999, 34, 9-24
10. Room R.: Preventing problems from psychoactive substance use. *Proc. Assoc. Am. Physicians.* 1999, 111, 141-147
11. Room R., Rosenqvist P.: Drugs in a global perspective: The international control system«s best foot forward. *Addiction Res.* 1999, 7, 177-192
12. White D., Pitts M.: Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 1998, 93, 1475-1487.