

Bartłomiej MIĘDZYBRODZKI

Wydział Historyczny

Uniwersytet Warszawski

## Narkomania wśród polskiej młodzieży na przełomie lat 70. i 80. XX wieku

Według danych Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, w Polsce w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku liczbę osób uzależnionych od narkotyków szacuje się na około 100-125 tys. Ponad 13 tys. osób znajduje się pod fachową opieką medyczną: w szpitalach i specjalnych ośrodkach odwykowych (Bukowska, Malczewski, 2008, s. 4-5). Według badań przeprowadzonych w 2007 roku przez European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 16% szesnastolatków pali marihuanę, 7% przyjmuje inne narkotyki, zaś 18% zażywa środki uspokajające, które nie zostały przepisane przez lekarza (Bukowska, Malczewski, 2008, s. 12, 26, 88-92, 113; Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi, Kraus, 2007, s. 12, 26, 88-92, 113). Według danych polskiej policji lawinowo rośnie również liczba postępowań wszczętych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii: z 4225 w 1999 roku do 20832 w 2010 roku.

Współcześnie narkotyki są zdecydowanie łatwiej dostępne niż w okresie PRL. Pod koniec lat 80. i na początku lat 90. XX wieku w Polsce zaczął funkcjonować tzw. „narkobiznes” (Hołyst, 1994, s. 310): zorganizowany handel środkami odurzającymi, w który zaczęły się angażować coraz liczniejsze grupy przestępcze. Polska z kraju tranzytowego (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 10; AAN, Komitet Centralny Polskiej Zjednoczonej partii Robotniczej, sygn. LI/512, k. 20; Szkodziński, 1993, s. 126; Staniszek, 1993, s.27) stała się miejscem docelowym dla wielu transportów z kokainą, marihuaną i innymi środkami odurzającymi. Rozpoczęto również krajową produkcję niektórych narkotyków syntetycznych z przeznaczeniem do handlu, np. amfetaminy (Szkodziński, 1993, s. 128-129).

Chcąc przyjrzeć się historii polskiej narkomanii, na początku postawiłem dwa podstawowe pytania: czym jest narkomania i od kiedy można mówić o narkomanii jako o problemie społecznym w Polsce. Zgodnie z definicją opracowaną przez zespół rzeczoznawców na zlecenie World Health Organisation (WHO): *narkomania jest stanem periodycznej lub chronicznej intoksykacji – szkodliwej dla jednostki lub społeczności, spowodowanej powtarzającym się używaniem narkotyków naturalnego lub syntetycznego pochodzenia* (Popielski, 1993, s. 69). Uzupełnieniem definicji jest rozróżnienie zjawiska narkomanii (heroinizm, kokainizm, morfinizm) i lekomanii (uzależnienie od medykamentów), określanych zbiorczo mianem toksykomanii (Cekiera, 1985, s. 9; Marcinkowski, 1982, s. 355). Omawiając kwestię uzależnień, należy również rozróżnić dwa typy uzależnienia: fizyczne i psychiczne. Uzależnienie fizyczne to stan, w którym systematycznie używany środek, pomimo swojej szkodliwości, *zostaje wbudowany do metabolizmu organizmu i staje się niezbędny do zachowania homeostazy biologicznej* (Cekiera, 1985, s. 53). Przez uzależnienie psychiczne rozumiany jest stan psychiczny wyrażany chęcią lub przymusem przyjmowania danej substancji; w wypadku odstawienia środka, uzależnienie to *nie wywołuje objawów abstynencyjnych, oprócz ogólnego podniecenia i złego samopoczucia* (Cekiera, 1985, s. 53-54).

Aby odpowiedzieć na pytanie od kiedy narkomania jest problemem społecznym, postanowiłem sięgnąć do początków narkomanii w Polsce. Stałem jednakże przed poważnym problemem: gdzie dokładnie jest jej początek? Morfinistów, kokainistów czy też ludzi przyjmujących eter można było spotkać zarówno w okresie międzywojennym, jak i w XIX wieku

(Frieske, Sobiech, 1987, s. 154, 156-157, 159). Wedle statystyk były to jednakże zjawiska marginalne. Liczba osób hospitalizowanych w Polsce z powodu uzależnień w latach 1929-1935 wahała się od 100 do 300 rocznie (Frieske, Sobiech, 1987, s. 152). Trudno stwierdzić jak bardzo wiarygodne są rzeczone statystyki.

W PRL dość trudno uchwycić moment wykształcenia się masowej narkomanii. Zauważalny jest gwałtowny wzrost zjawiska od końca drugiej wojny światowej (Hołyst, 1994, s. 307). Lata 1945-89 podzielone zostały przez badaczy na trzy okresy, wedle typu przyjmowanych środków oraz grona ich odbiorców. Do końca lat sześćdziesiątych mówi się o „okresie medycznym”, w którym przeważała lekomania (Hołyst, 1994, s. 314). Przełom lat 60. i 70. to tzw. „okres młodzieżowy”. W tym czasie lekomania stała się popularna wśród młodszych odbiorców. W okresie tym młodzi ludzie zaczęli eksperymentować z detergentami i substancjami wykorzystywanymi w gospodarstwach domowych: smażono proszek „IXI”, wączano rozpuszczalnik „Tri” czy klej „Butapren” (Cekiera, 1985, s. 27; Frieske, Sobiech, 1987, s. 71-73). Koniec lat 70. i początek 80. to „okres makowy” (Staniszek, 1993, s. 15-17), w którym pojawiły się substancje powstałe w wyniku chałupniczej obróbki maku lekarskiego. Od tego momentu można mówić o narkomanii na szerszą skalę.

\* \* \*

Właśnie przełomowi lat 70. i 80. postanowiłem przyjrzeć się w niniejszym artykule. Jako orientacyjnie ramy czasowe przyjąłem lata 1975-1985. W połowie lat 70. studenci Politechniki Gdańskiej opracowali przełomową (sic!) metodę produkcji tzw. „kompotu” (Staniszek, 1993, s. 17), zwanego również „polską heroiną”. W 1985 roku uchwalona została ustawa o zwalczaniu narkomanii, która zmieniła wcześniejsze zapisy dotyczące narkotyków, pochodzące głównie z 1951 i 1969 roku (Staniszek, 1993, s. 18; Wąsik, 1993, s. 215).

Przy pisaniu artykułu posiłkowałem się wybranymi aktami Prokuratury Generalnej, dokumentami Wydziału Administracyjnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (sektorów: Społeczno-Politycznego oraz Ochrony Zdrowia), jak również opracowaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (dalej: IPiN). Uzupełnieniem dla powyższych materiałów były artykuły ekspertów w zakresie narkomanii i uzależnień, publikowane w zbiorach oraz fachowej prasie. Aby lepiej zrozumieć narkomanów oraz sam proces uzależniania się, przeprowadziłem wywiad z kierownikiem Rodzinnej Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar-Hoża”, specjalistą terapii uzależnień, Adamem Nykiem, który w wyczerpujący sposób objaśnił mi wiele zawyłych kwestii związanych z narkotykami oraz osobami ich nadużywającymi.

## **Lekomania**

Jak już wspominałem, okres od połowy lat 40. do końca lat 60. określa się mianem „medycznego”. W tym czasie przyjmowano narkotyki klasyczne, przeznaczone do wykorzystania w medycynie, np. morfinę czy amfetaminę (Hołyst, 1994, s. 314; Frieske, Sobiech, 1987, s. 69). Preparaty te zażywały osoby dorosłe, najczęściej związane bezpośrednio lub pośrednio z medycyną (lekarze, pielęgniarki, personel szpitalny). Środki te nieobce były również bohemicznej artystycznej (Staniszek, 1993, s. 15). Nie notowano uzależnień wśród dzieci. W omawianym okresie, w ocenie specjalistów IPiN, *zjawisko nadużywania leków (...) miało charakter ograniczony* (AAN, Komitet Centralny PZPR, sygn. LI/312, k. 30).

Uzależnienia od medykamentów stosowanych w psychiatrii otwartej i zamkniętej były często spowodowane przepisaniem przez lekarzy zbyt dużej dawki środków psychoaktywnych, zwłaszcza środków nasennych i uspokajających (Frieske, Sobiech, 1987, s. 67; Staniszek, 1993, s. 16). Dochodziło również do przypadków uzależnień pacjentów chirurgicznych, przyjmujących środki przeciwbólowe (Cekiera, 1985, s. 78; Frieske, Sobiech, 1987, s. 69). Zdarzało się również, że pacjenci przyjmujący w ramach terapii środki nasenne czy uspokajające, na własną rękę zwiększali przyjmowaną ilość, oczekując coraz dłuższego i silniejszego działania. W ten sposób

część uzależnionych miała dostęp do środków odurzających zupełnie legalnie. Inni do nielegalnego pozyskiwania kolejnych dawek leków wykorzystywali swoje znajomości z osobami pracującymi w zakładach medycznych. Najmniej popularną metodą pozyskiwania kolejnej dawki leków była ich kradzież (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 7; Holyst, 1994, s. 321).

Nadmierne spożycie leków niejednokrotnie doprowadzało do śmierci przyjmujących: 70% wszystkich zgonów w wyniku intoksykacji preparatami medycznymi spowodowane było przedawkowaniem środków nasennych, 20% – nadmiernym spożyciem aspiryny (Frieske, Sobiech, 1987, s. 70). Część zatruć było efektem udanych prób samobójczych (Marcinkowski, 1982, s. 347). Zdarzało się jednak, że śmierć ponosiły również osoby nie mające wiedzy o synergizmie (wzajemnym wzmocnieniu działania) środków uspokajających (barbituranów) i alkoholu. Mieszanka ta czterokrotnie zmniejszała dawkę letalną leku (IPN, sygn. BU 0224/656/1, k.155; Marcinkowski, 1982, s. 349).

### Środki zastępcze

Wraz z płynnym przejściem z „okresu medycznego” w „młodzieżowy”, narkotyki stały się popularniejsze wśród szerszego i zdecydowanie młodszego grona odbiorców. W związku z trudnościami w dostępie do środków odurzających, młodzi ludzie zaczęli eksperymentować z ogólnodostępnymi substancjami (Frieske, Sobiech, 1987, s. 71, 199). Sięgano do domowej apteczki, np. po wspomnianą już aspirynę czy preparaty przyjmowane przez krewnych: środki pobudzające czy preparaty wykorzystywane przy leczeniu Parkinsona lub otyłości (IPN, sygn. BU 0224/656/1, k. 128). Dla wzmocnienia efektu odurzenia leki mieszano, tworząc niejednokrotnie zupełnie przypadkowe zestawy o trudnych do przewidzenia efektach (Frieske, Sobiech, 1987, s. 73).

W porównaniu do wcześniejszego okresu zmalała liczba osób nadużywających leków nasennych i uspokajających. Zmieniły się również metody ich pozyskiwania. W większości wypadków wyludzano je na podstawie sfalszowanych recept lub kradziono z aptek, stacji pogotowia ratunkowego, prywatnych gabinetów medycznych szpitali etc.

Doskonałym przykładem pomysłowości było przetwarzanie środków medycznych zawierających opiaty, jak np. krople Inoziemcowa. Preparat ten, stosowany powszechnie w warunkach domowych na ból żołądka, zawierał w swoim składzie pewną dawkę opium. Wystarczyło podgrzać lek, aby odparować zbędę związku. Pozyskane opium można było przyjąć doustnie lub dożylnie (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 96). W związku z powyższym procederem krople zostały z czasem wycofane z obrotu.

Poszukując nowych doznań młodzi ludzie sięgnęli nawet po ogólnodostępne substancje wykorzystywane w gospodarstwie domowym. W latach 60. i 70. popularność zdobył płyn „Tri”, służący do usuwania na sucho plam z tekstyliów. Był tani i dostępny w każdej drogerii (Szukalski, 1995, s. 9). Wdychanie jego oparów pozwalało szybko osiągnąć upojenie narkotyczne (Kulka, 1994, s. 169). Inhalacja „Tri” powodowała euforię, której niekiedy towarzyszyły również halucynacje wzrokowo-słuchowe (Frieske, Sobiech, 1987, s. 71-72). W związku z wykorzystywaniem „Tri” przez młodzież do odurzania się, płyn ten zniknął ze sklepowych półek (Frieske, Sobiech, 1987, s. 186).

Zamiennikiem „Tri”, choć nie tak skutecznym, stały się proszki do prania, np. „E”, czy „IXI” (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 4.; Kulka, 1994, s. 169). Zawierały one dużo substancji enzymatycznych, które po podgrzaniu – najlepiej na patelni – utleniały się i zaczynały parować. Inhalacja oparów pozwalała osiągnąć stany euforyczne. „Smażony” proszek wdychano często grupowo, w zamkniętych, niewietrzonych pomieszczeniach (Kulka, 1994, s. 169-170). Odurzano się również innymi ogólnodostępnymi środkami: detergentami do mycia naczyń, a nawet pastą do butów. Popularne, zwłaszcza wśród młodszych poszukiwaczy wrażeń (Frieske, Sobiech, 1987, s. 84-85, 200; Staniszek, 1993, s. 25), było również wążanie par rozpuszczalników, benzyny, kleju Butapren (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/62, k. 90;

Cekiera, 1985, s. 36-37; Frieske, Sobiech, 1987, s. 73; Popielski, 1993, s. 72) lub substancji w skład których wchodziła nitroceluloza (lakiery) (Marcinkowski, 1982, s. 505). Wlewano je do słoików lub torebek, skąd wdychano opary (Szukalski, 1995, s. 15). Efektem były halucynacje i chwilowe upośledzenie motoryczne. W dokumentach Departamentu Profilaktyki oraz Współdziałania z Organizacjami Państwowymi i Organizacjami Społecznymi Prokuratury Generalnej odnalazłem informację, że do narkotyzowania się młodzi ludzie wykorzystywali również ładunki gaśnic przeciwpożarowych (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/90, k. 37). Nie znalazłem informacji odnośnie skuteczności tej ostatniej metody.

Halucynacje powodowane przez wdychanie toksycznych oparów pojawiały się szybko, były jednakże dość krótkie (Szukalski, 1995, s. 15-16). Dla zwielokrotnienia efektu zwiększano dawki. Było to jednakże ryzykowne, gdyż wdychanie wymienionych substancji mogło doprowadzić do ostrego zatrucia. Opary mogły uszkodzić niektóre narządy wewnętrzne oraz komórki mózgowe (Staniszek, 1993, s. 25). Przedawkowanie groziło nie tylko zdrowiu, ale i życiu inhalującego (IPN, sygn. BU 0224/656/1, k. 158; Szukalski, 1995, s. 9, 16-17). W opracowaniu dotyczącym ruchu hippisowskiego, sporządzonym przez Służbę Bezpieczeństwa dla władz miejskich Warszawy oraz Komendy Głównej, Wojewódzkiej i Stołecznej Milicji Obywatelskiej znaleźć można informację, że w roku 1969 *zantonowano na terenie kraju kilka zatruc oparami tri* (IPN, sygn. BU 0224/656/1, k. 74).

Dużym problemem było utrudnienie młodym dostępu do rozpuszczalników i kleju. Substancje te, same w sobie, nie są narkotykami. Dopiero wykorzystywanie ich w sposób niezgodny z przeznaczeniem czyniło je środkami odurzającymi (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 7). Jeszcze w latach 90. XX wieku, grupa inhalująca lotne związki organiczne stanowiła 8% wszystkich uzależnionych (Kulka, 1994, s. 170).

W Polsce młodzi ludzie rzadziej sięgali po naturalne halucynogeny (Staniszek, 1993, s. 26). Eksperymentatorzy, którzy zdecydowali się z nich skorzystać, nie mieli większego problemu ze znalezieniem dla siebie czegoś „odlotowego”. Polskie lasy i parki pełne były (i do tej pory są) roślin o właściwościach narkotycznych. Wśród zwolenników naturalnych metod popularne były grzyby psylocybinowe (tzw. „magiczne grzybki”, np. lyszczka meksykańska) czy muskarynowe (np. muchomor czerwony) oraz rośliny zawierające atropinę (np. wilcza jagoda lub bieluń dziedzierzawa) (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 9; Nyk, 2010; Szukalski, 1998, s. 166). Przyjmowano je zazwyczaj doustnie, jedząc owoce i grzyby (bezpośrednio lub po ususzeniu), przygotowując wywary lub żując nasiona. Efektem były *trwające kilka godzin zmiany nastroju, euforii, rozkojarzenie oraz halucynacje wzrokowe* (Szukalski, 1998, s. 166).

Jedną z najciekawszych metod odurzania się było palenie skórek banana, często w połączeniu z marihuaną lub haszyszem (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 11). Miało to teoretycznie niwelować charakterystyczny zapach kannabinoli, wzmagając jednocześnie działanie narkotyku. Naukowcy IPiN przeprowadzili badania, z których wynikało, że bananowe skórki istotnie zawierają środki psychoaktywne (np. dopaminę, tzw. „hormon szczęścia”), jednakże są to śladowe ilości (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 99). Wiele wskazuje, że omawiany efekt intensyfikacji doznań narkotycznych był jedynie placebo, który udzielał się również osobom palącym same skórki (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 100).

### **Mak: zupa, mleko i kompot**

W połowie lat 70. XX wieku narkomani zaczęli produkować używki na własną rękę. Jedną po drugiej pojawiły się trzy metody przetwarzania maku lekarskiego (AAN, Komitet Centralny PZPR, sygn. LI/312, k. 30-31) o różnym stopniu skomplikowania, pozwalające otrzymać narkotyk w warunkach domowych (AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81, k. 96). Ten właśnie moment stał się kamieniem milowym historii zjawiska narkomanii w Polsce. Wykorzystanie maku lekarskiego to symbol początku okresu, który specjaliści nazywają właśnie „makowym” (Frieske, Sobiech, 1987, s. 16-17). Równie istotny dla rozgraniczenia jest fakt, że

użytki wykorzystywane w poprzednich okresach do odurzania się powodowały w większości zależność jedynie psychiczną (poza morfiną, która jest jednakże pochodną maku). Dawało to pewną możliwość manewru pomiędzy poszczególnymi środkami. Użytkownicy nie byli przywiązani do jednego specyfiku, zdarzało się przyjmowanie kilku na raz, dla lepszego efektu. Zjawisko to określa się mianem politoksykomanii (Cekiera, 1985, s. 201, 204). Młodzi poszukiwali coraz silniejszego „haju” – często nie była istotna metoda, liczył się efekt. Produkowane na własną rękę środki odurzające z maku różniły się od specyfików medycznych tym, że bardzo mocno uzależniały fizycznie (Frieske, Sobiech, 1987, s. 82).

Warto odpowiedzieć na pytanie, dlaczego rozpoczęto próby – zakończone sukcesem – opracowania nowego typu narkotyku. Powiększała się liczba przyjmujących środki odurzające, osoby wcześniej uzależnione potrzebowały większych dawek. Ustawodawca oraz milicja próbowali ograniczyć dostęp do medykamentów o właściwościach narkotycznych. Prawie w ogóle nie istniał zorganizowany przemysł, zaś ten prywatny, na własne potrzeby, nie zaspokajał zaistniałego popytu.

Trzy metody, o których wspominałem, miały różne stopnie skomplikowania. Podstawowym składnikiem każdej z trzech wersji narkotyku był mak lekarski. Jego zdobycie było bardzo proste, gdyż dostęp do upraw maku był *de facto* nieograniczony (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/62, k. 91 ;Godword-Sikorska, Moskalewicz, Sierosławski, Zamecki, 1991, s. 25; Staniszek, 1993, s. 26).

Najłatwiej było otrzymać tzw. „makiwarę”, nazywaną również „zupą” (Frieske, Sobiech, 1987, s. 81). Sama nazwa wskazuje procedurę postępowania. Susz makowy, najczęściej słome, gotowano. Otrzymany napar przyjmowano doustnie. Środek ten dawał najkrótszy i najsłabszy efekt (Nasiłowski, Sybirska, 1993, s. 179).

Nieco bardziej skomplikowane było pozyskanie mleczka makowego (Frieske, Sobiech, 1987, s. 81). Narkoman musiał naciąć zielone, niedojrzałe główki rośliny. Z utworzonych na makówce bruzd obficie wypływał mleczny sok. Otrzymany płyn należało zebrać, wysuszyć, a następnie rozmieszać z bezwodnikiem kwasu octowego. Gotowy roztwór aplikowano poprzez iniekcję, bezpośrednio do żyły (Nasiłowski, Sybirska, 1993, s. 179). Dawało to silny efekt odurzenia. To właśnie ta metoda jest najczęściej kojarzona z narkomanami schyłku PRL, zaś wstrzykiwany płyn często błędnie nazywany kompotem.

Prawdziwy kompot makowy, który zyskał sobie również buńczuczne miano tzw. „polskiej heroiny”, był – spośród trzech wymienionych narkotyków opartych o mak lekarski – najbardziej czasochłonny w produkcji (Holyst, 1994, s. 314; Nyk, 2010). Do procesu potrzebne były, prócz zmielonej słomy makowej, odczynniki chemiczne, które w większości wypadków można było kupić w sklepach z artykułami gospodarstwa domowego (Frieske, Sobiech, 1987, s. 81). Początkowo narkomani zdobywali niezbędne odczynniki wykorzystując w pomysłowy sposób substancje nabyte bez większych problemów w sklepach z artykułami gospodarstwa domowego, np. płyn do czyszczenia akwariów (Nyk, 2010). Nasiłowski i Sybirska podają jednakże, że zdarzały się kradzieże odczynników z aptek i laboratoriów (Nasiłowski, Sybirska, 1993, s. 179.). Złożyć można, że kradzieże owe zdarzały się w późniejszym okresie, gdy składniki niezbędne do produkcji „kompotu” były szerzej znane i nie chciano ich sprzedawać osobom wyglądającym na narkomanów.

Kompot był najsilniejszym środkiem odurzającym, jaki można było wyprodukować z maku w warunkach domowych (Frieske, Sobiech, 1987, s. 189; Cekiera, 1985, s. 86-87). Wstrzykiwany dożylnie dawał najlepsze i najdłuższe efekty „haju” spośród trzech wymienionych substancji. Kompot nie był jednakże produktem sterylnym. Różnego typu zanieczyszczenia powstałe w domowej produkcji zwiększały śmiertelne ryzyko przyjmowania narkotyku. Problemem była również zawartość opiatów w produkcie ostatecznym. W związku z przygotowywaniem „polskiej heroiny” przez ludzi w większości wypadków bez wykształcenia chemicznego, dodawaniem różnej jakości składników, bez dokładnego mierzenia, moc narkotyku była zmienna, w zależności od producenta, czy nawet konkretnej partii (Frieske, Sobiech, 1987,

s. 82). Choć wstrzykiwana ilość kompotu mogła być zawsze taka sama, stężenie opiatów za każdym razem było inne. Groziło to pogłębieniem uzależnienia lub nawet przypadkowym przedawkowaniem, a co za tym idzie, śmiercią. Mimo dużych zagrożeń, dzięki prostocie produkcji, przepis na „polską heroinę” stał się szeroko znany w środowisku narkomanów (Frieske, Sobiech, 1987, s. 81). Co więcej, makowe narkotyki domowe były relatywnie tańsze od wódki (Staniszek, 1993, s. 18, 26). Alkohol co prawda można było nabyć w sklepie, a „kompot” czy „zupę” trzeba było wyprodukować we własnym zakresie, niemniej jednak było to dla potencjalnych odbiorców bardzo kuszące. Ilustracją prawdziwości powyższego twierdzenia może być fakt, że w 1985 roku blisko 80% osób leczonych ambulatoryjnie (odwyki) stanowili uzależnieni od narkotyków opiatowych: zupy, mlecza i kompotu (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 3/147, k. 170).

### **Narkotyki „zachodnie”**

Sporym nadużyciem, jeśli nie kłamstwem, byłoby twierdzenie, że w okresie od końca lat 60. do początku lat 80. XX wieku ludzie nie zażywali „zachodnich” narkotyków. Jak już wspominałem, PRL nie był krajem atrakcyjnym dla przemytników substancji uzależniających. W Polsce narkotyki takie jak marihuana, haszysz, LSD czy amfetamina pojawiały się w małych ilościach, głównie dzięki prywatnemu przemytowi zza granicy (Cekiera, 1985, s. 78; IPN, sygn. BU 0224/656/1, k.76, 158-159). Nie był to jednakże proceder nastawiony na zysk. Osoba, która przywiozła ze sobą pewną dawkę substancji odurzającej bądź spożywała ją sama, bądź dzieliła się z najbliższym gronem znajomych (Nyk, 2010). Dealerzy, których obecnie kojarzymy z nielegalną dystrybucją środków uzależniających, posiadający stały dostęp do określonych narkotyków, w PRL nie istnieli. Czarny rynek zaczął się organizować pod koniec lat 80. (Cekiera, 1985, s. 87), by w pełni się rozwinąć na początku lat 90.

W związku z rosnącym w latach 80. popytem na marihuanę (Holyst, 1994, s. 314), którego nie był w stanie zaspokoić import detaliczny, zaczęto zasiewać ją w Polsce. Początkowo, w związku z brakiem zorganizowanych grup przestępczych oraz brakiem rynku zbytu, uprawiano ją jedynie na potrzeby własne lub grona znajomych. Część „upraw” była efektem ściągnięcia nasion np. z Holandii; inne były próbą udomowienia występujących naturalnie samosiejek o niskiej zawartości substancji psychoaktywnych (Frieske, Sobiech, 1987, s. 84). Szkodliwość zarówno polskich jak i zagranicznych kannabinoli jest oceniana przez większość ekspertów jako zdecydowanie niższa od narkotyków opiatowych (Frieske, Sobiech, 1987, s. 86-87; Staniszek, 1993, s. 25; Szukalski, 1997, s. 127). Do dziś występują kontrowersje odnośnie legalizacji marihuany. Zarówno przeciwnicy, jak i zwolennicy legalnego dostępu do kannabinoli dysponują rzeczowymi argumentami na potwierdzenie swoich stanowisk (Szukalski, 1997, s. 134-136).

### **Narkotyki – dlaczego?**

Wszyscy cytowani przeze mnie eksperci są zgodni są co do motywacji ludzi zażywających środki uzależniające. Początkowo, w latach 50. i 60., zdecydowana większość lekomanów była ofiarami lekarskich błędów. Osobom chorym psychicznie lub z problemami psychologicznymi zbyt chętnie przepisywano środki nasenne i uspokajające (Frieske, Sobiech, 1987, s. 70). Medycyna w tamtych latach traktowała kolejne nowinki farmaceutyczne jako panaceum na wszelkie dolegliwości mentalne. Leków psychoaktywnych oraz morfiny nadużywali również ludzie należący do wąskiego kręgu związanego w sposób pośredni lub bezpośredni z medycyną: lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, ew. ich znajomi, jak również przedstawiciele środowisk artystycznych (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/90, k. 37). Okres ten charakteryzowała pozorną łatwością pozyskania narkotyku: psychologowie lub psychiatry po prostu je przepisywali, receptę można było zrealizować w większości aptek.

Wraz z zakończeniem okresu „medycznego” i rozpoczęciem „młodzieżowego”, zmieniły się nie tylko środki odurzające. Pojawiło się również inne podejście do narkotyku. Osobom przyjmującym przyświecały inne cele. Szeroko pojęty przełom lat 60. i 70. to czas ruchu

hippisowskiego. Narkomania *stała się przede wszystkim zjawiskiem kulturowym* (AAN, Komitet Centralny PZPR, sygn. LI/512, k. 19). Środki odurzające przyjmowano najczęściej w grupach, w ramach budowania powszechnego zaufania i zacieśniania więzi. Narkotyki w większości wypadków były próbą kontestacji, metodą buntu przeciwko rzeczywistości (Kosiński, 2008, s. 147). Pomagały poszerzyć spektrum postrzegania, lepiej się bawić, odnaleźć poszukiwaną wolność, były *kluczami do „innego wymiaru”* (Kosiński, 2008, s. 343).

Podobnie w latach 80., zwłaszcza w okresie stanu wojennego, alkohol i narkotyki umożliwiały próbę ucieczki od nijakości współczesnego świata. Przykładem eskapizmu opartego o legalne i nielegalne używki są cytowane przez Krzysztofa Kosińskiego w książce „Historia pijaństwa w czasach PRL” wspomnienia pisarza Andrzeja Stasiuka: *Wszyscy palili coraz więcej marihuany i wspominali czarną noc stanu wojennego jako jedną nieustającą balangę* (Kosiński, 2008, s. 354). Narkotyki przez lata pozwalały pozostawać w mentalnej opozycji do nieakceptowanego świata rządzonego przez skostniałą Polską Zjednoczoną Partię Robotniczą, której przewodzili nudni, sztywni oficjele. Dygnitarze, którzy nie mieli młodemu do zaoferowania nic, prócz komunistycznej nowomowy i pustych obietnic. Młodzi próbowali tworzyć swoje enklawy odporne na presję zewnętrzną zarówno systemu jak i rodziny (Kosiński, 2002, s. 254-255). Doskonałym przykładem był festiwal w Jarocinie, gdzie spotykali się młodzi miłośnicy cięższego brzmienia. Słuchali innej muzyki (hard rock, punk rock), ubierali się w sposób wyróżniający („ramoneski”, irokezy, glany, etc.), pili, palili, bluzgali i – czasem – ćpali. Wszystko w imię dobrej zabawy, podkreślenia swojej odmienności oraz buntu przeciwko normom społecznym i opresyjnej władzy (Kosiński, 2006, s. 357).

Zdarzały się również jednostki lub grupy, które przyjmowały kolejne środki tylko i wyłącznie po to by uciec od nudnej codzienności, by po prostu „naćpać się” i „odlecieć”. W dokumentach Departamentu Profilaktyki Prokuratury Generalnej, iż od połowy lat 70. *w Polsce notujemy stały, acz umiarkowany rozwój zjawiska narkomanii* (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/64, k. 13). Tendencja wzrostowa utrzymywała się do połowy lat 80. (Abucewicz, 2006, s. 293).

Wraz z pojawieniem się opiatów domowej roboty, ich użytkownicy wypaczali idee ruchu hipisowskiego. Celem były zapomnienie i „haj”. Zażywający często padali ofiarą swoich własnych zapędów. Poszukując coraz silniejszych doznań, sięgali po nowe, mocniej uzależniające narkotyki. Stawali się narkomanami, osobami uzależnionymi od przyjmowanych specyfików nie tylko psychicznie, ale również fizycznie. Problemem była zwłaszcza kwestia zależności tkankowej, która *wyklucza w zasadzie możliwość zmiany środka. (...) Konsumpcja narkotyku przestaje pełnić funkcje kulturowe, nie jest również reakcją na stresy i niepowodzenia życiowe – staje się autonomiczną potrzebą (...)* (Frieske, Sobiech, 1987, s. 82). Jedni umierali z przedawkowania. Inni mieli w sobie wystarczająco dużo samoświadomości, by na pewien czas przestać, iść do szpitala czy specjalistycznego ośrodka na odtruwanie (Frieske, Sobiech, 1987, s. 204). Po przerwie jednakże często wracali do starych przyzwyczajeń. *Kompot dało się brać dożylnie dwadzieścia lat, jeśli się czasem odtruwało; nie wyobrażam sobie, aby ktoś przyjmował dzień w dzień, przez taki sam okres, amfetaminę! Organizm by tego nie „przepalił”* (Nyk, 2010).

**Tabela 1**

**Liczba przedawkowań w Polsce w poszczególnych latach**

źródło	rok	liczba przedawkowań
AAN, Prokuratura Generalna, sygn.26/90, k.38	1978	18
Cz. Cekiera, <i>Toksykomania</i> , Warszawa 1985, s. 82	1979	19
Cz. Cekiera, <i>Toksykomania</i> , Warszawa 1985, s. 82	1980	33
Cz. Cekiera, <i>Toksykomania</i> , Warszawa 1985, s. 82	1981	80
AAN, Prokuratura Generalna, sygn.26/90, k.38	1982	102
AAN, Prokuratura Generalna, sygn.26/90, k.38	1983	110
–	1984	brak danych
AAN, Prokuratura Generalna, sygn.7/213, k.94;	1985	109

AAN, Prokuratura Generalna, sygn.3/147, k.172		
-----------------------------------------------	--	--

Wraz z pojawieniem się opiatów domowej produkcji, liczba osób nadużywających narkotyki zaczęła gwałtownie wzrastać. Przez dziesięć lat, od połowy lat 70. do połowy lat 80., liczba narkomanów wzrosła o ponad 168%. Jak stwierdzili eksperci Społecznego Komitetu Przeciwalkoholowego, na początku lat 80. (...) *narkomania przybrał[ą] ostrzejszy charakter* (...) (AAN, Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, sygn. 1/445, s. 5; Kosiński, 2008, s. 278-289). Związane było to z coraz łatwiejszym dostępem młodych ludzi do tanich narkotyków. Z powodu braku możliwości przeprowadzenia badań nie była znana dokładna liczba okazjonalnie przyjmujących marihuanę, haszysz, klej, czy „makiwarę”. W 1981 roku Instytut Psychoneurologiczny szacował liczbę osób mających kontakt z narkotykami na 30 tys., Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej na 100 tys., zaś specjaliści z Ośrodka Odwykowego w Garwolinie sugerowali nawet 500-600 tys. (AAN, Komitet Centralny PZPR, sygn. LI/312, k. 30-31). Ostatnia liczba wydaje się być nieco wyolbrzymiona. Dla porównania na początku lat 80. w Polsce było ok. 600 tys. osób uzależnionych od alkoholu (Abucewicz, 2006, s. 293).

Drastyczny wzrost liczby narkomanów w latach 80. nie powinien dziwić. Coraz szerzej znane były metody produkcji opiatów, łatwiej było dostać marihuanę, a grzyby psylocybinowe wciąż rosły w lasach. Jednym z wielu czynników zachęcających młodych do sięgnięcia po środki odurzające mogła również być podwyżka cen papierosów i alkoholu oraz wprowadzenie we wrześniu 1981 roku reglamentacji kartkowej na wódkę (Kosiński, 2008, s. 351).

**Tabela 2**

**Liczba osób uzależnionych od narkotyków w Polsce w poszczególnych latach**

źródło	rok	liczba narkomanów
AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/64, k. 13	1974	5230 <sup>a</sup> (1159 <sup>b</sup> )
	1975	6200 <sup>a</sup> (1794 <sup>b</sup> )
	1976	7825 <sup>a</sup> (2307 <sup>b</sup> )
	1977	7797 <sup>a</sup> (2482 <sup>b</sup> )
	1978	7078 <sup>a</sup> (2482 <sup>b</sup> )
Abucewicz, 2006, s. 292	1979	3619 <sup>b</sup>
AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/90, k. 38; AAN, Komitet Centralny PZPR, sygn. LI/312, k. 30 Abucewicz, 2006, s. 292	1980	8385 <sup>a</sup> (3504 <sup>b</sup> )
AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/90, k. 38 Abucewicz, 2006, s. 292	1981	10132 <sup>a</sup> (4278 <sup>b</sup> )
	1982	11972 <sup>a</sup> (7080 <sup>b</sup> )
AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/90, k. 38	1983	13931 <sup>a</sup>
–	1984	brak danych
AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 7/213, k. 94	1985	16675 <sup>a</sup>

a) liczba narkomanów zarejestrowanych przez Milicję Obywatelską

b) liczba narkomanów zarejestrowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (łącznie liczba uzależnionych hospitalizowanych oraz leczonych niestacjonarnie w ośrodkach zdrowia psychicznego)

O ile narkotyki mogły stanowić – i dla wielu stanowiły – formę ucieczki od codzienności, o tyle nie sposób dopatrzeć się w przyjmowaniu przez młodych ludzi środków halucynogennych formy oporu społecznego wobec władzy. W większości wypadków narkotyzowano się w małych grupach, pokątnie, bez ambicji szkodenia swoim zachowaniem państwu. W artykule „Opór społeczny czy patologia? O problemie pijaństwa w Polsce w latach 1948-1956”, autor postawił tezę, jakoby tytułowe pijaństwo było w niektórych wypadkach formą oporu społecznego (Pluta, 2006, s. 58-67). Nie ustosunkowując się do zasadności tego stwierdzenia, mogę z dużą dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że podobna teza nie znajduje potwierdzenia w odniesieniu do narkotyków zażywanych przez młodzież w PRL.



## Metody walki państwa z narkomanią

Polskie uregulowania prawne dotyczące narkomanii sięgają 1923 roku, kiedy to uchwalono „Ustawę w przedmiocie substancji i przetworów odurzających” (Dz. U. 1923 nr 72 poz. 559). Było to następstwem przyjęcia przez Polskę Międzynarodowej Konwencji Opiumowej z 1912 roku (Frieske, Sobiech, 1987, s. 149). Ustawa zabraniała posiadania, handlu, importu czy eksportu opium, haszyszu, morfiny, kokainy, heroiny i wszelkich pochodnych. Penalizacji niezgodnego z prawem rozpowszechniania środków odurzających dokonał kodeks karny z 1932 roku, w art. 244, wprowadzając karę do pięciu lat za *udzielanie trucizny odurzającej innej osobie* (Dz. U. 1932 nr 60 poz. 571).

Kolejny akt prawny dotyczący kwestii środków odurzających pojawił się w 1951 roku. Na mocy „Ustawy o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych” *wyrób, przerób, przymóz, nymóz, (...) tranzyt, przechowywanie oraz wprowadzanie do obrotu dopuszczalne jest jedynie dla celów leczniczych, naukowych bądź przemysłowych* (Dz. U. 1951 nr 1 poz. 4). Zabroniono również spożywania substancji odurzających w towarzystwie (Frieske, Sobiech, 1987, s. 187). Uzupełnieniem dla powyższego aktu były dodatkowe uregulowania dotyczące narkotyków, które znalazły się w kodeksie karnym z 1969 roku. W art. 161, w porównaniu z art. 244 kodeksu z 1932 roku, pojawił się zapis o nakłanianiu do przyjmowania środków odurzających (Dz. U. 1969 nr 13 poz. 94). Kodeks przewidział również możliwość umieszczenia sprawcy przestępstwa będącego narkomanem w zakładzie odwykowym przed odbyciem kary więzienia (Wąsik, 1993, s. 215). *Nieliczne i rozproszone przepisy nie dawały podstaw do działań wobec specyficzności sceny lekowej w Polsce* (Godword-Sikorska, Moskalewicz, Sierosławski, Zamecki, 1991, s. 25). Brakowało możliwości ukrócenia narkomanom dostępu np. do słomy makowej.

Najistotniejszy dla zwalczania narkomanii w PRL był akt prawny pochodzący z 1985 roku, „Ustawa o zapobieganiu narkomanii”. Na jej mocy ograniczono uprawy maku tylko na potrzeby przemysłu farmaceutycznego i spożywczego. Potwierdzono nakaz uprawy maku wyłącznie za zezwoleniem oraz obowiązek odpłatnego przekazywania słomy makowej do komisijnego zniszczenia, funkcjonujące w oparciu o rozporządzenie z 1983 roku w sprawie rejestracji upraw maku lekarskiego i wykupu słomy makowej (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/88, k. 170-171; Dz. U. 1983 nr 33 poz. 160; Abucewicz, 2006, s. 289; Godword-Sikorska, Moskalewicz, Sierosławski, Zamecki, 1991, s. 25). Zezwolenia wymagano również na produkcję psychotropów, zbiór mleczka makowego, import i eksport środków odurzających oraz psychotropów. Ministerstwu Oświaty i Wychowania zlecono opiekę profilaktyczną nad młodzieżą. Przy Radzie Ministrów utworzono Komisję do Spraw Zapobiegania Narkomanii, której cele statutowe doskonale definiuje nazwa. Ustawa zapewniała również darmowe leczenie, rehabilitację oraz readaptację narkomanów za pośrednictwem placówek Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Ustalono, że leczenie jest nieobowiązkowe; na wniosek rodziny można było poddać przymusowemu leczeniu jedynie osoby niepełnoletnie. Wprowadzone zostały również nowe przestępstwa związane z narkotykami. Za wyrób środków odurzających groziły kary od trzech do pięciu lat, za import od roku do lat pięciu, zaś za sprzedaż od roku do dziesięciu lat więzienia (Dz. U. 1985 nr 4 poz. 15; Wąsik, 1993, s. 215-217).

Była to de facto pierwsza ustawa, która kompleksowo zajęła się zagadnieniem narkomanii w pełnym zakresie. Sankcjonowała ona prymat leczenia nad karaniem, przejawiała *wstrzemięźliwość w postugiwaniu się kryminalizacją i stosowaniu represji karnej* (Abucewicz, 2006, s. 291). Wcześniej, przed 1985 rokiem, nie istniała nawet żadna instytucja w strukturach państwowych, która zajmowałaby się jedynie uzależnieniami powodowanymi środkami odurzającymi. Do tego czasu narkomanią zajmował się, jako zagadnieniem pobocznym, Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy. Było to stowarzyszenie wyższej użyteczności, którego głównym celem było zwalczanie alkoholizmu wśród społeczeństwa polskiego.

Nie oznacza to, że w okresach pomiędzy kolejnymi ustawami nie wprowadzano kolejnych ograniczeń względem medykamentów. Np. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej *wydało szereg zaleceń mających na celu większą kontrolę rozprowadzania narkotyków i leków psychotropowych*

(AAN, Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy., sygn. 1/445, k. 7). Jedną z takich wytycznych było wprowadzenie w 1973 roku tzw. „różowych recept” (z wtórnikami) oraz ograniczenie liczby aptek wydających środki odurzające. Było to reakcją na bardzo częste przypadki fałszowania recept przez narkomanów. Uzależnieni rzadko mieli możliwość wejścia w posiadanie niewypełnionego druku oraz lekarskiego stempla. Zdecydowanie prościej (Kegel, 1993, s. 201) było uzyskać receptę na jakiś środek (np. specyfik produkowany w aptece) i dopisać pewną dawkę morfiny, przeciwbólowego Dolarganu, czy uspakajającego Reladormu (AAN, Prokuratura Generalna., sygn. 26/62, k. 129; AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/64, k. 13). Wykrycie fałszerstwa często było bardzo proste, z powodu różnicy w charakterze pisma lub braku powiązania logicznego pomiędzy przepisany substancjami. Mimo dużego ryzyka niepowodzenia, narkomani podejmowali kolejne próby. Liczba zanotowanych sfalszowań recept w celu wyłudzenia środków odurzających, po wprowadzeniu recept z wtórnikami, zmniejszyła się na przestrzeni lat 1973-1985. Początkowo było to związane zapewne z trudnościami związanymi z „różowymi receptami”. Jednakże już w roku 1976 dochodzi do drastycznego wzrostu fałszerstw. Ostatecznie liczba wykrytych prób spadła, prawdopodobnie w związku z porzucaniem przez narkomanów lekomani na rzecz domowych opiatów (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 7/213, k. 98).

**Tabela 3**

**Liczba wykrytych fałszerstw recept w celu pozyskania  
środków odurzających w poszczególnych latach**

źródło	rok	liczba wykrytych fałszerstw recept w celu pozyskania środków odurzających
Frieske, Sobiech, 1987, s. 196-187	1973	351
	1974	166
	1975	69
	1976	349
–	1977-1984	brak danych
AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 7/213, k. 98. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 3/147, k. 172.	1985	120

Prawodawca również dość aktywnie reagował na kształtujące się wśród narkomanów trendy spożycia. Produkty wykorzystywane przez uzależnionych (krople Inoziemcowa, płyn „Tri”) wycofywano z produkcji. W wypadku leków, które zawierały glutetymid (np. Paxil, Glimid, Reladorm) w 1983 roku nie tylko wstrzymano ich wytwarzanie, ale zarządzono również zniszczenie zapasów (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/62, k. 129). Problemem były jednakże substancje, których produkcji nie można było wstrzymać, gdyż nie miały zamienników. Obniżenie w ich zawartości substancji, które wykorzystywali narkomani do odurzania się, pozbawiłyby poszczególne produkty ich walorów. Rozpuszczalniki, lakiery czy kleje nie byłyby tak skuteczne, a co za tym idzie – zdatne do użytku.

Równie poważnie do swoich zadań podchodziła Milicja Obywatelska. Prowadzone były rejestry narkomanów, które mimo swoich ułomności, były zdecydowanie dokładniejsze od spisów Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (patrz: tabela 1). Zrozumiałym jest, rzecz jasna, że placówki medyczne posiadały zaniżone dane: nie wszyscy uzależnieni zgłaszali się na leczenie, nie każdy zatrzymany przez milicję trafiał – zamiast do izby wytrzeźwień – na detoks.

Po wejściu w życie w 1983 roku rozporządzenia o kontrolowanej uprawie maku, w archiwalnych dokumentach widać, że zapisy o komisyjnym niszczeniu słomy makowej nie były pustą literą prawa. W aktach Prokuratury Generalnej pojawiają się raporty regionalne dotyczące palenia pozostałości makowych (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 9/60, k. 158 i nn).

Co istotne, pod koniec badanego przeze mnie okresu pojawiały się coraz liczniejsze propozycje intensyfikacji działań profilaktycznych: audycji radiowych i telewizyjnych, pogadek w szkołach, plakatów, etc. (np. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/88, k. 169-170; AAN, Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy., sygn. 1/445, s. 8). Według wyliczeń Moniki Abucewicz w 1981 roku w prasie ukazało się blisko 300 artykułów dotyczących narkomanii; 200 z nich stanowiły teksty opisujące sytuację w Polsce. Również w telewizji zaczęły pojawiać się programy i felietony dotyczące problemu nadużywania nielegalnych środków (Abucewicz, 2006, s. 288, 294-295).

### **„Monar” i inne instytucje niepubliczne**

Dla omawianego okresu istotne jest również pojawienie się i szybki rozwój niepublicznych organizacji społecznych oraz stowarzyszeń pomagających narkomanom wyjść z uzależnienia (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/88, k. 169). Zajmowały się one również szeroko pojętą profilaktyką. „Monar” założony przez Marka Kotańskiego (1981), Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii (1983), Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U” (1985) – wszystkie swoim działaniem odciążały państwo w walce z narkomanią (Abucewicz, 2006, s. 290; Staniszek, 1993, s. 18). Co ważne, władze były przychylnie nastawione do funkcjonowania organizacji. Przyczyną może być fakt, że „Monar” domagał się od państwa konkretnych zmian w prawie, nie kwestionował jednakże decyzji niezgodnych ze stanowiskiem stowarzyszenia. Przykładem może być kwestia maku i słomy makowej. „Monar” żądał absolutnego zakazu uprawy, ustawodawca zdecydował się na ścisłą kontrolę (Abucewicz, 2006, s. 289, 299). Organizacja nie oponowała, przynajmniej w otwarty sposób.

W 1985 roku państwowe placówki psychiatryczne przyjęły do leczenia ambulatoryjnego 4205 osób uzależnionych od leków i narkotyków. W tym samym czasie do punktów „Monaru” zgłosiło się 2205 osób (AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 3/147, k. 170). Oznacza to, że w ciągu jednego roku niepubliczna organizacja, nie mająca tak dużej skali działania czy finansowania jak państwowe szpitale, pomogła liczbie narkomanów równej ponad 50% uzależnionych przyjętych przez placówki MZiOS. Skala działania organizacji pozarządowych rosła wraz z upływem czasu. Już pod koniec lat 80. „Monar” *dysponował największą bazą leczniczą dla narkomanów* (Abucewicz, 2006, s. 299).

Przedstawiciele organizacji odciążali szpitale. Potrafili również lepiej dotrzeć z pomocą i poradą do osób przyjmujących narkotyki. Pobyt w szpitalu często łączył się z rejestracją danych osobowych, zainteresowaniem milicji. „Monar” czy inne stowarzyszenia umożliwiały leczenie bez ryzyka konfrontacji z mechanizmami państwa.

### **Czy w PRL istniał problem narkomanii?**

Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, należy zapytać: w świetle czyich danych? Oraz kiedy? W latach 60. i 70., przywódcy PZPR, wbrew wszelkim opiniom specjalistów, traktowali narkomanię jako zjawisko obce socjalizmowi, o charakterze marginalnym, niegroźnym dla społeczeństwa (Staniszek, 1993, s. 17). Zwłaszcza za rządów Edwarda Gierka, gdy obowiązywała propaganda sukcesu (Friszke, 2003, s. 366), tak istotne problemy jak narkomania nie miały racji bytu w państwie ludowym. Wedle władz, w socjalistycznym społeczeństwie było to zagadnienie marginalne, obce, charakterystyczne dla osób pozostających pod wpływem zachodniego stylu bycia. Na czerwcowym plenum KC PZPR w 1980 roku Gierek stwierdził wręcz, że problem narkomanii został całkowicie opanowany. Przeczyły temu dane MZiOS oraz milicji (Abucewicz, 2006, s. 287) – por. tabela 2.

W latach 70. uzależnieniami od leków i środków odurzających zajmował się Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, którego głównym obszarem zainteresowań było nadużywanie przez obywateli alkoholu oraz papierosów. Brakowało ustaw i rozporządzeń, które pomogłyby skutecznie walczyć z uzależnieniem. Profilaktyka jako taka prawie nie istniała. Dopiero lata 80. stanowiły początek informacyjnego boomu (Frieske, Sobiech, 1987, s. 191), związanego

z tzw. „odnowa moralną” prowadzoną przez ekipę gen. Jaruzelskiego (Kosiński, 2008, s. 265). Podjęcie publicznej debaty o problemie patologii społecznej w Polsce było próbą odbudowy zaufania społecznego, zatraconego przez dekadę władzy Gierka. Abucewicz podkreśla, że dyskusja o zachowaniach patologicznych nękających Polaków miała na celu odwrócenie uwagi od problemów gospodarczych i politycznych, jak również ukazanie nowej władz jako zainteresowanej opinią obywateli. Ekipa gen. Jaruzelskiego w ten sposób odzęgnywała się od metod i ideologicznych zapatrywań kulturywowanych w okresie Gierka.

Wraz ze zmianą podejścia do patologii, doszło również do zmiany partyjnego kursu wobec narkomanii. Zaprzesano negować istnienia zjawiska uzależnienia od środków odurzających, odrzucono ideologiczną definicję na rzecz definicji medyczno-psychologicznej. Z marginalnego, jakoby opanowanego problemu nadużywania leków, narkomania stała się zjawiskiem zagrażającym całemu społeczeństwu (Abucewicz, 2006, s. 286, 292-294). W 1983 roku uchwalono ustawę o uprawie maku, w 1985 – po upływie dekady od opracowania receptury „polskiej heroiny” – wszedł w życie akt prawny dotyczący narkomanii.

Głównym powodem wyjścia narkomanii z podziemia informacyjnego na początku lat 80., nie była coraz większa popularność domowych opiatów, czy wciąż spadający wiek inicjacji narkotykowej. System polityczny załamywał się, pogłębiał się kryzys gospodarczy, a na arenie społeczno-politycznej panowało coraz większe zamieszanie (Kosiński, 2006, s. 55-56, 356-357). Rozpoczęto dawkanie informacji i – oczywiście w ograniczonym zakresie – odkłamywano rzeczywistość. Liberalizacja propagandy politycznej miała pomóc odzyskać poparcie i zaufanie społeczeństwa (Thomson, 2001, s. 431).

Nowa polityka władz w odniesieniu do oficjalnych informacji, wciąż poszerzający się dostęp do środków odurzających, wzrost atrakcyjności spożycia narkotyków wśród młodych – te wszystkie czynniki spowodowały, że narkomania przestała być wstydlwym, ignorowanym problemem. Stała się kwestią palącą, z którą należało walczyć. Warto również pamiętać, że koniec lat 70. i początek lat 80. to okres, w którym w PRL 27% ogółu społeczeństwa – blisko 10 mln obywateli – było w wieku 15-29 lat (Kosiński, 2008, s. 202). Oczywiście wątpliwym jest, aby wszyscy popadli w narkomanię, tym niemniej tą ogromną rzeszę młodych ludzi należało chronić i edukować, zarówno w kategoriach zdrowotnych, jak i moralnych (Thomson, 2001, s. 20-21). Władze po prostu nie mogły dłużej bagatelizować sytuacji. Zwłaszcza, że sobie z nią nie radziły.

Odpowiedzią na pytanie, czy w PRL istniał problem narkomanii jest zdecydowane „tak”. Specjaliści i badacze dostrzegli go wcześniej, już w latach 70. W tym czasie władza próbowała go marginalizować. Jednakże wraz z rozpowszechnieniem się „zupy”, „kompotu” i „mleczka” – tanich, skutecznych i silnie uzależniających substancji odurzających – oraz wraz z poszerzaniem się kryzysu zaufania publicznego, nawet Polska Rzeczpospolita Ludowa musiała oficjalnie przyznać, że narkomania jest problemem obecnym również wśród jej obywateli. Grupa ludzi mających kontakt z narkotykami stanowiła, wedle pesymistycznych statystyk, 10% liczby osób nadużywających alkoholu (Kosiński, 2008, s. 7). Należy jednakże pamiętać, że problem pijaństwa był w tamtym okresie zdecydowanie lepiej zbadany. Rzeczywista liczba osób, które przyjmowały narkotyki oraz tych, którzy byli uzależnieni od opiatów, nie była znana. Dane państwowe oparte były w większości o kartoteki milicji lub MZiOS. Na ich podstawie stwierdzić można, że na przełomie lat 70. i 80. powiększyła się liczba osób hospitalizowanych z powodu uzależnienia od środków odurzających. W 1979 roku było ich 1095, w 1980 roku już 1247 – liczba ta stale rosła, osiągając w 1981 roku 1808, a rok później 2775 osób (Frieske, Sobiech, 1987, s. 196).

**Tabela 4**

**Liczba osób uzależnionych hospitalizowanych  
w państwowych placówkach w poszczególnych latach**

źródło	rok	liczba hospitalizowanych narkomanów
Frieske, Sobiech, 1987, s. 196	1979	1095

(Abucewicz, 2006, s. 292)	<b>1980</b>	1247
	<b>1981</b>	1808
	<b>1982</b>	2775 (2675)

Liczba przedawkowań na przestrzeni lat 1978-1982 wzrosła ponad pięciokrotnie (patrz: tabela 1). Sytuacja stała się krytyczna, jej rozwiązaniem było nowe ustawodawstwo regulujące w pełni kwestie uprawy i obrotu narkotykami. Remedium była również akcja informacyjna w mediach. Liczbę artykułów prasowych opublikowanych w latach 1980-1981 liczyć można w setkach (Frieske, Sobiech, 1987, s. 191-192). W połowie lat 70., gdy „polska heroina” nie była znana opinii publicznej, narkoman mógł nabyć niezbędne mu do produkcji składniki w sklepie z akcesoriami chemicznymi. Po nagłośnieniu problemu nie było to już takie łatwe. Rodzina czy opiekunowie wiedzieli już, jakie zachowania bliskich powinny wzbudzać ich podejrzenia. Mniej więcej orientowali się, jakie zachowania charakterystyczne są dla narkomana, jakie symptomy wskazują na uzależnienie.

\* \* \*

Wszystkie zmiany, jakie miały miejsce w postrzeganiu narkomanii w Polsce, były przede wszystkim efektem politycznych rozszad na szczytach władzy. W okresie swoich rządów Gierek mówił o sukcesie, zaś gen. Jaruzelski o trapiących Polskę problemach. W propagandzie sukcesu nie było miejsca na smutną prawdę o narkomanii. Alarmujące statystyki doskonale wpisywały się w prezentowany przez gen. Jaruzelskiego obraz stanu Polski. Nowa ekipa mówiąca o problemach, starająca się wyróżnić na tle starej swoją aktywnością na polu zwalczania patologii, miała być gwarantem wyjścia z kryzysu. Zmiany te w pozytywny sposób wpłynęły na postrzeganie problemu narkomanii oraz rozwój profilaktyki i ośrodków rehabilitacyjnych.

## Bibliografia

### Źródła archiwalne:

1. AAN, Instytut Psychiatrii i Neurologii, sygn. 1/81.
2. AAN, Komitet Centralny Polskiej Zjednoczonej partii Robotniczej, sygn. LI/312.
3. AAN, Komitet Centralny Polskiej Zjednoczonej partii Robotniczej, sygn. LI/512.
4. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 1/445.
5. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 3/147.
6. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 7/213.
7. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 9/60.
8. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/62.
9. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/64.
10. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/88.
11. AAN, Prokuratura Generalna, sygn. 26/90.
12. AAN, Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, sygn. 1/445.
13. IPN, sygn. BU 0244/656/1.

### Źródła drukowane:

14. Dz. U. 1923 nr 72 poz. 559.
15. Dz. U. 1932 nr 60 poz. 571.
16. Dz. U. 1951 nr 1 poz. 4.
17. Dz. U. 1959 nr 42 poz. 263.
18. Dz. U. 1969 nr 13 poz. 94.
19. Dz. U. 1983 nr 33 poz. 160.
20. Dz. U. 1985 nr 4 poz. 15.

### Opracowania:

1. Abucewicz M. (2006). Narkomania w Polsce jako problem społeczny w perspektywie konstrukcjonistycznej. Część czwarta: pierwsza połowa lat 80. *Alkoholizm i narkomania*, nr 3 (19).
2. Bukowska B., Malczewski A. (red.) (2008). National Report (2007 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. »Poland«. New Development, Trends and in-depth information on selected issues. <http://www.narkomania.gov.pl/emcdda2008.pdf>.
3. Cekiera Cz. (1985). Toksykomania. Narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotynizm. Warszawa: PWN.
4. Frieske K., Sobiech R. (1987). Narkomania. Interpretacje problemu społecznego. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych
5. Friszke A. (2003). Polska. Losy państwa i narodu (1939-1989). Warszawa: Iskry.
6. Godword-Sikorska C., Moskalewicz J., Sierosławski J., Zamecki K. (1991). Trendy epidemiologiczne zjawiska uzależnień lekowych w latach 80-tych na tle zmian legislacyjnych. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 5.
7. Holyst B. (1994) Kryminologia. Warszawa: PWN.
8. Kegel Z. (1993). Pismo narkomanów. W: J.J. Wąsik, M. Staniszek (red.) *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
9. Kosiński K. (2008). Historia pijaństwa w czasach PRL. Polityka, obyczaje, szara strefa, patologie. Warszawa: Neriton.
10. Kosiński K. (2002). Nastolatki '81. Świadomość młodzieży w epoce „Solidarności”. Warszawa: TRIO.
11. Kosiński K. (2006) Oficjalne i prywatne życie młodzieży w czasach PRL, Warszawa: Rosner & Wspólnicy.

12. Kulka Z. (1994). Badania skutków stosowania wziewnych substancji psychoaktywnych przez młodzież na ośrodkowy układ nerwowy (I etap badań – 1993 rok). *Alkoholizm i Narkomania*, nr 2 (16).
13. Marcinkowski T. (1982). Medycyna sądowa dla prawników. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
14. Nasiłowski W., Sybirski H. (1993). Niektóre sądowo-lekarskie problemy narkomanii. w: J.J. Wąsik, M. Staniszek (red.) *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
15. Pluta M. (2006). Opór społeczny czy patologia? O problemie pijaństwa w Polsce w latach 1948-1956. W: Ł. Kamiński i G. Waligóra (red.) *Studia i materiały z dziejów opozycji i oporu społecznego*, tom V, Wrocław: Gajt.
16. Popielski B. (1993). Sądowo-lekarskie zagadnienia narkomanii. W: J.J. Wąsik, M. Staniszek (red.) *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
17. Staniszek M. (1993). Narkomania w Polsce A.D. 1990. W: J.J. Wąsik, M. Staniszek (red.) *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
18. Szkodziński S. (1993). Międzynarodowe aspekty narkomanii w Polsce. W: J.J. Wąsik, M. Staniszek (red.) *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
19. Szukalski B. (1997). Kannabis – biochemia, farmakologia i toksykologia. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 2 (27).
20. Szukalski B. (1998). Środki halucynogenne. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 2 (31).
21. Szukalski B. (1995) Wziewne środki odurzające. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 4 (21).
22. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. (2007). The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries.  
[http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_091006.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf).
23. Thomson O. (tłum. Głabiński St.) (2001) Historia propagandy. Warszawa: Książka i Wiedza
24. Wąsik J.J. (1993). Przestępczość z ustawy o zapobieganiu narkomanii. W: J.J. Wąsik, M. Staniszek (red.) *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
25. Nyk A. (2010). Wywiad przeprowadzony przez B. Międzybrodzki.
26. Zieliński A. (1990). Obraz współczesnej narkomanii w Europie. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 4.