



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

ISSN 1725-6712

Годнишен доклад 2006

Състояние на проблема с наркотиците в Европа



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

Годен доклад 2006

Състояние на проблема с наркотиците в Европа

Правни бележки

Настоящата публикация на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (ЕЦМНН) (EMCDDA) е защитена с авторски права. ЕЦМНН не носи никаква морална или правна отговорност за евентуалните последици от използването на съдържащите се в настоящия документ данни. Информацията, поместена в настоящата публикация, не отразява задължително официалното становище на партньорите на ЕЦМНН, на държавите-членки на ЕС или на която и да е друга институция или агенция на Европейския съюз или на Европейските общности.

Повече допълнителна информация за Европейския съюз може да се намери в Интернет. Достъпът до нея е осигурен чрез сървъра Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct е услуга, чрез която можете да намерите отговори на въпросите Ви, свързани с Европейския съюз.

Безплатен телефон (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Някои мобилни оператори нямат достъп до телефони с 00 800 или разговорите до тях са платени.

Настоящият доклад се публикува на испански, чешки, датски, немски, естонски, гръцки, английски, френски, италиански, латвийски, литовски, унгарски, нидерландски, полски, португалски, словашки, словенски, фински, шведски, български, румънски, турски и норвежки език. Всички преводи са направени от Центъра за преводи за органите на Европейския съюз. В края на настоящата публикация могат да се намерят каталожни данни за нея.

Люксембург — Служба за официални публикации на Европейските общности, 2006

ISBN 92-9168-253-5

© Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите, 2006

Възпроизвеждане на текста се разрешава, при условие че се споменава източника.

Printed in Belgium

ОТПЕЧАТАНО НА БЯЛА ХАРТИЯ БЕЗ ХЛОР



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

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

Съдържание

Предговор	5
Благодарности	7
Уводни бележки	9
Коментар — проблемът с наркотиците в Европа	11
Глава 1	
Политики и закони	17
Глава 2	
Ответни действия по отношение на проблемите с наркотиците в Европа — обзор	27
Глава 3	
Канабис	37
Глава 4	
Амфетамини, екстази и други психотропни наркотици	47
Глава 5	
Кокаин и крек	58
Глава 6	
Употреба на опиати и инжектиране на наркотици	66
Глава 7	
Инфекциозни заболявания и смъртност, свързани с употребата на наркотици	75
Глава 8	
Подобряване на наблюденията над проблемната употреба и употребата на няколко вида наркотици	88
Библиография	95



Предговор

Това е 11-тият годишен доклад на Европейския център за мониторинг на наркотици и наркомании, публикуван тази година на 23 европейски езика. Ако погледнем назад към докладите, изготвени от агенцията през изминалите години, не може да не останем впечатлени от повишаването на нивото на прецизност на данните, с които разполагаме днес — отражение на по-сложната ситуация, както при незаконната употреба на наркотици в Европа, така и в отговора, който Европа предлага на този проблем.

Наличните данни, залегнали в анализа ни, значително се увеличиха. Тазгодишният доклад се основава на данни от 25-те страни-членки на ЕС и Норвегия, и при възможност от България, Румъния и Турция. Нараснал е обаче не само броят на страните, доставящи информация, но и обемът от налични сравними данни от всяка страна продължава да расте. Повече от всякога тази информация ни доставя много по-подробна картина на положението с наркотиците в Европа в своята динамика. Задача на ЕЦМНН е да я изследва комплексно, като очертава общия опит там, където такъв съществува, както и да коментира различията. Като инвестират в събирането на данни и сътрудничат на Центъра за мониторинг, страните-членки успяха да разберат, че днешните проблеми на съседите могат да станат утрешните им собствени проблеми. Именно това разбиране е залегнало в стратегията и съпътстващата я програма за дейността в областта на наркотиците на ЕС, които се опират на консенсус относно значението на събирането и обмяната на информация, нуждата от намиране и разпространение на добра практика, както и стойността на сътрудничеството и координираните действия в отговор на наркотиците, представляващи обща заплаха за здравето, благосъстоянието и сигурността на нашите граждани.

Разглеждането на наличната информация ни напомня за необходимостта от постоянна бдителност и за опасността от самодоволство. В доклада има обезпокоителни данни за инфекциите с ХИВ, свързани с наркотици, както и за смъртни случаи, свързани с наркотици. Въпреки това в Европа като цяло бяха положени огромни усилия срещу този вид проблеми и бе постигнат осезаем напредък.

Това означава, че отговорните за политическите решения в Европа лица, изправени пред труден избор, са взели твърди решения след внимателното изучаване на наличните данни. Такава политическа перспектива следва да бъде приветствана. В общия дебат по проблемите с наркотиците не липсва реторика относно нуждата от уравновесен и реалистичен подход. В Европа, вероятно повече от навсякъде другаде, тази реторика се превърна в действителност. Въпреки различията между страните-членки в подробностите около проблемите с наркотици, с които се сблъскват и в приоритетите им за действие, съществува общо съгласие относно значението на обмяната на информация и на сътрудничеството с цел намаляване на доставките на наркотици, както и относно необходимостта да се уравновесят действията по намаляване на доставките с мерки по ограничаване на търсенето; съществува и все по-силен консенсус относно необходимостта при вземането на трудни решения да бъде водеща точната информация за това кои програми и действия са най-добри, в интерес на гражданите. Европейският подход е залегнал не само в новата Европейска стратегия в областта на наркотиците, но също и в националните стратегии, приети от страните-членки, чийто глас по този въпрос се издига все по-мощно и единно, характеризиращ и работата на ЕЦМНН, тъй като ние правим всичко възможно да изпълняваме ролята си, като улесняваме вземането на политически решения с доставката на безпристрастен и строго научен анализ на наличната информация по явленията, свързани с наркотиците в Европа.

Наркотиците са комплексна тема, която не предполага прости заключения. Въпреки това едно заключение са налага ясно, произтичащо от европейския опит: научихме, че да работим заедно не само се получава, но е и необходимо, ако искаме да развием ефикасни отговори на предизвикателствата, които поставя пред нас незаконната употреба на наркотици.

Marcel Reimen

Президент на Управителния Съвет на ЕЦМНН (EMCDDA)

Wolfgang Götz

Директор, ЕЦМНН (EMCDDA)



Благодарности

ЕЦМНН изказва своята благодарност на следните организации и лица за тяхната подкрепа за съставянето на настоящия доклад:

- ръководителите на националните фокусни центрове Reitox и техните служители;
- службите на всяка държава-членка, които събраха изходните данни за настоящия доклад;
- членовете на Управителния съвет и на Научния комитет на ЕЦМНН;
- Европейския парламент, Съвета на Европейския съюз — по-конкретно неговата Хоризонтална работна група за наркотиците — и Европейската Комисия;
- Европейския център за превенция и контрол върху заболяванията (ECDC) и Европол;
- Групата Помпиду на Съвета на Европа, Службата по наркотиците и престъпленията на Обединените нации, Регионалното представителство за Европа на Световната здравна организация, Интерпол, Световната митническа организация, Шведския съвет за информация по въпросите на алкохола и останалите наркотици (CAN) и Центъра за епидемиологично наблюдение на СПИН;
- Центъра за преводи за органите на Европейския съюз и Службата за официални публикации на Европейските общности;
- Prepress Projects Ltd.

Национални фокусни центрове от мрежата Reitox

Reitox е европейската информационна мрежа за наркотиците и наркоманиите. Мрежата включва националните фокусни центрове в държавите-членки на ЕС, страните кандидатки, Норвегия и в Европейската комисия. В рамките на задълженията на техните правителства, фокусните центрове са националните органи, които предоставят на ЕЦМНН информация по въпросите на наркотиците.

Адресите за контакт с националните фокусни центрове могат да се намерят на адрес:
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Уводни бележки

Настоящият годишен доклад се базира на информация, предоставена на ЕЦМНН от държавите-членки на ЕС и страните кандидатки и Норвегия (които участват в работата на ЕЦМНН от 2001 година) под формата на национални доклади. Посочените тук статистически данни се отнасят за 2004 година (или за последната година, за която има подобни данни). Графиките и таблиците в настоящия доклад понякога включват само някои страни на ЕС — изборът се базира на наличната за съответния период информация от тези страни.

Годишният доклад е публикуван в он-лайн версия на 23 езика и може да се намери на адрес <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

Статистическият бюлетин за 2006 година (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) предоставя пълен набор от изходни таблици, върху които се базира статистическият анализ в годишния доклад. Също така той предоставя допълнителна информация за използваната методология и над 100 допълнителни статистически графики.

Информационните профили за страните (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) правят графично обобщение от най-високо равнище на ключовите аспекти на положението в областта на наркотиците във всяка страна.

Към настоящия доклад са включени и три задълбочени критични материала, които разглеждат следните въпроси:

- европейски политики в областта на наркотиците — разширени извън обхвата на незаконните наркотици;
- полови различия в употребата на наркотици и в ответните мерки срещу проблемите с наркотиците; и
- новото в употребата на наркотици за развлечение.

Подбраните материали могат да се намерят във версия за разпечатване и он-лайн (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) само на английски език.

Националните доклади на фокусните центрове от мрежата Reitox предоставят подробно описание и анализ на проблема с наркотиците във всяка страна и могат да се намерят на страницата на ЕЦМНН (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Коментар — проблемът с наркотиците в Европа

Нова европейска рамка за координация и сътрудничество

Въпреки че дефинирането на националните политики в областта на наркотиците остава прерогатив на отделните европейски държави-членки, днес е налице непоколебимо съгласие относно ползите, произтичащи от съвместната работа на европейско равнище. Това проличава от редица предприети наскоро действия в подкрепа на координацията и сътрудничеството. Сред тях е влизането в сила през 2005 г. на два нови регламента на ЕС за прекурсорите и на едно решение на Съвета относно новите наркотици. Освен това се засилват мерките срещу незаконната търговия с наркотици чрез нови правни инструменти, адресирани към прането на пари и конфискуването на имущество. Въпреки това най-важна за оформянето на облика на европейското сътрудничество и бъдещите действия в областта на наркотиците е новата стратегия на ЕС в областта на наркотиците за периода 2005—2012 г. и съпътстващите я два плана за действие. В първия от тях държавите-членки на ЕС подробно са набелязали около 100 запланувани специфични дейности, които се предвижда да бъдат изпълнени до 2008 година. Предвижда се програма за непрекъсната оценка на стратегията, като в края на периодите на всеки от двата плана за действие ще бъдат изготвени годишни доклади за напредъка и оценки за въздействието.

Стратегията може да се разглежда като символ на съществуващия консенсус на европейско равнище по отношение на начините, по които трябва да бъде адресиран проблемът с наркотиците. Налице е категоричен ангажимент да бъде прилаган един балансиран подход, който съчетава мерки както в областта на предлагането, така и на търсенето, съпроводен от признаване на необходимостта действията да бъдат базирани на доказателствата за тяхната ефективност и освен това да бъде извършвана систематична оценка на напредъка. Между европейските държави-членки все още съществуват важни политически различия, които често отразяват различията в положението в областта на наркотиците в отделните страни и в конфигурацията на ответните действия. Въпреки това новата стратегия в областта на наркотиците е показател за това, че европейският политически дебат по въпроса за наркотиците все повече се характеризира с наличието на съгласие по отношение на общата рамка за дейностите. Така например практически всички стратегии за намаляване на търсенето включват елементи на превенция, терапия и намаляване на щетите, въпреки че акцентът върху всеки от тях е различен в отделните държави-членки. Някои политически възможности продължават да предизвикват дебати, но като цяло те са на фона на едно широко съгласие по принципните позиции, които са в основата на европейските ответни действия срещу проблема с наркотиците.

Употреба и предлагане на наркотици — между тях все по-често се прави разграничение

Една продължаваща тенденция, която отново се наблюдава в новата информация, която бе предоставена тази година, е по-силното акцентирание при промените в националното законодателство на страните в областта на наркотиците върху разграничаването на закононарушенията за притежаване на наркотици за собствена употреба от тези, свързани с незаконна търговия и предлагане на наркотици. Като цяло е налице тенденция към увеличаване на наказанията за последните и намаляване на акцента върху лишаването от свобода при първите. Това развитие е в синхрон с по-голямото значение, което се отдава навсякъде в Европа на разширяването на възможностите за лечение за употребата на наркотици и за насочване на вниманието към интервенции, които отклоняват хората с проблеми с наркотиците от наказателната съдебна система и ги насочват към алтернативни възможности за лечение и рехабилитация. Сред страните, които са въвели законово разграничение по отношение на притежаването на наркотици за собствена употреба и предлагането, възниква въпросът дали съществува категорична необходимост да се регламентират законово количествата наркотици, които могат да се считат за прагови при употребата за собствени нужди. По този въпрос понастоящем не е постигнат консенсус и в Европа се прилагат различни подходи, от издаването на общи оперативни насоки, до определянето на законово регламентирани граници.

Употребата на хероин — важна част от общата картина

Представената в настоящия доклад информация показва, че като цяло навсякъде в Европа е необходимо да се разшири историческият фокус върху употребата и инжектирането на хероин, в качеството им на главни елементи на проблема с наркотиците поради увеличаващото се значение на употребата на няколко вида наркотици и на стимуланти и поради задълбочаващите се последици за общественото здраве от широко разпространената употреба на канабис. Въпреки това в много страни опитите (предимно хероинът) остават основния наркотик, срещу чиято употреба пациентите търсят лечение, като през 2004 г. на тях се дължат около 60 % от регистрираните случаи на потърсено лечение, а малко повече от половината от тези пациенти (53 %) съобщават, че инжектират наркотика.

Почти 25 % от случаите на потърсено лечение за употреба на опиати е от лица на възраст 35 и повече години, като само 7 % от пациентите, които за първи път се подлагат на лечение, са на възраст под 20 години. Трябва да се отбележи, че данните за търсенето на лечение отразяват броя на пациентите, потърсили

лечение през отчетната година и не включват тези, чието лечение продължава от предходни години; вследствие от това общият брой на лекуваните се пациенти е значително по-висок. Значителното увеличаване на субституиращата терапия при лечението за наркотици, което се наблюдава като цяло в Европа през последните години, означава, че системата за лечение обхваща все по-голяма и по-възрастна група от хора с проблеми с хероина, които вероятно ще се нуждаят от грижи и ще останат основни консуматори на ресурси в продължение на много години напред.

Хероинът, който се употребява в Европа, е произведен предимно в Афганистан. Европа продължава да е на първо място в света по конфискувани количества хероин, а в резултат от увеличаването на конфискациите в страните от Югоизточна Европа (по-специално Турция) този район надмина Западна и Централна Европа по обем на задържаните количества. Тази възходяща тенденция при конфискациите на хероин не само подчертава значението на координираните действия срещу незаконната търговия на по-широко европейско равнище, но и поставя важни въпроси за въздействието на увеличеното производство на хероин върху европейския пазар. По отношение на средната чистота не се наблюдават ясни тенденции; все пак за повечето страни 5-годишната тенденция при цените (1999 г. — 2004 г.), коригирана спрямо ръста на инфлацията, е намаляваща. Независимо от това, въпреки че в Европа хероин се намира по-лесно и на по-ниски цени, все още не съществуват доказателства, че това влияе върху общото равнище на употребата. Като цяло индикаторите сочат, че новите случаи на употреба на хероин в Европа продължават да намаляват в рамките на една вероятно стабилна тенденция, като значителна част от хората с проблеми с опияните днес са подложени на субституиращо лечение, поне в някои страни. Сред пациентите, които за първи път се подлагат на лечение, броят на тези със сериозни проблеми с опияните намалява в повечето страни. Въпреки това това е една област, в която в миналото бяха наблюдавани вълни на епидемична употреба и поради това сегашното положение не трябва да води до успокоение.

В доклада за настоящата година има някои тревожни индикатори, че броят на свързаните с наркотици смъртни случаи, който като цяло намаляваше от 2000 г. досега, през 2004 г. слабо се е увеличил в повечето страни. Все още е твърде рано да се направи преценка дали тези малки промени са предвестник на една дълготрайна тенденция, но не трябва да се забравя, че свързаните с наркотици смъртни случаи са една от главните последици за общественото здраве, произтичащи от употребата на незаконни наркотици. Въпреки че делът на свързаните с наркотици смъртни случаи сред младите хора намалява, което е в подкрепа на предположенията, че намаляват новите случаи на инжектиране на хероин, наличните приблизителни оценки за свързаната с наркотици смъртност в големите градове (от свръхдоза и по други причини) сочат, че понастоящем от 10 % до 23 % от общата смъртност сред хората на възраст от 15 до 49 години може да се дължи на употребата на опиати.

Инжектиране и здравословни проблеми, свързани с инжектирането — постоянни спътници

В много страни инжекционната употреба на наркотици е синоним на употребата на хероин, но има и някои изключения, като няколко страни от ЕС съобщават за значителни равнища на инжекционна употреба на стимуланти, предимно сред пристрастените към амфетамините. Картината при хероина до известна степен е огледален образ на тази за стимулантите, но като цяло наличната информация сочи, че в дългосрочен план е налице едно общо намаление на инжекционната употреба на наркотици. Въпреки това в много от новите държави-членки стойностите за инжекционната употреба остават високи. Важен контрааргумент срещу това твърдение е фактът, че наличието на национални или поднационални приблизителни оценки за инжекционната употреба на наркотици е слабо. Още повече, че проучванията за инжекционната употреба в някои райони напоследък отчитат дори слабо увеличение. Най-изчерпателна картина за този вид употреба дават наблюденията над употребяващите хероин, подложени на лечение, сред които делът на инжектиращите в някои страни силно е намалел, но в други това не е така. От старите държави-членки за намаляване на броя на инжектиращите сред употребяващите хероин, които са подложени на лечение, съобщават Дания, Гърция, Испания, Франция, Италия и Обединеното кралство.

Взаимовръзката между инжекционната употреба на наркотици и здравословните проблеми е добре известна, като инжектиращите наркотици са изложени на голям риск от свръхдоза и сериозни инфекции, както и на други здравословни проблеми като отравяне на кръвта и тромбоза. ХИВ инфекциите са рискът за здравето, който стимулира европейските ответни мерки в областта на общественото здраве срещу този вид употреба на наркотици и днес почти всички страни предприемат интервенции, насочени към предотвратяването на нови инфекции. Например предоставянето на игли и спринцовки, което по-рано се смяташе за спорна интервенция, се предлага в по-голяма или по-малка степен практически във всички държави-членки, въпреки че обхватът на покритието на тази мярка в отделните страни е много различен. Повечето страни отчитат ниски стойности на новодиагностицираните случаи на ХИВ инфекции, които се дължат на инжекционната употреба на наркотици, а приблизителните оценки за ХИВ инфекциите сред инжектиращите наркотици са за под 5 %. Въпреки това отново трябва да се обърне внимание на важните контрааргументи срещу тези оценки — първо, че две от най-големите страни, в които има най-много случаи на СПИН сред инжекционно употребяващите наркотици, Испания и Италия, понастоящем не предоставят национални данни за случаите на ХИВ инфекциите; и второ, че се отчита, че предаването на ХИВ вируса продължава да се наблюдава сред определени групи инжекционно употребяващи наркотици в Европа и че са налице дори признаци за увеличаване сред някои от изследваните групи от населението.

Картината за броя на инфекциите с вируса на хепатит С (HCV) е много по-негативна, тъй като той остава висок сред инжектиращите наркотици почти навсякъде. Лечението на здравите проблеми, свързани с вируса на хепатит С сред инжектиращите наркотици

Накратко — приблизителни оценки за употребата на наркотици в Европа

(Трябва да се има предвид, че тези приблизителни стойности се отнасят за възрастното население и са най-новите, с които разполагаме. За пълната информация и подробни методологични бележки вижте съпътстващия статистически бюлетин.)

Канабис

Разпространение на употребата някога през живота — най-малко 65 милиона, или 1 на всеки 5 възрастни европейци

Употреба през изминалата година — 22.5 милиона възрастни европейци, или една трета от употребявалите някога през живота

Употреба през последните 30 дни — 12 милиона европейци
Стойности за страните за употреба през изминалата година:

Общ диапазон 0.8 % до 11.3 %

Типичен диапазон 2.8 % до 7.5 % (15 страни)

Кокаин

Разпространение на употребата някога през живота — най-малко 10 милиона, или над 3 % от възрастните европейци

Употреба през изминалата година — 3.5 милиона възрастни европейци, или една трета от употребявалите някога през живота

Употреба през последните 30 дни — над 1.5 милиона
Стойности за страните за употреба през изминалата година:

Общ диапазон 0.1 % до 2.7 %

Типичен диапазон 0.3 % до 1.2 % (18 страни)

Екстази

Разпространение на употребата някога през живота — около 8.5 милиона възрастни европейци

Употреба през изминалата година — 3 милиона или една трета от употребявалите някога през живота

Употреба през последните 30 дни — над 1 милион
Стойности за страните за употреба през изминалата година:

Общ диапазон 0.0 % до 3.5 %

Типичен диапазон 0.3 % до 1.5 % (15 страни)

Амфетамини

Разпространение на употребата някога през живота — почти 10 милиона, или около 3 % от възрастните европейци

Употреба през изминалата година — 2 милиона или една пета от употребявалите някога през живота

Употреба през последните 30 дни — по-малко от 1 милион
Стойности за страните за употреба през изминалата година:

Общ диапазон 0.0 % до 1.4 %

Типичен диапазон 0.2 % до 1.1 % (16 страни)

Опиати

Проблемна употреба на опиати — между 1 и 8 случая на 1 000 души от възрастното население (на възраст от 15 до 64 години)

Приблизително 7000 тежки смъртни случаи от наркотици, като в около 70 % от тях са намерени опиати (по данни за 2003 г.)

Основен наркотик за около 60 % от всички потърсили лечение срещу употребата на наркотици

През 2003 г. повече от половин милион употребяващи опиати са преминали през субституираща терапия

и лицата, които по-рано са употребявали наркотици чрез инжектиране, вероятно ще остане един голям разход в здравеопазването в продължение на още много години. След заключението, че инжектирането на наркотици вероятно бавно намалява и че Европа е предприела адекватни ответни мерки срещу предизвикателството, пред което бе изправена при епидемичното разпространение на вируса на хепатит С през 90-те години на XX век, съществува реална опасност това да внесе успокоение по отношение заплахите за здравето, до които все още води този вид употреба. Високите равнища на ендемичните инфекции с вируса на хепатит С, продължаващото предаване на вируса сред инжектиращите наркотици, наред с повишения брой на случаите на заразяване, който се наблюдава сред някои групи, и голямата високо рискова група на инжектиращите наркотици в някои от новите държави-членки, всички те са доказателство за необходимостта инжектирането на наркотици и свързаните с него здравословни проблеми да продължава да се третира като първостепенен проблем в сферата на общественото здраве в Европа и като една критична област от политиката в областта на наркотиците и обект на научно-изследователска бдителност.

Кокаин — признаци на стабилизиране при втория по разпространение в Европа незаконен наркотик

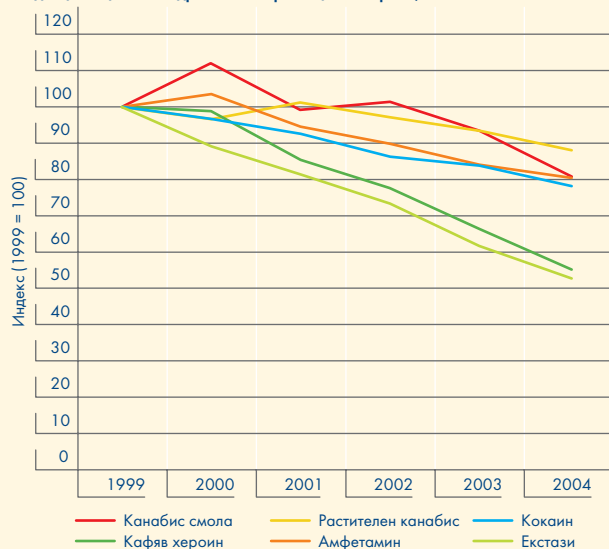
Приблизителните оценки за употребата на кокаин (разпространение на употребата през последната година) днес поставят този незаконен наркотик на малко по-предна позиция от амфетамините и екстази и на второ място по употреба в Европа. Въпреки това общата картина сочи стабилизиране на равнищата на употреба след един период, през който броят на употребяващите наркотици значително се увеличи. Силното увеличение на разпространението на употребата на кокаин, което бе отбелязано в Испания и Обединеното кралство от средата до края на 90-те години на XX век, като че ли се стабилизира след 2000 г. или 2001 г. В другите страни не се съобщава за рязко увеличение, въпреки че някои отбелязват известно умерено увеличение на равнищата на употреба на кокаин. Като цяло положението с кокаина в Европа остава много разнородно и съществената употреба на кокаин е ограничена само в няколко, предимно Западноевропейски страни.

Би било погрешно да се прави заключението, че признаците на стабилизация в употребата на кокаин непременно ще доведат до стабилизиране на мащабите на проблемите, произтичащи от употребата на този наркотик. В Европа употребата на кокаин е традиционно висока, а изследванията сочат, че обикновено увеличаването на проблемите, свързани с даден наркотик настъпва с няколко години по-късно след увеличението на употребата. Това е така, защото за развитието на модели на интензивна и редовна употреба на наркотици и появата на проблемите е необходимо време. Това вероятно започва да се случва в онези европейски страни, в които употребата на кокаин днес е утвърден факт. В Нидерландия и Испания се отчита, че най-малко един от всеки четири случая на търсене на лечение е свързан с кокаин, а като цяло в Европа новите случаи на търсене на лечение за употреба на кокаин приблизително

Употребата на наркотици в Европа струва по-евтино от когато и да било

В настоящия доклад за първи път е включен 5-годишен анализ на цените, на които се продават незаконните наркотици на улицата, коригирани спрямо ръста на инфлацията, за да може да се направи по-точна оценка на промяната с течение на времето в цената на дребно на незаконните наркотици. Данните за цените, на които се продават незаконните наркотици на улицата, трудно се събират и интерпретират. Влияние върху цената оказват чистотата, количеството и сортът на закупеното вещество, както и някои географски фактори, като например дали продажбата се извършва в голям град или по маршрут, по който редовно се пренасят наркотици. Цените на наркотиците варират също и между отделните страни и с времето бележат колебания, които са отражение на смущения в доставките. Въпреки тези изкривявания в данните, наличната информация за повечето видове наркотици сочи, че като цяло в Европа цената, на

Тенденции в цените на дребно на наркотиците в Европа, 1999—2004 г.



са се удвоили в периода между 1999 г. и 2004 г. Въпреки че употребата на крeк в Европа остава силно ограничена, съобщенията за проблеми от някои големи градове сочат, че положението вероятно се влошава.

Кокaин често се открива при токсикологични анализи на смъртни случаи, предизвикани от опиати, а в няколко страни едновременната употреба на кокаин се превръща в признаван проблем за тези, които се лекуват за проблемна употреба на херoин. Въпреки че данните са ограничени, в националните доклади за 2005 г. над 400 смъртни случая бяха определени като причинно свързани с употребата на кокаин, а смъртните случаи, свързани с кокаин като че ли се увеличават във всички страни с високо разпространение на употребата. Почти сигурно е, че тази стойност е занижена, а последиците от употребата на кокаин като една от причините за смъртните случаи, дължащи се на проблеми със сърдечно-съдовата система, остават неизвестни. Посланието е ясно — ако Европа иска да избегне увеличаването на разходите за обществено здравеопазване, свързани с употребата на този

която се купуват наркотици, е намаляла. За повечето страни преобладаващата 5-годишна тенденция е към намаляване на цените, на които се продават на улицата канabisът, херoинът, амфетaминът, екстази и кокаинът (вж. графиката по-долу). Въпреки че в голяма степен липсват миндали данни за цените, на които тези наркотици са се продавали на улицата, а когато има такива те трудно се интерпретират, с тревога се забелязва, че тази наскоро установена тенденция към намаляване съответства на предположението, че цените вероятно намаляват от дълго време насам. Например информацията, с която разполагаме от някои от страните с високо разпространение на употребата сочи, че в края на 1980-те и началото на 1990-те години кокаинът и екстази са стрували значително по-скъпо от днес.

Забележка: Тенденциите са представителни за наличната информация за цените при продажба на улицата за всеки вид наркотик в държавите-членки на ЕС и Норвегия, претеглени спрямо размера на населението на всяка страна, за да бъде формирана общата тенденция за ЕС. Цените са коригирани спрямо националния ръст на инфлацията (базовата година е 1999) и всички поредици са индексирани спрямо базата 100 за 1999 година. Много страни не могат да предоставят такива данни, които трудно се събират и често са ненадеждни и непълни. Страните, за които липсва информация за цените на наркотиците за две или повече последователни години, не са включени в определянето на тенденциите за съответния наркотик; тенденциите за кафявия херoин са определени на базата на данните от 9 страни, за амфетaмина — на базата на данните от 9 страни, за кокаина — от 13 страни, за екстази — от 13 страни, за растителен канbис — от 13 страни, и за канbис смола — за 14 страни. Освен това, когато липсват данни за 2004 г. (11 случая), са ползвани данните за 2003 г.; когато липсват данни за 1999 г. (1 случай), са ползвани цените за 2000 г.; липсващите данни за останалите години (12 случая) са интерполирани с тези за съседните години. За допълнителни подробности относно цените за 2004 г. вижте Таблицы PPP-1, PPP-2, PPP-3 и PPP-4 в статистическия бюлетин.

Източници: Информация за цените — национални фокусни центрове от мрежата Reitox.

Данни за инфлацията и броя на населението — <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

наркотик, стабилизацията в цялостното равнище на употребата на кокаин не трябва да замаскира необходимостта от по-добро идентифициране и разбиране на проблемите, свързани с кокаина и нуждата от инвестиции за разработването на ефективни ответни мерки.

Ответни мерки срещу един по-сложен проблем с наркотиците в Европа

Една обща тема, която се засяга в настоящия доклад е нарастващата нужда от разработване на ответни мерки, съобразени със сложния и многостранен характер на проблема с наркотиците днес. Когато се разглеждат превенцията, лечението или намаляването на щетите, е необходимо да се разбира по-добре същността на добрите практики и базираните на факти действия. От общо приблизително 380 000 случая на потърсено лечение през 2004 г. канabisът е основна причина за насочването към лечение в около 15 % от всички случаи, което го поставя на второ място след херoина по честота

на отчитане. Лечебните центрове трябва да се справят и с повече проблеми с употребата на стимуланти и на няколко вида наркотици, включително с едно значително припокриване на проблеми с употребата на незаконни наркотици и на алкохол. Въпреки това на равнището на групите от населението ние не познаваме достатъчно последиците за общественото здраве от редовната и продължителна употреба на тези видове наркотици, нито възможните нужди на хората, които ги употребяват от интервенция. Фактологичната база в Европа, използвана за определянето на ответните мерки срещу проблемите с наркотиците, е най-солидна в областта на мерките срещу проблема с употребата на незаконни опиати, където развитието и целевото разработване на услуги е подкрепено от един солиден обем от фактологична информация. Растящото равнище на консенсус, който е постигнат с цел да бъдат направлявани политиките в областта на възможните подходящи мерки за намеса по проблемите с употребата на хероин, се съпътства от нарастващата нужда от внасяне на също толкова голяма яснота за ответните мерки, които трябва да предприемем срещу по-разнородния проблем с наркотиците в Европа.

Необходимостта от по-добро дефиниране и разбиране на употребата на няколко вида наркотици

Ключов въпрос е необходимостта от предприемането на ответни мерки срещу проблемите, предизвиквани от употребата на няколко вида психоактивни вещества. Употребата на няколко вида наркотици все повече се смята за ключова област за разработването на услуги. Въпреки това дефинирането на това понятие непрекъснато се изплъзва и в някои отношения почти всички употребяващи наркотици могат да се смятат за употребяващи няколко вида наркотици. Употребата на няколко вида наркотици поставя пред значителни предизвикателства и системите за наблюдение на наркотиците, които обикновено се базират на поведенчески измерители за употребата на един единствен индексен наркотик. Поради това е налице крайна нужда да бъде разработена една по-добра концептуална рамка за охарактеризирането на различните видове употреба на няколко наркотици като първа стъпка към разбирането на последиците от този вид употреба. Тазгодишният доклад отделя място на представянето на аналитичните въпроси, които трябва да бъдат адресирани, ако Европа желае да посрещне предизвикателството да изгради по-добро разбиране за нуждите на увеличаващия се брой хора, чиито проблеми се коренат в употребата на редица наркотици, а не толкова в зависимостта им от едно единствено вещество.

Отново към бъдещето — предвиждане на заплахите и предизвикателствата

Както винаги досега, в тазгодишния доклад се прави опит да бъдат идентифицирани нововъзникващите тенденции,

с цел предвиждане на бъдещи проблеми. Един подобен анализ е несигурен като дефиниция и трябва да се прави предпазливо. Един от наркотиците, който ясно се свързва с тежки проблеми в областта на общественото здраве, е метамфетамин. Въпреки че в световен мащаб проблемите с метамфетамин продължават да се увеличават, в Европа употребата на този наркотик остава ограничена само в няколко страни с отдавна установени проблеми в тази област. Въпреки че наличната информация не ни позволява да направим категорични заключения за тенденциите, все повече страни съобщават за конфискации или употреба на този наркотик, което ясно подчертава необходимостта от по-интензивни наблюдения на онези групи от населението, които са изложени на най-голям риск.

През 2006 г. ЕЦМНН публикува един технически материал за халюциногенните гъби и тази тема отново е обобщена в нашия годишен доклад. Предлагането и употребата на халюциногенни гъби очевидно се увеличават от края на 1990-те години насам, но до голяма степен остават незабелязани. В по-голямата си част употребата на този вид наркотик като че ли е експериментална и рядко се получават съобщения за проблеми с него. Въпреки това нарастващата информираност сред отговорните за политическите решения лица и институции за предлагането на халюциногенни гъби доведе до предприемането на някои действия за увеличаване на мерките за контрол.

Псилоцибина и псилоцинола — двете психоактивни съставки на халюциногенните гъби, се контролират от международна конвенция. Въпреки това фактът, че в много страни гъбите растат в естествени условия, поставя един по-сложен проблем пред законодателството и в различните страни в Европа те се третират по различен начин. В по-общ план бдителността над новите вещества, които могат да се превърнат в заплаха за общественото здраве и поради това се налага да бъдат контролирани, се подкрепя от едно ново решение на Съвета (2005/387/jha) за обмен на информация, оценка на риска и контрол над новите психоактивни вещества. Пример за необходимостта от информация за ранно предупреждение в тази област е бързото разпространение на mCPP (1-3-хлорофенил пиперазин) през 2005 г. Появата на mCPP е илюстрация на факта, че занимаващите се с производство на незаконни наркотици непрекъснато търсят нови форми на химически вещества, които могат да бъдат предложени на пазара — в този случай вероятно за усилване или модифициране на ефекта от MDMA (екстази). Подобни нововъведения налагат да бъдат предприети ответни мерки, тъй като не е известен потенциалът на тези вещества да предизвикват тежки проблеми със здравето. Поради това системата за ранно предупреждение, въведена с решението на Съвета, е важен механизъм за намеса в един процес, при който здравето на младите европейци е изложено на опасност от хора, които преследват единствено печалбата, като избягват съществуващите механизми за контрол на наркотиците.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Глава 1

Политики и закони

Национални стратегии в областта на наркотиците

През отчетния период пет страни приеха свои национални стратегии в областта на наркотиците и планове за действие (вж. Таблица 1). Латвия прие първата си национална стратегия в областта на наркотиците за периода 2005–2008 г., докато в Чехия, Испания, Люксембург и Румъния бяха приети нови национални стратегии в областта на наркотиците и планове.

Освен това Финландия прие стратегия за наркотиците за администрациите в местата за лишаване от свобода (2005–2006 г.), а в Обединеното кралство Споразуменията за обществените услуги (PSAs) определят нови цели и запланирани дейности в политиката в областта на наркотиците, насочени към намаляване на щетите, които нанасят незаконните наркотици върху хората, техните семейства и обществото.

През отчетния период в процес на изготвяне бяха националните стратегии в областта на наркотиците на Италия, Австрия, Полша, Португалия, Швеция и Норвегия (вж. Таблица 2).

Някои страни, които имат приети национални стратегии в областта на наркотиците и планове за действие (след 1998 година), сега преформулират своите стратегии или планове, като поставят по-голям акцент върху определянето на по-ясни и осъществими цели. Например Люксембург съобщи, че новият му план за действие 2005–2009 г. е опростен, ясно структуриран

Таблица 1: Страни, приели нови стратегии в областта на наркотиците през 2005 г.

Страна	Документ	Времево покритие
Чехия	Национална стратегия в областта на наркотиците План за действие	2005–09
		2005–06
Испания	План за действие	2005–08
Латвия	Национална стратегия в областта на наркотиците	2005–08
Люксембург	Национална стратегия и план за действие в областта на наркотиците	2005–09
Румъния	Национална стратегия в областта на наркотиците	2005–12

Таблица 2: Страни, в които стратегиите в областта на наркотиците са в процес на изготвяне през 2005 г.

Страна	Документ	Времево покритие
Италия	План за действие	2004–08
Австрия	Национална стратегия	
Португалия	Национален стратегически план и план за действие	2005–08
Швеция	План за действие	
Норвегия	План за действие	

и ориентиран към крайните резултати, като определя целите за действие, разпределя отговорностите и уточнява бюджетите, очакваните резултати и крайни срокове за постигането им и за оценката. В Белгия обществените здравни органи на Френската общност и областта Валон определиха експертна група, която да разработи „съгласуван план за превенция, помощ и грижи в областта на наркоманиите“. Групата направи препоръка „приоритетите и целите да бъдат дефинирани от правителствата по-ясно“, да се „даде ясна дефиниция на основните принципи на общата политика в областта на наркотиците“ и да се „уточни хронологията на избраните стратегии“. Планът за действие 2005–2006 г. на Чехия следва същата посока, като набелязва конкретните цели и необходимите дейности за тяхното изпълнение и определя отговорностите на отделните министри и сроковете и индикаторите за изпълнението им за всяка област.

Оценка на националните стратегии в областта на наркотиците

Много европейски страни автоматично подновяват националните си стратегии в областта на наркотиците, като привеждат в изпълнение един цикличен процес, при който резултатите от предходната стратегия или нейната оценка стават изходната точка на бъдещата стратегия (EMCDDA, 2004a).

През 2005 г. за такъв процес съобщават Ирландия, Люксембург, Унгария и Румъния. Оценката за изпълнението на стратегията на Унгария за борба с проблема с наркотиците бе поверена на холандския

институт Trimbo, което е първият случай на оценяване на стратегията на една страна в областта на наркотиците от външни експерти. Тази оценка се фокусира върху средно сročните резултати на стратегията за наркотиците и доведе до набор от препоръки относно бъдещите стратегии в областта на наркотиците и начините за укрепване на координационната структура в политиката за борба с наркотиците. Съществуват сходни моменти в извършената през 2004 г. от Португалския национален институт по публична администрация външна оценка и вътрешната оценка на Института по наркотиците и наркоманиите (IDT) на националната стратегия на Португалия в областта на наркотиците от 1999 г. и плана за действие 2001—2004. Унгария и Португалия са първите две страни в Европа, които са поискали да бъде извършена външна оценка на националните им стратегии в областта на наркотиците.

През 2005 г. междинният преглед на стратегията на Ирландия в областта на наркотиците 2001—2008, основан на процес на обществени консултации и анализ на ключови данни за страната и за ЕС, даде препоръка да бъдат „префокусирани“ приоритетите, с цел да бъдат съобразени с нововъзникващите тенденции в лечението, употребата на няколко вида наркотици, употребата на кокаин и разпространението на вируса на ХИВ и хепатит С, както и „повторното активизиране“ с ясно определяне и изпълнение на различните ключови мерки през останалия период на действие на стратегията. В Румъния бе направена оценка на националната стратегия в областта на наркотиците 2003—2004 с участието на всички държавни институции, ангажирани с борбата срещу употребата на наркотици, като заключенията формираха основата на новата национална стратегия в областта на наркотиците 2005—2012. В Люксембург 87 % от мерките, заложи в националния план за действие в областта на наркотиците 2000—2004, са изпълнени в определените срокове. Отчетено бе, че забавянето на неизпълнените мерки (като например една програма за разпределение на хероин) се дължи преди всичко на политически причини. Мерките, които все още не са изпълнени, са включени в новия план за действие.

Освен това отчетите за изминалата година показват, че националните стратегии в областта на наркотиците започват да дават видими резултати. Въпреки че все още не е възможно да се твърди със сигурност, че са постигнати общите цели за намаляване на търсенето и предлагането, няма съмнение, че националните стратегии в областта на наркотиците са постигнали конкретни и важни запланирани цели.

Оценката на приетата през 1999 г. национална стратегия на Португалия в областта на наркотиците прави заключението, че на тази стратегия се дължи увеличеното предлагане на лечение срещу употребата на наркотици, намаления брой на свързаните с наркотиците смъртни случаи и на случаите на заразяване с ХИВ вируса, и увеличаването на регистрираните в полицията случаи на незаконна търговия с наркотици. От друга страна тази оценка отчита също намаляване на възрастта на тези, които за първи път опитват наркотици, както и увеличаване на свързаните с наркотиците смъртни случаи, в които са намесени вещества, различни от опиатите. В Испания оценката на националната стратегия (2003) признава, че не е осъществена целта за

намаляване употребата на наркотици, но същевременно разкрива, че са постигнати добри резултати в областите на подпомагане на наркозависимите и намаляване на щетите, както и че са налице задоволителни резултати в други области, като научните изследвания и образованието, международното сътрудничество и намаляване на предлагането. Освен това Министерството на здравето и потребителските въпроси одобри план за действие 2005—2008 за мобилизиране на ресурси и изпълнение на инициативи с цел отбелязване на напредък в прилагането и съживяване на националната стратегия в областта на наркотиците. Едновременно с това в Гърция като последица от националния план 2002—2006 бе отбелязано увеличаването на вида и обхвата на предлаганите програми за лечение.

В Швеция националният план за действие в областта на наркотиците 2002—2005 доведе до изместването на темата за наркотиците на по-предни позиции в политическия дневен ред на местно, регионално и национално равнище. Повечето шведски общини вече имат някакъв вид план за действие в областта на наркотиците и днес се отдава по-голям приоритет на координацията и сътрудничеството между всички заинтересовани страни в областта на наркотиците, което води до подобрения в тези области. Отбелязва се също така напредък едновременно във вида и достъпността на предлаганото лечение за наркозависимите. Одитната комисия в Обединеното кралство признава напредъка в областта на лечението срещу наркотици, но едновременно с това смята, че остава място за допълнително подобрение на материалните условия за повторна интеграция и рехабилитация на употребяващите наркотици, като например сграден фонд, социални и други помощни услуги. В бъдеще успехите на правителството в изпълнение на целите на стратегията в областта на наркотиците ще бъдат измервани спрямо поставените планови цели в Споразуменията за обществените услуги (PSAs) и посредством индекс за щетите от наркотиците (DHI), с който ще се оценяват нанесените щети от проблемната употреба на всеки от незаконните наркотици.

В заключение оценката се определя като ключов елемент в новоприетите национални стратегии в областта на наркотиците. В Латвия координационният съвет за контрол на наркотиците и ограничаване на наркоманиите ще извършва ежегодно оценка на напредъка в изпълнението на програмата, а през 2009 г. в Люксембург ще бъде направена заключителна външна оценка на резултатите.

Обществени средства, изразходвани в областта на наркотиците

Въпреки че изразходваните средства често се измерват за различна продължителност от време и няма обща дефиниция на свързаните с наркотиците обществени средства, съществуващите изчисления показват, че средствата, изразходвани за борба с наркотиците, са се увеличили в няколко страни, включително Чехия, Дания, Люксембург, Австрия и Полша.

Страните, които отчитат средства, изразходвани за борба с наркотиците за 2004 г., са Чехия (11.0 милиона

евро), Испания (302 до 325 милиона евро), Кипър (2.8 милиона евро), Полша (51 милиона евро) и Норвегия (46 милиона евро). Две страни съвсем наскоро отчетоха предвидените в бюджета средства за борба с наркотиците — Люксембург (6 милиона евро през 2005 г.) и Обединеното кралство (2 милиарда евро през 2004/2005 г.).

Изчислено е, че в Словакия общият размер на обществените средства, изразходвани в областта на наркотиците през 2004 г. възлиза на 14.5 милиона евро, от които само за прилагане на законодателството са изразходвани приблизително 8.4 милиона евро, а за социални и здравни услуги — 6.1 милиона евро.

През 2002 г. в Швеция за политиките в областта на наркотиците са изразходвани по изчисления около 0.9 милиарда евро (по-ниската приблизителна стойност е 0.5 милиарда евро, а по-високата 1.2 милиарда евро). В сравнение с цифрите за 1991 г., изчислените стойности за 2002 г. показват значително увеличаване на обществени средства, изразходвани за политиките в областта на наркотиците.

В Ирландия междинният преглед на националната стратегия в областта на наркотиците, публикуван през м.юни 2005 г., признава, че „от изключително значение е да има измерителна единица за изразходваните средства, с която да се направи точна оценка на икономическата ефективност на различните елементи на стратегията“ и скоро се предвижда да започне работата за изчисляване на средствата, изразходвани от полицията. В Португалия Институтът по наркотиците и наркоманиите (IDT) финансира научни изследвания за разработването и изпитанието на модел за изчисляване на разходите за борба с наркоманиите, а в края на 2005 г. в Белгия започна продължението на едно изследване, проведено през 2004 г. за изразходваните обществени средства. Въпреки че са откъслечни, тези интересни данни показват, че изследванията в областта на изразходваните средства за борба с наркотиците стават все по-важна част от политическия дневен ред на някои държави-членки.

Ново развитие в областта на правото и политиките на ЕС

Планове за действие

Два плана за действие, приети през 2005 г., създават директно или индиректно нова еталонна рамка на равнище ЕС за развитието на политиката на ЕС в областта на наркотиците през следващите няколко години. На първо място, след като се запозна с предложението на Комисията от м. февруари 2005 г. и като отчита в максимална степен заключителната оценка на стратегията на ЕС в областта на наркотиците и плана за действие на ЕС (2000 — 2004), през м. юни 2005 г. Съветът одобри плана за действие на ЕС в областта на наркотиците 2005 — 2008. Новият план за действие следва структурата и целите на стратегията на ЕС в областта на наркотиците 2005—2012 и изброява около 100 специфични мерки, които да бъдат изпълнени от ЕС и неговите държави-членки до края на 2008 година.

Оценката е една значителна част от новия план за действие на ЕС в областта на наркотиците. Тя се възприема като един непрекъснат, постепенно нарастващ и изискващ многостранно участие процес. Той е непрекъснат, защото Европейската комисия, с подкрепата на ЕЦМНН и Европол, ще представя годишни прегледи за напредъка. Дейността по извършване на оценката ще бъде също така и постепенно нарастваща, като всеки годишен преглед за напредъка ще разглежда резултатите от изминалата година в контекста на предходната година. В заключение, процесът ще изисква многостранно участие, тъй като ще ангажира една Ръководна група по оценката, чиято задача ще бъде да дефинира методологията, крайните резултати и сроковете за изпълнение. Както и при оценката на плана за действие на ЕС (2000—2004), в състава на Ръководната група ще влизат представители на съответните служби на Комисията, на ЕЦМНН и Европол, както и на държавите-членки. Ще бъде организиран също така и процес на обществено обсъждане с представители на гражданското общество. В края на плана за действие 2005—2008 в областта на наркотиците, и за първи път на равнище ЕС, ще бъде организирана оценка на въздействието с цел да бъде предложен нов план за действие за периода 2009 — 2012, който се предвижда да възприеме тази оценка като отправна точка. След това, през 2012 г., Комисията ще направи заключителна оценка на стратегията и на плановете за действие.

Този план за действие на ЕС в областта на наркотиците е също така и компонент на плана за действие в изпълнение на програмата от Хага, която определя целите, които предстои да бъдат изпълнени в областта на свободата, сигурността и справедливостта в Европейския съюз в периода 2005—2010 година. Този план за действие бе представен от Комисията през м. май 2005 г. и одобрен от Съвета през м. юни 2005 година.

Планът за действие на ЕС 2005-2008 отразява балансирания подход на ЕС към явлениято наркотици, т.е. един всеобхватен, мултидисциплинарен подход, който разглежда темата от всеки възможен ъгъл — координация, намаляване на търсенето, намаляване на предлагането, международно сътрудничество, информация, изследвания и оценка.

Намаляване на предлагането на наркотици

Влизането в сила на 18 август 2005 г. на двата регламента на ЕО за прекурсорите, приети през 2004 година, характеризира две важни дейности на ЕС в областта на предлагането на наркотици. Контролът на химическите прекурсори е важен аспект на намаляването на предлагането на наркотици, тъй като тези вещества са крайно необходими за тяхното производство. Мерките в ЕС в тази област се осъществяват под две форми — на първо място регламентиране на търговията с определени вещества между ЕС и трети страни, и на второ — регламентирането ѝ в рамките на вътрешния пазар.

Приет през 1990 г. с цел да бъдат спазени разпоредбите за контрол над прекурсорите на член 12 на Конвенцията на Обединените нации от 1988 г. срещу незаконния трафик на упойващи и психотропни вещества, първият регламент определя мерките, които следва да бъдат предприети за спиране отклоняването на определени

вещества за целите на незаконното производство на наркотични и психотропни вещества ⁽¹⁾. През м. декември 2004 г. той бе заменен с нов регламент с разширен обхват на приложение, чиято цел бе също така да противодейства на производството на синтетични наркотици ⁽²⁾.

Две години по-късно, през 1992 г., бе приета една директива на Съвета ⁽³⁾, която се явява като завършек на системата и предвижда съответните разпоредби в рамките на вътрешния пазар (производството и пускането на пазара на някои вещества, използвани за незаконно производство на наркотични и психотропни вещества), включително определяне на мерки за контрол. Тя бе заменена от един нов регламент, приет на 11 февруари 2004 г. ⁽⁴⁾. В резултат от разширяването на ЕС, законодателните органи на Общността решиха да заменят директивата от 1992 г. с регламент, тъй като „всяко изменение на тази директива и нейните приложения налагат да бъдат предприемани необходимите действия за прилагането им на национално равнище в 25-те държави-членки“. Новият инструмент определя хармонизирани мерки за вътрешен контрол и наблюдение в рамките на ЕС на някои вещества, които често се използват за незаконно производство на наркотични или психотропни вещества, с оглед предотвратяване отклоняването на тези субстанции. По-конкретно той задължава държавите-членки да приемат необходимите мерки, за да позволят на техните компетентни органи да изпълняват задълженията им за контрол и наблюдение. Освен това на 18 август 2005 г. влезе в сила регламент, определящ реда и условията за прилагането на тези два регламента ⁽⁵⁾.

Тези мерки в областта на контрола над прекурсорите допълват една друга част от важната дейност на ЕС в областта на намаляването на предлагането. Като се възползва от новите възможности, предоставени с договора от Маастрихт, ЕС разработи правна рамка за борба с незаконната търговия с наркотици и за подобряване на взаимодействието при прилагането на законодателството. След 1995—96 г. бяха предприети няколко съвместни действия в тази област, а наскоро бе прието рамково решение за хармонизиране на минималните наказания за незаконна търговия с наркотици и едно решение за новите психоактивни вещества (вижте „Мерки във връзка с новите наркотици“, стр. 55).

В допълнение към тези правни инструменти бе приета и се изпълнява програма за взаимодействие между полицейските и съдебните органи по криминални въпроси. Agis е една рамкова програма за подпомагане на взаимодействието между полицията, други подобни агенции и съдебните органи от държавите-членки на ЕС и страните кандидатки по криминални въпроси в борбата срещу престъпността. От 2003 г. по нея се финансират много проекти. Международното организирано производство на наркотици и незаконната търговия и отклоняването на прекурсори за производство на наркотици са сред областите на дейност и специфичните

теми на работната програма на Agis за 2006 г. и на поканата за набиране на проектни предложения (чийто краен срок изтече през м. януари 2006 г.).

Пране на пари и конфискация на имущество

Направени бяха също така и известни изменения в правните инструменти в областта на прането на пари и конфискацията. Директива 91/308 за предотвратяване използването на финансовата система за целите на прането на пари ⁽⁶⁾, приета през 1991 г. на правно основание, касаещо вътрешния пазар, и изменена през 2001 г., е един опит да се хармонизира законодателството в тази област между държавите-членки. Една от причините за приемането на тази директива бе да се избегне възможността липсата на мерки на Европейската общност срещу прането на пари да доведе до приемането от страна на държавите-членки на протекционистки мерки, които да забавят създаването и завършването на вътрешния пазар. През м. юни 2004 г. Комисията предложи нова директива със същата цел, но включваща освен това и финансирането на терористична дейност. Ограничаването на обхвата на директивата само за средства, придобити от незаконна търговия с наркотици, бе сметено за прекалено рестриктивно и Комисията предложи да бъде разширен обхватът на закононарушенията в нея. Тази нова директива, приета през м. октомври 2005 г., дава точна дефиниция на серозните закононарушения и обхваща прането на приходи от такива закононарушения, както и финансирането на терористична дейност.

На 24 февруари 2005 г. Съветът прие също така и едно рамково решение за „конфискация на свързани със закононарушения приходи, средства и имущество“. То цели да гарантира всички държави-членки да въведат ефективни правила, уреждащи конфискуването на средства и приходи от престъпления с криминален характер, които се наказват с лишаване от свобода за срок по-голям от 1 година. Законодателство в тази област съществува отпреди в ЕС, но се смята за недостатъчно. Това ново рамково решение има за цел да постигне ефективно трансгранично взаимодействие по отношение на конфискацията. Механизмът на конфискация се разширява и за друго свързано с престъпления имущество, когато закононарушението е извършено в рамките на престъпна организация и когато попада в обхвата на едно от останалите рамкови решения на ЕС. Сред тях е и Рамково решение 2004/757/JAI, което определя минималните изисквания за съставните елементи на престъпните действия и наказанията в областта на търговията с незаконни наркотици. Държавите-членки следва да предприемат необходимите действия в изпълнение на разпоредбите на това рамково решение до 15 март 2007 година.

Обществено здраве

Намаляването на търсенето е неотменна част от балансирания европейски подход към темата

⁽¹⁾ Регламент (ЕИО) № 3677/90 на Съвета от 13 декември 1990 г., ОВ L 357 от 20.12.1990 г., стр. 1.

⁽²⁾ Регламент (ЕО) № 111/2005 на Съвета от 22 декември 2004 г., ОВ L 22 от 26.1.2005, стр. 1.

⁽³⁾ Директива (ЕИО) № 109/92 на Съвета от 14 декември 1992 г., ОВ L 370 от 19.12.1992, стр. 76.

⁽⁴⁾ Регламент (ЕО) № 273/2004 на Европейския парламент и на Съвета от 11 февруари 2004 г., ОВ L 47 от 18.2.2004, стр. 1.

⁽⁵⁾ Регламент (ЕО) № 1277/2005 на Комисията от 27 юли 2005 г., ОВ L 202 от 3.8.2005, стр. 7.

⁽⁶⁾ Директива 91/308/ЕИО на Съвета от 10 юни 1991 г. за предотвратяване използването на финансовата система за целите на прането на пари, ОВ L 166 от 28.06.1991, стр. 77—83.

за наркотиците. В контекста на изпълнението на Програмата за мерки на Общността в областта на общественото здраве 2003—2008, през 2005 г. Европейската комисия избра да финансира няколко проекта, свързани с проблема с наркотиците, с цел „подобряване на здравето и превенция на заболяванията чрез адресиране на факторите, определящи здравното състояние на равнището на всички политики и дейности“. Първият проект, който предстои да бъде финансиран в областта на наркотиците, е с наименование EU-Dar 2 и касае оценката на ефективността на програмата за превенция в училищата EU-Dar, която има за цел да намали употребата на цигари, алкохол и наркотици в дългосрочен план. Вторият проект, IATPAD, има за цел подобряването на достъпа до лечение за хора с проблеми едновременно с алкохола и наркотиците. Други хоризонтални проекти включват такива, които целят превенция срещу употребата на наркотици и също следва да бъдат съфинансирани, като например проекта „PEER-Drive clean!“, който е един иновативен проект, насочен към младите хора на възраст между 18 и 24 години и има за цел предотвратяване на шофирането под въздействие на алкохол или наркотици. Тези проекти са избрани да бъдат финансирани и ще получат средствата за съфинансирането им при условие, че преговорните процедури с Европейската комисия протекат успешно и бъде подписан договорът за безвъзмездна помощ (⁷).

Регламент за ЕЦМНН

В заключение, на 31 август 2005 г. Комисията прие ново предложение за преработка на регламента за създаването на ЕЦМНН. Новият регламент е важен инструмент за улесняване работата на ЕЦМНН поради новите задачи, които определя. По-конкретно той позволява на ЕЦМНН да се съобразява с новите модели на употреба на наркотици и ново възникващите тенденции в употребата на няколко вида наркотици, включително съчетаната употреба на разрешени и незаконни психоактивни вещества; да разработва средства и инструменти в помощ на държавите-членки и на ЕС при наблюдението и оценката на техните политики и стратегии в областта на наркотиците; и да си сътрудничи със страните, които не са членки на ЕС, като страните кандидатки за членство или тези от Западните Балкани. Също така той съдържа няколко промени в състава на Научния комитет и на Управителния съвет. На основание член 152 от Договора за създаване на ЕО този текст трябва да бъде одобрен от Съвета и от Европейския парламент, съгласно процедурата за съвместно вземане на решенията.

Нови национални закони

През отчетния период няколко малко на брой страни внесоха съществени изменения в законите си в областта на наркотиците, които касасеха закононарушенията и наказанията както за притежание, така и за незаконна търговия.

В Румъния нов закон и нов наказателен кодекс правят разграничение между улавните и дребните престъпления (като дребните престъпления вече се наказват предимно с общественополезен труд и дневни

глоби), между употребяващите и наркозависимите, и между нискорисковите и високорисковите наркотици. Освобождаването от наказание и отлагане изпълнението на наказанието вече важат и за нарушения на законите в областта на наркотиците. Лечението на наркозависимите сега може да се извършва посредством една комплексна програма за подпомагане, чието изпълнение се наблюдава от ръководител на случая. Увеличени са присъдите с лишаване от свобода за закононарушения, свързани с предоставянето на места за употреба на наркотици, толерирането на употребата на наркотици на такива места, или насърчаването на употребата на наркотици. Увеличени са също така и присъдите за незаконно предписване на високорискови наркотици на лица и за предлагане на непълнолетни на токсични химически средства за инхалиране.

През м. юни 2004 г. в България бе одобрен новият Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите. Този закон установява функцията на държавните органи за контрол върху нормативните процедури за наркотиците, за възнеждането на мерки срещу наркозависимостта и незаконната търговия, и за научноизследователската дейност. Едно допълнително изменение изключи освобождаването на наркозависимите от наказателна отговорност, когато бъдат заловени за притежание на еднократна доза (този момент е разгледан по-подробно по-нататък в доклада).

В Словакия новият наказателен кодекс преформулира закононарушенията за притежание на наркотици за лична употреба и за незаконна търговия. За разлика от предишното закононарушение за притежание за лична употреба (дефинирано като количество не по-голямо от еднократна доза), Раздел 171 ввежда две закононарушения за притежание за лична употреба в зависимост от броя на дозите (за повече подробности вижте по-нататък в доклада). За тези закононарушения могат също така да бъдат налагани две нови наказания — домашен арест под наблюдение или обществено полезен труд. Наказанията за притежание на повече от 10 дози се налагат съгласно раздел 172, който в зависимост от утешяващите вината обстоятелства предвижда присъди с лишаване от свобода за срок от 4 години до доживотен затвор. Освен това бе намалена и възрастта за носене на наказателна отговорност от 15 на 14 години.

В Литва манипулациите с наркотици с цел продажба вече не се наказват със задържане за срок до максимум 90 дни; днес за това закононарушение се налага значително по-тежко минимално наказание, а именно лишаване от свобода, въпреки че минималната присъда бе намалена от 5 на 2 години. Максималната присъда за кражба на голямо количество наркотици или за кражба, извършена от организирана група, бе удължена на 15 години.

Последните законодателни промени в Италия (от м. февруари 2006 г.) прекатегоризираха наркотиците в две основни групи, вместо в шест (всички вещества, които не се използват с терапевтична цел, са поставени в една група, като се изключват понятията „твърди“ и „меки“ наркотици); дефинираха прага между личната употреба и незаконната търговия; ревизираха наказанията, за да бъдат включени домашният арест и обществено полезният труд; и увеличиха достъпа до алтернативи на лишаването от свобода. Освен това

(⁷) За допълнителна информация вижте http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm

всички употребяващи наркотици вече имат право свободно да избират вида и мястото на лечението, което да им бъде проведено, и институцията, която да удостовери състоянието им на наркозависими — услуги, които вече не се предоставят изключително само от обществения сектор.

В Обединеното кралство Законът за наркотиците от 2005 г. въведе редица съществени изменения в националното законодателство, включително изясняване причисляването на гъби, съдържащи псилоцин и псилоцибин, към категорията на наркотиците от клас А; въвеждането на презумпцията за притежание с цел предлагане при откриване на определено количество контролирани наркотици; разрешаването на полицията да тества закононарушителите в областта на наркотиците при задържането им, а не при предявяване на обвинение и изискването от тези, които покажат положителни резултати, да се подложат на изследвания за оценка на степента на употреба на наркотици; както и изискването при определяне на присъдите съдилищата да вземат под внимание утежняващите вината обстоятелства (като предлагането на наркотици в близост до училища). Съдилищата могат също така да връщат в полицейския арест за срок до максимум 8 дни за доизясняване на обстоятелствата подсъдими, погълнали опаковки с наркотик (по-рано този срок бе 4 дни), а съдът или съдебните заседатели вече могат да правят заключения и когато дадено лице откаже претърсване или сканиране на интимните части без оправдателна причина.

Като цяло навсякъде в Европа се наблюдава тенденция към намаляване или отпадане на наказанията със задържане за закононарушения, свързани с притежание за лична употреба, и същевременно увеличаване на наказанието за закононарушения, свързани с предлагане на наркотици ⁽⁸⁾.

Количества

През отчетния период няколко страни приеха нормативни актове за въвеждане на прагови количества на наркотиците.

В Белгия, след анулирането от Конституционния съд на член 16 на закона от 2003 г., една нова съвместна директива на Министъра на правосъдието и на Главната прокуратура урежда нарушенията, свързани с канабиса. Тя постановява притежанието от пълнолетно лице на малко количество канабис за лична употреба (не повече от 3 грама или на едно растение) да бъде само регистрирано от полицията, при условие че няма утежняващи вината обстоятелства.

В Словакия ролята на количеството е от основно значение в новия наказателен кодекс за закононарушения, свързани с наркотиците. Раздел 171 въвежда две закононарушения за притежание за собствена употреба — притежание на не повече от три дози може да бъде наказано с лишаване от свобода до 3 години, докато наказание с лишаване от свобода до 5 години може да се налага за притежание на „по-голямо

количество“ (не повече от 10 дози). Наказанията за притежание на по-големи от тези количества се налагат по силата на разпоредбите, предвидени в раздел 172. Това позволява да се налага наказание лишаване от свобода за срок от 4 до 10 години, когато няма утежняващи вината обстоятелства, от 10 до 15 години за притежание на по-големи количества (с цена на предлагане на улицата над 10 пъти по-висока от „базовата стойност“ от 8 000 словашки крони — приблизително 200 евро), 15—20 години за притежание на наркотици в значителни размери (дефинират се като такива с цени над 100 пъти по-високи от базовата стойност), и 20—25 години или доживотен затвор за притежание в големи размери (дефинират се като цени над 500 пъти по-високи от базовата стойност).

От 2002 г. до 2005 г. институтът Max Planck в Германия направи оценка на раздел 31а на Закона за наркотиците на Германия, който позволява закононарушението за притежаване на „незначителни количества“ наркотици да не бъде преследвано от закона при определени обстоятелства. Заключение е, че на практика прилагането на раздел 31а от този закон варира в широки граници в 16-те провинции (лендери) на Германия, отчасти поради различното тълкуване на понятието „незначителни“ (Schäfer и Paoli, 2006). През м. март 2005 г. провинция Берлин прие преработка на своето „Ръководство за канабиса“, според която притежанието на до 10 грама канабис не се преследва от закона, ако са изпълнени определени критерии. В отделни случаи това количество може да се увеличи на 15 грама.

Министърът на здравето на Литва внесе изменение в препоръките относно количествата наркотични и психотропни вещества, които се определят като малки, големи и много големи, като те бяха предефинирани. Законът за наркотиците на Обединеното кралство от 2005 г. въвежда презумпцията за притежание с цел предлагане при откриване на определено количество контролирани наркотици, като тези количества бяха определени с наредби, дефинирани през пролетта на 2006 година.

В България Законът за изменение и допълнение на наказателния кодекс (нов ДВ 26/04) отменя раздел 354а. алинея 3, която освобождаваше от наказателна отговорност наркозависими, когато у тях бъде намерена еднократна доза. Сред причините за предприемането на тази мярка се посочват трудностите в определянето на количеството еднократна доза и доказателствата, че това изключение се използва неправомерно в съда в полза на наркопласъори.

В Италия въведените през м. февруари 2006 г. промени определят нови количествени граници за дефиниране на прага между личната употреба и незаконната търговия въз основа на количеството активна субстанция на наркотика, след отпадането на тези граници през 1993 г. Границите са определени в специален указ на Министерството на здравето от м. април 2006 г.

Както вече бе демонстрирано при изследването за Европейските юридически бази данни за наркотиците (ELDD) ⁽⁹⁾, ролята на количествата в законите в областта

⁽⁸⁾ Вж. годишния доклад 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/bg/page013-bg.html>). Също така вж. „Употреба на незаконни наркотици в ЕС — законодателни подходи“ — тематичен материал на ЕЦМНН (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

⁽⁹⁾ Вж. „Ролята на количествата в преследването на закононарушения в областта на наркотиците“, юридически доклад на ELDD, и Таблица 1 в тематичния материал на ЕЦМНН „Употребата на незаконни наркотици в ЕС — нормативни подходи“ (и двата материала могат да се намерят на адрес <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

на наркотиците е различна; в някои страни (напр. Словакия) количествата, които са разделна граница между някои видове закононарушения, са строго определени, докато в други (напр. Обединеното кралство) количествата са ориентир, които пораждат подлежащата на опровержение презумпция за притежание с определена цел. Количествата могат също да служат за разграничаване на отделните видове закононарушения (напр. притежание или предлагане) или за определяне на наказанието за едно и също закононарушение. Въпреки че количества се споменават в законите на много страни, количествата могат да бъдат дефинирани по различни начини (като тегло, стойност) или изобщо да не бъдат дефинирани. Последните очевидно противоположни действия, предприети от Италия и България, продължават да сочат, че по тази тема в Европа не е постигнат ясен консенсус.

Статистика за присъдите

Наблюдение на присъдите, с които се наказват закононарушителите в областта на наркотиците, се обсъжда като възможност или прилага в няколко страни, като в някои случаи вече се вземат и мерки по резултатите.

В Ирландия бе одобрено създаването на централно звено за статистика на престъпленията, което да следи статистиката за арестите, наказателните преследвания и характера на наложените наказания, съобразно с националната стратегия за наркотиците.

Законът за наркотиците на Германия позволява на прокурора при определени обстоятелства да прекъсне съдебното дело за притежание на наркотици без съгласието на съда. Въпреки препоръките и насоките в това отношение, нормативните разпоредби в отделните провинции (лендери) съществено се различават. Цитираното по-горе проучване на тези различия, осъществено за Министерството на здравето, изследва присъдите, наложени в над 1 800 дела в шест различни провинции (лендери) (Schäfer и Paoli, 2006).

В някои австрийски провинции се наблюдават опити да се стандартизира прилагането на раздели 12 и 35(4) на Закона за наркотиците, които определят опростени процедури за оттегляне на подадени в полицията сигнали за закупуване или притежание на малки количества канабис. Друга статистика за присъдите показва, че през 2004 г. случаите на оттегляне на подадени сигнали като законова алтернатива на наказанието са се увеличили, въпреки че броят на подадените в полицията сигнали и на осъдителните присъди допълнително се е увеличил, докато броят на спрените съдебни дела слабо е намалял.

В Румъния статистиката за наложените от съда присъди се следи, за да се наблюдава успехът на социалната реинтеграция на употребяващите наркотици, които извършват и други закононарушения освен употребата на наркотици. В повечето случаи наказанието е отлагане на наказанието и поставяне под наблюдение. След 2004 г. се забелязва, че съдилищата по-рядко налагат

мярката задължително лечение, което реално доведе до намаляване на участието на пробационните служби и по този начин на техния принос за социалната рехабилитация на употребяващите наркотици.

Статистиката за присъдите или за избягване налагането на наказания дава далеч по-точна картина за изпълнението на политиката в областта на наркотиците на една страна, отколкото текстът на законите (вж. EMCDDA, 2002a). Въпреки че за разлика от статистиката за арестите не всички държави-членки събират подробна статистическа информация за присъдите, страните започват да проявяват по-голям интерес към наблюдението на това изпълнение, което е в съзвучие с тенденцията да се прави оценка на политическите инструменти⁽¹⁰⁾. Темата за събирането и анализа на статистическа информация за присъдите бе разгледана на експертната среща на ЕЦМНН през 2006 година.

Престъпност, свързана с наркотиците

Мярка 25.1 на плана за действие на ЕС в областта на наркотиците 2005–2008 предвижда приемането от Съвета до 2007 г. на обща дефиниция на понятието „престъпност, свързана с наркотиците“, въз основа на предложението на Комисията, базирано на наличните изследвания, които предстои да бъдат предоставени от ЕЦМНН.

Въпреки че до момента на съществува дефиниция на ЕС на понятието „престъпност, свързана с наркотиците“, обикновено се приема, че то означава престъпления, извършени под въздействието на наркотици, престъпления, извършени с цел финансиране на употребата на наркотици, престъпления, извършени в контекста на функционирането на незаконните наркопазари и нарушения на законодателството в областта на наркотиците. В ЕС редовно се предоставят данни само за последния вид престъпления — нарушения на законите в областта на наркотиците.

Данни за първите три вида престъпления в ЕС се срещат рядко или са откъслечни. Някои от тях са от специални местни изследвания, от които е трудно да бъде направена някаква екстраполация, а други се отнасят единствено за специфичен вид престъпления, свързани с наркотиците.

Информация за „отчетите“⁽¹¹⁾ за нарушенията на законодателството в областта на наркотиците се предоставя във всички европейски страни, които са анализирани в настоящия доклад. Те отразяват различията в националното законодателство, както и различията в начините на правоприлагане и правораздаване и различията в приоритетите и заделяните ресурси от наказателните съдебни органи за конкретни видове закононарушения. Освен това информационните системи за нарушенията на законодателството в областта на наркотиците се различават значително в отделните страни, особено по отношение на практиките на отчитане и регистриране, т.е. каква информация се регистрира и кога и как се извършва това. Тъй като тези различия доста затрудняват непосредствените сравнения между отделните страни в ЕС⁽¹²⁾, по-целесъобразно е да се прави

⁽¹⁰⁾ Вж. „Национални политики — оценка на законите“ (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/en/page021-en.html>).

⁽¹¹⁾ Понятието „отчети“ за нарушения на законодателството в областта на наркотиците е дадено в кавички, защото то характеризира различни понятия в различните страни. За точната дефиниция за всяка отделна страна, вижте методологичните бележки за нарушения на законодателството в областта на наркотиците, поместени в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹²⁾ За по-подробно разискване на темите, свързани с методологията, вижте методологичните бележки за нарушения на законодателството в областта на наркотиците, поместени в статистическия бюлетин 2006.

Доклади за връзката между наркотиците и престъпността

През 2005 г. в Чехия за втора последователна година беше направено проучване сред регионалните полицейски управления за престъпността, свързана с наркотиците. Оценките показват, че през 2004 г. около 62 % от закононарушенията за производство/разпространение на наркотици, 25 % от закононарушенията за измами, 21 % от престъпленията в областта на присвояването на средства/имущество и 20 % от обикновените кражби са извършени от употребяващи наркотици с цел финансиране на собствената им употреба (Национален доклад на Чехия).

Едно проучване, проведено през 2004 г. във Финландия сред 15- до 16-годишните сочи, че около 7 % от употребяващите канабис през последната година са финансирани това по незаконен път — повече от половината от тях чрез продажба на наркотици, а останалите предимно от кражби (Kivivuori et al., 2005, цитиран в националния доклад на Финландия).

В Ирландия две проучвания, проведени от изследователското звено Garda Research Unit през 1996 г. и 2000/01 г. сред извадка от известни на полицията употребяващи наркотици, прави оценката, че употребяващите наркотици са причина за 66 % от разкритите наказуеми престъпления през 1996 г. и 28 % през 2000/01 г. (Keogh, 1997; Furey и Browne, 2003, цитирани в националния доклад на Ирландия). Проучването за 2000/01 г. установи, че употребяващите опиати са причина за 23 % от разкритите кражби и за 37 % от разкритите обирни.

сравнение между тенденциите, вместо между абсолютните стойности.

В повечето страни от ЕС броят на „отчетените“ нарушения на законодателството в областта на наркотиците като цяло се е увеличил през 5-годишния период от 1999 г. до 2004 г. (всъщност във всички страни, които отчитат такива данни, с изключение на Италия и Португалия, като увеличението е особено силно изразено — двукратно и по-голямо — в Естония, Литва⁽¹³⁾, Унгария⁽¹⁴⁾ и Полша). През 2004 г. тази тенденция към увеличаване се запази в повечето страни, които отчитат такива данни⁽¹⁵⁾, въпреки че няколко малко на брой страни отчитат спад спрямо предходната година — Чехия, Гърция, Латвия, Люксембург, Португалия, Словения (след 2001 г.), Словакия, Финландия и България⁽¹⁶⁾.

В повечето държави-членки на ЕС по-голямата част от отчетените нарушения на законодателството в областта на наркотиците⁽¹⁷⁾ са свързани с употребата на наркотици или притежание с цел употреба⁽¹⁸⁾, като делът на този вид закононарушения през 2004 г. варира от 61 % от всички нарушения на законодателството в областта на наркотиците в Полша, до 90 % от тези в Австрия. В Чехия, Люксембург, Нидерландия и Турция най-голям брой отчетени нарушения на законодателството в областта на наркотиците се отнася за дилърство или незаконна търговия, като съотношението варира от 48 % от всички закононарушения в областта на наркотиците в Люксембург до 93 % от тези в Чехия.

Броят на закононарушенията за употреба/притежание с цел употреба през същия 5-годишен период като цяло се е увеличил във всички страни, които отчитат такива данни, с изключение на Италия, Португалия, Словения, България и Турция, където се отчита тенденция към намаляване⁽¹⁹⁾. Делът на този вид закононарушения от всички нарушения на законодателството в областта на наркотиците през този период също се е увеличил в повечето страни, които отчитат такива данни, въпреки че темповете на увеличение като цяло са по-малки, с изключение на тези в Кипър, Полша и Финландия, където се отчита по-изразена тенденция към увеличаване. Въпреки това в Люксембург, Португалия, България и Турция делът на закононарушенията в областта на наркотиците, свързани с употреба/притежание с цел употреба като цяло е намалял⁽²⁰⁾.

В повечето от държавите-членки канабисът е най-често замесеният⁽²¹⁾ незаконен наркотик в отчетените нарушения на законодателството в областта на наркотиците⁽²²⁾. В страните, за които важи това, закононарушенията, свързани с канабиса през 2004 г. бяха 34—87 % от всички нарушения на законодателството в областта на наркотиците. В Чехия и Литва преобладават закононарушенията, свързани с амфетамини, като техният дял е съответно 50 % и 31 % от всички нарушения на законодателството в областта на наркотиците; същевременно най-често отчитаното вещество в Люксембург е кокаинът (43 % от нарушенията на законодателството в областта на наркотиците).

В периода 1999—2004 г. броят на „отчетените“ за нарушения на законодателството в областта на наркотиците, в които е замесен канабис, като цяло се е увеличил в повечето страни, в които се отчитат данни за това, докато в Италия и Словения⁽²³⁾ се наблюдава явно намаляване. За същия период от време делът на закононарушенията в областта на наркотиците, в които

⁽¹³⁾ Увеличението в Литва се дължи на приемането през м.май 2003 г. на новия Наказателен кодекс.

⁽¹⁴⁾ Увеличението в Унгария се дължи преди всичко на едно изменение в Наказателния кодекс и в наказателната процедура.

⁽¹⁵⁾ Данни за „отчетените“ за нарушения на законодателството в областта на наркотиците за периода 1999—2004 г. бяха предоставени за всички страни (въпреки че за някои от тях липсваха такива за всяка година), с изключение на Кипър, Словакия, България, Румъния, Турция и Норвегия, а за 2004 г. за всички страни с изключение на Ирландия, Обединеното кралство и Норвегия.

⁽¹⁶⁾ Вижте Таблица DLO-1 и Фигура DLO-1 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁷⁾ Разбивки по видове закононарушения бяха предоставени от всички страни (въпреки че за някои от тях липсваха такива за всяка от годините от 1999 до 2004), с изключение на Дания, Естония, Латвия, Литва, Унгария, Словакия и Румъния.

⁽¹⁸⁾ Вижте Таблица DLO-2 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁹⁾ Вижте Таблица DLO-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁰⁾ Вж. Таблица DLO-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²¹⁾ Разбивки на нарушенията на законодателството в областта на наркотиците по видове вещества бяха предоставени от всички страни (въпреки че за някои от тях липсваха такива за всяка от годините от 1999 до 2004), с изключение на Дания, Естония, Латвия, Унгария, Финландия, Румъния и Норвегия.

⁽²²⁾ Вж. Таблица DLO-3 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²³⁾ Вж. Таблица DLO-2 в статистическия бюлетин 2006.

е замесен канабис, се е увеличил в Германия, Испания, Франция, Литва, Люксембург, Португалия, Обединеното кралство и България, запазил се е постоянен като цяло в Ирландия и Нидерландия, и е намалял в Белгия, Италия, Австрия, Словения и Швеция⁽²⁴⁾. Въпреки че във всички страни, които отчитат данни за това (с изключение на Чехия и България, а в продължение на няколко години и в Белгия), канабисът преобладава повече сред закононарушенията за употреба/притежание, отколкото сред останалите нарушения на законодателството в областта на наркотиците, след 1999 г. в няколко страни, а именно Италия, Кипър (2002–2004 г.), Австрия, Словения и Турция (2002–2004 г.) делът на закононарушенията, свързани с употреба, в които е замесен канабис, е намалял, а през последната година (2003–2004 г.) е намалял в повечето страни, които отчитат данни за това, което вероятно е показател за намаляването на целенасочените действия срещу употребяващите канабис от страна на правоприлагащите органи в тези страни⁽²⁵⁾.

За същия 5-годишен период броят на „отчетите“ и/или делът на нарушенията на законодателството в областта на наркотиците, свързани с хероин, намаля в повечето страни, за които се отчитат такива данни, с изключение на Белгия, Австрия, Словения и Швеция, които отчитат възходяща тенденция в броя на „отчетите“, в които е замесен хероин⁽²⁶⁾ и/или в дела на закононарушенията в областта на наркотиците, свързани с хероин⁽²⁷⁾.

При свързаните с кокаин закононарушения се наблюдава обратната тенденция — от 1999 г. в повечето страни, които отчитат данни за това, те се увеличават както по отношение на броя на „отчетите“⁽²⁸⁾, така и по отношение на дела им от всички закононарушения в областта на наркотиците⁽²⁹⁾. България е единствената страна, която отчита тенденция към намаляване на свързаните с кокаин закононарушения (както като брой, така и като дял от закононарушенията в областта на наркотиците).

Европейски политики в областта на наркотиците — разширени извън обхвата на незаконните наркотици — в годишния доклад на ЕЦМНН за 2006 г. — избрани материали

Обхватът на политиките в областта на наркотиците в Европа започва да се разширява извън този на незаконните наркотици и да обхваща други вещества, водещи до пристрастяване, и дори други типове поведение. Това се отчита в политиките в областта на наркотиците на някои държави-членки и в стратегиите в областта на наркотиците на ЕС. Научните изследвания все по-често са насочени към въпросите на пристрастяването или поведението, водещо до пристрастяване, независимо от конкретното вещество. Избраният материал за повишеното внимание, което се отделя на законните наркотици или на самото пристрастяване в националните стратегии или политически

документи в областта на незаконните наркотици, има за цел да представи един първи задълбочен анализ на това нововъзникващо явление в Европейския съюз.

Въпреки че стратегиите в областта на наркотиците не винаги касаят законните наркотици или пристрастяването, избраният материал установява, че програмите за превенция, а в някои страни и мерките за лечение се прилагат едновременно за законни и незаконни наркотици, като приоритетно са насочени към децата и младежите. Все по-често се забелязва бавно интегриране, в стратегически аспект или институционално, на законните наркотици в политиката и в мерките срещу незаконните наркотици.

Този избран материал е на разположение в отпечатан вариант (“European drug policies: extended beyond illicit drugs?”, in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) или в Интернет само на английски език на следния адрес (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²⁴⁾ Вж. Таблица DLO-6 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁵⁾ Вж. Фигура DLO-3 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁶⁾ Вж. Фигура DLO-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁷⁾ Вж. Таблица DLO-7 в статистическия бюлетин 2006; трябва да се отбележи, че в Швеция делът на свързаните с хероин закононарушения е намалял в периода 1999–2003г.

⁽²⁸⁾ Вж. Фигура DLO-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁹⁾ Вж. Таблица DLO-8 в статистическия бюлетин 2006.



Глава 2

Ответни действия по отношение на проблемите с наркотиците в Европа — обзор

Превенция

Опитът в някои държави-членки показва, че мерките за превенция на индивидуално равнище могат да бъдат по-ефективни, ако бъдат подкрепени също така и с нормативни политики в областта на законните наркотици, които да ограничават достъпа на младите хора до тези вещества и да намаляват тяхното приемане от обществото. В резултат на това в някои части на Европа намират почва стратегиите за превенция в областта на обществената среда, които са адресирани към нормативната и културна рамка на употребата на тези вещества, подкрепени от първите мерки, които се вземат на равнище ЕС — директивата за рекламите на цигари и рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюневите изделия (вижте раздела за стратегиите в областта на обществената среда в избрания материал за употреба на наркотици в местата за отдих и развлечения).

Ролята на кампаниите в средствата за масово осведомяване все повече се възприема като повишаване на информираността (за подчертаване, в подкрепа и за разясняване на населението на основните причини, които обуславят стратегиите в областта на обществената среда), а не като средство за промяна на поведението. В този смисъл един осъществен наскоро в Германия преглед на международните материали (Bühler и Kröger, 2005, цитирани в националния доклад на Германия) препоръчва кампаниите в медиите да се използват като подкрепяща мярка, а не като единствено средство за постигане на промяна в поведението.

Превенция в областта на общественото здраве

Докато подобряването на здравето, като рамково условие за превенцията, се стреми да насърчава хората да водят здравословен начин на живот и да създават здравословна жизнена среда за всички, новото понятие „превенция в областта на общественото здраве“ се използва все по-често от някои държави-членки (Италия, Нидерландия, Словакия) и Норвегия. Превенцията в областта на общественото здраве води след себе си редица насочени към подобряване здравето на уязвимите части от обществото мерки за превенция, един от елементите на които е превенцията на употребата на наркотици. Тези мерки са особено подходящи за нуждите на младите хора, чието проблемно поведение, включително употребата на наркотици, силно се обуславя от уязвимостта (социалната и личната) и от жизнената среда. Поради това, тъй като специфичните и примерни стратегии за превенция са насочени към социални и лични рискови състояния, те са естествено свързани с останалите политики в областта на общественото здраве, които касаят младежите (стратегии за

умствено здраве на младежите, свързани с отклонения в поведението, дефицит на вниманието и др.), със социалните политики (осигуряването на места за развлекателни дейности и подкрепа за уязвими групи младежи или семейства в нужда), с политиките в областта на образованието (намаляване отпадането от училище) и др. По този начин превенцията в областта на общественото здраве е насочена към пълния набор от фактори, обуславящи уязвимостта, които имат отношение към разрешаването на проблемите в областта на наркотиците, като включва услуги и сектори, за които не е присъщо да третират наркотиците.

Универсална превенция в училищата

Подходите за превенция, базирани на конкретни програми, стават все по-популярни в рамките на превенцията в училищата. Програмно-базираната превенция означава стандартно изпълнение на заложените цели в рамките на определен брой учебни часове, всеки от които е с точно дефинирано съдържание и подробен учебен материал за преподавателите и учениците. Това улеснява наблюдението и оценката и повишава правилността, прецизността и последователността на мерките, като води до висококачествени резултати. В резултат от това днес повече държави-членки извършват наблюдение над мерките за превенция в училищата (Чехия, Гърция, Испания, Ирландия, Италия, Кипър, Унгария, Нидерландия и Обединеното кралство). Първата в Европа Пътека за превенция на наркоманиите (www.eudap.net) даде обещаващи резултати. Финансиран от Европейската комисия, този проект бе изпълнен и за него бе направена насрещна оценка в седем страни, девет регионални центрове и 143 училища, като обхвана 7 000 ученици (3 500 в пробна група и 3 500 в контролна група). Според докладите, изготвени в рамките на проекта EU-Dap, вероятността от ежедневно тютюнопушене сред учениците в контролната група е с 26% по-ниска в сравнение с учениците от контролната група, вероятността от честа употреба на алкохол — с 35% по-ниска, а вероятността от употреба на канабис — с 23% по-ниска. Подобен програмно-базиран изследователски подход е и програмата Blueprint в Обединеното кралство⁽³⁰⁾. Освен това днес се отделя по-голямо внимание на по-строго техническо ръководство и на по-доброто покритие при изпълнението на мерки за превенция в училищата (напр. във Франция и Ирландия).

Полиция в училищата

Ролята на полицията в превенцията в училищата е спорна тема. Френската общност в Белгия препоръчва политиката за подобряване на здравето и превенция

⁽³⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/

да се осъществява от училищните власти, а силите на полицията да не се намесват в програмите за превенция. Също така в Обединеното кралство един политически материал (Комитет по наркотиците АСРО, 2002) препоръчва службите на полицията да предприемат действия само в рамките на техните компетенции (сигурност, закононарушения, ред) и да не се намесват в специалното обучение в областта на наркотиците. Следвайки тази линия на действия, Португалия продължава да изпълнява програма в тясно сътрудничество с полицията — Escola Segura (безопасно училище). През учебната година 2004/05 общо 320 полицейски служители бяха специално разпределени да работят в училищни условия, с цел изпълнение на програмата за тясно сътрудничество и предотвратяване на закононарушения чрез разубеждаване, както през деня, така и нощно време. Във Франция експерти, обучени от правоприлагащите органи за работа с младежи или подрастващи, посещават училищата или други служби по заявка. Въпреки това, въпреки препоръките обучението във връзка с наркотиците да не се извършва от полицейски служители в униформа, тъй като в някои случаи може да доведе до обратни резултати, осъществяването от полицейски служители дейности в училищата все още са обичайна практика за някои държави-членки.

Специфична превенция

С признаване значението и развитието на подхода на специфичната превенция в повечето държави-членки действията все повече се съсредоточават върху уязвимите групи. Например Германия, Гърция, Люксембург, Австрия, Финландия и Обединеното кралство съобщават за програми, насочени към младите закононарушители.

Няколко страни (напр. Полша и Словакия) започнаха да акцентират върху уязвимите групи. В Швеция най-силно изразеното увеличение на дейностите спрямо предходните години е в областта на програмите за деца от рискови групи в предучилищна възраст и ученици с наркоманно поведение. Броят на общините, които въвеждат подобни програми, почти се е удвоил. Освен това Норвегия разработва национална стратегия за ранни мерки срещу проблемната употреба на наркотици и алкохол, в която усилията в областта на превенцията ще бъдат съсредоточени конкретно върху рискови групи. Подходите, които не се базират на въздържание, са резултатни за намаляване не само на употребата, но и на новите случаи на употреба сред онези групи, в които вече се наблюдава начеваща употреба на наркотици. На тази основа Полша има национална програма за промяна на наркоманното поведение сред уязвимите деца или сред децата, които са в ранен стадий на употреба на наркотици. Конкретната цел на полската програма е да се подпомгне семейството в разрешаването на проблемите, свързани с наркотиците. В този смисъл е полезно концепцията за специфичната превенция да не бъде фокусирана върху употребата на наркотици и да не заклеймява тази употреба, а вместо това да се съсредоточи върху уязвимостта в един по-широк смисъл на това понятие.

Държавите-членки все по-често съобщават за целенасочено ориентиране на техните политики за специфична превенция към конкретни етнически групи,

като за нови проекти в тази област съобщават четири страни (Белгия, Германия, Италия и Люксембург). В Италия приоритет на много проекти сега е защитата на децата, майките и семействата на имигранти или на хора от етническите малцинства. Люксембург съобщава за отделянето на специално внимание на младите хора и на най-голямата имигрантска общност в страната, като фокусът е върху езиковите и социално-културни особености.

Специфична превенция в училищата

Специфичната превенция на употребата на наркотиците все по-често е адресирана към младежите с риск от отпадане от училище и/или с поведенчески проблеми, като например в Италия, където около 15 % от мерките за превенция в училищата са насочени към уязвими подгрупи ученици (специфична и примерна превенция). Главните подгрупи, към които е насочена специфичната превенция в училищата, са ученици със социални поведенчески проблеми, с проблеми в училище или със семейни проблеми, ученици-имигранти и ученици от етнически малцинства. Всъщност успехът в училище и посещаемостта са добри индикатори за евентуални проблеми с наркотиците и тяхното наблюдение позволява да бъдат предприети навременни и правилни мерки за намеса.

Във фокуса на програмите за превенция в областта на наркотиците в няколко държави-членки е отпадането от училище. Проектът HUP в графство Сторстрьом, Дания, цели да увеличи средния дял на завършилите училище от 75 % до заплануваната национална цел от 95 %, като се фокусира върху уязвимите групи ученици. За подобни проекти съобщават и Ирландия, Португалия (47 проекта), Румъния (един проект) и Норвегия (брошури за учителите). Намаляването на преждевременното напускане на училище е официална цел на националната стратегия на Ирландия, като заплануваната цел е 10 % намаление спрямо дела през 2005/06 в областите, в които работи местната работна група в областта на наркотиците (LDTF). Учениците от най-рисковите групи са обект на специфични програми за превенция в Малта, докато във Франция и Словакия в училищата се предлагат консултантски услуги въз основа на (само) насочването на лицата за тяхното ползване.

Семейно-базирана превенция

С увеличаване броя на по-малките деца, които започват да употребяват наркотици, подобряването и повишаването на интензивността на семейно-базираната превенция са от нарастващо значение. Във възрастта преди юношеството влиянието на семейството е по-силно от това на връстниците. Ролята на семейството в установяването на нормите на поведение и в подкрепата за децата има по-голямо значение за превенцията, отколкото даването на информация за различните вещества.

Семейно-базираната превенция в ЕС все по-често е обект на целеви мерки и все по-здраво основана на нуждите. Няколко държави-членки (Германия, Испания, Ирландия, Италия и Обединеното кралство) осъзнават, че институциите могат да срещнат затруднения в установяването на контакт с проблемните семейства. В резултат на това в Обединеното кралство кампанията FRANK разработи пакет от мерки за екипи,

работещи в областта на наркотиците и алкохола и за практикуващите специалисти в областта на превенцията, за това как да влизат във връзка със семействата, а в няколко други държави-членки сега се изпълняват програми за специфична превенция, насочени към семейства от рисковите групи. За привличане на семейства от рисковите групи тези програми използват няколко техники (напр. предоставянето на храна, финансови стимули, помощ за гледане на деца и др.), които се базират предимно на програмата за укрепване на семействата на Kumpfer (Kumpfer et al., 1996).

Програмата за укрепване на семействата (SFP) се прилага в Испания (Палма де Майорка и Барселона), Нидерландия (два града, изследване за оценка) и Швеция (два града). В Ирландия и Италия понастоящем се провежда обучение, като в Италия се предвижда програмата да обхване няколко града. Норвегия извършва оценка на подобна програма MST чрез произволно подбрани контролирани пробни изследвания. Тези специфични семейно-базирани програми имат сходни характеристики във всички държави-членки, в които се изпълняват.

В Полша и в някои провинции на Австрия се изпълняват програми за деца, лишени от родителски грижи и за младежи от проблемни семейства. Тези програми се изпълняват по места в местни общностни центрове, като социално-терапевтични общи помещения, заведения за отглеждане и възпитание на деца, младежки клубове и центрове за превенция.

Някои страни все повече се насочват към децата на алкохолици (Белгия, Германия, Австрия). Останалите все още запазват фокуса си единствено върху децата на употребяващите наркотици.

Общностно-базирана превенция

Повечето специфични програми за превенция се изпълняват на равнището на местните общности. Това донякъде е така, защото различните социални услуги, които са включени в тях, обикновено се координират на това равнище. Въпреки това в страните, в които общностите имат правомощията и волята да привеждат в действие местни норми, общността е естествената единица обект на стратегиите в областта на обществената среда. Общностно-базираната специфична превенция е обичайна практика в северните страни и в Белгия, Нидерландия, Полша и Обединеното кралство, като все повече се увеличава в страните, които преди по-малко прилагаха този подход (Франция, Италия, Унгария, Португалия).

Създавайки общностни норми за предлагането и за методите на употреба на законни наркотици, и чрез оптимизирането на местните услуги, местните стратегии за превенция в областта на обществената среда са добра отправна точка за изпълнението на ефикасни програми за превенция на употребата на наркотици.

Контрол на качеството при превенцията

Контролът на качеството в областта на превенцията е от нарастващо значение, особено след като много държави-членки предоставиха компетенциите и отговорностите за превенцията на местните органи (Дания, Италия, Нидерландия, Полша, Португалия

и Словения) и/или делегираха отговорности за превенцията в областта на наркотиците на неправителствени организации (НПО) или полунезависими асоциации (Белгия, Германия, Франция, Унгария и Финландия). Някои държави-членки съответно съобщават за стратегии за определяне на общи критерии за качеството, стандарти и технически консултантски услуги на местно равнище, за подпомагане на училища или местни общности в разработването на училищни политики (Белгия, Дания, Нидерландия и Обединеното кралство), за изпълнението на адекватни програми за превенция и осигуряването на минимални критерии за качеството (Дания, Франция, Литва, Унгария, Словакия, Обединеното кралство, Румъния и Норвегия).

Гърция и Австрия имат водеща позиция в дефинирането на изисквания за акредитиране на агенциите за превенция или на професионални специалисти по превенция.

Ответни мерки в областта на лечението и намаляването на щетите

Събирането на данни от ЕЦМНН за ответните мерки в областта на намаляването на щетите и лечението на проблеми с наркотиците се извършва в контекста на два основни инструмента на ЕС:

- Стратегията на ЕС в областта на наркотиците 2005—2012 и първият план за действие 2005—2008, които представляват рамка за националните политики, както и подробни препоръки за предприемането от държавите-членки на мерки, насочени към превенция на употребата на наркотици и към увеличаване на обхвата и качеството на услугите в лечението и за намаляване на щетите;
- Препоръката на Съвета от 18 юни 2003⁽³¹⁾, която дава допълнителни конкретни препоръки за мерките, които държавите-членки следва да обмислят да приложат за превенция и намаляване на отнасящите се до здравето щети, свързани с наркозависимостта и за осигуряване на високо равнище на здравна защита. Тази препоръка бе подкрепена чрез включването ѝ в плана за действие на ЕС като цел 14.

За да се направи оценка за степента на изпълнение на стратегията, от значение е да бъде определено равнището на предлаганите услуги и степента, в която те се използват. В крайна сметка обаче, за оценката на целите на плана за действие и за създаването на основа за оценка на въздействието на стратегията, ще бъде необходимо да се направи разумна прогноза за обхвата — степента, в която лечението и мерките за намаляване на щетите са достигнали до определената целева група.

По време на 8-годишния срок на изпълнение на стратегията ЕЦМНН подпомага Комисията в процеса на оценка, като предоставя информация от системата от епидемиологични индикатори на ЕС и чрез разработването и прилагането на редица специални инструменти за събиране на данни за определяне степента на предоставяне на услуги и ползването на лечение и услуги за намаляване на щетите. В сравнение с доброто наблюдение над епидемиологичната обстановка, постигнато чрез ръководеното от ЕЦМНН

⁽³¹⁾ Препоръка на Съвета 2003/488/ЕО.

разработване и прилагане на базирано на индикатори наблюдение, стандартизираното отчитане на ответните действия е доста ограничено.

Опиатна субституираща терапия

Пионери в метадоновото поддържащо лечение за употребяващите хероин в Европа са Швеция (през 1967 г.), Нидерландия и Обединеното кралство (1968 г.), както и Дания (1970 г.), но неговото приложение остана ограничено в продължение на дълги години.

След разкриването на мащабите на разпространение на епидемията от ХИВ сред употребяващите наркотици в страните от Западна Европа, в много страни терапевтичните цели и подходи започнаха да се изместват от въздържанието като първостепенна цел към предприемането на действия, ориентирани повече към намаляване на щетите, свързани с употребата на наркотици. Приета бе необходимостта от многократни мерки за лечение и бе призната ползата от поддържащо лечение на наркозависимите с цел стабилизиране и подобряване на здравето и социалното положение на употребяващите опиати, както и на обществото като цяло.

След края на 1980-те години се ускори темповете на въвеждане на метадоновото поддържащо лечение като разновидност на обикновеното лечение. До 2001 г. то бе въведено в 24 страни от ЕС, както и в България, Румъния и Норвегия (Фигура 1). Въпреки това мащабите и обхватът му в отделните страни значително се различават (вж. Глава 6).

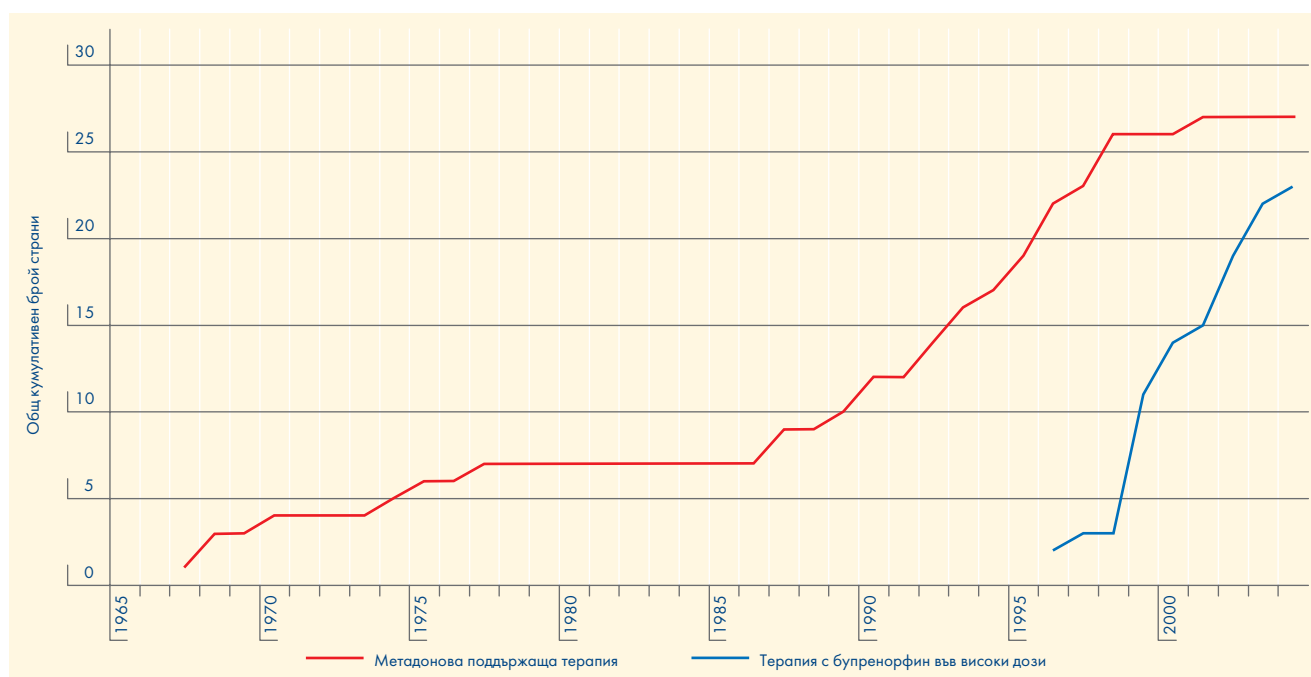
През 1996 г. за първи път в държава-членка на ЕС бе създадена юридическа основа за употребата на лекарствено средство, съдържащо бупренорфин, за лечение на употребяващи хероин (вж. подбрани

материал за бупренорфина в годишния доклад 2005). Днес то се предлага и прилага в повечето държави-членки. Тъй като бупренорфина се контролира по по-малко строги правила по конвенциите на ОН за наркотиците, на страните се предоставят по-големи възможности да провеждат лечение с него. В някои страни тази възможност за лечение доведе до рязко увеличаване на броя на подложените на тази терапия пациенти. В процес на изследване са нови разновидности на фармакотерапевтично лечение, различни от субституиращата терапия с агонисти, и днес вниманието на научните изследвания се насочва към разработване на лечебни мерки за употребяващите кокаин и крек, много от които използват също или са използвали преди и хероин (вж. също Глава 5).

Изчислено е, че през 2003 г. в ЕС повече от половин милион употребяващи опиати са преминали през субституираща терапия, което е една трета от текущите оценки за 1.5 милиона проблемно употребяващи опиати (EMCDDA, 2005a). Новите държави-членки и страните кандидатки имат само малък дял от пациентите на субституираща терапия в европейския регион, което отчасти се обяснява с по-ниските равнища на употреба на опиати в тези страни. Въпреки че като цяло предлагането на субституиращо лечение в тези страни остава слабо, има някои признаци на увеличение в Естония, Литва и България.

Предоставената информация показва, че в някои страни е налице допълнително увеличение на предлагането на метадонова терапия, но и че в осем страни броят на хората, преминали през такова лечение, се е запазил постоянен или е намалял⁽³²⁾. Четири от тях, Дания, Испания, Малта и Нидерландия, се характеризират с дългогодишно отчитана употреба на хероин и високо

Фигура 1: Въвеждане на метадонова поддържаща терапия и терапия с бупренорфин във високи дози в държавите-членки на ЕС, страните кандидатки и Норвегия



Източници: Национални фокусни центрове.

⁽³²⁾ Вж. Таблица NSP-7 в статистическия бюлетин 2006.

достъпни програми за метадонова субституираща терапия. За другите четири страни, Латвия, Унгария, Полша и Румъния е характерно, че имат малък географски обхват на метадоновата субституираща терапия, а на някои места се правят списъци на чакащите за лечение.

Трудно е да се определи дали намаляващият брой пациенти, преминали през метадонова терапия, означава, че те започват терапия с бупренорфин, когато им бъде предложена такава. Степента, в която общопрактикуващите лекари предлагат лечение срещу наркозависимост, често не е известна на национално равнище.

Предлагане и видове лечение срещу наркозависимост

Едно проучване, проведено сред националните фокусни центрове (НФЦ) през 2005 г., дава оценка на общите характеристики на предлаганото лечение в Европа. Националните експерти са отговорили на въпроси дали повечето употребяващи опиати се лекуват по програми без наркотици или с медикаменти, както и дали двата вида лечение са еднакво разпространени.

Резултатите показват съотношение, в което голям превес има лечението с медикаменти, като главната използвана за тази цел субстанция е метадонът (с изключение на Чехия и Франция; за повече подробности вижте Глава 6). Освен това резултатите показват, че в повечето страни свързаното с наркотици лечение се предлага предимно в амбулаторни центрове — само Латвия и Турция предлагат стационарно лечение. Традиционните психотерапевтични методи на лечение (психодинамично, познатователно-поведенческо, системна/семейна терапия или Гещалт-терапия) са най-често прилаганите методи при амбулаторно лечение в Ирландия, Латвия, Обединеното кралство, България и Турция. Девет страни съобщават за предлагането на преобладаващо „помощни“ методи (които могат да включват консултации, социално-образователна терапия и терапия в областта на обществената среда, мотивиращи разговори или техники за релаксация и акупунктура), а 10 страни съчетават различните методи в своята амбулаторна работа.

По отношение на стационарното лечение често прилаган модел при хоспитализациите в Ирландия, Литва, Унгария и Турция е 12-стъпковият модел Минесота, докато шест страни прилагат преобладаващо психотерапевтични методи на лечение, пет страни прилагат „помощни“ методи, а 10 — комбинация от тези подходи.

През изминалото десетилетие, а още повече през последните 5 години, много европейски страни „отвориха врати“ за лечението, като разшириха предлагането на субституираща терапия и намалиха ограниченията за достъпа до нея. Никога преди системата за лечение не е достигала до толкова голям брой употребяващи наркотици. Много от тях, но не всички, се нуждаят от

помощ извън лечението срещу наркозависимостта, а много от тях се нуждаят от грижи с ниски прагови равнища на достъп, както и от значителна подкрепа за тяхната реинтеграция.

Ответни мерки за намаляване на щетите

По същото време, когато достигането до пациентите и поддържането на връзка с тях се превърна в самостоятелна цел, признание и подкрепа получиха работата на терен и предоставянето на услуги с ниски прагови равнища на достъп и днес те са важна част от всеобхватните ответни мерки в много държави-членки. По отношение на превенцията на инфекциозни заболявания сред употребяващите наркотици и намаляването на свързаната с наркотици смъртност, в Европа се наблюдава общ профил на ответните мерки (вж. също и Глава 7).

Намаляването на смъртността, свързана с употребата на наркотици, за първи път бе дефинирано като цел на европейската политика в областта на наркотиците преди 6 години и днес е една от целите на текущия план за действие на ЕС⁽³³⁾. Броят на страните, които пряко се позовават на плановата цел за намаляване на смъртността, свързана с употребата на наркотици в своите национални политики, продължава да се увеличава през последните години, като през 2004 г. и 2005 г. осем страни приеха такива стратегии (с което общият им брой става 15). Освен националните стратегии, общи са и допълнителните подходи, които се прилагат на равнище градове: няколко столични града (включително Атина, Берлин, Брюксел, Лисабон и Талин), както и по-широки полуградски райони (напр. източната част на Ирландия, около Дъблин) притежават собствени стратегии за намаляване на смъртността, свързана с употребата на наркотици. В Чехия, Италия, Нидерландия и Обединеното кралство се съобщава за съществуването на местни или регионални политики, а в девет града в България са разработени стратегии на местно равнище.

Както и в предишната стратегия и план за действие в областта на наркотиците на Европейския съюз, превенцията на разпространяването на инфекциозни заболявания остава важна цел и в сегашната стратегия и е заложена като цел 16 в плана за действие за 2005—2008 г. Това подчертава трайното значение, което европейските правителства и Комисията отдават на последиците от употребата на наркотици, свързани със здравето⁽³⁴⁾.

Голяма част от страните на ЕС и Норвегия ясно и подробно са обяснили подхода си към превенцията на заразните болести сред употребяващите наркотици и са заложили конкретни цели или задачи в националните си стратегически документи в областта на наркотиците или са приели отделни политически текстове, в които са определили как ще бъдат третирани въпросите за превенцията на заразните болести сред употребяващите наркотици (Испания, Латвия, Люксембург, Швеция), а други са извършили и двете едновременно (Естония,

⁽³³⁾ Цел 17 на плана за действие 2005-2008 на ЕС предвижда намаляването на смъртността, свързана с употребата на наркотици да бъде включено като специфична цел на всички равнища, със специално разработени за тази цел мерки за намеса.

⁽³⁴⁾ По-конкретно цел 16 на плана за действие 2005-2008 касае превенцията на разпространяването на инфекциозни заболявания. Цел 14 предвижда прилагането на Препоръката на Съвета за превенция и намаляване на отнасящите се до здравето щети, свързани с наркозависимостта, приета през 2003 г. (Препоръка на Съвета 2003/488/ЕС). През 2007 г. се предвижда да бъде изготвен доклад на Комисията за изпълнението на тази Препоръка, включващ информация, събрана от отговорните за политиките институции и от националните фокусни центрове Reitox, като принос към оценката на стратегията на ЕС в областта на наркотиците.

Действия и мерки за намеса по отношение на употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода в новите държави-членки

Настоящите данни се базират на един съвместен проект между ЕЦМНН и европейския регион на СЗО, който бе реализиран през 2005 г. ⁽¹⁾.

За тестване за наркотици в местата за лишаване от свобода съобщават повечето нови държави-членки. Въпреки това има разлика между схемите за тестване за наркотици, които страните прилагат. Лишените от свобода се тестват преди постъпване единствено в Чехия, Малта и Словения. Също така Малта и Словения са единствените страни, които тестват лишените от свобода преди да излязат в отпуск. Произволно тестване за наркотици се извършва във всички затвори в Чехия, Малта, Словения и Словакия и в по-малко от 50 % от местата за лишаване от свобода в Унгария.

Лечебните подходи без наркотици преобладават сред мерките в местата за лишаване от свобода в новите държави-членки, но обхватът на покритието на подобни мерки е ограничен. За предлагане на лечение без наркотици, съчетано с психологическа подкрепа, в по-малко от 50 % от местата за лишаване от свобода съобщават Чехия, Естония, Литва, Унгария, Полша и Словакия. Секции без наркотици съществуват в повечето страни, но само Чехия и Словения съобщават за наличието на тази възможност в над 50 % от местата за лишаване от свобода. По-масово се предлага краткотрайна детоксификация с лечение с медикаменти (всички места за лишаване от свобода в Латвия, Унгария, Малта, Словения и Словакия).

Броят на лишените от свобода в новите държави-членки, които имат достъп до лечение с антагонисти и до субституираща терапия, обикновено е нисък. С изключение

на спешните случаи, лечение с антагонисти очевидно не се прилага и малко страни съобщават за предлагане на опиатно субституиращо лечение при тежка детоксификация в местата за лишаване от свобода (Унгария, Малта, Полша и Словения). Свързаните с наркотиците мерки преди освобождаване са под формата предимно на консултации и предоставяне на информация (Чехия, Латвия, Литва, Унгария, Полша, Словения и Словакия). Субституиращо лечение като мярка преди освобождаване се предлага във всички места за лишаване от свобода в Словения и в по-малко от 50 % от затворите в Полша.

Малко места за лишаване от свобода в новите държави-членки съобщават за мерки за намаляване на щетите при инжекционно употребяващите наркотици. Програми за обмен на игли и спринцовки не се изпълняват в местата за лишаване от свобода в нито една от новите държави-членки и само Естония, Литва и Словения съобщават за осигуряването на дезинфектанти за почистване на спринцовките. Въпреки всичко в местата за лишаване от свобода се работи в областта на свързаните с наркотици инфекциозни заболявания. Ваксинация срещу хепатит В се прави във всички места за лишаване от свобода в шест нови държави-членки (Чехия, Естония, Унгария, Малта, Словения и Словакия), а пет страни съобщават за предлагане на антивирусна терапия за хепатит С-позитивните лишени от свобода във всички затвори (Чехия, Литва, Полша, Словения и Словакия). За прилагане на антиретровирусна терапия при HIV-позитивни пациенти съобщават всички нови държави-членки ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Данни бяха предоставени от Чехия, Естония, Латвия, Литва, Унгария, Малта, Полша, Словения и Словакия. За допълнителна информация вижте EMCDDA (2005c).

⁽²⁾ За Кипър не бяха предоставени данни.

Франция, Обединеното кралство). Малта и Австрия планират да изготвят конкретни политики за техния подход в тази област.

В Германия и Гърция конкретните мерки, насочени към превенцията на инфекциозните заболявания са част от националната стратегия в областта на наркотиците, но превенцията на заразните болести не е определена като изрична цел в този документ.

В повечето случаи тези стратегии за превенция на инфекциозните заболявания са доста нови и в редица страни сроковете на приемането им съвпадат с предходната стратегия на ЕС в областта на наркотиците (2000—2004), в която за първи път намаляването на разпространението на заразните болести сред употребяващите наркотици бе заложено като европейска планова цел.

Според докладите на националните фокусни центрове (НФЦ) ⁽³⁵⁾ целите и целевите групи, определени в националните стратегии, съответстват в голяма степен на тези, определени на европейско равнище. Освен употребяващите наркотици чрез инжектиране, целевите групи обхващат и сексуалните работници и лишените от свобода. В новите централноевропейски държави-членки, а също и в Норвегия, особено ясно се акцентира

върху младите хора и употребяващите наркотици без инжектиране като друга важна целева група за действия по превенция на инфекциозните заболявания. Политиките в Дания и Естония още повече разширяват обхвата на целевите групи и включват лицата, които са в близки отношения с употребяващите наркотици.

В много страни на ЕС стратегиите, насочени към намаляването на инфекциозните заболявания, са подчертано свързани с ХИВ/СПИН, особено в Естония, Испания, Кипър, Латвия и Литва. Въпреки това в 10 страни (37 %) стратегиите в областта на инфекциозните заболявания изрично споменават превенцията на инфекциите от хепатит С сред употребяващите наркотици ⁽³⁶⁾. През 2004 г. Ирландия започна процес на консултации за изготвянето на такава стратегия, а в Германия бяха издадени препоръки по въпросите на превенцията и лечението. Професионалните и обществени дискусии в Австрия получиха тласък от проведената през 2005 г. във Виена международна конференция на тази тема.

Страстиите за намаляване на щетите са важна част от ответните мерки срещу употребата на наркотици, предприемани днес на европейско равнище, а подобряването на достъпа до услуги за превенция

⁽³⁵⁾ Този анализ в голяма степен се базира на националните доклади, изготвени по структуриран за целта въпросник (SQ 23), актуализирани с информацията, предоставена от националните фокусни центрове в техните национални доклади.

⁽³⁶⁾ Включително Франция и Англия, които са разработили пълни стратегии за превенция на хепатит С — съответно Plan National Hépatites Virales C et B (2002—2005) (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) и Хепатит С — план за действие за Англия, 2004 (<http://www.dh.gov.uk/>).

и намаляване на щетите, свързани със здравето, са главен приоритет на стратегията в областта на наркотиците на ЕС 2005-2012. Общата стратегическа платформа в областта на намаляване на щетите, свързани със здравето, която предлага стратегията в областта на наркотиците на ЕС, намира отражение в много национални политики в целия ЕС и е в помощ на унифицирането на базираните на доказателства ответни мерки в тази област.

През 2004 г. бе документирано подобрение в наблюдението над предлагането на спринцовки на европейско равнище. Въпреки това информация за предоставянето, използването и обхвата на широк диапазон от допълнителни важни услуги, предлагани от агенции с ниско прагово равнище на достъп до услугите им, в повечето страни почти не се отчита на национално равнище. Не е лесно да бъде очертана и картината за Европа. В карето „Агенциите с ниско прагово равнище на достъп като важен информационен източник“

Агенциите с ниско прагово равнище на достъп като важен информационен източник

Агенциите с ниско прагово равнище на достъп играят много важна роля за повишаване на достъпа на употребяващите наркотици до грижи и услуги. За групите употребяващи наркотици, които са „скрити“ или по-трудно могат да бъдат достигнати, или са прекъснали контактите си със системата за социални грижи, тези агенции могат да бъдат контактна точка и място за ползване на медицински и социални услуги.

Въпреки че всички агенции с ниско прагово равнище на достъп имат установена някаква система за документиране на предоставяните от тях услуги, и че наблюденията и отчитането се извършват в разширен вид, тези дейности са ориентирани предимно към отчитането им пред финансиращите ги организации и по-малко към вътрешното управление на качеството или планирането и оценката на услугите. Много често събрана ценна информация остава на равнището на агенцията. Въпреки потенциалното им значение за наблюдението на моделите на употреба и тенденциите при наркотиците, както и за достъпа до услуги, фактът, че са със занижено прагово равнище на достъп като че ли не се използва в достатъчна степен. Една от главните пречки за това е липсата на стандартизиране и съпоставимост на събираната информация.

За да бъде подобрено качеството на наличните данни за предлагането и ползването на услуги за намаляване на щетите, е важно да съществува инструментариум за събирането на данните, който е подходящ за тези агенции и в същото време дава съответните резултати за целите на националните и европейски наблюдения. Една инициатива в тази посока е съвместният проект между ЕЦМНН и Корелационната мрежа, подпомаган от експертите от националните фокусни центрове във Франция, Ирландия, Унгария и Норвегия. Корелационната мрежа (Европейска мрежа за социално включване и здраве, www.correlation-net.org) представлява правителствени и неправителствени организации от 27 европейски страни и се финансира по програмата за обществено здраве на Европейската комисия (DG SANCO).

е описан един проект за подобряване на положението с информацията.

Целенасочено лечение и управление на качеството

Текущият план за действие на ЕС изисква също така високо качество на лечението и на услугите за намаляване на щетите.

Прилагането на инструменти за управление на качеството на ниво планиране на лечението и на намаляването на щетите доведе до придаването на по-специфичен характер на услугите по отношение на целевите групи, т.е. до съобразяването им с различните нужди на групите според пола на лицата в тях (вж. също избрания материал за половите различия).

Елементите на лечението или програмите, които обслужват изключително само една конкретна целева група, са обичайно явление за целия ЕС. Децата и младежите на възраст под 18 години се лекуват в специализирани агенции в 23 страни; лечението на употребяващи наркотици с психично съпътстващо заболяване се извършва в специализирани агенции в 18 страни; а всички страни, с изключение на Кипър, Латвия, Литва, България и Турция, съобщават за съществуването на специални услуги за жени. Услугите, съобразени с нуждите на употребяващите наркотици имигранти, или на групи със специфични езикови изисквания или религиозен или културен произход, се срещат по-рядко, но за такива съобщават Белгия, Германия, Гърция, Испания, Литва, Нидерландия, Финландия, Швеция и Обединеното кралство.

Елементи на лечение, специализирани за употребяващите канабис или кокаин се отчитат от 13 страни, а специални терапевтични програми за тези групи в агенции за лечение срещу наркотиците съществуват в осем страни. Въпреки това в повечето от тези страни се отчита, че предлагането и достъпът до такива услуги са недостатъчни. За наличието на подобна специализирана програма за употребяващите амфетамини съобщават Испания, Словакия и Обединеното кралство.

Други конкретни стъпки към подобряване качеството на лечението и грижите са индивидуалният подход, посредничеството за предоставяне на специализирани услуги (напр. лечение на съпътстващи заболявания) и предварителната оценка на пациентите преди терапията, за по-добро съобразяване на лечението по поръчка с профила на пациента с цел постигане на по-продължително преустановяване на употребата и по-висока ефикасност на терапията.

Въпреки цялостното разширяване на възможностите за лечение, включването на някои групи употребяващи наркотици, особено на тези с продължителни и хронични проблеми, остава предизвикателство за предоставящите услуги в областта на наркотиците. Мерките, изразяващи се в работа на терен и в услуги с ниско прагово равнище на достъп са често прилаган подход в опитите за установяване на връзка и за ангажиране на тези труднодостъпни групи от населението. Един малко по-спорен подход е създаването в някои страни на помещения за употреба на наркотици под наблюдение, предназначени предимно за употребяващите наркотици

чрез инжектиране, но вече понякога и предлагани за пушене на кокаин или на крех (вж. EMCDDA, 2004c). Друга спорна област на предлагане и експериментирание на услуги е използването в няколко страни на хероин като вещество при субституираща терапия срещу наркотиците. Въпреки че като цяло дейностите в тази област остават силно ограничени в сравнение с останалите възможности за лечение, някои изследвания сочат, че провеждането на лечение с хероин може да бъде от потенциална полза за пациенти, при които поддържащото метадонново лечение е било неуспешно. Например един наскоро проведен произволен контролиран експеримент за хероиново-подпомогната терапия в Германия (Naber и Naasen, 2006) съобщава за положителни резултати от гледна точка както на здравното състояние, така и на намаляване употребата на незаконни наркотици. Въпреки това понастоящем в Европа не е постигнат ясен консенсус за цената и ползата от такъв подход и това остава една област на значителни научни и политически обсъждания.

С увеличаване на предлагането и качеството на лечението, в някои европейски градове акцентът се измества към намаляване на въздействието на употребата на наркотици върху общностите. В някои видове местен контекст обещаващи се оказаха настоящата работа на терен и един привлекателен набор от услуги с ниско прагово равнище на достъп (вж. „Подходи за намаляване на щетите“ в Глава 5) и те могат да бъдат ценни и ефективни модели за по-широко прилагане, с цел възстановяване на връзката с маргинализирани групи и последващото им насочване за лечение.

Разработването на „по-безопасни“ субституиращи продукти (т.е. на вещества, за които има по-малка вероятност да бъдат отклонени на черния пазар) прави по-възможно лечението за наркозависимост да започне да се провежда в кабинетите на общопрактикуващите лекари. Това също е един процес на нормализиране, който позволява наркозависимостта да се третира като хронично заболяване, каквото например е диабетът.

Някои страни съобщават, че големите групи употребяващи хероин, които са на субституираща терапия, създават съответно търсене на услуги в помощ на социалната им реинтеграция, особено за започване на платена работа. При сегашните икономически условия много страни могат да се затруднят да отговорят на нуждите от професионална реинтеграция на по-възрастните сред употребяващите хероин, дори ако те са стабилизиращи чрез поддържащо лечение срещу употребата на наркотици. Тази ситуация се влошава допълнително от високите равнища на заболяемостта сред тази група лица.

Социална реинтеграция

Цялата налична литература и всички факти и цифри от държавите-членки сочат към една и съща истина — животът на употребяващите наркотици е далеч по-проблематичен и несигурен от този на останалото население. Така в последните два плана за действие на ЕС в областта на наркотиците социалната реинтеграция

е една от крайните цели в стремежа към подобряване на здравното и социално състояние на употребяващите наркотици.

Планът за действие 2005—2008 изисква от държавите-членки да „подобрят достъпността и обхвата на програмите за рехабилитация и социална реинтеграция“. Въпреки че социалните мерки все още са по-слабо застъпена ответна мярка срещу проблемната употреба на наркотици от лечението, мерките за намеса, които съчетават лечението със здравните и социални мерки се смятат от професионалистите за най-добрия отговор за постигане на рехабилитация на употребяващите наркотици.

Данните за социалната реинтеграция⁽³⁷⁾ в Европа са оскъдни, предимно поради пречките пред събирането на количествена информация в тази област. Поради това по-голямата част от дадената по-долу информация се базира на качествена оценка, фокусирана върху политиката, изпълнението и гаранциите за качеството в рамките на държавите-членки⁽³⁸⁾.

През 2004/2005, в отговор на плана за действие на ЕС, 20 от 28-те страни, които предоставяха данни⁽³⁹⁾ имаха стратегия за свързаната с наркотиците социална реинтеграция. Други четири страни имат разработени регионални или местни стратегии, въпреки че тази тема не е засегната изрично в националната им стратегия в областта на наркотиците или в други политически документи в тази област; три страни не разполагат с нито един от тези документи.

Основната финансираща институция е на държавно/национално равнище в 11 от страните, докато финансирането се осъществява предимно на регионално/местно равнище в осем страни. В други осем страни финансирането се осигурява и от двете равнища, като нито едно от тях не е преобладаващо, или по линията на здравно осигурителни схеми.

В държавите-членки на ЕС проблемно употребяващите наркотици имат достъп до социалните мерки чрез средства, които са предназначени изключително само за употребяващите наркотици или са насочени към групи в неблагоприятно социално положение. Ключов елемент сред тези мерки са жилищата. Услугата, която най-често се предлага на бездомните употребяващи наркотици, е достъпът до „общи жилищни услуги“ (в 21 от страните), докато 18 страни предлагат жилищно настаняване само на проблемно употребяващите наркотици, а 13 страни съчетават двете системи. Въпреки това съществуват известни съмнения относно ефективния достъп на бездомните проблемно употребяващи наркотици до тези възможности. Сред съобщаваните проблеми са слабото предлагане, местната съпротива срещу предоставянето на нови жилища на употребяващи наркотици, ограничените критерии за достъп и трудностите, които бездомните проблемно употребяващи наркотици имат със спазването на изискванията.

Осигуряването на сигурно жилищно настаняване за бездомните проблемно употребяващи наркотици е първата стъпка към тяхното стабилизиране

⁽³⁷⁾ Социалната реинтеграция се дефинира като „всяка социална мярка за намеса с цел интегриране на бивши или настоящи проблемно употребяващи наркотици в обществото“. Трите „елемента“ на социалната реинтеграция са (1) жилищните условия; (2) образованието; и (3) заетостта (включително професионалното обучение). Могат да се използват и други мерки, като консултиране и развлекателни дейности.

⁽³⁸⁾ За повече информация вж. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ Държавите-членки плюс България, Румъния, Турция и Норвегия, но за Естония не разполагаме с информация.

и рехабилитация. Въз основа на изчисления брой проблемно употребяващи наркотици и на дела на бездомните лица от пациентите, които получават лечение, в Европа има приблизително 75 600 до 123 300 бездомни проблемно употребяващи наркотици.

Тъй като повечето страни понастоящем разполагат с необходимите сгради, а и в някои страни продължават да се изграждат нови, резултатът от тези мерки ще зависи от това да се осигури тези услуги да бъдат достъпни за бездомните проблемно употребяващи наркотици.

Полови различия при употребата на наркотици и в ответните мерки срещу проблемите с наркотиците в годишния доклад на ЕЦМНН 2006 — избрани материали

Като цяло сред употребяващите наркотици мъжете доста надвишават по брой жените. В държавите-членки на ЕС не само че употребата на незаконни наркотици е по-разпространена сред мъжете, но и при тях е много по-голяма вероятността да развият проблеми, да търсят лечение и да починат от употреба на наркотици.

Този избран материал разглежда употребата на наркотици и свързаните с това проблеми от гледна точка

на половите различия. Сред важните въпроси, които се засягат, са: Каква е разликата между употребата на наркотици от мъжете и от жените и намаляват ли различията между половете? Как държавите-членки са разработили конкретно предназначени за всеки пол подходи за превенция на употребата на наркотици, лечение, социална рехабилитация и намаляване на щетите? Еднакво важни ли са за мъжете и за жените конкретно предназначените за всеки пол ответни мерки?

Този избран материал е на разположение в отпечатан вариант ("A gender perspective on drug use and responding to drug problems", in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) или в Интернет само на английски език на следния адрес (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Глава 3

Канабис

Предлагане и достъпност

Производство и търговия

Канабисът остава най-масово произвежданият и продаван растителен незаконен наркотик в целия свят (CND, 2006).

Масово производство на канабис смола е съсредоточено само в няколко страни и по-специално в Мароко, но също и в Пакистан и Афганистан. Общото световно производство на канабис смола се изчислява на 7 400 тона годишно (CND, 2006). По-голямата част от канабис смола, която се употребява в ЕС, е с произход от Мароко; тя влиза като контрабандна стока основно през Иберийския полуостров, въпреки че Нидерландия е важен второстепенен разпределителен център за по-нататъшното ѝ транспортиране до страните от ЕС. Отглеждането на канабис в Мароко бе изследвано за втори път през 2004 г. и заключенията са, че има 10 %

Тълкуване на конфискациите и друга пазарна информация

Конфискациите на наркотици в дадена страна обикновено се смятат за индиректен индикатор за предлагането и достъпността до наркотиците, въпреки че те също са отражение на наличните ресурси в областта на правоприлагането, на приоритетите и стратегиите, както и на уязвимостта на трафикантите от националните и международните мерки за намаляване на предлагането и практиката в отчитането. Конфискуваните количества понякога варират в широки граници в две последователни години, например когато в дадена година при малко на брой конфискации са иззети много големи количества. Поради тази причина броят на конфискациите понякога е по-добър индикатор за тенденциите. Във всички страни броят на конфискациите включва една голяма част конфискации на малки количества на равнище продажба на дребно (на улицата). Когато са известни, произходът и предназначението на иззетите наркотици могат да бъдат индикатор за маршрутите, по които се извършва незаконната търговия, и за зоните на производството. Цената и чистотата/силата на действие на наркотиците на равнище продажба на дребно се отчитат от повечето държави-членки. Все пак данните идват от много различни източници, които не винаги са съпоставими и това затруднява точните сравнения между отделните страни.

намаление спрямо 2003 г., което в голяма степен се дължи на намесата на правителството. През 2004 г. общата площ, на която се е отглеждал канабис, е била 120 500 хектара в района на Риф, което съответства на потенциален обем на производство от 2 760 тона канабис смола (Службата за наркотиците и престъпността на ОН (UNODC) и правителството на Мароко, 2005).

Други страни, споменати също през 2004 г. като страни на произход на канабис смола, иззета в ЕС, включват Албания, Португалия, Сенегал, Афганистан, Пакистан и страните от Централна Азия (национални доклади от мрежата Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Потенциалното световно производство на растителен канабис през 2003 г. се изчислява на над 40 000 тона (CND, 2005), като неговият произход е от различни страни по света. Съобщава се, че конфискуваният в ЕС през 2004 г. растителен канабис е с произход от различни страни, предимно Нидерландия и Албания, но също и Ангола, Южна Африка, Ямайка и Тайланд (национални доклади от мрежата Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Освен това в повечето държави-членки на ЕС се отглеждат (в закрити помещения и на открито) и произвеждат местни продукти от канабис.

Конфискация

През 2004 г. в света са иззети общо 1 471 тона канабис смола и 6 189 тона растителен канабис. По-голямата част от иззетата смола канабис е в Западна и Централна Европа (74 %) и в Югозападна Азия и Близкия и Среден Изток (19%), докато конфискуваните количества растителен канабис са били съсредоточени предимно в Северна Америка (54 %) и Африка (31 %) (UNODC, 2006).

Според оценките през 2004 г. в ЕС са регистрирани 275 000 конфискации на канабис смола, възлизащи на 1 087 тона. Повечето конфискации продължават да се отчитат в Испания (в която са регистрирани около половината от всички конфискации и около три четвърти от общото конфискувано количество в ЕС), следвана от Франция и Обединеното Кралство⁽⁴⁰⁾. Въпреки че броят на конфискациите на смола в ЕС в периода между 1999 г. и 2003 г. като цяло е намалял, тенденциите, които се отчитат в докладващите страни, показват увеличение на равнище ЕС през 2004 г.⁽⁴¹⁾. Общото количество заловена смола в ЕС в периода 1999–2004 г. непрекъснато се увеличава, въпреки че през 2004 г. по-голямата

⁽⁴⁰⁾ Това трябва да се провери когато са налице липсващите данни за 2004 г. Липсват данни за 2004 г. за броя на конфискациите на канабис и обема на конфискуваните количества за Ирландия и Обединеното кралство; липсват данни за броя на конфискациите на канабис през 2004 г. за Нидерландия. За целите на изчисленията, вместо липсващите данни за 2004 г. бяха използвани данните за 2003 г. Предоставените от Нидерландия данни за конфискуваните количества през 2004 г. са само приблизителни оценки, които не бе възможно да бъдат включени в анализа на тенденциите за 2004 г.

⁽⁴¹⁾ Вж. Таблица SZR-1 в статистическия бюлетин 2006.

част от страните (без Испания) отчетат намаление ⁽⁴²⁾. Растителен канабис се конфискува по-рядко в ЕС; според оценките през 2004 г. е имало 130 000 конфискации, възлизащи на 71 тона, като повечето от тях са извършени в Обединеното кралство ⁽⁴³⁾. Броят на конфискациите на растителен канабис в ЕС се увеличава постоянно от 1999 г. насам ⁽⁴⁴⁾, въпреки че след 2001 г. конфискуваните количества намаляват в страните, които отчетат такива данни ⁽⁴⁵⁾. Картината е предварителна, тъй като все още липсват данни за 2004 г. за Обединеното кралство.

Според оценките, през 2004 г. 12 800 конфискации в ЕС и в страните кандидатки доведоха до изземване на около 22 милиона растения канабис и 9.5 тона растителен канабис, като най-големите конфискувани количества са в Турция ⁽⁴⁶⁾. Броят на конфискуваните растения канабис от 1999 г. насам се увеличава и, въз основа на данните от страните, продължава да се увеличава през 2004 г.

Цена и сила на действие

През 2004 г. средната цена на дребно на канабис смола в ЕС варираше от 2.3 евро на грам в Португалия до над 12 евро на грам в Норвегия, докато цената на растителния канабис беше в рамките от 2.7 евро на грам в Португалия до 11.6 евро на грам в Малта, като повечето страни отчетат цени на продукти от канабис в границите от 5 до 10 евро на грам ⁽⁴⁷⁾.

Средните цени на канабис смола, коригирани спрямо инфлацията ⁽⁴⁸⁾, са намалели в периода 1999—2004 г. във всички страни, които отчетат такива данни ⁽⁴⁹⁾, с изключение на Германия и Испания, където цените са се запазили постоянни, както и на Люксембург, където се наблюдава слабо увеличение. Средните цени на растителния канабис от неопределен вид или от внос, коригирани спрямо инфлацията ⁽⁵⁰⁾, също са намалели за този период от време в повечето страни, които отчетат такива данни, но са се запазили постоянни в Испания и Нидерландия и са се увеличили в Германия, Латвия, Люксембург и Португалия. Само две са страните, които отчетат средна цена на растителен канабис местно

производство — Нидерландия и Обединеното кралство, и в двете тези цени са намалели.

Силата на действие на продуктите от канабис се определя по съдържанието на Δ^9 -тетрахидроканабиол (THC), който е основната активна съставка (EMCDDA, 2004b). През 2004 г. се отчита средно съдържание на THC в смолата канабис, продавана на дребно, в рамките от под 1 % (България) до 16.9 % (Нидерландия), докато силата на действие на растителния канабис варира от 0.6 % (Полша) до 12.7 % (Англия и Уелс) ⁽⁵¹⁾. Силата на действие на растителния канабис — местно производство се отчита на 17.7 % в Нидерландия ⁽⁵²⁾.

Разпространение и модели на употреба

Канабисът е най-често използваната незаконна субстанция в Европа. През 1990-те години употребата му нарасна в почти всички страни на ЕС, особено сред младежите, включително учениците.

По приблизителни оценки около 65 милиона от възрастните в Европа, тоест около 20 % от хората на възраст между 15 и 64 години, са опитвали този наркотик поне веднъж ⁽⁵³⁾, въпреки че не трябва да се забравя, че повечето от тях вече не го употребяват. Цифрите за страните варират в широки граници — от 2 % до 31 %, като най-ниски са стойностите в Малта, България и Румъния, а най-високи в Дания (31 %), Испания (29 %), Франция (26 %) и Обединеното кралство (30 %) ⁽⁵⁴⁾. От 25-те страни, за които разполагаме с информация, 13 посочват разпространение на употребата някога през живота в диапазона 10—20 % ⁽⁵⁵⁾.

Употребата през изминалата година е подчертано по-ниска от тази през живота. По приблизителни оценки около 22.5 милиона възрастни европейци са употребявали канабис през изминалата година, или около 7 % от хората на възраст между 15 и 64 години. Цифрите за страните варират в границите от 1 % до 11 %, като най-ниски стойности се отчетат от Гърция, Малта и България, а най-високи от Испания (11.3 %), Франция (9.8 %) и Обединеното кралство (9.7 %) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁴²⁾ Вж. Таблица SZR-2 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁴³⁾ Вж. бележка под линия (40). Липсваха данни за броя на конфискациите на растителен канабис през 2004 г. за Полша.

⁽⁴⁴⁾ Вж. Таблица SZR-3 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁴⁵⁾ Вж. Таблица SZR- в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁴⁶⁾ Вж. бележка под линия (40).

⁽⁴⁷⁾ Вж. Таблица PPP- в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁴⁸⁾ 1999 г. се приема за базова година за стойността на парите във всички страни.

⁽⁴⁹⁾ За периода 1999—2004 г. данни за цените на растителен канабис/канабис смола за най-малко три последователни години бяха предоставени за Белгия, Чехия, Германия, Испания, Франция, Ирландия, Кипър, Латвия, Литва, Люксембург, Нидерландия, Полша, Португалия, Словения, Швеция, Обединеното кралство, България (само за растителен канабис), Румъния, Турция и Норвегия. Въпреки това тенденциите за Чехия не бяха анализирани поради методологични ограничения, които влияеха върху предоставените данни.

⁽⁵⁰⁾ 1999 г. се приема за базова година за стойността на парите във всички страни.

⁽⁵¹⁾ Вж. Фигура PPP-2 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁵²⁾ Вж. Таблица PPP-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁵³⁾ Средната процентна стойност е изчислена като средните национални стойности за разпространение на употребата са претеглени спрямо броя на населението от съответната възрастова група във всяка страна. Общите стойности са изчислени като са умножени стойностите за разпространение на употребата сред съответното население във всяка страна, а за страните, за които липсват данни са въведени средните стойности за разпространение на употребата. Посочените тук цифри вероятно са минималните стойности, тъй като е възможно да са отчетени по-ниски от реалните стойности.

⁽⁵⁴⁾ По причини от практическо естество, в този текст стойностите за Обединеното кралство се базират на Британското изследване за престъпността 2005 г. (за Англия и Уелс). Направени са допълнителни приблизителни оценки за Шотландия и Северна Ирландия, а за Обединеното кралство е представена комбинирана прогнозна оценка (в статистическия бюлетин).

⁽⁵⁵⁾ Вж. Таблица GPS-1 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁵⁶⁾ Вж. Таблица GPS-3 в статистическия бюлетин 2006.

Приблизителни оценки за употребата на наркотици сред населението

Употребата на канабис сред общото население или учениците се изчислява посредством проучвания, които правят приблизителни оценки за дела на хората, които обявяват, че са използвали наркотици в продължение на определени периоди от време — някога през живота, през изминалата година или през последния месец.

ЕЦМНН, съвместно с националните експерти, разработиха набор от общи ключови позиции („Европейския примерен въпросник“ (ЕПВ)), който да бъде ползван при проучванията сред възрастни и той бе приложен в по-голямата му част от държавите-членки на ЕС. Подробна информация за ЕПВ е дадена в „Ръководство за извършване на проучвания за употребата на наркотици сред общото население“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Все пак има някои различия между страните по отношение на методологията и годината на събиране на данните и дребните различия между страните трябва да се тълкуват предпазливо⁽¹⁾.

„Употребата някога през живота“ има ограничена стойност за оценката на текущата употреба на наркотици сред възрастните (въпреки че се смята за добър индикатор при учениците), но може да даде задълбочена представа за моделите на употреба. „Употребата през изминалата година“ и „употребата през последния месец“ по-точно отразяват текущото положение, като последната има повече тежест сред хората, които често употребяват наркотици.

Проектът за Европейското училищно проучване за употребата на алкохол и други наркотици (ESPAD) е важен източник на информация за употребата на наркотици и алкохол сред учениците в Европа и е безценен за регистриране на тенденциите във времето. Проучванията ESPAD са провеждани през 1995 г., 1999 г. и 2003 г. Следващото проучване ще бъде осъществено през 2007 г.

ESPAD ползва стандартизирани методи и инструменти върху представителни за страните извадки сред ученици на възраст 15–16 години, за да има съпоставимост на резултатите. С всяко следващо проучване участието в ESPAD се увеличава, като през 1995 г. участваха 26 европейски страни, през 1999 г. — 30, а през 2003 г. — 35, включително 22 държави-членки на ЕС и четири страни кандидатки (България, Хърватия, Румъния и Турция). Въпросите в проучването са фокусирани върху употребата на алкохол и на незаконни наркотици, със стандартните времеви рамки и честота на употребата.

Информация за проучването ESPAD и докладите от него са на разположение на уебсайта на ESPAD (www.espad.org).

⁽¹⁾ За повече информация за методологията на проучванията сред населението и за използваната методология във всяко национално проучване вижте статистическия бюлетин 2006.

Приблизителните оценки за употребата през последния месец по-точно отразяват редовната употреба на наркотици. По приблизителни оценки 12 милиона възрастни европейци са употребявали наркотици през последните 30 дни, което представлява около 4 % от възрастните. Цифрите за страните варират в границите от 0.5 % до 7.5 %, което е 15-кратна разлика. Най-ниските цифри се отчитат в Литва, Малта, Швеция и България, а най-високите в Чехия (4.8 %), Испания (7.6 %) и Обединеното кралство (5.6 %) ⁽⁵⁷⁾.

Употребата на незаконни наркотици, включително на канабис, се среща предимно сред младежите. През 2004 г. между 3 % и 44 % от европейците на възраст между 15 и 34 години съобщават, че са опитвали канабис, 3–20 % са го употребявали през последната година и 1.5–13 % са го употребявали през последния месец, като най-високите цифри отново се отчитат в Чехия, Испания и Обединеното кралство. Средните стойности за европейците от тази възрастова група са 32 % за употреба някога през живота, 14 % за употреба през последната година (в сравнение с 2 % при хората на възраст от 35 до 64 години) и над 7 % за употреба през последния месец (в сравнение с 1 % при хората на възраст от 35 до 64 години) ⁽⁵⁸⁾.

Употребата на канабис е още по-висока сред 15- до 24-годишните, като разпространението на употребата някога през живота е в диапазона 3 % до 44 % (повечето страни отчитат стойности от порядъка на 20–40 %), употребата през последната година е в диапазона 4 %–28 % (в повечето страни 10–25 %) (Фигура 2), а употребата през последния месец е в диапазона 1 % – 15 % (в повечето страни 5–12 %), като стойностите сред мъжете са по-високи от тези при жените. В новите държави-членки равнищата на употреба на канабис сред младите възрастни на възраст 15–24 години обикновено са в същия диапазон като тези за 15-те стари държави-членки, но сред по-възрастните стойностите на употребата съществено намаляват ⁽⁵⁹⁾.

За сравнение, през 2004 г. в националното проучване за употребата на наркотици и здравето в САЩ ⁽⁶⁰⁾ 40.2 % от възрастното население (определено като населението на възраст 12 и повече години) съобщават, че са употребявали някога през живота, в сравнение със средната стойност от около 20 % за ЕС. Това е повече дори от онези европейски страни, които са с най-високи стойности за употреба някога през живота (Дания 31.3 % и Обединеното кралство 29.7 %), въпреки че разликата в приблизителните оценки за употребата през последната година не е така голяма — тази стойност е 10.6 % в Съединените щати, а средната за Европа е 7 %, като няколко европейски страни отчитат стойности близки до тези в Съединените щати.

Пет държави-членки на ЕС (Белгия, Испания, Италия, Кипър и Обединеното кралство) отчетоха данни от националните проучвания в училищата, а България отчете данни от проучвания в училищата, направени в два големи града на страната. Като цяло картината

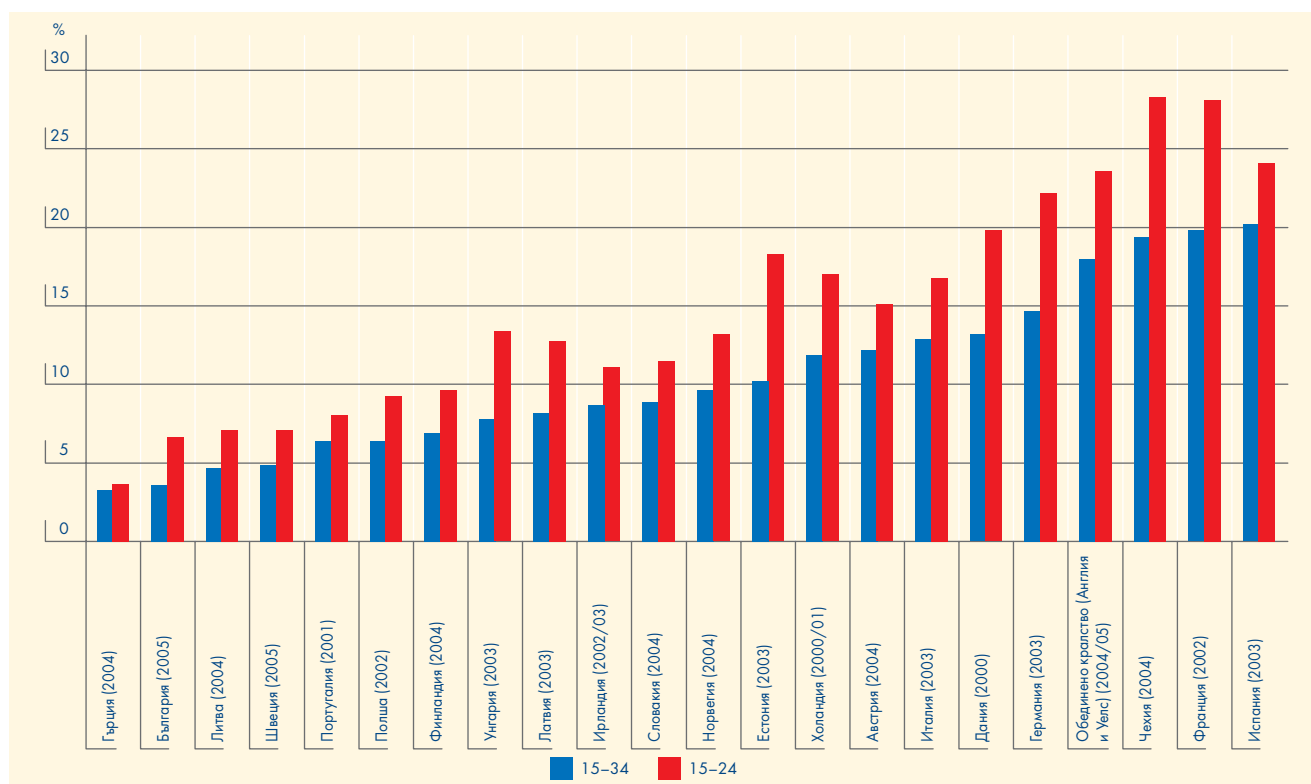
⁽⁵⁷⁾ Вж. Таблица GPS-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁵⁸⁾ Вж. Таблицы GPS-2, GPS-4 и GPS-6 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁵⁹⁾ Вж. Таблицы GPS-14, GPS-15 и GPS-16 и Фигури GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 и GPS-26 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁶⁰⁾ Източник: SAMHSA, Служба за приложни изследвания, 2004 г. — Национално проучване за употребата на наркотици и здравето (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Имайте предвид, че възрастният диапазон за „всички възрастни“ в изследването на САЩ (12 и повече години) е по-широк от стандартния възрастов диапазон при европейските проучвания (15–64).

Фигура 2: Разпространение на употребата на канабис през изминалата година сред младите възрастни (на възраст 15–34 години и 15–24 години)



Забележка: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. За допълнителна информация вижте Таблици GPS-8, GPS-11 и GPS-18 в статистическия бюлетин 2006.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2005), като данните са снетни от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

за употребата на канабис сред учениците в Европа остава непроменена. Най-високи стойности за разпространение на употребата на канабис някога през живота сред 15- и 16-годишните ученици отчитат Чехия и Испания (съответно 44 % и 41 %). Страните, в които стойностите са по-високи от 25 % са Германия, Италия, Нидерландия, Словения и Словакия (27–28 %) и Белгия, Франция, Ирландия и Обединеното кралство, където разпространението на употребата някога през живота е в диапазона от 32 % до 40 %. Най-ниските приблизителни оценки за разпространение на употребата някога през живота (под 10 %) се наблюдават в Гърция, Кипър, Швеция, Румъния, Турция и Норвегия⁽⁶¹⁾.

Приблизителните стойности за разпространението на употребата сред 15- и 16-годишните ученици не трябва да се обобщават и за по-големите ученици, тъй като при съвсем малко увеличаване на възрастта понякога се наблюдава силно увеличение на разпространението на употребата. Сред 17- и 18-годишните приблизителните оценки за разпространението на употребата някога през живота достига над 50 % в Чехия, Испания и Франция⁽⁶²⁾. А в Швеция, където разпространението на употребата е ниско в сравнение с много други държави-членки, приблизителната оценка за употребата на канабис някога през живота сред 17- и 18-годишните ученици

е 14 % и е повече от два пъти по-висока от тази сред 15- до 16-годишните (6 %) ⁽⁶³⁾.

Моделите на употребата на канабис

Употребата на канабис е повече инцидентна или се прекъсва известно време след започването. Средно 33 % от европейците, които някога са опитвали канабис, са го употребявали и през последната година, докато само 16 % са го употребявали през последните 30 дни. Тези процентни стойности, които са известни като „стойности на продължаване на употребата“, са различни за различните страни и варират в диапазона от 20 % до 45 % за продължаване на употребата през последната година и от 10 % до 25 % за продължаване на употребата през последните 30 дни ⁽⁶⁴⁾.

Въпреки че употребата на канабис до голяма степен е съсредоточена сред младежите, от данните за Испания и Обединеното кралство се пораждаят някои предположения, че хората вероятно продължават да използват този наркотик и във възрастта на 30-те и 40-те си години. Възможно е това да е една важна дълготрайна промяна в моделите на употреба на канабис, която заслужава по-подробно разглеждане.

Както и при останалите незаконни наркотици, употребата на канабис е подчертано по-висока сред

⁽⁶¹⁾ Вж. Таблица EYE-1 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁶²⁾ Младежко проучване ESCAPAD, включващо 17-до 18-годишните, които не посещават училище.

⁽⁶³⁾ Вж. Таблица EYE-3 и Фигура EYE-1 (част i) в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁶⁴⁾ Вж. Фигура GPS-24 в статистическия бюлетин 2006.

мъжете, отколкото при жените. Разликата е по-силно изразена, когато се касае за употреба през последната година или последния месец, отколкото за употреба някога през живота, но разликите са по-малки сред младежите, отколкото сред по-възрастните (вж. избрания материал за половите различия). Също така употребата на канабис се среща по-често в градските райони или в гъсто населените райони. Съществуват предположения, че употребата се разпространява към по-малките градове или селските райони и Полша документираща тази тенденция в националния си доклад 2005. Въпреки увеличаващите се опасения за редовна или интензивна форма на употреба на канабис ⁽⁶⁵⁾, информацията на европейско равнище е много ограничена. По груба приблизителна оценка, направена в годишния доклад 2004 (EMCDDA, 2004a), 1 % от възрастните европейци, или около 3 милиона души, вероятно употребяват канабис ежедневно или почти всеки ден. Няколко страни отчитат увеличаване на редовната или интензивна употреба на канабис, но само Испания отчита такива данни за ежедневната употреба, като се наблюдава увеличение между 1997 и 1999 г. (0.7–0.8 % от възрастните) и през 2001 г. (1.5 %), последвано от стабилизиране през 2003 г. (1.5 %). Би било полезно да има информация и от други страни и за конкретни възрастови групи (напр. 15–24 годишните). Според заключенията на френското проучване от 2003 г. ESCAPAD, 14 % от 17- до 18-годишните (9 %

от момчетата и 18 % от момчетата) могат да се считат за застрашени от проблемна употреба според специалната скала (CAST). Други страни също работят по разработването на скали за оценка на интензивната форма на употреба на канабис (Германия, Нидерландия, Полша и Португалия) и ЕЦМНН насърчава съвместната дейност в тази област.

Тенденции в употребата на канабис сред възрастните

Проследяването на дългосрочните тенденции в употребата на наркотици в Европа се затруднява от липсата на надеждна времева поредица от данни. Въпреки това от началото на 1990-те години все повече страни започнаха да извършват проучвания и днес някои от тях започват да предоставят ценни познания за тенденциите с течение на времето.

Обикновено се смята, че употребата на канабис започва да се разпространява в някои европейски страни през 1960-те години и става популярна през 1970-те и 1980-те години. Последните национални проучвания показват значително разпространение на употребата някога през живота сред 45- до 54-годишните в Дания, Германия, Испания, Франция, Нидерландия, Швеция и Обединеното кралство, което показва, че употребата на канабис в значителна степен е започнала в края на 1960-те и през 1970-те години. Един анализ на започването на употребата на канабис установи чувствително увеличаване на употребата в Испания през 1970-те години, в Германия (Западна) през 1980-те години и в Гърция през 1990-те години ⁽⁶⁶⁾. Данните за Швеция документират едно относително високо равнище на експериментиране сред войниците на задължителна военна служба през 1970-те години (15–20 %).

Националните и местни проучвания сред домакинствата, в казармите и в училищата показват, че употребата на канабис чувствително се е увеличила през 1990-те години в почти всички страни на ЕС, особено сред младежите. Това увеличение продължи доскоро в почти всички страни, въпреки че са налице признаци на стабилизиране, а в някои случаи дори на намаляване.

В Обединеното кралство употребата напоследък на канабис сред младите възрастни (на възраст между 15 и 34 години) в началото на 1990-те години беше най-високата в Европа, но бавно намаля в периода между 1998 г. и 2004/2005 г. ⁽⁶⁷⁾, докато в Испания и Франция стойностите напоследък (2002 г. или 2003 г.) достигнаха тези в Обединеното кралство (Фигура 3). Също така високи равнища на разпространение на употребата се отчитат и в Чехия.

Равнищата на употребата са по-ниски в Дания, Германия, Естония, Италия, Нидерландия и Словакия, но всички тези страни отчитат увеличение в употребата през изминалата година сред младите възрастни, също както и Унгария, въпреки че в по-слаба степен. Трябва да се отбележи, че

Последици за здравето от употребата на канабис

През последните години силно се увеличи равнището на безпокойството във връзка с потенциалните социални и здравни последици от употребата на канабис. Въпреки че наличните сведения не дават ясно и категорично познание по тези въпроси, могат да се направят някои заключения. Очевидно е, например, че интензивната употреба на канабис е свързана с психични заболявания, но въпросът за съпътстващата заболяемост се преплита с въпросите за причините и следствието. Сложните аспекти на тази обвързаност са проучени и разгледани в една монография на ЕЦМНН, която скоро предстои да излезе.

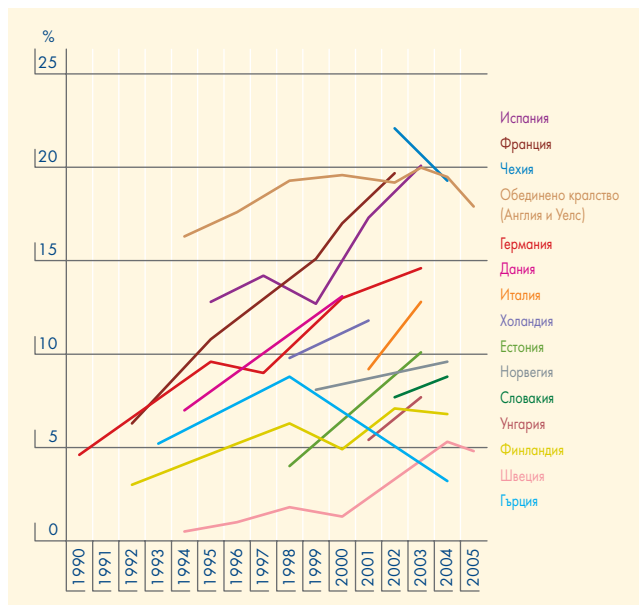
Фактът, че интензивната употреба на канабис често съпътства умствени проблеми, които не са характерни за наркотиците, има практически последици. Когато се съставя план за терапията на употребяващи канабис, за клиничните специалисти понякога е трудно да решат дали да започнат с лечението на проблемната употреба на наркотици или на проблема с душевното здраве. Проучванията за ефекта от лечението на проблемната употреба на канабис все още са оскъдни, а малкото съществуващи обхващат само специфични психосоциални видове терапия. Всички останали разновидности на лечението или изобщо не са изследвани, или са изследвани в недостатъчна степен. Поради това липсват сведения за ефикасността и ефективността на тези видове лечение.

⁽⁶⁵⁾ Все още не съществува универсална дефиниция на понятието „интензивна употреба на канабис“ и тя е различна в различните изследвания. Въпреки това, това е едно широко понятие, което означава употреба на канабис, която надхвърля определена гранична честота. Това не означава непременно, че е налице „зависимост/наркомания“ или други проблеми, но се смята, че тя увеличава опасността от отрицателни последици, включително появата на зависимост. Фигурите в настоящата глава се отнасят за „ежедневна употреба или употреба почти всеки ден“ (дефинира се като употреба в 20 или повече дни от последните 30). Този сравнителен индикатор се използва често в изследванията и може да бъде изведен от европейския примерен въпросник. Опасността от настъпване на зависимост сред употребяващите наркотици по-рядко е по-малка.

⁽⁶⁶⁾ Вж. Фигура 4 в годишния доклад 2004.

⁽⁶⁷⁾ От 1994 г., първата година, с която разполагаме с информация на базата на Британското изследване за престъпността за Англия и Уелс.

Фигура 3: Тенденции в разпространението на употребата на канабис през изминалата година сред младите възрастни (15—34 годишни)



Забележка: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. За допълнителна информация вижте Таблица GPS-4 в статистическия бюлетин 2006.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2005), като данните са снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

данните за Дания (2000) и за Нидерландия (2001) са относително стари и поради това текущото положение там не е така ясно.

Във Финландия и Швеция разпространението на употребата е относително ниско, но също бележи увеличение; въпреки това е трудно да се изтъкува разликата, която се наблюдава в Швеция в периода между 2000 г. (1.3 %) и 2004 г. (5.3 %) поради промени в методологията⁽⁶⁸⁾.

По приблизителни оценки разпространението на употребата през последния месец също като цяло се е увеличило през миналото десетилетие, въпреки че силно изразено увеличение се наблюдава само в Белгия и Испания. Обединеното кралство напоследък отчита намаление в употребата през последния месец, след като по-рано имаше най-високите равнища в Европа от началото на 1990-те години. Освен това Словакия отчита намаление между 2002 г. и 2004 г. В Чехия и Франция не беше възможно да се направи оценка на тенденцията.

В допълнение към това проучванията в училищата могат да дадат ценна информация за тенденциите в употребата на наркотици сред по-младите групи на населението, която може да се използва за прогнозиране на бъдещите тенденции сред младите възрастни. След 1995 г. в повечето страни е налице общо увеличаване на броя на учениците, които някога са опитвали канабис. Въпреки това географските различия в тенденциите са доста големи. Тенденциите в разпространението на употребата на канабис някога през живота сред учениците на възраст 15—16 години могат да бъдат категоризирани в три географски групи. В Ирландия и Обединеното кралство, в които употребата на канабис е с дълга история, разпространението на употребата някога през живота е високо, но остава стабилно през последното десетилетие (около 37—39 %). В държавите-членки от Източна и Централна Европа, както и в Дания, Испания, Франция, Италия и Португалия, разпространението на употребата на канабис някога през живота през 2003 г. е било значително по-високо от това през 1995 г. В трета група държави-членки (Финландия и Швеция на север и Гърция, Кипър и Малта на юг), плюс Норвегия, приблизителните оценки за разпространението на употребата сред учениците остават на относително ниски равнища (около 10 % и по-ниски)⁽⁶⁹⁾.

Данни за търсенето на лечение⁽⁷⁰⁾

Сред отчетените за 2004 г. общо приблизително 380 000 потърсили лечение (данните са само за 19 страни), канабисът е бил основната причина за насочване към лечение в около 15 % от всички случаи, което го поставя на второ място след хероина по честота на отчитане⁽⁷¹⁾.

Като цяло канабисът е също така вторият най-често цитиран наркотик в докладите за пациенти, които за първи път се подлагат на лечение, които са 27 % от новите пациенти, отчетени за 2004 г., въпреки че съществуват значителни различия между отделните страни, като канабисът се цитира само от по-малко от 5 % от новите пациенти в Литва, Малта и Румъния, но от повече от 40 % от новите пациенти в Германия, Дания, Унгария и Финландия⁽⁷²⁾. За периода 1999—2004 г., относителният дял на всички нови пациенти, лекуващи се за канабис, се е увеличил в повечето страни, които отчитат данни за това⁽⁷³⁾.

В почти всички страни, за които разполагаме с информация, относителният дял на новите пациенти, потърсили лечение срещу употребата на канабис, е по-голям от дела на всички пациенти; в няколко малко на брой страни тези дялове са приблизително еднакви⁽⁷⁴⁾. Най-голямо е търсенето на лечение срещу употреба на канабис в амбулаторни условия⁽⁷⁵⁾.

⁽⁶⁸⁾ Вж. Фигури GPS-4 и GPS-14 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁶⁹⁾ Вж. Таблица EYE-5 (част i) и Фигура EYE-1 (част ii) в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁷⁰⁾ Анализът на общото разпределение и на тенденциите се базира на данните за пациентите, потърсили лечение във всички терапевтични центрове; анализът на профила на пациентите и на моделите на употреба на наркотици се базира на данните от амбулаторните лечебни центрове. Специален анализ за разпределението по полове може да намерите в избрания материал за половите различия, публикуван с годишния доклад на ЕЦМНН 2006.

⁽⁷¹⁾ Вж. Фигура TDI-2 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁷²⁾ Вж. Таблица TDI-4 (част ii) в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁷³⁾ Вж. Фигура TDI-1 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁷⁴⁾ Вж. Таблици TDI-3 (част iii) и TDI-4 (част iii) в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁷⁵⁾ Вж. Таблица TDI-25 в статистическия бюлетин 2006.

Няколко са факторите, които вероятно са свързани с повишеното търсене на лечение за употреба канабис и това остава една област, в която са необходими внимателни изследвания. Сред възможните причини за увеличението са повишената интензивна употреба на канабис и свързаните с това проблеми сред населението, повишеното разбиране за опасностите от употребата на канабис, увеличеният брой насочени за лечение от наказателната правосъдна система, чието значение е ясно изразено в някои страни, и промените в системата за отчитане и/или в нейния обхват ⁽⁷⁶⁾.

Като цяло пациентите, които се лекуват за употреба на канабис, могат да бъдат разделени на три групи: такива, които го използват инцидентно (34 %), такива, които го използват от един до няколко пъти седмично (32 %), и използващите го ежедневно (34 %). Между отделните страни съществуват силно изразени различия по отношение на честотата на употребата на канабис сред новите пациенти, като най-голям дял на ежедневно употребяващите канабис се отчита в Нидерландия и Дания, а най-висок дял на инцидентно употребяващите или на тези, които не са употребявали канабис през месеца преди лечението се отчита в Германия, Гърция и Унгария. Тези различия вероятно са отражение на разликата в насочването за лечение (напр. по-голям брой насочени за лечение от наказателната правосъдна система или от социалните мрежи) ⁽⁷⁷⁾.

Важен въпрос е степента, в която подложилите се на терапия употребяващи канабис отговарят на диагностичните критерии за зависимост или за вредна употреба на наркотици. Понастоящем това е една област, в която са необходими допълнителни изследвания. Тъй като практиките на насочване за лечение са различни в различните страни, е необходимо да бъдат извършени проучвания, за да се документират различните клинични характеристики на лекуващите се срещу употреба на канабис.

Някои пациенти търсят лечение за употреба на канабис в съчетание с проблеми с други наркотици или алкохол, а понякога желанието за лечение е свързано с по-обща проблеми, като нарушения в поведението сред младежите. Освен това някои най-нови проучвания сочат, че е налице увеличение на юношите, търсещи лечение срещу употребата на канабис, които страдат от съпътстващи умствени здравни проблеми, и че това може да е важен фактор, който да влияе върху търсенето на лечение ⁽⁷⁸⁾.

Също така е важно да се разбират по-добре нуждите на употребяващите канабис на равнището на населението. Според оценките на ЕЦМНН в ЕС има около 3 милиона интензивно употребяващи канабис (дефинирано като ежедневна употреба на канабис или употреба почти всеки ден). Въпреки че броят на случаите, в които се налага някаква намеса не е известен, броят на потърсилите лечение, свързано с канабиса, е малък в сравнение с тази цифра.

Наличните данни сочат, че пациентите, които се лекуват срещу употребата на канабис в амбулаторни терапевтични центрове, са сравнително млади; на практика всички нови пациенти, които се лекуват срещу употребата на канабис, са на възраст под 30 години. Младежите на специализирано лечение срещу наркотици по-често са сред регистрираните за основна проблемна употреба на канабис от пациентите от други възрастови групи, като на канабиса се дължи 75 % от търсенето на лечение сред тези от тях, които са под 15 години, и 63 % сред тези на възраст между 15 и 19 години ⁽⁷⁹⁾.

Повечето пациенти съобщават, че за първи път са употребили канабис когато са били в най-младите възрастови групи, като 36.8 % са употребили наркотици за първи път преди 15 годишна възраст. Почти никой от потърсилите лечение не съобщава за употреба на канабис за първи път след 29 годишна възраст ⁽⁸⁰⁾.

Превенция

Добре прилаганите универсални програми за превенция могат да забавят или да намалят започването от младежите на употреба на вещества като цигари, алкохол и канабис. Значението на тези действия се подчертава от сведенията, че ранно употребяващите (младежи от ранна или средна юношеска възраст) са изложени на значително по-висока опасност от развиване на проблеми с наркотиците, включително на зависимост (Von Sydow et al., 2002; Chen et al., 2005). Едно допълнително съображение в стремежа да се предотврати или забави началото на започване употребата на канабис е фактът, че юношите са по-уязвими от токсичността на канабиса.

Профилът на младите употребяващи канабис не се различава от този на младите употребяващи алкохол или цигари, поне в началната фаза на употреба. Това е в подкрепа на идеята, че универсалната превенция сред младежите не трябва да се фокусира единствено върху канабиса, а да се насочи също така и към превенция на употребата на алкохол и цигари.

Половите различия са важна тема в превенцията на употребата на канабис (вж. избрания материал за половите различия). Момчетата са изложени на по-голяма опасност от преминаване към по-интензивна употреба, вероятно защото момчетата повече се съобразяват с неодобрението на родителите и са по-внимателни в избора на връстниците, с които общуват. Но с промяната на традиционните роли на мъжете и жените в съвременното общество това се променя. В няколко европейски страни се изпълняват проекти, насочени към превенция на употребата едновременно на канабис и на алкохол (Bagmaendene, Дания; Beer-Group, Германия; и Risflecting, Австрия), които правят опит да се справят с липсата на комуникационни умения у момчетата. Известно е, че една от причините за интензивната употреба на алкохол и канабис сред момчетата е, че те се затрудняват да общуват с момичета и поради това тези проекти предлагат обучение по флиртуване.

⁽⁷⁶⁾ През 2007 г. ще бъде публикувана монография на ЕЦМНН за канабиса. Три глави от нея ще бъдат върху темата за увеличеното търсене на лечение срещу употребата на канабис.

⁽⁷⁷⁾ Вж. Таблица TDI- в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

⁽⁷⁹⁾ Вж. Таблица TDI-10 (част i) и (част ii) в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁸⁰⁾ Вж. Таблица TDI-11 (част ii) и (част ix) в статистическия бюлетин 2006.

Специфичната превенция в училищата е насочена към рискови фактори, свързани с употребата на наркотици, като например преждевременно напускане на училище, асоциално поведение, нисък успех в училище, неконтактност и рядко посещаване на училище и недобро усвояване на материала поради употреба на наркотици.

Германският проект *Stoned at School* има за цел да обучи учители за ранно откриване и ранна намеса, превенция на употребата на канабис, и създаване на контакт между училището и службите за консултации в областта на наркотиците. Както и други подобни проекти в Австрия, това е една схема за обучение в 10 модула за повишаване информираността на учителите за употребата на канабис и за идентифициране на учениците в риск.

В Германия, Франция и Нидерландия често се срещат специални центрове за консултации по въпросите на наркотиците. От м. януари 2005 г. на територията на Франция са създадени повече от 250 клиники за „консултации в областта на канабиса“. Предназначени за юноши, които имат затруднения в резултат от употреба на канабис или други наркотици, както и за техните родители, тези услуги са анонимни, безплатни и достъпни за всички. За да бъдат по-достъпни, те са създадени в големите френски градове. Консултациите се дават от професионалисти, обучени да използват средства за оценка и краткотрайна намеса, които третират зависимостта и освен това са в състояние да идентифицират социални, медицински или психиатрични услуги, подходящи за пациенти, които се нуждаят от специални грижи. Тази нова структура ще бъде подложена на последващо изследване. Първите предоставени данни за първите 2 или 3 месеца от нейното функциониране показват посещаемост от 3 500—4 000 лица месечно, от които 2 000—2 500 са употребяващи канабис (останалите са родители, роднини и младежки социални работници). Алтернативни стратегии са предлагането на краткотрайни, но структурирани курсове в около 10 групови сесии (Германия, Дания, Нидерландия, Австрия). Един холандско-германски проект EUREGIO лансира придружаващо ръководство SKOLL (обучение за самоконтрол).

„Курсовете за обучение“ във връзка с канабиса се осъществяват на факта, че употребата или притежаването на канабис са незаконни и че участниците са насочени от наказателната правосъдна система. Мотивацията за участие до голяма степен е резултат от факта, че посещаването на такива курсове е задължителна част от съдебните решения. Все пак тези методи позволяват да бъде установен контакт с поне част от рисковата група.

Много мерки за специфична превенция в Европа са насочени повече към предоставянето на информация за канабиса. Като стандартни елементи на програмите за превенция на употребата на канабис все още предстои да бъдат утвърдени някои други основани на факти подходи, включително реструктурирането на нормите (т.е. осъзнаването, че повечето връстници не одобряват употребата на наркотика), обучение в самоувереност, мотивация и поставяне на цели, както и коригиране на митовите (за асоциации между ценностите и канабиса). Един неотдавнашен мета анализ на програми за превенция за уязвими младежи (Roe и Becker, 2005) стига до заключението, че базираните на предоставянето на информация подходи оказват съвсем слабо или никакво въздействие върху поведението или отношението спрямо употребата, независимо дали са част от мерки за универсална или за специфична превенция. Същите автори установяват, че всеобхватните програми за социално влияние оказват значимо въздействие върху уязвими младежи.

Един важен въпрос, който възниква от малкото налични оценки на европейски проекти за специфична превенция на употребата на канабис (FRED, Way-Out (Изход), Sports for Immigrants (Спорт за имигранти) и други; вж. по-горе и EDDRA на адрес <http://eddra.emcdda.europa.eu>), е този за ефикасността на всеобхватните техники за социално влияние. Сред положителните резултати, постигнати с тези техники, са намаляването на равнищата на употреба, увеличаването на самоосъзнаването на проблемната употреба, намаляването на главните рискови фактори и свързаните с тях проблеми, както и повишеният самоконтрол и мотивация.

Краткотрайна намеса при употребяващите канабис

Краткотрайната намеса е подход, който цели да накара хората да размислят относно употребата им на наркотици и да създаде у тях необходимите умения да я контролират. Тази концепция в голяма степен се базира на мотивационните дискусии — един неосъдителен, неконфронтационен подход, при който се изучават ценностите на пациента, неговите цели, самооценката му за употребата, и се подава обратна информация за разминаванията между представата за собственото аз и реалното състояние.

Краткотрайната намеса често се прилага на един по-ранен етап от употребата на алкохол или наркотици от лицето, за да се предотврати развитието на сериозни проблеми с наркотиците по-късно. Съществуват доказателства за ефективността на краткотрайната намеса за предотвратяване неправилната употреба на алкохола и цигарите и нараства интереса към ползата от този подход за останалите наркотични вещества.

Краткотрайната намеса се счита за много полезна при специфичните мерки за превенция, насочени към употребяващите канабис, които обикновено не влизат във връзка с лечебни заведения. В случая на интензивно употребяващите канабис образователните програми, които акцентират върху абстиненцията, понякога не са ефикасни.

Краткотрайната намеса е икономически ефективна и може да бъде особено подходяща за употребяващи канабис, тъй като е установено, че тя се прилага успешно при употребяващи наркотици, които:

- имат малко проблеми с употребата на наркотици
- имат ниско равнище на зависимост
- отскоро употребяват наркотици
- имат стабилен произход (социален, академичен, семеен)
- изпитват несигурност или противоречиви чувства относно промяната на навика да употребяват наркотици.

Този вид подход сега се прилага в няколко страни, включително Германия, Нидерландия, Австрия и Обединеното кралство, където намесата понякога е под формата на консултации, „курсове по канабис“, или дори уебсайтове за самоподпомагане. Например немската уебсайт-базирана програма за консултации Quit the Shit (Зарежи дрогата) (www.drugcom.de) е един новаторски подход, при който се използва телематична техника и е предназначен за употребяващи канабис, които желаят да намалят или да спрат да вземат наркотика. Подобни уебсайтове с компоненти за самоподпомагане са www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html на Jellinek (Нидерландия) и www.knowcannabis.org.uk/ на HIT (Обединеното кралство).



Глава 4

Амфетамини, екстази и други психотропни наркотици

Второто най-често използвано незаконно вещество в много европейски страни е някаква форма на синтетично получен наркотик. Употребата на тези вещества сред общото население обикновено е ниска, но разпространението на употребата сред по-младите възрастни групи е значително по-високо, а употребата на тези наркотици в някои конкретни социални среди или културни групи понякога е особено висока. В световен план преобладаващите синтетични наркотици са амфетамините (амфетамин и метамфетамин) и екстази.

Амфетаминът и метамфетаминът са стимуланти на централната нервна система. Досега амфетаминът е по-често срещаният от тези два наркотика в Европа. В световен мащаб повишаващите се равнища на употреба на метамфетамин са причина за сериозна тревога, тъй като този наркотик се свързва с редица тежки здравословни проблеми. В Европа съществената употреба на метамфетамин очевидно е ограничена само в Чехия.

Екстази спада към синтетичните вещества, които са химически сродни на амфетамините, но се различават в известна степен по своето въздействие. Най-добре познатият член на групата наркотици екстази е 3,4-метилendioкси-метамфетамин (MDMA), но в таблетки екстази понякога се откриват и други аналози (MDA, MDEA, и др.). Тези наркотици понякога се наричат ентактогени, което се свързва с тяхното специфично въздействие, водещо до промяна в настроението. Понякога те провокират някои ефекти, които са по-типични за халюциногенните вещества.

Исторически погледнато, най-известният досега халюциногенен наркотик е диетиламидът на лизергиновата киселина (LSD), но като цяло равнищата на употребата му са ниски и донякъде остават постоянни в продължение на един доста голям период от време. Напоследък се появяват сведения за увеличаване на предлагането и употребата на свободно срещащи се в природата халюциногени, по-конкретно на халюциногенни гъби.

За откриване на новопоявяващи се наркотици на европейската сцена на наркотиците ЕС създаде система за ранно предупреждение. Тази система се използва също за наблюдение на потенциално опасните нови тенденции в употребата на психоактивни вещества.

Предлагане и достъпност ⁽⁸¹⁾

Производството на амфетамини и екстази трудно може да бъде количествено определено, защото то „използва като изходни продукти лесно достъпни химически вещества и се осъществява в лесни за прикриване лаборатории“ (UNODC, 2003a). По последни оценки годишното производство на амфетамини и екстази в света възлиза на около 520 тона (UNODC, 2003b). В света иззетите количества от тези вещества достигнаха върхови стойности през 2000 г. в размер на 46 тона. След известен спад през 2001 г. и 2002 г., през 2003 г. конфискуваните количества отново се увеличиха на 34 тона и слабо намаляха на 29 тона през 2004 г. През 2004 г. дялът на метамфетамин от конфискациите на амфетамини и екстази в света спадна на 38 % (от 66 % през 2003 г.), като този на екстази е 29 %, а на амфетамин 20 % (CND, 2006).

Амфетамин

Световното производство на амфетамин остава съсредоточено в Западна и Централна Европа, по-конкретно в Белгия, Нидерландия и Полша. Важна роля в незаконното производство на амфетамин в този подрайон играят също и Естония, Литва и България, а в по-малка степен и Германия, Испания и Норвегия, както показва броят на демонтираните през 2004 г. лаборатории за амфетамин в тези страни (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Извън Европа амфетамин се произвежда главно в Северна Америка и Океания (CND, 2006). Търговията с амфетамин през 2004 г. остава предимно на вътрешно регионално равнище. По-голямата част от наличните на незаконния пазар в Европа количества амфетамин са с произход от Белгия, Нидерландия и Полша, както и от Естония и Литва (в северните страни) (национални доклади от мрежата Reitox, 2005; WCO, 2005).

От 6 тона конфискуван амфетамин в световен мащаб през 2004 г., около 97 % са конфискувани в Европа, предимно в Западна/Централна и Югоизточна Европа (където са задържани съответно 67 % и 26 % от общото конфискувано количество в света) (CND, 2006).

Според оценките през 2004 г. в ЕС са отчетени 33 000 конфискации на амфетамин, възлизащи на 5.2 тона и 9.6 милиона единични дози. По отношение на броя на конфискациите и иззетите количества, Обединеното кралство неотменно е на първо място

⁽⁸¹⁾ Вж. „Тълкуване на конфискациите и друга пазарна информация“, стр. 37.

⁽⁸²⁾ Отчетеният брой на демонтираните лаборатории в различните страни е показател както за броя на производствените обекти, така и за дейностите по правоприлагането и приоритетите, а също и за практиките при отчетането.

в ЕС по конфискации на амфетамин ⁽⁸³⁾. През 2004 г. Турция съобщи за задържането на 9.5 милиона единични дози амфетамин. Въпреки някои колебания, от 1999 г. насам на равнище ЕС се увеличават както общият брой конфискации на амфетамин ⁽⁸⁴⁾, така и конфискуваните количества ⁽⁸⁵⁾, а въз основа на заключенията на страните, които отчитат такива данни, тази възходяща тенденция се запазва и през 2004 г.

През 2004 г. средните цени на дребно на амфетамин варират в рамките от 4 евро на грам в Словения до 64 евро на грам в Малта ⁽⁸⁶⁾. За периода 1999—2004 г. цените на амфетамин, коригирани спрямо инфлацията ⁽⁸⁷⁾, са намалели като цяло в Германия, Испания, Ирландия, Латвия, Литва, Швеция, Обединеното кралство, България, Турция и Норвегия ⁽⁸⁸⁾.

Средната чистота на амфетамин през 2004 г. варира от 5—6 % в България до 44 % в Норвегия ⁽⁸⁹⁾. Наличните данни ⁽⁹⁰⁾ за средната чистота на амфетамин в периода 1999—2004 г. показват като цяло низходяща тенденция в Латвия, Литва, Люксембург, Финландия и Норвегия и възходяща тенденция в Белгия, Германия, Франция, Италия, Унгария и Австрия.

Метамфетамин

В световен мащаб метамфетаминът продължава да бъде по-значим от амфетамин или екстази от гледна точка на произведените и продадени количества, въпреки че през 2004 г. неговият дял от конфискациите в света е намалял. Най-големи количества продължават да се произвеждат в Източна и Югоизточна Азия (Китай, Филипините, Мианмар (Бирма), Тайланд), следвана от Северна и Централна Америка (Съединените щати, Канада, Мексико). През 2004 г. в целия свят са конфискувани 11 тона метамфетамин, от които 59 % са конфискувани в Източна и Югоизточна Азия, а 37 % в Северна Америка (CND, 2006). Производството на метамфетамин в Европа е ограничено предимно в Чехия, където се произвежда от средата на 1980-те години под местното наименование „первитин“. През 2004 г., обаче, за производство се съобщава също и в Словакия и България, където има демонтирани лаборатории (Национални

доклади от мрежата Reitox, 2005; UNODC, 2006).

По-голямата част от производството на метамфетамин в Чехия е предназначена за местния пазар, въпреки че известна част се изнася нелегално в Германия, Австрия и Словакия (Национални доклади от мрежата Reitox, 2005). През 2004 г. за конфискации на метамфетамин съобщават Белгия, Чехия, Дания, Естония, Гърция, Франция, Латвия, Литва, Унгария, Австрия, Словакия, Швеция, Румъния и Норвегия, като последната е на първо място едновременно по брой на конфискациите и по иззети количества ⁽⁹¹⁾.

През 2004 г. цената на дребно ⁽⁹²⁾ на метамфетамин в Чехия се отчита в диапазона от 12 евро до 63 евро за грам, а средната му чистотата ⁽⁹³⁾ варира от 43% в Словакия до 50% в Чехия.

Екстази

В световен мащаб Европа остава най-важният център на производството на екстази, въпреки че неговото относително значение очевидно започва да намалява, след като през последните години производството на екстази се разпростирило и в други части на света, особено в Северна Америка (Съединените Щати и Канада) и Източна и Югоизточна Азия (Китай, Индонезия, Хонконг) (CND, 2006; UNODC, 2006). Въпреки че през 2004 г. Нидерландия остана основен източник на екстази за Европа и за света като цяло, лаборатории за неговото производство са разкрити също и в Белгия, Естония, Испания и Норвегия (Национални доклади от мрежата Reitox, 2005; UNODC, 2006). Отчита се, че конфискуваният в ЕС екстази е с произход от Нидерландия и Белгия, и в по-малка степен от Полша и Обединеното кралство (Национални доклади от мрежата Reitox, 2005).

Незаконната търговия с екстази все още е силно съсредоточена в Западна Европа, въпреки че подобно на производството, през последните години и търговията се е разпростирила из целия свят. От конфискуваните през 2004 г. в света 8.5 тона екстази (в тегловен еквивалент) 50 % са били иззети в Западна и Централна Европа, 23 % в Северна Америка и 16 % в Океания (CND, 2006).

⁽⁸³⁾ Тази ситуация трябва да се провери след като бъдат попълнени данните за Обединеното кралство за 2004 година. За Ирландия и Обединеното Кралство липсват данни както за броя на конфискациите на амфетамин, така и за конфискуваните количества през 2004 година; липсват данни за конфискуваните количества амфетамин през 2004 г. за Словения; липсват данни за броя на конфискациите на амфетамин през 2004 г. за Нидерландия. За целите на изчисленията вместо липсващите данни за 2004 г. бяха използвани данните за 2003 г. Предоставените от Нидерландия данни за конфискуваните количества през 2004 г. са само приблизителни оценки, които не биха могли да бъдат включени в анализа на тенденциите за 2004 г.

⁽⁸⁴⁾ Вж. Таблица SZR-11 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁸⁵⁾ Вж. Таблица SZR-12 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁸⁶⁾ Вж. Таблица PPP-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁸⁷⁾ 1999 г. се приема за базова година за стойността на парите във всички страни.

⁽⁸⁸⁾ За периода 1999—2004 данни за цените на амфетамин за най-малко три последователни години бяха предоставени за Белгия, Германия, Испания, Франция, Ирландия, Латвия, Литва, Полша, Швеция, Обединеното кралство, България, Турция и Норвегия.

⁽⁸⁹⁾ Вж. Таблица PPP-8 в статистическия бюлетин 2006. Имайте предвид, че отчетените средни равнища на чистотата на амфетамин могат да замаскират големите различия в чистотата на изследваните проби.

⁽⁹⁰⁾ За периода 1999—2004 г. данни за чистотата на амфетамин за най-малко три последователни години бяха предоставени за Белгия, Германия, Естония, Франция, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Унгария, Нидерландия, Полша, Португалия, Финландия, Обединеното кралство, Турция и Норвегия.

⁽⁹¹⁾ Предоставените за 2004 г. данни от Германия, Италия, Люксембург и Нидерландия не позволяват да се направи разлика между конфискациите на метамфетамин и тези на амфетамин, а Ирландия и Обединеното кралство не са предоставили данни за 2004 г. за конфискациите на наркотици, което затруднява констатацията дали през 2004 г. в тези пет страни са били конфискувани някакви количества метамфетамини.

⁽⁹²⁾ Вж. Таблица PPP-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁹³⁾ Вж. Таблица PPP-8 в статистическия бюлетин 2006.

През 2004 г. приблизителните оценки за 24 000 конфискации в ЕС доведоха до изземването на около 28.3 милиона таблетки екстази. До 2003 г. най-големите конфискувани количества екстази са регистрирани в Обединеното кралство, следвано от Германия, Франция и Нидерландия ⁽⁹⁴⁾.

След рязкото увеличаване в периода 1999—2001 г., броят на конфискациите на екстази ⁽⁹⁵⁾ на равнище ЕС за периода 2002—2003 г. е намалял; информацията от страните, които отчитат такива данни обаче показва, че през 2004 г. този брой отново се е увеличил. Заловените количества екстази ⁽⁹⁶⁾ са се увеличили в периода от 1999 г. до 2002 г.; след рязко намаляване до много ниски равнища през 2003 г., данните за 2004 г. сочат, че те отново са достигнали стойностите от 2002 г.

През 2004 г. средната цена на дребно на таблетка екстази варираше от под 3 евро в Литва и Полша до 15—25 евро в Гърция и Италия ⁽⁹⁷⁾. В периода 1999—2004 г. в повечето страни, които отчитат такива данни, средните цени на дребно на екстази, коригирани спрямо инфлацията ⁽⁹⁸⁾ намаляха ⁽⁹⁹⁾.

Обикновено в Европа в повечето таблетки, продавани като екстази, като единствена психоактивна съставка е установено съдържание на MDMA или на други подобни на екстази субстанции (MDEA, MDA). В Чехия, Гърция, Латвия, Литва, Унгария, Нидерландия, Словакия, Финландия, Обединеното кралство и Норвегия над 95% от общия брой подложени на анализ през 2004 г. таблетки са съдържали тези вещества. Изключение прави България, където голям процент (61 %) от подложените на анализ таблетки са съдържали амфетамин и/или метамфетамин като единствено психоактивно вещество. Съдържанието на MDMA в таблетките екстази силно варира между различните партии (дори в такива с един и същ надпис), както между отделните страни, така и в рамките на една и съща страна. През 2004 г. средното съдържание на активно вещество (MDMA) в една таблетка екстази бе

отчетено в диапазона от 30 до 82 mg ⁽¹⁰⁰⁾ (Национални доклади от мрежата Reitox, 2005).

LSD

LSD се произвежда и продава в много по-малка степен, отколкото останалите синтетични наркотици. През 2004 г. по приблизителни оценки в ЕС са направени 700 конфискации на 220 000 единични дози LSD. След 2002 г. най-голямо количество конфискуван LSD годишно отчита Германия, следвана от Обединеното кралство ⁽¹⁰¹⁾. В периода между 1999 г. и 2002 г. на равнище ЕС са намалели както броят на конфискациите на LSD ⁽¹⁰²⁾, така и иззетите количества ⁽¹⁰³⁾. Въпреки това, както през 2003 г., така и през 2004 г. предоставените данни сочат, че за първи път след 9 години нараства броят на конфискациите на LSD и заловените количества, като през 2004 г. относително големи количества от този наркотик бяха иззети в Германия, Франция, Литва, Нидерландия и Полша.

През 2004 г. средната цена при крайния потребител за единична доза LSD варираше в диапазона от 2.5 евро в Португалия до 11.6 евро в Малта ⁽¹⁰⁴⁾. В периода между 1999 г. и 2004 г. средните цени на LSD, коригирани спрямо инфлацията ⁽¹⁰⁵⁾, показват като цяло низходяща тенденция ⁽¹⁰⁶⁾ в Чехия, Ирландия, Полша, Словения и Швеция, но се увеличават в Германия и Франция.

Международни действия срещу производството и незаконната търговия с амфетамини и екстази

От м. декември 2004 г. Европол изпълнява проект Synergy в областта на синтетичните наркотици ⁽¹⁰⁷⁾. Той се подкрепя от 20 държави-членки на ЕС и някои трети страни и включва едно аналитично работно досие (AWF) с оперативни подпроекти, изпълнявани в няколко страни от ЕС, както и редица инструменти, използвани за аналитични и стратегически цели, като Системата на Европол за логото на екстази (EELS) (включително

⁽⁹⁴⁾ Тази ситуация трябва да се провери след като бъдат попълнени данните за Обединеното кралство за 2004 година. За Ирландия и Обединеното Кралство липсват данни както за броя на конфискациите на екстази, така и за конфискуваните количества през 2004 година; липсват данни за броя на конфискациите на екстази през 2004 г. за Нидерландия. За целите на изчисленията вместо липсващите данни за 2004 г. бяха използвани тези за 2003 г. Предоставените от Нидерландия данни за конфискуваните количества през 2004 г. са само приблизителни оценки, които не биха могли да бъдат включени в анализа на тенденциите за 2004 г.

⁽⁹⁵⁾ Вж. Таблица SZR-13 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁹⁶⁾ Вж. Таблица SZR-14 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁹⁷⁾ Вж. Таблица PPP-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁹⁸⁾ 1999 г. се приема за базова година за стойността на парите във всички страни.

⁽⁹⁹⁾ За периода 1999—2004 г. данни за цените на екстази за най-малко три последователни години бяха предоставени за Белгия, Чехия, Германия, Испания, Франция, Ирландия, Кипър, Латвия, Литва, Люксембург, Полша, Португалия, Словения, Швеция, Обединеното кралство, България, Турция и Норвегия.

⁽¹⁰⁰⁾ Този диапазон се базира на данните от само няколко страни, а именно Дания, Германия, Франция, Люксембург и Нидерландия.

⁽¹⁰¹⁾ Тази ситуация трябва да се провери след като бъдат попълнени данните за Обединеното кралство за 2004 година. За Ирландия и Обединеното Кралство липсват данни както за броя на конфискациите на LSD, така и за конфискуваните количества LSD през 2004 година; липсват данни за броя на конфискациите на LSD през 2004 г. за Кипър, Нидерландия, Полша и България. За целите на изчисленията вместо липсващите данни за 2004 г. бяха използвани тези за 2003 г. Предоставените от Нидерландия данни за конфискуваните количества през 2004 г. са само приблизителни оценки, които не биха могли да бъдат включени в анализа на тенденциите за 2004 г.

⁽¹⁰²⁾ Вж. Таблица SZR-15 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁰³⁾ Вж. Таблица SZR-16 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Вж. Таблица PPP-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ 1999 г. се приема за базова година за стойността на парите във всички страни.

⁽¹⁰⁶⁾ За периода 1999—2004 данни за цените на LSD за най-малко три последователни години бяха предоставени за Чехия, Германия, Испания, Франция, Ирландия, Литва, Полша, Португалия, Словения, Швеция, Обединеното кралство, Румъния и Норвегия.

⁽¹⁰⁷⁾ Проект Synergy обедини проектите CASE и Genesis, които започнаха през 2002 г.

каталог с логото на екстази) и Системата на Европол за сравнение на незаконните лаборатории (EILCS). Европол продължава да подкрепя проекта CHAIN⁽¹⁰⁸⁾ за амфетамините профили и Европейското съвместно звено за прекурсорите (EJUP). Освен експертната помощ на място за демонтиране на лаборатории за производство на незаконни синтетични наркотици, най-новите подпроекти се фокусират върху сравненията между демонтираните лаборатории, върху разкриването на сметища с химически вещества като начална точка за извършване на разследвания, върху проследяване по обратен път на машините за производство на таблетки и върху разследвания на незаконна търговия в страните от ЕС с химически вещества-прекурсори.

Проект „Призма“ е международна инициатива, създадена за предотвратяване отклоняването на химически вещества-прекурсори, използвани за незаконно производство на синтетични наркотици, чрез система за предхождащи износа уведомления в търговията със законни вещества, подавани в Международния съвет за контрол на наркотиците към ОН (INCB), и отчитане на спрените доставки и направените конфискации при подозрителни сделки.

Ефедринът и псевдо ефедринът са основни прекурсори, използвани за производството на метамфетамин, докато 1-фенил-2-пропанон (P-2-P) се използва също и за производството на амфетамин; 3,4-метилendioксифенил-2-пропанон (3,4-MDP-2-P), сафрол и богати на сафрол масла се използват за незаконно производство на MDMA, докато пиперонал се използва също и за синтетично производство на MDA⁽¹⁰⁹⁾.

През 2004 г. законната търговия с ефедрин и псевдо ефедрин бе с общ обем от съответно 526 тона и 1 207 тона. Най-много конфискувани количества от тези химически вещества се отчитат в Северна Америка и Югоизточна Азия, но съществуват опасения, че конфискациите са се разпространили във всички райони. Контрабандният внос в Европа на ефедрин и псевдо ефедрин е с произход главно от Западна Азия. През 2004 г. в Европа са конфискувани 2.6 тона ефедрин и 1 кг псевдо ефедрин⁽¹¹⁰⁾; конфискуваните количества са предимно малки по обем и са с произход от различни лаборатории, повечето от които са в Чехия, въпреки че в Гърция бе конфискувано голямо количество ефедрин с произход от Пакистан.

Дейностите по проект Призма в Европа са фокусирани върху предотвратяване контрабандния внос в ЕС на 3,4-MDP-2-P и P-2-P, които се използват за незаконно производство съответно на MDMA и на амфетамин. Конфискуваните през 2004 г. количества 3,4-MDP-2-P и P-2-P са най-големите отчитани досега в света, като в Европа са отчетени най-големите конфискувани количества 3,4-MDP-2-P, а в Съединените Щати —

най-големите конфискувани количества P-2-P. Конфискуваните количества през 2004 г. в Европа възлизат общо на 10 161 литра 3,4-MDP-2-P (предимно в Нидерландия и Белгия) и 9 297 литра P-2-P (предимно в Полша и Нидерландия)⁽¹¹¹⁾.

Пиперонал се използва за много законни приложения, но може също да бъде прекурсор за производството на 3,4-MDP-2-P, MDA или на MDMA (INCB, 2006b). В периода между м. ноември 2004 г. и м. октомври 2005 г. в Международния съвет за контрол на наркотиците към ОН (INCB) са отчетени над 150 доставки на 3 800 тона (2006b). През 2004 г. най-големи конфискувани количества пиперонал са отчетени в Китай (13 тона); в Европа бяха конфискувани 2.4 тона, почти всичките от тях в Румъния⁽¹¹²⁾.

За конфискации на сафрол се съобщава от всички райони по света, но количествата остават малки, освен в Китай, където се отчитат конфискувани количества от над 100 кг. В Европа през 2004 г. са конфискувани 122 литра сафрол, предимно в Латвия, а също и в Литва.

Разпространение и модели на употреба

Традиционно проучванията сред населението показват, че най-често използваните незаконни вещества след канабиса са амфетамините и екстази. Употребата на екстази стана популярна през 1990-те години, докато амфетамините се използват от доста по-дълго време.

Сред държавите-членки на ЕС употребата на амфетамини⁽¹¹³⁾ и на екстази е сравнително висока само в няколко страни, а именно в Чехия, Естония и Обединеното кралство.

Последните проучвания сред възрастното население (15–64 годишните) показват, че разпространението на употребата на амфетамин някога през живота в Европа е в диапазона от 0.1 % до 5.9 %, освен в Обединеното кралство (Англия и Уелс), където достига 11.2 %. Средно около 3.1 % от всички възрастни европейци са използвали амфетамини поне веднъж. След Обединеното кралство, страните с най-високи стойности са Дания (5.9 %), Норвегия (3.6 %) и Германия (3.4 %). Употребата през последната година е много по-ниска — средно 0.6 % (в диапазона 0–1.4 %). На базата на проучванията сред общото население е направена приблизителна оценка, че почти 10 милиона европейци са опитвали това вещество, а повече от 2 милиона са употребявали амфетамин през предходните 12 месеца⁽¹¹⁴⁾.

Сред младото възрастно население (15–34 годишни) за употреба на амфетамин съобщават от 0.1 % до 9.6 %, като за Обединеното кралство (Англия и Уелс) се отчита разпространение на употребата някога през живота от 16.5 % (което вероятно е отражение

⁽¹⁰⁸⁾ Инициативата Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) (Съвместната хармонизирана инициатива за амфетамин) е инициатива за съдебномедицински профили, която заема мястото на пилотния проект CASE.

⁽¹⁰⁹⁾ Всички са изброени в Таблица 1 на Конвенцията от 1988 г.

⁽¹¹⁰⁾ Данните за конфискуваните количества не включват количествата на спрените доставки.

⁽¹¹¹⁾ Данните за конфискуваните количества не включват количествата на спрените доставки.

⁽¹¹²⁾ Данните за конфискуваните количества не включват количествата на спрените доставки.

⁽¹¹³⁾ В рамките на проучването сред населението данните за „употреба на амфетамин“ включват в една и съща категория употребата както на амфетамин, така и на метамфетамин.

⁽¹¹⁴⁾ За метода на изчисление вж. бележка под линия (53).

на едно традиционно явление — вж. по-долу). Половината от страните, които предоставят данни, отчитат разпространение на употребата под 4 %, като най-високи стойности след Обединеното кралство отчитат Дания (9.6 %), Норвегия (5.9 %) и Германия (5.4 %). Средно 4.8 % от младите европейци са опитвали амфетамин. Дания (3.1 %) и Естония (2.9 %) отчитат най-високи стойности на разпространение на употребата (¹¹⁵). По приблизителни оценки средно 1.4 % от младите европейци са употребявали амфетамин през изминалата година (вж. също Фигура 4).

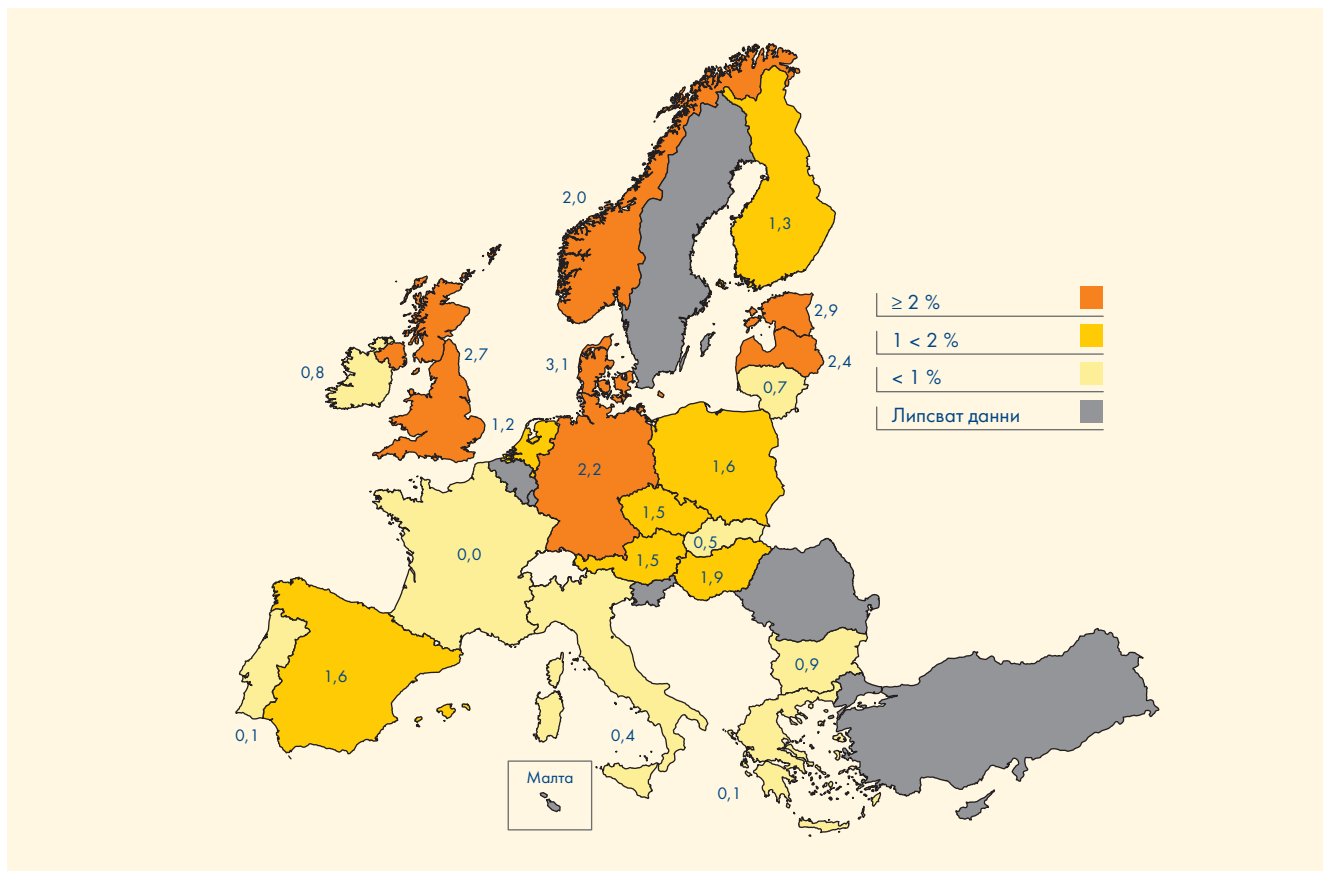
Екстази са опитвали 0.2—7.1 % от всички възрастни (средно 2.6 %). Половината от страните отчитат стойности на разпространение на употребата от 1.8 % и по-ниски, като най-високите стойности на разпространение на употребата се отчитат от Чехия (7.1 %) и Обединеното кралство (6.7 %). Разпространението на употребата на екстази през последната година е в диапазона от 0.2 % до 3.5 %, но половината от страните отчитат стойности на разпространение на употребата от 0.5 % или по-ниски. По приблизителни оценки почти 8.5 милиона европейци са опитвали екстази и почти 3 милиона са го употребявали през последната година.

Сред младото възрастно население в европейските страни разпространението на употребата на екстази

някога през живота е 5.2 %, като варира в диапазона от 0.5 % до 14.6 %, въпреки че половината от страните отчитат стойности под 3.6 %. Чехия (14.6 %), Обединеното кралство (12.7 %) и Испания (8.3 %) отчитат най-високи стойности за разпространение на употребата.

Употребата на екстази е явление, характерно предимно за младежите. Във възрастовата група на 15—24 годишните употребата някога през живота варира в диапазона от 0.4 % до 18.7 %, като най-високите стойности се отчитат от Чехия (18.7 %) (¹¹⁶) и Обединеното кралство (10.7 %). Сред мъжете се отчитат по-високи стойности (0.3—23.2 %), отколкото сред жените (0.4—13.9 %). Употребата през последната година е в диапазона от 0.3 % до 12 %, като най-високите отчетени стойности са в Чехия (12 %) и Естония (6.1 %) (Фигура 5). Стойности за разпространение на употребата през последния месец под 3 % се отчитат от седем страни. Стойностите за разпространение на употребата обикновено са по-високи в градските райони и по-конкретно сред хората, които често посещават дискотеки, клубове или танцови мероприятия (вж. избрания материал за употребата на наркотици в местата за развлечения).

Фигура 4: Разпространение на употребата на амфетамин през изминалата година сред младите възрастни (15—34 годишни)



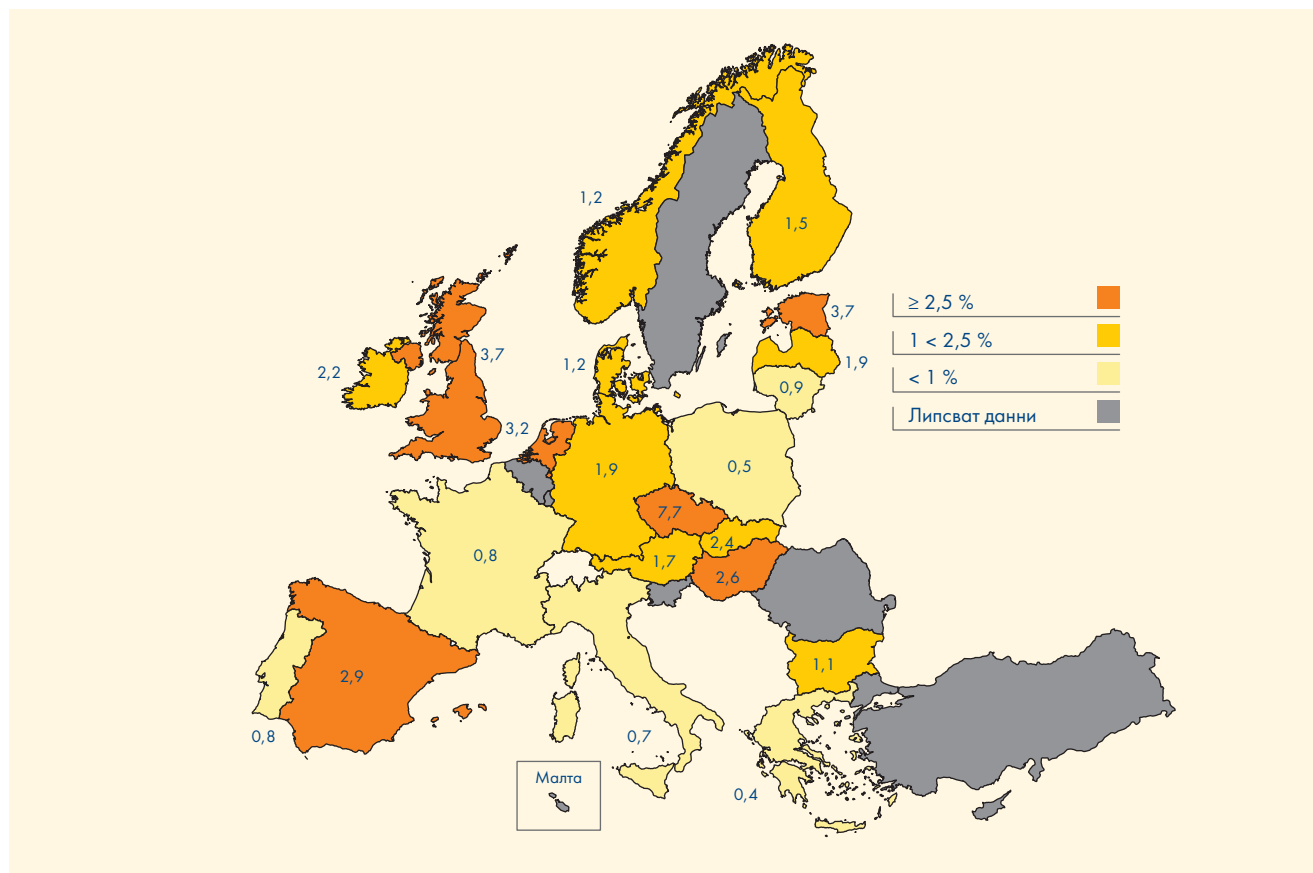
Забележка: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. За допълнителна информация вижте Таблицы GPS-8 и GPS-11 в статистическия бюлетин 2006.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2005), като данните са снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

⁽¹¹⁵⁾ Вж. Фигури GPS-15 и GPS-16 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹¹⁶⁾ В Чехия проучването е направено сред възрастовата група на 18—24 годишните.

Фигура 5: Разпространение на употребата на екстази през изминалата година сред младите възрастни (15–34 годишни)



Забележка: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. За допълнителна информация вижте Таблицы GPS-8 и GPS-11 в статистическия бюлетин 2006.
Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2005), като данните са снетни от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

Проучванията сред 15- до 16-годишните ученици показват, че като цяло разпространението на употребата на екстази някога през живота се е увеличило през периода 1995–2003 г., като най-голямо е увеличението в Чехия и в повечето нови държави-членки на ЕС⁽¹¹⁷⁾. В проучванията в училищата ESPAD през 2003 г. (Hibell et al., 2004) приблизителните оценки за разпространението на употребата някога през живота за амфетамини остават между 1 % и 3 % по-високи от тези за екстази в шест държави-членки (Германия, Дания, Естония, Литва, Австрия и Полша)⁽¹¹⁸⁾.

За сравнение, при проведеното през 2004 г. в Съединените щати национално проучване за употребата на наркотици и здравето 4.6 % от възрастните (определено като населението на възраст 12 и повече години) съобщават, че са употребявали екстази някога през живота, а 0.8 % съобщават за употреба през последната година (за сравнение съответните стойности за ЕС са 2.6 % и 0.9 %). Сред младото възрастно население на възраст 16–34 години употребата някога

през живота е 11.3 %, а тази през последната година 2.2 % (в Европа те са съответно 5.2 % и 1.9 %)⁽¹¹⁹⁾.

Употребата на LSD някога през живота сред възрастните варира в диапазона от 0.2 % до 5.9 %, като две трети от страните отчитат стойности за разпространение на употребата между 0.4% и 1.7 %. Сред младото възрастно население (15–34 годишни) разпространението на употребата на LSD някога през живота е в диапазона от 0.3 % до 9 %, а сред възрастовата група на 15- до 24-годишните не надхвърля 4.5 %. Разпространението на употребата на този наркотик през последната година във възрастовата група 15–24 години е над 1 % само в Чехия, Естония, Латвия, Унгария, Полша и България.

Тенденции

От новите проучвания сред населението са налице доказателства, че употребата на амфетамин и екстази, която през последните години показва нарастваща тенденция, вероятно се стабилизира и дори намалява.

⁽¹¹⁷⁾ Вж. Фигура EYE-2 (част i) в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹¹⁸⁾ Вж. Фигура EYE-2 (част vi) в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹¹⁹⁾ Източник: SAMHSA, Служба за приложни изследвания, 2004 г., Национално проучване за употребата на наркотици и здравето (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Имайте предвид, че възрастовият диапазон в изследването на САЩ (12 и повече години) е по-широк от съобщенията от ЕЦМНН за проучванията в ЕС (15–64 години). Стойностите за „младите възрастни“ (16–34 годишните) за проучването в САЩ бяха преизчислени от ЕЦМНН.

В Обединеното кралство, както и в две други държави-членки, където употребата на тези наркотици е относително висока (Чехия и Испания), употребата на амфетамини през последната година сред младите възрастни сега се стабилизира и дори намалява ⁽¹²⁰⁾. По подобен начин, употребата на екстази очевидно се задържа на едно равнище и дори намалява в две от страните с високо разпространение на употребата — Испания и Обединеното кралство, въпреки че в Чехия това не е така ⁽¹²¹⁾.

Данни за търсенето на лечение — амфетамини и екстази ⁽¹²²⁾

Въпреки че броят на случаите на потърсено лечение във връзка с употреба на амфетамини и екстази се увеличава, в повечето страни тази форма на употреба на наркотици като цяло рядко е основната причина за постъпване за лечение ⁽¹²³⁾. Важно изключение правят няколко страни, които все пак отчитат значителен дял от търсенето на лечение във връзка с употребата на амфетамин или метамфетамин. В Чехия, Словакия, Финландия и Швеция тези наркотици са причина за една четвърт до около половината от всички случаи на потърсено лечение ⁽¹²⁴⁾. В Чехия и Словакия голяма част от отчетените случаи на потърсено лечение са във връзка с основно проблемно вещество метамфетамин (вж. карето за метамфетамин). В тези страни, в които употребяващите амфетамини имат значителен дял в търсенето на лечение, между една трета и две трети от пациентите, употребяващи амфетамин, инжектират наркотика ⁽¹²⁵⁾.

В повечето страни търсенето на лечение във връзка с употребата на екстази се отчита като по-малко от 1 % от цялото търсене на лечение, като изключение правят Кипър, Унгария, Ирландия и Турция, където пациентите на лечение за екстази са между 4 % и 6 % от всички потърсили лечение.

Нови и зараждащи се тенденции при тези наркотици

Приблизителните оценки за разпространение на употребата на нови или зараждащи се видове наркотици са за много по-ниски стойности от тези за познатите незаконни наркотици. Новите форми на употреба на наркотици обикновено първоначално се възприемат от малко на брой лица, сред малки подгрупи от населението или в ограничени географски райони или места. В резултат от това идентифицирането и наблюдението на зараждащи се тенденции изисква различен подход

Употреба на метамфетамин и свързаните с това проблеми

За значителни проблеми с употребата на метамфетамин се съобщава в много части на света, включително в САЩ, Югоизточна Азия и Тихоокеанския регион и Африка (UNODC, 2006). Употребата на метамфетамин може да доведе до сериозни медицински проблеми, включително до психоза и зависимост, и често се свързва с рисково поведение, включително такова, което може да доведе до заразяване с ХИВ вируса.

Традиционно употребата на метамфетамин в Европа е съсредоточена в Чехия, където според оценките има два пъти повече проблемно употребяващи метамфетамин (первитин) (20 300), отколкото проблемно употребяващи опиати (9 700). През последните години метамфетаминът стана най-често употребяваният основен наркотик сред потърсилите лечение за първи път в Словакия, а високи равнища на употребата на метамфетамин се отчитат също и сред някои подгрупи от населението в Унгария. Седем други страни съобщават в националните си доклади от мрежата Reitox за 2005 г. за увеличаване на конфискациите и/или на употребата на този наркотик (Дания, Франция, Латвия, Словения, Обединеното кралство, България и Норвегия), предимно сред честите посетители на клубове и купони. Понастоящем наличната информация не позволява да бъдат направени категорични заключения за тенденциите в употребата на метамфетамин в тези страни. Въпреки всичко разпространението на метамфетамин на други места по света и потенциалните способности на този наркотик да предизвиква значителни здравословни проблеми означава, че това е област, в която е необходимо да се проявява непрекъсната бдителност.

от този, който се използва за наблюдение на основните видове употреба на наркотици.

Халюциногенните гъби — проучване на случаи на зараждаща се тенденция

Доскоро LSD бе най-често употребяваното халюциногенно вещество. Сега това може да се промени, след като все повече се увеличават съобщенията за употреба на халюциногенни гъби ⁽¹²⁶⁾. Предлагането на халюциногенни гъби като че ли се е увеличило след края на 1990-те години, когато те започнаха да се предлагат в магазините за наркотици в Нидерландия и на други места наред с останалите изделия с надпис „натурален“ продукт ⁽¹²⁷⁾. Например в първите години след 2000 г. в Обединеното кралство броят на магазините, в които се продават халюциногенни гъби, се е увеличил,

⁽¹²⁰⁾ Вж. Фигури GPS-6 и GPS-17 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹²¹⁾ Вж. Фигури GPS-8, GPS-18 и GPS-30 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹²²⁾ Вж. бележка под линия (70).

⁽¹²³⁾ Вж. Фигура TDI-1 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹²⁴⁾ Вж. Таблица TDI-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹²⁵⁾ Вж. Таблица TDI-17 (част iii) в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹²⁶⁾ В настоящия доклад понятието халюциногенни гъби се отнася само за гъби, съдържащи психоактивните съставки псилоцин и псилоцибин. Гъби, съдържащи други психоактивни съставки, се използват по-рядко. За по-подробна информация вж. тематичния материал на ЕЦМНН за халюциногенните гъби (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Тези магазини продават законни и предимно натурални продукти, включително халюциногенни гъби.

а приблизителните оценки показват, че към 2005 г. те се продават в около 300 магазини и пазари в цялата страна. Халюциногенни гъби започнаха да се продават и в Интернет, като има сайтове, предимно базирани в Нидерландия, които предлагат пресни гъби, набор за отглеждането им и отпечатци на спорите на гъбите. Продажбата он-лайн на халюциногенни гъби става на различни езици, предимно английски, френски и немски, което предполага една широка международна база от потребители.

Последните проучвания сред възрастното население и сред учениците в ЕС показват, че употребата на халюциногенни гъби някога през живота сред младежите на възраст 15–24 години е в рамките от под 1 % до 8 % ⁽¹²⁸⁾. В девет от държавите-членки на ЕС приблизителните оценки за разпространението на употребата на халюциногенни гъби някога през живота сред учениците на възраст 15–16 години са за същите или по-високи стойности от тези за разпространението на употребата някога през живота на екстази (Hibell et al., 2004). Въпреки това съществуват признаци, че случаите на продължаване на употребата на халюциногенни гъби са по-малко, отколкото при повечето други наркотици. Това е обща характеристика на употребата на халюциногенни наркотици и произтича от факта, че младежите обикновено предпочитат само да експериментират с този вид наркотици и рядко преминават към редовна употреба.

Съобщенията за остри или хронични здравословни проблеми, изискващи медицинска намеса и свързани с употребата на халюциногенни гъби, са редки. Въпреки това някои страни промениха законите си в отговор на употребата на тези халюциногенни вещества от младежи. Въпреки че психоактивните съставки на гъбите, псилоцибин и псилоцин, вече се контролират на международно равнище по силата на Конвенцията на ОН от 1971 г. за психотропните вещества, доскоро често се разчиташе на прокурорите да тълкуват доколко и кога тези вещества са забранени, когато се намират в гъбите, така че да се избегне налагането на санкции на собственици, на чиито земи свободно растат такива гъби. През последните 5 години шест страни затегнаха законодателството си по отношение на гъбите (Дания, Германия, Естония, Ирландия, Нидерландия и Обединеното кралство). Промените, които те въведоха, разширяват обхвата на забраната с включването на халюциногенните гъби, въпреки че нормативният контрол не винаги се прилага за точно едни и същи гъби или видове преработка.

През 2004 г. за конфискации на халюциногенни гъби съобщават Чехия, Германия, Естония, Гърция, Литва, Унгария, Нидерландия, Полша, Португалия, Словения, Словакия, Швеция и Норвегия ⁽¹²⁹⁾. Броят и количествата на правоприлагащите конфискации на халюциногенни гъби като цяло са ниски и от тези данни не могат да се обособят ясни тенденции.

ГНВ и кетамин

След появилите се през 2000 г. в ЕС опасения за злоупотреба с тези вещества за развлекателни цели ⁽¹³⁰⁾, понастоящем се провежда наблюдение както на гама хидроксibuтирата (ГНВ), така и на кетамин. През м. март 2001 г. системата за контрол на наркотиците на ОН добави ГНВ към списъка на международно контролираните наркотици и в резултат от това всички държави-членки на ЕС актуализираха законодателството си по отношение на тази субстанция. По-наскоро, през м. март 2006 г., Международния съвет за контрол на наркотиците към ОН (INCB) препоръча на Световната здравна организация (СЗО) да ускори разглеждането, за да определи дали кетаминът трябва да бъде поставен под международен контрол (INCB, 2006a). На национално равнище в почти половината държави-членки на ЕС кетаминът се контролира със законодателството в областта на наркотиците, а не с нормативните разпоредби за лекарствата.

Ограничените данни за разпространението на употребата на ГНВ и на кетамин сочат, че в повечето страни употребата на тези субстанции се е установила на ниски равнища. Проучванията сред населението, при което разпространението на употребата е високо, сочат, че дори сред редовно употребяващите наркотици за развлечение тези две вещества вероятно се употребяват по-рядко от други субстанции, като амфетамини, екстази, LSD и халюциногенни гъби.

Съобщенията за смъртни и за спешни случаи без фатален край, свързани с употреба на ГНВ и на кетамин, са много редки. Но липсата на точни и съпоставими системи за отчитане на смъртните и на спешните случаи без фатален край, свързани с употреба на тези субстанции, ограничават наличните данни в тази област. Две страни съобщават за смъртни случаи, касаещи ГНВ, обикновено във връзка с други наркотици. Общинската здравна служба в Амстердам отчита увеличаване на годишния брой на спешните случаи без фатален край, които са причинени от употребата на ГНВ, от 25 през 2000 г. на 98 през 2004 г., което е повече от броя на спешните медицински случаи, които се дължат на употребата на екстази, амфетамин, LSD или халюциногенни гъби. В Швеция случаите на откриване на ГНВ (или неговите прекурсори GBL и 1,4-BD) в проби от телесни течности са се увеличили от 24 през 1997 г. на 367 през 2004 г. В Швеция се отчитат също и смъртни случаи, свързани с ГНВ — между 1996 г. и 2004 г. наркотикът е бил открит в 36 смъртни случая, свързани с наркотици, а девет от тях са регистрирани през 2004 г. През 2003 г. в Англия и Уелс ГНВ се споменава в следователските протоколи за три смъртни случая, като в един от тях ГНВ е единственият споменат наркотик (ONS, 2006). Въпреки това токсикологичната информация от една болница в Обединеното кралство, която покрива обширен район, сочи, че в периода м. май — м. декември 2005 г. ГНВ е бил открит в пет от смъртните случаи ⁽¹³¹⁾.

⁽¹²⁸⁾ Данни на ЕЦМНН по европейския примерен въпросник. Единадесет държави-членки предоставят данни за халюциногенните гъби (Чехия, Дания, Германия, Франция, Ирландия, Литва, Унгария, Нидерландия, Полша, Финландия, Обединеното кралство).

⁽¹²⁹⁾ Национални доклади от мрежата Reitox (Германия, Естония, Нидерландия, Норвегия) и анкета от мрежата на системата за ранно предупреждение на ЕЦМНН (Чехия, Гърция, Унгария, Полша, Португалия, Словения, Словакия, Швеция).

⁽¹³⁰⁾ Съвместен доклад за оценка на риска 2000.

⁽¹³¹⁾ Информация от системата за ранно предупреждение EWS. Относително големият брой на споменатите в този доклад смъртни случаи, свързани с ГНВ, вероятно е резултат от изследователския интерес на болничната лаборатория към ГНВ.

Тъй като GHB се разтваря във вода и в алкохол, а и поради потенциалния ефект, водещ до недееспособност, често придружена след това от амнезия, съществуват известни опасения, че той се използва в сексуални насилия, подпомогнати от наркотици (т. нар. „изнасилване по време на среща“). Въпреки това, тъй като тези случаи понякога не се отчитат и поради оскъдните доказателствени факти от съдебно-медицинските органи и трудното доказване на този вид престъпления, не съществуват солидни сведения за мащабите на това явление. Поради това са необходими допълнителни изследвания, за да бъдат определени характерът и мащабите на тази потенциално тревожна тенденция.

Мерки във връзка с новите наркотици

През 2005 г., когато съвместните действия от 1997 г. бяха заменени с Решение на Съвета (2005/387/ЈНА), преходът беше плавен, без нарушаване на информационния обмен. В ЕЦМНН и Европол за първи път бяха получени официални уведомления за общо 14 нови психоактивни вещества. Всички те са психотропни (синтетични) наркотици, подобни на изброените в Таблици I и II на Конвенцията на ОН от 1971 г. за психотропните вещества. Субстанциите, за които за първи път бяха подадени уведомления, спадат към три основни химически групи — фенетиламини, триптамини и пиперазини. Различни вещества от тези групи са били оповестени с предишни уведомления, а понастоящем се и наблюдават, чрез системата за ранно предупреждение (EWS) ⁽¹³²⁾.

Най-важната нова тенденция през 2005 г. бе появата и бързото разпространение на новото психоактивно вещество 1-(3-хлорофенил) пиперазин (mCPP). mCPP е арил-заместен пиперазин, както е и бензилпиперазина (BZP) — субстанция, която се наблюдава от системата за ранно предупреждение от 1999 г. насам. Първото официално уведомление за откриването на mCPP бе получено в ЕЦМНН и Европол през м. февруари/март 2005 г. във връзка с проби, взети във Франция и Швеция. До края на 2005 г. таблетки, съдържащи mCPP, бяха конфискувани от правоприлагащите органи или открити в контекста на различни развлекателни дейности (танцови/музикални фестивали на открито, дискотеки и др.) в почти всички държави-членки. Те почти винаги са приготвени така, че да изглеждат като таблетки екстази, а и вероятно се продават за такива. Наркотикът се предлага главно във вид на таблетки, а субективният ефект от mCPP и MDMA донякъде е един и същ (Bossong et al., 2005). Освен това mCPP често се открива в съчетание с MDMA. Тъй като е малко вероятно това да е резултат от случайно замърсяване, то показва, че умишленото добавяне на mCPP може да е с цел да се усили или модифицира ефектът от MDMA. Изглежда че конкретното търсене или предлагане на пазара в ЕС на mCPP в самостоятелен вид не е голямо.

mCPP е сред най-широко откриваните субстанции от държавите-членки измежду всички други нови

Решение на Съвета за новите психоактивни вещества

Решение на Съвета 2005/387/ЈНА от 10 май 2005 г. за обмен на информация, оценка на риска и контрол над новите психоактивни вещества ⁽¹⁾ създава механизъм за бърз обмен на информация за нови психоактивни вещества, които могат да застрашат общественото здраве и социалната среда, като по този начин позволява на институциите на ЕС и на държавите-членки да предприемат мерки във връзка с новите наркотични и новите психотропни вещества, които се появяват на нарко сцената в Европа. На ЕЦМНН и на Европол, в тясно сътрудничество с техните мрежи — съответно националните фокусни центрове от мрежата Reitox и националните звена на Европол — е отредена главната роля в откриването и уведомяването за нови психоактивни вещества. Решението предвижда също така извършването на оценка на рисковете, свързани с тези нови вещества, за да могат мерките, които се прилагат в държавите-членки за контрол на наркотичните и психотропните вещества ⁽²⁾, да се прилагат също и за новите психоактивни вещества, ако това е целесъобразно. Решението разширява обхвата и заменя съвместните действия от 1997 г. ⁽³⁾, които бяха посветени изключително само на новите синтетични наркотици. Все пак решението запазва триетапния подход, който за първи път бе въведен от съвместните действия: обмен на информация/ранно предупреждение, оценка на риска и вземане на решения.

⁽¹⁾ Решение на Съвета 2005/387/ЈНА за обмен на информация, оценка на риска и контрол над новите психоактивни вещества бе публикувано в „Официален вестник на Европейските общности“ на 20 май 2005 г. (L 127/32–37) и влезе в сила на 21 май 2005 г. Решението се прилага за вещества, които понастоящем не са изброени в нито една от таблиците на конвенциите на ОН от 1961 г. и 1971 г. за контрол над наркотиците.

⁽²⁾ В съответствие с разпоредбите на Единната конвенция на ОН от 1961 г. за наркотичните вещества и Конвенцията на ОН от 1971 г. за психотропните вещества.

⁽³⁾ Съвместни действия от 16 юни 1997 г. относно обмен на информация, оценка на риска и контрол над новите синтетични наркотици (ОВ L 167, 25.6.1997 г.).

психоактивни вещества откакто системата за ранно предупреждение EWS започна да наблюдава новите (синтетични) наркотици през 1997 г. В рамките на една година тази субстанция е идентифицирана в 20 държави-членки, както и в Румъния и Норвегия.

В свой съвместен доклад ЕЦМНН и Европол дават препоръка, в тон с разпоредбите на решението на Съвета, да не бъде извършвана официална оценка на риска, тъй като съществуват сведения, че mCPP се използва за производството на най-малко един медикамент. Въпреки това се отбелязва също, че независимо от факта, че понастоящем съществуват малко на брой доказателства за значими рискове за общественото здраве или за социалната среда, свързани с mCPP, при липсата на задълбочена научна оценка на риска този въпрос трябва да остане открит.

⁽¹³²⁾ От деветте нови синтетични наркотици, за които в периода 1997–2004 г. бе извършена оценка на риска в рамките на съвместните действия, всичките шест вещества, които впоследствие станаха обект на контрол на равнище ЕС, са фенетиламини.

**Тенденции в употребата на наркотици
за развлечение в избраните материали в годишния
доклад на ЕЦМНН 2006**

Употребата на наркотици и развлекателните дейности на младите хора често са свързани. По-конкретно проучванията, които се извършват сред младежи, посещаващи музикални и танцови прояви, непрекъснато съобщават за много по-високо разпространение на употребата на наркотици от това, което се отчита в проучванията сред общото население, като често се съобщава за особено високи равнища на употреба на стимуланти. Могат ли различията между отделните страни да бъдат обяснени от гледна точка на многообразието на предлагания нощен живот, музикалната култура, достъпността до наркотици и размера на разполагаемите доходи? Тези въпроси са разгледани в този избран материал.

Новите тенденции в разпространението на наркотици за развлечение чрез Интернет и в употребата на наркотици за развлечение водят след себе си нови предизвикателства в областта на политиката, превенцията и намаляването на риска. Те са разгледани в този избран материал, който също така прави подробен преглед на новаторските инициативи за превенция на употребата на наркотици и за намаляване на риска, които са приложени в ЕС през изминалото десетилетие в отговор на сложния проблем за взаимнообвързаността между развлекателните дейности и употребата на наркотици от младежите.

Този избран материал е на разположение в отпечатан вариант ("Developments in drug use within recreational settings", in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) и в Интернет само на английски език на следния адрес (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Глава 5

Кокаин и крeк

Предлагане и достъпност на кокаина ⁽¹³³⁾

Производство и незаконна търговия

Кокаинът е най-масово продаваният наркотик в света след растителния канабис и канабис-смола. От гледна точка на изнетите количества — 578 тона в целия свят през 2004 г. — по-голямата част от незаконната търговия продължи да се извършва предимно в Южна Америка (44%) и в Северна Америка (34 %), следвани от Западна и Централна Европа (15 %) (CND, 2006).

Досега Колумбия е най-големият източник на незаконна кока в света, следвана от Перу и Боливия. Изчислено е, че световното производство на кокаин през 2004 г. се е увеличило до 687 тона, от които делът на Колумбия е 56%, на Перу — 28%, а на Боливия 16 % (UNODC, 2005). По-голямата част от изнетите количества кокаин в Европа пристигат директно от Южна Америка (предимно от Колумбия) или през Централна Америка и Карибския район. Като транзитни страни за кокаина, който се внася в ЕС през 2004 г. се отчитат Суринам, Бразилия, Аржентина, Венецуела, Еквадор, Кюрасао, Ямайка, Мексико, Гвиана и Панама (Национални доклади от мрежата Reitox, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Европол, 2006). Други транзитни зони са Африка и все повече Западна Африка, както и страните от Гвинейския залив (предимно Нигерия), но също и Източна Африка (Кения) и Северозападна Африка, през островите край бреговете на Мавритания и Сенегал (CND, 2006; INCB, 2006a). Главните входни пунктове за ЕС остават Испания, Нидерландия и Португалия, както и Белгия, Франция и Обединеното кралство (Национални доклади от мрежата Reitox, 2005; CND, 2006; Европол, 2006). Въпреки че Испания и Нидерландия все още играят важна роля като разпределителни пунктове за кокаина,

който влиза в ЕС, засиленият контрол по продължение на северните брегове на Испания (Галисия) и политиката на 100% контрол на полетите от определени страни ⁽¹³⁴⁾ на летище Schipol (Амстердам), вероятно са изиграли своята роля за изработването на алтернативни маршрути, които все по-често преминават например през Африка, а също и през Източна и Централна Европа, откъдето кокаинът отново се разпределя за Западна Европа (Национални доклади от мрежата Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Конфискация

По приблизителни оценки през 2004 г. в ЕС са извършени 60 000 конфискации на 74 тона кокаин. Повечето конфискации на кокаин се отчитат в западноевропейските страни, особено в Испания, в която са извършени около половината от конфискациите и е иззето приблизително половината от цялото количество, конфискувано в ЕС през последните 5 години ⁽¹³⁵⁾. В периода 1999—2004 г. броят на конфискациите на кокаин ⁽¹³⁶⁾ на равнище ЕС като цяло се е увеличил, докато изнетите количества ⁽¹³⁷⁾ варират в рамките на една възходяща тенденция. Въпреки това според отчетените данни от страните количествата като че ли намаляват през 2004 г. — вероятно спрямо изключително голямото количество, което бе иззето в Испания предишната година.

Цена и чистота

Средната цена на дребно на кокаина в ЕС през 2004 г. варира в широки граници — от 41 евро за грам в Белгия до над 100 евро за грам в Кипър, Румъния и Норвегия ⁽¹³⁸⁾. В периода 1999—2004 г. средните цени на кокаина, коригирани спрямо инфлацията ⁽¹³⁹⁾, като цяло следват една низходяща тенденция във всички страни, които отчитат такива данни ⁽¹⁴⁰⁾, освен в Люксембург, където цените намаляваха до 2002 г, след

⁽¹³³⁾ Вж. „Тълкуване на конфискациите и друга пазарна информация“, стр. 37.

⁽¹³⁴⁾ Всички полети от холандските Антилски острови, о-вите Аруба, Суринам, Перу, Венецуела и Еквадор се контролират 100 %; в резултат от този контрол през 2004 г. са били арестувани 3 466 трафиканти на наркотици, а от редовния контрол на пътниците — 620 души (на националното летище на Нидерландия).

⁽¹³⁵⁾ Това трябва да се провери след като бъдат попълнени липсващите данни за 2004 година. За Ирландия и Обединеното Кралство липсват данни както за броя на конфискациите на кокаин, така и за конфискуваните количества през 2004 година; липсват данни за броя на конфискациите на кокаин през 2004 г. за Нидерландия. За целите на изчисленията вместо липсващите данни за 2004 г. бяха използвани тези за 2003 г. Предоставените от Нидерландия данни за конфискуваните количества през 2004 г. са само приблизителни оценки, които не бе възможно да бъдат включени в анализа на тенденциите за 2004 г.

⁽¹³⁶⁾ Вж. Таблица SZR-9 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹³⁷⁾ Вж. Таблица SZR-10 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹³⁸⁾ Вж. Таблица PPP-3 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹³⁹⁾ 1999 г. се приема за базова година за стойността на парите във всички страни.

⁽¹⁴⁰⁾ За периода 1999—2004 данни за цените на кокаина за най-малко три последователни години бяха предоставени за Белгия, Чехия, Германия, Испания, Франция, Ирландия, Кипър, Латвия, Литва, Люксембург, Полша, Португалия, Словения, Швеция, Обединеното кралство, България, Турция и Норвегия.

което се покачавт, и в Норвегия, където имаше рязко повишение през 2001 г., последвано от стабилизиране.

В сравнение с хероина средната чистота на кокаина, който достига до потребителите, е висока, като през 2004 г. варира от 24 % в Дания до 80 % в Полша, като повечето страни отчитат чистота от 40–65 %⁽¹⁴¹⁾. Наличните данни за 1999–2004 г. показват цялостно намаляване на средната чистота на кокаина в повечето страни, които отчитат такива данни⁽¹⁴²⁾, въпреки че тя се е увеличила в Естония (след 2003 г.), Франция и Литва, а в Люксембург и Австрия се е запазила постоянна.

Международни действия срещу производството и незаконната търговия с кокаин

Ръководеният от Европол проект COLA има за цел да идентифицира и да предприеме целенасочени действия спрямо латиноамериканските и свързани с тях престъпни групи, които действат по направление и в рамките на ЕС и се занимават предимно с незаконна търговия на кокаин. По-конкретно той оказва оперативна подкрепа за водещите се разследвания в участващите държави-членки и подобрява качеството на стратегическото разузнаване. Проектът се допълва от системата на Европол за логото на кокаина, в рамките на която в един ежегодно актуализиращ се каталог се събират начините на действие, наред с фотографска и друга информация за конфискациите на кокаин и за логото/надписите върху наркотиците и техните опаковки, с цел да се идентифицират приличащи си случаи на конфискуване и да се насърчи международното сътрудничество в областта на правоприлагането и обмена на информация (Европол, 2006).

Операция „Пурпур“, която се осъществява от 1999 г., е предназначена да предотвратява отклоняването на калиев перманганат⁽¹⁴³⁾ от законната търговия с медикаменти с цел да бъде използван за незаконно производство на кокаин, по-конкретно в Северна и Южна Америка. Обемът на законната търговия с калиев перманганат е голям — от 1999 г. досега 30 страни/територии износителки са подали в Международния съвет за контрол на наркотиците към ОН (INCB) 4 380 предварителни уведомления за износ, които са за обем от над 136 560 тона калиев перманганат. От 1999 г. досега са спрени или конфискувани над 233 доставки в обем от над 14 316 тона от веществото, поради опасения за законността на поръчките или на крайните получатели, а бяха идентифицирани и отклонения. През 2004 г. в Европа са конфискувани 1.4 тона калиев перманганат, предимно в Руската федерация, следвана от Румъния и Украйна⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Търговците като че ли са намерили начин да избягват механизмите за контрол и наблюдение, въведени в рамките на операция „Пурпур“. Действително,

въпреки че незаконното производство на кокаин не се свързва с Азия, нарастват опасенията, че трафикантите вероятно се насочват към този район в опитите си да отклоняват калиевия перманганат от законната търговия. Съществуват също така опасения, че трафикантите вероятно отклоняват калиев перманганат към Андеанския подрайон през Карибските острови. Поради тази причина, въпреки че признава постигнатия известен успех в идентифицирането на съмнителни сделки и в спирането на доставки, Международният съвет за контрол на наркотиците към ОН (INCB) (2006b) призова правителствата да разработят оперативни процедури за обратно проследяване на информацията от конфискуваните лаборатории за кокаин, за да бъдат проследени химикалите обратно до техния източник, да бъдат идентифицирани транзитните страни и проучени търговските фирми, за да бъде по-трудно за незаконните търговци да преместват дейността си в други райони.

Разпространение и модели на употребата на кокаин

Според последните национални проучвания сред населението, по приблизителни оценки около 10 милиона европейци⁽¹⁴⁵⁾ са опитвали кокаин поне веднъж (т.е. разпространение на употребата някога през живота), което представлява над 3 % от възрастното население⁽¹⁴⁶⁾. В страните отчетените стойности за този вид употреба варират в рамките от 0.5 % до 6 %, като в горната граница на този диапазон са Италия (4.6 %), Испания (5.9 %) и Обединеното кралство (6.1 %). По приблизителни оценки около 3.5 милиона възрастни са употребявали кокаин през последната година, което е 1 % от всички възрастни. Националните стойности за повечето страни варират в диапазона от 0.3 % до 1 %, въпреки че в Испания (2.7 %) и Обединеното кралство (2 %) равнищата на разпространение на употребата са по-високи.

Както и при останалите незаконни наркотици, употребата на кокаин е съсредоточена сред младото възрастно население. Употребата някога през живота е най-висока сред младите възрастни на възраст между 15 и 34 години, въпреки че употребата през последната година е малко по-висока в групата на 15- до 24-годишните. Кокаинът е наркотик, който очевидно преобладаващо се употребява от хора на възраст между 20 и 30 години, но в сравнение с употребата на канабис, кокаинът е по-слабо разпространен сред по-младите. Употребата някога през живота сред 15- до 34-годишните е в диапазона от 1 % до 10 %, като най-високи стойности отново се отчитат в Испания (8.9 %) и Обединеното кралство (10.5 %). Употребата през последната година е в диапазона от 0.2 % до 4.8 %, като стойностите за Дания, Ирландия, Италия и Нидерландия са около 2 %, а за Испания и Обединеното кралство — над 4 % (Фигура 6).

⁽¹⁴¹⁾ Вж. Таблица PPP-7 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁴²⁾ За периода 1999–2004 данни за чистотата на кокаина за най-малко три последователни години бяха предоставени за Белгия, Чехия, Дания, Германия, Естония, Испания, Франция, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Унгария, Нидерландия, Австрия, Португалия, Словакия, Обединеното кралство и Норвегия.

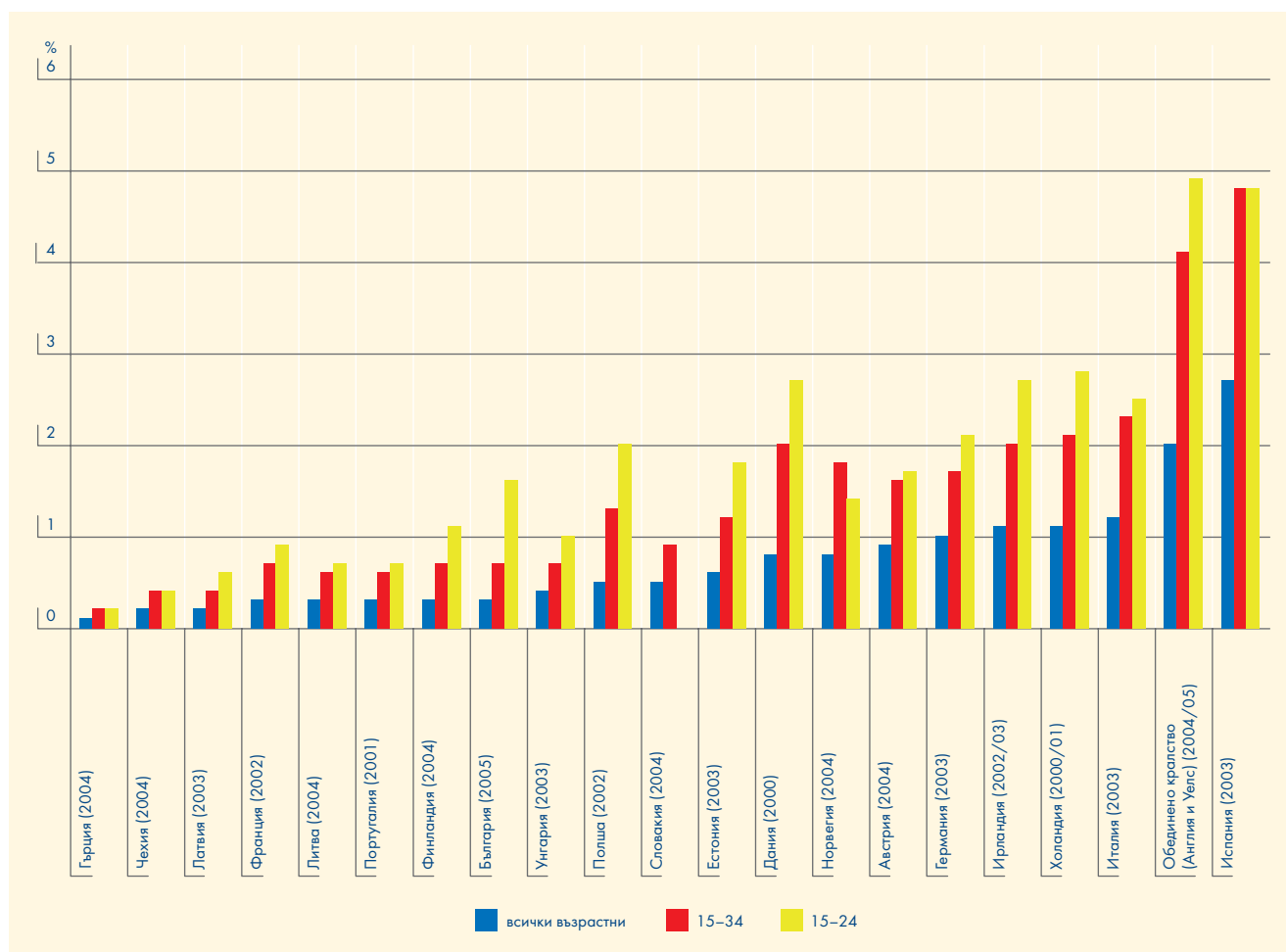
⁽¹⁴³⁾ Прекурсор, използван за производството на кокаин и включен в Таблица I на Конвенцията от 1988 г.

⁽¹⁴⁴⁾ Тези данни не включват количествата от спрени доставки.

⁽¹⁴⁵⁾ На базата на усреднените стойности за страните; за повече подробности вж. бележка под линия (53).

⁽¹⁴⁶⁾ За подробните стойности за всяка страна вж. таблицата в „Проучване за употребата на наркотици сред общото население“ в статистическия бюлетин 2006.

Фигура 6: Разпространение на употребата на кокаин през изминалата година сред всички възрастни (15–64 годишни) и сред младите възрастни (15–34 годишни и 15–24 годишни)



Забележка: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. За допълнителна информация вижте Таблицы GPS-8, GPS-11 и GPS-18 в статистическия бюлетин 2006.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2005), като данните са снетни от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

Данните от училищните проучвания показват много ниски стойности за разпространение на употребата на кокаин някога през живота, като те са в диапазона от 0 % в Кипър, Финландия и Швеция до 6 % в Испания, а стойностите за разпространение на употребата някога през живота на крек са дори още по-ниски — от 0 % до 3 % (Hibell et al., 2004).

Употребата на кокаин е по-голяма сред младите мъже. Например проучванията в Дания, Германия, Испания, Италия, Нидерландия, Обединеното кралство и Норвегия показват, че сред мъжете на възраст 15–34 години употребата някога през живота е в границите от 5 % до 14 %. Употребата през последната година е по-ниска, но четири страни отчитат стойности над 3 %, а Испания и Обединеното кралство отчитат стойности от около 6–7 %⁽¹⁴⁷⁾, което предполага, че около 1 на всеки 15 млади мъже в тези страни напоследък е употребявал кокаин. Това съотношение е значително по-високо в градските райони.

Сред общото население употребата на кокаин е инцидентна, предимно в края на седмицата

и в местата за отдих и развлечения (барове и дискотеки), където понякога достига високи равнища. Проучванията, направени сред млади хора в танцови и музикални заведения в различни страни, разкриват разпространение на употребата на кокаин много по-високо от това сред общото население, като разпространението на употребата някога през живота е в границите от 10 % до 75 % (вж. избрания материал за употребата на наркотици за развлечения). Например Британското проучване за престъпността 2004–05 г. дава приблизителна оценка за степента на разпространение на употребата на наркотици от „клас А“ сред хората, които посещават дискотеки или нощни заведения, поне два пъти по-висока от тази за лицата, които не посещават такива места (Chivite-Matthews et al., 2005) (вж. също избрания материал за употребата на наркотици за развлечения). Средно около една трета от всички възрастни европейци, които някога са употребявали кокаин, са го употребявали през предишните 12 месеца; за сравнение, само 13 % съобщават, че са го употребявали през предходните 30 дни. Например 2–4 % от мъжете на възраст

⁽¹⁴⁷⁾ Вж. Фигура GPS-9 в статистическия бюлетин 2006.

15–24 години в Испания, Италия, Обединеното кралство и България⁽¹⁴⁸⁾ съобщават, че са употребявали кокаин през предходните 30 дни. По груба оценка текущо употребяващи кокаин в Европа са около 1.5 милиона възрастни между 15 и 64 години (80 % във възрастовия диапазон 15–34 години). Това може да се смята за минимална оценка, като се има предвид вероятно занижените отчетени стойности.

Моделите на употреба на кокаин са много различни сред различните групи употребяващи. Едно европейско проучване, проведено в няколко големи града, установява, че социално интегрираните употребяващи кокаин предимно вдишват (95 %) наркотика, докато само съвсем малка част някога са пушили или са си инжектирали веществото, но много често се среща съчетана употреба с канабис и алкохол (Prinzleve et al., 2004). Сред употребяващите по време на лечение за пристрастяване или тези от социално маргинализирани групи по-често се среща инжектиране, а в Хамбург, Лондон и Париж, и в по-малка степен в Барселона и Дъблин, е обичайна употребата на крех. Употребата на крех сред общото население в Европа изглежда не е голяма. Например разпространението на употребата на крех някога през живота бе отчетена на 0.5 % в Испания (2003 г.) и 0.8 % в Обединеното кралство (Chivite-Matthews et al., 2005). В три страни бе направено проучване за разпространението на употребата на крех някога през живота в различни клубове и бе установено, че то е дори по-ниско от употребата на хероин (Чехия 2 %, Обединеното кралство 13 % и Франция 21 %). Въпреки това в някои градове употребата на крех сред маргинализираните групи или употребяващите опиати буди загриженост. Например сред целевата група от 94 жени сексуални работнички по улиците в Амстердам оценките за разпространение на употребата някога през живота на крех са изключително високи — 91 % (Korf, 2005, цитиран в националния доклад на Нидерландия).

За сравнение, според проведеното през 2004 г. националното проучване за употребата на наркотици и здравето в Съединените щати 14.2 % от възрастните (на 12 и повече години) съобщават, че са употребявали кокаин някога през живота си, за разлика от средната за Европа стойност от 3 %. Употребата през последната година е била 2.4 %, в сравнение със средната за Европа от 1 %, въпреки че в някои страни на ЕС, напр. в Испания (2.7 %) и Обединеното кралство (2 %), отчетаните стойности са в същите граници като тези в Съединените щати⁽¹⁴⁹⁾. Сравнително по-високите стойности за употребата някога през живота в Съединените щати вероятно отчасти са свързани с по-ранното разпространение на употребата на кокаин в тази страна.

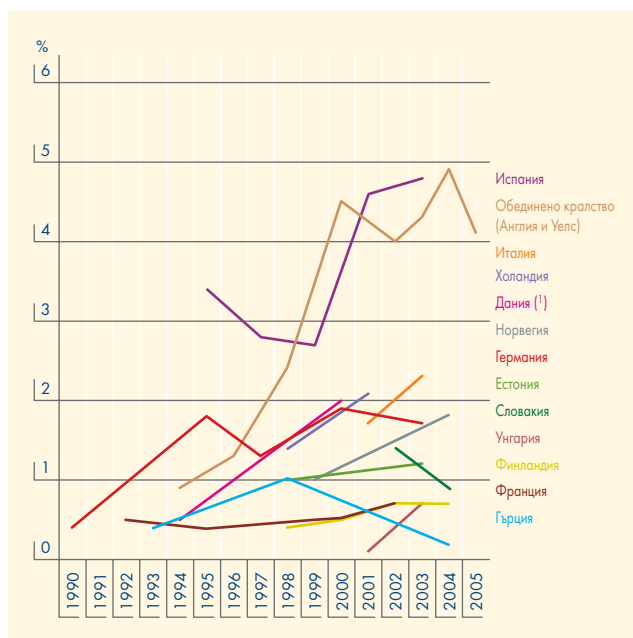
Сред младото възрастно население (между 16 и 34 години) стойностите за САЩ са 14.6 % (употреба някога през живота), 5.1 % (през изминалата година) и 1.7 % (през последния месец), докато средните стойности за ЕС за 15- до 34-годишните са съответно около 5 % (някога през живота), 2 % (през изминалата година) и 1 % (през последния месец).

Тенденции в употребата на кокаин

От няколко години постъпват предупреждения за вероятността от нарастване употребата на кокаин в Европа на базата на данните от най-различни източници (напр. пазарни индикатори, търсене на лечение, смъртни случаи). Въпреки че наличната информация за тенденциите в употребата на кокаин сред населението се подобрява от това, че все повече страни извършват неколккратно повтарящи се проучвания, данните все още са ограничени. В случая на кокаина допълнителни трудности създават по-ниските равнища на разпространението на употребата и вероятното отчитане на занижени стойности за употребата.

През втората половина на 1990-те години употребата на кокаин напоследък (през изминалата година) сред младото възрастно население нарастваше подчертано в Обединеното кралство до 2000 г., както и в Испания до 2001 г., като през последните години се наблюдава явно стабилизиране. В Германия през 1990-те години се наблюдаваше умерено увеличаване, но през последните години стойностите се запазиха постоянни, на равнища подчертано по-ниски от тези в Испания и Обединеното кралство (Фигура 7).

Фигура 7: Тенденции в разпространението на употребата на кокаин през изминалата година сред младите възрастни (15–34 годишни)



(1) В Дания стойността за 1994 г. се отнася за „твърди наркотици“.
Забележка: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. За допълнителна информация вижте Таблица GPS-4 в статистическия бюлетин 2006.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2005), като данните са снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

⁽¹⁴⁸⁾ Проучване от 2001 г. В проучването от 2003 г. не бе отчетено разпределението по полове по възрастови групи през 10 години.

⁽¹⁴⁹⁾ Източник: SAMHSA, Служба за приложни изследвания, 2004 г., Национално проучване за употребата на наркотици и здравето (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Имайте предвид, че възрастовият диапазон за понятието „всички възрастни“ в изследването на САЩ (12 и повече години) е по-широк от стандартния при европейските проучвания (15–64 години). Стойностите за групата на 16–34 годишните в проучването за САЩ бяха преизчислени от ЕЦМНН.

Умерено увеличаване на употребата през изминалата година се наблюдава в Дания (до 2000 г.), Италия, Унгария, Нидерландия (до 2001 г.) и в Норвегия. Тази тенденция трябва да се тълкува внимателно, тъй като се базира само на две проучвания във всяка страна.

В случая на кокаин и други вещества (напр. екстази, амфетамини, халюциногенни гъби) тенденциите могат да бъдат идентифицирани по-добре, ако анализът се фокусира върху групи, сред които се наблюдава съсредоточаване на употребата на наркотици, и по-конкретно върху младежите, живеещи в градските райони. Тези групи от населението са разгледани по-задълбочено в избрания материал за употребата на наркотици за развлечение. Освен това информацията от проучванията следва да бъде допълнена от конкретно фокусирани изследвания сред младежите от избрани групи (в нощните заведения).

Данни за търсенето на лечение ⁽¹⁵⁰⁾

След опиатите и канабиса, кокаинът е следващият наркотик, най-често съобщаван като причина за постъпване на лечение, и на него се дължи около 8 % от общото търсене на лечение в ЕС през 2004 г. ⁽¹⁵¹⁾. Трябва да се отбележи, че Испания, която обикновено отчита повишено търсене на лечение срещу кокаин, все още не е предоставила информация за това. Горната обща стойност е резултат от широките граници, в които варира този показател в отделните страни: в повечето страни търсенето на лечение, свързано с употребата на кокаин, е съвсем слабо, но в Нидерландия и традиционно в Испания относителният дял на всички пациенти, които са потърсили лечение срещу употребата на кокаин, е доста по-висок (съответно 37 % и 26 % (през 2002 г.)). Според най-новите налични данни една група страни отчитат процентен дял на новите пациенти, които са потърсили лечение срещу кокаин, от всички потърсили лечение пациенти между 5 % и 10 % (Дания, Германия, Франция, Ирландия, Италия, Кипър, Малта, Обединеното кралство и Турция), докато в останалите страни този дял е много малък ⁽¹⁵²⁾. В няколко страни процентният дял на новите пациенти, потърсили лечение срещу употребата на кокаин като основен проблемен наркотик ⁽¹⁵³⁾, се е повишил спрямо броя на всички пациенти и се отчита, че като цяло около 12 % от всички нови случаи на търсене на лечение са свързани с употребата на кокаин. Също така около 12 % от новите пациенти съобщават, че употребяват кокаин като съпътстващо основното вещество наркотик ⁽¹⁵⁴⁾.

Продължава нарастващата тенденция сред пациентите, потърсили лечение срещу употребата на кокаин, която се отчита в предходните години. Един анализ за периода от 1999 г. до 2004 г., който използва интерполация за неотчетените данни, сочи, че делът на новите пациенти, потърсили лечение за употреба на кокаин през този период, се е увеличил от около 10 % до 20 % (на

базата на данните за 17 страни от ЕС и за България и Румъния) ⁽¹⁵⁵⁾.

Като цяло по-голямата част от търсенето на лечение за употреба на кокаин в Европа не е свързано с кокаин-крек — около 80 % от новите пациенти на амбулаторно лечение за кокаин съобщават, че употребяват кокаин хидрохлорид (кокаин на прах) и по-малко от 20% употребяват крек. Все пак употребяващите крек могат да се окажат предизвикателство за лечебните услуги, тъй като те имат по-маргинализиран социален профил от употребяващите кокаин на прах. Едно европейско проучване за употребата на кокаин (на прах и крек) установява, че съществува връзка между употребата на крек и социалните и умствени здравословни проблеми; въпреки това проучването сочи също, че употребата на крек сама по себе си не е достатъчно обяснение за социалните и умствени здравословни проблеми (Haasen et al., 2005). Едно скорошно проучване сред 585 пациенти на лечение за кокаин и крек в Шотландия установи, че употребяващите крек по-често са с по-дълга история на проблемната употреба на наркотици и по-често са замесени в престъпна дейност (Neale и Robertson, 2004, цитирани в националния доклад на Обединеното кралство).

Ако се разгледа профилът на пациентите на лечение за кокаин в амбулаторни условия, очевидно новите пациенти, за които кокаинът е основен проблемен наркотик, обикновено са по-възрастни от останалите употребяващи наркотици: 70 % са във възрастовата група на 20- до 34-годишните, а една по-малка група (13 %) са на възраст между 35 и 39 години ⁽¹⁵⁶⁾.

Кокаинът често се използва в съчетание с друг незаконен или законен съпътстващ наркотик, често канабис (31.6 %), опиати (28.6 %) или алкохол (17.4 %) ⁽¹⁵⁷⁾. Някои местни проучвания сред инжектиращите сочат, че в някои райони все по-популярна става комбинацията между героин и кокаин в една и съща инжекция (понякога се нарича от инжектиращите "спидбол" (англ. 'speedballing')). Понастоящем данните за лечението по-категорично свидетелстват за съчетаването на опиати с кокаин. Сред пациентите, които съобщават, че опиатите са основния им проблемен наркотик, 31 % в Италия, 42 % в Нидерландия и 44 % в Обединеното кралство съобщават за съпътстваща употреба на кокаин. Сред употребяващите кокаин като основен проблемен наркотик 28 % в Италия и 38 % в Обединеното кралство съобщават за съпътстваща употреба на опиати.

Лечение на зависимост от кокаин

Не съществуват достатъчно доказателства в подкрепа на фармакологичното лечение на зависимост от кокаин или друг психостимулант. Въпреки това в своя задълбочен преглед на прилагането на фармакотерапии

⁽¹⁵⁰⁾ Вж. бележка под линия (70).

⁽¹⁵¹⁾ Вж. Фигура TDI-2 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁵²⁾ Вж. Таблица TDI-5 в статистическия бюлетин 2006; данните за Испания са за отчетната година 2002.

⁽¹⁵³⁾ Вж. Таблица TDI-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Вж. Таблица TDI-23 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Вж. Фигура TDI-1 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Вж. Таблица TDI-10 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁵⁷⁾ Вж. Таблица TDI-24 в статистическия бюлетин 2006.

при употребяващите психостимуланти Shearer и Gowling (2004) стигат до заключението, че субституиращата терапия, която успешно се прилага за лечение на случаи на опиатна и никотинова зависимост и притежава потенциала да привлича и да кара употребяващите да се придържат към лечението, все още не е достатъчно пълно изпробвана върху употребяващите стимуланти. Наскоро ЕЦМНН публикува един преглед на литературните източници в областта на ответните реакции и ефективността от лечението за кокаин, включително за ответната реакция срещу умствени здравословни проблеми сред употребяващите крех ⁽¹⁵⁸⁾.

Имуноterapia за пристрастените към кокаина

За разлика от пристрастяването към хероина, което се лекува с агонисти, като метадона, или с антагонисти, като налтрексона, понастоящем не съществува медицинска терапия за пристрастяването към кокаина. Причината за това вероятно е в механизма на действието му, чрез който кокаинът упражнява своя ефект върху мозъчните невротрансмитери допамин и серотонин. Докато хероинът свързва с мозъка опиатните рецептори, като например μ рецепторите, и поради това имитира действието на собствените ендорфини на мозъка, кокаинът инхибира повторното абсорбиране на допамина (и всъщност на серотонина) от невронния синапс, след като той е произвел ефекта си, което води до натрупването на трансмитера и по този начин удължава и подсилва неговия ефект.

Това не означава непременно, че е невъзможно да бъде разработено медицинско лечение за пристрастяването към кокаина, а само че вероятно ще бъде по-трудно да се направи това и че може да включва концепции, които са различни от приложените при разработването на лечение за хероинова зависимост.

Едно вълнуващо направление в изследователската работа е прилагането на имуноterapia, т.е. разработването на ваксина, която ефективно „неутрализира“ действието на кокаина, като не позволява на наркотика да достигне до мозъка. Основната концепция е преминала през ограничени изпитания. Една ваксина, разработена в Обединеното кралство, бе изпитана сред малък брой пристрастени към кокаина — общо 18, в продължение на 14 седмици. Установено бе, че три четвърти от ваксинираната група пристрастени към кокаина са в състояние да не използват наркотика в продължение на 3 месеца без неблагоприятни странични ефекти. Освен това след 6 месеца тези, които отново се върнаха към употребата, и тези, които продължиха да не вземат наркотика, споделиха, че чувството на еуфория не е така силно, както преди ваксинирането. В резултат от тези заключения ваксината, известна като нарко-протеиново съединение TA-CD, е подложена на фаза 2 от клиничните изпитания. Друг имунотерапевтичен подход се състои в разработването на моноклонови антитела на кокаина, но той е преминал само предклинични изпитания.

Потенциалната полза от кокаиновата ваксина TA-CD породиха някои съображения от етично естество относно употребата на ваксината — кой трябва да се ваксинира, кой трябва да взема решението за това и на базата на какви критерии, и т.н.

В някои страни, включително Съединените щати и Обединеното кралство, понастоящем се правят значителни инвестиции за създаването на имунотерапевтични методи на лечение чрез разработването на антитела, които могат да преграждат пътя на кокаина в кръвта преди да достигне до централната нервна система (вж. карето за имуноterapia за зависимите от кокаин).

Съчетаването на няколко специфични психосоциални терапевтични интервенции понастоящем се смята за една от най-обещаващите възможности за лечение за употребяващите кокаин и други психостимуланти. Доказано е, че съчетанието между подхода за подкрепа от страна на общността (CRA) и управлението на случайностите намаляват употребата на кокаин в краткосрочен план (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

Подходът за подкрепа от страна на общността (CRA) е един метод за интензивно лечение, в който през цялото времетраене на терапията са ангажирани семейството, приятелите и други членове на социалния кръг около пациента и който се състои в обучението на пациентите да създават социални контакти, да подобрят представата си за собственото аз и да си намерят работа и занимания за заслужена отмора, за да променят начина си на живот (Roozen et al., 2004). В съчетание с управлението на случайностите — един метод, който цели да повлияе върху поведението на пациентите, като им предлага смислени стимули, напр. подаръци, ваучъри или привилегии, когато пробите от урината им не показват съдържание на кокаин — бяха постигнати положителни резултати по отношение на употребата на наркотици и на психосоциалните функции по време на етапа на провеждане на терапията и в последващия следлечебен период при пациенти, подложени на амбулаторно лечение за зависимост от кокаин, въпреки че ефектът върху употребата на кокаин изглежда ограничен само за периода на терапията (Higgins et al., 2003).

Новите подходи към силно проблематичните групи, употребяващи хероин със съпътстваща употреба на кокаин и крех, са фокусирани върху намаляването на щетите като първостепенна цел при лечението и прилагат поведенчески терапии, по-конкретно подходи за управление на случайностите, в съчетание с метадонови поддържащи програми или подпомогнато от хероин лечение (Schottenfeld et al., 2005; van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

Подходи за намаляване на щетите

В Европа разработването на подходи за намаляване на щетите, насочени към употребата на кокаин, е ограничено. Сега това може би започва да се променя, след като повишаването на информираността едновременно за размерите на употребата на кокаин и за свързаните с това проблеми стимулира интереса към разработването на ответни мерки, които да отговарят на нуждите на употребяващите кокаин. Цената на подходите за превенция и за намаляване на щетите за намаляването на опасностите, свързани с употребата на кокаин, остава в голяма степен неизследвана, но има няколко области, които вероятно притежават потенциал за развитието на

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400

такъв вид подход. Възможно е, например, употребяващите кокаин да имат полза от мерки, които са насочени към въпроси като повишената токсичност на комбинацията между кокаин и алкохол, потенциалната връзка между употребата на кокаин и сърдечносъдовите проблеми или на връзката с поведението, което може да изложи употребяващите на повишена опасност от заразяване с ХИВ вируса или на това да станат жертва на инцидент или на тежко престъпление. Тъй като употребата на кокаин може много бързо да ескалира, може би си струва да се разгледат възможностите за краткотрайна намеса, с която да се предупреждават употребяващите за факта, че те вероятно започват да изпитват отрицателните последици от употребата на наркотика.

В резултат от сериозните здравни и социални проблеми, свързани с употребата на крехк, съществува по-голям опит в разработването на услуги за тази група, въпреки че дейностите са ограничени само в онези относително малко на брой градове в Европа, които са засегнати от значителни проблеми с крехка. В няколко града употребяващите крехк са обект на схеми за работа на терен, които се опитват да ангажират групи, с които често се смята, че е трудно да се работи. Въпреки че като цяло фактологичната база остава относително слаба, някои проучвания сочат, че могат да се извлекат и известни ползи. Например едно проучване на една новаторска програма за провеждане на лечение на терен в Ротердам (Henskens, 2004, цитирано в националния доклад на Нидерландия) идентифицира някои фактори, които според наблюденията се оказват важни за подхода към тази

група пациенти, които често е трудно да бъдат включени в традиционните услуги в областта на наркотиците.

Принудителните модели на употреба на крехк и кокаин могат да бъдат свързани с увеличаване на рисковете за сексуалното здраве и някои програми с ниско прагово равнище на достъп са насочени специално към употребяващите крехк сексуални работници, като им отправят послания за по-безопасен секс и употреба на наркотици и раздават презервативи и смазващи вещества (вж. избрания материал за половите различия).

В някои големи градове на Европа е възприет един по-спорен подход, при който концепцията за осигуряването на помещения за безопасна употреба, обикновено насочена към инжектирането на наркотици, обхваща и употребата чрез вдишване. В няколко нидерландски, германски и швейцарски града са открити помещения за вдишване под наблюдение (EMCDDA, 2004c). Въпреки че наблюдението над хигиената на употребата е главната цел на този вид услуги, съществуват известни доказателства, че те биха могли също така и да играят ролята на проводник за други видове услуги; например при наблюденията над една такава услуга във Франкфурт, Германия, се отчита, че за 6-месечния период на оценката през 2004 г. е извършено наблюдение на 1 400 случая на употреба, като същевременно са документирани 332 разговора за установяване на контакт, 40 консултации и 99 случая на пренасочване към друг вид услуги в областта на наркотиците.



Глава 6

Употреба на опиати и инжектиране на наркотици

Предлагане и достъпност на хероин ⁽¹⁵⁹⁾

В Европа вносният хероин се среща под две форми: обичайно предлаганият кафяв хероин (неговата химична основна форма) и по-рядко срещаният и обикновено по-скъп бял хероин (под формата на сол), който обикновено е с произход от Югоизточна Азия. Освен това някои опиати се произвеждат в ЕС, но производството е предимно ограничено до маломасщабно производство на домашно приготвени продукти от опиумен мак (напр. слама от опиумен мак, концентрат от натрошени стебла или главички на опиумен мак) в няколко от Източноевропейските страни от ЕС, например в Литва, където пазарът на стебла и концентрат от опиумен мак като че ли се стабилизира, и в Полша, където производството на "полски хероин" вероятно намалява (CND, 2006).

Производство и незаконна търговия

Хероинът, който се употребява в Европа, е произведен предимно в Афганистан, който остава световен лидер в доставките на незаконен опиум и през 2005 г. осигурява 89 % от световното производство на незаконен опиум, следван от Мианмар (Бирма) (7 %). Производството на незаконен опиум в света се запази относително стабилно в периода между 1999 г. и 2004 г., с изключение на 2001 г., когато една забрана за отглеждане на опиумен мак, наложена от талибанския режим, доведе до рязко, но краткотрайно намаляване; по приблизителни оценки през 2005 г. са произведени около 4 670 тона — 4 % по-малко в сравнение с 2004 г. (CND, 2006). През 2005 г. световният потенциал за производство на хероин се оценяваше на 472 тона (495 тона през 2004 г.) (UNODC, 2006).

Хероинът навлиза в Европа по два основни маршрута. Важният в миналото Балкански път продължава да играе решаваща роля в контрабандата на хероин. След като премине през Пакистан, Иран и Турция, маршрутът се разделя на южно разклонение, което преминава през Гърция, Бившата Югославска Република Македония, Албания, Италия, Сърбия, Черна гора и Босна и Херцеговина, и на северно разклонение — през България, Румъния, Унгария, Австрия, Германия и Нидерландия, като последната функционира като второстепенен разпределителен център за останалите

западноевропейски страни. Конфискациите на хероин през 2004 г. сочат, че южното разклонение вече е придобило същото значение, което има и северното по отношение на обема на контрабандния внос (WCO, 2005; INCB, 2006a). От средата на 1990-те години незаконният внос на хероин в Европа все повече (но в по-малка степен, отколкото през Балканските маршрути) преминава по "пътя на коприната" през Централна Азия (по-конкретно Туркменистан, Таджикистан, Киргизстан и Узбекистан), Каспийско море и Руската федерация, Беларус или Украйна, към Естония, Латвия, някои от северните страни и Германия (Национални доклади от мрежата Reitox, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Въпреки че тези маршрути са най-важните, няколко страни на Арабския полуостров (Оман, Обединените арабски емирства) станаха транзитни обекти за пратките с хероин от Южна и Югозападна Азия, предназначен за Европа (INCB, 2006a). Освен това през 2004 г. в Източна и Западна Африка, в Карибския район и в Централна и Южна Америка е конфискуван хероин, предназначен за Европа (и Северна Америка) (CND, 2006).

Конфискации

През 2004 г. в целия свят са конфискувани 210 тона опиум (или 21 тона хероинов еквивалент), 39.3 тона морфин и 59.2 тона хероин. Азия (50%) и Европа (40%) продължиха да отчитат най-големите количества конфискуван хероин в света. Делът на Европа нараства, до голяма степен поради увеличението брой конфискации в страните от Югоизточна Европа (Турция), които за първи път надвишиха заловените количества в Западна и Централна Европа (CND, 2006).

През 2004 г. в страните, които отчитат такива данни, приблизително 46 000-те конфискации доведоха до изземването на около 19 тона хероин. Обединеното кралство продължава да бъде страната, в която са направени най-много конфискации, следвано от Германия и Италия, докато Турция е конфискувала най-големите количества (следвана от Италия и Обединеното кралство), където са отчетени почти половината от общото заловено количество през 2004 г. ⁽¹⁶⁰⁾. В периода 1999—2004 г. конфискациите на хероин варират и на базата на данните от страните изглежда, че наблюдаваното през 2002—2003 г. намаление е било последвано от увеличение през

⁽¹⁵⁹⁾ Вж. „Гълкуване на конфискациите и друга пазарна информация“, стр. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ Това трябва да се провери след като бъдат попълнени липсващите данни за 2004 година. За Ирландия и Обединеното Кралство липсват данни както за броя на конфискациите на хероин, така и за конфискуваните количества през 2004 година; липсват данни за броя на конфискациите на хероин през 2004 г. за Нидерландия. За целите на изчисленията вместо липсващите данни за 2004 г. бяха използвани тези за 2003 г. Предоставените от Нидерландия данни за конфискуваните количества през 2004 г. са само приблизителни оценки, които не бе възможно да бъдат включени в анализа на тенденциите за 2004 г.

2004 г. ⁽¹⁶¹⁾. През петгодишния период от 1999 г. до 2004 г. общите иззети количества героин постоянно се увеличават, като достигат рекордно равнище през 2004 г., което в голяма степен се дължи на това, че количеството героин, заловено в Турция през 2004 г., е почти двойно по-голямо от това през предходната година ⁽¹⁶²⁾.

Цена и чистота

През 2004 г. средната цена на дребно на кафевия героин в Европа е варираща в широки граници между 12 евро на грам в Турция до 141 евро на грам в Швеция, докато цената на белия героин варира от 31 евро на грам в Белгия до 202 евро на грам в Швеция, а цената на героин от неопределен вид е била в границите от 35 евро на грам в Словения до 82 евро на грам в Обединеното кралство ⁽¹⁶³⁾. Данните в повечето страни ⁽¹⁶⁴⁾, предоставени за периода 1999–2004 г., показват намаление на средната цена на героина, коригирана спрямо инфлацията ⁽¹⁶⁵⁾.

През 2004 г. средната чистота на кафевия героин, който достига до потребителите, варира в границите от 10 % в България до 48 % в Турция, докато тази на белия героин беше в границите от 20 % в Германия до 63 % в Дания, а на героина от неопределен тип — в границите от 16 % в Унгария до 42–50 % ⁽¹⁶⁶⁾ в Нидерландия ⁽¹⁶⁷⁾. От 1999 г. насам средната чистота на героиноните продукти се колебае в повечето страни, които отчетат данни за това ⁽¹⁶⁸⁾, което затруднява определянето на една обща тенденция.

Международни действия срещу производството и незаконната търговия с героин

Оцетният анхидрид ⁽¹⁶⁹⁾ е важен прекурсор, използван в незаконното производство на героин. Операция „Топаз“ е международна инициатива, която наблюдава законната търговия с оцетен анхидрид и разследва методите и пътищата, по които той бива отклоняван (INCB, 2006b). Законната търговия с оцетен анхидрид има значителни размери, което затруднява нейното контролиране. Това се илюстрира от факта, че от 2001 г. 22 страни/територии износители са подали в Международния съвет за контрол на наркотиците към ОН (INCB) 7 684 предварителни уведомления за износ, които са за обем от над 1 350 000 тона оцетен анхидрид. Конфискациите в Турция (1 600 литра през 2004 г.) намаляха значително през последните години, което вероятно е признак, че трафикантите са открили нови

пътищата и методи за неговото отклоняване. През 2004 г. за първи път в Европа (в България) бяха направени конфискации, за които бе определено, че са с произход от Югозападна Азия (INCB, 2006b).

Въпреки че аспектите на операция „Топаз“, свързани с наблюдението на международната търговия, се оказаха успешни, не беше отбелязан голям напредък в идентифицирането и разбиването на мрежите, по които се извършва контрабандният внос на оцетен анхидрид в Афганистан и съседните му страни (INCB, 2006b).

Проектът Mustard, изпълняван от Европол, има за цел да идентифицира и проследява турски и свързани с тях престъпни групировки, които действат в посока към и в рамките на ЕС и се занимават с незаконна търговия на наркотици, предимно героин. Той оказва оперативна подкрепа за водещите се разследвания в участващите държави и подобрява качеството на стратегическото разузнаване, като дава задълбочена представа за дейността на турската организирана престъпност и свързаните с нея групировки (Europol, 2006).

Приблизителни оценки за разпространението и проблемната употреба на опиати

Информацията в този раздел е извлечена от индикатора за проблемната употреба на наркотици (ПУН) (PDU) на ЕЦМНН, който обхваща „инжектирането на наркотици или продължителна/редовна употреба на героин, кокаин и/или амфетамини“. Традиционно оценките за проблемната употреба на наркотици принципно отразяват употребата на героин, въпреки че както е разгледано на други места в настоящия доклад, в някои страни важен компонент са употребяващите амфетамини.

Когато се правят тълкувания върху оценките за проблемната употреба на опиати, трябва да се има предвид, че моделите на употреба стават все по-разнообразни. Например проблемите с употребата на няколко вида наркотици придобиват все по-голямо значение в повечето страни, докато в някои страни, в които в миналото преобладаваха проблемите с опиати, сега се отчита преминаване към употреба на други видове наркотици. Смята се, че повечето употребяващи героин сега използват освен опиатите и стимуланти и други наркотици, но е много трудно да се получат надеждни данни за едновременната употреба на няколко вида наркотици на равнище ЕС (вж. Глава 8).

⁽¹⁶¹⁾ Вж. Таблица SZR-7 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁶²⁾ Вж. Таблица SZR-8 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁶³⁾ Вж. Таблица PPP-2 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ За периода 1999–2004 г. данни за цените на героина за най-малко три последователни години бяха предоставени: за кафяв героин — за Белгия, Чехия, Испания, Франция, Ирландия, Люксембург, Полша, Португалия, Словения, Швеция, Обединеното кралство, България, Румъния, Турция и Норвегия; за бял героин — за Чехия, Германия, Франция, Латвия и Швеция; и за героин от неопределен тип — за Литва и Обединеното кралство.

⁽¹⁶⁵⁾ 1999 г. се приема за базова година за стойността на парите във всички страни.

⁽¹⁶⁶⁾ Тези две стойности съответстват на информацията от две различни системи за наблюдение (Вж. Таблица PPP-6 (част iii) в статистическия бюлетин 2006); трябва да се внимава, защото стойността от 50 % се базира само на една проба.

⁽¹⁶⁷⁾ Вж. Таблица PPP-6 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ За периода 1999–2004 г. данни за чистотата на героина за най-малко три последователни години бяха предоставени: за кафяв героин — за Чехия, Дания, Испания, Ирландия, Италия, Люксембург, Австрия, Португалия, Словакия, Обединеното кралство, Турция и Норвегия; за бял героин — за Дания, Германия, Естония, Финландия и Норвегия; и за героин от неопределен тип — за Белгия, Литва, Унгария и Нидерландия.

⁽¹⁶⁹⁾ Включено в Таблица I на Конвенцията от 1988 г.

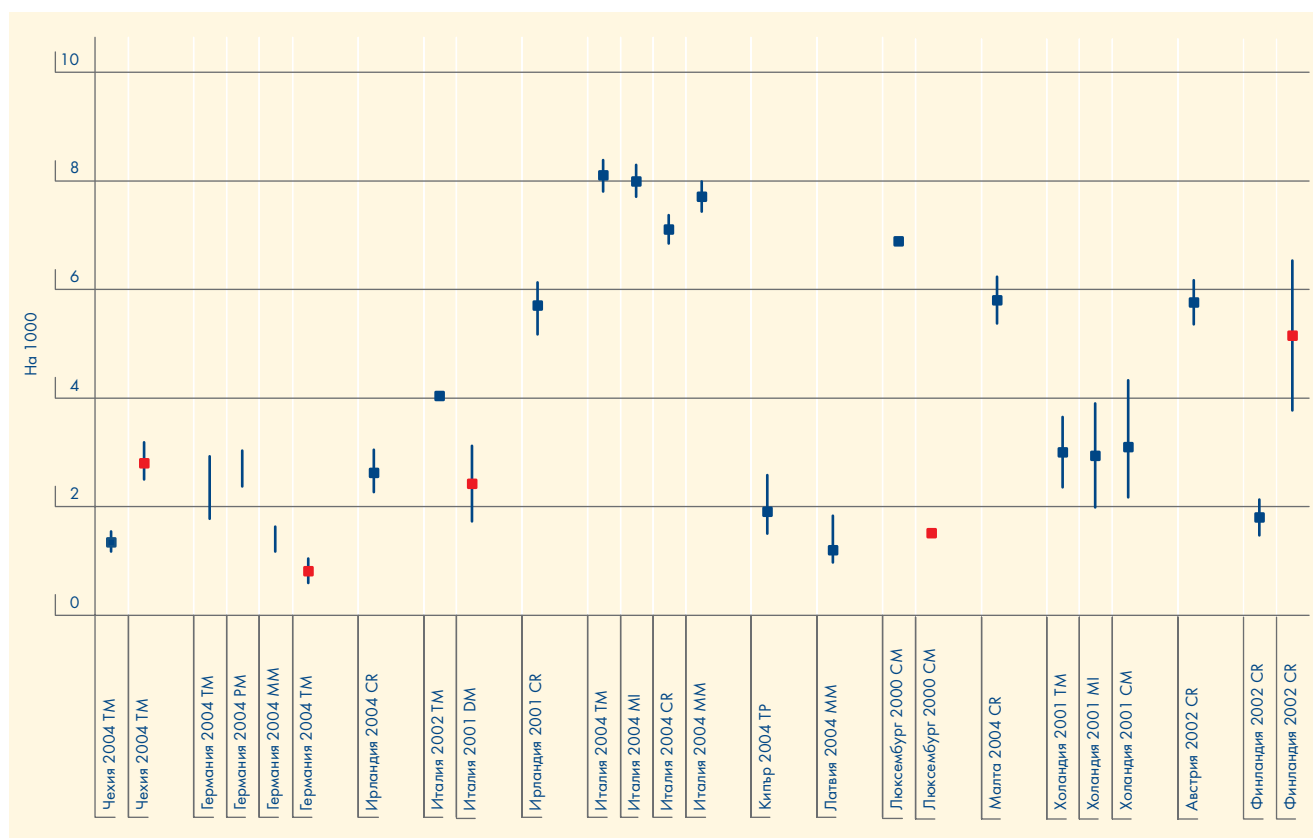
Въпреки общата тенденция към разнообразяване на употребата, в много страни приблизителните оценки за проблемната употреба на наркотици се базират изключително само на проблемната употреба на героин или на други опиати като основно проблемно вещество. Това може да се види от стойностите за проблемната употреба на опиати (вж. Фигура 8), които в по-голямата си част са много сходни с тези за индикатора за проблемната употреба на наркотици PDU⁽¹⁷⁰⁾. Не е ясно дали в останалите страни разпространението на неопиатната проблемна употреба е почти пренебрежимо малко, или което е по-възможно — значимо, но твърде трудно да бъде изчислено.

Трудно е да бъде дадена оценка за броя на проблемно употребяващите опиати и са необходими сложни по характер анализи, за да се получат стойности за разпространението от наличните информационни източници. Още повече, че оценките често са за определени географски райони и екстраполирането им с цел получаване на национални стойности не винаги е достатъчно надеждно.

Оценките за разпространението на проблемната употреба на опиати на национално равнище за периода

2000—2004 г. са в диапазона от 1 до 8 случая на 1 000 души на възраст 15—64 години (на базата на средната стойност за приблизителните стойности). Разпространението на проблемната употреба на опиати в различните страни е много различно, въпреки че когато в една и съща страна се използват различни методи, резултатите са в голяма степен съвместими. По-високи стойности за проблемната употреба на опиати се отчитат от Ирландия, Италия, Люксембург, Малта и Австрия (5—8 случая на 1 000 души на възраст 15—64 години), а по-ниски — от Чехия, Германия, Гърция, Кипър, Латвия и Нидерландия (по-малко от четири случая на 1 000 души на възраст 15—64 години) (Фигура 8). Някои от най-ниските добре документирани оценки, с които се разполага днес, са от новите държави-членки на ЕС, но в Малта се отчита по-високо разпространение на употребата (5.4—6.2 случая на 1 000 души на възраст 15—64 години). От ограничените данни може да се направи заключението, че общото разпространение на проблемната употреба на опиати в ЕС е между два и осем случая на 1 000 души на възраст 15—64 години. Все пак тези оценки са доста далеч от прецизността и ще трябва да се доуточнят, след като се получат повече данни.

Фигура 8: Приблизителни оценки за разпространението на проблемната употреба на опиати и стимуланти, 2000—2004 г. (на 1 000 души на възраст 15—64 години)



Забележка: ■ Червените полета показват употребата на стимуланти, а останалите стойности се отнасят за употребата на опиати. MM — множител смъртност; CR — метода на отнемане-възвръщане; TM — множител с използване данни от лечението; PM — множител с използване данни от полицията; MI — мултивариантен индикатор; TP — съкратен метод на Poisson; CM — комбинирани методи. За повече информация вижте Таблицы PDU-1, PDU-2 и PDU-3 в статистическия бюлетин 2006. Символът означава една точка приблизителна стойност, а ивицата — интервал на несигурност, който би могъл да бъде както интервал за 95% сигурност, така и интервал, базиран на анализ за чувствителност. Възможно е целевите групи малко да се различават вследствие на различните методи и източници на данни, поради което трябва да се внимава, когато се правят сравнения.

Източници: Национални фокусни центрове.

⁽¹⁷⁰⁾ Вж. Фигура PDU-1 (част i) в статистическия бюлетин 2006.

Няма налични местни и регионални приблизителни оценки конкретно за проблемната употреба на опиати. Въпреки това наличните данни за проблемната употреба на наркотици (включително за употребата на стимуланти и други наркотици) сочат, че са налице големи различия в разпространението на употребата между различните градове и райони. Най-високи местни стойности на разпространението в периода 2000–2004 г. се отчитат в Ирландия, Португалия, Словакия и Обединеното кралство, където стойностите достигат до 15–25 случая на 1 000 души⁽¹⁷¹⁾. Както може да се очаква, географските различия също са значителни на местно равнище. Например разпространението в различни части на Лондон варира от 6 до 25 случая на 1 000 души. Широките граници, в които варират стойностите за местното разпространение на употребата, затруднява обобщаването им.

Времени тенденции в проблемната употреба на опиати

Липсата на надеждни и последователни минали данни усложнява оценката на тенденциите във времето

при проблемната употреба на опиати. Събраната фактологична информация сочи, че разпространението на проблемната употреба на опиати е много различно в отделните страни и че тенденциите не са съвместими навсякъде в ЕС. Докладите от някои страни, които се съпътстват от други индикаторни данни, сочат, че проблемната употреба на опиати в периода от средата до края на 1990-те години продължително се е увеличавала (Фигура 9), но през последните години като че ли се е стабилизирала или намаляла. Многократно повтарящи се оценки за проблемната употреба на опиати в периода от 2000 г. до 2004 г. са предоставяни от седем страни (Чехия, Германия, Гърция, Испания, Ирландия, Италия, Австрия): четири страни (Чехия, Германия, Гърция, Испания) отчитат намаляване на проблемната употреба на опиати, а една отчита увеличаване (Австрия — въпреки че това е трудно да бъде тълкувано, тъй като през този период се е променила системата за събиране на данните). Фактите, предоставени от хора, които постъпват на лечение за първи път, сочат, че разпространението на проблемната употреба на опиати като цяло вероятно бавно намалява,

Употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода

Информацията за употребата на наркотици сред лишените от свобода е откъслечна. Много от данните, които са на разположение в Европа, са от специални проучвания, които понякога са направени на местно равнище в заведения, които не са представителни за националната система на местата за лишаване от свобода, и използват извадки от лишени от свобода, които значително се различават по размери. В резултат от това различията по отношение на характеристиките на изследваните групи ограничават сравненията на данните от отделните проучвания — както в рамките на всяка страна, така и между различните страни — както и екстраполацията на резултатите и анализа на тенденциите.

Данни за употребата на наркотици сред лишените от свобода през последните 5 години (1999–2004 г.) бяха предоставени от повечето европейски страни⁽¹⁾. Те показват, че в сравнение с общото население употребяващите наркотици са повече от неупотребяващите в местата за лишаване от свобода. Делът на задържаните, които съобщават за употреба някога през живота на незаконен наркотик, варира между различните места за лишаване от свобода и арести, но средните стойности са от порядъка на една трета или по-малко в Унгария и България до две трети и повече в Нидерландия, Обединеното кралство и Норвегия, като повечето страни отчитат стойности за разпространение на употребата някога през живота от около 50 % (Белгия, Гърция, Латвия, Португалия, Финландия). Канабисът остава най-често използваният незаконен наркотик със стойности за разпространение на употребата някога през живота сред лишените от свобода в диапазона от 4 % до 86 %, в сравнение със стойностите за разпространение на употребата някога през живота на кокаин от 3–57 %, 2–59 % за амфетамини и 4–60 % за героин⁽²⁾.

Редовна употреба на наркотици или нарко зависимост преди лишаване от свобода се съобщава от 8–73 % от лишените

от свобода, докато разпространението някога през живота на инжекционната употреба на наркотици сред лишените от свобода е 7–38 %⁽³⁾.

Въпреки че повечето употребяващи наркотици намаляват или спират употребата им след лишаване от свобода, някои задържани продължават, а други започват да употребяват наркотици (и/или да инжектират наркотици) по време на престоя им в местата за лишаване от свобода. Според наличните проучвания 8–51 % от лишените от свобода са употребявали наркотици в затвора, 10–42 % съобщават, че употребяват редовно и 1–15 % са инжектирали наркотици по време на престоя си там⁽⁴⁾. Това повдига въпроси около вероятността от разпространение на инфекциозни заболявания, по-конкретно във връзка с достъпа до стерилни инжекционни материали и практиката на ползване на едни и същи материали сред лишените от свобода.

Многократните проучвания, извършени в Чехия (1996–2002 г.), Дания (1995–2002 г.), Литва (2003/2004 г.), Унгария (1997/2004 г.), Словения (2003/2004 г.) и Швеция (1997–2004 г.) показват увеличение на разпространението на различните видове употреба на наркотици сред задържаните, докато Франция (1997/2003 г.) съобщава за значително намаляние на дела на инжектиращите сред лишените от свобода⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Страните, които съобщават за извършени проучвания през последните 5 години (1999–2004 г.) и които са предоставили данни за моделите на употреба на наркотици сред лишените от свобода, са Белгия, Чехия, Дания, Германия, Гърция, Франция, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Унгария, Малта, Нидерландия, Австрия, Португалия, Словения, Словакия, Финландия, Швеция, Обединеното кралство, България и Норвегия.

⁽²⁾ Вж. Таблица DUP-1 и Фигура DUP-1 в статистическия бюлетин 2006.

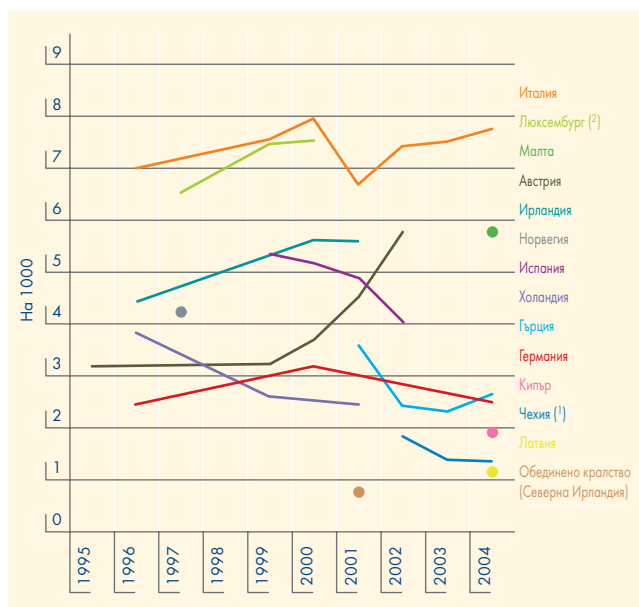
⁽³⁾ Вж. Таблици DUP-2 и DUP-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁴⁾ Вж. Таблици DUP-3 и DUP-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽⁵⁾ Вж. Таблица DUP-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁷¹⁾ Вж. Фигура PDU-6 (част i) в статистическия бюлетин 2006.

Фигура 9: Тенденции в разпространението на проблемната употреба на опиати в периода 1995—2004 г. (на 1 000 души на възраст 15—64 години)



(¹) Приблизителни стойности за възрастовата група 18—64 години.
Изчислено от данните за възрастовата група 15—54 години.

(²) Забележка: Времеви поредици от данни са съчетани в случаите, когато методите са сходни за целия обхванат период от време. За повече информация вижте Таблици PDU-1, PDU-2 и PDU-3 в статистическия бюлетин 2006.

Източници: Национални фокусни центрове.

поради което в близко бъдеще може да се очаква намаляване на разпространението.

Употреба на наркотици чрез инжектиране

Употребяващите наркотици чрез инжектиране (УНИ) (IDU) са изложени на много висок риск от неблагоприятни последици, като сериозни инфекциозни заболявания или свръхдоза. Поради това е важно инжектирането на наркотици да се разглежда самостоятелно.

Въпреки значението ѝ за общественото здраве, малко страни предоставят оценки за употребата на наркотици чрез инжектиране на национално или поднационално равнище (¹⁷²). В настоящия раздел оценките за употребяващите наркотици чрез инжектиране не са категоризирани според вида на основния проблем наркотик, предвид оскъдните данни, въпреки че тенденциите за дела на инжектиращите наркотици от употребяващите хероин, които са подложени на лечение (вж. по-долу), разбира се, са конкретно за инжектиращите хероин.

Повечето налични оценки за употребата на наркотици чрез инжектиране са съставени на базата на броя на случаите на смъртоносна свръхдоза или на информацията за заразните болести (като например ХИВ). Наличните

оценки варират в значителна степен между отделните страни — след 2000 г. оценките за стойностите на национално равнище са предимно в границите от един до шест случая на 1 000 души от населението на възраст 15—64 години, като преди 2000 г. съществуват и по-високи от тези стойности. От 2000 г. насам най-високи национални стойности за разпространение на употребата на наркотици чрез инжектиране сред страните, за които има приблизителни оценки, са отчетени в Люксембург и Австрия, където те са около шест случая на 1 000 души от населението на възраст 15—64 години. Най-ниските стойности са отчетени от Кипър и Гърция — малко над един случай на 1 000 души.

За страните, за които са дадени тенденции във времето, те не следват един общ модел, което показва, че в някои страни и райони е налице намаляване (например в Шотландия, Обединеното кралство), а в други увеличаване. Въпреки това липсата на данни в тази област означава, че не е възможно да се състави ясна картина за положението.

Наблюдението на дела на текущо инжектиращите от броя на употребяващите хероин, които постъпват на лечение, е важно допълнение към наблюденията за разпространението на употребата на наркотици чрез инжектиране сред общото население. Все пак е важно да се помни, че наблюдаваните относителни дялове не отразяват непременно тенденциите в разпространението на всички видове употреба на наркотици чрез инжектиране. Например в страните с висок дял на употребяващите стимуланти (Чехия, Словакия, Финландия, Швеция), стойностите за употребата чрез инжектиране сред употребяващите хероин може да не са представителни за цялостното положение.

Делът на инжектиращите наркотици от употребяващите хероин като основен наркотик, които постъпват на лечение за наркотици, отново сочи наличието на подчертани различия в равнищата на употреба на наркотици чрез инжектиране между отделните страни, както и различни тенденции във времето (¹⁷³). В някои страни (Испания, Нидерландия и Португалия) делът на инжектиращите от употребяващите хероин, подложени на лечение, е относително малък, докато в други страни инжектирането очевидно все още е основна форма на употреба на хероин. В някои държави-членки на ЕС-15, за които се разполага с данни (Дания, Гърция, Испания, Франция, Италия и Обединеното кралство), стойностите за инжектиращите сред употребяващите хероин, които са на лечение, са намалели. Въпреки това в повечето от новите държави-членки, или поне в тези, за които съществуват данни, голям процент от употребяващите хероин, които са на лечение, инжектират наркотика.

Данни за търсенето на лечение (¹⁷⁴)

В много страни опиятите (и в голяма степен хероинът) остават основният наркотик, за който пациентите се подлагат на лечение. В около 60% от всички заявки за лечение, отчетени през 2004 г. по индикатора за търсене на лечение, опиятите се цитират като основно проблемно вещество, а малко над половината (53%)

(¹⁷²) Вж. Фигура PDU-7 в статистическия бюлетин 2006.

(¹⁷³) Вж. Фигура PDU-3 (част i) в статистическия бюлетин 2006.

(¹⁷⁴) Вж. бележка под линия (70).

от тези пациенти инжектират наркотика ⁽¹⁷⁵⁾. Трябва да се отбележи, че индикаторът за търсене на лечение не обхваща всички лица на лечение за опиати, които са значително по-голям брой, а само пациентите, потърсили лечение през отчетната година.

Относителният дял на пациентите, потърсили лечение за употреба на хероин, е различен в различните страни. Въз основа на последните налични данни страните могат да бъдат разделени на три групи, в зависимост от дела на потърсилите лечение употребяващи наркотици, които съобщават за проблемна употреба на хероин, а именно:

- под 50 % — Чехия, Дания, Унгария, Нидерландия, Полша, Словакия, Финландия, Швеция;
- 50—70 % — Германия, Испания, Франция, Ирландия, Кипър, Латвия, Португалия, Обединеното кралство, Румъния;
- над 70 % — Гърция, Италия, Литва, Люксембург, Малта, Словения, България ⁽¹⁷⁶⁾.

Към страните, в които един доста голям процент от пациентите на лечение за опиати употребяват вещества, различни от хероина, спадат Унгария, където широко разпространена е употребата на домашно приготвени продукти от опиумен мак, и Финландия, където повечето от пациентите на лечение за опиати злоупотребяват с бупренорфин ⁽¹⁷⁷⁾.

Както и употребяващите други наркотици, повечето употребяващи опиати търсят лечение в амбулаторни условия; въпреки това, в сравнение с пациентите на лечение за кокаин и канабис, делът на пациентите на лечение за опиати, които се лекуват в стационарни центрове, е по-висок.

Повечето страни със значителен брой на новите пациенти на лечение за хероин всяка година (с изключение на Германия, където бе разширена базата за отчитане) съобщават за намаление през последните 4—5 години, въпреки че това не важи за пациентите, които са били на лечение и преди. Броят на пациентите, които многократно постъпват на лечение като цяло не е намалял, като в повечето страни общото търсене на лечение за хероин остава приблизително постоянно. Забележимо изключение правят Германия и Обединеното кралство, където общото отчетено търсене се е увеличило. Като цяло обаче процентният дял на търсенето на лечение за хероин (всички и новите случаи) е намалял; в случая на новите случаи на потърсено лечение този дял е намалял от около две трети на около 40 % в периода между 1999 г. и 2004 г., на фона на увеличеното търсене на лечение за канабис и кокаин ⁽¹⁷⁸⁾.

Отчетената по-рано тенденция е в посока към застаряване на пациентите, потърсили лечение за опиати, и тя се запазва и през 2004 г. Почти всички

употребяващи опиати, които са потърсили лечение, са на възраст над 20 години, и почти половината от тях са над 30 годишни. Наличните данни на европейско равнище сочат, че само една малка група употребяващи опиати (под 7 %) са били на възраст под 20 години, когато за първи път са потърсили помощ ⁽¹⁷⁹⁾. Появяват се инцидентни съобщения за много млади хора (на възраст под 15 години), потърсили лечение за употреба на хероин ⁽¹⁸⁰⁾, например 11—12-годишни деца в София, България, но като цяло търсенето на лечение за хероин е рядко сред младежите.

Отчита се, че пациентите, които се лекуват за употреба на опиати, са от маргинализирани групи на обществото, с ниско равнище на образование, висока безработица и често с непостоянен подслон; Испания съобщава, че 17—18 % от пациентите на лечение за опиати са бездомници.

Повечето пациенти на лечение за опиати съобщават, че за първи път са ги употребили, когато са били на възраст между 15 и 24 години, а около 50% от пациентите са употребили наркотика за първи път преди да навършат 20 години ⁽¹⁸¹⁾. Тъй като разликата във времето между първата употреба и първия път, когато е потърсено лечение, обикновено е от 5 до 10 години, а периодът между започване на употребата и редовната употреба се изчислява на 1.5—2.5 години (национален доклад на Финландия), може да се направи заключението, че пациентите на лечение за опиати обикновено преминават през 3- до 7- годишен период на редовна употреба на наркотика преди за първи път да потърсят специализирано лечение.

Навсякъде в Европа сред новите пациенти, потърсили лечение за опиати в амбулаторни центрове, за които пътят на назначаването на лечението е известен, малко над половината инжектират наркотика. Като цяло равнищата на инжектиране са по-високи сред пациентите, потърсили лечение за опиати в новите държави-членки (над 60 %), отколкото в старите държави-членки на ЕС-15 (под 60 %), с изключение на Италия и Финландия, където делът на инжектиращите опиати сред пациентите е съответно 74 % и 79.3 %. Делът на инжектиращите сред пациентите на лечение за опиати е най-нисък в Нидерландия (13 %), а най-висок в Латвия (86 %) ⁽¹⁸²⁾.

Лечение на зависимост от опиати

Стратегията в областта на наркотиците на ЕС 2005—2012 отдава голямо значение на подобреното предлагане и достъп до лечение и призовава държавите-членки да осигурят всестранен набор от ефикасни видове лечение. В миналото стационарното лечение беше значим момент от терапията за проблемно

⁽¹⁷⁵⁾ Вж. Фигура TDI-2 и Таблица TDI-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁷⁶⁾ Вж. Таблица TDI-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁷⁷⁾ Вж. Таблица TDI-26 в статистическия бюлетин 2006; Национални доклади от мрежата Reitox.

⁽¹⁷⁸⁾ Вж. Фигура TDI-1 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁷⁹⁾ Вж. Таблица TDI-10 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk

⁽¹⁸¹⁾ Вж. Таблица TDI-11 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁸²⁾ Вж. Таблица TDI-17 в статистическия бюлетин 2006.

употребяващите опиати. Но увеличаващото се многообразие на видовете употреба, и по-конкретно значителното разрастване на субституиращата терапия означават, че относителната значимост на стационарното лечение намалява.

Понастоящем информацията за относителното предлагане на различните видове лечение за проблемна употреба на опиати в Европа е ограничена. В отговорите си на една анкета на ЕЦМНН експертите в повечето (16) държави-членки посочват като основна форма на предлаганото лечение субституиращата терапия. Все пак четири страни (Чехия, Унгария, Полша и Словакия) съобщават, че по-разпространено е лечението без наркотични средства, а две страни, Испания и Швеция, съобщават за балансирано разпространение на медикаментозната терапия и лечението без наркотични средства.

Субституираща терапия за зависимости от опиати (предимно метадонно или бупренорфиново лечение) се прилага във всички държави-членки на ЕС⁽¹⁸³⁾, както и в България, Румъния и Норвегия, и днес е налице значителен консенсус на европейско равнище, че това е един ползотворен подход в лечението на проблемно употребяващите опиати, въпреки че в някои страни това остава една чувствителна тема (вж. Глава 2). Ролята на субституиращата терапия все по-рядко се оспорва в международен план — през 2004 г. системата на ОН достигна до обща позиция по субституиращата поддържаща терапия (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), а през м. юни 2006 г. СЗО включи както метадона, така и бупренорфина в своя примерен списък с лекарства от първа необходимост.

Днес е налице солидна фактологична база за цената на субституиращите програми, при които се използват наркотични средства, като метадон или бупренорфин. Проучванията сочат, че субституиращата терапия е свързана с намаляване употребата на незаконни наркотици, намаляване на случаите на инжектиране, намаляване на поведението, което се смята за високо рисково по отношение на разпространението на вируса на ХИВ или други инфекциозни заболявания, като например използването на общи игли и други материали, и подобряването едновременно на социалните функции и на общото здравословно състояние. Изследванията показват също така, че е възможно да бъдат намалени равнищата на престъпността и че осигурената в достатъчна степен субституираща терапия може да повлияе върху броя на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици. Оптималните резултати от лечението зависят от навременното включване в програмата, достатъчната продължителност и непрекъснатостта на субституиращата терапия, и от подходящите дози на медикаментите.

Въпреки че метадонът продължава да бъде най-често предписваната субституиращата терапия в Европа, видовете лечение продължават да се увеличават и в 19 страни на ЕС, България и Норвегия сега се предлага терапия с бупренорфин, въпреки че не е ясно дали тя е официално одобрена за поддържащо

лечение във всички страни, в които се съобщава, че се използва. Имайки предвид, че лечението с големи дози бупренорфин бе въведено в Европа едва преди 10 години, популярността на този наркотик като терапевтично средство нарасна изключително бързо (вж. Фигура 1)⁽¹⁸⁴⁾.

Дългосрочното субституиране на наркотиците не е единствената цел на опиатната фармакотерапия. Метадонът и бупренорфинът се използват също и за лечение при отказване от употребата на опиати, когато целта на терапията е да се помогне на лицето да постигне абстинентност, като му се дава постепенно намаляваща доза в продължение на фиксиран период от време, за да се намали максимално страданието му при отказването. Опиатният антагонист налтрексон — блокиращо фармакотерапевтично средство за опиатна зависимост — също понякога се използва като помощно средство за предотвратяване на повторното започване на употреба, тъй като блокира ефекта на хероина, въпреки че доказателствената база за употребата на този наркотик все още е неубедителна.

Някои страни (Германия, Испания, Нидерландия и Обединеното кралство) работят също и с програми за лечение с хероин, въпреки че броят на пациентите, които се лекуват по този начин, е много малък в сравнение с останалите форми на субституиране на наркотици (вероятно съставляват по-малко от 1 % от всички). Тази форма на лечение остава дискуссионна и обикновено се прилага с цел научни изследвания при дългосрочно употребяващи, при които останалите терапевтични възможности са били безуспешни.

Един скорошен преглед за ефективността на терапията за наркозависимост в превенцията на разпространението на ХИВ вируса установи, че поведенческите мерки могат да съдействат за положителния ефект от субституиращата терапия върху превенцията на ХИВ вируса, докато ефикасността само на психологическата терапия е променлива. Базираното на абстинентност лечение дава добри резултати по отношение на превенцията на ХИВ вируса за тези, които се лекуват в продължение на 3 или повече месеца (Farrell et al., 2005).

Наблюдение на предоставянето на метадон

Метадонът е контролиран наркотик по Таблица 1 на Единната конвенция за наркотиците от 1961 г. и равнищата на употребата му в страните се наблюдават ежегодно от Международния съвет за контрол на наркотиците към ОН (INCB).

Според ЕЦМНН по минимални приблизителни оценки на държавите-членки на ЕС, България, Румъния и Норвегия, над 500 000 пациенти са преминали през субституираща терапия през годината (вж. Таблица 4 в годишния доклад 2005). С изключение на Чехия и Франция, където като най-разпространен вид лечение се отчита терапията с високи дози бупренорфин (HDBT), над 90 % от лечението във всички останали страни се провежда с метадон.

⁽¹⁸³⁾ В Кипър употребата на метадон в лечение за детоксификация се отчита от 2004 г. и бе обявено началото на пилотен проект за метадонна поддържаща терапия, но не се съобщава за случаи на проведено лечение. В Турция метадонът е официално регистрирано средство за лечение на зависимост от опиати, но не се съобщава за случаи на проведено лечение.

⁽¹⁸⁴⁾ Вж. избрания материал за бупренорфина в годишния доклад 2005.

Заедно, ЕС и САЩ имат дял от 85 % от световното потребление на метадон и през изминалото десетилетие това потребление бележи стабилно нарастване в тези страни. Количествата на потреблението бяха постоянни в двата района в периода 1997–2000 г., но след това в Съединените щати се наблюдава рязко покачване. Понастоящем равнищата на потреблението на метадон в ЕС са приблизително наполовина по-ниски от тези в САЩ ⁽¹⁸⁵⁾.

По правило забележимо нарастване на стойностите за потреблението се наблюдава след въвеждането на

този вид лечение на национално равнище. Например във Франция широкоразпространеното прилагане на метадонова субституираща терапия след 1995 г. доведе до бързо увеличаване на потреблението от 31 кг през 1995 г. на 446 кг, през 2004 г.

Напоследък в статистическата информация за Дания, Испания, Малта, Нидерландия, и вероятно Германия, се наблюдават признаци на стабилизиране на равнищата на потребление на метадон. Това съответства на отчетените тенденции за броя на пациентите, подложени на лечение (вж. Глава 2).

⁽¹⁸⁵⁾ Вж. Фигура NSP-2 в статистическия бюлетин 2006.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Глава 7

Инфекциозни заболявания и смъртност, свързани с употребата на наркотици

Инфекциозни заболявания, свързани с употребата на наркотици

Една от по-сериозните последици за здравето от употребата на незаконни наркотици, и по-конкретно от инжектирането, е предаването на ХИВ вируса и на други инфекциозни заболявания, предимно хепатит В и С. Връзката между инжектирането на наркотици и предаването на инфекциите е добре установена. Поради това намаляването на инжекционната употреба и на ползването на общи средства за инжектиране се превърна в главна цел на обществените здравни мерки за намеса в тази област. Проучванията показват също, че съществува връзка между употребата на наркотици и високо рисковите сексуални контакти; това предполага, че трябва да нарасне значението на връзката между мерките за намеса в областта на употребата на наркотици и обществените здравни стратегии, насочени към сексуалното здраве. По отношение на наблюдението на европейско равнище, информация за инфекциозните заболявания се събира от редовни информационни източници, където инжектирането на наркотици може да се отчита като рисков фактор, както и в хода на специални проучвания сред употребяващите наркотици групи от населението в различни видове обстановка.

ХИВ и СПИН

Най-новите тенденции сред новорегистрираните случаи на ХИВ

Понастоящем повечето страни отчитат ниски равнища на новодиагностицираните случаи на заразяване с ХИВ вируса, дължащи се на употребата на наркотици чрез инжектиране. Страните, които продължително време отчитат ниски равнища на ХИВ инфекциите сред употребяващите наркотици чрез инжектиране (УНИ) (IDU), дават възможност да се изследват факторите, на които се дължи това — въпрос, който се поставя в настоящия план за действие на ЕС в областта на наркотиците и който понастоящем е във фокуса на вниманието на едно изследване, координирано от ЕЦМНН. Все пак това не трябва да води до удовлетворение — нито Испания, нито Италия, в които имаше епидемични вълни от ХИВ инфекции сред употребяващите наркотици чрез инжектиране, предоставят информация за регистрираните случаи на ХИВ на национално равнище и това оказва значително отрицателно влияние върху стойността на тази информация при характеризирането на цялостната картина за ЕС. Още повече, че данните, които се подават от някои страни, будят опасения, че ХИВ инфекциите

вероятно се увеличават, поне сред някои групи от употребяващите наркотици чрез инжектиране.

Във Франция, където случаите на заразяване с ХИВ вируса се регистрират едва от 2003 г. насам, се наблюдава увеличаване на разпространението на ХИВ сред употребяващите наркотици чрез инжектиране (въпреки че началното равнище е ниско) от изчислените 2,3 случая на един милион души през 2003 г. на 2,9 случая през 2004 г. Въпреки че това като цяло съответства на наличната информация от проучванията (вж. по-долу), не трябва да се забравя, че новите системи за отчитане често са нестабилни в началото. В Португалия едно явно намаление на новодиагностицираните случаи на заразяване с ХИВ вируса сред употребяващите наркотици чрез инжектиране, отчетено по-рано, се поставя под въпрос от данните за 2004 г., които разкриват разпространение на ХИВ инфекцията от 98.5 случая на един милион души — най-високото в ЕС⁽¹⁸⁶⁾. В Обединеното кралство разпространението на ХИВ сред употребяващите наркотици чрез инжектиране бавно се увеличаваше, но сега се стабилизира на малко под 2.5 случая на един милион души годишно. В Ирландия разпространението се увеличи в края на 1990-те години до върховата стойност от 18.3 случая на един милион души годишно през 2000 г., падна на 9.8 на милион през 2001 г. и впоследствие се увеличи на 17.8 случая на един милион души през 2004 г.

Епидемични взривове от ХИВ, свързани с употребата на наркотици чрез инжектиране възникнаха през 2001 г. в Естония и Латвия и през 2002 г. в Литва. След това стойностите силно намаляха — може да се очаква намаление в броя на новорегистрираните случаи след първоначалната фаза на епидемията, с установяването на ендемично равнище на инфекцията (вж. по-долу).

Разпространение на ХИВ серопозитивност сред изследваните употребяващи наркотици чрез инжектиране

Данните за равнището на ХИВ серопозитивност сред употребяващите наркотици чрез инжектиране (процент инфектирани от определена извадка от употребяващи наркотици чрез инжектиране) са важно допълнение към данните за отчитане на случаите на ХИВ. Неколкократните проучвания за нивото на серопозитивност и редовното наблюдение на данните от диагностичните изследвания могат да потвърдят заключенията, направени от отчетените данни за случаите на заболяемост, и да осигурят по-подробна информация за конкретни райони и обекти. Въпреки това данните за разпространението на серопозитивност са

⁽¹⁸⁶⁾ Вж. Фигури INF-2 (част i) и INF-2 (част ii) в статистическия бюлетин 2006.

от най-различни източници, които в някои случаи трудно могат да бъдат сравнявани и поради това следва да се тълкуват предпазливо.

Регистрираното напоследък увеличаване на отчетените случаи на ХИВ в някои страни в по-голямата си част се потвърждава от наличните данни за равнищата на серопозитивност, въпреки че последните сочат, че това не са единствените страни, в които е необходимо да се проявява повишена бдителност.

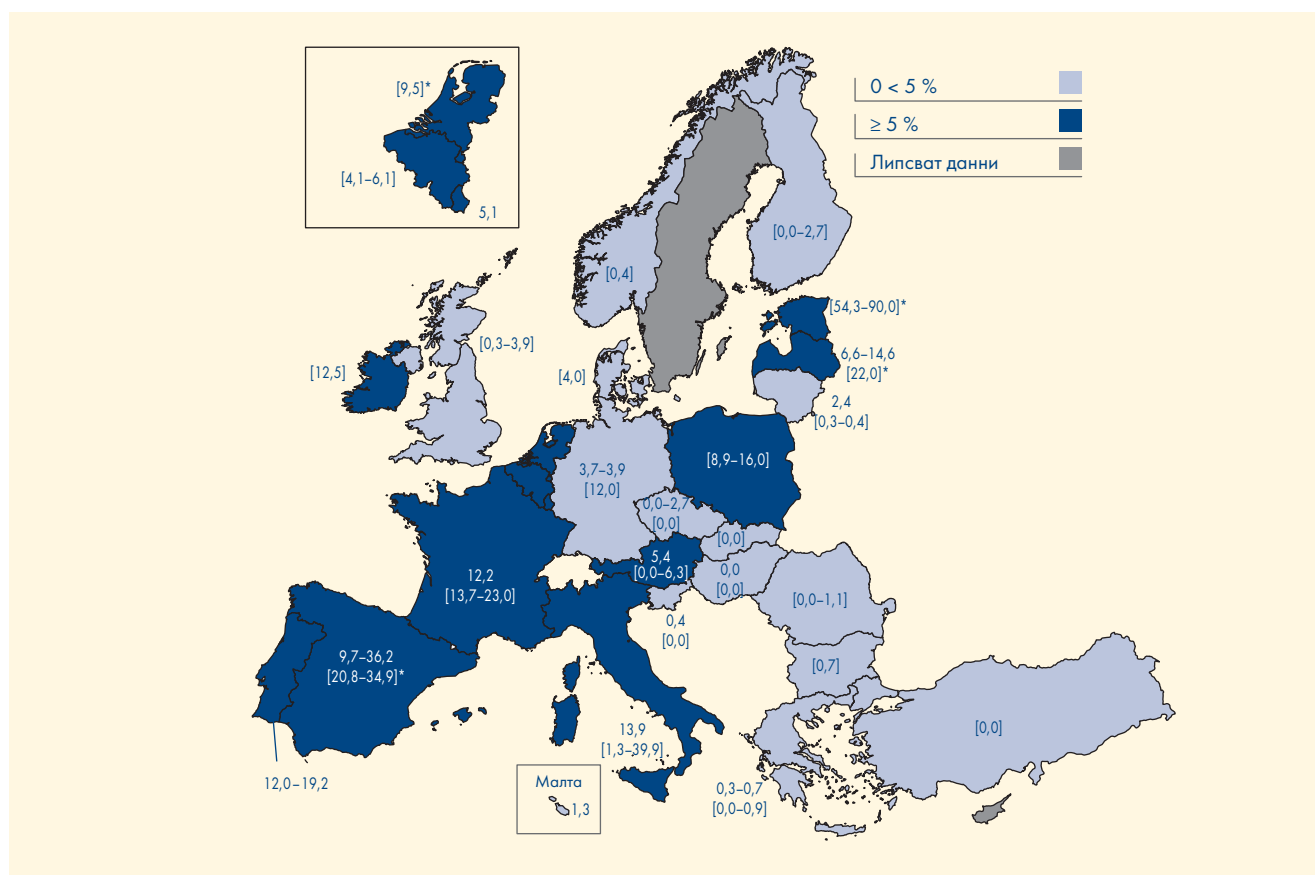
В Балтийските страни наличните данни за серопозитивността сочат, че предаването на инфекцията сред употребяващите наркотици чрез инжектиране вероятно все още не е овладяно (Фигура 10). Едно скорошно проучване показва, че в Естония разпространението сред употребяващите наркотици чрез инжектиране се увеличава в един район (района на Талин — от 41 % от извадка от 964 през 2001 г., на 54 % от 350 през 2005 г.) и е изключително високо в друг (района на Кохтла—Ярве — 90% от 100). В Латвия две времеви поредици от данни за серопозитивността сред употребяващите наркотици чрез инжектиране показват непрекъснато повишаване до 2002—2003 г., докато

трета поредица сочи намаление след върховите стойности през 2001 г. В Литва данните за 2003 г. показват увеличение на ХИВ сред изследваните подложени на лечение употребяващи наркотици чрез инжектиране, включени в схеми за размяна на игли и настанени в болници, от между 1.0 % и 1.7 % през 1997—2002 г., до 2.4 % (27/1 112) през 2003 г.

В страните, които в миналото бяха с високи стойности на ХИВ инфекциите сред употребяващите наркотици чрез инжектиране (Испания, Франция, Италия, Полша и Португалия), са налице нови признаци, че предаването на болестта продължава в национален мащаб или в конкретни райони, или сред определени подгрупи, употребяващи наркотици чрез инжектиране⁽¹⁸⁷⁾. Важно е да се отбележи, че в тези страни високото фоново разпространение в резултат от широкомащабната епидемия, която се разрази през 80-те и 90-те години на XX век, увеличава вероятността високорисковото поведение да доведе до заразяване.

В Испания и Италия не разполагат с национални данни за регистрираните случаи. Данните от рутинни диагностични изследвания трудно могат да бъдат тълкувани, тъй като

Фигура 10: Разпространение на ХИВ вируса сред изследвани употребяващи наркотици чрез инжектиране, 2003—2004 г.



Забележка: Стойностите, дадени в скоби са местни данни. Цветът показва средната точка за националните данни, а когато няма налични такива — на местните данни.

* Данните за Италия и Португалия включват и неинжектиращите и вероятно занижават реалните стойности за разпространението сред инжектиращите. Данните са отчасти или изцяло отпреди 2003 г. (Испания 2002—2003 г.; Франция 2002—2003 г.; Латвия 2002—2003 г.; Нидерландия 2002 г.) или от 2005 г. (Естония).

Източници: Национални фокусни центрове от мрежата Reitox. За първоизточниците, за подробна информация за проучванията и за данните преди 2003 г. или след 2004 г. вж. Таблица INF-8 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁸⁷⁾ Вж. Фигура INF-5 (част ii) и (част vi) в статистическия бюлетин 2006.

е възможно да са повлияни от различните пристрастия при подбора; въпреки това те са причина за безпокойство в тези страни. В Испания разпространението на ХИВ сред младежите, употребяващи наркотици чрез инжектиране (под 25 годишни), изследвани през време на лечението им за наркотици, бе стабилно до 2002 г. при стойност от над 12 %, а сред новите употребяващи наркотици чрез инжектиране (дефинирано като инжектиращи в продължение на по-малко от 2 години) се е увеличило от 15 % на 21 % в периода 2000—2001 г., което предполага високо разпространение до 2002 г. В Италия тенденциите в разпространението сред употребяващите наркотици чрез инжектиране са много различни в отделните райони, а някои все още се характеризират с подчертано и съвсем скорошно увеличение (Болдзано, Лигурия, Молис, Тоскана и Умбрия).

В Полша местните проучвания показват, че съвсем доскоро разпространението на ХИВ продължаваше поради високите равнища на разпространението сред младежите, употребяващи наркотици чрез инжектиране (15 % през 2002 г. в един район, 4—11 % в два други района през 2004 г.). В проучването за 2002 г. бяха отчетени четири случая (9 %) на ХИВ сред 45-те нови инжектиращи от извадката, но в проучването за 2004 г. не бяха отчетени такива случаи сред 20-те нови инжектиращи от извадката.

В заключение, в някои страни, в които никога не са се разразявали широкомащабни епидемични взривове сред употребяващите наркотици чрез инжектиране, някои най-нови данни за разпространението сочат, че има основания за проява на бдителност. Такъв е случаят в Люксембург, Австрия и Обединеното кралство, въпреки че увеличението остава ограничено и не се потвърждава от данните за регистрираните случаи.

Страни с ниска степен на разпространение на ХИВ

Равнището на разпространение на ХИВ сред изследваните употребяващи наркотици чрез инжектиране продължава да бъде много различно в различните страни в ЕС (Фигура 10). В редица страни разпространението на ХИВ сред употребяващите наркотици чрез инжектиране напоследък се е увеличило или е високо от дълго време. За разлика от това, в няколко страни разпространението на ХИВ сред употребяващите наркотици чрез инжектиране остана много ниско в периода 2003—2004 г. — то беше под или около 1 % в Чехия, Гърция, Унгария, Малта, Словения (на базата на национални извадки), и в Словакия, България, Румъния, Турция и Норвегия (на базата на поднационални извадки). В някои от тези страни (напр. в Унгария) равнищата на разпространение както на ХИВ, така и на вирусния хепатит С са сред най-ниските в Европа, което предполага ниски равнища на инжекционна употреба (вж. „Хепатит В и С“), въпреки че в някои страни (напр. в Румъния) има сведения, че разпространението на хепатит С се увеличава.

Полови различия в разпространението на ХИВ сред изследваните употребяващи наркотици чрез инжектиране

Наличните данни за серопозитивността за 2003—2004 г. разкриват някои различия между мъжете и жените сред изследваните употребяващи наркотици чрез инжектиране⁽¹⁸⁸⁾. Комбинираните данни от Белгия, Естония (2005 г.), Испания (2002 г.), Франция, Италия, Люксембург, Австрия, Полша и Португалия представляват една обща извадка от 124 337 мъже и 20 640 жени, изследвани предимно в центрове за лечение за наркотици или в други места за предоставяне на услуги в областта на употребата на наркотици. Общото равнище на разпространение бе 13.6 % сред мъжете и 21.5 % сред жените. Различията между отделните страни са подчертано изразени, като съотношението жени—мъже е най-високо в Естония, Испания, Италия, Люксембург и Португалия, докато в Белгия се забелязва обратната тенденция, като разпространението е по-високо сред мъжете.

Заболеваемост от СПИН и наличие на високо активна антиретровирусна терапия HAART

След като високо активната антиретровирусна терапия (HAART), която се предлага от 1996 г., ефективно спира развитието на ХИВ инфекцията в СПИН, данните за заболеваемостта от СПИН вече не са така полезни като индикатор за предаването на ХИВ. Въпреки това те все още показват цялостната обремененост със симптоматичното заболяване и освен това формират един важен индикатор за навлизането и обхвата на покритието на активната антиретровирусна терапия (HAART) сред употребяващите наркотици чрез инжектиране.

По приблизителни оценки на СЗО през 2003 г. обхватът на покритието на активната антиретровирусна терапия (HAART) сред нуждаещи се от лечение пациенти в западноевропейските страни е бил голям (над 70 %), но в повечето източноевропейски страни, включително Естония, Литва и Латвия, е доста по-ограничен⁽¹⁸⁹⁾. По-новите данни за обхвата на покритието на HAART сочат, че положението подчертано се е подобрило, като всички страни от ЕС и страните кандидатки вече са постигнали минимум 75 % покритие. Все пак няма налични конкретни данни за предлагането на активната антиретровирусна терапия (HAART) сред употребяващите наркотици чрез инжектиране и остава да се види дали увеличеното покритие ще намери отражение в намаляване на заболеваемостта от СПИН сред тази група употребяващи в Естония и Латвия.

Във всичките четири страни в Западна Европа, които са най-силно засегнати от СПИН, т.е. Испания, Франция, Италия и Португалия, заболеваемостта е намаляла от около 1996 г. насам за първите три страни, и едва от 1999 г. насам в Португалия. Португалия все още е страната с най-висока заболеваемост от СПИН, свързана с употребяващите наркотици чрез инжектиране, с 31 случая на един милион души през 2004 г. Въпреки това в Латвия заболеваемостта е с подобни размери — 30 случая на милион.

⁽¹⁸⁸⁾ Вж. Фигура INF-3 (част v) в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Вж. Фигура INF-14 (част iii) и (част iv) в статистическия бюлетин 2006.

Данните от EuroHIV до 2004 г. (коригирани за закъснението в отчитането) сочат, че заболеваемостта от СПИН, свързана с употребяващите наркотици чрез инжектиране, се увеличава едновременно в Естония и Латвия ⁽¹⁹⁰⁾.

Хепатит В и С

Хепатит С

Наличието на антитела срещу вирусния хепатит С (HCV) сред употребяващите наркотици чрез инжектиране като цяло е изключително високо, въпреки че съществуват големи различия както в рамките на всяка страна, така и между отделните страни. Сред различните извадки от употребяващите наркотици чрез инжектиране, изследвани през 2003—2004 г., равнища на наличие от над 60% се отчитат в Белгия, Дания, Германия, Гърция, Испания, Ирландия, Италия, Полша, Португалия, Обединеното кралство, Румъния и Норвегия, докато наличие под 40% се отчита в извадки от Белгия, Чехия, Гърция, Кипър, Унгария, Малта, Австрия, Словения, Финландия и Обединеното кралство ⁽¹⁹¹⁾.

Данни за наличието на антитела срещу вирусния хепатит С сред младежи, употребяващи наркотици чрез инжектиране (на възраст под 25 години), са предоставени от 14 страни, въпреки че в някои от случаите размерите на извадките са малки. Има големи различия в резултатите, като страните отчитат както високи, така и ниски стойности от различните извадки. Най-висока наличност на антитела сред младежи, употребяващи наркотици инжекционно през 2003—2004 г. (над 40%), се отчита в извадки от Белгия, Гърция, Австрия, Полша, Португалия, Словакия и Обединеното кралство, а най-ниска (под 20 %) — в извадки от Белгия, Гърция, Кипър, Унгария, Малта, Австрия, Словения, Финландия, Обединеното кралство и Турция. Ако се разгледат само проучванията сред младежите, употребяващи наркотици чрез инжектиране, които са с национално покритие, най-висока наличност (над 60 %) се отчита в Португалия, а най-ниска (под 40 %) — в Кипър, Унгария, Малта, Австрия и Словения. Въпреки че използваните процедури за подбор на извадките вероятно водят до уклон към една по-хронично засегната група, високото наличие на антитела срещу вирусния хепатит С, установено в националната извадка в Португалия (67 % сред 108 употребяващи наркотици чрез инжектиране на възраст под 25 години) продължава да бъде тревожно и може да бъде показател за продължаващото високо рисково поведение сред младежите, употребяващи наркотици чрез инжектиране (вж. също „Най-новите тенденции сред новорегистрираните случаи на ХИВ“, стр. 75).

Данните за наличие на антитела срещу HCV сред новите употребяващи наркотици чрез инжектиране (инжектиращи от по-малко от две години) са оскъдни и са снети от малки по размер извадки, но те могат да бъдат един по-добър представителен индикатор за наличността напоследък, отколкото данните за инжектиращите младежи. От информацията, с която разполагаме за 2003—2004 г. се вижда, че най-висока наличност сред новите инжектиращи (над 40 %) се отчита

в извадки от Гърция, Полша, Обединеното кралство и Турция, а най-ниска (под 20 %) — в извадки от Белгия, Чехия, Гърция, Кипър и Словения. Ниска наличност се отчита в малко на брой, но национално представителни извадки на нови инжектиращи в Кипър (само двама от 23 инжектиращи са с положителни проби за наличие на антитела срещу вирусния хепатит С — 9 % наличност) и в Словения (двама от 32 са с положителни проби за наличие на антитела, или 6 %).

Хепатит В

Наличието на маркери за вирусния хепатит В (HBV) също силно варира както в рамките на самите страни, така и между тях. Най-пълни са данните за анти-HBc, който е индикатор за минала инфекция. През 2003—2004 г. наличие на маркера от над 60 % в извадки от употребяващи наркотици чрез инжектиране се отчитат от Италия и Полша, докато извадки с наличие под 20 % са регистрирани в Белгия, Ирландия, Кипър, Австрия, Португалия, Словения, Словакия и Обединеното кралство. Данните за оповестените случаи на хепатит В за периода 1992—2004 г. за страните, за които разполагаме с такава информация, показват една много разнообразна картина ⁽¹⁹²⁾. В Северния район голяма част от оповестените остри случаи на хепатит В засягат употребяващите наркотици чрез инжектиране, а в няколко страни случаите на повишена заболеваемост от хепатит В съвпадат с увеличаване на инжекционната употреба на наркотици. Например данните за Норвегия сочат силно увеличаващо се наличие на заразяване с хепатит В сред употребяващите наркотици чрез инжектиране в периода между 1992 г. и 1998 г., след което се наблюдава намаление. Във Финландия данните за оповестените случаи на хепатит В сред употребяващите наркотици чрез инжектиране сочат рязко намаляване през последните години, което вероятно е в резултат от програмите за ваксиниране и всеобхватната система за размяна на игли и спринцовки.

Превенция на инфекциозните заболявания

Ефективни ответни мерки

Редица обществени здравни мерки за намеса доказаха своята полза за намаляване разпространението на инфекциозните заболявания сред употребяващите наркотици и е налице все по-широк консенсус, че е много вероятно успех за това да има един всестранен подход към предоставяните услуги в тази област. В миналото дебатът бе фокусиран предимно върху превенцията на ХИВ инфекции сред инжектиращите наркотици, но все повече се признава необходимостта от ефективни мерки за ограничаване разпространението на хепатита, както и необходимостта за предотвратяване разпространението на инфекциозни заболявания сред употребяващите наркотици без инжектиране.

Трябва да се отбележи, че най-надеждни са сведенията за резултатността при превенцията на ХИВ инфекциите

⁽¹⁹⁰⁾ Вж. Фигура INF-1 (част i) в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁹¹⁾ Вж. Фигура INF-6 (част i) в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁹²⁾ Вж. Фигура INF-12 (част i) в статистическия бюлетин 2006.

сред инжектиращите наркотици. Един солиден набор от налични доказателства показва, че мерките за намеса могат да се считат за ефикасни и че достъпът до всякакъв вид лечение осигурява защита (Farrell et al., 2005; WHO, 2005). След средата на 90-те години на XX век ответните мерки в Европа се характеризират с увеличено предлагане на лечение за наркозависимост (вж. Глава 2) и като цяло това като че ли е един от елементите, които допринесоха за относително оптимистичната картина, която се наблюдава днес в Европа по отношение на епидемичното разпространение на ХИВ сред инжектиращите.

Лечението е само една част от всеобхватния подход към превенцията на ХИВ. Останалите елементи включват редица информационни, образователни и комуникационни техники, доброволни консултации и изследвания за инфекциозни заболявания, ваксинация и раздаване на стерилни средства за инжектиране и друга профилактика. Тези мерки, наред с предоставянето на медицински лечебни услуги от агенции с ниско прагово равнище на достъп, а понякога дори на улицата, може да спомогне за установяването или подобряването на връзката с активно употребяващите наркотици и техните сексуални партньори във връзка с риска и превенцията на последиците за здравето от употребата на наркотици.

Един общ ангажимент към подобен всеобхватен подход не означава, че всички тези елементи от услуги са еднакво добре развити или подкрепени на национално равнище. Все пак има признаци за зараждането на известен консенсус. В едно проучване, направено сред националните фокусни центрове, три от всеки четири анкетирани определят програмите за игли и спринцовки, в съчетание с консултациите и съветите, като приоритетни за националната политика, която е адресирана към разпространението на инфекциозните заболявания сред инжектиращите наркотици (Фигура 11). Фактът, че толкова много страни днес открито признават ролята на осигуряването на чисти инжекционни материали като част от тяхната стратегия за превенция на ХИВ, е илюстрация за това как тази форма на предлагане стана преобладаваща насока в по-голямата част на Европа и в повечето страни вече не се счита за дискуссионен въпрос. Това не означава, че съществува единно мнение по въпроса за ползата от такъв вид предлагана услуга. Гърция и Швеция, например, не я категоризират като политически приоритет, въпреки че като цяло навсякъде в ЕС се оформя една относително хомогенна картина по отношение на прилагането на мерки за намеса в тази област⁽¹⁹³⁾, като всички страни, с изключение на Кипър, съобщават за наличие на програми за размяна или раздаване на стерилни игли и спринцовки⁽¹⁹⁴⁾.

Фигура 11: Приоритет и степен на прилагане на избрани мерки за превенция на инфекциозните заболявания сред употребяващите наркотици, според становището на национални експерти — обобщение за участвалите страни



Забележка: Оценки за приоритетност, посочени от 23 държави от ЕС, плюс България и Норвегия. Страните, които не предоставиха такива оценки, са Ирландия, Кипър, Литва и Нидерландия. Оценки за „степен на употреба“ бяха предоставени от експертите от всички 25 страни в ЕС, плюс България и Норвегия. Френската и фламандската общност в Белгия предоставиха отделни оценки, с което общият брой на отговорилите се увеличи на 28.

Източници: Проучване сред експертите от Национални фокусни центрове SQ 23 (2004 г.), въпрос 5.

⁽¹⁹³⁾ Вж. Фигура NSP-3 в статистическия бюлетин 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Вж. годишния доклад 2005 за кратко обобщение на сведенията за ефикасността на програмите за игли и спринцовки (стр. 68).

Видове програми за игли и спринцовки в европейските страни

Въпреки че в повечето европейски страни сега се раздават стерилни инжекционни средства, характерът и обхватът на предлагането им са различни в различните страни. Най-често срещаният модел е предлагането на тази услуга на определено място — обикновено това е някаква специализирана служба за услуги в областта на наркотиците, но често този вид предлагане се допълва от мобилни услуги, които се опитват да достигнат до употребяващите наркотици в обстановка, характерна за съответната общностна група. В осем страни автомати за размяна или продажба на спринцовки допълват предлаганите услуги по програмите за игли и спринцовки ⁽¹⁹⁵⁾, въпреки че предлагането им явно е ограничено до шепа обекти, като само Германия и Франция съобщават за по-голяма активност в тази област (наличие на съответно около 200 и 250 подобни автомати). Испания е единствената страна в ЕС, където размяна на игли и спринцовки се осигурява редовно в местата за лишаване от свобода, като през 2003 г. тази услуга се предлагаше в 27 затвора. Единствената друга страна в ЕС, която отчита дейност в тази област, е Германия, където това предлагане е сведено само до един затвор.

Схемите за размяна на игли чрез аптеките също помагат за разширяването на географския обхват на предлагането на тази услуга, а освен това продажбата на чисти спринцовки в аптеките може да увеличи достъпността им. Продажбата на спринцовки без рецепта е разрешена във всички страни на ЕС, освен в Швеция, въпреки че някои фармацевти не желаят да правят това и дори активно приканват употребяващите наркотици да не посещават толкова често техните аптеки. Официално организирана схема за размяна на спринцовки чрез аптеките или разпределителна мрежа съществува в девет европейски страни (Белгия, Дания, Германия, Испания, Франция, Нидерландия, Португалия, Словения и Обединеното кралство), въпреки че участието в такива схеми е много различно — от почти половината от аптеките (45 %) в Португалия до под 1 % в Белгия. В Северна Ирландия размяната на игли и спринцовки понастоящем се организира изключително само чрез аптеките.

За някои инжектиращи купуването на спринцовки от аптеките понякога е основен начин за контакт със здравните служби и съществува реален потенциал тази контактна точка да се използва като проводник за предоставянето на други видове услуги. Работата за мотивиране и подпомагане на фармацевтите да развият услугите, които предлагат на употребяващите наркотици, би могла да бъде важна част от разширяването на ролята на аптеките, но до днес само Франция, Португалия и Обединеното кралство правят някакви значими инвестиции в тази посока.

Смъртност и смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици

Смъртност сред проблемно употребяващите наркотици

По-голямата част от информацията за смъртността сред проблемно употребяващите наркотици в Европа се отнася за употребяващите опиати. За смъртността,

Обхват на покритие на програмите за спринцовки в Европа — достатъчен ли е той?

Въпреки че почти всички държави-членки съобщават за предлагане на програми за игли и спринцовки, въздействието на такъв тип мерки зависи от това доколко равнището на предлагането им е достатъчно да задоволи нуждите на употребяващите наркотици чрез инжектиране.

Актуални оценки за броя на употребяващите наркотици чрез инжектиране и за броя на спринцовките, които се раздават чрез програмите за игли и спринцовки, има за девет европейски страни. От тези данни е възможно да се направи груба оценка за годишния брой спринцовки, които се предоставят на един инжектиращ (1). На базата на последните налични данни обхватът на покритието на програмите за игли и спринцовки варира значително, като броят на спринцовките, които годишно се раздават на един инжекционно употребяващ наркотици, както те са определени по приблизителни оценки, варира от 2—3 в Гърция, през 60—90 в Чехия, Латвия, Австрия и Португалия, до приблизително 110 във Финландия, 210 в Малта и повече от 250 в Люксембург и Норвегия. Освен това спринцовки се продават също и чрез аптеките и данните от Чехия и Финландия позволяват да бъде изчислено цялостното предлагане на спринцовки. При обединяване на данните за раздадените и продадените количества се установява, че за една година инжектиращите наркотици получават средно по 125 спринцовки в Чехия и 140 във Финландия.

Много са факторите, за които е известно, че оказват влияние върху честотата на инжектиране сред употребяващите наркотици, като в това число влизат моделите на употреба, степента на зависимост и видът на използвания наркотик. Едно наскоро проведено проучване за изследване на връзката между разпространението на ХИВ и обхвата на покритието на програмите за раздаване на спринцовки сочи, че поведенческите фактори, като честота на инжектиране и повторна употреба за лични нужди на спринцовките, оказват силно влияние върху равнището на раздаване на спринцовки, което е необходимо, за да бъде постигнато значително намаление на разпространението на ХИВ (Vickerman et al., 2006).

Измерването на обхвата на покритието на програмите за осигуряване на спринцовки е важен компонент от процеса на разбиране на възможния ефект, който може да има раздаването на спринцовки за превенцията на заболяванията и за оценка на незадоволените нужди. Все пак при тълкуването на тези данни е важно да се има предвид предлагането на спринцовки чрез продажба в аптеките (цени, плътност на аптечната мрежа), както и поведенческите модели на инжектиращите наркотици и факторите на обществената среда. Тази тема е разгледана по-подробно в статистическия бюлетин 2006.

(1) За техническите бележки вж. статистическия бюлетин 2006.

свързана с други форми на употреба на наркотици се знае по-малко, но това остава важна тема за общественото здраве.

Едно съвместно проучване, което се проведе в рамките на проект на ЕЦМНН, изследва смъртността сред употребяващите опиати, които са на лечение в осем

(195) Вж. Таблица NSP-2 в статистическия бюлетин 2006.

европейски града (¹⁹⁶). Проучването отчете много висока смъртност сред употребяващите опиати в сравнение с тази сред техните връстници — 6 до 20 пъти по-висока сред мъжете и 10 до 50 пъти по-висока сред жените. Според оценките в шест от градовете (Амстердам, Барселона, Дъблин, Лондон, Рим и Виена) 10–23 % от общата смъртност сред възрастното население на възраст от 15 до 49 години се дължи на употребата на опиати, предимно в резултат от свръхдоза, СПИН и на външни причини (злополуки, самоубийства). Приблизително една трета от тези смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, са се дължали на свръхдоза, въпреки че този дял е по-висок в градовете със слабо разпространение на ХИВ инфекциите сред инжектиращите наркотици и вероятно ще се увеличи след като високо активната антиретровирусна терапия (НААРТ) стане по-широко достъпна.

Едно групово проучване на смъртността, проведено в Чехия, установи, че смъртността сред употребяващите стимуланти е от 4 до 6 пъти по-висока (стандартна смъртност — СС), отколкото тази сред общото население, докато смъртността сред употребяващите опиати е от 9 до 12 пъти по-висока. Друго групово проучване във Франция, направено сред лица, задържани за употреба на хероин, кокаин или крек, установява, че смъртността сред мъжете е петкратно по-висока, а смъртността сред жените 9.5 пъти по-висока от тази сред общото население, но с тенденция към намаляване.

С напредването на възрастта на употребяващите опиати, към смъртността, дължаща се на външни причини, различни от свръхдозата, като например самоубийство и насилие, се добавя и смъртността в резултат от хронични заболявания (цироза на черния дроб, рак, респираторни заболявания, ендокардити, СПИН) (Национални доклади на Нидерландия 2004 и 2005, от Общинската здравна служба на Амстердам). Условията на живот на употребяващите наркотици (например липсата на жилище, умствените заболявания, насилието, недоброто хранене) също могат да имат значителен принос за високата смъртност сред тази група.

Освен това свързаните с интравенозна употреба на наркотици случаи на СПИН са причина за 1 528 смъртни случая през 2002 г. (¹⁹⁷), въпреки че това вероятно е занижена оценка. Другите причини за свързаните с наркотици смъртни случаи, като заболявания (напр. хепатит), насилие и злополуки, по-трудно могат да бъдат оценени, но вероятно са причина за значителен брой смъртни случаи. По приблизителни оценки 10–20 % от смъртните случаи сред младите възрастни в европейските градове могат да бъдат отдадени на употребата на опиати (вж. по-долу). Към това трябва да се добави смъртността, свързана с други форми на употреба на

наркотици, въпреки че тя много трудно може да бъде определена количествено.

Смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици

Смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, са сложно понятие. В някои доклади то се отнася само до смъртните случаи, причинени непосредствено от действието на психоактивни вещества, докато в други случаи включва и тези, при които употребата на наркотици е от косвено или несъществено значение (напр. катастрофи по пътищата, инфекциозни заболявания). Според оценката на един наскоро публикуван доклад, в който са анализирани видовете щети, причинявани от употребата на незаконни наркотици в Обединеното кралство, смъртта, свързана с употребата на наркотици, е основната щета, свързана с употребата на наркотици (MacDonald et al., 2005).

В настоящия раздел и в протокола на ЕЦМНН понятието „смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици“ се отнася за смъртните случаи, причинени непосредствено от употребата на един или повече наркотици и обикновено настъпили скоро след вземането на веществото или веществата. Други понятия, използвани за охарактеризиране на тези смъртни случаи са „свръхдоза“, „отравяне“, „смъртни случаи, предизвикани от употреба на наркотици“ или „тежка смъртност, причинена от употребата на наркотици“ (¹⁹⁸).

В периода от 1990 г. до 2003 г. страните от ЕС ежегодно отчитаха от 6 500 до над 9 000 смъртни случая, което общо за периода възлиза на над 113 000 смъртни случая. Тези стойности могат да се считат за минимални приблизителни оценки, поради вероятното занижения брой на отчетените случаи в някои страни (¹⁹⁹).

Смъртността сред населението, която се дължи на смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, варира в широки граници в отделните европейски страни, като е в рамките от 0.2 до над 50 смъртни случая на един милион души (средно 13). В повечето страни тази стойност е в диапазона от 7–30 смъртни случая на един милион жители, като стойности над 25 се отчитат в Дания, Естония, Люксембург, Финландия, Обединеното кралство и Норвегия. Сред мъжете на възраст 15–39 години смъртността обикновено е трикратно по-висока (средно 40 смъртни случая на един милион души), като седем страни са със смъртност над 80 на милион. Смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, са причина за 3 % от всички смъртни случаи сред европейците на възраст 15–39 години през 2003–2004 г. и за над 7 % в Дания, Гърция, Люксембург, Малта, Австрия, Обединеното кралство и Норвегия.

(¹⁹⁶) Амстердам, Барселона, Дъблин, Дания, Лисабон, Лондон, Рим и Виена. Оценките за смъртността сред населението не включват Лисабон и Дания. Вж. EMCDDA (2002b).

(¹⁹⁷) Вж. EuroHIV (2005). Тази стойност се отнася за западния и централния райони на европейския регион на СЗО, които включват и някои страни, които не са членки на ЕС, както и общия брой на смъртните случаи в Естония, Латвия и Литва (Източен район).

(¹⁹⁸) Това е общата дефиниция, съгласувана от групата национални експерти в ЕЦМНН. Понастоящем повечето национални дефиниции за случаите са същите като тази на ЕЦМНН или много сходни на нея, въпреки че някои страни все още включват и случаите на смъртност, дължаща се на психоактивни лекарствени средства или смъртност, която не е предизвикана от свръхдоза, които обикновено имат ограничен относителен дял (вижте методическите бележки „Обобщение на смъртността, свързана с употребата на наркотици: дефиниции и методологични въпроси“ в статистическия бюлетин за 2006 година. Раздел 1: Дефиниции на ЕЦМНН и Раздел 2: Национални дефиниции и „Стандартен протокол за смъртност, свързана с употребата на наркотици, версия 3.0“).

(¹⁹⁹) Вж. Таблици DRD-2 (част i), DRD-3, DRD-4 в статистическия бюлетин 2006.

Тези стойности следва да се разглеждат като минимални приблизителни оценки и трябва също така да се има предвид, че въпреки подобренията все още има значими различия в качеството на отчитането между отделните страни, поради което следва да се проявява голяма предпазливост при директните сравнения ⁽²⁰⁰⁾.

Смъртни случаи от употреба на опиати

Опиатите присъстват в повечето отчетени в ЕС случаи на „тежка смъртност, свързана с употребата на наркотици“, предизвикани от незаконни вещества, въпреки че в много от случаите при токсикологичния анализ се откриват и други вещества, по-конкретно алкохол, бензодиазепини, а в някои страни и кокаин. В Европа повечето смъртни случаи от употреба на опиати са свързани с хероин, но известна роля играят и други видове опиати (вж. по-долу) ⁽²⁰¹⁾.

Свърхдозата опиати е една от водещите причини за смъртността сред младежите в Европа, особено сред мъжете в градските райони. Понастоящем свърхдозата е главната причина също за смъртността сред употребяващите опиати в ЕС като цяло, по-конкретно в страните с ниско разпространение на ХИВ сред инжектиращите наркотици (вж. „Смъртност сред проблемно употребяващите наркотици“, стр. 80).

Повечето употребяващи наркотици, които вземат свърхдоза, са мъже ⁽²⁰²⁾ и те са 65—100% от случаите, като в повечето страни относителният им дял е в диапазона между 75 % и 90 %, а дялът на жените е най-голям в Чехия, Полша и Финландия и най-нисък в Гърция, Италия и Кипър. Тези заключения трябва да се тълкуват в контекста на разликите между мъжете и жените при употребата на опиати и инжекционната употреба.

Повечето жертви на свърхдоза са между 20- и 40-годишни, със средна възраст за повечето страни средата на 30-те години (но в диапазон 20—44 години). Средната възраст на жертвите на свърхдоза е най-ниска в Естония, Словения, България и Румъния, а най-висока в Чехия, Нидерландия, Полша и Финландия. Много малко са отчетените смъртни случаи от свърхдоза сред хора на възраст под 15 години (17 от общо 7 516 смъртни случая, на базата на последните отчетени за всяка страна), въпреки че е възможно броят на отчетените смъртни случаи от наркотици в тази възрастова група да е занижен. Стойностите на ЕЦМНН включват няколко смъртни случая сред хора над 65 годишна възраст, като само седем страни съобщават за над 5 % от случаите от тази възрастова група ⁽²⁰³⁾.

В няколко нови държави-членки и кандидатчленки средната възраст на починалите е сравнително ниска (Естония, Кипър, Латвия, Словакия, България и Румъния) и относителният дял на случаите на свърхдоза на възраст под 25 години е висок, което вероятно е сигнал, че употребата на хероин в тези страни е предимно сред

по-младото население. Високата средна възраст в Чехия е свързана с включването на много смъртни случаи, дължащи се на психоактивни медикаменти (Фигура 12).

В много държави-членки възрастта на жертвите на свърхдоза се увеличава, което предполага намаляване на започване употребата на хероин сред младежите. Тази тенденция е обща за старите държави-членки на ЕС-15 и се наблюдава от началото на 90-те години на ХХ век, въпреки че е по-слабо изразена в Швеция и Обединеното кралство. В новите държави-членки тенденциите не са така ясни и в много случаи дори се наблюдава намаляване на средната възраст ⁽²⁰⁴⁾.

Смъртни случаи от метадон

Няколко са страните, които съобщават в националните си доклади от мрежата Reitox 2005 за наличие на метадон в значителен дял от смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици. Използваната терминология от отделните страни е различна и в някои от случаите е трудно да се направи преценка за конкретната роля на метадона за смъртта.

Дания съобщава, че метадонът е причина за отравяне (самостоятелно или в комбинация) в 44 % от смъртните случаи (95 от 214 през 2004 г.) — дял, сходен на този за 2003 г., но подчертано по-висок от дела за 1997 г.; Германия съобщава, че 345 случая се дължат на „субституиращи вещества“ (46 самостоятелно и 299 в съчетание с други наркотици през 2004 г.) — подчертано намаление спрямо 2002 г.; и Обединеното кралство съобщава за 216 случая, в които се „споменава“ метадон (Англия и Уелс, през 2003 г.) — също подчертано намаление спрямо 2002 г. Испания съобщава, че са регистрирани малко случаи на свърхдоза, в които метадонът присъства самостоятелно (2 %), но той често се среща в комбинация с други наркотици при смъртни случаи от опиати (42 %) и от кокаин (20 %). Другите страни не съобщават за смъртни случаи от метадон или отчетеният брой е много малък. Не е ясно кои са факторите, които стоят зад тези различия, и дали отчетените случаи в някои страни не са занижени ⁽²⁰⁵⁾.

Въпреки че изследванията показват, че субституиращата терапия намалява риска от смъртоносна свърхдоза, като част от наблюдението за осигуряване на качеството на субституиращите програми е важно да се наблюдава броят на свързаните с метадон смъртни случаи и обстоятелствата около тези случаи (източникът на веществото, дали е употребено в съчетание с други субстанции, етапът от процеса на лечение, при който е настъпила интоксикацията).

Смъртни случаи от бупренорфин и фентанил

Смъртните случаи, дължащи се на отравяне с бупренорфин изглежда са рядкост — факт, който се отдава на фармакологичните характеристики на

⁽²⁰⁰⁾ Вж. Таблица DRD-1 (част iii) и (част iv) в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁰¹⁾ Вж. Фигура DRD-1 в статистическия бюлетин 2006.

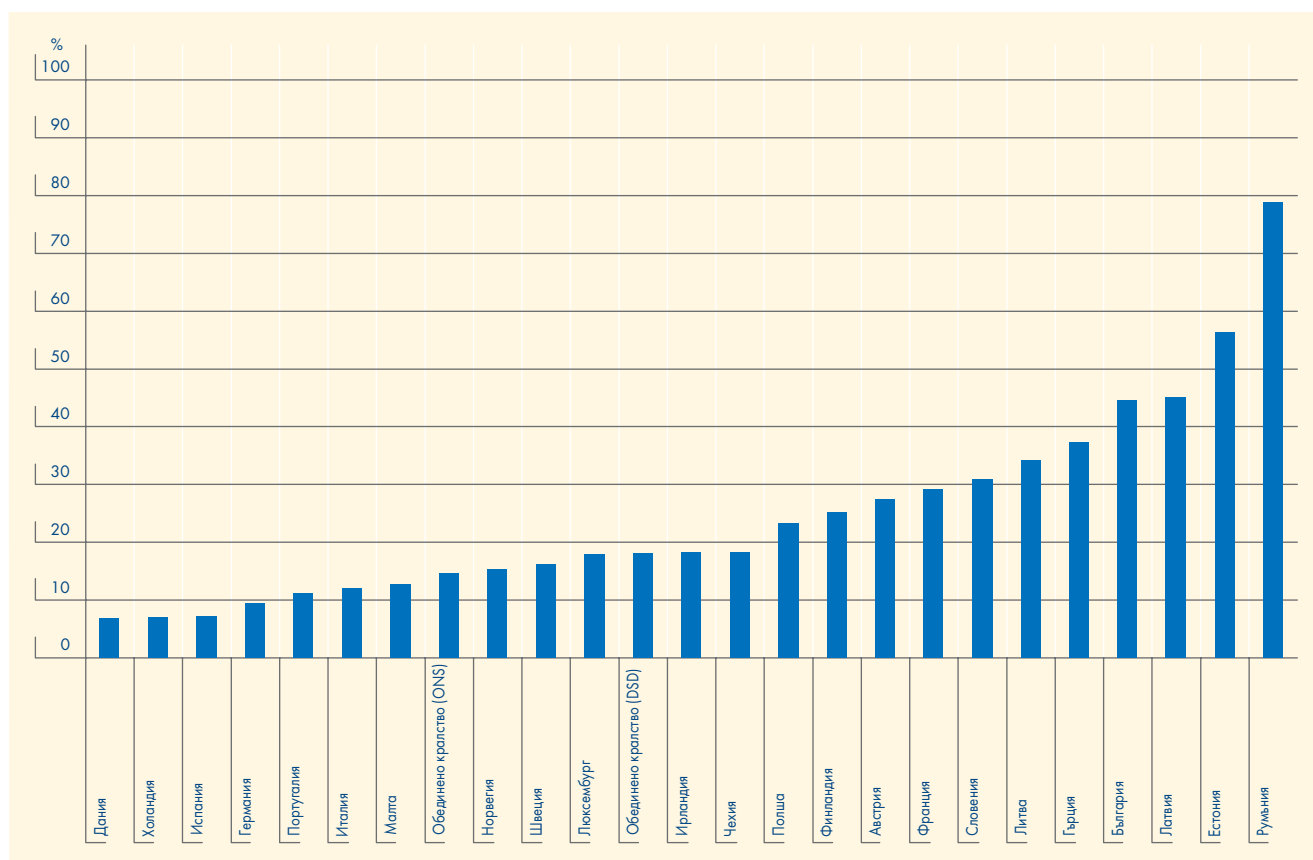
⁽²⁰²⁾ Тъй като повечето случаи, които се отчитат в ЕЦМНН, са за свърхдоза опиати, за описание на случаите с опиати се използват общите характеристики на тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици.

⁽²⁰³⁾ Вж. Таблица DRD-1 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁰⁴⁾ Вж. Фигури DRD-3 и DRD-4 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁰⁵⁾ Един продължаващ в момента полеви експеримент на ЕЦМНН има за цел да подобри качеството на предоставяната информация за вещества, замесени в смъртни случаи, свързани с употреба на наркотици, включително субституиращи субстанции.

Фигура 12: Дял на тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, които са настъпили сред хора на възраст под 25 години през 2002 г.



Забележка: ONS — Служба за национална статистика; DSD — дефинирана стратегия в областта на наркотиците 2002 г. е взета за базова, тъй като това е годината, за която разполагаме с информация за повечето страни.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2005) с данни, снети от националните регистри на смъртните случаи или от специални регистри (съдебни или полицейски). За база са ползвани "националните дефиниции", така както те са представени в методологичните бележки към свързаните с наркотици смъртни случаи в статистическия бюлетин за 2006 година.

агонист-антагонист на този наркотик. Въпреки това някои европейски страни съобщават за известен брой смъртни случаи.

От националните доклади за 2005 г. единствено Франция и Финландия съобщават за смъртни случаи, свързани с това вещество. Във Финландия бупренорфин е открит в 73 смъртни случая, свързани с употреба на наркотици през 2004 г., също колкото и през 2003 г. и обикновено в комбинация с бензодиазепини, седативи или алкохол. Тези високи стойности съответстват на увеличаването на бупренорфиновата терапия във Финландия, въпреки че броят на лекуваните пациенти е много по-малък от оценките за 70 000 до 85 000 души на лечение с бупренорфин във Франция. Поради това е интересно, че през 2004 г. във Франция са отчетени само четири случая на свръхдоза бупренорфин (в сравнение с осем случая през 2003 г.). Дори ако се вземе предвид възможното занижение на отчетените стойности за отравянията във Франция, мащабите на разликата са поразителни. Освен Франция и Финландия, за смъртни случаи, свързани с бупренорфин съобщават още три страни (всяка от тях само за два или три случая), но без доказателства, че това вещество е главната причина за смъртта.

В предишните години за смъртни случаи, дължащи се на фентанил, се съобщава в страните около Балтийско море, но в националните доклади за 2005 г. не са поместени такива данни.

Тенденции в тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици

Националните тенденции в смъртните случаи, свързани с наркотици, могат да дадат задълбочена информация за развитието на моделите на проблемна употреба на наркотици във всяка страна, като например хероиновите епидемии и високо рисковото поведение (напр. инжектирането), както и предлагането на лечение и дори разликите в достъпността на хероина. Също така те могат, разбира се, да свидетелстват за успеха на политиките в областта на услугите за бърза медицинска помощ за предотвратяването на смъртоносни случаи на свръхдоза⁽²⁰⁶⁾.

Наличните данни от ЕС очертават някои общи тенденции в свързаните с наркотици смъртни случаи. През 1980-те и в началото на 1990-те години бе наблюдавано рязко увеличение сред старите държави-членки на ЕС-15,

⁽²⁰⁶⁾ Вж. Фигура DRD-7 в статистическия бюлетин 2006.

което вероятно съпътства увеличаването на употребата на хероин и на инжектирането. В периода между 1990 г. и 2000 г. смъртните случаи, свързани с наркотици, продължиха да се увеличават, въпреки че не така рязко (Фигура 13). Общият годишен брой на смъртните случаи, свързани с наркотици в държавите-членки, които предоставят такава информация (повечето стари и нови държави-членки), се е увеличил с 14 %, от 8 054 през 1995 г. на 9 392 през 2000 г.

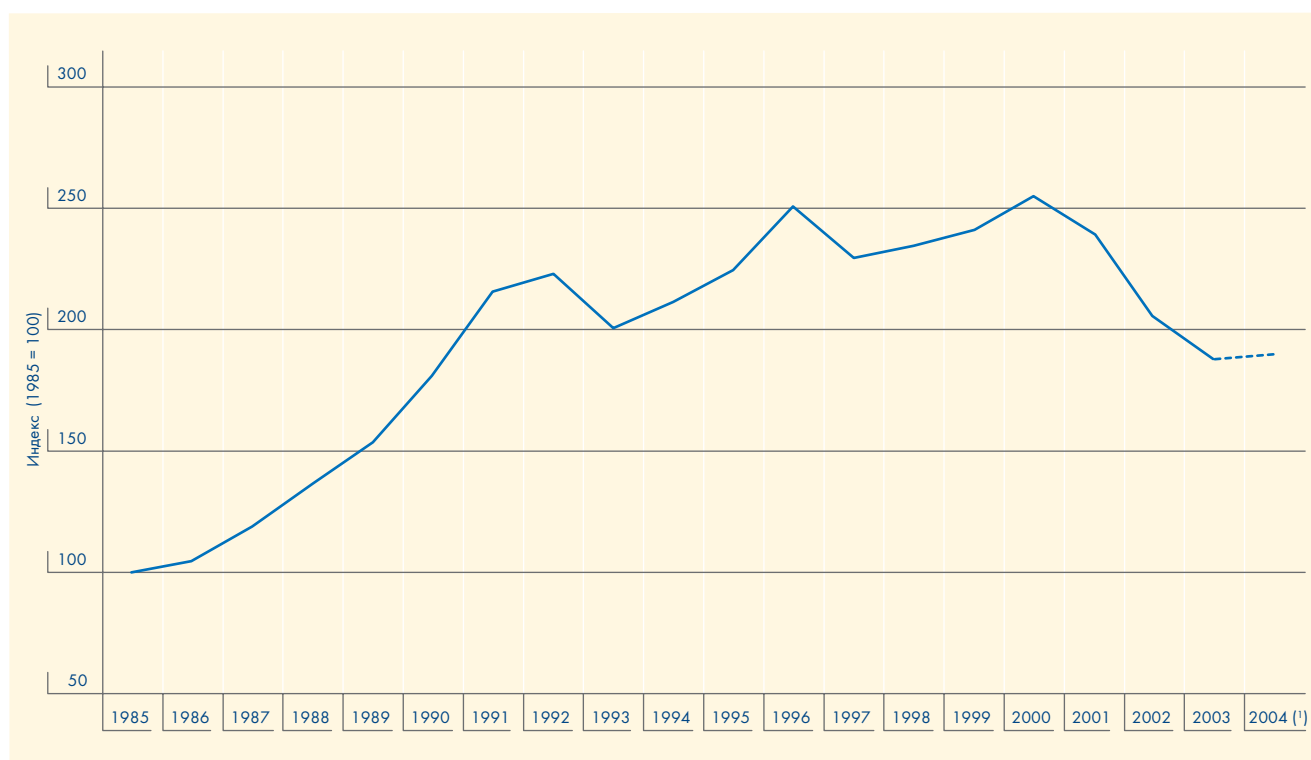
След 2000 г. много страни от ЕС отчитат намаляване на броя на смъртните случаи, свързани с наркотици, което вероятно е свързано с увеличаването на предлагането на лечение и с инициативите за намаляване на щетите, въпреки че намаляването на разпространението на употребата на наркотици също е важно. На европейско равнище смъртните случаи, свързани с наркотици, намаляха с 6 % през 2001 г., 13 % през 2002 г. и със 7 % през 2003 г. Въпреки това подобрение, през 2003 г. все още се отчитаха близо 7 000 смъртни случая, свързани с наркотици (липсват данни от Белгия, Испания и Ирландия). Въпреки това сред страните, които предоставиха данни през 2004 г. (19), имаше слабо увеличение от 3 %. Въпреки че изводите за 2004 г. трябва да се правят предпазливо, 13 от 19-те страни, които отчетоха информация, съобщават за увеличаване в някаква степен.

Налице е подчертано разминаване в тенденциите при старите и новите държави-членки по отношение на броя на смъртните случаи сред хората на възраст под 25 години. При старите държави-членки на ЕС-15 от 1996 г. насам се наблюдава постоянно намаление, което предполага, че намалява броят на младите инжектиращи опиати, а в новите държави-членки до 2000—2002 г. имаше рязко увеличение, като видимо намаление започна едва през 2003 г. ⁽²⁰⁷⁾.

Също така се наблюдават и някои полови различия. Броят на смъртните случаи при мъжете се увеличаваше прогресивно от 1990 г. до 2000 г., след което последва ясно изразено намаление (30 % намаление до 2003 г.), докато броят на отчетените смъртни случаи сред жените остана приблизително постоянен в периода между 1990 и 2000 г., колебаейки се между 1 700 и 2 000 годишно, след което оттогава е намалял само с 15 %. Това може да се дължи на редица фактори, включително на различната ефикасност на мерките за намеса или на разликата в рисковите фактори между двата пола ⁽²⁰⁸⁾.

В страните с по-дълга поредица от данни могат да се открият различни профили на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици. В някои страни смъртните случаи, свързани с наркотици, достигнаха върхови стойности в началото на 90-те години на XX век

Фигура 13: Дългосрочни тенденции при тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, 1985—2004 г.



(*) За 2004 г. десет страни са предоставили информация, а шест — не. Поради това стойността за 2004 г. е условна и се базира на сравнение между данните за 2003 г. и 2004 г. само за онези страни, които са предоставили информация и за двете години.

Забележка: Новите държави-членки и страните кандидатки не са включени в тази стойност поради липсата в повечето случаи на минали данни. Вж. Таблица DRD-2 в статистическия бюлетин за 2006 година за броя на смъртните случаи във всяка страна и методологичните бележки.

Източници: Национални доклади от мрежата Reixh (2005) с данни, снети от регистрите за общата смъртност или от специални регистри (съдебни или полицейски).

⁽²⁰⁷⁾ Вж. Фигура DRD-5 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²⁰⁸⁾ Вж. Фигура DRD-6 в статистическия бюлетин 2006.

и впоследствие намаляха — например в Германия, където смъртните случаи, свързани с наркотици, достигнаха върхови стойности през 1991—1992 г., Испания (1991 г.), Франция (1994 г.) и Италия (1991 г.). В други страни, например в Гърция, Ирландия, Португалия, Финландия, Швеция и Норвегия, смъртните случаи, свързани с наркотици, достигнаха върхови стойности по-късно, между 1998 г. и 2001 г. и впоследствие също намаляха. В други страни профилът на тенденциите не бе така ясен или стойностите се запазиха постоянни. Въпреки че тълкуванията трябва да се правят предпазливо поради относително ниския брой на смъртните случаи, свързани с наркотици в някои страни, този профил може да е свързан с тенденциите в инжектирането на героин ⁽²⁰⁹⁾.

Смъртни случаи, свързани с екстази и амфетамини

Смъртни случаи, свързани с екстази започнаха да се отчитат в Европа през 90-те години на XX век, когато този наркотик стана популярен. Смъртните случаи, свързани с екстази, са причина за сериозно безпокойство, защото те често се случват неочаквано сред социално интегрирани млади хора.

Информацията за смъртните случаи от екстази е ограничена, но данните от националните доклади 2005 от мрежата Reitox сочат, че смъртните случаи, в които е намесен екстази, остават относително рядко срещани в сравнение с тези от опиати, въпреки че в някои страни броят им не е пренебрежимо малък. В Европа като цяло бяха цитирани 77 смъртни случая, които трябва да се считат за минимална приблизителна оценка ⁽²¹⁰⁾. Отчетените случаи са в Дания (2), Германия (20), Франция (4), Унгария (3), и Обединеното кралство (48 случая, в които се „споменава“ този наркотик — 33 в Англия и Уелс), където отчитането вероятно е по-добро от това в другите страни. В Испания екстази е имало в 2.5 % от отравянията с наркотици.

Въпросът за рисковете от употребата на екстази често се повдига. Като се има предвид полето на грешката в приблизителните оценки за разпространението, които се основават на проучвания, и трудностите в отчитането на смъртни случаи от наркотици, ако се раздели броят на наблюдаваните смъртни случаи на броя на употребяващите годишно ⁽²¹¹⁾ (хората, застрашени от потенциален риск), в двете страни, за които може да се направи това изчисление се получават стойности от 5—8 случая и 2—5 случая на 100 000 употребяващи.

Смъртни случаи от амфетамин също се отчитат рядко, въпреки че през 2004 г. в Чехия 16 случая бяха приписани на първитина (метамфетамин) — почти двойно повече от стойността за 2003 г., което съответства на увеличението на изчисления брой проблемно употребяващи първитин и на търсенето на лечение. За смъртните случаи от ГНВ вж. Глава 4.

Смъртни случаи, свързани с кокаин

След увеличаването на употребата за развлечение, което се наблюдава в някои страни сред младежите,

сред лекуващите се за пристрастяване и сред маргинализирани групи от населението, нараства загрижеността за рисковете за здравето от употребата на кокаин.

Употреба на кокаин се среща често сред употребяващите опиати и е обичайно да се открива кокаин в токсикологичните анализи на свръхдоза от опиати, наред с други вещества, като алкохол и бензодиазепини. Кокаин обикновено се употребява заедно с алкохол — една комбинация, която може да доведе до повишена токсичност.

Текущата статистика, която е на разположение в Европа, е ограничена и различията в критериите, използвани за идентифициране на случаите, свързани с употреба на кокаин, означават, че стойностите не са съпоставими. Освен това някои смъртни случаи, свързани с употребата на кокаин, могат да останат неразкрити или да не бъдат отчетени, което води до съобщаване на занижени стойности. Съществуващите данни показват, че в много смъртни случаи, в които е намесен кокаин, са намесени също и опиати.

Сред страните, които са предоставили данни, в националните доклади 2005 са идентифицирани над 400 смъртни случаи от кокаин; това е минимална оценка. В повечето от тези случаи кокаинът изглежда е играл причинна роля, въпреки че това не винаги е напълно ясно от докладите. Девет страни не са споменали изрично за съществуване или за липса на смъртни случаи от кокаин. Кокаинът е бил причина за 0—20 % от отчетените тежки смъртни случаи от наркотици, което представлява между 10 % и 20 % от тези случаи в Германия, Испания, Франция, Нидерландия и Обединеното кралство. Смъртни случаи, в които кокаинът е играл причинна роля (самостоятелно или в комбинация), се отчитат от Германия (166), Испания (53), Франция (14), Нидерландия (20) и Обединеното кралство (142 случая на „споменаване“ — 113 в Англия и Уелс). Девет други страни отчитат от нула до два случая. Освен това в някои страни кокаин обичайно се открива в токсикологичните анализи на свръхдоза от опиати. От ограничените данни, с които разполагаме, е трудно да бъдат идентифицирани някакви тенденции със сигурност, но във всички страни като че ли съществува тенденция към нарастване с увеличаване на броя на случаите, напр. в Испания, Германия, Франция, Нидерландия и Обединеното кралство, въпреки че в Нидерландия нарастването е спряло през последните 2 години.

Освен това кокаинът може да допринесе за смъртните случаи, които се дължат на сърдечно-съдови проблеми (аритмии, инфаркт на миокарда, мозъчни кръвоизливи), особено сред употребяващи с предразположеност към такива заболявания или при които са налице други рискови фактори (тютюнопушене, свръхнапрежение, ангиома) или при хора в напреднала възраст. Много от тези случаи могат да останат незабелязани в днешно време поради недобра информираност. Необходими са допълнителни изследвания в тази област.

⁽²⁰⁹⁾ Вж. Фигура DRD-7 в статистическия бюлетин 2006.

⁽²¹⁰⁾ В зависимост от страната, стойностите се отнасят за 2003 г. или за 2004 г., за екстази и кокаин.

⁽²¹¹⁾ Употреба през последните 12 месеца в проучванията сред населението.

Намаляване на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици

Ефективни ответни мерки

Достигането до нелекуваните групи употребяващи наркотици и създаването на връзки за комуникация е предпоставка за провеждането на обучение по въпросите на рисковете и за управление на риска, както и за оказване на съдействие за достъп до услуги, включително до лечение.

Изследванията на обстоятелствата около свръхдозите съдействат за разработването на мерки за намеса, насочени към високо рискови ситуации или високо рискови лица. Подобни мерки могат да постигнат значително намаление на смъртните случаи, дължащи се на непосредствения ефект от вземането на наркотици. Ролята на различните мерки за намеса за намаляване на тежките смъртни случаи, свързани със свръхдоза на наркотици, е обобщена в един наскоро изготвен политически брифинг на ЕЦМНН (EMCDDA, 2004d).

Тъй като повечето смъртни случаи от свръхдоза в Европа са свързани с хероин, увеличаването на дела на употребяващите хероин, които се подлагат на лечение, може да се разглежда като мярка за превенция на свръхдозата. Наблюдаваното напоследък в някои държави-членки умерено обръщане на посоката на тенденциите при смъртните случаи от свръхдоза може да се дължи на редица фактори. Към тях спадат намаляването на разпространението на употребата и на инжектирането, увеличаването на усилията в областта на превенцията, увеличаването на предлагането, постъпването и задържането на лечение и вероятно намаляването на рисковото поведение.

Профил на ответните мерки

В повечето страни експертните становища по отношение на прилагането на различни стратегии за намеса с цел намаляване на смъртните случаи от свръхдоза наркотици разглеждат опиятната субституираща терапия като най-ценния подход⁽²¹²⁾. В Унгария и Швеция това не се смята за средство за намаляване на смъртните случаи от наркотици, въпреки че там се предлага такъв вид лечение. От друга страна, в Естония и Полша ниското равнище на предлагане на субституираща терапия означава, че

метадоновата субституираща терапия понастоящем не се смята за важната ответна мярка за намаляване на смъртните случаи от свръхдоза.

Информационните, образователни и комуникационни (ИОК) ответни мерки са друг вид важни мерки в повечето европейски страни. Разпространяването на послания за повишаване информираността за рисковете и указанията за справяне със свръхдозата под формата на специално разработени печатни материали или други информационни средства (плакати, уебсайтове, кампании в средствата за масова информация) е обичайна или преобладаваща мярка в 19 страни. Въпреки това в седем страни (Естония, Франция, Ирландия, Латвия, Унгария, Малта, Финландия) рядко се прилагат подобни мерки, а в една (Швеция) изобщо не се прилагат.

Според националните фокусни центрове подходът за систематично интегриране на индивидуалната оценка на риска с процедурите на консултиране и лечение, и организирането на групови сесии за обучение по въпросите за рисковете и ответните реакции за употребяващите наркотици се среща по-рядко.

Една широка категория дейности може да бъде дефинирана като „мерки преди освобождаване от местата за лишаване от свобода“. Те обхващат диапазона от обикновеното разпространяване на информация, през консултирането по въпросите на рисковете от свръхдозата и тяхната превенция, до започването или продължаването на субституираща терапия в местата за лишаване от свобода. Въпреки това дейности, попадащи в този спектър от ответни мерки, рядко се използват в 13 страни и изобщо не се използват в други пет (Латвия, Унгария, Полша, Румъния и Швеция). В Испания, Италия и Обединеното кралство мерките за намеса в местата за лишаване от свобода са сред преобладаващо прилаганите подходи за намаляване на тежките смъртни случаи от наркотици.

Местните рискови условия, свързани с инжекционната употреба на обществени места, доведоха до откриването на наблюдавани от професионалисти места за употреба на наркотици в четири страни на ЕС и в Норвегия⁽²¹³⁾. Техни целеви групи са силно маргинализираните и изложени на рискове инжектиращи от улицата (EMCDDA, 2004c).

⁽²¹²⁾ Резултатите се базират на проучване, проведено сред 27 национални фокусни центрове през 2004 г. Инструментарият може да се изтегли от <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

⁽²¹³⁾ Страните от ЕС са Германия, Испания, Люксембург и Нидерландия.



Глава 8

Подобряване на наблюденията над проблемната употреба и употребата на няколко вида наркотици

Наркомания, наркозависимост, злоупотреба с наркотици, вредна употреба, проблемна употреба — всички те са различни понятия, свързани с индикатора на ЕЦМНН за проблемната употреба на наркотици, като всяко от тях носи своите едва доловими особености в неговото медицинско или социално измерение. Индикаторът на ЕЦМНН за проблемната употреба на наркотици (ПУН) се използва за наблюдение на „инжекционната употреба на наркотици или продължителната/редовна употреба на героин, кокаин и/или амфетамини“. По подразбиране тази дефиниция включва и употребата на други опиати, като метадон.

Тази дефиниция на проблемната употреба на наркотици е чисто поведенческа и се базира на моделите на употреба на наркотици, без конкретно да измерва проблемите в даден смисъл. Въпреки това тя е свързана с различните концепции за пристрастеността посредством разбирането, че всеки, който има подобно поведение, много вероятно ще попадне в рамките на по-общото понятие „проблемно употребяващ“. В този смисъл е важно да се отбележи, че индикаторът за проблемната употреба на наркотици включва в оценката само една важна подгрупа от тези, за които може да се смята, че имат някакъв вид проблем с наркотиците. Въпреки всичко подходът има своята стойност — в качеството му на поведенчески обусловено понятие, неговите положителни страни са:

- Той позволява наблюденията да се провеждат без да се обвързват с дефиниции за пристрастеността, зависимостта, щетите и самия проблем.
- С него относително лесно се оперира в изследователските проучвания.
- Той групира различни видове наркотици и начини на приемането им като алтернативи, без конкретно да ги разграничава едни от други.

Исторически погледнато индикаторът на ЕЦМНН за наблюдение е дете на своето време — през 1980-те и в голяма степен през 1990-те години употребата на героин и инжекционната употреба на наркотици бяха смятани за ключови компоненти на проблема с наркотиците, които налагат да бъдат оценявани. Още повече, че тези форми на употреба на наркотици не можеха да бъдат измерени по убедителен начин чрез техниките на проучванията. Добавянето на амфетамините приспособи дефиницията към условията в някои от северните страни, където инжекционната употреба на амфетамин беше от голямо значение; и въпреки че беше включен и кокаинът, на практика той рядко е бил значим компонент в която и да е от оценките. Въпреки че индикаторът за проблемната употреба на наркотици все още ни открива полезен прозорец към един важен елемент на проблема с наркотиците, става все по-ясно, че той трябва да бъде доразвит, за да отговори на изискванията за наблюденията над

днешната по-разнородна обстановка в областта на наркотиците в Европа. Картината по отношение на хроничните проблеми с наркотиците в Европа все повече се усложнява. За да се поддържа приложимостта на задачата за извършване на наблюдения в условията на непрекъснато променящия се свят на незаконните наркотици, тя трябва да се развива и да посреща предизвикателствата, произтичащи от необходимостта да бъде обхванат един по-широк спектър от наркотици и тяхната употреба да бъде изследвана по-подробно от начина, по който това се правеше досега.

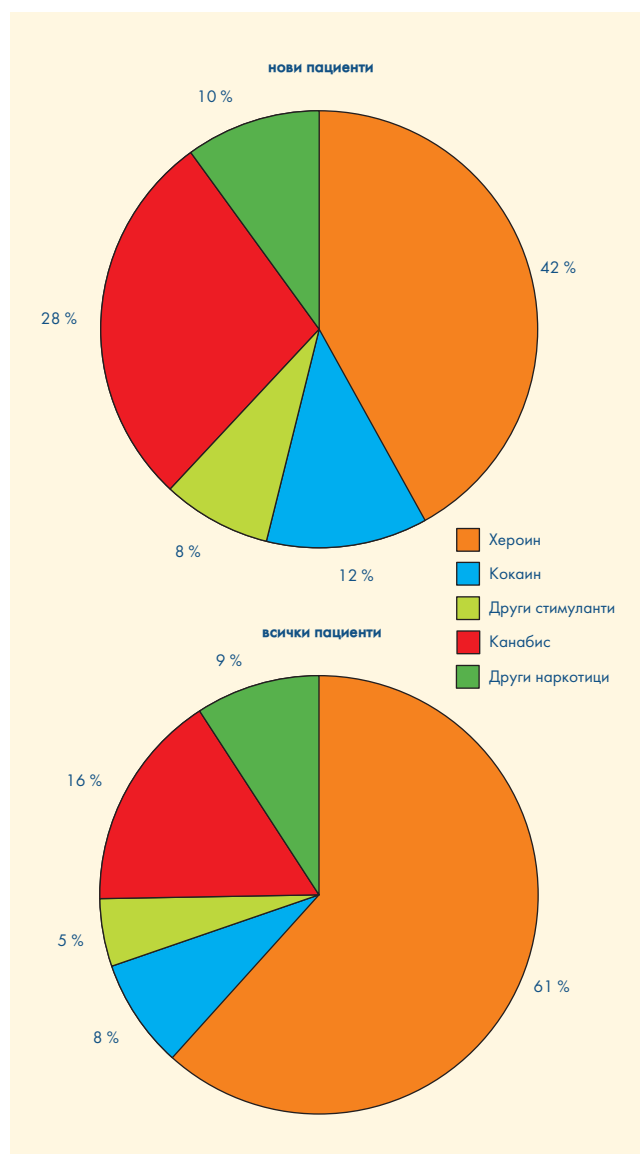
Разширяването на ЕС включи едно по-голямо многообразие от видове социално поведение, като употребата на незаконни наркотици не прави изключение. За да бъдат разбрани нуждите на хората с проблеми, свързани с употребата на наркотици, е необходимо да се познава развитието на нарко културата, увеличаването на употребата на синтетични наркотици и на незаконно употребявани медикаменти, преминаването към употреба на кокаин и като цяло широкото разпространение на употребата на канабис. От предходните раздели в настоящия доклад може да се забележи, че въпреки че употребяващите героин все още са видимо преобладаващата част от търсещите услуги за лечение срещу наркотици, картината се променя по отношение на лицата, които за първи път постъпват на лечение, сред които се отчита увеличаване на случаите на проблемна употреба на канабис и стимуланти (Фигура 14).

Това променено положение следва да се разглежда на фона на силно нарасналото предлагане на лечение за лицата с проблеми, свързани с опиатите, както и на увеличавания обхват на отчитане на терапевтичните услуги. Конкретно опиятната субституираща терапия, при която хората биват затваряни продължително време, за да бъдат подложени на непрекъснати терапевтични грижи (имайте предвид, че това не е отразено на тези диаграми, които показват само лицата, които са постъпили на лечение през текущата година), подчертава ролята на опиатите за настоящото отежняване на лечението в сравнение с положението при новопостъпилите. Въпреки всичко в много страни изглежда, че хората, които днес развиват някакъв нарко проблем в Европа, като че ли са по-разнородни, отколкото тези в миналото, поне по отношение на веществата, които употребяват.

Индикаторът за проблемната употреба на наркотици и преброяване на скритите групи от населението, които употребяват наркотици

Текущият подход на индикатора за проблемната употреба на наркотици се оказва изключително ценен

Фигура 14: Разпределение между „новите“ и „всички“ пациенти, потърсили лечение, според вида на основния наркотик



Забележка: Въз основа на данните от Чехия, Дания, Германия, Гърция, Италия, Кипър, Унгария, Малта, Нидерландия, Словения, Словакия, Финландия, Швеция, Обединеното кралство, България, Румъния и Турция.

Източници: Национални фокусни центрове от мрежата Reitox.

за получаването на по-добри приблизителни оценки за размерите на значителната група употребяващи наркотици, която представляват основната част от ползващите услуги за лечение от наркотици в Европа. Този подход служи за стимулиране разработването на редица методи и статистически процедури за оценка на пълния размер на тази в голяма степен скрита група от населението. Във всички тези подходи измерванията се коренят в идеята, че известен процент от проблемно употребяващите наркотици са „административно видими“, тъй като те поддържат връзка с редица

терапевтични, правни, спешни и социални услуги, и че когато този процент е известен, от това видимо малцинство може да се направи приблизителна оценка за размера на групата от населението. Тези видове индиректни статистически методи допълват работата от проучванията сред населението, която по редица методологически и практически причини не е толкова подходяща за изчисляване разпространението на употребата на наркотици, която е слабо разпространена, заклеймявана и в голяма степен скрита.

По отношение на текущото прилагане на индикатора за проблемната употреба на наркотици навсякъде в ЕС страните адаптираха дефиницията, за да обхванат практическите въпроси в конкретната за тях местна ситуация и поради това състоянието е разнородно. Девет страни следват дефиницията на ЕЦМНН без да я променят, 11 страни правят оценката само за броя на употребяващите опиати (или хероин), а други четири не изключват проблемно употребяващите канабис, въпреки че те като цяло са само много малка част от стойността на оценките им (като критериите за включване на употребяващите канабис са доста строги по отношение на преброяването само на тези със зависимост или с много интензивна форма на употреба).

По-широко разпространената употреба на кокаин, крек и стимуланти изобщо, наред с припокриването на проблемите с наркотиците с тези, свързани с употребата на алкохол или на предписани лекарства, води до предположението, че дори при последователно прилагане на индикатора оценките в днешно време обхващат по-голямо многообразие от форми на употреба на наркотиците от преди, с вероятност от по-разнообразни последици и проблеми. Поради това освен наблюдението над цялостните мащаби на проблемната употреба на наркотици, съществува необходимост от отделно проследяване на различните видове поведение, които съставляват индикатора за проблемната употреба на наркотици, т.е. инжектирането и всеки вид наркотик в рамките на дефиницията за този индикатор. Това може да е особено важно в светлината на сведенията от някои страни за увеличаване употребата на кокаин и за моделите на употреба на амфетамин, както и да позволи подробно проследяване на тенденциите в употребата на опиати. Ако отчитането на всички тези видове поведение е само общо, очевидно съществува вероятност да бъдат замаскирани някои важни прояви и да бъде пропусната възможността за по-добро разбиране на тенденциите.

По-рано в настоящия доклад за първи път бе дадена отделна оценка за употребата на хероин и за инжекционната употреба в Европа. Освен това се отбелязва увеличение в предлагането на лечение за проблеми с опиатите, като приблизителните оценки са за над половин милион лекувани с опиатна субституираща терапия в Европа. Това предполага, че в много страни дялът на употребяващите хероин и на инжектиращите, които са във връзка или са били във връзка с терапевтични служби, вероятно е доста висок. Понастоящем ЕЦМНН проучва, в рамките на своите технически групи в страните, каква може да бъде добавената стойност, ако бъде обединена информацията за търсенето на лечение, предлагането на лечение и приблизителните оценки за употребата на хероин и за инжекционната употреба на наркотици.

Извън индикатора за проблемната употреба на наркотици

Една по-нататъшна стъпка за развиване на способностите ни за по-добро разбиране на проблема с наркотиците в Европа е да се проучи степента, в която в задачата за наблюдение може да бъде включена и интензивната употреба на наркотици, отделно от наблюдението на индикатора за проблемната употреба на наркотици. Степента, в която интензивната употреба на наркотици, независимо как се дефинира тя, е свързана със зависимостта и с равнището и видовете проблеми, налага това да бъде допълнително проучено, а например според оценките на Kandel и Davis (1992) в САЩ около една трета от ежедневно употребяващите канабис могат да се смятат за зависими. Бъдещата работа в тази насока изисква да се формализира концепцията за честа, интензивна употреба на канабис и на други незаконни наркотици като конкретна цел за наблюдение. Честата или интензивна употреба може да се измерва с данни от проучванията, в допълнение към изчисленията посредством индиректни статистически методи. Понастоящем данните от проучванията дават полезна картина за различните модели на употребата на канабис, но те в голяма степен са сведени до данни за поведенческите модели и за честота на употребата. Данните от проучванията вероятно ще бъдат от значение, ако трябва да бъдат разработени солидни оценки за броя на употребяващите наркотици, като например канабис, които могат да се определят като зависими или водещи до щети, поне по собствената им преценка.

Тази стъпка към дефинирането на честата, интензивна употреба по един по-формален начин за редица наркотици би съдействала също така за разработването на инструменти за изследователска дейност, за да бъдат оценени равнищата на проблемите и на зависимостта, свързани с различната степен и модели на употребата на канабис. Редица европейски страни работят за разработването на методологични инструменти за измерване едновременно на интензивната употреба и на равнищата на зависимост и на проблемите, и ЕЦМНН насърчава сътрудничеството в тази област.

Едно усложнение пред определянето на интензивната употреба като индикатор за хората, които вероятно са най-силно застрашени от опасността да станат зависими или да имат проблеми, е че идеята за това, което представлява интензивната употреба, в известна степен зависи от вида на наркотика. Въпреки че за проблемната употреба на опиати са много характерни моделите на ежедневна употреба, това често не е така при стимулантите. При тези наркотици по-често се среща употребата по време на развлечения, при което употребата ескалира за кратък период от време и след това намалява, а употребяващите преминават към употреба на друг вид наркотици или на алкохол, за да облекчат отрицателните последици от въздържанието. Възможно е влиянието върху моделите на интензивна употреба на наркотици да оказват едновременно фармакологични и контекстни фактори, но е ясно, че поведенческите измерители за интензивната употреба ще трябва да притежават чувствителност към различните модели на употреба, свързани с различните видове наркотици.

Предизвикателството да се отчитат проблемите с употребата на няколко наркотика

Поради основателни причини от практическо и методологично естество, в по-голямата част от процеса на отчитане употребата на наркотици всяко вещество се описва поотделно. Това осигурява необходимата концептуална яснота за улесняване на отчитането на базата на наличните поведенчески измерители, но пренебрегва факта, че отделните употребяващи наркотици често са ползвали или ползват редица вещества, както незаконни, така и законни, и че тези употребяващи могат също така да имат проблеми с повече от един вид наркотик. Възможно е те да заменят един вид наркотик с друг или да сменят избора си след известно време, или да използват допълнително други наркотици. Тази комплексност на въпроса е едно изключително предизвикателство за системата за наблюдение, дори ако анализът бъде ограничен само за обикновени поведенчески измерители за употребата на наркотиците в различни периоди от време. Ако бъдат добавени и концепциите за проблематична употреба и за зависимост, тази комплексност се увеличава още повече и на европейско равнище съществуват много малко солидни данни, които да позволят да бъде направен информационно обезпечен анализ. Въпреки всичко е възможно в някои страни да има доста големи групи хронично проблемно употребяващи наркотици, които трудно могат да бъдат класифицирани по основно вещество и които може да имат проблеми поради употребата едновременно на законни и на незаконни вещества. Разрешаването на този проблем изисква да бъдат опознати по-добре моделите на употреба на няколко вида наркотици и тези познания да бъдат приложени за подобряване на отчитането на национално и на европейско равнище.

Субституиране с няколко вида наркотици

В рамките на общата концепция за употреба на няколко вида наркотици трябва да се разгледат няколко специфични значения на това понятие. В едната крайност е употребата на няколко вещества по един интензивен и хаотичен начин, едновременно или последователно, като в много случаи един наркотик се заменя с друг според наличността. Такъв е случаят, например, с проблемно употребяващите, които ползват различни опиати, както и фармацевтични продукти, кокаин, амфетамини и алкохол.

Този модел на употреба изглежда съществува сред някои хронично употребяващи, а е възможно и сред маргинализирани групи и сред хора с психиатрични отклонения. В много системи за регистриране в Европа тези случаи касаят употребата на опиати.

В този случай тези лица попадат в рамките на дефиницията и в обхвата на наблюдението на проблемно употребяващите наркотици. Въпреки това остава въпросът дали тази интензивна, хаотична употреба на няколко вида наркотици е достатъчна самостоятелна единица — една неспецифична наркомания, изискваща целенасочени епидемиологични измервания и лечение, подкрепа или намаляване на щетите в една особено трудна ситуация. При тези обстоятелства всяко наблюдение на съставните части на проблемната употреба на наркотици ще налага

употребата на няколко вида наркотици да бъде включена като един от тези отделно измервани компоненти.

Комбинации от наркотици

Съществува и една втора група употребяващи, които вземат по няколко вещества едновременно по един систематичен начин, като желаят да постигнат ефекта на фармакологичната комбинация, като например при спидбола (speedballing) — едновременна употреба на хероин и кокаин чрез инжектиране.

Втори наркотик, използван по функционална или фармакологична основна причина, не е непременно задължително да се употребява едновременно, а може също да се взема и последователно, като заместител или като допълнителен наркотик. Например за намаляване на симптомите при отказване от употреба може да се използва бензодиазепин, когато няма на разположение опиати. В други случаи втори наркотик може да се взема за компенсиране на фармакологичния ефект — такъв е случаят, когато наркотичният ефект на опиатите се модифицира с употребата на кокаин или когато стимулиращият ефект на кокаина или на амфетамините се успокоява с употреба на опиати или на други депресанти.

Повишени рискове чрез употребата на няколко вида наркотици

Усилващият ефект на един наркотик върху друг понякога е значителен и тук законните наркотици и медикаменти — като алкохол, никотин и антидепресанти, трябва да се разглеждат заедно с контролираните психоактивни вещества. Равнището на риска зависи от дозировката на двете вещества. Съществуват опасения по отношение на редица фармакологични комбинации — алкохолът в съчетание с кокаин повишава сърдечносъдовата токсичност; алкохолът или депресантите, вземани в съчетание с опиати, водят до повишен риск от свръхдоза; опиатите или кокаина, вземани заедно с екстази или с амфетамини, също водят до допълнителна тежка токсичност.

Ограничения в наличните данни за употребата на няколко вида наркотици

Липсата на данни ограничава отчитането по много аспекти от употребата на няколко вида наркотици. Данните се снемат от токсикологичните протоколи за свръхдоза от наркотици и от самостоятелно съобщаваните данни от лицата, които посещават терапевтичните служби. Въпреки че тези източници дават известна задълбочена представа за употребата на няколко вида наркотици, наличната информация често е ограничена и е необходимо да се има предвид представителността на данните.

Резултатите от проучванията действително сочат значително равнище на употребата от някои лица на повече от два вида наркотици в един и същ период от време. Но данните от проучванията често не отчитат правилно някои форми на употреба на наркотици и дори когато има налични данни, е необходимо да се свърши известно количество работа, за да се изготвят съпоставими стандарти за отчитането. Един пример за наличните данни от проучвания сред населението за размерите на употребата на няколко вида наркотици може да се види в един наскоро изготвен технически

доклад на ЕЦМНН (EMCDDA, 2005b). Ако вземем примерните данни от Испания, Фигура 15 показва, че употребата на един наркотик води до повишена склонност, спрямо тази сред общото население, за използване на друг, и че това е различно за различните видове наркотици. Например сред употребяващите хероин относително често се среща и употреба на кокаин, но за употребяващите кокаин вземането на други наркотици не е толкова характерно.

Разработване на оперативна дефиниция на употребата на няколко вида наркотици — въпрос на синхронизация във времето

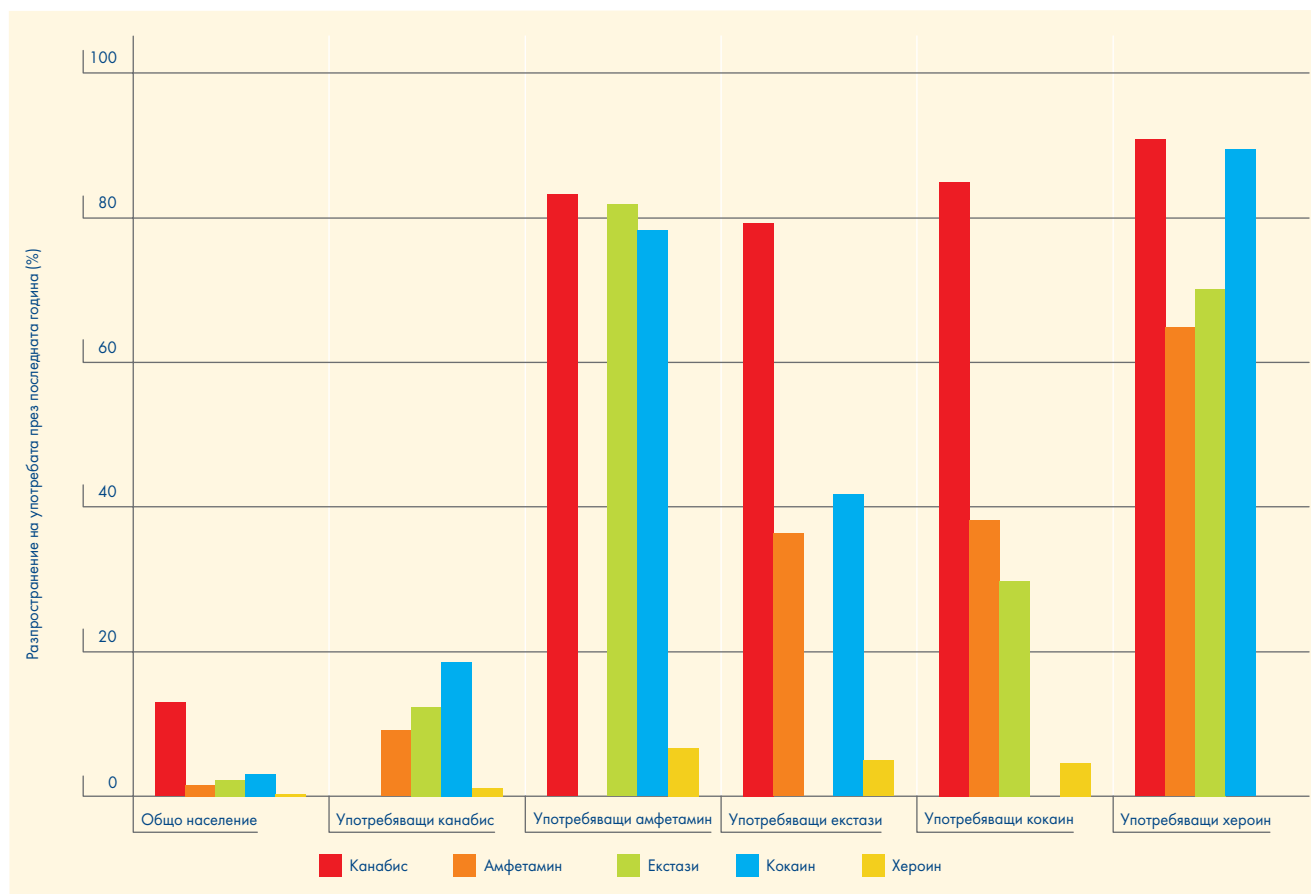
Необходимо е да се има предвид какви периоди от време се подбират за оценката и за отчитането на употребата на няколко вида наркотици. Стойностите за разпространение на употребата някога през живота като цяло едва ли ще са много полезни или приложими за обществените здравни теми, за разлика от измерителите за употребата напоследък.

Употребата на няколко вида наркотици може успешно да бъде оперативно дефинирана като честа употреба на повече от едно вещество в продължение на един минимален определен период от време, например 1 месец. Това определение не прави разграничение между различните видове употреба, разгледани по-горе, но дава цялостна представа за това, което може да се окаже високо рискова група. По изключение употребата някога през живота не се пренебрегва при охарактеризиране на поведението, свързано с употребата на няколко вида наркотици, когато се работи с много млади хора — ученици или студенти, в който случай многократната употреба някога през живота може по-точно да отразява текущата употреба. Сведенията от проучванията ESPAD, например, сочат, че по-отклоняващите се/със слабо разпространение модели на употребата на наркотици сред ученици (на екстази, амфетамин, халюциногени, кокаин, хероин) се наблюдават сгрупани на едно място сред само малко на брой лица.

Подобряване на наблюденията над проблема с наркотиците в Европа и изостряне на чувствителността към употребата на няколко вида наркотици

По-доброто познаване на характера и мащабите на проблема с наркотиците в Европа е една от ключовите задачи на ЕЦМНН. Все пак употребата на наркотици е сложна тема, обхващаща редица видове поведение, които в различна степен са свързани с няколко важни обществени здравни и социални проблеми. Употребяващите наркотици могат да преживяват или да са застрашени от проблеми. Моделите на употреба на наркотиците варират от експериментална, епизодична и инцидентна употреба до редовна, интензивна и безконтролна употреба. Употребяващите наркотици могат да бъдат класифицирани по клиничните дефиниции като проблемно употребяващи или зависими, а от гледна точка на научните изследвания тези две категории могат да бъдат доразвити до континууми. В допълнение към тази комплексност, употребяващите наркотици често вземат

Фигура 15: Употреба на наркотици през последната година сред различни групи употребяващи от общото население на възраст между 15 и 34 години



Забележка: Данни за Испания от 1999 г. За повече информация вж. Фигура GPS-34 в статистическия бюлетин 2006.
Източник: EMCDDA (2005b).

по няколко вещества и след време променят моделите си на употреба. Нито един инструмент за отчитане не може адекватно да обхване тази комплексност. На практика мулти-индикаторният подход, възприет от ЕЦМНН, е предназначен да освети тези различни аспекти на явленията наркотици.

Като се фокусира върху конкретен набор от поведение, индикаторът за проблемната употреба на наркотици дава ценна картина за някои от най-пагубните и скъпо струващи форми на употреба на наркотици. Като такъв той е важен компонент за разбирането на проблема с наркотиците в Европа като цяло. Все пак днес съществува очевидна нужда цялостните оценки от индикатора за проблемната употреба на наркотици да бъдат допълнени със специфична за всяко вещество оценка на компонентите, за да бъде адресиран все по-разнородният проблем с наркотиците в Европа.

Предвид факта, че много от наличните източници на данни се базират на поведенчески доклади за употребата на наркотици, на тази база е необходимо да се развие концепцията за честата или интензивна

употреба. Това ще разшири гледната точка за наблюденията над проблема с наркотиците извън обхвата на отчитаните понастоящем чрез индикатора за проблемната употреба на наркотици. Определянето на мястото на информацията за индикатора за проблемната употреба на наркотици, по продължение на този по-широк набор от информация, ще представлява също така крачка напред в усилията на ЕЦМНН да подобри цялостното разбиране едновременно на мащаба и на характера на проблемите с наркотиците в Европа. Успоредно с това е необходимо да продължи работата по разработването на стандарти за отчитане, които позволяват моделите на употреба на няколко вида наркотици да бъдат описани по-добре на европейско равнище. Първите стъпки в тази посока включват разработването на по-съвършена концептуална рамка за разглеждане на различните видове употреба на няколко вида наркотици — включително възприемането на подходящи времеви рамки и идентифициране на подходящи източници на данни.





Библиография

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, London.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. и Niesink, R.J.M. (2005), 'Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?', *Addiction biology* 10(4), pp. 321–3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. и Anthony, J.C. (2005), 'Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001', *Drug and alcohol dependence* 79, pp. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2002b), 'Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs', Project CT.00.EP.13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Норвегия*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004d), 'Overdose: a major cause of avoidable death among young people', *Drugs in Focus* No. 13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005a), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005b), 'Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use', final report, project CT.03.P1.200, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005c), 'Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU', final report, project CT.04.P2.329, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.
- Europol (2006), 'Drugs 2006' (communication to the EMCDDA of 16 January 2006, file no. 158448), Europol, The Hague.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention', *International journal of drug policy* 16S, pp. S67–75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. et al. (2005), 'Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users', *World psychiatry*, October.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. et al. (2003), 'Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients', *Archives of general psychiatry* 60, pp. 1043–52.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations International Narcotics Control Board, New York.
- Kandel, D. и Davis, M. (1992), 'Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use', in: Glantz, M. and Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* pp. 211–53. American Psychological Association. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. и Spoth, R. (1996), 'The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations', in: Peters, R. and McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency*:

prevention and early intervention approaches, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. и Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly* 29, Office for National Statistics, London.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), 'Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population', *Archives of general psychiatry* 63, pp. 219–28.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), 'Cocaine use in Europe — a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European addiction research* 10, pp. 147–55.

Национални доклади от мрежата Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Рое, Е. и Becker, J. (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), pp. 85–99.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. et al. (2004), 'A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction', *Drug and alcohol dependence* 74, pp. 1–13.

Schäfer, C. и Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.

Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. et al. (2005), 'Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence', *American journal of psychiatry* 162, pp. 340–9.

Shearer, J. и Gowing, L.R. (2004), 'Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research', *Drug and alcohol review* 23, pp. 203–11.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru — June 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC и Government of Morocco (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

Van den Brink, W. (2005), 'Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment', *Sucht* 51(4), pp. 196–8.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. и Watts, C. (2006), 'Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (in press).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2002), 'What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults', *Drug and alcohol dependence* 68(1), pp. 49–64.

WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, World Customs Organization, Brussels.

WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, World Health Organization, Geneva.

WHO/UNODC/UNAIDS (2004), 'Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention', position paper, World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите

Годишен доклад 2006: Състояние на проблема с наркотиците в Европа

Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности

2006 — 96 pp. — 21 x 29.7 cm

ISBN 92-9168-253-5

ПРОДАЖБА И АБОНАМЕНТ

Публикациите за продажба, издадени от Службата за официални публикации на Европейските общности, могат да бъдат получени от дистрибуторите ни по целия свят.

Списъкът с дистрибуторите на Службата за публикации може да бъде намерен в

Интернет на адрес: (<http://publications.europa.eu>) или поискан по факс (352) 29 29-42758.

Свържете се с избрания от Вас дистрибутор и направете своята заявка.

3а ЕЦМНН

Европейският център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (ЕЦМНН) е една от децентрализираните агенции на Европейския съюз. Основан през 1993 г. и базиран в Лисабон, Центърът е източник на всестранна информация за наркотиците и наркотичната зависимост в Европа.

ЕЦМНН събира, анализира и разпространява обективна, надеждна и сравнителна информация във връзка с наркотиците и наркотичната зависимост. Чрез тази си дейност Центърът запознава аудиторията си с подкрепената с факти картина на феномена „наркотици“ на европейско равнище.

Публикациите на ЕЦМНН са основен източник на информация за широк кръг лица, включително за лицата, отговорни за вземането на решения и съветниците им, професионалистите и изследователите, работещи в областта на наркотиците, и в по-широк план — медиите и обществеността.

Годишният доклад представя обзора на ЕЦМНН за феномена наркотици в ЕС и представлява важен източник на информация и библиография за търсещите последни изводи във връзка с наркотиците в Европа.