



Zażywanie kokainy w Europie – wpływ na oferowane formy pomocy

Szacuje się, że w minionym roku około 12 mln (3,5%) dorosłych Europejczyków w wieku 15–64 lat próbowało kokainy, a 4,5 mln (1,3%) zażywało ją. W ogólnym ujęciu w ostatnim dziesięcioleciu nastąpił w Europie wzrost podaży kokainy, jej zażywania oraz problemów z tym związanych, spadła natomiast jej cena. Jednakże za tym ogólnym trendem kryją się znaczne różnice pomiędzy krajami. W niektórych z nich, np. w Zjednoczonym Królestwie, Hiszpanii i we Włoszech, odnotowano znaczny wzrost zażywania kokainy, natomiast w innych, zwłaszcza w Europie

Wschodniej, stwierdzono, że jest ono bardzo znikome.

Zażywanie kokainy to nowe wyzwanie dla europejskiego systemu leczenia. Pomimo że terapeuci i lekarze zajmujący się uzależnieniami mogą wykorzystywać doświadczenie zdobyte w rozwiązywaniu innego rodzaju problemów narkotykowych – farmakologia kokainy, zróżnicowanie społeczne osób ją zażywających oraz równoczesne zażywanie innych substancji psychoaktywnych utrudnia opracowanie i ukierunkowanie sposobów postępowania. A w odróżnieniu od terapii osób zażywających opiaty brak jest

w tym wypadku sprawdzonych skutecznych substytutów czy możliwości leczenia farmakologicznego, które byłyby obecnie dostępne dla osób zażywających kokainę.

Niniejsze opracowanie dotyczy kilku istotnych kwestii związanych ze świadczeniem pomocy osobom zażywającym kokainę. Jak dotrzeć do różnych grup tych osób i jak im pomóc? Jaki rodzaj terapii należy zaproponować osobom uzależnionym od kokainy? Czy konieczne są nowe usługi specjalistyczne, czy też można dostosować usługi istniejące?

Definicja

Kokaina to sól chlorowodoru będąca wyciągiem z liści krasnodrzewu pospolitego – koki (*Erythroxylon coca Lam*), który uprawiany jest głównie w Ameryce Południowej. Proszek kokainowy zażywany jest zazwyczaj przez wciąganie nosem (wdychanie), a rzadziej przez wstrzykiwanie. Wywołuje uczucie euforii i zanik łaknienia oraz ma wielorakie negatywne skutki dla zdrowia (patrz „Kwestie zdrowotne”).

Crack to postać kokainy nadająca się do palenia; jest wytwarzany z chlorowodoru kokainy. Wiadomo, że wywołuje natychmiastowe skutki, a przyjmowanie tej substancji ma związek z problemowymi wzorami używania.

Najważniejsze zagadnienia w skrócie

1. W minionym roku kokainę zażyło 4,5 mln dorosłych Europejczyków (1,3%). W ostatnim dziesięcioleciu zjawisko używania kokainy wykazywało trend wzrostowy (przy czym występują różnice pomiędzy poszczególnymi państwami członkowskimi) i dotyczyło 0,1–3,0% populacji.
2. Ponieważ zażywanie kokainy może doprowadzić do uzależnienia, stwierdzono wzrost zapotrzebowania na leczenie tego rodzaju uzależnienia. Z zażywaniem kokainy wiążą się zaburzenia psychiczne, dolegliwości sercowo-naczyniowe i inne problemy zdrowotne. Wstrzykiwanie kokainy niesie ze sobą ryzyko zakażeń przenoszonych przez krew, takich jak zakażenie wirusem HIV i wirusowym zapaleniem wątroby typu C.
3. Można wyróżnić trzy podstawowe grupy problemowych użytkowników kokainy: osoby dobrze zintegrowane społecznie, użytkownicy opiatów (wśród których są pacjenci poddawani leczeniu zastępczemu) oraz marginalizowane osoby zażywające crack.
4. Grupy te są zróżnicowane pod względem wzorów zażywania narkotyku, stanu zdrowia i warunków życia. Zakres pomocy oferowanej tym grupom jest różny: od dostępu do informacji o zagrożeniach związanych z zażywaniem kokainy po konkretne terapie lub działania z zakresu redukcji szkód.
5. Obecne sposoby reagowania na problemy związane z kokainą opierają się w dużej mierze na istniejących formach pomocy ukierunkowanych na zażywanie opiatów i na zażywanie narkotyków w lokalach rozrywkowych. Może się okazać, że aby istniejące usługi odpowiadały konkretnym potrzebom osób zażywających kokainę i crack, niezbędne będzie ich odpowiednie dostosowanie.
6. Poprawa mogłaby obejmować: specjalne strategie dotyczące kokainy i cracku, szkolenia i badania w zakresie leczenia uzależnienia od kokainy, działania interwencyjne w terenie, dostosowanie usług terapeutycznych do konkretnych grup osób zażywających kokainę i crack.

1. Wzrost zażywania kokainy w Europie

Kokaina należy do najczęściej przemycanych narkotyków na świecie i ustępuje tylko pochodnym konopi indyjskich. Jak się szacuje, w 2005 r. na świecie skonfiskowano 752 t, a w Europie – 107 t tego narkotyku, przy czym około połowy konfiskat europejskich dokonano w Hiszpanii. W ogólnym ujęciu od 2000 r. nastąpił wzrost zarówno skonfiskowanych ilości narkotyku, jak i liczby konfiskat, która w 2005 r. osiągnęła poziom 70 tys. Średnia cena kokainy spadła w większości krajów, które dostarczyły dane.

Ogólne badania ankietowe wykazują wzrost spożycia kokainy w wielu krajach UE, chociaż obecnie trend ten uległ zahamowaniu w niektórych państwach członkowskich wykazujących największe rozpowszechnienie tego narkotyku (Zjednoczone Królestwo, Hiszpania). Zażywanie kokainy jest zjawiskiem częstszym wśród młodych dorosłych, czyli osób w wieku 15–34 lata (Wykres 1) oraz wśród mężczyzn. Narkotyk ten jest często zażywany w połączeniu z innymi narkotykami i alkoholem.

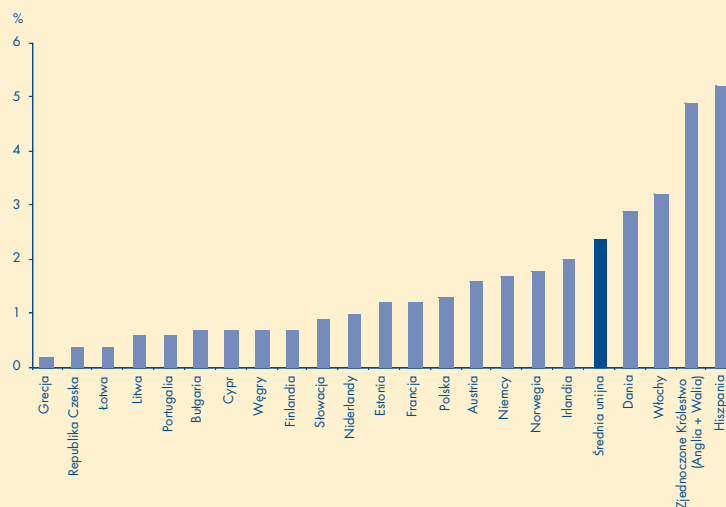
2. Kwestie zdrowotne

Wykazano negatywny wpływ zażywania kokainy na stan zdrowia, zwłaszcza jeśli chodzi o częstych użytkowników. Nadal trudno jest jednak ocenić zakres zarówno zachorowalności, jak i śmiertelności związanej z zażywaniem kokainy.

Kokaina i crack stymulują ośrodki przyjemności w mózgu, a wielokrotnie ich zażywanie może doprowadzić do uzależnienia. Na liście narkotyków najczęściej podawanych jako przyczyna podjęcia leczenia odwykowego w UE kokaina zajmuje trzecie miejsce. W 2005 r. wiązało się z nią około 13% wszystkich wniosków o leczenie uzależnień, przy czym występują znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi krajami. W Hiszpanii i Niderlandach z kokainą związanych jest odpowiednio 40% i 35% wszystkich zgłoszeń do leczenia, podczas gdy w Finlandii liczba ta wynosi 0%, a na Litwie – 0,1%. W ostatnich latach wzrosła liczba wniosków o leczenie związane z zażywaniem kokainy, zwłaszcza wśród osób podejmujących leczenie po raz pierwszy. W 2005 r. więcej niż jedno zgłoszenie na pięć (21,5%) było spowodowane kokainą.

Nadmierne i ciągłe używanie kokainy, często w połączeniu z innymi substancjami, może powodować różne zaburzenia (sercowo-naczyniowe, mózgowo-

Wykres 1: Rozpowszechnienie spożycia kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych (15–34 lata) w Europie



Źródło: Biuletyn statystyczny EMCDDA, wykres GPS-38

-naczyniowe, neurologiczne, psychiczne itd.). Wstrzykiwanie kokainy niesie ze sobą ryzyko wystąpienia chorób w wyniku zakażeń przenoszonych przez krew, takich jak HIV i wirusowe zapalenie wątroby typu C. Nagłe zgony wskutek przedawkowania kokainy nie są zbyt często zgłaszane, a jeśli już ma to miejsce, to w takich rzadkich wypadkach najczęściej mówi się o wpływie nadużywania narkotyków (Wykres 2). Większość zgłaszanych zgonów związanych z kokainą to efekt jej toksyczności prowadzącej do powikłań sercowo-naczyniowych i neurologicznych.

3. Zróżnicowanie grup osób zażywających kokainę

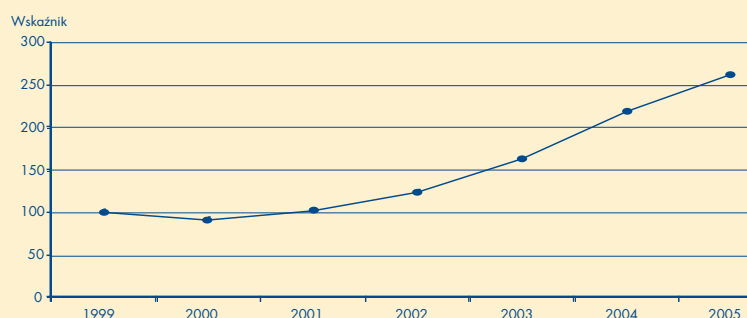
Osoby zażywające kokainę wywodzą się z różnych grup społecznych. Na przykład w badaniach ankietowych przeprowadzonych w nocnych lokalach rozrywkowych stwierdzono wskaźniki rozpowszechnienia 5–20 razy wyższe w grupie bywalców nocnych klubów niż w całej populacji. Badania przeprowadzone w grupie osób zażywających kokainę, które nie są poddawane leczeniu, zazwyczaj

mówią o osobach dobrze wykształconych i zintegrowanych społecznie. Dane dotyczące badań i metod leczenia pozwalają ponadto wyodrębnić trzy różne profile osób problemowo zażywających kokainę.

Grupa pierwsza zażywa sam proszek kokainowy lub w połączeniu z pochodnymi konopi indyjskich lub z alkoholem. Tworzą ją głównie mężczyźni, często kierowani na przymusowe leczenie lub rozpoczynający leczenie w następstwie presji środowiska społecznego i rodzinnego. Osoby te są dobrze zintegrowane społecznie, mają ustabilizowane warunki życia i stałą pracę.

W drugiej grupie są osoby zażywające zarówno opiaty, jak i kokainę. Członkowie tej grupy to osoby używające obecnie lub w przeszłości heroinę, u których również wystąpiły problemy związane z zażywaniem kokainy. Część z nich może przechodzić leczenie substytucyjne. Z badań krajowych koncentrujących się na osobach zażywających kokainę, które są poddawane leczeniu substytucyjnemu, wynika, że często właśnie ta grupa jest najliczniejsza.

Wykres 2: Trend zgłaszalności do leczenia z powodu kokainy (główny narkotyk) w 20 krajach UE (wskaźnik 1999=100)



łącznie 20 państw: BG, CZ, DK, DE, GR, ES, FR, IE, IT, HU, MT, NL, PL, PT, RO, SI, SK, FI, SE, UK.

Grupę trzecią tworzą osoby zażywające crack, często w połączeniu z opiatami. W tej grupie znajdują się osoby w znacznym stopniu marginalizowane; duży ich odsetek mogą stanowić przedstawiciele mniejszości etnicznych i ludzie bezdomni, bezrobotni lub niepewni swego zatrudnienia. Jest to najmniejsza z wszystkich trzech grup (2,5% wszystkich europejskich pacjentów poddawanych leczeniu) i jedynie w nielicznych miejscach stwierdzono jej istnienie.

4. Potrzeby różnych grup osób zażywających kokainę

Osoby zażywające kokainę i crack stanowią populację heterogeniczną z określonymi potrzebami, które mogą wymagać odpowiednio dostosowanych form pomocy. W wypadku osób o wysokim stopniu integracji społecznej zażywających kokainę może wystąpić potrzeba otrzymania szerszych informacji na temat zagrożeń związanych z kokainą. Mogą one też mieć niechętny stosunek do rozpoczęcia lub kontynuowania leczenia w grupie marginalizowanych narkomanów oraz mogą uważać, że korzystanie z tego rodzaju usług oznacza dla nich swoiste napiętnowanie.

Wśród osób uzależnionych od kokainy, które zażywają także heroinę i (lub) przechodzą leczenie zastępcze, stałe zażywanie kokainy może – o ile nie zastosuje się odpowiedniego leczenia – przeszkadzać w realizacji programu leczenia i w konsekwencji narazić na szwank ogólny wynik leczenia. Podobnie równoległe spożywanie alkoholu i często obserwowane współistniejące patologiczne zaburzenia psychiki i osobowości (np. agresja, silna psychoza i zachowania paranooidalne) u pacjentów uzależnionych od kokainy stanowią poważny problem dla klinicystów. Równoległe zażywanie wielu substancji zwiększa także znacznie ryzyko wystąpienia dodatkowych problemów zdrowotnych i ryzyko zgonu.

Crack często używany jest przez osoby marginalizowane i ubogie (np. bezdomnych, osoby świadczące usługi seksualne). W grupach tych występuję wiele różnych problemów zdrowotnych i społecznych; trudno jest również dotrzeć do osób z tych grup. Bywa, że starają się one o leczenie i wsparcie na późniejszym etapie swojego uzależnienia, przez co pomoc staje się trudniejsza.

5. Polityka i działania interwencyjne

Niewiele jest strategii antynarkotykowych, które byłyby skierowane konkretnie na zażywanie kokainy i cracku. Strategie na poziomie krajowym lub lokalnym wdrożyły jedynie Zjednoczone Królestwo i Irlandia. W większości krajów europejskich osoby zażywające kokainę mogą uzyskać dostęp do informacji na temat kokainy i zagrożeń związanych z jej zażywaniem za pośrednictwem różnych źródeł, takich jak strony internetowe, telefony zaufania oraz działania interwencyjne w nocnych lokalach. W niektórych miastach, zwłaszcza tam gdzie spożycie cracku jest znaczne, terenowe działania interwencyjne są prowadzone przez jednostki doradcze do spraw ograniczania szkodliwych skutków dla zdrowia.

Aktualnie w Europie większość odnotowanych przypadków leczenia uzależnienia od kokainy odbywa się w warunkach ambulatoryjnych; są one nastawione głównie na potrzeby osób zażywających opiaty. Jednakże osoby o wysokim stopniu integracji społecznej zażywające kokainę będą prawdopodobnie poszukiwać pomocy za pośrednictwem innych podmiotów świadczących usługi opieki zdrowotnej, takich jak lekarze pierwszego kontaktu czy kliniki prywatne. Kraje, w których używanie kokainy jest bardzo rozpowszechnione, wykazują rosnące zainteresowanie świadczeniem usług dostosowanych specjalnie do potrzeb osób zażywających kokainę.

W wyniku przeglądu piśmiennictwa poświęconego leczeniu uzależnienia od kokainy dokonano ostatnio przez EMCDDA stwierdzono, że nadal brakuje skutecznego farmakologicznego środka leczniczego, ale ostatnie próby doświadczalne (np. z zastosowaniem środka Topiramate czy szczepionek antykokainowych) przyniosły pierwsze obiecujące rezultaty. Działania interwencyjne o charakterze poznawczo-behawioralnym, takie jak terapia poznawczo-behawioralna, przeprowadzanie rozmów motywacyjnych oraz metoda wykorzystująca wsparcie społeczne (*community reinforcement approach*), niekiedy w połączeniu z systemem nagród i kar (np. zachęty w postaci bonów premialnych), okazały się najbardziej skuteczne w ograniczaniu zażywania kokainy i zapobieganiu jej spożywaniu w przyszłości. Jednakże z uwagi na to, że powyższe podejścia oraz badania na temat ich skuteczności pochodzą niemal wyłącznie ze Stanów Zjednoczonych, konieczne jest podjęcie badań nad możliwością przeniesienia ich na grunt europejski.

6. Dalsze postępowanie

Na poziomie polityki należy pracować nad rozwojem strategii świadczenia pomocy koncentrującej się wyłącznie na problematyce uzależnień od kokainy lub cracku, tak aby w niektórych państwach i miastach europejskich w ramach tych usług reagować na problem całościowo w sposób zdecydowany i zintensyfikowany. Ponadto polityka antynarkotykowa powinna zajmować się coraz większym zróżnicowaniem wzorów zażywania narkotyków oraz rosnącymi potrzebami osób problemowo zażywających narkotyki.

Leczenie uzależnienia od kokainy polega głównie na działaniach interwencyjnych o charakterze psychospołecznym, przy wykorzystaniu przez wielu klinicystów środków farmakologicznych jako elementu wsparcia. Dotychczas nie pojawił się jednak żaden skuteczny środek farmakologiczny, który pomagałby w abstynencji od zażywania kokainy i w zmniejszaniu głodu narkotycznego. Dlatego najwyższy priorytet należy przyznać badaniom nad psychospołecznymi działaniami interwencyjnymi i szkoleniem w tym zakresie. Trzeba zachęcać klinicystów do wymiany doświadczeń i najlepszych praktyk. Konieczne jest wspieranie badań nad środkami farmaceutycznymi i szybkie udostępnianie ich rezultatów, zarówno dotyczących wyników pozytywnych, jak i negatywnych. Ponadto w wypadku osób zażywających kokainę przechodzących leczenie substytucyjne związane z uzależnieniem od opiatów należy dokonać oceny sytuacji w celu uzyskania pewności, że zażywanie przez nie kokainy nie wiąże się ze zbyt niską dawką metadonu czy buprenorfiny.

Następne wyzwanie to działania interwencyjne mające na celu dotarcie do osób o wysokim stopniu integracji społecznej, które problemowo zażywają kokainę, oraz do marginalizowanych osób zażywających crack. Irlandzki projekt pilotażowy ujawnił ostatnio, że niechęć osób zażywających kokainę do uczestniczenia w programach leczenia uzależnień od opiatów można byłoby przełamać, zapewniając specjalny dostęp do programu w porze wieczornej lub bezpośrednio przed weekendem lub po weekendzie. W wypadku osób zażywających crack i marginalizowanych grup uzależnionych od narkotyków należy nadać wyższy priorytet terenowym działaniom interwencyjnym mającym ograniczyć szkodliwe skutki dla zdrowia, w połączeniu z kierowaniem takich osób do odpowiednich ośrodków.

„*Cel – narkotyki*” to seria powszechnie dostępnych sprawozdań publikowanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), mające siedzibę w Lizbonie. Sprawozdania te ukazują się trzy razy w roku w 23 urzędowych językach Unii oraz w języku tureckim i norweskim. Językiem źródłowym jest język angielski. Zezwala się na powielanie treści pod warunkiem podania źródła.

Bezpłatną prenumeratę można uzyskać pod następującym adresem elektronicznym: publications@emcdda.europa.eu.

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lizbona, Portugalia
Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Wnioski oraz względy natury politycznej

1. W odniesieniu do obszarów, w których rozmiary problemu wymagają zdecydowanej reakcji (np. w niektórych miastach i państwach europejskich), należy opracować konkretne strategie skierowane przeciwko zażywaniu kokainy lub cracku. Gdzie indziej polityka antynarkotykowa powinna dotyczyć zwiększającej się różnorodności wzorów zażywania narkotyków oraz potrzeb osób problemowo zażywających narkotyki.
2. Konieczne jest doskonalenie działań profilaktycznych i metod ograniczania szkodliwych skutków zdrowotnych związanych z zażywaniem kokainy. W szczególności dotyczy to informowania o zagrożeniach (zaburzenia sercowo-naczyniowe i psychiczne, podwyższona toksyczność w wypadku niektórych sposobów zażywania więcej niż jednego narkotyku). Działania należy kierować do osób zażywających kokainę zarówno okazjonalnie, jak i systematycznie.
3. Działania interwencyjne, które mają na celu dotarcie do osób o wysokim stopniu integracji społecznej problemowo zażywających narkotyki i udzielenie im pomocy, można rozwijać przez dostosowywanie istniejących form pomocy lub – w niektórych przypadkach – przez zapewnianie odrębnych usług leczniczych.
4. Osoby zażywające crack, jak też inne marginalizowane grupy osób uzależnionych od narkotyków, powinny mieć dostęp do działań interwencyjnych ograniczających szkodliwe skutki zdrowotne, włącznie z kierowaniem do odpowiednich ośrodków.
5. We wszystkich rozwiązaniach dotyczących leczenia priorytet należy nadać szkoleniom w zakresie psychospołecznych działań interwencyjnych, ponieważ ten rodzaj interwencji daje najlepsze wyniki. Należy zachęcać klinicystów i innych pracowników leczących uzależnienia do wymiany doświadczeń i najlepszych praktyk.
6. Trzeba wspierać badania poświęcone psychospołecznym działaniom interwencyjnym oraz badania nad nowymi środkami farmakologicznymi służącymi do leczenia pacjentów uzależnionych od kokainy. Istnieje także pilna potrzeba uzyskania szerszej wiedzy na temat zażywania kokainy wraz z innymi narkotykami, a także na temat wzorów zażywania kokainy i ich skutków.

Główne źródła

Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine. Cocaine use in European and American cities*, VUB University Press, Bruksela.

EMCDDA (2007), *Treatment of problem cocaine use. A review of the literature*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.

EMCDDA (2007), *Annual report 2007. Selected issue on Cocaine*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona.

Horgan, J. (2007), *An overview of cocaine use in Ireland*, National Advisory Committee on Drugs and National Drugs Strategy Team, Dublin.

Kraus, L. i in. (2004), *Epidemiologie, Prävention und Therapie von Kokainkonsum und Kokainbezogene Störungen. Literaturübersicht*, IFT-Berichte, t. 144, Monachium.

Pascual, F., Torres, M. i Calafat, A. (2001), *Monografía cocaína. Adicciones*, t. 13, supl. 2, Plan Nacional Sobre Drogas, Madryt.

Prinzleve, M. i in. (2004), *Cocaine use in Europe. A multi-centre study. Patterns of use in different groups*, European Addiction Research, nr 10, str. 147–155.

Weaver, T. i in. (2007), *National evaluation of crack cocaine treatment and outcome study (NECTOS). A multi-centre evaluation of dedicated crack treatment services*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NHS, Londyn.

Informacje w Internecie

Profile narkotykowe według EMCDDA: kokaina i crack
<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?nnodeid=25482>

Krajowy Instytut ds. Nadużywania Narkotyków (National Institute on Drug Abuse): Informacje na temat kokainy
<http://www.nida.nih.gov/Infofacts/cocaine.html>



Urząd Publikacji
Publications.europa.eu

OFICJALNY WYDAWCA: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich
© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2007

DYREKTOR: Wolfgang Götz

REDAKCJA: Peter Thomas

AUTORZY: Frank Zobel, Roland Simon

OPRACOWANIE GRAFICZNE: Dutton Merrifield Ltd, Zjednoczone Królestwo

Printed in Belgium