

Antoni Bielewicz

NARKOMANIA JAKO ZJAWISKO SPOŁECZNE — HISTORIA PROBLEMU W POLSCE

I. UWAGI WSTĘPNE

1. KWESTIE TERMINOLOGICZNE

Przedmiotem pracy jest zjawisko, dla określenia którego używano w przeszłości (i używa się nadal) wielu terminów: narkomania, lekomania, farmakomania, toksykomania itp. „Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów — IX Rewizja” opracowana przez WHO i przyjęta na konferencji 46 członków WHO 6 października 1975 r. wprowadza jeszcze jedno pojęcie: *drug dependence*.

W Polsce termin ten przetłumaczono jako „uzależnienie od leków”. Nie jest to tłumaczenie ani zbyt precyzyjne, ani najszczęśliwsze. W języku angielskim polskiemu pojęciu „lek” odpowiada raczej termin *medical drug*; natomiast *drug* bez przymiotnika należałoby chyba tłumaczyć jako „środek”. Stąd też polskim odpowiednikiem terminu *drug dependence* powinno być „uzależnienie od środków”, a dla bezpieczeństwa — „uzależnienie od leków i środków”. W polskim środowisku medycznym wytworzyła się już jednak tradycja tłumaczenia *drug dependence* jako „uzależnienie od leków”. Dlatego też, aby uniknąć dalszych nieporozumień, jestem niejako zmuszony czynić zadość tej tradycji, zwłaszcza tam gdzie powołuję się na statystyki medyczne.

Według definicji WHO uzależnienie od leków (środków) — to stan psychiczny, a niekiedy również fizyczny, spowodowany używaniem leku (środka), charakteryzujący się reakcjami behawioralnymi i innymi, wśród których zawsze występuje tendencja do stałego lub okresowego używania leku (środka) w celu doznania jego skutków psychicznych, a niekiedy dla uniknięcia złego samopoczucia wywołanego jego brakiem. Przy czym ta sama osoba może być uzależniona od więcej niż jednego leku (środka). Uzależnienie od jedyńskich leków (środków) powoduje

wzrost tolerancji organizmu na lek (środek), od innych zaś — nie pociąga za sobą takich konsekwencji.

Przez środek uzależniający (ang. *drug*) rozumieć będziemy substancję lub mieszaninę substancji, której zażywanie przez wystarczająco długi okres może prowadzić do uzależnienia. W tym rozumieniu środkiem jest każda substancja chemiczna, mieszanina substancji, lek gotowy, produkt farmaceutyczny lub niejednorodny produkt pochodzenia roślinnego, który po zażyciu modyfikuje jedną lub więcej czynności żywego organizmu. Zgodnie z definicją WHO środkiem jest również substancja i produkt, które ani bezpośrednio, ani pośrednio nie służą poprawie stanu zdrowia lub zapobieganiu schorzeniom, a także substancje, które mają znaczenie jedynie toksykologiczne¹. Tak więc jest nim zarówno tabletki reladormu czy glimidu, jak i dawka „kompotu” lub opary butaprenu.

Przez nadużywanie leków (środków) będziemy rozumieć używanie leków (środków) w celach niemedycznych, a więc: bez wskazań lekarskich, sprzeczne z potrzebami leczenia lub w ogóle bez związku z procesem terapeutycznym.

Uzależnienie od leków (środków) jest pojęciem bardzo szerokim. Mieści się w nim i narkomania (uzależnienie od narkotyków), i lekomania (uzależnienie od leków w rozumieniu tradycyjnym) *sensu stricto*. WHO zaleca posługiwanie się tym właśnie terminem, w ostatnim okresie bowiem struktura przyjmowanych środków ulega ciągłym modyfikacjom, mimo iż istota tego fenomenu społecznego pozostaje ta sama. Zachodzi więc potrzeba określenia jednym pojęciem tak pozornie odległych od siebie zjawisk, jak przyjmowanie heroiny, dostępnych w aptekach trunkwilizatorów oraz waczenie kleju.

Mimo zaleceń WHO w tej pracy będziemy operować raczej pojęciem „narkomania”, a nie „uzależnienie od leków (środków)”. Przemawiają za tym przynajmniej trzy względy. Po pierwsze — tradycja językowa. Terminy „narkotyk” i „narkomania” są znane od wielu lat i w większości języków występują w podobnym znaczeniu. Mają więc długoletnią tradycję i są ogólnie zrozumiałe. Po drugie — tradycja socjologiczna. Autor tego opracowania jest socjologiem. W literaturze socjologicznej od lat funkcjonuje określenie „narkomania”. „Uzależnienie od leków (środków)” jest określeniem bardziej na miejscu dla lekarza, nawet psychologa, niż socjologa. Po trzecie — meritum sprawy. W Polsce przez cały omawiany tutaj okres podstawowym typem uzależnienia była i jest narkomania *sen-*

¹ Za: „Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów — IX Rewizja”, rozdz. V — Zaburzenia psychiczne, „Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego”, nr 1—2 (41/42), Warszawa 1981, s. 35. T. L. Chruścieł: *Zespół zależności lekowej — wyjaśnienie terminów, czynniki przyczynowe i warunki sprzyjające*, w: *Problemy diagnostyki i terapii*, cz. IV: *Medycyna środowiskowa*, Warszawa 1984, s. 27, 29.

SU stricto. W ostatnich latach ok. 80% populacji hospitalizowanych z powodu uzależnienia od leków (środków) stanowią osoby uzależnione od opiatów. Uzależnienie od innych substancji to peryferie omawianego tutaj zjawiska.

Pod pojęciem narkomania będziemy rozumieć wcześniej zdefiniowane zjawisko stałego lub okresowego nadużywania leków (środków).

2. CHARAKTERYSTYKA ŹRÓDEŁ

Głównymi źródłami informacji o zjawisku narkomanii w Polsce, podobnie jak i w innych krajach, są statystyki sądowe, milicyjne (policyjne), prokuratury, resortu służby zdrowia, oświaty i wychowania oraz badania socjologiczne. Informacje pochodzące z tych źródeł należy jednak traktować z dużą ostrożnością.

Dane zbierane przez służbę zdrowia dotyczą tylko przypadków, w których udzielano pomocy medycznej bądź w związku z zatruciem, bądź podjęciem przez osobą uzależnioną leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego, albo też zgonem z powodu przedawkowania.

Statystyki organów ścigania (milicja, prokuratura) dotyczą naruszeń prawa i przypadków ujawnionych podczas działań operacyjnych. Informacje prokuratury obrazują rozmiary przestępczości tylko bezpośrednio związanej z narkomanią. Obejmują one przestępstwa z: ustawy z 8 stycznia 1951 r., dekretu z 29 października 1952 r., ustawy z 31 stycznia 1985 r., art. 161, 199, 203, 208, 265 k.k., przy czym ich wykrywalność jest na ogół niska. Według oceny Interpolu (i to w wariacie optymistycznym) wykrywalność przestępstw związanych z nielegalnym obrotem narkotykami nie przekracza 10%. Kartoteki milicyjne są materiałem niepewnym. Obok narkomanów znajdują się w nich również osoby mające jedynie kontakt z ich środowiskiem. Z kolei resort oświaty i wychowania rejestruje tylko ujawnione przypadki odurzania się młodzieży szkolnej.

Przeprowadzone dotychczas badania socjologiczne z tego zakresu mają charakter wycinkowy. Brak jest ogólnopolskich badań reprezentatywnych, których wyniki dałyby przynajmniej przybliżony obraz zjawiska.

Opierając się na informacjach pochodzących z tych źródeł otrzymujemy niepełny obraz tego fenomenu społecznego. Z jednej strony mamy bowiem do czynienia z faktami nie ujawnionymi; z drugiej — uwzględniamy wiele przypadków incydentalnych. Dodatkowym mankamentem jest okoliczność, że informacje te wzajemnie na siebie zachodzą. Część osób rejestrowanych w kartotekach milicyjnych figuruje również w statystykach medycznych czy resortu oświaty i wychowania.

Wydaje się, że najpełniejszych i najbardziej wiarygodnych informacji dostarczają statystyki medyczne. Po pierwsze — dlatego że obejmują stosunkowo długi okres (lata 1960—1986) i dotyczą całego kraju. Po drugie —

jednoznaczne, mówiąc bowiem o przypadkach zdiagnozowanych już jako uzależnienie (rozpoznanie 304).

1. ROZPOWSZECHNIENIE ZJAWISKA

Przed wojną narkomania nie stanowiła większego problemu społecznego, niemniej była przedmiotem zatroskania zarówno władz państwowych, jak i społeczeństwa. Pierwsi narkomani pojawili się w lecznictwie psychiatrycznym w 1921 r. Według sprawozdania dyrektora szpitala psychiatrycznego w Dziekance w roku tym leczyło się dwoje morfinistów. Alkoholicy byli rejestrowani w wymienionym zakładzie już w 1919 r.

Według danych W. Łuniewskiego, dyrektora szpitala psychiatrycznego w Tworkach k. Warszawy, w 1928 r. w całym kraju hospitalizowanych było 85 narkomanów². W pięć lat później liczba ich wzrosła do 295, czyli blisko trzyipółkrotnie³. W świetle oceny przedwojennego badacza tych zagadnień J. Firstenberg'a „stały wzrost liczby pacjentów-narkomanów może być tylko częściowo przypisany wzrostowi ogólnej liczby narkomanów w Polsce; wzrost ten prawdopodobnie istnieje, zwłaszcza jeżeli chodzi o kokainistów, obok tego jednak wywiera swój wpływ niewątpliwie także i drugi czynnik, który coraz silniej daje się odczuwać: mianowicie wielu narkomanów — głównie morfinistów, dla których kwestią coraz trudniejszą staje się zdobycie narkotyku na drodze tzw. „legalnej”, to znaczy na podstawie autentycznych recept, a którzy nie decydują się z jakichkolwiek względów na ich fałszowanie — udaje się z konieczności dobrowolnie do zakładów celem przeprowadzenia kuracji odwykowej. Przypuszczenia te potwierdzają wyraźnie sprawozdania ilustrujące rozmiary sprzedaży narkotyków w aptekach oraz informacje uzyskane przez nas w środowisku narkomanów⁴.

W pięcioleciu 1929—1935 obrót legalny morfiny skurczył się ponad dwukrotnie, a kokainy — blisko trzyipółkrotnie. Podczas gdy w 1929 r. sprzedaż morfiny kształtowała się na poziomie 3,91 kg na jeden milion mieszkańców, to w pięć lat później spadła do 1,84 kg. W tym samym okresie sprzedaż kokainy zmniejszyła się z 1,38 do 0,40 kg⁵. W pierwszej połowie lat trzydziestych roczna sprzedaż morfiny kształtowała się na poziomie 75—80 kg, natomiast kokainy i pantoponu była zdecydowanie mniejsza⁶.

² W. Łuniewski: *Psychiatryczno-społeczne znaczenie narkomanii*, „Medycyna”, 1934, nr 5, s. 154.

³ J. Gallus: *Szczegółowe dane dotyczące chorych w zakładach psychiatrycznych w Polsce w latach 1934—1936*, „Nowiny Psychiatryczne”, 1937, z. I—IV.

⁴ J. Firstenberg: *Walka z narkomanią i handlem narkotykami na terenie sądowym*, Warszawa 1936, s. 11—12.

⁵ Sprawozdanie Rządu Polskiego złożone Opiumowej Komisji Doradczej Ligi Narodów i opublikowane przez Komisję w czerwcu 1935 r. (Druk Ligi Narodów, 1935, XI. 4), za Firstenberg: *op. cit.*, s. 49.

⁶ *Ibidem*.

Oprócz statystyk służby zdrowia zachowały się również inne dane charakteryzujące pośrednio rozpowszechnienie zjawiska narkomanii w tym okresie.

W 1931 r. 69 narkomanów ukarano administracyjnie w związku z oskarżeniem o nielegalny handel narkotykami, 65 — z tytułu popełnienia „przestępstwa karnego”. Około 20 osób zmarło z powodu przedawkowania. Jeśli uwzględnimy, że w tym roku w zakładach psychiatrycznych leczono się 158 pacjentów, to oznaczałoby to, że w 1931 r. w jakikolwiek sposób ujawniło się w całym kraju 312 narkomanów⁷. Według oceny przedwojennych badaczy zjawiska narkomanii liczba narkomanów w pierwszej połowie lat trzydziestych „przekraczała znacznie 5 tysięcy osób”⁸. Mowa tutaj tylko o narkomanach *sensu stricto*, a więc morfinistach, kokainistach etc. W tym samym okresie badacze amerykańscy szacowali liczbę narkomanów na 140 tys.⁹ Według Simon’a, w 1921 r. w samym Nowym Yorku było 35 tys. narkomanów¹⁰. W 1927 r. w zakładach psychiatrycznych Stanów Zjednoczonych leczono się 1400, a w 1928 r. 1470 narkomanów¹¹. Pod koniec 1931 r. Liga Narodów rozpisała wśród swoich członków ankietę, której celem było uzyskanie informacji o przybliżonej liczbie narkomanów w poszczególnych krajach. Z ankiety wynika, że w Niemczech w 1928 r. interesującą Ligę populację szacowano na około 3500 osób¹². W Austrii wykazano tylko 163 narkomanów¹³, tylu bowiem miała zarejestrowanych tamtejsza służba zdrowia. Węgry podały nieco większą liczbę — 268¹⁴. Inne kraje europejskie ujawniły jeszcze mniejsze liczby. Z krajów pozaeuropejskich największe liczby szacunkowe podał Egipt — od 500 000 do 560 000 narkomanów¹⁵. Stanowiło to około czterech procent ogółu ludności tego kraju.

Powodów niskiej zgłaszalności narkomanów do leczenia należy, zdaniem Szulca, szukać w postawach społeczeństwa wobec narkomanów. Oto jego opinia na ten temat: „Narkomania uważana jest za rzecz bardziej dyskredytującą osobnika niż choroby weneryczne i dlatego osobnik obarczony nałogiem ukrywa go starannie nawet wobec lekarza. Przypadki trafiające do klinik, szpitali, a nawet do prywatnej praktyki lekarskiej stanowią drobny odsetek. Dyskwalifikacja nie tylko towarzyska, ale przede wszystkim prawna skłania do ukrywania nałogu nie tylko przez samego

⁷ W. Łuniewski: *op. cit.*, s. 154.

⁸ J. Firtenberg: *op. cit.*, s. 12.

⁹ W. Łuniewski: *op. cit.*, s. 154.

¹⁰ *Ibidem.*

¹¹ *Ibidem.*

¹² G. Szulc: *Narkomania jako zagadnienie higieny społecznej*, „Medycyna”, 1934, nr 5, s. 156.

¹³ *Ibidem.*

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ *Ibidem.*

narkomana, ale i przez rodzinę, która traci nieraz podstawy bytu przez to, że np. głowa rodziny traci zarobek wskutek tego, że wyjdzie na jaw, iż jest narkomanem”¹⁶.

Przedwojenni narkomanii przyjmowali przede wszystkim klasyczne narkotyki — morfinę, heroinę i kokainę. Pod koniec lat dwudziestych i na początku trzydziestych zapanowała w Europie szczególna moda na tę ostatnią. Dość często sięgano również po kodeinę, somnifren, pantopon. Rzadziej — po haszysz, meskalinę i peyotl. Rolę zamienników pełniły proszki od bólu głowy, tzw. kogutki. Na niektórych terenach Polski rozpowszechniona była eteromania. Jest to jednak osobne zagadnienie, którym nie będziemy się tutaj zajmować.

Inaczej przedstawiała się sytuacja w innych krajach. Z badań Hubberta przeprowadzonych w 1920 r. na około 7,5 tysiącach nowojorskich narkomanów wynika, że tylko 3,5% spośród nich używało morfinę. Pozostałe 96,5% to konsumenci heroiny¹⁷. Niemal równą popularnością cieszyła się heroina na rynku egipskim. Badania gubernatora Said Erabi Bey'a przeprowadzone na początku XX w., które objęły 7100 narkomanów, wykazały, że ponad 57% populacji narkomanów używało heroiny, a 43% haszyszu¹⁸.

2. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNA

Nie dysponujemy informacjami o strukturze demograficzno-społecznej ówczesnych narkomanów. Nieco światła na tę kwestię rzucają statystyki służby zdrowia i dane prokuratury stołecznej.

W latach 1930—1936 udział kobiet wśród pacjentów hospitalizowanych w zakładach psychiatrycznych z powodu narkomanii wahał się od 14% do 26%¹⁹. Z informacji wymiaru sprawiedliwości wynika również, że blisko 3/4 narkomanów, którzy stanęli przed sądem w latach 1932—1936

bądź w charakterze świadków, bądź oskarżonych o popełnienie przestępstw bezpośrednio związanych ze swym nałogiem, to mężczyźni²⁰. Jeszcze mniejszy udział kobiet obserwujemy wśród chorych na psychozy alkoholowe. W latach 1930—1936 ich odsetek wahał się od 0,4 do 8,9. Co prawda, w 1935 r. kobiety stanowiły aż 27% ogółu tej grupy pacjentów, ale była to sytuacja wyjątkowa. W całej populacji chorych psychicznie udział ko-

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ J. Gallus: *Szczegółowe dane dotyczące chorych w zakładach psychiatrycznych w Polsce za lata 1930—1933*, „Nowiny Psychiatryczne”, 1935, z. III—IV; idem: *Szczegółowe dane dotyczące chorych w zakładach psychiatrycznych w Polsce w latach 1934—1936...*

²⁰ J. Firstenberg: *op. cit.*, s. 13.

biet był w tym okresie bardzo stabilny i oscylował wokół 40% ²¹. Wskazywałyoby to na większą skłonność męskiej części przedwojennego społeczeństwa polskiego do nałogów.

W innych krajach również zdecydowaną większość wśród narkomanów stanowili mężczyźni. Ze wspomnianej ankiety Ligi Narodów wynika, że w Niemczech udział mężczyzn sięgał 60%, w Austrii — 61%, a na Węgrzech nawet 71% liczebności tej populacji²².

Z kartotek prokuratury stołecznej wynika, że narkomania była najbardziej rozpowszechniona wśród „trzydziestolatków”. Narkomani w tym wieku stanowili ponad 50% ogółu zarejestrowanych, a w wieku powyżej 30 lat — blisko 85%. Nastolatków reprezentowała w tym rejestrze tylko jedna osoba — 15-letnia prostytutka²³. Biorąc pod uwagę te dane można powiedzieć, że przed wojną narkomania była zjawiskiem, które prawie w ogóle nie występowało wśród młodzieży. Dotyczy to zwłaszcza morfinizmu. Ten typ uzależnienia był rozpowszechniony prawie wyłącznie wśród osób w wieku powyżej 30 lat. Nieco inaczej rzecz się miała z kokainistami. W tej grupie narkomanów spotykano również osoby młodsze ²⁴.

W strukturze społeczno-zawodowej grupy narkomanów figurujących w kartotekach prokuratury stołecznej dominowali urzędnicy (prywatni, państwowi i samorządowi). Ich udział w całej obserwowanej zbiorowości sięgał 30%. Drugą pod względem liczebności kategorią społeczno-zawodową byli rzemieślnicy i kupcy — 13%, trzecią przedstawiciele zawodów medycznych (farmaceuci, lekarze, felczerzy, pielęgniarki, akuszerki) — 9%. Robotnicy reprezentowani byli tylko przez 2 osoby. Nieco więcej było prostitutek — 5 osób. Zawody artystyczne miało 4 narkomanów. Natomiast wielką finansjerę reprezentował 1 bankier ²⁵.

Według Firstenberga przedstawiona struktura społeczno-zawodowa jest nieco skrzywiona. Jego zdaniem zbyt mało w badanej populacji znalazło się przedstawicieli „ludzi zamożnych, cyganerii artystycznej, wojskowych oraz lekarzy i zawodów pokrewnych” ²⁶. Z zeznań bowiem świadków w głośnym w tym okresie procesie jednego z warszawskich aptekarzy wynika, że po odbiór narkotyków przychodzili „różni ludzie... również ofi-

²¹J. Gallus: *Szczegółowe dane dotyczące chorych w zakładach psychiatrycznych w Polsce w latach 1934—1936...*

²²G. Szulc: *op. cit.*, s. 156.

²³Badaniom poddano akta wszystkich spraw związanych bezpośrednio z narkomanią, które przeszły przez prokuraturę stołeczną w latach 1932—1936. Były to głównie sprawy o podrabianie recept i handel narkotykami. Ogółem przed sądem stanęło 91 narkomanów. Zob. J. Firstenberg: *op. cit.*, s. 13.

²⁴J. Nelken: *Klinika kokainizmu i jego leczenie*, „Medycyna”, 1934, nr 5, s. 150.

²⁵J. Firstenberg: *op. cit.*, s. 13.

²⁶*Ibidem*.

cerowie w mundurach”. Podobnego zdania są także inni badacze, którzy twierdzą, że zjawisko narkomanii było dość rozpowszechnione w ówczesnym korpusie oficerskim (głównie lotnictwa i marynarki), wśród artystów, literatów i dziennikarzy ²⁷. Jak pisze Nelken, „nadużywanie kokainy przez wążanie rozpowszechniło się przeważnie wśród sfer dekadencjo-artystycznych bohemy wielkich miast i w kole ich promieniowania (kelnerzy, modelki, prostytutki) i poza tym... w kołach niesolidnych i oddanych użyciu” ²⁸. Narkomania nie ominęła nawet świata dyplomatów. W połowie lat trzydziestych dość głośna była sprawa konsula polskiego w jednym z miast zachodnioeuropejskich, który dopuścił się poważnych nadużyć służbowych i który okazał się narkomanem. Podobnie było z dwoma urzędnikami centrali Ministerstwa Spraw Zagranicznych ²⁹. Niemiecki badacz Polisch twierdzi, że pod koniec lat dwudziestych 1% ogółu lekarzy w Niemczech był „obarczony tym nałogiem” ³⁰.

Pod względem wyznaniowym przedwojenni narkomani, podobnie jak i całe ówczesne społeczeństwo, tworzyli dość barwną mozaikę. Byli wśród nich przedstawiciele wszystkich liczniejszych grup wyznaniowych występujących wówczas w Polsce. W 1930 r. rzymskokatolicy stanowili 77%, grekokatolicy — około 8%, izraelici — 7%, ewangelicy i prawosławni — ponad 2%, reprezentanci innych wyznań — blisko 4% ogółu narkomanów hospitalizowanych w zakładach psychiatrycznych. W tym samym roku mapa wyznaniowa grupy chorych na psychozy alkoholowe przedstawiała się następująco: rzymskokatolicy — 85%, grekokatolicy — 4%, izraelici — 3%, prawosławni — ponad 3%, ewangelicy — ponad 2%, reprezentanci innych wyznań — 1,5% ³¹. Z analizy porównawczej wynika, że najbardziej podatni na narkomanię i alkoholizm byli rzymskokatolicy, a najmniej prawosławni. Ponadto rzymskokatolicy chętniej sięgali po alkohol niż narkotyki. Natomiast izraelici — dokładnie odwrotnie. W całej populacji chorych psychicznie udział rzymskokatolików (68,1%) odpowiadał ich odsetkowi w społeczeństwie (64,7%), podczas gdy izraelitów (21,2%) przewyższał odnośny odsetek (9,7%) ponad dwukrotnie³². Wskazywałoby to na większą skłonność rzymskich katolików do nałogów i mniejszą odporność na choroby psychiczne. Wydaje się, że narkomania, a zwłaszcza alkoholizm, stanowiły przed wojną specyficzną dewiację psychiczną tej grupy wyznaniowej. Zacytowane statystyki świadczą również o zwiększonej podatności izraelitów na choroby psychiczne, głównie na psychozę maniakalno-depresyjną.

²⁷ G. S z u l c: *op. cit.*, s. 157.

²⁸ J. N e l k e n: *op. cit.*, s. 150.

²⁹ J. F i r s t e n b e r g: *op. cit.*, s. 17.

³⁰ G. S z u l c: *op. cit.*, s. 157.

³¹ J. G a l l u s: *Szczegółowe dane dotyczące chorych w zakładach psychiatrycznych w Polsce za lata 1930—1933...*

³² *Ibidem*.

Według Firstenberga „morfina to przede wszystkim nieszczęśliwy wykołajeniec życiowy; to człowiek przeważnie niezamożny, który się nabawił swego nałogu przypadkiem, w czasie choroby i nałóg ten ciągnie za sobą przez szereg lat, nie mogąc się go pozbyć”³³.

Inna była droga do nałogu kokainistów i amatorów opium, inny też skład socjalny tej grupy narkomanów. Jak pisze Firstenberg, „kokainiści, to najczęściej ludzie dobrze sytuowani, którzy zwykle z narkotykiem zetknęli się po raz pierwszy dobrowolnie, pragnąc zaznać nieznanych wrażeń; pomiędzy kokainistami trafia się dość dużo rozmaitych zbrodni. Ten sam «głód wrażeń» dostarcza klientów palarniom opium”³⁴. I jeszcze jedna ogólna refleksja Firstenberga nad życiem przedwojennego narkomana: „upływa ono przez długie lata, a niekiedy nawet przez dziesiątki lat w nieustannej pogoni za niezbędną dawką «białej trucizny», bez której nie mogą pracować ani w ogóle egzystować; troszczyć się trzeba i o zdobycie dostatecznej sumy pieniędzy na oznaczony termin, i o uśpienie podejrzliwości lekarza czy aptekarza, skrępowanych coraz surowszymi przepisami reglamentacyjnymi, a jednocześnie pamiętać ciągle należy o niezdradzeniu swego nałogu przed otoczeniem, gdyż może to grozić utratą pracy. Wszystko to wpływa bardzo ujemnie na stan nerwowy i powoduje ustawiczną potrzebę kłamstwa. Naczelnemu dążeniu do zdobycia narkotyku podporządkowane są wszystkie wysiłki życiowe i wszystkie zasady moralne”³⁵.

Z relacji współczesnych wynika, że w latach trzydziestych egzystowało w Warszawie wiele klubów kokainistów, których członkowie tworzyli rodzaj „sekty” o dużym poczuciu wewnętrznej solidarności, własnym żargonie i obyczajowości. Dysponowali oni osobnymi lokalami nocnymi, gieldami, biurami pośrednictwa itp. Seanse narkotyczne kokainistów były dość barwne. Oto opis jednego z nich: „Na stoliku rozsypano kilka gramów kokainy, którą następnie wszyscy wachali jednocześnie; było to połączone... z piciem wódki w dużych ilościach oraz wybrykami natury seksualnej; seanse takie trwały nieraz całą noc, przy czym posyłano parokrotnie po świeży zapas kokainy”³⁶. Związek pomiędzy kokainizmem a dewiacjami seksualnymi był podkreślany również przez innych autorów³⁷.

Warto w tym miejscu zacytować fragment opisu pierwszego przed wojną przypadku kodeinizmu, który zdarzył się w Tworkach w 1935 r. Jest on ważny z wielu względów. Po pierwsze — pomoże nam uświadomić ogrom cierpienia, jakie jest udziałem narkomana i jego rodziny. Po drugie — przedstawia on typowe dla osób uzależnionych sposoby zdobywania środ-

³³ J. Firstenberg: *op. cit.*, s. 18.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ibidem*, s. 19.

³⁷ Zob. J. Neiken: *op. cit.*, s. 151, 152.

ków na narkotyki. Po trzecie — rzuca wiele światła na istotę tej dość specyficznej choroby. Po czwarte wreszcie — może stanowić przyczynek do trwającej jeszcze gdzieś dyskusji nad możliwościami uzależniającymi kodeiny. Opisany przypadek kodeinizmu dotyczył kobiety w wieku 35 lat, absolwentki warszawskiego gimnazjum, żony lekarza, matki kilkunastoletniego chłopca. Uzależnienie jej poprzedzała bardzo poważna choroba, na którą zapadła po porożeniu. Aby zdobyć pieniądze na kodeinę, chora „wyciągała z domu i sprzedawała wszystko, co się dało, bez uwagi na właściciela. Brała na kredyt w sklepach, odsprzedając potem poniżej ceny kosztu, robiła olbrzymie długi w imieniu ojca i rodzeństwa, fałszowała recepty, weksle, wyciągała każdy grosz z domu, tak że często na jedzenie nie starczało. Wyłudzała pieniądze od obcych, uciekała się do kradzieży u krewnych, a nawet obcych. Sprzedała jedyny płaszcz ojca, podręczniki szkolne syna, a nawet zabrała wieczorem i sprzedała jego ubranie szkolne i buty, tak że rano chłopiec nie miał w czym iść do szkoły. Chora nie dbała zupełnie o dom, o rodzinę, chodziła beczynna, brudna, zaniedbana, niczym się nie interesowała. Była dziwaczna, apatyczna, bezsilna, bardzo drażliwa, łatwo wybuchała i nieraz dochodziło do gwałtownych sprzeczek z ojcem i synem. Po zażyciu kodeiny stawała się ruchliwa, czynna, energiczna, okazywała zainteresowanie gospodarstwem i serdeczność względem rodziny, ale to bardzo szybko mijało”³⁸.

2. POGLĄDY NA TEMAT PRZYCZYN NARKOMANII

Przedwojenni badacze zjawiska narkomanii dużo miejsca poświęcali kwestii etiologii tego „cierpienia społecznego”. Jak wyraził się jeden z nich, „jest to... sprawa najważniejsza, gdyż ustalenie właściwej przyczyny może jedynie skierować akcję na właściwe tory”³⁹.

Problem ten ujmowano bardzo szeroko. Przyczyn szerzącej się narkomanii szukano w osobowości jednostek, w środowisku społecznym, a nawet w niektórych cechach panującej cywilizacji. Na przyczyny konstytucjonalne zwraca uwagę Henri Claude. Według niego w nałóg wpadają najczęściej „typy intelektualne” i „imaginacyjne”, które goniąc za „nienormalnymi, niezwykłymi stanami” lub „wiedzione niezdrową ciekawością” sięgają po substancje odurzające⁴⁰.

Wielu badaczy (Terry, Hubbert, Szulc) wskazywało na niefrasobliwość lekarzy w ordynowaniu narkotyków jako na jedno z głównych źródeł narkomanii. Prowadząc badania na 250 narkomanach Terry stwierdził, że w przypadku 48,8% powodem rozpoczęcia używania narkotyków były „recepty lekarskie”⁴¹. Z kolei Hubbert, który w 1920 r. prze-

³⁸ J. K r a s o w s k a: *Przypadek nalogowego nadużywania kodeiny*, „Medycyna”, 1935, nr 12.

³⁹ G. S z u l c: *op. cit.*, s. 157.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 158.

⁴¹ *Ibidem*, s. 157.

badał grupę 7464 narkomanów, pacjentów Kliniki Narkotycznej w Nowym Jorku, doszedł do wniosku, że 26% spośród nich zaczęło przyjmować narkotyki z powodu wcześniejszej choroby somatycznej⁴².

W Polsce w tym okresie badań na ten temat nie prowadzono. Wiele jednak wskazuje, że działały tutaj podobne mechanizmy. Symptomatyczny jest przypadek jednego narkomana, byłego oficera armii rosyjskiej. Otóż w 1915 r. został on ciężko ranny w rękę. Jako syna generała, w drodze protekcji, umieszczono go w szpitalu wojskowym w Carskim Siole. Starszą siostrą w tym szpitalu była sama caryca, która z tej racji często odwiedzała tę luksusową placówkę. Kierownictwo szpitala, zabezpieczając się przed jękami i narzekaniami chorych, podawało im morfinę, czyniąc to często i w dużych dawkach. Tak więc narkomania tego eks oficera (i należy przypuszczać, że wielu innych) to swoiste „echo wojny”⁴³.

Cytowany powyżej przypadek kodeinizmu jest tutaj również dobrym przykładem. Szulc stwierdza wprost: „Przeprowadzone ankiety wśród narkomanów rzucają ciężkie oskarżenie pod adresem świata lekarskiego. Wynikałoby z tych ankiet, że jedną z najczęstszych przyczyn nałogu jest zbyt pochopne stosowanie narkotyków przez lekarzy... Wina stanu lekarskiego w szerzeniu się narkomanii jest niewątpliwa”⁴⁴.

Łatwy dostęp do narkotyków to kolejna, podnoszona w literaturze przedmiotu przyczyna szerzenia się tej formy patologii społecznej. Wskazuje na to nieproporcjonalnie duży udział przedstawicieli zawodów medycznych wśród narkomanów, jak również zależność pomiędzy aktywnością policji a rozmiarami narkomanii w poszczególnych krajach. Cytowany już tutaj Simon stwierdził, że w latach 1921—1924, w okresie prowadzenia przez władze Nowego Jorku energicznej walki z nielegalnym handlem narkotykami, liczba narkomanów w tym mieście zmniejszyła się trzykrotnie⁴⁵.

Wśród czynników o charakterze społecznym najczęściej podkreślano zetknięcie się ze złym towarzystwem. W badaniach Terry’ego wpływ złego towarzystwa był powodem rozpoczęcia używania narkotyków 30,4%, a w sondażu Hubberfa — 69% ogółu badanych przez nich narkomanów⁴⁶.

Do tej grupy przyczyn „usposabiających” do narkomanii należy zaliczyć również rozprzężenie rodzin, na które zwracało uwagę wielu przedwojennych badaczy tej problematyki. Analizując życiorysy narkomanów spostrzegli, że „rekrutują się oni głównie ze środowiska ta-

⁴² *Ibidem*, s. 158.

⁴³ J. F i r s t e n b e r g: *op. cit.*, s. 14.

⁴⁴ G. S z u l c: *op. cit.*, s. 157, 158, 160.

⁴⁵ G. S z u l c: *op. cit.*, s. 157.

⁴⁶ *Ibidem*, s. 157—158.

kiego, gdzie węzły rodzinne zostają zerwane i wychowanie w rodzinie było jak najgorsze”⁴⁷.

Według niektórych przedwojennych autorów (Polisch, Szulc) jedną z przyczyn szerzenia się narkomanii są kryzysy polityczne i ekonomiczne. Analizując rozwój zjawiska w Europie doszli oni do wniosku, że było ono najbardziej rozpowszechnione w latach tuż po I wojnie światowej i w okresach ekonomicznej depresji. Dość osobliwie starano się ten związek wyjaśnić. Oto co na ten temat pisał 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... w okresie niezwykłego podniecenia z powodu kryzysu ekonomicznego i politycznego sprawa ta powinna stać się przedmiotem wielkiej czujności”⁴⁸.

Przed wojną podejmowano również próby interpretacji pojawienia się i rozwoju zjawiska narkomanii przemianami kulturowymi i cywilizacyjnymi. „Urbanizacja i związane z tym zagęszczenie ludności, niesłyszany wzrost szybkości komunikacji, rozpowszechnienie telefonów, zwiększenie sprawności prasy codziennej, skomplikowanie warunków życia codziennego przez potworny rozrost przepisów prawnych, komplikujących to życie, rozpowszechnienie radia itd. — wszystko to stawia znacznie większe wymagania układowi nerwowemu człowieka współczesnego, niż to miało miejsce przed kilkuset laty... układ nerwowy ludzkości jest wystawiony na niezwykłą próbę... tu znajdujemy wytłumaczenie takich zjawisk jak zbiorowe zatrucie nikotyną, alkoholem i narkotykami”⁴⁹. Zwolennicy tej hipotezy (Chodźko, Szulc) spoglądali na problem profilaktyki narkomanii przede wszystkim w aspekcie higieny psychicznej ówczesnych społeczeństw.

Oryginalny pogląd na interesującą nas tutaj kwestię sformułował Szulc. Cytując wyniki doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach stwierdza, iż „jedną z ważniejszych przyczyn zarówno alkoholizmu, jak i morfinizmu jest zaburzenie w przemianie materii na tle niewłaściwego żywienia” (podkreślenie — A.B.). I dalej: „Olbrzymi rozwój przemysłu żywnościowego doprowadził do całkowitej zmiany w systemie żywienia, do nadmiernego użycia wyrafinowanych produktów, łatwo przyswajalnych, smacznych, a równocześnie pozbawionych wielu składników koniecznych dla utrzymania w równowadze systemu wydzielania wewnętrznego, co staje się pośrednią przyczyną używania pewnych substancji, silnie działających na ten układ. Trudno sobie wyobrazić, aby współczesna ludzkość obyć się mogła teraz bez takich używek jak kawa, herbata, kakao i różne przyprawy smakowe. Przez zadziałanie na układ

⁴⁷ *Ibidem*, s. 159.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 157.

⁴⁹ *Ibidem*, s. 155.

wegetatywny produkty te zaspokajają požądania ustroju, dyktowane przez zaburzenia równowagi układu wegetatywnego w następstwie niewłaściwego żywienia”. Z kolei „nadmierne użycie kofeiny i teiny prowadzi do przeczulenia układu nerwowego, do bezsenności, nieraz do niezmiernie przykrych sensacji, na które człowiek szuka ratunku w stosowaniu środków znieczulających w jego mniemaniu antagonistycznych, jakimi są środki nasenne, alkohol, wreszcie morfina. Konkludując stwierdza: „Gdyby... udało się znaleźć właściwe rozwiązanie problemu racjonalnego żywienia, to niewątpliwie zmniejszyłoby się usposobienie do stosowania strasznie niebezpiecznych używek”. Autor tej koncepcji jest jednak pesymistą, gdyż pisze: „Aczkolwiek w dziedzinie żywienia jest wiele do zrobienia i usilna akcja w kierunku racjonalizacji żywienia powinna być prowadzona nieustannie, to wiele jeszcze czasu upłynie, zanim zmiana ta znajdzie swoje odbicie w zmniejszeniu alkoholizmu i narkomanii w nowoczesnym społeczeństwie”⁵⁰.

Już ten krótki z konieczności szkic wskazuje, że przed wojną problem etiologii narkomanii ujmowano w szerokim kontekście. Jedni badacze podkreślali przede wszystkim przyczyny o charakterze medycznym, drudzy — psychologicznym i społecznym, inni — ekonomicznym i politycznym, jeszcze inni — kulturowym i cywilizacyjnym. Nie zabrakło również koncepcji kładących nacisk głównie na fizjologię i biochemię organizmu ludzkiego. Porównując dorobek teoretyczny i badawczy z okresów przed i powojennego nie sposób nie dostrzec, że w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat nie posunęliśmy się zbyt daleko naprzód.

4. PAŃSTWO I SPOŁECZEŃSTWO WOBEC NARKOMANII

Przed wojną narkomania nie stanowiła poważniejszego zagrożenia. Można przypuszczać, że sytuacja ta była między innymi wynikiem aktywnej postawy wobec tego zjawiska tak ze strony państwa, jak i społeczeństwa. Jak to ujął jeden z ówczesnych badaczy tego fenomenu społecznego, „okoliczność, iż liczba narkomanów w Polsce jest mniejsza niż w Egipcie i nie sięga kilkudziesięciu procent ludności, jak w Chinach, nie uprawnia nas bynajmniej do optymizmu ani nie upoważnia do zmniejszenia czujności na tym odcinku. Byłoby niepowetowanym błędem, gdybyśmy chcieli rozpoczynać walkę z tym niebezpieczeństwem dopiero wówczas, gdy stanie się ono bardzo groźne i gdy fala narkomanii przybierze niepokojące rozmiary”⁵¹. Antycypowanie zagrożenia i podejmowanie działań wyprzedzających stanowiło, zdaje się, zasadę ówczesnych władz państwowych.

Obrona przed narkomanią szła w dwóch kierunkach. Pierwszy wytyczały przedsięwzięcia zmierzające do objęcia ścisłą kontrolą rynku narkotyków. Warunkiem powodzenia tych działań było stworzenie podstaw

⁵⁰ *Ibidem*, s. 159.

⁵¹ J. F i r s t e n b e r g: *op. cit.*, s. 10.

prawnych regulujących obrót narkotykami dla celów leczniczych i dających podstawy do zwalczania nielegalnego handlu nimi. Dlatego też już w kilka lat po odzyskaniu niepodległości, 22 czerwca 1923 r. Sejm uchwaślił ustawę „w przedmiocie substancji i przetworów odurzających”. Była ona wzorowana na uznawanej za najlepszą ustawie belgijskiej. Ustawa ta stworzyła podwaliny pod polskie prawodawstwo antynarkotyczne. W tym samym roku Polska przystąpiła do Konwencji Haskiej z 23 stycznia 1912 r. wprowadzającej po raz pierwszy w historii międzynarodową kontrolę handlu niektórymi narkotykami. Ustawa kwalifikowała jako przestępstwo nielegalne przechowywanie i handel środkami narkotycznymi, a także ich używanie w towarzystwie innych osób. W przypadku gdy sprawcy tych czynów kierowali się chęcią osiągnięcia zysków, podlegali karze więzienia od 3 miesięcy do 5 lat i grzywnie do 10 milionów marek polskich. Lekarze i aptekarze, którym udowodniono popełnienie tych przestępstw, byli narażeni na sankcję dodatkową — utratę prawa wykonywania zawodu od 3 lat na zawsze⁵².

W 1924 r. Polska po raz pierwszy wzięła udział w międzynarodowej konferencji zwołanej przez Ligę Narodów, która odbyła się w Genewie. W rezultacie tej konferencji w dniu 19 lutego 1925 r. zawarto konwencję opiumową. Konwencja ta powołała do życia Centralny Urząd Opiumowy, którego zadaniem była kontrola międzynarodowego handlu narkotykami. Wprowadziła ona obowiązek wystawiania przez poszczególne kraje-sygnatariuszy świadectw wwozu i wywozu narkotyków.

Przedstawiciele Polski byli również obecni na drugiej konferencji międzynarodowej, która odbyła się w Genewie w 1931 r. Obrady tej konferencji doprowadziły do podpisania 13 lipca 1931 r. konwencji w sprawie ograniczenia wyrobu narkotyków. W myśl tej konwencji produkcja narkotyków została ograniczona do ilości niezbędnych dla celów medycznych i naukowych. Jej poziom miał być corocznie ustalany dla każdego kraju-sygnatariusza przez tzw. Organ Kontrolujący. Konwencja weszła w życie 9 lipca 1933 r.⁵³.

Zgodnie z przyjętymi zobowiązaniami w latach 1924—1934 wydano w Polsce wiele przepisów wykonawczych. Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 1 marca 1928 r. regulowało w sposób szczegółowy warunki fabrykacji oraz handlu środkami narkotycznymi. Ścisłemu nadzorowi zostały poddane nawet instytucje naukowe prowadzące doświadczenia z tymi substancjami. Sprzedaż detaliczną środków odurzających regulowało rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych z 20 maja 1929 r. W myśl tego rozporządzenia drobiazgowej kontroli zostały poddane re-

⁵² Dz. U. R.P. 1923 nr 9, poz. 55; 1923 nr 72, poz. 559; 1927 nr 108, poz. 920; 1934 nr 12, poz. 97.

⁵³ W. Chodźko: *Sprawa narkotyków jako zagadnienie międzynarodowe*, „Medycyna”, 1934, nr 5, s. 163.

eepty lekarskie i weterynaryjne. Odtąd miały być one pisane wyraźnym pismem i zawierać imię, nazwisko i adres zapisującego i chorego oraz ilość środka odurzającego z dokładnym sposobem jego użycia. Recepty na narkotyki przeznaczone dla własnej praktyki lekarskiej powinny zawierać klauzulę „do stosowanie we własnej praktyce”⁵⁴.

Rozporządzeniem z 15 marca 1930 r., uzupełnionym 22 lutego 1932 r. minister spraw wewnętrznych rozciągnął uprawnienia ustawy z 1923 r. na wiele środków działających podobnie jak morfina i kokaina. Wcześniej odrębnym aktem z 22 lutego 1928 r. minister spraw wewnętrznych uznał eter etylowy i jego mieszaniny za szczególnie niebezpieczne dla zdrowia i poddał ścisłej kontroli jego produkcję, obrót i sposób przechowywania⁵⁵. W 1935 r. minister sprawiedliwości wydał okólnik „w sprawie ścigania przestępstw związanych z narkomanią”, w którym uczulał prokuratury okręgowe i sądy grodzkie na tego rodzaju działalność przestępczą i proponował konkretne rozwiązania organizacyjne⁵⁶.

Tak więc podstawy prawne regulujące obrót narkotykami dla celów leczniczych i umożliwiające zwalczanie nielegalnego handlu nimi zostały stworzone. Przy ich konstrukcji wzorowano się na ustawodawstwie antynarkotycznym przodujących pod tym względem krajów. Nie oznacza to jednak, że wszystko szło gładko. W Polsce, podobnie jak i w innych krajach, czarny rynek egzystował przez całe dwudziestolecie międzywojenne. Międzynarodowa kontrola wykazała, że w latach 1925—1930 wyprodukowano w świecie „ponad legalną potrzebę” 72 tony morfiny, 33 tony heroiny i 6 ton kokainy. Cała ta produkcja przedostała się na czarny rynek⁵⁷. W samym tylko 1932 r. wszczęto w Polsce 51 spraw o naruszenie ustawy o środkach odurzających, z tego 38 zakończyło się wyrokiem skazującym. Kary wahały się od dwóch tygodni aresztu do 1,5 roku więzienia, a kara grzywny — od 10 do 100 zł. Ponadto w tym samym roku wydano 21 wyroków skazujących w sprawach zaległych⁵⁸.

Największą aferą przemytniczą w tym czasie było przemycenie do Warszawy przez handlarza międzynarodowego 3 kg heroiny w październiku 1933 r. Mimo prowadzenia energicznej walki ani w Polsce, ani w innych krajach nie udało się zlikwidować nielegalnego handlu narkotykami. Wiązało się to m.in. z tym, że w czarnorynkowej sprzedaży narkotyków były zainteresowane fabryki zajmujące się legalną przeróbką środków odurzających, które ponadnormatywne ilości tych specyfików przerzucały na rynek podziemny. Polski czarny rynek zaopatrywany był poprzez przemysł, kradzieże i nielegalną sprzedaż z aptek.

⁵⁴ Dz.U. R.P. 1929 nr 4.

⁵⁸ Dz.U. R.P. 1928, nr 45, poz. 443.

⁵⁶ Drugi zbiór systematyczny okólników i rozporządzeń ministra sprawiedliwości, Warszawa 1935, poz. 408.

⁵⁷ G. S z u l c: *op. cit.*, s. 160.

⁵⁸ *Ibidem*.

Jednym z efektów ubocznych wzmożonej walki z handlarzami narkotyków był stały wzrost ich ceny. Jeden gram morfiny kosztował w oficjalnym obiegu 4,5 zł, natomiast na czarnym rynku — do 20 zł⁵⁹. Wysoka cena narkotyków była jedną z barier utrudniających rozwój zjawiska narkomanii.

Przed wojną dużą wagę przywiązywano do kształtowania właściwych postaw świata lekarskiego wobec narkomanii. Szczególną aktywność na tym polu przejawiały towarzystwa lekarskie. Drogą odczytów i odpowiednich publikacji starano się lekarzom uświadomić, iż ponoszą oni znaczną odpowiedzialność za szerzenie się tej formy patologii społecznej. Zalecano dużą ostrożność w postępowaniu lekarskim w przypadkach wymagających zastosowania narkotyków zwłaszcza przez dłuższy czas. Tam gdzie było to możliwe, sugerowano stosowanie mniej niebezpiecznych środków. Wprowadzono zarządzenie zabraniające posługiwania się w procesie terapeutycznym heroiną. Była to decyzja Naczelnej Izby Lekarskiej podjęta w 1930 r.⁶⁰ Do naukowców apelowano o większą odpowiedzialność w publikowaniu wyników swoich badań dotyczących właściwości farmakodynamicznych narkotyków.

Drugi kierunek w pracy prewencyjnej to uświadomienie społeczeństwu ogromu zagrożeń, jakie niesie ze sobą narkomania, mobilizacja opinii publicznej do walki z nielegalnym handlem narkotykami i organizowanie leczenia dla narkomanów. W działalności tej wzorowano się na Stanach Zjednoczonych, w których w latach trzydziestych funkcjonowały trzy silne organizacje społeczne prowadzące szeroko zakrojoną akcję uświadamiającą, obejmującą nie tylko własny kraj, ale i cały świat. Celem tej akcji była mobilizacja światowej opinii publicznej i wymuszanie na rządach poszczególnych krajów zdecydowanego podejścia do kwestii narkomanii, uwzględniającego interes ogólnoludzki, a nie partykularne interesy grup przemysłowców i handlarzy. Apostołem tego ruchu był Amerykanin kapitan Hobson. Pod jego m.in. wpływem w wielu krajach powstały komitety narodowe do walki z narkomanią. Polska była jednym z pierwszych krajów, które się przyłączyły do tej akcji.

W 1931 r. powstał Polski Komitet do Spraw Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii. Skupiał on lekarzy, urzędników resortu zdrowia, prawników i działaczy społecznych. Komitet stanowił swoiste forum dyskusyjne, na którym poszukiwano skutecznych rozwiązań profilaktycznych. Był on również animatorem wielu akcji propagandowych. Stowarzyszenie to pełniło także rolę grupy nacisku, której zadaniem było stymulowanie poczynań rządu na tym obszarze życia zbiorowego. Między innymi działalności Komitetu zawdzięcza się, że współpraca pomiędzy państwem

⁵⁹ J. Firstenberg, *op. cit.*, s. 43.

⁶⁰ Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej z 111931 r., nr 1.

a społeczeństwem w tej dziedzinie układała się przez całe dwudziestolecie międzywojenne bardzo harmonijnie. Osiągnięty consensus stanowił skuteczną tamę powstrzymującą rozwój zjawiska narkomanii w tym okresie.

Zadaniem Komitetu było również utrzymywanie kontaktów międzynarodowych, zwłaszcza z Genewskim Centralnym Komitetem Patronującym. Wiceprezesami tego Komitetu byli prezesi komitetów krajowych, praca Komitetu Genewskiego polegała na gromadzeniu środków materialnych do wspólnych akcji ogólnoswiatowych, wydawaniu biuletynu informacyjnego i innych wydawnictw propagandowych, organizowaniu kampanii prasowych w prasie codziennej w poszczególnych krajach. Zjazdy przedstawicieli komitetów narodowych odbywały się w Genewie raz na pięć lat. Dorobek tych spotkań w postaci uchwał był przedstawiany nie tylko władzom poszczególnych krajów, ale również Lidze Narodów.

Znamienna jest uchwała Drugiego Zebrania Międzynarodowej Konferencji Obrony przed Narkotykami, które odbyło się w dniach 15—17 czerwca 1931 r. W jej artykule pierwszym czytamy: „Zagadnienie toksykomanii jest w istocie zagadnieniem wychowania. Skuteczność nadzoru nad fabrykacją, sprzedażą i spożyciem środków odurzających zależy głównie od zrozumienia i od stanowiska ogółu publiczności, urzędników i lekarzy. Stworzenie i rozwój takiego uświadomienia i życzliwe stanowisko we wszystkich środowiskach społecznych jest zadaniem wychowania”⁶¹.

Przed wojną leczenie narkomanów odbywało się w szpitalach psychiatrycznych. Oprócz tego istniało kilka sanatoriów (m.in. w Świacku koło Grodna), które specjalizowały się także w terapii tej kategorii pacjentów. Placówki te były dostępne jednak tylko dla ludzi zamożnych. W połowie lat trzydziestych jeden dzień pobytu w Świacku lub Tworkach kosztował pacjenta 4—5 zł, czyli półroczna kuracja od 720 zł do 900 zł⁶². Wprawdzie stosunkowo łatwo przyznawano rozmaite ulgi, mimo to wydatek był i tak znaczny. Sprawa powołania specjalistycznego lecznictwa odwykowego dla narkomanów zajmowała umysły wielu działaczy społecznych. Do końca jednak nie została w sposób zadowalający rozwiązana.

Przedwojenne ustawodawstwo nie przewidywało instytucji przymusowego leczenia narkomanów. Kwestia ta była dość długo dyskutowana. Wielu działaczy żądało wprowadzenia nie tylko przymusu leczenia, ale również nadzoru „lekarsko-społecznego” po jego ukończeniu.

Dużo kontrowersji wzbudzała także sprawa stosunku sądów do narkomanów-przestępców. Polskie sądy traktowały narkomanów na ogół łagodnie, kwalifikując (zgodnie z literą prawa) nałóg jako okoliczność łagodzącą. obrońcy interesu społecznego wywierali presję na sądy żądając bardziej zdecydowanej postawy. Wkrótce też odnieśli sukces. Nowy ko-

⁶¹ G. S z u l c: *op. cit.*, s. 161.

⁶² J. F i r s t e n b e r g: *op. cit.*, s. 36.

deks karny, który wszedł w życie 1 września 1932 r., wprowadził do polskiego prawodawstwa instytucję środka zabezpieczającego, wykorzystywaną do walki z narkomanią. Odtąd wraz z umorzeniem przez sądy sprawy przeciwko narkomanowi prokurator składał (w myśl art. 251 k.p.k.) wnioski o zastosowanie środka zabezpieczającego, motywując to tym, że pozostawienie oskarżonego na wolności „grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu” (art. 79 k.k.). Sądy na ogół przychyliły się do sugestii oskarżycieli i podsądny był umieszczany w zakładzie zamkniętym dla psychicznie chorych celem odbycia kuracji odwykowej. Przymusowe leczenie narkomana mogło trwać do 24 miesięcy. W latach 1933—1934 tą właśnie drogą skierowano na leczenie 12 osób⁶³.

Już ten krótki przegląd posunięć profilaktycznych wskazuje, że program prewencji narkomanii był szeroki, wewnętrznie spójny i stale weryfikowany. W jego realizacji uczestniczyła legislatura, administracja państwowa, policja, służba zdrowia, a także najbardziej uświadomione kręgi społeczeństwa. Szczególnie korzystną okolicznością było powiązanie programu krajowego z międzynarodowym. Dawało to z jednej strony szerszą perspektywę w spojrzeniu na samo zjawisko, z drugiej — większe możliwości koordynacji działań. Fakt, iż mimo sprzyjających warunków (zwłaszcza w czasach kryzysów ekonomicznych) narkomania nigdy w okresie II Rzeczypospolitej nie stała się problemem społecznym, świadczy również o tym, że przyjęta strategia obrony była w ówczesnej sytuacji trafna.

III. NARKOMANIA W OKRESIE POWOJENNYM

W rozwoju zjawiska narkomanii w czterdziestolecu powojennym można wyróżnić cztery okresy.

1. I OKRES — PROBLEM MEDYCZNY

Do drugiej połowy lat sześćdziesiątych zjawisko to miało ograniczone rozmiary. W poradniach zdrowia psychicznego średnio leczyło się około 400, a w szpitalach psychiatrycznych — około 159 osób. Przy czym należy pamiętać, że część pacjentów jest uwzględniana w obu tych statystykach jednocześnie. Można przypuszczać, że średnia roczna liczba pacjentów w dwóch typach lecznictwa nie przekraczała wówczas 480 osób. Na niewielkie rozmiary zjawiska nadużywania leków wskazują pośrednio również statystyki milicyjne. W 1967 r. zanotowano w kraju tylko 9 przestępstw mających bezpośrednio związek z narkomanią (dochodzenie z usta-

⁶³ *Ibidem*, s. 28.

wy z 8 stycznia 1951 r.)⁶⁴. Ówczesni narkomani wywodzili się ze specyficznych środowisk. Byli to głównie przedstawiciele zawodów medycznych (lekarze, farmaceuci, pielęgniarki etc.), a więc osoby mające stosunkowo łatwy dostęp do środków odurzających. Przeszło 90% wszystkich morfinitów zatrudnionych było w służbie zdrowia ⁶⁵. Uzależnienie znacznego odsetka narkomanów było spowodowane względami medycznymi. Poprzedzała je zwykle jakaś poważna choroba somatyczna. Najczęściej używanymi w tym czasie środkami były klasyczne narkotyki (morfina, kokaina) oraz leki uspokajające (glimid, tardyl etc.) bądź pobudzające (amfetaminy).

W tym okresie trudno jeszcze mówić o narkomanii jako o zjawisku subkulturowym. Stanowi ona głównie problem medyczny. Większość przyjmujących środki odurzające to osoby już uzależnione. Nadużywanie leków jako zachowanie dewiacyjne dotyczyło niewielkiej grupy osób. Narkomani ówczesni nie tworzyli zwartych grup o wspólnej ideologii, specyficznej symbolice czy języku. Zażywanie środków odurzających w większości wypadków nie przyjmowało form zachowania społecznego, lecz raczej aktu jednostkowego.

2. II OKRES — POCZĄTKI PODKULTURY

Pod koniec lat sześćdziesiątych i na początku siedemdziesiątych obserwujemy gwałtowny wzrost rozpowszechnienia zjawiska narkomanii. Wskazują na to zarówno statystyki medyczne, milicyjne, jak i badania socjologiczne. W latach 1969—1973 ponad pięciokrotnie wzrosła liczba pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od leków w poradniach zdrowia psychicznego i ponad trzykrotnie — w szpitalach psychiatrycznych.

W 1972 r. w poradniach zdrowia psychicznego leczono około 3150, a w szpitalach psychiatrycznych około 600 pacjentów z rozpoznaniem „304”. W następnym roku liczba osób hospitalizowanych wzrosła nawet do blisko 700. Wskaźnik chorobowości ujawnionej liczony na podstawie statystyk poradni zdrowia psychicznego wzrasta w latach 1968—1972 z 1,5 do 9,4. Równie gwałtownie rośnie wskaźnik zapadalności — z 0,3 do 3,5. Wysoką dynamikę wykazuje także przestępczość bezpośrednio związana z narkomanią. Podczas gdy jeszcze w 1967 r. nie stwierdzono ani jednego przestępstwa polegającego na udzieleniu bez uprawnienia środków odurzających (art. 161 k.k.) lub fałszowaniu recept (art. 265 § 1 k.k.), to w pięć lat później zanotowano odpowiednio — 105 i 417 takich czynów ⁶⁶. W 1971 r.

⁶⁴ W. Wisłocka: *Narkomania jako zjawisko kryminogenne*, „Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego”, 1972, nr 2(7), t. 3, s. 47.

⁶⁵ Cz. Czaporów: *Narkomania*, w: *Zagadnienia patologii społecznej*, A. Podgórski (red.), Warszawa 1976, s. 378.

⁶⁶ Z. Ostrowicz: *Używanie środków odrzucających w Polsce*, w: *Alkohol, alkoholizm i inne uzależnienia*, Warszawa 1977.

na terenie całego kraju zarejestrowanych było w kartotekach milicyjnych ponad 3000 osób „przyjmujących środki odurzające”⁶⁷.

Z badań socjologicznych przeprowadzonych w 1972 r. wśród uczniów wszystkich liceów ogólnokształcących, techników i zasadniczych szkół zawodowych Trójmiasta wynika, że 8,3% respondentów miało kontakt ze środkami odurzającymi, z tego około 45% badanych — sporadyczny (tj. jednokrotnie lub dwukrotnie). Odsetek ten stanowi „dolną granicę częstości przypadków” narkotyzowania się „w zbiorowości młodzieży szkolnej Trójmiasta”⁶⁸. Podobne badania przeprowadzone wśród uczniów szkół średnich Wrocławia wykazały, że 7% ankietowanej młodzieży brało co najmniej raz w życiu środek odurzający⁶⁹. Z kolei sondaż zrealizowany w Szczecinie w środowisku młodzieży z ostatnich klas szkół podstawowych oraz średnich ogólnokształcących, technicznych i artystycznych wykazał, że środki odurzające używało 5,7% respondentów. Połowa spośród nich przyjęła środek tylko jeden raz⁷⁰. W 1972 r. przeprowadzono również badania wśród tysiąca uczniów łódzkich szkół podstawowych, zawodowych i średnich, z których wynikało, że 3,4% młodzieży używało środków odurzających⁷¹.

Według obliczeń Hanausków (1972 r.) wielkość populacji zagrożonej nałogiem (obejmującej osoby biorące regularnie środki odurzające) i już uzależnionej można szacować na około 30 tys. osób. Natomiast populacji, która tylko raz zetknęła się z narkotykami — na 90—150 tys. Z tego wynika, że liczbę osób mających jakiegokolwiek doświadczenia z narkotykami można szacować na 120—180 tys.⁷²

Naukowcy z Komitetu Badań i Prognoz przy Prezydium PAN obliczyli, że w latach 1973—1974 liczba młodzieży (poniżej 20 lat) uzależnionej nie przekraczała 800 osób⁷³, a starszej (powyżej 20 lat) 2000⁷⁴. Z kolei Piotrowski szacuje liczebność pierwszej grupy młodzieży na 450—600 osób⁷⁵. Według niektórych autorów (Zaczkowski) rozmiary zjawiska nar-

⁶⁷ B. Ślusarczyk: *Narkomania nadal groźnym problemem*, „Znaki Czasu”, 1982, nr 5—6.

⁶⁸ M. Latoszek, A. Lemska, P. Sieliwończyk: *Badania nad narkomanią wśród młodzieży szkolnej Trójmiasta*, „Studia Socjologiczne”, 1974, nr 4, s. 247, 248.

⁶⁹ M. Grabowski, C. Godwod-Sikora: *Rozwój lekozależności w Polsce*, w: *Rozmiary lekozależności i jej społeczne skutki w wybranych krajach i w Polsce*, CİNTE, 1977, nr 29, s. 7.

⁷⁰ A. Szakowski: *Stopień zagrożenia toksykomanią młodzieży szkolnej m. Szczecina*, „Psychiatria Polska”, 1974, nr 4, s. 46.

⁷¹ L. Korczyk: *Badania nad problemem narkomanii wśród młodzieży uczącej się miasta Łodzi*, w: *Symposium „Narkomania w Polsce”*, Częstochowa 1982, s. 90.

⁷² T. Hanausek, W. Hanausek: *Narkomania*, Warszawa 1976, s. 61.

⁷³ M. Grabowski, C. Godwod-Sikorska: *op. cit.*, s. 7.

⁷⁴ K. Mianowska-Porada: *Przestępstwa związane z „narkomanią” i ich sprawcy* (maszynopis), Warszawa 1981.

⁷⁵ A. Piotrowski: *Psycho społeczne uwarunkowania przyjmowania przez*

komunii w tym okresie w Polsce były mniej więcej takie, jak we Francji w latach 1967—1968⁷⁶.

W omawianym okresie narkomania zmienia też swój charakter — staje się zjawiskiem podkulturowym. Podłożem, na którym się rozwija, są młodzieżowe ruchy kontestacyjne. Lata sześćdziesiąte na Zachodzie to okres rewolty i buntów młodzieży, który najczęściej określanym jest mianem czasu kontrkultury i kontestacji. Szczyt natężenia tych ruchów przypada na drugą połowę tego dziesięciolecia. W tym okresie obejmują one już całe gątany Zjednoczone, większą część krajów Europy Zachodniej i niektóre państwa Ameryki Łacińskiej.

Rewolta młodego pokolenia dotyczy różnych płaszczyzn życia zbiorowego. W sferze politycznej przybiera ona formę gwałtownego protestu przeciwko polityce prowadzonej przez określone rządy. W USA i Europie Zachodniej — przeciwko zbrojeniom, segregacji rasowej, wojnie w Wietnamie; w Ameryce Łacińskiej i innych krajach — przeciwko totalitarnym dyktaturom. W kulturze jest to totalna negacja zarówno dotychczasowego sposobu uprawiania kultury, jak i tworzonych treści. Pojawiają się nowe propozycje. W muzyce szczyt popularności przeżywa polityczna pieśń protestu, rock, blues i folk, które stają się elementem ideologii młodego pokolenia. W teatrze triumfy święci teatr otwarty typu guerilla, w filmie — nowa fala. Kontrkultura nie ominęła również literatury i sztuk pięknych. Na płaszczyźnie społecznej okres ten zaznacza się całkowitym odrzuceniem obowiązujących standardów, lansowaniem nowych wzorów życia, działaniem na rzecz budowania społeczeństwa alternatywnego (negacja konsumpcjonizmu, pełna samorządność, wolność seksualna itp.). Kontestacja przybiera różnorodne formy organizacyjne: od mocno sformalizowanych partii (Czarne Pantery, Komitet Akcji Rewolucyjnej, Socjalistyczny Związek Studentów Niemieckich itp.) do luźnych, pozbawionych wszelkich struktur ruchów (*provo, diggers*).

W 1964 r. w Kalifornii powstają pierwsze grupy hippisów. Atrakcyjna ideologia tego ruchu (negacja zastanej kultury i cywilizacji, sprzeciw wobec przemocy, pełna samorządność, wolność seksualna itp.) sprawia, że w krótkim czasie zyskuje on bardzo dużą popularność. W parę miesięcy później komuny hippisów można spotkać już w całych Stanach Zjednoczonych, a także w większości krajów Europy Zachodniej. Hippisi jak żaden inny ruch kontestującej młodzieży ulegli fascynacji kulturą Dalekiego Wschodu. Znajdywała ona swój wyraz zarówno w ich ubiorze, sposobie noszenia się, formach życia zbiorowego, jak również w tworzonej poezji i muzyce, manifestowanej filozofii życia, a także w wysokim miejscu nar-

młodzież środków odurzających z lekozależności, w: *Rozmiary lekozależności i jej społeczne skutki w wybranych krajach i w Polsce*, CİNTE, 1977, nr 29, s. 11.

⁷⁶ Powołane za T. H a n a u s e k, W. H a n a u s e k: *op. cit.*, s. 47.

kotyków w wyznawanej aksjologii. Narkotyk należał do naczelných wartości tego ruchu. Przyjmowanie narkotyków było formą protestu przeciwko zastanemu społeczeństwu.

W drugiej połowie lat sześćdziesiątych również Polska staje się widownią młodzieżowych ruchów kontestacyjnych. Kontrkultura w Polsce przybiera podobne formy jak i na Zachodzie, z tym że nie obejmuje tak szerokich kręgów młodzieży. Pojawiają się hippisi. Trudno dokładnie określić ich liczebność. Według niektórych źródeł (Kozłowski) liczbę hippisów można szacować w tym okresie na około 50 tys.⁷⁷ Hippisi polscy reprezentowali podobną ideologię i zbliżone formy życia zbiorowego (komuny, festiwale, zloty regionalne i ogólnokrajowe itp.) jak hippisi w krajach zachodnich. Podobnie jak na Zachodzie, tak i w Polsce środki odurzające były trwałym elementem podkultury młodzieży hippisowskiej. Ideologia hippisów nadała przyjmowaniu środków wymiar kulturowy. Narkotyżowanie się przestało być zachowaniem indywidualnym, pozbawionym głębszego sensu kulturowego, lecz stało się czynnością społeczną, wyrażającą pewne postawy, symbolizującą przynależność do określonej podkultury. Młodzież biorąca środki odurzające funkcjonuje przeważnie w mniejszych lub większych grupach o silnej więzi wewnętrznej i dużym poczuciu solidaryżmu. Posługuje się specyficzną symboliką (odpowiedni ubiór, znaki rozpoznawcze, szeroki repertuar gestów, pseudonimy itp.) i wcale bogatym już językiem (charakterystyczne nazewnictwo środków i czynności związanych z ich przyjmowaniem). Samo branie wiąże się z mniej lub bardziej rozbudowanym rytuałem (koktajle oszałamiające, seanse narkotyczne itp.).

Na początku omawianego okresu (do około 1969 r.) problem narkomanii ograniczał się prawie wyłącznie do kręgów młodzieży hippies. Wkrótce jednak po środki odurzające zaczynają sięgać inne grupy młodzieży, mające niewiele lub zgoła nie mające nic wspólnego z ich ideologią. Motywem przyjmowania środków przez te grupy młodzieży są nie tyle względy ideologiczne, co niekorzystne sytuacje społeczne i związane z tym napięcia psychiczne (kłopoty w rodzinie, szkole, chęć uniknięcia służby wojskowej itp.). Niemalą rolę odgrywało również ślepe, bezrefleksyjne naśladownictwo niektórych tylko elementów zachowania hippisów, bez przejmowania ich ideologii.

Problem roli ruchu hippies w rozwoju zjawiska narkomanii w Polsce jest mocno kontrowersyjny. W dyskusji na ten temat rysują się z grubsza dwa stanowiska: pierwsze — postrzegające w tym ruchu podstawową przyczynę jego rozprzestrzenienia⁷⁸, drugie — odmawiające ruchowi po-

⁷⁷ A. Kozłowski: *Narkomania w Polsce — margines czy problem*, „Życie i Myśl”, 1972, nr 7—8, s. 48.

⁷⁸ J. Gajdzicki: *Czas podjąć środki zaradcze*, „Życie i Myśl”, 1972, nr 7—8, s. 59; A. Kozłowski: *op. cit.*, s. 48—50.

ważniejszego znaczenia⁷⁹. Upatrywanie w ruchu hippies wyłącznej przyczyny szerzenia się narkomanii w tym okresie jest z pewnością przesadą. Błędem jest jednak również jego bagatelizowanie. Nie ulega wątpliwości, że w drugiej połowie lat sześćdziesiątych ruch ten był podstawowym czynnikiem stymulującym rozwój tego zjawiska, a ideologia hippies decydowała o jego charakterze. Później jednak do głosu zaczęły dochodzić inne czynniki i inne grupy młodzieży. Narkomania poczęła tracić swoje uwarunkowania ideologiczne.

Zjawisko narkomanii w tym okresie (podobnie jak i później) koncentrowało się wśród młodzieży. W 1972 r. blisko 75% hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu uzależnienia od leków to osoby, które nie ukończyły 25, a ponad 60% — 20 roku życia⁸⁰. Badania przeprowadzone przez WAM w Łodzi⁸¹ i Instytut Psychoneurologiczny⁸² wskazują na stałe obniżanie się dolnej granicy wieku osób wchodzących w nałóg.

W strukturze wykształcenia ówczesnych narkomanów zwraca uwagę niewspółmiernie wysoki udział osób posiadających wykształcenie wyższe ukończone. W 1970 r. tym poziomem wykształcenia legitymowało się 20,2% mężczyzn hospitalizowanych po raz pierwszy i 12,6% kobiet. Pacjenci z wykształceniem wyższym nie ukończonym, policealnym i średnim stanowili odpowiednio: 28,6% i 41,6%⁸³. Zarówno statystyki medyczne, jak i milicyjne wskazują, że narkomania koncentrowała się przede wszystkim w miastach oraz regionach o dużym nasyceniu przemysłem. W 1970 r. ponad 90% ogółu pacjentów hospitalizowanych z powodu uzależnienia od leków stanowili mieszkańcy miast⁸⁴. Do miast o największym zagrożeniu tym zjawiskiem należały: Kraków, Poznań, Wrocław, Warszawa, Łódź oraz województwa: gdańskie, katowickie, szczecińskie, wrocławskie. Najniższe wskaźniki rozpowszechnienia notowane były w: lubelskim, krakowskim, białostockim, rzeszowskim, łódzkim i kieleckim.

Ograniczony rynek środków powoduje, iż młodzież po raz pierwszy na taką skalę zaczyna sięgać po zamienniki. W tych latach wchodzą w powszechne użycie takie substancje jak: tri, ixi, butapren, eter, benzyna, roz-

⁷⁹ A. Piotrowski: *op. cit.*, s. 14.

⁸⁰ C. Godwod-Sikorska: *Wyniki badań nad stanem lekozależności w Polsce w latach, 1964—1975*, w: *Rozmiary lekozależności i jej społeczne skutki w wybranych krajach i w Polsce*, CİNTE, 1977, nr 29, s. 63.

⁸¹ Z. Rydzyński, M. Woyczyński, K. Borysewicz, M. Barteżak, J. Cilulko, W. Gruszczyński, J. Stachowiak, L. Ziółek: *Nadużywanie środków odurzających wśród młodzieży m. Łodzi*, „Zdrowie Psychiczne”, 1974, nr 1—2.

⁸² Z. Jaroszewski, Z. Karewicz: *Dane statystyczne dotyczące pacjentów szpitali psychiatrycznych w Polsce, leczonych z rozpoznaniem: narkomania*, »Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego”, 1972, nr 2(7), t. 3, s. 67.

⁸³ C. Godwod-Sikorska: *Wyniki badań nad stanem lekozależności w Polsce...*, s. 64.

⁸⁴ *Ibidem*, s. 64.

puszczainiki i inne. Często spotykaną praktyką jest również przystosowywanie popularnych leków do celów narkotycznych (np. preparowanie „narkotyków” z kropli Inoziemcowa). Ta swoista innowacyjność młodzieży nie zmienia jednak faktu, że nadal podstawowym typem uzależnień były uzależnienia od opium i jego pochodnych (zwłaszcza wśród mężczyzn) oraz od środków nasennych i uspokajających (wśród kobiet)⁸⁵. Z badań wynika, że w Polsce w tym okresie wśród osób leczących się praktycznie nie występowała narkomania typu LSD, kokainowego, cannabis⁸⁶. Również narkomania barbituranowa była zjawiskiem dość rzadkim. W 1970 r. ten typ uzależnienia dotyczył tylko 9% pacjentów hospitalizowanych, podczas gdy w Wielkiej Brytanii liczbę osób biorących regularnie barbiturany szacowano w tym okresie na 500 tys., a uzależnionych na 100 tys.⁸⁷ Z innych badań wynika, że po barbiturany sięgali przede wszystkim narkomanii w starszym wieku (powyżej 30 lat), natomiast po amfetaminy i morfinę wraz z jej pochodnymi — młodzież⁸⁸. Młodzież częściej również była uzależniona od kilku środków równocześnie i od substancji niemedyceńskich typu tri, benzyna, eter etc. Istotnym rysem obyczajowości ówczesnych narkomanów, zwłaszcza młodocianych, było sporządzanie tzw. koktajli oszałamiających. Były to mieszaniny różnorodnych środków, częstokroć o działaniu synergistycznym bądź antagonistycznym. Stąd między innymi pokaźna liczba groźnych zatruć, a nawet zgonów. Blisko 18% ogółu pacjentów hospitalizowanych w 1971 r. z powodu uzależnienia od leków było skierowanych do szpitala przez pogotowie ratunkowe⁸⁹.

Podsumowując ten okres rozwoju zjawiska nadużywania leków należy stwierdzić, że w drugiej połowie lat sześćdziesiątych i na początku siedemdziesiątych uległo ono znacznemu rozpowszechnieniu. Część badaczy (Rydzynski) nawet uważa, że szerzenie się narkomanii w tym okresie w Polsce, podobnie jak w innych krajach, miało charakter epidemiczny. Rozsadnikiem tego zjawiska były przede wszystkim grupy hippisów. Wkrótce jednak objęło ono również inne grupy młodzieży — głównie szkolnej i akademickiej.

W tym też czasie narkomania zmienia swój charakter i nabiera cech zjawiska podkulturowego. Staje się to za przyczyną młodzieżowych ruchów kontestacyjnych. Podobnie jak i w innych krajach, w Polsce zjawisko to koncentruje się głównie w miastach. Inną cechą charakterystyczną tego etapu rozwoju narkomanii jest pojawienie się wielu zamienników.

⁸⁵ *Ibidem*, s. 71.

⁸⁶ *Ibidem*, s. 71.

⁸⁷ A. Bukowczyk: *Uwagi w sprawie uzależnień lekowych*, „Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego”, 1972, nr 2(7), t. 3, s. 80.

⁸⁸ Cz. Cz a p ó w: *op. cit.*, s. 380.

⁸⁹ C. Godwod-Sikorska: *Wyniki badań nad stanem leko zależności w Polsce...*, s. 74.

3. III OKRES—NARKOTYCZNE PODZIEMIE

W latach 1973—1976 rozwój zjawiska narkomanii ulega znacznemu zahamowaniu. W tym okresie notujemy blisko 27-procentowy spadek ogólnej liczby pacjentów w poradniach zdrowia psychicznego i 40-procentowy w grupie chorych przyjętych po raz pierwszy. Wskaźnik chorobowości ujawnionej zmniejszył się z 9,4 do 6,7, a zapadalności — z 3,5 do 2,0. Tendencja ta utrzymywała się jeszcze przez dwa kolejne lata i załamała się dopiero w 1979 r. Z uwagi jednak na fakt, że przeciętny okres brania przed podjęciem leczenia wynosił dla tej populacji około 2—2,5 roku, oraz na inne sygnały przyjmuje się rok 1976 jako główną cezurę dla trzeciego okresu rozwoju tego zjawiska. Wśród pacjentów szpitali psychiatrycznych obserwujemy najpierw dość znaczny wzrost, a dopiero później pewien spadek liczby hospitalizowanych narkomanów. Trend spadkowy jest znacznie wyraźniejszy w grupie narkomanów hospitalizowanych po raz pierwszy.

Statystyki milicyjne pozostają w wyraźnej sprzeczności z tendencjami, które ujawniły się w służbie zdrowia. W latach 1973—1976 liczba przestępstw bezpośrednio związanych z narkomanią gwałtownie wzrasta. W 1972 r. ujawniono ogółem 580 tego rodzaju czynów przestępczych, a w cztery lata później — już 1736⁹⁰. Wydaje się, że ten skokowy wzrost jest w większym stopniu wynikiem wzrostu operatywności organów ścigania niż rzeczywistego wzrostu przestępczości.

Badania przeprowadzone w Łodzi w roku szkolnym 1975—1976 wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych wykazały, że 3,9% badanej młodzieży miało kontakt ze środkami odurzającymi, przy czym zdecydowana większość spośród nich przyjęła środek jeden raz⁹¹. Z sondażu zrealizowanego w tym samym roku szkolnym na próbie reprezentatywnej studentów Uniwersytetu Łódzkiego i Akademii Medycznej w Łodzi wynika, że w przeszłości środki odurzające używało niecałe 2% respondentów, natomiast aktualnie — 0,8%⁹². Podobnie jak w przypadku uczniów zasadniczych szkół zawodowych, „używanie środków miało z reguły charakter sporadyczny”. Przyjmowanie środków odurzających było znacznie bardziej rozpowszechnione wśród studentów wyższych szkół artystycznych w Łodzi (PWSSP, PWSM, PWSTViT). W przeszłości brało je 9,2% tej grupy badanych, a obecnie — 1,59%⁹³. Stosunkowo największą popularnością cieszyły się środki wśród uczniów przedostatnich klas Liceum Pla-

⁹⁰ Ż. Ostrowicz: *Używanie środków odurzających w Polsce*, w: *Alkohol, alkoholizm i inne uzależnienia*, Warszawa 1977; *Aktualne tendencje narkomanii w Polsce*, KG MO, Warszawa 1982.

⁹¹ L. Korczyk: *op. cit.*, s. 90.

⁹² *Ibidem*, s. 91.

⁹³ *Ibidem*, s. 91.

stycznego i Liceum Medycznego w Łodzi. Spośród 89 badanych uczniów środki odurzające używało 5,6% ⁹⁴.

Porównując rozmiary zjawiska nadużywania leków w drugiej połowie lat sześćdziesiątych i w pierwszej siedemdziesiątych należy stwierdzić, iż w tym okresie uległy one wyraźnemu zmniejszeniu. Wydaje się, iż sytuacja ta jest wynikiem działania co najmniej trzech czynników. Po pierwsze — pierwsza połowa lat siedemdziesiątych to okres wygasania młodzieżowych ruchów kontestacyjnych. Jest to czas względnego spokoju społecznego zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. W związku z tym narkomania traci szerszą bazę społeczno-kulturową. Po drugie — na początku tego dziesięciolecia służba zdrowia wprowadziła wiele ograniczeń dostępności leków. Pojawiają się „różowe recepty”, wprowadza się dodatkowe zabezpieczenia aptek, zwiększa się kontrolę obiegu środków odurzających. Po trzecie — poważny wpływ miał tutaj również wzrost represyjnej działalności milicji. W tym okresie organy ścigania nie tylko wyraźnie zwiększają swoją operatywność, ale i dysponują coraz lepszym rozeznaniami środowiska. Działania te okazały się niewystarczające do całkowitego opanowania zjawiska. Najbliższe lata wykazały, że regres narkomanii miał charakter przejściowy. Narkomani co prawda zniknęli z ulic i skwerków, ale nadal istnieli po strychach, piwnicach czy parkach. Z tej to właśnie grupy wyszedł impuls, który spowodował ponowną erupcję tego zjawiska.

4. IV OKRES — PONOWNA ERUPCJA

Koniec lat siedemdziesiątych i początek osiemdziesiątych to okres ponownego, gwałtownego rozszerzania się zjawiska narkomanii. W latach 1977—1984 nastąpił ponad dwukrotny wzrost liczby pacjentów w lecznictwie ambulatoryjnym i pięciokrotny w lecznictwie stacjonarnym (zob. tablica 1). Niezwykle dynamicznie rosła wskaźniki rozpowszechnienia i zapadalności. Gwałtowny wzrost liczby pacjentów uzależnionych od leków tak w lecznictwie otwartym, jak i zamkniętym jest pochodną wielu czynników. Pewną rolę odegrało tutaj zwiększenie pojemności obu wymienionych typów placówek. Faktem jest, że od połowy lat siedemdziesiątych system opieki zdrowotnej nad narkomanami poważnie się zmienił. Z jednej strony utworzono kilka ośrodków „Monaru”; z drugiej — część zadań przyjęły na siebie poradnie odwykowe ⁹⁵. Nie ulega jednak wątpliwości, że podstawowym czynnikiem wzrostu liczby pacjentów było rozszerzenie się zjawiska narkomanii. Trudno obecnie odpowiedzialnie skomentować notowany w 1985 r. spadek liczby pacjentów w obu typach placówek lecznictwa. W każdym razie przestrzegalibyśmy przed wycią-

⁹⁴ *Ibidem*, s. 90.

⁹⁵ W 1986 r. funkcjonowało 18 ośrodków „Monar” z ok. 350 miejscami. W 1984 r. w poradniach odwykowych było zarejestrowanych 1451 narkomanów.

Tablica 1. Chorzy leczeni z powodu uzależnienia od leków³ w poradniach zdrowia psychicznego i w szpitalach psychiatrycznych w latach 1960—1985

Lata	PZP				Szpitale			
	ogółem		1 raz		ogółem		1 raz	
	lb.	wskaźnik na 100 tys.	lb.	wskaźnik na 100 tys.	lb.	wskaźnik na 100 tys.	lb.	wskaźnik na 100 tys.
1960	584	1,9	—	—	103	0,3	57	0,2
1961	—	—	—	—	136	0,4	63	0,2
1962	—	—	—	—	134	0,4	61	0,2
1963	—	—	—	—	137	0,4	49	0,1
1964	524	1,7	148	0,5	165	0,5	66	0,2
1965	317	1,0	102	0,3	148	0,5	53	0,2
1966	415	1,3	144	0,5	163	0,5	60	0,2
1967	422	1,3	106	0,3	177	0,5	64	0,2
1968	467	1,5	108	0,3	207	0,6	83	0,2
1969	585	1,8	205	0,6	222	0,7	101	0,3
1970	1100	3,4	394	1,2	336	1,2	171	0,5
1971	2659	8,1	993	3,0	512	1,5	251	0,7
1972	3134	9,4	1171	3,5	576	1,7	323	1,0
1973	3042	9,1	1064	3,2	697	2,1	373	1,1
1974	2622	7,8	991	2,9	676	2,0	361	1,0
1975	2366	7,0	809	2,4	648	1,9	302	0,9
1976	2308	6,7	702	2,0	677	1,9	302	0,8
1977	2200	6,3	674	1,9	632	1,8	270	0,7
1978	2050	5,8	553	1,6	791	2,2	338	0,9
1979	2524	7,1	743	2,1	1095	3,1	424	1,2
1980	2257	6,3	—	—	1247	3,5	517	1,4
1981	2470	6,8	913	2,5	1808	5,0	647	1,8
1982	4405 ^a	12,1	1109 ^a	3,0	2675	7,4	1211	3,3
1983	4577 ^a	12,5	1313 ^a	3,6	3165 ^b	8,7	1344 ^b	3,7
1984	4642 ^a	12,6	1556 ^a	4,2	3203 ^b	8,7	1038 ^b	2,9
1985	4112 ^a	11,1	1252 ^a	3,4	3015 ^b	8,1	—	—

^a W lecznictwie ambulatoryjnym od 1982 r. poradnia zdrowia psychicznego łącznie z poradniami odwykowymi.

^b W lecznictwie stacjonarnym od 1983 r. — szpitale psychiatryczne łącznie z ośrodkami „Monar”.

Źródło: C. Godwod-Sikorska, A. Bielewicz, J. Moskalewicz, J. Sierosławski, K. Zamecki: *Uzależnienia lekowe w Polsce* (maszynopis w Instytucie Psychiatrii i Neurologii).

ganiem na tej podstawie wniosku o rysującym się regresie zjawiska. Statystyki milicyjne wskazują na stały, silny trend wzrostowy. Od połowy lat siedemdziesiątych liczba osób objętych rejestrem milicyjnym narkomanów powiększyła się niemal dwuipółkrotnie (zob. tablica 2). Z roku na rok rosła także liczba zgonów w wyniku „przedawkowania” (zob. tablica 3).

Obserwacje te potwierdzają również dane resortu oświaty i wychowania. Według ocen Ministerstwa Oświaty i Wychowania „orientacyjna liczb-

Tablica 2. Rejestr milicyjny narkomanów

Lata	Liczba zarejestrowanych narkomanów	Wskaźnik na 100 tys.
1974	5230	15,5
1975	6200	18,7
1976	7825	22,8
1977	7797	22,5
1978	7078	20,7
1979	7995	22,7
1980	8385	23,6
1981	10132	28,7
1982	11974	33,0
1983	13931	38,1
1984	15249	41,3
1986	16675	44,8
1986	16838	45,2

Źródło: A. Grabowski: *Narkomania i przestępczość jej towarzysząca w latach osiemdziesiątych*, w: *Problemy narkomanii. Materiały konferencji naukowej zorganizowanej przez Akademię Spraw Wewnętrznych, Warszawa 17 maja 1985 r.*, część I, Warszawa 1985, s. 52.

Tablica 3. Zgony z powodu przedawkowania w latach 1978—1985

Lata	Liczba zgonów	Wskaźnik na 100 tys.
1978 ^a	18	0,05
1979 ^b	19	0,09
1980 ^c	33	0,09
1981 ^c	80	0,22
1982 ^c	102	0,28
1983 ^c	110	0,30
1984 ^c	115	0,31
1985 ^c	109	0,29
1986 ^d	117	0,31

Źródła:

^a A. Grabowski: *Informacja KG MO na temat narkomanii*, w: *Symposium „Narkomania w Polsce”, 18—19 1981 r.*, Częstochowa 1982, s. 135.

^b B. Ślusarczyk: *Narkomania — wybrane aspekty kryminologiczne*, w: *Narkomania znakiem czasu, „Znaki Czasu”, 1983, s. 35.*

^c Biuletyn Informacyjny TZN, 1986, nr 3, s. 18.

^d Informacje statystyczne o ilości i aspektach osobopoznawczych narkomanów za lata 1982—1986. Maszynopis KG

ba młodzieży odurzających się sporadycznie w latach 1975—1976 wahała się w granicach 1500—1800 przypadków”. W roku następnym wynosiła 2339, a w 1978 — 1170 ⁹⁶. Z wypowiedzi ministra Farona wynika, że w 1984 r. ujawniono 5145 uczniów odurzających się, a ogólną liczbę młodzieży narkotyzującej się szacowano wówczas na ok. 47 tys., w tym 16% xiiieli stanowić nieletni⁹⁷.

Z badań przeprowadzonych w roku szkolnym 1976—1977 na próbie reprezentatywnej dla populacji uczniów szkół ponadpodstawowych m. Łodzi wynika, że środki odurzające używało 4,1% respondentów, w tym 5,1% chłopców i 2,9% dziewcząt. Ponad połowa spośród nich przyjęła środek jeden raz, a tylko 18,4% — 5 i więcej razy^{98 99 100}. Badania reprezentatywne dla populacji uczniów pierwszych klas wrocławskich liceów ogólnokształcących, przeprowadzone pod koniec 1981 r., wykazały, że środki odurzające przyjmowało 11,2% uczniów. Proporcje chłopców i dziewcząt były wyrównane ⁹⁹. Podstawowym mankamentem tych badań jest fakt, że zrealizowano je na materiale wycinkowym (wyselekcjonowane grupy młodzieży) oraz że przeprowadzono je w wybranych i dość specyficznych ośrodkach (głównie duże miasta).

Dotychczas brak jest ogólnopolskich badań reprezentatywnych, których wyniki mówiłyby jednoznacznie o rozmiarach zjawiska nadużywania leków. Wprawdzie w 1984 r. w Instytucie Psychoneurologicznym przeprowadzono badania ogólnopolskie, których celem było m.in. określenie rozmiarów spożycia leków i środków odurzających, nie mogą one stanowić jednak podstawy do wyciągnięcia zbyt daleko idących wniosków ¹⁰⁰. Stąd konieczność uciekania się do szacunków. Poniżej przedstawiamy próbę oszacowania liczebności trzech populacji.

Pierwszą stanowią osoby, które miały jakiegokolwiek doświadczenia ze środkami odurzającymi. Doświadczenia te mogły polegać nawet na jednorazowym przyjęciu narkotyku. Nieporozumieniem jest nazywanie narkomanami wszystkich osób należących do tej kategorii, co dość powszechnie się zdarza nie tylko w publicystyce. Zdecydowana większość młodzieży wchodzącej w skład tej grupy nie jest narkomanami ani w sensie społecznym (tzn. nie przynależy do tej podkultury), ani tym bardziej w rozumieniu medycznym (tzn. nie wykazuje objawów uzależnienia). Z punktu widzenia tak profilaktyki, resocjalizacji, jak i zwyczajnej prawdy błędem jest postrzeganie jako „narkomanów” tych wszystkich, którzy kiedykol-

⁹⁶ Informacja o zjawisku narkomanii MZiOS (odbitka kserograficzna), s. 2.

⁹⁷ Wywiad radiowy ministra Farona.

⁹⁸ L. Korczyk: *op. cit.*, s. 91—92.

⁹⁹ J. Płonka-Syroka: *Motywy stosowania używek przez młodzież licealną*, „Problemy alkoholizmu”, 1983, nr 5.

¹⁰⁰ A. Zieliński, A. Bielewicz, J. Moskalewicz, J. Sierosławski, G. Świątkiewicz: *Spoleczne i kulturowe uwarunkowania wzorów picia*. Badanie zrealizowano w latach 1980—1985.

wiek zażyli środek odurzający. Negatywna stygmatyzacja nie tylko utrudnia proces resocjalizacji, ale może być również powodem dalszej dewiacji. Podobnie jak w przeszłości, również obecnie większość młodzieży po jednorazowym bądź dwukrotnym doświadczeniu ze środkami porzuca je. Natomiast część wykazuje w dalszym ciągu zainteresowanie narkotykami i niektórzy popadają w uzależnienie.

Drugą populację tworzą osoby będące w strefie zagrożenia nałogiem. Jest to młodzież nie wykazująca jeszcze wprawdzie objawów uzależnienia, ale już regularnie przyjmująca środki odurzające i należąca do tej podkultury. Wśród profesjonalistów zajmujących się leczeniem narkomanów istnieją znaczne różnice poglądów w kwestii, czy możliwe jest regularne branie „kompotu” bez natychmiastowego popadnięcia w nałóg. Jedni stoją na stanowisku, że już dwu- czy trzykrotne jego przyjęcie powoduje uzależnienie, inni twierdzą, że nawet kilkumiesięczne względnie regularne branie nie musi prowadzić do uzależnienia. Wydaje się, że więcej racji mają ci, którzy podzielają drugie stanowisko.

Z punktu widzenia profilaktyki i resocjalizacji populacja, o której mówimy, powinna stanowić grupę specjalnej troski. Wiele wskazuje na to, że rozsądnikiem narkomanii jest obecnie ta właśnie zbiorowość i że dla wie-

lu środowisk młodzieży jest ona grupą odniesienia, od której przyjmuje się gotowe wzory zachowań. Zadaniem działań profilaktycznych byłaby tutaj neutralizacja wpływu, który wywiera ta grupa na pozostałą młodzież. Populacja ta powinna być poddana oddziaływaniom resocjalizacyjnym. Szanse powodzenia są tutaj jeszcze stosunkowo duże.

Trzecią kategorię stanowią osoby już uzależnione — narkomani w pełnym tego słowa znaczeniu. Grupa ta wymaga już programu medycznego.

Podstawową trudność przy oszacowywaniu liczebności poszczególnych populacji sprawia względnie precyzyjne określenie ciemnej liczby przestępstw bezpośrednio związanych z narkomanią. KG MO przyjmuje wykrywalność przestępstw polegających na nielegalnej produkcji środków odurzających na poziomie 10%. Zdaniem wielu badaczy jest to ocena zbyt optymistyczna. Wedle nich odsetek ten nie jest większy od 3. Są też tacy, którzy poziom wykrywalności tych przestępstw oceniają na 1%.

Według danych KG MO w 1983 r. stwierdzono 3014 tego rodzaju przestępstw. Podstawową ich grupę — ponad 40% ogółu — stanowiły przestępstwa z art. 29 ustawy z 8 stycznia 1951 r. polegające przede wszystkim na niedozwolonym wyrobie środków odurzających. W ostatnim okresie obserwuje się dynamiczny wzrost tej kategorii przestępstw. Podczas gdy w 1980 r. stwierdzono 412 tego rodzaju czynów, to w rok później już 912, czyli ponad 2 razy więcej. Drugą pod względem liczebności grupę — blisko 25% ogółu — tworzą przestępstwa z art. 30 wzmiankowanej ustawy, polegające na zażywaniu środków odurzających w towarzystwie innych osób. W 1980 r. stwierdzono 353 czyny tego rodzaju, w 1981 r. — 454,

tablica 4. Przepęstwa stwierdzone, związane bezpośrednio z narkomanią w latach 1975—1983

Rok	Liczba oskarżonych	Ogółem przępstw	Art. kodeksu karnego					Ustawa z 8 11951 r.		Dekret z 29 X 1952 r.	Inne przępstwa
			161	199	203	208	265	Art. 29	Art. 30		
1975	—	575	133	—	23	204	69	46	99	—	1
1976	—	1736	269	—	42	175	349	319	582	—	—
1977	325	2273	281	—	37	183	214	386	1171	—	1
1978	369	1093	155	16	132	193	146	127	313	—	11
1979	454	1313	192	50	46	97	332	317	248	—	31
1980	592	1523	247	58	40	114	276	412	353	—	23
1981	758	2083	297	36	23	199	99	921	454	—	54
1982	591	1911	337	63	27	116	86	836	403	—	43
1983	1769	3014	523	85	51	176	97	1212	735	96	39

Źródło: Biuletyn informacyjny TZiN nr 2/1984, s. 16.

a w 1983 r. — 735. Łącznie te dwie kategorie przępstw stanowią 65% ogółu przępstw ujawnionych w 1983 r. (zob. tablica 4).

Zażywanie środków odurzających w towarzystwie innych osób, podobnie jak i wiele innych czynów zabronionych przez prawo, współwystępuje najczęściej z produkcją środków odurzających. Wskazują na to zarówno badania naukowe, jak i doświadczenia milicji¹⁰⁰. Oznacza to, że w postępowaniu sądowym oskarżeni o wyrób środków odurzających zwykle odpowiadają również za ich zażywanie w towarzystwie innych osób, odstępowanie ich, handel nimi itp. Stąd ryzyko wielokrotnego niejako uwzględniania jednej w gruncie rzeczy sytuacji społecznej i tej samej osoby. Chcąc tego uniknąć będziemy w dalszych operacjach uwzględniać tylko pierwszą grupę przępstw, czyli nielegalnego wytwarzania środków odurzających. Pozostajemy tutaj w zgodzie z oceną milicji. Według organów MO ten rodzaj przępstw stanowi „źródło narkomanii, od którego w głównej mierze zależą rozmiary i drogi jej dalszego rozwoju”^{101 102}.

Z badań naukowych i rozmów z narkomanami wynika, że nielegalną produkcją środków odurzających zajmują się najczęściej nie pojedyncze osoby, ale kilkuosobowe grupy¹⁰³. Dotyczy to również innych rodzajów przępstw związanych z narkomanią. Liczebność takich grup waha się od 3 do 10 osób. Część z nich zajmuje się zdobywaniem surowca, inni uczestniczą w bezpośredniej produkcji. Zdecydowana większość sprawców przępstw związanych z narkomanią to osoby używające środków odurzających.

Przyjmując założenie, że stwierdzone przępstwa nielegalnego wyrobu środków narkotycznych stanowią 3% popełnionych, można przypusz-

¹⁰¹ K. M i a n o w s k a - P o r a d a: *op. cit.*

¹⁰² *Aktualne tendencje narkomanii w Polsce*. KGMQ, Warszawa 1982.

¹⁰³ K. M i a n o w s k a - P o r a d a: *op. cit.*

czać, że w 1983 r. środki odurzające przyjmowało ok. 500—800 tys. osób, w strefie zagrożenia nałogiem znajdowało się 90—95 tys., a uzależnionych było ok. 40 tys. osób. Jest to dolna granica rozpowszechnienia zjawiska narkomanii, górna jest znacznie trudniejsza do ustalenia.

IV. PRÓBA PROGNOZY

Narkomania jest zjawiskiem znanym w Polsce od kilkudziesięciu lat. Jako problem społeczny pojawiła się w drugiej połowie lat sześćdziesiątych. Podłożem, na którym się wówczas rozwijała, były młodzieżowe ruchy kontestacyjne. Rozwój tego zjawiska nie przebiegał po linii prostej. W pewnych okresach wykazywało ono tendencje wzrostowe, w innych — stabilizacyjne lub spadkowe. W jego przebiegu w okresie powojennym można wyróżnić cztery etapy: pierwszy — do połowy lat sześćdziesiątych, drugi — do początku lat siedemdziesiątych, trzeci — do połowy lat siedemdziesiątych, czwarty — od połowy lat siedemdziesiątych. Rozwój narkomanii polegał nie tylko na wzroście jej rozpowszechnienia, ale również na zmianie charakteru. Początkowo w obrazie tego zjawiska dominował aspekt medyczny, później — podkulturowy.

W ostatnim okresie pojawiły się w Polsce szczególnie korzystne warunki dla rozwoju narkomanii. Wskazuje na to niespotykana w przeszłości dynamika rozpowszechnienia tego zjawiska. Upraszczając można powiedzieć, że te sprzyjające okoliczności są wynikiem działania dwóch czynników: technologicznego i psychospołecznego.

W połowie lat siedemdziesiątych opanowano technologię produkcji silnego narkotyku z maku. Jest ona prosta, nie wymaga ani skomplikowanych urządzeń, ani szczególnego przygotowania „zawodowego”. Oparta jest na ogólnie dostępnym surowcu i powszechnie używanych odczynnikach. Technologia produkcji „kompotu” szybko rozprzestrzeniła się; w stosunkowo krótkim czasie rynek narkotyków zostaje nasycony dużą ilością silnych środków odurzających. Połowa lat siedemdziesiątych to okres już bardzo wyraźnego narastania procesów kryzysowych. Nie chodzi tutaj tylko o kryzys ekonomiczny, ale głównie o kryzys wartości, na które szczególnie wrażliwa jest młodzież. Przejawiał się on w braku jednoznacznej, ogólnie akceptowanej hierarchii wartości, etycznym relatywizmie czy konflikcie wartości. Wiele napięć i frustracji dostarcza szkoła. Reforma oświaty niczego poza nałożeniem na młodzież nowych ciężarów nie wniosła. W przypadku większości przedmiotów program nauczania nadal rozmijał się z zainteresowaniami młodzieży i potrzebami praktyki. W procesie wychowania młodzieży uderza jej celowa infantylizacja — jest to klasyczne „prowadzenie za rączkę”. Ani szkoła, ani dom nie kładły dostatecznego nacisku na wyrobienie w młodym pokoleniu samodzielności, umiejętności

podejmowania decyzji, odporności na niepowodzenia, odpowiedzialności za swoje życie. Stwarzano raczej pozory, jakoby na każdego z młodych czekało już gotowe i odpowiadające jego aspiracjom miejsce w społeczeństwie. Na terenie szkoły formalnie istniało wiele organizacji młodzieżowych. Były to na ogół twory martwe, niezbyt dla młodzieży atrakcyjne, jskie dawały jej one możliwości usamodzielnienia się, szansy na realizację własnych, wybranych przez siebie celów. Tak więc generalnie młodzież pozostawała w tym okresie w pustce społecznej. Nie miała ona własnej płaszczyzny organizacyjnej, na gruncie której mogłaby się integrować, gład wzrost znaczenia grup nieformalnych. Na to wszystko nałożyły się aspiracje młodego pokolenia rozbudzone nieproporcjonalnie do możliwości ich zaspokojenia. Pewną rolę odegrały tutaj wzmożone kontakty z Zachodem i propaganda sukcesu. Sytuacja psychologiczna młodzieży jest ciężka. Pękają nadzieje, wzrasta frustracja. Młode pokolenie nie ma wizji własnego życia, własnej przyszłości.

Procesy, o których tutaj wspomniałem, narastały od wielu lat. W latach siedemdziesiątych nastąpiła tylko ich kumulacja. Obfitość rynku narkotyków z jednej strony i gotowość dużych grup młodzieży do ich użycia doprowadziły do gwałtownego wzrostu narkomanii. Czynnikiem sprzyjającym była beczynność władz.

W pierwszym okresie postawa ta podyktowana była względami ideologicznymi. W latach pięćdziesiątych oficjalna propaganda przedstawiała młodego Polaka jako robotnika w mundurze, junaka ze „Służby Polsce”, zaangażowanego bez reszty w pracę i rewolucyjne przemiany, z założenia impregnowanego na wszelkiego typu przejawy patologii społecznej. Był to typowy „człowiek z marmuru”.

Po październiku portret młodego Polaka dość radykalnie się zmienił, został poważnie odbrazowany. Okazało się oto, że ów przodownik pracy nie tylko jest skłonny do bumelantstwa, ale również „nie wylewa za kołnierz”. Nadal jednak w obowiązującej wizji młodego Polaka nie było miejsca na narkotyki.

Przez wiele lat państwowe środki masowego przekazu przedstawiały narkomanię z jednej strony jako symptom dekadencji i upadku świata kapitalistycznego, z drugiej — jako wynik niesprawiedliwych stosunków społecznych tam panujących. Raz typowym przedstawicielem narkomanów był zwyrodniały morderca Manson, innym razem — bezrobotny Portorykańczyk, prowadzący swój nędzny żywot w nowojorskich slumsach.

Patrząc z tej perspektywy nie sposób było zinterpretować pojawienie się zjawiska narkomanii w Polsce. Dlatego też władze przez wiele lat uprawiały na tym polu typowo strusią politykę. Nie tylko nie antycypowały zbliżającego się zagrożenia, ale nie umiały (bądź nie chciały) zareagować na nie *post factum*. Cała aktywność ówczesnych władz skierowana była na blokowanie informacji na ten temat. Środowiska profesjonalnie

zajmujące się narkomanią od lat sygnalizowały narastanie problemu i domagały się szybkich decyzji. W 1981 r. został opracowany w Instytucie Psychoneurologicznym raport o stanie narkomanii, w którym jego autorzy (Godwod-Sikorska, Bielewicz, Moskalewicz) proponowali podjęcie niezbędnych środków zaradczych¹⁰⁴. Chodziło zwłaszcza o decyzje mające na celu ostre ograniczenie podaży środków. Do tej pory ich nie podjęto.

Prognozy są raczej pesymistyczne. Jak dotąd nie usunięto żadnej z istniejących przesłanek rozwoju tego zjawiska. Rynek jest nadal obficie zaopatrywany w „kompot”. Pojawił się nowy środek produkowany sposobem chałupniczym. Niektórzy obserwatorzy rynku narkotyków oceniają, że obecnie w Warszawie ich podaż przewyższa nawet popyt. Nabycie środka odurzającego nie stanowi większego problemu, co najwyżej finansowy. Wprawdzie w ostatnim okresie podjęto kilka decyzji mających na celu ograniczenie podaży narkotyków, ale nie zmieniły one w poważniejszym stopniu obrazu rynku.

W marcu 1985 r. weszła w życie ustawa o zapobieganiu narkomanii. W opinii dużej części społeczeństwa i przedstawicieli nauki nie rozwiązała ona kluczowej z punktu widzenia profilaktyki sprawy — kwestii kontroli nad uprawami maku. System kontraktacyjny, który przyjął ustawodawca, zdaniem większości specjalistów nie wpłynie w znacznym stopniu na podaż surowca na czarny rynek.

Według znacznej części badaczy zjawiska narkomanii i działaczy ruchów „antynarkotycznych” jedynym w obecnej sytuacji rozwiązaniem byłyby zakaz uprawy maku przez indywidualnych rolników i monopolizacja tej kultury przez państwo. Zgodnie z tą koncepcją uprawa maku na potrzeby przemysłu farmaceutycznego i rynku wewnętrznego odbywałaby się w dwóch, trzech odpowiednio zabezpieczonych PGR.

Ustawa powołała Komisję do Spraw Zapobiegania Narkomanii „jako organ opiniodawczo-doradczy w sprawach zapobiegania narkomanii”. Na czele Komisji stoi wicepremier. Jak dotąd, działalność tego ciała nie jest odczuwalna.

W 1981 r. opracowano „Program działań organów państwowych w zakresie zapobiegania i zwalczania narkomanii”. Do realizacji podpisał go przewodniczący Komisji Koordynacyjnej ds. Umocniania Praworządności i Przestrzegania Porządku Publicznego, gen. dyw. Czesław Kiszczak. Jest to program niezwykle ambitny. We wstępie do niego czytamy: „Mając na względzie wysoce negatywne indywidualne i społeczne skutki narkomanii, jej tendencję wzrostową i niekorzystne prognozy, konieczne jest podejmowanie bardziej zdecydowanych oraz zintegrowanych środków ograniczających i zapobiegających rozszerzaniu się tego zjawiska. Podejmowa-

¹⁰⁴ C. Godwod-Sikorska, A. Bielewicz, J. Moskalewicz: *Uzależnienia lekowe w Polsce. Epidemiologia, działania profilaktyczne* (maszynopis), MZiOS, 1981.

ne działania powinny być na tyle radykalne, aby doprowadziły: w pierwszym etapie, do końca 1983 r., do zahamowania wzrostu zjawiska narkomanii; w drugim etapie, w latach następnych, do wydatnego ograniczenia zjawiska”¹⁰⁵. Z perspektywy 1987 r. trudno jednoznacznie ocenić, czy chybiony jest sam program, czy tylko jego realizacja. Faktem jest, że dotąd nie udało się uzyskać efektów, których osiągnięcie zakładano już w 1983 r.

W wyspecjalizowanych placówkach społeczna służba zdrowia rozporządza, łącznie z miejscami w ośrodkach „Monaru”, ok. 500 łózkami dla osób uzależnionych, podczas gdy już obecnie niezbędne jest zapewnienie bazy łóżkowej dla 45—50 tys. narkomanów. Według zgodnej opinii profesjonalistów jednym z warunków osiągnięcia sukcesu terapeutycznego jest długotrwały — co najmniej sześciomiesięczny — pobyt pacjenta w oddziale czy ośrodku. Rozporządzając tak skromną bazą w żaden sposób nie spełnimy tego wymogu. Obecnie zdecydowana większość narkomanów, którzy podjęli leczenie w lecznictwie stacjonarnym, przebywa w oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Jest to sytuacja niekorzystna z terapeutycznego punktu widzenia. W psychiatrycznym lecznictwie ambulatoryjnym tylko nieliczne placówki dysponują specjalistycznym programem terapeutycznym. Brak jest dostatecznej liczby różnego typu placówek resocjalizacyjnych. Tą formą opieki należałoby objąć co najmniej ok. 100 tys. osób. Potrzeby kadrowe są równie wielkie.

W latach osiemdziesiątych powstały trzy stowarzyszenia mające na celu przeciwdziałanie rozwojowi zjawiska narkomanii: Młodzieżowy Ruch Przeciwdziałania Narkomanii „Monar”, Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii i Katolickie Stowarzyszenie Przeciwdziałania Narkomanii. Po początkowych sukcesach popularność „Monaru” w środowiskach młodzieżowych wyraźnie spada i wiele wskazuje na to, że ten proces będzie się pogłębiał. Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii coraz wyraźniej traci charakter organizacji społecznej i przekształca się w organizację para państwową o charakterze urzędu, co nie rokuje „dla sprawy” dobrze. Mimo wysiłków ani „Monar”, ani TZN nie stały się stowarzyszeniami masowymi. Duże nadzieje można wiązać z powstaniem Katolickiego Stowarzyszenia Przeciwdziałania Narkomanii, które jak dotąd nie zostało zarejestrowane.

Procesy kryzysowe, o których mowa wyżej, nie tylko nie uległy zahamowaniu, ale nawet się pogłębiły. Myślę tutaj o dodatkowym źródle frustracji płynącej z gwałtownego zablokowania nadziei rozbudzonych w okresie „posierpniowym”. Reasumując można stwierdzić, iż niedomogi polityki społecznej, niedostatki służby zdrowia, ogólne pogorszenie klimatu

¹⁰⁵ *Program działań organów państwowych w zakresie zapobiegania i zwalczania narkomanii, w: Narkomania znakiem czasu, „Znaki Czasu”, 1983, s. 120.*

społecznego i inne czynniki stwarzają nadal dogodne warunki dla rozwoju narkomanii. Należy się więc spodziewać, że tendencje wzrostowe, które ujawniły się w ostatnich latach, będą miały charakter względnie trwały. Ich dynamika powinna jednak nieco osłabnąć.

Rozmiary zjawiska, a zwłaszcza stwarzane przez nie zagrożenie, stawiają narkomanię wśród najbardziej palących problemów społecznych w Polsce.