

DOPALACZE NARKOTYKI

DOPALACZE
NARKOTYKI
niewinny początek

redakcja
Leszek Jurek



LEXDRUK
Śląskie Centrum Wydawniczo-Handlowe

Pomysł i opieka redakcyjna
Leszek Jurek

Projekt okładki
Monika Ziółko

Redakcja techniczna, skład i łamanie
Grzegorz Bociak

Wydanie I, listopad 2010

Wydawca:
Śląskie Centrum Wydawniczo-Handlowe „Lexdruk”
ul. Chrobrego 6
44-200 Rybnik

© Lexdruk, Rybnik 2010

ISBN 978-83-62731-08-4

Spis treści

Dopalacze – wszystko, co trzeba wiedzieć	7
Dopalacze – skutki uboczne	7
Dopalacze – w rękach młodych ludzi	8
Szczegóły o dopalaczach – czyli co należy o nich wiedzieć	16
Dopalacze syntetyczne	16
Dopalacze naturalne – mieszanki ziołowe	21
Mity i prawdy o dopalaczach	31
„Dopalacze są bezpieczną alternatywą dla substancji nielegalnych”	31
„Dopalacze są legalne w całej Europie”	32
„Poza tabletkami imprezowymi, dopalacze to w większości zioła lub ich mieszanki od setek lat wykorzystywane w obrzędach religijnych. Wszystkie są pochodzenia naturalnego. Żadnej chemii”	32
Pamiętaj!	33
Konsekwencje używania narkotyków	35
Uzależnienie	35
Dlaczego uzależniamy się od narkotyków?	37
Czy wszystkie narkotyki możemy wrzucić do jednego worka?	38
Jak zorientować się, czy ktoś sięga po narkotyki?	39
Testy do wykrywania narkotyków	41
Zestawienie wskaźników zażywania narkotyków	42
Charakterystyka poszczególnych rodzajów narkotyków	47
Amfetamina	47

Barbiturany	51
Benzodiazepiny	53
Ecstasy	55
Grzyby halucynogenne	58
Kokaina	61
LSD	65
Marihuana i haszysz	69
Opiaty	72
Sterydy anaboliczne	77
Środki wziewne	78
Działania wobec osób uzależnionych	82
Placówki ambulatoryjne	82
Programy wymiany igieł i strzykawek	83
Oddziały detoksykacji	83
Stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne	83
Programy substytucji lekowej	84
Grupy Anonimowych Narkomanów	85
Profilaktyka uzależnień w szkole	86
Szkolny Program Profilaktyki	86
Co to jest profilaktyka	87
Poziomy profilaktyki	88
Strategie profilaktyczne	90
Czynniki ryzyka, czynniki chroniące	92
Przygotowanie zawodowe realizatora działań profilaktycznych w szkole	94
Budowa Szkolnego Programu Profilaktyki	98
Nauczyciel – realizator profilaktyki szkolnej	99
Efektywność działań profilaktycznych	100
Inwestowanie w zasoby ludzkie	103
Czas realizacji profilaktyki	107
Procedury postępowania nauczycieli i metody współpracy szkół z policją w sytuacjach zagrożenia dzieci oraz młodzieży przestępczością i demoralizacją, w szczególności narkomanią, alkoholizmem i prostytucją	108
Słowniczek slangu narkotykowego dla rodziców	118
Bibliografia	127

Dopalacze – wszystko, co trzeba wiedzieć*

Dopalacze są substancjami psychoaktywnymi. Można je kupić w Internecie lub w specjalnych sklepach, składniki dopalaczy są nadal legalne. Jednak nie warto tego robić – są tak samo szkodliwe, jak narkotyki.

Dopalacze są typem substancji psychoaktywnych, które działają jak narkotyki. Podstawowym składnikiem dopalaczy jest BZN, która działa jak amfetamina. BZN powoduje przyśpieszenie tętna, odwodnienie organizmu i prowadzi do uzależnienia. BZN łączona jest z TFMPP. Jednak obie substancje, podobnie, jak 17 innych, zostaną niedługo zdelegalizowane. Jeszcze **legalne dopalacze** to popularne mieszanki ziołowe: susz roślinny, liście drzewa *mitragyna speciosa* (stymulują ośrodkowy układ nerwowy), szałwia wieszczą (wywołuje halucynacje) oraz muchomor czerwony lub plamisty.

Dopalacze – skutki uboczne

Dopalacze działają szkodliwie na organizm, mogą wywołać, w zależności od wrażliwości organizmu:

- nudności,
- bóle głowy,

* Michał Kidawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

- stany lękowe,
- bezsenność,
- drgawki,
- problemy z oddychaniem,
- znużenie,
- urojenia,
- wysoką gorączkę,
- nadmierne pocenie się,
- śpiączkę,
- wymioty,
- brązowienie na skórze.

Na temat dopalaczy krąży wiele mitów, w które najczęściej wierzy młodzież i to, niestety, ta coraz młodsza. Po **dopalacze** najczęściej sięgają uczniowie klas gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Młodzież zazwyczaj nie wie, jak działają dopalacze. Te substancje psychoaktywne są łatwe do nabycia, dlatego, nawet jeśli wszystkie sklepy sprzedające te specyfiki zostaną zamknięte, pozostanie nadal Internet. Skuteczną metodą ochrony przed dopalaczami jest kampania informująca o skutkach zażywania środków psychoaktywnych.

Dopalacze – w rękach młodych ludzi

Coraz częściej słyszy się jak młodzi ludzie dyskutują o dragach, drop-sach, wódce w żelu i dopalaczach. Same dyskusje nie są aż tak groźne. Gorsze jest to, że często sięgają po te środki. **Napoje energetyczne** i ich skład nie jest im obcy. Znajomość składu chemicznego to dla nich podstawa. Dzieci z gimnazjum wiedzą jak połączyć substancje, aby uzyskać lepszy odjazd, poczucie mocy i siły. Zdarza się tak, że sami rodzice serwują swoim pociechom bomby kaloryczne, energetyczne i pobudzające w słodyczach, napojach, sztucznym pożywieniu. Dlaczego tak się dzieje? Rodzice nie czytają etykietek na produktach i w konsekwencji nie znają składu danego produktu. Brak świadomości jest pierwszym podstawowym błędem popełnianym przez rodziców. Podając dzieciom zbyt dużą ilość **witamin**, co również jest zagrożeniem dla zdrowia. Serwując dziecku sztuczne

łuszcze, słodziki, konserwanty zawarte w różnych produktach narażamy dziecko na różne niebezpieczeństwa. Co piąte dziecko w Polsce ma alergię, prawie 10% objawy ADHD, a coraz więcej cierpi na zaburzenia emocjonalne.

Dopalacze uzależniają

Używki, różnego rodzaju **dopalacze** działają negatywnie nie tylko na zdrowie, ale i na psychikę człowieka. Często prowadzą do **depresji**, a młodzi ludzie uzależnieni od nich często trafiają na odwyk do klinik psychiatrycznych. Nierzadko zaczyna się niewinnie, od jednego specyfiku a finał jest druzgocący.

Uzależnić można się zarówno od substancji zażywanej, jak i od stanu emocjonalnego uzyskiwanego za pomocą **używków** – jednym słowem uzależnić można się od wszystkiego! Reklamy, propaganda i znajomi – często właśnie dzięki nim młody człowiek sięga po **używków**. Kiedy reklama mówi, że po zażyciu danego produktu pamięć się wzmocni – to młody człowiek nie będzie potrafił skupić się bez danego produktu. Również uprawiając jakiś sport i chcąc osiągnąć wysoki wynik należy sięgnąć po batonika, cukierka czy napój – który na pewno zapewni zwycięstwo. To wszystko powoduje, że młoda osoba przenosi później te **używków** do życia codziennego i do dyskotek, ponieważ bez pobudzenia chemicznego nie czuje się na siłach, aby coś osiągnąć. Działa tu tzw. **efekt placebo**.

Trucizny, które uzależniają często są powszechnie dostępne w zwykłych sklepach. Zdarza się, że sami rodzice nie wiedzą, że kupują swoim pociechom środki uzależniające, tkwiąc w przekonaniu, że dostarczają dziecku potrzebnej energii.

Napoje energetyczne

Dostępne prawie w każdym sklepie i nie budzące najmniejszych podejrzeń, zawierają niewielkie dawki substancji uzależniających. Te substancje to **guarana** i **tauryna**. **Guarana** – to znany brazylijski afrodyzjak, który pobudza i zwiększa sprawność seksualną. Bezsenna, stany lękowe i depresja – to stany, do których może doprowadzić zażywanie **guarany**. Natomiast **tauryna** poprawia metabolizm na krótki czas oraz daje przyływ energii. Niestety po pewnym czasie prowadzi do wyczerpania psychicznego i fizycznego, i do depresji.

Znane są przypadki osób, u których po odstawieniu **napoi energetycznych** zaobserwowano typowe objawy abstynencji, jak w alkoholizmie, tzn. zaobserwowano u nich:

- drgawki
- delirium
- inne dolegliwości związane z odstawieniem używki

Dlaczego tego typu używki dopuszczone są do sprzedaży?

Koncerny szybko zmieniają składniki swoich produktów, a prawo nie nadąża umieścić ich na liście substancji zakazanych. Takie substancje mogą spowodować wielkie spustoszenie w organizmie młodego człowieka. Przykładem może być psychoaktywna substancja stymulująca, której nadużywanie daje podobne objawy jak amfetamina i która nadal jest dostępna na Polskim rynku.

Tak jak kiedyś na reklamę papierosów i alkoholu, tak i dziś na reklamę **używek** wydawane są miliony. Jednak możemy się bronić przed wielkimi koncernami produkującymi dane produkty i to w bardzo prosty sposób. Wystarczy czytać etykiety zamieszczone na produktach i nie kupować tych, które zawierają szkodliwe substancje, a przede wszystkim należy uświadomić młodych ludzi o szkodliwości tych substancji.

Termin DOPALACZE staje się ostatnio coraz bardziej popularny. Dotyczy on ogromnej ilości różnych substancji roślinnych i syntetycznych o rzeczywistym, bądź rzekomym działaniu psychoaktywnym. Jednocześnie odnosi się on do środków nie kontrolowanych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Dopalacze reklamowane są często jako bezpieczna alternatywa dla narkotyków i alkoholu.

Mimo to, ich szkodliwe dla psychiki i organizmu działanie ciągle jest odkrywane. Do grupy tych środków należy ogromna liczba różnych substancji i ciągle dochodzą nowe. Dopalacze są sprzedawane legalnie jako środki kolekcjonerskie lub przeznaczone do praktyk religijnych. Powoduje to, że ich producenci nie muszą przeprowadzać długotrwałych i kosztownych badań nad ich rzeczywistym wpływem na organizm i psychikę człowieka. W przypadku leków wprowadzanych legalnie na rynek, niezbędny jest cały szereg badań klinicznych, co powoduje, że zwykle pojawiają się one

na rynku kilkanaście lat po zsyntetyzowaniu danej substancji. Producenci dopalaczy, obchodząc prawo, są z tego obowiązku zwolnieni.

Można stwierdzić, że dopalacze są bezpieczne dla człowieka, pod jednym warunkiem: stosowania się do ostrzeżeń na opakowaniach i nie spożywania ich. Każde użycie substancji chemicznej, szczególnie o niezbadanym działaniu może powodować negatywne konsekwencje. Coraz częściej zdarzają się przypadki hospitalizacji, najczęściej w szpitalach psychiatrycznych, po użyciu dopalaczy. Tylko w jednym szpitalu w Lublinie 21 osób od początku 2010 roku wymagało trwałej hospitalizacji z powodu powikłań po użyciu dopalaczy. Mitem jest, że są to substancje bezpieczne i nie uzależniające. Wraz ze wzrostem używania dopalaczy coraz więcej osób zaczyna mieć problem z kontrolowaniem ich zażywania. W poradniach leczenia uzależnień pojawia się coraz więcej pacjentów uzależnionych od dopalaczy, a ich stan psychiczny i objawy uzależnienia są takie same jak w przypadku osób uzależnionych od narkotyków. Jednocześnie producenci i dystrybutorzy dopalaczy chronią się przed odpowiedzialnością prawną, umieszczając na opakowaniach informacje o kolekcjonerskim przeznaczeniu środka. Oznacza to, że całkowitą odpowiedzialność za konsekwencje zażycia ponosi konsument, który często jest niedoinformowany i zachęcany przez sprzedawcę. Osoby zażywające takie substancje są tak samo bezpieczne jak ktoś spożywający truciznę na szczury.

Sklepy i hurtownie z dopalaczami oferują szeroki asortyment środków zmieniających świadomość. W sklepach internetowych można zamówić substancje odurzające z dostawą do domu. W ofercie są środki pobudzające, relaksujące jak i mające działanie halucynogenne. Mogą one być zażywane przez zjedanie, wdychanie dymu, wciąganie do nosa, a więc tymi samymi drogami co narkotyki. Poza tym część dopalaczy będących w sprzedaży zawiera dodatki substancji nielegalnych np. amfetaminy. Mają one zachęcić klienta do dalszego używania poprzez wywołanie efektu odurzenia lecz wraz z dodatkiem narkotyku wzrasta też ryzyko uzależnienia i innych powikłań. Sposób zażycia zależy od rodzaju substancji. Pewne jest jednak, że działanie dopalaczy na ośrodkowy układ nerwowy jest niebezpieczne i dotychczas niezbadane. Dzieje się tak, ponieważ są to nowe substancje na rynku środków zmieniających świadomość oraz ich liczba jest tak duża, że można jedynie prognozować wzrastające ryzyko. Widoczne jest jednak, że skala zjawiska nasila się w ogromnym tempie, a firmy zajmujące się dystry-

bucją dopalaczy rozrastają się i czerpią ogromne zyski przy minimum odpowiedzialności. Prawo nie nadąża za rozwojem tej branży i w momencie wpisania na listę substancji zabronionych któregoś z dopalaczy, pojawiają się kolejne o zmienionej nazwie i podobnym działaniu. Ustawodawcy podjęli jednak próby stworzenia takich aktów prawnych, które będą nadążały za dynamiką zjawiska. Zapomina się jednak często, że do momentu pojawienia się dopalaczy istniało wiele różnych substancji, sprzedawanych legalnie lub występujących w naturze, o działaniu psychoaktywnym: jak rozpuszczalniki, kleje różne grzyby, bieluć dziedzierzawa itd. Mimo, to nie były one powszechnie używane w społeczeństwie. Tak więc problem jest nie tylko w istnieniu dopalaczy i sklepów je sprzedających. Można się więc zastanawiać co odpowiada za popularność dopalaczy wśród młodzieży. Istotny wpływ na to zjawisko może mieć fakt, że ani rodziny ani szkoła w większości przypadków nie nadążają za postępem zjawiska. W związku z brakiem wiedzy wśród rodziców w temacie dopalaczy, nie spełniają oni często właściwej roli wychowawczej i profilaktycznej. Do placówek leczenia uzależnień trafiają po poradę rodzice, którzy jedyne informacje o dopalaczach czerpali dotychczas od swoich dzieci, oszukiwanych zresztą przez sprzedawców, zażywających kolegów itd. Dopiero sygnały, że z dzieckiem dzieje się coś złego skłaniają ich do szukania informacji i profesjonalnej pomocy.

Ponadto należy pamiętać, że większość osób zażywających dopalacze ma już za sobą kontakty z alkoholem, a zwykle i z narkotykami. Tak więc, dopalacze to często kolejny krok w drodze uzależnienia. Problem dopalaczy nie jest więc tylko problemem środków odurzających sprzedawanych legalnie. Jest to problem całego systemu profilaktyki i wychowania młodzieży. Niebezpieczne jest również tolerowanie przez Państwo oszustwa jakie stosują sprzedawcy dopalaczy: wszyscy wiedzą, że to środki odurzające, ale udają, że wierzą w ich niekonsumpcyjne zastosowanie. Dlaczego więc dziwić się nastolatkom, że nie dokonują właściwych wyborów. Zażywają środek, którego sprzedaż jest legalna, a sprzedawca odpowiadający za rzetelną informację o produkcie zachwala jego działanie odurzające i nieszkodliwość.

Używanie narkotyków jest zjawiskiem złożonym, niejednorodnym i dynamicznym. Co jakiś czas mamy do czynienia z pojawianiem się nowych trendów na scenie narkotykowej i jednoczesnym zanikaniem innych wzorów zachowań. Scena narkotykowa ewoluuje. Badania przeprowadzone

w Polsce w ostatnich latach wskazują, że coraz mniej młodych ludzi eksperymentuje z substancjami nielegalnymi, z narkotykami „starej szkoły”, takimi jak amfetamina, heroina czy nawet ecstazy. Ostatnia edycja badań ESPAD z 2007 roku pokazała spadek odsetka młodzieży eksperymentującej z większością narkotyków tradycyjnych, takich jak amfetamina, ecstazy, heroina czy nawet *cannabis*. Do przyjmowania amfetaminy kiedykolwiek w życiu przyznało się w tym badaniu 3,8% 15-latków. Dla porównania w 2003 roku było to 6%. Analogiczne wyniki uzyskano w starszej grupie wiekowej (17-latków). Było to 15,4% w 2003 roku i 7,8% w 2007 roku. W przypadku heroiny odsetki wyniosły 1,8% w młodszej grupie wiekowej oraz 2,2% w starszej grupie wiekowej w 2003 roku i odpowiednio 1,4% oraz 1,7% w 2007 roku. Wskaźniki dla ecstazy także spadły z 5,8% w 2003 roku do 4,2% w 2007 roku dla starszych oraz z 2,8% w 2003 roku do 2,5% w 2007 roku dla młodszych, choć w tym wypadku spadek nie był tak wyraźny.

Dane te nie świadczą jednak o spadku zainteresowania substancjami psychoaktywnymi w ogóle. Powstała „lukę” wypełniają legalne substancje psychoaktywne, czyli dopalacze, które są dostępne w sprzedaży internetowej. Nawet pobieżna analiza internetu pozwala na stwierdzenie, że substancje te budzą duże zainteresowanie, przede wszystkim wśród ludzi młodych. Stają się tematem wielu dyskusji na forach internetowych, w których uczestniczy ta grupa wiekowa. Zjawisko wykracza poza krąg tzw. eksperymentatorów. Informacje o produktach, takich jak „Spice”, „Devils”, „Sence” i wielu innych można znaleźć na forach zaraz obok tematów dotyczących najmodniejszych ubrań, klubów czy imprez. Taką sytuację zdają się potwierdzać częściowo badania naukowe. Według najnowszych badań zrealizowanych w 2008 roku przez CBOS wśród młodzieży z ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (18-latkowie), 3,5% respondentów przyznało się od używania tzw. dopalaczy kiedykolwiek w życiu. Rozpowszechnienie tych nowych substancji jest zbliżone do rozpowszechnienia tradycyjnie obecnych narkotyków, takich jak grzyby halucynogenne (3,6%) czy kokaína (2,2%). Jeśli spojrzymy na wskaźniki używania w ciągu ostatnich 30 dni, to dopalacze są trzecią co do rozpowszechnienia substancją używaną przez młodzież w Polsce, zostawiając za sobą np. amfetaminę.

Do używania amfetaminy w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 1,1% badanych. W tym samym okresie dopalaczy używało 1,5% respondentów.

Prezentowane wyniki pochodzą z badań, które nie są w pełni porównywalne ze względu na różną metodologię ich prowadzenia, jednak prezentują one zbliżony obraz procesów, które zachodzą na scenie narkotykowej.

Trendy dotyczące używania przez młodzież tradycyjnych narkotyków, dobrze znanych na rynku, wykazują tendencję spadkową. Z drugiej jednak strony istnieją przesłanki do stwierdzenia, że pomimo stosunkowo ograniczonego rozpowszechnienia używania dopalaczy, zjawisko to charakteryzuje się znaczną dynamiką oraz potencjałem rozwojowym. Ponadto nieznanymi i trudnymi do oceny jest stopień zagrożenia, jakie dopalacze niosą dla pojedynczych użytkowników oraz – bardziej globalnie – dla zdrowia publicznego.

Dopalacze, jak każde nowe zjawisko, nowy trend na scenie narkotykowej, stanowią pod wieloma względami wyzwanie dla systemów monitorujących. Pierwszym wymiarem jest identyfikacja nowej substancji. Drugim – ocena nowych zagrożeń związanych z określoną substancją. Trzecim, być może najważniejszym, jest poznanie kontekstu społecznego występowania zjawisk, zidentyfikowanie grup użytkowników, poznanie motywacji do przyjmowania nowych substancji oraz stylów życia i miejsca, jakie nowe substancje zajmują w nim. W pierwszym wymiarze obecnie funkcjonujący „System wczesnego ostrzegania o nowych narkotykach”, zarówno na poziomie europejskim, jak i na gruncie polskim, wydaje się przynajmniej częściowo zaspokajać podstawowe potrzeby informacyjne. Dowodem jest potwierdzenie w Centralnym Laboratorium Kryminalistycznym występowania JWH-018. Jeśli natomiast chodzi o identyfikację zagrożeń związanych z substancjami, to podstawowym problemem jest brak możliwości monitorowania niepożądanego działania substancji. Rozwiązaniem byłby tu nieistniejący w Polsce scentralizowany system rejestracji zgłoszeń do szpitali z powodu używania określonych produktów czy substancji. Zaspokojenie potrzeb informacyjnych w zakresie trzeciego z wymienionych obszarów wydaje się najtrudniejsze. Wynika to po części z samego faktu, że omawiane zjawiska są nowe, a przez to mało zbadane. Z pomocą jednak mogą tu przyjść analizy jakościowe takich materiałów dostępnych w internecie, jak dyskusje na forach. Oczywiście takie analizy nie dają pełnego opisu zjawiska, ale pozwalają w szybki i relatywnie tani sposób zebrać odpowiednią ilość materiału analitycznego do tworzenia wstępnych hipotez na temat zjawiska. Tego typu działania wykorzystane są z powodzeniem w ba-

daniach marketingowych, gdzie takie metody jak *desk research* czy etnografia wirtualna nabierają w ostatnich latach coraz większego znaczenia. Na gruncie badania zjawisk z natury ukrytych, takich jak używanie narkotyków, badanie internetu jako medium umożliwiającego spontaniczne formułowanie wypowiedzi oraz dającego anonimowość wydaje się być wskazane.

Jak odpowiedzieć na zjawisko dopalaczy

Poza wyżej opisanymi brakami w systemach monitorujących zjawisko dopalaczy, mankamentem jest także brak systemowych rozwiązań oraz sprawnych procedur wprowadzania substancji pod kontrolę prawną. Nowe substancje psychoaktywne, które pojawiają się na rynku, wymagają licznych i gruntownych badań. Bez tego trudno jest ocenić zagrożenia, jakie się z nimi wiążą. Nie sposób od razu określić krótkotrwałych i długotrwałych efektów używania tych substancji. Kluczową kwestią dotyczącą dopalaczy jest ocena ryzyka związanego z tymi substancjami oraz procedury postępowania w celu zapewnienia bezpieczeństwa użytkownikom takich produktów.

Priorytetem staje się stworzeniem koncepcji systemowego rozwiązania prawnego, które pozwoli na skuteczne i racjonalne minimalizowanie ryzyka związanego z nowymi substancjami. W mojej opinii przepisy prawne powinny w uzasadnionych przypadkach pozwalać na wprowadzanie czasowej kontroli, która umożliwi zidentyfikowanie niebezpieczeństwa związanego z określonymi substancjami. Dawałoby to możliwość naukowej, specjalistycznej i interdyscyplinarnej oceny ryzyka dotyczącego konkretnych substancji. W przypadku stwierdzenia ryzyka dla zdrowia publicznego związanego z używaniem nowej substancji, trafiałaby ona na listę substancji kontrolowanych. Podobne rozwiązania funkcjonują z powodzeniem w Niemczech i Austrii.

W dobie społeczeństwa informatycznego, gdzie przepływ wiadomości stał się szybki i nieskrępowany, zjawisko używania narkotyków także przechodzi rewolucyjne zmiany. Wydaje się, że transmisja zachowań oraz trendów czy stylów życia w nowoczesnym społeczeństwie nie uznaje już granic kulturowych czy państwowych. Zjawiska pojawiające się w Europie Zachodniej coraz częściej przenikają do nas. Ponadto postęp technologiczny w dziedzinach takich jak chemia otworzył przed producentami narkotyków zupełnie nowe możliwości wytwarzania coraz to nowych substancji psychoaktywnych.

Szczegóły o dopalaczach – czyli co należy o nich wiedzieć

Dopalacze syntetyczne

- BZP (N-benzylpiperazyna) – stymulant Ośrodkowego Układu Nerwowego (OUN), o działaniu podobnym do amfetaminy

Postać fizyczna

Biały proszek, najczęściej tabletki lub kapsułki.

Efekty działania

BZP działa stymulująco na Ośrodkowy Układ Nerwowy (OUN), podobnie jak amfetamina i metamfetamina, jednak dziesięciokrotnie słabiej. Próby kliniczne wykazały, iż efekty działania BZP subiektywnie przypominają objawy występujące po użyciu amfetaminy.

Działania niepożądane

Użytkownicy zgłaszają szereg objawów niepożądanych, takich jak: bóle brzucha, nudności, wymioty, bóle głowy, kołatanie serca, brak apetytu, stany lękowe, bezsenność, dziwne myśli, zmiany nastroju, dezorientację, rozdrażnienie oraz drgawki. Istnieje niewielka liczba doniesień klinicznych wskazujących na związku używania BZP z wystąpieniem silnego napadu drgawkowego (padaczkowego).

Zagrożenia

Istnieją przesłanki, które świadczą o tym, że BZP może uzależniać. Używanie tej substancji może także spowodować odwodnienie organizmu i przyspieszenie tętna, obciążając tym samym układ krążenia. Jeszcze jednak nie wszystko wiadomo na temat zagrożeń związanych z tą substancją, a także skutków długotrwałego jej używania. Interakcje z innymi lekami pozostają nieznane. Sytuacje dodatkowo utrudnia fakt, że substancja ta jest jednym ze składników tabletek/kapsułek i zazwyczaj występuje w połączeniu z 3-trifluorometylofenylpiperazynę (TFMPP).

Legalność

Zgodnie z decyzją Rady Unii Europejskiej z dnia 3 marca 2008 r. BZP powinna zostać objęta kontrolą we wszystkich krajach Unii Europejskiej do dnia 3 marca 2009 r. W Polsce BZP zostało wprowadzone na listę substancji objętych kontrolą prawną (to znaczy zdelegalizowana) z dniem wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 20 marca 2009 r.

- **TFMP** (3-trifluorometylofenylpiperazyna) – substancja psychoaktywna z grupy pochodnych piperazyny, o działaniu stymulującym.

Postać fizyczna

Biały proszek. Najczęściej jednak występuje w połączeniu z BZP pod postacią kapsułek lub tabletek.

Efekty działania

Większość źródeł podaje, że TFMP nie powoduje atrakcyjnych dla użytkowników efektów psychoaktywnych. Efekt stymulacji Ośrodkowego Układu Nerwowego (OUN) następuje po użyciu łącznie TFMP i BZP. Mechanizm działania, wg niektórych źródeł jest zbliżony do MDMA, w wg innych przypomina raczej LSD zmieszane z metamfetaminą (!) choć o dużo słabszym działaniu (przy bardzo niskich dawkach).

Działania niepożądane

Migreny, bóle głowy, utrata apetytu, bezsenność, wymioty (nasilające się przy wysokich dawkach).

Zagrożenia

Istnieją przesłanki, które świadczą o tym, że TFMP może uzależniać. Używanie tej substancji może także spowodować odwodnienie organizmu i przyspieszenie tętna, obciążając tym samym układ krążenia. Jeszcze jednak nie wszystko wiadomo na temat zagrożeń związanych z przyjmowaniem tej substancji, a także skutków długotrwałego jej używania. Interakcje z innymi lekami pozostają nieznane. Sytuację dodatkowo utrudnia fakt, że substancja ta działa w połączeniu z BZP.

Legalność

Substancja objęta jest kontrolą w Belgii, Danii, Grecji, Szwecji, Rumunii, na Łotwie i w Nowej Zelandii.

- **JWH-018** – Naftalen-1-yl (1-pentyloindol-3-yl) metanon – syntetyczny agonista receptorów kanabinoidowych. Substancja charakteryzuje się dużym powinowactwem do receptorów kanabinoidowych, przez co określana jest jako kanabinopodobna.

Postać fizyczna

Grudkowata, twarda, lepka substancja przypominająca haszysz. Barwa jej zmienia się od ciemno do jasno brązowej, czasem rudawej, przypominającej zardzewiały metal. Zmienność barwy zależy od stężenia i/lub metody przygotowania, np. rozdrobnienia lub krystalizacji. Głównym dostawcą tego związku są Chiny. Substancja rzadko występuje na rynku w opisanej postaci. Zazwyczaj jest dodawana do mieszanek ziołowych. Sposób ich przygotowania nie jest znany. Ostatnie badania laboratoryjne przeprowadzone w Polsce i w Europie wskazują, że JWH-018 jest obecne w przynajmniej kilku mieszkankach ziołowych dostępnych do niedawna także na naszym rynku.

Efekty działania

Efekty działania JWH-018 nie zostały zbadane klinicznie. Przyjmujący przetwory konopi podają, że substancje wywołują podobne efekty działania jak marihuana i haszysz. Niektóre źródła określają jej działanie jako silniejsze od marihuany, inne jako słabsze. Najprawdopodobniej JWH-018 wywołuje wzrost ciśnienia krwi, przekrwienie gałek ocznych, zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia uwagi, wysuszenie śluzówek.

Działania niepożądane

Do działań niepożądanych można zaliczyć przyspieszone tętno, zawroty głowy, apatię, dekoncentrację, niemożność skupienia uwagi, lęki i urojenia.

Zagrożenia

Należy przypuszczać, że JWH-018, podobnie jak marihuana, może powodować uzależnienie psychiczne oraz indukcję chorób psychicznych. Analogicznie do THC najprawdopodobniej przedawkowanie ze skutkiem śmiertelnym jest niemożliwe. Pomimo tych hipotez, brak na razie badań na temat skutków krótkotrwałego i długotrwałego używania, w tym uzależnienia, toksyczności JWH-018 oraz interakcji z innymi substancjami. Jednakże istnieją doniesienia o hospitalizacji kilku konsumentów w efekcie przedawkowania.

Legalność

JWH-018 jest w Polsce objęty kontrolą prawną od 8 maja 2009 roku zgodnie z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz.U. z 2009 r. nr 63 poz. 520). Substancja ta jest objęta kontrolą prawną we Francji i czasową kontrolą w Niemczech i Austrii.

- **Mefedron** – 4-metylometkatynon (4-MC, 1-(4-metylofenylo)-2-metyloaminopropan-1-on).

Syntetyczna substancja wykazująca mieszane działanie stymulujące i entaktogenne (wyzwała empatię, czyli zdolność do wczuwania się w sytuację innych). Mefedron został wprowadzony na rynek przez izraelską firmę Neorganics.

W Polsce mefedron reklamowany jest zazwyczaj przez sprzedawców jako „sole do kąpieeli” albo „białe proszki”. Najczęściej sprzedawany jest jako substancja imitująca amfetaminę lub kokainę (często mieszana jest z innymi substancjami, np. z beznikotynową tabaką). Bywa także sprzedawany jako legalna alternatywa do tabletek ekstazy.

Postać fizyczna

Najczęściej występuje w postaci białego proszku, który stanowi sól (chlorodurek) rozpuszczalną w wodzie. W sprzedaży (obok innych syntetycz-

nych katynonów*) występuje także w formie tabletek lub pigułek, rzadziej w płynie. Ciekłą formą mefedronu jest również jego zasada, która jest żółtawa i słabiej rozpuszczalna w wodzie.

Efekty działania

Użytkownicy opisują efekty działania jako dość zbliżone do amfetaminy i jej pochodnych, szczególnie do ekstazy (MDMA, MDMB). Ze względu na znacznie krótszy czas działania (ok. 2 godzin przy zażyciu donosowo) często porównywany jest także do działania kokainy. W niewielkich dawkach mefedron podnosi nastrój, wywołuje euforię, podniecenie, pobudzenie, zwiększa chęć rozmowy i otwartości oraz zmniejsza łaknienie. Mogą pojawić się również halucynacje. Po zażyciu donosowo efekty działania pojawiają się prawie od razu. Zażycie doustne wydłuża czas działania i opóźnia pojawienie się pierwszych objawów, które zaczynają być odczuwalne w ciągu 15–45 minut od zażycia. Według użytkowników, zażycie doustne zmienia nieco efekty działania w kierunku odczuwania większego odrealnienia od otaczającego świata.

Działania niepożądane

Podobnie jak w przypadku większości nowych substancji występujących w tzw. *smart-drugs* – nie przeprowadzono do tej pory systematycznych, długofalowych badań na temat toksyczności i farmakologii mefedronu, w tym na temat jego ewentualnego potencjału uzależniającego. Z tego powodu mefedron jest słabo poznaną substancją psychoaktywną i niewiele wiadomo o ryzyku zdrowotnym towarzyszącym jego zażywaniu.

Użytkownicy podają następujące działania nieporządne związane z zażyciem mefedronu:

- **fizyczne:** tachykardia (kołatanie serca), podniesienie ciśnienia tętniczego krwi, zgrzytanie zębami, szczękoscisk, oczopląs, podrażnienie śluzówek nosa (do krwawienia nosa włącznie), zwiększone pocenie się, uczucie fali zimna (bezpośrednio po zażyciu przez nos), ból i zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, drżenie rąk, nudności, drgawki i konwulsje, rozszerzenie źrenic, problemy z oddychaniem;

* Katynony to alkaloidy naturalnie występujące w afrykańskiej roślinie *kbat* (czuwaliczka jadalna). Strukturalnie zbliżone są do takich stymulantów jak np. amfetamina czy efedryna.

- **psychiczne:** bardzo silna chęć zażycia kolejnych dawek, zaburzenie pamięci krótkotrwałej, gonitwa myśli i spadek koncentracji, rozdrażnienie, bezsenność, niepokój mogący nawet przejść w stany paranoidalne, huśtawka nastrojów, dysforia i stany depresyjne, halucynacje i omamy.

Legalność

Na podstawie raportów z państw członkowskich Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii przygotowało w marcu 2010 tzw. Joint Report na temat tej substancji, który przedstawiony został Komisji Europejskiej, Radzie Europy i Europejskiej Agencji ds. Leków (EMA) w celu podjęcia ewentualnych kroków prawnych. Obecnie opracowywany jest przez Komitet Naukowy działający przy EMCDDA tak zwany Raport Oceny Ryzyka NT. mefedronu.

W Europie mefedron jest objęty kontrolą prawną w Irlandii, Anglii, Belgii, Szwecji, Norwegii, Finlandii, Estonii, Danii, Holandii, Chorwacji, Rumunii, Niemczech, we Włoszech, Francji, na Litwie oraz w Izraelu. W Polsce zgodnie z ustawą z dnia 10 czerwca 2010 roku mefedron znalazł się w wykazie substancji objętych kontrolą prawną.

Dopalacze naturalne – mieszanki ziołowe

Postać fizyczna

Susz roślinny, często aromatyzowany, także w postaci skrętów.

Efekty działania

Działanie, podobnie jak w przypadku konopi, lekko psychodeliczne; w zależności od typu mieszanki, indywidualnych cech organizmu użytkownika oraz jego nastroju może działać bardziej euforyzująco i stymulująco lub uspokajająco i relaksująco.

Działanie niepożądane

Bóle głowy, bóle w okolicy klatki piersiowej, bezpośrednio po paleniu chwilowe problemy z oddychaniem (płytki oddech), zmęczenie psychicz-

ne i fizyczne, brak chęci do działania, problemy z koncentracją, stany lękowe (nasilające się przy wysokich dawkach).

Zagrożenia

W opisie składu mieszanek ziołowych znaleźć można informacje, że ich poszczególne składniki są pochodzenia naturalnego i od wieków używane były w różnych rejonach świata w celach rytualnych. Choć może nie ma udokumentowanych doniesień o szkodliwości czy ryzyku związanym z ich okazjonalnym używaniem, trzeba jednak sobie zdawać sprawę z co najmniej kilku rzeczy:

1. Odkryto, że za efekt narkotyczny w znacznej części mieszanek (jeśli nie we wszystkich) odpowiadają tak na prawdę nie przebadane w większości syntetyczne kanabinoidy a nie "ziołka". Istnieją przypuszczenia, że w przeciwieństwie do THC, przynajmniej niektóre syntetyczne kanabinoidy można przedawkować. Czy rzeczywiście możesz zaufać komuś kto sprzedaje Ci chemię pod nazwą „mieszkanki ziołowej”?
2. Niektóre „mixy” mają w swoim składzie nawet do 10 (!) różnych roślin zawierających różne składniki psychoaktywne (alkaloidy). Niektóre z tych roślin zawierają nie jeden, ale wiele różnych alkaloidów. Być może nie zaszkodzi komuś jeden składnik, nie zaszkodzi drugi, ale zaszkodzić może trzeci i czwarty, bowiem – przynajmniej na dzień dzisiejszy – nie jest możliwe przewidzenie działania takich mieszanin na organizm człowieka.
3. Nawet jeśli poszczególne rośliny nie są szkodliwe, jak np. amfetamina, i nawet jeśli nie uzależniają tak, jak np. heroina, nie znaczy to wcale, że ich mieszanie jest bezpieczne. Paląc mieszankę, wprowadza się do organizmu jednocześnie kilka różnych substancji oraz bliżej nieokreśloną liczbę produktów(niecałkowitego) spalania. Niektóre z nich mają działanie euforyzujące, niektóre stymulujące niektóre uspokajające, niektóre przeciwbólowe, a jeszcze inne nawet psychodeliczne. Jednocześnie oddziaływanie na organizm i na umysł ludzki substancjami o różnych(czasem wręcz przeciwstawnym) działaniu może być dodatkowo niebezpieczne i nieprzewidywalne w skutkach.
4. Nie wiadomo tak naprawdę, w jakim stopniu „ziołowe” mieszanki mogą zaszkodzić i jak bardzo człowiek ryzykuje, paląc je. Nie wiadomo także co rzeczywiście w nich „siedzi”; które kanadinoidy i w jakiej ilości a także jakie substancje pochodzenia roślinnego.

5. Szukając właściwej proporcji składników, producenci „ziołowych” mieszanek kierują się przede wszystkim oczekiwaną maksymalną siłą jej działania przy jak najniższych kosztach produkcji. Trudno przypuszczać, że biorą pod uwagę także jej nieszkodliwość i bezpieczeństwo używania.

Legalność

Większość zidentyfikowanych syntetycznych kanabinoidów odpowiedzialnych za efekty narkotyczne w mieszankach jest objęta kontrolą w: Austrii, Niemczech, Danii, Estonii, Rumunii, Szwecji, Anglii, Irlandii, Luksemburgu, na Litwie, Łotwie, we Włoszech i Francji także USA. W Polsce na dzień dzisiejszy (lipiec 2010) objęta kontrola jest tylko JWH-108.

Obecnie prace legislacyjne zmierzają do umieszczenia na liście substancji kontrolowanych także pozostałe, zidentyfikowane kanadinoidy.

- **Szałwia Wieszcza** (*Salvia divinorum*)

Roślina występuje w stanie naturalnym w Sierra Mazateca w Meksyku na wysokości 300–1800 m n.p.m. Jej głównym składnikiem aktywnym (alkaloidem) jest salvinorin A.

Postać fizyczna

Susz roślinny (liście, skrzyty), ekstrakt

Efekty działania

Bardzo zróżnicowane w zależności od indywidualnych cech organizmu użytkownika, nastroju i dawek. Działanie opisywane jest bardzo silnie halucynogenne, któremu towarzyszy brak kontroli nad zachowaniem i poważne trudności w poruszaniu się.

Najczęściej szalwię zażywa się paląc – efekt działania utrzymuje się od kilku do kilkudziesięciu minut. Po zażyciu drogą doustną efekt psychodeliczny może utrzymać się znacznie dłużej, ale jest słabszy.

Zagrożenia i działania niepożądane natury psychicznej

Palona szalwia (w szczególności jej ekstrakt) działa krótko, ale bardzo silnie. U wielu palaczy mogą wystąpić ataki szału, łącznie z koszmarami, halucynacjami i urojeniami (niektórzy „użytkownicy” donoszą o stanach podob-

nych do psychozy). Nie jest wykluczone, że podobnie jak niektóre inne halucynogeny (LSD, psylocybina), szalwia może indukować choroby psychiczne.

Zagrożenia i działania niepożądane natury fizycznej

Bezpośrednio po zapalaniu, palący może zostać wprowadzony w stan, w którym całkowicie utraci kontrolę nad swoimi czynami. Trawa to stosunkowo krótko, ale wystarczająco długo, by wyrządzić sobie poważną krzywdę (wypadek, uszkodzenia ciała itd.). Ból głowy, spowodowany wdychaniem z dymem różnych produktów spalania, może utrzymywać się nawet kilka godzin po użyciu.

W przeciwieństwie do „klasycznych” narkotyków, właściwości toksykologiczne szalwii są mało poznane. Nie wiadomo jakie są skutki dłuższego zażywania przetworów uzyskiwanych za *Salvia Divinorum*. Do dziś trwają spory, na jakie receptory oddziałują i czy może poczynić nieodwracalne zmiany w neurotransmisji.

Legalność

Szalwia jest objęta kontrolą w większości państw europejskich (w tym i w Polsce), ponadto w Australii, Japonii i USA.

- **FLY AGARIC**

Zazwyczaj muchomor czerwony (*Amanita Muscaria*) ale podobnie działanie wykazuje muchomor plamisty (*Amanita pantherina*).

Postać fizyczna

Susz kapelusza grzyba w postaci kawałków o różnym rozdrobieniu. Przy większych fragmentach widoczne są blaszki barwy białej lub kremowej, a po drugiej stronie susz przyjmuje zabarwienie od żółtopomarańczowego do jaskrawoczerwonego.

Efekty działania

Żucie świeżych lub wysuszonych owocników oraz wypijanie wywarów z nich wywołuje stan odurzenia, który w początkowym okresie przypomina stan upojenia alkoholowego, charakteryzujący się nadmierną gadatliwością, wesołym nastrojem i dobrym samopoczuciem. Następnie występują halucynacje wzrokowe i słuchowe. U innych użytkowników może wystąpić

uspokojenie i przeziębienie. Czasem pojawia się pobudzenie psychomotoryczne, które przechodzi w napady szału, , charakteryzujące się nadmiernym rozdrażnieniem i wściekłością. Może wystąpić nadmierna wrażliwość wszystkich zmysłów.

Najsłabsze dźwięki, normalne oświetlenie stają się trudne do zniesienia. Drobne przedmioty przyjmują olbrzymie rozmiary.

Działanie niepożądane

Powyższym oczekiwany przez użytkownika objawom towarzyszy szereg innych w postaci osłabienia, zmęczenia, zaburzeń równowagi, pocenia się, zawrotów głowy, szumu w uszach. Nierzadko pojawiają się zaburzenia żołądkowo-jelitowe, czyli nudności, wymioty, biegunka. Stwierdzono również przyspieszenie tętna, podwyższenie tętna, podwyższenie tętna, podwyższenie temperatury ciała nawet do 40°C, zaczerwienienie skóry, suchość w jamie ustnej. Po ich ustąpieniu może pojawić się niepamięć zdarzeń przed i w czasie zaburzeń świadomości. Nasilenie tych objawów jest zależne od przyjętej dawki. Zniesienie reakcji źrenic na światło przy silnym ich rozszerzeniu może doprowadzić do oślepienia.

Zagrożenia

Wszystkie opisywane objawy należy uznać za objawy zatrucia składnikami czynnymi muchomora, czyli muskaryną i muskardyną oraz związkami o działaniu przeciwnym – kwasem ibotenowym i muscymolem. Inny składnik – bufotenina jest odpowiedzialna za działanie halucynogenne grzyba. W ciężkich zatruciach mogą wystąpić skurcze, głęboka śpiączka z obniżeniem ciśnienia krwi i zaburzeniami oddechu.

- **KRATOM**

Jest to jedna z popularnych nazw drzewa liściastego *Mitragyna Speciosa*. Wykazuje skojarzone działanie licznych naturalnych składników liści, z których najistotniejsze są mitragyna i jej hydroksylowa pochodna.

Postać fizyczna

Wysuszone i sproszkowane liście albo brutalny sproszkowany ekstrakt z suszonych liści w formie kapsułek (Złoty kratom). Ekstrakt jest około 30 razy silniejszy niż liście.

Efekty działania

Kratom stymuluje i działa depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy (OUN).

Uważany jest za łagodniejszą formę opium. Od dawna stosowany był jako używki w krajach dalekiego wschodu, co wpisało się w uwarunkowanie kulturowe. Żucie świeżych i suszonych liści lub picie wywarów z nich, w niewielkiej ilości, lekko pobudza. W wyższych dawkach wywołuje kolejno euforię, błógostan i senność.

Działanie niepożądane

Wywołuje wymioty, wpływa na perystaltykę jelit, osłabia potencje seksualną, może spowodować brązownie skóry.

Zagrożenia

Przy częstym używaniu mogą wystąpić wszystkie konsekwencje przyjmowania opium łącznie z uzależnieniem. Potęguje działanie innych środków psychoaktywnych, w tym pochodzenia naturalnego (nawet ziół) oraz leków i alkoholu. Obniża sprawność psychomotoryczną, czyli zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych. Produkt można łatwo przedawkować. Z 30 g liści otrzymuje się 1g ekstraktu, który jest dostępny jako np. złoty kratom.

Legalność

Kratom jest objęty kontrolą prawną m.in. w Polsce, Rumuni, Danii na Litwie, Łotwie oraz Tajlandii i Austrii.

- ***Argyreia nervosa* – powój hawajski**

Roślina z rodziny powojowatych pochodząca z południowej Azji. Obecnie występuje na Hawajach, w Afryce i Ameryce Środkowej. Głównymi substancjami czynnymi są pochodne kwasu lizergowego Ergina, zwane często LSA – czyli amid kwasu D-lizergowego, jest najważniejszym psychoaktywnym składnikiem surowca. Syntetycznym odpowiednikiem LSA jest LSD (dietyloamid kwasu D-lizergowego). Działanie LSA jest 10–15 razy słabsze od LSD. W powoju hawajskim występują także inne alkaloidy.

Postać fizyczna

Duże pnącza z liśćmi o kształcie sercowatym o długości do 5 cm, pokrytymi srebrzystymi włoskami. Kwiaty czerwone o długości 1–1,5 cm. LSA występuje w nasionach, które są twarde, brązowe, o średnicy około 5mm.

Efekty działania

- w miarę nasilenia się działania psychodelicznego pojawia się nadwrażliwość na światło,
- silne halucynacje wzrokowe związane są głównie z odbiorem barw i zaburzeniami w postrzeganiu kontrastu. Może także wystąpić doświadczenia osobliwej umiejętności widzenia przez skórę pod strukturę tkanek, tak u siebie jak i u innych osób,
- halucynacje słuchowe,
- uspokojenie lub przeciwnie – pobudzenie lub euforia,
- bezsenność,
- silna potrzeba rozciągania czy masowania swoich mięśni a także, „wcieranie się” spowodowane trudnością usiedzenia na miejscu.

Efekty psychiczne po spożyciu LSA mogą być bardziej przygnębiające i depresyjne niż po LSD. Często opisywane jest występowanie wyjątkowo głębokich autorefleksji i przemyśleń o niepokojącym a nawet ponurym charakterze. Nie łatwo przewidzieć działania powoju hawajskiego a spektrum doznań jest w tym przypadku bardzo szerokie i uwarunkowane indywidualnie. Efekty odurzające zaczynają się nasilać mniej więcej po ok. 2 godzinach od momentu zażycia (a więc później niż w przypadku LSD czy grzybków halucynogennych) i trwają z reguły od 4 do nawet 14(!) godzin, co przy braku silnej i zdrowej psychiki może być wyjątkowo nieprzyjemne i uciążliwe. Niektóre źródła podają, że organizm potrzebuje nawet ok. 24 godzin by całkowicie zregenerować i „dojść do siebie”. Czas ten zależy od indywidualnych cech organizmu użytkownika, nastroju oraz przyjętej dawki.

Zagrożenia i działania niepożądane natury psychicznej

Istnieją doniesienia o występowaniu ostrych stanów psychotycznych, a nawet uporczywych myśli działań samobójczych po zażyciu nasion powoju hawajskiego. Podobnie jak w przypadku wszystkich halucynogenów, działanie LSA jest nieprzewidywalne i poszczególne osoby mogą w bardzo

odmienny sposób reagować na te same dawki powoju, a nawet dwie kolejne dawki przyjęte przez tę samą osobę mogą wywołać diametralnie różne objawy działania. Oznacza to nawet przy takiej samej dawce, przyjemne narkotyczne przeżycia mogą za drugim razem zostać zastąpione ciężkim koszmarem tzw.: *bad tripem*

Zagrożenia i działania niepożądane natury somatycznej

W nasionach powoju obecne są substancje toksyczne tzw. glikozydy cyjanogenne, których zbyt duża ilość powoduje nudności, wymioty, biegunki, skurcze i bóle brzucha oraz trudności z oddychaniem. Obecność w powoju hawajskim, poza LSA innych naturalnych składników np. ergometryny silnie obkurczającej mięśnie macicy, stanowi zagrożenie dla ciąży. Częstość aczkolwiek słabszym negatywnym objawem działania składników czynnych powoju jest także uczucie swędzenia i mrowienia ciała.

Legalność

Substancja jest nielegalna we Włoszech i w Australii. W Polsce *Argyreia nervosa* została objęta kontrolą zgodnie z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku, która weszła w życie 8 maja 2009 roku.

- ***Calea Zacatechichi***

Gatunek rośliny z rodziny astrowatych występujący w Meksyku Kostaryce.

Krzew osiąga 1–1.5m wysokości. Roślina stosowana przez meksykańskich Indian Chantal do obrzędów szamańskich. Określana jest często mianem Dream Herb, liści bogów lub gorzkiej kawy (od bardzo gorzkiego smaku). Nie ma badań wskazujących jednoznacznie, która substancja czynna odpowiedzialna jest za działanie psychoaktywne rośliny.

Postać fizyczna

Najczęściej występuje w postaci suszu, ale może występować także w postaci świeżych liści. Na polskim rynku pojawia się w mieszankach ziołowych oferowanych przez sklepy z dopalaczami.

Efekty działania

Roślina najczęściej palona lub przyjmowana w postaci wywaru. Niektóre źródła podają, że ekstrakt rośliny wpływa na nasilenie aktywności mózgu podczas snu z czym wiąże się zwiększanie liczby zapamiętywanych snów. Przypuszczalnie jest to spowodowane wydłużeniem czasu trwania fazy REM tj. fazy snu w której pojawia się wzmożona aktywność mózgu oraz marzenia senne. Poza wyżej opisanymi efektami użytkownicy wskazują na działanie zbliżone do marihuany i na lekkie działanie euforyzujące. Część osób stwierdza brak działania psychoaktywnego.

Zagrożenia i działanie niepożądane

Zarówno przyjmowanie wywaru jak i proces palenia wywołuje wyjątkowo nieprzyjemny bardzo gorzki smak. *Calea* może wywołać różne reakcje alergiczne. Symptomy mogą obejmować ogólne osłabienie fizyczne, zawroty głowy, senność, mdłości wymioty, wysypkę, puchnięcie, podrażnienia skóry. Nie można też wykluczyć bardziej gwałtownego przebiegu tych reakcji. *Calea* nie była przedmiotem dokładnych badań farmakologicznych ani toksykologicznych w związku z czym nie można ocenić jakie są krótkotrwałe i długotrwałe skutki jej używania. Nie można wykluczyć wystąpienia niebezpiecznych efektów spowodowanych interakcją z innymi lekami lub innymi substancjami psychoaktywnymi. Z uwagi na fakt, że *Calea zacatechichi* zaburza świadomość i percepcję, niebezpieczne jest prowadzenie pojazdów bądź obsługiwanie maszyn po jej użyciu.

Legalność

Roślina ta nie jest kontrolowana w Europie. W Polsce *Calea zacatechichi* została objęta kontrolą zgodnie z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomani z dnia 29 lipca 2005 roku która weszła w życie 8 maja 2009 roku.

- **Lion's Tail, Lion's Ear lub Wild Dagga (*Leonatis Leonurus*)**

Roślina z rodziny wargowych (*Lamiaceae*) szybko rosnąca wyrasta do 3 m wysokości. Rośnie w Afryce Południowej i Wschodniej. Charakteryzuje się czerwonymi lub pomarańczowymi kwiatami. Znana jest w Południowej Afryce jako „Dzika Dagga” (Dagga= marihuana). Jest używana przez lud Hottantotów (Khoi Khoi) jako substytut konopi indyjskich lub roślina

wzmacniająca ich działanie. Alkaloidem w tej roślinie jest leonuryna. Dziką Dagga (Wild Dagga) używana jest w tradycyjnej medycynie między innymi jako lek odrobaczający, na gorączkę, bóle głowy i kaszel. Używana jest także jako odtrutka przy ukąszeniu węża jadowitego oraz jako amulet odstrasżający węże.

Postać fizyczna

Najczęściej występuje w postaci suszu lub ekstraktu z liści/kwiatów ale czasem w postaci świeżej. Pojawia się jako jeden ze składników większości mieszanek ziołowych przeznaczonych do palenia dostępnych w smart shopach.

Efekty działania

Działanie psychoaktywne pojawia się przede wszystkim podczas palenia liści, kwiatów lub ekstraktu. Palone liście dają bardzo ostry dym a efekty opisywane są jako słabe. Ekstrakt z liści daje mocniejsze działanie. Spektrum doznań podobnie jak podobne jest do objawów wywołanych przyjęciem słabszych odmian konopi indyjskich. Najczęściej odczuwa się euforię stymulację oraz efekty empatogenne. Po większych dawkach występowała senność.

Wild Dagga według różnych źródeł nasila zauważalne objawy działania konopi (tzw. synergizm).

Zagrożenia i działania niepożądane

Istnieją pewne przesłanki do twierdzenia że przy częstym używaniu leonuryna obecna jest w tej roślinie posiada działanie uzależniające podobne do uzależnienia nikotynowego. Nie zostało to jak na razie naukowo potwierdzone. Działanie *Leonatis Leonurus* niewątpliwie zaburza świadomość i percepcję. Z tego powodu nie jest wskazane prowadzenia pojazdów ani obsługiwania maszyn po zażyciu tej rośliny. Dość często opisywanymi skutkami ubocznymi po przyjęciu większych dawek były nudności i wymioty, czasem także napięcie mięśni.

Legalność

Roślina ta nie jest kontrolowana w Europie. W Polsce *Leonatis Leonurus* został objęty kontrolą zgonie z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku, która weszła w życie 8 maja 2009 roku.

Mity i prawdy o dopalaczach

„Dopalacze są bezpieczną alternatywą dla substancji nielegalnych”

Zamieszczanie na stronach internetowych na temat badań rzekomo potwierdzających brak szkodliwości określonej substancji stwierdzają że przynajmniej niektóre „dopalacze” są „bezpieczną alternatywą dla szkodliwych i efektów nielegalnych i uzależniających narkotyków”. Podczas gdy informacje z badań dotyczą jedynie faktu, że nie zawierają one substancji objętych kontrolą prawną, co jest równoznaczne z tym że oferowane produkty są bezpieczne dla użytkowników.

Nie ma zatem mowy o żadnym certyfikacie bezpieczeństwa używania. Prawdą jest że liczba wiarygodnych badań i analiz na temat „dopalaczy” w większości będących nowo zsyntetyzowanymi substancjami jest bardzo ograniczona.

Zapewne wiesz że nowa substancja trafi do rąk lekarzy i wejdzie do powszechnego użytku musi przejść wszechstronne testy laboratoryjne, próby na zwierzętach doświadczalnych i trzy fazy badań udziałem ludzi czyli badań klinicznych. Od zsyntetyzowania biologicznie aktywnego związku do pojawiania się leku na rynku upływa z reguły kilkanaście lat, a koszty badań

przedklinicznych i trzech faz klinicznych szacuje się obecnie na kilkanaście milionów dolarów. Czy przypuszczasz że producenci dopalaczy zadają sobie tyle trudu by stosować tę procedurę?

Na opakowaniach „dopalaczy” widnieją wyraźne ostrzeżenia: „Nie do spożycia przez ludzi”. Na niektórych opakowaniach można znaleźć także informację by „w przypadku spożycia niezwłocznie udać się do lekarza”. W sklepach, „dopalacze” sprzedawane są jako „produkty kolekcjonerskie”, co znaczy że oferta adresowana jest do kolekcjonerów, którzy umieszczają je w klaserach i trzymają na półkach, obok kolekcji znaczków czy monet. Skoro produkty są bezpieczne, przebadane i legalne, dlaczego nie są zarejestrowane do użytku przez ludzi?

„Dopalacze są legalne w całej Europie”

Często można usłyszeć opinię, że dopalacze są legalne w całej Europie, podczas gdy poziom kontroli nad substancjami zawartymi w „dopalaczach” w poszczególnych krajach jest różny. Istnieją w Europie takie kraje jak Wielka Brytania czy Holandia, które prowadzą politykę bardziej liberalną względem ww. substancji. Są także kraje które prowadzą politykę bardziej restrykcyjną, a lista substancji zakazanych obejmuje bardzo szerokie spektrum substancji, w tym także większości składników „dopalaczy” (np. Szwecja, Belgia, Irlandia). Czy stwierdzenie, że dopalacze są legalne w Europie nie jest zatem trochę na wyrost?

„Poza tabletkami imprezowymi, dopalacze to w większości zioła lub ich mieszanki od setek lat wykorzystywane w obrzędach religijnych. Wszystkie są pochodzenia naturalnego. Żadnej chemii”

Ostatnie badania przeprowadzone przez ekspertów chemii, między innymi w Austrii, Niemczech, a także w Polsce wykazały, że w skład niektórych

dostępnych na rynku mieszanek ziołowych znajduje się przynajmniej kilka syntetycznych agonistów receptorów kanabinoidowych takich jak JWH-018 czy CP-47, 48. Wedle posiadanej obecnie wiedzy żadna z tych syntetycznych substancji nie występuje w naturze. Czy rzeczywiście wszystkie mieszanki ziołowe i zioła nie zawierają „żadnej chemii”?

Pamiętaj!

Podobnie jak większość ekspertów, zdecydowanie odradzamy jakichkolwiek eksperymentów z środkami psychoaktywnymi włączając w to tzw.: dopalacze. Są to substancje zmieniające świadomość i w określonych sytuacjach mogą być niebezpieczne. Jeśli jednak własne bezpieczeństwo nie jest dla Ciebie istotne i pomimo tej przestrogi nosisz się z zamiarem przyjęcia tego typu substancji, zachowaj poważne środki ostrożności, które zminimalizują ryzyko oraz pozwolą uniknąć wielu nieprzyjemnych i niebezpiecznych sytuacji:

Dowiedz się wcześniej wszystkiego o tej substancji i skutkach jej działania, a zwłaszcza o zagrożeniach zdrowotnych. Internet to dobre źródło informacji, ale nie wierz we wszystko, co się tam znajduje. Pamiętaj, że właściciele sklepów nie zawsze uczciwie informują o swoich produktach.

Sprawdź fora internetowe użytkowników. Szczególną uwagę zwróć na tzw. *bad trip* czy objawy zejścia. Niektóre dopalacze dają naprawdę nieprzyjemne konsekwencje. Lepiej wiedzieć co Cię czeka.

Efekty interakcji dopalaczy z lekami, szczególnie tymi działającymi na ośrodkowy układ nerwowy nie są dostatecznie rozpoznane, ale mogą być bardzo niebezpieczne. Jeśli bierzesz jakiegokolwiek leki, nie ryzykuj nie bierz dopalaczy.

Nigdy nie spiesz się z sięganiem po kolejną dawkę dla wzmocnienia efektu. Niektóre substancje mogą działać z „opóźnionym zapłonem”.

Nie mieszaj jednych substancji z innymi: z narkotykami, alkoholem ani innymi dopalaczami. Efekty ich interakcji mogą być bardzo niebezpieczne.

Zawsze zachowaj przy sobie opakowanie tego, co zażyłeś. W razie zatrucia ułatwisz postępowanie terapeutyczne toksykologowi klinicznemu a może nawet uratujesz sobie życie.

Zorganizuj sobie osobę pilnującą, tzw. opiekuna (nieprzyjmującą żadnych substancji), która w razie niepożądanych następstw będzie mogła ci pomóc.

Jeśli używasz preparatów pobudzających i stymulujących (działających podobnie jak ecstazy, amfetaminy) – pij wodę (nie piwo!) by się nie odwodnić, zwłaszcza gdy tańczysz przebywasz w dusznym klubie.

Jeśli używasz preparatów psychodelicznych, „magicznych” halucynogennych – zadbaj najpierw o przyjazne warunki zewnętrzne. Przyjmowanie ich w miejscach, gdzie działa dużo bodźców (na mieście, w dyskotecie), jest niebezpieczne.

Nie używaj dopalaczy ani innych preparatów (zwłaszcza imitujących halucynogeny!) w stanach złego samopoczucia, smutku, stresu, lęku a nawet gdy nie czujesz się zbyt komfortowo. Substancje psychoaktywne, a w szczególności psychodeliki potęgują nastrój jaki miałeś przed ich zażyciem

Jeśli się źle czujesz – nie panikuj. Panika i strach to najgorsi doradcy. Mogą Ci tylko jeszcze bardziej zaszkodzić i wprowadzić w stany podobne do psychozy, co jeszcze bardziej pogorszy twój „trip” i uniemożliwi rozsądne działanie. Wezwij pogotowie.

Nie prowadź żadnego pojazdu po dopalaczach . Dopalacze upośledzają funkcje motoryczne, zaburzą percepcję i świadomość, niektóre z nich prócz tego w sposób znaczący opóźniają czas reakcji (nawet bardziej niż alkohol)

Jeśli się zdecydujesz na użycie tych substancji to pamiętaj, że nie było do tej pory badań nad potencjałem uzależniającym tzw. dopalaczy i tym podobnych preparatów.

Konsekwencje używania narkotyków

Uzależnienie

Narkotyki charakteryzują się możliwością wywoływania stanu przyzwyczajenia, a nawet przymusu ich dalszego stosowania. Różnego rodzaju substancje psychoaktywne, wykazując taki rodzaj działania, że osobie zażywającej sprawia ono przyjemność i poprawia samopoczucie – niosą ryzyko powstawania **zależności psychicznej**. Będzie się ona wyrażać regularną chęcią przeżywania różnych sytuacji pod wpływem narkotyku. Możliwość wytworzenia tego rodzaju zależności jest wspólnym mianownikiem właściwie wszystkich narkotyków. Jednak to, czy się ona wytworzy, zależy głównie od rodzaju narkotyku, cech osobowościowych i sytuacji osoby eksperymentującej z narkotykiem. Jeśli powstanie ten rodzaj zależności, to będzie się charakteryzować silną potrzebą i niekontrolowanym pragnieniem ponownego przyjęcia danej substancji. Dużą rolę odgrywa także wiek osób sięgających po środki odurzające. Jest nieomal prawidłowością, że ci dorośli, którzy uzależnili się od narkotyków pierwsze eksperymenty z nimi zaczęli w wielu kilkunastu lat, kiedy emocjonalnie dopiero dojrzewali.

Innym rodzajem uzależnienia, jest **zależność fizyczna**, która dotyczy tylko niektórych grup narkotyków. Zależność taka, to wynik adaptacji układu nerwowego do obecności danej substancji psychoaktywnej. Fizjologicz-

ne mechanizmy powstawania zależności fizycznej przebiegają rozmaicie w przypadku różnych grup narkotyków. Przykładem mogą być barbiturany, których działanie wpływa na osłabienie aktywności neuronów. Przy nagłym odstawieniu barbituranów neurony te stają się nadaktywne prowadząc do wielu zaburzeń w czynnościach fizjologicznych organizmu.

Zaburzenia, wywołane odstawieniem substancji, od której organizm jest uzależniony nazywa się **zespołem abstynencyjnym** lub objawami odstawienia. Zespół abstynencyjny może mieć różny charakter, w zależności od rodzaju środka, który spowodował uzależnienie; może mieć też różne natężenie – zależy to od długości okresu stosowania tego środka, jak również od wielkości przyjmowanych dawek. Zespół abstynencyjny będzie miał zawsze bardzo nieprzyjemny dla uzależnionego przebieg i jego rezultatem będzie poszukiwanie substancji w celu zniesienia takiego stanu.

Uważa się, że wielkość przyjmowanych dawek narkotyku wywołującego zależność fizyczną musi ulegać podwyższeniu, gdyż każda kolejna porcja narkotyku powoduje słabszą na niego reakcję organizmu. Zjawisko to nazywane jest **tolerancją**. Przy jego występowaniu, w celu uzyskania tych samych efektów konieczne jest stałe zwiększanie dawki. Powstawanie tolerancji najlepiej potwierdza fakt, że niektórzy narkomani przyjmują dawki heroiny, które wielokrotnie przewyższają dawki śmiertelne.

W kontekście społecznym mówi się również o powstawaniu **uzależnienia środowiskowego**, które obejmuje całą gamę sytuacji i zachowań wymuszonych przez zdobywanie i stosowanie narkotyków. Ten rodzaj zależności pogłębia się znacznie w przypadku stosowania substancji odurzających, które są nielegalne.

Problem nadużywania substancji uzależniających jest o tyle poważny, że większość osób, które ich używają nie leczy się, a nawet nie zdaje sobie sprawy z tego, jak poważne ma problemy ze zdrowiem. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych rodzi szereg problemów zdrowotnych dla człowieka. Mogą być to m.in. śmiertelne zatrucia (przedawkowania), ostre i przewlekłe zaburzenia psychiczne, zaburzenia funkcjonowania poszczególnych narządów lub całego organizmu. Wszystko to prowadzi do obniżenia jakości życia i jego skrócenia. Uzależnienia są przyczyną niebagatelnych szkód społecznych. Na poziomie funkcjonowania rodziny prowadzą do poważnych problemów natury emocjonalnej i ekonomicznej. Na poziomie społeczeństw prowadzą do rosnących kosztów opieki medycznej, powiększania

się grupy osób chorych i niepełnosprawnych. Około 50% wszystkich samobójstw popełnianych jest pod wpływem substancji psychoaktywnych, a do więcej niż połowy śmiertelnych wypadków drogowych przyczynia się osłabienie zdolności (notorycznych kierowców z powodu alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych). Rozprzestrzenianie się chorób przenoszonych przez krew, wśród nich HIV/AIDS i wirusowego zapalenia wątroby jest w dużej mierze skutkiem używania narkotyków drogą dożylną.

Jak widać, zjawisko używania narkotyków przez poszczególne jednostki ma z reguły także określone negatywne konsekwencje dla ich najbliższego otoczenia oraz zakłóca prawidłowe funkcjonowanie całego społeczeństwa rodząc dlań szereg szkód i kosztów. Dlatego też używanie narkotyków nie może być kwestią społecznie obojętną.

Dlaczego uzależniamy się od narkotyków?

Zastanawiając się nad przyczynami sięgania po narkotyki widzimy, że czymś innym będą powody eksperymentów z narkotykami, a czymś innym przyczyny, dla których osoba, która sięgnęła po narkotyk, uzależnia się od niego. Możemy też założyć, że w tym ostatnim przypadku o uzależnieniu zdecyduje zarówno psychofizyczna konstrukcja jednostki, jak i właściwości konkretnej substancji. O tym, czy ktoś uzależni się od narkotyków nie zdecyduje tylko incydentalny z nimi kontakt. Cały szereg czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych będzie wpływać na relacje pomiędzy narkotykiem a jednostką.

Brak życiowych perspektyw, duża przestępczość i bezrobocie to tylko niektóre czynniki związane ze środowiskiem społecznym mogące podkopać wiarę młodego człowieka w siebie i we własną przyszłość. Niebagatelną rolę odegrają tu grupy rówieśnicze, w których młody człowiek funkcjonuje – a w których niekiedy narkotyki są atrybutem buntu i sprzeciwu wobec społeczeństwa.

Rozbite rodziny, zachwiane relacje w rodzinach pełnych, brak wsparcia i porozumienia, nieprawidłowe wzorce ze strony rodziców związane np. z nadużywaniem alkoholu generują wśród dzieci postawy ucieczkowe, a narkotyk staje się jedną z form tej ucieczki. Niepewność i niedojrzałość

emocjonalna, mała odporność na stres, słaba motywacja do działań, które nie przynoszą natychmiastowych korzyści – to tylko niektóre cechy jednostek podatnych na uzależnienia. Postawy rodziców są także często odpowiedzialne za poważniejsze zaburzenia osobowości mogące mieć znaczenie w społecznych kontaktach wychowanków: przesadna idealizacja bądź lekceważenie innych, zmienność nastrojów, zakłócenia tożsamości, poczucie pustki – mogą mieć źródło w niedbałym i niewłaściwym traktowaniu dziecka przez rodziców, oddaleniu się od jego potrzeb emocjonalnych. Poważne zachowania społeczne mogą dalej pogłębić się w wyniku nadużywania środków psychoaktywnych. Wśród zaburzeń psychicznych mogących odgrywać pierwszorzędą rolę w podatności na uzależnienie dominuje lęk i zaburzenia nastroju. Zresztą będą one pogłębiać się w okresie uzależnienia, bo narkotyki uśmierzać będą te zaburzenia tylko doraźnie. Podwyższone ryzyko uzależnienia wynika nie tylko ze środowiskowych oddziaływań, ale także może mieć związek z czynnikami biologicznymi. W przypadku alkoholu teza na temat genetycznych predyspozycji dzieci alkoholików do podatności na to uzależnienie została ponad wszelką wątpliwość udowodniona.

Czy wszystkie narkotyki możemy wrzucić do jednego worka?

Są ogromne różnice pomiędzy tym, jak działają rozmaite substancje psychoaktywne. Kofeina działa inaczej niż alkohol, ecstasy inaczej niż kokaina, a działanie LSD w niczym nie przypomina działania heroiny. To, że ktoś próbował niektórych narkotyków – wcale nie oznacza, że próbując innych doświadczy podobnych doznań. To, że marihuana kogoś nie zabiła nie oznacza, że nie zrobi tego heroina.

Niektóre narkotyki otrzymywane są z roślin (heroina, kokaina), inne na drodze syntezy (amfetamina, LSD). Ale nawet, jeśli narkotyki wyglądają podobnie – mogą oddziaływać bardzo różnie. Nielegalne narkotyki robione są na bazie różnych składników, niekiedy wyjątkowo toksycznych, a wyglądające zdawałoby się identycznie tabletki mogą zawierać znacznie różnią-

ce się od siebie substancje. Tak więc ktoś, kto sięga po narkotyki nigdy nie ma pewności co tak naprawdę bierze. Nie ma bezpiecznego sposobu używania nielegalnych narkotyków. Substancje te są połykane, palone, wdychane lub wstrzykiwane. Im bardziej bezpośrednią drogą narkotyk dostaje się do krwioobiegu tym efekt jego działania jest silniejszy, a ryzyko śmiertelnego przedawkowania większe. Możemy wyróżnić trzy główne typy działania narkotyków:

- typ pobudzający,
- typ uspokajający,
- typ halucynogeny.

Jak zorientować się, czy ktoś sięga po narkotyki?

Szczegółowe symptomy użycia poszczególnych narkotyków zostały przedstawione w dalszej części niniejszego opracowania, podczas ich szczegółowego omawiania. Kontakt z narkotykiem objawia się przede wszystkim **w obrębie zmian zachowania** danej osoby. Jednak zmiany zachowania zależą tu od rodzaju substancji psychoaktywnej, jaka została zażyta i w przypadku narkotyków z różnych grup będą wyglądać rozmaicie. Natężenie zmian w zachowaniu jest ściśle związane z ilością przyjętego narkotyku i nie zawsze musi być wyraźnie widoczne. Najlepiej rozpoznać takie stany wtedy, gdy osoba jest nam znana i wiemy jak na ogół zachowuje się i jak reaguje. Możemy jednak spróbować uogólnić pewne wskazówki dotyczące zmian zachowania pod wpływem narkotyków.

W sytuacji zażycia **narkotyków psychostymulujących** (amfetamina, kokaina, crack), osoba będzie pobudzona motorycznie, nienaturalnie pewna siebie, niekiedy może być nerwowa, a nawet agresywna. Po pewnym czasie, kiedy ustaje działanie narkotyku – stan ten może zmienić się w ospałość, uczucie zmęczenia, przygnębienie i niechęć do czegokolwiek. Środki te zaburzają dobowy rytm snu, a więc stany pobudzenia i ospałości mogą przeplatać się dając różnorodny obraz zachowań.

Środki halucynogenne (LSD, grzyby halucynogenne) będą powodować silne zaburzenia zachowania objawiające się przede wszystkim w nieracjonalnych i dziwacznych wypowiedziach. Niekiedy, przy większych daw-

kach tych narkotyków, może dochodzić do zaburzeń koordynacji motorycznej.

Również zachowanie osoby będącej pod wpływem **środków wziewnych** (kleje i rozpuszczalniki) będzie dziwaczne, a przeżywane halucynacje zdecydują o skrajnie nieracjonalnych wypowiedziach, nie mających nic wspólnego z realną sytuacją.

W przypadkach używania środków z **grupy opiatów** (heroina, morfina) zachowanie charakteryzować będzie się nadmiernym uspokojeniem osoby, sennością (opadające powieki), przerwami w dłuższych wypowiedziach. Jednak gdy zaczynają się pojawiać objawy abstynencyjne – osoba będzie niespokojna i nerwowa.

Wiele podobieństw zauważymy również w przypadku, gdy osoba będzie pod wpływem **środków uspokajających** (benzodiazepiny) czy **nasennych** (barbiturany). Po krótkim okresie euforycznego pobudzenia zachowanie jej wyraźnie „przygaśnie” i nastąpi okres nienaturalnego uspokojenia lub w wyniku niemożności powstrzymania się od snu – osoba zapadnie w sen. W wypowiedziach osób będących pod wpływem tych środków wyraźnie dostrzeżemy problemy z artykułowaniem słów (bełkotliwa mowa).

Pod wpływem **preparatów konopi** (marihuana, haszysz) osoba może być nieco pobudzona, często nad wyraz gadatliwa i wesołowata. Wypowiedzi mogą być chaotyczne i coraz bardziej oderwane od kontekstu rozmowy.

Trudniej natomiast rozpoznać działanie dwóch lub więcej użytych jednocześnie narkotyków o zupełnie innym działaniu, co jest rzeczą dość powszechną (np. równoczesne stosowanie amfetaminy i heroiny).

Działanie większości narkotyków można również zidentyfikować na podstawie **wyglądu oczu oraz reakcji źrenic na światło**. Po otwarciu oczu w jasno oświetlonym pomieszczeniu źrenice błyskawicznie zwężają się, a następnie powoli, przyzwyczajając się do natężenia światła, powiększają się. Większość substancji psychoaktywnych zaburza ten proces. Środki pobudzające i halucynogenne powodują zazwyczaj powiększenie źrenic. Działanie heroiny powoduje, że oczy są szkliste, a źrenice ekstremalnie zwężone. Po wypaleniu marihuany bądź haszyszu białka oczu mogą być przekrwione.

Do zażywania większości narkotyków służą specyficzne **akcesoria**, na podstawie których możemy próbować rozpoznawać, jaka substancja jest zażywana:

I tak do palenia **marihuany** służą zazwyczaj szklane lufki i fifki, różnych kształtów fajki drewniane lub gliniane (na ogół mniejsze niż te, w których palony jest tytoń). Do palenia haszyszu, który często mieszany jest z tytońmiem potrzebne są bibułki i maszynki do robienia skrętów. Niekiedy, szczególnie podczas zbiorowego palenia preparatów konopi, używa się prymitywnych fajek wodnych zrobionych z plastikowych butelek.

Środki takie, jak **amfetamina czy kokaina** (niekiedy heroina) stosowane są poprzez tzw. *snifowanie*, czyli wciąganie do nosa i umożliwienie przedostawania się substancji psychoaktywnej do krwioobiegu przez śluzówkę. Tutaj najczęstszymi akcesoriami są różnego rodzaju rurki (np. krótko przycięte słomki). Gładką powierzchnię, na której usypywane są za pomocą żyłek lub kart telefonicznych „ścieżki” proszku stanowią np. lusterka.

Palenie brązowej wersji **heroiny** wymaga folii aluminiowej, na której narkotyk jest podgrzewany, a powstające opary wciągane przez usta.

Przyjmowanie narkotyków poprzez iniekcje (najczęściej „**kompot**”, **brązowa heroina, amfetamina**) wymaga posiadania nie tylko igieł i strzykawek, ale także innych przyborów: łyżki do rozpuszczania narkotyku z wodą (łyżka zwykle jest okopcona od podgrzewania); kwasu cytrynowego, który ułatwia rozpuszczanie; kawałka waty lub filtru papierosowego do odfiltrowania zanieczyszczeń.

Zażywanie **środków wziewnych** (kleje i rozpuszczalniki) odbywa się najczęściej z plastikowych woreczków lub kawałków nasączonych tymi substancjami szmatek.

Testy do wykrywania narkotyków

Najprostszą i najtańszą metodą wykrywania narkotyków w organizmie są testy do badania obecności narkotyków, a dokładnie ich metabolitów w moczu. Są one dostępne w wielu aptekach za stosunkowo niewielką kwotę (10–20 zł). Trudność polega na tym, że każdy z nich wykrywa jeden konkretny narkotyk bądź jedną grupę narkotyków. W związku z tym, kupując test w aptece, powinniśmy wiedzieć o użycie jakiego narkotyku osobę badaną podejrzewamy.

Z reguły opisywane testy wykrywają **amfetaminę** obecną w moczu w czasie do 2–3 dni od momentu użycia. **Kokaina** jest możliwa do wykrycia przez okres o wiele krótszy – do kilkunastu godzin po użyciu. Powodem jest szybki metabolizm tego narkotyku. **Heroina** obecna w moczu wykrywana jest do 3 dni od momentu jej użycia. **Marihuana** utrzymuje się na poziomie wykrywalnym najdłużej, bo przez 3–10 dni po jednorazowym zapaleniu – a to dzięki temu, że THC odkłada się w tkance tłuszczowej i potem powoli wraz z moczem opuszcza organizm. Przy długotrwałym używaniu marihuany lub innych preparatów konopi okres ten wzrasta nawet do kilkunastu tygodni.

Poza rodzajem substancji – długość okresu, kiedy narkotyki są wykrywalne w moczu zależy także od wielkości przyjętej dawki, czasu i częstotliwości przyjmowania narkotyku, wieku, wagi ciała, a nawet stanu zdrowia.

Zestawienie wskaźników zażywania narkotyków

Poniżej przedstawiamy listę cech, zachowań i przedmiotów, których zaobserwowanie u dziecka *może*, ale *nie musi* oznaczać, że bierze ono narkotyki.

Wygląd zewnętrzny

- oczy,
- nos, twarz,
- inne.

Zapach

Zachowanie

- mowa,
- przyływ energii, ożywienie,
- obniżony nastrój,
- objawy fizjologiczne,
- różne objawy.

Przedmioty

Wygląd zewnętrzny

- oczy:
 - rozszerzone źrenice, w nikłym stopniu reagujące na światło: sprawdź amfetaminę, ecstazy, kokainę, sprawdź LSD,
 - zwężone źrenice: sprawdź opiaty,
 - przekrwione oczy: sprawdź marihuanę,
 - szklane, wodniste oczy: sprawdź opiaty,
 - zapalenie spojówek: sprawdź środki wziewne,
 - nadwrażliwość na światło: sprawdź środki wziewne;
- nos, twarz:
 - czerwony nos z krostkami i objawami egzemy (zaczerwieniona, łuszcząca się skóra, swędzenie): sprawdź kokainę,
 - katar lub krwawienie z nosa: sprawdź środki wziewne,
 - krosty i wrzody w okolicach nosa i ust: sprawdź środki wziewne,
 - pęknięcia na wargach: sprawdź środki wziewne,
 - obrzęk twarzy, przerost żuchwy: sprawdź sterydy;
- inne:
 - zmiany skórne (plamy, zaczerwienienia): sprawdź sterydy,
 - wygląd jak po spożyciu alkoholu: sprawdź barbiturany, benzodiazepiny,
 - blade palce: sprawdź marihuanę,
 - ślady wkluc na ciele: sprawdź opiaty,
 - krople krwi na rękawach: sprawdź opiaty,
 - znaczne ubytki wagi ciała: sprawdź amfetaminę.

Zapach

- słodkawa woń oddechu, włosów i ubrania: sprawdź marihuanę,
- silny zapach potu: sprawdź LSD,
- niemiły zapach w pomieszczeniu: sprawdź opiaty,
- wyraźny zapach rozpuszczalników: sprawdź środki wziewne,
- zapach palonych liści: sprawdź marihuanę.

Zachowanie

- mowa
 - bełkotliwa mowa: sprawdź barbiturany, benzodiazepiny,

- bełkotliwa mowa i wesołkowatość: sprawdź LSD, grzyby halucynogenne,
- zaburzenia mowy (mowa zamazana, bełkotliwa): sprawdź środki wziewne,
- gadatliwość: sprawdź kokainę, środki wziewne,
- gadatliwość i wesołkowatość, stany euforyczne: sprawdź marihuanę,
- dziwne, nieracjonalne wypowiedzi: sprawdź LSD,
- prowadzenie rozmów z wyimaginowanymi osobami: sprawdź grzyby halucynogenne;
- przyływ energii, ożywienie
 - poprawa nastroju, przyływ energii: sprawdź sterydy,
 - pobudzenie, ożywienie, podniecenie: sprawdź ecstasy i środki wziewne,
 - nadpobudliwość i wzmożona aktywność: sprawdź kokainę,
 - nerwowość, drażliwość: sprawdź amfetaminę,
 - ogólne podniecenie i nadczynność psychoruchowa: sprawdź marihuanę,
 - nerwowość, impulsywność, agresywność: sprawdź sterydy,
 - niepokój psychoruchowy: sprawdź kokainę,
 - zachowania agresywne: sprawdź kokainę,
 - wyostrenie zmysłów wzroku i słuchu: sprawdź grzyby halucynogenne,
 - nadmierne poczucie pewności lub nieuzasadniony strach: sprawdź amfetaminę,
 - kłopoty ze snem: sprawdź amfetaminę,
 - wahania nastroju od euforii do depresji: sprawdź amfetaminę,
 - mało racjonalne i dziwne zachowanie (np. okazywanie niecodziennej sympatii wobec innych): sprawdź ecstasy;
- obniżony nastrój
 - brak koordynacji ruchowej: sprawdź ecstasy i marihuanę,
 - brak koordynacji ruchowej i widoczne zaburzenie orientacji przestrzennej: sprawdź LSD,
 - nieporadność ruchowa: sprawdź środki wziewne,
 - zaburzenia orientacji przestrzennej: sprawdź marihuanę,
 - zmniejszenie aktywności życiowej: sprawdź barbiturany, benzodiazepiny,

- senność: sprawdź barbiturany, benzodiazepiny,
- zamroczenie: sprawdź opiaty;
- objawy fizjologiczne
 - katar: sprawdź kokainę, opiaty,
 - kaszel: sprawdź marihuanę,
 - kichanie i kaszel: sprawdź środki wziewne,
 - wymioty: sprawdź barbiturany, benzodiazepiny,
 - zwiększone łaknienie, apetyt na słodycze: sprawdź marihuanę,
 - brak apetytu: sprawdź opiaty;
- różne objawy
 - silne halucynacje: sprawdź grzyby halucynogenne,
 - poczucie siły i kondycji: sprawdź sterydy,
 - zaburzenia równowagi hormonalnej: sprawdź sterydy,
 - szybki przyrost masy mięśniowej, nieproporcjonalny do czasu poświęcanego ćwiczeniom na siłowni: sprawdź sterydy.

Przedmioty

- igły, strzykawki: sprawdź amfetaminę, kokainę, opiaty,
- małe opakowania plastikowe zawierające biały proszek lub kryształ: sprawdź amfetaminę,
- tabletki, kapsułki, drażetki różnych kolorów: sprawdź amfetaminę, barbiturany, benzodiazepiny,
- opakowania po tabletkach/drażetkach: sprawdź barbiturany, benzodiazepiny,
- biały proszek lub bezbarwne przezroczyste kryształy bez zapachu o gorzkim smaku: sprawdź kokainę,
- rurki do wdychania oparów: sprawdź kokainę,
- bibułka nasączana roztworem: sprawdź LSD,
- cukier w kostkach: sprawdź LSD,
- opłatki: sprawdź LSD,
- małe tubki z płynem: sprawdź LSD,
- brązowo-szare nasionka w kieszeniach lub w podszewce: sprawdź marihuanę,
- bibuła papierosowa: sprawdź marihuanę,
- zielony tytoń: sprawdź marihuanę,
- brązowe watki, kapsle, nakrętki, łyżki: sprawdź opiaty,

- rurki do wdychania oparów: sprawdź opiaty,
- naczynia pokryte brudnym nalotem: sprawdź opiaty,
- osmalone sreberka: sprawdź opiaty,
- torebki z brunatnawym proszkiem: sprawdź opiaty,
- słoma makowa: sprawdź opiaty,
- tuby kleju, smary: sprawdź środki wziewne,
- torebki plastikowe z klejem: sprawdź środki wziewne.

Charakterystyka poszczególnych rodzajów narkotyków

Amfetamina

Opis

Amfetaminy to cała grupa środków psychostymulujących pochodnych **fenylopropylanu**. Środki te, w odróżnieniu od kokainy powodują **długotrwałe pobudzenie**. W ciągu ostatnich stu lat były one wykorzystywane w różnorodny sposób: od zastosowań leczniczych w **medycynie**, poprzez stosowanie ich jako środki **odchudzające** przez osoby otyłe; były również powszechne wśród **sportowców** jako tzw. **koks** (doping) w sporcie; obecnie pozostają przede wszystkim środkami odurzającymi stosowanymi przez narkomanów.

Metamfetamina względem chemicznym jest podobna do amfetaminy; różni się od niej tylko obecnością grupy N-metylowej. Jej pobudzające działanie na ośrodkowy układ nerwowy jest słabsze niż amfetaminy, a efekty euforyzujące są podobne do kokainy, ale utrzymują się dłużej.

Zastosowanie w medycynie

Amfetamina od 1927 r. pod nazwą benzedryny stosowana była w medycynie do leczenia **astmy oskrzelowej** (rozszerza oskrzela) oraz **napadowej senności** (tzw. narkolepsji; amfetamina zmniejsza bowiem zapotrzebowa-

nie na sen). Od wielu lat jej zastosowanie w lecznictwie radykalnie ograniczono. W Polsce została wykreślona z lekospisu. Tylko w nielicznych krajach nadal jest stosowana w leczeniu **zespołów hiperkinetycznych u dzieci i napadowej senności**. Inne odkryte i wykorzystane właściwości działania amfetaminy – to działanie **zmniejszające łaknienie**.

Działanie fizjologiczne

- silne pobudzenie psychomotoryczne,
- brak łaknienia,
- rozszerzenie źrenic,
- przyspieszona akcja serca i szybki oddech,
- podwyższone ciśnienie krwi i zwiększone wydalanie moczu,
- jadłowstręt,
- suchość w ustach,
- uszkodzenia szkliwa zębów (siarczan amfetaminy może zamieniać obecny w szkliwie zębów fosforan wapnia w siarczan wapnia, który jest lepiej rozpuszczalny w wodzie – powstałych w ten sposób mikroubytków nie zauważa większość dentystów).

Długość działania

W zależności od spożytej dawki **pobudzenie** trwa **2–3 godziny**, a nawet **dłużej**.

Odczucia subiektywne

Amfetamina i metamfetamina, mimo iż różnią się nieco strukturą chemiczną, dają podobny efekt, nie różniący się wieloma szczegółami. Jest to ogromny **przyływ energii** i bardzo wyraźne **podwyższenie nastroju** aż do **euforii**. Osoby, będące pod wpływem tych środków przeżywają wykazującą wzmożoną aktywność, której towarzyszy **bezsenna**. Osoby takie wydają się bardziej przedsiębiorcze z równoczesnym brakiem krytycyzmu własnego postępowania.

Pozornie „pozytywne” efekty działania

- zwiększenie wydolności psychomotorycznej,
- polepszona koncentracja i możliwość maksymalnego skupienia uwagi (np. w czasie nauki),
- przyływ energii i gotowości do działania,

- poczucie pewności i intensywne (subiektywne) poczucie mocy,
- euforia,
- odsunięcie poczucia lęku.

Negatywne efekty działania

- drażliwość i agresywność,
- formikacje (wrażenie obecności insektów na skórze),
- przymglona świadomość.

Formy występowania i sposoby przyjmowania

Amfetamina i metamfetamina przyjmowane są **drogą pokarmową, dożylnie, palone**, wdychane **przez nos**. Zależnie od drogi przyjęcia ich działanie wykazuje pewne różnice. Na przykład przy podaniu **dożylnym** lub **paleniu** w ciągu **5–15 sekund** występuje tzw. **kop** czyli krótkotrwały okres niezwykle intensywnej **euforii**. Podanie **doustne** i **donosowe** wywołuje euforię o słabszym nasileniu, tzw. **high (haj)**. Trwa ona **3–5 minut** po przyjęciu przez **śluzówki nosa**, a ok. **20 minut** po przyjęciu **doustnym**.

Zarówno amfetamina, jak i metamfetamina występuje w sprzedaży „ulicznej” w postaci **bezwonnego proszku o gorzko-cierpkim smaku**, w kolorze od **białego** do **ceglastego** (w zależności od zanieczyszczeń oraz użytych w produkcji składników). Czysty **chlorowodorek metamfetaminy** nadający się do **palenia** (podobnie jak „crack”), występuje w postaci **przezroczystych kryształów**.

W nielegalnej sprzedaży znajduje się również **nieoczyszczona metamfetamina**, produkowana nielegalnie w prymitywnych laboratoriach i jest to **białozółty proszek** o zapachu **jaj**.

Właściwości uzależniające

Uzależnienie psychiczne

Zależność psychiczna jest **podobna** do tej, która jest spowodowana przez **kokainę**. Wywołuje ją **atrakcyjny i euforyczny** przebieg działania specyfiku, wzmacniany z kolei przez **przykre dolegliwości** związane z jego **odstawieniem** (złe samopoczucie, spowolnienie psychiczne, uczucie zmęczenia i apatii), które obserwuje się już po **12 godzinach** od ostatniego zażycia amfetaminy.

Uzależnienie fizyczne

Symptomy zależności fizycznej są **znikome** lub **wcale** nie występują. Jedynie **przedłużony** czas **snu** po tzw. ciągu amfetaminowym, nawet do **kilku dni**, jest przez niektórych specjalistów klasyfikowany jako objaw uzależnienia fizycznego. Do najczęściej pojawiających się objawów abstynencyjnych można zaliczyć uczucie **przygnębienia**, **zmęczenia** i **apatii**, **wewnętrzny niepokój**, **senność**, **bóle głowy**, **obniżenie napięcia mięśniowego**, **wzmoczone łaknienie** i **myśli samobójcze (!)**. Objawy te rozwijają się dość **wolno**, gdyż metabolizm i wydalanie amfetaminy z ustroju przebiega powoli.

Zewnętrzne oznaki używania amfetamin

- nerwowość, drażliwość,
- rozszerzone źrenice, w nikłym stopniu reagujące na światło,
- kłopoty ze snem,
- wahania nastroju od euforii do depresji,
- nadmierne poczucie pewności lub nieuzasadniony strach,
- znaczne ubytki wagi ciała (przy długotrwałym używaniu),

Na co należy zwrócić uwagę

- tabletki, kapsułki,
- małe opakowania plastikowe zawierające biały proszek lub kryształy,
- igły, strzykawki.

Nazwy slangowe

- amfa, proszek, spid (speed), proch, feta, setka, witamina A, ścierwo, paździoch, węgorz, persil, siupa, szmata, pronto, zeżryś, białe, białe szaleństwo, waclaw biały

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Anhedonia – utrata zdolności odczuwania przyjemności przy czynnościach i przeżyciach zwykle jej dostarczających.

Psychoza amfetaminowa o charakterze **majaczeniowo-urojeniowym** (omamy słuchowe i urojenia prześladowcze) – długotrwałe stosowanie amfetaminy i metamfetaminy często prowadzi do stanów przypominających objawy schizofrenii.

Wywołana przez narkotyki **głęboka i ostra depresja** może prowadzić do myśli i prób **samobójczych** nawet przez długi czas od momentu zaprzestania jego przyjmowania.

Zmniejszenie **potencji** z równoczesnym wzrostem **pożądania**. Przy dużym pobudzaniu seksualnym ejakulacja i orgazm są trudne i niemożliwe do osiągnięcia.

Silne pobudzenie oraz **zanik samokontroli** prowadzi często do niespodziewanych, bardzo gwałtownych zachowań.

Skrajne wyczerpanie spowodowane długim okresem intensywnego przyjmowania narkotyku. Z reguły już po kilkudniowym „ciągu” osoba używająca amfetaminy zapada w przedłużony, niespokojny sen, trwający nawet do 48 godzin.

Przedawkowanie przejawia się w postaci tachykardii, bólów w klatce piersiowej, nadciśnienia tętniczego i zagrażającej życiu zapaści sercowo-naczyniowej. W wyniku przedawkowania narkotyku może nastąpić nieodwracalne uszkodzenie drobnych naczyń mózgowych prowadzące do udarów mózgu.

Barbiturany

Opis

Barbiturany – środki nasenne. Substancja aktywna: pochodne kwasu barbiturowego (1863). Od tego czasu przeprowadzono z kwasu barbiturowego syntezę około 2.500 barbituranów, z których prawie 50 było wykorzystywanych w celach klinicznych i produkowanych przez zakłady farmaceutyczne na bardzo dużą skalę. Niektóre środki z tej grupy: Cyclobarbita, Luminal.

Zastosowanie w medycynie

Barbiturany to leki stosowane w leczeniu między innymi w **bezsenności** i **padaczce**. Medycyna sięga jednak po nie coraz rzadziej, właśnie ze względu na niebezpieczeństwo **uzależnienia**.

Działanie fizjologiczne

Środki te wykazują bardzo silne działanie depresyjne – tłumienie aktywności ośrodkowego układu nerwowego.

Małe dawki

- przyjemne stany relaksacji, podobne do sennego marzenia.

Większe dawki

- przyćmienie świadomości,
- pogorszenia zdolności dokonywania oceny,
- silna senność,
- zlewanie się mowy,
- utraty koordynacji ruchów,
- czasami mogą spowodować reakcje paradoksalne i prowadzić do krótkotrwałego pobudzenia.

Barbiturany mają szczególne działanie w połączeniu z **alkoholem** i w ten sposób są bardzo często nadużywane. Alkohol wzmacnia działanie barbituranów. Z uwagi na depresyjny wpływ na ośrodek **oddechowy** i długi czas **wydalania** z organizmu – barbiturany są szczególnie groźne w przypadku ich **przedawkowania**.

Właściwości uzależniające

Używanie barbituranów prowadzi do powstania zależności **psychicznej** i bardzo silnej zależności **fizycznej**.

Powodują wzrost **tolerancji** organizmu.

Objawy **odstawienia** są szczególnie silne – charakteryzują się:

- niepokojem,
- lękiem,
- drżeniem mięśni.

W zależności od rodzaju stosowanych barbituranów (krótko- lub długodziałających) objawy odstawienia mogą pojawić się od 1 do 10 dni po zakończeniu ich używania.

Przy bardzo silnym uzależnieniu w okresie **odstawienia** może pojawić się **delirium** wraz z **majaczeniem**.

Nagłe odstawienie może grozić nawet **śmiercią**. Mechanizm powstawania tak silnej zależności jest prosty: kiedy środek działa – aktywność **neuronów** pozostaje **stłumiona**; kiedy zostanie **odstawiony** – neurony stają się **nadpobudliwe**.

Wieloletnie przyjmowanie tych środków prowadzi do zaburzeń **neurologicznych, hormonalnych**, układu **krażenia i oddechowego** oraz **psychicznych**, łącznie z **zespołem otępiennym**.

Zewnętrzne oznaki używania

- zmniejszenie aktywności życiowej,
- senność,
- bełkotliwa mowa,
- wygląd jak po spożyciu alkoholu,
- wymioty.

Na co należy zwrócić uwagę

- tabletki,
- drażetki różnych kolorów,
- opakowania po nich.

Nazwy slangowe

- dorota, dorotka, efka, erki, pestki, piguły, rolki, ziomki

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

- halucynacje,
- okresowe psychozy,
- anemia,
- bezsenność,
- skłonności samobójcze,
- śmierć z przedawkowania lub nagłego odstawienia środków.

Benzodiazepiny

Opis

Syntezę benzodiazepin przeprowadzono po raz pierwszy w roku 1950, następnie zsyntetyzowano całą grupę tego typu leków uspokajających.

Zastosowanie w medycynie

Obecnie dla celów klinicznych wykorzystuje się na świecie około kilkunastu rodzajów benzodiazepin, których podstawową właściwością jest działanie **przeciwłękowe** i **uspokajające**, co doprowadza do stanu zubożenia na przykre doznania. Niektóre środki z tej grupy: Relanium, Oxazepam, Nitrazepam. Leki zawierające benzodiazepiny są prawdopodobnie najczęściej zapisywanymi środkami psychoaktywnymi przez lekarzy na całym świecie.

Działanie fizjologiczne

Benzodiazepiny (np. Relanium) charakteryzuje działanie **uspokajające**, **przeciwłękowe**, **nasenne** i **przeciwdrgawkowe**.

Efekty wywoływane przez środki z grupy benzodiazepin są podobne do tych, które wywołują barbiturany, mimo że mechanizm ich działania jest zupełnie inny – bardziej przypominający ten, w jaki sposób działają na system nerwowy opiaty – wiążą się ze specyficznymi receptorami w układzie nerwowym człowieka.

Właściwości uzależniające

Generalnie uważa się, że środki z grupy benzodiazepin są o wiele bezpieczniejsze niż barbiturany. A jednak i one wywołują, oprócz uzależnienia **psychicznego**, powstanie zależności **fizycznej** i rozwój **tolerancji**.

Zespół **abstynencyjny**, wywołany odstawieniem benzodiazepin ma zdecydowanie łagodniejszy przebieg niż w przypadku barbituranów.

Zewnętrzne oznaki używania

- zmniejszenie aktywności życiowej,
- senność,
- bełkotliwa mowa.

Na co należy zwrócić uwagę

- tabletki,
- drażetki różnych kolorów,
- opakowania po nich.

Nazwy slangowe

- dorota, dorotka, efka, erki, pestki, piguły, rolki, ziomki

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Śmierć z powodu przypadkowego przedawkowania benzodiazepin należy do rzadkości (do zatrzymania **oddechu** i akcji **serca** może dojść po **szybkim** przyjęciu środka – na przykład drogą dożylną iniekcji).

Również tutaj ryzyko przedawkowania zwiększa się, jeżeli beznodiazepiny przyjmowane są z **innymi** depresantami (np. **alkohol**).

Ecstasy

Opis

Ecstasy (MDMA) jest syntetycznym analogiem amfetaminy i meskaliny – z jednej strony wykazuje działanie stymulujące układ nerwowy (podobnie jak amfetamina), z drugiej posiada właściwości psychodeliczne (podobnie jak meskalina). Często nazwa ecstasy używana jest także w szerszym znaczeniu: w stosunku do innych analogów metamfetaminy o podobnym, jednocześnie stymulującym i halucynogennym działaniu (MDA, BDB czy MBDB). Substancja aktywna w preparatach ecstasy to 3, 4-metylenodioksymetamfetamina (MDMA).

Zastosowanie w medycynie

Pierwsze legalne zastosowanie MDMA miało polegać na farmakologicznym **hamowaniu apetytu** – nigdy jednak w tym znaczeniu nie znalazło się na rynku. Środek ten w latach 70. miał zastosowanie w psychoterapii (szczególnie w USA). Związane było to z jego właściwościami wyzwalającymi **empatię** (zdolność wczuwania się w sytuację innych ludzi) – sprzyjającymi okazywaniu emocji i przełamywaniu psychicznych bloków. Później wycofany, mimo protestów psychologów przeświadczonych o jego właściwościach terapeutycznych.

Działanie fizjologiczne

- pobudzenie i brak łaknienia,
- wzrost temperatury ciała,
- wzmożenie odruchów,
- rozszerzenie źrenic,

- kołatanie serca i tachykardia,
- nagłe wzrosty ciśnienia i uderzenia krwi do głowy,
- szczękościsk,
- nudności i wymioty,
- odwodnienie.

Odczucia subiektywne

W dużym stopniu zależą one od **oczekiwań** osoby przyjmującej MDMA, **nastroju** i **sytuacji**, w której ma miejsce zażycie środka. Z dużym prawdopodobieństwem można zakładać, że zły stan psychiczny przed przyjęciem środka może ulec pogorszeniu po zażyciu MDMA.

Pozornie „pozytywne” efekty działania

- euforia,
- uczucie przyływu energii,
- pobudzenie seksualne,
- uczucie silnej więzi z otoczeniem,
- uczucie empatii w stosunku do innych,
- intensyfikacja przeżyć emocjonalnych,
- zaostrenie percepcji otoczenia.

Negatywne efekty działania

- napięcie emocjonalne,
- depersonalizacja,
- niepokój mogący przerodzić się w panikę,
- nadwrażliwość na bodźce z zewnątrz,
- poczucie utraty kontroli,
- nieprzyjemne halucynacje i depresja.

Formy występowania i sposoby przyjmowania

Dawka ekstazy, wynosząca zazwyczaj od 75 do 200 mg i zażywana doustnie – zaczyna działać po ok. 40 minutach. Po następnych 30 minutach następuje nasilenie działania. Działanie ustępuje po kilku godzinach (4–6) od momentu zażycia.

Najczęściej spotykanymi postaciami nielegalnej sprzedaży ekstazy są **tabletki** i **kapsułki**. Różnych kolorów i kształtów tabletki wyróżniają się wy-

tłoczonymi **wizerunkami i znakami** (np. ptak, kot, sierp i młot, itp.) lub napisami. Mogą one zawierać również pewne ilości innych narkotyków, najczęściej amfetaminy.

Właściwości uzależniające

Działaniu ecstasy, podobnie jak w przypadku innych środków z grupy amfetamin towarzyszy uczucie **silnej euforii**. Doznania te decydują o uzależniających właściwościach tego środka. Chęć ponownego przyjęcia środka może być wzmacniana z uwagi na **przykre** dolegliwości pojawiające się po pewnym czasie od jego **odstawienia**.

Następnego dnia po zażyciu MDMA często pojawia się uczucie **kaca**, charakteryzującego się:

- zmęczeniem,
 - zawrotami głowy i mdłościami,
 - słabą zdolnością koncentracji,
 - sennością albo pobudzeniem i irytacją,
- Stan taki może trwać nawet dwa dni.

Zewnętrzne oznaki używania

- rozszerzenie źrenic,
- pobudzenie,
- mało racjonalne i dziwne zachowanie (np. okazywanie niecodziennej sympatii wobec innych),
- czasem brak koordynacji ruchowej.

Nazwy slangowe

- eska, bleta, piguła, drops,
- nazwy własne tabletek, np. UFO, Adam, Eva, Love, Superman, Batman, Aligator, Mitsubishi, Vogel, Snowball, Drops, Herz, Sonne, VW.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Na skutek przedawkowania środka lub szczególnej nadwrażliwości na jego działanie może pojawić się tzw. **złośliwy zespół neuroleptyczny** (spadek ciśnienia krwi, gwałtowny wzrost temperatury ciała, drgawki i śpiączka) prowadzący do śmierci.

Szczególnie niebezpieczne jest przyjmowanie MDMA przez osoby cierpiące na choroby układu **krażenia**. Środek ten powoduje **migotanie komór serca** nawet u osób zdrowych.

Na skutek spowodowanego przez MDMA **szczękościsku i zgrzytania zębami** może dojść do **kruszenia** zębów.

Podobnie jak w przypadku stosowania innych środków z grupy amfetamin może dochodzić ciężkich stanów **depresyjnych, urojeń i psychoz**, które środek ten może ujawnić i wzmocnić, lub będą one bezpośrednim następstwem jego stosowania.

Podniecenie seksualne połączone jednocześnie z odrzuceniem zahamowań w sferze **seksualnej** może prowadzić do negatywnych konsekwencji.

Nie wiele wiadomo o efektach długotrwałego używania ecstasy, ale istnieją przesłanki co do tego, że może powodować zmiany degeneracyjne niektórych neuronów w **mózgu**.

UWAGA: Wiele osób zażywa ecstasy na imprezach **rave**. Środek ten powoduje wzrost temperatury ciała, co połączone nadmiernym wysiłkiem (taniec) może prowadzić do **odwodnienia** organizmu.

Grzyby halucynogenne

Opis

Spośród **5.000** odmian grzybów znanych przez człowieka – około **80** odmian posiada właściwości **psychoaktywne**. Są one spotykane, oprócz dalekiej północy, na każdej szerokości geograficznej. Zazwyczaj miały one zastosowanie lokalne, związane z miejscowymi zwyczajami i obrzędami; stosowane były od wieków. Otaczano je czcią na całym świecie, ale szczególny kult grzybów istniał w Ameryce Południowej i Północnej.

Spośród wszystkich grzybów wywołujących **halucynacje**, na uwagę zasługują dwa gatunki: **grzyby psylocyble** (*Psilocyble mexicana / astecorum*) i **muchomor czerwony** (*Amanita muscaria*), gdyż właśnie te są współcześnie używane ze względu na właściwości psychodeliczne.

Psylocyble semilanceata – opis

Łysiczka lancetowata (*Psylocyble semilanceata*), rosnąca także w Polsce zawiera nieco mniej substancji psychoaktywnych aniżeli grzyby amerykańskie. Ma to jednak swoje znaczenie tylko w ilości jedzonych jednorazowo grzybów. Przy zjedzonych **50** sztukach mogą wystąpić bardzo poważne zmiany świadomości, a spożycie już około **30** świeżych sztuk powoduje wystąpienie halucynacji.

Psylocyble mexicana – opis

Wygląd: mały niepozorny grzybek w kolorze zazwyczaj brązowym o cienkiej i delikatnej nóżce oraz stożkowatym kapeluszu.

Substancje psychoaktywne

- psylocybina,
- psylocyna.

Działanie **psylocybiny** w dużej mierze przypomina efekty wywoływane przez LSD.

Objawy uzycia

- halucynacje,
- zwiększenie wrażliwości wzrokowej i słuchowej,
- brak kontaktu z otoczeniem,
- uczucie opuszczenia ciała,
- bierność i obojętność na sygnały zewnętrzne.

Amanita muscaria – opis

Muchomor czerwony (*Amanita muscaria*) to bardzo rozpowszechniony w całej strefie umiarkowanej grzyb; jest powszechnie znany i z uwagi na właściwości toksyczne – niejadalny. Jednak w niektórych rejonach dalekiej północy, a w szczególności terenach byłego Związku Sowieckiego, był używany przez plemiona zamieszkujące Syberię właśnie ze względu na te właściwości. Obecnie również bywa wykorzystywany przez osoby poszukujące mocnych wrażeń indukowanych chemicznie.

Substancje psychoaktywne

- muscinol,

- kwas ibotenowy,
- muskazon.

Formy występowania i sposoby przyjmowania

Odurzenie, jakie występuje po wypiciu **wywaru** z muchomorów czerwonych lub po **zjedzeniu** pokrojonych i ususzonych jego kawałków w początkowej fazie przypomina stan upojenia **alkoholowego**.

Zewnętrzne oznaki używania grzybów halucynogennych

Zachowanie odurzonego może mieć bardzo różny charakter: od **spokojnego** i **przygaszonego**, do stanów silnego **rozdrażnienia**, a nawet **wściekłości**.

Wszystkie **zmysły** są bardzo **wrażliwe**, a w szczególności **słuch** i **wzrok**.

Normalne **oświetlenie** staje się nie do zniesienia, najśłabsze **dźwięki** są wychwytywane, drobne przedmioty przybierają przybierają ogromne rozmiary stając się przeszkodami nie do przebycia.

Objawy użycia grzybów halucynogennych

- gadatliwość i wesoły nastrój,
- silne halucynacje,
- prowadzenie rozmów z wymaginowanymi osobami,
- wyostrenie zmysłów wzroku i słuchu.

Nazwy slangowe

- grzybki, psylocyby, psyfki, baluny.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Mimo że zawarte w opisywanych grzybach substancje nie niosą niebezpieczeństwa powstania uzależnienia **fizycznego** i niemożliwy jest rozwój **tolerancji** – istnieje jednak, podobnie jak w przypadku innych halucynogennów, pewne niebezpieczeństwo uzależnienia **psychicznego**.

„Eksperymentów” z grzybami nie powinny na pewno podejmować osoby o niestabilnej **psychice** i skłonne do reakcji **psychotycznych**. W takich przypadkach szok spowodowany uwolnieniem ukrytych **psychoz** może doprowadzić do długotrwałego **urazu psychicznego**.

Używanie tych środków jest ryzykownym balansem na krawędzi zdrowia psychicznego stanowczo odradzonym zwłaszcza osobom niedojrzałym **psychicznie i emocjonalnie**, osobom o skłonnościach do **depresji** bądź **paranoi**.

Osobnym problemem jest regularne odurzanie się grzybami, czasami jeszcze przyjmując i **inne** narkotyki. Tego typu zachowania muszą zakończyć się **tragicznie**; w najlepszym przypadku – **załamaniem psychicznym**.

Zagrożeniem w przypadku **muchomora czerwonego** jest także możliwość pomyłki prowadzącej do zjedzenia **innego** muchomora, co może spowodować **śmierć**.

Z uwagi na dużą **toksyczność** istnieje szczególne zagrożenie dla takich organów jak **nerki i wątroba**.

Kokaina

Opis

W Ameryce Południowej Indianie żuli liście krzewu *Erythroxylon coca* w celu zwiększenia wydolności fizycznej, zmniejszenia głodu i podniesienia nastroju. W 1860 r. wyizolowano z liści tej rośliny alkaloid i nazwano kokainą. W 1884 r. użyto po raz pierwszy kokainy jako środka znieczulającego miejscowo. Przełom XIX i XX wieku przyniósł rozwój narkomanii kokainowej.

Zastosowanie w medycynie

Kokaina podana ogólnie charakteryzuje się silnym działaniem pobudzającym – wprowadzającym układ nerwowy w stan nadaktywności. Podana miejscowo wykazuje właściwości znieczulające. I tu znalazła zastosowanie w opiece medycznej. Obecnie jednak ze względu na uboczne toksyczne skutki, kokaina jest zastępowana przy miejscowym znieczulaniu przez nowe, syntetyczne, mniej szkodliwe środki. Jednak, w okulistyce i otorynolaryngologii jest nadal stosowana w postaci roztworu jako miejscowy środek znieczulający.

Działanie fizjologiczne kokainy

- opóźnia objawy zmęczenia,
- zmniejsza potrzebę odżywiania się i snu,

- zaburza pracę serca (na początku następuje zwolnienie, a następnie przyspieszenie akcji serca),
- silnie rozszerza źrenice,
- doprowadza do pobudzenia psychoruchowego,
- powoduje wzrost ciśnienia krwi i przyspieszenie oddechu,
- większe dawki mogą spowodować drżenie mięśniowe i wzrost temperatury ciała,
- po jednorazowo przyjętej dawce euforia trwa do 30 minut, rzadko dłużej.

Odczucia subiektywne – pozornie „pozytywne” efekty działania

- silna euforia,
- intensywne poczucie mocy wewnętrznej (siły fizycznej i umysłowej),
- pobudzenie ruchowe i podniecenie seksualne,
- poczucie wyższości i odsunięcie poczucia lęku,
- czas reakcji psychicznej ulega skróceniu – przyspieszeniu ulegają procesy myślowe,
- zanik zdolności odczuwania przykrych wrażeń.

Odczucia subiektywne – negatywne efekty działania

- brak krytycyzmu co do własnych możliwości i zachowań,
- niepokój i napięcie,
- bezsensowność,
- załamanie nerwowe,
- urojenia o nieprzyjemnej treści.

Formy występowania i sposoby przyjmowania

Kokaina występuje zasadniczo jako krystaliczny **biały proszek**.

Przyjmowana jest zazwyczaj **wziewnie** do nosa, gdzie jest wchłaniana przez śluzówkę i niemal natychmiast wywołuje wpływ na ośrodki przyjemności w mózgu (po pewnym czasie dochodzi do uszkodzenia przegrody nosa i martwicy).

Bywa też wcierana w **dziaśła** lub w środek **małżowiny usznej**.

Podawana **doustnie** działa znacznie słabiej, jednocześnie znieczulając błonę śluzową żołądka i znosząc w ten sposób uczucie **głodu**.

Stosowana na błonę śluzową **języka** powoduje porażenie zakończeń smakowych.

Kokaina jest także **palona** poprzez dodanie jej do papierosów lub do skrętów z marihuany.

Iniekcje (zastrzyki) należą raczej do rzadkości.

Crack jest krystaliczną formą kokainy. Ma postać białych kawałeczków przypominających płatki mydlane, jasnobrazowych kuleczek – pakowanych często do fiolek. Zażywany jest poprzez **palenie** (np. dodanie do papierosa zawierającego tytoń lub marihuanę); palony jest w **fajce wodnej**, specjalnie wydrążonych **tulejkach** albo podgrzewany na **łyżce** lub kawałku **folii** aluminiowej wdychając ulatniające się opary.

Crack jest od 20 do 30 razy **silniejszy** niż będąca w nielegalnym handlu kokaina. Działa podobnie, lecz o wiele bardziej intensywnie.

Pasta kokainowa jest pierwotnym produktem w procesie otrzymania kokainy z **liści** koki. Środek ten jest żażywany wyłącznie poprzez **palenie**, a zawarte w nim substancje wykorzystywane w procesie przetwarzania liści, mogą w poważnym stopniu uszkodzić **płuca**.

Właściwości uzależniające

- uzależnienie psychiczne

Zależność taka powstaje bardzo szybko z uwagi na atrakcyjne przeżycia towarzyszące działaniu kokainy na psychikę człowieka i złe samopoczucie po tym, gdy narkotyk przestaje działać.

- uzależnienie fizyczne

Brak jest dowodów na powstawanie takiej zależności wprost. Jednak objawy abstynencyjne związane z wyczerpaniem i depresją sprzyjają wytworzeniu się cyklu nałogowego.

Zjawisko tolerancji

Nie zauważono powstawania i rozwoju zjawiska tolerancji w wyniku używania kokainy. Fakt, iż wielu jej użytkowników zwiększa dawki i częstotliwość ich żażywania wynika raczej z chęci nasilenia doznań euforycznych i przedłużenia czasu ich trwania.

Zewnętrzne oznaki używania

- nadpobudliwość i wzmożona aktywność,
- gadatliwość,
- niepokój psychoruchowy,
- zachowania agresywne,
- rozszerzone źrenice, słabo reagujące na światło,
- katar (w przypadku używania poprzez śluzówki nosa),
- czerwony nos z krostkami i objawami egzemy (zaczerwieniona, łuszcząca się skóra, swędzenie).

Na co należy zwrócić uwagę

- biały proszek lub bezbarwne przezroczyste kryształy bez zapachu o gorzkim smaku,
- rurki do wdychania oparów,
- igły i strzykawki.

Nazwy slangowe

- **kokaina:** koka, koks, gram, porcja, śnieg, charlie, biała dama, witamina C
- **crack:** kisielek, galaretki

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Silne **wyniszczenie** organizmu – spowodowane brakiem łaknienia, snu.

Psychoza pokokainowa – postępowanie może stać się z czasem irracjonalne i dziwaczne; poczucie prześladowania i inwigilowania będzie wykazywać bardzo wiele cech charakterystycznych dla psychozy.

Zaburzenia i zmiany w **osobowości**, w tym zanik uczuć **wyższych**, przynębianie z możliwością prób **samobójczych**.

Przedawkowanie – objawy ostrego zatrucia występują w ciągu kilkunastu minut od przyjęcia zbyt dużej dawki kokainy. Charakteryzują się one silnym **lękiem** połączonym z **urojeniami** i zaburzeniami **świadomości** oraz wybitnie nasilonym **pobudzeniem** ruchowym (od miotania się do konwulsji). Towarzyszy temu wysokie **ciśnienie** krwi i płytki, przyspieszony **oddech**.

LSD

Opis

LSD to środek z grupy **halucynogenów**, związek kwasu lizergowego, powszechnie znany jako „kwas”, powodujący omamy wzrokowe, słuchowe i dotykowe. LSD jest jednym z najtańszych i najszerzej dostępnych narkotyków. Praktycznie całkowicie wyparło ono inne psychodeliki. Od ponad dwudziestu lat jest to najpopularniejszy środek halucynogeny. Substancją aktywną w LSD jest dietyloamid kwasu lizergowego (LSD-25).

Zastosowanie w medycynie

Najpoważniejsze próby medycznego stosowania LSD dotyczyły psychiatrii, a dokładnie leczenia schizofreników. Niestety trudno znaleźć w literaturze wiarygodne opisy efektów terapeutycznych LSD w tym ujęciu, mimo iż w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych opublikowano ponad tysiąc badań dotyczących około 40 tysięcy pacjentów.

Działanie fizjologiczne

- zawroty głowy,
- rozszerzenie źrenic i suchość w ustach,
- drżenie mięśniowe i skurcze mięśni klatki piersiowej,
- osłabienie i nudności,
- kołatanie serca,
- wzrost ciśnienia krwi,
- zapis fal mózgowych (EEG) osoby znajdującej się pod wpływem LSD-25 przypomina stan pobudzenia i niepokoju,
- rozszerzenie źrenic i silne poty to dodatkowe objawy fizyczne pojawiające się przy zatruciu LSD.

Długość działania

Efekty zależą od ilości użytego LSD i osiągają szczyt w przeciągu okresu od jednej do trzech godzin po zażyciu środka. Halucynacje mogą trwać od 8 do 12 godzin.

Odczucia subiektywne

Osoba pod wpływem LSD jest bardzo podatna na każdy rodzaj sugestii, w szczególności autosugestię. Zarówno rodzaj halucynacji, jak i ich treść są uzależnione od nastawienia osoby zażywającej środek i od atmosfery, w której dochodzi do jego użycia.

Pozornie „pozytywne” efekty działania

Wywoływane przez LSD, pod względem psychicznym, objawy są bardzo różnorodne. Niemniej jednak do najczęściej pojawiających się można zaliczyć:

- zmianę poczucia kształtów i barw,
- niewyraźne widzenie całości i ostrzejsze widzenie kontrastów,
- wyostrenie słuchu,
- poczucie obcości własnego ciała,
- omamy, złudzenia i urojenia wzrokowe,
- zmiany nastroju i euforię,
- subiektywne poczucie wolniejszego upływu czasu,
- gonitwę myśli i zmniejszenie zdolności krytycznego osądu.

Czasem pojawia się uczucie lekkości, bądź przeciwnie – o ciężkości. Przedmioty widziane po otwarciu oczu zwykle zdają się błyszczeć, a nawet najprostsze z nich nabierają niezwykłego znaczenia symbolicznego.

Negatywne efekty działania

- problemy z zachowaniem równowagi i mówieniem,
- zła ocena odległości oraz własnych umiejętności,
- niespójność wypowiedzi,
- zimne dłonie i stopy,
- wymioty,
- uczucie nacisku na klatkę piersiową („ciasny sweterek”),
- uczucie oszołomienia, osamotnienia,
- depersonalizacja,
- bezsensowność,
- panika, lęk, płacz, śmiech,
- „złe podróże” (*bad trip*) – stany charakteryzujące się m.in. poczuciem utraty zmysłów, halucynacjami o bardzo przerażającej treści, nieprzyjemnymi doznaniem dotyczącymi własnego ciała.

Formy występowania i sposoby przyjmowania

Najczęstszą formą tego psychodeliku są będące w nielegalnej dystrybucji kolorowe papierowe **znaczki** wielkości przedstawiające różne symbole graficzne – nasączone roztworem LSD.

Stosowane są one **doustnie** (ssanie lub włożenie pod język).

LSD ma niezwykle **niską** dawkę efektywną: każdy znaczek zawiera ok. 300 mikrogramów LSD (w Polsce czasem 100 mikrogramów z dodatkiem amfetaminy dla wzmocnienia efektu).

Prędkość działania LSD jest zależna od sposobu przyjęcia środka. I tak, brany **doustnie** (droga pokarmowa) przynosi efekty dopiero po ponad **40 minutach**, u osób szczególnie wrażliwych – wcześniej, nawet po **15**.

Często jest przyjmowana poprzez włożenie pod **język**, a więc wchłanianą przez **dziąsła**.

LSD może być również, co jest szczególnie niebezpieczne, włożona pod **powiekę** oka.

Właściwości uzależniające

- **Uzależnienie psychiczne**

Występuje raczej rzadko – tylko wyjątkowo prowadzi do nieodpartej chęci ponownego przyjęcia.

- **Uzależnienie fizyczne**

Brak możliwości fizycznego uzależnienia – niezależnie od częstotliwości przyjmowania, organizm nie włącza LSD do metabolizmu. Nie zaobserwowano, oprócz uczucia **ospałości** i czasem **przygnębienia**, żadnych objawów abstynencji po odstawieniu LSD.

Zjawisko tolerancji

Zauważono, że częste używanie LSD powoduje nieznaczny wzrost tolerancji. Wzrost ten waha się w granicach od 15 do 25%.

Zewnętrzne oznaki używania

- rozszerzone źrenice i słaba ich reakcja na światło,
- dziwne, nieracjonalne wypowiedzi,
- wesołkowatość i bełkotliwa mowa,
- brak koordynacji ruchowej i widoczne zaburzenie orientacji przestrzennej.

Na co należy zwrócić uwagę

- bibułka nasączana roztworem,
- cukier w kostkach,
- opłatki,
- małe tubki z płynem,
- silny zapach potu.

Nazwy slangowe

- kwas, kwach, kwasik, papierek, kryształek, kamyczek, trip, ejsid, tejbs, listek,
- nazwy własne bibulek z kolorowym nadrukiem, np. Asterix.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Mimo, że zazwyczaj osoba odurzona LSD zdaje sobie sprawę z tego, że jest pod wpływem halucynacji – niebezpieczeństwo dla **życia i zdrowia** może wynikać z **nieracjonalnego** zachowania się: błędnej oceny odległości, czasu i własnych możliwości.

Ciągłe zażywanie LSD powoduje uszkodzenia **mózgu** oraz zmiany **chromosomalne**.

Szczególnie przy stosowaniu zbyt dużych dawek mogą pojawić się poważne **urojenia**, które wpływając na zachowanie zagrażają bezpieczeństwu odurzonej osoby.

W przypadku używania LSD, u niektórych osób może mieć to wpływ na wyzwalanie się stanów **psychotycznych** (indukcja schorzeń psychiatrycznych) a także na występowanie tendencji **samobójczych**.

Flashback – możliwość ponownego, chwilowego wystąpienia **wrażeń i halucynacji** doznanych podczas odurzenia mająca miejsce w pewnym odstępie czasowym od momentu odurzenia (nawet po kilku **tygodniach** czy **miesiącach**).

Przedawkowanie ze śmiertelnym skutkiem nie jest możliwe – nie występuje zagrożenie życia bezpośrednio ze strony samej substancji chemicznej.

Marihuana i haszysz

Opis

Marihuana i **haszysz** wyrabiane są z konopi indyjskich (*Cannabis sativa* L.), rosnących w południowo-wschodniej Azji, w rejonie Morza Śródziemnego, w Ameryce Środkowej i Południowej. Można je również hodować w klimacie umiarkowanym. Zawierają kilkadziesiąt aktywnych biologicznie substancji, z których najważniejszymi są **tetrahydrokanabiole** (THC).

Są to najbardziej rozpowszechnione, a tym samym najczęściej używane narkotyki w Polsce i na świecie. W niektórych krajach preparaty konopi są legalizowane i dopuszczane do oficjalnego obrotu. Przykładem jest ustawodawstwo holenderskie. Powodem łagodnego podejścia do tych środków jest przekonanie o relatywnie niskich szkodach zdrowotnych i społecznych związanych z ich używaniem.

Zastosowanie w medycynie

Współcześnie potwierdzono przede wszystkim działanie THC powodujące obniżenie **ciśnienia śródgałkowego**, działanie **przeciwwymiotne** i **przeciwdrgawkowe**. W niektórych krajach marihuana jest przepisywana osobom **terminalnie** chorym.

Działanie fizjologiczne

W zależności od warunków konopie mogą działać jako środek pobudzający, uspokajający, znieczulający lub lekko halucynogeny. Lecz mimo nadawania preparatom konopi właściwości halucynogennych, symptomy używania bardziej zbliżone są do obserwowanych po alkoholu niż po halucynogenach.

Przy zażywaniu preparatów konopi obserwuje się m.in. następujące objawy:

- wzrost ciśnienia krwi i przyśpieszone tętno,
- wysuszenie śluzówek jamy ustnej, czasami ataki kaszlu,
- przekrwienie gałek ocznych, spojówek, niekiedy obrzęk powiek,
- pocenie się,
- zwiększenie apetytu,

- bóle i zawroty głowy,
- zaburzenia koordynacji ruchowej, uwagi i możliwości uczenia się,
- zaburzenia pamięci,
- ogólnie gorszą sprawność psychofizyczna (wzrost urazowości).

Długość działania

- 1–3 godzin

Odczucia subiektywne

Doznania wynikłe z przyjęcia THC zależą od cech osobowości danego człowieka, wielkości dawki, drogi przyjęcia, stanu emocjonalnego w momencie przyjęcia, obecności innych ludzi oraz od współdziałania tej substancji z innymi (np. z alkoholem). Przetwory konopi indyjskich używa się najczęściej w celu intensyfikowania przyjemności. Wywołują uczucie euforii.

Skutki jednorazowego przyjęcia

Wyróżnia się następujące fazy działania THC, między którymi występują okresy uspokojenia i „wyciszenia psychicznego”:

- faza dobrego samopoczucia i euforii z wielomównością,
- faza nadwrażliwości zmysłowej, zwłaszcza słuchu i wzroku z zaburzeniami poczucia czasu i przestrzeni, niekiedy napadami ostrego lęku,
- faza ekstatyczna,
- faza snu i przebudzenia.

Powyższe fazy nie zawsze ujawniają się w pełni.

Pozornie „pozytywne” efekty działania

- obniżenie się progu percepcji (szczególnie słuchowej) – wzrost wrażliwości zmysłów,
- odprężenie i poczucie spokoju,
- zmiana poczucia mijającego czasu: jest on określany jako rozciągnięty i mijający wolniej,
- zwiększenie odczucia przyjemności seksualnych,
- optymizm i podniesiona samoocena,
- poczucie absurdu.

Negatywne efekty działania

- skłonność do ulegania sugestiom,
- zagubienie,
- nieracjonalne myśli,
- zwiększone napięcie i niepokój,
- pogorszenie pamięci,
- przyśpieszone tętno,
- zawroty głowy,
- apatia,
- lęki i urojenia,
- niemożność skupienia uwagi na wielu rzeczach jednocześnie.

Formy występowania i sposoby przyjmowania

- **Marihuana** – susz z kwiatostanu i liści konopi (0, 5–5% THC),
- **Haszysz** – żywica krzewu konopi (2–19% THC),
- **Olej haszyszowy** – żywica konopi rozpuszczana np. eterem (10–30% THC).

W wyniku prowadzenia genetycznych modyfikacji opracowano nowe odmiany konopi. Preparowana z nich marihuana (tzw. **skun**) może zawierać nawet do 15% THC.

Najczęściej stosowaną formą przyjmowania preparatów konopi jest ich palenie („skręty”, fiki, fajki itp.).

Uzależnienie psychiczne

Może występować po pewnym czasie używania.

Uzależnienie fizyczne

Nie występuje.

Tolerancja odwrotna

Oznacza to, że przy systematycznym przyjmowaniu THC dochodzi do nadwrażliwości na ten związek.

Zewnętrzne oznaki używania

- słodkawa woń oddechu, włosów i ubrania,
- gadatliwość i wesołkowatość, stany euforyczne,

- przekrwione oczy,
- kaszel,
- zwiększone łaknienie, apetyt na słodycze,
- ogólne podniecenie i nadczynność psychoruchowa,
- zaburzenia koordynacji ruchowej,
- zaburzenia orientacji przestrzennej.

Na co należy zwrócić uwagę

- zapach palonych liści,
- brązowo-szare nasionka w kieszeniach lub w podszewce,
- bibuła papierosowa,
- zielony tytoń,
- blade palce.

Nazwy slangowe

- **marihuana:** dżoint, skręt, blant, ziele, zielsko, zioło, grass, marycha, trawa, huana, hasz, marycha, maryśka, skun, gandzia, samosiejka, afgan, kolumbijka,
- **haszysz:** hasz, grudka, gruda, czekoladka, afgan, kloc, plastelina, kostka.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Zespół amotywacyjny – stan związany z regularnym i długotrwałym przyjmowaniem konopi charakteryzujący się zmniejszoną energią, zmniejszoną dążnością do osiągnięć, apatią, skróconym czasem skupienia uwagi, nieadekwatną oceną sytuacji, a przede wszystkim z upośledzoną zdolnością do komunikowania się z innymi.

Opiaty

Opis

Do opiatów zalicza się substancje otrzymywane z przetworów **maku lekarskiego** (np. „**kompot**” uzyskiwany domowym sposobem ze **słomy**

makowej) jak i również syntetyczne środki przeciwbólowe, działające na **receptor opiatowy**. Należą do nich: **opium, morfina i heroina** (również w postaci do palenia, znana pod slangową nazwą: **brown sugar**). Do grupy tej należy również **metadon** – doustny, syntetyczny narkotyk, używany od lat 60. jako substytut heroiny, stosowany w lecznictwie w leczeniu narkomanów przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (zastrzyków). Powyższe substancje, a zwłaszcza **heroinę**, uważa się za najbardziej uzależniające znane człowiekowi narkotyki.

Zastosowanie w medycynie

Morfina znalazła zastosowanie jako silny środek przeciwbólowy m.in. w leczeniu bólu występującego w:

- zawale mięśnia sercowego,
- niedokrwieniu mięśnia sercowego,
- ciężkich urazach klatki piersiowej z uszkodzeniem oskrzeli i płuc,
- w zespołach bólowych przebiegających z męczącym, suchym kaszlem (np. na skutek wciągnięcia opłucnej w proces chorobowy),
- w leczeniu bólów nowotworowych.

Metadon jest stosowany w kuracji substytucyjnej, prowadzonej w ramach specjalnych programów dla osób uzależnionych od morfiny i heroiny; również jako lek drugiego rzutu w zwalczaniu silnych bólów okołoperacyjnych i nowotworowych.

Działanie fizjologiczne

- zmniejszenie łaknienia,
- przesunięcie (podwyższenie) granicy bólu,
- osłabienie i potliwość,
- obniżenie ciśnienia krwi oraz (w nieznacznym stopniu) temperatury ciała,
- zaparcia i kłopoty z oddawaniem moczu,
- impotencja,
- zwężenie źrenic i osłabienie ich zdolności do reagowania na światło.

Długość działania

- 6–12 godzin (heroina),
- 24–36 godzin (metadon).

Skutki przewlekłego przyjmowania

- wyniszczenie fizyczne i psychiczne,
- uszkodzenie narządów mięsnych,
- przewlekłe zaparcia,
- zaburzenia menstruacji,
- zaawansowana próchnica zębów,
- zmiany zapalne skóry,
- zanik żył powierzchniowych.

Odczucia subiektywne

Pozornie „pozytywne” efekty działania

- euforia (błogostan) i uczucie odprężenia,
- poczucie wewnętrznego zadowolenia i spokoju.

Negatywne efekty działania

- zmniejszenie uczucia głodu, bólu i potrzeb seksualnych,
- niepokój ruchowy lub spowolnienie psychoruchowe i senność,
- subiektywne odczuwanie ciepła przy niewielkim obniżeniu temperatury ciała,
- zmniejszenie czynników motywacyjnych,
- apatia i wypalenie emocjonalne,
- postawa obronna i wycofująca.

Szczególnie nieprzyjemne efekty mogą wystąpić w trakcie pierwszych prób zażywania opiatów – głównie zaburzona zostaje praca przewodu pokarmowego.

Formy występowania i sposoby przyjmowania

- **opium** (zawiera wiele alkaloidów opiatowych): ciemnobrązowy proszek lub bryłki,
- **morfina**: tabletki, przezroczyste kryształki, roztwór w ampułkach,
- **heroina**: proszek w kolorze od białego do brązowego.

Na czarnym rynku istnieją dwa rodzaje nielegalnej heroiny:

- **brown sugar**, która ma postać brązowych bądź różowych granulek lub proszku; jest ona rafinowana w Azji,

- **biała heroina**, otrzymywana z morfiny, ma postać drobnego, białego proszku.

Kolor sprzedawanej na ulicy heroiny zależy także od domieszek innych narkotyków lub substancji mających po prostu zwiększyć jej wagę i objętość.

„**Kompot**” – polska heroina. Specyfik zawierający alkaloidy opium z przewagą morfiny, kodeiny i heroiny. Lekko oleisty płyn, w kolorze: od słomkowego do brązowego – przechowywany z reguły w strzykawkach lub w małych plastikowych buteleczkach.

W zależności od formy narkotyku, uwarunkowań środowiskowych i czynników ekonomicznych istnieje wiele sposobów przyjmowania opiatów. Heroina, najczęściej używany nielegalnie alkaloid opiatowy, jest przyjmowana trzema drogami:

- wdychanie oparów z podgrzewanej folii metalowej,
- wciąganie przez śluzówki nosa (*sniff*),
- iniekcje – najczęściej dożylnie.

Właściwości uzależniające

Uzależnienie psychiczne

Dochodzi do niego stosunkowo szybko – na skutek przyjemnego błogostanu w jaki wprowadzają opiaty, niemal natychmiast pojawia się potrzeba ponownego przeżycia tego stanu.

Uzależnienie fizyczne

Występuje bardzo szybko i pojawia się niezależnie od rodzaju alkaloidu opiatowego i sposobu jego używania. Następstwem są przykre **objawy abstynencyjne** po odstawieniu narkotyku – szereg dolegliwości, z których najbardziej charakterystyczne to:

- „gęsia skórka”,
- łzawienie oczu, wysięk z nosa, kichanie,
- rozszerzenie źrenic,
- nudności, wymioty,
- obniżenie ciśnienia krwi,
- bóle brzucha, biegunka,

- dolegliwości bólowe (ból stawowo-mięśniowy), zwłaszcza kończyn dolnych i kręgosłupa,
- zaburzenia snu i utrata łaknienia,
- zmiany nastroju – od przygnębienia i apatii do drażliwości i napadów złości,
- głód psychiczny narkotyku – poszukiwanie i dążenie do zdobycia opiatów.

Zjawisko tolerancji

Potrzeba zwiększania dawki, aby uzyskać na pożądanym poziomie efekt działania narkotyku – to powszechne zjawisko wśród uzależnionych od opiatów. Czynnikiem, który je ogranicza to koszty finansowe związane z podniesieniem dawki.

Zewnętrzne oznaki używania opiatów

- zamroczenie,
- ślady wkłuć na ciele,
- szklane, wodniste oczy,
- zwężone źrenice,
- brak apetytu,
- krople krwi na rękawach,
- katar,
- niemiły zapach w pomieszczeniu.

Na co należy zwrócić uwagę

- igły, strzykawki,
- brązowe watki, kapsle, nakrętki, łyżki,
- rurki do wdychania oparów,
- naczynia pokryte brudnym nalotem,
- osmalone sreberka,
- torebki z brunatnym proszkiem,
- słoma makowa.

Nazwy slangowe

- **heroina:** hera, hercia, helena, proszek, kompot (tzw. polska heroina),
- **brown sugar:** brąz, brań.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Przedawkowanie

- depresja oddechowa,
- sinica (najpierw sinienie ust i opuszków palców),
- krańcowa senność,
- wiotczenie mięśni szkieletowych – nienaturalne rozluźnienie,
- zimna, wilgotna i lepka skóra,
- zwolniona akcja serca i niskie ciśnienie krwi,
- śpiączka i zgon – powodem śmierci jest ostra niewydolność oddechowa.

W przypadku przedawkowania najważniejsze jest **podtrzymanie oddechu** (sztuczne oddychanie) oraz wezwanie karetki pogotowia.

Ryzyko transmisji **chorób zakaźnych** (szczególnie **HIV/AIDS** i **wirusowego zapalenia wątroby**) w związku z iniekcyjną drogą przyjmowania.

Intensywność uzależnienia, szczególnie w przypadku heroiny, bardziej niż w przypadku jakiegokolwiek innego narkotyku prowadzi do **całkowitego podporządkowania** życia nałogowi i jego podtrzymania. Skutki takiego stanu odczuwane są wyraźnie w **każdej dziedzinie życia** osoby uzależnionej.

Opiaty obniżając **napięcie emocjonalne** sprawiają, że osoby przyjmujące je **nie czują dyskomfortu** swojej, pogarszającej się sytuacji.

Sterydy anaboliczne

Opis

Głównym powodem zażywania sterydów jest chęć zwiększenia **siły, kondycji** i poprawienia wyglądu poprzez przyrost **masy mięśniowej**.

Sposoby przyjmowania

Sterydy anaboliczne przyjmowane są doustnie w postaci tabletek, kapsułek, koktajli lub w postaci iniekcji (zastrzyków).

Zewnętrzne oznaki używania

- poprawa nastroju,

- przyływ energii,
- poczucie siły i kondycji,
- nerwowość, impulsywność, agresywność,
- zmiany skórne (plamy, zaczerwienienia),
- obrzęk twarzy, przerost żuchwy,
- zaburzenia równowagi hormonalnej.

Na co należy zwrócić uwagę

- szybki przyrost masy mięśniowej, nieproporcjonalny do czasu poświęcanego ćwiczeniom na siłowni.

Nazwy slangowe

- koks, deka, wino, metka, mietek, omka, omen, prima, teściu.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Długotrwałe przyjmowanie sterydów anabolicznych może prowadzić do:

- ciężkich uszkodzeń narządów wewnętrznych (**wątroby, nerek, serca**),
- osłabienia popędu **płciowego**,
- uszkodzenia **chromosomów**.

Sterydy powodują także **zaburzenia psychiczne** o różnym nasileniu: rozdrażnienie, nerwowość, agresję, lęk, panikę, urojenia prześladowcze, depresję z myślami samobójczymi.

Środki wziewne

Opis

Zwyczaj wdychania rozpuszczalników organicznych stosowanych do rozpuszczania kauczuku, farb, lakierów, klejów, tworzyw sztucznych, itp. rozpowszechnił się pod koniec lat sześćdziesiątych w Stanach Zjednoczonych, głównie wśród dzieci i młodzieży z raczej biednych środowisk miejskich. W Polsce, tak jak i w innych krajach, po ten rodzaj narkotyków najczęściej sięgają dzieci i młodzież.

Łatwa dostępność do wziewnych środków odurzających bierze się z dwóch powodów:

- większość z nich jest legalna i w związku z tym pozostaje w ciągłej sprzedaży,
- cena ich jest relatywnie niska w stosunku do innych substancji odurzających.

Wiele produktów, w które zaopatrzone jest każde gospodarstwo domowe zawiera rozpuszczalniki mogące służyć jako środki odurzające.

Substancje aktywne

Wachlarz stosowanych substancji jest bardzo szeroki – od benzyne i gazu turystycznego, poprzez kleje i rozpuszczalniki, farby i lakiery, do dezodorantów i środków piorących. W produktach tych występują związki chemiczne takie, jak octany alifatyczne, toluen, benzen, ksylen, aceton, cykloheksan, tetrachlorek węgla, trichloroetylen, acetan amylu, chlorek metylenu i wiele innych.

Działanie fizjologiczne

Tak zażywane substancje chemiczne już po kilku głębokich **wdechach** (w ciągu kilkunastu sekund) przedostają się do układu **krwionośnego**, a następnie powodują gwałtowne uczucie **euforii**. Większość ze stosowanych w ten sposób środków powoduje zaburzenia świadomości, które charakteryzują się:

- euforią z tendencją do fantazjowania,
- omami i halucynacjami,
- zamglonym widzeniem.
- dzwonieniem w uszach i nadwrażliwością na światło.

Oprócz wyżej wymienionych nieco później występują takie objawy, jak:

- bóle głowy,
- niezdolność ruchowa i spowolnienie,
- zamazanie mowy.

Odurzeniu towarzyszy przyspieszenie akcji serca i nieregularny oddech. Mimo że doznania szczytowe trwają zaledwie od kilku do kilkunastu minut – niektóre z wyżej opisanych objawów mogą utrzymywać się nawet do godziny od inhalacji, a po ich ustąpieniu następuje zwykle senność, przygnębienie i znieruchomienie, w skrajnych wypadkach nawet stupor – osłupienie.

Formy występowania i sposoby przyjmowania

Substancje te przeważnie są w postaci **płynnej**, a stosowanie ich przyjmuje najróżnorodniejsze formy. Często są one wylewane na szmatkę, chusteczkę i przykładane do **nosa**, a następnie wdychane. Mogą być również wdychane przez **usta**, co ponoć jest „wydajniejsze”. Najpopularniejszym sposobem przyjmowania wziewnych substancji odurzających jest wdychanie oparów z **worka foliowego**, tak aby obejmował on nos i usta lub po założeniu go na głowę.

Właściwości uzależniające

Oprócz wysokiego ryzyka uzależnienia psychicznego lotne środki odurzające mogą powodować w niektórych przypadkach uzależnienie fizyczne, którego wyrazem są objawy zespołu abstynencyjnego. **Pobudzenie, drażliwość**, zaburzenia **snu** i utarta **łaknienia** – to objawy zespołu abstynencyjnego, pojawiającego się u niektórych uzależnionych. Objawy te szczególnie dotyczą długotrwałego nadużywania toluenu.

Zewnętrzne oznaki używania

- wyraźny zapach rozpuszczalników,
- zaburzenia mowy (mowa zamazana, bełkotliwa),
- zapalenie spojówek,
- nieporadność ruchowa,
- gadatliwość,
- nadwrażliwość na światło,
- katar lub krwawienie z nosa,
- kichanie i kaszel,
- ożywienie i podniecenie.

U osób, które inhalują środki wziewne regularnie i przez dłuższy czas mogą w okolicach nosa i ust występować krosty i wrzody, na wargach – pęknięcia.

Na co należy zwrócić uwagę

- tuby kleju, smary,
- torebki plastikowe z klejem,
- pojemniki, chusteczki.

Nazwy slangowe

- solwent, rozpuchoł, budzio.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa

Przewlekłe stosowanie wziewnych substancji odurzających, w zależności od rodzaju związku chemicznego, intensywności wężania, częstotliwości i czasu inhalacji doprowadzić może do wielu schorzeń.

Długotrwałe odurzanie się środkami inhalacyjnymi prowadzi do poważnych uszkodzeń **wątroby** i **nerek**.

Niektóre z tych środków uszkadzając **szpik kostny** zaburzają wytwarzanie komórek krwi co prowadzi do **anemii**, nierzadko nieodwracalnej.

Szczególnie narażonym, przy długotrwałym używaniu substancji lotnych, narządem jest **mózg**. Często w takich przypadkach dochodzi do tzw. **zespołu organicznego**, charakteryzującego się zaburzeniami **pamięci** i **intelektu**. Nierzadko osoby stale używające tych środków mają zaburzenia **koordynacji ruchowej**, których widocznym efektem jest charakterystyczny **chód**.

Stosowanie wielu lotnych substancji odurzających bez wątpienia może prowadzić do **zgonu**.

Butan – gaz do zapalniczek – powodując silne **opuchnięcie gardła** niesie niebezpieczeństwo **uduszenia**. Tak dochodzi do ponad połowy zgonów wywołanych używaniem lotnych substancji odurzających.

Zaburzenia **rytmu pracy serca** aż do całkowitego **zatrzymania** to ryzyko stosowania **aerozoli** i nie tylko, gdyż dużo lotnych substancji odurzających powoduje **niemiarowość** i zmniejsza **wydolność** pracy serca.

Do śmierci może również dojść na skutek **urazów** będących następstwem niebezpiecznych zachowań. Znane są przypadki **spalenia** (w związku z równoczesnym paleniem papierosów), **uduszenia** (gdą dochodzi do utraty przytomności podczas wdychania z torebki nałożonej na twarz) czy wreszcie **wypadków** w ruchu ulicznym (w wyniku nie dających się przewidzieć zmian w zachowaniu).

Działania wobec osób uzależnionych

Placówki ambulatoryjne

Zanim osoba uzależniona rozpocznie leczenie trafia do poradni lub punktu konsultacyjnego. Placówki ambulatoryjne są miejscami, gdzie zazwyczaj odbywa się pierwszy kontakt osoby uzależnionej z terapeutą za którym stoi cały system pomocy. Nie zawsze jednak ktoś trafiający do ambulatorium jest zdecydowany na terapię i rozstanie się z narkotykami. Z reguły zaczyna odczuwać on pierwsze problemy życiowe, których źródła nie chce identyfikować z nałogowym używaniem narkotyków. Diagnoza poziomu uzależnienia, rozpoznanie oczekiwań pacjentów, ocena ich funkcjonowania społecznego to podstawowe elementy decydujące o wyborze sposobu leczenia. Poradnie stwarzają możliwość terapii w trybie indywidualnym, jak i w ramach grup terapeutycznych. Można uzyskać w nich skierowanie do oddziałów detoksykacji, stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjnych na terenie całej Polski, a także do innych programów leczniczych. Sieć tego typu placówek ma ogromne znaczenie zarówno dla osób mających problemy z nadużywaniem i uzależnieniem od narkotyków, jak również dla tych wszystkich, którzy chcą pomóc swoim bliskim dotkniętym uzależnieniem.

Programy wymiany igieł i strzykawek

Jednymi z najskuteczniejszych działań minimalizujących ryzyko zakażeń HIV/AIDS, a także innych chorób przenoszonych przez krew wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji są programy wymiany igieł i strzykawek. Szacuje się, że redukują one o ok. 50% dzielenie się sprzętem infekcyjnym w tych środowiskach, gdzie są prowadzone. Są w miarę tanie i proste w realizacji – co sprzyja ich efektywności, biorąc pod uwagę koszty leczenia chorych na zmiany zachowań narkomanów na bardziej bezpieczne z punktu widzenia zakażeń chorobami przenoszonymi przez krew. Jednocześnie dzięki pracy terapeutów ulicznych stanowią one istotne ogniwo pomiędzy zazwyczaj bardzo zmarginalizowanym środowiskiem narkomanów a różnorodnymi serwisami pomocy: terapeutycznej, medycznej czy socjalnej. Pracownicy uliczni docierają do miejsc spotkań osób uzależnionych służąc pomocą tym, którzy nieraz całkowicie zostali odsunięci na margines społeczeństwa.

Oddziały detoksykacji

Detoksykacja ma na celu poprzez odizolowanie pacjenta od narkotyków i wdrożenie leczenia farmakologicznego – w miarę komfortowe uporanie się z zespołem abstynencyjnym, jaki pojawia się po odstawieniu niektórych narkotyków. Główną grupą osób wymagających takiej kuracji są uzależnieni od opiatów (heroina). Ten rodzaj narkotyków powoduje silną zależność fizyczną co uniemożliwia podjęcie jakiegokolwiek psychoterapii bez wcześniejszego odtrucia. Pobyt w oddziale detoksykacji trwa od tygodnia do dwóch; w nielicznych przypadkach nieco dłużej.

Stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne

Ośrodki rehabilitacyjne proponują uzależnionym leczenie oparte głównie o metodę społeczności terapeutycznej. Terapia jest ukierunkowana

na radykalną zmianę stylu życia pacjentów, zmianę środowiska i uzyskanie trwałej abstynencji od środków psychoaktywnych. Osoby przebywające w ośrodkach uczą się życia poprzez społeczną interakcję (głównie w obrębie grupy); nabierają poczucia odpowiedzialności za własne zachowanie, uczą się rozumienia i wyrażania własnych emocji. Cel leczenia w społeczności terapeutycznej wykracza daleko poza zmianę zachowań – zachowanie jest tylko objawem prawdziwych problemów. W myśl filozofii terapii – osoba uzależniona musi zmienić negatywny obraz siebie na pozytywny, nauczyć się konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i umiejętności cieszenia się z życia po to, by zmniejszyć niebezpieczeństwo powrotu do autodestruktywnych zachowań z przeszłości.

Częstą praktyką jest pomoc w nawiązywaniu ponownych, tym razem poprawnych relacji z rodziną. W ośrodkach obowiązuje całkowita abstynencja od takich środków jak narkotyki i alkohol. Pobyt w tego typu placówkach może trwać od kilku do kilkunastu miesięcy i zazwyczaj podzielony jest na etapy związane z rozwojem pacjenta i uzyskiwaniem przez niego umiejętności i doświadczeń społecznych.

Programy substytucji lekowej

Do tego rodzaju leczenia wykorzystuje się środki farmakologiczne będące agonistami (metadon) lub częściowymi agonistami (buprenorfina) opiatów. Programy substytucji lekowej to rozwiązania polegające na zastąpieniu nielegalnego narkotyku legalną substancją o podobnym bądź takim samym działaniu farmakologicznym. Jediną grupą uzależnionych objętych takimi programami są osoby uzależnione od heroiny, które nie chcą lub nie potrafią zrezygnować z używania tego środka. Podstawowym celem prowadzenia substytucji lekowej jest ustabilizowanie sytuacji życiowej osób uzależnionych poprzez m.in. wyeliminowanie wszystkich czynności związanych ze zdobyciem nielegalnych narkotyków (redukcji zachowań o charakterze kryminalnym) oraz obniżenie poziomu niebezpieczeństw zdrowotnych płynących z niekontrolowanego ich zażywania. Służyć ma temu legalny substytut narkotyku oraz szereg oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym i re-adaptacyjnym mających umożliwić i ułatwić powrót do pełnienia ról spo-

łecznych. Osoby uczestniczące w programach substytucyjnych są więc nadal uzależnione od narkotyków – tej samej lub podobnej substancji psychoaktywnej. Jednak dzięki legalnemu dostępowi do bezpłatnego i czystego farmakologicznie narkotyku, a także do serwisów socjalnych i terapeutycznych mają szansę na zmianę stylu życia lub przynajmniej na jego stabilizację. Długość udziału w terapii substytucyjnej nie jest z góry określona – o jej zakończeniu decyduje sam pacjent (chyba, że wcześniej zostanie usunięty z programu z powodu „dobierani” a nielegalnych narkotyków). W większości przypadków udział w terapii jest wieloletni.

Grupy Anonimowych Narkomanów

Grupy AN istnieją w Polsce od 15 lat. Ich program oparty jest na Dwunastu Krokach i Dwunastu Tradycjach Anonimowych Alkoholików. Fundamentalną zasadą umożliwiającą osobom uzależnionym trzeźwienie we wspólnocie jest zasada anonimowości. Dzięki niej mogą one czuć się bezpiecznie, wolne od szykan, poniżania i wytykania palcami. Osobie uzależnionej przychodzącej na mityngi zaleca się realizację programu Dwunastu Kroków zmieniającego kompulsywne zachowanie na świadomy wybór. Nikt nie sprawdza ani nie egzaminuje nikogo z jego realizacji (może z wyjątkiem samego życia). Dzielenie się radością siłą nadzieją oraz doświadczeniem, które ma miejsce na mityngu, może być skuteczną pomocą w trzeźwieniu. Zgodnie z filozofią i przekonaniem członków wspólnoty AN – narkomania jest chorobą w której choruje i cierpi ciało, umysł i dusza. Realizacja programu pozwala na wyzdrowienie tych sfer funkcjonowania człowieka. Uczestnictwo w mityngach porównywane jest do siły wspierającej narkomana na tej drodze, a sama abstynencja od narkotyków jest efektem ubocznym tych zmian. Osoba uzależniona zyskuje radość i spokój w życiu, przedtem zabrane przez narkotyki. Narkomania, w rozumieniu uczestników ruchu AN jest chorobą, którą można skutecznie zatrzymać. Wymaga to jednak czasu, spokoju, cierpliwości, zrozumienia i nadziei, które osoba uzależniona może znaleźć w grupie.

Profilaktyka uzależnień w szkole*

Akty prawne regulujące zasady obowiązujące w placówkach oświatowych, dotyczące bezpieczeństwa uczniów, picia alkoholu, palenia papierosów lub używania innych substancji psychoaktywnych, nakładają na szkoły m. in. obowiązek podejmowania działań profilaktycznych (zapobiegawczych), wychowawczych i interwencyjnych.

Wprowadzony przez MENiS obowiązek opracowania i realizowania przez szkołę Szkolnego Programu Profilaktyki (D.U. Nr 51., poz. 458 z 2002 roku) stworzył szansę uporządkowania i podwyższenia poziomu profesjonalizmu działań profilaktycznych. Wśród wielu z nich profilaktyka używania substancji psychoaktywnych ma najdłuższą tradycję i bogaty zasób doświadczeń.

Szkolny Program Profilaktyki

Profilaktyka uzależnień w szkole znajduje najczęściej odbicie w Szkolnym Programie Profilaktyki. Jego szczegółowa zawartość zależy wyłącznie od grona pedagogicznego danej placówki oświatowej. Każda bowiem ma specyficzne potrzeby i zasoby. Główna struktura programu profilaktyki powinna być natomiast taka sama dla wszystkich szkół.

* Dorota Macander, Pracownia Profilaktyki Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie.

Do stworzenia systemowych działań profilaktycznych w szkole potrzebna jest diagnoza – ocena sytuacji wychowawczej i zidentyfikowanie niepokojących objawów. Oszacowanie problemu należy zacząć od ustalenia, kogo objąć badaniami i jak liczna powinna być badana grupa. Diagnoza często dotyczy funkcjonowania całego środowiska szkolnego – uczniów, nauczycieli, rodziców.

Do oceny zagrożeń nauczyciele mogą wykorzystać różnorodne narzędzia diagnostyczne. W praktyce szkolnej powszechnie stosowane są:

- obserwacja,
- wywiad,
- rozmowa,
- analiza wytworów uczniów,
- ankieta,
- socjometria,
- analiza dokumentów szkolnych.

Stwierdzone prawidłowości (zdiagnozowane zagrożenia) stanowią podstawę planowania szkolnej profilaktyki (czyli konstruowania programu).

W planowaniu działań profilaktycznych przydatne może być wykorzystanie modelu budowania szkolnego programu profilaktyki, który zaproponował zespół prof. Z. B. Gasia (2003).

Co to jest profilaktyka

Termin „profilaktyka” rozumiany jest jako „działanie i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom. Ogólnie: stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof itp.” (*Mały Słownik Języka Polskiego*, 1997).

Można także przyjąć, że profilaktyka to działanie, które ma na celu zapobieganie pojawieniu się lub rozwojowi niekorzystnego zjawiska. Jest też jednym ze sposobów reagowania na zjawiska społeczne, które oceniane są jako szkodliwe i niepożądane. Ta ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowania wysiłków w celu ich eliminacji lub choćby ograniczenia. Powszechnie uważa się, że skuteczna profilak-

tyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie. Głównie z tego względu jest znacznie bardziej opłacalna niż kosztowne działania zaradcze, konieczne w sytuacji, gdy wzrasta skala niepożądanych zjawisk.

Zgodnie z takim rozumieniem **profilaktyka używania substancji psychoaktywnych** to zmniejszanie ryzyka ich używania poprzez opóźnienie lub przeciwdziałanie inicjacji, niedopuszczanie do poszerzania się kręgu osób – szczególnie ludzi młodych – eksperymentujących z legalnymi i nielegalnymi substancjami.

Inna definicja przedstawia profilaktykę uzależnień również jako zmniejszanie strat związanych z używaniem środków odurzających poprzez ograniczanie do minimum potencjalnych szkód, jakich mogą doznawać osoby używające substancji psychoaktywnych.

W tym najszerszym ujęciu profilaktyka pojmowana jest jako postępowanie zapobiegające różnorodnym problemom, które towarzyszą używaniu substancji psychoaktywnych.

Poziomy profilaktyki

Dzieci i młodzież w różnym stopniu narażone są na ryzyko użycia legalnych lub nielegalnych środków uzależniających i wynikające z tego szkody (więcej w: J. Szymańska 2002). Odpowiednio do stopnia ryzyka profilaktyka prowadzona jest na trzech poziomach. Mając na uwadze uczniów można przedstawić je następująco (tradycyjny podział w literaturze według klasyfikacji WHO).

Profilaktyka pierwszorzędowa adresowana jest do grupy niskiego ryzyka, czyli na przykład do całej społeczności szkolnej. Działania podejmowane w jej ramach kierowane są do ludzi zdrowych i wspomagają prawidłowe procesy rozwoju fizycznego i psychicznego. Mają na celu promocję zdrowego stylu życia, opóźnienie wieku inicjacji, a przez to zapobieganie lub zmniejszenie zasięgu zachowań ryzykownych.

Na tym poziomie oddziaływać ważne jest rozwijanie różnych umiejętności, które pozwolą każdemu radzić sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi i z przeżywanymi w związku z nimi emocjami.

Realizatorami działań i programów profilaktycznych są przede wszystkim nauczyciele wspierani przez psychologów i pedagogów szkolnych, a terenem tych działań jest głównie szkoła. Jeśli w środowisku lokalnym wypracowana została spójna strategia profilaktyczna, szkoła jest jednym z wielu terenów działań.

Profilaktyka drugorzędowa adresowana jest do grupy podwyższonego ryzyka, do osób przejawiających pierwsze objawy dysfunkcji (zaburzeń). Przykładem mogą być uczniowie eksperymentujący ze środkami odurzającymi.

Celem działań profilaktycznych na tym poziomie jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji, tworzenie warunków, które umożliwią wycofanie się z zachowań ryzykownych.

Na terenie szkoły realizatorami działań są przede wszystkim socjoterapeuci, psychologowie szkolni, wykwalifikowani trenerzy. Zajęcia profilaktyczne prowadzone są wobec pojedynczych uczniów lub określonych grup, najczęściej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i profilaktycznych, klubach lub świetlicach socjoterapeutycznych.

Profilaktyka trzeciorzędowa adresowana jest do grupy wysokiego ryzyka, do osób, u których występują już rozwinięte symptomy choroby (zaburzeń), na przykład uzależnienie od narkotyków.

Działania prowadzone na tym poziomie mają na celu zablokowanie pogłębiania się procesu chorobowego i degradacji społecznej oraz umożliwienie powrotu do normalnego życia w społeczeństwie. Z jednej strony przeciwdziałają nawrotowi zaburzeń, z drugiej umożliwiają osobom uzależnionym prowadzenie życia akceptowanego społecznie (Z. B. Gaś 1993, 2003; B. Kałdon 2003).

Na tym poziomie profilaktyka prowadzona jest przez lekarzy specjalistów, psychologów, psychoterapeutów, rehabilitantów, pracowników socjalnych, specjalistów z zakresu resocjalizacji itp. Działania profilaktyczne są podejmowane obok lub po zakończeniu specjalistycznej terapii (np. odwykowej).

W ostatnich latach promowany jest w polskiej literaturze przedmiotu inny podział poziomów działań profilaktycznych.

Profilaktyka uniwersalna – kierowana do wszystkich uczniów w określonym wieku bez względu na stopień ryzyka wystąpienia zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych i dotycząca zagrożeń znanych, rozpowszechnionych w znacznym stopniu – np. przemocy czy używania substancji psychoaktywnych.

Na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i chroniących, danych epidemiologicznych (głównie wyników badań naukowych dotyczących między innymi używania substancji psychoaktywnych, informacji o wieku inicjacji itp.).

Celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych. W dużej mierze działania profilaktyczne skupiają się na tworzeniu wspierającego, przyjaznego klimatu szkoły, który pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne i poczucie wartości, motywację do osiągnięć zarówno uczniów jak i nauczycieli. Działania te umożliwiają także czynny udział rodziców w życiu szkoły.

Profilaktyka selektywna – ukierunkowana na grupy zwiększonego ryzyka, wymagająca dobrego rozpoznania tych grup uczniów w społeczności szkolnej. Informacje o uczniach szkoła gromadzi w toku codziennego procesu edukacji. Szczególnie dotyczy to uczniów z deficytami poznawczymi, z rodzin dysfunkcyjnych itp.

Dla dzieci i młodzieży znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka organizowane są indywidualne lub grupowe działania profilaktyczne (np. terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, socjoterapia).

Profilaktyka wskazująca – kierowana do osób wysokiego ryzyka – to działania wymagające specjalistycznego przygotowania, polegające na terapii, interwencji, bądź leczeniu dzieci i młodzieży z symptomami zaburzeń.

Na tym poziomie, w „profilaktykę” częściej angażują się różne instytucje zewnętrzne, przygotowane do prowadzenia pomocy psychologicznej lub medycznej (K. Ostaszewski, A. Borucka 2005).

Strategie profilaktyczne

Profilaktyka realizowana jest poprzez stosowanie określonych strategii profilaktycznych.

Celem **strategii informacyjnej** jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów. U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, zwłaszcza młodzi, zachowują się ryzykownie, ponieważ zbyt mało wiedzą o mechanizmach i następstwach takich zachowań. W związku z tym do-

starczenie informacji o skutkach palenia tytoniu, picia alkoholu lub odurzania się narkotykami ma spowodować zmianę postaw i w konsekwencji niepodjęcie zachowań ryzykownych.

Strategia edukacyjna ma pomóc w rozwijaniu ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych (umiejętności nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom ze strony otoczenia itp.). U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, nawet dysponujący odpowiednią wiedzą, podejmują zachowania ryzykowne z powodu braku umiejętności niezbędnych w życiu społecznym. Te deficyty uniemożliwiają budowanie głębszych, satysfakcjonujących związków z ludźmi, uniemożliwiają odnoszenie sukcesów (także zawodowych). Zachowania ryzykowne stanowią w tej sytuacji zastępcze, chemiczne sposoby radzenia sobie z trudnościami.

Celem **strategii działań alternatywnych** jest pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb psychologicznych (np. sukcesu, przynależności) oraz osiągnięcie satysfakcji życiowej przez ułatwianie angażowania się w działalność akceptowaną społecznie (artystyczną, społeczną, sportową). U podstaw tej strategii leży założenie, że wielu ludzi podejmuje zachowania ryzykowne ze względu na brak możliwości rozwoju zainteresowań i osiągnięcia sukcesów „pozytywnych”. Dotyczy to zwłaszcza dzieci i młodzieży zaniedbanej wychowawczo.

Celem **strategii interwencyjnej** jest wspieranie w sytuacjach kryzysowych osób mających trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów osobistych. Elementem interwencji jest towarzyszenie ludziom w krytycznych momentach ich życia. Jej podstawowe techniki to poradnictwo, telefon zaufania, sesje interwencyjne, doradztwo.

Strategię informacyjną, edukacyjną i alternatywną stosuje się na wszystkich trzech poziomach profilaktyki. Strategia interwencyjna – jako działanie głębsze i bardziej zindywidualizowane – zastrzeżona jest w zasadzie dla poziomu drugiego i trzeciego.

Strategia zmniejszania szkód stosowana jest głównie w działaniach profilaktyki trzeciorzędowej. Adresatem są grupy najwyższego ryzyka.

Strategia zmian środowiskowych nakierowana jest na identyfikację i modyfikację tych elementów środowiska społecznego i fizycznego, które sprzyjają zachowaniom problemowym. Działania modyfikują środowisko, miejsca przebywania osób dysfunkcyjnych, postawy społeczne wobec tych osób.

Strategia zmian przepisów zazwyczaj kierowana jest do całej lokalnej społeczności. Polega na zmianie przepisów prawnych, rozporządzeń lokalnych dotyczących ograniczania dostępu do środków odurzających i ich dystrybucji (więcej na temat strategii postępowania w: Z. B. Gaś 2003, B. Kamińska).

Czynniki ryzyka, czynniki chroniące

Prowadząc działania profilaktyczne w szkole warto pamiętać, że to, czy dziecko zachowuje się zgodnie z normami i oczekiwaniami społecznymi, czy podejmuje zachowania ryzykowne, zależy od interakcji różnych czynników.

Wśród wielu prób wyjaśnienia przyczyny i następstw zachowań ryzykownych na szczególną uwagę zasługują teorie czynników ryzyka i czynników chroniących (N. Garmezy, J. D. Hawkins, G. B. Baxley – za K. Ostaszewski 2003), czy Teoria Zachowań Problemowych R. i S. Jessorów.

J. D. Hawkins (amerykański badacz działań profilaktycznych) zestawił ze sobą cechy, sytuacje i warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych i nazwał je **czynnikami ryzyka**. Stwierdził, że niektóre cechy jednostki i środowiska sprzyjają powstawaniu zachowań, które „niosą wysokie ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego i psychicznego, jak i dla otoczenia społecznego człowieka” (K. Ostaszewski 2003).

Do najpoważniejszych zachowań ryzykownych zalicza się:

- używanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych,
- wczesną aktywność seksualną,
- zachowania agresywne i przestępcze,
- porzucenie nauki szkolnej,
- ucieczki z domu.

Z drugiej strony badacze rekonstruują czynniki, które zwiększają odporność człowieka na działanie czynników ryzyka. Są to cechy, sytuacje, warunki przeciwdziałające zachowaniom ryzykownym. Określa się je jako **czynniki chroniące** – „właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny człowieka

i zwiększa jego odporność na działanie czynników ryzyka” (K. Ostaszewski 2003).

Czynniki ryzyka i chroniące można pogrupować w kilka kategorii:

- zmienne związane z jednostką,
- zmienne związane z rodziną,
- zmienne związane z lokalną społecznością.

Listy czynników ryzyka i chroniących bywają długie i różnorodne. Zmieniają się wraz z ogólnymi zmianami obyczajowymi i kulturowymi społeczeństw. Różnie oceniana jest też ich hierarchia „ważności” (Z. B. Gaś 2003, J. Szymańska 2002).

Za najważniejsze czynniki chroniące na ogół uważa się:

- silną więź emocjonalną z rodzicami,
- ogólnie pozytywne relacje z dorosłymi (posiadanie autorytetów),
- zainteresowanie nauką szkolną i aspiracje edukacyjne,
- regularne praktyki religijne,
- poszanowanie prawa, norm i wartości,
- przynależność do pozytywnej grupy społecznej,
- angażowanie się w działania prospołeczne.

Natomiast ogólnymi czynnikami ryzyka są odpowiednio:

- brak więzi w rodzinie (konflikty, prezentowane przez rodziców zachowania dysfunkcyjne, niekonsekwencja lub brak dyscypliny wychowawczej),
- negatywne relacje ze znaczącymi osobami dorosłymi,
- niepowodzenia w nauce szkolnej i związany z tym faktem brak wiary we własne siły,
- odrzucenie religii i powszechnie obowiązujących norm i wartości,
- buntowniczość, zachowania aspołeczne,
- przynależność do negatywnej grupy, uleganie negatywnej presji rówieśniczej,
- angażowanie się w zachowania ryzykowne (np. odurzanie się).

Prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań ryzykownych jest tym większe, im więcej czynników ryzyka oddziałuje na dzieci i młodzież oraz im bardziej są one szkodliwe i dłużej trwa ich działanie.

Rola, jaką mogą odegrać wspomniane czynniki, zależy również od wieku dziecka, jego fazy rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

Uczeń, który podejmuje zachowania ryzykowne, robi to najczęściej dlatego, że nie może lub nie potrafi funkcjonować inaczej. Takie zachowania są jego „własnym sposobem przystosowania się”. Z badań wynika, że to, jakie konkretne zachowanie ryzykowne podejmą osoby z różnych grup ryzyka, jest często kwestią przypadku – pojawienia się odpowiedniej okazji. Wiadomo również, że zachowania ryzykowne (lub problemowe) najczęściej współwystępują ze sobą, a jedno może pociągać za sobą inne. Na przykład picie alkoholu (albo odurzanie się narkotykami) często współwystępuje z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi, także z wczesną aktywnością seksualną (J. Szymańska, J. Zamecka 2002). Fakt ten warto brać pod uwagę przy planowaniu programów profilaktycznych w szkołach.

Młodzież, sięgając po substancje psychoaktywne, spodziewa się doraźnych korzyści. Te korzyści mają dla niej większe znaczenie niż odległe negatywne konsekwencje (więcej w: Z. B. Gaś 2003).

Zadaniem profilaktyki uzależnień proponowanej w szkole jest więc inicjowanie działań, które wprowadzą pożądane zmiany w funkcjonowaniu ucznia. Aby ten cel osiągnąć należy jednocześnie oddziaływać na czynniki chroniące (wzmacniać je) oraz na czynniki ryzyka (eliminować je).

Przygotowanie zawodowe realizatora działań profilaktycznych w szkole

W zreformowanej szkole kompetencje wymagane od nauczyciela – wychowawcy obejmują pełen zakres umiejętności niezbędnych w pracy realizatora profilaktyki. Każdy „dobry” wychowawca jest jednocześnie kompetentny w prowadzeniu większości zadań profilaktycznych, głównie na uniwersalnym poziomie pierwszorzędowym. Natomiast profilaktykę uzależnień dla uczniów z grup zwiększonego ryzyka prowadzą najczęściej nauczyciele, którzy przeszli odpowiednie przeszkolenie oraz pedagodzy lub psychologodzy szkolni.

Jakie kompetencje powinien posiadać szkolny profilaktyk? Spróbuj przedstawić najważniejsze z nich.

Wiedza

W ostatnich latach coraz więcej dzieci i młodzieży jest objętych działaniami z zakresu profilaktyki uzależnień. Mimo to obserwacja „życia codziennego”, doniesienia mass mediów, czy wyniki badań ankietowych młodzieży szkolnej ujawniają fakt, że rosną problemy alkoholowe i narkotykowe wśród młodych ludzi, maleje natomiast liczba abstynentów w wieku rozwojowym.

Wiedzę epidemiologiczną diagnozującą używanie przez dzieci i młodzież nikotyny, alkoholu i narkotyków można zdobyć korzystając m.in. z następujących źródeł:

- Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej – HBSC. Są one prowadzone w Polsce od 1990 r., co 4 lata. W 2002 roku wybrano klasy V szkół podstawowych i klasy I oraz III gimnazjów, ze wszystkich 16 województw. Badania prowadzone były pod kierunkiem prof. B. Woynarowskiej z Uniwersytetu Warszawskiego (Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania).
- Badania ESPAD – Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na Temat Używania Alkoholu i Innych Substancji Psychoaktywnych (ostatnie wyniki z 2005 roku). Te ogólnopolskie badania spełniają międzynarodowe kryteria porównywalności i możliwości monitorowania zmian w zakresie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną (16 i 18-letnią). Program realizowany był w 1995 r., 1999 r., 2003 r. i 2005 r. przez Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- Badania mokotowskie – prowadzone od 1988 r., co 4 lata, przez zespół Pracowni „Pro-M” z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W każdym środowisku lokalnym prowadzone są badania ankietowe, które mogą także służyć jako wiedza „wyjściowa” na temat rozpowszechnienia i intensywności używania środków psychoaktywnych. Ta ogólna wiedza wydaje się jednak niewystarczająca, aby planować działania profilaktyczne w szkole.

Potrzebna jest także **wiedza na temat sygnałów ostrzegawczych**, umożliwiająca dokonanie diagnozy problemu w przypadku konkretnej osoby na podstawie takich wskaźników jak zmiany w zachowaniu ucznia i zmiany

w jego wyglądzie oraz **wiedza o rodzajach substancji psychoaktywnych**, które są używane i popularne w danym środowisku lokalnym.

Wiedza o substancjach zażywanych przez uczniów może być czerpana z różnych źródeł – na ten temat informacji dostarczą publikacje dostępne np. w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, czy Stowarzyszeniu MONAR.

Aby dostosować podejmowane działania do charakterystyki okresu rozwojowego ich odbiorców, konieczne jest posiadanie wiedzy z psychologii rozwojowej, społecznej i wychowawczej na temat **potrzeb rozwojowych uczniów**. Efektywne pełnienie roli profilaktyka wymaga także dysponowania wiedzą na temat **profilaktyki** – jej koncepcji, badań zapotrzebowania na profilaktykę, umiejętności konstruowania i oceniania skuteczności programów profilaktycznych (Z. B. Gaś 2003).

Motywacja do podejmowania działań profilaktycznych i rozumienie ich spójnego łączenia z działaniami wychowawczymi

Posiadanie wiedzy o „zjawisku”, wychowankach i działaniach, jakie można podjąć, byłoby niewystarczające bez takiego zaangażowania się profilaktyka, które sprawi, że nie będzie traktować podejmowanych działań jako przykrego obowiązku, zapisanego w rozporządzeniu.

Podnoszenie umiejętności interpersonalnych i rozwijanie dyspozycji osobowościowych

Odpowiedni poziom motywacji powinien też być źródłem energii do samodoskonalenia się w procesie, który zaczyna się już na studiach pedagogicznych. Rozwój umiejętności profilaktycznych, wzrost kompetencji w zakresie nowych koncepcji i metod pracy z uczniami zwiększa z kolei energię do działania i motywację do rozwoju swoich możliwości.

Listę kompetencji osobowościowych, emocjonalnych i społecznych – czyli tak naprawdę „zawodowych” cech i umiejętności nauczyciela – można mnożyć. Chcę zwrócić uwagę na kilka z nich:

1. Umiejętność budowania i utrzymania autorytetu – w tej „kategorii” zawiera się m.in. stawianie granic, wspieranie – życzliwość, wzmocnienie pozytywne ucznia i wymaganie – konsekwencja. Wsparcie udzielane przez nauczycieli uczniom w szkole (jak wynika między innymi z badań HBCS) stanowi swoisty „system immunologiczny”, chroniący przed zagrożeniami i zachowaniami ryzykownymi: „Uczniowie czujący wsparcie lepiej się uczą, mają większą satysfakcję ze szkoły, są bardziej zadowoleni z życia, czują się zdrowsi” (A. Markowska, B. Woynarowska 2005).

2. Umiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami – w szczególności trudnymi.

Wielu przykrych następstw można byłoby uniknąć, gdyby nauczyciele znali i potrafili nazwać swoje emocje i mechanizmy obronne, zwłaszcza w sytuacjach konfliktu z uczniem lub jego rodzicami. Świadomość swoich zasobów i ograniczeń poparta znajomością przyczyn zachowań agresywnych uczniów, sięgania przez nich po substancje psychoaktywne, ułatwia unikanie prowokacji i pozwala na skuteczniejsze działanie w sytuacjach problemowych.

3. Umiejętność pozytywnego, świadomego modelowania – wprowadzania zasad i norm spójnych z własnym zachowaniem.

Ta umiejętność dotyczy przede wszystkim kształtowania wśród wychowanków – na własnym przykładzie – takich pożądaných zachowań jak zachowania nieagresywne, niepalenie, niepicie. Warunkiem skutecznego modelowania jest konsekwentne przestrzeganie propagowanych zasad w relacjach z uczniami. Stałe zasady są drogowskazami dla uczniów, którzy ich bardzo potrzebują. Nie dają gotowych rozwiązań, a uczą, jak przewyciężać trudności.

4. Umiejętność okazywania zrozumienia i szacunku dla ucznia, poświęcanie mu uwagi.

Wśród czynników chroniących młodzież przed zachowaniami problemowymi, ważne są dobre relacje z osobami dorosłymi (bliska więź z rodzicami, autorytet osoby dorosłej spoza rodziny).

Umiejętności, cechy i postawy dorosłych mogą wspierać wszechstronny rozwój uczniów, mogą jednak również go hamować. W okresie adolescencji (od 10–12 r.ż. do 18–20 r.ż.), gdy młodzi ludzie przeżywają kryzys tożsamości, warto zadbać o tworzenie optymalnych warunków ich rozwoju.

Budowa Szkolnego Programu Profilaktyki

Schemat czytelnego programu profilaktyki szkolnej (SPP) powinien zawierać:

1. Założenia teoretyczne (uzasadnienie) i wynik diagnozy zachowań problemowych w danej placówce oświatowej.

2. Cel. Określenie mierzalnego celu ogólnego SPP uwzględniającego przyjęte wcześniej teoretyczne założenia i wyniki diagnozy. Pomocą do uściślenia celu ogólnego są cele szczegółowe.

3. Zadania – jednoznacznie sformułowane stwierdzenia, które wyjaśniają, w jaki sposób będą osiąganymi celami.

Zadania (działania) powinny być konkretne i zrozumiałe dla realizatorów szkolnej profilaktyki.

Często wśród propozycji zadań jest realizacja profesjonalnego programu profilaktycznego, czy działań alternatywnych. Dyrektorzy szkół, chcąc uatrakcyjnić ofertę we własnym środowisku, włączają w nią profesjonalne programy (zapraszając realizatorów z zewnątrz lub szkoląc własnych nauczycieli). Bazę programów i ich realizatorów prowadzi Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie w postaci Banku Rekomendowanych Programów Profilaktycznych).

4. Strukturę i sposób realizacji programu.

Zestawienie planowanych strategii profilaktycznych oraz informacji o konkretnych działaniach (dla kogo, kiedy, gdzie, kto realizuje, w jakiej formie, jak długo) – harmonogram.

5. Strategię ewaluacji.

Planując ewaluację programu należy ustalić jej rodzaj (wewnętrzna, zewnętrzna, mieszana), metody ewaluacji i zagadnienia, które będą oceniane (wyniki bezpośrednio/odroczone, przebieg procesu profilaktycznego, zastosowane strategie).

Szkolny Program Profilaktyki, dostosowany do potrzeb i możliwości rozwojowych uczniów, realizowany jest w określonej perspektywie czasowej (np. trzech lat). Wyniki ewaluacji – jeśli pokazują niedostatki programu – powinny być wykorzystane do jego modyfikacji lub uwzględnione przy konstruowaniu kolejnej edycji programu.

Ze względu na szeroki zakres interakcji nauczyciela z uczniem oraz utrzymywanie kontaktów z rodzicami i społecznością lokalną szkoła ma

możliwość pełnienia roli środowiskowego centrum profilaktyki. Czy konkretna placówka oświatowa będzie pełnić tę rolę zależy od chęci i kompetencji jej kadry oraz od umiejętności skonstruowania adekwatnego Szkolnego Programu Profilaktyki.

Nauczyciel – realizator profilaktyki szkolnej*

Współczesna uniwersalna profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży prowadzona jest na szerszą skalę głównie w szkołach. Jednym z warunków skuteczności szkolnego programu profilaktyki jest udział nauczycieli w działaniach profilaktycznych oraz komunikacja i współpraca między nimi przy jego realizacji.

W placówkach oświatowych gros czasu pracy z uczniem poświęca się na zajęcia dydaktyczne i wychowawcze. Wydaje się to słuszne – dzieci i młodzież należy nauczać i wychowywać, aby w dorosłym życiu poradzili sobie w różnych, także trudnych sytuacjach.

Warto jednak pamiętać o profilaktyce, która uzupełnia lub pogłębia oddziaływania wychowawcze. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 sierpnia 2007 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z 2007 r. Nr 157, poz. 1100) szkolny program profilaktyki ma być „dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców”. Każda placówka oświatowa powinna więc stworzyć własny system oddziaływań profilaktycznych. Pojawia się pytanie, kto ma realizować szkolną profilaktykę – nauczyciel przedmiotu, wychowawca klasy, psycholog/pedagog szkolny? Może należałoby działalność profilaktyczną „oddać w ręce” specjalistów spoza szkoły? Opinie w gronach pedagogicznych szkół, jak i samorządach lokalnych są podzielone. Dyrektorzy, przyglądając się organizacji pracy szkoły, zastanawiają się również, kiedy powinny się odbywać zajęcia profilaktyczne. Nie ma niestety prostej odpo-

* Dorota Macander, Pracownia Profilaktyki Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie.

wiedzi na powyższe pytania. Szkoły realizują zadania z obszaru profilaktyki w sposób różny – zgodnie z własnymi możliwościami organizacyjnymi, kadrowymi i finansowymi.

Efektywność działań profilaktycznych

Większość placówek oświatowych, po przeprowadzeniu diagnozy stanu zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież, podejmuje przede wszystkim działania z poziomu profilaktyki uniwersalnej. Skierowana jest ona do całej społeczności szkolnej, głównie jednak jej odbiorcami są uczniowie. Wśród wymienianych przez nauczycieli przyczyn sięgania przez młodzież po narkotyki najczęściej pojawiają się: niedostateczna wiedza uczniów i ich rodziców na temat konsekwencji różnych zachowań problemowych oraz deficyty w zakresie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych. Nauczyciele uważają również, że przyczyny zachowań problemowych wychowanków tkwią przede wszystkim poza szkołą i wymieniają między innymi destrukcyjne działania mediów (telewizja, prasa młodzieżowa, Internet, gry komputerowe) lub niekorzystne czynniki w środowisku lokalnym (dysfunkcyjna rodzina, negatywna grupa rówieśnicza). Wskazane przez nich czynniki ryzyka należą do tych, na które szkoła ma mały wpływ, stąd przekonanie nauczycieli, że niewiele mogą w tym względzie zrobić.

Z moich doświadczeń jako szkolnego profilaktyka-praktyka oraz obserwacji i rozmów z wieloma nauczycielami wynika również, że profilaktyka uzależnień w szkole rzadko bywa prowadzona w sposób systemowy i długofalowy.

Część zadań proponowanych w szkolnych programach profilaktyki to zajęcia informacyjno-edukacyjne. Często przebiegają one w formie „masowej” i najczęściej są to spektakle teatralne lub pogadanki dla całej społeczności uczniowskiej i/lub rodzicielskiej. Niekiedy w klasach, na godzinach wychowawczych, przekazywanie uczniom wiedzy wzbogacane jest o krótkie ćwiczenia doskonalące ich umiejętności życiowe. Nie są to formy efektywne i nie zawsze nawet właściwie odbierane czy zauważane przez młodzież.

Szkolni malkontenci mnożą przykłady świadczące o tym, że profilaktyka uzależnień jest mało skuteczna i powołują się na rosnące lub utrzymujące się tendencje używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Nie kwapią się natomiast, aby przeanalizować rzeczywiste przyczyny fiaska niektórych działań profilaktycznych podejmowanych w szkole.

Jednym z czynników chroniących dzieci i młodzież przed zachowaniami ryzykownymi są ich relacje ze znaczącą osobą dorosłą. Oczywiście w pierwszej kolejności najważniejsza jest więź dziecka z rodzicami (wsparcie emocjonalne i opieka przynajmniej jednego z rodziców), następnie innych osób dorosłych – na przykład nauczyciela czy instruktora/trenera (Ostaszewski, 2003). Wróć więc do pytania: kto powinien realizować zadania profilaktyki narkomanii w szkole? Niektórzy członkowie społeczności szkolnej są zdania, że ten obszar powinien być zarezerwowany tylko dla specjalistów, i to najlepiej z zewnątrz – terapeutów, psychologów. Opinia ta wynika prawdopodobnie z tego, że nauczyciele dość często sami przyznają, że brakuje im wiedzy na temat zjawiska narkomanii – głównie różnego rodzaju środków psychoaktywnych, ich działania i sposobu zażywania. Czasem przyznają się do braku umiejętności pracy metodami aktywnymi i trudności w przełamaniu pewnego „schematu” w kontaktach z uczniami. Stosunkowo mało więc działań, jak na profilaktykę na poziomie uniwersalnym, realizowanych jest przez nauczycieli – wychowawców, pedagogów szkolnych i tzw. przedmiotowców. W szkołach, szczególnie szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, za mało jest propozycji dotyczących realizacji profilaktyki selektywnej i wskazującej.

W wielu szkołach realizatorami działań z zakresu profilaktyki narkomanii są faktycznie głównie specjaliści spoza niej – terapeuta uzależnień, policjant, psycholog/pedagog z poradni psychologiczno-pedagogicznej lub trenerzy – realizatorzy określonych programów profilaktycznych. Ponieważ są to osoby często nieznanne społeczności uczniowskiej oraz personelowi szkoły, postrzegane są niekiedy jako bardziej „atrakcyjne”, a przez to – „skuteczniejsze”.

Nauczyciele uważają, że uczniowie ich już nie słuchają, chociaż mówią im ciągle o zagrożeniach. Włączenie do programów profilaktyki instytucji z zewnątrz postrzegane jest też czasami jako bardziej profesjonalne i podnosi to rangę takich programów. Warto w tym miejscu przypomnieć o konieczności sprawdzania kwalifikacji osób, które realizują programy profilak-

tyczne. Powinny one być przygotowane do pracy z dziećmi i młodzieżą (pedagogicznie). Nie każdy specjalista, mający umiejętności pracy z dorosłymi, potrafi pracować z młodzieżą szkolną. Nie zawsze niestety zna potrzeby rozwojowe i możliwości uczniów na różnym poziomie wiekowym.

W przypadku profilaktyki wskazującej lub selektywnej skierowanej do młodzieży już eksperymentującej lub uzależnionej na pewno potrzebni są przygotowani, przeszkoleni do specjalistycznej pomocy psychologicznej i medycznej pracownicy różnych instytucji pomocowych spoza szkoły. Prowadzą oni interwencje psychologiczne/ medyczne, terapię, dzielą się fachową wiedzą. Specjaliści ci, mimo swoich kompetencji, nie zastąpią jednak nauczyciela czy pedagoga szkolnego, którzy na co dzień oddziałują profilaktycznie na uczniów.

Przeszkoleni nauczyciele także mogą i powinni podejmować interwencje profilaktyczne, gdy wiedzą lub podejrzewają swoich uczniów o sięganie po substancje psychoaktywne. Zobowiązuje ich nawet do tego Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem (Dz.U. z 2003 r. Nr 26, poz. 226).

Profilaktyk spoza szkoły, zaproszony tylko „na chwilę” – po wygłoszeniu wykładu, pogadanki czy przeprowadzeniu nawet kilkunastogodzinnego warsztatu psychoedukacyjnego inicjuje tylko pewien proces zmian. Natomiast nauczyciele mogą go kontynuować i wspierać dzieci i młodzież w abstinencji narkotykowej dzień po dniu w ciągu całego roku szkolnego. Poznając potrzeby i trudności wychowanków, doskonaląc ich umiejętności życiowe, także podczas godzin lekcyjnych, włączają profilaktykę w proces dydaktyczny. Na poziomie uniwersalnej profilaktyki narkomanii, skierowanej do większej liczby odbiorców, najwięcej do „zrobienia” na terenie szkoły mają więc nauczyciele.

Mogą oni wzmacniać jeszcze inne czynniki (poza relacją nauczyciel-uczeń) chroniące młodzież przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, na przykład budować pozytywną samoocenę uczniów, zaspokajać ich potrzebę sukcesu, bezpieczeństwa, rozbudzać i pomagać realizować zainteresowania, wypełniać w sposób świadomy i zaplanowany uczniowski wolny czas.

Wychowawca, pedagog/psycholog szkolny mają możliwość na bieżąco diagnozować potrzeby i problemy społeczności szkolnej. Umożliwia to

z kolei prowadzenie różnych form działań profilaktycznych dostosowanych do oczekiwań odbiorców oraz ich ewaluację.

Patrząc na szkołę jako miejsce realizacji systemowej profilaktyki narkomanii, warto moim zdaniem „inwestować” w zasoby ludzkie, czyli nauczycieli, którzy zachowują swoją energię i kompetencje na dłużej niż czas trwania jednego programu profilaktycznego (czyli na ogół kilka godzin lekcyjnych w roku szkolnym).

Inwestowanie w zasoby ludzkie

W wielu placówkach oświatowych w Polsce programy profilaktyczne bądź inne oferty przeciwdziałania narkomanii realizowane są przez specjalistów spoza szkoły, finansowane przez instytucje samorządowe, w ramach gminnych czy lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii.

Warto również finansować doskonalenie umiejętności profilaktycznych nauczycieli, czyli inwestować w zasoby ludzkie konkretnej placówki, która realizuje zadania profilaktyczne.

Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie zachowań ryzykownych wymaga zdecydowanego oraz jednolitego podejścia do problemu. Im więcej instytucji i osób (na przykład członków grona pedagogicznego i pozostałych przedstawicieli społeczności szkolnej) będzie w nie zaangażowane, tym będą one skuteczniejsze.

Ważna jest motywacja do podejmowania działań profilaktycznych i rozumienie ich spójnego łączenia z działaniami wychowawczymi. Taką motywację nauczycieli mogą wzmacniać decyzje, poprzez wsparcie zarówno psychiczne (dyrektor szkoły, nadzór pedagogiczny), jak i finansowe (samorządy – gmina, powiat), organizując szkolenia dotyczące doskonalenia kompetencji nauczycieli. Sami zainteresowani zgłaszają (podczas rozmów z nimi lub w różnych ankietach badających ich potrzeby szkoleniowe) chęć doskonalenia się przede wszystkim w następujących obszarach:

1. Wiedzy na temat narkotyków (rodzaje, dostępność, działanie), „sygnałów ostrzegawczych” – zmian, jakie występują w zachowaniu i wyglądzie zewnętrznym osób używających środki narkotyczne. Potrzebują informacji o fazach uzależnienia i możliwościach oddziaływania

na poszczególnych etapach narkomanii, o mechanizmach wchodzenia w uzależnienie. Nauczyciele chcą wiedzieć między innymi, kiedy powinni kierować młodego człowieka do specjalisty – psychologa, terapeuty, ponieważ w niektórych sytuacjach ich kompetencje nie są wystarczające i uczeń oraz rodzice powinni jak najszybciej skorzystać z pomocy fachowców;

2. Wiedzy psychologicznej, przede wszystkim z zakresu faz rozwojowych dziecka, jego potrzeb i możliwości, aby dostosować do nich formy i metody pracy. Zdobycie odpowiedniej wiedzy z dziedziny psychologii rozwojowej, społecznej, dotyczącej rozwoju psychofizycznego dzieci i młodzieży oraz mechanizmów społecznych wpływających na zachowania, pozwala nauczycielom na modyfikację między innymi ich oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych. Okres dzieciństwa i dojrzewania charakteryzuje bowiem duża dynamika zmian rozwojowych. Skuteczność programu profilaktyki w szkole jest uwarunkowana w szczególności znajomością uczniów, do których będą kierowane odpowiednie działania;
3. Wiedzy o metodach pracy profilaktycznej. Nauczyciele dość często, mimo że słyszeli o metodach aktywizujących czy interaktywnych w pracy z uczniami, nie potrafią lub obawiają się je stosować na lekcjach. Stosowanie aktywizujących metod pracy (np. dyskusja, „burza mózgów”, odgrywanie ról), umożliwiających zaangażowanie uczniów i korzystanie z ich osobistych doświadczeń, podnosi efektywność nauki, a także działań profilaktycznych. Poznanie „właściwości” poszczególnych metod pozwala na unikanie stosowania technik, które naruszają mechanizmy obronne osobowości młodych odbiorców, a przez to zachowanie bezpieczeństwa uczestników. Dostosowanie form pracy profilaktycznej do wieku odbiorców zwiększa również atrakcyjność prowadzonych zajęć.
4. Wiedzy o prawnych uwarunkowaniach profilaktyki w szkole i procedurach postępowania w sytuacjach kryzysowych.

Na spotkaniach z radami pedagogicznymi w szkołach nieraz spotykałam się z pytaniami: „Co zrobić, kiedy w szkole pojawi się problem narkotyków? Jak zachować się w stosunku do ucznia, który wydaje się być pod wpływem środka odurzającego? Jak zachować się i postępować w przypadku złapania ucznia z narkotykiem lub znalezienia narkotyku w szkole? Jak współpracować z rodzicami i gdzie szukać pomocy?”.

Nauczyciele bardzo często nie znają aktualnych przepisów prawnych (na przykład ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) i konsekwencji, jakie grożą za ich łamanie, mimo że w opracowanych programach profilaktyki pojawiają się cytowane akty prawne. Wiedzę tę często posiadają głównie pedagodzy szkolni, koordynujący działania profilaktyczne.

W czasie rozmów indywidualnych lub na podstawie zadawanych pytań na forum rady pedagogicznej zauważyłam, że wielu nauczycieli nie zna także swoich praw, a jeśli już posiadają wiedzę z dziedziny prawa oświatowego, to rzadko korzystają z przysługującego im prawa. Przy okazji spotkań z radami pedagogicznymi dowiedziałam się również, że niektóre szkoły nie opracowały procedur postępowania w różnych sytuacjach kryzysowych, jak na przykład wymienione wcześniej postępowanie nauczycieli, gdy uczeń ma przy sobie narkotyk (najczęściej jakąś „podejrzaną” substancję psychoaktywną, którą nauczycielowi faktycznie trudno jest zidentyfikować) lub jest pod jego wpływem na lekcji.

Większość szkół posiada natomiast wewnętrzne przepisy – zasady porządkujące tzw. życie szkoły, nie zawsze jednak kadra ma informacje o konsekwencjach, jakie spotkają osoby nie przestrzegające tych zasad. Potrzeby doksztalcania nauczycieli w tym zakresie ujawniły także organizowane w 2007 roku przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie, a finansowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, ogólnopolskie konferencje profilaktyczne pn. „Budowanie systemu reagowania w sytuacjach zagrożenia niedostosowaniem i wykluczeniem społecznym”.

Nauczycielom potrzebna jest więc podstawowa wiedza profilaktyczna, prawna i proceduralna, informacje o standardach działań profilaktycznych. Dopiero po zaspokojeniu ich „niewiedzy” możliwe są skuteczne działania profilaktyczne w środowisku szkolnym. Po pokonaniu bariery w sferze poznawczej, nauczyciel-profilaktyk śmiało podejmuje nowe wyzwania, które stawiają przed nim dysfunkcyjne zachowania dzieci i młodzieży szkolnej. Zdobytą wiedzę może przekazywać swoim wychowankom.

Kolejną sygnalizowaną potrzebą w zakresie zawodowego doksztalcania się nauczycieli jest doskonalenie osobowe. Potrzeby w tej kwestii są bardzo indywidualne i „rozwojowe”. Pojawiają się najczęściej, gdy przy wsparciu psychicznym ze strony innych członków szkolnej społeczności, profilaktycy dostrzegają pewne niedostatki własnych umiejętności psychologicznych.

Najczęściej dotyczą one:

1. Umiejętności interpersonalnych, przede wszystkim w zakresie kompetencji komunikacyjnych (porozumiewania się z uczniami i ich rodzicami), stawiania granic i bycia konsekwentnym; w procesie komunikowania się z uczniami nauczyciele posługują się zazwyczaj przyjętym schematem: nauczyciel mówi – uczeń słucha. Rozmowa nauczyciela z uczniem polega na ogół na zadawaniu przez niego pytań i udzielaniu na nie odpowiedzi przez ucznia (formą komunikacji są sprawdziany pisemne lub odpytywanie ustne, czasem dyskusje klasowe); na skuteczność oddziaływań profilaktycznych nauczyciela wpływa jednak prowadzenie z uczniem dialogu, empatyczne rozumienie i słuchanie ucznia; niekiedy wielką trudność sprawia dorosłym tolerowanie poglądów ucznia, rozmawianie z nim o jego doświadczeniach z substancjami psychoaktywnymi bez postawy oceniającej, krytykującej. Zrozumienie, że to nie dziecko jest „złe”, ale jego zachowanie jest niewłaściwe okazuje się sprawą podstawową w procesie wychowania i przeciwdziałania zachowaniom problemowym (szczególnie dotyczy to nastolatków).
2. Umiejętności realizacyjnych, które umożliwiają nauczycielowi sprawne posługiwanie się nabytymi metodami i środkami działania.

Profilaktycy nieustannie poszukują sprawdzonych metod docierania ze swoim przekazem do młodzieży. Chcą doskonalić własne kompetencje w zakresie realizacji określonych programów profilaktycznych. Zdobywają je w trakcie warsztatów, które są prowadzone przez autorów tych programów lub upoważnionych przez nich instruktorów. Dzięki temu stają się uprawnionymi realizatorami ogólnopolskich programów profilaktyki narkomanii.

Specjalistyczne umiejętności przydają się nauczycielom także w przypadku konstruowania samodzielnych, autorskich projektów profilaktycznych. Po pewnym czasie (nabytym doświadczeniu profilaktycznym) stają się oni liderami lokalnej profilaktyki, często inicjują nowe formy pracy z młodzieżą szkolną.

Możliwość doskonalenia się powinna być procesem ciągłym i dostępnym dla licznej grupy nauczycieli, również dla młodych wychowawców-profilaktyków. Liderzy profilaktyki, podnosząc swoje umiejętności, wzmacniają własne poczucie sprawstwa. Nowi kandydaci na szkolnych profilaktyków podtrzymują i kontynuują działania profilaktyczne, gdy doświadczeni nauczyciele tracą zapal lub odchodzą na emeryturę. Wiedza i umiejętności

danego grona pedagogicznego stają się zasobem, który pozwala prowadzić profesjonalne działania profilaktyczne.

Profesjonalni nauczyciele-profilaktycy wspierają zdrowy rozwój dzieci i młodzieży i ograniczają pojawiające się dysfunkcje. Od ich poziomu przygotowania zależy stopień bezpieczeństwa programów adresowanych do dzieci i młodzieży szkolnej.

Dzięki inwestowaniu w zasoby ludzkie danej placówki, z których przez długie lata można korzystać przy realizacji systemowych szkolnych działań profilaktycznych, zmniejsza się koszt realizacji lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii.

Osobnym, a bardzo ważnym problemem jest kwestia wiarygodności osób prowadzących dany program z punktu widzenia jego celów. „Realizatorzy powinni sami spełniać te standardy zachowań, do których nawołują” (Wojcieszek, Szymańska, 2002). Dotyczy to przede wszystkim postaw, stylu życia bez nałogów. Wiarygodność przekazu nauczyciela, który prowadzi zajęcia z profilaktyki zwiększa także jego świadomość dotyczącą własnych wyborów, potrzeb i zachowań. Jest to kolejny standard działań profilaktycznych, o którym muszą pamiętać nauczyciele i wart jest uwagi decydentów, organizujących i finansujących profesjonalne działania profilaktyczne w szkołach.

Czas realizacji profilaktyki

Dyrektorzy i nauczyciele pytają, kiedy prowadzić zajęcia z uczniami, często przy tym dowodząc, że podczas pobytu młodzieży w szkole, na lekcjach, nie ma czasu na profilaktykę narkomanii. Program nauczania jest obszerniejszy niż liczba dni nauki szkolnej. Nauczyciele zajęci są przede wszystkim realizacją zaplanowanego materiału. Jak w tym nawale zadań dydaktycznych, sprawozdań, posiedzeń rad pedagogicznych poradzić sobie z wygospodarowaniem czasu na przeciwdziałanie zażywaniu przez uczniów substancji psychoaktywnych?

Można to robić po lekcjach, ale uczniowie nie chcą dłużej zostawać w szkole na zajęciach profilaktycznych. W tym przypadku potrzebna jest odpowiednia strategia i zmotywowanie uczniów i ich rodziców. Szkoły wykorzystują taką możliwość i część zadań z zakresu profilaktyki narkomanii,

szczególnie dla uczniów z grup podwyższonego ryzyka, odbywa się po obowiązkowych zajęciach dydaktycznych. Wiele profesjonalnych zadań może być jednak realizowanych podczas każdej lekcji. Wymaga to przede wszystkim zaplanowanego, zespołowego działania całego grona pedagogicznego. Na poziomie profilaktyki uniwersalnej mogą być prowadzone programy promocji zdrowego stylu życia (lekcje biologii, wychowania fizycznego), treningi umiejętności życiowych (godziny wychowawcze, języki – polski i obce). Korzystają wówczas z tego wszyscy uczniowie obecni na lekcji.

Pomysłów jest tyle, ilu chętnych do ich kreowania i realizowania w codziennej pracy z uczniami.

Zastanawiam się często, dlaczego tak mało rozmawiamy o używkach z dziećmi i młodzieżą? Różne substancje psychoaktywne są obok nas – legalne (papierosy, alkohol, leki) i nielegalne, ale także dostępne. Nastolatkowie używają takich samych narkotyków co dorośli, choć często z innego powodu – mają na przykład większą potrzebę eksperymentowania, przekraczania granic. Innym problemem jest sprawa finansowej gratyfikacji pracy nauczyciela–profilaktyka. Jeżeli nauczyciel–wychowawca, pedagog/psycholog szkolny realizuje program profilaktyczny poza swoimi godzinami pracy, powinien otrzymywać dodatkowe wynagrodzenie.

Wynagrodzenie pociąga za sobą sprawdzanie jakości wykonywanej pracy. Instytucji finansującej działania nauczycieli–realizatorów zależałoby wtedy bardziej na sprawdzaniu i doskonaleniu ich kompetencji.

Procedury postępowania nauczycieli i metody współpracy szkół z policją w sytuacjach zagrożenia dzieci oraz młodzieży przestępczością i demoralizacją, w szczególności narkomanią, alkoholizmem i prostytucją*

Wśród różnorodnych przejawów demoralizacji za najbardziej niepokojące i zagrażające zdrowiu dzieci i młodzieży uznaje się narkomanię, alkoholizm i prostytucję. Są to zjawiska, wobec których żaden dorosły nie powinien pozostawać obojętny, zwłaszcza że zachowania ryzykowne dzieci

* Jeden z modułów Krajowego Programu Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przystępczości wśród Dzieci i Młodzieży, przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 13 stycznia 2004 roku.

i młodzieży najczęściej ze sobą współwystępują. Picie alkoholu czy odurzenie się narkotykami współwystępuje z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi, wczesną inicjacją seksualną. Wszystkie te czynniki mogą być przyczyną nawiązywania kontaktów z grupami przestępczymi, a w dalszej kolejności popełniania przestępstw.

Szczególny obowiązek reagowania na niepokojące sygnały zachowania uczniów spoczywa na nauczycielach. Szkoła, z racji powszechnego charakteru i funkcji, jest terenem, na którym w różnym stopniu i w różnej postaci ujawniają się niemal wszystkie nurtujące młodzież problemy. Szkoła zobowiązana jest do wczesnego rozpoznawania niedostosowania społecznego i podejmowania stosownych oddziaływań wychowawczych, profilaktycznych, a wobec uczniów niedostosowanych – działań interwencyjnych.

Na terenie szkoły dochodzi do zdarzeń, które bezpośrednio zagrażają bezpieczeństwu i zdrowiu (czasem nawet życiu) uczniów. Nauczyciel często czuje się osamotniony i bezradny w sytuacji, kiedy ma do czynienia z zachowaniem w żadnym stopniu nie mieszczącym się w regulaminie szkoły, a nierzadko będącym czynem karalnym lub przestępstwem.

Właściwa, adekwatna do sytuacji reakcja wychowawcy, pedagoga czy dyrektora oraz powiadomienie w razie potrzeby stosownych instytucji mogą w istotnym stopniu zwiększyć skuteczność oddziaływań. Bardzo ważne jest umiejętne, w pełni profesjonalne przeprowadzenie interwencji z zachowaniem wszelkich praw zarówno dzieci uczestniczących w zdarzeniu, jak i ich rodziców.

W zależności od okoliczności zdarzeń, kategorii popełnionego czynu oraz wieku sprawców – postępowanie wobec ucznia będzie różne.

Cele programu

- usprawnienie i zwiększenie trafności oraz skuteczności oddziaływań szkoły w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością i demoralizacją,
- wypracowanie metod współpracy szkoły z policją.

Procedury postępowania nauczycieli w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży demoralizacją

Podstawowym aktem prawnym regulującym zasady postępowania policji z nieletnimi sprawcami czynów karalnych jest Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Policja zgodnie z art. 37 ustawy, w wypadkach nie cierpiących zwłoki zbiera i utrwała dowody czynów karalnych, w razie potrzeby dokonuje ujęcia nieletniego, a także wykonuje czynności zlecone przez sędziego rodzinnego.

Dokumentem wewnętrznym uściślającym te zasady jest Zarządzenie Nr 590 Komendanta Głównego Policji z dnia 24 października 2003 r. w sprawie metod i form wykonywania zadań przez policjantów w zakresie przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich*.

Do podejmowania działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych w szkole zobowiązuje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem. W myśl tego dokumentu „szkoły i placówki podejmują działania interwencyjne polegające na powiadomieniu rodziców i policji w sytuacjach kryzysowych, w szczególności, gdy dzieciii młodzież używają, posiadają lub rozprowadzają środki odurzające”.

W rozporządzeniu §10 zobowiązuje szkoły i placówki do opracowania, strategii działań wychowawczych i zapobiegawczych oraz interwencyjnych wobec dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem.

Działania interwencyjne

I. W przypadku **uzyskania informacji, że uczeń, który nie ukończył 18 lat, używa alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, uprawia nierząd bądź przejawia inne zachowania świadczące o demoralizacji****, nauczyciel powinien podjąć następujące kroki:

1. Przekazać uzyskaną informację wychowawcy klasy;
2. Wychowawca informuje o fakcie pedagoga/psychologa szkolnego i dyrektora szkoły;
3. Wychowawca wzywa do szkoły rodziców (prawnych opiekunów) ucznia i przekazuje im uzyskaną informację. Przeprowadza rozmowę z rodzicami oraz z uczniem, w ich obecności. W przypadku potwierdzenia informacji, zobowiązuje ucznia do zaniechania negatywnego po-

* Obecnie w KGP finalizowane są prace nad zmianą powyższego zarządzenia.

** Naruszanie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki, włóczęgostwo, udział w działalności grup przestępczych – art. 4 §1 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

stępowania, rodziców zaś bezwzględnie do szczególnego nadzoru nad dzieckiem. W toku interwencji profilaktycznej może zaproponować rodzicom skierowanie dziecka do specjalistycznej placówki i udział dziecka w programie terapeutycznym;

4. Jeżeli rodzice odmawiają współpracy lub nie stawiają się do szkoły, a nadal z wiarygodnych źródeł napływają informacje o przejawach demoralizacji ich dziecka, dyrektor szkoły pisemnie powiadamia o zaistniałej sytuacji sąd rodzinny lub policję (specjalistę ds. nieletnich);
5. Podobnie, w sytuacji gdy szkoła wykorzysta wszystkie dostępne jej środki oddziaływań wychowawczych (rozmowa z rodzicami, ostrzeżenie ucznia, spotkania z pedagogiem, psychologiem itp.), a ich zastosowanie nie przynosi oczekiwanych rezultatów, dyrektor szkoły powiadamia sąd rodzinny lub policję. Dalszy tok postępowania leży w kompetencji tych instytucji;
6. Jeżeli zachowania świadczące o demoralizacji przejawia uczeń, który ukończył 18 lat, a nie jest to udział w działalności grup przestępczych czy popełnienie przestępstwa, to postępowanie nauczyciela powinno być określone przez wewnętrzny regulamin szkoły;
7. W przypadku uzyskania informacji o popełnieniu przez ucznia, który ukończył 17 lat, przestępstwa ściganego z urzędu lub jego udziału w działalności grup przestępczych, zgodnie z art. 304 §2 kodeksu postępowania karnego, dyrektor szkoły jako przedstawiciel instytucji jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję.

II. W przypadku, gdy **nauczyciel podejrzewa, że na terenie szkoły znajduje się uczeń będący pod wpływem alkoholu lub narkotyków**, powinien podjąć następujące kroki:

1. Powiadamia o swoich przypuszczeniach wychowawcę klasy;
2. Odizolowuje ucznia od reszty klasy, ale ze względów bezpieczeństwa nie pozostawia go samego; stwarza warunki, w których nie będzie zagrożone jego życie ani zdrowie;
3. Wzywa lekarza w celu stwierdzenia stanu trzeźwości lub odurzenia, ewentualnie udzielenia pomocy medycznej;
4. Zawiadamia o tym fakcie dyrektora szkoły oraz rodziców/opiekunów, których zobowiązuje do niezwłocznego odebrania ucznia ze szkoły. Gdy rodzice/opiekunowie odmówią odebrania dziecka, o pozostaniu ucznia

w szkole czy przewiezieniu do placówki służby zdrowia albo przekazaniu go do dyspozycji funkcjonariuszom policji – decyduje lekarz, po ustaleniu aktualnego stanu zdrowia ucznia i w porozumieniu z dyrektorem szkoły/placówki;

5. Dyrektor szkoły zawiadamia najbliższą jednostkę policji, gdy rodzice ucznia będącego pod wpływem alkoholu – odmawiają przyścia do szkoły, a jest on agresywny, bądź swoim zachowaniem daje powód do zgorzenia albo zagraża życiu lub zdrowiu innych osób. W przypadku stwierdzenia stanu nietrzeźwości*, policja ma możliwość przewiezienia ucznia do izby wytrzeźwień albo do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych – na czas niezbędny do wytrzeźwienia (maksymalnie do 24 godzin). O fakcie umieszczenia zawiadamia się rodziców/opiekunów oraz sąd rodzinny, jeśli uczeń nie ukończył 18 lat;
6. Jeżeli powtarzają się przypadki, w których uczeń (przed ukończeniem 18 lat) znajduje się pod wpływem alkoholu lub narkotyków na terenie szkoły, to dyrektor szkoły ma obowiązek powiadomienia o tym policji (specjalisty ds. nieletnich) lub sądu rodzinnego;
7. Spożywanie alkoholu na terenie szkoły przez ucznia, który ukończył 17 lat, stanowi wykroczenie z art. 43 ust. 1 *Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Należy o tym fakcie powiadomić policję. Dalszy tok postępowania leży w kompetencji tej instytucji.
- 8.

III. W przypadku, gdy **nauczyciel znajduje na terenie szkoły substancję przypominającą wyglądem narkotyk**, powinien podjąć następujące kroki:

1. Nauczyciel zachowując środki ostrożności zabezpiecza substancję przed dostępem do niej osób niepowołanych oraz ewentualnym jej zniszczeniem do czasu przyjazdu policji, próbuje (o ile to jest możliwe w zakresie działań pedagogicznych) ustalić, do kogo znaleziona substancja należy;
2. Powiadamia o zaistniałym zdarzeniu dyrektora szkoły (#) wzywa policję;
3. Po przyjeździe policji niezwłocznie przekazuje zabezpieczoną substancję i przekazuje informacje dotyczące szczegółów zdarzenia.

* Stężenie we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu lub w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

IV. W przypadku, gdy **nauczyciel podejrzewa, że uczeń posiada przy sobie substancję przypominającą narkotyki**, powinien podjąć następujące kroki:

1. Nauczyciel w obecności innej osoby (wychowawcy, pedagoga, dyrektora itp.) ma prawo żądać, aby uczeń przekazał mu tę substancję, pokazał zawartość torby szkolnej oraz kieszeni (we własnej odzieży), ew. innych przedmiotów budzących podejrzenie co do ich związku z poszukiwaną substancją. Nauczyciel nie ma prawa samodzielnie wykonać czynności przeszukania odzieży ani teczki ucznia – jest to czynność zastrzeżona wyłącznie dla policji;
2. O swoich spostrzeżeniach powiadamia dyrektora szkoły oraz rodziców/opiekunów ucznia i wzywa ich do natychmiastowego stawiennictwa;
3. W przypadku, gdy uczeń, mimo wezwania, odmawia przekazania nauczycielowi substancji i pokazania zawartości teczki, dyrektor szkoły wzywa policję, która przeszukuje odzież i przedmioty należące do ucznia oraz zabezpiecza znalezioną substancję i zabiera ją do ekspertyzy;
4. Jeżeli uczeń wyda substancję dobrowolnie, nauczyciel, po odpowiednim zabezpieczeniu, zobowiązany jest bezzwłocznie przekazać ją do jednostki policji. Wcześniej próbuje ustalić, w jaki sposób i od kogo uczeń nabył substancję. Całe zdarzenie nauczyciel dokumentuje, sporządzając możliwie dokładną notatkę z ustaleń wraz ze swoimi spostrzeżeniami.

UWAGA:

Zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – w Polsce karalne jest:

- posiadanie każdej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych,
- wprowadzanie do obrotu środków odurzających,
- udzielanie innej osobie, ułatwianie lub umożliwianie ich użycia oraz nakłanianie do użycia,
- wytwarzanie i przetwarzanie środków odurzających.

Każde z wymienionych zachowań jest czynem karalnym w rozumieniu przepisów ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, jeśli sprawcą jest uczeń, który ukończył 13 lat, a nie ukończył 17 lat.

Z przestępstwem mamy do czynienia, jeżeli któryś z wymienionych czynów popełni uczeń po ukończeniu 17 lat. W takiej sytuacji mają za-

stosowanie przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks postępowania karnego*.

Jeżeli przestępstwo ma miejsce na terenie szkoły, należy wezwać policję.

W każdym przypadku popełnienia czynu karalnego przez ucznia, który nie ukończył 17 lat, należy zawiadomić policję lub sąd rodzinny, a w przypadku popełnienia przestępstwa przez ucznia, który ukończył 17 rok życia, prokuratora lub policję (art. 4 Upk i art. 304 Kpk).

V. Postępowanie wobec ucznia – sprawcy czynu karalnego lub przestępstwa:

- niezwłoczne powiadomienie dyrektora szkoły,
- ustalenie okoliczności czynu i ewentualnych świadków zdarzenia,
- przekazanie sprawcy (o ile jest znany i przebywa na terenie szkoły) dyrektorowi szkoły lub pedagogowi szkolnemu pod opiekę,
- powiadomienie rodziców ucznia-sprawcy,
- niezwłoczne powiadomienie policji w przypadku, gdy sprawa jest poważna (rozbój, uszkodzenie ciała itp.) lub sprawca nie jest uczniem szkoły i jego tożsamość nie jest nikomu znana,
- zabezpieczenie ewentualnych dowodów przestępstwa lub przedmiotów pochodzących z przestępstwa i przekazanie ich policji (np. sprawca rozbój na terenie szkoły używa noża i uciekając porzuca go lub porzuca jakiś przedmiot pochodzący z kradzieży).

VI. Postępowanie nauczyciela wobec ucznia, który stał się ofiarą czynu karalnego:

- udzielenia pierwszej pomocy (przedmedycznej), bądź zapewnienia jej udzielenia poprzez wezwanie lekarza w przypadku, kiedy ofiara doznała obrażeń,
- niezwłoczne powiadomienie dyrektora szkoły,
- powiadomienie rodziców ucznia,
- niezwłoczne wezwanie policji w przypadku, kiedy istnieje konieczność profesjonalnego zabezpieczenia śladów przestępstwa, ustalenia okoliczności i ewentualnych świadków zdarzenia.
- W przypadku znalezienia na terenie szkoły broni, materiałów wybuchowych, innych niebezpiecznych substancji lub przedmiotów, należy zapewnić bezpieczeństwo przebywającym na terenie szkoły osobom,

uniemożliwić dostęp osób postronnych do tych przedmiotów i wezwać policję – tel. 997 lub 112.

Metody współpracy szkoły z policją

W ramach długofalowej pracy profilaktyczno-wychowawczej szkoła i policja utrzymują stałą, bieżącą współpracę w zakresie profilaktyki zagrożeń.

Koordinatorami współpracy powinni być: pedagog/psycholog szkolny oraz specjalista ds. nieletnich i patologii właściwej jednostki policji.

Do współpracy ze szkołą zobowiązany jest także dzielnicowy, w rejonie którego znajduje się szkoła/placówka.

Pracownicy szkoły wyznaczeni do współpracy z policją, specjaliści ds. nieletnich i patologii oraz dzielnicowi powinni wspólnie ustalić wzajemnie zasady kontaktu, by móc na bieżąco wymieniać informacje i rozwiązywać problemy związane z bezpieczeństwem i dobrem uczniów.

W ramach współpracy policji ze szkołą organizuje się:

- spotkania pedagogów szkolnych, nauczycieli, dyrektorów szkół z zaproszonymi specjalistami ds. nieletnich i patologii, podejmujące tematykę zagrożeń przestępczością oraz demoralizacją dzieci i młodzieży w środowisku lokalnym,
- spotkania tematyczne młodzieży szkolnej z udziałem policjantów m.in. na temat odpowiedzialności nieletnich za popełniane czyny karalne, prawnych aspektów narkomanii, wychowania w trzeźwości itp. oraz z młodszymi uczniami, na temat zasad bezpieczeństwa, zachowań ryzykownych oraz sposobów unikania zagrożeń,
- informowanie policji o zdarzeniach na terenie szkoły wypełniających znamiona przestępstwa, stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia uczniów oraz przejawach demoralizacji dzieci i młodzieży,
- udzielanie przez policję pomocy szkole w rozwiązywaniu trudnych, mogących mieć podłoże przestępcze problemów, które zaistniały na terenie szkoły,
- wspólny – szkoły i policji – udział w lokalnych programach profilaktycznych związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa uczniom oraz zapobieganiem demoralizacji i przestępczości nieletnich.

UWAGA:

Policja powinna być wzywana do szkoły w sytuacjach, o których mowa w *Procedurach* albo gdy wyczerpane zostaną środki możliwe do zastosowania przez szkołę w określonej sytuacji, w których obecność policji jest konieczna.

Każda, dotycząca uczniów wizyta policjanta w szkole, powinna być wcześniej zasygnalizowana dyrektorowi lub uzgodniona z innym pracownikiem szkoły.

Podstawy prawne stosowanych procedur:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 1982 r. Nr 35 poz. 228 z p. zm. – tekst jednolity Dz. z 2002 r. Nr 11 poz. 109 z) oraz przepisy wykonawcze w związku z ustawą.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 35, poz. 230 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198).
- Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. Nr 30 poz. 179 z późn. zm.).
- Zarządzenie Nr 590 Komendanta Głównego Policji z dnia 24 października 2003 r. w sprawie metod i form wykonywania zadań przez policjantów w zakresie przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich.
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz. U. Nr 26, poz. 226).

Działania zmierzające do osiągnięcia założonych celów oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację

Wdrożenie i realizacja *Procedur postępowania nauczycieli i metod współpracy szkół z policją w sytuacjach zagrożenia dzieci oraz młodzieży przestępczością i demoralizacją, w szczególności: narkomanią, alkoholizmem, prostytutką:*

1. Zapoznanie szkół i pedagogów z *Procedurami*
 - kampania informacyjna,
 - publikacje,
 - szkolenia;
2. Kontynuowanie współpracy pomiędzy policją a placówkami oświatowymi w zakresie realizacji zadań określonych w *Procedurach*
 - utrzymywanie stałych, roboczych kontaktów,
 - organizowanie wspólnych szkoleń z uwzględnieniem problematyki ujętej w *Procedurach*,
 - wzajemna wymiana informacji o zagrożeniach i zdarzeniach występujących na terenie szkoły.

Czas realizacji

Ujęte w Programie Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przestępczości wśród Dzieci i Młodzieży *Procedury* stanowią element działania bieżącego z uwagi na fakt, że określone działania poszczególnych podmiotów regulowane są stosownymi przepisami prawa.

Podmioty odpowiedzialne za koordynację i monitoring programu

Podmiotem odpowiedzialnym za koordynację i monitoring jest Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu.

Rola policji w realizacji *Procedur* sprowadza się do profesjonalnego reagowania na zdarzenia ujęte w *Procedurach* w ramach ustawowych obowiązków.

Źródła finansowania

Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu oszacowało, że roczny koszt zadań realizowanych przez ten resort w ramach Programu będzie wynosił co najmniej 2 700 000 zł. W roku 2004 na realizację zadań określonych w programach modułowych resort Edukacji Narodowej i Sportu zamierza przeznaczyć 2 950 000 zł (dwa miliony dziewięćset pięćdziesiąt tysięcy złotych).

Słowniczek slangu narkotykowego

Jeżeli usłyszysz te nazwy w rozmowach swoich dzieci i ich znajomych, nie wpadaj w panikę i nie traktuj ich jak potencjalnych narkomanów. Być może narkotyki pojawiły się w ich otoczeniu i warto na ten temat porozmawiać. Podajemy przykładowe słownictwo, jednak należy pamiętać, że slangowy język młodzieżowy jest niezwykle żywy i ciągle przybywają nowe określenia.

A

absta – stan związany z odstawieniem narkotyku

acid – zobacz LSD

Adam – nazwa własna tabletek ekstazy

afgan – zobacz haszysz

Aligator – nazwa własna tabletek ekstazy

amfa – zobacz amfetamina

Asterix – nazwa własna bibulek z kolorowym nadrukiem, zawierającym LSD

B

bacior – skręt z marihuaną

bakać – palić marihuanę

bakanie, baku, bak, bakulatura – zobacz marihuana

bajzel – miejsce handlu narkotykami

- baluny – zobacz grzyby halucynogenne
bat – skręt z marihuaną; także żyła
Batman – nazwa własna tabletek ecstazy
be – zobacz amfetamina (od nazwy benzydryna)
beton – osoba nadużywająca narkotyków, mająca trudności w kontaktach z otoczeniem
biała dama – zobacz kokaina
białe, białe szaleństwo – zobacz amfetamina
blant – skręt z marihuaną
bleta – zobacz ecstazy
brać – zażywać narkotyki
brown sugar, brąz, brań – odmiana heroiny
brańniarz – palacz heroiny
buchać – odurzać się środkami wziewnymi
budzio – zobacz środki wziewne
burchać – palić marihuanę
być sfilmowanym – mieć omamy, halucynacje
być w ciągu – nałogowo zażywać narkotyki

C, Ć

- charlie – zobacz kokaina
cent – porcja narkotyku (1 cm³), kokainy lub heroiny
crack – krystaliczna forma kokainy
czady – narkotyki
czekoladka – zobacz haszysz
cyknąć – zażyć dożylnie narkotyk
ćpa, ćpun – narkoman
ćpać – zażywać narkotyki

D

- dać sobie po kablach – zażywać dożylnie narkotyki
dać sobie w nocha – zażywać narkotyki przez nos; odurzać się
dawać w kanał – zażywać dożylnie narkotyki
deka – zobacz sterydy
diler – handlarz narkotykami
dmuchać – odurzać się środkami wziewnymi

dopina – środki dopingujące; anaboliki
dorota, dorotka – zobacz benzodiazepiny
dół – końcowa faza działania narkotyku
dragi = drugs – narkotyki ogólnie
Drops – nazwa własna tabletek ecstasy
dropsy – tabletki ecstasy
działka – porcja narkotyku
dżamba – zobacz marihuana
dżoint – zobacz marihuana
dżuma – zobacz marihuana

E

efki – zobacz benzodiazepiny
ejsid = acid – zobacz LSD
erki – zobacz benzodiazepiny
eska – zobacz ecstasy
Eva – nazwa własna tabletek ecstasy

F

faza, fazka – m.in. złudna, iluzoryczna ulga po zażyciu środków odurzających; także upojenie alkoholowe lub po prostu optymizm, entuzjazm, pogoda ducha
feta – zobacz amfetamina
frykać – zażywać środki odurzające, które działają w interakcji ze słuzówką
fufu – zobacz amfetamina

G

galaretko – crack, krystaliczna forma kokainy
gadżety – tabletki ecstasy
gandzia – zobacz marihuana
gibon, gibsztyl – skręt (papieros) z marihuaną
giet, giecik – porcja marihuany; skręt
głód (być na głodzie) – stan związany z odstawieniem narkotyku
głupawka – stan wywołany nadmiernym spożyciem używek, podczas którego człowiek ulega niekontrolowanym odruchom

gram – porcja narkotyku; także kokaina
grass – zobacz marihuana
grubas – skręt z marihuaną
gruda, grudka – porcja haszyszu
grzać – zażywać narkotyki, odurzać się; także: upijać się
grzejnik – narkoman
grzybki – zobacz grzyby halucynogenne

H

hasz – zobacz haszysz
halo, halun – halucynacje; omamy
helena – zobacz heroina
hera, hercia – zobacz heroina
Herz – nazwa własna tabletek ecstazy
hit – mocne zaciągnięcie się marihuaną
hoffman – zobacz LSD (od dr Hoffmana, wynalazcy LSD)
huana – zobacz marihuana
huknąć – zażyć dożylnie narkotyk

J

jajko – 5 gram marihuany
jarać – palić tytoń lub marihuanę
jazda – m.in. pozytywne, a zarazem złudne doznania, występujące po przyjęciu narkotyków

K

kamyczek – zobacz LSD
karton – zobacz LSD
kirać – odurzać się środkami wziewnymi
kisielek – crack, krystaliczna forma kokainy
kleić się – odurzać się środkami wziewnymi
klejarz – osoba zażywająca środki wziewne
kloc – zobacz haszysz
koka – zobacz kokaina
koks – zobacz kokaina, zobacz sterydy
kolumbijka – zobacz marihuana

kompot – tzw. polska heroina
kop – stan po zażyciu narkotyku
kor – dobrze zbita lufka marihuana
kostka – zobacz haszysz
krak = crack – krystaliczna forma kokainy
krążek – zobacz ecstasy
kreska – porcja kokainy lub amfetaminy
kręcenie – stan po zażyciu narkotyku
kryształek – zobacz LSD
kwas, kwasik, kwach – zobacz LSD

L, ł

linia – porcja kokainy lub amfetaminy
listek – zobacz LSD
lolek – skręt z marihuaną
Love – nazwa własna tabletek ecstasy
łapać paranoję (flesze, haluny) – zaburzenia psychiczne po zażyciu narkotyków
łidnek = weednek – weekend, w którym ktoś skonsumował a., skonsu-
muje dużo marihuany

M

marycha, maryśka – zobacz marihuana
materiał – ogólnie narkotyki
metka, mietek – zobacz sterydy
mieć film – mieć halucynacje, omamy
Mitsubishi – nazwa własna tabletek ecstasy

N

na bani – pod wpływem alkoholu lub narkotyków
naczęsany – odurzony narkotykami
nafukany – odurzony narkotykami
nakręcony – odurzony narkotykami a. pijany
nałykany – odurzony narkotykami a. pijany
narciarz – osoba zażywająca amfetaminę
narkus – ogólnie narkoman

nary – ogólnie narkotyki

nastuk – impreza z dużymi ilościami alkoholu i/lub marihuany; upojenie alkoholowe; odurzenie, euforia po przyjęciu narkotyków

nastukany – odurzony narkotykami a. pijany

O

odkurzać – odurzać się; zażywać narkotyki przez nos

odjazd, odlot – stan po zażyciu narkotyku

omen, omka – zobacz sterydy

P

5G – 5 gram marihuany

palto – zobacz marihuana

papier, papierek – zobacz LSD

paszczak – zwykła lufka z kiosku do palenia marihuaną

paździoch – zobacz amfetamina

persil – zobacz amfetamina

pestki – zobacz benzodiazepiny

petarda – upojenie alkoholowe; odurzenie, euforia po przyjęciu narkotyków

piguły, pigsy (pixy) – tabletki ecstasy

piguły – zobacz benzodiazepiny

plastelina – zobacz haszysz

poczówka – zobacz LSD

podróż – stan po zażyciu LSD

pojara – papieros z tytoniem lub marihuaną

porcja – zobacz kokaina

prima – zobacz sterydy

proch, proszek – zobacz amfetamina

pronto – zobacz amfetamina

proszek – zobacz heroina

przydmuchać – odurzać się środkami wziewnymi

przyhajcować – zażyć narkotyk

psyfki – zobacz grzyby halucynogenne

psylocyby, psyłki – zobacz grzyby halucynogenne

pudrować nos – zażywać narkotyki przez nos

pukać – zażywać dożylnie narkotyki
pykiel – zobacz marihuana

R

rolki – zobacz benzodiazepiny
rozpuchol – zobacz środki wziewne

S, Ś

samosieja – zobacz marihuana
sanatorium – instalacja służąca do palenia marihuana, zwana też „haszbar”, „stół” a. „ława”
szesany – odurzony narkotykami a. pijany
sensimila – kwiat konopii indyjskiej bez nasion lub po prostu marihuana
setka – porcja amfetaminy (100 mg)
sfilmować się – mieć halucynacje, omamy
siupa – zobacz amfetamina
siuu – zobacz marihuana, skrót od siuwar/siuwax, pisownia przez dwa „u”
skopcić się – odurzyć się marihuaną
skręt – zobacz marihuana
skun – niezwykle mocna odmiana konopii uprawiana w specjalnych warunkach, marihuana
skuty – odurzony narkotykami a. pijany
smażyć – opalać lufkę; też: palić marihuanę
snifować – wciągać do nosa (amfetaminę, kokainę)
Snowball – nazwa własna tabletek ecstasy
solwent – zobacz środki wziewne
Sonne – nazwa własna tabletek ecstasy
spalony – odurzony marihuaną
speed, spid – zobacz amfetamina
strzaskany – odurzony marihuaną
Superman – nazwa własna tabletek ecstasy
szmata – zobacz amfetamina
sztryms – czysta amfetamina
szuwaks, szuwaksik – zobacz marihuana

szuwar – zobacz marihuana
ścięgnąć bucha – palić marihuanę
ścięgnąć kreskę – zażywać narkotyki przez nos; odurzać się
ścierwo – zobacz amfetamina
ścieżka – porcja kokainy lub amfetaminy
śmiechawa – stan po zażyciu narkotyku
śnieg – kokaina lub amfetamina

T

tejbs – zobacz LSD
teletext – osoba gustująca w amfetaminie/extasy (względnie innych
 używkach), miłośnik muzyki techno
temaciwo – skręt z marihuaną
teściu – zobacz sterydy
tłuścioch – skręt z marihuaną
towar – ogólnie narkotyki
trawa – zobacz marihuana
trawiarz – palacz marihuany
trip – stan po zażyciu LSD
trzepanie – stan po zażyciu narkotyku
tyki – ogólnie narkotyki

U

UFO – nazwa własna tabletek ekstazy
upalony – odurzony marihuaną

V

Vogel – nazwa własna tabletek ekstazy
VW – nazwa własna tabletek ekstazy

W

wacław biały – zobacz amfetamina
walić w baty a. po batach – zażywać dożylnie narkotyk
wanna – sposób palenia marihuany za pomocą wanny i plastikowej
 butelki z odciętym dnem
wąsy – to samo, co dżointy; zobacz marihuana

- weednek – weekend, w którym ktoś skonsumował a., konsumuje dużo marihuany; pochodzi od słów: weed (ang. ‘zioło’) + weekend; czyta się „łidnek”
- węgorz – zobacz amfetamina
- wino – zobacz sterydy
- witamina A – zobacz amfetamina
- witamina C – zobacz kokaina
- wład, Władek – zobacz amfetamina
- wjechać – zażyć dożylnie narkotyk
- wodna – fajka wodna, shisha, służy do palenia marihuany
- wujek Władek – zobacz amfetamina
- wytrzępany – odurzony narkotykami

Z

- zachmurzyć się – zapalić papierosa a. skręta z marihuaną
- zagibastować – zapalić papierosa a. skręta z marihuaną
- zasnifować – wciągnąć do nosa (amfetaminę, kokainę)
- zbakany – odurzony marihuaną
- zbombiony – pijany lub odurzony
- zejście – końcowe stadium spożycia środków odurzających/alkoholu
- zeżryś – zobacz amfetamina
- zgon – stan występujący po nadużyciu używek
- ziele, zielsko, zielak, zioło – zobacz marihuana
- zielarz – palacz marihuany
- ziomki – zobacz benzodiazepiny
- zjarany – odurzony marihuaną; także opalony
- zjazd – końcowa faza działania narkotyku
- zmulony – odurzony narkotykami
- zwał – końcowe stadium spożycia środków odurzających/alkoholu; także złe samopoczucie

Bibliografia

- CBOS, *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008*, raport na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2008, źródło: <http://www.narkomania.gov.pl/mlodziez2008.pdf> z dnia 22.04.2009
- Dopalacz*, Wikipedia, [http://pl.wikipedia.org/wiki/Dopalacz_\(lotnictwo\)](http://pl.wikipedia.org/wiki/Dopalacz_(lotnictwo)) z dnia 5.05.2009
- EMCDDA, *Notatka informacyjna Agencji UE ds. narkotyków z siedzibą w Lizbonie*, ogłoszenie sprawozdania rocznego o stanie problemu narkotykowego w Europie, PAP 6.11.2008
- EMCDDA, *Sprawozdanie roczne 2008. Stan problemu narkotykowego w Europie*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2008
- Gaś Z. B., *Profilaktyka uzależnień*, WSiP, Warszawa 1993
- Gaś Z. B., *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*. MENiS, Warszawa 2003
- Kałdon B., *Profilaktyka alkoholowa w szkole*, Wydział Nauk Społecznych filia KUL, Stalowa Wola 2003
- Kidawa M., *System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach*, „Remedium”, nr 5/2007
- Mały Słownik Języka Polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997
- Markowska A., Woynarowska B., *Wsparcie uczniów w szkole w badaniach HBSC*, „Remedium” nr 7–8 2005

- Ostaszewski K., *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium” nr 7–8 2005
- Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003
- Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych ESPAD*, Warszawa 2007, źródło: <http://www.narkomania.gov.pl/espada2007.zip> z dnia 22.04.2009
- Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, CMPPP, Warszawa 2002
- Szymańska J., Zamecka J., *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki*. [w:] *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, red. G. Świątkiewicz, praca zbiorowa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002
- Macander D., *Profilaktyka uzależnień w szkole*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 1(36)/2007
- Wojcieszek K., Szymańska J., *Standardy jakości pierwszorzędowych programów profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych*, www.cmppp.edu.pl/profilaktyka