

Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej Część pierwsza: okres międzywojenny

Monika Abucewicz

Streszczenie – W pracy podjęto próbę zrozumienia mechanizmów, jakie rządziły procesami kształtowania polityki państwa wobec narkomanii w Polsce w okresie międzywojennym. W części pierwszej zarysowano problematykę badawczą i założenia teoretyczne. Zostały w niej nakreślone podstawowe założenia perspektywy konstrukcjonistycznej oraz główne modele analityczne (model inkrementalny Charlesa Lindbloma, model walki międzygrupowej Michaela Hayesa oraz model Johna W. Kingdona). W drugiej części opisano historię polskiej narkomanii w okresie międzywojennym oraz podjęto próbę jej analizy z punktu widzenia wybranych ustaleń socjologów problemów społecznych oraz badaczy zajmujących się procesami podejmowania decyzji publicznych wobec problemów społecznych (*public policy analysis*). Główny wniosek sprowadza się do twierdzenia, że na początku okresu międzywojennego zjawisko narkomanii w Polsce stanowiło problem indywidualny, dopiero w latach następnych przekształcony w społeczny. Ośrodkiem analizy jest pytanie o czynniki i procesy kierujące tymi przekształceniami. Pierwsze sygnały o dostrzeżeniu niebezpieczeństw, jakie niosła ze sobą narkomania, pojawiły się na początku lat 20. minionego wieku. Pierwszym wyraźnym krokiem w zakresie przeciwdziałania narkomanii podjętym przez państwowe instytucje było uchwalenie 22 czerwca 1923 roku ustawy w przedmiocie substancji i przetworów odurzających. Poczynając od tego okresu narkomania zaczęła przyciągać zainteresowanie aktorów sceny politycznej (rządu, parlamentu) i społecznej (lekarzy, farmaceutów, psychiatrów). Zapoczątkowane na początku lat 20. procesy kształtowania polityki państwa wobec narkomanii oraz społecznego definiowania tego zjawiska przerwał wybuch II wojny światowej.

Słowa kluczowe: narkomania, problem społeczny, konstrukcjonizm, okres międzywojenny

Artykuł jest przygotowaną do druku wersją pracy doktorskiej pt. *Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstruktywistycznej*, napisanej w Instytucie Socjologii UW pod kierunkiem prof. Kazimierza W. Frieske.

Drug abuse as a social problem in Poland from the constructionist perspective. Part one: The Interwar Period

Abstract – Aim of the study is to understand a process of construction of national anti-drug policy in the period between the First World War and the Second World War.

The first part covers methodological and theoretical background, which I apply while analyzing the history of drug abuse as a social problem in Poland. I present main theoretical assumptions of the constructionist's view and describe analytical models (Lindblom's incremental model, Hayes's model and Kingdon's model).

In the second part, the history of drug abuse in the Interwar Period is presented. That history is analyzed from the constructionist perspective in sociology of social problems and in terms of public policy analysis.

The main conclusion is that at the beginning of the twenties drug abuse was an individual problem and became a social one in the years to come. Drug abuse was found dangerous in psychological and social sense. The first significant anti-drug action undertaken by the State was the Anti-drug Act of 22nd June 1923. From that year to the outbreak of the World War II political actors (the Government and the Parliament) as well as social actors (such as physicians) had been paying attention to drug abuse. The anti-drug policy as well as ongoing process of redefinition of drug problem was interrupted by the outbreak of the World War II.

Key words: drug abuse, social problem, constructionism, the Interwar Period

1. Zarys problematyki badawczej i założeń teoretycznych

Zjawisko narkomanii w Polsce ma swoją kilkudziesięcioletnią historię. Termin „narkomania” podlegał w tym okresie różnorodnym przekształceniom znaczeniowym, podobnie jak terminy stosowane na określenie różnych środków odurzających. Narkomania w naszym kraju nie zawsze była przedmiotem publicznego zainteresowania i różnorodnych oddziaływań zapobiegawczych, podejmowanych przez państwowe instytucje. Innymi słowy, intensywność publicznej troski o narkomanów była nader zmienna i niekoniecznie związana z dynamiką narkomanii w kraju.

Interesujący mnie przedział czasowy w historii polskiej narkomanii można podzielić na cztery okresy, wyznaczone przez zmieniający się społeczno-polityczny kontekst zjawiska. Pierwszy to lata międzywojenne, czyli czas pierwszych prób kształtowania państwowej polityki wobec narkomanii i ten okres jest przedmiotem zainteresowania niniejszej pracy. Drugi to lata 50. i początek lat 60., tj. okres ideologicznie uzasadnianego kwestionowania narkomanii jako groźnego zjawiska społecznego. Okres trzeci obejmuje schyłek lat 60. i dekadę lat 70., tj. czas środowiskowych dyskusji i kształtowania się publicznej reakcji na problem narkomanii, a czwarty – pierwszą połowę lat 80., tj. okres, w którym zagrożenia związane z narkomanią nie były już kwestionowane, została ona zinstytucjonalizowana jako ważny problem społeczny, zaś dyskusje dotyczyły przede wszystkim publicznej reakcji na ten pro-

blem, a dokładniej – kształtu ustawy o zapobieganiu narkomanii, uchwalonej w styczniu 1985 roku.

Każdy okres niósł ze sobą odmienne postawy społeczeństwa i państwa wobec zjawiska narkomanii, w tym odmienny sposób rozumienia narkomanii jako problemu społecznego. W każdym z nich nieco inaczej interpretowano zjawisko narkomanii. Nie zawsze powszechnie i zgodnie uznawano narkomanie za problem społeczny, a jeżeli nawet tak się działo, nie zawsze zgadzano się co do natury problemu oraz najskuteczniejszych sposobów jego likwidacji. To z kolei wywierało wpływ na kształt polityki państwa wobec tego zjawiska. W związku z tym, zasadniczym celem analizy historii polskiej narkomanii jest próba zrozumienia mechanizmów, jakie rządziły społecznymi procesami interpretowania tego zjawiska oraz kształtowania wobec niego zapobiegawczej polityki państwa.

Rozważania są wyznaczone przez dwa zasadnicze pytania. Pierwsze z nich dotyczy powodów, dla których w pewnych okresach historii narkomania stawała się obiektem szerokiego zainteresowania społecznego i politycznego, była interpretowana w określony sposób i traktowana jako problem społeczny, w innych zaś jej znaczenie było pomniejszane czy zgoła lekceważone i usuwane z obszaru publicznego zainteresowania – mimo że nie towarzyszyły temu uchwytnie zmiany w dostępnym materiale empirycznym opisującym jego skalę, zakres czy formy. Pytanie drugie to pytanie o czynniki wyznaczające kształt państwowej polityki wobec tego zjawiska.

Pytanie o to, dlaczego w pewnych okresach swej historii narkomania stawała się przedmiotem społecznego i politycznego zainteresowania oraz działań zaradczych państwa, zaś w innych społeczne zainteresowanie zjawiskiem oraz zainteresowanie ze strony urzędników i instytucji państwowych było żadne, bądź zgoła niewielkie, skłania do zastanowienia nad mechanizmami rozpoznawania rozmaitych zjawisk społecznych jako problemów społecznych, tj. jako zjawisk uruchamiających – lepiej lub gorzej – zorganizowane działania zaradcze, podejmowane przede wszystkim przez rozmaite instytucje administracji publicznej. Innymi słowy, skłania do postawienia pytania, dlaczego pewne zjawiska zostają uznawane w społeczeństwie za problemy społeczne, którym należy zapobiegać, podczas gdy inne, być może, równie lub bardziej dolegliwe dla pewnych części społeczeństwa, nie zyskują takiego charakteru?

Wstępna analiza naturalnej historii polskiej narkomanii sugeruje, że samo występowanie w społeczeństwie zjawiska postrzeganego jako dolegliwe nie uzasadnia jego pojawienia się w obszarze publicznego zainteresowania, zdefiniowania go jako problemu społecznego i uruchomienia działań zaradczych ze strony państwowych instytucji. Podobnie skala jego rozpowszechnienia w niedostatecznym stopniu uzasadnia procesy jego społecznej identyfikacji jako problemu społecznego. Uwagi te podważają słuszność tezy, zgodnie z którą duże rozpowszechnienie dolegliwego zjawiska jest warunkiem uznania go w społeczeństwie za problem społeczny, wymagający działań zapobiegawczych państwa. A skoro teza o możliwości zidentyfikowania problemu społecznego przez odwołanie się do jego obiektywnych wskaźników nasuwa uzasadnione wątpliwości, poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o czynniki

konstituujące problem społeczny, skłania do przyjęcia bardziej relatywistycznego punktu widzenia i skierowania większej uwagi na interakcje i procesy społeczne, związane z rozpoznaniem tego czy innego zjawiska jako problemu społecznego.

Na takie ujęcie problemów społecznych pozwala konstrukcjonistyczna perspektywa poznawcza i to ona wyznacza teoretyczne ramy dociekań badawczych, którym poświęcona jest niniejsza praca. Na perspektywę konstrukcjonistyczną składa się zbiór określonych założeń poznawczych. Najogólniej rzecz ujmując, można powiedzieć po pierwsze, że ontologia konstrukcjonistyczna to relatywizm, który zakłada istnienie złożonych, czasami pozostających w konflikcie, społecznych rzeczywistości, będących produktem ludzkiego intelektu i mogących ulegać zmianie. Po drugie, epistemologię można sprowadzić do założenia, według którego wiedza jest produktem społecznych interakcji zachodzących między badaczem a badanym. Po trzecie, celem metodologii jest rekonstrukcja uprzednio istniejących konstruktów (1).

W kontekście perspektywy konstrukcjonistycznej istotne są te ustalenia teoretyczne, które w centrum zainteresowania stawiają pytanie o to, w jaki sposób problemy społeczne czy zagadnienia publiczne są jako takie identyfikowane i definiowane przez społeczeństwo i aktorów sceny politycznej. Na tej kwestii skupiają się rozważania społecznego konstrukcjonizmu w socjologii problemów społecznych, jak również teoretyczne ustalenia badaczy zajmujących się mechanizmami, jakie rządzą procesami projektowania polityki państwa wobec zagadnień publicznych (*public policy analysis*).

Zgodnie z podejściem Spectora i Kitsuse, czołowych propagatorów konstrukcjonistycznej perspektywy analitycznej w socjologii problemów społecznych, problemy społeczne są konstruowane w trakcie społecznych procesów definiowania. Zdaniem badaczy, warunki i stany rzeczy rozpoznawane jako problemy mają charakter hipotetyczny, są – w najlepszym razie – uzgadniane w procesach społecznej obiektywizacji rzeczywistości (2). Wskazane podejście odrzuca „ekspercki” sposób myślenia o problemach społecznych, czyniąc z nich „zagadnienia publiczne”, co oznacza tyle, że jakieś stany rzeczy, sytuacje życia zbiorowego są „problemami”, jeśli ich status, właśnie jako „problemów”, zostanie zbiorowo wynegocjowany lub (co też może się zdarzać) narzucony jednym przez drugich.

Badania nad tak rozumianym problemem społecznym sprowadzają się w dużej mierze do analizy dominujących czy lepiej lub gorzej zinstytucjonalizowanych – w określonym społeczeństwie i w określonym czasie – definicji problemu. Kolejny krok tej analizy wiąże się z kwestią konsekwencji tychże definicji, dokładniej zaś chodzi o poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o to, w jaki sposób strukturalizują one działania zmierzające do rozwiązania tego, co za problem jest uznawane, a zatem – jak wpływają na procesy kształtowania zapobiegawczej polityki państwa. Drugie ze wskazanych zagadnień wykracza nieco poza oryginalne analizy konstrukcjonistów i wymaga odwołania do dorobku tej dziedziny dociekań naukowych, która koncentruje uwagę na procesach podejmowania decyzji publicznych i kształtowania polityki państwa wobec problemów społecznych (*public policy analysis*). Proponowane w jej ramach pojęcia i modele akcentują społeczną i polityczną genezę problemów spo-

łecznych oraz zajmują się badaniem procesów podejmowania wobec nich decyzji publicznych. Starają się przy tym wyjaśniać (podobnie jak społeczny konstrukcjonizm w socjologii problemów społecznych), dlaczego określone zjawiska i stany rzeczy stają się przedmiotem publicznej dyskusji i interwencji państwa. Akcentują przy tym związek dominującej definicji problemu z rodzajami zaplanowanych interwencji publicznych.

Krótko mówiąc, socjologowie problemów społecznych oraz badacze zajmujący się procesami kształtowania polityki państwa wobec zagadnień publicznych proponują różnorakie pojęcia i modele mające wyjaśnić przebieg procesów identyfikacji problemów społecznych oraz podejmowania decyzji publicznych. W tym kontekście interesowała mnie przede wszystkim teoria społecznego konstrukcjonizmu w socjologii problemów społecznych, w tym tzw. naturalne historie problemów społecznych, jakie zaproponowali Herbert Blumer (3), a także Melcolm Spector i John Kitsuse (2) oraz zorientowany konstrukcjonistycznie dorobek *public policy analysis*. W jej ramach interesowała mnie głównie pluralistyczna perspektywa w teorii grup interesu, w tym inkrementalny model procesów podejmowania decyzji publicznych Charlesa Lindbloma (4, 5), model walki międzygrupowej Michaela Hayesa (6) oraz model Johna Kingdona (7).

1.1. Charakterystyka modeli

W modelu Spectora i Kitsuse inicjatorem procesów identyfikowania problemów społecznych są grupy roszczeniowe, z założenia posiadające ograniczony dostęp do władzy państwowej. Aktywność tych grup warunkuje kolejne etapy w rozwoju problemu społecznego (w „naturalnej historii problemu”). Państwo zostaje sprowadzone do roli adresata roszczeń, który jedynie reaguje na działania grup roszczeniowych (2). Podobna rola przypada państwu w modelu Blumera. Inicjatorem procesów identyfikacji problemów społecznych oraz projektowania działań zaradczych jest społeczeństwo, a państwo jedynie reaguje na jego postulaty (3).

Implikacją założenia o neutralności państwa jest określony kierunek, w jakim zmierzają procesy definiowania problemów społecznych i projektowania działań zaradczych. Mianowicie, obydwa modele zakładają, że określone zjawisko czy stan rzeczy najpierw muszą zostać zauważone i rozpoznane jako dolegliwe przez członków społeczeństwa, aby ostatecznie – w wyniku zabiegów grup społecznych – znaleźć swoje usankcjonowanie w poczynaniach państwa. Autorzy naturalnych historii pomijają w zasadzie w swoich modelach sferę podejmowania decyzji publicznych oraz polityczny wymiar procesów konstruowania problemów społecznych.

Na ten aspekt problemów społecznych zwracają uwagę badacze zajmujący się mechanizmami, jakie rządzą procesami kreowania polityki państwa wobec problemów społecznych oraz podejmowania decyzji publicznych. Badacze ci przypisują polityce decydujące znaczenie dla przebiegu tych procesów.

Zdaniem Rocheforta i Cobba, o powstaniu problemu społecznego decyduje tzw. „polityka definiowania problemu” (8). Badacze podkreślając, że ewentualne działania interwencyjne państwa zależą od preferowanej oficjalnie definicji problemu,

zwracają jednocześnie uwagę, że procesy interpretacji problemów społecznych winny być postrzegane również w kategoriach funkcji politycznych, jakie mogą pełnić określone, preferowane oficjalnie definicje problemów. W tym podejściu brakuje jednak jasnego wyartykułowania roli, jaką w procesach podejmowania decyzji publicznych odgrywają grupy interesu. Dlatego dalej przywołałam pluralistyczną orientację w teorii grup interesu. U jej podstaw można odnaleźć pewne ogólne założenia teoretyczne, chociaż nie jest to spójna i jednorodna koncepcja.

Do głównych założeń pluralizmu należy, po pierwsze, założenie zgodnie z którym proces polityczny to rywalizacja grup społecznych o zdobycie kontroli nad przebiegiem publicznego procesu decyzyjnego. Po drugie, założenie istnienia konkurencji na rynku politycznym, które implikuje równość szans zaangażowanych grup interesu (gwarantowaną przez demokratyczne instytucje). Po trzecie, założenie o neutralności państwa „nie uwikłanego w konflikty interesów w sytuacji, kiedy utrwała ono organizacyjną i ideologiczną barierę między sferą publiczną a prywatną” (9). Innymi słowy, państwo i jego instytucje jedynie reagują na naciski grup interesu (rola państwa ma charakter reaktywny).

Teoretyczne rozwinięcie wskazanych założeń można odnaleźć w Lindbloma inkrementalnym modelu procesów podejmowania decyzji publicznych (4, 5). W swej istocie inkrementalizm to podejście, które postrzega zmiany w polityce wobec zagadnień publicznych jako zmiany dokonujące się małymi krokami. Nowe decyzje są uwarunkowane wcześniejszymi i nowe rozwiązania w niewielkim stopniu odbiegają od tych, przyjętych i wdrożonych wcześniej. Model ten ogranicza możliwość dokonywania w dotychczasowej polityce nagłych i głębokich zmian. Proces podejmowania decyzji polega na stopniowym wypracowywaniu kompromisu pomiędzy zaangażowanymi grupami.

Inaczej rzecz postrzega Hayes, który swój model walki międzygrupowej konstruuje w odniesieniu do modelu Lindbloma (6). Model Hayesa ośrodkiem swoich zainteresowań czyni nierówny dostęp do władzy politycznej poszczególnych uczestników procesów kształtowania polityki państwa wobec problemów społecznych. Procesami tymi rządzi międzygrupowa walka o zabezpieczenie własnych interesów. Większe szanse na zwycięstwo, czyli przeforsowanie własnych inicjatyw, mają grupy posiadające szerszy dostęp do władzy politycznej. Dostęp do władzy, czy inaczej możliwość wpływania na publiczne ośrodki decyzyjne, determinuje również procesy podejmowania decyzji na kolejnych etapach rozwoju polityki państwa wobec określonych problemów społecznych.

Ostatni model, który uwzględniłam w ramach pluralizmu to model Kingdona (7). Autor proponuje analizowanie trzech rodzajów procesów: 1. procesy rozpoznania (zdefiniowania) problemu (*problem recognition* lub *problem stream*); 2. procesy badawcze związane z projektowaniem i udoskonalaniem propozycji rozwiązania problemu (*policy stream*); 3. procesy polityczne (*politics stream*). Badacz twierdzi, że do zmian w dotychczasowej polityce dojdzie, gdy zapanuje sprzyjający klimat polityczny, a trzy nurty, dotąd działające w zasadzie niezależnie od siebie, zostaną połączone.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest historia polskiej narkomanii w pierwszym okresie, tj. w latach międzywojennych. W pierwszej części skupiam się na międzywojennej historii polskiej narkomanii, w części drugiej podejmuję próbę analizy przedstawionego materiału badawczego z punktu widzenia ustaleń socjologów problemów społecznych oraz badaczy zajmujących się procesami kształtowania polityki państwa wobec zagadnień publicznych. Wyjściową tezę analizy jest stwierdzenie, że na początku okresu międzywojennego zjawisko narkomanii w Polsce stanowiło problem indywidualny, dopiero w latach następnych przekształcony w społeczny. Ośrodkiem analizy jest pytanie o czynniki i procesy kierujące tymi przekształceniami.

2. Narkomania w Polsce jako problem społeczny w okresie międzywojennym

2.1. Historia polskiej narkomanii w okresie międzywojennym

Zdaniem Płonki-Syroki, narkomania w Polsce stała się zjawiskiem społecznym w latach 80. XIX wieku, przy czym nie wykraczała wtedy poza wyższe warstwy społeczne. W owym czasie narkotyki zażywały przeważnie osoby z kręgów artystyczno-literackich, co wiązało się z rozpowszechnieniem ideologii modernizmu. Wraz z jego zmierzchem liczba osób uzależnionych zmniejszyła się (10).

Przyjmując, że narkomania w tamtych latach była zjawiskiem społecznym, trzeba zapytać, czy była również problemem społecznym. W świetle przyjętych w tej pracy ustaleń teoretycznych można powiedzieć, że pod koniec XIX wieku narkomania w Polsce nie stanowiła problemu społecznego.

Pierwsze źródło historyczne na temat polskiej narkomanii, jakie udało mi się zidentyfikować, stanowi artykuł zamieszczony w czasopiśmie medycznym w 1878 roku (11). Sporadyczne doniesienia o zażywaniu narkotyków pozwalają stwierdzić, że ówczesnie zjawisko narkomanii nie budziło większego zainteresowania społecznego. Oznaki większego zainteresowania pojawiły się w Polsce na początku lat 20. minionego wieku.

2.1.1. Narkomania jako problem prawny

Trudno dziś dokładniej określić rozpowszechnienie używania narkotyków w latach międzywojennych. Większość materiałów na temat narkomanii pochodzi dopiero z lat 30. i właściwie o problemie narkomanii w Polsce w latach 20. można mówić tylko w odniesieniu do podejmowanych wtedy działań legislacyjnych. Począwszy od 1923 roku, kiedy uchwalono ustawę w przedmiocie substancji i przetworów odurzających, w latach następnych wydawano różne przepisy wykonawcze uzupełniające ustawę i precyzujące zadania poszczególnych resortów.

Ślusarczyk podaje, że ustawodawstwo karne na ziemiach polskich pod zaborami nie penalizowało zachowań związanych z przyjmowaniem środków odurzających, z wyjątkiem napojów alkoholowych, choć ustawodawstwo tego okresu znało kary za czyny związane z pogwałceniem przepisów zabezpieczających zdrowotność publiczną

(m.in. za leczenie środkami trującymi lub działającymi gwałtownie, dokonane odpłatnie przez osoby nieupoważnione do realizowania praktyki lekarskiej, obrót lekarskimi lub materiałami aptecznymi niezgodnie z postanowieniami ustawy) (12).

Od 1923 roku obowiązywała ustawa w przedmiocie substancji i przetworów odurzających, będąca jednym z następstw, jak zaznacza Chodźko, przystąpienia Polski do Międzynarodowej Konwencji Opiumowej, uchwalonej 11 lat wcześniej w Hadze. W 1923 roku Polska przystąpiła do konwencji haskiej, która wprowadzała postanowienia ograniczające wyrób, sprzedaż i obrót morfiną, kokainą i ich solami wyłącznie do ilości niezbędnych dla celów lekarskich i legalnych (13).

Ustawa z 22 czerwca 1923 w przedmiocie substancji i przetworów odurzających była pierwszym polskim aktem prawnym w zakresie kontroli środków odurzających. Ustawa zabraniała: „wytwarzania, przeróbki, przywozu i wywozu, przechowywania, handlu oraz wszelkiego obiegu surowego opium, opium leczniczego, opium do palenia i jego odpadków, haszyszu, morfiny, kokainy, heroiny, wszelkich ich soli i przetworów oraz tych pochodnych, które na podstawie badań naukowych w drodze rozporządzenia ministra zdrowia publicznego będą uznane za wywołujące szkodliwe skutki dla zdrowia” (art. 1 ustawy). Wyjątek od powyższego zakazu stanowiły działania podejmowane dla celów leczniczych, naukowych i przemysłowych, dokonywane jednak na podstawie zezwolenia ministra zdrowia publicznego. Ustawa zabraniała ponadto „sprzedaży dla celów spożycia eteru etylowego i jego mieszanin” (art. 3). Pełen nadzór nad produkcją i obrotem środkami odurzającymi powierzony został ministrowi zdrowia publicznego (art. 4) (12).

Ustawa miała przeciwdziałać używaniu środków odurzających powodujących szkodliwe skutki dla zdrowia, koncentrując się na kwestiach podaży substancji i przetworów odurzających. Jak wynika z ustawy – uregulowana tu została kwestia odpowiedzialności karnej za wiele postaci zachowania narkotycznego.

Kolejnymi aktami prawnymi w przedmiocie regulacji postępowania i kontroli środków odurzających były rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych: pierwsze z dnia 22 lutego 1928 roku o uznaniu eteru etylowego i jego mieszanin za szczególnie niebezpieczne dla zdrowia, które spowodowało rozciągnięcie na nie wszystkich przepisów ustawy z 1923 roku i drugie, z dnia 20 maja 1929 roku o *detalicznej sprzedaży substancji i przetworów odurzających*, przewidujące dopuszczalną sprzedaż detaliczną środków odurzających tylko w aptekach na podstawie recepty lub pisemnego zapotrzebowania wystawionego przez lekarza i określające dopuszczalną ilość środków odurzających w poszczególnych lekarskich. Jego treść obowiązywała zarządców aptek do prowadzenia specjalnej księgi przychodu i rozchodu środków odurzających. Podobny zapis zawierało rozporządzenie ministra opieki społecznej z dnia 30 czerwca 1934 roku (12).

Obowiązujące przepisy w szczególności instruowały lekarzy o sytuacjach, w których dozwolone było stosowanie narkotyków, określając przy tym wysokość maksymalnych dawek. Mimo to, w następnych latach donoszono o przypadkach łamania prawa przez lekarzy, a także aptekarzy, co stanowiło jedno ze źródeł (obok przemytu) podaży środków odurzających na polski rynek (14, 15). Narkotyki w sto-

sunkowo dużych ilościach przemycano z Niemiec, „a prócz istotnych przemytników i ich spółników zasługują na uwagę nieliczni na szczęście aptekarze sprzedający na fałszywe recepty lub bez recept narkotyki, lekarze rzekomo leczący narkomanów ambulatoryjnie, a nie klinicznie, a przede wszystkim tzw. pośrednicy, rekrutujący się z wykołajeńców życiowych, którzy nabywają morfinę lub kokainę w aptekach na podstawie sfalszowanych przez siebie recept, dopuszczają się kradzieży tych narkotyków lub recept u lekarzy. (...) Zdobyte w ten sposób narkotyki sprzedają następnie po znacznie droższych cenach morfinistom lub kokainistom oraz prostytutkom” (16).

W efekcie, obok nielegalnych działań lekarzy i aptekarzy, notowano kradzieże w szpitalach i aptekach oraz przypadki fałszowania recept. „W związku z tym, że narkomani nabywali w warsztatach pieczętki i receptariusze z nazwiskami praktykujących lekarzy, Firstenberg zwrócił uwagę na konieczność wydania przez Ministra Spraw Wewnętrznych rozporządzenia, zgodnie z którym sporządzanie pieczętek i receptariuszy z nazwiskami lekarzy byłoby możliwe tylko za okazaniem dowodu osobistego” (14, 17).

Poza opisywanymi sposobami zdobywania środków odurzających, w Polsce istniał także czarny rynek handlu narkotykami, trudno jednak dokładnie określić jego rozmiary.

Największa ilość środków odurzających, kilkakrotnie przewyższająca wielkość oficjalnej produkcji, pochodziła z przemytu z krajów bałkańskich, Niemiec i Związku Radzieckiego (14). Notowano wielkie przerzuty narkotyków, np. w latach 30. funkcjonariusze straży granicznej w Warszawie udaremnili próbę jednorazowej kontrabandy prawie 2 kg morfiny przerzuconej przez Cieszyn z Czechosłowacji (18). Zdaniem przedstawicieli policji państwowej, nielegalny handel narkotykami w Polsce w pierwszych latach 30. wykazywał znaczne rozmiary. Podobnie szacowano zyski z handlu. „Szmugiel 1 kg kokainy o cenie rynkowej ok. 1500 zł rozsprzedanej w dawkach 20-miligramowych w ilości 50000, licząc dawkę tylko po 50 g, da szmuglerowi kwotę 25000, a wiemy, iż za taką dawkę płaci się i 50–60 razy więcej” (16). Czarnorynkowa cena 1 grama morfiny wynosiła w latach 30. ok. 20 zł (14). „Cena 1 grama morfiny stanowiła równowartość przeciętnych tygodniowych zarobków robotników zatrudnionych w *wielkim i średnim przemyśle*” (19). Zdaniem Frieske i Sobiecha, fakt ten w znacznym stopniu wyjaśniał popularność narkomanii w środowiskach ludzi najlepiej sytuowanych. Dla wielu osób bariera finansowa była w tej sytuacji decydującym czynnikiem chroniącym przed uzależnieniem czy skłaniającym do zaprzestania używania narkotyków (19).

Obok opisywanego czarnego rynku morfiny i kokainy, istniał także rynek innego środka odurzającego, stosowanego powszechnie w niektórych regionach Polski, a mianowicie – eteru etylowego.

Eter pochodził zazwyczaj z polskich i niemieckich zakładów przemysłowych, ale – jak można sądzić na podstawie analizy zebranych materiałów – podstawowym źródłem zaopatrzenia był przemysł z Niemiec. (Nie stwierdzono przy tym nielegalnego handlu w drogeriach i aptekach.) Nelken donosił, iż w związku z ustaleniami, że w Niemczech specjalne wytwórnie eteru produkowały go na przemysł do Polski,

Ministerstwo Spraw Zagranicznych z inicjatywy ministra opieki społecznej zażądało od rządu niemieckiego położenia kresu przemutowi eteru do Polski. Nelken zwracał uwagę, że zdarzał się też przemysł z Czechosłowacji (na granicy niemieckiej i czechosłowackiej straż graniczna w 1934 roku skonfiskowała 1614 kg, a w 1935 – 2250 kg eteru). Autor informował dalej, że Urząd Wojewódzki w Łodzi stwierdził przemysł eteru przez granicę niemiecką do powiatu wieluńskiego. Znane było umiejscowienie składnic eteru na terenie Niemiec w pobliżu granicy z Polską, z których przemycano środek do naszego kraju i to właśnie w gminach przygranicznych eteromania była szczególnie rozpowszechniona. Eter piły dzieci i młodzież szkolna, np. w szkole w Żytnowie – 75% uczniów, w Pątnowie – 40%, w Kraszkowicach – 20% (17). Według doniesień Hrabina, w niektórych badanych przez niego miejscowościach odsetek używających eteru wynosił blisko 75%. Równie często jak dorośli korzystali z eteru dzieci. W jednej ze szkół śląskich piło eter 80% uczniów, a 2 lata później – 92% (20).

Firstenberg twierdził, że eteromania była najbardziej rozpowszechniona na Śląsku, Podkarpaciu, w niektórych powiatach województwa warszawskiego i w powiecie wieluńskim. Powszechność eteromanii była dużo większa niż klasycznej narkomanii. Szacunki określały liczbę eteromanów na dziesiątki tysięcy osób, podczas gdy liczba leczonych narkomanów nie przekraczała 300 pacjentów w skali rocznej. Autor wiązał duży popyt na eter z niską świadomością szkodliwości skutków jego zażywania (stosowano go często jako środek nasenny dla niemowląt), jak też z niską ceną (cena 1 litra eteru była mniej więcej równa cenie grama morfiny, ale ilość ta pozwalała na sporządzenie około 8 litrów odurzającego preparatu) (14). Ceny poszczególnych narkotyków mogły zatem w pewnej mierze wpływać na rozpowszechnienie eteromanii w niższych warstwach społecznych, w przeciwieństwie do kokainizmu i morfinizmu, który z kolei dotykał zamożniejsze warstwy społeczeństwa.

Mimo opisywanej powszechności odurzania się eterem problem ten nie spotkał się z szerszym zainteresowaniem ze strony lekarzy czy innych badaczy zjawiska narkomanii (jedyną pracę o eteromanii opublikował Hrabina, nauczyciel w jednej ze śląskich szkół (20), a Firstenberg wspominał o niej w jednej ze swoich publikacji (14).

Do 1936 roku, czyli do czasu zwołania przez Polski Komitet do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii specjalnej konferencji poświęconej temu zjawisku, eteromania nie stanowiła – w takim sensie jak kokainizm czy morfinizm – problemu medycznego i nie znalazła swego miejsca w rozważaniach lekarzy na temat narkomanii.

Kwestia eteru stanowiła jednak problem prawny. Stanowiła przedmiot regulacji prawnych od początku działań legislacyjnych w zakresie narkomanii, chociaż trzeba zauważyć, że prawo interesowało się eteromanią wyłącznie w aspekcie przemutu i nielegalnego handlu eterem. Zgodnie z zapisami ustawy przeciwnarkotykowej, sprawa eteru miała zostać szczegółowo uregulowana w odrębnym rozporządzeniu. Ustawowe przepisy dotyczące środków odurzających nie obejmowały eteru. Sytuację tę zmieniło rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 1928 roku, które rozciągnęło na eter wszystkie uregulowania ustawy.

W związku z tym można wnosić, że kolejna regulacja dotycząca narkotyków zawarta w kodeksie karnym z 1932 roku miała na uwadze również eter. Artykuł 244 k.k. przewidywał karę więzienia do lat 5 lub aresztu za udzielenie innej osobie bez upoważnienia trucizny odurzającej (12). W kodeksie zastosowano termin „trucizna odurzająca” i przyjęto tylko jeden rodzaj przestępstwa. Kodeks nie objął przestępstw regulowanych przez ustawę z 1923 roku, która wiodła samodzielny żywot przez 27 lat.

Następną regulacją dotyczącą narkotyków (a poruszającą także problem eteru) był wydany w 1935 roku okólnik w sprawie ścigania przestępstw związanych z narkomanią (12, 21).

„W akcie tym zwrócono uwagę zarówno na wzrost narkomanii w ścisłym tego słowa znaczeniu (tj. morfinizm, kokainizm itp.), jak i na wzrost rozmiarów eteromanii. Okólnik zwracał m.in. uwagę sędziów i prokuratorów na nie zawsze dostateczne z ich strony zrozumienie zagadnienia narkomanii, a tym samym na zwalczanie przestępstw towarzyszących temu zjawisku. W wypadkach skrajnie łagodnego wymiaru kary za przestępstwa związane z narkotykami zalecał zakładanie apelacji” (12).

Okólnik to właściwie ostatnia regulacja dotycząca narkotyków, wydana w Polsce w okresie międzywojennym. Ponadto, w tym okresie Polska podejmowała też inne działania związane z zapobieganiem narkomanii, angażując się mianowicie w działania zwalczające narkomanię, podejmowane na arenie międzynarodowej.

2.1.2. Legalny obrót narkotykami w Polsce

Chodźko podkreśla, że I wojna światowa spowodowała wzmożenie zapotrzebowania i wytwarzania narkotyków, po czym dodaje, że aby położyć kres tym zjawiskom i nadużyciom Pakt Ligi Narodów w art. 23 zlecił Lidze kontrolę nad całokształtem sprawy narkotyków. W tym celu w Sekretariacie Generalnym Ligi Narodów powołano specjalny organ – Sekcję Opiumową, której dodano jako ciało kierownicze i opiniodawcze tzw. Komisję Doradczą Ligi Narodów do Spraw Opium. Na początku w tej Komisji zasiadali prawie wyłącznie przedstawiciele krajów fabrykujących narkotyki i produkujących opium, zaś od 1931 roku zasiedli w niej na mocy decyzji Rady Ligi Narodów także przedstawiciele krajów nieprodukujących – w tym Polska. Wcześniej, w 1924 roku, Polska uczestniczyła w zwołanej przez Ligę Narodów międzynarodowej konferencji w Genewie (okazało się bowiem, jak pisze Chodźko, że konwencja haska nie dawała dostatecznych gwarancji, szczególnie pod względem obrony przed wzmagającą się konsumpcją fabrycznych narkotyków) (13).

Chodźko dodaje, że Polska uczestniczyła także w drugiej międzynarodowej konferencji zwołanej w 1931 roku w Genewie. 13 lipca 1931 roku zawarto konwencję w sprawie ograniczenia wyrobu narkotyków, której głównym postanowieniem było wprowadzenie ograniczenia wyrobu narkotyków do ilości ściśle niezbędnych dla celów lekarskich i naukowych (według obliczeń ustalanych corocznie dla każdego państwa przez organ kontrolujący) i dalsze ulepszenie systemu świadectw wwozu i wywozu. Konwencja weszła w życie 9 lipca 1933 roku (13).

W tym miejscu warto podkreślić że, jak wynika z analizy zebranych materiałów, od początku lat 30. oficjalna produkcja i sprzedaż narkotyków w Polsce ulegały

systematycznym ograniczeniu. Firstenberg donosił, że wyniki corocznych sprawozdań składanych Opiumowej Komisji Doradczej Ligi Narodów przedstawiały konsumpcję głównych narkotyków w Polsce, sprzedawanych w obrocie legalnym (kg na milion ludności), następująco: 1929 rok – morfina 3,91, kokaina 1,38; 1930 rok – morfina 2,99, kokaina 1,82; 1931 rok – morfina 1,87, kokaina 1,31; 1932 rok – morfina 2,49, kokaina 1,24; 1933 rok – morfina 1,84, kokaina 0,40. Badacz podkreślał przy tym, że legalny obrót narkotykami podlegał w Polsce ścisłej reglamentacji. Jako przykład wspominał rozporządzenia z 1929 i z 1934 roku oraz specjalny przepis regulujący szczegółowo kwestię, w jaki sposób należało prowadzić księgę kontroli obrotu narkotyków w aptece (14).

Kontynuując Firstenberg nadmieniał, że do 1935 roku produkcja narkotyków w Polsce oparta była wyłącznie na surowcach importowanych (surowe opium i ekstrakt liści coca). Mimo że składniki te sprowadzało kilkadziesiąt przedsiębiorstw chemicznych, wyrób narkotyków był zastrzeżony wyłącznie dla jednej firmy farmaceutycznej „Roche” w Warszawie. W drugiej połowie lat 30., gdy rozpoczęto produkcję morfiny z rodzimej słomy makowej, tylko jedno przedsiębiorstwo otrzymało dodatkowe zezwolenie na produkcję narkotyków. Wytwarzanie i dystrybucja morfiny, pantoponu i pozostałych lekarstw, zawierających pewne ilości środków odurzających, poddawane były ścisłej kontroli. Przypadki kradzieży narkotyków bezpośrednio z zakładów przemysłowych zdarzały się w tym okresie sporadycznie (14).

2.1.3. Dyskusja badaczy o zjawisku narkomanii

W latach 30. – w przeciwieństwie do okresu lat 20. – można odnotować wzrost zainteresowania zjawiskiem narkomanii ze strony naukowców, badaczy, osób związanych z profesjami medycznymi. Stosunkowo największe zainteresowanie zjawiskiem przejawiali przedstawiciele profesji medycznych. Łuniewski podawał, że szpitale psychiatryczne pierwsze zaczęły prowadzić systematyczne statystyki osób uzależnionych od środków odurzających, ujmując takie osoby w kategorii „dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, powstałymi na tle innych zatruc zewnątrzpochoďnych” (warto dodać, że w tej kategorii mogły się znajdować przypadki zatruc tlenkiem węgla czy metalami ciężkimi) (22).

W kontekście analizy zebranych materiałów można zauważyć, że wokół lekarzy medycyny i psychiatrów skupiali się badacze z innych dziedzin zainteresowanych zjawiskiem narkomanii. W 1931 roku powstał Polski Komitet do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii złoźony głoźwnie z lekarzy i farmaceutów. Był to organ doradczy i opiniodawczy w zakresie zwalczania narkomanii przy ministrze opieki społecznej. W 1932 roku w Polskim Towarzystwie Lekarskim w Warszawie zorganizowano pierwszą w Polsce konferencję poświęconą narkotynom i zwalczaniu narkomanii.

Przedstawiciele profesji medycznych odgrywali zasadniczą rolę w rozpoznawaniu i interpretowaniu narkomanii w latach 30. w naszym kraju. Chociaż pierwsze, bardziej kompleksowe opracowanie dotyczące narkomanii opublikował w 1935 roku prokurator Firstenberg, nie pociągnęło ono za sobą prac kryminologicznych w tym

zakresie. Pierwszą publikację na temat eteromanii w 1934 roku wydał Hrabini, jednak nie przyczyniła się ona do rozwoju zainteresowania tym zjawiskiem.

Przedstawiciele profesji medycznych nie zajmowali się problemem eteromanii. Badacze pisali, że interesowała ich narkomania *sensu stricto*, tzn. kokainizm i morfinizm, z pominięciem eteromanii i alkoholizmu. W wydawnictwach medycznych trudno byłoby znaleźć jakiegokolwiek doniesienia na temat leczenia eteromanów. W wymiarze prawnym zainteresowanie zjawiskiem skupiało się właściwie tylko na kwestii nielegalnego handlu eterem. Można dodać, że kary wymierzane za handel tym środkiem były uważane za zbyt łagodne (14).

Łagodność kar za handel eterem to jeden z wielu problemów, jaki został poruszony na konferencji w Katowicach w 1936 roku, poświęconej wyłącznie zagadnieniu eteromanii. Konferencję można uznać za oznakę poważnego zainteresowania zjawiskiem ze strony lekarzy. Spotkanie w Katowicach zorganizował Polski Komitet do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii, ponieważ – jak podkreślał Nelken – prasa codzienna donosiła o zatrucaniu się eterem przez ludność Górnego Śląska, co potwierdziły dane Urzędu Województwa Śląskiego (17). Na konferencji stwierdzono związek eteromanii z alkoholizmem i postulowano połączenie walki z eteromanią z ruchem przeciwalkoholowym. Poza konferencją trudno jednak zidentyfikować inne oznaki świadczące o zainteresowaniu zjawiskiem ze strony lekarzy. Podobnie jak eteromania, także uzależnienie od barbituranów i innych środków uspokajających nie wzbudzało szczególnego zainteresowania ówczesnych badaczy i praktyków.

Trudno stwierdzić, w jakim stopniu to zjawisko było w Polsce rozpowszechnione. Można jednak było spotkać wypowiedzi sugerujące jego rosnącą popularność. Frieske i Sobiech przytaczają wypowiedź jednego z lekarzy, który przeprowadzał na własnej osobie eksperymenty skuteczności środków nasennych. „Rynek farmaceutyczny zasypany jest obecnie różnymi specyfikami, a m.in. i środkami nasennymi, które mając po części podobny skład (pochodne kwasu barbiturowego) różnią się przeważnie tylko nazwą” (23). Badacze dodają, że „zafascynowany efektami barbituranów lekarz wspominał, co prawda, iż *jedną z kardynalnych wad wszystkich środków nasennych jest to, że chory szybko się do nich przyzwyczaja (...) co pociąga za sobą konieczność szybkiego zwiększania dawki*, nie zmieniało to jednak entuzjastycznej oceny analizowanych lekarstw” (19).

Ostatecznie, uwaga badaczy narkomanii skupiała się na kokainizmie i morfinizmie, traktowanych przez nich jako narkomania w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Wątpliwości z przypisaniem narkomanii charakteru problemu społecznego

Wśród badaczy wątpliwości budziła odpowiedź na pytanie, czy narkomania była w Polsce problemem społecznym? „Czy narkomania w jej obecnym stanie zasługuje u nas na zaliczenie do klęsk społecznych na równi z alkoholizmem, chorobami wenerycznymi i gruźlicą? Czy jest to istotnie zagadnienie higieny czy raczej zagadnienie lecznictwa, jak to niektórzy mniemają. Aby odpowiedzieć na to pytanie, trzeba zdać sobie sprawę z dwóch rzeczy: 1. Jaka jest częstość narkomanii? 2. W jakim

stopniu warunki współczesnego życia społecznego wywierają wpływ na jej szerzenie się?” (24)

Zgadzano się natomiast w opinii, że narkomania pociąga za sobą negatywne skutki w wymiarze indywidualnym i społecznym. „Wymieniano rozmaite formy łamania prawa przez osoby uzależnione, a też przestępstwa dokonywane wobec narkomanów będących często obiektem wyzysku, szantażu czy przemocy. Odwoływano się do strat w budżetach rodzinnych, do marnotrawienia dobra społecznego, spustoszeń wyrządzanych przez nałóg wśród przedstawicieli inteligencji twórczej, lekarzy i wojskowych. Wskazywano na zmiany osobowości, zanikanie zasad moralnych, niesolidność, skłonność do zachowań antyspołecznych. Opisy konsekwencji używania morfiny czy kokainy zawierały często swoiste elementy emocjonalne mające w szczególności silny sposób wpływać na wyobraźnię odbiorców” (19).

Spory wśród badaczy budziła kwestia liczebności narkomanów w Polsce. Z jednej strony twierdzono, że polska narkomania była problemem marginalnym dotyczącym niewielkiej liczby osób, z drugiej – wyrażano pogląd przeciwny. Twierdzono mianowicie, że narkomania była zjawiskiem masowym, uzależnionych szacowano przy tym w tysiącach. Sprawozdania zakładów psychiatrycznych wskazywały wzrostową tendencję w liczbie uzależnionych pacjentów. Łuniewski podawał, że w 1928 roku było leczonych 85 osób, w 1929 – 109, w 1930 – 131, w 1931 – 129 (22). Z kolei Gallus donosił, że we wszystkich zakładach psychiatrycznych w 1930 roku leczono 172 osoby uznane za narkomanów, w 1931 roku – 162 osoby, w 1932 – 187, a w 1933 – 295. Autor zwracał przy tym uwagę, że chodziło tu o kategorię osób wykazujących „zaburzenia psychiczne przy innych zatruciach zewnątrz-pochodnych”, więc ta kategoria mogła obejmować nie tylko klasycznych morfinistów czy kokainistów (25).

Zdaniem Łuniewskiego, mimo że dane szpitali psychiatrycznych wykazywały wzrostową tendencję w liczbie leczonych narkomanów to i tak przemawiały za niewielkimi rozmiarami narkomanii w Polsce. Stosunek osób leczonych do ogółu ludności wskazywał na małą powszechność zjawiska. W omawianym okresie na milion mieszkańców trzy osoby korzystały z usług psychiatrów w związku z uzależnieniem od narkotyków (22). „Inne obliczenia uwzględniające obok placówek państwowej służby zdrowia innego rodzaju ośrodki terapii narkomanów wykazywały, że w ciągu roku, w pierwszej połowie lat trzydziestych leczyło się ok. 300 osób” (19). Na poparcie tezy o marginalności zjawiska narkomanii w Polsce wykorzystywano porównania polskich danych psychiatrycznych z analogicznymi danymi z innych krajów. Szulc zwracał uwagę, że polskie dane psychiatryczne z 1928 roku informowały jedynie o 85 osobach leczonych. Liczba osób leczonych w tym okresie w Niemczech wynosiła 3,5 tysiąca, w Stanach Zjednoczonych – 7 tys., w Austrii – 163, na Węgrzech – 268 (24).

Szulc swoje uwagi na temat znikomej liczby rejestrowanych narkomanów w Polsce opatrzył jednak zastrzeżeniem. „Gdybyśmy chcieli sądzić o częstotliwości narkomanii na podstawie niekompletnych obserwacji w Polsce, jak zresztą w wielu krajach Europy, doszlibyśmy do błędnego wniosku, że rozmiary niebezpieczeństwa nie są wielkie (...) Możemy z wielką dozą prawdopodobieństwa przyjąć, że liczba narkomanów jest znacznie większa niż wynika to ze statystyk” (24).

Firstenberg donosił, że Departament Służby Zdrowia szacował liczbę narkomanów na około pięć tysięcy. Przytoczył też opinie statystyków amerykańskich głoszące, że na jedną osobę poddającą się kuracji odwykowej przypada zazwyczaj stu innych narkomanów (14).

W sumie, badacze nie wypracowali jednoznacznego stanowiska w kwestii, czy narkomania w naszym kraju stanowiła problem społeczny. Mniej wątpliwości zdawała się budzić kwestia powszechności stosowania poszczególnych narkotyków.

W okresie międzywojennym polski rynek narkotykowy zdominowany był przez morfinę i kokainę (heroina była stosunkowo mało rozpowszechniona). Ówczesni badacze wskazywali na podobny zasięg stosowania morfiny i kokainy bądź zamiennie używanie tych środków w połączeniu z innymi.

Firstenberg pisał (na podstawie zbadania grupy 84 narkomanów): „jeżeli chodzi o rodzaj narkotyków (...) to niepodzielnie prawie panują morfina i kokaina, w równym mniej więcej stopniu. Ciekawy jest przytem fakt, że wielu z nich przerzucało się od morfiny do kokainy i odwrotnie (...). Byli jednak i tacy, którzy przez cały czas używali tylko morfiny bądź też tylko kokainy. Pantopon i opium odgrywały w naszej kazuistyce rolę jedynie środków, zastępujących morfinę; heroina występowała trochę rzadziej i zawsze w kombinacji z innymi narkotykami (tzw. poli-toxicomanja). Stosowania przez narkomanów eucodalu, haszyszu itp. nie stwierdziliśmy ani razu, nie znaczy to jednak, aby fakty takie nie miały w rzeczywistości miejsca” (14).

W połowie lat 30. odnotowano też stosowanie kodeiny traktowanej przeważnie jako substytut morfiny. Łuniewski – psychiatra zajmujący się narkomanami – pisząc o środkach, jakie stosowali ludzie wchodzący w skład 39-osobowej grupy jego pacjentów, wymieniał 25 osób uzależnionych od morfiny i 3 od kokainy. Pozostałych 11 osób używało zamiennie morfiny, kokainy, pantoponu, opium i heroiny (22).

Autorzy publikacji wyrażali zgodne przekonanie co do lokalizacji zjawiska w strukturze społecznej. Stwierdzano mianowicie, że narkomania (kokainizm i morfinizm) lokuje się w wyższych warstwach struktury społecznej, w kręgach inteligencji. „Zdaniem ówczesnych badaczy fakt ten nie oznaczał jednak istnienia odrębnej grupy przyczyn determinujących używanie narkotyków przez tę kategorię społeczną. Tak np. używanie narkotyków przez personel szpitali tłumaczyło się zwykle ryzykiem zawodowym spotęgowanym łatwym dostępem do leków. Powszechność narkomanii w gronie wojskowych traktowano przeważnie jako efekt urazów wojennych łagodzonych w szpitalach i lazaretach arbitralnie dozowanymi dawkami narkotyków. Z kolei popularność środków w kręgach artystycznych wyjaśniano potrzebą niezwykłych wrażeń, potrzebą będącą immanentną cechą tego zawodu” (19).

Badacze o przyczynach narkomanii

Większość wyjaśnień dotyczących przyczyn narkomanii opierała się na interpretacji indywidualnych przypadków osób uzależnionych. Bardzo rzadko odwoływano się do procesów społecznych, tak jak to czynił np. Szulc: „Zwłaszcza okresy wojen i przewrotów, kiedy wstrząsające zdarzenia narażają układ nerwowy na znacznie

większe urazy niż w okresie normalnym, narkomania staje się od razu zagadnieniem aktualnym i dlatego teraz, z powodu kryzysu ekonomicznego sprawa ta powinna stać się przedmiotem wielkiej czujności” (24).

Przyczyn narkomanii poszukiwano przede wszystkim w indywidualnych losach poszczególnych osób, a motywów zażywania narkotyków doszukiwano się w wolnej woli człowieka. „Przyzwyczajeniu do picia alkoholu może ulec człowiek zdrowy nie mający żadnych dolegliwości cielesnych, przyzwyczajenie do narkotyków aptecznych rozwija się zazwyczaj u osób cierpiących, które chcą złagodzić swoje cierpienia. Wyjątkowo tylko nałogowe użycie aptecznych środków odurzających rozwinać się może u osób zachęconych do tego przykładem innych, na podstawie poszukiwania niezwykłych wrażeń, bez potrzeby poszukiwania kojącego działania narkotyku” (22).

„Z jednej strony wymieniano te sytuacje, w których pierwszy kontakt z narkotykiem następował niezależnie od chęci i motywacji osoby np. wskutek dolegliwości fizycznych, terapii lekarzy czy podstępnej zмовы handlarzy narkotyków. Z drugiej zaś strony występowały przyczyny używania środków odurzających będące efektem dobrowolnego poszukiwania kontaktu z narkotykami, z chęci podkreślenia własnej odrębności czy dla zaspokojenia zwyczajnej ciekawości” (19).

Te dwie odrębne grupy motywów sprawiały, że różnicowano populację narkomanów i rodzaj stosowanych przez nich środków. „Według poczynionych przez nas obserwacji istnieje dość znaczna różnica pomiędzy przeciętnym typem morfinisty i kokainisty. W większości przypadków morfinista to przede wszystkim nieszczęśliwy wykołajeniec życiowy, to człowiek przeważnie niezamożny, który nabawił się swego nałogu przypadkiem w czasie choroby, i następnie nałóg ten ciągnie za sobą przez szereg lat nie mogąc się go pozbyć. Kokainiści natomiast to najczęściej ludzie dobrze sytuowani, którzy zwykle z narkotykiem zetknęli się po raz pierwszy dobrowolnie pragnąc zaznać nieznanego wrażeń, pomiędzy kokainistami zdarza się dość dużo rozmaitych zбоceń. Ten sam *głód wrażeń* dostarcza klientów palarniom opium” (14).

„Kokaina ma swój zbyt wśród ludzi młodych. Forma nadużywania kokainy przez wachanie rozpowszechniła się przeważnie wśród sfer dekadenco-artystycznych, bohemy wielkich miast i w kole ich promieniowania (kelnerzy, modelki, prostytutki) i pozatem w kołach niesolidnych i oddanych użyciu” (26).

Rekapitulując, morfinistów postrzegano jako ludzi chorych, którzy popadli w uzależnienie z przyczyn przez siebie niezawinionych, ich nałogu nie łączono z innymi zachowaniami patologicznymi czy dewiacjami osobowości. Zażywanie kokainy natomiast wiązano z psychopatią, zachowaniami sadystycznymi, zбоceńiami seksualnymi, homoseksualizmem, chorobami wenerycznymi.

Inaczej też wyjaśniano zachowania agresywne przejawiane przez poszczególne kategorie uzależnionych. „Twierdzono, że skłonności agresywne osób uzależnionych od opiatów występują wyłącznie w sytuacjach niemożności zaspokojenia głodu narkotycznego, za którego objawy nie ponoszą one najmniejszej odpowiedzialności. Zupełnie inaczej zaś należy traktować analogiczne zachowanie kokainistów. Uzyskanie stanu podniecenia czy agresywności w ich przypadku jest celem kon-

sumpcji narkotyków, przy czym – co najważniejsze – wążanie białego proszku nie wynika tu z istnienia zależności fizycznej. Jakkolwiek do dziś nie rozstrzygnięto definitywnie kwestii zależności fizycznej u kokainistów (uzależnienie psychiczne nie budzi już wątpliwości) to twierdzenie o braku zespołu abstynencyjnego było w tym czasie powszechnie wykorzystywanym argumentem na rzecz konieczności stosowania represji wobec tej grupy narkomanów” (19).

Takie stanowisko zajmował, np. Firstenberg, który w 1935 roku pisał: „Przestępstwa kokainistów nie mogą być traktowane z tą wyrozumiałością, z jaką odnosimy się do analogicznych przestępstw morfinistów, ze względu na brak objawów głodu u kokainistów” (14).

Różnicowanie przyczyn kokainizmu i morfinizmu miało swoje konsekwencje praktyczne, a mianowicie przekładało się na propozycje różnych sposobów terapii morfinistów i kokainistów. „Postulowane przez znawców zagadnienia metody leczenia uzależnień od morfiny zawierały propozycje oddziaływań psychoterapeutycznych, sugerowały konieczność dbania o właściwy sposób odżywiania, podkreślały znaczenie istnienia okresu rekonwalescencji czy ambulatoryjnej kurateli po odbyciu terapii” (19).

Natomiast preferowany sposób leczenia kokainizmu „polega na przerwaniu wążania lub zastrzykiwania kokainy i na pozostawieniu chorego w warunkach długotrwałej i ścisłej kontroli. Kontrola w przyszłości po wyleczeniu jest obowiązkowa. Nic więcej o leczeniu powiedzieć się nie da. Cała troska lekarska powinna iść w kierunku podłoża psychopatycznego kokainisty. Rokowanie co do nawrotów jest bardzo złe. Konflikt z prawem w przyszłości w poważniejszych przypadkach jest prawie pewien” (26).

Na zakończenie warto odnotować, że w rozważaniach na temat przyczyn narkomanii pomijano w zasadzie zagadnienie roli, jaką w powstaniu nałogu mogli odgrywać lekarze czy farmaceuci. Wyjątek stanowił tu prokurator Firstenberg, który zwracał uwagę, że jedną z przyczyn nałogu mogły być uchybienia ze strony lekarzy w wykonywanej przez nich pracy (autor podejrzewał, że lekarze mogli współpracować z narkomanami, sami fałszować recepty czy zbyt pochopnie przepisywać narkotyki). W związku z tym, prokurator zalecał podjęcie określonych działań zaradczych polegających na poddaniu lekarzy i farmaceutów kontroli administracyjnej. „Niektórzy lekarze prowadzili swoją szkodliwą działalność przez czas dłuższy – kilkanaście miesięcy, a nawet parę lat – zupełnie jawnie, bez żadnej reakcji ze strony władz administracyjnych i sądowych. Przyczyna powyższego stanu tkwi przede wszystkim w braku stałej kontroli administracyjnej w tej dziedzinie. Kontrola taka winna polegać na perjodycznym sprawdzaniu przez inspektorów lekarskich właściwego Wydziału Zdrowia wszystkich recept na narkotyki, zrealizowanych w różnych aptekach danego miasta (...) Niezależnie od tego inspektorzy farmaceutyczni winni przy lustracjach aptek zwracać uwagę nie tylko na formalno-porządkową stronę prowadzonych ksiąg kontroli obrotu narkotykami, ale i na meritum recept na narkotyki, zrealizowanych w danej aptece.” (14)

Podsumowując prezentację społecznej dyskusji o narkomanii, można powiedzieć, że najliczniej byli w niej reprezentowani przedstawiciele profesji medycznych i to

przede wszystkim oni nadawali ton tej dyskusji. Badacze interesowali się głównie kokainizmem i morfinizmem, poświęcając niewiele uwagi eteromanii czy uzależnieniom od innych rodzajów środków. Ograniczenie zainteresowań mogło wynikać, po pierwsze, z praktyki zawodowej (można przypuszczać, że najczęściej stykano się z osobami uzależnionymi od kokainy i morfiny), po drugie, z wagi, jaką ustawodawca przywiązywał do tego typu uzależnień. Nie sposób jednak ocenić znaczenia wskazanych potencjalnych źródeł społecznego zainteresowania uzależnieniem od morfiny oraz kokainy.

2.2. Narkomania problemem społecznym

2.2.1. *Problem indywidualny a społeczny*

Zdaniem Spector'a i Kitsuse, problemy społeczne biorą swój początek z indywidualnych. Zjawisko czy sytuacja dolegliwa dla stosunkowo niewielkich grup czy zbiorowości społecznych z czasem może się przekształcić w zjawisko, którego rozwiązania będzie się domagać stosunkowo wielu członków społeczeństwa. Początkowe zainteresowanie zjawiskiem, ograniczone w zasadzie do osób mających z nim bezpośrednią styczność, może ewoluować w szeroko społecznie podzielane niezadowolenie i przekonanie o potrzebie rozwiązania dolegliwej sytuacji. Wówczas w próby definiowania zjawiska i w procesy projektowania działań zaradczych będą się angażować różnorodni aktorzy sceny społecznej – od grup roszczeniowych poczynając, a na przedstawicielach władzy i instytucji państwowych kończąc. Zwieńczeniem procesów definiowania problemu społecznego będzie, w opinii badaczy, jego instytucjonalizacja (zaprojektowanie polityki zapobiegawczej i przyjęcie określonych rozwiązań legislacyjnych) (2). Podobne etapy w rozwoju problemów społecznych przewidywał Blumer (3). Zbliżone poglądy na kierunek rozwoju problemów społecznych propagował Gerston. Jego zdaniem, wszystkie zagadnienia publiczne zaczynają się jako zagadnienia indywidualne, kłopoty personalne ewoluują w szeroko rozpowszechnione niezadowolenie z określonej sytuacji czy stanu rzeczy i zaczynają nabierać charakteru politycznego, stając się tym samym potencjalnym obiektem działań zaradczych ze strony państwa (27).

Z powyższych uwag wynika, że końcowym efektem procesów definiowania problemów społecznych i kształtowania zapobiegawczej polityki państwa będą rozwiązania legislacyjne. Spoglądając w tym świetle na historię polskiej narkomanii w okresie międzywojennym należy stwierdzić, że zarysowany kierunek rozwoju problemów społecznych nie znalazł potwierdzenia w polskiej rzeczywistości.

Pierwsze, kompleksowe rozwiązania legislacyjne (od razu w postaci ustawy) podjęto w 1923 roku. W okresie poprzedzającym uchwalenie ustawy, zjawisko narkomanii – w świetle rozumienia przyjętego w niniejszej pracy – nie stanowiło jednak problemu społecznego przede wszystkim dlatego, że przed podjęciem działań legislacyjnych, związanych z uchwaleniem ustawy, nie zachodziły procesy społecznego definiowania narkomanii, a społeczeństwo nie wykazywało zainteresowania zjawia-

skiem i nie inicjowało publicznej dyskusji na jego temat. W związku z tym, w okresie poprzedzającym uchwalenie ustawy trudno też zidentyfikować jakiegokolwiek grupy zaangażowane, a tym samym również grupy roszczeniowe w rozumieniu Spectora i Kitsuse.

Na podstawie analizy zebranych materiałów można przyjąć, że w czasie poprzedzającym uchwalenie ustawy występowanie zjawiska narkomanii było ograniczone do kilku określonych kategorii społecznych. Po pierwsze, na popadnięcie w nałóg szczególnie narażeni byli weterani I wojny światowej i inne osoby szczególnie dotkliwie doświadczające jej skutków. Wzmożone zażywanie kokainy w tym okresie tłumaczono „niewątpliwymi trudami wojennymi i wyczerpaniem systemu nerwowego przez skutki wojny” (28). Po drugie, narkotyki zażywały osoby z kręgów artystycznych (10). Po trzecie, ludność Śląska – zwłaszcza wiejska – używała eteru jako swoistego zamiennika alkoholu i środka uspokajającego.

Opierając się na dokonywanym przez badaczy rozróżnieniu problemów indywidualnych i społecznych, narkomanię tamtego okresu można potraktować jako problem indywidualny, była ona przede wszystkim problemem osób borykających się z uzależnieniem.

Materiały świadczące o szerszej społecznej refleksji nad przyczynami zjawiska, skutkami i sposobami terapii pochodzą z lat 30. Dopiero wtedy zaczęła się rozwijać dyskusja nad rozmiarami narkomanii w naszym kraju i nad zasadnością uznania jej za problem społeczny. Zaczęto wówczas podejmować pierwsze próby społecznej interpretacji zjawiska, w czym celowali zwłaszcza medycy i psychiatry. Odwoływano się przy tym również do istniejących regulacji prawnych. W zasadzie rozwój procesów społecznego definiowania narkomanii jako problemu społecznego przypada na lata 30. Tymczasem pierwsze rozwiązania legislacyjne w zakresie narkomanii podjęto na początku lat 20. W związku z powyższym trzeba podkreślić, że przedstawiciele władzy państwowej zaangażowali się w działania mające zapobiegać rozpowszechnieniu narkomanii stosunkowo wcześniej, podczas gdy badacze i praktycy zaczęli przejawiać szersze zainteresowanie tym zjawiskiem kilka lat później.

W świetle dotychczasowych uwag można przyjąć, że co najmniej do czasu podjęcia działań legislacyjnych przez rząd i parlament zjawisko narkomanii w naszym kraju nie było postrzegane jako problem społeczny. W związku z tym można dodać, że kierunek rozwoju problemów społecznych, proponowany przez Spectora i Kitsuse oraz Blumera nie znalazł potwierdzenia w historii problemu narkomanii w naszym kraju w okresie międzywojennym. W Polsce na początku lat 20. zjawisko narkomanii poddano procesom instytucjonalizacji, przy czym narkomania nie wzbudzała wówczas publicznej dyskusji, a pod adresem władz i instytucji państwowych nie formułowano żadnych postulatów zaradzenia zjawisku. Innymi słowy, można obserwować odwrotny kierunek rozwoju problemu społecznego od tego, jaki proponowali Spector i Kitsuse czy Blumer.

W okresie międzywojennym inicjatorami procesów konstruowania narkomanii jako problemu społecznego byli przedstawiciele władzy państwowej. Zagrożenie ze strony narkomanii stanowiło jeden z argumentów, do których odwoływali się posło-

wie uzasadniając potrzebę uchwalenia ustawy w przedmiocie substancji i przetworów odurzających (warto przy tym zwrócić uwagę na fakt, że ustawa przeciwnarkotykowa z 1923 roku nie wspomniała słowem o narkomanii czy uzależnieniu od wymienianych w niej substancji i przetworów odurzających, a skupiła się wyłącznie na uregulowaniu obrotu tymi środkami). Obok argumentu o zagrożeniu ze strony narkomanii wysuwano też inny, bardziej – jak się zdaje – znaczący.

2.2.2. Polityczne determinanty uchwalenia ustawy w przedmiocie substancji i przetworów odurzających

W pierwszych latach po odzyskaniu przez nasz kraj niepodległości zjawisko uzależnienia od narkotyków było problemem indywidualnym. Tymczasem w 1923 roku Sejm uchwalił ustawę przeciwnarkotykową i właściwie dopiero od tego momentu zainteresowanie narkomanią zaczęło wzrastać, a państwowe instytucje zaczęły się angażować w przedsięwzięcia zaradcze (zob. podrozdz. 2.1.1). Krótko mówiąc, działania legislacyjne zapoczątkowały społeczne procesy interpretacji narkomanii, która tym samym zaczęła się przekształcać, z problemu dotąd indywidualnego, w społeczny. W związku z tym należy się głębiej zastanowić nad przyczynami uchwalenia ustawy.

Zdaniem Gerstona, za przekształcenie zagadnienia prywatnego w publiczne odpowiadają tzw. okoliczności inicjujące, czyli wydarzenia wewnętrzne (naturalne katastrofy, trudności ekonomiczne) bądź zewnętrzne dla danego kraju (wojna, sytuacja kraju na arenie międzynarodowej, konflikt w stosunkach z innym krajem) o odpowiednim zasięgu, natężeniu i czasie trwania (27).

W Polsce międzywojennej identyfikacja wewnętrznych okoliczności inicjujących napotyka trudności. W kraju nie wydarzyło się nic szczególnego, co miałoby związek z narkomanią i wyjaśniało podjęcie prac nad ustawą. Na podstawie analizy dostępnych materiałów z tamtego okresu nie sposób też ustalić, jaki był ówczesny zasięg, natężenie i czas trwania zjawiska narkomanii w naszym kraju. Argument Sejmowej Komisji Zdrowia Publicznego uzasadniający potrzebę wprowadzenia ustawy, który odwoływał się do występowania w kraju narkomanii i jej potencjalnych negatywnych skutków społecznych nie wydaje się być w pełni zadowalającym wyjaśnieniem motywów jej uchwalenia.

Zdecydowanie bardziej przekonujący wydaje się być drugi argument, wskazujący na międzynarodowe zobowiązania Polski w zakresie zapobiegania narkomani (29). Fakt ten trudno jednak interpretować jako zewnętrzne okoliczności inicjujące, o jakich pisał Gerston, bowiem zobowiązania Polski nie tyle były wynikiem jakiegoś konkretnego wydarzenia w polityce międzynarodowej, które dałoby się opisać w kategoriach zasięgu, natężenia i czasu trwania, ile wynikały raczej z ogólnej sytuacji naszego kraju na arenie międzynarodowej i z celów polskiej polityki zagranicznej.

Sejmowa Komisja Zdrowia Publicznego podkreślała w sprawozdaniu z prac nad ustawą, że Polska miała obowiązek uchwalenia tej ustawy, ponieważ wynikało to z Traktatu Wersalskiego, zawartego przez państwo polskie, a ratyfikowanego przez Sejm. Artykuł 295 Traktatu wyraźnie mówił, że państwa podpisujące go są zobowiązane przystąpić do haskiej konwencji opiumowej. W ciągu roku od podpisania

traktatu należało taką ustawę wprowadzić i – zgodnie z konwencją haską – powiadomić o tym holenderskie ministerstwo spraw zagranicznych, przesyłając mu tekst ustawy. Tekst ustawy miał być następnie przekazany innym państwom, co miało przyczynić się do uregulowania wspólnego handlu, wywozu i wwozu opium (30).

Z powyższych uwag wynika, że determinant uchwalenia ustawy należy upatrywać w czynnikach politycznych. Zwraca na to uwagę Kingdon, który – obok problemu samego w sobie – procesy i zdarzenia polityczne czyni jedną z głównych kategorii determinant przebiegu procesów dokonywania zmian w dotychczasowej polityce społecznej (7). W rozpatrywanym przypadku chodziłoby zatem o sytuację naszego kraju na arenie międzynarodowej. Krótko mówiąc, na podstawie powyższych ustaleń można stwierdzić, że zasadniczym motywem uchwalenia ustawy były względy polskiej polityki zagranicznej. W interesie naszego kraju leżało bowiem stosowanie się do międzynarodowych postanowień.

Symboliczny wymiar działań legislacyjnych

Według Gusfielda, działania polityczne i legislacyjne mają swój aspekt instrumentalny i symboliczny. O działaniach instrumentalnych można mówić wówczas, gdy zasadniczym, bezpośrednim ich celem jest zmiana zachowań; o symbolicznych – gdy bezpośrednim ich efektem ma być przekazanie informacji o intencjach, ideologii autorów decyzji (31).

Biorąc pod uwagę znaczenie, jakie dla suwerenności państwa polskiego miał Traktat Wersalski można przypuszczać, że główną funkcją uchwalenia ustawy przeciwnarkotykowej było zakomunikowanie opinii międzynarodowej, z jaką powagą państwo polskie odnosi się do ustaleń Traktatu oraz do swojego uczestnictwa w Lidze Narodów. Krótko mówiąc, uchwalenie ustawy zostało poddyktowane przede wszystkim względami polskiej polityki zagranicznej – miało służyć umacnianiu suwerenności naszego kraju na arenie międzynarodowej.

W świetle tych ustaleń można stwierdzić, że instrumentalne motywy wprowadzenia ustawy odgrywały zdecydowanie mniejszą rolę w porównaniu z motywami symbolicznymi. Stwierdzenie to wzmacnia dodatkowo fakt, że ustawa była wzorowana na ustaleniach haskiej konwencji opiumowej i dotyczyła głównie obrotu opium i pochodnymi, a więc za punkt odniesienia posłużyły jej w większym stopniu ustalenia międzynarodowe, aniżeli faktyczna sytuacja w tym względzie w kraju. Projekt rządu nie przewidywał np. regulacji dotyczących eteru, które wprowadzono dopiero w trakcie prac nad projektem, na wniosek Sejmowej Komisji Przemysłowo-Handlowej.

Warto dodać, że od czasu uchwalenia ustawy Polska stosunkowo aktywnie uczestniczyła w działaniach podejmowanych na arenie międzynarodowej w zakresie zapobiegania narkomanii (zob. podrozdz. 2.1.2).

W sumie, międzynarodowe inicjatywy w zakresie zapobiegania narkomanii skupiały się na sprawach dotyczących opium. Podobnie rzecz się miała w przypadku polskiej ustawy przeciwnarkotykowej (warto przy tym zauważyć po raz kolejny, że regulacje dotyczące eteru wprowadzono później).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, należy jeszcze raz podkreślić, że zasadniczym motywem uchwalenia polskiej ustawy przeciwnarkotykowej były względy polityczne, a jej główna funkcja – przekazanie intencji autorów – miała charakter symboliczny.

2.2.3. Polityka definiowania problemu

Procesy instytucjonalizacji narkomanii, które ostatecznie doprowadziły do uchwalenia ustawy przeciwnarkotykowej, były etapem przełomowym w rozwoju narkomanii jako problemu społecznego w okresie międzywojennym. Podjęte w latach 20. działania legislacyjne zainicjowały rozwój publicznej dyskusji o narkomanii i procesy stopniowego lokowania zjawiska w świadomości społeczeństwa.

Procesy instytucjonalizacji zainicjowały władze państwowe. W kontekście ustaleń Kingdona można powiedzieć, że uznanie narkomanii za problem wymagający działań zaradczych państwa dokonano się w ramach procesów politycznych. W związku z tym, polski problem narkomanii już od momentu pojawienia się w obszarze publicznego zainteresowania był wyraźnie upolityczniony. Chodzi przede wszystkim o omawiane wyżej polityczne determinanty uchwalenia ustawy. Procesy, które Kingdon określa jako rozpoznanie problemu były nieodłącznie związane ze wskazanym upolitycznieniem narkomanii. Twierdzenie to dodatkowo wzmacnia fakt, że w latach 20. nie zachodziły tzw. procesy badawcze, jakie w swoim modelu wyróżnia Kingdon. Innymi słowy, nie działały wówczas, poza rządem i parlamentem, inne grupy zaangażowane w procesy kreowania narkomanii jako problemu społecznego (brak społecznej dyskusji, doniesień prasowych, publikacji naukowych poświęconych narkomanii w naszym kraju). W zasadzie jedyna debata publiczna poświęcona narkomanii, jaka miała miejsce w owym czasie, to debata sejmowa.

Zatem, problem narkomanii rozpoznany przez aktorów sceny politycznej został przez nich również zinterpretowany (poprzez regulacje ustawy w przedmiocie substancji i przetworów odurzających). Przepisy ustawy, której projekt został przygotowany przez rząd, nawiązywały do ustaleń konwencji haskiej (ogólnie mówiąc, regulowały i penalizowały przede wszystkim zachowania związane z obrotem opium i pochodnymi i były nastawione głównie na ograniczanie podaży tych środków). Interpretacja narkomanii, która pośrednio wynika z ustawowych rozwiązań, akcentowała przestępcze aspekty zjawiska, jego przyczyn upatrując głównie w podaży narkotyków. Ustawa nie wspominała o leczeniu i profilaktyce, ani też o sytuacji, kiedy osoba uzależniona posiadała narkotyki na własny użytek (jedynie w art. 9 ustawy była mowa o nieprawnym posiadaniu środków zagrożonym ich konfiskatą). Innymi słowy, ustawowe regulacje pomijały sferę działań skierowanych na ograniczanie popytu. Trzeba jednak podkreślić, że w istocie ustawa traktowała narkomanię jako chorobę – nadzór nad wykonywaniem stosunkowo wielu postanowień ustawy został powierzony ministrowi zdrowia publicznego, przy którym powołano w 1931 roku Polski Komitet do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii. Mimo to, charakter rozwiązań ustawowych potwierdza poniekąd tezę, że w latach 20. nie było, poza politycznymi, innych grup zaangażowanych w zagadnienie narkomanii i pro-

cesy projektowania polityki zapobiegawczej. Grupy, które nie były związane ze sprawowaniem władzy, a których działania można zaliczyć do Kingdona procesów badawczych, zaczęły interesować się zjawiskiem stosunkowo późno, bo w latach 30. W tych latach można zatem wyróżnić nową, obok przedstawicieli państwa, grupę angażującą się w procesy kreowania narkomanii jako problemu społecznego i projektowania wobec niego publicznych decyzji. Warto zauważyć, że przedstawiciele profesji medycznych podejmowali m.in. zagadnienie leczenia osób uzależnionych, czego wyraźnie zabrakło w ustawie. Ponadto, na początku lat 30. wykluczano z tzw. „narkomanii właściwej” zjawisko eteromanii, gdy tymczasem ustawa wprowadzała ograniczenia w obrocie eterem, zaliczając tym samym eter do substancji i przetworów odurzających.

Reasumując, w latach 20. główną grupą zaangażowaną w procesy kreowania narkomanii jako problemu społecznego byli przedstawiciele władzy państwowej, a wprowadzane przez nich rozwiązania legislacyjne były dyktowane w głównej mierze względami polskiej polityki zagranicznej. Z czasem w procesy konstruowania problemu narkomanii zaczęły angażować się przedstawiciele profesji medycznych, uzupełniając czy wzbogacając funkcjonującą definicję prawną narkomanii jej interpretacją medyczną. Tym samym, z początkiem lat 30. możemy obserwować wyłanianie się drugiej, obok przedstawicieli państwa, grupy zaangażowanej w społeczne definiowanie narkomanii.

Definicje narkomanii w okresie międzywojennym

W okresie międzywojennym funkcjonowały dwie główne interpretacje narkomanii. Pierwsza to interpretacja prawna zawarta w rozwiązaniach legislacyjnych. Jej wyłonienie było ściśle związane z uchwaleniem w 1923 roku ustawy przeciwnarkotkowej. Prawna interpretacja zjawiska dominowała w latach 20. W latach 30. zaczęto kształtować medyczną interpretację narkomanii i to w odniesieniu do tego okresu można mówić o funkcjonowaniu dwóch zasadniczych definicji narkomanii: prawnej i stopniowo się wyłaniającej medycznej. Być może trafniej byłoby je ujmować łącznie, jako jedną prawno-medyczną interpretację narkomanii, obydwie bowiem były ze sobą ściśle związane. Definicja prawna nie negowała opinii, że narkomania była chorobą medyczną, aczkolwiek akcentowała zapobieganie podaży, upatrując tym samym w tej sferze głównych przyczyn rozwoju zjawiska. Zasadniczo jednak uzależnienie od substancji i przetworów odurzających zostało w ustawie potraktowane jako zagadnienie zdrowia publicznego. Równocześnie jednak ustawa pomijała takie aspekty narkomanii jak działania profilaktyczne i leczenie osób uzależnionych. Te zagadnienia akcentowała z kolei definicja medyczna, uzupełniając zawartą w rozwiązaniach legislacyjnych definicję prawną.

Na podstawie powyższych uwag można powiedzieć, że w okresie międzywojennym mieliśmy do czynienia z dwiema głównymi grupami zaangażowanymi w procesy konstruowania narkomanii jako problemu społecznego. Z jednej strony można obserwować działania przedstawicieli państwa, którzy w konstruowaniu prawnej

interpretacji kierowali się głównie pobudkami politycznymi, z drugiej – włączenie się w procesy konstruowania problemu przedstawiciele profesji medycznych, przede wszystkim lekarzy, farmaceutów i psychiatrów, skupionych m.in. w Polskim Komitecie do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii, Polskim Towarzystwie Lekarskim czy Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Interpretacja narkomanii wypracowywana w ramach medycyny uzupełniała interpretację, jaką pośrednio można odtworzyć z przyjętych przez państwo rozwiązań legislacyjnych. Jeżeli przyjąć, że w okresie międzywojennym mieliśmy do czynienia z dwiema głównymi grupami zaangażowanymi w procesy konstruowania narkomanii jako problemu społecznego (z przedstawicielami państwa i profesji medycznych), to trzeba jednocześnie uznać, że procesy definiowania problemu i projektowania oddziaływań zaradczych nie przebiegały na drodze walki międzygrupowej o zabezpieczenie własnych, przeciwstawnych interesów, jak ujmuje procesy tego rodzaju model Hayesa. Co więcej, trudno mówić nie tylko o walce i konflikcie antagonistycznych interesów, ale również o zachodzeniu tzw. walki o zawłaszczenie problemu. Procesy zawłaszczenia problemu zachodziły, ale nie była to walka międzygrupowa, a raczej stopniowe („pokojuowe”) rozwijanie medycznej interpretacji narkomanii.

Na podstawie analizy zebranych materiałów trudno dostrzec nie tylko procesy międzygrupowej walki, ale także wypracowywania kompromisu między przedstawicielami państwa z jednej strony a Naczelną Izbą Lekarską, Polskim Towarzystwem Lekarskim czy Polskim Komitetem do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii z drugiej, co zakłada z kolei ujęcie pluralistyczne. Ujęcie kompromisowe zakłada bowiem (podobnie zresztą jak model Hayesa) zróżnicowanie interesów i międzygrupową rywalizację. Tymczasem, jak wynika z analizy zebranych materiałów badawczych, między przedstawicielami administracji publicznej i profesji medycznych nie było kwestii spornych dotyczących narkomanii. Mówiąc inaczej, interesy państwa nie kolidowały z interesami przedstawicieli profesji medycznych, skupionych wokół kilku głównych organizacji. Analiza ta przemawia raczej za tezą, że podejmowanie decyzji miało charakter konsensualny, a w pewnych kwestiach państwo zdawało się wyraźnie przychylić do opinii lekarzy.

Na decyzji o wstrzymaniu importu heroiny zaważyła prawdopodobnie dyskusja w Naczelnej Izbie Lekarskiej (32). W 1935 roku minister sprawiedliwości wydał okólnik zalecający przykładanie większej wagi do spraw związanych z narkomanią i surowsze traktowanie przestępców–narkomanów, a wiadomo, że Polski Komitet do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii krytykował sądowe orzecznictwo za zbyt dużą łagodność w tego typu sprawach. Nie sposób jednak ocenić, w jakim stopniu ta krytyka miała wpływ na wydanie okólnika.

Procesy zawłaszczania problemu narkomanii przez przedstawicieli profesji medycznych

W okresie międzywojennym mieliśmy do czynienia z zawłaszczaniem problemu narkomanii przez przedstawicieli profesji medycznych. Trzeba jednak przy tym pa-

miętać o wcześniejszym upolitycznieniu tego zjawiska. Przedstawiciele nauk medycznych nie musieli rywalizować z innymi grupami o uznanie swoich kompetencji w zakresie wypowiedzania się na temat narkomanii. (Na rynku nie było innych grup zaangażowanych o przeciwstawnych czy wykluczających się interesach. Główną grupę stanowili – obok przedstawicieli państwa – lekarze, psychiatrzy, farmaceuci.) Nie spotykało się poglądów, które kwestionowałyby ich opinie, kompetencje czy propozycje rozwiązywania problemu narkomanii. Proponowana w ramach medycyny interpretacja narkomanii uzupełniała interpretację wypracowaną przez państwo.

Krótko mówiąc, w latach 30. nie było międzygrupowej walki o dominację nad sposobem rozumienia zjawiska czy o najlepsze metody rozwiązywania problemu. Zachodziły natomiast procesy zawłaszczania narkomanii przez przedstawicieli profesji medycznych, jedyną – poza przedstawicielami państwa – grupę zaangażowaną w procesy definiowania narkomanii i projektowania państwowej polityki zapobiegawczej.

Powołanie w 1931 roku przy ministrze zdrowia i opieki społecznej Komitetu do spraw Narkotyków i Narkomanii można potraktować jako wzmocnienie medycznego obrazu narkomanii (w istocie zakładanego przez ustawę). Pierwsza konferencja poświęcona narkomanii została zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Lekarskie. Zainteresowanie lekarzy skupiało się na przyczynach, skutkach i sposobach leczenia narkomanii *sensu stricto*, tj. morfinizmu i kokainizmu, co badacze podkreślali niejednokrotnie. Warto zauważyć, że podobnie jak rozważania profesjonalistów, również ustawa koncentrowała się na sprawach związanych z opium, morfiną i kokainą, poświęcając eterowi jeden przepis (dopiero rozporządzenie z 1928 roku rozciągnęło na tę substancję pozostałe przepisy ustawy). O ile jednak eter jeszcze w latach 20. został potraktowany przez przedstawicieli państwa na równi z pozostałymi substancjami odurzającymi, o tyle medycy i farmaceuci konsekwentnie pomijali w dyskusji o narkomanii sprawy eteru co najmniej do 1936 roku, czyli do czasu zorganizowania przez Polski Komitet do spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii narady w sprawie eteromanii. Ustalenia konferencji świadczą o tym, że eteromanii nadal nie zaliczono do narkomanii, pod tym pojęciem rozumiejąc jedynie kokainizm i morfinizm (uznano ją za chorobę podobną do alkoholizmu). Zaczęto jednak zjawisko postrzegać w kategoriach choroby, czyniąc tym samym medycynę arbitrem w zakresie rozstrzygnięcia o najlepszych sposobach przeciwdziałania (zob. podrozdz. 2.1.1).

Jak wynika z analizy zebranych materiałów, w latach 30. główną rolę w procesach definiowania narkomanii odgrywał Polski Komitet do spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii. Pewne zainteresowanie zjawiskiem wykazywało również Polskie Towarzystwo Kryminologiczne (istniało w latach 1921–1938), jednak poglądy Towarzystwa nie wykraczały poza te lansowane przez Komitet.

Komitet akceptował szacunki (ich górny pułap) dokonywane przez badaczy zjawiska, a dotyczące liczby narkomanów w Polsce. Na Walnym Zgromadzeniu Komitetu prokurator Firstenberg (zajmował się narkomania w aspekcie sądowo-karnym) ocenił liczbę narkomanów w kraju na około 5.000. Szacunek dotyczył liczby narkomanów „w postaci ogólnie wtedy w Polsce znanej” – przeważnie morfinistów i ko-

kainistów, i nie obejmował osób uzależnionych od eteru, ponieważ eteromania jako zjawisko masowe na Górnym Śląsku została ujawniona później (17).

Zdaniem Komitetu, walkę z narkomanią utrudniał brak możliwości przymusowego leczenia odwykowego narkomanów (podobnie, jak i alkoholików), poza przypadkami zastosowania przez sąd leczniczego środka zabezpieczającego (art. 82 k.k. z 1932 roku). Poza tym leczenie odwykowe narkomanów było możliwe tylko na podstawie dobrowolnej zgody pacjenta. W grę wchodziło jedynie leczenie zakładowe, bowiem w opinii Komitetu, ambulatoryjne leczenie narkomanii było bezskuteczne. Dla zwiększenia efektywności działań zapobiegawczych konieczne było, zdaniem Komitetu, wzmoczenie kontroli nad przywozem do kraju środków odurzających i nad handlem nimi oraz nad wypisywaniem recept przez lekarzy i ich realizowaniem w aptekach. Za konieczne uznawano też prowadzenie odpowiednich akcji uświadamiających szkodliwość narkotyków. Tym samym, lekarze zwrócili uwagę na potrzebę oddziaływania nie tylko na podaż narkotyków, ale także na ich popyt. Komitet krytykował orzecznictwo sądowe traktujące narkomanię jako okoliczność łagodzącą przy wymiarze kary (17).

Komitet postulował utworzenie odwykowego leczenia narkomanów – przymusowego i bezpłatnego, a po ukończeniu leczenia – sprawowanie nadzoru lekarskiego nad osobami wyleczonymi przez odpowiednio przygotowany personel. W związku z tym wskazywano na potrzebę zapewnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pielęgniarek społecznych, pomocnych przy kierowaniu narkomanów na leczenie i podczas sprawowania nad nimi nadzoru lekarskiego po ukończeniu leczenia.

Komitet nie ograniczał się do postulatów rozciągnięcia kontroli lekarskiej nad życiem osób wyleczonych po zakończeniu terapii, postulując przy tym również objęcie nadzorem lekarskim przestępców opuszczających więzienia, którzy zostali wyleczeni z narkomanii w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Jako przykład przytaczano Belgię, gdzie sprawcy przestępstw popełnionych pod wpływem narkotyków byli przedterminowo zwalniani z więzień pod warunkiem poddania się nadzorowi społeczno-lekarskiemu (17).

Powyższe uwagi ilustrują, w jaki sposób przedstawiciele profesji medycznych zawłaszczali problem narkomanii, wkraczając przy tym w sferę prawnych uregulowań zjawiska. Przejawiało się to m.in. w postulatach wprowadzenia przymusowego leczenia narkomanów, krytyce orzecznictwa sądowego czy wreszcie rozszerzenia kompetencji lekarzy na sferę penitencjarną poprzez objęcie nadzorem lekarskim więźniów–narkomanów opuszczających zakłady karne.

Pojawiały się też propozycje implikujące pełną kontrolę lekarzy i psychiatrów nad przestępcami–narkomanami. Proponowano mianowicie przymusowe umieszczenie niepoczytalnych sprawców przestępstw, a zatem również uznanych za niepoczytalnych przestępców–narkomanów, w zakładzie leczniczym do czasu wyleczenia. Tym samym, lekarze i psychiatrzy zyskiwaliby wpływ na jakość i wymiar kary orzekanej przez sąd wobec przestępcy–narkomana.

W opinii Polskiego Towarzystwa Kryminologicznego, przymusowe umieszczenie niepoczytalnego sprawcy w zakładzie psychiatrycznym nie powinno być uzależ-

nione od rodzaju dokonanego czynu. „Wypowiadano się przy tym przeciwko stanowisku projektu k.k. (z 1929 r. – M.A.) przewidującego umieszczenie w zakładzie leczniczym tylko wtedy, gdy sąd uzna trwałą nieodpowiedzialność sprawcy chorego psychicznie. Stwierdzono, że psychozy stwarzające niebezpieczeństwo sprawcy dla porządku prawnego mogą mieć charakter przejściowy. Łuniewski powoływał się przy tym na przypadki psychoz toksycznych i infekcyjnych, przy występowaniu których sprawca dopuścił się czynu zabronionego, a które zostają wyleczone w ciągu kilku miesięcy i nie powtarzają się.” (33)

Jak można przypuszczać, propozycje przymusowego kierowania na leczenie narkomanów–przestępców nie dotyczyły kokainistów, których w okresie międzywojennym uważano za psychopatów. Dominowała opinia, że kokainiści jako psychopaci nie nadają się do leczenia odwykowego i powinni być karani surowo (zob. podrozdz. 2.1.3).

Psychopatów „którzy wykazują niedorozwój lub spaczenie popędów, a którzy dopuścili się czynu przestępczego, nie uznawać za niepoczytalnych lub za osobników o poczytalności zmniejszonej. Psychopatia będąca trwałym spaczeniem charakteru nie nadaje się do leczenia psychiatrycznego lecz wymaga resocjalizacji sprawcy, do której warunki stwarza odbywanie kary więzienia” (33).

Zawłaszczanie problemu narkomanii przez przedstawicieli profesji medycznych poszerzało i umacniało ich zawodowe kompetencje oraz możliwości wywierania wpływu na decyzje w sprawie narkomanii podejmowane przez urzędników państwowych. W latach 20. dominowała interpretacja prawna, którą wraz z rozwojem dyskusji o narkomanii wśród lekarzy i farmaceutów zaczęto uzupełniać interpretacją medyczną. Krótko mówiąc, w latach 30. główną grupą zaangażowaną w procesy definiowania narkomanii byli przedstawiciele profesji medycznych, którzy wyznaczyli kierunek rozwijającej się dyskusji o zjawisku.

2.3. Podsumowanie

Narkomania na początku lat 20. była indywidualnym problemem osób dotkniętych nałogiem. O przekształceniu narkomanii w problem społeczny zdecydowały względy polityki zagranicznej. Zaprojektowana przez rząd i uchwalona przez parlament w 1923 roku ustawa w przedmiocie substancji i przetworów odurzających miała przede wszystkim wymiar symboliczny, a mianowicie miała określać stosunek państwa polskiego do międzynarodowych postanowień i przyczyniać się do umacniania suwerennej pozycji naszego kraju na arenie międzynarodowej. Wprowadzone w następnych latach rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wynikały z regulacji ustawowych. Innymi słowy, o procesach projektowania polityki państwa wobec narkomanii w latach 20. decydowali przedstawiciele władzy państwowej i względy polityki zagranicznej. Sytuacja zaczęła ulegać zmianie z początkiem lat 30., kiedy w procesy definiowania narkomanii jako problemu społecznego zaczęli się angażować przedstawiciele profesji medycznych, którzy zdominowali rozwijającą się dyskusję. Proponowane przez nich sposoby rozwiązania problemu zmie-

rzały m.in. w kierunku zwiększenia kontroli medycznej nad narkomanami oraz nad podażą narkotyków za pośrednictwem aptek. Innymi słowy, zmierzały do poszerzenia zakresu kompetencji przedstawicieli profesji medycznych w kwestii zapobiegania narkomanii. Krótko mówiąc, w latach 30. można obserwować postępującą dominację przedstawicieli profesji medycznych w procesach definiowania narkomanii. Procesy te przerwał wybuch II wojny światowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Guba EG, Lincoln YS (1998) Competing paradigms in qualitative research. W: Denzin NK, Lincoln YS (red.) *The landscape of qualitative research, theories and issues*. London, New Delhi: Sage Publications, 195–220.
2. Spector M, Kitsuse J (1977) *Constructing social problems*. Menlo Park, California: Cummings Publishing Company.
3. Blumer H (1971) Social problems as collective behavior. *Social Problems* 18, 3.
4. Lindblom Ch (1959) The science of muddling through. *Public Administration Review*, 19.
5. Lindblom Ch (1979) Still muddling, Not Yet Through. *Public Administration Review*, 39.
6. Hayes MT (1992) *Incrementalism and public policy*. New York, London: Longman.
7. Kingdon JW (1995) *Agendas, alternatives, and public policies*. 2 wyd. Harper Collins College Publishers.
8. Rochefort DA, Cobb RW (1994) Problem definition: An emerging perspective. W: Rochefort DA, Cobb RW (red.) *The politics of problem definition. Shaping the policy agenda*. Kansas: University Press of Kansas, 1–31.
9. Cawson A (1995) Wprowadzenie. Wielość korporatywizmów: o konieczności mediatyzacji interesów na szczeblu pośrednim. W: Szczupaczyński J. (red.) *Władza i społeczeństwo. Antologia tekstów z zakresu socjologii polityki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 173–185.
10. Płonka-Syroka B (1983) Społeczno-kulturowe uwarunkowania narkomanii. W: Marcinkowski T (red.) *Nawyki alkoholizowania się i ulegania narkomanii w okresie obecnych przemian społecznych*. Szczecin.
11. Kaczorowski A (1878) Przyczynek do leczenia morfinizmu. *Medycyna*, 28.
12. Ślusarczyk B (1991) *Narkomania: problemy prawno-kryminologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
13. Chodźko W (1934) Sprawa narkotyków jako zagadnienie międzynarodowe. *Medycyna*, 5, 1–3.
14. Firstenberg J (1935) *Walka z narkomanią i handlem narkotykami na terenie sądowym*. Warszawa: nakładem księgarni F. Hoesicka.
15. *Komunikat Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej* (1934) *Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich*, 7, 218–219.
16. Strzelecki W (1933) Nielegalny obrót narkotykami. *Na posterunku*, 35.
17. Nelken J (1987) Koncepcje przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii w Polsce okresu międzywojennego. *Archiwum Kryminologii*, 14, 201–225.
18. Zgirski L (1988) *Toksykomanie w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL.

19. Frieske KW, Sobiech R (1987) *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
20. Hrabini K (1934) *Narkomanje w szkole*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Walki z Alkoholicyzmem „Trzeźwość”.
21. II Zbiór systematyczny rozporządzeń i okólników Ministra Sprawiedliwości (1935) Warszawa.
22. Łuniewski W (1933) W sprawie liczby narkomanów i ich jakości ustrojowej. *Rocznik Psychiatryczny*, 21.
23. *Medycyna* (1935), 5 za: Frieske KW, Sobiech R (1987) *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
24. Szulc G (1934) Narkomania jako zagadnienie higieny społecznej. *Medycyna*, 5.
25. Gallus J (1935) Stan szpitali psychiatrycznych i opieki pozazakładowej w Polsce w okresie 1930–1933. *Nowiny Psychiatryczne*, 1.
26. Nelken J (1934) *Medycyna*, 5 za: Frieske KW, Sobiech R (1987) *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
27. Gerston LN (1997) *Public policy making. Process and principles*. New York, London England: M.E. Sharpe.
28. Wachholz L (1923) *Psychopatologia sądowa*. Kraków.
29. Sprawozdanie Stenograficzne z 35 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 23.04.1923.
30. Sprawozdanie Stenograficzne z 35 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 30.04.1923.
31. Gusfield JR (1963) *Symbolic Crusade: Status Politics and The American Temperance Movement*. Urbana: University of Illinois Press.
32. Z Naczelnej Izby Lekarskiej (1931) *Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich*, 1, 3–10.
33. Nelken J (1983) Z dziejów kryminologii w okresie międzywojennym (Polskie Towarzystwo Kryminologiczne, 1921–1938). *Państwo i Prawo*, 4.

Adres do korespondencji
Monika Abucewicz
ul. Madalińskiego 27/68
07–410 Ostrołęka
Tel. 608 298 981,
e-mail abeks@op.pl