

SPOŁECZNA HISTORIA PROBLEMU NADUŻYWANIA LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH W KRAJACH WYSOKO UPRZEMYSŁOWIONYCH

Grażyna Świątkiewicz

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

WSTĘP

Zbyt często lub niewłaściwie używane leki mogą powodować poważne problemy zdrowotne. W przypadku substancji wpływających na ośrodkowy układ nerwowy, efekty nawet jednorazowego nadużycia są łatwe do zewnętrznej obserwacji: chwiejny chód, bełkotliwa mowa, obniżony poziom świadomości, pojawiają się po nadużyciu alkoholu, opiatów czy benzodiazepin (27). U osób uzależnionych stany takie występują na tyle często, że upośledzają lub uniemożliwiają im normalne funkcjonowanie w grupie społecznej. Od lat społeczeństwa starają się ograniczać problemy wynikające z uzależniania się od substancji psychoaktywnych. Alkoholizm i narkomania są przez pokolenia definiowane jako zjawiska o randze problemów społecznych.

Współcześnie uważa się, że w większym stopniu niż osobnicze cechy jednostki, za uzależnienie odpowiedzialne są cechy substancji, która w miarę wydłużania się okresu jej zażywania powoduje, że użytkownik stopniowo traci kontrolę nad częstością i ilością wypijanego alkoholu czy połykanych tabletek nasennych.

Spółeczna historia substancji psychoaktywnych potwierdza, że „współczesne koncepcje problemów opierają się na normatywnej kategoryzacji. Klasyfikacja między tym, co dozwolone lub zakazane czy legalne lub nielegalne jest przedmiotem społecznego i politycznego wyboru” (23). Leki psychotropowe w tym benzodiazepiny stały się przedmiotem społecznej dyskusji podobnie jak wcześniej alkohol, opium, morfina czy heroina. Wszystkie te substancje pełniły w przeszłości i pełnią nadal, w wyjątkowych przypadkach rolę leków uśmierających ból, bezsenność lub leczących uzależnienie (33)

Alkoholizm i narkomania są postrzegane, jako tak zwane klasyczne problemy społeczne dlatego, że relatywnie dawno odkryto uzależniające właściwości alkoholu, opium, morfiny i heroiny. Wraz z postępem medycyny zmieniały się opinie na temat terapeutycznych walorów tych substancji. Dzisiaj podkreśla się głównie ich szkodliwe efekty. Leki psychotropowe wraz z benzodiazepinami są kontynuacją wysiłków medycyny zmierzających do leczenia tak powszechnych dolegliwości, jak: ból, bezsen-

ność, lęk i depresja. Leki te mają krótszą historię, niemniej w krajach wysoko-
uprzemysłowionych od lat trwa publiczna debata nad zdrowotnymi konsekwencjami
ich wzrastającej konsumpcji. Istotnym argumentem zwolenników ostrzejszej kontroli
nad tą kategorią leków są ich właściwości uzależniające. Inne niechciane efekty
uboczne wydają się odgrywać w publicznej dyskusji nad lekami psychotropowymi
mniejszą rolę.

Spółeczna historia leków uspokajających i nasennych w krajach wysoko uprzymy-
słowionych, gdzie wolny rynek leków funkcjonuje od lat, wydaje się być ważnym
punktem odniesienia do zjawisk obserwowanych na polskiej scenie lekowej.

Aktorem najważniejszym w opisaney poniżej historii jest medycyna, definiująca,
jakie substancje mają walory lecznicze, a jakie są szkodliwe. Kolejnym z aktorów jest
przemysł farmaceutyczny, który lansuje przede wszystkim korzystne efekty produk-
owanych przez siebie leków. Ważna jest rola „demaskatorów” wywodzących się z róż-
nych profesji, czuwających nad zdrowiem publicznym i dostarczających argumentów
na rzecz konieczności wprowadzenia większej kontroli nad produkcją i dystrybucją
leków psychotropowych.

Rola medycyny

Człowiek zawsze chciał się uwolnić od bólu i cierpienia. Już 3000 lat temu istniała
w Tebach pisana instrukcja, jak uwolnić się od bólu przy pomocy opium (współczesne
pochodne – morfina, heroina). Indianie peruwiańscy do złagodzenia zmęczenia i uczu-
cia głodu używali liści krzewu kokainowego (8).

W czasach nowożytnych jeszcze 200 lat temu podstawowymi „lekami” do leczenia
stanów lękowych były alkohol i opium. Mimo iż naturalne substancje całkiem dobrze
spełniały swoją rolę, powszechne jest przekonanie, że umiejętność łagodzenia takich
ludzkich problemów, jak niepokój, przygnębienie, chroniczny ból pojawiła się dopiero
wraz z rozwojem medycyny. Madewar analizując rolę medycyny w dostarczaniu sze-
rokim rzeszom konsumentów coraz nowszych substancji uzależniających, ubolewa, że
historia medycyny jest rzadko przedmiotem nauczonym na uczelniach medycznych
(33). Historia ta pokazuje, że w kolejnych epokach zmieniały się opinie na temat wła-
ściwych metod terapii, że leki wprowadzane entuzjastycznie, po latach okazywały się
bardziej szkodzić niż pomagać. Historia medycyny może uczyć dystansu do jej współ-
czesnych osiągnięć i „niepodważalnych prawd”. Dotyczy to zwłaszcza substancji
psychoaktywnych, które obok innych niepożądanych efektów ubocznych niosą ze
sobą ryzyko uzależnienia.

Madewar następująco ujmuje ogólną zasadę zmian, jakie zachodziły w zastępowa-
niu leków uzależniających „bardziej bezpiecznymi” substancjami, na przełomie XIX
i XX wieku.

Alkohol	→	(uzależnienie)	→	Opium
Opium	→	(uzależnienie)	→	Morfina
Morfina	→	(uzależnienie)	→	Kokaina
Kokaina	→	(uzależnienie)	→	Heroina

Wszystkie, oprócz alkoholu, zalecane pod koniec XIX i na początku XX wieku leki, mające pomagać w uśmierzaniu bólu, lęku i bezsenności są współcześnie uznawane za środki nielegalne. Ich stosowanie do celów medycznych obarczone jest szeregiem szczegółowych uregulowań prawnych (34).

ALKOHOL

W połowie XIX wieku alkohol stał się w Wielkiej Brytanii popularnym lekiem stosowanym jako „stymulator” w leczeniu licznych chorób. Wcześniej lekarze wierzyli, że najlepsza jest metoda upuszczania krwi lub inne sposoby „oczyszczania” chorego organizmu. Metoda „stymulacji alkoholowej” ogłoszona przez londyńskiego profesora R.B. Toda była aplikowana także dzieciom. W niektórych przypadkach dzienna dawka alkoholu w postaci brandy sięgała 20 - 30 uncji, co jest odpowiednikiem około 560 - 850 gram (50).

Długotrwała terapia stymulująca wywoływała uzależnienie pacjentów, jednakże prawie do końca XIX wieku problem ten nie był dyskutowany w literaturze medycznej. Przeciwnie w prestiżowym piśmie *Lancet* autorytety medyczne twierdziły, że nie ma żadnych dowodów na występowanie niepożądanych skutków ubocznych „stymulacji alkoholem”. Lekarze wierzyli, że uzależnienie od alkoholu możliwe jest jedynie u osobników o specyficznych cechach psychofizycznych. Alkohol w okresie międzywojnia był także ordynowany z powodu lęków i bezsenności. Pełnił więc tę samą rolę terapeutyczną, co współczesne leki uspokajające (32). Na przestrzeni lat zmieniły się poglądy na temat alkoholu i przyczyn uzależniania się od niego. Na początku lat 1920 w wielu krajach uznano, że jedynie prohibicja może zatrzymać wzrost problemów związanych z masowym nadużywaniem alkoholu. W okresie tym alkohol był substancją nielegalną w większości krajów na świecie z włączeniem Ameryki Północnej, Rosji, niektórych krajów nordyckich i krajów, gdzie religią dominującą był islam. Upadek prohibicji amerykańskiej spowodowany problemami, takimi jak: wzrost przestępczości, marginalizacja dużych grup nielegalnych konsumentów alkoholu oraz wzrost problemów zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu niewiadomego pochodzenia, zapoczątkował odchodzenie od prohibicji alkoholowej i w innych krajach. Po długim okresie liberalnej polityki, w latach 1970 alkohol znów był substancją, której produkcja i dystrybucja objęte zostały szczególną kontrolą. Skandynawski model kontroli nad alkoholem wywodził się z popartego licznymi badaniami przekonania, że im łatwiejszy dostęp do alkoholu (fizyczny i ekonomiczny), tym wyższe spożycie i rozpowszechnienie problemów związanych z alkoholem (5). Przyspieszona globalizacja przemysłu alkoholowego w latach 1990 wymusiła, nawet na krajach skandynawskich, znaczną liberalizację polityki państwa wobec alkoholu. Uzależniających właściwości alkoholu nikt nie kwestionuje, w międzynarodowej klasyfikacji chorób uzależnienie od alkoholu występuje jako jednostka chorobowa. Mimo to alkohol, podobnie jak każdy inny towar, stał się przedmiotem gry wolnego rynku.

OPIUM

W XIX wieku nie robiono różnicy między opium a ziołami i jeszcze w drugiej połowie dziewiętnastego wieku, w Wielkiej Brytanii opium można było kupić w tym samym sklepie, w którym sprzedawano piwo imbirowe. Bardzo popularne było opium

rozpuszczane w alkoholu, sprzedawane pod łacińską nazwą laudanum. W tamtym czasie opium było zalecane przez lekarzy w leczeniu chronicznego alkoholizmu. Fundamentalne różnice chemiczne między opium a alkoholem powodowały, że opium nie mogło pełnić roli substytutu alkoholu. Pacjent, nie przestając być uzależnionym od alkoholu, pod wpływem długotrwałej kuracji uzależniał się także od opium (3). Prawie do końca XIX wieku lekarze nie podnosili problemu uzależniających właściwości opium. Zwracano natomiast uwagę na niepożądane skutki zdrowotne u noworodków, których matki używały opium, a także na przypadki śmiertelnego przedawkowania (39)

MORFINA

W drugiej połowie XIX wieku zaczęto stosować morfinę w leczeniu chronicznego alkoholizmu i zastępować nią opium. Popularność morfiny wzrosła po wynalezieniu w 1854 roku strzykawki do iniekcji podskórnych. Lekarze wierzyli, że iniekcje ograniczają niepożądane skutki uboczne morfiny, ponieważ przyjmowana w iniekcjach nie obciąża układu trawiennego. Pierwsze doniesienia publikowane w literaturze medycznej na temat morfiny stosowanej w iniekcjach entuzjastycznie opisywały jej terapeutyczne możliwości. Początkowo podskórne iniekcje były wykonywane wyłącznie przez lekarzy. Z czasem lekarze uczyli pacjentów i ich rodziny, jak samodzielnie robić zastrzyki. Peters cytuje wypowiedź eksperta z dziedziny leczenia neuralgii na temat ewentualnych zagrożeń związanych ze stosowaniem morfiny: „*Co do kwestii zagrożenia, pozwolę sobie odpowiedzieć pozytywnie, zagrożenie jest absolutnie żadne*” (39). Obecnie po licznych dyskusjach i badaniach uzależniające właściwości morfiny nie są kwestionowane. Lek ten nadal jest stosowany w medycynie, lecz jego ordynowanie podlega bardzo ostrej kontroli.

KOKAINA

Kokaina została wyizolowana z liści koki w 1860 roku przez niemieckiego chemika Alberta Niemanna. Wcześniej, od ponad 2000 lat, liście koki, jako środek poprawiający kondycję i umożliwiający prace w warunkach niedotlenienia na dużych wysokościach, były znane Indianom z południowej Ameryki. Początkowo robiła „karierę” głównie w USA jako środek dodawany do napoju orzeźwiającego coca-coli. Reklamę coca-coli adresowano do „młodych ludzi dotkniętych nieśmiałością w kontaktach międzyludzkich” jako napój pobudzający (6). W pierwszych latach XX wieku kokaina w coca-coli zastąpiona została kofeiną. W latach osiemdziesiątych dziewiętnastego wieku kokaina znalazła zastosowanie w leczeniu osób uzależnionych od morfiny. Znane były eksperymenty Zygmunta Freuda ze stosowaniem kokainy do leczenia depresji, uzależnienia od opiatów i stanów wyczerpania (33). Kiedy nadużywanie kokainy stało się problemem, wprowadzono regulacje prawne ograniczające jej dostępność do ściśle zdefiniowanych celów leczniczych (1914 rok) (47).

HEROINA

Diamorphine lek znany pod handlową nazwą jako heroina została wynaleziona w 1898 roku przez niemiecką firmę farmaceutyczną Bayer. Bayer początkowo promował heroinę używając następującego sloganu „nieuzależniająca, zmniejszająca kaszel”.

Środek zalecany był głównie do leczenia niemowląt. Z czasem zaczął być stosowany w leczeniu uzależnienia od opium i morfiny (33, str. 39). Według Berridge pierwszy raport na temat uzależnienia od heroiny został opublikowany w 1913 roku. Upowszechnienie zawartych w nim treści zabrało kilka kolejnych lat (3). Od lat 1920 dostępność opiatów stawała się coraz mniejsza z powodu ograniczających ich dostępność aktów prawnych. Istotnym argumentem prawnych ograniczeń były coraz liczniejsze dowody na ich uzależniające właściwości (34).

Leki, których produkcja jest oparta na naturalnych składnikach wymagających upraw, nawożenia, skomplikowanych i kosztownych przedsięwzięć organizacyjnych związanych ze zbiorami i transportem do punktów ostatecznego przetwarzania, są od lat wypierane przez substancje syntetyczne, których liczba wraz z rozwojem farmakologii rośnie z roku na rok. Wszystkie, oprócz alkoholu, wymienione wyżej substancje, jak również wiele późniejszych substancji syntetycznych, mają współcześnie status substancji nielegalnych, co istotnie ogranicza ich dostępność, także do celów strictly leczniczych. „Delegalizacja” substancji oznacza umieszczenie jej na tak zwanej „Liście I” (Schedule I), która grupuje związki o wysokim potencjale uzależniającym. Obecność związku na liście nie musi być równoznaczna z wycofaniem go ze spisu leków. W praktyce jego ordynowanie pacjentom jest jednak utrudnione z powodu skomplikowanych procedur służących ścisłej kontroli dystrybucji leków tej kategorii (specjalne recepty, protokoły uzasadniające zastosowanie itp.). W języku potocznym substancje nielegalne to te oferowane „narkomanom” przez „czarny rynek”. W procesie delegalizacji morfiny, heroiny i kanabinoli argument o ich uzależniających właściwościach i działaniu wpływającym na zmiany w świadomości konsumentów odgrywał kluczową rolę.

Delegalizacja substancji zmienia społeczny status jej konsumentów. Osoby takie szybciej podlegają procesowi marginalizacji. W przypadku środków nielegalnych zaciera się różnica między pojęciami „używanie” i „nadużywanie”, bowiem nawet pojedyncze eksperymenty z narkotykami są traktowane jako wykroczenie przeciwko obowiązującym normom. Wszystkie te okoliczności znacznie przyspieszają pojawienie się społecznych i zdrowotnych negatywnych efektów używania heroiny czy marihuany. Te z kolei traktowane są jako argumenty potwierdzające konieczność kryminalizacji ich używania.

BARBITURANY

Od XIX wieku naukowcy fascynują się potencjalnymi możliwościami korygowania pracy ludzkiego mózgu. Jeszcze pod koniec XIX wieku powszechnie uznawano, że mózg przekazuje informacje do poszczególnych komórek za pomocą słabego prądu elektrycznego (8). W drugiej połowie lat dwudziestych bieżącego stulecia dwaj badacze brytyjscy Otto Loewi i Henry Dale zostali uhonorowani nagrodą Nobla za udowodnienie, że impulsy elektryczne występujące w komórkach nerwowych są przekazywane na drodze chemicznej. To odkrycie wywołało nadzieję na wyprodukowanie substancji chemicznej zdolnej do korygowania pracy mózgu. Byli entuzjaści, którzy uważali, że nauka jest zdolna odkryć substancje nie tylko korygujące wady, ale i takie, które będą zdolne ulepszać funkcjonowanie ludzkiego mózgu (36).

Żywiono nadzieję, że wraz z rozwojem wiedzy na temat zasad chemicznego funkcjonowania mózgu wzrośnie szansa na uzyskanie leków działających bardziej wybiór-

czo, nie wywołujących tak, jak to miało miejsce we wcześniejszych okresach, niepożądanych efektów ubocznych.

Efektom badań było udostępnienie lekarzom i ich pacjentom leków objętych ogólną nazwą barbiturany. Barbiturany były ordynowane przez lekarzy, głównie jako środki nasenne, funkcję leków antydepresyjnych pełniły wówczas amfetaminy.

Wiedza na temat uzależniających i innych szkodliwych następstw używania tych leków, w tym najgroźniejszej konsekwencji, jaką było ryzyko śmiertelnego przedawkowania, upowszechniła się wśród lekarzy dopiero na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Według Medawara punktem zwrotnym w sposobie postrzegania przez środowiska medyczne i społeczeństwa leków oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy była znana na całym świecie historia thalidomidu. Thalidomid był sprzedawany w Wielkiej Brytanii i krajach skandynawskich od 1958 roku. Reklamowany był jako lek całkowicie bezpieczny, dlatego szczególnie wskazany dla kobiet ciężarnych. Oszacowano, że do sierpnia 1961 roku we wszystkich krajach, gdzie lek był dostępny, urodziło się 10 000 dramatycznie zdeformowanych dzieci. Ponad wszelką wątpliwość udowodniono, że deformacje były spowodowane używaniem thalidomidu w okresie ciąży (33). Jak pisze Medawar: „ta tragedia zakończyła epokę niewinności medycyny i przyczyniła się do znacznego wzrostu kontroli nad nowymi lekami” (33 str. 74). Od kilku lat thalidomid powrócił do lecznictwa jako lek zalecany w terapii osób trędowatych (4).

W 1975 roku lekarze angielscy zorganizowali kampanię ograniczającą przepisywanie barbituranów. Niektóre z nich zyskały popularność na czarnym rynku, a policja tropiła osoby z usług tego rynku korzystające. Generalnie, w pierwszej połowie lat siedemdziesiątych liczba recept na barbiturany, w wielu krajach europejskich i w USA, istotnie zmalała (53).

Benzodiazepiny – leki powszechnego użytku

W latach 50, na skutek wzrastającej liczby publikacji o toksycznych właściwościach barbituranów, zintensyfikowano prace nad poszukiwaniem nowych leków o uspokajającym i nasennym działaniu (48).

Pierwszy lek o strukturze benzodiazepin (trankwilizator – środek o działaniu kojącym od łacińskiego *tranquillus* – cichy, spokojny) został wynaleziony przez pracującego dla firmy farmaceutycznej Hoffman LaRoche, Leo Sternbacha w 1957 roku. To odkrycie zapoczątkowało epokę nowej generacji leków z rodziny benzodiazepin (55). W trzy lata później do leczenia stanów lękowych było już dostępne librium (elenium). Oprócz leczenia poważnych stanów lękowych lek ten był używany do terapii lęków i niepokojów wynikających z codziennego życia. Zmodyfikowana chemicznie wersja librium o nazwie handlowej valium (relanium) zyskała jeszcze większą popularność (9).

Leki psychotropowe nowej generacji dokonały istotnego przełomu w lecznictwie psychiatrycznym. Ogólnie wiadomo, że nowoczesna farmakologia dała szansę leczenia wielu lżejszych zaburzeń poza murami szpitali psychiatrycznych, umożliwiając bardziej humanitarne leczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (24, 44).

Valium i librium zaczęły być wkrótce udostępniane, poprzez recepty wydawane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, coraz większej liczbie osób cierpiących na bezsenność i popularne dolegliwości psychiczne, takie jak lęk i niepokój (44). Uwierzono w nową erę możliwości medycyny, która dysponuje nie tylko lekami na nadciśnienie, ale też „pigułką na szczęście”.

Wraz z rosnącym spożyciem benzodiazepin rosła ewidencja przypadków niepożądaných konsekwencji ich działania. Okazało się, że podobnie jak barbiturany, benzodiazepiny również wywołują silne uzależnienie (30, 31, 40, 22). *„Benzodiazepiny posiadają słaby, ale wyraźny efekt euforyzujący, który w połączeniu z działaniem sedatywnym i przeciwlękowym wywołującym stan uspokojenia i wyciszenia, jest przyczyną naduzywania leków z tej grupy.”* (48, str. 248)

Uniwersalne działanie benzodiazepin, naukowcy traktują jako poważny problem, ograniczający możliwości racjonalnego ich stosowania. Valium używane powszechnie do redukcji nadmiernego podniecenia zmniejsza napięcie mięśni, wywołuje senność, ogólnie spowalnia działanie organizmu. Dlatego naukowcy od lat poszukują leku o bardziej wybiórczym działaniu, nieograniczającego normalnego funkcjonowania organizmu (36). Rośnie liczba odkryć wyjaśniających mechanizmy funkcjonowania ludzkiego mózgu i liczba eksperymentów próbujących skonstruować tę wiedzę w sposób praktyczny, to znaczy produkować nowe, coraz doskonalsze leki. Wysiłki zmierzające do rozszyfrowania tajemnic mózgu owocują w ostatnich dziesięcioleciach niezwykle dynamicznym rozwojem farmakologii. Problem w tym, że początkowo entuzjastycznie wprowadzane do terapii nowe leki po latach okazują się nie spełniać pokładanych w nich nadziei. Często okazuje się, że ich uboczne efekty są większe i bardziej niekorzystne niż pierwotnie oczekiwano (33).

Konsekwencje stosowania metod terapeutycznych opartych na najnowszych osiągnięciach badawczych przynoszą często niezamierzone skutki negatywne. Zbyt szybkie udostępnianie nowych substancji szerokim kręgom odbiorców nie jest wyłącznie efektem niefrasobliwości czy zbytnej pewności swoich osiągnięć badaczy. Każde doniesienie o odkryciu nowego leku uruchamia aktywność grup zainteresowanych jego szybką dostępnością na rynku. Mam tu na myśli zarówno potencjalnych konsumentów leku, którzy liczą na uśmierzenie własnych cierpień, jak i przedstawiciele firm farmaceutycznych, którym nowy lek może zapewnić zyski. To sprzężenie interesów nie jest łatwe do rozwikłania. Grupą także uwikłaną w rozpowszechnianie spożycia nowo powstałych leków są i lekarze znajdujący się pod presją efektywnych ulotek informacyjnych dostarczanych przez firmy farmaceutyczne oraz pacjentów skłonnych pokładać większe nadzieje w lekach najnowszych, mimo że te są droższe a ich uboczne efekty w chwili wchodzenia na rynek mało poznane.

Wyniki badań wskazują, że w skali międzynarodowej rynek leków jest bardzo słabo kontrolowany. *„Masowe niewłaściwe użycie leków jest nieuchronnym rezultatem zaśmiecania rynku przez nieskuteczne, o niewłaściwym składzie, bezsensowne i niewytłumaczalnie drogie produkty przemysłu farmaceutycznego”.* (17). Oficjalny raport WHO potwierdza, że *„istnieje nieodłączny konflikt pomiędzy interesami handlowymi producentów leków, a socjalnymi, medycznymi i ekonomicznymi potrzebami pracowników służby zdrowia i konsumentów, związanymi z wyborem i racjonalnym użyciem leków”* (56).

Prywatyzacja badań nad nowymi lekami z jednej strony powoduje nieracjonalny wzrost asortymentu leków na rynku, który trudno jest kontrolować. Z drugiej strony wiadomo również, że dynamiczny rozwój nauk medycznych nie byłby możliwy bez wysokich dotacji finansowych. Skomplikowane badania biochemiczne są bardzo kosztowne. Budżety nawet bogatych państw nie są w stanie pokryć ich kosztów. Od lat najpoważniejszym sponsorem badań biochemicznych są firmy farmaceutyczne (11).

Międzynarodowy przemysł farmaceutyczny – ważny aktor na scenie lekowej

Począwszy od połowy XIX wieku medycyna znajduje się pod narastającym wpływem badaczy laboratoryjnych i rozwijającego się przemysłu farmakologicznego. Każdy nowo wynaleziony lek zarówno lekarzom, jak i pacjentom jest prezentowany jako lepszy od poprzednich i bezpieczny.

Uważa się, że firmy farmaceutyczne miały kluczowy wpływ na wzrost poziomu konsumpcji leków psychotropowych. Działo się to dzięki stosowaniu bardzo sugestywnych metod promocji i bardzo wyężonym badaniom nad syntetyzowaniem coraz to nowych specyfików. Każda wprowadzana na rynek nowość zwiększała zainteresowanie potencjalnych konsumentów leków.

W skali światowej 20 wielonarodowych firm farmaceutycznych, takich jak: Merck & Co, Hoechst, Hoffman La Roche, Ciba Geigy, Bayer, American Home Products, ICI i Glaxo uzyskiwało w 1991 roku zyski z około 50% wszystkich sprzedawanych na świecie leków. Już w 1991 roku, globalny światowy rynek leków psychotropowych był wart 4.4 biliona USD.

Dochody, jakie uzyskują firmy farmaceutyczne, pochodzą nie tylko z kieszeni konsumentów, znaczna ich część płynie z budżetów, przeznaczanych w poszczególnych państwach na wydatki zdrowotne. Wraz z ewolucją naukowego i rozwiniętego technologicznie a zarazem kosztownego systemu medycznego, potrzeby klientów tego systemu pochłaniają znaczną część zasobów budżetowych. Uważa się, iż niezależnie od tego czy w usługach medycznych dominuje prywatny sektor leczenia, czy jak w Wielkiej Brytanii państwowy, koszty leczenia są źródłem istotnych dochodów prywatnego przemysłu farmaceutycznego (21).

Przemysł farmaceutyczny z wielkim sukcesem zarabia pieniądze przeznaczone na społeczną opiekę zdrowotną. Ulgowe, bądź darmowe recepty przepisywane pacjentom są refundowane przez państwo i wpływają znacząco na poziom zysków prywatnych firm farmaceutycznych. W Wielkiej Brytanii Stowarzyszenie Brytyjskiego Przemysłu Farmaceutycznego zrzesza około 150 członków i gromadzi 99% zysków z leków ordynowanych przez lekarzy społecznej opieki zdrowotnej (16).

Pisząc o rynku eksportowym Doyal (14) zauważa, że niezaprzeczalne są dowody na to, że leki traktuje się jak każdy inny towar. I tak na przykład, informacja o relatywnie małym rozpowszechnieniu leków psychotropowych w krajach rozwijających się zapoczątkowała dynamiczny wzrost eksportu. Statystyki Wielkiej Brytanii na temat eksportu w latach 1975-1985 odnotowały jego 138% wzrost. W 1986 roku przemysł farmaceutyczny osiągnął rekordowe wpływy z eksportu wartości 1,5 biliona funtów (13).

W rozwoju eksportu nie odgrywa roli fakt braku w krajach rozwijających się regulacji prawnych i organizacyjnych umożliwiających kontrolowanie dystrybucji i racjonalnego stosowania leków. Często na miejscu leki te są ordynowane w irracjonalnych kombinacjach z innymi lekami lub przepisywane z powodu trywialnych dolegliwości (41).

Dochody uzyskiwane w krajach rozwijających się coraz mocniej wzmacniają profity wielu wysoko rozwiniętych przemysłów, za jeden z nich uważany jest przemysł farmaceutyczny nazywany „oligarchiczną globalną organizacją” (41, str. 149).

W styczniu 1988 firma farmaceutyczna Eli Lilly wprowadziła na rynek swój nowy środek antydepresyjny prozac (fluoxetine). W 1990 prozac dał globalne zyski w wysokości 600 milionów USD, osiągając w rok później 1 bilion USD. Około 4 milionów ludzi na świecie było w tym czasie leczonych fluoxetiną. To powodzenie leku stało w sprzeczności z opiniami ekspertów medycznych, którzy orzekli: „nowy środek nie jest bardziej efektywny niż standardowe leki” (10).

Finansowa potęga firm farmaceutycznych pozwala im z powodzeniem konkurować z osobami, organizacjami społecznym, nawet tymi o zasięgu międzynarodowymi próbującymi promować ideę ostrożnego stosowania i używania leków. Promocja idei wymaga nakładów finansowych. Reklamy leków promują nie tylko konkretny produkt, promują skutecznie również pewną „szkołę na życie”, w której tabletki gra rolę cudownego środka rozwiązującego wszelkie problemy. Nadto fakt, że przemysł farmaceutyczny finansuje wiele badań medycznych, eliminuje z dyskusji społecznej bądź wycisza głosy tych badaczy, którzy mogą kontynuować swoją pracę dzięki tym dotacjom. Finanse firm farmaceutycznych czynią z ich właścicieli i przedstawicieli poważne lobby polityczne, zdolne wpływać na podejmowane na poziomie państw i organizacji międzynarodowych decyzje odnośnie do polityki lekowej. Czynnikiem, który umożliwia przemysłowi farmaceutycznemu tak spektakularne sukcesy, jest wysoki poziom rozpowszechnienia wśród współczesnych społeczeństw dolegliwości psychosomatycznych, a co za tym idzie duża proporcja potencjalnych konsumentów leków poprawiających samopoczucie.

Popyt na leki, naturalny czy sterowany?

Uczucie lęku uznawane jest za stan powszechnie występujący wśród ludzi, często wręcz niezbędny dla normalnego funkcjonowania. Lęk umożliwia zwiększoną koncentrację na zagrażających w otoczeniu zjawiskach. Bez lęku człowiek nie byłby w stanie odpowiednio na nie reagować. Coraz bardziej skomplikowane okoliczności funkcjonowania we współczesnym świecie powodują mnożenie się sytuacji groźnych, wyzwalających lęk, co w konsekwencji powoduje utrwalenie się stanów lękowych (36).

Potencjalnymi konsumentami leków uśmierzających ból fizyczny i zaburzenia emocjonalne są wszyscy ci ludzie, którzy doznają takich problemów. Wiadomo, że wraz z rozwojem cywilizacji jest ich coraz więcej.

Tak więc duże zapotrzebowanie na leki uśmierzające ból fizyczny i zaburzenia emocjonalne jest związane z powszechnym doświadczaniem tych problemów oraz z promowaniem opinii, że współczesna nauka dysponuje skutecznymi chemicznymi środkami ich rozwiązywania.

Istnieje w środowisku medycznym nurt wyrażający zaniepokojenie tendencją do uzależniania od leków wszystkich ludzkich stanów i emocji. W ostatnich latach można zaobserwować proces rozszerzania definicji choroby. Stany nie najlepszego samopoczucia są uznawane przez współczesne społeczeństwa za chorobę. Uważa się, że ta tendencja jest obecna we wszystkich działach medycyny.

Na zmiany społecznej definicji choroby wpływać może ogólna strategia marketingowa leków, od lat stosowana przez przemysł farmaceutyczny. Polega ona na powtarzających się próbach rozszerzania wskazań używania leków. Dotyczy to zwłaszcza środków uspokajających i nasennych. Benzodiazepiny są promowane w taki sposób, aby powstawało wrażenie, że są lekiem na każdy stres i kłopot. Na potwierdzenie tej tezy Medawar opisuje reklamy benzodiazepin adresowane do kobiet. Jedna z reklam pokazuje kobietę otoczoną przez odkurzacz, żelazko i miotłę oraz podpis skierowany do lekarza *„Nie możesz jej od tego uwolnić, ale możesz jej pomóc i złagodzić zdenerwowanie”* (33).

Jest wiele danych potwierdzających powszechne stosowanie leków łagodzących przykre stany emocjonalne. Już w 1977 roku zużycie substancji przeciwłękowych w USA szacowano na 8 000 ton (36). Brytyjski Instytut Badań Zależności od Leków zidentyfikował w 1989 roku 1 250 000 osób używających trankwilizatorów codziennie, w tej grupie dwie trzecie stanowiły kobiety, część konsumentów używało leków przez 10 a nawet 20 lat. Przez ostatnie dziesięciolecie obserwowano dynamiczny wzrost konsumpcji leków uspokajających i nasennych w większości wysoko uprzemysłowionych krajów.

Wpływ lekarzy na wzrost popytu

Rozpowszechniona konsumpcja leków psychotropowych możliwa jest dzięki temu, że te leki, od lat należą do jednych z najczęściej przepisywanych przez lekarzy (16). Wielu autorów potwierdza częste ordynowanie benzodiazepin przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (29, 54).

Dzięki lekom psychotropowym lekarze zyskali wreszcie środki, które mogli zaferować pacjentom skarżącym się na dolegliwości natury psychicznej. Wobec takich dolegliwości wcześniej byli bezradni. Lekarz nie dysponujący odpowiednim środkiem zaradczym nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom pacjentów, co obniża jego prestiż zarówno w oczach pacjenta, jak i swoich własnych.

Uważa się, że lekarze są w znacznym stopniu zdani na informacje, jakich na temat leku dostarcza produkująca go firma farmaceutyczna. Z powodu ogromnej liczby produkowanych farmaceutyków, niezależne, obiektywne badania na temat ewentualnych efektów ubocznych są ograniczone dostępnymi środkami finansowymi (25). Leki dostępne na receptę nigdzie na świecie nie mogą być reklamowane w mediach ani w innych powszechnie dostępnych środkach przekazu. Można je promować w środowisku medycznym. Lekarze i ośrodki zdrowia są „zalewane” ulotkami i katalogami firm farmaceutycznych. Formy promocji nie różnią się od innych komercyjnych kampanii reklamowych. *„Leki wydawane na receptę są reklamowane jakby to były kosmetyki lub cukierki. Promocja wywołbrzymia skuteczność działania leków, przez co oczekiwania lekarzy i pacjentów wzrastają ponad rzeczywiste potrzeby medyczne. Zaleca się*

stosowanie leków w przypadku gdy ich użycie nie jest ani mądre, ani nie przynosi poprawy zdrowia” (2).

Argumenty na rzecz ostrożnego traktowania leków psychotropowych

Mnożą się doniesienia o uzależniających właściwościach benzodiazepin i stały wzrost poziomu ich konsumpcji miały z pewnością wpływ na coraz częstsze, publicznie wyrażane obawy o zdrowotne konsekwencje tak powszechnego używania przez społeczeństwa leków psychotropowych.

Adwokaci konieczności ograniczania spożycia leków psychotropowych i potrzeby wypracowania reguł bardziej bezpiecznego ich stosowania wywodzą się z grup samopomocowych, pracowników sektora zdrowia publicznego oraz badaczy medycznych i społecznych a także działaczy na rzecz poprawy zdrowia publicznego (24)

Dynamiczny wzrost popularności leków psychotropowych rozpoczął się z chwilą wprowadzenia do rutynowego leczenia mniej poważnych dolegliwości psychicznych substancji z grupy benzodiazepin. Liczba badań, poświęconych temu zagadnieniu, systematycznie rośnie od początku lat siedemdziesiątych. Wiele z nich potwierdza zarówno uzależniające właściwości tej grupy leków, jak i duże odsetki ich konsumentów (38, 40, 31, 7). Mnożą się również doniesienia demaskujące mechanizmy działania rynku lekowego.

Demaskowanie mechanizmów rynku

Ustalono, że w okresie między 1960 a 1980 rokiem udostępniono konsumentom i lekarzom około 20 leków z rodziny benzodiazepin. Wyniki badań klinicznych na temat ich skuteczności i szkodliwych skutków ubocznych długo nie były udostępniane ani lekarzom, ani konsumentom. Jak podkreśla Madewar (34), mimo „bezspornej”, już w latach sześćdziesiątych, wiedzy na temat uzależniających właściwości valium, jego popularność zaczęła spadać dopiero w latach osiemdziesiątych. Uważa się, że firmy farmaceutyczne skutecznie bronią dostępu do informacji mogących zmniejszyć popyt na lek, dopóki nie mają do zaoferowania nowego specyfiku (16, 10)).

W latach osiemdziesiątych na rynku medycznym funkcjonowało kilkanaście leków z grupy benzodiazepin, które były promowane w czasopiśmie medycznych jako całkowicie bezpieczne. Kiedy udało się zsyntetyzować lek nowej generacji o nazwie buspiron w *American Medical News* był on reklamowany w następujący sposób: „*Lek ten zostanie bardzo szybko zaakceptowany, gdyż nie powoduje senności uniemożliwiającej pracę, prowadzenie samochodu lub obsługiwanie różnego rodzaju mechanizmów. Poza tym producenci zapewniają o braku negatywnych skutków używania leku z alkoholem.*” (*American Medical News*, październik 1986). Wszystkie wymienione w informatorze medycznym negatywne skutki uboczne, których buspiron nie wywołuje, są cechami leków wprowadzonych na rynek wcześniej. Według Madewara taki schemat ujawniania informacji o szkodliwym działaniu leków psychotropowych firmy farmaceutyczne stosują od początku. Ten sam autor na poparcie swojej tezy o tym, że dopiero reklama wprowadzanej na rynek nowości ujawnia informacje o szkodliwym działaniu leków starszych, przytacza przykład z wczesnych lat sześćdziesiątych, kiedy to wprowadzano na rynek pierwsze benzodiazepiny. Jedna z reklam informowała:

„Niektórzy pacjenci używający barbituranów umarli – benzodiazepina jest lepsza, jest bezpieczniejsza”. (34).

Sporo jest również doniesień odsłaniających mechanizm wprowadzania coraz innych handlowych nazw dla farmaceutyków, które poza nową etykietą niczym nie różnią się od leków wcześniejszych. Również ta strategia działania firm farmaceutycznych jest obserwowana od kilku dziesięcioleci. W 1961 roku pojawiać się zaczęły informacje na temat uzależniających właściwości librium. Niespełna dwa lata później firma La Roche wprowadziła na rynek drugi lek antylękowy diazepam (valium-relanium), a w roku 1965 lek nasenny nitrazepam. Pod względem klinicznym leki te były bardzo podobne, mimo to promowane jako zupełne nowości (10)

Niektórzy lekarze psychiatrzy próbują przekonywać, że benzodiazepiny nie mają w ogóle żadnej wartości terapeutycznej. Gavin Andrews, profesor psychiatrii w Australii mówił: „Benzodiazepiny nie leczą stanów lękowych, one tylko wyciszają objawy, które powracają gdy działanie leku ustanie” (1). Ponad dziesięć lat wcześniej taką samą opinię wyrażał Samuel Cohen, psychiatra brytyjski, według którego w leczeniu stanów lękowych benzodiazepiny są całkiem bezużyteczne .

Psychiatrzy podkreślają jeszcze jeden, niezwiązany z właściwościami leków, szkodliwy efekt powszechnej dostępności „pigulek na wszystko”. Wraz z coraz większą ich dostępnością lekarze nie tylko zbyt często przepisują te pigułki, ale także zbyt często stawiają rozpoznania stanów lękowych czy innych zaburzeń psychicznych (33).

Psychiatrzy reprezentujący mocny w latach siedemdziesiątych nurt psychiatrii humanistycznej negowali samą koncepcję rozwiązywania problemów psychicznych za pomocą chemii (35).

Uważa się, że opublikowanie w 1979 roku autobiografii Barbary Gordon, zatytułowanej „Porywa mnie taniec” (I am dancing as fast as I can), było ważnym momentem w procesie docierania do opinii publicznej informacji „demaskujących” rozmiary szkód związanych z powszechnym używaniem benzodiazepin. Zwierzenia autorki na temat uzależnienia od valium, które zrujnowało jej karierę zawodową i życie osobiste, wzmocniły wymowę sformułowanych przez działaczy i badaczy argumentów (44).

Powszechna jest opinia, że uzależniające właściwości benzodiazepin są dostatecznie udokumentowane w licznych już publikacjach naukowych (30, 31, 40).

Według DuPonta (15) benzodiazepiny, zawierające narkotyki, są najbardziej kontrowersyjnymi lekami używanymi do leczenia zaburzeń psychicznych. Stały od lat sześćdziesiątych wysoki poziom ich konsumpcji częściowo wyjaśnia to, że przez lata były postrzegane jako symbol triumfu nauki i największy sukces farmakologii od czasu drugiej wojny światowej. Mimo licznych alarmujących wyników badań informujących o szkodach zdrowotnych związanych z używaniem tych leków, nie obserwuje się spadku ich popularności. Być może nauki społeczne mogłyby się przyczynić do lepszego zrozumienia tego fenomenu.

Argumenty nauk społecznych

Wywodzący się z różnych profesji adwokaci czuwający nad zdrowiem publicznym często werbalizują przekonanie, że dotychczasowe dane na temat wzorów i powszechności używania leków psychotropowych czynią z nich „leki społeczne” podobne do alkoholu. Rozległość szkód społecznych, zarówno w zakresie zdrowia publicznego,

jak i niepożądanych zachowań, jest również porównywana do tych, jakie wywołuje alkohol (12).

To samo lobby oczekuje od socjologów, że pomogą wyjaśnić społeczne mechanizmy używania przez współczesne społeczeństwa leków psychotropowych (12). Badacze w zależności od własnych preferencji postulują dogłębnierze badanie rozmaitych aspektów popularności leków psychotropowych. Wśród częściej postulowanych obszarów pogłębionej penetracji badawczej wymienia się potrzebę opisu i wyjaśniania procesów wydawania przez lekarzy recept (42, 43). Powtarza się, również postulat ciągłego monitorowania populacji konsumentów leków, ich stanu zdrowia i cech społeczno-demograficznych (45).

Od lat siedemdziesiątych zainteresowanie badaczy społecznych i epidemiologów zagadnieniami związanymi z nadużywaniem legalnych leków psychoaktywnych wydaje się systematycznie rosnać. Wiele badań, niezależnie od tego w jakim kraju były prowadzone, ujawnia, że społeczny profil konsumentów najsilniej różnicują takie cechy jak płeć i wiek. Generalnie konsumentami leków psychotropowych są częściej kobiety i osoby w podeszłym wieku (12, 51). Ustalenia wpływają na społeczną definicję problemu, jest on często określany jako problem kobiet, ale bardzo rzadko, albo prawie wcale jako problem ludzi w podeszłym wieku. Rosnąca liczba badań koncentrujących uwagę na używaniu środków psychoaktywnych przez kobiety dostarcza coraz nowych dowodów umacniających postrzeganie problemu jako specyficznierze kobiecego.

Warto podkreślić, że szczególnie wczesne badania z okresu lat 1970, poza wiedzą na temat społecznej kompozycji konsumentów leków psychotropowych, nie dostarczały na ogół opartych na teoretycznym podłożu wyjaśnień uzyskanych wyników. Dopiero późnierze publikacje oferują różne teoretycznie uzasadniane hipotezy wyjaśniające. Badacze na ogół są zgodni, że tradycyjne założenia teorii dewiacji społecznej mają małe zastosowanie w badaniach na temat konsumpcji leków psychotropowych, niezależnie od tego czy są one skoncentrowane na kobietach czy na całej populacji. Konsumentci benzodiazepin używają ich legalnie, a ich zachowanie w większości przypadków usprawiedliwia zalecenie lekarza. (44). Dlatego w pracach o bardziej teoretycznych ambicjach temat jest analizowany z perspektywy teorii funkcjonalistycznych (20, 52, 37). Inni, szczególnie ci reprezentujący feministyczny punkt widzenia, szukają wyjaśnień w oparciu o teorie strukturalnej nierówności (18, 46). I wreszcie trzecim nurtem teoretycznym, jaki można odnaleźć w badaniach nad tym zagadnieniem, jest podejście konstruktywistyczne (49, 19). Liczne prace, w których zastosowano metodologię konstruktywizmu kontekstualnego wykazały, że o poziomie kontroli nad substancjami i ich pozycji w hierarchii problemów społecznych często decydują „pozamerytoryczne” argumenty. Takie czynniki, jak potwierdzone właściwości uzależniająca substancji czy rzeczywiste społeczne konsekwencje ich nadużywania nie były i nie są najistotniejszym powodem działań i sankcji prawnych służących ograniczeniu ich konsumpcji (57).

Czy nauka dostarcza danych obiektywnych ?

W latach 1990 we wszystkich krajach europejskich obserwuje się intensywny proces komercjalizacji nauki, szczególnie w zakresie nauk medycznych. Udział państwo-

wych środków na badania kurczy się. Środki, jakie na badania środków psychaktywnych przeznaczają takie potężne przemysły, jak: alkoholowy, farmaceutyczny czy nikotynowy istotnie zwiększają pulę pieniędzy na badania naukowe. Problem w tym, że kierunki badań, a w niektórych przypadkach kierunki interpretacji wyników ulegają zniekształceniu związanemu ze specyficznymi interesami sponsora (28). Środkami publicznym coraz częściej dysponują prywatne fundacje i agencje pozarządowe. W przypadku badań nad alkoholem i narkotykami, których nadużywanie już od lat jest zinstytucjonalizowanym problemem społecznym, publicznymi funduszami na badania dysponują wyspecjalizowane w ograniczaniu tych problemów agencje. Wpływ interesów tych instytucji na kierunki badań i ich interpretacji jest relatywnie rzadziej dostrzegany. Niekiedy ograniczają one przepływ informacji o neutralnych bądź pozytywnych aspektach używania substancji, które zostały zdefiniowane jako groźne i uzależniające.

Wyniki badań naukowych są udostępniane w formie publikacji, wśród których istotną rolę odgrywają czasopisma. Czasopisma są trybuną służącą prezentacji wyników badań, źródłem wymiany informacji i kumulowania wiedzy. Wydawcy około 500 czasopism poświęconych uzależnieniom dobrowolnie stosują się do standardów etycznych wypracowywanych od 1978 przez Międzynarodowy Komitet Redaktorów Czasopism, zwany potocznie, od miejsca pierwszego spotkania Grupą Vancouver. Członkowie Grupy Vancouver wielokrotnie w latach 1990 obradowali nad problemem konfliktu interesów nauki i pozanaukowych wymagań sponsorów badań naukowych. W wydanym w 1997 roku oświadczeniu stwierdzono *„Redaktorzy powinni wymagać, aby autorzy opisali jaki był, jeśli był, udział sponsorów w zaprojektowaniu badania, zebraniu, analizie i interpretacji danych oraz opracowaniu raportu. Jeśli sponsor nie miał żadnego takiego udziału, autorzy powinni to oświadczyć. Ponieważ możliwa stronniczość powodowana przez bezpośrednie zaangażowanie w badanie finansującej je instytucji ma charakter analogiczny do usterek metodologicznych innego rodzaju (np. w schemacie badania, w opracowaniu statystycznym, w uwzględnionych czynnikach psychologicznych itd.), rodzaj i stopień udziału instytucji sponsorującej powinien być opisany w części metodologicznej. Redaktorzy powinni również domagać się ujawnienia czy instytucja sponsorująca miała czy nie miała kontroli lub wpływu na decyzję co do przedłożenia ostatecznej wersji tekstu do publikacji”* (26). Oświadczenie grupy Vancouver potwierdza, że proces komercjalizacji nauki jest już głęboko zaawansowany. Oświadczenie można odczytywać jako wyraz troski o to, aby czasopisma dotyczące substancji psychoaktywnych z trybuny służącej prezentacji i kumulowaniu obiektywnej wiedzy nie przerodziły się w trybunę walki ideologicznej i politycznej sterowanej przez strony domagające się bądź to rozluźnienia, bądź zwiększenia kontroli nad poszczególnymi substancjami.

Również nauki społeczne wplatają się w proces kreowania problemu społecznego. Badania zjawisk związanych z substancjami psychoaktywnymi, czy to z perspektywy teorii dewiacji, czy teorii funkcjonalnych albo teorii nierówności strukturalnej dostarczają pogłębionej wiedzy na temat wzorów, mechanizmów i motywów konsumpcji substancji, przyjmując a priori obowiązującą w danym okresie definicję ich społecznej i zdrowotnej szkodliwości. Definicja ta, jak pokazuje historia, nie jest ustalona raz na zawsze. Wciąż trwa proces uzgadniania: dystrybucja czego i w jakim stopniu powinna

podlegać zaostrzonej kontroli, które substancje można „bez ryzyka” umieścić na wolnym rynku dóbr konsumpcyjnych.

STRESZCZENIE

Artykuł opisuje trwającą od lat debatę publiczną na temat przyczyn i skutków powszechnego używania leków psychotropowych.

Spółeczna historia leków uspokajających i nasennych w krajach wysoko uprzemysłowionych, gdzie wolny rynek leków funkcjonuje od lat wydaje się być ważnym punktem odniesienia do zjawisk obserwowanych na polskiej scenie lekowej.

Opisana w artykule historia pokazuje, że w kolejnych epokach zmieniały się opinie na temat właściwych metod terapii, że leki wprowadzane entuzjastycznie, po latach okazywały się bardziej szkodzić niż pomagać. Historia medycyny może uczyć dystansu do jej współczesnych osiągnięć i „niepodważalnych prawd”. Dotyczy to zwłaszcza substancji psychoaktywnych, które obok innych niepożądanych efektów ubocznych niosą ze sobą ryzyko uzależnienia.

Słowa kluczowe: leki, problem społeczny, medycyna.

PIŚMIENNICTWO

1. Andrews,G. (1991).: *The management of anxiety*. Australian Prescriber, Vol 14/1:17-19.
2. Balle,K (1992).: *America's most admired corporations*. Fortune, 10 February, s. 16-17)
3. Berridge V. (1978).: *Profesjonalisation of narcotics: the medical and pharmaceutical professions and British narcotic use*. Psychological Medicine 8, str. 361-372).
4. Biuletyn Leków (1998).: Leki a ciąża. 7/2,3.
5. Bruun, K. (1974).: *Alcohol consumption from public health perspective*.
6. Caldwell AE. (1970).: *Origins of Farmacology frm CPZ to LSD*. Springfield, Illinois.
7. Cappel,H.D., Sellers,E.M., Basto,U. (1986).: *Benzodiazepines as drugs of abuse and dependence*. Research Advances in Alcohol and Drug Problems. 9: 53-126.
8. Check, W. (1995).: *Leki Przyszłości*. Oficyna Wydawnicza „Profi” str. 12).
9. Chetley A. (1990).: *A healthy business*. Zed Press, London.
10. Chetley,A (1993).: *Psychotropics; tales of dependence*. Bulletin Health Action International's, Amsterdam, 183-196.
11. Chetley A. (1995).: *Leki ze znakiem zapytania. Konsumenci i leki*. Biuletyn Federacji Konsumentów).
12. Cooperstock,R; and Parnell,P (1982).: *Research on psychotropic drug use*. Social Science and Medicine.16: 1179-1196.
13. Diamond,J. (1987).: *Annual Report 1986-87*. London ABPI.
14. Doyal, L. (1981).: *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press.
15. DuPont,R.(1990).: *Benzodiazepines and Chemical Dependence: Guidelines for Clinicians*. Substance Abuse. 11: 232-236.

16. Ettorre,E. (1992).: *Women and substance use*. London: MacMilan, 52-72.
17. Fabricant S.J., Hirschorn N. (1988).: *Deragent distribution, perverse prescription unprotected use: the irrationality of pharmaceuticals in the developing world*. *Healthy Policy and Planing*, Vol2,No 3, str. 204-213: WHO, The World Drug Situation, Geneva.
18. Fee,E (1983).: *Women and health*. Farmingdale: Baywood Publishing Company.
19. Frank,A. (1990).: *Bringing bodies back: a decade review*. *Theory, Culture and Society*. 7: 131-162.
20. Gerhardt,U. (1989).: *Ideas about illness: an intellectual and political history of Medical Sociology*. London: MacMilan.
21. Glendenning,M. And Laing,W. (1987).: *The politics of Health Care*. London: ABPI.
22. Golombok,S (1991).: *The contribution of psychology to understanding long-term tranquilizer use*. W: J. Gabe (ed.) *Understanding Tranquilizer use: the role of the social sciences*, London: Tavistock.15-30.
23. Hakkarainen P., Laursen L., Tigerstedt C.H. (red). (1996).: *Discussing drugs and control policy*. NAD Publication No. 31.
24. Hansen,E.H. (1989).: *Sex differences in the use of psychotropic drugs- an annotated review of Danish studies*. W: E. Haavio-Mannila (ed.) *Women, alcohol and drugs in the Nordic countries*. NAD- Publication. 16:97-132.
25. Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians (1998). „*Improving medical education in therapeutics*”, *Annals of Internal Medicine*, T. 108, no. 1, s. 145-147.
26. Horton R. (1997).: *Sponsorship, authorship, and a tale of two media*. *The Lancet*, 349, s. 1411).
27. ICD – 10
28. Jasiński, J. (1997).: *Problemy redagowania i wydawania czasopism poświęconych uzależnieniom. Porozumienie z Farmington, 15 lipca 1997*. *Alkoholizm i Narkomania*, 4/29, 509-528).
29. Lader,M.H. (1978).: *Benzodiazepines the opium of the masses?* *Neuroscience*. 3/2: 159-165.
30. Lader,M.H. (1983).: *Dependence on benzodiazepines*. *Journal of Clinical Psychiatry*. 44/4: 121-127.
31. Marks,J. (1985).: *The benzodiazepines: Use, overuse, misuse, abuse* Lancaster: MTD Press.
32. Medawar, Ch. (1984).: *The wrong Kind of Medicine*. Consumer’s Association, London.
33. Medawar,Ch. (1992).: *Power and Dependence*. Social Audit on the Safety of Medicines. Social Audit Ltd str. 1-15.
34. Medawar,Ch. (1993).: *Medicines and Independence. Towards rational drug use in the Baltic States*. *Materiały z Konferencji w Jurmala, Łotwa 24-28 wrzesień*, str. 23-29).
35. Melville,J. (1984).: *The Tranquilizer Trap and how to get out of it*. London: Fontana Paperbacks.

36. Mendelson, J.H.; Mello, N.K. (1990).: *Drugs of the future*. Harvard Medical School.
37. Nathanson, C.A. (1975).: *Illness and the feminine role: a theoretical review*. *Social Science and Medicine*. 9: 57-62.
38. Owen, R.T., Tyrer, P. (1983).: *Benzodiazepine dependence: a review of the evidence*. *Drugs*. 25: 385-398.
39. Peters D (1981).: *The British medical response to opiate addiction in the nineteenth century*. *History of Medicine*.
40. Petursson, H.; Larder, M.H. (1986).: *Benzodiazepine dependence*. W: J. Gabe, P. Williams (ed.) *Tranquillizers: Social, Psychological and Clinical Perspectives*. London: Tavistock, 44-59.
41. Ray, L. (1991).: *The political economy of long term minor tranquilizer use*. W: J. Gabe (ed.) *Understanding tranquilizer use: the role of the social sciences*. London: Tavistock, 136-160.
42. Raynes, N. (1979).: *Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations*. *Psychological Medicine*. 9: 671-679.
43. Raynes, N. (1980).: *A preliminary study of search procedures and patient management techniques in general practice*. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 30: 166-172.
44. Riska, E (1993).: *Sociological perspectives on the use of minor tranquillizers*. E. Riska, E. Kuhlhorn. *Minor Treanquillizers in the Nordic Countries*. NAD Publication No. 23.
45. Riska, E and Klaukka, T. (1984).: *Use of psychotropic drugs in Finland*. *Social science and Medicine*. 19: 983-989.
46. Suffet, F., Brotman, R. (1976).: *Female drug use: some observations*. *International Journal of Addiction*. 11: 19-23.
47. Szukalski, B. (1998).: *Kokaina*. *Alkoholizm i Narkomania*, 3/32, 273-293).
48. Szukalski, B., Mirkiewicz E., Walkowiak J., Taracha E. (1999).: *Opracowanie warunkow skринingowej i konfirmacyjnej analizy benzodiazepin w moczu narkomanow*. *Alkoholizm i Narkomania*, 2/35, 247-262).
49. Turner, B.S. (1992).: *Regulating Bodies*. London: Routledge.
50. Warner J.H. (1980).: *Physiosociological theory and therapeutic explanation in the 1860s: the British debate on medical use of alcohol*. *Bulletin of the History of Medicine*, 54, str. 235-257.
51. Wells, K.B., Kamberg, C., Brook, R., Camp, P., Rogers, W. (1985).: *Health status, socio-demographic factors, and the use of prescribed psychotropic drugs*. *Medical Care*. 23: 1295-1306.
52. White, K. (1991).: *The sociology of health and illness*. *Current Sociology*. 39/2.
53. Williams, P. (1980).: *Recent trends in the prescribing of psychotropic drugs*. *Health Trends*. 12: 6-7.
54. Williams, P. I Bellantuono, C. (1991).: *Long term tranquilizer use: the contribution of epidemiology*. W: J. Gabe (ed.). *Understanding tranquilizer use: the role of the social sciences*. London: Tavistock, 69-91.

55. Winger,G. (1988).: *Tranquilizers: the cost of calmness*. London, Burke, 27.
56. WHO, (1993): *Clinical Pharmacological Evaluation in Drug Control*. EUR/ICP/DSE 173, Copenhagen.
57. Zimmer L., Morgan J.P. (1997).: *Marijuana myths, marijuana facts*. The Lindesmith Center, New York and San Francisco.