



Европейски център за мониторинг  
на наркотиците и наркоманиите

ISSN 1725-6712

# Годен доклад 2008 г.

Състоянието на проблема с наркотиците в Европа





Европейски център за мониторинг  
на наркотиците и наркоманиите

# Годен доклад 2008

Състоянието на проблема с наркотиците в Европа

## Правни бележки

Настоящата публикация на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (ЕЦМНН) 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 чрез сървъра Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct е услуга, която ви помага да намерите отговор на вашите въпроси за Европейския съюз.

Единен безплатен телефонен номер (\*):  
**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\*) Някои мобилни оператори не предоставят достъп до телефони, започващи с 00 800, или таксуват тези обаждания.

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

В края на изданието ще намерите неговите каталожни данни.

Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности, 2008 г.

ISBN 978-92-9168-319-2

© Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите, 2008 г.

Възпроизвеждането е разрешено при посочване на източника.

*Printed in Luxembourg*

ОТПЕЧАТАНО НА НЕОБРАБОТЕНА С ХЛОР ХАРТИЯ



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: Състоянието на проблема с наркотиците в Европа – нови перспективи и някои стари реалности	11
Глава 1: Политики и закони	
Развитие в областта на международните и европейските политики • Национални стратегии • Обществени разходи • Национално законодателство • Престъпления • Национални научни изследвания	19
Глава 2: Ответни действия по отношение на проблемите с наркотиците в Европа – обзор	
Превенция • Лечения • Намаляване на вредите • Социална реинтеграция • Здравеопазване и социални грижи в местата за лишаване от свобода	31
Глава 3: Канабис	
Предлагане и достъпност • Разпространение и модели на употреба • Лечение	41
Глава 4: Амфетамини, екстази и LSD	
Предлагане и достъпност • Разпространение и модели на употреба • Места за развлечение • Предоставяне на лечение	54
Глава 5: Кокаин и крек	
Предлагане и достъпност • Разпространение и модели на употреба • Лечение и намаляване на вредите	67
Глава 6: Употреба на опиати и инжектиране на наркотици	
Предлагане и достъпност на хероин • Приблизителни оценки за разпространението на проблемната употреба на опиати • Употреба на наркотици чрез инжектиране • Лечение на проблемната употреба на опиати	79
Глава 7: Инфекциозни заболявания и смъртност, свързани с употребата на наркотици	
Инфекциозни заболявания • Превенция на инфекциозните заболявания • Смъртност и смъртни случаи • Намаляване на смъртните случаи	90
Глава 8: Нови наркотици и тенденции	
Действия на ЕС по отношение на новите психоактивни вещества • Интернет магазини • GHB и GBL	104
Библиография	109



## Предговор

Имаме удоволствието да представим настоящия тринадесети годишен доклад на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите. Изготвянето на този доклад стана възможно благодарение на усилената работа и отдаденост на нашите партньори от националните фокусни центрове от мрежата Reifox и на експертите от цяла Европа, които дадоха своя принос за настоящия анализ. Също така сме задължени на агенциите на ЕС и международните организации, които работят в областта на наркотиците. Нашият доклад е плод на колективни усилия и ние изказваме благодарност на всички, които допринесоха за неговото изготвяне. Мотивите, залегнали в основата на тази работа, са, че един безпристрастен анализ на това, което ни е известно за ситуацията с наркотиците, е предпоставка за един основан на информация, резултатен и конструктивен дебат. По този начин ще се гарантира, че изказаните в него становища ще бъдат подкрепени с факти и че лицата, отговорни за вземане на трудни политически решения, ще получат ясна представа за разходите и ползите от наличните варианти за избор.

Настоящата година беше изключително деен период за политиката в областта на наркотиците и ЕЦМНН имаше честта да подкрепи както окончателната оценка на настоящия план на ЕС за действие в областта на наркотиците, така и прегледа, направен на специалната сесия на Общото събрание на ООН от 1998 г. относно проблема с наркотиците. Можем със задоволство да отбележим, че съгласно международните стандарти Европа изпъква като един от районите на света, в които ресурсите за мониторинг са най-добре развити. Независимо от това, ние съзнаваме ограниченията на сегашните ни информационни ресурси и продължаваме непрестанно да работим с нашите партньори за подобряване на качеството и съпоставимостта на наличните данни.

Една открояваща се тема в политическия дебат относно наркотиците са както скритите, така и по-видимите разходи, свързани с проблема за наркотиците в Европа. Този въпрос е разгледан в различни части на настоящия доклад. ЕЦМНН е работил с цел да се постигне разбирателство относно обществените разходи, свързани с решаването на проблема с употребата на наркотици в държавите-членки на ЕС. Тази работа е в своя начален стадий и произтичащите от нея резултати имат по-скоро индикативен характер, отколкото да претендират за точност. Независимо от това, те показват значителни изразходвани суми, по предварителни данни между 28 и 40 милиарда евро. На икономически език е по-трудно е да се изразят вредите, причинени от употребата на наркотици. Какви разходи да отчетем, когато наблюдаваме трагичната загуба на човешки животи в Европа, причинена от употребата на наркотици, отрицателното им влияние върху обществата, в които се произвеждат или продават, или в начина, по който трафикът на наркотици подкопава социалното развитие и политическата стабилност на страните, в които

са произведени или през които се пренасят? Достатъчно е само да се замислим за обезпокоителните тенденции от трафика на кокаин през Западна Африка, за да си припомним за косвените вреди, които може да причини този проблем.

В оптимистичен план употребата на наркотици в Европа изглежда се стабилизира и можем да отбележим напредък в начина, по който държавите-членки на ЕС се отнасят към проблема. Нашата цялостна оценка за повечето форми на употреба на наркотици е, че не се наблюдава увеличение, а в някои райони тенденциите изглеждат низходящи. По отношение на начините на реагиране сме свидетели, че на практика всички държави-членки са възприели стратегически подход и забелязваме по-голяма съгласуваност на дейностите на европейско равнище. Възможностите за лечение продължават да нарастват и в някои страни те са достигнали етап, на който мнозинството от употребяващите хероин, някога считани за скрити групи от населението, сега имат достъп до различни видове услуги. Прединемного години заразяването с ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици беше основен повод за безпокойство в политическия дебат относно наркотиците. Оттогава насам една прагматична комбинация от мерки за превенция, лечение и намаляване на риска от щети се е превърнала в правило за Европа и процентните стойности за нови заразявания, приписвани на употребата на наркотици, бележат спад и продължават да намаляват.

Добрите новини не създават сензации и могат да бъдат премълчани. Въпреки това е важно да се признае напредъкът в сферите, в които е постигнат напредък. В Европа се наблюдава нарастващо разбиране за това какви мерки биха били ефективни за справяне с проблема с наркотиците. Едно признание, че нашата дейност може да постига резултати и го прави, е предпоставка за обезпечаване на инвестиционна и политическа подкрепа. Това не означава, че нашият доклад не посочва много области, които дават основание за безпокойство на Европейския съюз. Примерите включват непрекъснатото увеличаване на употребата на кокаин и значителните различия, които все още съществуват между страните с достъпни и качествени услуги в сравнение с тези с проблеми в това отношение. Поради това се налага да заключим, че макар да сме постигнали напредък, все още сме в началото на пътя. Въпреки това в днешна Европа повече от всякога наблюдаваме едно по-категорично съгласие относно посоката, която трябва да следваме.

### **Марсел Райман (Marcel Reimen)**

Председател на управителния съвет на ЕЦМНН (EMCDDA)

### **Волфганг Гьоз (Wolfgang Götz)**

Директор, ЕЦМНН (EMCDDA)





## Благодарности

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

- ръководителите на националните фокусни центрове Reitox и техните служители;
- службите във 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-специално неговата хоризонтална работна група „Наркотици“) и Европейската комисия;
- Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC), Европейската агенция по лекарствата (EMA) и Европол;
- групата „Помпиду“ на Съвета на Европа, Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC), Регионалното представителство на Световната здравна организация (СЗО) за Европа, Интерпол, Световната митническа организация, проекта ESPAD и Шведския съвет за информация по въпросите на алкохола и другите наркотици (CAN), и Европейския център за епидемиологично наблюдение на СПИН (EuroHIV);
- Центъра за преводи за органите на Европейския съюз и Службата за официални публикации на Европейските общности.

### Национални фокусни центрове от мрежата Reitox

Reitox е европейската информационна мрежа за наркотици и наркомании. Мрежата е съставена от националните фокусни центрове в държавите-членки на ЕС, Норвегия, страните кандидатки и 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:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



## Уводни бележки

Настоящият годишен доклад се основава на информация, предоставена на ЕЦМНН от държавите-членки на ЕС, страните кандидатки и Норвегия (които участват в работата на ЕЦМНН от 2001 г.), под формата на национални доклади. Посочените тук статистически данни се отнасят за 2006 година (или последната година, за която има данни). Графиките и таблиците в настоящия доклад понякога включват само някои държави на ЕС: изборът се основава на наличната за съответния период информация от тези държави.

Цените на дребно на наркотиците, които се съобщават на ЕЦМНН, отразяват цената за този, който ги употребява. Сведенията за чистотата или силата на действие от повечето държави са основани на извадка от всичките конфискувани наркотици и обикновено не е възможно съобщаваните данни да се съпоставят със специфично равнище на пазара на наркотици. По отношение на чистотата или силата на действие и цените на дребно всички анализи са основани на типични (модални) стойности или, ако липсват такива, на средни (или осреднени) стойности.

Сведенията за разпространението на употребата на наркотици, основани на проучвания сред общото население, най-често се отнасят за населението на възраст от 15 до 64 години. Държавите, използващи различни горни или долни възрастови граници, включват: България (18–60 години), Чешката република (18 години), Дания (16 години), Германия (18 години), Унгария (18–59 години), Малта (18 години), Швеция (16 години) и Обединеното кралство (16–59 години).

В сведенията относно търсенето на лечение изразът „нови пациенти“ се отнася за тези, които са постъпили на лечение за първи път в своя живот, а изразът „всички пациенти“ се отнася за всички, които постъпват на лечение. Пациентите на продължаващо лечение към началото на въпросната година не са включени в данните. Когато е посочен делът на случаите на потърсено лечение за даден основен наркотик, знаменателят представлява броят случаи, при които основният наркотик е известен.

Анализът на тенденциите се основава само на онези държави, предоставили достатъчно подробни данни за описване на промените през разглеждания времеви период. Стойностите за 2005 г. могат да заместят липсващи стойности за 2006 г. в анализа на тенденциите при данните за пазара на наркотиците; за анализа на други тенденции за липсващите данни може да се извърши интерполация. Тенденциите в цените са коригирани спрямо националното равнище на инфлацията.

Понятието „сведения“ за нарушенията на законодателството в областта на наркотиците може да описва различни концепции в различните държави.

Допълнителна информация за данните и аналитичните методи е налична в статистическия бюлетин за 2008 г.

Годишният доклад на 23 езика може да се изтегли от интернет на адрес: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

Статистическият бюлетин за 2008 г. (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) съдържа пълния набор от изходни таблици, върху които се основава статистическият анализ в годишния доклад. Бюлетинът също предоставя допълнителна информация относно използваната методология и около 100 допълнителни статистически графики.

Прегледите на държавите (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) предоставят обзор на ключовите аспекти от ситуацията с наркотиците във всяка държава.

Националните доклади на фокусните центрове от мрежата Reitox предоставят подробно описание и анализ на проблема с наркотиците във всяка държава и могат да се намерят на уебсайта на ЕЦМНН (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



## Коментар

# Състоянието на проблема с наркотиците в Европа — нови перспективи и някои стари реалности

### Силен глас от Европа през една важна година за размисъл и формиране на политики

В Европа през 2008 година станахме свидетели на оценката на плана за действие в областта на наркотиците за периода 2005–2008 г., както и на работата по подготовката на нов план, който да продължи прилагането на стратегията на ЕС в областта на наркотиците през нейния втори период (2009–2012). В същото време 13 държави-членки преработват или преразглеждат своите национални стратегии или планове за действие в областта на наркотиците. В международен план настоящата година бележи 10-годишния момент за преразглеждане на декларациите и плановете за действие, приети на 20-тата специална сесия на Общото събрание на ООН (Ungass). Това прави 2008 година безпрецедентна по отношение на размисъл в европейски и световен мащаб относно това каква роля са изиграли политиките в областта на наркотиците до днес и какви насоки трябва да бъдат следвани за в бъдеще.

Наблюдава се нарастващ европейски консенсус относно начина на приемане на национални стратегии в областта на наркотиците от страна на държавите-членки и по отношение на техния принос в международния дебат относно наркотиците. Всички държави-членки на ЕС с изключение на една сега разполагат с документи за национална политика в областта на наркотиците, а около половината от тях понастоящем структурират документите за национална политика съгласно насоки, подобни на изложените в плана за действие на ЕС — признак за нарастващо сближаване на политиките в Европа относно начините за подхождане към проблема с наркотиците. Държавите-членки на ЕС, подкрепени от Комисията, представиха още по-единна позиция на ЕС при текущите дискусии, които съпровождаха прегледа на Ungass. При европейското участие в дебатите беше поставен акцент върху необходимостта от широкообхватни, балансирани и основани на сведения политики и действия, както и върху значимостта на подобрения мониторинг на проблема с наркотиците в световен мащаб в периода, следващ Ungass.

### Употреба на наркотици и прилагане на наказателни санкции: разнородна картина

През последните години ЕЦМНН отчете тенденция сред европейските държави да правят по-рязко разграничение в законодателствата си относно наркотиците между тези, които се занимават с трафик или продажба на наркотици, и тези, които ги употребяват. Това разграничение е отразено в намаляването на санкциите за употреба на наркотици в някои държави, при все че други отхвърлят направените постъпки за намаляване на санкциите и дори ги увеличават. На практика често е трудно да се направи разграничение между доставчик и употребяващ и държавите-членки имат значителни различия в начина на определяне на границата между тези две категории.

Идеята, че понастоящем европейските държави прилагат в по-малка степен наказателни санкции за употреба на наркотици, не се подкрепя от наличните сведения. През последните пет години броят на отчетените нарушения на законодателството в областта на наркотиците бележи ръст в Европа. Повечето от отчетените нарушения на законодателството в областта на наркотиците са свързани с употреба и притежание на наркотици за лична употреба, а не за продажба, и докато нарушенията, свързани с предлагане, са нараснали с 12 %, то тези, свързани с притежание, са нараснали с повече от 50 %. Канабисът продължава да бъде наркотикът, най-често свързан с нарушения на законодателството в областта на наркотиците.

Причините за увеличението на броя на нарушенията на законодателството в областта на наркотиците, свързани с употребата на наркотици, са неясни и могат да бъдат отдадени дори на възможността в определени държави издаването на присъда за притежание да е било административно улеснено. При все това, поддържаното от някои становище, че за употребяващите наркотици, и по-специално за употребяващите канабис, вероятността за повдигане на обвинения за нарушения на законодателството в областта на наркотиците е намаляла през последните

години, не се подкрепя от данните. Още повече, че степента на изменение на приложимите санкции за притежание на наркотици не е ясна и ЕЦМНН ще проучи този въпрос в отделно издание следващата година.

### **Ново проучване разглежда отношението на младите хора към употребата на наркотици**

Неотдавнашно проучване на „Евробарометър“ анализира отношението и начина, по който младите хора възприемат наркотиците, и установява значителен консенсус между държавите. Като цяло рисковете, свързани с употребата на наркотици като хероин, кокаин и екстази, се определят като високи от между 81 % и 96 % от участниците в проучването. Преобладаващата част от запитаните (95 %) смятат, че тези наркотици следва да продължат да бъдат обект на контрол в Европа. Възгледите относно канабиса обаче са разделени в по-голяма степен, като 40 % вярват, че наркотикът причинява висок риск, докато почти същият брой (43 %) считат, че употребата на канабис представлява „среден риск за здравето“, подобен в голяма степен на рисковете, свързани с тютюнопушенето. Възприемането на рисковете за здравето, свързани с употребата на канабис, са отразени в по-ниското равнище на подкрепа за продължаващата забрана върху канабиса (67 %) и гледната точка, поддържана от значително малцинство (31 %), че канабисът следва да бъде регулиран подобно на алкохола и тютюневите изделия.

### **Превенция на употребата на наркотици: доказателствената база расте, но практиката се променя бавно**

Независимо от почти всеотрасовата подкрепа за превенцията на употребата на наркотици официалните оценки в тази сфера представляват методологично предизвикателство и в исторически план наличните данни за демонстриране на ефективността на намесата в тази сфера са ограничени. Тази ситуация се променя с продължаващото обогатяване на научната база за превенция на наркотиците и с провеждането на по-детайлизирани проучвания. Въпреки че все още често заключения трябва да се правят въз основа на резултати от проучвания на Съединените щати, чиято относимост към европейския контекст може да се подлага на съмнение, вече е налице нарастващ обем от европейски трудове. Наличната понастоящем информация позволява да се разбере по-добре какъв вид дейности е вероятно да се окажат ефективни и как да се подхожда към тези,

които са изложени на най-голям риск. Независимо от това новите данни подсказват, че в много страни преобладаващите подходи са все още тези, на които липсва солидна доказателствена база и които в някои случаи включват дейности с възможен обратен ефект. Предизвикателство за политиците може да се окаже това, че програмите, за които е известно, че дават резултати, често изискват както по-голяма инвестиция на ресурси, така и по-голямо внимание към обучението и контрола на качеството.

За да подпомогне трансфера на знания и добри практики в областта на наркотиците, през 2008 г. ЕЦМНН откри интернет портал за добри практики. Порталът, който включва модул за превенция, осигурява общ преглед на най-новите данни за ефикасност и ефективност на програмите, както и инструменти и стандарти, насочени към подобряване на качеството на мерките за намеса. Представени са също и примери на оценени практики от цяла Европа.

### **Лечение за употреба на наркотици: по-голям акцент върху резултатите и нуждите на пациентите**

Броят на употребяващите наркотици, които постъпват за лечение на своята зависимост, значително нарасна през последните години и в много страни сега голям дял от проблемно употребяващите опияти са на дългосрочна субституираща терапия. Тази тенденция доведе до разширяване на наличните фармацевтичните варианти за лечение и като резултат акцентът се постави върху качеството и ефекта от лечението в противовес на приемането за лечение като първостепенна политическа грижа. По-специално дебатът премина към обсъждания относно това кои са реалистичните дългосрочни цели за субституиращата терапия и до каква степен пациентите могат да бъдат социално реинтегрирани и да се върнат към нормален начин на живот. Започването на работа е един от ключовите елементи за постигане на реинтеграция в обществото и той е доказал своето значение при съставянето на прогнози. Повторното включване на пазара на труда обаче често е трудно осъществимо с оглед на ограничените умения и ниския образователен статус, характерни за много от попадащите сред застаряващото като цяло население от хронично употребяващи наркотици лица на дългосрочно лечение в Европа. Постигането на съгласие относно това кои са показателите за успех при лицата с дългосрочни проблеми, свързани с наркотиците, и относно това до каква степен членовете на това население могат да бъдат успешно реинтегрирани обратно в обществото

са въпроси с нарастващо значение за европейските лечебни заведения за употреба на наркотици.

Въпреки че в Европа продължава да се наблюдава нарастване на предлагането на лечение, все още съществуват значителни разлики между държавите по отношение на достъпността на грижите или на степента, в която лечебните заведения се занимават с различните типове проблеми, свързани с наркотиците. Още повече че на широкото признаване на значението на осигуряването на възможности за лечение на употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода трябва да кореспондират съответни инвестиции в услуги в тази сфера, които в повечето държави продължават да са слабо развити. Важно предизвикателство пред лечебните заведения за употреба на наркотици в Европа е потребността от разработване на модели за грижи, съобразени с нуждите на по-хетерогенно население от употребяващи наркотици. На фона на общия контекст, където според данните не се откроява един най-добър подход, някои европейски държави разработват интересни нови методи за лечение на употребяващите канабис или кокаин. Сложните проблеми, причинени от различните модели на употреба на комбинация от опиати, включително алкохол, представляват предизвикателство пред разработването на терапевтични услуги. Следователно европейските лечебни заведения за употреба на наркотици вероятно ще трябва в бъдеще да изготвят все по-диференциран набор от ответни мерки, за да отговорят на все по-специфичните потребности на своите пациенти.

### По-силни сигнали за вероятен спад в популярността на употребата на канабис

Последните данни от училищни проучвания и проучвания на възрастното население подсказват, че употребата на канабис като цяло се стабилизира, а в някои страни спада. Все още се открояват национални тенденции и между държавите съществуват подчертани различия. Това се илюстрира от средносрочните тенденции, в които се наблюдава растеж, често отчитан от страни с по-тясно разпространение на употреба, стабилна ситуация в много други страни и спад, отбелязан в някои страни с по-широко разпространение на употреба.

Спадът в употребата е най-ясно изразен сред по-младите възрастови групи. Новите данни от училищните проучвания според последното изследване HBSC (Здравното поведение сред деца в училищна възраст) разкриват тенденции на стабилност

### Накратко — приблизителни оценки за употребата на наркотици в Европа

Представените тук оценки се отнасят за възрастното население (на възраст 15–64 години) и се основават на най-новите налични данни. За пълния комплект данни и информация относно използваната методология се запознайте с придружаващия статистически бюлетин.

#### Канабис

Разпространение на употребата някога през живота: най-малко 71 млн. (22% от възрастните европейци)  
Употреба през последната година: около 23 млн. възрастни европейци или една трета от употребилите го някога през живота

Употреба през последния месец: над 12 млн.

Различия между страните при употребата през последната година: общ обхват от 0,8% до 11,2%

#### Кокаин

Разпространение на употребата някога през живота: най-малко 12 млн. (3,6% от възрастните европейци)  
Употреба през последната година: 4 млн. възрастни европейци или една трета от употребилите го някога през живота

Употреба през последния месец: около 2 млн.

Различия между страните при употребата през последната година: общ обхват от 0,1% до 3,0%

#### Екстази

Разпространение на употребата някога през живота: около 9,5 млн. (2,8% от възрастните европейци)  
Употреба през последната година: над 2,6 млн. или една трета от употребилите го някога през живота  
Употреба през последния месец: над 1 млн.

Различия между страните при употребата през последната година: общ обхват от 0,2% до 3,5%

#### Амфетамини

Разпространение на употребата някога през живота: почти 11 млн. (3,3% от възрастните европейци)

Употреба през последната година: около 2 млн. или една пета от употребилите го някога през живота

Употреба през последния месец: под 1 млн.

Различия между страните при употребата през последната година: общ обхват от 0,0% до 1,3%

#### Опиати

Проблемна употреба на опиати: между един и шест случая на 1000 души от възрастното население

За периода 2005–2006 година смъртните случаи от наркотици са причина за 3,5% от всички смъртни случаи на европейци на възраст 15–39 години, като при около 70% от тях са открити опиати

Основен проблемен наркотик в около 50% от всички случаи на потърсено лечение за наркотици

Над 600 000 употребяващи опиати са били лекувани със субституираща терапия през 2006 година

или на спад в употребата на наркотици сред 15-годишните ученици в повечето страни през периода 2001–2006 г., а предварителните доклади показват, че тази картина може да се потвърди от последния кръг на ESPAD (Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици), който се очаква да бъде публикуван в края на 2008 г. В Обединеното кралство, държава, която по традиция заемаше предни позиции по отношение на широкото разпространение на употребата на канабис, сега е налице стабилна низходяща тенденция, която е най-ясно изразена във възрастовата група между 16 и 24 години. Причините, поради които популярността на употребата на канабис може да спада сред младите хора, не са добре документирани, въпреки че те може да са свързани с възможни промени във възприемането на рисковете, свързани с употребата на този наркотик. Някои коментатори изразиха предположение, че намаляването на популярността на употребата на канабис може да е свързано с изменящите се нагласи спрямо тютюнопушенето. В Европа канабисът често се пуши в съчетание с тютюн и програмите за превенция на наркотиците все повече са насочени едновременно към последиците върху здравето от употребата както на незаконни, така и на законни вещества.

Въпреки последните тенденции равнищата на употреба на канабис в Европа остават високи спрямо историческите стандарти и в много страни има значителен брой редовно и интензивно употребяващи го, предимно млади мъже. Тенденциите в броя на редовно и интензивно употребяващите канабис могат да се движат независимо от разпространението на употребата на наркотика сред общото население и е необходимо по-голямо фокусиране върху тези модели на употреба и на свързаните с тях проблеми.

#### **Производство на канабис в домашни условия: голямото неизвестно**

Канабисовата смола традиционно е доминиращ продукт в редица държави-членки на ЕС, а Западна Европа като цяло остава първостепенен световен потребител на тази форма на наркотика. Независимо от това производството в домашни условия на сушен канабис в Европа се увеличава, оставайки в голяма степен незабелязано. Повечето държави сега докладват за местно производство, което може да варира от няколко растения, отглеждани за лична консумация, до големи плантации, отглеждани с търговска цел.

Мащабът на производство и относителният пазарен дял на сушения канабис, отглеждан в домашни

условия, остават неизвестни, и в отговор на това ЕЦМНН провежда проучване, което да представи „карта“ на пазара на канабис в Европа. Също така дебатът относно последиците от развиващия се пазар на канабис се активизира. Изразява се загриженост включително за вредното влияние на обектите за отглеждане на канабис върху местните общности, изразено в повишено равнище на престъпност, както и за това, че произвежданият в домашни условия канабис по принцип е със силно действие. Местното производство също така поставя предизвикателства пред правоприлагащите органи, тъй като местата за производство са разположени в близост до употребяващите го, лесно се укриват и не се налага транспортиране на наркотиците през националните граници.

#### **Употребата на кокаин продължава да расте на сегментирания европейски пазар за стимуланти**

Стимулантите играят важна роля не само при моделите за употреба на наркотици, разпространени сред хронично употребяващото ги и маргинализирано население от проблемно употребяващите наркотици в Европа, а също и сред по-добре социално интегрираните групи млади хора, които използват наркотици по-често за развлечения. Все пак има различия в моделите на употреба на стимуланти в Европа: кокаинът понастоящем е най-често използваният стимулант в много страни в Южна и Западна Европа и употребата му продължава да нараства. В противовес на това показателите за употреба на амфетамини и екстази представят картина на стабилизиране или на спад. Въпреки това амфетамините остават най-употребяваните стимуланти в повечето страни от Централна, Северна и Източна Европа, където в някои случаи те представляват важна част от проблема с наркотиците. Употребата на метамфетамин все още се среща рядко извън Чешката република и Словакия, макар че спорадично се докладва за достъпност или употреба на наркотика в други държави.

Тъй като съществуват общи характеристики както в условията, при които се употребяват различни стимуланти, така и в мотивацията, която обяснява употребата им, до известна степен тези вещества могат да бъдат разглеждани като конкурентни продукти на европейския пазар на наркотици. Това би подсказало извода, че освен да се насочат към отделните вещества, мерките за намеса трябва да разглеждат стимулантите по-скоро като група, а не като отделни проблеми. Този ракурс е важен, тъй като мерките за въздействие върху достъпността на някое от тези



вещества могат да бъдат подронени, ако резултатът от тях е просто преминаване на употребяващите към алтернативни продукти.

### **Развитието на производството на синтетични наркотици в Европа увеличава загрижеността относно щетите за околната среда**

Европейските държави остават основни производители на амфетамини и MDMA, въпреки че относителната важност на Европа може да е намалала в резултат на ръста на производството на други места. По правило всяка година биват разкрити между 70 и 90 обекта за производство, съсредоточени предимно в малък брой държави от Западна и Източна Европа. Данните от правоприлагащите органи сочат, че производството на синтетични наркотици, включително метамфетамин, вероятно се усложнява, с цикли на производство с нарастващи мащаби и използване на по-големи реакторни съдове, индустриално оборудване и оборудване по поръчка и мобилни агрегати.

Увеличаването на продуктивността на типичните производствени цикли може да утежни проблема с изхвърлянето на отпадъци. Обикновено при производството на един килограм амфетамин или MDMA се отделят около 15–20 килограма отпадъчен материал, включително токсични и запалими химикали, които представляват риск за околната среда. Разходите, свързани с екологични щети и прочистване на терени, които са използвани за незаконно изхвърляне на химически отпадъци, продукт на производството на синтетични наркотици, могат да бъдат значителни.

### **Трафик на кокаин през Западна Африка: област на загриженост и действия**

Тъй като употребата на кокаин в Европа продължава да нараства, върху забраната на кокаина се фокусират по-големи усилия. Както количествата конфискуван кокаин, така и броят на конфискациите продължава да нараства, като конфискациите за година сега надхвърлят 120 тона, повече от три четвърти от които са в Испания и Португалия. Усилията за борба с трафика на кокаин към Европа бяха подпомогнати от учредяването в Лисабон на Морски център за анализи и операции – наркотици (MAOC-N), който играе важна роля в координирането на дейностите по забрана и в обмена на сведения между участващите държави-членки.

Кокаинът навлиза в Европа по редица маршрути, но при все това трафикът през страните от Западна

Африка драматично нарасна и понастоящем това е основен маршрут на кокаина, предназначен за европейския пазар. Това положение създава възможност за дестабилизация и подронване на усилията за развитие в регион, който вече е изправен пред множество социални, здравни и политически предизвикателства. По-специално приходите, генерирани от трафика на кокаин, имат значителен потенциал да разклатят системите на наказателното правораздаване и да благоприятстват корупцията. Европейският съюз и неговите държави-членки работят съвместно с държавите от Западна Африка по подготовката на поредица от мерки за справяне с тази нарастваща заплаха.

### **Проблемите, свързани с хероина, не намаляват; заедно с това се отчита повишена употреба на синтетични опиати**

Най-новите приблизителни оценки показват, че потенциалното световно производство на хероин продължава да расте с около 733 тона. Влиянието на този ръст върху достъпността и употребата на наркотика в Европа обаче е трудно да бъде измерено. Наличните данни затрудняват съставянето на заключения в тази сфера. Количеството хероин, конфискуван в Европейския съюз например, слабо е намалало, но за сметка на това значително се е увеличило в Турция.

Не съществуват убедителни свидетелства, които да предполагат епидемично нарастване на проблемите с хероина, сравнимо с това, на което станаха свидетели много части от Европа през 90-те години; като цяло данните сочат стабилизиране, но не и ограничаване на проблема. Самата употреба на хероин в Европа остава сериозен проблем, свързан с общественото здраве, и все още е в основата на значителен дял от общите здравни и социални разходи, свързани с употребата на наркотици. Данните сочат, че около 60 % от случаите с лица на лечение в Европа са причинени от употребата на опиати, най-вече на хероин. Сред тези, които за пръв път се подлагат на лечение, относителният дял на употребяващите опиати – но не и техният реален брой – намалява, но изглежда сега се наблюдава тенденция на запазване на равнището. Освен това въпреки сведенията, че европейското население, употребяващо опиати, постепенно застарява, данните все пак сочат, че равнището на започващите употреба е такова, че не може да гарантира, че обхватът на проблема ще намалее значително в предвидимото бъдеще.

С оглед на ситуацията в Афганистан, може би като несъзнателна реакция, проблемите с опиати, отклонени от законното им приложение, както и с незаконно произведените синтетични опиати, изглеждат все по-обичайни в някои страни. В Латвия, Литва и Естония например съществуват признаци за нарастващ проблем, дължащ се на достъпността на 3-метилфентанил, произведен незаконно извън ЕС. Поради силното му действие (фентанилът е значително по-силен от хероина) използването на този наркотик може да бъде изключително опасно, което се потвърждава с повече от 70 отравяния с фатален край, причинени от фентанил, отчетени в Естония през 2006 г. Други страни отбелязват нарастващ брой на търсещите помощ лица с проблеми, свързани с употребата на опиати, които явно са отклонени от терапевтичното им приложение, което допринася към задълбочаващия се проблем с комбинираната употреба на наркотици, понастоящем характерен за хроничната употреба на наркотици в някои части от Европа.

#### **Употреба на наркотици чрез инжектиране и ХИВ: цялостната картина е положителна, но съществуват важни национални разлики**

При над 40 % от всички употребяващи хероин, подлагащи се на амбулаторно лечение, се отчита употреба чрез инжектиране, което подчертава, че този особено вреден начин за прилагане на наркотика остава тревожен здравен проблем в Европа. Инжекционното прилагане е свързано с редица проблеми, които включват – но не се ограничават до – разпространение на инфекции, предавани по кръвен път, като ХИВ и хепатит С. Промените в съотношението на инжектиращите си наркотици измежду тези, които търсят лечение, сочат, че в много страни основната тенденция не е свързана с инжектирането, въпреки че в данните могат да бъдат наблюдавани изразени регионални и национални разлики. В някои страни, по-специално в Източна Европа, инжектирането на наркотици остава основния начин на приемане на хероин и се докладва от над 80 % от употребяващите хероин, които търсят лечение. Изглежда, че в някои държави-членки все още се наблюдават сравнително високи равнища на започване на употреба, както свидетелстват проучвания сред употребяващите наркотици чрез инжектиране, които показват сравнително висок дял на младежи и нови инжектиращи.

Като цяло процентът на новоразвити ХИВ инфекции в Европа спада, след като локализирана епидемия в някои държави предизвика върхови равнища в

началото на настоящото десетилетие. Ограничаването на инжектирането, заедно с нарастващата достъпност на терапевтичните услуги и услугите за ограничаване на щетите вероятно са довели до подобрене в ситуацията като цяло; а там, където се наблюдава известен ръст на новите инфекции, този ръст е малък. Все още обаче остават важни различия между страните. При все че данните говорят за подобряваща се ситуация в Естония, Латвия и Португалия, тези държави все още отчитат несъразмерно високи равнища на нови инфекции и имат значителен дял във всички нови случаи на ХИВ в Европа, отдавани на употребата на наркотици. Данните от регионалните и местните проучвания също сочат, че предаването на ХИВ инфекции все още е проблем в Испания и Италия, въпреки че липсата на национални данни за регистрираните случаи прави трудно проследяването на тенденциите в тези държави. На други места рисковото поведение продължава и потенциалът за нови епидемии остава, което силно подчертава нуждата от запазване на бдителността: например България отчита 34 нови случая през 2006 г., а на практика не е отчела нови инфекции през периода 2000–2003 г.

#### **Смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици: значителна тежест за общественото здраве**

ЕЦМНН наблюдава отравянията с фатален изход, причинени непосредствено от употребата на наркотици (смъртни случаи, предизвикани от употреба на наркотици). Всяка година в Европа се отчитат средно около 7000–8000 смъртни случая, предизвикани от употреба на наркотици, и тъй като е известно, че отчитането е занижено, тази цифра представлява минимална стойност. Наркотиците, най-често свързани със свръхдоза, са опиатите, по правило хероин, но обикновено са застъпени и други наркотици и алкохол. След понижаване за няколко години в началото на това десетилетие тенденцията при смъртните случаи, предизвикани от употреба на наркотици, запази равнището си. Причините за това са неясни, което показва необходимост от допълнителни изследвания както на факторите, свързани със свръхдозата, така и на ефективността на превантивните мерки. Употребяващите наркотици, напускащи местата за лишаване от свобода, вероятно са особено застрашени, в тази връзка неотдавнашно проучване отчита смъртност, надвишаваща очакванията от осем до десет пъти. Навсякъде превенцията на случаите на свръхдоза остава област, изискваща увеличени инвестиции.

Изследванията също така показват, че смъртността като цяло, когато се вземат предвид също и заболявания, злополуки и насилие, сред употребяващите наркотици е до петдесет пъти по-висока от смъртността сред общото население. Следователно има нужда от инвестиции в добре разработени групови проучвания, за да се осигури по-добро разбиране на причините и на равнището на общата смъртност, свързана с употребата на наркотици, и за да се разгледат характерни рискове като тези, на които са изложени лишените от свобода при тяхното освобождаване и лицата, отпадащи от лечението.

### **Интернет и пазарните иновации поставят предизвикателства пред политиката в областта на наркотиците**

Едно скорошно проучване на ЕЦМНН показва, че повече от 200 естествени, полусинтетични и синтетични психоактивни продукти се продават в онлайн магазини в Европа. Много от веществата се категоризират като „разрешени стимуланти“ или „растителни стимуланти“ и се рекламират като алтернатива на контролираните вещества, въпреки че техният действителен правен статут в Европа може да варира значително. Отчетите показват, че броят на онлайн търговците на тези продукти расте и че те бързо се адаптират спрямо опитите за контрол върху пазара, например като пускат на пазара нови продукти. Нещо повече, онлайн аптеките и онлайн търговците, продаващи психоактивни вещества за привидно законна употреба, също създават потенциални възможности за незаконно предлагане на наркотици. Разглеждани като цяло, интернет продажбите понастоящем поставят съществено предизвикателство както пред международните, така и пред националните контролни механизми и политики в областта на наркотиците. Предвид темповете, с които могат да се появяват и да се разпространяват нови продукти, мониторингът на онлайн дейностите се превръща във важна сфера за развитие.

### **Нарастващо признаване на значението на диалога с гражданското общество**

Проблемите с наркотиците са преплетени с редица други социални и здравни въпроси. Следователно успешните мерки за намеса в тази област налагат привличането на широк алианс от участници и могат да се ползват от подкрепата на общностите, в които се прилагат. Това разбиране е отразено

в нарастващото признаване на факта, че е необходимо по време на политическия дебат да бъде предоставяна информация посредством диалог с гражданското общество. С оглед на тази цел наскоро бяха предприети няколко действия в рамките на европейския диалог относно наркотиците. Сред най-значимите действия е учредяването от Европейската комисия на форум на гражданското общество, който предоставя възможност да се осигури въвеждането на водещия опит при процеса, водещ до изготвяне на нова стратегия на ЕС в областта на наркотиците, и предлага информация относно оценяването на плана на ЕС за действие в областта на наркотиците. Значението на консултациите с представители на неправителствените организации и с местните общности също беше признато в стратегията на ЕС в областта на наркотиците и намери отзвук в доклад, приет от Европейския парламент през март 2008 година, потвърждаващ основополагащата роля на гражданското общество в разработването, прилагането, оценката и мониторинга на политиките в областта на наркотиците.

### **Европейски научни изследвания в областта на наркотиците и необходимост от транснационално сътрудничество**

През последното десетилетие изследователската работа, свързана с наркотиците, и инфраструктурата, която я поддържа (изследователски центрове, научни списания, механизми за финансиране), се разви чувствително в Европа, както става видно от подбрания материал относно изследователската дейност, публикуван от ЕЦМНН през 2008 г. Не толкова положителен е фактът, че този напредък не е съпроводен със съответно засилване на сътрудничеството и координиране на усилията за изследвания в областта на наркотиците сред държавите-членки на ЕС. На този въпрос се отделя нарастващо внимание и Европейската комисия възложи ново проучване, за да осигури списък на изследователските дейности заедно със сравнителен анализ на инфраструктурите, съществуващи в Европа и в други региони на света. Докладът ще включва препоръки за това как да се подобри сътрудничеството на равнище ЕС и да се допринесе за дискусиата за начините на подобряване на връзките между европейските възможности за финансиране на изследователски дейности и нуждите от изследвания и политики.

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 1

### Политики и закони

#### Въведение

Политиката в областта на наркотиците е определена като важен проблем за 2008 г. През тази година ООН и Европейският съюз оценяват резултатите от своите политики в областта на наркотиците по отношение на тяхната употреба, причиняваните от тях вреди и незаконните наркотици. ООН преглежда напредъка, извършен по посока на изпълнение на мерките и постигане на целите, определени по време на специалното заседание на Общото събрание на ООН (Ungass) през 1998 г. относно световния проблем с наркотиците. В Европа 2008 г. предвижда окончателната оценка на текущия план на ЕС за действие в областта на наркотиците (2005–2008) и проектирането на плана за действие за 2009–2012 г. Освен това рекорден брой държави-членки на ЕС също преразглеждат своите национални стратегии и планове за действие в областта на наркотиците и проектират нови документи за политиките в тази насока <sup>(1)</sup> през настоящата година.

ЕЦМНН ще обсъди констатациите и промените, настъпили през 2008 г., в своя следващ годишен доклад. Тази година глава 1 поставя акцент върху последните промени в политиката в областта на наркотиците, представя нови данни за обществените разходи, свързани с наркотиците, разглежда три конкретни измерения на законодателството в областта на наркотиците – притежание за лична употреба, алтернативи на наказателната отговорност и акцента върху предпазване на обществеността – и подчертава последните тенденции в правонарушенията, свързани с наркотиците. Главата завършва с преглед на научните изследвания в държавите-членки на ЕС, свързани с наркотиците.

#### Развитие в областта на международните и европейските политики

##### 10-годишен преглед на Ungass

През юни 1998 г. 20-ото специално заседание на Общото събрание на ООН (Ungass) беше свикано

в Ню Йорк за обсъждане на световния проблем с наркотиците. Тази „среща на върха в областта на наркотиците“ установи нов дневен ред за международната общност с приемането на три важни документа <sup>(2)</sup>: политическа декларация; декларация за ръководните принципи за намаляване на търсенето на наркотици и резолюция от пет части с мерки за повишаване на международното сътрудничество. С приемането на политическата декларация държавите – членки на ООН се ангажираха с постигане на измерими резултати в намаляването на предлагането и търсенето на незаконни наркотици до 2008 г.

Тазгодишното заседание на Комисията на ООН за наркотичните вещества (CND) е започнало 10-годишния преглед на напредъка, извършен в посока на постигане на целите и резултатите, поставени по време на Ungass от 1998 г. Доклад, представен от Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC), аргументирано показва, че за последните десет години е постигнат значителен напредък, въпреки че в някои области и региони държавите – членки на ООН не са изпълнили изцяло целите и резултатите, посочени в политическата декларация <sup>(3)</sup>. Тази оценка трябва да се последва от едногодишен период на отражение, по време на който ще се провеждат дискусии, най-напред сред междуправителствени експертни работни групи и след това в междусесийни заседания. Това ще осигури възможност за подготовка на специален двудневен сегмент на високо равнище по време на заседанието на Комисията на ООН за наркотичните вещества (CND) през 2009 г., който ще определи евентуална бъдеща политическа декларация и мерки.

Европейският съюз играе активна роля в прегледа на Ungass. Изготвени от ЕС резолюции бяха приети на заседанията на CND през 2006 г. (49/1), 2007 г. (50/12) и 2008 г. (51/4). ЕЦМНН също е участвал в експертни консултации, финансирани от Европейската комисия и провеждани от Службата на

<sup>(1)</sup> Терминът „документ за национална политика в областта на наркотиците“ означава всеки официален документ, одобрен от правителство, който установява общи принципи и специфични дейности или цели в областта на наркотиците, които са официално представени като стратегия в областта на наркотиците, план за действие, програма или друг документ за политика в областта на наркотиците.

<sup>(2)</sup> <http://www.un.org/ga/20special/>

<sup>(3)</sup> <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

ООН за наркотиците и престъпността (UNODC), и в този контекст е осигурявал преглед на стратегиите и ответните действия в областта на наркотиците в Европа от 1998 г.

### Оценка на плана на ЕС за действие в областта на наркотиците

През декември 2007 г. Европейската комисия представи своя втори преглед на напредъка по прилагането на плана на ЕС за действие в областта на наркотиците (2005–2008). Докладът, който включва данни от държавите-членки на ЕС, ЕЦМНН, Европол и Европейската комисия, оценява степента, в която са били изпълнени мерките, планирани за 2007 г. Едно от основните заключения на прегледа беше, че има признаци на сближаване между политиките в областта на наркотиците на държавите-членки. Прегледът също подчерта трудностите при събирането на данни за дейностите по намаляване на предлагането и при свързването на някои от планираните действия с показателя, избран за оценка на тяхното изпълнение.

Окончателната оценка на текущия план на ЕС за действие в областта на наркотиците беше извършена през 2008 г., като тя взе предвид коментари от държавите-членки на ЕС, Европол и ЕЦМНН. Докладът за оценката следва да се публикува от Комисията през есента на 2008 г., като констатациите му ще помогнат за изготвянето на втория план за действие (2009–2012) по текущата стратегия на ЕС в областта на наркотиците (2005–2012).

### Други достижения на ЕС

През септември 2007 г. Съветът и Европейският парламент приеха „Програма за превенция на употребата на наркотици и информация за тях“<sup>(4)</sup> по финансовата рамка за 2007–2013 г. и общата програма за гражданско правосъдие и основни права. Общите цели на програмата са: превенция и намаляване на употребата на наркотици, наркозависимостите и вредните вследствие от наркотиците; допринасяне за подобряване на информацията относно употребата на наркотици и подпомагане на действия, предприети по стратегията на ЕС в областта на наркотиците (2005–2012). По програмата ще бъдат предоставени 21,35 млн. евро за проучвания на Комисията, оперативни разходи на европейски неправителствени организации в областта

на наркотиците и транснационални проекти. Могат също да бъдат предприети съвместни действия с други програми на Общността, като пример Втората програма за действие на Общността в областта на здравето (2008–2013)<sup>(5)</sup>, която в частта, свързана с насърчаване на здравеопазването, занимаваща се с различни определящи фактори за здравето, включва действия срещу незаконните наркотици в специфични обстановки, като училища и работни места.

През юни 2006 г. Европейската комисия издаде Зелена книга за ролята на гражданското общество в политиката в областта на наркотиците, съгласно изискванията на текущия план за действие в областта на наркотиците. През 2007 г. това беше последвано от процеса на подбор на нов форум на гражданското общество по въпросите на наркотиците. Целта на форума е да служи като платформа за неформална обмяна на възгледи и информация между Комисията и организациите на гражданското общество в ЕС, страните кандидатки и, ако е приложимо, държавите, включени в Европейската политика на съседство. Форумът включва 26 организации, представляващи широк кръг от възгледи. Той заседава за първи път през декември 2007 г. и отново през май 2008 г., за да обсъди оценката на текущия план на ЕС за действие в областта на наркотиците и новия план за действие.

## Национални стратегии в областта на наркотиците

### Новото развитие

Нови планове за действие в областта на наркотиците или програми бяха приети от четири държави-членки на ЕС (Чешката република, Естония, Унгария, Финландия), Турция и Норвегия през втората половина на 2007 г. Всички тези документи покриват времеви период от три до четири години и, с изключение на турския план за действие, са предхождани от предишни планове или програми. През същата година Испания също прие допълнителна национална програма за действие срещу кокаина (2007–2010).

В началото на 2008 г. още три държави-членки приеха документи за нови политики. Първият план на Италия за действие в областта на наркотиците е за период от една година, като трябва да бъде последван от четиригодишен план за действие (2009–2012), който ще бъде синхронизиран с новия

<sup>(4)</sup> Решение № 1150/2007/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 25 септември 2007 г. за създаване на специалната програма „Превенция на наркотиците и информация за тях“ за периода 2007–2013 г. като част от общата програма „Основни права и правосъдие“ (ОВ L 257, 3.10.2007 г., стр. 23).

<sup>(5)</sup> Решение № 1350/2007/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 23 октомври 2007 г. за създаване на Втора програма за действие на Общността в областта на здравето (2008–2013 г.) (ОВ L 301, 20.11.2007 г., стр. 3).

план на ЕС за действие в областта на наркотиците. Първият в историята на Малта национален документ за политика в областта на наркотиците, макар и да не посочва период, включва почти петдесет действия за изпълнение през следващите години. Накрая, новата десетгодишна стратегия на Обединеното кралство в областта на наркотиците (2008–2018) за първи път е допълнена от тригодишен план за действие (2008–2011), който определя важни действия, които да бъдат изпълнени в близко бъдеще.

По-голямата част от документите за национална политика в областта на наркотиците, приети към края на 2007 г. и в началото на 2008 г., поставят акцент основно върху незаконните наркотици, като някои от тях засягат други вещества като алкохол, тютюн, лекарствени препарати и средства за повишаване на издръжливостта. Това отразява тенденция сред европейските държави да се взема предвид съществуването на връзки и сходства между употребата на незаконни и законни вещества, но документите за политика в областта на наркотиците рядко засягат обстойно вещества, различни от незаконните наркотици<sup>(6)</sup>. Норвегия продължава да бъде едно от изключенията на този модел, като законните наркотици и алкохолът са изцяло интегрирани в нейния наскоро приет план за действие. Многобройните национални стратегии и планове за действие в областта на наркотиците, които следва да бъдат разработени за 2009 г., заедно с наскоро приетите такива, ще позволят на ЕЦМНН да провери дали тенденцията към повишена интеграция на законните и незаконните наркотици в националните политики в областта на наркотиците, посочена в подбрения материал за 2006 г., е продължена.

### Общо състояние

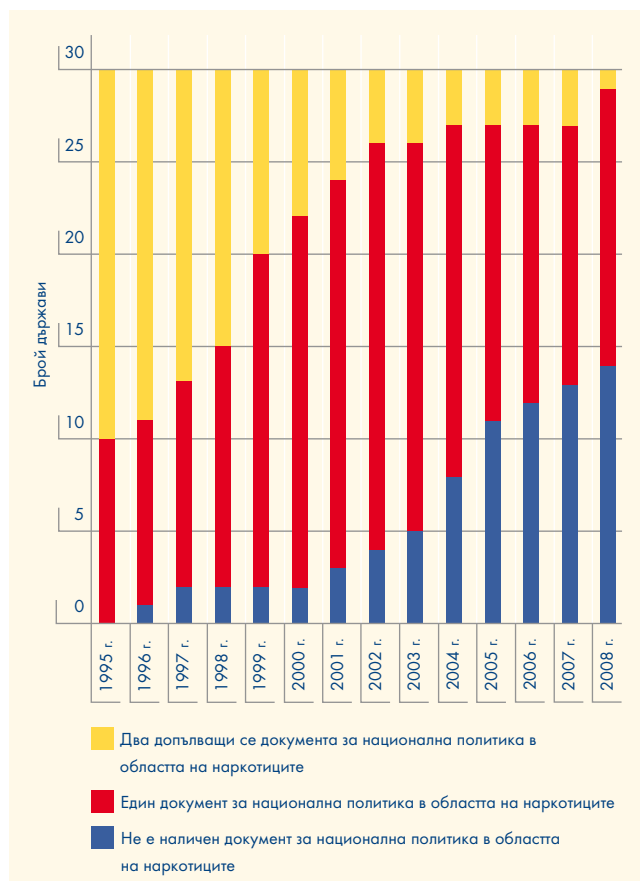
Австрия в момента е единствената държава-членка на ЕС, която не е приела национална стратегия или план за действие в областта на наркотиците, въпреки че всяка една от нейните провинции има регионална стратегия или план за действие по отношение на наркотиците или наркоманиите. В останалите 26 държави-членки, както и в Хърватия, Турция и Норвегия, политиката в областта на наркотиците е определена в документи за национална политика в областта на наркотиците. За сравнение, през 1995 г. само 10 от тези 30 държави са разполагали с подобен инструмент (фигура 1).

Може да се отчете сближаване и във формата на стратегиите и плановете за действие в областта на наркотиците. Сега четиринадесет държави структурират своите документи за национална

политика в областта на наркотиците по линия на текущата стратегия и план за действие на ЕС. Освен това същият брой държави сега организират своите национални политики в областта на наркотиците като използват два допълващи се инструмента: стратегическа рамка и план за действие (фигура 1). През 2000 г., когато Европейският съюз използва този подход за първи път, само две държави-членки разполагаха с два допълващи се документа за политика в областта на наркотиците.

Съдържанието на документите за национална политика в областта на наркотиците е друга област, в която има признаци на сближаване между държавите-членки на ЕС, Хърватия, Турция и Норвегия, с все по-често срещане на общи цели и общи дейности в националните стратегии и планове за действие, приети от различни държави. Въпреки това, тъй като европейските държави се различават по естеството на своите проблеми с наркотиците, както и по естеството

**Фигура 1:** Тенденция в броя на държавите с документи за национална политика в областта на наркотиците измежду 27-те държави-членки на ЕС, Хърватия, Турция и Норвегия



Източници: Националните фокусни центрове от мрежата Reitox.

<sup>(6)</sup> Вж. подбрения материал за 2006 г. „Политики на ЕС в областта на наркотиците: разширени извън обхвата на незаконните наркотици?“.

на своите политически, социални и икономически положения, разнообразието което съществува между националните политики, макар и да намалява, вероятно ще се запази до известна степен в бъдеще. Някои примери за това разнообразие са посочени в глава 2.

### Оценка

През 2008 г. 13 държави-членки на ЕС вече са преработили или следва да преразгледат и преработят своите документи за национални политики в областта на наркотиците, превръщайки я в година на безпрецедентна дейност за определянето на политиките на национално равнище. След Италия, Малта и Обединеното кралство Ирландия ще обнови своята стратегия за наркотиците през 2008 г.; Франция, Португалия и Румъния ще обновят своите планове за действие; България, Испания, Кипър, Литва и Словакия ще обновят както своите стратегии, така и своите планове за действие в областта на наркотиците. Накрая, Нидерландия, която има най-стария документ за национална политика в областта на наркотиците в Европа, възнамерява да състави нов такъв през 2008 г.

В Европа има нарастващо признаване на нуждата от включване на мониторинг и оценяване като съществен компонент в националните стратегии и планове за действие в областта на наркотиците. Почти всичките държави, споменати по-горе, са изготвили или планират да изготвят преглед на напредъка на изпълнението на своите стратегии или планове за действие в областта на наркотиците, като някои от тях, например Ирландия, Кипър и Португалия, могат да изготвят по-подробни оценки през 2008 г.

Въпреки това държавите-членки на ЕС се различават в своите методи и подходи за оценка на националните стратегии и планове за действие, поради което има нужда от определяне на най-добри практики в тази област. Това беше подчертано на конференция за оценяване, организирана от португалското председателство на ЕС през септември 2007 г. За да отговори на това предизвикателство, ЕЦМНН, в сътрудничество с държави-членки, изследва възможността за разработване на европейски ръководни принципи в тази насока.

### Обществени средства, изразходвани в областта на наркотиците

За 2006 г. четири държави-членки на ЕС (Чешката република, Ирландия, Полша, Португалия) предоставиха подробна информация за обществените разходи, свързани с борбата с наркотиците (обобщени в таблица 1). Информация за разпределението на средствата, изразходвани в областта на наркотиците, между централното правителство и регионални или местни власти беше предоставена от две от четирите държави, което позволи сравнение на ролята, която имат различните правителствени сектори. В държавите, за които има налични данни, по-голямата част от отчетените обществени разходи в областта на наркотиците е предназначена за действия, финансирани от правителството.

Единадесет държави-членки предоставиха подробности за разходите във връзка със състоянието на определени дейности, предприети срещу проблема с наркотиците. Още две държави предоставиха груби оценки на общите обществени разходи, свързани с

**Таблица 1: Обществени средства, изразходвани в областта на наркотиците <sup>(1)</sup> от избрани държави-членки на ЕС**

Държава	Обозначени разходи, отчетени от правителствения сектор (в евро)				Общо като дял от общите обществени разходи <sup>(2)</sup> (%)
	Централни	Регионални	Местни	Общо	
Чешката република	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Ирландия <sup>(3)</sup>	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Полша	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Португалия	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

<sup>(1)</sup> Обществени разходи, изрично „обозначени“ като свързани с наркотици в официални счетоводни документи.

<sup>(2)</sup> Общо правителствени разходи за годината.

<sup>(3)</sup> Правителствените отдели и държавните агенции в Ирландия са приканени да съобщават своите годишни разходи в областта на наркотиците на координиращото Министерство по въпросите на общините, селските региони и регионите на говорещото гaelic население. Тези разходи не са непременно „обозначени“ като свързани с наркотиците в официални счетоводни документи.

Източник: Националните фокусни центрове от мрежата Reitox и Евростат (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).



проблема с наркотиците (Испания, Малта), макар и без информация за дейностите, по които средствата са били разходвани.

През 2005 г. цялото количество обществени средства, изразходвани в областта на наркотиците от европейските държави, беше определено като възлизащо на стойност между 13 млрд. и 36 млрд. евро (EMCDDA, 2007a). Тази стойност беше изчислена чрез екстраполиране на цялото количество обществени средства, изразходвани в областта на наркотиците от шест държави (Белгия, Унгария, Нидерландия, Финландия, Швеция, Обединеното кралство), спрямо другите държави. Наскоро е била предложена преизчислена оценка, която включва данни от допълнителни държави (Чешката република, Франция, Люксембург, Полша, Словакия) (EMCDDA, 2008d). Новата оценка на обществените средства, изразходвани в областта на наркотиците в Европа, е 34 млрд. евро (95 % интервал на доверие, 28–40 млрд. евро), което се равнява на 0,3 % от комбинирания брутен вътрешен продукт на всички държави-членки на ЕС. Това показва, че държавните средства, изразходвани във връзка с проблема с наркотиците, струва на средностатистическия гражданин на ЕС 60 евро на година. Въпреки това тези стойности следва да се считат за индикативни поради ограничените данни, върху които са базирани.

### Доклади за социалната цена на употребата на наркотици

Четири държави-членки съобщиха данни за социалната цена на употребата на наркотици (преки и непреки разходи, причинени от употребата на наркотици). Въпреки че тези доклади могат да дадат задълбочена информация за въздействието на употребата на наркотици в държавата, в която са били изготвени, различията в методите и начина, по които се отчитат резултатите, не позволяват да се прави сравнение между държавите. Липсата на сравнимост на данните от различните държави подчертава нуждата от възприемане на общ подход към следенето на социалната цена на употребата на наркотици в Европа.

В Италия социалната цена на употребата на незаконни наркотици беше оценена на 6473 млн. евро, като дейностите по правоприлагането съставляват най-големия дял от разходите (43 %), а остатъкът се разделя между здравните и социалните услуги (27 %) и загубата на продуктивност сред употребяващите наркотици и хората, непряко засегнати от употребата на наркотици (30 %). В

### Към по-добро разбиране на обществените средства, изразходвани в областта на наркотиците в Европа – избран материал на ЕЦМНН за 2008 г.

В отговор на плана на ЕС за действие в областта на наркотиците (2005–2008) ЕЦМНН е разработил проект, насочен към идентифициране, разработване и тестване на методи за изчисляване на обществените средства, изразходвани в областта на наркотиците. Подбран материал по тази тема прави преглед на общите стойности на обществените разходи в областта на наркотиците за 2005 г. в държавите-членки на ЕС и Норвегия. Повечето идентифицирани разходи първоначално бяха „обозначени“ като свързани с наркотиците и обикновено се проследяваха, като се направи подробен преглед на официалните финансово-отчетни документи, вероятно отразявайки доброволната ангажираност на държавите в областта на наркотиците. При наличие на възможност скритите или „необозначените“ разходи, включени в програми с по-мощни цели, бяха оценявани чрез техники за моделиране. Този нов двоен подход предоставя стандартизирани оценки, които максимизират валидността и сравнимостта на обществените разходи в областта на наркотиците и наркоманиите между отделните държави.

Подобреният материал е наличен във версия за разпечатване и онлайн само на английски език (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

допълнение беше оценено, че употребяващите наркотици изразходват 3980 млн. евро за закупуването на незаконни наркотици. Въз основа на тези данни разходите от употреба на наркотици в Италия се оценяват като представляващи 0,7 % от националния брутен вътрешен продукт. В данните, съобщени за Австрия за 2004 г., разпределението между преки и непреки разходи беше противоположно на това, съобщено за Италия: от изчислената социална цена на употребата на наркотици в размер на 1444 млн. евро, непреките разходи възлизаха на 72 %.

Обединеното кралство отчете, че за 2003–2004 г. икономическите и социалните разходи за употреба на наркотици от категория А <sup>(7)</sup> в Англия и Уелс са били 22,26 млрд. евро, което представлява годишен разход от 63 940 евро за всеки проблемно употребяващ наркотици. Беше предположено, че проблемната употреба на наркотици допринася за 99 % от общите разходи. Разходите в резултат от наркопрестъпления, включително правоприлагане и разходи за жертвите на наркопрестъпления, съставляват най-голямата част от общите разходи (90 %, или 20,1 млрд. евро).

(7) Наркотиците от категория А са определени като най-опасните наркотици.

## Разработване на национално законодателство

Изследването на промените в законодателството в областта на наркотиците, направени след специалното заседание на Общото събрание на ООН (Ungass) през 1998 г., се радва на особен интерес в тазгодишните международни, европейски и национални прегледи и оценки на документите за политики в областта на наркотиците. Наблюдавайки промените в три ключови области, настоящият раздел задава въпроса: „Промените в правните дефиниции и ответните действия спрямо употребяващите наркотици представляват ли нова, по-широка тенденция в отношението на държавите към употребяващите наркотици?“

### Притежание за лична употреба

През последните 10 години повечето европейски държави са преминали към подход, който прави разлика между търговец на наркотици, който се разглежда като престъпник, и употребяващ наркотици, който се разглежда по-скоро като болен човек нуждаещ се от лечение. Въпреки това държавите-членки се различават значително в начина, по който са избрали да определят тези категории в новите закони, които са приели през последните години.

Един от въпросите, по които държавите-членки имат най-голяма степен на различия, е дали да се задават гранични количества за лична употреба. В периода 2004–2006 г. България премахна концепцията за лична употреба, Италия отново я въведе след 12 години отмяна, а Обединеното кралство въведе концепцията, но след това реши да не я прилага. Кипър и Белгия въведоха определени гранични количества през 2003 г., съответно за всички наркотици и за канабис; в Германия пък провинциите работят по по-последователното прилагане на решение на конституционен съд, чието позоваване на „незначителни количества“ беше неопределено, което доведе до тълкуване в границите от 3 до 30 грама. През 2005 г. в Словакия правните определения относно личната употреба бяха разширени от максимум една доза до максимум три дози и за по-голямо количество – 10 дози. Едновременно с това обаче присъдата за притежание на по-голямо от това количество беше повишена на минимум четири години лишаване от свобода, както е за търговия с наркотици.

Употребата на наркотици сред малки групи представлява още едно предизвикателство при опитите на разграничаване между употребяващи и доставчици.

Специфичното правонарушение за употреба в група в Белгия беше отменено през 2003 г.; през същата година изменение в унгарския наказателен кодекс позволи насочване към лечение за доставчика на малко количество за „съвместна“ употреба (което оттогава се обжалва като неясно от правна гледна точка). През 2006 г. Малта констатира, че минималната шестмесечна присъда за доставчици не винаги е подходяща в ситуации на споделяне и поради това въведе промени в закона, които предвиждат изключения.

По отношение на наказателната отговорност максималните или евентуалните наказания за употреба или притежание за лична употреба, при липса на утежняващи вината обстоятелства, са били намалени в различни европейски държави от 2001 г. или за всички наркотици (Естония, Гърция, Унгария, Португалия, Финландия), или само за канабис (Белгия, Люксембург, Обединеното кралство), или наркотици с по-ниско равнище на риск (Румъния). Въпреки това по време на този период не всички държави са намалили наказанията: Франция и Полша решиха да не променят своите закони след консултации; Дания пък повиши „нормалните“ наказания от предупреждения към глоби (които след това бяха увеличени). Нов закон в Италия отново определи употребата на наркотици като административно нарушение, а канабисът беше прекласифициран като подлежащ на същите наказания като другите незаконни вещества, в това число хероин и кокаин. В Обединеното кралство беше съобщено, че канабисът ще бъде прекласифициран като подлежащ на по-големи санкции.

### Алтернативи на наказателната отговорност

Промените по отношение на достъпа до лечение за употребяващите наркотици, пречупени през призмата на наказателната правосъдна система, обикновено споделят две общи характеристики. Първо, те разширяват обхвата за насочване на употребяващи наркотици към лечение. Въпреки това съществуват известни разлики между държавите по отношение на етапа, по време на който се отправя предложението за лечение, като повечето държави предлагат лечение на етап съдилище, вместо на по-ранните етапи от контакта с полицията или прокурорите. Второ, те са условни; нарушението на заповедта за лечение ще възобнови процедурата за задържане под стража, даване под съд или наказание.

Държавите са въвели или разширили възможностите или системите за нарушителите, които следва да бъдат насочвани към лечение или консултации, като алтернатива на наказателна отговорност или

лишаването от свобода, в съответствие с Ungass и целите на плана на ЕС за действие. В Ирландия и Малта употребяващите наркотици вече могат да се насочват към лечение след арест; такъв е случаят и в Обединеното кралство, където при определени обстоятелства е разрешено изследването за наркотици при арест. В Ирландия, Обединеното кралство (Англия и Шотландия) и Норвегия са създадени специални съдилища за разглеждане на дела, свързани с наркотици, като тяхното въвеждане се обсъжда и в Малта; Португалия е установила система от „комисии за намаляване на употребата на наркотици“, съставени от адвокат, лекар и социален работник. Нови закони в други държави са въвели известна форма на лечение като алтернатива на наказанието: нарушителите на законодателството в областта на наркотиците във Франция, които не са зависими, могат да се запишат или да заплатят за курсове за повишаване на осведомеността; в Испания, Унгария и Латвия мерките за задържане под стража могат да се прекратяват за употребяващи наркотици, които са подложени на лечение; в България, Унгария, Румъния и Турция пък пробацията може да се комбинира с лечение. Нидерландия се стреми да увеличи степента на прилагането на лечение като условие за ранно освобождаване от затвор. Ако се сметне за подходящо, във Финландия осъдените нарушители сега могат да се насочват към открит затвор, ако не употребяват наркотични вещества; в Гърция те могат да се изпращат до отдел за специално лечение. Изискванията на програмите за лечение на употребяващи наркотици са били разширени до лица, обвинени за по-тежки нарушения в Италия (ако нарушението е наказуемо с до шест години лишаване от свобода, увеличено от четири години) и Испания (увеличено от три на пет години). В Белгия съществуват алтернативи за насочване на употребяващите наркотици нарушители към лечение на всички равнища от процеса на наказателно правосъдие.

Допълнителни описания на различните алтернативи на наказателната отговорност и степента на тяхната употреба могат да бъдат открити в разделите „Тематичен обзор“ и „Правни доклади“ на европейската юридическа база данни в областта на наркотиците (ELDD) <sup>(8)</sup>.

### Акцент върху предпазване на обществеността

През последното десетилетие наказателното право се прилага все по-често за закрила на обществеността от употребяващите наркотици и, едновременно с разграничаването между „болен“ употребяващ и „престъпник“ трафикант, категорията „употребяващ“

също се подразделя в правен смисъл на лица, които вредят или обременяват членове на обществото, и такива, които не го правят. Описаните по-горе мерки, които намаляват наказателната отговорност за лична употреба или предлагат алтернативи на наказанието, са част от това развитие. Тези възможности за лечение или облекчени наказания се предоставят като пример, при условие че употребяващият не причинява някаква форма на нарушение на обществения ред.

За нарушителите, при които има риск от нанасяне на вреди спрямо други членове на обществото, критериите са били разширени и наказанията – увеличени. По-голямата част от законодателна дейност е била насочена към лица, употребяващи наркотици преди шофиране (Белгия, Чешката република, Дания, Испания, Франция, Латвия, Литва, Португалия, Финландия). Нови закони, уреждащи изследването за наркотици на работното място в Ирландия, Финландия и Норвегия подчертават, че изследването е позволено предимно в ситуации, при които въздействието на наркотиците би представлявало значителна опасност или риск. Приемането на наркотици на различни транспортни средства се контролира от нови закони: влакове и кораби в Ирландия; лодки в Латвия; летателни средства във Финландия. Последните няколко години също се характеризират със: закони и стратегии за предотвратяване или подвеждане под наказателна отговорност за нарушения на обществения ред (вж. подбрания материал за 2005 г.); нови правомощия за затваряне на барове и други помещения или ограничаване на достъпа на хора до тях (Белгия, Ирландия, Нидерландия) и правомощия за затваряне на частни жилища, където се провежда търговско разпространение на наркотици или систематична употреба на наркотици (съответно в Нидерландия и Обединеното кралство). Едновременно с това в Европа също са били въведени нови закони за предпазване на неупотребяващите наркотици от употребата на тютюн: от 2004 г. 24 европейски държави-членки (всички без Гърция, Унгария и Полша) са забранили или строго ограничили тютюнопушенето на закрити обществени места, често със значителни глоби за нарушителите.

Като обобщение на законовите промени, разгледани тук, прави впечатление, че наказателноправните санкции често са били намалявани за отделния употребяващ, при който няма утежняващи вина обстоятелства, но като противовес са били увеличавани за тези, чиито действия могат да засегнат други членове на обществото. Последното отразява засилването на акцента върху употребата на наказателното право за закрила на обществеността.

<sup>(8)</sup> <http://eldd.emcdda.europa.eu>

## Наркопрестъпност

Наркопрестъпността е широко понятие, което може да включва всички извършени престъпления, които по някакъв начин са свързани с наркотици<sup>(9)</sup>. На практика рутинно събирани данни са налични в Европа само от първоначални доклади за нарушения на законодателството в областта на наркотиците, предимно предоставени от полицията. Въпреки че тези данни обикновено се разглеждат като непреки показатели за употребата на наркотици или търговията с наркотици, важно е да се отбележи, че те отразяват различията в националните законодателства и различните начини на правоприлагане и правораздаване. Данните също отразяват разликите в зададените приоритети и заделените ресурси от наказателните съдебни органи за конкретни видове правонарушения. Освен това има различия между националните информационни системи, регистриращи нарушенията на законодателството в областта на наркотиците, по-специално по отношение на практиките на съобщаване и регистриране. Тъй като тези различия затрудняват сравненията между отделните държави, по-целесъобразно е да се сравняват тенденциите вместо абсолютните стойности.

Като цяло в периода между 2001 г. и 2006 г. броят на съобщените нарушения на законодателството в областта на наркотиците в държавите-членки на ЕС се е увеличил със средно 36% (фигура 2). Информацията разкрива тенденция към повишаване във всички държави, които съобщават такива данни, с изключение на България, Гърция, Латвия и Словения, които съобщават общ спад през същия петгодишен период<sup>(10)</sup>.

### Правонарушения, свързани с употребата и разпространението на наркотици

Съотношението между нарушенията на законодателството в областта на наркотиците, свързани с употреба, и тези, свързани с разпространение (търговия, пренос, производство), е подобно на това, отчитано предишни години. Повечето европейски държави отчитат, че по-голямата част от нарушенията са били свързани с употреба на наркотици или притежание за употреба, като стойностите за 2006 г. са достигнали до 93% в Испания<sup>(11)</sup>. Въпреки това в Чешката република, Нидерландия, Турция и Норвегия именно нарушенията, свързани с разпространение, бяха

преобладаващи, като съставляваха между 52% (Турция) и 88% (Чешката република) от всички нарушения на законодателството в областта на наркотиците, съобщени през 2006 г.

Броят на нарушенията на законодателството в областта на наркотиците, свързани с употребата им, се е повишил средно с 51% между 2001 г. и 2006 г. в Европейския съюз, като при две трети от държавите, които съобщават данни, се наблюдава възходяща тенденция и само при Словения и Норвегия има низходяща тенденция през петгодишния период<sup>(12)</sup>. В допълнение е важно да се отбележи, че като дял от всички нарушения на законодателството в областта на наркотиците този на нарушенията, свързани с употреба, се е повишил през същия период при половината от държавите, които предоставят данни.

Нарушенията, свързани с разпространението на наркотици, също са се увеличили през периода 2001–2006 г., но в доста по-малка степен, със средно увеличение от 12% за Европейския съюз. През този период броят на нарушенията, свързани с разпространение, се е увеличил в повече от половината от държавите, които предоставят данни, и е намалял в четири държави (Германия, Кипър, Нидерландия, Словения)<sup>(13)</sup>.

### Тенденции по вид наркотик

През 2006 г. канабисът продължи да бъде най-често срещаният незаконен наркотик в отчитаните нарушения на законодателството в областта на наркотиците в повечето европейски държави<sup>(14)</sup>. В държавите, където случаят е такъв, правонарушенията свързани с канабис съставяха 36–86% от всички нарушения на законодателството в областта на наркотиците. В малък брой държави при нарушенията на законодателството в областта на наркотиците преобладаваха други наркотици, различни от канабиса: в Чешката република метамфетаминът съставляваше 60% от всички нарушения на законодателството в областта на наркотиците; в Малта същата стойност за хероина беше 41%. Нарушенията на законодателството в областта на наркотиците в Люксембург бяха почти поравно разпределени между канабис, хероин и кокаин.

През петгодишния период 2001–2006 г. броят на нарушенията на законодателството в областта на

<sup>(9)</sup> За дискусията относно взаимовръзките между наркотиците и престъпността вж. EMCDDA (2007b).

<sup>(10)</sup> Вж. таблица DLO-1 в статистическия бюлетин за 2008 г.

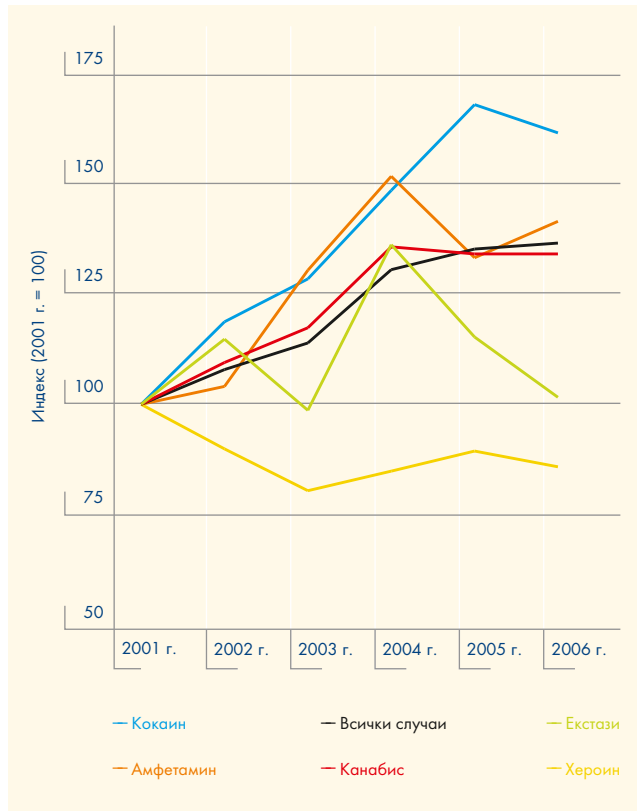
<sup>(11)</sup> Вж. таблица DLO-2 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(12)</sup> Вж. фигура DLO-2 и таблица DLO-4 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(13)</sup> Вж. таблица DLO-5 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(14)</sup> Вж. таблица DLO-3 в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Фигура 2:** Индексирани тенденции в докладите за нарушения на законодателството в областта на наркотиците в държавите-членки на ЕС, 2001–2006 г.



**БЕЛЕЖКА:** Тенденциите представяват наличната информация за броя национално регистрирани случаи на нарушенията на законодателството в областта на наркотиците (криминални и некриминални), отчетен от всички правоприлагащи органи в държавите-членки на ЕС; всички поредици от данни са индексирани на база 100 за 2001 г. и претеглени според броя на населението в държавата, за да се формира обща тенденция за ЕС; общият брой нарушения, регистрирани за 2006 г. в държавите, включени в тенденциите (преди претегляне), беше: амфетамини – 41 069; канабис – 550 878; кокаин – 100 117; екстази – 17 598; хероин – 77 242, всички случаи – 936 866. Държавите, за които липсват данни за две или повече последователни години, не са включени в изчисленията за тенденциите: общата тенденция се основава на всички държави от ЕС с изключение на Обединеното кралство; тенденцията за канабиса се основава на 18 държави, за хероин – на 18, за кокаин – на 17, за амфетамин – на 12 и за екстази – на 13 държави. За допълнителна информация относно методологията вж. фигура DLO-3 в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Източници:** Националните фокусни центрове от мрежата Reitox и, за данните за населението, Евростат (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

наркотиците, свързани с канабис, се е повишил или е останал стабилен в повечето държави, предоставящи данни за това, водейки до общо увеличение от 34 % в Европейския съюз (фигура 2). Въпреки това България, Чешката република (2002–2006), Италия и Словения съобщават низходяща тенденция <sup>(15)</sup>.

Нарушенията, свързани с кокаин, са се увеличили през периода 2001–2006 г. във всички европейски държави с изключение на България, Германия и Словакия. Средно за ЕС тези нарушения са се увеличили с 61 % за същия период от време.

В периода между 2001 г. и 2006 г. нарушенията, свързани с хероин, разкриват различна картина от тази на нарушенията, свързани с канабис или кокаин, като в Европейския съюз те намаляват със средно 14 %, главно в периода между 2001 г. и 2003 г. Въпреки това националните тенденции при правонарушенията, свързани с хероин през същия период, са различни, като една трета от държавите съобщават за възходящи тенденции <sup>(16)</sup>.

Средните тенденции за ЕС при нарушенията, свързани с амфетамини и екстази, достигнаха връх през 2004 г. Докато тенденцията при нарушенията, свързани с амфетамини, остана възходяща (средно увеличение от 41 % през периода 2001–2006 г.), средната стойност за ЕС за нарушенията, свързани с екстази, варираше през периода без цялостна промяна между 2001 г. и 2006 г.

## Национални научни изследвания в областта на наркотиците

Научни изследвания в областта на наркотиците се извършват във всички европейски държави, като така се осигурява информация от съществено значение за описване и разбиране на въздействието на незаконните наркотици в национален мащаб. Въз основа на доклади от 25 държави-членки, Хърватия и Норвегия е възможно да се направи преглед на организацията на научните изследвания в областта на наркотиците в европейските държави. В момент, в който важноста на действията, основани на сведения, се признава все повече, трябва да се отбележи, че 21 държави са споделили, че резултатите от изследванията поне до известна степен формират политиката в областта на наркотиците.

### Координиране и финансиране

Научни изследвания в областта на наркотиците се споменават в националната стратегия или план за действие на 20 от 27-те държави, предоставящи данни, под формата на специфична тема или позовани като съществен компонент на политиката, основана на сведения. В 15 от 27-те държави, предоставящи данни, съществуват структури на национално равнище за координиране на изследвания в областта на наркотиците. Само пет държави са съобщили, че научни изследвания в областта на наркотиците не присъстват

<sup>(15)</sup> Вж. таблица DLO-6 в статистическия бюлетин за 2008 г. За допълнителен анализ на нарушенията, свързани с канабис, вж. глава 3.

<sup>(16)</sup> Вж. таблица DLO-7 в статистическия бюлетин за 2008 г.

в техните национални стратегии или че те нямат национални координиращи структури в тази област.

Държавата е основният източник на финансиране за изследвания в областта на наркотиците чрез програми за общи научни изследвания или чрез програми за изследвания в областта на наркотиците. Здравеопазването и социалните науки са две от основните области на общите научни изследвания, при които се осигурява финансиране за изследвания в областта на наркотиците. Финансиране, специално предвидено за изследвания в областта на наркотиците, може да се предоставя чрез национални координационни органи в областта на наркотиците (Чешката република, Испания, Франция, Люксембург, Унгария, Полша, Португалия, Норвегия). И двата вида програми за финансиране често комбинират изследванията на незаконни наркотици с други области в рамките на сферата на наркоманиите като алкохол, тютюн и хазарт. Средствата най-често се предоставят по договори за поръчкови изследвания или по рамкови програми, по които изследователите кандидатстват. Други видове източници на финансиране, за които държавите-членки съобщават, включват фондации, научни академии, частни институции, специални фондове за борба срещу наркотиците, Европейската комисия и ООН.

### Структури и проекти

Повечето държави съобщават, че изследванията се провеждат предимно в университети и в

специализирани центрове, някои от които са национални фокусни центрове, следвани от публични и частни изследователски центрове. Някои държави съобщиха за наличие на национални изследователски мрежи (Германия, Испания, Португалия). Такива мрежи могат да играят важна роля в организацията и финансирането на изследванията и също могат да насърчават по-преки връзки между изследванията и практиката.

От основните проучвания, проведени от 2000 г. насам, за които държавите-членки съобщават, повече от половината са епидемиологични и около една трета приложни изследвания (предимно оценки на дейности по превенция и лечение). Също бяха споменати проучвания на определящи фактори, рискове и защитни фактори за употреба на наркотици, последствия от употребата на наркотици и въздействия на наркотиците.

Няколко държави съобщиха за ограничения в изследванията в областта на наркотиците. Посочените проблеми включваха: организационни аспекти, като липса на координация и оскъдни ресурси (Германия, Франция, Австрия); липсата на квалифицирани изследователи (Латвия, Унгария) и методологически аспекти (проблеми със защитата на данните, проблеми с достигането до „скрити“ групи от населението, липса на последователност в изследователските проекти). Няколко държави определиха ограниченото финансиране, налично за изследвания в областта на наркотиците, като основна пречка (Белгия, Гърция, Полша, Румъния, Финландия).

### Още неща предстоят в изследванията в областта на наркотиците

Подробна информация за изследванията в областта на наркотиците, извършени в европейските държави, е събрана от ЕЦМНН чрез националните фокусни центрове от мрежата Reitox. Информацията, предоставена от държавите-членки, включва описание на националните изследователски организации и процедурите за финансиране. Държавите-членки също са предоставили списъци с основните проучвания, извършени от 2000 г. насам, и посочиха научни трудове, научни списания и уебсайтове, чрез които са били разпространявани констатациите на провежданите изследвания в областта на наркотиците. ЕЦМНН предоставя тази и друга информация чрез различни продукти и канали за разпространение (вж. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

За по-задълбочен преглед на тази тема вж. подбрани материал за изследванията в областта на наркотиците за 2008 г. (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Европейската комисия е поръчала задълбочен сравнителен анализ на изследванията в областта на незаконните наркотици в Европейския съюз. Проучването трябва да направи обзор на наличното финансиране за изследвания в областта на наркотиците от Европейския съюз и държавите-членки въз основа на резултатите от подбрани материал за изследванията и разширяването на обхвата с цел включване на изследвания в областта на сигурността и намаляването на предлагането на наркотици. Проучването ще разгледа съществуващата инфраструктура за изследвания в рамките на държавите-членки и на европейско равнище и ще направи сравнение с други региони като Северна Америка и Австралия. То ще завърши с препоръки за възможни политики за справяне с пропуските в знанията и подобряване на сътрудничеството на европейско равнище. Проучването също ще оцени съществуващите европейски мрежи, включително тези на ЕЦМНН и националните фокусни центрове от мрежата Reitox. Резултатите от това проучване ще излязат в началото на 2009 г.

### Разпространение

Бяха посочени общо 25 европейски журнала, включени в критичния преглед, специализирани в областта на наркотиците, които се публикуват на 11 езика, различни от английски. Повечето от тези национални журнали съдържат резюмета на английски език и приветстват международно участие. В допълнение към публикациите, специализирани в областта на незаконните наркотици и наркоманиите, статии за употребата на незаконни наркотици също така се публикуват в журнали, посветени на широк кръг от дисциплини, които са включени в критичния

преглед, и в специализирани списания. През 2006 г. бяха публикувани констатации от изследвания в областта на наркотиците в над 100 такива европейски журнала. Други видове публикации, включително тези от национални фокусни центрове, също имат ключов принос към разпространението.

Националните фокусни центрове от мрежата Reitox също играят важна роля в разпространението на резултати от изследвания във всичките държави, предоставящи сведения, предимно посредством техните национални доклади.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



## Глава 2

# Ответни действия по отношение на проблемите с наркотиците в Европа – обзор

### Въведение

Настоящата глава представя обзор на ответните действия по отношение на проблемите с наркотиците в Европа, като където е възможно подчертава тенденции, развития и проблеми. Наборът от мерки, разгледани тук, включва превенция, лечение, намаляване на вредите и социална реинтеграция, които взети заедно съставляват обширна система за намаляване на търсенето. Главата също включва преглед на наличната информация за нуждите на употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода и съществуващите ответни действия в тази конкретна обстановка. В допълнение има кратка дискусия относно бъдещите предизвикателства при наблюдението в друга сфера на политиката в областта на наркотиците – намаляването на предлагането на наркотици.

### Превенция

Превенцията на употребата на наркотици може да се раздели на различни равнища или стратегии, от обусловена от средата до индикативна превенция, които в идеалния случай не се съревновават, а се допълват взаимно. Следващото описание на текущата ситуация и тенденции в Европа е основано на качествени данни за провеждането на универсална и специфична превенция, съобщени на ЕЦМНН през 2007 г. <sup>(17)</sup>, и на преглед на литературата за индикативна превенция (EMCDDA, 2008f).

### Универсална превенция

Целите на универсалната превенция на употребата на наркотици в училищата в Европа изглежда са се изменили през последните години. През 2007 г. развиването на жизнено умения беше най-често съобщаваната цел на дейностите по превенция (12 от 28 докладващи страни), докато през 2004 г. половината от държавите (13 от 26) определиха за своя основна цел повишаването на осведомеността и предоставянето на информация. Създаването на защитна среда в училищата като форма на структурно

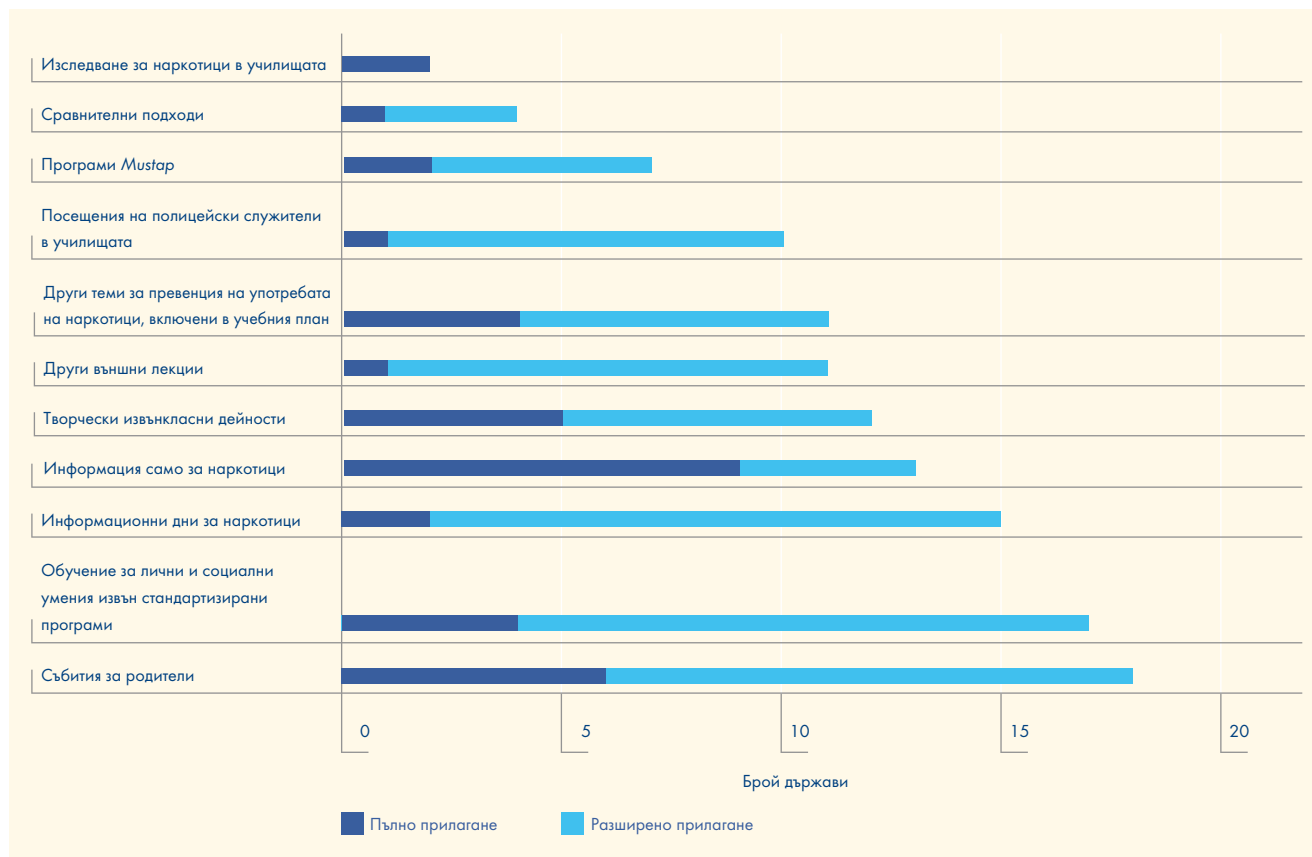
### Подобряване на мониторинга на намаляването на предлагането на наркотици

Намаляването на предлагането на наркотици може да бъде определено като обхващащо всички дейности, насочени към предотвратяване на достигането на незаконни наркотици до употребяващите ги лица. Тези дейности могат да включват инструменти като международни конвенции, европейски и национални закони и политики, както и действия, насочени към различните процеси и действащите лица, участващи в производството и търговията с незаконни наркотици, но също участващи в отклоняването или незаконното производство на законни вещества (лекарствени препарати, химически вещества-прекурсори) за незаконни цели и при прането на пари от наркотици. Правоприлагането, инициативите за разработване на алтернативи и проектите, насочени към предотвратяване на наркопрестъпността, всички те допринасят за намаляване на предлагането на незаконни наркотици. Наблюдението и анализът съставляват, както при намаляването на търсенето на наркотици, важна подкрепа за тези дейности и за тяхното оценяване.

Скоростните процедури за събиране на данни в рамките на прегледите на годишния напредък на плана на ЕС за действие в областта на наркотиците и на прегледа на Ungass (вж. глава 1) са разкрили смесена картина по отношение на достъпността на получените данни в областта на намаляването на предлагането. Дейностите, свързани с международни проекти, обикновено са добре документирани, докато данните за дейностите на национално равнище често са трудни за оценка и сравнение. Европейската комисия, Евростат, Европол и ЕЦМНН работят за подобряване на тази ситуация в рамките на следващия план на ЕС за действие в областта на наркотиците (2009–2012). Съществуващите концептуални рамки и информационни системи, както и потенциалните източници на информация за наблюдение и анализиране на дейностите за намаляване на предлагането в държавите-членки следва да се преразгледат. Също така има нужда от по-добро разбиране на пазарите на наркотици, по-специално на процесите на предлагане и разпространение в техните икономически и социални измерения. Две проучвания, финансирани от Европейската комисия, ще изследват както информационните системи и източниците за намаляване на предлагането на наркотици, така и международните пазари на наркотици.

<sup>(17)</sup> Данните бяха предоставени от национални експерти в държавите-членки.

**Фигура 3:** Най-често срещани видове дейности при универсалната превенция в училищата



**БЕЛЕЖКА:** *Mustap* = многосрокови стандартизирани програми с печатни материали.  
Източник: Националните фокусни центрове от мрежата *Reitox*.

действие също се споменаваше по-често като основна цел през 2007 г. (шест държави), отколкото през 2004 г. (четири държави). Промените в съобщаваните цели могат да отразяват възприемането на по-рационален подход, основан на сведения, но степента, в която тази промяна на целите отразява действителното изпълнение, е неясна.

Организиране на събития за родители и стратегии, които единствено предоставят информация (информационни дни, посещения на експерти или на полицейски служители в училища) са сред видовете действия в училища, докладвани от най-голям брой държави (фигура 3). Ефективността на тези действия е неясна. За разлика от това за някои от действията, които са в по-голяма степен основани на сведения, се съобщава само в малък брой държави. Тези действия включват стандартизирани програми, сравнителни подходи или действия, специално предназначени за момчета; всички те се стремят да подобрят комуникационните умения, да повишат способностите за справяне със ситуации на конфликт, стрес и

объркване или да коригират нормативни погрешни схващания за употребата на наркотици. Цялостният превес на действията, които не са или са основани на неубедителни доказателства, вероятно се дължи на факта че те изискват по-малко ресурси и по-малко обучение на персонал.

В допълнение към дейностите, насочени конкретно към употребата на наркотици, в училищата съществуват и структурни действия. Като се стремят към създаване на защитни и нормативни социални среди, структурните действия имат за цел да въздействат върху избора на младите хора по отношение на употребата на наркотици (Toumbourou *et al.*, 2007). Този подход съвпада с политиките на обща превенция, които все по-често включват по-строги регламенти за тютюнопушенето и употребата на алкохол в училищата. В тази връзка двадесет държави съобщават за пълна забрана на тютюнопушенето във всички училища, а 18 държави съобщават за пълно или разширено прилагане<sup>(18)</sup> на политики в областта на наркотиците в училищата. По-специално в Централна

<sup>(18)</sup> Разширено прилагане: действието се извършва на множество места, където размерът на целевите групи от населението е достатъчен за неговото прилагане. Пълно прилагане: действието се извършва в почти всички места, където размерът на целевите групи от населението е достатъчен за неговото прилагане.

и Западна Европа държавите-членки съобщават за прилагане на структурни действия, насочени към намаляване на тютюнопушенето и употребата на алкохол в училищата. Тези превантивни мерки могат също да се допълват от други структурни мерки като подобряване на оформлението на училищните сгради и на училищния живот.

Превенция, базирана на семейството, е друг широко разпространен превантивен подход. Единадесет държави съобщиха за пълно или разширено прилагане на семейни събирания и вечери. По подобие на превенцията в училищата, превенцията, базирана на семейството, изглежда поставя акцент основно на предоставянето на информация. Интензивното напътстване и обучение за семейства, подход, демонстрирал постоянна ефикасност при проучвания (Petrie *et al.*, 2007), се предлага ограничено, като само седем държави съобщават за най-високите равнища на прилагане.

### Специфична превенция

Специфичната превенция се ръководи от социални и демографски показатели като равнища на безработица, престъпно поведение или бягство от работа/училище. Тя се занимава със специфични групи, семейства или цели общества, където хората, поради своите оскъдни социални връзки и ресурси, могат да са по-податливи към употреба на наркотици или към развиване на наркозависимост.

Тринадесет държави съобщават, че при тях по-голямата част от превенцията, базирана на семейството, е специфична. Въпреки това важните условия на риск за семействата се засягат рядко в Европа. От 30 държави, които предоставят данни за това, само седем съобщават за пълно или разширено прилагане на действия срещу употребата на вещества в семейства, а пет съобщават за прилагане на действия срещу семейни конфликти и липса на загриженост. В допълнение следните категории действия бяха съобщени от четири държави: справяне със социален проблем (напр. безработица), подпомагане при проблеми с наказателното правосъдие или подпомагане на маргинализирани семейства от етнически малцинства. Освен това само три държави изтъкват нуждите на семействата, изправени пред проблеми с умственото здраве.

Рисковите условия при млади уязвими групи, например млади престъпници, бездомници, бегълци, младежи в неравностойно положение и такива от малцинствени групи, също се разглеждат рядко въпреки

нарастващата политическа важност. От 2004 г. насам нарастващ брой политики в областта на наркотиците ги определят като първични цели за превантивни действия, но съобщаваното равнище на прилагане на действията не се е повишило през този период. По-подробни данни са представени в подбрания материал за уязвимите млади хора за 2008 г.

### Индикативна превенция

Индикативната превенция има за цел да набелязва лица с поведенчески или психологически проблеми, които могат да доведат до развиване на проблемна употреба на вещества в бъдещ период, и да прилага целенасочени индивидуални и специфични действия спрямо тях. Такива лица включват хора, прекъснали училище, и такива с психиатрични заболявания, антисоциално поведение или ранни признаци на употреба на наркотици. Наскоро публикуван от ЕЦМНН (EMCDDA, 2008f) доклад представя хоризонтални изследвания, определящи проблемни траектории, невроповеденчески проучвания и растящите познания за пластичността на мозъка и ролята на невропредавателите, и подчертава заключения от действия, съобщени от държавите-членки.

Деца с поведенчески проблеми като съпътстващ дефицит на концентрация (хиперактивност) и поведенческо разстройство са изложени на висок риск от развиване на проблемна употреба на вещества. Ранното лекуване на деца с поведенчески заболявания изисква тясно сътрудничество между медицински, социални и младежки услуги. Германската „концепция за многомодулно лечение“, например, предлага комбинация от консултации за родители и попечители; едновременна медицинска, психотерапевтична и психосоциална помощ и образователна помощ в детските градини или училищата. Ирландският подход за целево обучение и психологически консултации за млади хора, особено от гледна точка на предотвратяването на проблеми, свързани с развитието в училищата, образователните институции и семейството, даде цялостни положителни резултати от оценяването. В Нидерландия проучване на дългосрочните превантивни ефекти от лечението на непристойно поведение при млади хора в средна детска възраст (8–13 години) констатира, че мануалната поведенческа терапия е показала значително по-добри последващи резултати при тютюнопушенето и употребата на канабис в сравнение с обикновеното лечение (Zonneville-Bender *et al.*, 2007).

### Наркотиците и уязвимите групи от млади хора — избран материал на ЕЦМНН за 2008 г.

Младите хора от определени групи рискуват социална изолация, което може да е свързано с повишен риск от употреба на наркотици и развиване на свързани с наркотиците проблеми. Чрез насочена намеса, създадена да намали употребата на наркотици и свързаните с тях вреди върху определени групи, може да се увеличи шанса за удовлетворяване на нуждите на тези групи, както и вероятността за успех на намесата.

Подобреният материал предлага задълбочена информация за рисковите фактори и профили на уязвимост на определени групи и разглежда употребата на наркотици и свързаните с тях проблеми сред тези групи. Разгледани са също така последиците от уязвимостта, като бягане от училище, неуспех на изпити, социална непривилегираност, проблеми в семейството и хулиганство. Обърнато е внимание и на специфичните ответни реакции към употребата на наркотици сред уязвимите групи, включително законодателни мерки, превенция и лечение.

[Този избран материал е наличен във версия за разпечатване и онлайн само на английски език (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/>.)]

### Ефикасност и рискове на действията

Употребата на наркотици сред деца и в семейства остава основният акцент в целевата превенция в Европа. Голям брой проучвания на социалните и невроповеденческите прекурсори за преминаване към употреба на вещества показват, че превантивни усилия, които не са насочени към наркотиците, също могат да имат ефект върху употребата на наркотици. Както специфичната, така и индикативната превенция може да намали ефекта от ранен проблем в развитието, неговото превръщане в социална маргинализация и последващото преминаване към злоупотреба с вещества. Няколко научноизследователски проучвания са показали, че действията, предприемани по време на ранните години в училище с цел подобряване на условията на образование и намаляване на социалната изолация, също имат смекчаващ ефект върху по-късната употреба на вещества (Toumbourou *et al.*, 2007).

Цялостната ефективност на превенцията в училищата е била поставена под въпрос (Coggans, 2006; Gorman *et al.*, 2007). Скорошен преглед на литературата <sup>(19)</sup>

обаче показва, че някои компоненти на превенцията в училищата, като поставянето на акцент върху нормативни убеждения и жизнени умения, изглеждат ефективни. Например проучването EU-Dap, европейски произволно контролиран експеримент, съфинансиран от Европейската комисия, предназначен за развиване и оценка на програма за превенция в училищата, отчете положителни резултати <sup>(20)</sup>. Последващо проучване констатира, че петнадесет месеца след провеждане на действието ефектът от програмата е останал стабилен, с намалена честота на случаите на нетрезво състояние и употреба на канабис, наблюдавани сред участниците. Програмата *Unplugged*, използвана в експеримента, постави под въпрос нормите за приемането и убежденията за разпространението на употребата на вещества сред младежта.

Превенцията трябва да е не само ефективна, но също и безопасна — нежеланите ефекти трябва да са сведени до минимум. Поради това рисковете от неблагоприятни ефекти трябва внимателно да се вземат предвид при проектиране и оценяване на действията. Това е от особено значение при универсалната превенция в училищата, която се прилага спрямо голяма и разнородна целева група. Например предоставянето на информация единствено за ефектите от наркотиците, широко разпространен подход в Европа, е не само неефективно, но може да носи рискове от нежелани ефекти (Werch and Owen, 2002). Същото важи за кампаниите по масмедията, които носят риск от повишаване на склонността към употреба на вещества <sup>(21)</sup>.

Един от начините да се гарантира, че програмите за превенция са основани на сведения и че рисковете от нежелани ефекти са намалени, е да се разработят стандарти за осъществяването и съдържанието на превантивните проекти. Броят на държавите-членки, съобщаващи стандарти за оформяне и оценка на проекти, се е увеличил от три през 2004 г. до девет през 2007 г. Няколко държави-членки съобщават, че разработват сертификационни процеси за гарантиране на качеството на програмите и ефикасната употреба на ресурси от обществени бюджети (Чешката република, Унгария, Полша, Португалия). В Чешката република например сертифицирането на дейностите по превенция е условие за получаване на субсидии от държавния бюджет.

<sup>(19)</sup> Вж. портала за най-добри практики (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

<sup>(20)</sup> <http://www.eudap.net>

<sup>(21)</sup> Вж. глава 3 от настоящия доклад и годишния доклад за 2007 г.

## Порталът на ЕЦМНН за най-добри практики

Тази година ЕЦМНН пусна първия модул от своя уебпортал за най-добри практики за дейности в областта на наркотиците (превенция, лечение, намаляване на вредите и социална реинтеграция). Порталът прави преглед на последните сведения около ефикасността и ефективността на различните дейности, като представя инструменти и стандарти, насочени към подобряване на качеството на дейностите, също така подчертава примери на оценени практики от различни краища на Европа. Той е насочен към практикуващи лекари, политици и изследователи в областта на наркотиците и има силен общоевропейски акцент.

Първият модул на портала акцентира върху универсалната превенция, по-специално върху сведенията за ефикасността, които са основани на няколко прегледа, публикувани от 2000 г. насам. За подробности относно констатациите вж. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

Порталът предоставя информация за ефикасността на различни дейности, но следва да се отбележи, че фактологичната база понякога остава ограничена и избирането между различни дейности изисква повишено внимание. Освен това, тъй като ефикасността на програмите се измерва от контролирани експерименти, представянето на някои дейности в различни обстановки остава неясно. Новото издание на базата данни EDDRA, налично в портала, включва примери за оценени дейности в различни държави и обстановки и може да предостави допълнителни указания.

## Лечение

Настоящият раздел има за цел да направи обзор на лечението за употребата на наркотици в Европа, като опише организирането и предоставянето на услуги.

### Организиране

Като цяло услугите за лечение за употреба на наркотици се предоставят предимно чрез публичния сектор в държавите-членки на ЕС, въпреки че неправителствени организации (НПО) могат да играят равностойна роля (седем държави-членки) или дори могат да са основният доставчик на услуги за лечение (пет държави-членки). Общопрактикуващите лекари също играят важна роля, като в някои държави те са ключови доставчици на субституираща терапия. Частният сектор също може да участва в някои държави, предимно при лечението в домашна обстановка. Въпреки това финансирането на лечението за употребата на наркотици се предоставя

предимно от обществения портфейл или е свързано със социалното или здравното осигуряване.

### Предоставяне

Лечението за употребата на наркотици се провежда в различни обстановки, включително в амбулаторни и стационарни лечебни центрове, от общопрактикуващи лекари, в агенции с ниско прагово равнище на достъп и в места за лишаване от свобода. Амбулаторните центрове, включително общопрактикуващите лекари, съставляват по-голямата част от лечението за употреба на наркотици в Европа, основно защото субституиращата терапия обикновено се предоставя именно в такива условия. Употребяващите наркотици, които постъпват на лечение в амбулаторни условия, са на възраст средно около 30 години и са предимно мъже според последните данни от показателя за потърсено лечение <sup>(22)</sup>. Около една трета от тях сами се подлагат на лечение, 22 % биват подложени на лечение от наказателната правосъдна система, като тази стойност расте през последните години, а останалите постъпват на лечение посредством социални и здравни услуги или чрез неформални мрежи <sup>(23)</sup>.

Половината от пациентите, постъпващи на лечение в амбулаторни условия, са съобщили за употребата на опиати като основен проблемен наркотик, докато 21 % са посочили канабиса и 16 % – кокаина като основния проблемен наркотик, който употребяват. Увеличението на дела на пациентите, и по-специално на новите пациенти, насочени към лечение за проблеми с неопиатни наркотици, може да отразява подобрения в достъпа до лечение за употребяващи канабис и кокаин в няколко държави-членки, както и увеличение на броя пациенти, търсещи лечение за тези наркотици (вж. глави 3 и 5). Въпреки това цялостната достъпност на услугите, конкретно насочени към нуждите на употребяващите неопиатни наркотици, остава ограничена.

Лечението в стационарни центрове се провежда предимно в терапевтични комуни, психиатрични болнични заведения и специализирани отдели на многопрофилни болници. Предоставяните услуги варират от краткотрайна детоксификация до продължителни психиатрични и основани на абстиненция програми за лечение. Болничните услуги в домашна обстановка могат да са особено подходящи за употребяващи наркотици, които се нуждаят от комплексно лечение поради наличие на съпътстващи физически и умствени заболявания.

<sup>(22)</sup> Вж. таблици TDI-10 (част iii) и TDI-21 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(23)</sup> Вж. таблица TDI-16 в статистическия бюлетин за 2008 г.

Пациентите на стационарно лечение обикновено са подобни на тези на амбулаторно лечение: на възраст около 30 години, предимно мъже и постъпващи на лечение за употреба на опиати като основен проблемен наркотик <sup>(24)</sup>. Въпреки това делът на пациентите на лечение за употреба на наркотици, които са безработни и нямат постоянно жилище, е по-висок сред пациентите на стационарно лечение, отколкото сред тези на амбулаторно лечение, в повечето държави, където е възможно сравнение <sup>(25)</sup>.

В миналото услугите за лечение за употреба на наркотици са били организирани около нуждите на употребяващите опиати, които все още представляват основната група пациенти на лечение. В повечето държави-членки субституиращата терапия, съчетана с психосоциални грижи, се е превърнала в предпочитания избор за употребяващите опиати. С въвеждането на лечението с високи дози бупренорфин в Кипър през 2007 г. субституиращата терапия сега е достъпна във всички държави-членки и в Хърватия и Норвегия <sup>(26)</sup>. В Турция субституиращата терапия все още не е въведена, въпреки че е разрешена с регламент от 2004 г. относно лечебните центрове. След метадона бупренорфинът е вторият най-често предписван заместител на опиати и употребата му при лечение на зависимост от опиати се е увеличила през последните години (вж. глава 6). Сега той е достъпен като възможност за лечение във всички държави-членки без България, Унгария и Полша. За 2006 г. е изчислено, че 600 000 употребяващи опиати са получили субституираща терапия в Европа, като 16 от 22 държави, които предоставят данни за това, са съобщили за увеличение спрямо предходната година.

## Намаляване на вредите

Превенцията и намаляването на вредите, свързани с употребата на наркотици, са цел на общественото здравеопазване във всички държави-членки и в стратегията и плана на ЕС за действие в областта на наркотиците (European Commission, 2007a). Основните дейности в тази област включват опиятна субституираща терапия и програми за размяна на игли и спринцовки, които са насочени към смъртните случаи от свръхдоза и разпространението на инфекциозни заболявания. Тези мерки са съобщени като достъпни във всички държави без Турция (вж. също глави 6 и 8) и, макар и да съществуват значителни разлики в обхвата и равнищата на предоставянето на услуги, общата европейска

тенденция е тази на увеличаване и консолидация на мерките за намаляване на вредите.

В допълнение повечето държави предоставят редица здравни и социални услуги чрез агенции с ниско прагово равнище на достъп. Въпреки това някои държави съобщават, че прилагането на мерки за намаляване на вредите се е забавило поради липса на политическа воля. Разширяването на услугите с ниско прагово равнище на достъп и субституиращата терапия в Гърция са били забавени; програмите за игли и спринцовки в Румъния и Полша бяха съкратени през 2006 г. след преустановяване на външно финансиране; единствената програма за размяна на игли и спринцовки в Кипър не е официално одобрена. В Унгария, където програмите за игли и спринцовки и работа на място са се увеличавали, проучване сред хората, които не са на лечение, сочи, че предоставянето все още е недостатъчно и бариерите за достъп са високи.

Поради специфичния профил на балтийските държави и Румъния по отношение на ХИВ/СПИН международните донори продължават да играят важна роля в тези държави. Финансова помощ за дейностите по намаляване на вредите се предоставя от глобалния фонд „Програма за борба срещу СПИН, малария и туберкулоза“, докато в Естония, Литва и Латвия Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC) наскоро започна проекта „Превенция на ХИВ/СПИН и грижи за инжекционно употребяващите наркотици и в местата за лишаване от свобода“.

Накрая, някои държави-членки наскоро забелязаха последиците от въвеждането на дейности по намаляване на вредите. Във Франция наблюдаваният спад в смъртността сред употребяващите наркотици съвпадна с въвеждането на тройни антивирусни терапии, разработването на политика за намаляване на вредите и достъпността на опиятни субституиращи терапии; в Испания намаляващият брой на инжекционно употребяващите, съчетан с лесния достъп до метадонова поддържаща терапия, беше свързан със спад в инфекциозните заболявания и смъртните случаи поради употреба на наркотици сред употребяващите наркотици (De la Fuente *et al.*, 2006); в Португалия пък наличните данни показват стабилизиране на случаите на инфекциозни заболявания, което вероятно може да се дължи отчасти на увеличение на достъпността на ответни действия за намаляване на вредите и лечение.

<sup>(24)</sup> Вж. таблици TDI-10 (част vii) и TDI-21 (част iv) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(25)</sup> Вж. таблици TDI-13 и TDI-15 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(26)</sup> Вж. таблици HSR-1 и HSR-2 в статистическия бюлетин за 2008 г.

## Социална реинтеграция

Употребяващите наркотици, които са на лечение, често съобщават за високи равнища на безработица и бездомно положение. Тези проблеми обикновено са по-разпространени сред специфични групи, употребяващи наркотици, по-специално жени, лица, употребяващи хероин и крех, тези, принадлежащи към етнически малцинства, и тези със съпътстващи психични разстройства.

Социалната реинтеграция е призната като съществен компонент на обширните стратегии в областта на наркотиците и може да се прилага по време на всеки етап от употребата на наркотици и в различни обстановки. Целите на дейностите за социална реинтеграция могат да се постигнат чрез изграждане на капацитет, подобряване на социалните умения, мерки за улесняване и насърчаване на заетостта и за получаване или подобряване на жилище. На практика услугите за реинтеграция могат да предлагат професионални консултации, намиране на работа и предоставяне на помощи за жилище, докато дейностите в местата за лишаване от свобода могат да свързват затворници с жилищни комуни и услуги за социална помощ при подготвяне на тяхното освобождаване.

Бездомното положение, заедно с живота в непостоянни жилища, е една от най-тежките форми на социална изолация, пред която са изправени употребяващите наркотици, и засяга около 10 % от употребяващите наркотици, които са постъпили на лечение през 2006 г. <sup>(27)</sup>. Макар и да се предоставят помощи за жилище на пациенти на лечение за употреба на наркотици в много държави, също така са били документирани и случаи на недостиг, като две държави съобщават, че за употребяващите наркотици е трудно да получат достъп до общите услуги за бездомни, които традиционно се използват от проблемно употребяващите алкохол (Ирландия, Италия). Нови мерки, които могат да помогнат при задоволяването на нуждите от настаняване на употребяващите наркотици, в момента се предприемат в три държави (Белгия, Дания, Нидерландия), които съобщават, че услугите за бездомни, дълготрайно употребяващи наркотици, се централизират и че се отварят специализирани домове за грижи за употребяващи наркотици с проблемно поведение или съпътстващи заболявания.

Подпомагането на пациенти на лечение за употреба на наркотици при намирането на работа е ключов елемент

на социалната реинтеграция, като един на всеки двама пациенти, постъпващи на лечение, е безработен <sup>(28)</sup>. Нови подходи за подпомагане на пациенти при намирането и задържането на работа се съобщават като успешни, като те включват: „схеми за наставничество“, субсидирани работни места (от 2006 г. и в Литва) и специално напътстване на работодатели и служители, както това се извършва по проекта „Готови за работа“ в Ирландия, или различни „агенции за работа и социални агенции“ в Чешката република.

## Здравеопазване и социални грижи в местата за лишаване от свобода

Местата за лишаване от свобода представляват важна обстановка за предоставянето на здравни и социални услуги на употребяващите наркотици. Данните за употребата на наркотици и употребяващите наркотици в европейски затвори в настоящия раздел са разгледани заедно с актуална информация за предоставянето на услуги на лишените от свобода, употребяващи наркотици, и нови закони относно лечение за употреба на наркотици в местата за лишаване от свобода.

### Употреба на наркотици

Данни от разнородни проучвания продължават да показват свръхпредставителството на употребяващи наркотици в европейски затвори в сравнение с общото население. Проучвания, проведени между 2001 г. и 2006 г., показват, че делът на затворниците <sup>(29)</sup>, които съобщават, че поне веднъж са употребили незаконен наркотик, варира значително между групите, лишени от свобода, центровете за задържане под стража и отделните държави от една трета или по-малко (България, Унгария, Румъния) до над 50 % при повечето проучвания и до 84 % в женски затвор в Англия и Уелс. Канабисът остава най-често съобщаваният незаконен наркотик сред затворниците, като разпространението на употребата някога през живота достига 78 %. Въпреки че приблизителните оценки за употреба някога през живота на други вещества могат да са с много ниски стойности в някои места за лишаване от свобода (до 1 %), някои проучвания констатират равнища на разпространение на употребата някога през живота от порядъка на 50–60 % за хероин, амфетамини или кокаин сред затворници <sup>(30)</sup>. Най-опасните форми на употреба на наркотици също могат да са съсредоточени сред затворниците, като според някои проучвания повече от една трета от запитаните

<sup>(27)</sup> Вж. таблица TDI-15 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(28)</sup> Вж. таблица TDI-20 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(29)</sup> Терминът „затворници“ е използван тук в широк смисъл и включва както временно задържани, така и осъдени, лишени от свобода лица.

<sup>(30)</sup> Вж. таблица DUP-1 в статистическия бюлетин за 2008 г.

са употребявали наркотици чрез инжектиране някога през живота си <sup>(31)</sup>.

Фактът, че до повечето затвори достигат наркотици въпреки всички предприемани мерки за намаляване на предлагането на наркотици, е признат както от експерти по местата за лишаване от свобода, така и от политици. Според проучвания, проведени между 2001 г. и 2006 г. в Европа, между 1 % и 56 % от лишените от свобода съобщават, че са употребявали наркотици в рамките на затвора, и до една трета от тях са употребявали наркотици чрез инжектиране, докато са били в ареста <sup>(32)</sup>. Това поражда опасения за евентуално разпространение на инфекциозни заболявания, по-специално във връзка със споделянето на приспособления за инжектиране.

Лишените от свобода в Европейския съюз са над 607 000 <sup>(33)</sup>, като е изчислено, че над 860 000 души годишно преминават през затворите. В повечето държави делът на лишените от свобода, осъдени за нарушения на законодателството в областта на наркотиците, е в рамките на 10–30 %. От наличните данни може да се изчисли, че над 400 000 души с минал или настоящ опит в употребата на незаконни наркотици преминават през затворите на ЕС всяка година. Сред тях пък има значителен брой проблемно употребяващи наркотици. Нуждите от здравеопазване на тази голяма група от бивши и настоящи употребяващи наркотици в европейски затвори до голяма степен ще се определят от здравните проблеми, свързани с употребата на наркотици, особено инфекциозни заболявания като хепатит В и С и ХИВ/СПИН (вж. глава 7).

### Здравеопазване

Отговорността за здравеопазване в местата за лишаване от свобода в повечето държави носи съответното министерство на правосъдието. Въпреки това се наблюдава промяна, като в нарастващ брой европейски държави отговорността е била прехвърлена на здравната система (Франция, Италия, Англия и Уелс в Обединеното кралство, Норвегия). В Испания се предоставят всеобхватни услуги за употребяващите наркотици във всички места за

лишаване от свобода според плана за действие на националната стратегия в областта на наркотиците (2000–2008) и въз основа на протокол за сътрудничество между Министерството на здравеопазването и Министерството на вътрешните работи, подписан през 2005 г. В други държави, с цел отговаряне на нуждите на растящия брой затворници употребяващи наркотици, затворите са установили сътрудничество с обществени здравни услуги и специализирани неправителствени агенции в общността, работещи в областта на наркотиците.

Действията, насочени към затворници, употребяващи наркотици, са се разширили в Европейския съюз. За разлика от ситуацията преди пет години сега повечето държави съобщават за дейности в следните области: информация за наркотиците и превенция; изследване за инфекциозни заболявания и имунизации; и лечение на наркозависимост, включително субституираща терапия. Освен това тези дейности са станали по-широко достъпни в държавите. Субституираща терапия, базирана в местата за лишаване от свобода, е официално достъпна във всички държави без България, Естония, Латвия, Литва, Кипър, Словакия и Турция, въпреки че в много държави цялостната достъпност на тази възможност за лечение е ограничена. Към момента Испания е единствената европейска държава, която предоставя широка гама от мерки за намаляване на вредите в местата за лишаване от свобода.

През 2006 г. само четири държави-членки съобщиха социодемографски данни и информация за моделите на употреба на наркотици от затворниците на лечение за употреба на наркотици чрез техните национални системи за наблюдение на лечението. Постъпващите на лечение във Франция, Кипър и Словакия най-често посочват опият, обикновено хероин, като основен проблем наркотик; в Швеция употребата на амфетамин като основен проблем наркотик е главната причина за постъпване на лечение в местата за лишаване от свобода, което до голяма степен отразява моделите на проблемна употреба на наркотици в държавата.

<sup>(31)</sup> Вж. таблица DUP-2 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(32)</sup> Вж. таблици DUP-3 и DUP-4 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(33)</sup> Годишна наказателноправна статистика на Съвета на Европа (SPACE) въз основа на проучване сред лишените от свобода към 1 септември 2006 г.



### **Ново законодателство в областта на лечението за употреба на наркотици в местата за лишаване от свобода**

През 2006 г. и началото на 2007 г. шест държави преработиха своите законодателни рамки и ръководни принципи, засягащи правото на лечение за употреба на наркотици на лишените от свобода.

Директива от 2006 г. от министъра на правосъдието в Белгия гласи, че лишените от свобода имат правото на същия обхват от възможности за лечение, които са налични за хората извън затворите. Междувременно нови ръководни принципи за обслужване в затворите в Ирландия подчертават здравния стандарт за лечебни услуги, които следва да са сравними с тези, предлагани в общността, като същевременно са подходящи за обстановката в затворите.

Промяна в закона от януари 2007 г. в Дания предоставя на лишените от свобода, употребяващи наркотици, право на безплатно лечение за тяхната употреба на наркотици. В закона се посочва, че при нормални обстоятелства лечението следва да започне в рамките на 14 дни, след като затворникът го поиска от Датската служба за лишаване от свобода и пробация. Въпреки това такава право липсва, ако се очаква нарушителят да бъде

освободен в рамките на три месеца или ако той се счита за неподходящ или немотивиран за лечение.

Нова законова база за осигуряване на субституираща терапия в затворите беше създадена в Румъния през май 2006 г. с обща заповед на министрите на правосъдието, общественото здравеопазване и администрацията и вътрешните работи във връзка с продължаването на интегрираните медицински, психологични и социални помощни програми за лишените от свобода.

Циркулярно писмо от Министерството на правосъдието и Министерството на здравеопазването и социалните въпроси в Норвегия през 2006 г. укрепи сътрудничеството между двата сектора, целяйки подобрене в последващите действия по време на и след излежаване на присъдите. По-специално закон от 2006 г. в Словакия разреши предоставянето на психологични услуги на временно задържани, употребяващи наркотици, които страдат от симптоми, характерни при прекратяване на употребата. Целта на този закон е да осигури такива услуги на употребяващите наркотици в момента, когато те са най-необходими, по време на принудителното прекратяване на употребата незабавно след влизане в ареста. Той също създаде законодателна рамка за подпомагане на съществуващите отдели за специално лечение за осъдени лица, употребяващи наркотици.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

## Глава 3

### Канабис

#### Въведение

Европейската ситуация по отношение на канабиса се е променила значително през последното десетилетие, заедно с дебата относно това как да се отговори адекватно на широкоразпространената употреба на този наркотик. В началото и средата на 90-те години няколко държави се откриха с по-високо разпространение, докато европейската норма се изразяваше в равнища на употреба, които от днешна гледна точка изглеждат ниски. В почти всички държави употребата на канабис се е увеличила през 90-те години и началото на новия век, като това е довело до много по-малко разнородна европейска ситуация днес, ако въобще все още има разлики между държавите. Освен това през последните няколко години се наблюдава нарастващо разбиране на последиците за общественото здраве от дълготрайната и широкоразпространена употреба на този наркотик, както и повишаване на отчитаните равнища на търсене на лечение за проблеми, свързани с употребата на канабис. Европа може да преминава към нов етап, тъй като данните показват стабилизиране и дори намаляване на употребата. Въпреки това равнищата на употреба остават високи по исторически стандарти, а откриването на ефективно ответно действие срещу употребата на канабис остава ключов въпрос в европейския дебат за наркотиците.

#### Предлагане и достъпност

##### Производство и незаконна търговия

Канабисът може да се отглежда в разнообразни среди и се среща като диво растение в много части на света, като в момента се счита, че растението се култивира в 172 държави и територии (UNODC, 2008) <sup>(34)</sup>. Тези факти, взети заедно, означават, че приблизителна оценка на световното производство на канабис с достатъчна точност е трудна за изчисляване. Последната стойност на Службата на

ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC) за производство на сушен канабис в световен мащаб е в размер на 41 600 т (2006), от които повече от половината идват от Северна и Южна Америка и близо една четвърт от Африка (UNODC, 2008).

Широкоразпространеното култивиране на канабис също означава, че значителен дял от незаконната търговия вероятно е вътрешнорегионална. Такъв е случаят с част от сушения канабис в Европа, където в допълнение към домашното производство <sup>(35)</sup> Албания и Нидерландия са били забелязани като държави-източници (национални доклади от мрежата Reitox). Сушеният канабис в Европа също е определян като внасян от други части на света, включително: Западна и Южна Африка (Нигерия, Ангола), Югоизточна Азия (Тайланд), Югозападна Азия (Пакистан) и Северна и Южна Америка (Колумбия, Ямайка) (CND, 2008; Europol, 2008).

Световното производство на канабисова смола беше оценено на 6000 т за 2006 г., намаляло от 7500 т за 2004 г. (UNODC, 2007), като Мароко остава основният международен производител. Площта за производство на канабисова смола е намаляла от 134 000 ха през 2003 г. до 76 400 ха, произвели 1066 т през 2005 г. (UNODC and Government of Morocco, 2007). За производство на смола се съобщава също в Афганистан, където се наблюдава бързо увеличение, Пакистан, Индия, Непал и централноазиатски и други държави от ОНД (UNODC, 2008). Канабисовата смола, произвеждана в Мароко, обикновено се внася контрабандно в Европа през Иберийския полуостров (Europol, 2008), като част от стоката се разпределя допълнително от Нидерландия.

##### Конфискации

През 2006 г. в световен мащаб бяха конфискувани 5230 т сушен канабис и 1025 т канабисова смола, като стойностите са по-ниски от върховете такива през 2004 г. Северна Америка продължава да е на първо място по конфискуван сушен канабис (58%),

<sup>(34)</sup> За информация относно източниците на данни за предлагане и достъпност на наркотици вж. карето „Достъпност и предлагане на наркотици“ на стр. 42

<sup>(35)</sup> Вж. карето „Производство на канабис в Европа“, стр. 43.

докато количествата конфискувана смола остават съсредоточени в Западна и Централна Европа (62 %) (UNODC, 2008).

В Европа през 2006 г. бяха извършени приблизително 177 000 конфискации на сушен канабис, възлизащи на 86 т<sup>(36)</sup>. Обединеното кралство е държавата-членка на ЕС, съобщаваща за най-много конфискации на сушен канабис, въпреки че за 2006 г. все още няма данни. Турция събщи за конфискации на рекордни количества сушен канабис през 2006 г. Броят на конфискациите на сушен канабис в Европа бележи траен ръст от 2001 г. насам, като същевременно е имало цялостно намаление на конфискуваните количества до 2005 г., а в последните данни се забелязва увеличение.

Конфискациите на канабисова смола в Европа надвишават конфискациите на сушен канабис както от гледна точка на брой, така и на количество: два пъти повече конфискации (325 000) и осем пъти по-голямо заловено количество (713 т). Повечето конфискации на смола продължават да се съобщават от Испания (която допринесе за около половината от всички конфискации и за около две трети от количествата, заловени през 2006 г.), следвана на разстояние от Франция и Обединеното кралство. След период на стабилизиране от 2001 г. до 2003 г. броят на конфискациите на канабисова смола в Европа се увеличава, докато заловените количества растяха до 2003–2004 г., но след това започнаха да намаляват.

През 2006 г. приблизително 10 500 конфискации в Европа доведоха до изземването на около 2,3 млн. растения канабис<sup>(37)</sup> и 22 т растения канабис (64 % в Испания). След постоянно увеличение от 2001 г. насам броят на конфискациите на растения канабис се стабилизира през 2006 г.<sup>(38)</sup> След рязък спад през 2002 г. от рекордни конфискувани количества през 2001 г., броят на растенията, конфискувани в Европа, се е увеличавал, въпреки че се стабилизира през 2006 г. на половината спрямо броя, отчетен за 2001 г. През същия петгодишен период количеството конфискувани растения канабис в Европа, отчетено в килограми, показва постоянно увеличение, ускоряващо се през 2006 г. поради рекордни конфискации в Литва.

## Достъпност и предлагане на наркотици — данни и източници

Систематичната и рутинна информация за описване на пазарите и търговията с незаконни наркотици все още е ограничена. Приблизителните оценки за производството на хероин, кокаин и канабис се получават от оценки на обработваната земя, основани на събиране на проби на място (от земята) и въздушни и сателитни снимки. Тези оценки са обвързани с някои важни ограничения, например с различия в стойностите на реколтите или с трудностите при наблюдаване на култури, които не се отглеждат в ограничени географски райони, като канабиса например.

Конфискациите на наркотици често се считат за непряк показател на предлагането, каналите за незаконна търговия и достъпността на наркотиците; въпреки това те също отразяват приоритети, ресурси и стратегии на правоприлагането, уязвимостта на трафикантите и практики в отчитането. Данните за чистотата или силата на действие и цените на дребно на незаконните наркотици също могат да се анализират с цел разбиране на пазарите на дребно на наркотици. Въпреки това достъпността на този вид данни може да е ограничена и може да има съмнения около надеждността и сравнимостта на тези данни. Разузнавателна информация от правоприлагащи органи може да помогне за по-пълно представяне на картината.

ЕЦМНН събира национални данни за конфискациите на наркотици, чистотата и цените на дребно в Европа. Други данни за предлагането на наркотици идват предимно от информационните системи на Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC) и анализи, допълнени от информация от Европол. Информация за прекурсорите за наркотици се получава от Международния съвет за контрол на наркотиците към ООН (INCB), който участва в международни инициативи за предотвратяване на отклоняването на химически вещества-прекурсори, използвани в производството на незаконни наркотици.

Тъй като много части на света не разполагат с мощни информационни системи, свързани с предлагането на наркотици, някои от оценките и други отчетени данни, макар и да представят най-добрите налични приблизителни стойности, трябва да се тълкуват с повишено внимание.

## Сила на действие и цена

Силата на действие на продуктите от канабис се определя от съдържанието на делта-9-тетрахидроканабинол (THC), който е основната активна съставка. Силата на действие на канабиса

<sup>(36)</sup> Данните за европейските конфискации на наркотици, споменати в настоящата глава, могат да бъдат открити в таблици SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 и SZR-6 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(37)</sup> Тъй като Турция събщи за липса на конфискации на растения канабис през 2005 г. и 2006 г. след съобщаване на високи равнища на конфискации на този материал за периода 2001–2004 г., тя беше изключена от европейския анализ.

<sup>(38)</sup> Тази картина не е окончателна, тъй като данните за Обединеното кралство, държавата събщила за най-много конфискации на растения канабис през 2005 г., все още не са налични за 2006 г.

варира значително между отделните държави и в рамките на самите държави, както и между различните проби и продукти от канабис. Поради няколко методологически причини тълкуването на данните в тази област е трудно и степента, до която анализирания конфискация отразяват целия пазар, е под въпрос. Според изследвания домашно произведеният канабис при интензивни условия обикновено е с по-голяма сила на действие. През 2006 г. отчетеното съдържание на ТНС в пробите смоли варираше от 2,3 % до 18,4 %, докато това в сушения канабис варираше от под 1 % до 13 %. През периода 2001–2006 г. силата на действие на смолата и сушения канабис остана стабилна или спадна в много от 16-те европейски държави, предоставящи достатъчно данни; въпреки това бяха забелязани възходящи тенденции за вносната канабисова смола в Нидерландия и за сушения канабис в седем други държави. Приблизителни оценки на силата на действие на сушения канабис местно производство от няколко години са налични само за Нидерландия, която съобщи за спад до 16,0 % през 2006 г. от върхова стойност от 20,3 % през 2004 г. <sup>(39)</sup>.

Типичните цени на дребно за сушен канабис и канабисова смола варираха от 2 евро до 14 евро за грам, като повечето европейски държави съобщиха цени в диапазона 4–10 евро и за двата продукта. През периода 2001–2006 г., с изключение на Белгия и Германия, беше съобщено за спад в цените на дребно на канабисова смола (коригирани спрямо инфлацията). Наличните данни от повечето държави говорят за по-стабилно положение при цените на сушения канабис през този период, с изключение на Германия и Австрия, където бяха отбелязани признаци на ръст в цените.

## Разпространение и модели на употреба

### Сред общото население

По приблизителни оценки над 70 млн. европейци, което е над една пета от всички хора на възраст между 15 и 64 години (вж. таблица 2 за обзор на данните), са употребили канабис поне веднъж (разпространение на употребата някога през живота). Макар и да съществуват значителни разлики между държавите, като националните стойности варират от 2 % до 37 %, половината от държавите съобщават за стойности в диапазона 11–22 %.

Много държави съобщават за сравнително високо разпространение на употребата на канабис за последната година и последния месец. По

## Производство на канабис в Европа

Важността на проблема с домашното производство на канабис се е повишила през последните години в Европа, отразявайки факта, че сега повечето европейски държави съобщават за местно отглеждане на канабис и няколко значителни конфискации на канабисови растения. Според сведения канабисът, отглеждан в Европа, идва както от закрити съоръжения, където растението често се отглежда интензивно, така и от открити насаждения. Размерът на насажденията варира в широки граници в зависимост от мотивацията и ресурсите на производителя, от няколко растения за лична употреба до няколко хиляди в големите обекти, предназначени за търговски цели.

Наличната информация е разпокъсана и не позволява изготвянето на точна оценка на степента на отглеждане на канабис в Европа. Въпреки това сведения от няколко държави сочат, че тя вече не може да се разглежда като маргинална. Например проучвания сред френското население през 2005 г. изчислиха, че около 200 000 души са отглеждали канабис поне веднъж през живота си. Според сведенията над 1500 „ферми за канабис“ в Обединеното кралство със средно 400 растения на обект са били затворени от полицията в Лондон през 2005–2006 г. (Daly, 2007) и повечето от предлагания сега сушен канабис се счита или за местно производство, или за произведен в други европейски държави. В Нидерландия отглеждането на канабис също е широко разпространено в някои части на държавата, като през 2005 г. и 2006 г. общо са били разкрити приблизително 6000 места за отглеждане.

Производството на канабис като че ли е претърпяло рязко увеличение от началото до средата на 90-те години в някои западноевропейски държави, отчасти вследствие на реакцията на употребяващите канабис срещу очакваното лошо качество и високата цена на вносната смола, която тогава е била най-широко употребяваният продукт от канабис. Изглежда, че в някои държави по-голямата част от употребяващите сега употребяват домашно произвеждан сушен канабис. Това частично заместване на вносната смола с домашно произвеждания сушен канабис беше възможно поради напредък в знанията и технологиите за растениевъдство (за максимизиране на добивите и избягване на разкриване) (Hough *et al.*, 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Местно произвежданият канабис също има предимство за производителя, че не се нуждае да бъде прекарван през национални граници.

приблизителни оценки около 23 млн. европейци са употребявали канабис през последната година, което средно възлиза на около 7 % от всички хора на възраст между 15 и 64 години. Приблизителните оценки за употребата през последния месец обхващат лицата, които употребяват наркотика по-редовно дори когато това не става непременно по интензивен начин

<sup>(39)</sup> Вж. таблици PPP-1 и PPP-5 в статистическия бюлетин за 2008 г. за данни за силата на действие и цените.

## Проучвания сред населението: важен инструмент за изучаване на моделите и тенденциите при употребата на наркотици в Европа

Употребата на наркотици сред общото население или учениците може да се измери чрез представителни проучвания, които предоставят оценки на дела на хората, които съобщават за употреба на конкретни наркотици през определени периоди от време. Проучванията също предоставят полезна контекстуална информация за моделите на употреба, социо-демографските характеристики на употребяващите наркотици и схващанията за рисковете и достъпността <sup>(1)</sup>.

ЕЦМНН в тясно сътрудничество с национални експерти разработи набор от общи ключови позиции („Европейски примерен въпросник“ (ЕПВ), който да бъде ползван при проучванията сред възрастни. Сега този протокол е приложен в повечето държави-членки на ЕС <sup>(2)</sup>. Все пак има някои различия между държавите по отношение на използваната методология и годината на събиране на данните, което означава че дребните различия, по-специално тези между държавите, трябва да се тълкуват предпазливо <sup>(3)</sup>.

Тъй като провежданите проучвания са скъпи, малко европейски държави събират данни всяка година, макар че много от тях събират данни на интервали от две до четири години. Данните, предоставени в настоящия доклад, се основават на най-новите проучвания във всяка

държава, с които разполагаме, които в повечето случаи са извършени в периода между 2004 г. и 2007 г.

От трите стандартни времеви периода, използвани за отчитане на данни от проучвания, този за разпространението на употребата някога през живота е най-широк. Тази мярка не отразява текущата ситуация с употребата на наркотици сред възрастните, но е полезна за отчитане сред ученици и предоставяне на задълбочена информация за моделите на употреба и обхвата. При възрастните акцентът е поставен върху последната година и последния месец на употреба <sup>(4)</sup>. Идентифицирането на тези, които редовно употребяват наркотици или имат проблеми с употребата на наркотици, е важно и в тази посока се извършва напредък с разработването на съкратени скали за оценка на по-интензивни форми на употреба сред общото население, възрастните и учениците (вж. карето за разработване на психометрични скали в годишния доклад за 2007 г.).

<sup>(1)</sup> Повече информация за методологията на проучванията е налична в статистическия бюлетин за 2008 г. (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

<sup>(2)</sup> Достъпен на адрес: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

<sup>(3)</sup> За повече информация относно националните проучвания вж. таблица GPS-121 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(4)</sup> Стандартните възрастови групи на ЕЦМНН са: всички възрастни лица (15–64 години) и младите (15–34 години). Настоящият доклад използва понятията „разпространение на употребата някога през живота или употреба някога през живота“, „употреба през изминалата година“ и „употреба през изминалия месец“ и, понякога, по-разговорните съответстващи термини „опит някога през живота“, „скорошна употреба“ и „текуща употреба“.

(вж. по-долу). По приблизителни оценки 12,5 млн. европейци са употребявали наркотици през последния месец, което представлява средно около 4 % от всички на възраст между 15 и 64 години.

### Употреба на канабис сред младите хора

Употребата на канабис е съсредоточена в голяма степен сред младите хора (15–34 години), като най-високите равнища на употреба обикновено се съобщават за хора на възраст между 15 и 24 години. Такъв е случаят в почти всички европейски държави с изключение на Белгия, Кипър и Португалия <sup>(40)</sup>.

Според информация от проучвания сред населението средно 31 % от младите европейци (на възраст 15–34 години) са употребявали канабис, като 13 % са употребили наркотици през последната година и 7 % са го употребили през последния месец. По приблизителни оценки дори по-голям дял от европейците на възраст между 15 и 24 години са употребявали канабис през последната година (17 %) или последния месец (9 %), въпреки че средно сравнително по-малка част от представителите

на тази възрастова група са опитвали наркотици (30 %). Оценка за националното разпространение на употребата на канабис варира значително между държавите при всички измерватели на разпространението, като държавите в горния край на скалата съобщават стойности до 10 пъти над тези на държавите с най-ниско разпространение.

Употребата на канабис е по-висока сред мъжете, отколкото сред жените (вж. подбрания материал за половите различия за 2006 г.), макар и да се наблюдават различия между държавите. Например съотношението на мъжете към жените в държавите, предоставящи данни за употребата на канабис през последната година, варираше от 6,4 мъже на една жена в Португалия до 1,3 мъже на една жена в Италия.

### Употреба на канабис сред учениците

След тютюна и алкохола канабисът също продължава да бъде най-често употребяваното психоактивно вещество от учениците.

Равнището на употребата на канабис някога през живота сред 15- и 16-годишните ученици може

<sup>(40)</sup> Вж. фигура GPS-1 в статистическия бюлетин за 2008 г.

### Скорешни проучвания сред ученици

Проучването „Здравното поведение при децата в училищна възраст“ (HBSC) е съвместно проучване на СЗО, което изследва здравето и здравното поведение при децата и включва въпроси за употребата на канабис сред 15-годишните ученици от 2001 г. Вторият кръг на това проучване с въпроси за употребата на канабис беше проведен между октомври 2005 г. и май 2006 г. с участието на 26 държави-членки на ЕС и Хърватия.

Четвъртият кръг на Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD) беше проведен през 2007 г. с участието на 25 държави-членки на ЕС, Хърватия и Норвегия. Това проучване изследва конкретно употребата на вещества сред ученици, които навършват 16 години през календарната година. Резултатите от последните проучвания ще бъдат публикувани през декември 2008 г.

Участието и в двете международни училищни проучвания, всяко от които се провежда веднъж на четири години, се увеличаваше с всеки кръг и сега включва повечето европейски държави.

Испания, Италия, Португалия, Словакия, Швеция и Обединеното кралство също съобщиха данни за употребата на канабис от техни собствени национални училищни проучвания през 2006 г.

да се използва за отразяване на скорешна или текуща употреба, тъй като първото опитване на това вещество често се случва около тази възраст. Данните от проучването от 2005–2006 г. на здравното поведение при децата в училищна възраст (HBSC) сред 15-годишни младежи показаха големи различия в разпространението на употребата на канабис някога през живота в 27-те държави. Приблизителни оценки на разпространението на употребата на канабис някога през живота на стойност под 10% бяха съобщени от пет държави; 11 държави съобщиха стойности между 10% и 20% и 11 държави между 21% и 31% (Currie et al., 2008) <sup>(41)</sup>. В тази възрастова група обикновено се съобщава за по-високо разпространение на употребата на канабис сред момчетата, отколкото сред момичетата, но разликата между половете в отчетеното разпространение е малка или дори липсва в някои от държавите с най-високи приблизителни оценки на разпространението.

По отношение на употребата някога през живота съществуват големи различия между държавите в оценките на употребата през последните 30 дни сред учениците. В някои държави това практически не се съобщава, докато в други около 15% от запитаните отговарят, че са употребили канабис през

последните 30 дни, като понякога сред мъжете се наблюдават дори по-високи стойности. Въз основа на данни, събрани от предишни проучвания на ESPAD (Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици), през 2003 г. около 3,5 млн. (22,1%) от учениците на възраст 15 и 16 години са употребили канабис поне веднъж през живота си в държавите-членки на ЕС заедно с Хърватия и Турция, а около 1,7 млн. (11%) са употребявали наркотика в месеца преди проучването.

### Международни сравнения

Европейските стойности могат да се сравняват с тези от други части на света. Например националното проучване за употребата на наркотици и здравето в Съединените щати (Samhsa, 2005) оцени разпространението на употребата на канабис някога през живота на 49% сред младежите (15–34 години, преизчислено от ЕЦМНН) и разпространението на употребата през последната година на 21%. За същата възрастова група разпространението на употребата на канабис някога през живота беше 58% и разпространението на употребата през последната година 28% в Канада (2004), докато в Австралия (2004) стойностите бяха 48% и 20%. Всички тези стойности надвишават съответстващите средни европейски стойности, които респективно са 31% и 13%.

### Модели на употребата на канабис

Наличните данни говорят за разнообразие от модели на употреба на канабис. От хората на възраст 15–64 години, които са употребявали канабис някога през живота си, само 30% са направили това през последната година <sup>(42)</sup>. Въпреки това от хората, употребили наркотика през последната година, средно 56% са го употребили и през последния месец.

Оценяването на интензивни и дълготрайни модели на употреба е важен въпрос за общественото здравеопазване. Ежедневна или почти ежедневна употреба (употреба през 20 или повече от последните 30 дни) може да бъде показател за интензивна употреба. През 2007–2008 г. бяха събирани данни за тази форма на употреба на канабис в Европа като част от „експеримент в реални условия“, координиран от ЕЦМНН в сътрудничество с национални експерти и фокусни центрове от мрежата Reitox в 13 държави. Въз основа на тези данни, макар и ограничени, може да се изчисли, че над 1% от всички възрастни европейци (над 4 млн.) употребяват канабис всеки ден или почти

<sup>(41)</sup> Вж. фигура EYE-5 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(42)</sup> Вж. фигура GPS-2 в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Таблица 2: Разпространение на употребата на канабис сред общото население — обзор на данните**

Възрастова група	Времеви период на употреба		
	Някога през живота	Изминалата година	Изминалия месец
<b>15–64 години</b>			
Изчислен брой употребяващи в Европа	71,5 млн.	23 млн.	12,5 млн.
Средна стойност за Европа	21,8%	6,8%	3,8%
Диапазон	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
Държави с най-ниско разпространение	Румъния (1,7%), Малта (3,5%), България (4,4%), Кипър (6,6%)	Малта (0,8%), България (1,5%), Гърция (1,7%), Швеция (2,0%)	Малта (0,5%), Швеция (0,6%), Литва (0,7%), България (0,8%)
Държави с най-високо разпространение	Дания (36,5%), Франция (30,6%), Обединеното кралство (30,1%), Италия (29,3%)	Италия, Испания (11,2%), Чешката република (9,3%), Франция (8,6%)	Испания (8,7%), Италия (5,8%), Обединеното кралство, Франция, Чешката република (4,8%)
<b>15–34 години</b>			
Изчислен брой употребяващи в Европа	42 млн.	17,5 млн.	10 млн.
Средна стойност за Европа	31,2%	13%	7,3%
Диапазон	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
Държави с най-ниско разпространение	Румъния (2,9%), Малта (4,8%), България (8,7%), Кипър (9,9%)	Малта (1,9%), Гърция (3,2%), Кипър (3,4%), България (3,5%)	Гърция, Литва, Швеция (1,5%), България (1,7%)
Държави с най-високо разпространение	Дания (49,5%), Франция (43,6%), Обединеното кралство (41,4%), Испания (38,6%)	Испания (20,3%), Чешката република (19,3%), Франция (16,7%), Италия (16,5%)	Испания (15,5%), Франция, Чешката република (9,8%), Обединеното кралство (9,2%)
<b>15–24 години</b>			
Изчислен брой употребяващи в Европа	20 млн.	11 млн.	6 млн.
Средна стойност за Европа	30,7%	16,7%	9,1%
Диапазон	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
Държави с най-ниско разпространение	Румъния (2,7%), Малта (4,9%), Кипър (6,9%), Гърция (9,0%)	Гърция, Кипър (3,6%), Швеция (6,0%), България, Португалия (6,6%)	Гърция (1,2%), Швеция (1,6%), Кипър, Литва (2,0%)
Държави с най-високо разпространение	Дания (44,2%), Чешката република (43,9%), Франция (42,0%), Обединеното кралство (39,5%)	Чешката република (28,2%), Испания (24,3%), Франция (21,7%), Обединеното кралство (20,9%)	Испания (18,6%), Чешката република (15,4%), Франция (12,7%), Обединеното кралство (12,0%)

Информацията е основана на последното проучване, налично за всяка държава. Годишните на проучванията варират от 2001 г. до 2007 г. Средното разпространение за Европа беше изчислено с претеглена средна стойност според представителите на съответната възрастова група във всяка държава. При държавите, за които липсваха данни, са използвани средните стойности на разпространение за ЕС. Групи от населението, използвани като основа: 15–64 години (328 млн.), 15–34 години (134 млн.) и 15–24 години (64 млн.). Обобщените тук данни са налични в „Проучвания сред общото население“ в статистическия бюлетин за 2008 г.



всеки ден. Повечето от тези употребяващи канабис, около 3 млн., са на възраст между 15 и 34 години, представлявайки приблизително 2–2,5 % от всички европейци в тази възрастова група <sup>(43)</sup>.

Тенденциите при интензивната употреба на канабис в Европа са трудни за оценяване, но при държавите, участващи и в двата експеримента в реални условия през 2004 г. и 2007 г. (Франция, Испания, Ирландия, Гърция, Италия, Нидерландия, Португалия), средното увеличение беше около 20 %, въпреки че тази оценка е значително повлияна от стойностите във Франция, Испания и Италия.

Многократната употреба на канабис може да бъде относително стабилна за дълги периоди от време, дори сред по-младите групи употребяващи. Наскоро публикувано германско проучване, което е наблюдавало за период от 10 години група от 14–24-годишни, показва че от тези, които са употребили канабис многократно (пет пъти или повече през живота си) в началото на периода на проучването, голяма част са продължили да употребяват наркотика, като 56 % съобщават за употреба след четири години, а 46 % все още употребяват наркотика след 10 години. От друга страна, инцидентната употреба на наркотика в началото на периода (1–4 пъти) не се оказва свързана с последващо развиване на дълготрайни и по-проблемни форми на употреба (Perkonig, 2008).

Зависимостта от канабис се признава все повече като възможна последица от редовната употреба на наркотика, макар и сериозността и последствията да не изглеждат толкова тежки колкото тези, които обикновено се срещат при някои други психоактивни вещества. Въпреки това, поради относително по-високия дял на хората, употребяващи канабис редовно, цялостното въздействие от интензивните форми на употреба на канабис върху общественото здраве може да бъде значително. Анализ на информация от проучвания сред населението на Съединените щати установи, че около 20–30 % от ежедневно употребяващите са били определени като зависими между 2000–2006 г. <sup>(44)</sup>. В австралийско проучване 92 % от дълготрайно употребяващите канабис са класифицирани като такива, които са били зависими в даден момент от живота си, като повече от половината от тях бяха определени като

зависими по време на проучването. Последващо проучване, извършено година по-късно, установи, че при дълготрайно употребяващите канабис равнищата му на употреба и зависимостта от него могат да са стабилни за този период от време (Swift *et al.*, 2000).

ЕЦМНН разработва в сътрудничество с няколко държави методи за наблюдение на по-интензивните и значителни дълготрайни форми на употреба на канабис, включително зависимост. В няколко държави от ЕС се тестват психометрични скали, като наличните сведения ще се анализират тази година. Тази информация може да помогне на държавите-членки на ЕС при оценяване на последиците от по-проблемни форми на употреба на канабис за общественото здраве и при планиране на подходящи действия <sup>(45)</sup>.

### Модели на употребата на канабис сред учениците

Данни от проучването на здравното поведение при децата в училищна възраст (HBSC) показват, че честата употреба на канабис остава рядко срещана сред 15-годишните ученици. Само шест държави отчитат разпространение на честата употреба на канабис (определена тук като 40 пъти или повече през последните 12 месеца) над 2 %. Въпреки това честата употреба обикновено е по-разпространена сред мъжете – със стойности до 5 % в седем държави. Има сведения, че съществуват взаимозависимости между по-проблемните модели на употреба на канабис и принадлежността към уязвима група (напр. млади престъпници, бегълци, слаби ученици), което говори за необходимост от специфични стратегии за осигуряване на защитна мрежа за тези особено уязвими млади хора. Този проблем е подчертан в подбрани материал за уязвимите млади хора за 2008 г.

Направено е изследване в сътрудничество с Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD) на употребата на няколко вида наркотици чрез сравняване на ученици на възраст 15 и 16 години през 2003 г., които са употребили канабис през последните 30 дни, с другите ученици. Сравнението показва, че средно учениците, които са употребили канабис, са по-склонни към употребата на други вещества. Въпреки че сред употребяващите канабис разпространението на употребата през последния месец на други наркотици остава ниско (под 10 %), равнищата на

<sup>(43)</sup> Представените европейски средни стойности са груби оценки, основани на претеглена средна стойност (за населението) за държавите, за които има информация. Средният резултат е приспаднал за държавите, за които няма информация. Получените стойности са 1,2 % за всички възрастни (на възраст 15–64 години) и 2,3 % за младите хора (15–34 години). Вж. таблица GPS-7 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(44)</sup> Инструмент за електронен онлайн анализ на националното проучване за употребата на наркотици и здравето (NSDUH): <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, използван на 25 февруари 2008 г. и извършен анализ с променливи MJDAY30A и DEPNDMRJ.

<sup>(45)</sup> Действия, напр. форми на лечение, са представени в „Предоставяне на лечение“, стр. 50.

тютюнопушене и прекомерна консумация на алкохол при употребяващите канабис са двойно по-високи (80 %) в сравнение с тези при общата маса ученици. Тези сравнения показват, че употребата на канабис се свързва със значително по-високи от средните равнища на употреба на законни и незаконни наркотици <sup>(46)</sup>.

### Тенденции в употребата на канабис

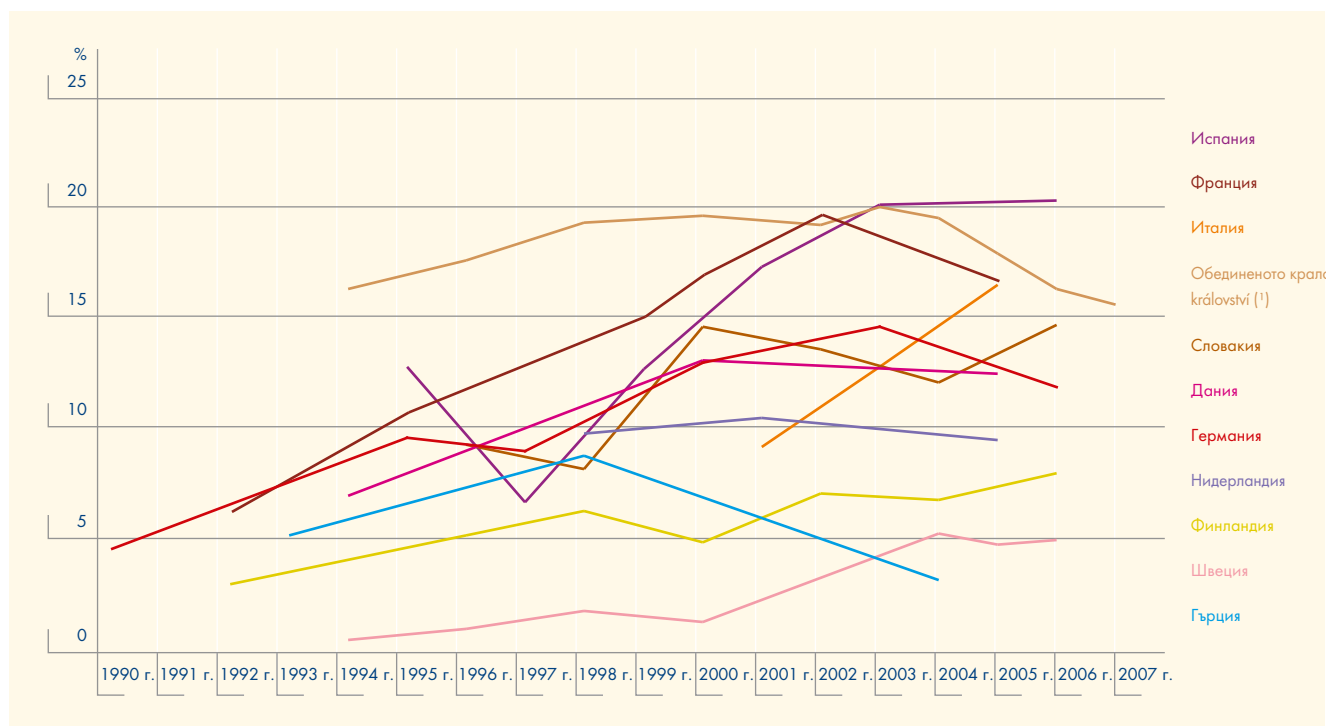
Само Швеция и Норвегия съобщават за поредици данни от проучвания сред млади хора или за регистри, датиращи от 70-те години на миналия век. Първата вълна на употреба беше наблюдавана през 70-те години, последвана от спад през 80-те години и ново значително увеличение през 90-те години. Анализ на годината на започване в скорошни проучвания също констатира значително разширяване на употребата на канабис в Испания (средата на 70-те) и Германия (началото на 90-те) (вж. годишните доклади за 2004 г. и 2007 г.).

Информация от национални проучвания, предоставена на ЕЦМНН, показва, че в почти всички държави от ЕС

употребата на канабис се е увеличила значително през 90-те години, по-специално сред младите хора (фигура 4) и учениците. Около 2000-та година разпространението на употребата на канабис някога през живота сред възрастовата група 15–34 години се увеличи до равнища над 30 % в девет държави и около 40 % в два случая, като разпространението на употребата през изминалата година достигна 15–20 % в седем държави, а разпространението на употребата през изминалия месец – 8–15 % в шест държави. Особено интересна е тенденцията в употребата на канабис в Обединеното кралство (Англия и Уелс), държавата в Европа, съобщила най-високи приблизителни оценки на разпространението в началото и средата на 90-те години, но при която в последно време се наблюдава по-често низходяща тенденция, по-специално във възрастовата група 16–24 години <sup>(47)</sup>.

Според информация от скорошни национални проучвания равнището на употреба на канабис се стабилизира в много държави. От 16-те държави, при които е възможно да се анализира тенденцията

**Фигура 4:** Тенденции при разпространението на употребата на канабис през изминалата година сред младите (на възраст от 15 до 34 години)



<sup>(1)</sup> Англия и Уелс.

БЕЛЕЖКА: Вж. фигура GPS-4 в статистическия бюлетин за 2008 г. за повече информация.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2007), като данните са снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

<sup>(46)</sup> Анализът е основан на информация от базата данни, съставена по Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD), и е в съответствие с правилата за употреба на базата данни на ESPAD. Националните главни изследователи, предоставящи данни за всяка от включените държави, могат да бъдат открити на уебсайта на проекта ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

<sup>(47)</sup> Вж. фигура GPS-10 в статистическия бюлетин за 2008 г.

от 2001 г. и 2006 г., разпространението на употреба през изминалата година сред младите хора се е увеличило с 15 % или повече в шест държави, спаднало е с приблизително същата стойност в три държави и е останало стабилно в седем държави <sup>(48)</sup>.

Най-новите публикувани данни за употребата на канабис сред учениците също констатираат стабилни или низходящи тенденции. Сравнение на данните от проучванията от 2001–2002 г. и 2005–2006 г. на здравното поведение при децата в училищна възраст (HBSC) показва постоянна или низходяща тенденция в употребата на канабис някога през живота и друга по-честа употреба сред 15-годишни ученици в повечето държави от ЕС <sup>(49)</sup>. Други скорошни национални училищни проучвания, проведени в Испания, Португалия, Словакия, Швеция и Обединеното кралство, също съобщават за тенденции на стабилизиране или за низходящи такива.

Тъй като достъпността на канабис в Европа като цяло изглежда не се е променила и цените намаляват в повечето държави, предоставящи данни за това, обяснението за текущото стабилизиране или спадане следва да се търси другаде. Проучването сред френското население през 2005 г. (Baromètre Sante) отбеляза, че от спрелите употребата на канабис 80 % са посочили липса на интерес като причина за прекратяване на употребата. Може да бъде намерено обяснение и в наблюдавания спад в тютюнопушенето, което от своя страна споделя същия начин на употреба като канабиса и поради това е възможно наличието на известна поведенческа връзка (Reitox national reports; Currie et al., 2008).

Спадовете в експерименталната или инцидентната употреба на канабис не са непременно пряко свързани с тенденциите при редовната употреба на наркотика. Това може да бъде забелязано в данните от две последователни проучвания сред юноши в Германия, които са отчели спадове в разпространението на употребата някога през живота и през изминалата година, докато „редовната употреба“ на канабис (над 10 пъти за последната година) е останала непроменена (2,3 %) (BZgA, 2004; BZgA, 2007, цитирани в германския национален доклад).

## Лечение за употреба на канабис

### Модел при търсенето на лечение

Сред отчетените за 2006 г. общо 390 000 случая на потърсено лечение (данните са за 24 държави) канабисът е бил основната причина за насочване към лечение в около 21 % от всички случаи, което го поставя на второ място след хероина по честота на отчитане <sup>(50)</sup>. Въпреки това различията между отделните държави бяха значителни, като канабисът беше цитиран като основната причина за постъпване на лечение от по-малко от 5 % от всички пациенти в България, Литва, Люксембург и Румъния, докато е отчетен като основния проблемен наркотик от повече от 30 % от пациентите на лечение във Франция, Унгария и Нидерландия <sup>(51)</sup>.

По същия начин съществуват значителни различия по отношение на новите случаи на потърсено лечение, като канабисът се цитира като основния проблемен наркотик от по-малко от 10 % от новите пациенти в България, Литва и Румъния и от повече от 50 % в Дания, Германия, Франция и Унгария <sup>(52)</sup>. Тези различия могат да се обяснят с разликите в разпространението на интензивната употреба на канабис, организацията на лечението за употреба на наркотици или практиките на пренасочване. Например в някои държави с висок дял на пациенти, употребяващи канабис (като Германия, Унгария, Австрия, Швеция), лечението за употребата на наркотици се предлага като алтернатива на наказателната отговорност и понякога е задължително в случай на арестуване; във Франция, която съобщава най-висок дял на пациенти, употребяващи канабис в Европа, наскоро бяха създадени специализирани центрове за употребяващи канабис, което ще има пряко въздействие върху отчитаните данни.

Употребяващите канабис се лекуват предимно в амбулаторни центрове, но в някои държави (Ирландия, Словакия, Финландия, Швеция) се съобщава, че около една трета от тях търсят лечение в стационарни центрове <sup>(53)</sup>. Според сведения повечето употребяващи канабис се насочват към лечение сами, но тази практика е по-рядко срещана сред пациентите, употребяващи канабис, отколкото сред тези, търсещи помощ при проблеми с други наркотици.

Хората, търсещи лечение в амбулаторни условия за употреба на канабис като основен проблемен

<sup>(48)</sup> Когато не е била налична информация за точните години, е била използвана информация от предходната или следващата година, а когато и тази информация не е била налична, не е провеждан анализ.

<sup>(49)</sup> Вж. фигури EYE-4 и EYE-5 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(50)</sup> Вж. фигура TDI-2 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(51)</sup> Вж. таблица TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(52)</sup> Вж. таблица TDI-4 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(53)</sup> Вж. таблица TDI-24 в статистическия бюлетин за 2008 г.

наркотик, също съобщават за употреба на други наркотици: 21 % съобщават за употреба на алкохол като съпътстващо основния проблемен наркотик вещество, 12 % – за амфетамини и екстази, и 10 % – за кокаин. При хората на лечение за употреба на други основни проблемни наркотици канабисът се посочва като второто най-често употребявано съпътстващо основния проблемен наркотик вещество (21 %) след алкохола (32 %) <sup>(54)</sup>.

### Тенденции в новите случаи на потърсено лечение за употреба на наркотици

От приблизително 160 000 нови случая на потърсено лечение за употреба на наркотици (налични са данни от 24 държави) за 2006 г. пациентите, употребяващи канабис, представляват втората най-голяма група (28 %) след пациентите на лечение за хероин (34 %). В сравнение с дела на всички пациенти, посочващи канабиса като основен проблемен наркотик, делът при новите пациенти е по-висок. Половината от държавите съобщават, че делът на новите пациенти, търсещи лечение за употреба на канабис като основен проблемен наркотик, се увеличава. Абсолютният брой на новите случаи на потърсено лечение за употреба на канабис се е увеличил пред периода 2002–2006 г., докато делът на новите пациенти, постъпващи на лечение за употреба на канабис като основен проблемен наркотик, се е увеличил между 2002 г. и 2005 г. и е останал на същото равнище през 2006 г. <sup>(55)</sup>.

Възходящата тенденция, наблюдавана в търсенето на лечение за употреба на канабис, може да се дължи на няколко фактора: увеличаване в употребата на канабис или интензивната и дълготрайна употреба; подобрения в покритието на данните; скорошно разширяване и разнообразяване на лечебната система, която преди поставяше акцент върху употребяващите хероин, а сега е насочена към употребяващи други наркотици; промени в законодателството и политиките, водещи понякога до увеличение на броя на насочените към лечение пациенти от наказателната правосъдна система (EMCDDA, 2008a). Скорошното стабилизиране на новите случаи на потърсено лечение, свързани с употреба на канабис, може също да се обясни с последните тенденции по отношение на употребата на канабис, промените в лечебната система или измененията на пътеките за насочване към лечение.

### Профил на пациентите

Употребяващите канабис, постъпващи на лечение в амбулаторни условия, са предимно млади мъже, като съотношението между половете е 5,2 мъже на една жена и средната възраст е 24 години. Канабисът е най-често съобщаваният основен проблемен наркотик сред по-младите възрастови групи. При хората, постъпващи на лечение за първи път, употребата на канабис като основен проблемен наркотик се посочва от 67 % от тези на възраст 15–19 години и от 80 % от тези на възраст под 15 години <sup>(56)</sup>.

Повечето пациенти, употребяващи канабис, са относително добре социално интегрирани в сравнение с тези, търсещи помощ за проблеми с някои други видове наркотици. Много от тях все още посещават учебни заведения и живеят в постоянно жилище, често със своите родители; въпреки това скорошно изследване също посочва социален профил на пациентите употребяващи канабис, който се различава от общото население в същата възрастова група, и съобщава за по-неблагоприятно положение (EMCDDA, 2008a).

Като цяло употребяващите канабис като основен проблемен наркотик, които постъпват на лечение, могат да се разделят на три групи от гледна точка на честотата на употреба: такива, които го употребяват инцидентно (30 %), такива, които го употребяват от един до няколко пъти седмично (30 %) и употребяващите го ежедневно (40 %) <sup>(57)</sup>. Въпреки това се наблюдават значителни различия между държавите, по-специално в дела на редовно употребяващите канабис, постъпващи на лечение. В държавите, където пациентите на лечение за употреба на канабис са по-многобройни, делът на ежедневно употребяващите варира от над 70 % в Нидерландия и Дания до 40–60 % в Испания, Франция и Италия и до 20–30 % в Германия и Унгария.

### Предоставяне на лечение

Проучване по поръчка на ЕЦМНН относно предоставянето на лечение за употреба на канабис сред извадка от услуги за лечение за употреба на наркотици в 19 държави-членки констатира, че при половината от изследваните услуги няма програми, които да са специално създадени за проблемите, свързани с канабиса (EMCDDA, 2008a). Тази констатация сочи, че много от употребяващите канабис се лекуват при същите условия, както употребяващите

<sup>(54)</sup> Вж. таблици TDI-22 и TDI-23 (част i) и (част iv) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(55)</sup> Вж. фигури TDI-1 и TDI-2 и таблици TDI-3 (част iv) и TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(56)</sup> Вж. таблици TDI-10 и TDI-21 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(57)</sup> Вж. таблица TDI-18 в статистическия бюлетин за 2008 г.

други наркотици, което може да доведе до трудности както за лекуващите, така и за лекуваните.

Измежду изследваните специализирани услуги повечето предлагаха кратки курсове на лечение за употреба на канабис, обикновено с по-малко от 20 сесии. Лечението най-често се изразяваше в лични консултации и терапия или консултации за възможните усложнения от употребата на канабис. Някои агенции съобщиха за детоксификация от канабис, семейна терапия, терапевтични комуни и групи за взаимопомощ като възможни компоненти на лечението. Прилагането на лечение в домашна обстановка срещу употребата на канабис обикновено се осъществяваше в контекста на временното облекчаване на социално-поведенчески проблеми.

Научната литература в тази област показва, че няколко психотерапии са се доказали като ефективни при лечението за употребата на канабис, включително мотивационна терапия и когнитивно-поведенческа терапия, но не е констатирано, че дадена форма на психотерапия е по-ефективна от останалите (Nordstrom and Levin, 2007). Въпреки че повечето проучвания на ефикасността на лечението за употребата на канабис са били извършени в Съединените щати и Австралия, вече започват да се провеждат и отчитат европейски проучвания. През 2004 г. започна германски произволно контролиран експеримент, наречен Candis, изследващ програма за лечение на юноши със смущения, свързани с употребата на канабис. Програмата е основана на повишаване на мотивацията, когнитивно-поведенческа терапия и разрешаване на психо-социални проблеми. Първоначалните резултати показват, че половината от пациентите са прекратили употребата на канабис до приключване на лечението. Други 30 % са намалили употребата на канабис. Освен това беше съобщено за забележим спад при свързаните с тази употреба умствени и социални проблеми. Планирано е последващо проучване.

Няколко държави са съобщили за инициативи за предоставяне на лечение на млади хора, употребяващи канабис. От 2005 г. досега във Франция са били отворени около 250 консултативни центъра за проблеми с канабиса, предоставящи консултации и помощ на употребяващи и техните семейства. Наскоро в Дания бяха заделени специални средства за разработването на целеви програми за млади хора, употребяващи канабис. В допълнение Белгия, Германия, Франция, Нидерландия

и Швейцария си сътрудничат в международно проучване на ефективността на всеобхватно, базирано на семейството лечение за проблемна употреба на канабис (Incant) <sup>(58)</sup>.

В Германия има опити за прехвърляне на уеббазираната програма за прекратяване на употребата на канабис „Quit the shit“ <sup>(59)</sup>, която предоставя интерактивни консултации в сътрудничество с центрове за амбулаторно лечение към общински структури за благосъстоянието на младите и грижи за употребяващите наркотици или към центрове за превенция на наркозависимости.

Употребата на информационните и комуникационни технологии при действията за намаляването на търсенето на наркотици в Европа продължава да нараства. През 2006–2007 г. достъпността на консултации и съвети по отношение на употребата на наркотици беше спомената от девет държави-членки, като осем съобщиха за използване на интернет (Чешката република, Германия, Естония, Нидерландия, Португалия, Австрия, Словакия, Обединеното кралство), докато Дания съобщи за използване на кратки текстови съобщения (SMS). Тези уеббазирани услуги са насочени към младите хора и поставя акцент върху проблеми, свързани с употребата на алкохол и канабис.

### Употребяващи канабис, които попадат в наказателната правосъдна система

Канабисът е най-често споменаваният незаконен наркотик в полицейските доклади за нарушения на законодателството в областта на наркотиците <sup>(60)</sup> в Европа, а нарушенията, свързани с този наркотик в Европейския съюз, са се увеличили със средно 34 % между 2001 г. и 2006 г. (фигура 2). Наличните данни сочат, че по-голямата част от отчетените правонарушения, свързани с канабис, са свързани с употреба и притежание на употреба, отколкото с незаконна търговия и предлагане, като нарушенията свързани с употреба, в повечето от държавите, предоставящи данни за това, съставляват 62–95 % от всички отчетени правонарушения, свързани с канабис.

Тъй като много от нарушителите на законодателството в областта на наркотиците са млади хора, употребяващи канабис, които в противен случай не биха влезнали в допир с услуги във връзка с наркотиците, имаше сведения за повишено сътрудничество между съдебните органи и

<sup>(58)</sup> <http://www.incant.eu>

<sup>(59)</sup> <http://www.drugcom.de>

<sup>(60)</sup> Вж. таблица DLO-6 в статистическия бюлетин за 2008 г.

предоставящите услуги за превенция и консултации в училищата и центровете за благосъстояние на младите. Германия, Испания (Каталуня), Люксембург и Австрия са въвели протоколи и програми за младите хора, нарушаващи законодателството в областта на наркотиците или които са били осъждани за употреба или притежание на наркотици, най-често канабис. Нарушителят може да има право на избор да завърши курс вместо да заплати глоба. Програмите, предлагани в различните държави, целят предотвратяване на по-нататъшното развитие на употребата на наркотици и повторните нарушения

и могат да включват семейството и училищни или психологични консултации.

Последващо проучване на германската програма FReD за млади правонарушители (100 запитани) констатира, че 44% от бившите участници са намалили употребата на алкохол и тютюн, 79% са намалили или прекратили консумацията на незаконни наркотици и 69% са съобщили за липса на повторни нарушения след завършване на курса. В една оценка на подобните младежки групи, извършили правонарушения (YOT), в Обединеното кралство се заключава, че този подход е имал значителни потенциални ползи (Matrix Research, 2007).

### **Забраните на тютюнопушенето и канабисът**

Вероятните връзки между политиките по отношение на тютюна и пушенето на канабис са проблем, заслужаващ внимание. Забраните на тютюнопушенето стават все по-разпространена практика в Европа, като в девет държави-членки сега има пълна забрана на тютюнопушенето (обществени и работни места, включително ресторанти и барове), а Белгия, Дания, Германия, Нидерландия и Португалия наскоро въведоха поне частични забрани на тютюнопушенето.

Връзката между употребата на тютюн и по-късната употреба на незаконни наркотици обикновено отслабва при коригиране спрямо скритите рискови фактори, както е било показано от един преглед на проспектни проучвания (Mathers *et al.*, 2006). Въпреки това употребата на канабис в Европа е по-разпространена

сред пушачите, отколкото сред непушачите, и силни регулаторни политики в областта на тютюна могат да повлияят благоприятно на възприеманите норми, които са прекурсори за употребата както на тютюн, така и на канабис.

Съществуват и някои факти, че канабисът е икономическо допълнение (т.е. реагира в същата посока спрямо цени и достъпност) към цигарите (Cameron and Williams, 2001). Изолирани проучвания констатираха, че по-високи данъци за цигарите като че ли намаляват интензивността на употребата на марихуана и могат да имат умерен възпиращ ефект по отношение на вероятността за употреба сред мъжете (Farrelly *et al.*, 2001).

Накрая е важно да се отбележи, че нидерландската забрана на тютюнопушенето в ресторанти и барове важи и за кафенетата и че в Амстердам е взето решение да се забрани употребата на канабис на публични места.



## Глава 4

# Амфетамини, екстази и LSD

### Въведение

В световен план амфетамините (общо понятие, което включва амфетамини и метамфетамини) и екстази са сред най-често употребяваните незаконни наркотици след канабиса. От гледна точка на абсолютни стойности, към днешна дата употребата на кокаин в Европа може да е по-висока, но географската концентрация на кокаина в малко на брой държави означава, че за по-голямата част от Европейския съюз някаква форма на синтетично произведени наркотици остава второто най-често употребявано незаконно вещество. Освен това в някои части на Европа употребата на амфетамини

#### Амфетамин и метамфетамин: различия и прилики

Основните представители на групата на амфетамините на пазара на незаконните наркотици са амфетаминът и метамфетаминът (и техните соли) – две тясно свързани синтетични вещества, членове на семейството на фенетиламините. И двете вещества стимулират централната нервна система и имат един и същ механизъм на действие, ефект върху поведението, поносимост и последици при преустановяване и при продължителна употреба (хроничен ефект). Амфетаминът е с по-слабо действие от метамфетамин, но при неконтролирани ситуации ефектът е почти неразличим.

Продуктите с амфетамин и метамфетамин са предимно под формата на прахове, но се използват и „кристали“ – чистата кристална хлороводородна сол на метамфетамин. Таблетките, съдържащи амфетамин или метамфетамин, понякога са с надписи, подобни на тези на MDMA или на други таблетки екстази.

Предвид физическата форма, под която се предлагат, амфетаминът и метамфетаминът могат да се приемат чрез поглъщане, смъркане, вдишване и, по-рядко, чрез инжектиране. За разлика от сулфатната сол на амфетамин метамфетаминият хидрохлорид, и по-специално неговата кристална форма, е достатъчно летлив, за да може да се пуши.

Източници: Профили на наркотиците на ЕЦМНН (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

съставлява важна част от проблема с наркотиците, а употребяващите ги представляват значителен дял от тези, които се нуждаят от лечение.

Амфетаминът и метамфетаминът са стимуланти на централната нервна система. Досега амфетаминът е по-често срещаният от тези два наркотика в Европа, докато съществената употреба на метамфетамин очевидно е ограничена само в Чешката република и Словакия.

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). Употребата на екстази в Европа беше практически неизвестна преди края на 80-те години, но се увеличи значително през 90-те. Популярността на наркотика се свързва исторически със заведения за танцова музика и като цяло употребата на синтетични наркотици с високо разпространение се свързва с определени културни подгрупи или социални среди.

Приблизителните оценки на употребата на диетиламида на лизергиновата киселина (LSD), най-широко известният халюциногенен наркотик, са били ниски и донякъде стабилни за значителен период от време в Европа. Въпреки това сред младите хора се наблюдава растящ интерес към свободно срещаните се в природата халюциногени.

### Предлагане и достъпност

#### Амфетамин

Световното производство на амфетамин, оценено на 126 т за 2006 г., остава съсредоточено в Европа, където се намират 79 % от всички лаборатории за амфетамини, отчетени през 2006 г. (UNODC, 2008), въпреки че производството се разпространява към други части на света, най-вече Северна Америка и Югоизточна Азия<sup>(61)</sup>. В световен план през 2006 г.

<sup>(61)</sup> За информация относно източниците на данни за предлагане и достъпност на наркотици вж. стр. 42.



бяха иззети над 19 т амфетамини, като повечето от тях бяха заловени в източната част на Балканския полуостров и в Близкия изток (67%), свързани с таблетки „Каптагон“<sup>(62)</sup>, произведени в Югоизточна Европа, следвани от конфискации на амфетамини, извършени в Западна и Централна Европа (27%), отразявайки ролята на Европа като основен производител и консуматор на този наркотик (CND, 2008; UNODC, 2008).

Повечето амфетамини, конфискувани в Европа, се произвеждат (по ред на важност) в Нидерландия, Полша и Белгия, и в по-малка степен в Естония и Литва. През 2006 г. в Европейския съюз бяха разкрити 40 обекта, свързани с производството, опаковането или съхранението на амфетамини (Europol, 2007a); Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC (2008) от своя страна съобщава за затварянето на 123 лаборатории в европейски държави.

Турция съобщи за конфискации на около 20 млн. таблетки амфетамин с обозначението „Каптагон“. За производството на амфетамин в тази форма се съобщава и в България, и в Турция, като се счита, че в голямата си част то е предназначено за износ към държави потребители в източната част на Балканския полуостров и Близкия изток.

През 2006 г. в Европа бяха извършени около 38 000 конфискации, възлизащи на 6,2 т амфетамини на прах. Докато временните стойности за 2006 г. сочат спад от по-високите равнища, докладвани през 2004 г. и 2005 г., конфискациите и количеството заловени амфетамини са се увеличили през петгодишния период 2001–2006 г.<sup>(63)</sup> Въпреки това горното заключение е предварително, тъй като последните данни за Обединеното кралство, европейската държава, която обикновено съобщава за най-много конфискации, все още не са налични. Конфискации на амфетамини на таблетки, за разлика от амфетамини на прах, се съобщават все повече от няколко държави, като за 2006 г. са иззети общо 390 000 таблетки в Европейския съюз (най-вече в Испания).

Чистотата на изследваните проби амфетамин, иззет в Европа през 2006 г., се различаваше значително и до такава степен, че коментарите относно обичайни стойности следва да се правят с повишено внимание. Въпреки това държавите, съобщаващи данни за 2006 г., могат да се разделят на две групи, като

### Международни действия срещу производството и отклоняването на синтетични прекурсори за наркотици

Правоохраняващите дейности все по-често са насочени към химическите вещества-прекурсори, необходими за производство за незаконни наркотици като допълнителна контрамярка, като в тази област международното сътрудничество е особено ценно. Проектът Prism е международна инициатива, предприета с цел предотвратяване на отклоняването на химически вещества-прекурсори, използвани в незаконното производство на синтетични наркотици, чрез система за уведомяване преди износ за законна търговия и отчитането на съмнителни транзакции. Информацията за дейностите в тази област се съобщава на Международния съвет за контрол на наркотиците (INCB, 2008b).

Сведенията в световен мащаб сочат, че над 11 т ефедрин и псевдоефедрин, ключови прекурсори на метамфетамин, са били конфискувани през 2006 г. Китай е допринесъл за около половината от тази обща стойност, следван от Канада и Мианмар. Държавите-членки на ЕС (основно Белгия и Унгария), заедно с Руската федерация и Украйна, са съобщили за едва 0,3 т, въпреки че Европол (2008) съобщава за скорошно увеличение в износа, прехвърлянето и отклоняването на тези химикали в Европейския съюз.

Конфискациите в световен мащаб на веществото 1-фенил-2-пропанон (P-2-P), което може да се използва за незаконното производство на амфетамин и метамфетамин, намаляха през 2006 г. Изключение от тази тенденция бяха държавите-членки на ЕС (предимно Дания, Нидерландия и Полша), както и Турция и Руската федерация, които заедно са извършили повечето конфискации в световен мащаб в размер на 2600 л P-2-P. Този прекурсор се използва най-вече за производството на амфетамин в Европа, като производителите обикновено си набавят P-2-P от азиатските държави (Китай), въпреки че от 2004 г. има сведения за набавяне и търговия от Руската федерация (Europol, 2007a).

Конфискациите в световен мащаб на 3,4-метилendioксифенил-2-пропанон (3,4-MDP-2-P), използван за производство на MDMA, намаляха през 2006 г. до 7500 л, като почти цялото количество е било иззето в Канада, с изключение на 105 л, иззети в Нидерландия. Конфискациите на веществото сафрол, което може да замества 3,4 MDP 2-P в синтеза на MDMA, останаха незначителни през 2006 г., като по света бяха иззети 62 л, предимно в Австралия; в Европа само Франция съобщи за конфискация на сафрол (7 л).

<sup>(62)</sup> Каптагонът е едно от регистрираните търговски имена на фенетилина, синтетичен стимулант на централната нервна система, въпреки че таблетките, продавани с това обозначение на черния пазар, често съдържат амфетамин, смесен с кофеин.

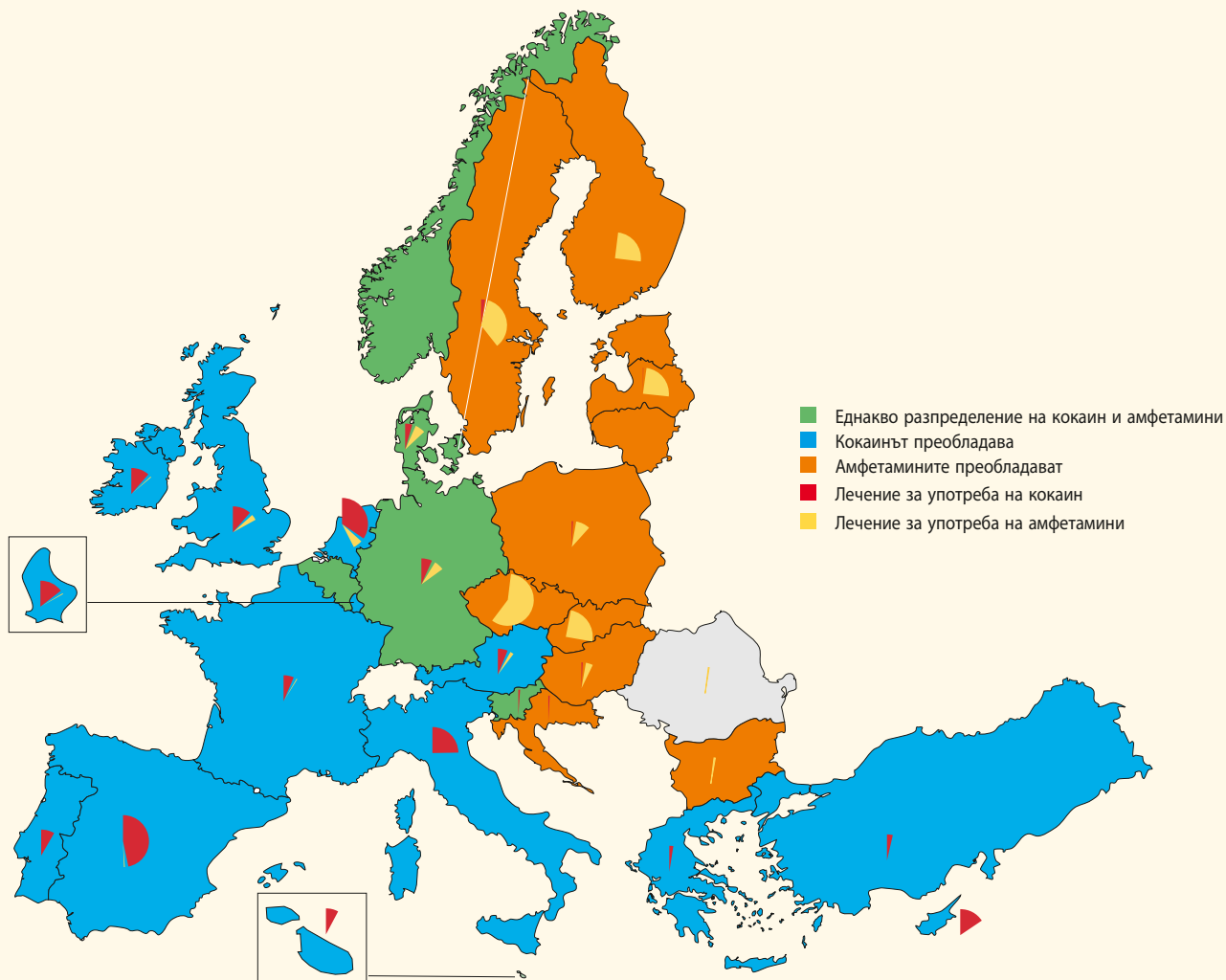
<sup>(63)</sup> Данните за конфискациите на наркотици в Европа, споменати в настоящата глава, могат да бъдат открити в таблици SZR-11 до SZR-18 в статистическия бюлетин за 2008 г. Имайте предвид, че при липса на данни за 2006 г. за изчисляване на общите европейски стойности се използват съответните данни за 2005 г.

## Европейският пазар на стимуланти: „държави на кокаина“ и „държави на амфетамината“?

Синтезирана информация от различни информационни източници сочи, че различните стимуланти могат да играят сходна роля в различните държави и поради това при разработване на политики в тази област може да е разумно да се вземат предвид не само отделните вещества, но също пазарът на стимуланти като цяло. В някои държави кокаинът като че ли е преобладаващият стимулант, докато в други амфетаминът

или метамфетаминът изглежда се употребяват по-често. Картината, която се получава при комбиниране на данни от проучвания сред общото население и доклади за конфискации сочи, че северно- и централноевропейските държави обикновено принадлежат към „групата на амфетамините“, докато в държавите в западните и южните части на Европа до голяма степен преобладава употребата на кокаин.

Пазари на стимуланти в Европа: относителното разпространение на кокаин или амфетамини на базата на конфискации и проучвания сред населението и делът на употребяваните наркотици, постъпили на лечение, които посочват тези вещества като основни проблемни наркотици



Относителната значимост на стимулантите в проблема с наркотиците като цяло също се различава доста между отделните държави. Това може да бъде забелязано в данните за лечение; докато в ограничена група държави стимулантите са отговорни за относително висок дял от всички случаи на потърсено лечение за употреба на наркотици (метамфетамин в Чешката република и Словакия; амфетамин в Латвия, Швеция и Финландия и кокаин в Испания, Италия и Нидерландия), то на други места делът на пациентите на лечение, посочващи някое от тези вещества като техния основен проблемен наркотик, за който търсят лечение, е много нисък и понякога дори нищожен.

Сведенията от пациентите на лечение също сочат, че лекуваните за проблеми, причинени от стимуланти, обикновено имат проблеми само с една група стимуланти. Например сред лекуваните срещу употребата на кокаин в амбулаторни условия (всички случаи на потърсено лечение) едва около 8 % са посочили амфетамините като съпътстващ основното вещество наркотик, докато сред пациентите, употребяващи амфетамини, по-малко от 9 % са посочили кокаина като съпътстващ основното вещество наркотик. Освен това сведенията от някои държави сочат, че един стимулант понякога може да измести друг на пазара на наркотици. Например налични са данни, които сочат, че: кокаинът може да замества амфетамините и екстази сред някои групи от употребяващи наркотици; в Нидерландия амфетамините могат да се използват като по-евтин заместител на кокаина извън градските райони.

Докато стимулантите могат да се различават от гледна точка на своите ефекти и последици, по отношение на лечението възможностите, делът на задържащите се на лечение и резултатите са сходни в общи линии (Rawson *et al.*, 2000; Copeland and Sorensen, 2001). До известна степен сходства могат да бъдат забелязани и в моделите на употреба на тези наркотици и в цялостната типология на употребяващите ги. Например развлекателни и по-малко интензивни и вредни модели на употреба сред социално добре интегрирани употребяващи ги могат да съществуват паралелно с интензивна употреба сред по-маргинализирани групи, имащи по-голяма връзка с проблеми със зависимост и по-рискови методи на приемане като инжектиране и пушене.

**БЕЛЕЖКА:** Цветът на фона показва относителния превес на кокаина или амфетамините според проучвания сред общото население (разпространение на употреба през изминалата година сред населението на възраст 15–34 години) и данни за конфискациите; кръглите диаграми представят дяловете на всички молби за лечение за употреба на тези два наркотика – показани са само сегментите за кокаин и амфетамини. За Италия, Нидерландия и Полша, за които нямаше налични данни за конфискациите, бяха използвани само данни от проучванията сред населението. За Хърватия бяха използвани само данни за конфискациите. За Норвегия и Белгия не бяха налични данни за лечението. Данните, налични за Румъния, не позволиха да се правят заключения за държавата като цяло. В Чешката република и Словакия метамфетаминът е най-употребяваният амфетамин.

10 държави съобщават за стойности между 2 % и 10 %, а останалите съобщават по-високи равнища на чистота (25–47%). Втората група обикновено включваше държавите, известни с по-голямо участие в производството, търговията или употребата на амфетамини (Нидерландия, Полша, балтийските и скандинавските държави). През последните пет години чистотата на амфетамината е била стабилна или намаляваща в повечето от тези 19 държави, за които има достатъчно данни за анализ.

През 2006 г. обичайната цена на дребно на амфетамините варираше между 10 евро и 15 евро за грам в половината от държавите, предоставящи данни. През периода 2001–2006 г., с изключение на Чешката република, Испания и Румъния, беше отчетено, че цената на дребно на амфетамините е намаляла във всички 16 държави, предоставящи достатъчно данни за анализ.

### Метамфетамин

Производството на метамфетамин е съсредоточено в Северна Америка и Източна и Югоизточна Азия. През 2006 г. световното производство на метамфетамин беше оценено на 266 т, надвишавайки това на всеки друг незаконен синтетичен наркотик. Около 15,8 т метамфетамин бяха заловени по света през 2006 г., като по-голямата част от него беше конфискувана в Източна и Югоизточна Азия, следвана от Северна Америка, и по-малко от 1 % от конфискациите бяха в Европа (UNODC, 2007, 2008).

В Европа има незаконно производство на метамфетамин, но то е до голяма степен ограничено в Чешката република, където през 2006 г. бяха разкрити над 400 маломерни „кухненски лаборатории“. Има сведения, че наркотикът също се произвежда в Словакия и в по-малка степен в Литва (INCB, 2008a).

Около 3000 конфискации на метамфетамин, възлизащи на 154 кг от наркотика, бяха регистрирани в 17 европейски държави през 2006 г. Норвегия е на първо място по брой конфискации и заловени количества, следвана от Швеция, Чешката република и Словакия. В последните две държави конфискациите обикновено бяха незначителни, най-често по няколко грама или по-малко. Между 2001 г. и 2006 г. броят и количеството на конфискувания метамфетамин в Европа са се увеличавали, макар и все още да са ниски спрямо други наркотици. За 2006 г. ограничените налични данни сочат, че типичната чистота на метамфетамината е някъде между 20 % и 55 %.

## Екстази

Според UNODC (2007a) световното производство на екстази е намаляло до около 102 т за 2006 г. Изглежда производството е станало по-разпръснато от географска гледна точка, като производството за местна употреба сега е по-често срещано в Северна Америка и Източна и Югоизточна Азия. Въпреки това Европа остава основното местоположение за производство на екстази, като то е съсредоточено в Нидерландия (където след няколкогодишен спад отново може да има увеличение през 2006 г.), Белгия и в по-малка степен в Полша и в Обединеното кралство.

Относителната значимост на Европа като консуматор и производител на екстази може да бъде видяна от данните за конфискации на наркотици. Европа отчете над 20 000 конфискации, довели до изземването на близо 14 млн. таблетки екстази през 2006 г. В Нидерландия са конфискувани най-голям брой таблетки (4,1 млн.), следвана от Обединеното кралство, Турция, Франция и Германия. Като цяло броят на конфискациите на екстази е намалял през периода 2001–2006 г., като иззетото количество също е намаляло след рекордните стойности през 2002 г. <sup>(64)</sup>. От 4,5 т екстази, иззети в световен мащаб през 2006 г., 43 % са от Западна и Централна Европа; за сравнение – 34 % са от Северна Америка (UNODC, 2008).

В Европа повечето анализирани таблетки екстази през 2006 г. съдържаха MDMA или друго подобно на екстази вещество (MDEA, MDA) като единствено психоактивно вещество, като 17 държави съобщиха, че такъв е бил случаят с над 70 % от общия брой анализирани таблетки. Испания и Полша бяха изключения, съобщавайки че анализът на таблетките, продавани като екстази, редовно е разкривал наличие на амфетамин или метамфетамин, често в комбинация с MDMA или някой от неговите аналози. В Латвия и Малта повечето анализирани таблетки не съдържаха никакви контролирани вещества.

Повечето държави съобщиха, че типичното съдържание на MDMA в таблетките екстази е било някъде между 25 и 65 мг – въпреки че е имало значителни различия между анализираните проби (9–90 мг). Освен това от някои държави беше съобщено за таблетки екстази с висока дозировка, съдържащи над 130 мг MDMA (Белгия, Дания, Германия, Франция, Нидерландия, Норвегия), като сега на някои пазари се среща висококачествена прахообразна форма на MDMA.

Не се забелязва ясна средносрочна тенденция в съдържанието на MDMA в таблетките екстази. Въпреки това е ясно, че в сравнение с времето, когато наркотикът стана широко разпространен за първи път в Европа в началото на 90-те, сега цената на екстази е значително по-ниска. Въпреки че на места се съобщава за продажба на таблетки на цени от порядъка на 1 евро, повечето държави сега съобщават за обичайни цени на дребно в порядъка 3–9 евро за таблетка, като данните, налични за 2001–2006 г., сочат, че цената на дребно (коригирана спрямо инфлацията) е продължила да пада.

## LSD

Употребата и незаконната търговия с LSD все още се считат за незначителни, въпреки че конфискациите в Европа вероятно сочат за възобновяване на интереса към наркотика през последните няколко години. След дълготрайна низходяща тенденция, датираща от 90-те години, от 2003 г. насам броят и количеството конфискации са се увеличавали. Текущата ситуация е неясна, тъй като макар и предварителните налични данни да показват лек спад и в двата показателя, Обединеното кралство, държавата която обикновено съобщава за най-големи количества иззет LSD, все още не е предоставила данни. Цените на дребно на LSD (коригирани спрямо инфлацията) са намалявали бавно от 2001 г. насам, като през 2006 г. бяха в диапазона от 5 до 11 евро за един брой в повечето европейски държави.

## Разпространение и модели на употреба

Сред държавите-членки на ЕС употребата на амфетамини или екстази е относително висока в Чешката република, Естония и Обединеното кралство и относително висока по отношение на цялостното национално положение с наркотиците в някои централно- и северноевропейски държави. За разлика от това като цяло равнищата на употреба на синтетични халюциногенни наркотици като диетиламида на лизергиновата киселина (LSD) са ниски и в голямата си част са били стабилни за значителен период от време.

По-високото разпространение на употребата в някои държави трябва да се разглежда опростено в контекста на два различни модела на употреба. В ограничен брой държави употребата на амфетамин или метамфетамин, често чрез инжектиране, съставлява значителен дял от цялостния брой

<sup>(64)</sup> Тази картина е предварителна, тъй като данните за Обединеното кралство, държавата съобщила за най-много конфискации през 2005 г., все още не са налични за 2006 г.

проблемно употребяващи наркотици и тези, търсещи помощ за проблеми, свързани с наркотици. За разлика от тези постоянни групи съществува по-обща връзка между синтетичните наркотици, по-специално екстази, и нощните заведения, танцовата музика и някои субкултури; това води до отчитане на значително по-високи равнища на употреба сред младите хора в сравнение с общото население и прекомерно високи равнища на употреба в някои обстановки или специфични подгрупи от населението.

## Амфетамини

Скорошни проучвания сред населението сочат, че разпространението на употребата на амфетамини някога през живота <sup>(65)</sup> в Европа се различава между отделните държави, от 0,1 % до 11,9 % от всички възрастни (15–64 години). Средно 3,3 % от всички възрастни европейци съобщават, че са употребили амфетамини поне веднъж. Разпространението на употребата на наркотика през последната година е много по-ниско, като средната стойност за Европа е 0,6 % (в диапазона 0,0–1,3 %). Приблизителните оценки сочат, че около 11 млн. европейци са опитвали амфетамини, като около 2 млн. са употребявали наркотика през последната година (вж. таблица 3 за обзор на данните).

Сред младите хора (15–34 години) разпространението на употребата на амфетамини някога през живота се различава значително между отделни държави, от 0,2 % до 16,5 %, при средна стойност за Европа от около 5 %. Употребата на амфетамини през последната година в тази възрастова група е в диапазона от 0,1 % до 2,9 %, като по-голямата част от държавите съобщават приблизителни оценки на разпространението на употребата между 0,7 % и 1,9 %. По приблизителни оценки средно 1,3 % от младите европейци са употребявали амфетамини през последната година.

## Проблемна употреба на амфетамини

Показателят на ЕЦМНН за проблемната употреба на наркотици (PDU) може да се използва в ограничен смисъл за амфетамини, когато той като такъв определя инжектирането или продължителната/редовна употреба на веществото. Само една държава-членка (Финландия) е предоставила скорошна национална приблизителна оценка на проблемната употреба

на амфетамини, която за 2005 г. се изчисляваше в границите от 12 000 до 22 000 проблемно употребяващи амфетамини (4,3 до 7,9 случая на 1000 души на възраст 15–54 години), около четири пъти по-висока стойност от изчисления брой проблемно употребяващи опиати в държавата.

Броят на отчетените случаи на потърсено лечение за употреба на амфетамини е относително нисък в повечето европейски държави. Лечението за употребата на амфетамини съставлява значителен дял от общото отчетено търсене на лечение в Латвия, Швеция и Финландия, където между 25 % и 35 % от пациентите, употребяващи наркотици, постъпили на лечение, са посочили амфетамин като своя основен проблемен наркотик. С изключение на тези държави лечението за употреба на амфетамин съставлява над 5 % от отчетените случаи на потърсено лечение само в Дания, Германия, Нидерландия и Полша, където между 6 % и 9 % от употребяващите наркотици, които са на лечение, посочват амфетамин като своя основен проблемен наркотик <sup>(66)</sup>.

В повечето държави, макар и не в Швеция и Финландия, дялът на новите пациенти, потърсили лечение за употреба на амфетамин като основен проблемен наркотик, е по-голям от дела на всички пациенти на лечение за употреба на този наркотик. От 2002 г. до 2006 г. дялът на новите пациенти, потърсили лечение за употреба на амфетамин като основен проблемен наркотик, е бил относително стабилен в Европа като цяло, въпреки че през този период Латвия и Дания са съобщили за увеличение, докато в Швеция и Финландия процентът на новите пациенти, употребяващи амфетамини, е намалял, вероятно сочейки застаряване на населението <sup>(67)</sup>.

Употребяващите амфетамини, които постъпват на лечение, средно са на възраст около 29 години и са от мъжки пол. Въпреки че съотношението мъже–жени е около 2:1, цялостният дял на жените сред употребяващите амфетамини е по-висок, отколкото при други наркотици <sup>(68)</sup>.

## Проблемна употреба на метамфетамини

За разлика от други части на света, където употребата на метамфетамин се е увеличила през последните години, равнищата на употреба в Европа са ограничени (Griffiths *et al.*, 2008). В миналото употребата на този

<sup>(65)</sup> Данните от проучването за „употреба на амфетамин“ често не правят разлика между амфетамин и метамфетамин, но все пак обикновено се отнасят за употребата на амфетамин (сулфат или дексамфетамин), тъй като употребата на метамфетамин не се среща много често в Европа, като по-малко от 1 % от конфискациите на метамфетамин по света са в рамките на този континент.

<sup>(66)</sup> Вж. таблица TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(67)</sup> Вж. фигура TDI-1 и таблици TDI-4 (част ii), TDI-5 (част ii) и TDI-36 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(68)</sup> Вж. таблица TDI-37 в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Таблица 3: Разпространение на употребата на амфетамини сред общото население – обзор на данните**

Възрастова група	Времеви период на употреба	
	Някога през живота	Изминалата година
<b>15–64 години</b>		
Изчислен брой употребяващи в Европа	11 млн.	2 млн.
Средна стойност за Европа	3,3%	0,6%
Диапазон	0,1–11,9%	0,0–1,3%
Държави с най-ниско разпространение	Гърция (0,1%), Румъния (0,2%), Малта (0,4%), Кипър (0,8%)	Гърция, Малта (0,0%), Франция (0,1%), Португалия (0,2%)
Държави с най-високо разпространение	Обединеното кралство (11,9%), Дания (6,9%), Норвегия (3,6%), Ирландия (3,5%)	Обединеното кралство, Естония (1,3%), Норвегия, Латвия (1,1%)
<b>15–34 години</b>		
Изчислен брой употребяващи в Европа	7 млн.	2 млн.
Средна стойност за Европа	5,1%	1,3%
Диапазон	0,2–16,5%	0,1–2,9%
Държави с най-ниско разпространение	Гърция (0,2%), Румъния (0,5%), Малта (0,7%), Кипър (0,8%)	Гърция (0,1%), Франция (0,2%), Кипър (0,3%), Португалия (0,4%)
Държави с най-високо разпространение	Обединеното кралство (16,5%), Дания (12,7%), Норвегия (5,9%), Испания, Латвия (5,3%)	Естония (2,9%), Обединеното кралство (2,7%), Латвия (2,4%), Дания (2,2%)
Информацията е основана на последното проучване, налично за всяка държава. Годишните на проучванията варират от 2001 г. до 2007 г. Средното разпространение за Европа беше изчислено с претеглена средна стойност според представителите на съответната възрастова група във всяка държава. При държавите, за които липсваха данни, са използвани средните стойности на разпространение за ЕС. Групи от населението, използвани като основа: 15–64 години (328 млн.), 15–34 години (134 млн.) и 15–24 години (64 млн.). Обобщените тук данни са налични в „Проучвания сред общото население“ в статистическия бюлетин за 2008 г.		

наркотик в Европа беше съсредоточена в Чешката република, а в известна степен и в Словакия. Освен това само тези две държави съобщават скоростни оценки на проблемната употреба. По приблизителни оценки през 2006 г. в Чешката република е имало около 17 500–22 500 употребяващи метамфетамини (2,4–3,1 случая на 1000 души на възраст 15–64 години), почти двойно спрямо оценката за броя проблемно употребяващи опиати, а в Словакия – приблизително 6200–15 500 употребяващи метамфетамини (1,6–4,0 случая на 1000 души на възраст 15–64 години), около 20 % по-малко спрямо оценката за броя проблемно употребяващи опиати.

През последните пет години отчитаното търсене на лечение, свързано с употребата на метамфетамини, се е увеличавало и в двете държави. Метамфетаминът се е превърнал в основния проблемен наркотик,

който най-често се посочва от хората, търсещи лечение за първи път в Словакия, като съставлява 25 % от всички случаи на потърсено лечение за употреба на наркотици. В Чешката република 59 % от всички пациенти на лечение за употреба на наркотици посочват метамфетамин като своя основен проблемен наркотик <sup>(69)</sup>. Пациентите на лечение за употреба на метамфетамин съобщават за високи степени на употреба на наркотици чрез инжектиране: около 50 % в Словакия и 80 % в Чешката република.

### Екстази

По приблизителни оценки около 9,5 млн. възрастни европейци са опитвали екстази (средно 3 %) и около 3 млн. (0,8 %) са го употребявали през последната година (вж. таблица 4 за обзор на данните). Между отделните държави съществуват значителни различия,

<sup>(69)</sup> Вж. таблица TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Таблица 4: Разпространение на употребата на екстази сред общото население – обзор на данните**

Възрастова група	Времеви период на употреба	
	Някога през живота	Изминалата година
<b>15–64 години</b>		
Изчислен брой употребяващи в Европа	9,5 млн.	2,6 млн.
Средна стойност за Европа	2,8%	0,8%
Диапазон	0,3–7,3%	0,2–3,5%
Държави с най-ниско разпространение	Румъния (0,3%), Гърция (0,4%), Малта (0,7%) Литва (1,0%)	Гърция, Малта (0,2%), Дания, Полша (0,3%)
Държави с най-високо разпространение	Обединеното кралство (7,3%), Чешката република (7,1%), Ирландия (5,4%), Испания (4,4%)	Чешката република (3,5%), Обединеното кралство (1,8%), Естония (1,7%), Словакия (1,6%)
<b>15–34 години</b>		
Изчислен брой употребяващи в Европа	7,5 млн.	2,5 млн.
Средна стойност за Европа	5,6%	1,8%
Диапазон	0,5–14,6%	0,4–7,7%
Държави с най-ниско разпространение	Румъния (0,5%), Гърция (0,6%), Малта (1,4%) Литва, Полша (2,1%)	Гърция (0,4%), Италия, Полша (0,7%), Дания, Литва, Португалия (0,9%)
Държави с най-високо разпространение	Чешката република (14,6%), Обединеното кралство (13,0%), Ирландия (9,0%), Словакия (8,4%)	Чешката република (7,7%), Обединеното кралство (3,9%), Естония (3,7%), Нидерландия, Словакия (2,7%)
Информацията е основана на последното проучване, налично за всяка държава. Годишните на проучванията варират от 2001 г. до 2007 г. Средното разпространение за Европа беше изчислено с претеглена средна стойност според представителите на съответната възрастова група във всяка държава. При държавите, за които липсваха данни, са използвани средните стойности на разпространение за ЕС. Групи от населението, използвани като основа: 15–64 години (328 млн.), 15–34 години (134 млн.) и 15–24 години (64 млн.). Обобщените тук данни са налични в „Проучвания сред общото население“ в статистическия бюлетин за 2008 г.		

като скорошни проучвания сочат, че между 0,3 % и 7,3 % от всички възрастни (15–64 години) са опитвали наркотика поне веднъж, а повечето държави съобщават оценки за разпространението на употребата някога през живота в диапазона 1,3–3,1 %. Разпространението на употребата на наркотика през последната година се различава в Европа – от 0,2 % до 3,5 %. По всички показатели, както и при повечето други незаконни наркотици, отчетената употреба беше значително по-висока сред мъжете, отколкото сред жените.

Употребата на екстази беше по-често срещана сред младите хора (15–34 години), при които оценките за разпространението на употребата някога през живота бяха в диапазона от 0,5 % до 14,6 %, като между 0,4 % и 7,7 % от представителите на тази възрастова група съобщават, че са употребявали наркотика през изминалата година. По приблизителни оценки 7,5 млн. млади европейци (5,6 %) са опитвали екстази поне веднъж, като около 2,5 млн. (1,8 %) съобщават за употреба през изминалата година. Оценките

на разпространението на употребата все още са по-високи, ако се разглеждат само младите хора: във възрастовата група 15–24 години разпространението на употребата някога през живота е в диапазона от 0,4 % до 18,7 %, въпреки че повечето държави съобщиха за оценки в границите 2,5–8 %<sup>(70)</sup>. Въпреки че повечето държави съобщиха оценки в диапазона 1,3–4,6 % за употребата през изминалата година от тази възрастова група, имаше значителна разлика между най-ниската национална оценка в размер на 0,3 % и най-високата в размер на 12 %, като отражение на различните ситуации в някои държави-членки.

При учениците могат да се наблюдават големи увеличения в равнищата на разпространение при малко увеличение на възрастта; например данните, налични от 16 държави, показват, че в сравнение с по-младите ученици разпространението на употребата на екстази някога през живота сред 17- и 18-годишните ученици като цяло е значително по-високо, което

<sup>(70)</sup> Вж. таблица GPS-17 в статистическия бюлетин за 2008 г.

говори, че първата употреба на наркотика обикновено се случва след 16-годишна възраст <sup>(71)</sup>.

Въпреки, че броят на употребяващите екстази в Европа е подобен на този на употребяващите амфетамини, много малка част се възползват от услуги за лечение. През 2006 г. в повечето държави по-малко от 1 % от употребяващите наркотици, потърсили лечение, са посочили екстази като своя основен проблемен наркотик, като в повечето държави едва незначителен брой пациенти са били лекувани за проблеми, свързани с екстази. Само пет държави съобщават за повече от 100 пациенти, потърсили лечение за употреба на екстази (Франция, Италия, Унгария, Обединеното кралство, Турция), които представляват между 0,5 % и 4 % от всички случаи на пациенти, потърсили лечение в тези държави. При средна възраст от 24–25 години употребяващите екстази са сред най-младите групи, потърсили лечение за употреба на наркотици, и те редовно съобщават за съпътстващата употреба на други вещества, включително канабис, кокаин, алкохол и амфетамини <sup>(72)</sup>.

## LSD

Разпространението на употребата на LSD някога през живота сред възрастното население (15–64 години) е в границите от почти нула до 5,4 %. Измежду младите хора (15–34 години) оценките за разпространението на употребата някога през живота са малко по-високи (от 0,3 % до 7,1 %), въпреки че сред хората на възраст между 15 и 24 години се съобщават по-ниски равнища на разпространение. За разлика от това в няколко държави, предоставящи сравними данни, употребата на LSD често е надвишавана от употребата на халюциногенни гъби, при които разпространението на употребата някога през живота при младите хора варира от 1 % до 9 %, а оценките на разпространението на употребата през изминалата година са между 0,3 % и 3 % (EMCDDA, 2006).

## Тенденции в употребата на амфетамини и екстази

Сведенията за стабилизиращи се и дори низходящи тенденции в употребата на амфетамини и екстази в Европа са подкрепени от най-новите данни. След общите увеличения през 90-те години проучвания сред населението сега сочат цялостно стабилизиране или дори известен спад в популярността на двата

наркотика, въпреки че този модел не се наблюдава във всички държави.

Употребата на амфетамини (през последните 12 месеца) сред младите хора (15–34 години) в Обединеното кралство намаля значително между 1996 г. (6,5 %) и 2002 г. (3,1 %), като стойностите са останали стабилни след това. В Дания се съобщава за подчертано увеличение на употребата на амфетамини между 1994 г. и 2000 г., но резултатите от проучването през 2005 г. показват спад в употребата на това вещество от началото на десетилетието <sup>(73)</sup>. При другите държави, съобщаващи за многократни проучвания през подобен времеви период (Германия, Гърция, Испания, Франция, Нидерландия, Словакия, Финландия), тенденциите в голямата си част са стабилни <sup>(74)</sup>. През петгодишния период 2001–2006 г. от 14-те държави с достатъчни данни за разпространението на употребата на амфетамини през изминалата година сред възрастовата група 15–34 години, три държави съобщават за спад от 15 % или повече, четири съобщават за стабилизиране, а седем – за увеличение от 15 % или повече.

По отношение на употребата на екстази сред младите хора (15–34 години) картината е по-разнородна, като равнищата на употреба все още са високи сред младите мъже <sup>(75)</sup> и при проучвания в някои специфични места за развлечение. След общи увеличения на употребата в някои европейски държави в края на 80-те и началото на 90-те години, водещи до сходни равнища на употреба на екстази в Германия, Испания и Обединеното кралство в средата на 90-те години, разпространението на употребата през изминалата година е останало постоянно по-високо в Обединеното кралство в сравнение с другите държави <sup>(76)</sup>. През петгодишния период 2001–2006 г. разпространението на употребата на екстази през изминалата година сред младите хора намаля в три от 14-те държави, предоставящи достатъчно информация за това, докато остана стабилно в пет държави и се увеличи в шест.

Данните от някои държави сочат, че кокаинът може да заменя амфетамините и екстази в някои части от населението, употребяващо наркотици. Такъв може да е случаят в Обединеното кралство и Дания, и до известна степен в Испания. Както Обединеното кралство така и Дания отчитат относително високи оценки на разпространението на употребата на

<sup>(71)</sup> Вж. таблици EYE-1 и EYE-2 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(72)</sup> Вж. таблици TDI-5 и TDI-37 (част i), (част ii) и (част iii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(73)</sup> Информацията за 1994 г. за Дания се отнася за „твърди наркотици“, понятие, включващо предимно амфетамини.

<sup>(74)</sup> Вж. фигура GPS-8 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(75)</sup> Вж. фигура GPS-9 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(76)</sup> Вж. фигура GPS-21 в статистическия бюлетин за 2008 г.



амфетамини някога през живота, съответно 11,9% и 6,9%, но равнищата на отчетена употреба през изминалата година и изминалия месец са по-близки до тези в други държави. Увеличенията в употребата на кокаин в тези държави до известна степен са били съпътствани от спад в употребата на амфетамини, откривайки възможността единият стимулант да замести другия на тези пазари<sup>(77)</sup>. Възможните промени в моделите на употреба на наркотици в други държави (Германия, Франция, Италия, Нидерландия) не са така ясни. Като цяло взаимозависимостта между различни наркотици, които могат да имат сходна привлекателност спрямо употребяващите ги, остава слабо разбрана.

Анализ на данните от новите национални проучвания в училищата от 2007 г. (Чешката република, Испания, Португалия, Словакия, Швеция, Обединеното кралство) подкрепя предположението за цялостна стабилизация на ситуацията без промяна или дори с малък спад, отбелязан в отчетеното разпространение на употребата на амфетамини и екстази някога през живота.

## Места за развлечения

### Употреба на амфетамини и екстази на места за развлечения

Проучвания на употребата на наркотици в подбрани места за развлечения, където се събират млади хора и за които е известно, че понякога са свързани с употребата на наркотици, като танцови събития или музикални фестивали, могат да дадат полезна представа за поведението на лицата, които редовно и интензивно употребяват амфетамини и екстази. Употребата на наркотици в такава обстановка обикновено е висока, но това не може да бъде обобщение за по-широк кръг от населението.

Проучване сред млади хора на възраст 15–30 години, които редовно посещават нощни заведения, проведено през 2006 г. в девет европейски града (Атина, Берлин, Бърно, Лисабон, Ливърпул, Любляна, Палма, Венеция, Виена), отчете приблизителни оценки на разпространението на употребата някога през живота в размер на 27% за употреба на екстази и 17% за амфетамини. Честата употреба на тези наркотици беше много по-ниска, като само 1,4% от запитаните посочват, че са употребявали екстази веднъж седмично или по-често, а по-малко от 1% посочват това за амфетамини. Средната възраст на първата употреба и

при двата наркотика сред изследваната група беше 18 години<sup>(78)</sup>. Съпътстващата употреба на алкохол беше често срещана, като 34% от запитаните посочиха, че са били под въздействието на алкохол повече от два пъти по време на четирите седмици, предхождащи събеседването. Това равнище на употреба на алкохол беше по-често споменавано от мъже, отколкото от жени: съответно 42% и 27% (European Commission, 2007b).

Френско проучване, проведено през 2004 г. и 2005 г. по време на пет събития с електронна музика, отчете разпространение на употребата през последния месец в размер на 32% за екстази и 13% за амфетамин сред извадка от 1496 участници. Въпреки това следва да се отбележи, че разпространението на употребата беше по-високо сред специфични подгрупи, характеризиращи се със своите антикултурни елементи и обозначени като „алтернативни“. При тези подгрупи приблизителните оценки на разпространението на употребата на екстази и амфетамин бяха съответно 54% и 29%.

### Действия в местата за развлечения

Все по-често срещана тенденция в Европа е органите да подхождат към аспектите на законните и незаконните наркотици колективно, когато зачитат местния обществен ред или здравните проблеми. Този подход по-специално е приложим по отношение на действията, насочени към обстановки, в които се употребяват както синтетични наркотици и стимуланти, така и алкохол, като нощни барове и клубове. Един от проблемите в тази област е, че относителните роли на незаконните и законните вещества могат да са трудно различими. Употребата на алкохол сред младите хора е област на нарастващо безпокойство в Европа, като през 2006 г. Европейската комисия прие стратегия на ЕС срещу употребата на алкохол за подпомагане на държавите-членки в намаляването на вредите, свързани с алкохола, сред младите хора. В действителност вредната употреба на алкохол е свързана с един от всеки четири смъртни случая при младите мъже (на възраст 15–29 години) и един от всеки 10 случая при младите жени<sup>(79)</sup>.

Опасенията за комбинираната употреба на наркотици и алкохол от млади хора на обществени места са довели до разработването на стратегии, които целят да изменят социалните, икономическите и физическите среди, свързани с употребата на алкохол и наркотици, с цел промяна на поведението и нормите

<sup>(77)</sup> Вж. „Европейският пазар на стимуланти: „държави на кокаина“ и „държави на амфетамин““, стр. 56.

<sup>(78)</sup> Вж. таблица EYE-2 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(79)</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_factsheet\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf)

на употреба; създаване на условия, които по-малко предразполагат към интоксикация и намаляване на възможностите за възникване на проблеми, свързани с алкохол и наркотици<sup>(80)</sup>. Няколко мерки, съобщени от държави-членки, се прилагат във или около нощни заведения с конкретната цел за намаляване на вредите или благоприятно изменение на социалната среда. Те включват обучение за персонал и охрана на заведения; ускорено прилагане на съществуващото законодателство; повишаване на осведомеността за вредите, свързани с употребата на вещества; предоставяне на нощни транспортни услуги и подобрения, предназначени за осигуряване на по-безопасна среда за нощен живот. Мерките в тази област са разнообразни и включват неща като подобряване на уличното осветление; достъпността на питейна вода; подходяща вентилация или дори мерки за осигуряване на бърза реакция при спешни случаи. Обща характеристика на този подход често е това, че той е основан на диалог между различни заинтересовани страни като полиция, лицензионни органи, собственици на заведения и лица, предоставящи здравни услуги, които следва да работят заедно в партньорство за определяне на местните нужди и вероятните решения.

Пример за работа в тази област може да бъде открит в Дания, където в сътрудничество с общинските органи и полицията на собственици на ресторанти и хора, работещи в нощни заведения, се предлагат курсове за насърчаване на споделени усилия за ограничаването на употребата и продажбата на наркотици и алкохол. Някои подходи в тази област, разработени от отделни държави-членки, също започват да привличат по-голямо внимание, както се вижда от факта, че ръководните принципи за безопасни танци, разработени в Обединеното кралство, сега се прилагат в клубове в Париж и Брюксел. Собственици на клубове с участието на работници на място и местни органи помагат за насърчаване на умерена консумация на алкохол и повишаване на осведомеността за вредите от наркотиците и алкохола, като същевременно подобряват безопасността на местата (напр. осигуряват безплатна вода, персонал, обучен за оказване на първа помощ, зони за разпускане).

Връзката между шофирането и употребата на наркотици и алкохол е проблем, включен в някои обусловени от средата стратегии. Примерите тук включват предоставянето на алтернативен транспорт за шофьори в състояние на интоксикация, който се предлага в някои нощни заведения в Париж,

и популяризиране на възможностите за ползване на обществен транспорт от клубове в Брюксел. В Испания са били проведени кампании за превенция, по-специално през почивните дни, които акцентират върху „шофьори, които не употребяват алкохол и наркотични вещества, за да возят останалите“ и повишаване на осведомеността за рисковете от шофиране под въздействието на психоактивни вещества. Тези кампании може да са допринесли за 16-процентния спад, наблюдаван в Испания по отношение на броя на пътнотранспортните произшествия с участието на млади хора на възраст 18–20 години през 2006 г.<sup>(81)</sup>.

Стратегиите, насочени към средата, в която младите хора употребяват наркотици и алкохол, изглежда имат най-значителен потенциал за предпазване на общественото здраве и подобряване на обществената безопасност, като ползите могат да облагодетелстват и по-широката общественост, а не само тези, употребяващи наркотици. Въпреки това към днешна дата в Европа такива подходи обикновено са ограничени до определени известни проблемни области, често в центровете на големите градове, и рядко се прилагат всеобхватно, което показва, че съществува значителен потенциал за понататъшно инвестиране и развитие в тази област. Като цяло акцентът на работата в тази област обикновено се е ограничавал до действия, насочени към конкретни проблемни поведения или аспекти на средата, вместо към по-обхватната задача за справяне с нормативните убеждения и схващания, които младите хора имат спрямо употребата на наркотици и алкохол в специфични обстановки.

## Предоставяне на лечение

В повечето държави-членки ограниченото търсене е отразено в ограничената достъпност на услуги за лечение, специално насочени към употребяващи амфетамин, метамфетамин или екстази. Тази ситуация донякъде се различава в някои държави-членки с дълготрайно установени постоянни групи от употребяващи амфетамин или метамфетамин. В тези държави (основно Чешката република, Словакия, Финландия, Швеция) употребяващите амфетамин или метамфетамин се лекуват в рамките на специализирани услуги. Възможностите за лечение се състоят от детоксификация, следвана от индивидуална терапия в амбулаторни условия или груповата терапия в амбулаторни или домашни условия.

<sup>(80)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

<sup>(81)</sup> За повече информация относно кампаниите за превенция в Европа вж. подбория материал за наркотиците и шофирането за 2007 г.

Терапевтичните възможности със солидни доказателства за ефективност обикновено не могат да бъдат ръководни при лечение на зависимости от психостимуланти като амфетамини и кокаин. Както е отбелязано в глава 5, към момента не са налични фармакологични средства за подпомагане на употребяващите наркотици да се справят с

абстиненцията или да потиснат нуждата от употреба, свързана с психологическата зависимост. Освен това литературата показва, че никакви определени психосоциални действия не са демонстрирали силна доказателства за ефективност при подпомагане на употребяващите психостимуланти да поддържат абстинентност.

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 5

### Кокаин и крек

#### Въведение

Последните налични данни продължават да сочат цялостно увеличение в употребата на кокаин в Европа. Проучвания сред населението, извършени в няколко държави, са отчели подчертано увеличение на употребата сред младите хора от средата на 90-те години. Тези констатации са подкрепени от резултатите от целенасочени проучвания, които са наблюдавали много високи равнища на употреба на кокаин в някои места за развлечение (нощни и танцови заведения). Паралелно с това показателите за достъпността на кокаин в Европа, включително броят на конфискациите на наркотика и заловените количества, са се увеличили значително.

В някои държави-членки на ЕС търсенето на лечение за употреба на кокаин се е увеличило драстично през последните години, като сега дори надвишава търсенето на лечение за употреба на опиати в някои държави, градове и региони. Освен това значителен дял от употребяващите опиати, които са на лечение, посочват кокаина като техния съпътстващ основното вещество наркотик, което може да допринесе за техните проблеми и може да усложни грижите за тях. В много държави кокаинът се споменава също в токсикологичния анализ на голяма част от смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, обикновено в комбинация с опиати и други вещества.

Съществуването на значителни различия между държавите, като много държави все още съобщават много ниски равнища на употреба, е достойно възражение срещу наблюдението, че като цяло употребата на кокаин в Европа се увеличава. Опитът на отделните държави по отношение на проблемите, свързани с кокаина, също е много разнороден; например сравнително малък брой държави съставляват по-голямата част от всички случаи на потърсено лечение за употреба на кокаин, отчетени в Европа.

#### Предлагане и достъпност

##### Производство и незаконна търговия

Отглеждането на храста кока, източника на кокаин, продължава да бъде съсредоточено в няколко държави в района на Андите<sup>(82)</sup>. Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (2008) оцени потенциалното производство на кокаин на 994 т чист кокаин хидрохлорид за 2007 г., от който Колумбия е произвела 61 %, Перу – 29 % и Боливия – 10 %. Анализът на броя на затворените лаборатории сочи, че по-голямата част от производството остава съсредоточено в тези три държави, въпреки че може да се среща и в други южноамерикански държави, преди износ за основните пазари на потребление в Северна Америка и Европа. Информацията за незаконната търговия на калиев перманганат (химически реагент, използван в синтеза на кокаин хидрохлорид) подкрепя тази констатация, като Колумбия съобщава за 99 от общо 101 т калиев перманганат, конфискуван в световен план за 2006 г. (INCB, 2008b).

Кокаинът, произведен в региона на Андите, впоследствие се внася контрабандно в Европа от южноамерикански държави (през Бразилия, Еквадор, Венецуела). Докато Карибите продължават да са важна транзитна зона за кокаина, предназначен за европейския пазар, прекарването му през държави в Западна Африка, по-специално Гвинейския залив и бреговете на Кабо Верде, Гвинея и Гвинея Бисау, се забелязва все повече през последните няколко години (CND, 2008; INCB, 2008a)<sup>(83)</sup>. Испания и Португалия остават основните входни точки за внос на кокаин в Европа, като ролята им се е увеличила значително от 2005 г. насам. Въпреки това кокаинът също продължава да навлиза в Европа по пряк път чрез пратки през Атлантическия океан или по въздух; по-специално към Нидерландия, Белгия, Италия, Франция, Обединеното кралство и Германия. Нидерландия и Франция се считат за основни транзитни държави за понататъшното разпределение на кокаина в Европа (Europol, 2007b). Скорешни

<sup>(82)</sup> За информация относно източниците на данни за предлагане и достъпност на наркотици вж. стр. 42.

<sup>(83)</sup> Вж. също „Западна Африка: регионален транзитен център за контрабанда към Европа“, стр. 68.

доклади за вноса на кокаин през източноевропейски държави (България, Естония, Латвия, Литва, Румъния, Русия) могат да говорят за организирането на нови канали на незаконна търговия в тази част на Европа.

### Конфискации

Кокаинът е най-търгуваният наркотик в света след сушения канабис и канабисовата смола. През 2006 г. конфискациите на кокаин в световен план леко намаляха до 706 т. Южна Америка продължи да регистрира най-голямо иззето количество, възлизащо на 45 % от общата стойност, следвана от Северна Америка с 24 % и Западна и Централна Европа със 17 % (UNODC, 2008).

Броят на конфискациите на кокаин се е увеличавал през последните 20 години в Европа и продължи да расте през периода 2001–2006 г., с изключение на спада през 2003 г. Количеството иззет кокаин също се е увеличавало през последното десетилетие, но с чести колебания. През 2006 г. конфискациите на кокаин в Европа се увеличиха на 72 700 случая, а заловеното количество – на 121 т<sup>(84)</sup>. Испания продължи да бъде държавата, регистрираща най-много конфискации, възлизащи на 58 % от всички конфискации и на 41 % от заловеното количество в Европа за годината. Огромното увеличение на конфискуваното количество в Португалия от 2005 г. насам, възлизащо на 28 % от общата европейска стойност за 2006 г., говори за все по-честото използване на Иберийския полуостров от трафикантите на кокаин като входна точка към европейския пазар.

### Чистота и цена

Обичайната чистота на кокаина в Европа варираше от 1 % до 90 % през 2006 г., въпреки че повечето държави съобщиха стойности между 25 % и 55 %<sup>(85)</sup>. От 23 държави, които предоставят достатъчно данни за това, повечето съобщиха за низходяща тенденция в чистотата на кокаина за периода 2001–2006 г.; въпреки това бяха отчетени увеличения в Гърция и Франция за периода 2003–2006 г.

През 2006 г. обичайната цена на дребно на кокаина варираше между 50 и 75 евро за грам в повечето европейски държави, въпреки че Кипър, Румъния, Швеция и Турция съобщиха доста по-високи стойности. През периода 2001–2006 г. кокаинът, продаван на улицата, е поевтинял в 18-те държави, които предоставят достатъчно данни за това, с изключение

### Западна Африка: регионален транзитен център за контрабанда към Европа

През последните пет години Западна Африка се е превърнала във важен регион за незаконна търговия с кокаин към Европа<sup>(1)</sup>, използвана като място за транзит, съхранение и преупаковане (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). По приблизителни оценки почти една четвърт от кокаина, търгуван за Европа през 2007 г., е бил прекаран през този регион (UNODC, 2008). На фона на растящата употреба на кокаин в Европа ръстът в незаконната търговия през западноафриканския канал вероятно е допринесъл за спада в цената на наркотика, същевременно укрепвайки ролята на Иберийския полуостров като входна точка за разпределение на кокаина в Европа (Europol, 2007b).

Кокаинът се пренася от Западна Африка към Европа предимно по море чрез големи пратки, превозвани от рибарски кораби до места за разтоварване предимно на брега на Северна Португалия и Галисия в Испания. По-малките пратки с кокаин се пренасят по въздух или по суша, все по-често заедно с контрабанда на канабисова смола от Северна Африка.

Увеличаването на вноса през западноафриканския канал за незаконна търговия с кокаин се дължи на няколко фактора. Те включват по-ефективното контролиране на алтернативни канали за търговия (Europol, 2007b); географското разположение на Западна Африка и икономическата уязвимост на държавите в тази област, които често имат слаби съдебни и правоприлагащи системи.

Международната общност е поела няколко инициативи за справяне с проблема. Измежду други инициативи, предприети от Европейския съюз, Съветът, чрез хоризонтална работна група „Наркотици“, е поставил Западна Африка на първо място в дневния ред и представи резолюция за засилване на международната подкрепа за Западна Африка пред Комисията на ООН за наркотичните вещества за 2008 г. Освен това седем държави-членки с подкрепата на ЕС проведоха съвместни действия за основаване на Морския център за анализи и операции – наркотици (MAOC-N), правоприлагащ център със седалище в Лисабон, който цели намаляване на незаконната търговия с кокаин, поставяйки акцент специално върху източната част на Атлантическия океан.

<sup>(1)</sup> UNODC (2007b) съобщава, че Сенегал, Гана, Мавритания, Гвинея Бисау, Кабо Верде, Нигерия, Бенин и Сиера Леоне са регистрирали най-много конфискации през 2006–2007 г.

на Румъния, където беше отчетен ръст в цената (коригирана спрямо инфлацията).

<sup>(84)</sup> Данните за конфискациите на кокаин в Европа, споменати в настоящата глава, могат да бъдат открити в таблици SZR-9 и SZR-10 в статистическия бюлетин за 2008 г. Имайте предвид, че в настоящата глава при липса на национални данни за 2006 г. за изчисляване на общите европейски стойности се използват съответните данни за 2005 г.

<sup>(85)</sup> Вж. таблици PPP-3 и PPP-7 в статистическия бюлетин за 2008 г. за данни за чистотата и цените.

## Разпространение и модели на употреба

Разнообразие има не само при общите равнища на употреба на кокаин, съобщени от държавите-членки, но също и при характеристиките на самите хора, употребяващи кокаин, които идват от широк кръг социални прослойки, от някои от най-привилегированите до някои от най-маргинализираните членове на обществото. По същия начин са разнообразни и моделите на употреба на кокаин, от инцидентни и за развлечение до силно принудителни и зависими. Формата, в която се употребява кокаинът (кокаин хидрохлорид или крек), и начинът му на употреба са допълнителни усложняващи фактори. Това разнообразие е важно съображение, както за разбиране на обхвата на проблемите, които обичайно се свързват с различните модели на употреба на кокаин, така и за определяне на насочването и разработването на услуги за различна група употребяващи наркотици.

### Сред общото население

Като цяло кокаинът остава вторият най-употребяван незаконен наркотик в Европа след канабиса, въпреки че употребата се различава значително между отделните държави. По приблизителни оценки около 12 млн. европейци са използвали наркотици поне веднъж през живота си; средно 3,6 % от тези на възраст 15–64 години (вж. таблица 5 за обзор на данните). Националните стойности варират от 0,4 % до 7,7 %, като дванадесет държави, най-вече държави-членки, които са се присъединили към Европейския съюз от 2004 г. насам, съобщават много ниски равнища на разпространение на употребата някога през живота сред всички възрастни (0,4–1,2 %).

Изчислено е, че около 4 млн. европейци са употребили наркотици през изминалата година (средно 1,2 %), въпреки че отново различията между отделните държави са значителни. Това може да бъде видно в резултатите от скорошни национални проучвания, които съобщават оценки за разпространението на употребата през изминалата година между 0,1 % и 3 %, въпреки че само в четири държави равнищата на употреба надвишават 1 %. Оценката за разпространението на употребата през изминалия месец на база 2 милиона души е около половината от тази за изминалата година и представлява около 0,5 % от възрастното население. Тези оценки са по-скоро умерени.

Като цяло изглежда, че употребата на кокаин е съсредоточена в няколко държави, по-специално

## Оценяване на употребата на кокаин чрез анализ на обществените отпадни води

Прилагането на последните достижения в аналитичната химия за откриването на кокаин в отпадни води въведе нов подход за мониторинг на употребата на незаконни наркотици сред обществеността, известен като „канализационна епидемиология“. Методът включва измерване на равнищата на разграждащи се продукти от незаконни наркотици, отделяни в урината на употребяващите. След това измерените равнища на разграждащите се продукти в отпадни води се мащабират, за да се изчисли употребата на незаконни наркотици сред населението. При случая с кокаина основният метаболит, отделян в урината, е бензоилекгонин. Тъй като разграждането на кокаина в човешкото тяло е единственият вероятен източник на бензоилекгонин в системите за отпадни води, с определени допускания е възможно количеството кокаин, употребен в обществото (макар и не броят употребяващи), да се изчисли по обратен път от количеството на метаболита в отпадните води.

Канализационната епидемиология все още е в ранен етап на развитие и също както важните технически и етични въпроси, информацията която тя предлага, трябва да се интегрира в настоящото изследователско мислене. Тези въпроси са разгледани в новата публикация на ЕЦМНН относно анализа на отпадните води (EMCDDA, 2008b). Допитвайки се до широк кръг от експерти в различни области, докладът заключава, че макар и да са необходими допълнителни развития, канализационната епидемиология има потенциал за наблюдение на наркотиците на общностно равнище. Подходът също би имал потенциал като инструмент за наблюдение на наркотиците, служещ за подпомагане на общественото здравеопазване и правоприлагащите органи при набелязване на модели на употреба на наркотици сред общини с различни мащаби. И тъй като изследването на отпадните води и анализът могат да се извършват ежедневно, ежеседмично или ежемесечно, данните биха могли да се използват за предоставяне на по-навременен измерител, който дава на обществеността повече възможности за наблюдение на въздействието и ефективността на дейностите по превенция и намеса.

Испания и Обединеното кралство, и в по-малка степен Италия, Дания и Ирландия, докато употребата на наркотици е относително ниска в повечето други европейски държави. В държавите, където амфетамините доминират пазара на незаконни стимуланти, оценките за употребата на кокаин са ниски в почти всички случаи; обратно на това, в повечето държави, където кокаинът е основният незаконен стимулант, се съобщават ниски равнища на употреба на амфетамини <sup>(86)</sup>.

<sup>(86)</sup> Вж. „Европейският пазар на стимуланти: „държави на кокаина“ и „държави на амфетамината“?, стр. 56.

### Употреба на кокаин сред младите хора

Употребата на кокаин е съсредоточена основно сред младите хора (15–34 години). Например от 4-те милиона европейци, които са употребили наркотика през изминалата година, около седем от всеки осем вероятно са млади хора.

За Европа е изчислено, че 7,5 млн. млади хора (на възраст 15–34 години) или средно 5,4 %, са употребили кокаин поне веднъж през живота си. Стойностите в отделните държави варират от 0,7 % до 12,7 %. Европейската средна стойност за употребата на кокаин през изминалата година в тази възрастова група е изчислена в размер на 2,3 % (3,5 млн.), а употребата през изминалия месец – на 1 % (1,5 млн.).

Употребата е особено висока сред младите мъже (15–34 години), като разпространението на употребата на кокаин през изминалата година при тях е между 4 % и 7 % в Испания, Дания, Ирландия, Италия и Обединеното кралство<sup>(87)</sup>. Съотношението мъже–жени при разпространението на употребата през последната година варираше от 1:1 до 1:13 за младите хора в различни държави. Претеглените средни стойности за Европейския съюз като цяло сочат, че измежду употребяващите кокаин на възраст 15–34 години съотношението мъже–жени е било почти 4 към 1 (3,8 мъже на всяка жена).

Резултатите от изследванията на по-скорошната употреба на кокаин (през изминалата година и изминалия месец) са най-високи сред възрастовата група 15–24 години, въпреки че това явление не е толкова подчертано, както в случаите на употреба на канабис и екстази<sup>(88)</sup>. Разпространението на употребата на кокаин през изминалата година при тази възрастова група е оценено на 2,6 %, което представлява 2 млн. души на възраст от 15 до 24 години, употребили наркотика през изминалата година.

Употребата на кокаин също се свързва с определени начини на живот. Анализ на данните от британско изследване за престъпността за 2003–2004 г. изчисли, че около 13 % от 16–29-годишните, които често посещават заведения или барове, съобщават за употреба на кокаин през последната година, в сравнение с едва 3,7 % измежду по-нередовните посетители. При хората на възраст от 30 до 59 години стойностите бяха съответно 3,1 % и 1 %. Отчетената употреба на крек в същото изследване беше много ниска дори сред групата, съобщила най-високи равнища на разпространение на

употребата на кокаин. Това подкрепя констатациите на по-целенасочени проучвания, които съобщават за различен профил на употребяващите кокаин на прах в сравнение с тези, употребяващи крек. Вероятно в други държави употребата на кокаин също се свързва с подобни фактори от начина на живот.

Проучванията, провеждани в места за развлечение, често отчитат високо разпространение на употребата на кокаин. Например проучване от 2006 г. в девет европейски града (Атина, Берлин, Бърно, Палма, Лисабон, Ливърпул, Любляна, Венеция, Виена), проведено сред 1383 млади хора на възраст 15–30 години, които редовно посещават нощни заведения, констатира че 29 % са употребили наркотика поне веднъж и почти 4 % са употребявали кокаин веднъж седмично или по-често в определен момент (European Commission, 2007b). По-високи равнища на разпространение на употребата бяха отчетени и във френско проучване от 2004–2005 г. сред 1496 души, анкетирани на пет различни места за електронна музика. Почти 35 % от представителите в извадката са употребили кокаин и 6 % са употребили крек или свободна база на кокаин през последния месец. Проучването също отчете разлики между подгрупите: разпространението на употребата през изминалия месец е било 50 % за употребата на кокаин и 13 % за крек сред тези, обозначени като „алтернативни“, докато около една четвърт от представителите на по-обикновените подгрупи са употребили кокаин и 2 % крек през изминалия месец.

### Употреба на кокаин сред учениците

При учениците цялостните равнища на разпространение на употребата на кокаин са доста по-ниски от тези за употреба на канабис. В повечето държави разпространението на употребата на кокаин някога през живота сред 15–16-годишните ученици е 2 % или по-ниско, като достига до 4 % в Испания и 5 % в Обединеното кралство<sup>(89)</sup>. В държавите, които са предоставили скорошни данни от национални проучвания в училищата (Испания, Португалия, Словакия, Швеция, Обединеното кралство), разпространението на употребата на кокаин е на стабилно или леко намаляващо равнище, въпреки че промените в равнищата на разпространение обикновено са твърде малки, за да са статистически значими. Данни от скорошни проучвания в Испания са показали значителен спад сред учениците на възраст 17 и 18 години.

<sup>(87)</sup> Вж. фигура GPS-13 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(88)</sup> Вж. фигура GPS-15 и таблици от GPS-14 до GSP-16 за всички години; таблици от GPS-17 до GPS-19 за последните данни в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(89)</sup> Вж. таблица EYE-1 в статистическия бюлетин за 2008 г.



**Таблица 5: Разпространение на употребата на кокаин сред общото население – обзор на данните**

Възрастова група	Времеви период на употреба		
	Някога през живота	Изминалата година	Изминалия месец
<b>15–64 години</b>			
Изчислен брой употребяващи в Европа	12 млн.	4 млн.	2 млн.
Средна стойност за Европа	3,6%	1,2%	0,5%
Диапазон	0,4–7,7%	0,1–3,0%	0–1,6%
Държави с най-ниско разпространение	Румъния, Малта, Литва (0,4%) Гърция (0,7%)	Гърция (0,1%), Полша, Латвия, Чешката република (0,2%)	Гърция, Естония, Чешката република (0,0%), Малта, Литва, Полша, Финландия, Латвия (0,1%)
Държави с най-високо разпространение	Обединеното кралство (7,7%), Испания (7,0%), Италия (6,6%), Ирландия (5,3%)	Испания (3,0%), Обединеното кралство (2,6%), Италия (2,2%), Ирландия (1,7%)	Испания (1,6%), Обединеното кралство (1,3%), Италия (0,8%), Ирландия (0,5%)
<b>15–34 години</b>			
Изчислен брой употребяващи в Европа	7,5 млн.	3,5 млн.	1,5 млн.
Средна стойност за Европа	5,4%	2,3%	1%
Диапазон	0,7–12,7%	0,2–5,4%	0,0–2,8%
Държави с най-ниско разпространение	Румъния, Литва (0,7%), Малта (0,9%), Гърция (1,0%)	Гърция (0,2%), Полша (0,3%), Латвия, Чешката република (0,4%)	Естония (0,0%), Гърция, Полша, Латвия, Чешката република (0,1%)
Държави с най-високо разпространение	Обединеното кралство (12,7%), Испания (9,6%), Дания (9,1%), Ирландия (8,2%)	Обединеното кралство (5,4%), Испания (5,2%), Италия (3,2%), Ирландия (3,1%)	Испания (2,8%), Обединеното кралство (2,7%), Италия (1,2%), Дания, Ирландия (1,0%)
<b>15–24 години</b>			
Изчислен брой употребяващи в Европа	3 млн.	2 млн.	800 000
Средна стойност за Европа	4,5%	2,6%	1,2%
Диапазон	0,4–11,2%	0,2–6,1%	0,0–3,2%
Държави с най-ниско разпространение	Румъния (0,4%), Гърция (0,6%), Литва (0,7%), Малта, Полша (1,1%)	Гърция (0,2%), Полша (0,3%), Чешката република (0,4%), Латвия (0,6%)	Естония (0,0%), Гърция, Латвия (0,1%), Чешката република, Полша, Португалия (0,2%),
Държави с най-високо разпространение	Обединеното кралство (11,2%), Испания (8,7%), Дания (8,0%), Ирландия (7,0%)	Обединеното кралство (6,1%), Испания (5,8%), Ирландия (3,8%), Дания, Италия (3,3%)	Обединеното кралство (3,2%), Испания (3,1%), Италия (1,3%), България, Ирландия (1,1%)

Информацията е основана на последното проучване, налично за всяка държава. Годините на проучванията варират от 2001 г. до 2007 г. Средното разпространение за Европа беше изчислено с претеглена средна стойност според представителите на съответната възрастова група във всяка държава. При държавите, за които липсваха данни, са използвани средните стойности на разпространение за ЕС. Групи от населението, използвани като основа: 15–64 години (328 млн.), 15–34 години (134 млн.) и 15–24 години (64 млн.). Обобщените тук данни са налични в „Проучвания сред общото население“ в статистическия бюлетин за 2008 г.

### Модел на употребата на кокаин

Данни от проучвания сред общото население сочат високи степени на прекратяване на употребата сред употребяващите кокаин: в държавите, където разпространението на употребата през изминалата година е над 2 %, между 80 % и 90 % от възрастните, които са употребили кокаин поне веднъж през живота си, не са го употребили през последния месец <sup>(90)</sup>.

Налична е само ограничена информация за честотата на употреба на кокаин в Европа. Анализ на британско изследване за престъпността констатира, че около 20 % от младите хора (на възраст 16–24 години), които са употребили кокаин през предходната година, са употребявали наркотика по-често от веднъж в месеца. Международно европейско проучване в девет града с избрани представители измежду хората, употребяващи кокаин (Prinzleve *et al.*, 2004), констатира, че посочваната честота на употреба средно е била по-ниска сред интегрираните употребяващи (седем дни в месеца), отколкото сред социално изолираните употребяващи (11 дни) или сред употребяващите опиати, които са на лечение (14 дни).

### Проблемна употреба на кокаин и търсене на лечение

Национални оценки на проблемната употреба на кокаин (употреба чрез инжектиране или дълготрайна/редовна употреба) са налични само за Испания и Италия, а за Обединеното кралство са налични регионални оценки. Според последните данни за Испания през 2002 г. е имало между 4,5 и 6 проблемно употребяващи кокаин на 1000 възрастни (15–64 години). Подобно на това в Италия за 2006 г. е изчислено, че има между 3,7 и 4,5 проблемно употребяващи кокаин на 1000 възрастни. Информацията за Обединеното кралство не е пряко сравнима с тази за Испания и Италия, тъй като тя е основана на употребата на крек. През 2004–2005 г. едно проучване оцени броя на проблемно употребяващите крек в Англия на 5,7 до 6,4 души на 1000 възрастни.

Кокаинът, предимно този на прах, беше посочен като основната причина за постъпване на лечение в Европа през 2006 г. от около 16 % от всички пациенти, потърсили лечение, което съответства на около 61 000 отчетени случая в 24 държави <sup>(91)</sup>. Кокаинът също беше посочен като съпътстващ основното

вещество наркотик от около 18 % от всички пациенти на амбулаторно лечение <sup>(92)</sup>. Има големи различия между държавите, като употребяващите кокаин съставляват значителен дял от пациентите на лечение само в Испания (47 %) и Нидерландия (35 %); въпреки това наркотикът сега е причина за 25 % от случаите на потърсено лечение в Италия. В останалата част на Европа кокаинът е причина за между 5 % и 10 % от всички случаи на потърсено лечение (10 държави) или по-малко от 5 % (12 държави) <sup>(93)</sup>.

Делът на употребяващите кокаин е по-висок сред тези, потърсили лечение за употреба на наркотици за първи път. За 2006 г. в Европа кокаинът беше посочен като основен проблемен наркотик от 23 % от новите пациенти, потърсили лечение (около 37 000 души) <sup>(94)</sup>. В Испания според последните данни през 2005 г. кокаинът е бил основният проблемен наркотик, най-често посочван от пациентите, потърсили лечение, като новите пациенти, употребяващи кокаин, са представлявали 63 % от всички нови пациенти, употребяващи наркотици в Испания.

### Тенденции в употребата на кокаин

Като се използва разпространението на употребата през изминалата година сред младите хора (15–34 години) като показател за тенденциите в равнищата на скорошна употреба (тъй като употребата на кокаин е съсредоточена в тази възрастова група) се вижда, че употребата на кокаин се е увеличила значително през втората половина на 90-те години в Испания, Дания и Обединеното кралство. Новите данни (проучвания от 2005–2007 г.) потвърждават вече отчетената през изминалата година възходяща тенденция във Франция, Ирландия, Испания, Обединеното кралство, Италия, Дания и Португалия; в Германия, Нидерландия, Словакия и Финландия се наблюдава стабилно равнище на разпространение; в Португалия пък беше отчетен спад (фигура 5).

Възходящата тенденция в търсенето на лечение за употреба на кокаин, отчетена в предходните години, също изглежда продължава, макар и да е несъразмерно повлияна от някои държави. Между 2002 г. и 2006 г. делът на новите пациенти, потърсили лечение за употреба на кокаин като основен проблемен наркотик, се покачи от 13 % на 25 %, а броят на отчетените случаи се увеличи от около 13 000 на почти 30 000. Беше отчетено увеличение

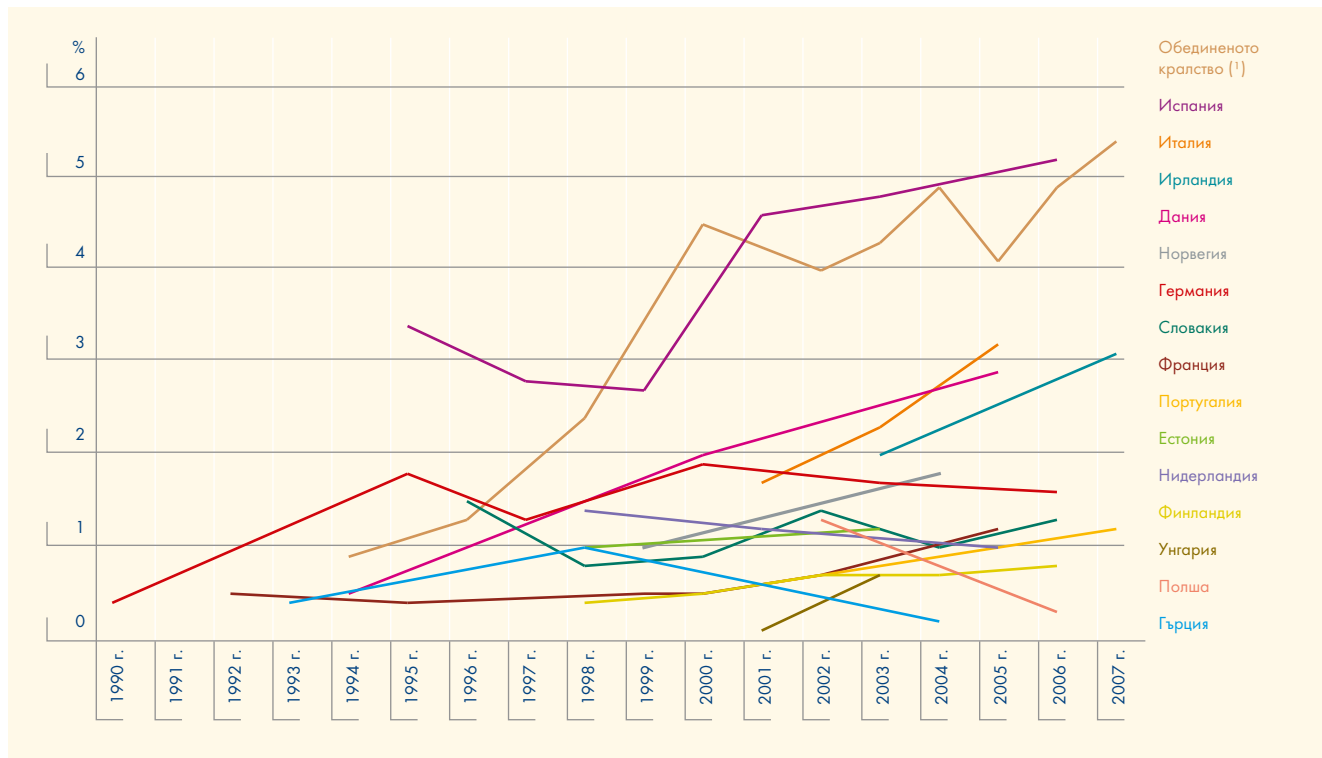
<sup>(90)</sup> Вж. фигура GPS-16 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(91)</sup> Вж. таблица TDI-115 и фигура TDI-2 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(92)</sup> Вж. таблица TDI-22 (част i) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(93)</sup> Вж. таблица TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.; данните за Испания се отнасят за 2005 г.

<sup>(94)</sup> Вж. фигура TDI-2 в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Фигура 5:** Тенденции при разпространението на употребата на кокаин през изминалата година сред младите (на възраст от 15 до 34 години)

(1) Англия и Уелс.

БЕЛЕЖКА: В Дания стойността за 1994 г. се отнася за „твърди наркотици“. Вж. фигура GPS-14 в статистическия бюлетин за 2008 г. за повече информация.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2007), като данните са снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

и в броя и дела на всички пациенти, употребяващи кокаин, потърсили лечение за употреба на наркотици: от 22 000 пациенти (13% от всички случаи на потърсено лечение) през 2002 г. до 50 000 (19%) през 2006 г. Най-големите увеличения бяха отчетени в Италия и Испания<sup>(95)</sup>.

Възходящата тенденция за броя на употребяващите кокаин, потърсили лечение, може да се обясни с увеличения в разпространението на употребата на кокаин и свързаните с това проблеми, но също и с други фактори (напр. увеличение на случаите на насочване към лечение или действията, специално предназначени за употребяващи кокаин); дяловете по вид наркотик пък очевидно са повлияни от промени в търсенето на лечение от употребяващите други вещества.

### Международни сравнения

Като цяло оценката на разпространението на употребата на кокаин някога през живота е по-ниска сред младите хора в Европейския съюз, отколкото сред техните връстници в Австралия, Канада и

САЩ. Въпреки това на национално равнище Дания, Ирландия, Испания, Италия и Обединеното кралство (Англия и Уелс) съобщават по-високи стойности от Австралия. Само Обединеното кралство (Англия и Уелс) съобщава оценка на разпространението на употребата някога през живота, която е подобна на тази за САЩ<sup>(96)</sup>. В някои отношения тази мярка може да бъде разгледана като отражение на историческото развитие на проблемите с кокаина и по-дългият опит на САЩ, а в европейски контекст, Обединеното кралство – с широкоразпространената употреба на кокаин.

## Лечение и намаляване на вредите

### Профил на пациентите на лечение

Амбулаторните центрове поемат почти всички (94%) от съобщените случаи за потърсено лечение за употреба на кокаин в Европа<sup>(97)</sup>. Въпреки това следва да се отбележи, че лечението за употребата на кокаин понякога се провежда също в частни клиники или в

(95) Вж. фигури TDI-1 и TDI-3 и таблица TDI-3 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

(96) Вж. фигура GPS-20 в статистическия бюлетин за 2008 г.

(97) Вж. таблица TDI-24 в статистическия бюлетин за 2008 г.

домашни условия и тази форма на грижи не е добре представена в текущата система за наблюдение.

При пациентите на лечение за употреба на кокаин, постъпващи на лечение в амбулаторни условия, съотношението мъже–жени е най-високо сред пациентите на лечение за употреба на наркотици (5 мъже на една жена). Средната им възраст е 31 години <sup>(98)</sup>, което прави тази група пациенти трета по ред по възраст след употребяващите опиати и употребяващите хипнотични и успокоителни средства. Повечето пациенти на лечение за употреба на кокаин посочват, че са започнали да употребяват наркотици между 15- и 24-годишна възраст <sup>(99)</sup>.

Отчетени са значителни различия между отделните държави по отношение на начина на приемане на веществото при пациентите на лечение за употреба на кокаин. Като цяло около половината (55 %) от пациентите на лечение за употреба на кокаин употребяват наркотици чрез смъркане, като почти

една трета (32 %) го пушат и много по-малка част (9 %) си го инжектират <sup>(100)</sup>. В общи линии могат да бъдат определени две основни групи от употребяващи кокаин измежду тези, потърсили лечение. Първата група включва тези, които най-често са социално интегрирани в по-голяма степен, разполагат с постоянно жилище и работят, като обикновено те употребяват наркотици чрез смъркане. Втората група е по-маргинализирана, като нейните представители обикновено употребяват кокаина чрез пушене или инжектиране (вж. EMCDDA, 2006) и по-често съобщават за употреба на крек или на комбинация от кокаин и хероин. Пациентите, употребяващи по-специално крек, най-често живеят в големи градове, принадлежат към етнически малцинствени групи и съобщават за високи равнища на безработица и за лоши условия на живот <sup>(101)</sup>. Този проблем е малък за европейските мащаби и е ограничен териториално, като значителните проблеми с крек са ограничени до

### Здравни проблеми, свързани с употребата на кокаин

Осведомеността за връзките между употребата на кокаин и различни заболявания често е ограничена дори сред медицинските работници. В резултат на това някои проблеми, свързани с употребата на кокаин, остават неидентифицирани и има вероятност засегнатите да не получат подходящи грижи. Подценяването на проблемите с кокаина възпрепятства разбирането на въздействието на наркотици върху общественото здраве.

Рисковете, свързани с някои проблемни модели на употреба на кокаин, са добре известни и най-често засягат конкретни групи употребяващи (бивши или настоящи употребяващи опиати, маргинализирани групи). Например инжекционната употреба на кокаин се свързва с риска от инфекции и повишен риск от свръхдоза, докато употребата в комбинация с опиати като че ли се свързва с по-висок риск от свръхдоза опиати.

За здравните проблеми, свързани с кокаина на прах, обаче съществува по-голяма вероятност да останат незабелязани и могат да засегнат употребяващи, които обикновено не считат себе си за изложени на риск. Хроничната употреба на кокаин може да причини тежки здравни проблеми, повечето от които са сърдечносъдови (атеросклероза, кардиомиопатия, аритмия, миокардна исхемия) и неврологични (мозъчносъдови смущения и пристъпи). Тези проблеми могат да се утежняват от съществуващи състояния (напр. съдови деформации) и рискови фактори като пушене или употреба на алкохол.

Много от смъртните случаи, приписани на кокаина, са в резултат от такива патологии.

Употребата на кокаин в комбинация с алкохол увеличава равнищата на кокаин в кръвта с до 30 %. От поведенческа гледна точка употребата на кокаин може да улесни прекомерната употреба на алкохол, като позволи на употребяващите да пият по-дълго, което на свой ред може да увеличи количеството употребен кокаин (Gossop *et al.*, 2006). Образуването на кокаетилен в черния дроб също може да се свърже с бъдещи евентуални рискове за здравето, свързани с комбинираната употреба на кокаин и алкохол.

Проведени са няколко проучвания за оценка на цялостното въздействие на употребата на кокаин върху общественото здраве. Мащабно проучване в САЩ (1988–1994) констатира, че една четвърт от острите миокардни инфаркти без фатален край сред лицата на възраст 18–45 години са били приписани на „честа употреба на кокаин някога през живота“. При редовно употребяващите рискът от миокардни инфаркти без фатален край е бил седем пъти по-висок, отколкото при неупотребяващите (Qureshi *et al.*, 2001). Въпреки това не е възможно да се правят генерализации за Европа от това проучване. Към момента нашето разбиране за евентуалното въздействие на растящата употреба на кокаин в Европа върху здравето е недостатъчно и представлява важна област за бъдещо изучаване на общественото здраве.

За допълнителна информация относно здравните проблеми, свързани с употребата на кокаин, вж. подбрания материал за кокаина за 2007 г.

<sup>(98)</sup> Вж. таблици TDI-10 и TDI-21 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(99)</sup> Вж. таблица TDI-11 (част iii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(100)</sup> Вж. таблици TDI-17 (част ii) и (част vi) и TDI-111 (част vii) и (част viii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(101)</sup> Вж. подбрания материал за кокаин и крек за 2007 г.

относително малък брой градове. През 2006 г. беше съобщено за около 8000 пациенти, употребяващи крeк (около 2% от всички пациенти на лечение за употреба на наркотици), потърсили лечение в 20 европейски държави, макар че повечето случаи бяха съобщени от Обединеното кралство<sup>(102)</sup>.

Справянето с проблемите, свързани с едновременната употреба на кокаин и хероин, се превръща във все по-важен въпрос в някои държави. Пациентите на лечение могат да са настоящи или бивши употребяващи хероин, понякога на субституираща терапия. В някои държави те представляват най-голямата група от пациентите на лечение за употреба на кокаин. Някои проучвания сочат, че съпътстващата употреба на кокаин и хероин може да бъде свързана с наличието на двойно диагностициране или да утежни подлежащи психологични проблеми като биполарно разстройство. Също така е било показано, че съпътстващата употреба на кокаин по време на метадонова поддържаща терапия допринася за постоянна употреба на хероин или повторно започване – пораждайки риск от ХИВ и други инфекции, предавани по кръвен път, и тежки медицински, социални проблеми и проблеми, свързани с нарушаване на закона.

### Лечение на кокаинова зависимост

След увеличението на употребата на кокаин и свързаните с това проблеми в няколко държави-членки специализираните лечебни заведения за наркотична зависимост са изправени пред трудната задача да приспособят своите традиционни услуги, ориентирани към употребата на опиати, към разнородните групи от употребяващи кокаин и крeк. Въпреки това, с изключение на Испания, през 2006 г. държавите-членки оцениха предлагането и достъпността на програми за специфично лечение за употреба на кокаин като ниски.

От държавите-членки, които съобщават за високи равнища на разпространение на употребата на кокаин или крeк, няколко са били особено активни в реагирането спрямо проблема. През 2007 г. Испания въведе специфичен национален план за действие в областта на кокаина, докато Ирландия приложи и оцени няколко специфични програми, насочени към различни групи от употребяващи кокаин. Тези програми са насочени към проблемно употребяващите кокаин чрез смъркане, употребяващите няколко вида наркотици, които имат проблеми с кокаина, както и към жени

и сексработници, употребяващи кокаин. В Италия през 2008 г. ще бъде проведено мащабно клинично проучване за изследване на ефективността на две лекарствени средства (арипипразол и ропинирол) за лечението на кокаинова зависимост.

Информацията за естеството на услугите, предоставяни на проблемно употребяващите кокаин в Европа, е оскъдна. Въпреки това национални медицински публикации и проучвания сред специалистите в тази област предоставят добър поглед върху текущите практики. Според скоросен доклад на Националния институт за клинични постижения в Обединеното кралство (NICE, 2007) на проблемите, свързани с употребата на кокаин, в британските специализирани центрове за лечение изглежда се обръща внимание

### Управление на случайностите

Чрез поощряване за абстиненцията управлението на случайностите цели намаляване на ефектите на наркотичната зависимост. Обикновено управлението на случайностите се въвежда в началото на курса на лечение, с психосоциална помощ, и стимулите зависят от получаването на проби урина без наличие на наркотични вещества. Например стимулт може да се изразява във ваучери с малка парична стойност, която се увеличава с всеки следващ период на абстиненция. В този сценарий неуспешното поддържане на резултати без наличие на наркотични вещества води до загуба на натрупаните печалби.

Тази техника многократно и постоянно укрепва поведението без употреба на наркотици на пациента и осигурява постоянна цел, която да бъде постигната. Най-силното доказателство за ефективността на управлението на случайностите при поддържането на абстиненция от наркотици идва от проучвания на лечение за кокаин и хероин, въпреки че има известни доказателства за прилагане на подхода при лечение за канабис и метамфетамин.

Макар че повечето изследвания на управлението на случайностите се провеждат извън Европа, проучвания на приложимостта на управлението на случайностите наскоро са отчетливи положителни резултати в Испания за употребяващите кокаин (Secades-Villa *et al.*, 2008) и при справянето с употребата на кокаин сред пациенти на опиатна субституираща терапия в Нидерландия (DeFuentes-Merillas and De Jong, 2008), където средният стимул в края на проучването беше стоки на стойност 150 евро. Икономически анализ на Националния институт за клинични постижения (NICE, 2007) в Обединеното кралство установи, че управлението на случайностите е разходоефективна възможност в контекста на лечението за кокаин, особено когато се вземат предвид по-големите икономически разходи в резултат на употребата на кокаин.

<sup>(102)</sup> Вж. таблица TDI-115 в статистическия бюлетин за 2007 г.

само когато основният проблем наркотик е опият. Също така скорошно италианско проучване сред експерти, участващи в лечението на употребяващи кокаин, установи трудности при прилагането на някои от елементите, считани от тях за критични фактори за постигане на успешни резултати при лечението, като предоставяне на подходящи услуги (напр. краткотрайни грижи в домашни условия, структурирани психосоциални дейности) или клинично разграничаване на различните групи от употребяващи кокаин. Беше съобщено, че тези трудности са в резултат на организационни проблеми, липса на ресурси и липса на ефективни действия за специализирано лечение за употреба на кокаин. Вероятно специалистите в други държави-членки са изправени пред подобни проблеми. Поради това изглежда, че достатъчната инвестиция, подходящите протоколи за лечение и нуждите от специализирано обучение са ключови проблеми за разработването на услуги в тази област.

Скорошен преглед на литературата показва, че текущите психосоциални дейности не са подкрепени със силни доказателства за ефективността им при лечение на кокаинова зависимост и че не съществуват ефективни подходи за фармакологично лечение. Скорошен преглед на Cochrane на психосоциалните дейности относно кокаина и други психостимуланти заключи, че единствените последователни, положителни резултати за поведението (задържане на лечение, намаление на употребата на наркотици) бяха наблюдавани при психосоциалните дейности, включващи като компонент управление на случайностите <sup>(103)</sup>.

За разлика от опиятната зависимост към момента не съществуват ефективни възможности за фармакологично лечение за подпомагане на употребяващите кокаин да поддържат абстинентност или да намалят употребата (вж. подбрани материал за кокаина за 2007 г.). Експериментални терапевтични лекарства за намаляване на употребата на кокаин и нуждата от него са демонстрирали потенциал в клинични изследвания (напр. баклофен, тиагабин, топирамат). Модафинилът, стимулант на централната нервна система, е постигнал особено обещаващи резултати като субституиращо вещество, с предимството че за разлика от други потенциални субституиращи вещества (напр. д-амфетамин) неговият капацитет за злоупотреби е нисък (Myrick *et al.*, 2004). Освен това бупренорфинът, топираматът и тиагабинът са постигнали обещаващи резултати при намаляването на употребата на кокаин сред употребяващи опиати

на субституираща терапия със съпътстваща употреба на кокаин.

Имуноterapia за зависимост от кокаин чрез ваксина (TA-CD) също е в процес на проучване. Веднъж приложена, ваксината предизвиква създаването на антитела, които се свързват с молекулите на кокаина в кръвния поток и така позволяват на естествените ензими да ги превърнат в неактивни молекули. Резултатите от първоначалните клинични изследвания са окуражаващи, макар че все още са необходими допълнителни проучвания за тестване на ефективността на ваксината като фармакотерапия за кокаинова зависимост.

Кокаиновата ваксина е предназначена да се използва основно за превенция на релапси, но понятието „ваксина“ също поражда очаквания за евентуалната употреба на средството за предотвратяване на кокаинова зависимост, когато се използва като профилактично лечение (напр. при податливи към наркотици деца или юноши). Ефективността на един такъв подход е неясна и поражда етични опасения, които са обсъдени подробно в предстоящата публикация на ЕЦМНН „Невробиология на пристрастяването: етични и социални последици“.

### Намаляване на вредите

Проблемната употреба на кокаин често се свързва с тежки психични и умствени последици за здравето. Например ирландско двугодишно последващо проучване употребата на кокаин в местни общества, установи влошаване на общото здраве на пациентите с кокаинова зависимост, по-специално сред тези, употребяващи наркотика чрез инжектиране. Няколко проекта също съобщиха за покачване на броя на пациентите, получаващи възпаления и рани поради лоши навици при инжектиране; други проблеми, посочвани от пациенти, употребяващи кокаин, включват загуба на тегло, инфекции, предавани по полов път, сърдечни заболявания, ампутации и поемане на рискове.

Държавите-членки обикновено предоставят на употребяващите кокаин чрез инжектиране същите услуги и средства като тези, предлагани на употребяващите опиати, като препоръки за безопасна употреба, обучение за безопасно инжектиране и програми за размяна на игли. Услугите с ниско прагово равнище на достъп играят важна роля в това отношение, тъй като осигуряват основни грижи, както и консултациите и медицинската помощ. Пациентите с тежки проблеми, свързани с кокаин и крек, като

<sup>(103)</sup> Вж. „Управление на случайностите“, стр. 75.

съпътстващи физически и умствени проблеми или социални проблеми, като намиране на жилище например, могат да се насочват към програми за домашна рехабилитация и терапевтични комуни. Тези програми се стремят не само да постигнат абстиненция, но също осигуряват временно облекчение и интензивни грижи и помощ с цел подпомагане на употребяващите наркотици да променят своите хаотични и високорискови начини на живот.

Качествено проучване в шест испански града показва, че основните вещества, използвани от сексработниците, са алкохол и кокаин. Употребата на наркотици беше определена като инцидентна и способстваща намаляването на психологическите бариери или задръжки и увеличаването на издръжливостта за дълги часове сексуален труд с различни клиенти. Последствията от употребата на наркотици при проститутките включваха секс без предпазни средства и повишен риск от насилие от страна на клиентите. Модели на тежка употреба на крек също се наблюдават често в тази група.

Сексработниците с проблеми, свързани с кокаин и крек, са обект на услуги за работа на място и намаляване на вредите. Например в Нидерландия общинските

здравни услуги са въвели специални здравни програми, насочени към сексработници, употребяващи крек; във Франция сдружението *Espoir Goutte d'Or*, което акцентира върху превенцията на риска и намаляването на вредите при употребяващите крек и сексработниците, организира доброволни консултации всяка седмица и бързи тестове за ХИВ и хепатит.

Употребата на кокаин за развлечение в комбинация с прекомерно количество алкохол често се случва в нощни заведения и може да бъде свързана с тежки и остри психични проблеми. Както е споменато в глава 4, държавите-членки все повече възприемат интегриран подход към намаляването на вредите, свързани с употребата на алкохол и незаконни наркотици на места за развлечение. Програмите предлагат съвети и информация на младите хора относно рисковете, свързани с употребата на алкохол и наркотици като цяло, като обикновено включват материали за рисковете, свързани с тежка и хронична употреба на кокаин. Членовете на Европейската фондация за телефонни линии за проблеми с наркотиците също са много активни в повишаването на осведомеността и осигуряването на помощ за употребяващите с наркотици, като предлагат съвети и информация относно рисковете, свързани с наркотиците.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



## Глава 6

### Употреба на опиати и инжектиране на наркотици

#### Предлагане и достъпност на хероин

На пазара на незаконни наркотици в Европа традиционно се предлагат две форми на вносни хероин: обичайно предлагания кафяв хероин (неговата химична основна форма), предимно с произход от Афганистан, и бял хероин (под формата на сол), който обикновено е с произход от Югоизточна Азия – въпреки че тази форма на наркотика е значително по-рядко срещана<sup>(104)</sup>. Освен това някои опиати се произвеждат и в Европа, предимно домашно приготвени продукти от опиумен мак (напр. слама от опиумен мак, концентрат от натрошени стебла или главички на опиумен мак) в няколко от източноевропейските държави (напр. Латвия, Литва).

#### Производство и незаконна търговия

Хероинът, който се употребява в Европа, е произведен предимно в Афганистан, който остава световен лидер в доставките на незаконен опиум, следван от Мианмар и Мексико. В световен мащаб производството на опиум отново се увеличи значително (с 34 %) през 2007 г. до 8870 т по приблизителни оценки, главно в резултат на увеличение в производството в Афганистан, което беше оценено на 8200 т. Вследствие на това световният потенциал за производство на хероин достигна рекордно равнище през 2007 г. в размер на 733 т по приблизителни оценки (UNODC, 2008). Растящият брой на затворените лаборатории в Афганистан през последните няколко години сочи, че опиумът все по-често се преработва в морфин или хероин в самата държава. Въпреки това големите количества конфискуван морфин в съседни държави (Пакистан, Иран) показват, че извън Афганистан също се извършва значителна преработка (CND, 2008; UNODC, 2007).

Хероинът навлиза в Европа предимно по два основни маршрута: важният в миналото Балкански път и няколкото негови разклонения, след транзит

през Пакистан, Иран и Турция; и все по-често използваният Северен път през Централна Азия и Руската федерация (фигура 6). Бяха съобщени вторични канали за незаконна търговия на хероин от Югозападна Азия, например директно от Пакистан за Европа (Обединеното кралство), но също през Пакистан и държавите в Близкия изток и Африка за незаконните пазари в Европа и Северна Америка (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Хероин от Югозападна Азия също се внася контрабандно в Европа през Южна Азия (Бангладеш) (INCB, 2008a). В рамките на Европейския съюз Нидерландия и в по-малка степен Белгия играят важна роля като вторични разпределителни центрове (Europol, 2008).

#### Конфискации

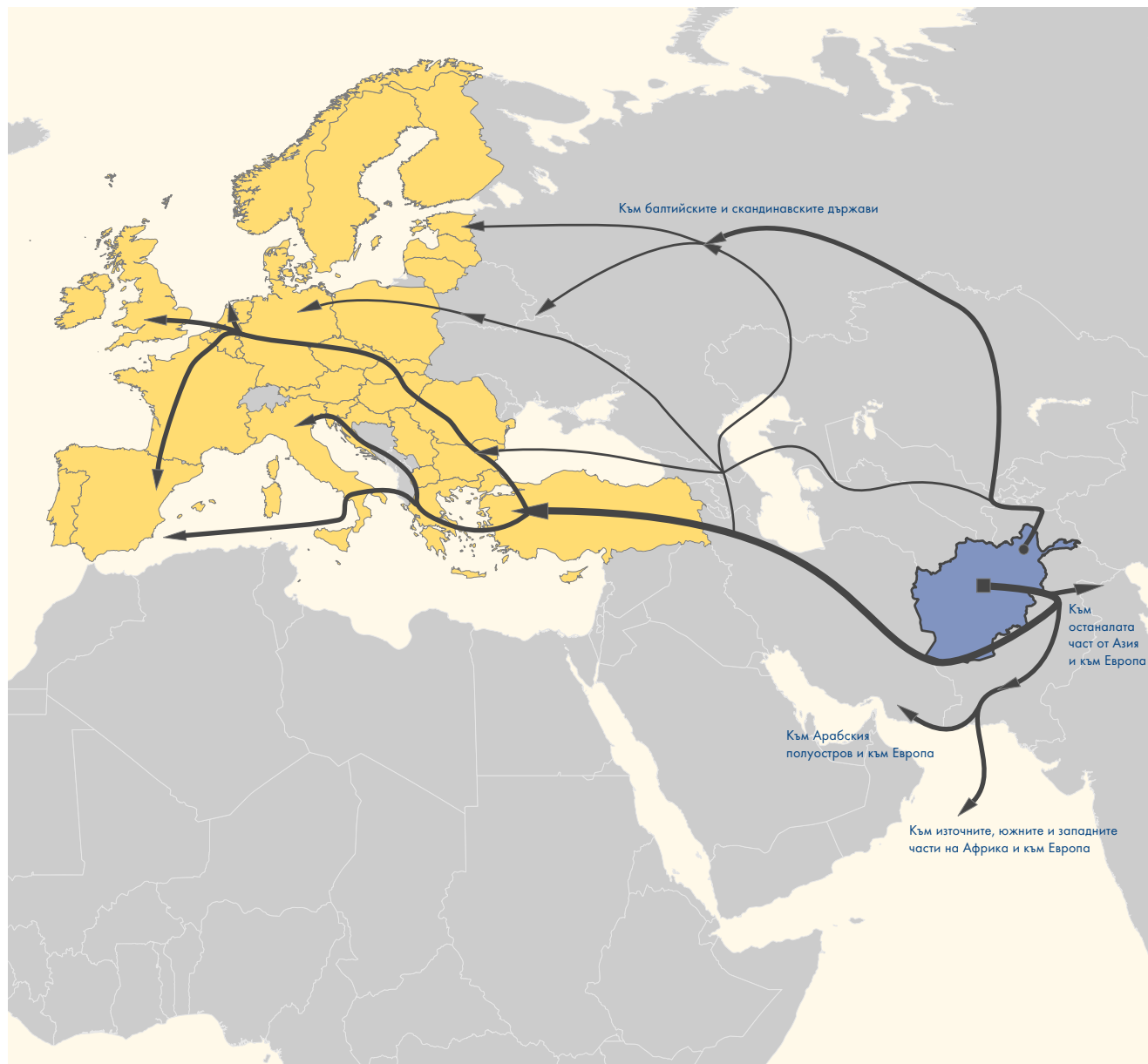
Отчетените конфискации на опиати в световен мащаб са се увеличили през 2006 г. до 384 т за опиум и до 104 т за хероин и морфин. Докато Иран имаше най-голям принос за конфискациите на опиум по света (81 %), хероин и морфин бяха конфискувани предимно в Пакистан (34 %), следван от Иран (20 %), Турция (10 %) и Китай (6 %) (UNODC, 2008).

В Европа приблизително 48 200 конфискации доведоха до залавянето на 19,4 т хероин през 2006 г. Обединеното кралство продължи да съобщава най-големия брой конфискации, докато Турция още веднъж отчете най-голямото конфискувано количество, като за 2006 г. са били иззети 10,3 т<sup>(105)</sup>. Средното количество заловен хероин при една конфискация се различаваше значително между тези две държави, като средният размер на една конфискация в Турция беше 100 пъти над този, отчетен в Обединеното кралство, което отразява различните позиции по веригата на снабдяване (фигура 6). През последните 10 години конфискациите на хероин в Европа намаляват с леки колебания, като през 2001 г. те имаха относителна върхова стойност, а през 2003 г. – рекорден спад. Количеството заловен

<sup>(104)</sup> За информацията относно източниците на данни за предлагане и достъпност на наркотици вж. стр. 42.

<sup>(105)</sup> Вж. таблици SZR-7 и SZR-8 в статистическия бюлетин за 2008 г. Имайте предвид, че за целите на оценяването липсващите данни за конфискации в Европа за 2006 г. бяха заместени с данни от 2005 г. Този анализ е предварителен, тъй като данните за Обединеното кралство за 2006 г. все още не са налични.

**Фигура 6:** Основни канали за незаконна търговия с хероин от Афганистан към Европа



**БЕЛЕЖКА:** Каналите за незаконна търговия, представени на картата, обобщават анализите на множество международни и национални организации (националните фокусни центрове от мрежата Reitox, Европол, Международния съвет за контрол на наркотиците към ООН (INCB), Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC), Световната митническа организация). Такива анализи са основани на информация, свързана с конфискации на наркотици по каналите за незаконна търговия, и също на разузнавателна информация от правоприлагащи органи в транзитни държави и държави получатели, а понякога и на доклади от допълнителни източници. Основните канали на незаконна търговия, представени на картата, трябва да се считат за индикативни по отношение на основните маршрути, тъй като може да има отклонения към други държави по пътя, а освен това съществуват множество вторични подрегионални маршрути, които не са представени тук и които могат да се променят бързо.

хероин в Европейския съюз като цяло е намалявало през периода между 2001 г. и 2006 г. За разлика от това заловените в Турция количества са се увеличили почти три пъти през този период.

Конфискациите на оцетен анхидрид в световен мащаб (използван в незаконното производство на хероин) се увеличиха до 26 400 л през 2006 г., като повечето бяха заловени в Руската федерация (9900 л) и Колумбия (8800 л), следвани от Турция (3800 л) (INCB, 2008b). Каналите на незаконна търговия между Афганистан и Европа също се използват за контрабанда на химически вещества-прекурсори (главно оцетен анхидрид по Пътя на коприната) и синтетични наркотици (предимно екстази) на изток (Europol, 2008).

Конфискациите на 3-метилфентанил, отчетени в Латвия и Литва за 2006 г., и сведенията за повишена употреба чрез инжектиране на незаконно произведен фентанил в Естония подчертават нуждата от по-тясно наблюдаване на достъпността на синтетични опиати като фентанил (който е значително по-силен от хероина).

### Чистота и цена

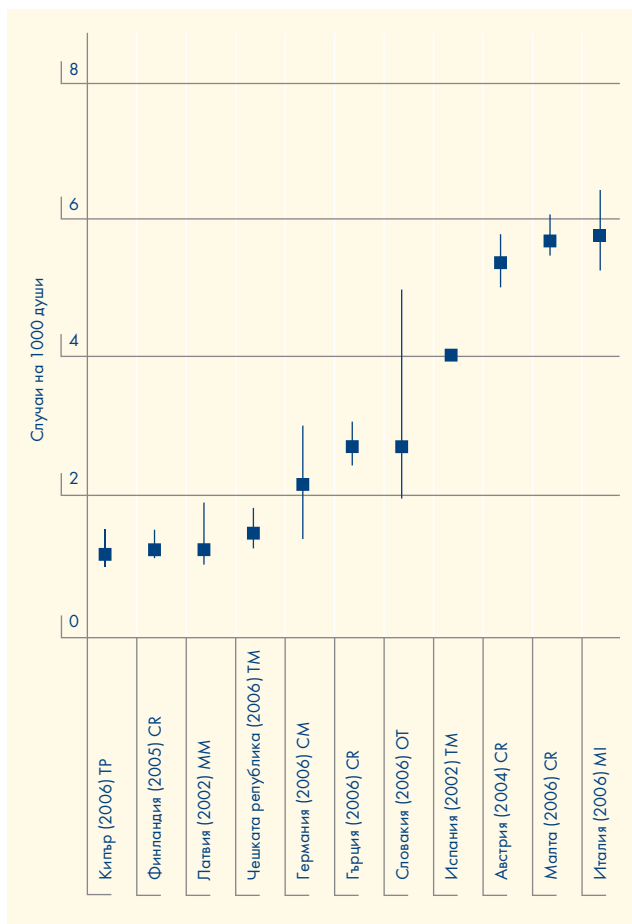
През 2006 г. обичайната чистота на кафявия хероин беше в диапазона между 15 % и 25 % в повечето държави, които предоставят данни за това, въпреки че бяха съобщени стойности под 10 % в Гърция, Франция и Австрия, както и по-високи в Малта (31 %), Турция (36 %) и Обединеното кралство (43 %). Обичайната чистота на белия хероин беше относително по-висока (45–70 %) в няколкото европейски държави, предоставящи данни за това <sup>(106)</sup>.

Цената на дребно на кафявия хероин през 2006 г. варираше от 14,5 евро за грам в Турция до 110 евро за грам в Швеция, като повечето европейски държави отчетоха обичайни цени в диапазона 30–45 евро за грам. Цената на белия хероин беше съобщена само от малък брой европейски държави и беше в границите от 27 до 110 евро за грам. През периода 2001–2006 г. цената на дребно на кафявия хероин спадна в повечето от 13-те европейски държави, предоставящи данни за тенденции във времето, макар че в Полша се забелязваха признаци на покачване.

### Приблизителни оценки за разпространението на проблемната употреба на опиати

Информацията в този раздел е извлечена от показателя на ЕЦМНН за проблемната употреба на наркотици (PDU), който обхваща предимно инжектирането на

**Фигура 7:** Приблизителни оценки за годишното разпространение на проблемната употреба на опиати (брой случаи на 1000 души от населението на възраст 15–64 години)



**БЕЛЕЖКА:** Символът означава една точка приблизителна стойност; ивицата означава интервал на несигурност на приблизителната стойност: интервал за 95 % сигурност или интервал, основан на анализ за чувствителност. Възможно е целевите групи малко да се различават вследствие на различните методи на определяне и източници на данни; поради това трябва да се внимава, когато се правят сравнения. Бяха използвани нестандартни възрастови групи в проучванията на Финландия (15–54 години) и Малта (12–64 години). За Германия интервалът представлява най-ниската долна граница на всички съществуващи приблизителни оценки и най-високата им горна граница, а една точка приблизителна стойност представлява опростена средна стойност на средните точки. Методите на оценка са съкратени: CR = метод на отнемане–възвръщане; TM = множител с използване данни от лечението; MI = мултивариантен индикатор; TP = съкратен метод на Poisson; MM = множител с използване на данни за смъртност; CM = комбинирани методи; OT = други методи. Вж. фигура PDU-1 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г. за допълнителни подробности.

Източници: Националните фокусни центрове от мрежата Reitol.

наркотици и употребата на опиати, въпреки че в някои държави важен компонент са и употребяваните амфетамини или кокаин. Приблизителните оценки на броя на проблемно употребяваните опиати обикновено са несигурни, като се отчита относително слабото разпространение и прикритото естество на този вид употреба на наркотици, като са необходими

<sup>(106)</sup> Вж. таблици PPP-2 и PPP-6 в статистическия бюлетин за 2008 г. за данните за чистотата и цените.

статистически екстраполации за получаване на оценки за разпространението от наличните източници на данни. Още повече, че тъй като по-голямата част от проучванията са основани на определен локализиран географски район, например град или област, трудно може да се направи екстраполация, за да се получат приблизителни стойности за държавата.

Моделите на проблемната употреба на наркотици в Европа като че ли стават все по-разнообразни. Например в някои държави, където в миналото преобладаваше проблемната употреба на опиати, сега се отчита повишаване на значимостта на други видове наркотици, включително кокаин. Необходимостта от ефективно наблюдаване на редица модели на проблемна употреба на наркотици е накарала ЕЦМНН да отчита проблемната употреба на наркотици сред подгрупи, разделени по вид наркотик, които могат да се припокриват <sup>(107)</sup>.

Приблизителните оценки на разпространението на проблемната употреба на опиати на национални равнища през периода 2002–2006 г. грубо са в границите между един и шест случая на 1000 души на възраст 15–64 години; като цяло разпространението на проблемната употреба на наркотици се оценява в диапазона между един и 10 случая на 1000 души. Най-ниските добре документирани налични оценки на проблемната употреба на опиати са от Кипър, Латвия, Чешката република и Финландия (въпреки че както в Чешката република, така и във Финландия има голям брой проблемно употребяващи амфетамини), докато най-високите оценки са от Малта, Австрия и Италия (фигура 7).

От наличните относително ограничени данни може да се направи приблизително изчисление, че средното разпространение на проблемната употреба на опиати е между четири и пет случая на 1000 души на възраст 15–64 години. Като се има предвид, че това отразява ситуацията в ЕС, като цяло може да се заключи, че проблемно употребяващите опиати в ЕС и Норвегия за 2006 г. са били около 1,5 млн. (1,3–1,7 млн.).

### Тенденции и обхват на проблемната употреба на опиати

Тенденциите във времето при разпространението на проблемната употреба на опиати са трудни за оценяване поради ограничения брой многократни оценки и несигурността около индивидуалните оценки. Данни от многократно повтарящи се оценки

от девет държави през периода 2001–2006 г. сочат различни развития. Разпространението на употребата изглежда относително стабилно в Чешката република, Германия, Гърция, Италия, Малта, Словакия и Финландия, докато в Австрия беше наблюдавано увеличение (последните данни за 2004 г.), а в Кипър имаше признаци за евентуален спад <sup>(108)</sup>.

Обхватът на проблемната употреба на опиати (броят на новите случаи всяка година) е по-чувствителна мярка за промените във времето и може да осигури

### Показателите за опиати вече не намаляват

Обратно на тенденциите, описани в предходни годишни доклади, последните данни сочат някои увеличения в смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, конфискациите на героин и новите случаи на потърсено лечение за героин в Европейския съюз.

През 2003 г. низходящата тенденция в броя на смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, отчетени в Европа, предимно свързани с употребата на опиати, спря и между 2003 г. и 2005 г. повечето държави-членки отчетоха възходяща тенденция. Броят на конфискациите на героин се е увеличил с над 10% между 2003 г. и 2006 г. в 16 от 24-те държави, предоставящи данни за това. След спад в продължение на няколко години новите случаи на потърсено лечение за употреба на героин като основния проблем наркотик са се увеличили в около половината от държавите, съобщаващи данни, между 2005 г. и 2006 г. Това може да отразява промяна в обхвата на употребата на героин, започнала няколко години по-рано, поради естествения времеви интервал между започването на употреба и първото постъпване на лечение.

Тези последни тенденции се случват на фона на повишено производство на опиум в Афганистан, пораждайки опасения, че тези събития могат да са свързани чрез повишената достъпност на героин на европейския пазар. Това е важен проблем за бъдещо изследване, тъй като наличните данни не позволяват получаване на ясна картина. Освен това са налице значими фактори, които могат да повлияят на резултатите. Например има сведения че употребата на фармацевтични опиати за немедицински цели е продължила да бъде на високи равнища или се е увеличила в няколко държави (Чешката република, Естония, Франция, Австрия, Финландия) и може да представлява важен фактор при обясняване на тенденциите в смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици.

<sup>(107)</sup> За преглед на наличните приблизителни оценки на компонентните части на проблемната употреба на наркотици, вж. статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(108)</sup> Вж. таблица PDU-6 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г. и таблица PDU-102 за пълна информация, включително интервали на доверие.

предварителен поглед към бъдещите промени в разпространението на употребата и в търсенето на лечение. Използваните модели на оценяване обаче правят няколко допускания. В допълнение тези модели могат да предоставят само частична оценка на обхвата, тъй като са основани само на тези случаи, които се подлагат на лечение. Само две държави съобщават скорошни данни, показващи различни тенденции. По приблизителни оценки в Италия обхватът е намалял от около 32 500 нови случая през 1990 г. до около 22 000 нови случая през 1997 г., след което отново се е покачил до около 30 000 нови случая през 2006 г. Обратно на това, според оценките в Испания обхватът на проблемната употреба на опиати е намалявал постоянно след неговата върхова стойност през 1980 г., въпреки че в последните години (2002–2004) като че ли се е стабилизирал на относително ниско равнище (около 3000 нови случая на година). ЕЦМНН в сътрудничество с група национални експерти наскоро разработи нови ръководни принципи за оценка на обхвата с цел насърчаване на допълнителна работа в тази област (Scalia Tomba *et al.*, 2008).

### Употребяващи опиати на лечение

Опиатите, предимно хероинът, остават основните проблемни наркотици за търсещите лечение пациенти в повечето държави, в които това се отчита. От 387 000 случая на потърсено лечение, отчетени за 2006 г. (налични са данни от 24 държави), хероинът беше регистриран като основен проблемен наркотик в 47 % от случаите, при които основният проблемен наркотик е известен. Повечето държави съобщават, че между 50 % и 80 % от всички случаи на потърсено лечение са свързани с употребата на опиати; в останалите държави делът варира от 15 % до 40 %<sup>(109)</sup>. Опиатите са най-често съобщаваният основен проблемен наркотик не само сред потърсилите лечение, но дори повече сред тези, които вече са подложени на лечение. Скорошен проект, включващ девет държави и акцентиращ върху всички пациенти на лечение, констатира, че употребяващите опиати като основен проблемен наркотик като цяло съставляват 59 % от пациентите, но само 40 % от пациентите, потърсили лечение за първи път през живота си<sup>(110)</sup>.

Повечето пациенти, потърсили амбулаторно лечение за употреба на опиати като основен проблемен наркотик, съобщават също за употреба на други наркотици, включително кокаин (25 %), други опиати

(23 %) и канабис (18 %). В допълнение, измежду потърсилите лечение за употреба на други наркотици като основен проблемен наркотик, 13 % от пациентите на амбулаторно лечение и 11 % от тези в стационарни лечебни центрове посочват опиати като съпътстващ основното вещество наркотик<sup>(111)</sup>.

Някои държави отчитат значителен дял на потърсилите лечение във връзка с опиати, различни от хероина. Злоупотребата с бупренорфин се посочва като основната причина за търсене на лечение от 40 % от всички пациенти във Финландия и 8 % от пациентите във Франция. В Латвия и Швеция между 5 % и 8 % от пациентите на лечение за наркотици съобщават за проблемна употреба на опиати, различни от хероин или метадон: предимно бупренорфин, болкоуспокояващи и други опиати<sup>(112)</sup>. Няколко държави съобщават за увеличение в дела на употребяващите няколко вида наркотици сред пациентите на лечение за хероин и за покачване на броя на пациентите, употребяващи опиати, различни от хероин.

Абсолютният брой на случаите на потърсено лечение за употреба на хероин, отчетени от показателя за търсене на лечение, се е увеличил с над 30 000 случая, от 108 100 до 138 500 между 2002 г. и 2006 г. Подобно на това сред пациентите, потърсили лечение за първи път през живота си, се наблюдаваше увеличение в броя на употребяващите хероин като основен проблемен наркотик, от около 33 000 през 2002 г. до над 41 000 през 2006 г. Факторите, които могат да обяснят тази тенденция, включват увеличение в броя на проблемно употребяващите хероин, разширяване на предоставянето на лечение или подобро покритие на отчитането.

## Употреба на наркотици чрез инжектиране

### Разпространение на употребата на наркотици чрез инжектиране

Употребяващите наркотици чрез инжектиране са сред изложените на най-висок риск от здравни проблеми в резултат от употребата на наркотици като инфекциозни заболявания, предавани по кръвен път (напр. ХИВ/СПИН, хепатит), или смъртни случаи, предизвикани от употреба на наркотици. Само 11 държави бяха в състояние да предоставят скорошни оценки на равнищата на употреба на наркотици чрез

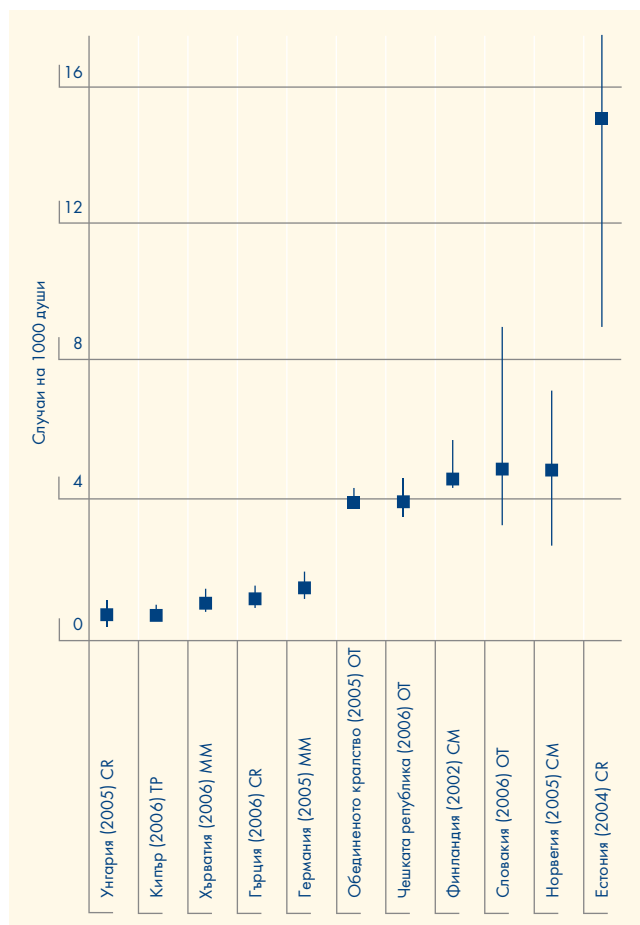
<sup>(109)</sup> Вж. таблица TDI-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

<sup>(110)</sup> Вж. таблица TDI-39 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(111)</sup> Вж. таблици TDI-22 и TDI-23 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(112)</sup> Вж. таблица TDI-113 в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Фигура 8:** Приблизителни оценки за разпространението на употребата на наркотици чрез инжектиране (брой случаи на 1000 души от населението на възраст 15–64 години)



**БЕЛЕЖКА:** Символът означава една точка приблизителна стойност; ивицата означава интервал на несигурност на приблизителната стойност: интервал за 95 % сигурност или интервал, основан на анализ за чувствителност. За Естония горната граница на интервала на несигурност е извън скалата (37,9 на 1000). Възможно е целевите групи малко да се различават вследствие на различните методи на определяне и източници на данни; поради това трябва да се внимава, когато се правят сравнения. Методите на оценка са съкратени: CR = метод на отнемане–възвръщане; TM = множител с използване данни от лечението; MI = мултивариантен индикатор; TP = съкратен метод на Poisson; MM = множител с използване данни за смъртността; CM = комбинирани методи; OT = други методи. Вж. фигура PDU-2 в статистическия бюлетин за 2008 г. за повече информация.

Източници: Националните фокусни центрове от мрежата Reitox.

инжектиране въпреки важността на тези показатели за общественото здраве (фигура 8). Подобряването на равнището на налична информация за тази специална група от населението поради това е предизвикателство за развитието на здравните мониторингови системи в Европа.

Наличните оценки сочат големи различия между отделните държави в разпространението на

употребата на наркотици чрез инжектиране. Оценките варират от един до пет случая на 1000 души на възраст 15–64 години за повечето държави, като в Естония е отчетено изключително високо равнище в размер на 15 случая на 1000 души.

Липсата на данни затруднява формулирането на заключения за тенденциите във времето при разпространението на употребата чрез инжектиране, макар че наличните данни сочат спад в Норвегия (2001–2005) и стабилно положение в Чешката република, Гърция, Кипър и Обединеното кралство <sup>(113)</sup>.

### Инжектиране сред употребяващите опиати, потърсили лечение

Като цяло 43 % от всички употребяващи опиати, потърсили лечение в амбулаторни условия през 2006 г., съобщават за инжектиране на наркотика. Промени в дела на употребяващите наркотика чрез инжектиране сред употребяващите хероин, потърсили лечение, могат да говорят за тенденции в по-широката група на проблемно употребяващите опиати. Девет държави са отчетли спад в този дял между 2002 г. и 2006 г. (Дания, Германия, Ирландия, Гърция, Франция, Италия, Швеция, Обединеното кралство, Турция), докато две държави са съобщили за покачване (Румъния, Словакия). Държавите се различават значително в равнищата на употребата чрез инжектиране сред употребяващите хероин, които постъпват на лечение, като най-ниските дялове на употребяващи чрез инжектиране са съобщени в Испания, Франция и Нидерландия (под 25 %), а най-високите (над 80 %) в България, Чешката република, Румъния, Словакия и Финландия <sup>(114)</sup>.

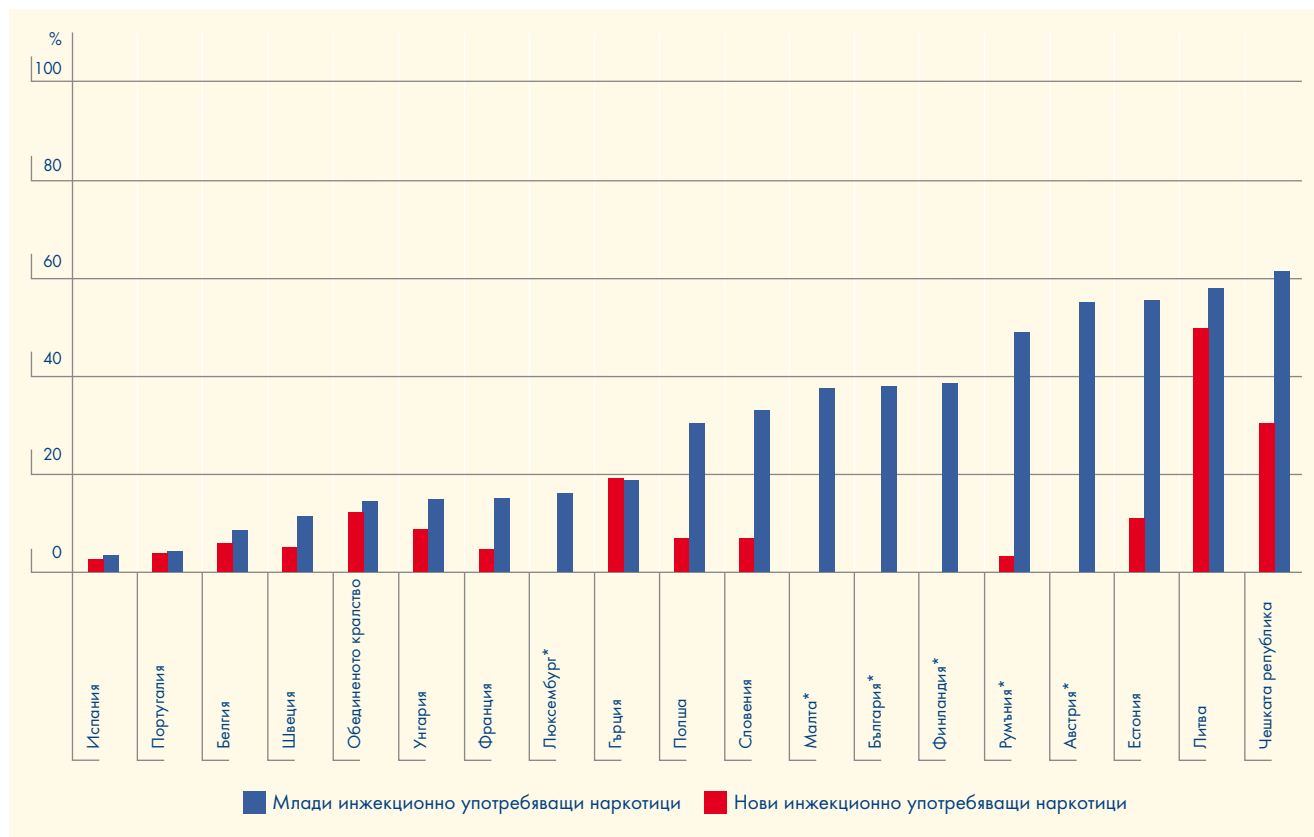
Сред употребяващите опиати, постъпили на амбулаторно лечение за първи път през 2006 г., малко по-нисък дял съобщават за употреба на наркотика чрез инжектиране (около 40 %). Като се погледнат тенденциите във времето, дялът на употребяващите чрез инжектиране сред новите пациенти на лечение за употреба на опиати е намалял от 43 % през 2003 г. до 35 % през 2006 г. в 13-те държави, за които има достатъчно данни <sup>(115)</sup>.

Анализ на данните за търсене на лечение в девет държави, участващи в пилотно проучване, разкри, че около 63 % от всички пациенти на лечение за употреба на опиати (тези, които вече са на лечение, и тези, постъпили на лечение през последната година) са съобщили за употреба на наркотика чрез инжектиране

<sup>(113)</sup> Вж. таблица PDU-6 (част iii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(114)</sup> Вж. таблици PDU-104, TDI-4, TDI-5 и TDI-17 (част v) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(115)</sup> Вж. фигура TDI-7 и таблица TDI-17 (част i) в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Фигура 9:** Дял на младите и новите инжекционно употребяващи наркотици в извадките за инжекционно употребяващи наркотици

**БЕЛЕЖКА:** Извадките са за инжекционно употребяващи наркотици, изследвани за инфекциозни заболявания (ХИВ и HCV). Използвана е последната налична извадка за всяка държава през периода 2002–2006 г., ако в нея е имало поне 100 души. Звездичката показва, че не са налични данни за младите инжекционно употребяващи наркотици. За повече информация вж. фигура PDU-3 в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Източници:** Националните фокусни центрове от мрежата Reitox.

при постъпване на лечение <sup>(116)</sup>. Това показва, че сред пациентите, които вече са на лечение, дялът на употребяващите наркотика чрез инжектиране при постъпване на лечение е бил относително висок.

Проучвания сред употребяващите наркотици чрез инжектиране могат да дадат допълнителна представа за националните различия и промени във времето при употребата на наркотици чрез инжектиране в Европа. Много държави провеждат редовно повтарящи се проучвания върху групи от употребяващи наркотици чрез инжектиране, обикновено в контекста на изследване за инфекциозни заболявания, като употребяващите често биват набирани от различни обстановки с цел постигането на максимално обобщаване. Сравненията между отделните държави следва да се правят с повишено внимание поради

евентуалните отклонения при избирателното набиране за тези проучвания <sup>(117)</sup>.

Някои държави отчитат високи дялове (над 20%) на новите случаи на инжекционна употреба на наркотици (инжектиращи се от по-малко от две години) в тези проучвания, докато в няколко държави този дял е под 10% (фигура 9). Младите (на възраст под 25 години), употребяващи наркотици чрез инжектиране, съставляват над 40% от инжекционно употребяващите, запитани в Чешката република, Естония, Литва, Австрия и Румъния, докато по-малко от 20% от запитаните инжекционно употребяващи са на възраст под 25 години в девет други държави.

В общи линии голям дял на новите случаи на инжекционна употреба на наркотици трябва да бъде повод за безпокойство особено ако е съпътстван от

<sup>(116)</sup> Вж. таблици TDI-17 (част v) и TDI-40 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(117)</sup> Може да се очаква, че дялът на млади или нови употребяващи наркотици чрез инжектиране е по-нисък в извадки, чиито данни са набрани от пациенти на лечение, отколкото в по-отворена среда като услуги с ниско прагово равнище на достъп, тъй като средно пациентите, постъпващи на лечение, правят това едва след няколко години употреба на наркотици. Въпреки това статистическият анализ на връзката между мястото на набиране и дяловете млади или нови употребяващи наркотици чрез инжектиране не показва статистическа значимост, сочейки че мястото на набиране (кодирано като „само лечение за употреба на наркотици“, „без лечение за употреба на наркотици“ и „смесени среди“) не би имало силно въздействие върху тези дялове.

голям дял млади хора, употребяващи наркотици чрез инжектиране. Докато по-висок дял нови случаи на инжекционна употреба на наркотици може да говори за ново покачване на употребата чрез инжектиране, някои други фактори също могат да имат отношение към това (напр. по-къси периоди на инжекционна употреба, подобрена достъпност на лечение, по-висока смъртност сред по-възрастното население).

Държавите с дълготрайно установени групи проблемно употребяващи опиати обикновено имат по-ниски дялове на млади хора и на нови случаи на инжекционна употреба. В останалите държави-членки, най-вече новите, данните показват по-високи равнища на млади хора, употребяващи наркотици чрез инжектиране. Различните равнища на нови случаи на инжекционна употреба в тези държави, за които е налична информация, могат да отразяват различия в средната възраст на започване, както и растящ обхват на инжектирането сред по-младата или по-възрастната част от населението.

## Лечение на проблемната употреба на опиати

### Профил на употребяващите опиати пациенти, постъпващи на лечение

Пациентите, постъпващи на лечение за употреба на опиати като основен проблемен наркотик, обикновено са по-възрастни (средна възраст 32 години) от тези, постъпващи на лечение за кокаин, други стимуланти и канабис (средна възраст съответно 31, 27 и 24 години), като пациентите от женски пол обикновено са с една или две години по-млади от тези от мъжки пол. Пациентите на лечение за употреба на опиати обикновено са по-млади в държавите, които са се присъединили към Европейския съюз от 2004 г. насам, както и в Ирландия, Гърция, Австрия и Финландия <sup>(118)</sup>.

Средно пациентите на лечение за опиати от мъжки пол са повече от тези от женски пол с три към едно, като по-висок дял на мъжете се среща по-специално в южните европейски държави (България, Гърция, Испания, Франция, Италия, Кипър, Малта, Португалия) <sup>(119)</sup>.

Употребяващите опиати съобщават по-високи степени на безработица и по-ниски постижения в образованието, отколкото други пациенти (вж. глава

2), като в някои държави се забелязва по-висока честота на съпътстващи психиатрични заболявания.

Около половината от употребяващите опиати, които са потърсили лечение, посочват че са започнали употребата преди 20-годишна възраст, и около една трета – между 20 и 24 години; първата употреба на опиати след 25-годишна възраст е рядко срещана <sup>(120)</sup>. Съобщава се за среден времеви интервал от седем до девет години между първата употреба на опиати и първото постъпване на лечение, като мъжете посочват по-дълги интервали от жените <sup>(121)</sup>.

### Предоставяне на лечение и покритие

Лечението на употребяващите опиати се провежда основно в амбулаторни условия, които могат да включват специализирани центрове, общопрактикуващи лекари и услуги с ниско прагово равнище на достъп. В няколко държави стационарните лечебни центрове също играят основна роля, по-специално в България, Гърция, Финландия и Швеция <sup>(122)</sup>.

Лечение без наркотични вещества и субституираща терапия срещу употребата на опиати са достъпни във всички държави-членки на ЕС, Хърватия и Норвегия. В Турция бъдещата употреба на субституираща терапия в момента се проучва. В повечето държави субституиращата терапия е най-достъпната широкоразпространена възможност, макар че през 2005 г. Унгария, Полша и Швеция съобщиха за преобладаване на подходите без наркотични вещества.

Субституиращата терапия, обикновено интегрирана с психосоциални грижи, обичайно се предлага в специализирани амбулаторни центрове и в места за споделени грижи с базирани в кабинети общопрактикуващи лекари. Наличните данни за броя на пациентите на субституираща терапия сочат цялостно увеличение през последната година, с изключение на Франция, Нидерландия, Малта и Люксембург, където ситуацията беше стабилна. Най-голямо дялово увеличение беше отчетено в Чешката република (42%), въпреки че увеличения над 10% бяха отчетени също в Полша (26%), Финландия (25%), Естония (20%), Швеция (19%), Норвегия (15%), Унгария и Австрия (11%).

Просто сравнение на оценките на броя на проблемно употребяващите опиати и на отчетения брой предоставени лечения сочи, че повече от

<sup>(118)</sup> Вж. таблици TDI-10, TDI-32 и TDI-103 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(119)</sup> Вж. таблици TDI-5 и TDI-21 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(120)</sup> Вж. таблица TDI-33 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(121)</sup> Вж. таблица TDI-24 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(122)</sup> Вж. фигура HSR-1 в статистическия бюлетин за 2008 г.



### Разширяване на фармацевтичните възможности

В Европа са били разработени и са станали достъпни нови фармацевтични възможности за лечението на опиатна зависимост. Целите на тези нови възможности за назначаване на лечение включват подобряване на ефективността на лечението, отговаряне на нуждите на различни групи от употребяващи опиати и намаляване на начините за злоупотреба със субституиращи средства.

През 2006 г. на пазара в ЕС беше пусната комбинация от бупренорфин/налоксон като алтернатива на самостоятелната употреба на бупренорфин и целяща намаляване на потенциала и привлекателността на употребата чрез инжектиране. Няколко държави-членки в момента оценяват полезността на това вещество като възможност за лечение на опиатна зависимост<sup>(1)</sup>.

Предписването на медицински хероин (диаморфин) като възможност за лечение на хронично употребяващи опиати, неподдаващи се на лечение, е налично в ограничена степен в Нидерландия (815 пациенти за 2006 г.), Обединеното кралство (400 пациенти) и Германия, където участниците в експеримент с хероин продължават да получават диаморфин съгласно специални указания. В допълнение произволно контролиран експеримент с опиати за употреба чрез инжектиране (RIOTT), който в момента се провежда в Обединеното кралство, ще оцени ефективността на диаморфина за инжектиране, метадона за инжектиране и метадона за перорално приложение. През февруари 2008 г. също беше взето решение за въвеждане на схема за предписване на диаморфин в Дания.

(1) Техническа информация за веществото е налична на уебсайта на Европейската агенция по лекарствата (EMA): <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

един на всеки трима души би могъл да се лекува със субституираща терапия. Въпреки това следва да се има предвид, че все още е налице липса на прецизност и в двете бази данни, което предполага, че това изчисление трябва да се разглежда с повишено внимание. Освен това широките интервали на доверие на оценките на проблемната употреба на опиати означават, че сравненията между отделните държави са трудни. Въпреки това наличните данни показват, че делът на проблемно употребяващите опиати, които са лекувани със субституираща терапия, се различава значително между отделните държави, като приблизителните оценки са в размер на около 5% за Словакия, 20–30% – за Финландия, Гърция и

Норвегия, 35–45% – за Чешката република, Малта и Италия и над 50% – за Обединеното кралство (Англия), Германия и Хърватия<sup>(123)</sup>.

Докато метадонът за перорално приложение остава основният наркотик, използван за субституираща терапия в Европа, употребата на бупренорфин става все по-често срещана. Една от причините за това е, че той се свързва с по-ниски равнища на смъртност при злоупотреба (Coppock *et al.*, 2007). Датският национален съвет по здравеопазването, след преразглеждане на ръководните принципи за субституираща терапия, сега е наредил на общопрактикуващите лекари да предписват бупренорфин вместо метадон.

### Ефективност, качество и стандарти на лечението

Прегледи на произволно контролирани експерименти и на изследвания чрез наблюдение заключават, че метадоновата поддържаща терапия (ММТ) и бупренорфиновата поддържаща терапия (ВМТ) могат и двете да бъдат ефективни в справянето с опиатната зависимост. Скорошен преглед на Cochrane обаче заключи, че бупренорфинът е по-малко ефективен от метадон, прилаган в подходящи дози (Mattick *et al.*, 2008). Няколко проучвания също са констатирани, че поддържащата терапия с диаморфин може да бъде ефективна за хора, при които метадоновата поддържаща терапия не действа (Schulte *et al.*, в печата). Като цяло субституиращата терапия е била свързана с няколко положителни резултата, включително: задържане на лечение, намаления в употребата и инжектирането на незаконни опиати, намаления в смъртността и престъпното поведение и стабилизиране и подобрене на здравето и социалното състояние на хронично употребяващите хероин.

Психосоциални и психотерапевтични действия, комбинирани с фармакотерапия, също са се доказали като ефективни в проучвания на резултатите от лечение, например NTORS в Обединеното кралство (Gossop *et al.*, 2002) и DATOS в Съединените щати (Hubbard *et al.*, 2003). Тези подходи могат не само да увеличат мотивацията за лечение, предотвратят релапси и намалят вредите, но също да предоставят съвети и практическа помощ на пациентите, които трябва да се справят с проблеми, свързани с тяхното жилище, работа и семейство, едновременно с лечението на опиатната зависимост. Наличните факти обаче не са в подкрепа на самостоятелната употреба на психосоциални лечения (Mayet *et al.*, 2004).

(123) Вж. „Повишен риск от смъртни случаи, предизвикани от употреба на наркотици, при изтичане на затворнически присъди или прекратяване на лечение“, стр. 102.

Наскоро няколко държави съобщиха за извършване на подобрения в своите ръководни принципи за лечение. В Хърватия, Дания и Шотландия субституиращите програми са били преразгледани и са били преработени ръководните принципи за повишаване на качеството на лечението и предотвратяване на отклоняване към черния пазар. Ръководните принципи в Обединеното кралство за клинично управление на наркозависимостите също са били обновени, а Националният институт за клинични постижения е издал специфичен наръчник за предписване на метадон и бупренорфин, лечение с налтрексон, детоксификация, също и психосоциално лечение. Португалия също е изготвила нови указания за гарантиране на навременен достъп до лечение.

### Лечение в местата за лишаване от свобода

Сред политиките в ЕС има всеобщо признание за нуждата от хармонизиране на практиките и качеството на услугите между обществото и местата за лишаване от свобода. Въпреки това доклад, издаден от Европейската комисия (2007a), подчерта липсата на достъпност на услуги в местата за лишаване от свобода за употребяващите наркотици и насочи вниманието към важността на предприемането на действия в тази насока. Примери за ограниченията в предоставянето на услуги за употребяващи наркотици в местата за лишаване от свобода включват: липса на капацитет и експертни познания (Латвия, Полша, Малта); разпокъсана помощ (Латвия); липса на дейности, насочени към специфични групи като млади затворници, употребяващи наркотици, (Австрия) и липса на превантивна стратегия, базирана на общественото здраве (Гърция).

В положителен смисъл програмите в областта на наркотиците в местата за лишаване от свобода са станали по-разпространени и от много държави се съобщава за нови инициативи. Например в Португалия е била установена законовата рамка за програма за размяна на спринцовки в местата за лишаване от свобода; в Литва беше гласувана наредба, задължаваща затворите да предоставят на лишените от свобода консултации преди освобождаване; от

януари 2007 г. в Дания всички затворници с присъди над три месеца могат да се възползват от „гарантирано лечение“; в Чешката република субституиращата терапия е била разширена до 10 затвора; а в Ирландия лечебните услуги в местата за лишаване от свобода в момента се оценяват с цел постигане на еквивалентност с тези, предлагани в обществото.

Равнището на предоставяне на лечение за употреба на наркотици в местата за лишаване от свобода остава ниско в сравнение с това в обществото, въпреки че разпространението на употребата на наркотици обикновено е по-високо. В много държави детоксификацията е предпочитаната и понякога единствената достъпна възможност за лечение. Субституираща терапия на теория се предлага в повечето държави, но данните сочат че малък брой употребяващи наркотици се лекуват с нея на практика. Изключения от това са Испания, където 14 % от всички лишени от свобода (19 600 души) са лекувани със субституираща терапия през 2006 г., и Обединеното кралство (Англия и Уелс), където се очаква броят на лекуваните с метадон да се увеличи от 6000 на 12 000 след въвеждането на нови ръководни принципи през април 2007 г.

Наскоро беше публикуван практически наръчник за субституираща терапия в места за лишаване от свобода, одобрен от СЗО и Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (Kastelic *et al.*, 2008), а някои изследвания определят опиятната субституираща терапия в затворите като показваща положителни ефекти спрямо рисковото поведение и смъртността (Dolan *et al.*, 2003). Скорошен преглед на изследователски проучвания на субституиращи програми в места за лишаване от свобода заключи, че положителните ефекти зависят от предоставянето на достатъчни дози и от непрекъснатостта на лечението през цялото време на излежаването на присъдата (Stallwitz and Stöver, 2007). Освен това внимателното планиране на освобождаванията и връзката с обществени здравни центрове са други ключови елементи на услугите в тази област, необходими за гарантиране, че подобренията на здравното състояние през времето, прекарано в затвора, не се загубват впоследствие (<sup>124</sup>).

(<sup>124</sup>) Вж. „Повишен риск от смъртни случаи, предизвикани от употреба на наркотици, при изтичане на затворнически присъди или прекратяване на лечение“, стр. 102.



## Глава 7

# Инфекциозни заболявания и смъртност, свързани с употребата на наркотици

### Инфекциозни заболявания, свързани с употребата на наркотици

Инфекциозните заболявания като ХИВ и хепатит В и С са сред най-опасните последствия за здравето от употребата на наркотици. Дори в държави, където разпространението на ХИВ сред употребяващите наркотици чрез инжектиране е ниско, други инфекциозни заболявания, включително хепатит А, В и С, болести, предавани по полов път, туберкулоза, тетанус, ботулизъм и човешки Т-лимфотропен вирус, могат прекомерно да засегнат употребяващите наркотици. ЕЦМНН системно наблюдава ХИВ и хепатит В и С сред употребяващите наркотици чрез инжектиране (разпространение на антитела или други специфични маркери в случая на хепатит В). Данните трябва да се тълкуват внимателно, като се отчитат няколко методологически ограничения в различните системи за данни <sup>(125)</sup>.

### ХИВ и СПИН

До края на 2006 г. обхватът на диагностицирани ХИВ инфекции сред употребяващите наркотици чрез инжектиране изглежда е бил нисък в повечето държави в Европейския съюз и цялостната ситуация в ЕС изглежда относително положителна в световен план. Това може поне частично да е в резултат на увеличената достъпност на мерки за превенция, лечение и намаляване на вредите, включително субституираща терапия и програми за игли и спринцовки. Други фактори, като спада в употребата на наркотици чрез инжектиране, за който се съобщава в някои държави, също могат да са изиграли важна роля. Въпреки това в някои части на Европа данните сочат, че предаването на ХИВ, свързано с употребата на наркотици чрез инжектиране, все още продължава да е относително често срещано през 2006 г., което подчертава нуждата от гарантиране на покритието и ефективността на местните практики за превенция.

### Тенденции в ХИВ инфекциите

Данните за 2006 г. за новодиагностицираните случаи, свързани с употребата на наркотици чрез инжектиране, сочат че равнищата на заразяване като цяло все още падат в Европейския съюз след върховите стойности през 2001–2002 г., които се дължаха на епидемии в Естония, Латвия и Литва <sup>(126)</sup>. През 2006 г. общото равнище на новодиагностицирани инфекции сред инжекционно употребяващите наркотици в 25-те държави-членки, за които са налични национални данни, беше 5,0 случая на един милион души население, спад от 5,6 през 2005 г. <sup>(127)</sup>. От трите държави, отчели най-високите стойности на новодиагностицирани инфекции (Естония, Латвия, Португалия), Португалия продължи да отчита низходяща тенденция през 2005–2006 г., докато в Естония и Латвия тенденциите се стабилизираха съответно на 142,0 и 47,1 новодиагностицирани случая на един милион души население. Между 2001 г. и 2006 г. не са наблюдавани значителни увеличения на степента на ХИВ инфекциите сред населението на никоя държава. Когато се наблюдаваше някакво леко увеличение (напр. в България, Ирландия), то оставаше под един допълнителен случай на един милион население на година.

Разглеждането на абсолютните стойности разкрива кои държави допринасят повече за общата стойност за ЕС. Най-високите стойности на новодиагностицирани инфекции сред инжекционно употребяващите наркотици бяха отчетени през 2006 г. в държавите с най-високи равнища на заразяване (Португалия, 703 нови диагнози; Естония, 191; Латвия, 108) <sup>(128)</sup> и в тези с многобройно население (Обединеното кралство, 187; Германия, 168; Франция, 167; Полша, 112) (фигура 10). Противоположно на общата картина на низходящи тенденции най-големите увеличения в абсолютни стойности от 2001 г. бяха

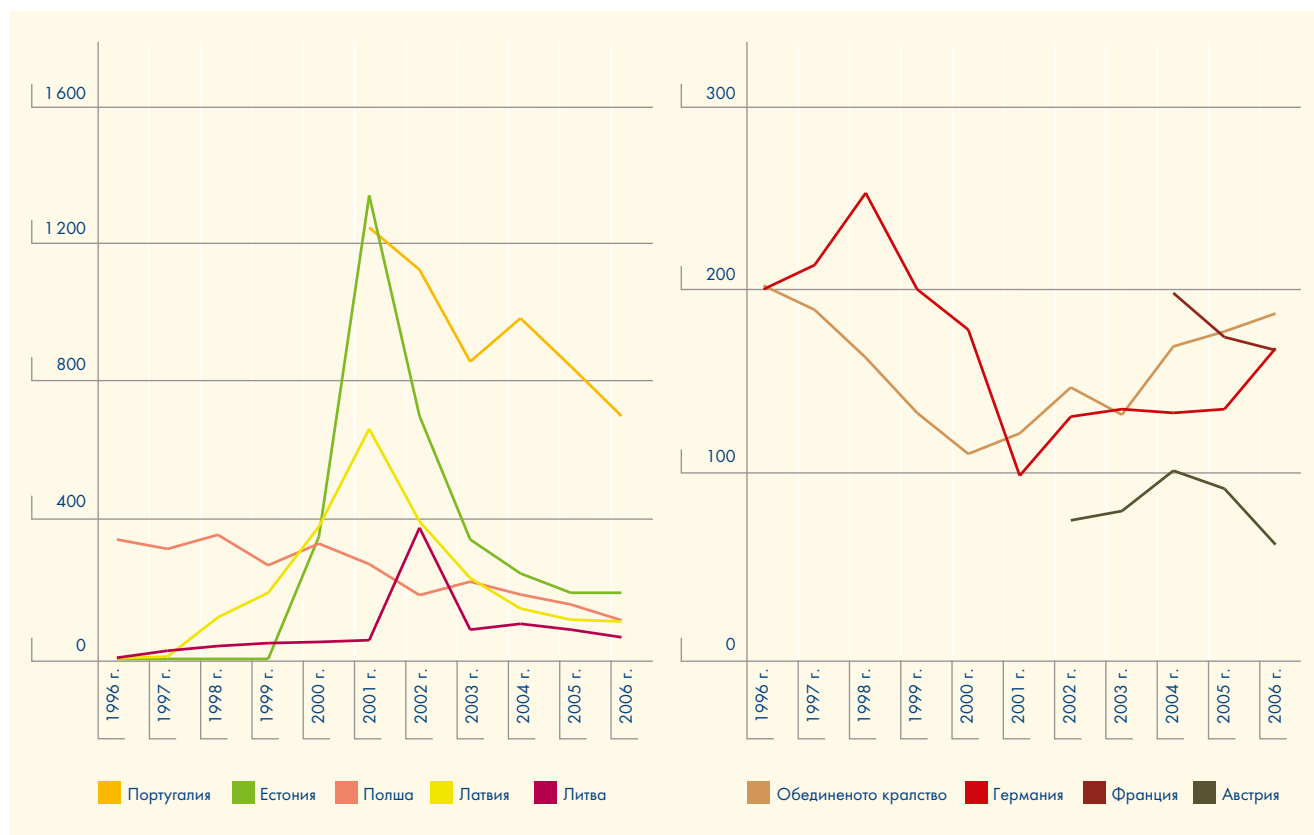
<sup>(125)</sup> За подробности около методите и дефинициите вж. статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(126)</sup> Вж. таблица INF-104 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(127)</sup> Не са налични национални данни от Испания и Италия. След корекция за тези две държави стойността би била 5,9 случая на един милион души население, спад от 6,4 през 2005 г.

<sup>(128)</sup> В Португалия от EuroHIV бяха отчетени 703 случая за 2006 г., докато от Португалския епидемиологичен център за наблюдение и контрол на заразните болести (CVEDT) бяха отчетени 432 случая; несъответствието е поради класифицирането по година на отчитане (EuroHIV спрямо година на диагностициране (CVEDT)).

**Фигура 10:** Абсолютен брой на новодиагностицираните ХИВ инфекции сред инжекционно употребяващите наркотици по година на отчитане: държави с върхови равнища над 300 (вляво) и между 100 и 300 (вдясно)



**БЕЛЕЖКА:** За Испания и Италия не са налични национални данни, показани са данни за региони, където са налични. За двете държави частичните стойности общо наброява над 100 нови случая за 2005 г. и показва низходяща тенденция. За по-подробна информация вж. таблица INF-104 в статистическия бюлетин за 2008 г.

Източник: EuroHIV.

наблюдавани в Обединеното кралство (с около 13 допълнителни случая на година) и Германия (с около 10 допълнителни случая), макар че тези увеличения не са равномерно разпределени през годините. В България ниската степен на увеличение се е ускорила в последните години, съответно с 0, 2, 0, 7, 13 и 34 нови случая на година между 2001 г. и 2006 г., сочейки потенциал за епидемия.

Данните за тенденции от наблюдаването на разпространението на ХИВ сред извадки от инжекционно употребяващи наркотици са важно допълнение към данните от отчитането на случаите на ХИВ, тъй като те предоставят информация и за недиагностицирани инфекции. Данни за разпространението са налични от 25 държави за периода 2002–2006 г. <sup>(129)</sup>. В 15 държави разпространението на ХИВ е останало непроменено през периода. В пет държави (България, Германия, Испания, Италия, Латвия) разпространението е отбелязало статистически значими спадове, въз основа на национални данни. Въпреки това в две от тях бяха отчетени и регионални увеличения: в България, един

град – София; и в Италия, осем от общо 21 региона и един град. Накрая, в пет държави националните тенденции или не са отчетени, или изглеждат стабилни, като имаше поне една поднационална извадка, показваща възходяща тенденция, дори и равнищата на разпространение да остават предимно ниски (Белгия, Чешката република, Литва, Обединеното кралство и вероятно Словения).

Сравнението на тенденциите в новодиагностицираните инфекции, свързани с инжекционна употреба на наркотици, с тенденциите в разпространението на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици сочи, че обхватът на ХИВ инфекциите, свързани с инжекционна употреба на наркотици, намалява в повечето държави на национално равнище. Тълкуването е затруднено, когато тези източници на данни частично си противоречат, както е случаят, например, в България, Германия и Обединеното кралство; макар че в тези държави обхватът на новите диагнози и степента му на увеличение (с изключение на България за периода 2004–2006 г.) са ниски.

<sup>(129)</sup> Вж. таблица INF-108 в статистическия бюлетин за 2008 г.

## „Горещи точки“ на ХИВ/СПИН

Последните данни сочат, че обхватът на ХИВ инфекциите сред инжекционно употребяващите наркотици като цяло е нисък в Европейския съюз. Въпреки това е необходимо повишено внимание, тъй като някои държави-членки продължават да съобщават за високи стойности на нови ХИВ инфекции, свързани с инжекционната употреба на наркотици, като ситуацията е дори по-обезпокоителна в някои съседни държави.

След скорошна епидемия на ХИВ в Естония и Латвия стойностите на новодиагностицирани инфекции сред инжекционно употребяващите наркотици са намалели от 2001 г., но сега са се стабилизирани на все още високи равнища (съответно 142,0 и 47,1 нови случая на един милион души население за 2006 г.), сочейки че равнищата на предаване остават високи. Португалия все още отчита най-голям брой новодиагностицирани инфекции в Европейския съюз (вж. стр. 91) и макар и тенденцията да е низходяща, годишната стойност на новооповестените диагнози все още е висока и е в размер на 66,5 нови случая на един милион души население за 2006 г.

В съседните държави на изток от Европейския съюз ситуацията е особено обезпокоителна. В двете най-големи държави, Русия и Украйна, броят на новодиагностицираните случаи е висок и продължава да расте. През 2006 г. новодиагностицираните инфекции, свързани с инжекционна употреба на наркотици, бяха оценени на над 11 000 в Русия и 7000 в Украйна (съответно 78,6 и 152,9 нови случая на милион население).

Високите равнища на продължаващо предаване сред инжекционно употребяващите наркотици подчертават нуждата от преглед на достъпността, равнището и обхвата на съществуващото предоставяне на услуги, включително конкретни мерки, насочени към намаляването на разпространението на инфекциозни заболявания, като размяна на игли и субституираща терапия. В допълнение към това са необходими целеви проучвания сред инжекционно употребяващите наркотици за изследване на причините, поради които някои групи от населението са особено уязвими, на факторите, свързани с рисковото поведение, и пречките за самозащита, както и за идентифициране на обещаващи подходи за предотвратяване на нови епидемични взривове.

Високата годишна стойност на нови ХИВ диагнози, свързани с инжекционна употреба на наркотици в Естония, Латвия и Португалия, сочи, че предаването на инфекции в тези държави все още е на високи равнища. За Естония тази констатация се подкрепя от данните за разпространението през 2005 г., според които около една трета от новите случаи

на инжекционно употребяващи наркотици (тези, инжектиращи се от по-малко от две години) са били ХИВ позитивни. Допълнителни признаци на продължаващо предаване на ХИВ се съдържат в доклади за високи равнища на разпространение (над 5%) сред млади хора, инжекционно употребяващи наркотици (извадки от 50 или повече инжекционно употребяващи на възраст под 25 години), в няколко държави: Испания (национални данни, 2005 г.), Португалия (национални данни, 2006 г.), Естония (два региона, 2005 г.), Латвия (национално и в два града, 2002–2003 г.), Литва (един град, 2006 г.) и Полша (един град, 2005 г.)<sup>(130)</sup>.

## Заболееаемост от СПИН и достъп до високо активна антиретровирусна терапия HAART

Информацията за заболееаемостта от СПИН е важен показател за новите случаи на симптоматичното заболяване, въпреки че не е добър индикатор за предаването на ХИВ. Данните за заболееаемостта от СПИН също могат да предоставят информация за покритието и ефективността на високо активната антиретровирусна терапия (HAART). Високите степени за заболееаемост от СПИН в някои европейски държави могат да означават, че много от инжекционно употребяващите наркотици, заразени с ХИВ, не са лекувани с терапията HAART в достатъчно ранен етап от тяхната инфекция за извличане на максимална полза от лечението.

Португалия остава държавата с най-висока заболееаемост от СПИН, свързана с инжекционна употреба на наркотици, с приблизително 22,4 нови случая на един милион души население през 2006 г., въпреки че тенденцията сега е категорично низходяща, от 29,9 случая на един милион през 2005 г. Относително високи равнища на заболееаемост от СПИН също се съобщават за Естония, Испания и Латвия, съответно 17,1, 15,1 и 13,5 нови случая на един милион души. При тези три държави тенденцията е низходяща в Испания и Латвия, но не и в Естония, където последните данни показват увеличение от 11,9 нови случая на един милион през 2005 г. до 17,1 случая на милион през 2006 г. Увеличение е отчетено и в Литва от 2,0 нови случая на милион през 2005 г. до 5,0 случая през 2006 г.<sup>(131)</sup>.

## Хепатит В и С

Докато високи стойности на разпространение на ХИВ инфекции се срещат само в някои държави-членки на ЕС, вирусният хепатит, и по-специално заразяването с

<sup>(130)</sup> Вж. таблици INF-109 и INF-110 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(131)</sup> Вж. фигура INF-1 в статистическия бюлетин за 2008 г.

### Достъп до изследване и лечение за ХИВ

Измежду хората, заразени с ХИВ в Европа, до един на всеки трима може да не е осведомен, че е заразен (ECDC, 2007), като доклади от някои държави-членки на ЕС сочат, че равнищата на осведоменост могат да са дори по-ниски сред заразените, инжекционно употребяващи наркотици.

В резултат на това много от заразените с вируса няма да могат да се възползват от ранното лечение и грижи. Те също така могат да допринесат за разпространението на ХИВ като несъзнателно излагат други хора на риск от инфекция. Освен това качеството на събираните данни от системите за наблюдение на ХИВ е понижено.

Предварителните данни сочат, че достъпът на инжекционно употребяващите наркотици до антиретровирусна терапия и грижи е несъразмерно нисък (Donoghoe *et al.*, 2007). Ефективните подходи за антивирусна терапия трябва да вземат предвид специфичната ситуация и нужди на инжекционно употребяващите наркотици. Това може да включва съпътстващи здравни и социални проблеми (напр. бездомно положение и липса на застраховка), но също опозоряване и дискриминация в здравни центрове или многократни арести и лишаване от свобода.

За да подобри достъпа до изследвания и лечение за ХИВ, ЕЦМНН разработи специфични ръководни принципи за предлагане на годишен доброволен медицински преглед на инжекционно употребяващите наркотици, включително изследване за ХИВ и вирусен хепатит <sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

вируса на хепатит С (HCV), е по-разпространен сред инжекционно употребяващите наркотици в Европа. Равнищата на HCV антитела сред националните извадки от инжекционно употребяващи наркотици през 2005–2006 г. варират от около 15 % до 90 %, като повечето държави обикновено съобщават равнища над 40 %. Само няколко държави (България, Чешката република, Финландия) съобщават за разпространение под 25 % сред националните извадки от инжекционно употребяващи наркотици; въпреки това, равнищата на заразяване на това равнище все още представляват сериозен проблем за общественото здраве <sup>(132)</sup>.

В рамките на държавите равнищата на разпространение на HCV могат да се различават значително, отразявайки както регионалните различия, така и характеристиките на изследваните

групи. Например в Обединеното кралство местни проучвания отчитат равнища между 29 % и 59 %, докато в Италия различни регионални оценки варират от около 40 % до 96 %. Докато оценките, получени от неслучайни извадки, винаги трябва да се разглеждат с повишено внимание, различията в констатираните равнища на разпространение вероятно ще имат важни последствия за насочването и осъществяването на програмите за превенция и лечение. Освен това разбирането на факторите, отговорни за различните равнища на заразяване, има потенциал да подпомогне разработването на по-добри стратегии за действие.

Проучвания сред млади хора (на възраст под 25 години) и нови случаи на инжекционно употребяващи наркотици (инжектиращи се от по-малко от две години) сочат, че времевият прозорец за предотвратяване на HCV инфекции е доста кратък, тъй като много от употребяващите се заразяват с вируса в ранните етапи на употребата чрез инжектиране. Скоростните проучвания (2005–2006) обикновено съобщават равнища на разпространение между 20 % и 50 %, макар и със значителни разлики между отделните извадки.

Разпространението на антитела на вируса хепатит В (HBV) варира дори в по-голяма степен от това на HCV антителата, което вероятно се дължи отчасти на различията в имунизациите, въпреки че и други фактори могат да играят роля. Най-пълни са данните за антителата на основния антиген на хепатит В (анти-HBc), който е индикатор за минала инфекция. През 2005–2006 г. шест от 11 държави, предоставящи данни за инжекционно употребяващите наркотици, отчетоха равнища на разпространение на анти-HBc в размер на над 40 % <sup>(133)</sup>.

Тенденциите във времето при оповестените случаи на хепатит В и С показват много разнообразна картина. Делът на инжекционно употребяващите наркотици от всички оповестени случаи на заразяване с хепатит В може да е намалал леко в някои държави, вероятно отразявайки нарастващото въздействие на имунизационните програми, насочени към инжекционно употребяващите наркотици. Ще се касае до хепатит С делът на инжекционно употребяващите наркотици от всички оповестени случаи на заразяване е намалал в пет държави, но се е увеличил в други пет (Чешката република, Люксембург, Малта, Швеция, Обединеното кралство) <sup>(134)</sup>. В случая при хепатит В и хепатит С, взети заедно, делът на инжекционно употребяващите наркотици от оповестените случаи

<sup>(132)</sup> Вж. таблици от INF-111 до INF-113 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(133)</sup> Вж. таблица INF-115 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(134)</sup> Вж. таблици INF-105 и INF-106 в статистическия бюлетин за 2008 г.

на заразяване продължи да се различава значително между отделните държави през 2006 г., сочейки географски различия в епидемиологията на тези инфекции, въпреки че не могат да се изключат и отклонения поради различните практики на изследване и отчитане.

## Превенция на инфекциозните заболявания

Държавите-членки на ЕС си служат с комбинация от някои от следните мерки за намаляване на разпространението и последствията от инфекциозните заболявания сред употребяващите наркотици: лечение за употреба на наркотици, включително субституираща терапия (вж. глава 6), здравна информация и консултации, разпространение на стерилни инжекционни материали и възпитаване за по-безопасен секс и по-безопасна употреба. Достъпността и покритието на тези мерки варират значително между отделните държави.

Програмите за игли и спринцовки и опиятната субституираща терапия са достъпни във всички държави-членки на ЕС, Хърватия и Норвегия, макар и с някои значително различия както в местата на предоставяне, така и в целевите групи. Равнищата на предоставяне на услуги за субституираща терапия и намаляване на вредите в Европа са се увеличили значително през последното десетилетие. Въпреки това в някои държави тези дейности остават ограничени и като цяло нуждите все още надвишават предлагането в тези области.

Скорошно групово проучване в Амстердам подчерта ползите от комбинираното предлагане на метадонова поддържаща терапия и размяна на игли, тъй като участието и в двете услуги, в сравнение с участието само в една от тях, беше свързано с по-нисък обхват на НСV и ХИВ инфекции сред инжекционно употребяващите наркотици (Van den Berg *et al.*, 2007).

Измерването на покритието на програмите за игли и спринцовки е трудно и поради това само няколко държави предоставят стойности за него. Например Чешката република съобщава за мрежа от 90 центъра с ниско прагово равнище на достъп, която обслужва около 25 000 употребяващи наркотици на година, 70 % от които употребяват наркотици инжекционно, и предоставя средно 210 спринцовки на един инжекционно употребяващ наркотици.

Някои държави отчитат увеличения в броя на раздадените спринцовки по програми за игли и спринцовки: в Естония приблизителният брой на

раздадените спринцовки на един инжекционно употребяващ наркотици се е удвоил между 2005 г. и 2006 г., достигайки цифрата 112; за същия период програмите за размяна на спринцовки в Унгария са увеличили своя оборот на спринцовки с 56 % и своите пациенти с 84 %, а Финландия продължава да отчита покачване в броя на прегледани пациенти и раздадени спринцовки в центрове за здравни консултации. Въпреки това не всички държави отчитат увеличения:

## Имунизирани срещу хепатит В сред употребяващите наркотици

Предаването на вируса на хепатит В (HBV) продължава сред инжекционно употребяващите наркотици в Европа, при които степените на активна HBV инфекция (разпространение на HBsAg) остават високи в повечето държави в сравнение с общото население (<sup>1</sup>). Имунизацията се счита за най-ефективната мярка за предотвратяване на заразяване с вируса на хепатит В (HBV) и последствията от това. В съответствие с препоръка на СЗО от 1991 г. повечето (но не всички) държави-членки на ЕС са възприели универсална имунизация срещу този вирус. Политиките за имунизация на бебета обаче ще засегнат предимно бъдещите поколения употребяващи наркотици. За да намалят разпространението на инфекцията по-скоро, над половината от държавите-членки на ЕС са възприели имунизационни програми, специфично насочени към инжекционно употребяващите наркотици и/или лишените от свобода. Въпреки това покритието на тези програми варира между отделните държави и една трета от държавите-членки на ЕС все още съобщават за липса на имунизационни програми, специално предназначени за употребяващите наркотици.

Имунизационните програми, насочени към употребяващи наркотици, често са изправени пред проблема със слабото съгласуване, което води до незавършване на имунизационните курсове. Предвид достъпността на безопасна и ефективна имунизация стратегиите за постигане на по-високи равнища на имунизация сред изложените на риск могат да включват гъвкав подход, насочен към употребяващите наркотици в ранен етап и достигащ до групите, сред които е налице по-високо разпространение на употребата на наркотици. Многократни предложения за имунизация и допълнителни дози за тези с понижени имунни реакции също могат да помогнат за постигане на по-високи равнища на имунизация. Това може да изисква преразглеждане и евентуално регулиране на политиките на държавите-членки на ЕС с цел намаляване на случаите на хронични HBV инфекции и последиците от тях.

(<sup>1</sup>) Вж. таблици INF-106 и INF-114 в статистическия бюлетин за 2008 г.



в Малта и Словакия предоставянето на спринцовки е останало стабилно през 2006 г.; Полша отчете спад в броя на работещите агенции и намаление от 15 % в броя на разменените спринцовки; Румъния отчете 70 % спад в броя на разменените спринцовки в Букурещ, като за основна причина за това се посочват финансови проблеми.

В няколко държави стабилизирането или намалението при размяната на спринцовки могат да отразяват промени в цялостните модели на инжектиране на наркотици и в достъпността на лечение: в Люксембург броят на раздадените спринцовки от агенции с ниско прагово равнище на достъп, след възходяща тенденция в продължение на няколко години, се стабилизира през 2005 г. и намаля през 2006 г.; скорошни спадове в предоставянето на спринцовки са били съобщени и в Португалия и Белгия (фламандската общност) и на местно равнище в Германия и Нидерландия.

Услугите за размяна на игли и тези с ниско прагово равнище на достъп също могат да служат като път за връзка със здравни грижи за тези със затруднен достъп до основни услуги. Това включва първични здравни услуги, както и мерки за насърчаване на сексуалното здраве като разпространение на презервативи и лубриканти и предоставяне на обучение за по-безопасен секс. Предоставянето на услуги за превенция на инфекциозни заболявания чрез групи за работа на място или в центрове с ниско прагово равнище на достъп също е уредено в повечето държави; въпреки това услугите в тази област все още са в процес на разработване. Например в момента в Естония, Латвия и Литва се изгражда транснационална мрежа за превенция с ниско прагово равнище на достъп, която ще използва общи стандарти за услуги и протоколи за епидемиологично наблюдение.

Предоставят се медицински услуги в клиники с ниско прагово равнище на достъп и чрез мобилно обслужване или през схеми за насочване. Например чешката мрежа с ниско прагово равнище на достъп работи в тясно сътрудничество с регионални обществени здравни услуги за улесняване на достъпа до консултации, изследвания и лечение за соматични съпътстващи заболявания, по-специално вирусен хепатит. В България мобилен хирургически кабинет в Бургас на Черно море предостави 750 консултации през 2006 г. Някои датски общини получиха правителствено финансиране по програми за здравеопазване, насочени към най-уязвимите лица, употребяващи наркотици. Освен това проектът „Здравна стая“ в Копенхаген, който съчетава мерки за здравни и социални консултации с подход

на ниско прагово равнище на достъп, представлява тригодишна пилотна схема, създадена през 2008 г.

### Превенция на вирусен хепатит

През 2006 г. няколко държави съобщиха за инициативи за предотвратяване на разпространението на вирусния хепатит. В Люксембург например, след резултатите от практически изследователски проект, предоставянето на консултации за по-безопасна употреба за млади хора и нови употребяващи наркотици, беше засилено и безплатният достъп до инжекционни материали за инжекционно употребяващи наркотици беше подобрен. В Дания от 2006 г. се предоставят безплатни имунизации срещу хепатит А и В за употребяващи наркотици и техните родители, като общините сега са задължени да предоставят обширен набор от услуги за инфекциозни заболявания на тези, които употребяват наркотици чрез инжектиране. Накрая, работна група по проблемите с HCV в Ирландия беше натоварена със задачата да разработи национална стратегия за наблюдение, обучение и лечение.

Затворите са важни места за действия, насочени срещу инфекциозните заболявания, свързани с употребата на наркотици, и за предоставяне на здравни услуги на групи от населението, които са труднодостъпни по друг начин (вж. глава 2). Скорошно изследване установи, че е важно да се предоставя тестване за вируси на всички, които някога са употребявали незаконни наркотици, и също показва, че диагностицирането на инфекция от хроничен хепатит С при влизане в затвора е разходоефективна мярка (Sutton *et al.*, 2006). В допълнение към получаването на необходимото лечение и грижи за заразните с инфекции лишени от свобода, употребяващи наркотици, могат да се възползват от набор от услуги, като здравно обучение и имунизация срещу хепатит В <sup>(135)</sup>.

### Смъртност и смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици

Употребата на наркотици е една от основните причини за здравни проблеми и смъртни случаи сред младите хора в Европа. Значителната смъртност, по-специално в резултат от употреба на опиати, е илюстрирана от международно проучване, подкрепено от ЕЦМНН, което констатира, че в седем европейски градски района от 10 % до 23 % от смъртните случаи сред хората на възраст между 15 и 49 години могат да се припишат на употребата на опиати (Bargagli *et al.*, 2005).

<sup>(135)</sup> Вж. таблиците DUP в статистическия бюлетин за 2008 г.

## Смъртност, свързана с употребата на наркотици: сложна концепция

Научните и политическите дискусии относно смъртността, свързана с употребата на наркотици, са възпрепятствани от множеството концепции и дефиниции, които са били използвани в тази област. Ако се използват много широки и всеобхватни концепции, данните биха имали ниска полезност за разбиране на обуславящите фактори, свързани със смъртността при употреба на наркотици. Например ако всички смъртни случаи с положителен токсикологичен преглед бъдат групирани заедно, това ще включва случаи, при които наркотиците са играли пряка причинно-следствена роля, непряка роля или никаква роля.

Друг важен въпрос касае отчитаните вещества, които могат да са ограничени до незаконни наркотици или разширени до други психоактивни вещества и лекарствени препарати. При втория случай може да е трудно да се направи разлика между смъртните случаи, които могат да са свързани преди всичко с проблеми с умственото здраве (напр. самоубийство в контекста на депресия), и тези, които могат да се припишат на употреба на вещества. Освен това много смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици, всъщност са смъртни случаи в резултат от употреба на няколко вида наркотици и разбирането на съответната роля на различните наркотици може да е трудно.

Ключовият показател на ЕЦМНН, наречен „Смъртни случаи и смъртност поради употреба на наркотици сред употребяващите наркотици“, следи основно смъртните случаи, които са пряко причинени от употреба на наркотици (смъртни случаи, предизвикани от употреба на наркотици) и, в по-ограничена степен, общата смъртност сред употребяващите наркотици, която също включва смъртни случаи, свързани с различни други здравни и социални проблеми.

## Смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици

Определението на ЕЦМНН за смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици<sup>(136)</sup>, се отнася за тези смъртни случаи, които са пряко причинени (отравяния или свръхдоза) от употребата на един или повече наркотици, когато поне едно от присъстващите вещества е незаконен наркотик. Броят на употребяващите наркотици, техните модели на употреба (инжектиране, употреба на няколко вида наркотици) и достъпността на лечение и спешна помощ са все фактори, които могат да повлияят на общия брой на такива смъртни случаи

В концептуален план смъртността, свързана с употребата на наркотици, включва два основни компонента. Първият и най-добре документиран компонент се отнася за смъртните случаи, които са пряко предизвикани от действието на един или няколко наркотика. Тези смъртни случаи обикновено се наричат „свръхдоза“, „отравяния“ или „смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици“. Вторият компонент е по-общ и обхваща смъртни случаи, които не могат да бъдат приписани директно на фармакологичното действие на наркотиците, но въпреки това са свързани с тяхната употреба: дълготрайни последствия от инфекциозни заболявания, взаимодействия с проблеми, свързани с умственото здраве (напр. самоубийство) или с други обстоятелства (напр. пътнотранспортни произшествия). Съществуват и смъртни случаи, които са свързани с наркотици, но поради странични причини (напр. насилие, свързано с търговия на наркотици).

Текущият подход на ЕЦМНН за отчитане на общата смъртност, свързана с употребата на наркотици, се основава на приблизителни оценки на степените на смъртност сред групи от проблемно употребяващи наркотици. Въпреки това се изследват и други подходи, при които данни от различни източници могат да се комбинират за оценяване на общото равнище на смъртността от наркотици в дадена общност (вж. „Обща смъртност, свързана с употребата на наркотици“, стр. 100).

в едно общество. Обикновено смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, настъпват скоро след вземането на веществото или веществата.

Подобренията в качеството и надеждността на европейските данни в последните години са дали възможност за по-добри описания на цялостните и националните тенденции и повечето държави сега са възприели дефиницията на случаите в съответствие с тази на ЕЦМНН<sup>(137)</sup>. Въпреки това, поради различия между отделните държави в качеството на отчитането, преките сравнения трябва да се правят с повишено внимание.

В периода 1990–2005 г. държавите-членки на ЕС ежегодно отчитаха от 6500 до 8500 смъртни случая, предизвикани от употребата на наркотици, което общо за периода възлиза на около 130 000 смъртни случая. Тези стойности трябва да се считат за минимални приблизителни оценки<sup>(138)</sup>.

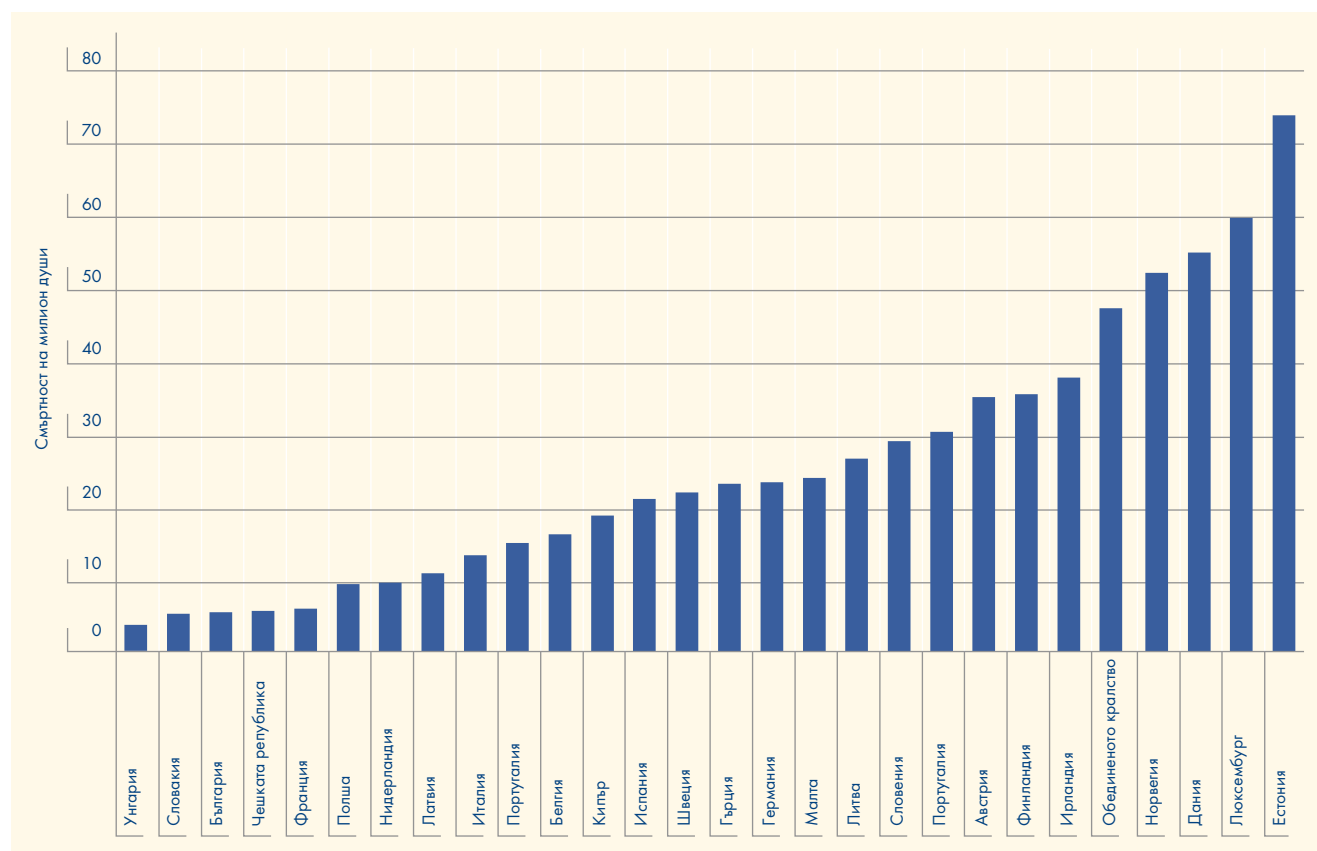
Смъртността сред населението, която се дължи на смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици, варира в широки граници в отделните държави – в рамките на 3–5 до над 70 смъртни случая на един милион души от населението на възраст 15–64 години (средно 21 смъртни случая

<sup>(136)</sup> Сега е възприет терминът „смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици“, тъй като той отразява по-точно използваната дефиниция за случаите.

<sup>(137)</sup> Вж. подробната методологическа информация за смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(138)</sup> Вж. таблица DRD-2 (част i) в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Фигура 11:** Степени на смъртност сред всички възрастни (на възраст 15–64 години) поради смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици



**БЕЛЕЖКА:** Вместо националната дефиниция за Чешката република беше използвана дефиницията по селекция D на ЕЦМНН; за Обединеното кралство беше използвана дефиницията на стратегията в областта на наркотиците; за Румъния данните се отнасят само за Букурещ и няколко региона в района на покритие на Токсикологичната лаборатория в Букурещ. Изчисленията на степените на смъртност сред населението са основани на данните за националните населености за 2005 г. от Евростат. Сравненията следва да се правят с повишено внимание, тъй като има някои различия в дефинициите за случаите и качеството на отчитане. За интервали на доверие и повече информация относно данни вж. фигура DRD-7 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Източници:** Национални доклади от мрежата Reitox от 2007 г. с данни, снетни от националните регистри на смъртните случаи или от специални регистри (съдебни или полицейски) и Евростат.

на един милион души). Стойности в размер над 20 смъртни случая на един милион души са отчетени в 16 европейски държави и над 40 на милион в пет държави. Сред мъжете на възраст 15–39 години смъртността е със средни стойности, а в повечето държави е два пъти по-висока (средно 44 смъртни случая на един милион души в Европа). През 2005–2006 г. смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, наброяват 3,5% от всички смъртни случаи сред европейците на възраст 15–39 години и над 7% от тези в осем държави <sup>(139)</sup> (фигура 11).

Все още има ограничени изследвания на заболяемостта и на другите последствия от несмъртоносни свръхдозы и ограничено инвестиране в усилия за превенция, въпреки сведения, че стойностите могат да са значителни. Проучвания са изчислили, че може да има между 20 и 25 несмъртоносни

свръхдозы за всяка една с фатален край. Въпреки че е трудно да се определи дали тези оценки могат да се приложат спрямо Европейския съюз, като цяло те биха формирали груба оценка в размер на около 120 000 до 175 000 несмъртоносни свръхдозы на година.

### Смъртни случаи, свързани с употребата на опиати

#### Хероин

Свръхдозата опиати е една от главните причини за смъртността сред младежите в Европа, по-специално сред мъжете в градските райони <sup>(140)</sup>. Опиатите, предимно хероин или негови метаболити, са причина за повечето смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици, съобщени в Европейския съюз, като наброяват от 55% до почти 100% от всички случаи, като повече от половината от държавите

<sup>(139)</sup> Вж. таблица DRD-5 и фигура DRD-7 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(140)</sup> Тъй като повечето случаи, които се отчитат от ЕЦМНН, са за свръхдоза опиати, за описание на случаите с опиати се използват общите характеристики на смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици.

отчитат дялове над 80 % <sup>(141)</sup>. В токсикологичните доклади за смъртни случаи, приписани на употребата на хероин, често се откриват други вещества, които също може да са изиграли роля. Най-често съобщаваните такива вещества са алкохол, бензодиазепини, други опиати и, в някои държави, кокаин. Скорошно проучване на ЕЦМНН, в което участваха девет държави, констатира, че в токсикологичните резултати на 60 % до 90 % от смъртните случаи, предизвикани от употребата на опиати, е бил споменат повече от един наркотик. Това показва, че значителен дял от всички употреби на наркотици с фатален край могат да се свържат с употребата на няколко вида наркотици.

Повечето от смъртните случаи в резултат на свръхдоза опиати (60–95 %) са мъже, предимно на възраст между 20 и 40 години, със средна възраст в средата на тридесетте в повечето държави <sup>(142)</sup>. В много държави средната възраст на починалите от свръхдоза се увеличава, което говори за евентуално стабилизиране или спад в броя на младите, употребяващи хероин. Въпреки това на други места (България, Естония, Румъния, Австрия) относително висок дял от смъртните случаи в резултат на свръхдоза са сред тези на възраст под 25 години, което може да говори за по-младо население, употребяващо хероин или наркотици чрез инжектиране в тези държави <sup>(143)</sup>.

#### Метадон и бупренорфин

Изследване показва, че субституиращата терапия намалява риска от фатална свръхдоза. Всяка година обаче се отчитат по няколко смъртни случая, свързани с употребата на опиатни субституиращи лекарствени препарати, най-вече поради злоупотреба или, в малък брой случаи, поради проблеми, възникващи по време на лечението <sup>(144)</sup>.

Ролята на метадона за значителен дял от смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, се съобщава от няколко държави, въпреки че при липса на общи стандарти за отчитане, ролята на веществото често е неясна. Държавите, отчитащи нетривиален брой смъртни случаи, свързани с употребата на метадон, включват Дания, Германия, Обединеното кралство и Норвегия; другите държави не са съобщили

случаи или са съобщили само ограничен брой <sup>(145)</sup>. В Съединените щати е отчетено подчертано увеличение от 1999 г. на смъртните случаи, свързани с метадон. Повечето от тези смъртни случаи се приписват на злоупотреба с метадон, набавен от болници, аптеки, практикуващи лекари и терапевти, докато само ограничен брой от тях са приписани на метадон, получен по субституиращи програми <sup>(146)</sup>.

Смъртните случаи поради отравяне с бупренорфин изглежда са по-редки, въпреки нарастващата употреба на това вещество в субституиращи терапии в много европейски държави. Във Франция са отчетени много малко смъртни случаи, въпреки значителния брой на употребяващите наркотици, които са постъпили на лечение с бупренорфин (76 000–90 000). Във Финландия обаче повечето смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици, са свързани с бупренорфин обикновено в съчетание със седативи или алкохол или употребен чрез инжектиране <sup>(147)</sup>.

#### Фентанил

Наскоро беше регистрирана предизвикваща тревога епидемия от отравяния с 3-метилфентанил с фатален край в Естония, отчетана въз основа на съдебномедицински токсикологични констатации, направени след настъпване на смъртта, с 46 фатални отравяния през 2005 г. и 71 – през 2006 г. (Ojanperä *et al.*, в печата). В допълнение, предварителни констатации от страна на Естония сочат, че 85 смъртни случая през 2004 г. са били свързани със същото вещество. Също така е имало единични случаи на сведения за употреба на фентанил с фатален край от други европейски държави, като наскоро в Съединените щати бяха регистрирани краткотрайни епидемии; например 350 смъртни случая бяха приписани на употреба на фентанил в Чикаго между 2005 г. и 2007 г. (Denton *et al.*, 2008). Много високата сила на действие на това вещество може да повиши риска от свръхдоза наркотици, като същевременно то може да бъде пропуснато при токсикологичното изследване. В резултат на това повишеното незаконно производство и употреба на фентанил вероятно ще бъде предизвикателство както за съществуващите

<sup>(141)</sup> Вж. фигура DRD-1 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(142)</sup> Вж. таблица DRD-1 (част i) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(143)</sup> Вж. фигури DRD-2, DRD-3 и DRD-4 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(144)</sup> Вж. „Смъртни случаи, свързани с провеждането на субституираща терапия“, стр. 99.

<sup>(145)</sup> Вж. таблица DRD-108 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(146)</sup> Национален център за изследвания в областта на наркотиците: „Отклоняване на метадон, злоупотреби и погрешна употреба: смъртните случаи се увеличават с обезпокоително темпо“, ноември 2007 г. Документ 2007-Q0317-001 (<http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>).

<sup>(147)</sup> За повече информация вж. таблица DRD-108 в статистическия бюлетин за 2008 г., както и годишния доклад за 2007 г.

### Смъртни случаи, свързани с провеждането на субституираща терапия

Изследвания са показали, че рискът от свръхдоза намалява значително, докато употребяващите хероин са на метадонова субституираща терапия. Например скорошно групово проучване, включващо над 5000 употребяващи хероин, отчете че рискът от свръхдоза с фатален край намалява деветократно, докато употребяващите са на субституираща терапия, в сравнение с времето, прекарано извън нея, включващо всеки друг вид лечение или липса на лечение (Brugal *et al.*, 2005).

Въпреки това метадонът се споменава в токсикологичните доклади за някои смъртни случаи. Все пак обаче това не предполага наличие във всички случаи на пряка причинно-следствена връзка, тъй като могат да присъстват други наркотици или фактори. Въпреки всичко може да има случаи на свръхдоза с фатален край като факторите, които могат да имат роля, включват: промени в поносимостта, прекомерна дозировка, неправилна употреба от страна на пациента и използване на наркотика за нетерапевтични цели.

Мерките за предотвратяване на отклоняването на метадон към пазара на незаконни наркотици са били свързани със спадове в броя на отчетените смъртни случаи в резултат на употреба на метадон в Обединеното кралство (Zador *et al.*, 2006) и като цяло добрите практики в субституиращата терапия могат да са важен компонент в намаляването на риска от смъртни случаи, свързани с употребата на метадон. Поради това здравето както на пациентите, така и на обществото, вероятно ще бъде предпазено чрез подобряване на: стандартите за качество на лечението, включително практиките за предписване; наблюдаване на пациента по време на първите етапи от лечението; наблюдаване за евентуална сърдечна токсичност; информация за рисковете от употребата на други лекарствени препарати или психоактивни вещества; и практики за разпределяне с цел намаляване на риска от отклоняване.

Значителното разпространение на метадоновата терапия в Европа не е предизвикало паралелно увеличение на смъртните случаи, свързани с употребата на метадон. Проучване, проведено в Обединеното кралство, констатира, че между 1993 г. и 2004 г. общото количество предписан метадон за перорално приложение се е увеличило 3,6 пъти, докато броят на смъртните случаи, свързани с метадон, са намалели от 226 на 194 (Morgan *et al.*, 2006). Това представлява спад в смъртността, свързана с употребата на метадон, от 13 на 1 000 пациенти през 1993 г. до 3,1 на 1000 пациенти през 2004 г. Докато подобни проучвания в други държави биха били много полезни, наличните факти сочат, че смъртните случаи, свързани с употребата на метадон, могат по-скоро да се свързват с недостатъци в практиките на предписване, отколкото с цялостните равнища на субституиращата терапия.

мониторингови системи, така и за ответните действия в областта на общественото здравеопазване.

### Смъртни случаи, свързани с употребата на други наркотици <sup>(148)</sup>

Смъртните случаи, предизвикани от употребата на кокаин, са по-трудни за определяне и идентифициране от тези, свързани с опиати (вж. подобрения материал за кокаина за 2007 г.). Смъртните случаи, които са пряко причинени от фармакологична свръхдоза, се срещат рядко и обикновено се свързват с много големи дози кокаин. Обратно на това, повечето смъртни случаи поради употреба на кокаин изглежда са резултат от токсичността на наркотика при хронична употреба, която води до сърдечносъдови и неврологични усложнения. Ролята на кокаина при тези смъртни случаи не винаги може да бъде идентифицирана и те могат да бъдат отчетени като такива, които не са свързани с кокаин. Тълкуването на данните за смъртните случаи, които могат да се припишат на употребата на кокаин, допълнително се усложнява от наличието на други вещества при повечето случаи, което затруднява откриването на причинно-следствени връзки.

През 2006 г. в 14 държави-членки бяха отчетени над 450 смъртни случая, свързани с употребата на кокаин, въпреки че вероятно броят на смъртните случаи, предизвикани от употребата на кокаин в Европейския съюз, е подценен.

За смъртни случаи, свързани с употреба на екстази, все още се съобщава рядко. Повечето смъртни случаи, „свързани с екстази“, се съобщават в Обединеното кралство, но в много от случаите наркотикът не е бил идентифициран като пряка причина за смъртта.

Докато смъртни случаи поради употреба на амфетамини също се съобщават рядко в Европа, в Чешката република значителен брой смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици, са били приписани на веществото первитин (метамфетамин). Във Финландия бяха отчетени 64 смъртни случая, при които токсикологично са идентифицирани амфетамини, въпреки че това не означава непременно, че наркотикът е бил пряката причина за настъпване на смъртта.

### Тенденции в смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици

Смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, се увеличиха рязко в Европа през 80-те

<sup>(148)</sup> Вж. таблица DRD-108 в статистическия бюлетин за 2008 г.

и началото на 90-те години, вероятно успоредно на увеличението в употребата на хероин и инжектирането на наркотици, като оттогава равнищата са останали високи <sup>(149)</sup>. Въпреки това информацията за държавите, за които има по-дълга времева поредица от данни, сочи разнородни тенденции: в някои държави (напр. Германия, Испания, Франция, Италия) смъртните случаи са достигнали върхови стойности в началото до средата на 90-те години с последващ спад; в други държави (напр. Ирландия, Гърция, Португалия, Финландия, Швеция, Норвегия) броят на смъртните случаи достигна връх около 2000-та година, преди да започне да намалява; в някои други държави (напр. Дания, Нидерландия, Австрия, Обединеното кралство) беше наблюдавана възходяща тенденция, но без ясно изразена пикова стойност <sup>(150)</sup>.

Тенденциите в смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици през периода от 2001 г. до 2005–2006 г., са по-трудни за описване. През първите години на десетилетието (2000–2003), много държави от ЕС отчетоха спадове и като цяло смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, намаляха с 3% през 2001 г., с 14% – през 2002 г. и със 7% – през 2003 г. <sup>(151)</sup>. Въпреки това през 2004 г. и 2005 г. повечето европейски държави отчетоха малки увеличения. Няколко фактора могат да бъдат свързани с това, включително: увеличения в употребата на няколко вида наркотици, евентуално покачване в достъпността на хероин или застаряващо население от хронично употребяващи наркотици <sup>(152)</sup>.

С оглед липсата на данни от някои от по-големите държави, общите оценки на броя на смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици за 2006 г., остават условни. Въпреки това наличните данни от 18 държави сочат за малък спад в сравнение с 2005 г.

Броят на смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, сред тези на възраст по-ниска от 25 години, е претърпял умерен цялостен спад в Европа, докато в държавите-членки, присъединили се към Европейския съюз след 2004 г., доскоро се наблюдаваше увеличение в броя на смъртните случаи сред тази възрастова група <sup>(153)</sup>. Въпреки това в последните години е наблюдавано увеличение в дела на случаите с по-млади хора в Гърция, Люксембург и Австрия, и в по-малка степен в България, Латвия и Нидерландия <sup>(154)</sup>. Това

наблюдение изисква допълнително изследване, тъй като то може да говори за увеличения в броя на младите хора, употребяващи опиати в тези държави.

### Обща смъртност, свързана с употребата на наркотици

Скорошно проучване констатира, че сред употребяващите опиати, постъпили на лечение в осем лечебни центъра (седем града и една държава) в Европа, е имало много висока степен на смъртност в сравнение с техни връстници (вж. EMCDDA, 2006). Други групови проучвания са констатирани степени на смъртност между 6 и 54 пъти по-високи сред употребяващи наркотици, отколкото сред общото население. Тези различия основно се дължат на свръхдоза наркотици, въпреки че други фактори също имат значение, като в някои държави смъртните случаи от СПИН играят значителна роля. Darke *et al.* (2007) формулира четири широки категории смъртни случаи сред употребяващите наркотици: свръхдоза (включително алкохолна интоксикация), заболяване, самоубийство и травма. Измежду заболяванията, състоянията, свързани с вируси, предавани по кръвен път (ХИВ, HCV и HBV, вж. по-горе), тумори, чернодробни заболявания и заболяванията на кръвоносната и дихателната система могат да бъдат свързани с употребата на наркотици. Травмата включва най-вече злополуки, убийства и друго насилие.

Скорошно норвежко проучване сред група употребяващи наркотици, постъпили на лечение, констатира, че измежду 189 регистрирани смъртни случая, свръхдозите са били причина за половината от всички смъртни случаи, при които причините са били известни. Заболявания, предимно СПИН и чернодробни заболявания, бяха причина за почти една четвърт от смъртните случаи, докато самоубийствата и травмите съставляваха по една десета, а отравянията с алкохол – около 2% (фигура 12). Следва да се отбележи, че делът на смъртните случаи от СПИН може да е значително по-висок в държави с високо разпространение на ХИВ сред употребяващите наркотици.

Груповите проучвания са ценен инструмент за оценка и разбиране на общата смъртност, свързана с употребата на наркотици, но други подходи могат

<sup>(149)</sup> Вж. фигура DRD-8 в статистическия бюлетин за 2008 г. Поради исторически причини тази тенденция се отнася за ЕС-15 и Норвегия.

<sup>(150)</sup> Вж. фигура DRD-11 в статистическия бюлетин за 2008 г.

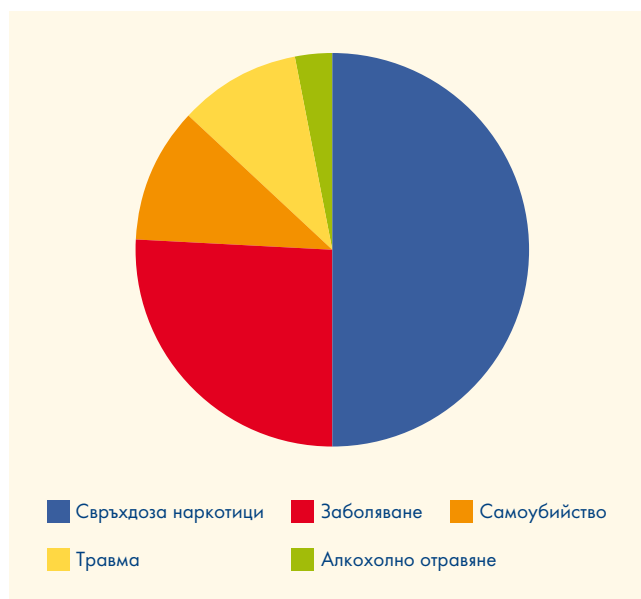
<sup>(151)</sup> Посочените тук стойности се различават от тези, отчетени през предходни години, поради промени в дефиницията на случаите или покритието в Дания, Испания, Франция и Обединеното кралство, както и обновления в няколко държави.

<sup>(152)</sup> Вж. „Показателите за опиати вече не намаляват“ стр. 82 и таблица DRD-2 (част i) и фигура DRD-12 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(153)</sup> Вж. фигура DRD-13 (част i) в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(154)</sup> Вж. фигура DRD-9 в статистическия бюлетин за 2008 г.

**Фигура 12:** Известни причини за смъртни случаи сред група от употребяващи наркотици в Норвегия



**БЕЛЕЖКА:** Данните са от проучване, основано на извадка от 501 употребяващи наркотици, приети на лечение за наркозависимост през периода 1981–1991 г. До 2003 г. са били регистрирани общо 189 смъртни случая, от които причината за настъпване на смъртта не е могла да бъде определена при 14 случая.

**Източник:** Ødegard, E., Amundsen, E.J. and Kielland, K.B. (2007), 'Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach', *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 176–82.

да помогнат за подобряване на разбирането на проблема и да дадат възможност за преглед на национално равнище. Няколко нови метода в тази област в момента се изследват от ЕЦМНН в тясно сътрудничество с държави-членки, като целта е те да се приложат на равнище ЕС. При един от тези подходи степените на смъртност се екстраполират от групови проучвания към местни (Bargagli *et al.*, 2005) или национални оценки на проблемно употребяващите наркотици (Cruts *et al.*, 2008). При друг подход смъртните случаи, които могат да се припишат на наркотици и информация за които е получена от различни проучвания, се сравняват с причините за смъртността, които най-често се свързват с употреба на наркотици (напр. СПИН, нещастни случаи, самоубийства и отравяния) и които се отчитат в регистрите на смъртността сред общото население.

### Смъртни случаи, които не са пряко свързани с употреба на наркотици

Смъртните случаи от СПИН, приписани на инжекционна употреба на наркотици, представляват

друга важна причина за смъртността. Въз основа на данни от Евростат и EuroHIV (годишен отчет за 2005 г., 2006 г.) може да се изчисли, че през 2003 г. над 2600 души са починали от СПИН поради употреба на наркотици<sup>(155)</sup>. Повечето от тези смъртни случаи бяха съсредоточени в няколко държави, като над 90 % от тях са настъпили в Испания, Франция, Италия и Португалия. Смъртността от СПИН достигна връх в средата на 90-те години и намалва значително след въвеждането и повишеното покритие на високо активната антиретровирусна терапия (HAART).

С изключение на Испания, Италия и по-специално на Португалия, степените на смъртност от СПИН поради инжектиране на наркотици сред населението са ниски. Също така в много държави смъртността от свърхдоза е значително по-висока от тази от СПИН сред употребяващите наркотици<sup>(156)</sup>. Броят на смъртните случаи поради други причини (напр. последствия от други инфекциозни заболявания, насилие, злополуки) е по-труден за оценка към момента и има необходимост от подобряване на събирането на данни и на оценяването в тази област (вж. предишния раздел).

Самоубийствата изглежда са честа причина за смъртни случаи сред употребяващите наркотици. Преглед на литературата (Darke and Ross, 2002) показва, че степента на самоубийствата сред употребяващите хероин е била 14 пъти по-висока от тази сред общото население.

### Намаляване на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици

Намаляването на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, е цел на повечето национални стратегии в областта на наркотиците, но едва няколко държави са възприели планове за действие или са предоставили систематични ръководни принципи за мерките, които следва да се предприемат. Въпреки това през 2007 г. Министерството на здравеопазването на Обединеното кралство издаде нови ръководни принципи за клиничното управление на злоупотребата с наркотици и наркозависимостите, установяващи конкретни действия за предотвратяване на смъртните случаи, свързани с употреба на наркотици.

Приносът, който лечението, включващо субституираща терапия заедно с психосоциални грижи и

<sup>(155)</sup> 2003-та година беше взета като последната година, за която чрез Евростат има налична информация от почти всички държави-членки относно причините за смъртността. За подробна информация относно източниците, стойностите и изчисленията вж. таблица DRD-5 в статистическия бюлетин за 2008 г.

<sup>(156)</sup> Вж. фигура DRD-7 (част ii) в статистическия бюлетин за 2008 г.

психотерапия, може да направи към намаляването на смъртността сред употребяващите наркотици, беше демонстриран в прогнозно дългосрочно проучване в Италия (Davoli *et al.*, 2007). Проучването беше проведено сред група от 10 454 употребяващи хероин, постъпили на обществено лечение от 1998 г. до 2001 г., и оцени задържането на лечение и смъртността от свръхдоза. Рискът от смъртни случаи сред представителите на групата беше средно 10 пъти по-висок в сравнение с общото население. Въпреки това рискът от смъртни случаи сред употребяващите наркотици, подложени на лечение, беше четири пъти над този сред общото население, докато рискът при тези, прекратили лечението, беше 20 пъти по-висок.

Целевото разпространение на информация за рисковете от свръхдоза чрез листовки, брошури и плакати е обичайна практика в повечето държави. Освен това сега половината от всички държави-членки съобщават за семинари за обучение с цел повишаване на знанията и уменията за справяне с рискове, свързани със свръхдоза. Това обучение може да заинтригува употребяващите наркотици, техните роднини, както и персонала, който се занимава с това, и обикновено включва информация за специфични рискове, включително понижена поносимост след периоди на абстиненция; ефектите от употреба на няколко вида наркотици, по-специално

съпътстваща употреба на алкохол, и от употребата на наркотици без присъствието на други хора; и умения за оказване на първа помощ. В Италия се съобщава за използването на комбинация от обучение за справяне със свръхдоза и раздаване на налоксон за употреба в домашни условия в половината от отделите за грижи за наркозависими под координация на организациите, предоставящи обществените здравни услуги.

Проактивното наблюдение на психосоциалното благосъстояние на употребяващите наркотици, включително на тези на субституираща терапия, може да се окаже ценно, тъй като свръхдозите наркотици в много случаи са резултат от предишни здравни или социални събития и равнищата на умишлено приета свръхдоза могат да са високи (Oliver *et al.*, 2007).

Допълнително предизвикателство в много държави е фактът, че здравните и социалните услуги работят със застаряващо население, състоящо се от дълготрайно употребяващи наркотици, които могат да са по-уязвими към свръхдоза и към редица неблагоприятни последствия за здравето. Инжекционно употребяващите наркотици по-специално могат да страдат от високи равнища на соматични заболявания, особено хронични инфекции на черния дроб, които допълнително повишават тяхната уязвимост.

### **Повишен риск от смъртни случаи, предизвикани от употреба на наркотици, при изтичане на затворнически присъди или прекратяване на лечение**

Рискът от смъртни случаи, предизвикани от употребата на наркотици в непосредствения период след освобождаване от затвор или при релапс след лечение, е значително повишен според проучвания, проведени в Европа и на други места.

Скорошно проучване, проведено в Обединеното кралство (Англия и Уелс), съпостави досиетата на почти 49 000 затворници, освободени в периода 1998–2000 г., с всички смъртни случаи, регистрирани до ноември 2003 г. (Farrell and Marsden, 2008). От 442 смъртни случая, настъпили сред представители на извадката в посочения период, по-голямата част от тях (59 %) са били свързани с употребата на наркотици. В годината след освобождаване смъртността, предизвикана от употребата на наркотици, е била 5,2 на 1000 мъже и 5,9 на 1000 жени. В периода непосредствено след освобождаване, очакваните стойности са били надвишени над 10 пъти при жените и над осем пъти при мъжете. Всички смъртни случаи при жените и 95 % от смъртните случаи при мъжете, настъпили по време на първите две седмици след излизане от затвора, са били свързани с употребата

на наркотици и би могло да се припишат на свръхдоза или, по-общо, на заболявания, свързани с употребата на вещества. Записки на следователи по смъртните случаи споменават участието на опиати при 95 % от смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, бензодиазепини – при 20 %, кокаин – при 14 % и трициклически антидепресанти – при 10 % от случаите.

Проучването VEdette в Италия (Davoli *et al.*, 2007) отчита смъртност от свръхдоза в размер на 1 на 1000 души измежду употребяващите хероин на лечение и 23 на 1000 през първия месец след прекратяване на лечението, което съответства на 27 пъти по-голям риск от свръхдоза с фатален край през първия месец след прекратяване на лечението след корекция спрямо фактори, които могат да повлияят на резултатите.

Въпреки наблюдаваната връзка между смъртните случаи, предизвикани от употребата на наркотици, и освобождаването от затвор или прекратяването на лечение, малко държави инвестират системно в обучение на затворници или лекуващи се за риска от свръхдоза. Непрекъснатостта на грижите и рехабилитацията за употребяващите наркотици, които са освободени от затвор, също е недоразвита в много държави. Подобрения в тези две области биха осигурили ценни възможности за предотвратяване на смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици.





## Глава 8

### Нови наркотици и тенденции

#### Въведение

Употребата на нови психоактивни вещества може да има значими последици за общественото здраве и политика, но проследяването на новите тенденции представлява значително предизвикателство. Новите модели на употреба на наркотици са трудни за установяване, тъй като обикновено те най-напред се зараждат на ниски равнища и в конкретни местоположения или сред ограничени подгрупи от населението. Малко държави разполагат със системи за наблюдение, които са чувствителни към този вид поведение, и методологическите трудности при следенето на този вид употреба на наркотици са значителни. Въпреки това важноста на идентифицирането на потенциални нови заплахи е всеобщо призната и именно затова Европейският съюз чрез решението на Съвета относно новите психоактивни вещества разработи система за ранно предупреждение, която предоставя механизъм за бързо реагиране при откриването на нови психоактивни вещества на пазара на наркотиците в Европа. Дейностите в подкрепа на системата за ранно предупреждение съставляват важна част от работата на ЕЦМНН и се вписват в по-широка перспектива за използване на широк набор от източници на данни за подобряване на навременността и чувствителността на европейската система за мониторинг на наркотиците.

#### Действия на ЕС по отношение на новите психоактивни вещества

Решението на Съвета относно новите психоактивни вещества <sup>(157)</sup> установява механизъм за бърза размяна на информация за нови психоактивни вещества, които могат да представляват заплахата за общественото здраве и социалното благосъстояние. Решението също предвижда оценка на рисковете, свързани с тези нови вещества, с цел мерките, приложими в държавите-членки за контрола на наркотични и психотропни

вещества, да могат да се прилагат и спрямо нови вещества. През май 2007 г. беше проведена оценка на риска на ново психоактивно вещество BZP (1-бензилпиперазин) от разширения състав на научния комитет към ЕЦМНН и беше предоставен доклад до Съвета и Европейската комисия <sup>(158)</sup>. Оценката на риска заключи, че поради свойствата на стимулант, рискът за здравето и липсата на медицински ползи е налице необходимост от контролиране на BZP, но мерките за контрол трябва да са съобразени с относително ниския риск на веществото. През март 2008 г. Съветът прие решение, определящо BZP като ново психоактивно вещество, което следва да е обект на мерки за контрол и наказателни разпоредби. Държавите-членки разполагат с една година, за да предприемат необходимите мерки в съответствие със своите национални законодателства, за да подложат BZP на контролни мерки, съразмерни с рисковете от веществото и с наказателноправните санкции, както е предвидено в законодателствата им, при изпълнение на техните задължения съгласно Конвенцията на ООН за психотропните вещества от 1971 г.

През март 2007 г. ЕЦМНН и Европол съобщиха на Комисията за активното наблюдение на 1-(3-хлорофенил)пиперазин (mCPP) <sup>(159)</sup>. Това съобщение беше направено единствено с информативни цели и заключи, че „има малка вероятност mCPP да се утвърди сам по себе си като наркотик за развлечение“ поради неговите неясни психоактивни свойства и някои странични ефекти. Тъй като изглежда, че mCPP не е особено привлекателен за употребяващите наркотици, вероятно неговият пазар в Европейския съюз се основава по-скоро на активно предлагане, отколкото на активно търсене.

През 2007 г. общо 15 нови психоактивни вещества бяха оповестени за първи път чрез системата за ранно предупреждение до ЕЦМНН и Европол. Групата на новооповестените вещества е разнородна и освен нови синтетични наркотици включва медицински продукти

<sup>(157)</sup> Решение 2005/387/ПВР на Съвета от 10 май 2005 г. относно обмена на информация, оценката на риска и контрола върху новите психоактивни вещества (ОВ L 127, 20.5.2005 г., стр. 32).

<sup>(158)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

<sup>(159)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EW.html>

## Нови контролирани вещества

От януари 2006 г. 12 държави са съобщили за добавки или промени в своите списъци с контролирани вещества. Веществото mCPP (1-(3-хлорофенил)пиперазин) е било добавено в списъците с контролирани вещества в шест държави (Белгия, Германия, Литва, Унгария, Малта, Словакия), а веществото BZP (1-бензилпиперазин) е било добавено в четири държави (Естония, Италия, Литва, Малта). От тези вещества mCPP е било под активно наблюдение от страна на ЕЦМНН и Европол, а BZP е било обект на оценка на риска през 2007 г. Други вещества, поставени под контрол през периода, включват халюциногените DOC (4-хлор-2,5-диметоксиамфетамин), DOI (4-йод-2,5-диметоксиамфетамин) и бромобензодифуранил-изопропиламин в Дания и Швеция и кетамин в Естония.

Различни растения с психоактивни свойства също се контролират. В тази връзка Белгия е реструктурирала своето законодателство за психотропните вещества с цел включване на нова категория, която изброява растения или части от растения под контрол, вместо единствено техните психоактивни съставки както преди. Растенията от този списък включват кхат (*Catha edulis*) и *Salvia divinorum*. Кхатът сега се контролира в 11 държави в Европа (оценка на риска от 2005 г. в Обединеното кралство препоръча да не бъде контролиран). През 2006 г. Швеция добави към своя списък салвинорин А, основната активна съставка на *Salvia divinorum*; растението беше поставено под контрол и в Германия през 2008 г. През същия период растението *Tabernanthe iboga* беше добавено в списъка с контролирани вещества във Франция, след законово контролиране на активната съставка – ибогаин – в Белгия, Дания и Швеция. Накрая, в отговор на смъртните случаи, свързани с халюциногенни гъби, Ирландия и Нидерландия са предприели действия за затваряне на предишни вратички, които са позволявали продажбата и притежанието на пресни гъби, съдържащи псилоцин; в Ирландия законът влезе в сила през януари 2006 г., докато в Нидерландия в момента се разглежда в парламента.

За допълнителна информация вж. списъка с контролираните вещества в ЕС и Норвегия, който е представен във „Вещества и класификационни таблици“ в европейската юридическа база данни в областта на наркотиците (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

и свободно срещани се в природата вещества. Девет от новите съобщени съединения са синтетични наркотици, подобни на тези, включени в списъци I и II на Конвенцията на ООН за психотропните вещества от 1971 г. Те включват вещества от основни химически групи като фенетилламини, триптамини и пиперазини, както и вещества с по-рядък химически състав. Групата

е равномерно разделена на вещества, които имат подчертани халюциногенни ефекти, и такива, които проявяват предимно стимулиращи свойства.

За първи път през 2007 г. три свободно срещани се в природата вещества бяха съобщени чрез механизма за обмяна на информация; сред тях беше *Salvia divinorum*, растение със силни психоактивни свойства<sup>(160)</sup>.

## Интернет – пазар за психоактивни вещества

Интернет осигурява прозорец към света за употребяващите наркотици чрез онлайн дискуссионни форуми и виртуални стаи за размяна на текстови съобщения (чат), както и чрез уебсайтове на онлайн магазини, продаващи психоактивни заместители на контролираните вещества. Наличната информация може да предостави задълбочен поглед към различните аспекти на онлайн пазара на наркотици, например за методите на работа на онлайн магазините, начина, по който те отговарят на заявки на употребяващи наркотици, и нови тенденции сред младите хора. За да идентифицира текущите промени на онлайн пазара на наркотици, ЕЦМНН проведе моментно изследване в началото на 2008 г., което проучи 25 онлайн магазина. Резултатите от това изследване са представени тук.

### Методология на интернет проучването

За да се получи моментна представа за ситуацията, през януари 2008 г. бяха проведени интернет търсения с помощта на ключови думи на много езици и търсачката Google (<http://www.google.com>). Общо 68 онлайн магазина, базирани в ЕС, бяха идентифицирани като продаващи различни видове „законни дроги“. Те бяха класифицирани според държавата на произход. За идентифициране на държавата на произход бяха използвани разширенията на домейните на държави от ЕС (напр. ES, FR, DE) или други признаци за седалище в ЕС (напр. адрес за контакт). Повече от половината магазини (52 %) бяха със седалище в Обединеното кралство, 37 % – в Нидерландия, 6 % – в Германия, 4 % – в Австрия и 1 % – в други държави (в това число Ирландия, Полша). За подробен анализ беше подбрана произволна извадка от 25 онлайн магазина. Дяловете на извадките във всеки слой (държава на произход) бяха пропорционални с тези на общата извадка от онлайн магазини. Онлайн магазините, които продаваха изключително и само на едро, вместо на крайни клиенти, както и тези, продаващи само халюциногенни гъби, бяха изключени.

<sup>(160)</sup> Вж. карето „Нови контролирани вещества“ на тази страница.

## Онлайн магазини

Има сведения за нарастващ брой на онлайн магазините, предлагащи психоактивни заместители на контролираните наркотици като LSD, екстази, канабис и опиати. Докато веществата, предлагани за продажба от онлайн магазините, често се определят като „законни дроги“ или „билкови дроги“, в някои европейски държави тези наркотици са обект на същите закони, както и контролираните наркотици, и могат да подлежат на същите санкции.

В рамките на Европейския съюз по-голямата част от онлайн магазините, идентифицирани в моментното проучване, са базирани в Обединеното кралство и Нидерландия, и в по-малка степен в Германия и Австрия. Онлайн магазините често специализират в продажбата на определени видове наркотични продукти, например някои от тях продават предимно принадлежности за употреба на наркотици, а други специализират в продажбата на халюциногенни гъби или „парти хапчета“, докато трети предлагат широка гама билкови, полусинтетични и синтетични вещества.

Онлайн магазините, базирани в Европа, предлагат над 200 психоактивни продукта. Най-често срещаните „законни дроги“ са *Salvia divinorum*, кратом (*Mitragyna speciosa*), хавайска роза (*Argyreia nervosa*), халюциногенни гъби (EMCDDA, 2006) и множество „парти хапчета“.

Предлаганите за продажба вещества се рекламират като притежаващи ефекти, подобни на тези на контролираните наркотици. Както *Salvia divinorum*, така и хавайската роза, заедно с по-рядко предлаганото грамофонче (*Ipomoea violacea*), се описват като пораждащи халюциногенни ефекти, подобни на тези при употреба на LSD. Кратомът често се рекламира като заместник на опиатите, различни препарати се предлагат като заместители на канабиса, а „парти хапчетата“ се продават като заместители на MDMA. Предлаганите „парти хапчета“ могат да съдържат растителен материал или полусинтетични или синтетични вещества. Основната съставка на синтетичните „парти хапчета“ често е бензилпиперазинът (BZP), въпреки че онлайн магазините изглежда разполагат със заместващи вещества, за да са в готовност, когато BZP стане обект на контролни мерки в държавите-членки на ЕС. Обявените цени на веществата често варират от 1 до 11 евро за еквивалента на една доза.

## GHB и неговият прекурсор GBL: последващ преглед

В Европа гамахидроксимаслената киселина (GHB) е под наблюдение от 2000 г., когато беше проведена

оценка на риска на веществото съгласно условията на съвместното действие относно новите синтетични наркотици от 1997 г. (EMCDDA, 2002). Добавянето на GHB към списък IV на Конвенцията на ООН за психотропните вещества от 1971 г. през март 2001 г. задължи всички държави-членки на ЕС да контролират наркотика чрез своите законодателства за психотропни вещества и новите контролни мерки бързо ограничиха предишната свободна продажба на GHB.

GHB се среща свободно в човешкото тяло, но също се използва като лекарствен препарат и като наркотик за развлечение. Немедицинската употреба на GHB започна да се среща в нощните заведения за развлечение в някои части на Европа, САЩ и Австралия през 90-те години, по-специално в нощни заведения, където често са се използвали много други видове наркотици. Бързо възникнаха опасения за рисковете за здравето, свързани с употребата на веществото. По специално се породиха безпокойства по отношение на възможността за тайно прибавяне на GHB към напитки за улесняване на сексуално насилие. Въпреки това съдебно-медицински доказателствени факти в това отношение липсват и неговото установяване е трудно поради краткия времеви период, през който може да се установи наличие на GHB в човешкото тяло. Все пак свързването на GHB със сексуално насилие, подпомогнато от наркотици, може да е допринесло за относително „негативната репутация“ на веществото (EMCDDA, 2008c).

## GBL

Понастоящем възникват опасения относно сведения за употребата на гама-бутиролактон (GBL), прекурсор на GHB, който не е вписан в никоя от конвенциите на ООН за контролираните вещества. GBL бързо се превръща в GHB в тялото и засега няма наличен токсикологичен тест за определяне на това кое от двете вещества е било употребено.

GHB може да се произведе лесно от GBL и 1,4-бутандиол (1,4-BD), които са често и законно използвани в много сфери на промишлеността (напр. химикали, пластмаси, фармацевтични продукти) и поради това са налични при търговски доставчици. Търговското предлагане на GBL има потенциала да направи това вещество достъпно за трафикантите на наркотици и употребяващите ги при равнища на цените и рисковете, много по-ниски от тези, които нормално се срещат на пазарите на незаконни наркотици в Европейския съюз. Например средната цена за доза от 1 грам GBL, закупена на едро в интернет, варира от 0,09 до 2 евро.

### Здравни рискове

Както GHB, така и GBL има стръмна крива на реакция спрямо дозата, с бързо настъпване на симптомите, което значително увеличава рисковете, свързани с незаконната употреба. Гадене, повръщане и различни степени на нарушено съзнание са основните странични ефекти в повечето съобщени случаи на интоксикация с GHB. Въпреки това честото наличие на други наркотици може да усложни клиничното положение. Нидерландско проучване сред 72-ма души, употребяващи GHB, отчете, че по-голямата част от тях са припаднали поне веднъж, докато са били под въздействието на GHB, а някои са припадали многократно (Korf *et al.*, 2002). При проучване сред употребяващи GHB и GBL в Обединеното кралство беше констатирано, че странични реакции се срещат по-често в заведения, отколкото в частни домове (Sumnall *et al.*, 2008). В Лондон и Барселона профилът на пациентите с интоксикации с GHB е описан като включващ предимно млади хора от мъжки пол, повечето от които са употребили веществото през почивните дни, често в комбинация с консумация на алкохол или незаконни наркотици (Miro *et al.*, 2002; Wood *et al.*, 2008).

Интоксикации и спешни случаи, свързани с употребата на GHB, са били споменавани в научната литература и съобщавани на ЕЦМНН още от края на 90-те години, макар и не систематично, в Белгия, Дания, Испания, Люксембург, Нидерландия, Финландия, Швеция, Обединеното кралство и Норвегия. Въпреки че GHB се свързва едва с много малка част от всички спешни случаи на интоксикации с наркотици, изискващи болнични или спешни медицински грижи, стойностите от 2000-та година насам са се увеличили. В Амстердам делът на случаите на нужда от спешна помощ през 2005 г., които са наложили транспортиране до болнично заведение, беше по-висок при случаите, свързани с GHB/GBL, отколкото при тези, включващи други наркотици.

В Обединеното кралство спешното отделение на една лондонска болница – с район на покритие, включващ местни нощни клубове, които обичайно, но не само,

се посещават от хомосексуалисти – регистрира общо 158 случая на пациенти, употребили GHB и GBL, през 2006 г. Макар че повечето от тези пациенти съобщиха за употреба на GHB, химически анализ на проби, взети от посетители на нощни заведения в същата област на покритие и през същия времеви период, констатира, че над половината от пробите са със съдържание на GBL, вместо на GHB. Това показва, че вероятно употребата на GBL е по-често срещана, отколкото се е предполагало (Wood *et al.*, 2008).

Поради бързото изхвърляне на веществото от организма е трудно да се посочи GHB/GBL като причина за интоксикация или смърт. Освен това липсва точна и сравнима система за отчитане на броя на смъртните случаи и на спешните случаи без фатален край, свързани с употребата на GHB и неговите прекурсори.

### Ответни действия

Някои държави-членки (Италия, Латвия, Швеция) са избрали да контролират GBL (или GBL и другия прекурсор 1,4-BD) съгласно законодателството за контрол на наркотиците или еквивалентно законодателство, като в Обединеното кралство текат дискусии около евентуални допълнителни контролни мерки. В съответствие със законодателството на Общността в областта на контрола на прекурсорите GBL и 1,4-BD са включени в списъка на неконтролираните вещества, за които са налице доброволни мерки във всички държави-членки за наблюдение с цел предотвратяване на тяхното отклоняване от законни промишлени приложения.

Действията за превенция и намаляване на вредите в отговор на употребата на GHB/GBL обикновено се извършват от национални и общностни проекти в областта на наркотиците, насочени към нощните заведения. Тези действия обикновено се състоят от обучение на персонал на заведения и разпространение на информация относно рисковете от употребата на GHB и други наркотици. Такива действия често се провеждат заедно с други действия, свързани с „клубните наркотици“ и с употребата на комбинации от алкохол и наркотик (EMCDDA, 2008e).



## Библиография

- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M. et al. (2005), 'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries', *European Journal of Public Health* 16, pp. 198–202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. et al. (2005), 'Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain', *Addiction* 100, pp. 981–9.
- Cameron, L. and Williams, J. (2001), 'Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?', *Economic Record* 77, pp. 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- Coggans, N. (2006), 'Drug education and prevention: has progress been made?', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, pp. 417–22.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. et al. (2007), 'Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation', *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. and Sorensen, J.L. (2001), 'Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment', *Drug and Alcohol Dependence* 62, pp. 91–5.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. and Van Laar, M. (2008), 'Estimating the total mortality among problem drug users', *Substance Use and Misuse* 43, pp. 733–47.
- Currie, C. et al. (eds.) (2008), 'Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey', *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Daly, M. (2007), 'Plant warfare', *Druglink* 22(2), March–April.
- Darke, S. and Ross, J. (2002), 'Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods', *Addiction* 97, pp. 1383–94.
- Darke, S., Degenhardt, L. and Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. et al. (2007), 'Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdETE study, a national multi-site prospective cohort study', *Addiction* 102, pp. 1954–9.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A. et al. (2006), 'Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro', *Revista Española de Salud Pública* 80, pp. 505–20.
- DeFuentes-Merillas, L. and De Jong, C.A.J. (2008), 'Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie', NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. and Kalelkar, M.B. (2008), 'An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007', *Journal of Forensic Science* 53, pp. 452–4.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M. et al. (2003), 'A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system', *Drug and Alcohol Dependence* 72, pp. 59–65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus J.V., Nielsen, S. and Matic, S. (2007), 'Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004', *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 271–80.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, European Centre for Disease Control, Stockholm.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007a), *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007b), 'Drugs and crime: a complex relationship', *Drugs in focus* No 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2008a), 'A cannabis reader: global issues and local experiences', *Monograph* No 8, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2008b), 'Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach', *Insights* No 8, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

- EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsfa>).
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EMCDDA 2008 selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- European Commission (2007a), 'Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence', COM(2007) 199 final.
- European Commission (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Health and Consumer Protection Directorate.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, The Hague.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, The Hague.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, The Hague.
- Farrell, M. and Marsden, J. (2008), 'Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment', *Addiction* 103, pp. 251–5.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. and Wendling, B.W. (2001), 'The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse', *Journal of Health Economics* 20, pp. 51–68.
- Gorman, D.M., Conde, E. and Huber, J.C. (2007), 'The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation', *Drug and Alcohol Review* 26, pp. 585–93.
- Gossop, M., Manning, V. and Ridge, G. (2006), 'Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder', *Addiction* 101, pp. 1292–8.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. and Treacy, S. (2002), 'Change and stability of change after treatment of drug misuse: two-year outcomes from the national treatment outcome research study (UK)', *Addictive Behaviors* 27, pp. 155–66.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. and Klempova, D. (2008), 'Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe', *Drug and Alcohol Review* 27, pp. 236–42.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B. et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. and Anderson, J. (2003), 'Overview of five-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)', *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, pp. 125–34.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, presented at the second European conference on drug trafficking and law enforcement, Paris, 26/27 September 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. and Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (<http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. and Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. and Patton, G.C. (2006), 'Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies', *Addiction* 101, pp. 948–58.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. and Davoli, M. (2008), 'Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. and Davoli, M. (2004), 'Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. and Sanchez, M. (2002), 'Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate', *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, pp. 129–35.
- Morgan, O., Griffiths, C. and Hickman, M. (2006), 'Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004', *International*



- Journal of Epidemiology* 35, pp. 1579–85.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. and LaRowe, S. (2004), 'Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues', *Annals of Clinical Psychiatry* 16, pp. 101–9.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B.R. and Levin, F.R. (2007), 'Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature', *American Journal of Addiction* 16, pp. 331–42.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. and Kielland, K.B. (2007), 'Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach', *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 176–82.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A. and Vuori, E. (in press), 'An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia', *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. et al. (2007), 'A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose', *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. et al. (2008), 'The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life', *Addiction* 103, pp. 439–49.
- Petrie, J., Bunn, F. and Byrne, G. (2007), 'Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review', *Health Education Research* 22, pp. 177–91.
- 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.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. and Hopkins, L.N. (2001), 'Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey', *Circulation* 103, pp. 502–6.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. et al. (2000), 'Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention', *Journal of Psychoactive Drugs* 32, pp. 233–8.
- Reitox national reports (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. and Wiessing, L. (2008), 'Guidelines for estimating the incidence of problem drug use', Final report CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. et al. (in press), 'Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe', Final report WP 1 of project SANCO/2006/C4/02 on 'Drug policy and harm reduction' for the European Commission.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. and Carballo, J.L. (2008), 'Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes', *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, pp. 202–7.
- Stallwitz, A. and Stöver, H. (2007), 'The impact of substitution treatment in prisons: a literature review', *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 464–74.
- Sumnall, H.R., Woolfall, K., Edwards, S. et al. (2008) 'Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)', *Drug and Alcohol Dependence* 92, pp. 286–90.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. and Gill, O.N. (2006), 'Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison', *BMC Public Health* 6, p. 170.
- Swift, W., Hall, W. and Copeland, J. (2000), 'One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia', *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 309–18.
- Szendrei, K. (1997, 1998), 'Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality', *Bulletin on Narcotics* XLIX and L, Nos 1 and 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C. et al. (2007), 'Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use', *Lancet* 369, pp. 1391–401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna (<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. and Prins, M. (2007), 'Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users', *Addiction* 102, pp. 1454–62.
- WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, World Customs Organisation, Brussels.
- Werch, C.E. and Owen, D.M. (2002), 'Latrogenic effects of alcohol and drug prevention programs', *Journal of Studies on Alcohol* 63, pp. 581–90.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. et al. (2008), 'Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)', *Quarterly Journal of Medicine* 101, pp. 23–9.

Zador, D., Mayet, S. and Strang, J. (2006), 'Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to

increased supervision of methadone in UK', *International Journal of Epidemiology* 35, pp. 1586–7.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. and Lochman, J.E. (2007), 'Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, pp. 33–9.





Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите

**Годишен доклад за 2008 г.: Състоянието на проблема с наркотиците в Европа**

Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности, 2008 г.

2008 г. – 112 стр. – 21 × 29,7 см

ISBN 978-92-9168-319-2



### **Как да получите публикациите на Европейския съюз?**

Предлаганите за продажба публикации на Службата за публикации са посочени на сайта на книжарницата на ЕС (<http://bookshop.europa.eu/>), където можете да направите поръчка в център за продажба по свой избор.

Също така можете да заявите списъка на центрoвете за продажба от световната ни мрежа по факс на (352) 29 29 42758.

## За 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 всеобхватна информация за наркотиците и наркотичната зависимост в Европа.

ЕЦМНН събира, анализира и разпространява действителни, обективни, надеждни и сравними данни за наркотиците и наркоманиите. Чрез тази 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 сведения във връзка с наркотиците в Европа.



Служба за публикации

*Publications.europa.eu*

ISBN 978-92-9168-319-2



9 789291 683192