



emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union and
Norway*

Zagadnienia wybrane 2

Zarys problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi – próba zrozumienia wzrostu zapotrzebowania na leczenie w Europie

Wstęp

Termin „konopie indyjskie” stosowany jest do określania różnych produktów uzyskiwanych z konopi indyjskich (*Cannabis sativa* L.), jednorocznego gatunku pochodzącego z Azji Środkowej, który obecnie rośnie w wielu częściach świata o klimacie umiarkowanym oraz tropikalnym. Liczne odmiany *Cannabis sativa* wykazują odpowiednio szeroki zakres różnych cech biologicznych i chemicznych.

Na europejskim rynku narkotykowym obecne są trzy formy nielegalnych konopi: marihuana, czyli wysuszone kwiaty, gałzki oraz liście rośliny, żywica konopna, tj. wysuszony brązowy lub czarny ekstrakt żywiczny z kwiatów, zwykle sprzedawany w formie prasowanych bloczków, ale czasem również znajdowany w postaci proszku oraz najmniej powszechny olej haszyszowy, który jest lepkiem, kleistym płynem.

Konopie mają długą historię stosowania przez człowieka i dawniej były używane w różnych społecznościach jako istotne źródło włókien do wyrobu tkanin i ubrań, element wspomagający obrzędy religijne, lek ziołowy oraz środek odurzający. Na świecie konopie są najczęściej produkowanym, sprzedawanym i zażywany narkotykiem nielegalnym (UNODC, 2003a). Mimo zarówno długiej historii stosowania, jak i ich obecnej popularności, nasza wiedza na temat wpływu zażywania produktów z konopi na zdrowie publiczne pozostaje ograniczona. Ostatnio ilość dowodów na ewentualny związek pomiędzy zażywaniem produktów otrzymywanych z konopi, a zwłaszcza intensywnym ich zażywaniem, a spektrum problemów zdrowotnych i społecznych rośnie. Istnieje również rosnąca obawa dotycząca widocznego wzrostu liczby osób zażywających pochodne konopi, które poszukują pomocy specjalistycznych instytucji odwykowych. Niemniej rozmiar oraz charakter problemów zaobserwowanych w europejskich populacjach osób zażywających pochodne konopi pozostaje niejasny. Również niejasny jest stopień, w jakim dane statystyczne o wzrastającym zapotrzebowaniu na leczenie odzwierciedlają zmiany w rejestrowaniu oraz kierowaniu na leczenie w odniesieniu do wzrostu liczby osób wymagających pomocy. Aby odpowiedzieć na te pytania musimy umieścić zapotrzebowanie na leczenie wynikające z zażywania produktów otrzymywanych z konopi w szerszym kontekście zmieniających się w Europie schematów konsumpcji, ewolucji oraz rozwoju systemów rejestracji, a nawet rozpatrzeć zmieniający się charakter samego narkotyku. Kwestie te zostaną przedstawione w części „Zagadnień wybranych”, omawiającej problemy

związane z zażywaniem pochodnych konopi indyjskich, celem której jest podjęcie bardziej świadomej debaty na temat potencjalnego wpływu na zdrowie publiczne tego najbardziej powszechnego ze wszystkich nielegalnych narkotyków.

Kontekst prawny: status prawny konopi w Europie

Kary prawne, które powinny mieć zastosowanie względem osób, które zażywają pochodne konopi, pozostają zagadnieniem nieco kontrowersyjnym w obrębie UE ⁽¹⁵¹⁾, a pozycje państw członkowskich różnią się znacząco w kwestii tego problemu.

Produkty otrzymywane z konopi sklasyfikowano jako środki odurzające w Wykazie I oraz IV Jednolitej konwencji o środkach odurzających ONZ z 1961 roku ⁽¹⁵²⁾. Konwencja ta wymaga podjęcia środków mających na celu zapewnienie, że szerokie spektrum zachowań, w tym posiadanie substancji odurzających, jest karalne. Niemniej państwa członkowskie mogą interpretować oraz stosować konwencję, uwzględniając ich własną sytuację, a art. 36 ust. 1 lit. b zezwala na zastosowanie „środków leczniczych, kształcenia, opieki po leczeniu, rehabilitacji i resocjalizacji”.

Oznacza to w praktyce, że w UE podejście do przestępstw związanych z pochodnymi konopi jest niejednolite. Niektóre państwa opracowały wytyczne dla sądów lub kodeksy prawne, które mówią jak traktować pewne rodzaje przestępstw związane z pochodnymi konopi, często zalecając wybranie różnych ścieżek prawnych dla kwestii postrzeganych jako drobniejsze lub bardziej poważne przestępstwa. A w niektórych państwach pojawia się trend w zakresie wdrażania środków terapeutycznych jako alternatywy dla postępowania karnego w sprawach o zażywanie i posiadanie niewielkich ilości narkotyku bez okoliczności obciążających. Ponadto w kodeksie karnym można umieścić przesłanki odnośnie problemowego zażywania poprzez umożliwienie (dowolne lub przymusowe) zawieszenia wniesienia oskarżenia pod , że przestępca będzie uczestniczył w sesjach doradczych lub leczeniu. Mimo że te środki alternatywne zwykle mają zastosowanie wobec osób zażywających różnego rodzaju narkotyki, w wyniku zmian wprowadzonych w ostatnim roku przepisy lub wytyczne w Belgii oraz Wielkiej Brytanii obecnie mają szczególne zastosowanie wobec osób problemowo zażywających pochodne konopi, przy jednoczesnym zamierzeniu udzielenia im pomocy.

⁽¹⁵¹⁾ Patrz strona internetowa Europejskiej prawnej bazy danych o narkotykach (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Patrz <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

Problemy fizyczne, psychologiczne oraz rozwojowe wynikające z zażywania pochodnych konopi (¹⁵³)

Sprawozdania krajowe państw członkowskich wskazują, że wzrost liczby zapotrzebowania na leczenie spowodowany zażywaniem pochodnych konopi prawdopodobnie odzwierciedla zwiększoną liczbę problemów, w szczególności problemów związanych z intensywnym zażywaniem pochodnych konopi. Niemniej należy zaznaczyć, że w dużej mierze brakuje systematycznych oraz porównywalnych danych dotyczących, jakich doświadczają osoby zażywające produkty otrzymywane z konopi indyjskich. Stanowiąca podstawę w tej dziedzinie wiedza naukowa ciągle się rozwija, ale istnieje już coraz więcej przekonujących dowodów na związek pomiędzy zażywaniem pochodnych konopi a różnorodnymi problemami, mimo że charakter związku przyczynowego nie zawsze jest jasny. Przegląd literatury dotyczącej problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi dostępny jest w internecie (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Istotnym jest, by rozróżnić pomiędzy doraźnymi (krótkoterminowymi) efektami zażywania pochodnych konopi, a długoterminowym czy przewlekłym wpływem tego narkotyku. Zakres obu – pozytywnych i negatywnych – doraźnych efektów był przedmiotem sprawozdań. Negatywne skutki obejmują zaburzenia uwagi oraz trudności w koncentracji, działania niepożądane związane z funkcją motoryczną (odruchy, koordynacja), krótkoterminowe problemy z pamięcią, lęk oraz napady paniki, jak również depresja. Pozytywne skutki obejmują stany euforyczne, rozluźnienie oraz wzmoczoną towarzyskość. Efekty doraźne wywołane przez narkotyk, które wzbudzają największą obawę, to krótkoterminowe psychozy narkotyczne lub ciężkie ataki paniki, zwiększone ryzyko spowodowania wypadku, w szczególności w czasie prowadzenia pojazdów mechanicznych lub pracy w niebezpiecznych warunkach, a wśród ludzi młodych negatywny wpływ na wyniki w szkole (Hall et al., 2001 r.).

Zrozumienie przewlekłych skutków zażywania pochodnych konopi jest bardziej złożone z kilku względów, a już na pewno dlatego, że trudno jest odróżnić skutki działania pochodnych konopi od skutków przewlekłego zażywania innych nielegalnych narkotyków, tytoniu i alkoholu. Niemniej do głównych zagrożeń w tym zakresie należą zwiększone ryzyko występowania raka płuc i innych chorób układu oddechowego oraz związek z rozwojem długoterminowych problemów zdrowotnych o podłożu psychicznym, w tym depresji, psychoz oraz schizofrenii. Dodatkową obawę stanowi fakt, że przewlekłe zażywanie grozi rozwinięciem uzależnienia. Stopień, w jakim dowody sugerują, że zażywanie pochodnych konopi stanowi czynnik ryzyka, czynnik przyczynowy, czy po prostu związane jest poprzez

bardziej złożone powiązania z wyżej wymienionymi problemami, przedstawiono w przeglądzie dostępnym w internecie (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

W większości państw członkowskich produkty otrzymywane z konopi są nielegalnymi narkotykami najczęściej wymienianymi w przypadku przestępstw przeciwko prawu antynarkotkowemu, co nie powinno dziwić, ponieważ jest to najczęściej zażywany narkotyk (¹⁵⁴). Niemniej w przeciwieństwie do innych narkotyków, takich jak heroina, wydaje się, że nie ma silnego związku pomiędzy zażywaniem pochodnych konopi, a innymi rodzajami przestępstw.

Zażywanie pochodnych konopi oraz badanie problemu

Mimo że zaakceptowane międzynarodowe kryteria diagnostyczne dostarczają użytecznych wytycznych w zakresie definiowania szkodliwego zażywania narkotyków, nadużywania oraz uzależnienia, problemy rodzą się, kiedy pochodne konopi rozpatrywane są w świetle dowodów dostępnych w Europie (¹⁵⁵). W szczególności istnieje znacząca różnica pomiędzy kwestiami związanymi z kluczowymi parametrami. Na przykład zgodność co do definicji takich pojęć jak „zażywanie intensywne”, „zażywanie regularne” oraz „zażywanie problemowe” jest niewielkie, a to sprawia, że wyniki różnych badań są trudne do porównania. Ponadto jedynie w badaniach sondażowych populacji podjęto próbę zmierzenia uzależnienia lub nadużywania, zgodnie z definicjami ICD czy DSM. Tutaj ponownie brak jest obecnie znormalizowanych narzędzi umożliwiających przeprowadzenie przekonującego porównania danych pochodzących z różnych badań lub przeprowadzonych na różnych populacjach.

Niemniej pewne prace na tym polu są już w toku. Na przykład aktualnie prowadzone we Francji badanie ma na celu lepsze zdefiniowanie problemowego zażywania oraz opracowanie specjalnych narzędzi do pomiaru częstości zażywania, dostrzegalnego ryzyka oraz skutków psychologicznych i fizycznych (Beck, 2003 r.).

Obecnie najczęściej stosowanym miernikiem częstości zażywania jest liczba dni, w których narkotyk zażywano przez dany okres. Codzienne albo prawie codzienne zażywanie pochodnych konopi jest zwykle traktowane jako wskaźnik zażywania intensywnego. Mimo że codzienne zażywanie pochodnych konopi niekoniecznie oznacza uzależnienie, najprawdopodobniej znaczący odsetek osób zażywających narkotyk codziennie zasługuje na miano uzależnionych bądź nadużywających w rozumieniu standardowych kryteriów diagnostycznych (ICD-10, DSM-IV). Ponieważ częstość zażywania jest względnie prostym miernikiem, łatwym do zharmonizowania w stosowanych ankietach, wskaźnik ten został włączony do wytycznych EMCDDA dla Europejskiego

(¹⁵³) Szczegółowa monografia na temat zażywania pochodnych konopi oraz związanych z tym problemów zostanie opublikowana w pierwszej połowie 2005 roku. Szczegółowe informacje dotyczące skutków zdrowotnych oraz fizycznych zażywania pochodnych konopi można znaleźć na stronie internetowej EMCDDA.

(¹⁵⁴) Patrz tabela 5: Przestępczość związana z zażywaniem narkotyków w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

(¹⁵⁵) Więcej informacji na temat definicji uzależnienia oraz szkodliwego zażywania znaleźć można w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wydanie dziesiąte (ICD-10, Światowa Organizacja Zdrowia), kody od F10 do F19: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków [substancji] psychoaktywnych. Często również stosowany jest Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV edition) (DSM-IV, American Psychiatric Association), który stosuje pojęcia uzależnienia oraz nadużywania.

kwestionariusza wzorcowego. Obecnie dziewięć państw zbiera dane dotyczące częstotliwości zażywania pochodnych konopi w ten sposób ⁽¹⁵⁶⁾.

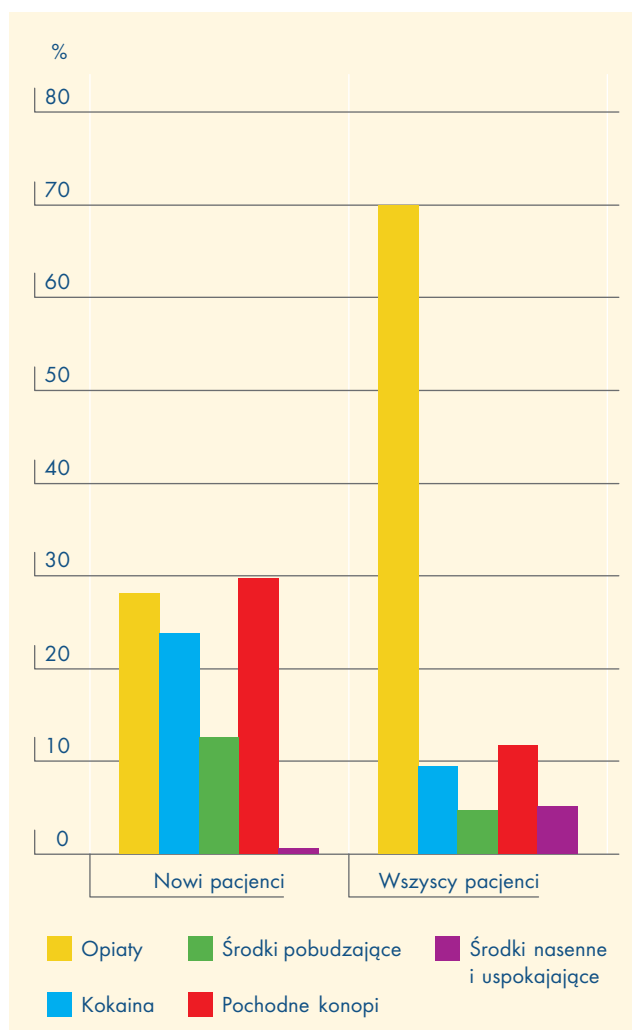
Trendy w zakresie zapotrzebowania na leczenie z powodu problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi

Pochodne konopi są nielegalnymi narkotykami najczęściej zażywanyymi w Europie, niemniej tylko niewielki odsetek osób, które stosowały te narkotyki, ubiega się o leczenie. Mimo to w wielu państwach pochodne konopi są obecnie drugim najczęściej deklarowanym głównym narkotykiem, z powodu którego osoby otrzymywały specjalistyczne leczenie odwykowe. Według danych TDI (wskaźnik zapotrzebowania na leczenie) (patrz str. 65), zebranych ze wszystkich rodzajów placówek leczniczych, około 12% wszystkich pacjentów oraz 30% osób po raz pierwszy podejmujących leczenie zostało zarejestrowanych jako osoby głównie zażywające pochodne konopi (wykres 26).

Odsetek nowych osób korzystających z leczenia (tj. tych, które nie były wcześniej poddawane leczeniu) ubiegających się o leczenie z powodu zażywania pochodnych konopi różni się znacząco pomiędzy poszczególnymi państwami i wynosi od niemal zero na Litwie do blisko połowy (48%) w Niemczech, niemniej ogólnie przekracza jedną piątą (20%) (wykres 27). Jednakże nie wszystkie państwa są w stanie przedstawić dane na temat pierwszych zgłoszeń na leczenie, a przy rozpatrywaniu większego zestawu danych dotyczących wszystkich zgłoszeń na leczenie problemowe zażywanie pochodnych konopi jest mniej znaczące.

W latach od 1996 do 2002 według danych wskaźnika TDI w państwach, dla których dostępne są dane dotyczące trendów, liczba nowych korzystających wymagających leczenia z powodu zażywania pochodnych konopi jako głównego narkotyku wzrosła z 3 713 do 12 493. W roku 2002 w 11 państwach, dla których dostępne są dane, średnio tacy pacjenci stanowili 29% wszystkich nowych pacjentów, a w 1996 roku 9% (więcej na temat źródeł danych wykres 20). Mimo że wszystkie te państwa, z wyjątkiem Grecji oraz Wielkiej Brytanii ⁽¹⁵⁷⁾, deklarują wzrost liczby nowych pacjentów zażywających pochodne konopi w stosunku do wszystkich nowych osób korzystających z leczenia, zakres wzrostu wahał się od 6% w Holandii do 31% w Niemczech. Informacje dostarczone w sprawozdaniach krajowych Reitox sugerują, że liczba osób otrzymujących leczenie z pierwotnej przyczyny, jaką jest zażywanie głównie pochodnych konopi, również rośnie w niektórych nowych państwach członkowskich (wykres 28). W najnowszym przeglądzie zapotrzebowania na leczenie z powodu zażywania pochodnych konopi przeprowadzonym przez Holenderski Krajowy System Informacji o Alkoholu i Narkotykach (LADIS) odnotowano, że 29% nowych pacjentów przyjętych na leczenie w 2002 r. deklaroowało problemowe zażywanie pochodnych konopi oraz że pacjenci ci reprezentowali niewielką, ale z roku na rok coraz większą grupę. W sprawozdaniu odnotowano również że, biorąc pod uwagę skalę

Wykres 26: Główny narkotyk odnotowany wśród nowych i wszystkich pacjentów uczestniczących w leczeniu uzależnienia narkotykowego w 2002 roku



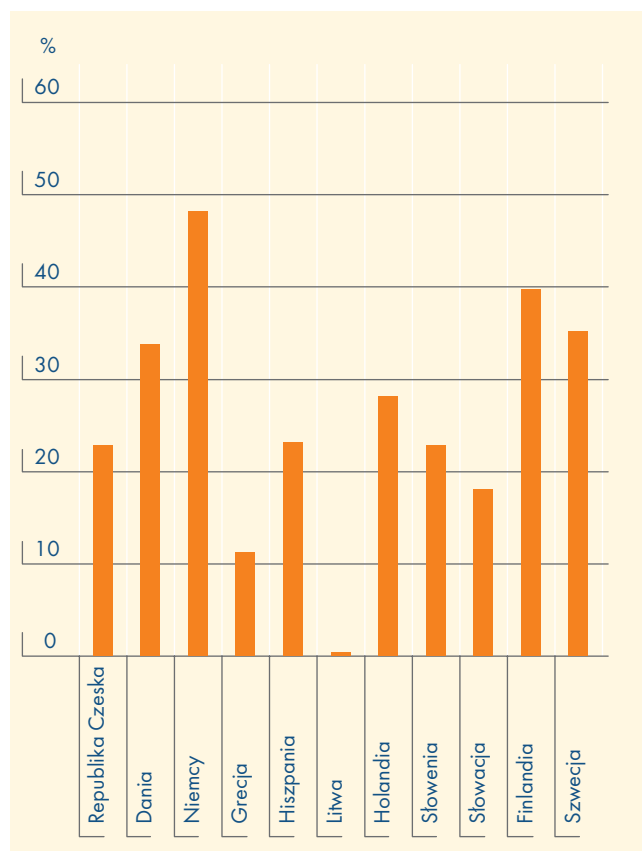
Uwagi: n = 42 568 (nowi pacjenci), 351 372 (wszyscy pacjenci).
Państwa, które dostarczyły dane (nowi pacjenci): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Państwa, które dostarczyły dane (wszyscy pacjenci): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Średnia ważona na podstawie liczby pacjentów wg kraju.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox 2003.

zażywania pochodnych konopi w Holandii, odsetek osób ubiegających się o leczenie, mimo że rosnący, pozostał na względnie niskim poziomie.

Należy zachować ostrożność przy uogólnianiu informacji uzyskanych ze skonsolidowanego europejskiego zestawu danych. Dane przekrojowe dotyczące nowego zapotrzebowania na leczenie dostępne są tylko dla 11 państw. Należy również podkreślić, że wzrost zapotrzebowania na leczenie z używania pochodnych konopi, odzwierciedlony w danych wskaźnika TDI, został mocno naznaczony przez dane z Hiszpanii oraz Niemiec, państw, w których zaobserwowano szczególnie dużo

⁽¹⁵⁶⁾ Grecja, Hiszpania, Francja, Irlandia, Włochy, Łotwa, Holandia oraz Portugalia. Dane dla Finlandii nie są prezentowane z uwagi na niewielką deklarowaną w badaniu sondażowym liczbę osób zażywających narkotyki w ostatnim miesiącu (35). Liczba przypadków oraz rozkład procentowy dla każdego kraju przedstawione zostały w tabeli 7: Badanie ogółu populacji w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

⁽¹⁵⁷⁾ Brak jest danych dotyczące nowych pacjentów w Wielkiej Brytanii, a informacje przedstawione zostały w sprawozdaniach krajowych.

Wykres 27: Pochodne konopi jako główny narkotyk odnotowany wśród nowych pacjentów uczestniczących w leczeniu w roku 2002

Uwagi: Całkowita liczba przypadków: 42 421.
Źródło: Sprawozdania krajowe Reitox 2003.

wzmianek dotyczących problemowego zażywania głównie pochodnych konopi. Co więcej, w odniesieniu do liczby ogólnych Hiszpania reprezentuje około 50% całego zapotrzebowania na leczenie.

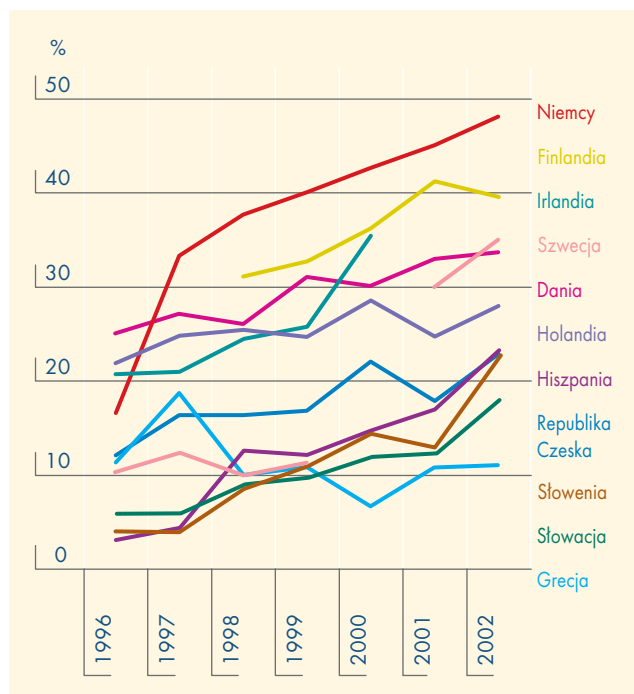
Wzrost zapotrzebowania na leczenie z zażywania pochodnych konopi nie ogranicza się wyłącznie do Europy. W Stanach Zjednoczonych, gdzie stosowany jest inny system rejestracji terapii odwykowych⁽¹⁵⁸⁾, ilość przyjęć z powodu zażywania marihuany wzrosła z około 20 000 w 1992 roku do blisko 90 000 w 2000 roku (SAMHSA, 2001 r.; EMCDDA, 2003d).

Rozważając konsekwencje zwiększonego zapotrzebowania na leczenie wśród osób zażywających pochodne konopi, nasuwają się następujące kluczowe pytania:

- Czy wyniki badań przedstawiają wzrost liczby osób mających problemy fizyczne i psychiczne związane z zażywaniem przez nie pochodnych konopi? Jeśli tak, to:
 - czy wynika to ze wzrostu regularnego intensywnego zażywania pochodnych konopi?
 - czy odzwierciedla to inne czynniki, takie jak możliwy wzrost siły działania pochodnych konopi?

- Czy ten wzrost może zostać wyjaśniony przez czynniki niezależne od wzrostu zapotrzebowania na pomoc, takie jak:
 - ujęcie większego obszaru geograficznego w systemie raportowania terapii;
 - powstanie bardziej zróżnicowanych instytucji terapeutycznych, a w szczególności konkretnych usług terapeutycznych skierowanych do nastolatków oraz ludzi młodych (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.);
 - zmiany w sposobie obchodzenia się z zażywaniem pochodnych konopi przez system sprawiedliwości, w obrębie szkół lub przez agencje pracujące z ludźmi młodymi przy wzroście skierowań na leczenie osób, które inaczej nie szukałyby same pomocy.

Zrozumienie stopnia, w jakim każdy z tych czynników wpływa na uczestnictwo w leczeniu, jest bardzo istotne. Pierwszym krokiem jest rozpatrzenie charakterystyki osób, które przychodzą na leczenie i deklarują zażywanie pochodnych konopi jako główny problem. Analiza ta powstała w oparciu o badania przeprowadzone na osobach przychodzących do ośrodków leczenia pozaszpitalnego/ambulatoryjnego.

Wykres 28: Trendy w zażywaniu pochodnych konopi jako głównych narkotyków, wśród nowych pacjentów uczestniczących w leczeniu: 1996–2002 r.

Uwagi: Leczenie w liczbach ogólnych (% wszystkich pacjentów).
Średnia trendów (%) w obrębie państw.
Dla Szwecji dane za okres 1996–1999 pochodzą z leczenia szpitalnego; dlatego też liczba przypadków związanych z pochodnymi konopi jest względnie niska w porównaniu z innymi latami.
Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ W Stanach Zjednoczonych rejestrowane są raczej przyjęcia na leczenie niż przyjmowane osoby. Ponadto, w przeciwieństwie do Europy, do substancji stanowiących przedmiot nadużywania zaliczany jest również alkohol. Patrz strona internetowa SAMHSA (<http://www.samhsa.gov>). Należy zwrócić uwagę, że w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie oraz Australii stosowany jest termin „marihuana”, ponieważ pojęcie „haszysz” (żywica konopna) nie jest w powszechnym użyciu.

Pacjenci zażywający pochodne konopi: charakterystyka oraz schematy stosowania

Dostępnych jest wiele standardowych opcji rejestrowania źródła skierowania osób zażywających narkotyki na leczenie. Opcje te dzielą osoby zażywające narkotyki na te, które same zdecydowały się na leczenie oraz te, które zostały skierowane przez inne jednostki, jak np. instytucje społeczne czy organa sprawiedliwości. Większość pacjentów zażywających pochodne konopi jest kierowana na leczenie przez rodziny bądź przyjaciół, instytucje społeczne lub wymiar sprawiedliwości. W porównaniu z użytkownikami innych narkotyków, mniejszy odsetek pacjentów zażywających pochodne konopi zgłasza się na leczenie z własnej woli ⁽¹⁵⁹⁾. Podobną sytuację zaobserwowano również w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, gdzie zapotrzebowanie na leczenie z powodu zażywania marihuany jako głównej substancji w dużym stopniu jest wynikiem sugestii z zewnątrz (EMCDDA, 2003d).

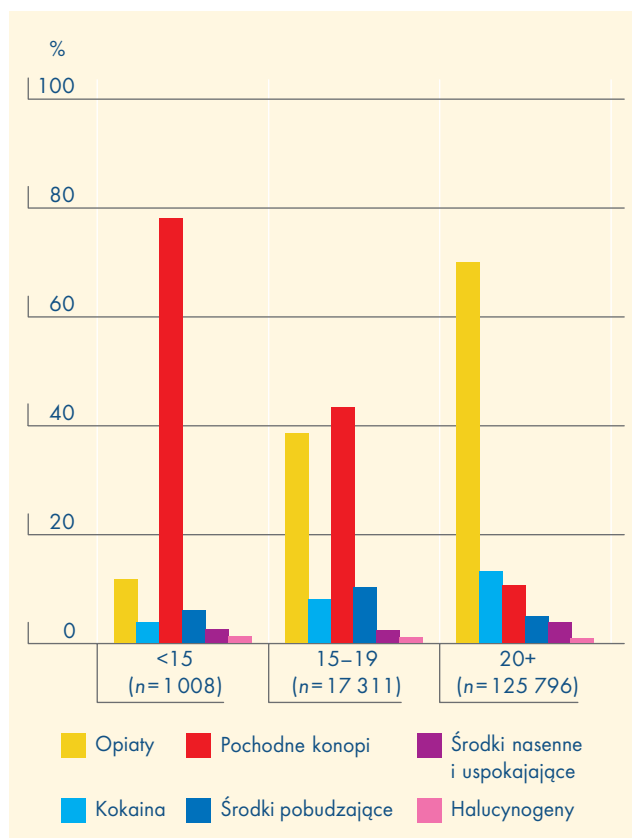
Jedną z istotnych różnic pomiędzy drogami przybycia na leczenie jest fakt, że osoby skierowane przez członków rodziny lub instytucje społeczne (często szkoły) są z reguły młodsze, rzadziej stosują dodatkowo inne narkotyki oprócz pochodnych konopi i są bardziej zintegrowane społecznie, podczas gdy pacjenci kierowani przez organa sprawiedliwości lub sklasyfikowani jako osoby, które same zgłosiły się na leczenie, zazwyczaj są starsi i często zażywają inne narkotyki obok pochodnych konopi (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.). W Niemczech oraz Finlandii, państwach o najwyższym odsetku pacjentów, których głównym problemem jest zażywanie pochodnych konopi, organa wymiaru sprawiedliwości oraz szkoły odgrywają istotną rolę w kierowaniu na leczenie pacjentów zażywających pochodne konopi.

Pacjenci zażywający pochodne konopi po raz pierwszy korzystający z leczenia to w głównej mierze młodzi ludzie, mężczyźni (83%), o średniej wieku 22–23 lata, podczas gdy w przypadku innych narkotyków odsetek mężczyzn jest marginalnie mniejszy, a średnia wieku wyższa.

W przypadku blisko 80% nowych pacjentów sklasyfikowanych jako „bardzo młodzi” (poniżej 15 roku życia) oraz 40% pacjentów w wieku od 15 do 19 roku życia pierwotną przyczyną, dla której ubiegają się oni o leczenie, jest zażywanie pochodnych konopi (wykres 29) ⁽¹⁶⁰⁾. Te grupy są zwykle przede wszystkim złożone z mężczyzn, niemniej obejmują wyższy odsetek kobiet niż ogólna grupa pacjentów. Różnice w rozkładzie wieku oraz płci dla poszczególnych państw w dużym stopniu odzwierciedlają te same schematy wykazane u wszystkich pacjentów.

Wśród pacjentów, którzy nadal się uczą, odsetek względnie młodych pacjentów zażywających pochodne konopi wynosi aż 45%, w porównaniu z 4% pacjentów leczonych z problemów związanych z zażywaniem innych narkotyków. Dalsze 24% osób leczonych z powodu problemów związanych z zażywaniem pochodnych konopi ma

Wykres 29: Rozkład występowania głównego narkotyku odnotowanego wśród osób uczestniczących w leczeniu pozaszpitalnym wg grupy wiekowej: 2002 r.



Uwagi: Wszyscy pacjenci. Państwa, które dostarczyły dane: DK, DE, ES, EL, FI, EL, LU, HU, SE, UK.

W Danii i Wielkiej Brytanii mężczyźni stanowili 56%, a w Hiszpanii 17% wszystkich pacjentów uczestniczących w leczeniu uzależnienia od pochodnych konopi poniżej 20 roku życia.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003; ośrodki leczenia pozaszpitalnego wg wskaźnika zapotrzebowania na leczenie.

regularne zatrudnienie, co odpowiada wskaźnikowi dla osób bezrobotnych ⁽¹⁶¹⁾. Stanowi to silny kontrast w porównaniu z pacjentami zażywającymi narkotyki takie jak heroina. Ponadto pacjenci zażywający pochodne konopi częściej deklarują posiadanie stałego miejsca zamieszkania, w przeciwieństwie do osób leczonych z powodu problemów związanych z innymi narkotykami ⁽¹⁶²⁾. Odzwierciedla to fakt, że wielu z nich to osoby młode, studenci oraz osoby mieszkające z rodzicami.

Schematy zażywania wśród pacjentów korzystających z leczenia pozaszpitalnego z powodu zażywania głównie pochodnych konopi są bardzo zróżnicowane i zdecydowanie odmienne od tych, jakie zaobserwowano w przypadku innych narkotyków, w szczególności opiatów (wykres 30). Wśród pacjentów poddawanych leczeniu z problemu zażywania głównie pochodnych konopi w 2002 r. tylko 36% zażywało narkotyk codziennie, a jedynie 17% zażywało narkotyk częściej niż raz

⁽¹⁵⁹⁾ Patrz wykres 22 OL: Źródła skierowań wśród wszystkich pacjentów: dla wszystkich narkotyków oraz dla pochodnych konopi.

⁽¹⁶⁰⁾ Patrz tabela 4: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

⁽¹⁶¹⁾ Patrz wykres 23 OL: Pozycja na rynku pracy pacjentów zażywających pochodne konopi oraz wszystkich pacjentów.

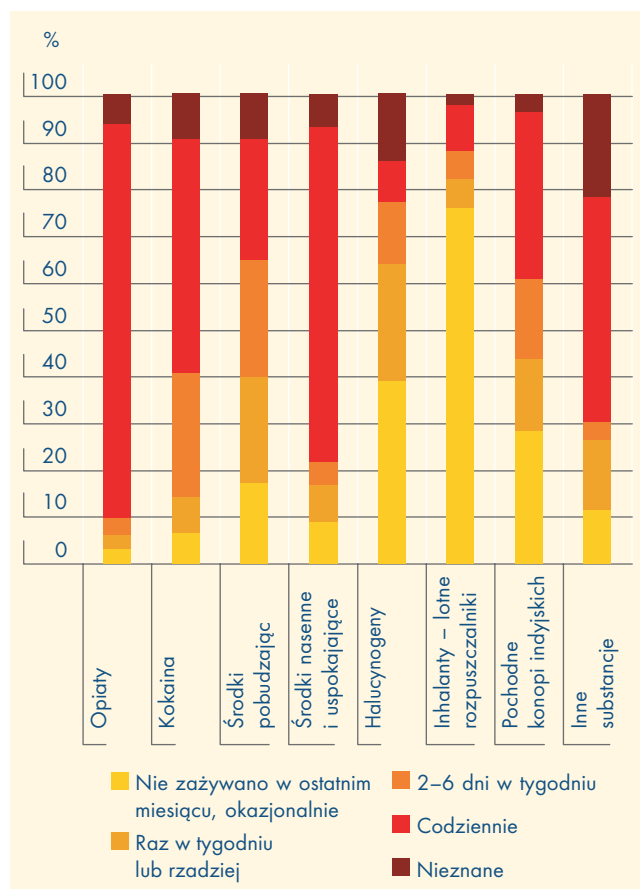
⁽¹⁶²⁾ Patrz wykres 24 OL: Warunki życia pacjentów zażywających pochodne konopi oraz wszystkich pacjentów.

w tygodniu (2–6 razy w tygodniu). Piętnaście procent zażywało narkotyków raz w tygodniu lub rzadziej, a 28% zażywało narkotyków okazjonalnie lub nie zażywało pochodnych konopi w ostatnim miesiącu. Dla kontrastu, 84% osób zażywających opiaty w trakcie leczenia to osoby zażywające narkotyk codziennie.

Odsetek pacjentów leczonych pozaszpitalnie, którzy zażywają pochodne konopi codziennie, waha się w poszczególnych państwach. Najwyższe odsetki osób zażywających pochodne konopi codziennie odnotowano w Holandii (80%) oraz Danii (76%), podczas gdy najwyższy odsetek osób zażywających narkotyk okazjonalnie odnotowano w Niemczech (41%)⁽¹⁶³⁾.

Im niższy wiek, w jakim pacjenci po raz pierwszy mają kontakt z pochodnymi konopi, tym większe ryzyko rozwinięcia się problemów narkotykowych w przyszłości (Kraus et al., 2003 r.). W Europie 28% wszystkich pacjentów zażywających pochodne konopi będących

Wykres 30: Rozkład częstości zażywania głównego narkotyku odnotowanego wśród wszystkich osób uczestniczących w leczeniu pozaszpitalnym w roku 2002



Uwagi: n = 109 699 (wszyscy pacjenci). Państwa, które dostarczyły dane: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – wszystkie rodzaje ośrodków terapeutycznych).

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, ośrodki leczenia pozaszpitalnego wg wskaźnika zapotrzebowania na leczenie.

w trakcie leczenia w 2002 roku zaczęło zażywać narkotyk przed 15 rokiem życia, a prawie wszyscy (89%) przed 20 rokiem życia. Analogiczne liczby dla osób zażywających opiaty wynoszą odpowiednio 9% i 42,8% oraz dla zażywających kokainę 6% i 26,5%.

Większość państw deklaruje, że pacjenci w trakcie leczenia, którzy mają problemy wynikające z zażywaniem głównie pochodnych konopi, często zażywają więcej niż jeden narkotyk. Może to wskazywać na wytwór mylnego raportowania, na przykład w sytuacji, gdy pacjenci zażywający więcej niż jeden narkotyk byli dla wygody rejestrowani jako osoby mające problemy głównie w związku z zażywaniem pochodnych konopi. Niemniej brak jest danych ilościowych dotyczących odsetka osób zażywających więcej niż jeden narkotyk wśród ogólnej grupy pacjentów. Istnieją różnice pomiędzy pacjentami, którzy zażywają tylko pochodne konopi, a tymi, którzy zażywają pochodne konopi w połączeniu z innymi narkotykami (sprawozdania krajowe Reitox, 2003 r.). W porównaniu do drugiej grupy, pierwsze osoby są z reguły młodsze oraz bardziej zintegrowane społecznie (częściej mają zatrudnienie i lepsze wykształcenie oraz rzadziej porzucają lub porzucili szkołę). Najczęściej deklarowanymi substancjami wtórnymi stosowanymi przez osoby głównie zażywające pochodne konopi są alkohol (32,9%) oraz środki pobudzające (25%)⁽¹⁶⁴⁾, mimo że wartości procentowe są różne dla poszczególnych państw.

Niektórzy pacjenci zażywający pochodne konopi i będący w trakcie leczenia również przyznają się do stosowania innych narkotyków dożylnie, a inni deklarują przynajmniej jednorazowe zażycie w ciągu życia narkotyków w drodze iniekcji, mimo że obecnie nie zażywają innych substancji poza pochodnymi konopi. Na przykład w Grecji w 2002 roku, mimo że 14,7% pacjentów zażywających pochodne konopi wraz z deklarowanym drugim narkotykiem stosowało narkotyki dożylnie w ciągu ostatnich 30 dni, 25,4% wszystkich pacjentów zażywających pochodne konopi zadeklarowało przynajmniej jednokrotne w ciągu życia zażycie innych substancji dożylnie (greckie sprawozdanie krajowe, 2003 r.). Podobnie informacje z Republiki Czeskiej (sprawozdanie krajowe) sugerują, że w niektórych instytucjach terapeutycznych blisko połowa pacjentów zażywających pochodne konopi stosuje również narkotyki w drodze iniekcji.

Trendy w zakresie zapotrzebowania na leczenie: zmieniające się czynniki

Wzrost zapotrzebowania na leczenie w przypadku problemów z zażywaniem głównie pochodnych konopi powinien zostać przeanalizowany w kontekście zmian, które nastąpiły w charakterystyce oraz schematach zażywania. Pomiedzy rokiem 2000 a 2002 w tych państwach, które przedstawiły dane, całkowita liczba osób skierowanych na leczenie przez organa wymiaru sprawiedliwości, rodzinę i przyjaciół oraz instytucje społeczne wzrosła wyjątkowo o odpowiednio 103%, 81% oraz 136%⁽¹⁶⁵⁾. Nie stwierdzono żadnych znaczących różnic pomiędzy poszczególnymi

⁽¹⁶³⁾ Patrz wykres 25 OL: Częstość zażywania pochodnych konopi wg kraju.

⁽¹⁶⁴⁾ Patrz wykres 26 OL: Najczęściej stosowany wtórny narkotyk wśród wszystkich pacjentów zażywających pochodne konopi wg kraju oraz tabela 9:

Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

⁽¹⁶⁵⁾ Patrz wykres 27 OL: Źródła skierowań wśród wszystkich pacjentów, 2000-2002.

państwami, z wyjątkiem Niemiec, gdzie odsetek skierowań obliczany dla skierowań wydanych przez organa wymiaru sprawiedliwości również wzrósł (z 21,7% do 26,7%).

Brak jest pewnych danych dotyczących trendów w charakterystyce socjodemograficznej pacjentów zażywających pochodne konopi, mimo że w niektórych sprawozdaniach krajowych (Republika Czeska, Francja oraz Luksemburg) odnotowano wzrost liczby pacjentów z problemami w nauce, społecznymi oraz psychologicznymi. W latach 2001–2002 odsetek osób zażywających codziennie narkotyk wśród pacjentów zażywających pochodne konopi wzrósł z 31,7% do 39,2% ⁽¹⁶⁶⁾. Niektóre państwa deklarują, że odsetek osób zażywających narkotyk codziennie jest wyższy wśród starszych osób korzystających z leczenia (powyżej 20 roku życia).

Pochodne konopi w populacji ogólnej: od zażywania eksperymentalnego do codziennego

Jak opisano powyżej, mimo że zażywanie pochodnych konopi wzrosło znacząco we wszystkich państwach w latach 90-tych oraz, mimo że pochodne te są najczęściej zażywanymi narkotykami, w większości zażywane są one okazjonalnie lub krótkoterminowo. Prawdopodobnie osoby najbardziej zagrożone rozwinieniem się problemu narkotykowego lub uzależnienia to pacjenci, którzy zażywają narkotyk intensywnie, niemniej źródła danych dotyczące tej kwestii są wyjątkowo niepełne, mimo że wiadomo, iż osoby zażywające w ostatnim czasie (w ciągu ostatnich 30 dni) to z reguły młodzi mężczyźni żyjący w miastach.

„Zażywanie w ciągu ostatnich 30 dni” jest wskaźnikiem bieżącego zażywania i obejmuje osoby, które stosują narkotyk intensywnie. W ostatnich badaniach sondażowych, jeśli wykluczyć Szwecję (0,1%), 1–7% wszystkich osób dorosłych oraz 3–12% młodych osób dorosłych deklarowało zażywanie narkotyku w ciągu ostatnich 30 dni. Niemniej istnieją różnice pomiędzy państwami, a bieżące zażywanie jest najbardziej powszechne w Republice Czeskiej, Hiszpanii, Francji, Irlandii oraz Wielkiej Brytanii. W państwach, gdzie możliwe jest przeanalizowanie trendów dotyczących zażywania w ostatnich 12-stu miesiącach dla danego okresu, odnotowano wzrost, niemniej nie jest on dramatycznie duży.

Dane umożliwiające szczegółowe przeanalizowanie częstości zażywania w ciągu ostatnich 30 dni dostępne są dla dziewięciu państw, tj. Grecji, Hiszpanii, Francji, Irlandii, Włoch, Szwecji, Holandii, Portugalii oraz Finlandii (nie zostały one przedstawione). Z jednym wyjątkiem (Łotwa), w przybliżeniu jedna czwarta (19–33%) osób, które zażywały pochodne konopi w ostatnim miesiącu, robiła to codziennie lub prawie codziennie ⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. W tych

państwach, osoby zażywające narkotyki codziennie obejmują 0,5–2,3% całkowitej populacji ⁽¹⁶⁹⁾ oraz 0,9–3,7% populacji młodych osób dorosłych (między 15 a 34 rokiem życia) (wykres 31). Większość osób (76–92%), które deklarowały zażywanie pochodnych konopi w ostatnim miesiącu, była w wieku od 15 do 34 lat i, w konsekwencji, osoby zażywające codziennie również mieściły się w tym przedziale. Ponadto osoby zażywające codziennie to w większości mężczyźni, mimo że odsetek ten waha się w przedziale od 62% w Holandii do 92% w Grecji.

W oparciu o te dane możliwe jest wstępne określenie liczby osób zażywających intensywnie pochodne konopi w Europie. Zakładając że, z grubsza, 1% populacji zażywa pochodne konopi codziennie, w państwie mającym 25 milionów mieszkańców (w wieku od 15 do 64 roku życia) odsetek ten odpowiadałby liczbie 250 000 osób zażywających pochodne konopi codziennie. W całej UE, przy całkowitej populacji wynoszącej 302 miliony osób w wieku od 15 do 64 lat, rozpowszechnienie codziennego zażywania dotyczyłoby 3 milionów osób.

Nawet wśród młodych osób dorosłych intensywnie zażywanie pochodnych konopi waha się zależnie od grupy wiekowej i jest ogólnie wyższe wśród osób młodszych. W hiszpańskich badaniach ankietowych przeprowadzonych w 2002 r. w szkołach 3,6% uczniów w wieku od 14 do 18 roku życia deklarowało zażywanie codziennie lub prawie codziennie (co odpowiada górnej granicy zakresu dla młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat). Natomiast w rocznym francuskim badaniu sondażowym przeprowadzonym wśród osób w wieku od 17 do 19 lat (ESCAPAD) zażywanie pochodnych konopi codziennie w ostatnich 30 dniach było w dalszym ciągu wyższe i dotyczyło 9,2% chłopców oraz 3,3% dziewcząt (Beck i Legleye, 2003 r.).

Skutki uzależnienia lub nadużywania pochodnych konopi wydają się być mniej poważne niż w przypadku innych narkotyków. Większość osób zażywających intensywnie pochodne konopi to jak się wydaje, względnie zintegrowane młode osoby, które są narażone na większe ryzyko wystąpienia innych problemów społecznych (wypadki drogowe, problemy z ukończeniem nauki lub rozbicie rodziny) niż związanie się z działalnością przestępczą, w związku z czym należy podjąć właściwe działania interwencyjne i nie tworzyć dalszych problemów, czy powodować wykluczenia ze społeczeństwa.

Siła działania pochodnych konopi oraz kwestie związane z dawkowaniem

Przypuszcza się, że wzrost siły działania pochodnych konopi jest w części odpowiedzialny za nasycenie problemów oraz w rezultacie wzrost liczby osób

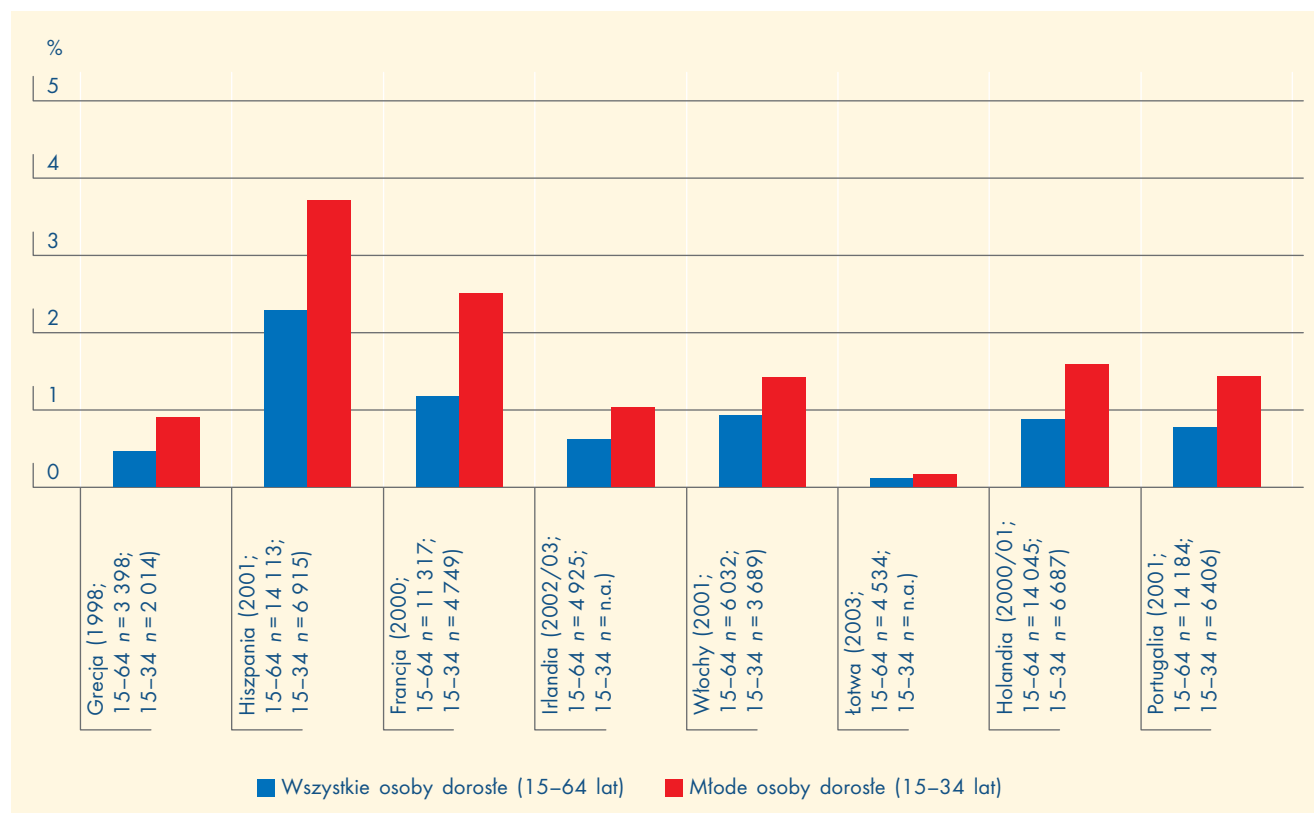
⁽¹⁶⁶⁾ Patrz wykres 28 OL: Częstość zażywania wśród wszystkich pacjentów zażywających pochodne konopi i tabela 8: Wskaźnik zapotrzebowania na leczenie w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

⁽¹⁶⁷⁾ W tej części informacje odnoszą się będą do „zażywania przez 20 dni lub więcej w ciągu ostatnich 30 dni”, wyrażane również jako „zażywanie codziennie lub prawie codziennie”. Przewiduje się zebranie danych dotyczących dokładnej liczby dni zażywania za pomocą europejskiego kwestionariusza wzorcowego, ale dla celów raportowania danych krajowych częstość zażywania została podzielona na cztery odrębne kategorie, gdzie najwyższa to „20 dni lub więcej”.

⁽¹⁶⁸⁾ Patrz wykres 29 OL: Odsetek osób zażywających codziennie (lub prawie codziennie) wśród osób dorosłych (od 15 do 64 roku życia), które używały pochodnych konopi w ostatnim miesiącu.

⁽¹⁶⁹⁾ Odsetek „osób zażywających w ostatnim miesiącu” przemnożony przez odsetek „osób zażywających codziennie lub prawie codziennie”, tj. 6% (zażycie w ciągu ostatniego miesiąca) \times 25% (odsetek zażywających „20 razy lub więcej”) = 1,5%.

Wykres 31: Odsetek „osób zażywających codziennie lub prawie codziennie” pochodne konopi wśród wszystkich osób dorosłych w niektórych krajach UE na podstawie krajowych badań populacji



Uwagi: Osoby zażywające codziennie lub prawie codziennie = zażywanie przez 20 dni lub więcej w okresie miesiąca poprzedzającego wywiad.

Dane pochodzą z najnowszych badań krajowych dostępnych w każdym państwie.

Zakres wieku dla wszystkich dorosłych wynosi od 15 do 64 lat (Włochy 44 lata), a dla młodych osób dorosłych od 15 do 34 lat. Odchylenia w przedziale wiekowym mogą powodować niewielkie rozbieżności pomiędzy państwami.

Źródła: Sprawozdania krajowe Reitox 2003, wzięte ze sprawozdań z badań populacji lub artykułów naukowych. Patrz również: Standardowe tabele epidemiologiczne w Biuletynie Statystycznym na rok 2004.

przyjmowanych na leczenie. Zrozumienie kwestii związanych z siłą działania pochodnych konopi, dawką jaką pojedyncze osoby przyjmują oraz ich prawdopodobnym wpływem na nagłe i przewlekłe problemy prowadzi do potrzeby rozpatrzenia wielu złożonych zagadnień. Celem zbadania dostępnych dowodów naukowych na temat siły działania pochodnych konopi EMCDDA przeprowadziło specjalne badanie, którego kluczowe wyniki można znaleźć na stronie 90.

Siła działania pochodnych konopi jest jednym z wielu czynników, służących do obliczania dawki jaką może przyjąć pojedyncza osoba w danym okresie (Hall et al., 2001 r.). Sposób podania, technika palenia, narkotyku wykorzystanego podczas jednej sesji oraz liczba sesji, w których dana osoba bierze udział są równie, a nawet bardziej istotne przy obliczaniu wskaźnika narażenia indywidualnego. Pochodne konopi o dużej sile działania zawsze do pewnego stopnia były dostępne, a obawy z tym związane nie są żadną nowością. Należy również zauważyć, że nie wytłumaczono jeszcze, czy osoby zażywające pochodne konopi zmieniają swoje zwyczaje, aby uzyskać pożądaną dawkę i efekt z nią związany. Tak więc zakres, w jakim pochodne konopi o dużej sile

działania używane są w dużych dawkach, wymaga dalszego zbadania.

Odpowiedź na potrzeby osób mających problemy związane z zażywaniem pochodnych konopi

Zrozumienie potrzeb osób poszukujących pomocy przy problemach związanych z zażywaniem pochodnych konopi stanowi podstawę do opracowania skutecznych rozwiązań. Analiza zapotrzebowania na leczenie oraz innych danych wskaźnikowych sugeruje, że zarówno osoby zażywające pochodne konopi skierowane na leczenie, jak wszystkie osoby zażywające stanowią populację heterogenną o odpowiednio różnorodnych potrzebach. W związku z tym konieczne jest zachowanie ciągłości proponowanych rozwiązań, mogących objąć działania prewencyjne oraz działania skierowane na ograniczanie ryzyka, jak również działania związane z oficjalnym podjęciem leczenia. Jedną z możliwych obaw stanowi pytanie, czy właściwym jest kierowanie młodych ludzi, którzy zażywają pochodne konopi okazjonalnie, do specjalistycznych ośrodków terapii antynarkotykowej. Odpowiedź na to

Siła działania pochodnych konopi (źródło: EMCDDA, 2004c)

1. Kraje UE można podzielić na dwie oddzielne grupy w zależności od tego, czy najpowszechniej konsumowanym produktem jest marihuana, czy żywica konopna. Z krajów, dla których dostępne są informacje, żywica jest najbardziej rozpowszechniona w Niemczech, Irlandii, Portugalii oraz Wielkiej Brytanii, podczas gdy marihuana jest najbardziej rozpowszechniona w Belgii, Republice Czeskiej, Estonii, Holandii i Austrii.
2. Nie odnotowano długotrwałego trendu wzrostowego odnośnie siły działania marihuany czy żywicy, importowanych do Europy. We wszystkich krajach UE, ewentualnie z wyjątkiem Holandii, większość konsumowanych produktów otrzymywanych z konopi indyjskich jest importowana, chociaż brak jest obecnie systematycznych danych odnośnie domowej produkcji marihuany.
3. Domowa produkcja pochodnych konopi indyjskich ma miejsce w niewielkim stopniu we wszystkich krajach europejskich. W Holandii ocenia się, że produkt ten stanowi ponad połowę konsumowanych pochodnych konopi, ale w większości państw więcej jest produktów importowanych.
4. Marihuana hodowana w domu przy zastosowaniu intensywnych metod (np. systemy wodne ze sztucznym oświetleniem, rozmnażanie przez sadzonkowanie oraz kontrola dostępu światła dziennego) ma zazwyczaj wyższą zawartość tetrahydrokanabinolu (THC) niż importowany narkotyk. Mimo że siła działania marihuany hodowanej w domu może pokrywać się z mocą importowanych pochodnych konopi, jej średnia siła działania może być nawet dwa do trzech razy większa.
5. Ogólny wzrost siły działania produktów otrzymywanych z konopi, który odnotowano w kilku państwach, można prawie całkowicie przypisać wzrostowi konsumpcji domowych pochodnych konopi.
6. Biorąc pod uwagę udział w rynku różnych produktów z konopi indyjskich, rzeczywista siła działania pozostaje od wielu lat całkiem stabilna niemal we wszystkich krajach, utrzymując się na poziomie około 6–8%. Jedynym wyjątkiem jest Holandia, gdzie do roku 2001 wynosiła ona 16%.
7. W Holandii lokalnie produkowana żywica konopna ma wyjątkowo wysoką zawartość THC, ale materiał ten jest wciąż bardzo rzadki w tym kraju i prawie nieznanym gdzie indziej.
8. Informacji podawanych przez szeroko dostępne media o tym, że siła działania marihuany zwiększyła się dziesięciokrotnie lub więcej w ciągu ostatnich dekad, nie można poprzeć niewystarczającymi danymi dostępnymi ze Stanów Zjednoczonych czy z Europy. Największa długotrwała zmiana w sile działania jak się wydaje nastąpiła w USA, ale należy wziąć pod uwagę, że przed rokiem 1980 w Stanach Zjednoczonych siła działania pochodnych konopi była niższa w porównaniu ze standardami europejskimi.
9. Wniosek ogólny z przeprowadzonego badania jest taki, że zaszły jedynie niewielkie zmiany w zawartości THC, spowodowane w szczególności pojawieniem się ostatnio na rynku intensywnie hodowanych konopi indyjskich w krajach UE. Ponadto odnotowano, że zawartość THC w produktach z konopi indyjskich jest niezwykle zmienna. Istnieje potrzeba przekazu jasnych informacji w celu opracowania systemów monitorowania, za pomocą których możliwe będzie dokonanie oceny udziału w rynku poszczególnych produktów otrzymywanych z konopi indyjskich i okresowe śledzenie zmian. Aktualnie odczuwalny jest olbrzymi brak tego typu informacji.
10. Badanie identyfikuje wiele ważnych dziedzin, które wymagają uwagi w celu właściwego ocenienia kwestii związanych z siłą działania pochodnych konopi. Zagadnienia te obejmują ujednolicenie nomenklatury produktów otrzymywanych z konopi indyjskich, sprawniejsze monitorowanie danych rynkowych, ulepszenie standardów laboratoryjnych odnośnie przeprowadzania analiz i sprawniejsze gromadzenie danych oraz ich prezentację na szczeblu europejskim, badania w celu określenia zależności pomiędzy siłą działania, zachowaniami palaczy oraz poziomem THC/metabolitów we krwi osób zażywających w Europie oraz potrzebę zbadania zakresu, w jakim pochodne konopi o dużej sile działania wpływają na ryzyko przedawkowania oraz ich możliwy wpływ na problemy zdrowotne. Uważa się, że koszty i korzyści związane z odmiennym reagowaniem na poszczególne produkty otrzymywane z konopi indyjskich zasługują na rozważenie.

pytanie w dużym stopniu zależy od tego jak usługi te są skonfigurowane oraz od stopnia, w jakim pacjenci mają kontakt z osobami zażywającymi innego rodzaju substancje od dłuższego czasu. Niemniej identyfikacja właściwych dróg kierowania na leczenie dla osób, które cechują różne schematy konsumpcji pochodnych konopi, pozostaje istotnym problemem, wymagającym dalszego rozpatrzenia.

Kilka nowych inicjatyw w zakresie prewencji opracowano szczególnie w odpowiedzi na wzrost konsumpcji pochodnych konopi wśród ludzi młodych, albowiem przeciwdziałanie rzadko ukierunkowane jest na zażywanie konkretnej substancji. Niemniej niektóre państwa

członkowskie deklarują nowe dokonania w tej dziedzinie poprzez przyjęcie dwóch głównych strategii: (1) podkreślanie zagrożenia pokazującego, że młode osoby zażywające pochodne konopi mogą wejść w kontakt z wymiarem sprawiedliwości oraz (2) podejmowanie próby odwrócenia sposobu postrzegania przez opinię publiczną zażywania pochodnych konopi jako normatywnego zachowania za pomocą masowych oraz adresowanych do odpowiednich grup społecznych kampanii medialnych.

W Niemczech, Grecji, Irlandii, Finlandii oraz Wielkiej Brytanii wprowadzone zostały środki mające na celu ograniczenie psychospołecznych konsekwencji popełnienia

pierwszego wykroczenia za zażywanie pochodnych konopi przez młodocianych. Najnowszym takim przykładem (z 2000 roku i później) jest program FRED w Niemczech, który działa obecnie w ośmiu landach i dzięki któremu młode osoby zażywające narkotyki mogą skorzystać z wczesnych krótkoterminowych działań interwencyjnych o charakterze dobrowolnym⁽¹⁷⁰⁾. W Wielkiej Brytanii zespoły ds. wykroczeń popełnianych przez nieletnich działają na podobnej zasadzie. Po zmianie sposobu, w jaki traktowane były pewne aspekty zażywania pochodnych konopi przez wymiar sprawiedliwości oraz rekasyfikacji tego narkotyku (z klasy B do klasy C) posiadanie, a nie konsumpcja, jest teraz wykroczeniem. W wypadku posiadania otrzymuje się ostrzeżenie. Ustanowiono specjalną procedurę w celu formalnego udzielania ostrzeżeń młodym osobom (tj. poniżej 18 roku życia). W Wielkiej Brytanii wprowadzono również kampanię z wykorzystaniem środków masowego przekazu celem ponownego pokazania negatywnego i nielegalnego charakteru pochodnych konopi.

Kolejną niedawną inicjatywą jest przeniesienie kampanii prewencyjnej do „coffee shopów”, gdzie dostępne są niewielkie ilości pochodnych konopi. Działania te przybierają formę kursu oraz podręcznika przeznaczonego dla właścicieli barów „coffee shop” celem zapobiegania powstawaniu problemów związanych z zażywaniem narkotyku w tych placówkach. Podręcznik dostarcza informacje na temat pochodnych kokainy, przepisów antynarkotykowych, zaburzeń psychicznych, pierwszej pomocy, przedsiębiorczości oraz umiejętności pedagogicznych. W Holandii istnieje tradycja podejścia indywidualnego i bezpośredniego do konsumpcji pochodnych konopi, tak jak przedstawiane jest to w czasie Tygodnia Haszu i Trawki⁽¹⁷¹⁾, kiedy to organizuje się spotkania dla osób nałogowo zażywających pochodne konopi, na których omawia się konsekwencje intensywnego zażywania oraz możliwości zmiany nawyków.

W pewnym zakresie takie podejście zawiera w sobie podejście mające na celu redukcję szkód, jak również metody zorientowane na przeciwdziałanie. Niemniej oprócz dobrze znanego związku pomiędzy paleniem i problemami z układem oddechowym oraz rosnących obaw odnośnie negatywnego wpływu intensywnego zażywania pochodnych konopi na stan zdrowia, działania interwencyjne zorientowane na redukcję szkód związane z zażywaniem pochodnych konopi pozostają w niewielkim stopniu rozwinięte w porównaniu z działaniami podejmowanymi wobec osób zażywających inne narkotyki.

Osoby mające problem z zażywaniem pochodnych konopi mają możliwość podjęcia leczenia głównie w ośrodkach terapeutycznych oferujących opiekę pacjentom uzależnionym od legalnych i nielegalnych narkotyków lub osobom z innymi uzależnieniami. Obecność świadczeń, które zostały specjalnie zaprojektowane dla osób zażywających pochodne konopi, zadeklarowały niektóre państwa (Dania, Niemcy, Grecja, Francja, Holandia, Austria, Szwecja oraz Norwegia), ale ogólnie opieka specjalistyczna tego typu wydaje się być bardzo

ograniczona. W wielu państwach usługi terapeutyczne dla osób zażywających pochodne konopi udostępniane są w instytucjach zajmujących się leczeniem problemów ogólnie związanych z zażywaniem narkotyków (Belgia, Republika Czeska, Dania, Niemcy, Hiszpania, Francja, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Holandia, Austria, Portugalia, Słowenia oraz Norwegia).

W większości osoby mające problemy związane z zażywaniem pochodnych konopi leczone są razem z pacjentami leczonymi z powodu problemowego zażywania innych nielegalnych narkotyków, głównie opioidów. Ponieważ wiele z tych specjalistycznych ośrodków terapeutycznych jest dostosowanych do potrzeb często chaotycznej i zmarginalizowanej populacji, ich przydatność w leczeniu osób z mniej poważnymi problemami, takich jak większość osób zażywających pochodne konopi, jest dyskusyjna. Służby terapeutyczne w państwach członkowskich mają świadomość tych zagadnień, a wiele państw w swoich sprawozdaniach krajowych Reitox zauważało, że mieszanie osób problemowo zażywających pochodne konopi z osobami problemowo zażywającymi heroinę lub kilka narkotyków równocześnie może być nieopłacalne i niekorzystne, i podawało te powody jako jedną z przyczyn, dla których osoby zażywające pochodne konopi nie powinny otrzymywać leczenia szpitalnego. Łatwiej jest opracowywać programy przeznaczone specjalnie dla osób zażywających pochodne konopi w oparciu o leczenie pozaszpitalne. W austriackim sprawozdaniu krajowym zasugerowano, że opieka szpitalna, jeśli jest konieczna, powinna raczej odbywać się na oddziale psychiatrii ogólnej dla młodzieży niż w specjalistycznych jednostkach odwykowych. Ostatnie innowacje wprowadzone przez państwa członkowskie w odpowiedzi na potrzeby osób zażywających pochodne konopi obejmują opracowany w Szwecji podręcznik leczenia zaburzeń poznawczych dla osób przewlekłe zażywających pochodne konopi, internetową stronę samopomocy dla osób z problemami związanymi z zażywaniem pochodnych konopi założoną w Holandii oraz wprowadzenie leczenia akupunkturą w Finlandii.

Podsumowanie

Celem tego przeglądu jest umieszczenie zaobserwowanego wzrostu w liczbie odnotowanych zgłoszeń na leczenie w związku z zażywaniem pochodnych konopi w szerszym kontekście analitycznym. Widać przy tym wyraźnie, że wiele ważnych pytań, stanowiących podstawę świadomej debaty politycznej dotyczącej tego kontrowersyjnego problemu, pozostaje bez odpowiedzi. Co więcej, również widoczny jest fakt, że dostępne dowody nie usprawiedliwiają alarmistycznego podejścia, ale nie jest to również powód do samozadowolenia.

Osoby mające problemy związane z zażywaniem pochodnych konopi stanowią niemały odsetek osób ubiegających się o leczenie w specjalistycznych placówkach w niektórych państwach i tworzą ważną podgrupę w obrębie większej populacji poddawanej leczeniu. Większość z nich to młodzi mężczyźni, z reguły około

⁽¹⁷⁰⁾ Więcej informacji dotyczących tego i innych programów prewencyjnych dostępnych jest w bazie danych EMCDDA EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

⁽¹⁷¹⁾ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

20 roku życia, z których większość zaczęła zażywać ten narkotyk w wieku 16–17 lat.

Pacjenci zażywający pochodne konopi cechują się odmiennymi schematami zażywania narkotyków niż osoby zażywające inne substancje, ponadto istnieją istotne różnice pomiędzy poszczególnymi pacjentami zażywającymi pochodne konopi. Profile różnych podgrup osób zażywających pochodne konopi, które poddano leczeniu, prawdopodobnie bezpośrednio wpływają na zrozumienie ich potrzeb, a przez to zapewnienie odpowiednich reakcji na to zjawisko. Ważnym odnośnikiem jest częstość zażywania, obecne, jak i wcześniejsze zażywanie innych narkotyków oraz źródła skierowania na leczenie. W szerszym rozumieniu, podsumowując sprawozdania krajowe oraz dane wskaźnika TDI, dostrzega się dwa wyraźne profile pacjentów:

- młode osoby zażywające, często studenci, kierowane na leczenie przez rodzinę lub szkołę oraz zażywające tylko pochodne konopi, czasem w połączeniu z alkoholem czy środkami pobudzającymi;
- osoby zażywające równocześnie kilka narkotyków, które z reguły są starsze i mniej zintegrowane społecznie, kierowane na leczenie częściej przez organa wymiaru sprawiedliwości czy placówki zdrowia albo instytucje społeczne oraz często należące do populacji osób zażywających narkotyki w sposób przewlekły.

Dodatkowo pewne dowody potwierdzają istnienie innych grup kierowanych na leczenie przez organa wymiaru sprawiedliwości, których reprezentanci nie zażywają innych narkotyków i wydają się zażywać pochodne konopi okazjonalnie.

Odzwierciedlając zmiany charakterystyki zapotrzebowania na leczenie z problemów wynikających z zażywania głównie pochodnych konopi w danym okresie, dostępne informacje świadczą o:

- zwiększonej liczbie pacjentów kierowanych na leczenie przez wymiar sprawiedliwości w niektórych państwach;
- zwiększonej liczbie osób kierowanych na leczenie przez rodzinę lub grupy wsparcia społecznego (rodzina, przyjaciele, instytucje społeczne, szkoły);
- zwiększonym odsetku osób zażywających pochodne konopi intensywnie (codziennie), mimo że osoby zażywające codziennie stanowią w dalszym ciągu mniejszość;
- zwiększonym natężeniu problemów społecznych oraz edukacyjnych w niektórych państwach, mimo że dane w tym zakresie są nadal ubogie.

Na znaczący wzrost w zapotrzebowaniu na leczenie wydają się mieć wpływ zmiany w sposobie kierowania na leczenie i wydaje się, że większość osób skierowanych na leczenie nie należy do grupy osób zażywających narkotyki

intensywnie. Niemniej przynajmniej w niektórych państwach znaczące zapotrzebowanie pochodzi od osób, które zażywają pochodne konopi intensywnie. Problemy zaobserwowane w tej grupie zostały rozpoznane w nieznacznym stopniu i zbadanie tego obszaru jest pilnie wymagane. Zaobserwowanie faktu, że większość zapotrzebowania na leczenie rejestrowana ze strony osób młodych wiąże się z zażywaniem pochodnych konopi, sugeruje konieczność szczególnego rozważenia ich potrzeb, dróg kierowania na leczenie oraz działań, których podjęcie dla tej grupy jest niezbędne.

Również istotne jest zdanie sobie sprawy z faktu, że zapotrzebowanie na leczenie nie jest bezpośrednim wskaźnikiem określającym skalę czy charakter, związanych z pochodnymi konopi. Sondażowe badania przeprowadzone na populacji ogólnej sugerują, że w porównaniu z okazjonalnym zażywaniem, zażywanie intensywnie pochodnych konopi jest względnie mało rozpowszechnione. Jednakże coraz bardziej rozpowszechnione zażywanie pochodnych konopi oznacza, że znaczna liczba osób może intensywnie zażywać te narkotyki, przynajmniej przez pewną część swego życia.

Dane szacunkowe sugerują, że intensywne zażywanie może dotyczyć od 0,5% do 2% dorosłej populacji oraz od 1% do 3% młodych dorosłych. Rozpowszechnienie wśród młodych mężczyzn jest prawdopodobnie znacznie wyższe. Trudno jest uzyskać jasny obraz na podstawie badań ankietowych co do ilości osób, które mają problemy z tymi narkotykami lub uzależnieniem od nich. Jednakże efekty uzależnienia lub nadużywania pochodnych konopi nie są tak ciężkie, jak w przypadku innych narkotyków. Może to jednak mieć znaczny wpływ na zdrowie publiczne ze względu na skalę upowszechnienia zażywania oraz fakt, że wiele z osób najbardziej dotkniętych tym problemem to osoby młode i być może zażywające narkotyki intensywnie w okresie niezwykle ważnego momentu rozwojowego lub wtedy, gdy są szczególnie wrażliwe. Wśród społecznie upośledzonych rodzin lub grup uzależnienie lub nadużywanie pochodnych konopi może zwielokrotnić problemy jednostki poprzez pogorszenie możliwości związanych z nauką i zatrudnieniem.

Podsumowując: nadal obecna jest istotna potrzeba przeprowadzenia badań w celu zrozumienia zależności pomiędzy różnymi schematami zażywania pochodnych konopi, a powstawaniem problemów. Zakres, w jakim osoby zażywające pochodne konopi doświadczają problemów oraz natura problemów, jakie mogą zostać odkryte, wciąż pozostają słabo zrozumiane. W celu dokonania oceny problemu w całej populacji należy opracować narzędzia metodologiczne. Tego rodzaju informacje stanowią podstawowy warunek dla opracowania, ukierunkowania oraz wdrożenia skutecznych metod reagowania ze strony publicznych jednostek opieki zdrowotnej na zażywanie pochodnych konopi w Europie.