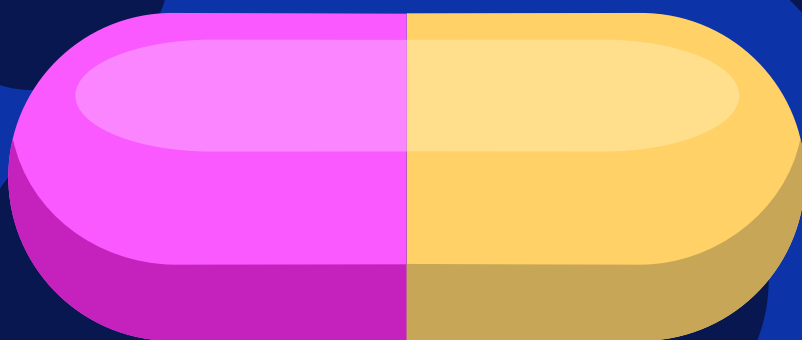

Nowe narkotyki

poradnik dla nauczycieli



Nowe narkotyki

poradnik dla nauczycieli



REDAKCJA:
Agnieszka Batko, Ewa Waluk

WYDAWCA:
Główny Inspektorat Sanitarny
ul. Targowa 65, 03-729 Warszawa
www.gis.gov.pl

Publikacja przygotowana w Departamencie
Nadzoru nad Środkami Zastępczymi GiS

OPRACOWANIE GRAFICZNE I SKŁAD:
Magdalena Frączek
Indigo Art Design Studio
www.indigo-art.pl

ILUSTRACJE
Shutterstock.com

ISBN: 978-83-954638-2-2

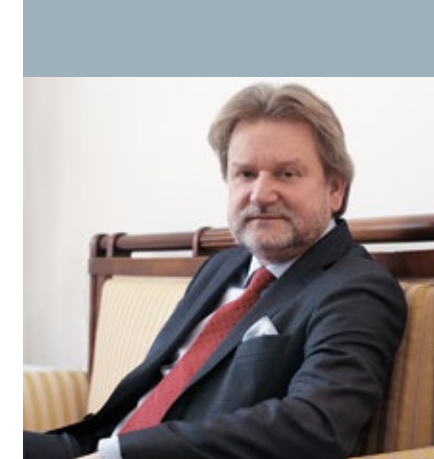


Spis treści

Słowo wstępu	9
Słowniczek	10
Rozdział 1. Nowe narkotyki – jak je rozpoznać	12
Krótką historią występowania nowych narkotyków w Polsce	14
Status prawny: zakazane czy dozwolone	15
Oferta rynkowa, reklama i sposoby dystrybucji nowych narkotyków, specyfika rynku	17
Charakterystyka poszczególnych grup nowych narkotyków i ich specyfika	21
Wybrane przykłady badań statystycznych, dotyczących używania narkotyków i tzw. dopalaczy przez uczniów w wieku szkolnym	24
Rozdział 2. Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży, związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych oraz adekwatne sposoby reagowania	29
Drogi przyjmowania i objawy zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku szkolnym	30
Politoksykomania – narastający problem społeczny	32
Testy na wykrywanie substancji psychoaktywnych	35
Sposoby na ukrywanie zażywania substancji psychoaktywnych	38
Postępowanie w przypadku znalezienia na terenie szkoły substancji psychoaktywnej lub produktu potencjalnie zawierającego substancję psychoaktywną	40
Reagowanie w przypadku zatrucia substancjami psychoaktywnymi – aspekty zdrowotne	43
Przykłady przedmiotów do ukrywania, rozdrabniania lub zażywania substancji psychoaktywnych	46
Zjawisko e-narkotyków	50
Rozdział 3. Skutki zażywania nowych narkotyków	53
Ujęcie ogólne	54
Skutki zażywania a dolegliwości układów i narządów	56
Objawy zażywania nowych narkotyków a intensywność przyjmowania	58
Używanie nowych narkotyków – zmiany psychologiczne	63
Używanie nowych narkotyków – zmiany w zachowaniu	65
Używanie nowych narkotyków – zmiany w wyglądzie	66
Konsekwencje zażywania nowych narkotyków – zaburzenia psychiczne i zachowania	67
Zjawisko podwójnej diagnozy	77

Rozdział 4. Uczeń eksperymentujący z nowymi narkotykami i uzależniony – gdzie szukać pomocy?	81
Szczególne znaczenie okresu dojrzewania (adolescencji)	82
Instytucje i podmioty właściwe w zakresie pomocy osobom uzależnionym i szkodliwie używającym nowych narkotyków	85
Placówki, w których osoba szkodliwie używająca nowych narkotyków lub od nich uzależniona może uzyskać pomoc	88
Poradnie psychologiczno-pedagogiczne	88
Punkty Informacyjno-Konsultacyjne	89
Poradnie leczenia uzależnień	90
Placówki pobytu dziennego	91
Placówki pobytu stacjonarnego	92
Wspólnota Anonimowych Narkomanów	94
Przymusowe leczenie osób uzależnionych	94
Wykaz placówek leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego oraz telefonów zaufania	96
Rozdział 5. Diagnoza szkolna – identyfikacja i postępowanie w aspekcie nowych narkotyków	105
Diagnoza szkolna – aspekt prawny	106
Profilaktyka	106
Poziomy profilaktyki	107
Diagnoza i postępowanie w sytuacji, kiedy dziecko nie zażywa substancji psychoaktywnych	108
Czynniki chroniące	109
Rola szkoły w profilaktyce	112
Diagnoza i postępowanie w sytuacji, gdy dziecko używa substancji psychoaktywnych	115
Etapy uzależnienia dziecka – diagnoza i postępowanie	117
Scenariusze rozmów z dzieckiem i jego rodzicami w sytuacji podejrzenia używania substancji psychoaktywnych, z zaangażowaniem środowiska placówki oświatowej	122

Słowo wstępu



Szanowni Państwo Nauczyciele i Pedagodzy,

w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie i życie uczniów, mając na uwadze rolę profilaktyki i edukacji przekazuję Państwu publikację, która stanowi uzupełnienie wiedzy na temat nowych narkotyków oraz kompendium praktycznych wskazówek do pracy, przygotowanych przez ekspertów.

Ostatnie lata to czas dynamicznych zmian na „scenie narkotykowej” związanych z szybkim tempem pojawiania się niebezpiecznych substancji psychoaktywnych powodujących ostre zatrucia dzieci i młodzieży, uzależnienia, a nawet zgony.

Ograniczanie zagrożeń stwarzanych przez nowe narkotyki stanowi jedno z większych wyzwań dla zdrowia publicznego i wymaga racjonalnej, opartej na podstawach naukowych strategii, dlatego szczególna uwaga zwrócona jest na ocenę ryzyka jakie powodują te środki odurzające.

Strategia ta ma łączyć system nadzoru i promocję zdrowia. W celu przeciwwstawienia się zjawisku używania nowych narkotyków istotne jest systematyczne prowadzenie w środowisku szkolnym edukacji dotyczącej zapobiegania narkomanii.

Adekwatne reagowanie i w konsekwencji skuteczna profilaktyka opracowana przez specjalistów wpływa na ograniczenie zarówno pierwszych kontaktów z nowymi narkotykami, jak też nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie szkodom zdrowotnym i społecznym.

W wyniku postępowania diagnostycznego i planowanej strategii działania możliwe jest poznanie diagnozy środowiska szkolnego, zidentyfikowanie oraz objęcie interwencją profilaktyczną uczniów ze względu na rodzaj przejawianych zachowań problemowych.

Zachęcam Państwa do lektury poradnika, gdyż najskuteczniejszą metodą uzyskania pożądanych zachowań zdrowotnych jest radykalne ograniczanie popytu, czyli zmniejszanie zainteresowania używaniem nowych narkotyków przez dzieci i młodzież.

Obok niniejszego opracowania pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są również do Państwa dyspozycji.

*dr hab. n. med. Jarosław Pinkas
Główny Inspektor Sanitarny*

AUTORZY:

Agnieszka Batko – psycholog, Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi GIS

Tomasz Białas – dr n. o zdr., dyrektor Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi GIS, z-ca przewodniczącego Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych przy Ministrze Zdrowia

Radosław Gruss – pedagog, specjalista w zakresie zdrowia publicznego, kierownik Oddziału Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Olsztynie

Zbigniew Michalczyk – psycholog, specjalista psychoterapii uzależnień, kierownik Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku, autor publikacji o tematyce profilaktyki i terapii uzależnień

Ewa Waluk – psycholog, radca Głównego Inspektora Sanitarnego, specjalista psychoterapii uzależnień, mediator w sprawach rodzinnych i karnych



Słowniczek

BLOTTER

arkusz kartonkowy, nasączony niewielką ilością substancji narkotycznej (LZD lub pochodnych) do polizania jak znaczek pocztowy

GIS

Główny Inspektorat Sanitarny

ICD-10

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

MACZANKA

nasączone roztworem substancji narkotycznej (np. syntetyczny kannabinoid) materiały roślinne, gdzie po odparowaniu rozpuszczalnika (np. aceton) substancja czynna wytrąca się na materiale w formie drobnych kryształów

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE (NSP)

narkotyki nowej generacji imitują działanie klasycznych narkotyków, ale są od nich silniejsze, charakteryzuje je wysokie ryzyko zatrucia i śmiertelność

OUN – OŚRODKOWY UKŁAD NERWOWY

najważniejsza część mózgu, swoisty komputer zarządzający wszystkimi funkcjami naszego ciała. Jeśli OUN jest zaburzony, popełniamy błędy, narażamy się na ryzyko niewłaściwych decyzji i reakcji, chorób, zaburzeń, zachowań problemowych

POLITOKSYKOMANIA

(ang. multiple drug use) – jednoczesne nadużywanie i/lub uzależnienie od wielu substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, narkotyki, leki, „dopalacze”. Środki uzależniające mogą być zażywane jednocześnie bądź naprzemiennie

RESEARCH CHEMICALS LUB RC

ukryta forma sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych, zwykle w czystej postaci, jako odczynników do badań chemicznych

ŚRODEK ZASTĘPCZY

grupa substancji lub ich mieszanek o faktycznym lub rzekomym działaniu psychoaktywnym, niemających statusu środków odurzających, substancji psychotropowych oraz NSP

THC

(Δ^9 -tetrahydrokannabinol) – organiczny związek chemiczny z grupy kannabinoidów, izomer kannabidiolu i główna substancja psychoaktywna, zawarta w konopiach. Jest praktycznie nierozpuszczalny w wodzie, natomiast rozpuszcza się w rozpuszczalnikach organicznych, np. alkoholu, tłuszczach

TOLERANCJA

zjawisko polegające na zmniejszaniu się wrażliwości organizmu, coraz słabszej odpowiedzi na przyjmowane kolejnej dawki substancji psychoaktywnej

UZALEŻNIENIE

kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których zachowania związane z przyjmowaniem substancji uzyskują wyraźną przewagę nad innymi, które były charakterystyczne dla danej osoby

WAPORYZACJA

podgrzanie suszu roślinnego do określonej temperatury i wykonanie inhalacji powstałą w ten sposób parą



1

Nowe narkotyki – jak je rozpoznać

AGNIESZKA BATKO, TOMASZ BIAŁAS

Krótką historia występowania nowych narkotyków w Polsce

POCZĄTKI NOWYCH NARKOTYKÓW

Rynek narkotykowy na przełomie XX i XXI wieku, a szczególnie przez ostatnie 10 lat, ulegał rewolucyjnym przeobrażeniom. Producenci i sprzedawcy, odpowiadając na zaostrzającą się politykę antynarkotykową, stworzyli duży asortyment nowych substancji psychostymulujących, uspokajających, halucynogennych, nasennych czy euforyzujących, czyli mających właściwości narkotyczne, których wspólną cechą było to, że nie były nielegalne. W efekcie zmian rynku przestępczości narkotykowej i rosnącego zapotrzebowania na używki tego typu, pojawiały się nowe substancje psychoaktywne (NSP). W ten sposób dostarczano silnie działające środki i omijano prawo. Powstał nawet termin „legalne narkotyki” (*ang. legal highs*), którym określa się substancje imitujące działanie nielegalnych narkotyków, a wytwarzane z legalnych składników i sprzedawane przez Internet lub w specjalnych sklepach.

WYROBY KOLEKCJONERSKIE

Nowe narkotyki, potocznie nazywane dopalaczami, nie były na skalę masową obecne w naszym kraju przed 2008 r. Dystrybucję rozpoczęto od ogłoszeń na forach internetowych, oferujących do sprzedaży „legalne substancje psychoaktywne”. W 2008 r. powstała pierwsza strona internetowa – www.dopalacze.com, która oferowała produkty rzekomo bezpieczniejsze od nielegalnych substancji psychoaktywnych. Popularyzacja tej nazwy ze strony biznesu narkotykowego była zabiegiem celowym, nie wzbudzała ona wówczas negatywnych skojarzeń i odwracała uwagę użytkowników od pojęcia narkotyku, które było i jest stygmatyzujące. Kampania marketingowa podkreślała ich nieszkodliwość, a sprzedawany towar miał nazwę „wyrób kolekcjonerski, nienadający się do konsumpcji przez ludzi”. W tym czasie zaczęły powstawać w Polsce sklepy stacjonarne, oferujące produkty o charakterze psychoaktywnym – handel tzw. dopalaczami przestał funkcjonować tylko w Internecie. Sklepy stacjonarne rozwijano na zasadach franczyzy, w „dobrych” (np. blisko szkół) lokalizacjach i z odpowiednią reklamą. Wkrótce na terenie kraju zaczęło działać ponad 1300 punktów sprzedających „dopalacze”, a w ciągu następnych lat gwałtownie wzrosła liczba zatruc nowymi narkotykami, w tym zatruc śmiertelnych.

W październiku 2010 r. Główny Inspektor Sanitarny wydał decyzję o zamknięciu sklepów, hurtowni i miejsc produkcji „dopalaczy”; pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wspólnie z Policją, podjęli akcję jednoczesnego skontrolowania i zamknięcia w całym kraju sklepów z tzw. dopalaczami. Zostało wówczas zamkniętych 1378 punktów sprzedających NSP. W następnych latach sukcesywnie zamykano pojawiające się sklepy, jednak pomimo tych działań nowe narkotyki nie zniknęły z polskiej sceny narkotykowej. Handel przeniósł się do Internetu i darknetu, czyli podziemia, w którym specjalne wyszukiwarki pozwalają kupującym na anonimowość zakupów. Ponadto dilerzy narkotykowi oferują substancje psychoaktywne swoim klientom.

Status prawny: zakazane czy dozwolone

ZMIANY PRAWA, KARY

Obowiązujące w naszym kraju prawo, dotyczące nowych substancji psychoaktywnych, regulują przepisy ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Wykaz nowych substancji psychoaktywnych jest aktualizowany i publikowany w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia. Przepisy regulujące status „dopalaczy” były w ostatnich latach kilkakrotnie nowelizowane. Od 21 sierpnia 2018 r. obowiązuje *ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*¹ stanowiąca, że za samo posiadanie nowych substancji psychoaktywnych grozi kara nawet do 3 lat więzienia, za handel nimi nawet do 12 lat, a za posiadanie zabronionych substancji grozi grzywna, możliwa jest też kara ograniczenia, albo pozbawienia wolności do 3 lat. Nowelizacja ustawy wprowadziła nowe mechanizmy, które wykorzystają prawo karne przeciwko producentom i sprzedawcom nowych substancji psychoaktywnych. W efekcie wprowadzonych rozwiązań, osoby sprzedające je są traktowane tak samo jak osoby sprzedające klasyczne narkotyki.

W takiej sytuacji konsekwencje prawne wyglądają następująco:

- posiadanie narkotyków zagrożone jest karą więzienia do lat 3
- posiadanie znacznej ilości narkotyków zagrożone jest karą więzienia do lat 5 i grzywną
- produkcja narkotyków zagrożona jest karą więzienia do lat 3
- w przypadku produkcji znacznej ilości narkotyków przestępstwo zagrożone jest grzywną i karą więzienia na czas nie krótszy niż od lat 3
- handel narkotykami zagrożony jest karą więzienia do lat 10
- udzielanie lub nakłanianie do użycia narkotyków zagrożone jest karą więzienia do lat 5².

Jednak w praktyce łamanie obowiązującego prawa przez dziecko zażywające nowe substancje psychoaktywne związane jest bardzo często z nielegalną formą pozyskiwania środków pieniężnych na ich zakup. Młodzi ludzie czasami decydują się na wynoszenie wartościowych rzeczy z domu, okradając swoich bliskich. Zdarza się, że dokonują kradzieży, rozbojów, zajmują się produkcją i handlem narkotyków, a także prostytuują się w zamian za pieniądze lub bezpośrednio za narkotyki.

Używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież często bywa powiązane z rozwojem demoralizacji i zachowań aspołecznych lub antyspołecznych. Dziecko zbacza z drogi prawidłowego rozwoju psychospołecznego. W konsekwencji dziecko kierowane jest do Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego. W sytuacji, kiedy sąd ma wątpliwości co do przyczyn takiego funkcjonowania, może osobę nieletnią skierować do Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie. Nieletnie osoby ze stwierdzonym uzależnieniem mogą być kierowane na przymusowe leczenie do ośrodka stacjonarnego lub poradni na mocy art. 70 *ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*.



Oferta rynkowa, reklama i sposoby dystrybucji nowych narkotyków, specyfika rynku

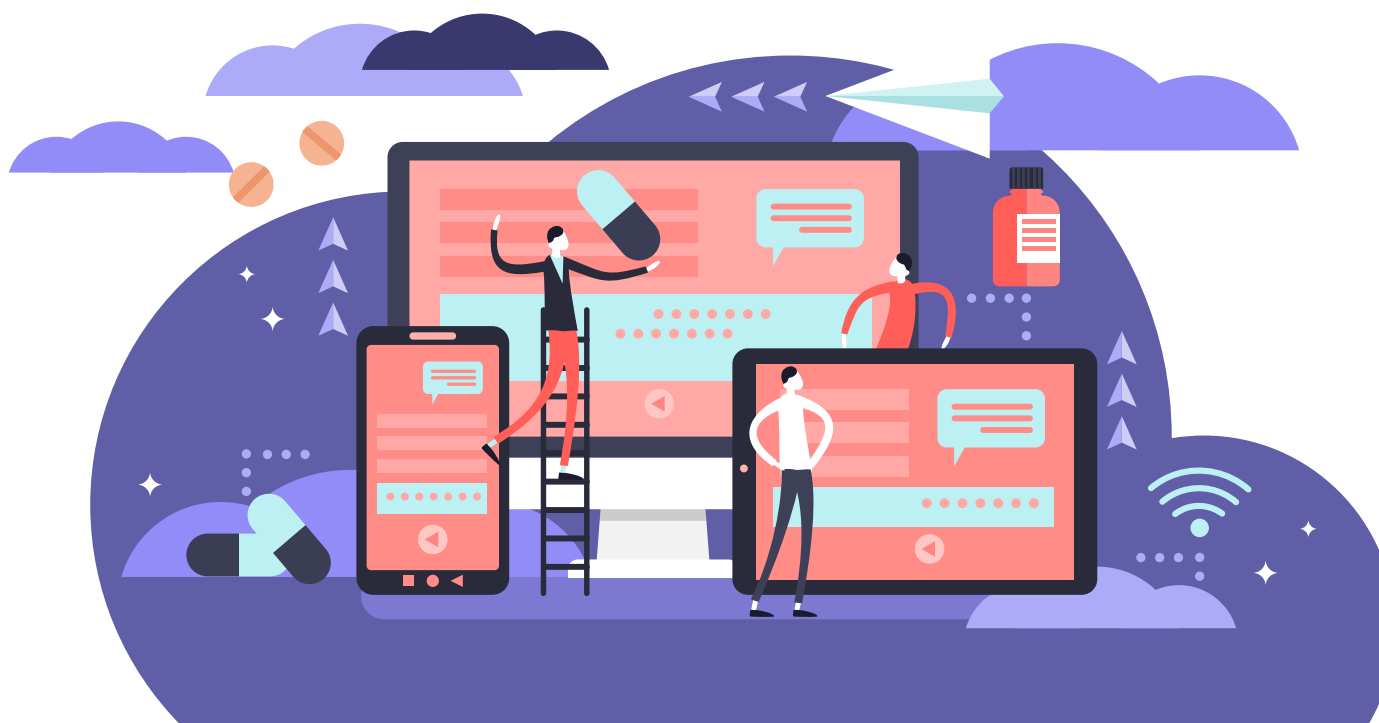
Wszyscy, czy tego chcemy, czy nie, ulegamy sile perswazji. Zwłaszcza młodzi ludzie są bardzo podatni na działanie różnego rodzaju wpływów, np. reklam. Nie ma badań określających wprost, jaki jest wpływ reklam środków psychoaktywnych na ich konsumentów, ale projekty określające wpływ akcji reklamujących np. napoje alkoholowe pokazują, że nastolatki, które je widziały, były dużo bardziej zagrożone ryzykownym piciem niż ich rówieśnicy, którzy nie spotkali się z takimi treściami. Wśród młodzieży, która nigdy nie piła, osoby posiadające jakiś produkt odnoszący się do alkoholu (np. ubranie z logiem jakiejś marki) są bardziej narażone na to, że będą piły w przyszłości. Badania pokazują na przykład, że nastolatki i młodzi dorośli, widząc reklamy alkoholu w telewizji, częściej się upijają. Inne sposoby promocji też okazują się „skuteczne” – nastolatki, które często oglądają filmy z prezentowanym alkoholem, częściej zaczynają po niego sięgać w porównaniu do rówieśników oglądających rzadko takie produkcje.

ZASADY RYNKU NOWYCH NARKOTYKÓW

Patrząc z punktu widzenia rynkowego, nowe narkotyki mają ciekawe opakowania, atrakcyjne dla nastolatków nazwy, często umieszczane są na nich symbole odnoszące się do symboliki magicznej lub religijnej. Już przez samo opakowanie kupujący ma poczucie dostępu do tajemnicy i obietnicy lepszego funkcjonowania, pobudzenia i poprawy nastroju. Poza tym młodzież, kupując towar od sprzedawcy (diler) albo w sklepie internetowym, podświadomie ulega zasadom obowiązującym w legalnym handlu typu: odpowiedzialność sprzedawcy za jakość oferowanego towaru, prawa konsumenta itp., czyli że produkt jest sprawdzony i bezpieczny.

Sprzedawcy tzw. dopalaczy sprawiają wrażenie, że spełniają oczekiwania i potrzeby klientów. Wyraźnie to widać w opisach na forach internetowych: „mam super towar, super czysty”, „będziesz miał super odlot”. Nastolatki są łatwiejszym celem dla sprzedawców narkotyków, jeśli na przykład spotkają się z ofertą środka psychoaktywnego w momencie: kryzysu rozwojowego, konfliktu z rodzicami, rówieśnikami czy problemów w szkole. Wówczas stwierdzenie „zapal jointa, odleć się i zapomnisz” staje się bodźcem do spróbowania lub kolejnego zażycia. Ponadto dilerzy często rozprowadzają narkotyki przez rówieśników, dzięki temu sprzedawca budzi zaufanie w grupie, dodatkowo udzielając klientom instruktażu. Warto podkreślić w tym miejscu rosnące

oczekiwania młodych ludzi i chęć szybkiego zysku. W odpowiedzi na te pragnienia może pojawić się wokół młodego człowieka osoba z antidotum: „rozprowadź 10 działek, a będziesz miał z tego 10%”. Trzeba zwrócić uwagę na miejsca preferowane przez sprzedawców narkotyków: w czasie letnich lub zimowych wakacji są to miejscowości wypoczynkowe, kluby, dyskoteki, koncerty, imprezy sportowe, siłownie. Narkotyki są też szczególnie łatwo dostępne w okolicach szkół, w parkach, skwerach popularnych wśród młodzieży, jak też w środowiskach pseudokibiców piłki nożnej, sportów walki. Młodzi ludzie mogą spotkać się z reklamą z przymrużeniem oka, np. „mamy nowy proszek do twojej pralki, wypierze ci wszystko, że aż w mózg wali”, „gwarantowany lot z Avatarem, przeżycie lepsze niż 3D”.



Najczęściej można znaleźć strony internetowe, oferujące substancje psychoaktywne na przykład jako: chemikalia badawcze, odczynniki do badań laboratoryjnych i eksperymentów chemicznych (ang. research chemicals lub RC), kryształy, magiczne proszki, sole do prania, odświeżacze powietrza, odplamiacze, liquidy, pigułki różnego rodzaju, zielone „dopalacze” w formie suszu roślinnego, sole trzeźwiące.

To tylko przykłady tego, co oferuje obecnie Internet. Użytkownicy orientują się w nazwach, jak i skrótach nazw związków chemicznych. Tego typu substancje lub wyroby zawierające substancje psychoaktywne bywają oferowane na stronach internetowych w postaci fotografii z opisem, nazwą substancji/produktu, gramaturą, opisem sposobu zażycia i krótkiej charakterystyki sposobu działania, z zaznaczeniem, że

są to „wyroby będące imitacją produktów, nie do spożycia i dla osób pełnoletnich”. Klienci kupujący tego typu substancje są przekonani co do prawdziwości informacji na stronach internetowych. Bez żadnych oporów kupują substancje, zażywają i oceniają opisanych efektów psychoaktywnych, nie zdając sobie sprawy z zagrożenia. Właściciele stron internetowych z substancjami psychoaktywnymi dbają o odpowiednio przyciągającą grafikę. Robią wszystko, aby jak najdłużej utrzymać użytkownika na danej stronie internetowej i spowodować, żeby stał się jej stałym klientem. Stąd też na przykład pojawiają się na stronach internetowych motywy związane z seksualnością.

Napotkać można także tematykę związaną z rodzicami i szkołą. Ten wybór tematów stron nie jest przypadkowy. Gdy mamy do czynienia np. z buntem młodego człowieka na otaczającą rzeczywistość, problemami rodzinnymi, rówieśniczymi czy problemami w szkole (słabe oceny, problemy z nauką, złe relacje z rówieśnikami, z nauczycielami), tego typu tematyka strony internetowej staje się bliska osobie, która ją przegląda i ma w danym momencie osobisty problem. Internet ma docierać do użytkowników. Dlatego w przypadku stron nakierowanych na ludzi młodych pojawiać się może dodatkowo charakterystyczny slang młodzieżowy. Globalna sieć zawiera wiele opisów doświadczeń osób po zażyciu substancji psychoaktywnych, w popularnej formie tzw. forów internetowych, czy tak modnych współcześnie blogów, prowadzonych także przez użytkowników narkotyków. Znajdują się tam zarówno opisy przestrzegające przed zażyciem danej substancji, ale także opisy zachęcające do ich kupna i „bezpiecznego” wzięcia. Znaleźć tam można także informacje na temat nieuczciwych praktyk osób sprzedających narkotyki. Wpisy użytkowników, znajdujące się w Internecie, są źródłem informacji na temat sposobu zażycia i ilości substancji, którą trzeba przyjąć w celu uzyskania konkretnego efektu lub jego wzmocnienia.

W przypadku, gdy mamy do czynienia z substancjami psychoaktywnymi czy produktami zawierającymi tego typu substancje, zawsze pojawia się zagrożenie i ryzyko. Nawet tak samo nazywające się opakowanie z substancją może mieć inną zawartość, nieznany skład, co niesie za sobą groźbę zatrucia organizmu lub śmierci. Nie bez znaczenia dla rozpowszechniania i dystrybucji substancji psychoaktywnych są media społecznościowe i aplikacje do pobrania na smartfony, służące do komunikowania się. Według użytkowników, rzekomo mają one zapewniać pełną anonimowość, tak bardzo pożądaną w świecie substancji psychoaktywnych. Tam także możemy znaleźć osoby zajmujące się dystrybucją oraz zarabianiem na sprzedaży narkotyków. Osoby te obserwują profile i analizują, jakiego typu tryb życia prowadzimy, w celu wyłonienia potencjalnych klientów. Przy szerokim rozpowszechnieniu globalnej sieci, oprócz wprowadzenia zmian w prawie, które pozwalają ograniczyć dystrybucję substancji psychoaktywnych przez Internet, należy przede wszystkim edukować młodzież i dorosłych na temat zagrożeń związanych z kupnem i używaniem substancji psychoaktywnych z różnych źródeł. Dzięki zmianom w polskim prawie, karani mają być sprzedawcy w Internecie, nawet jeżeli strony będą umieszczone na serwerach zagranicznych.



REKLAMA RÓŻNYCH TYPÓW NOWYCH NARKOTYKÓW

„Dopalacze” o działaniu **pobudzającym** są reklamowane jako zwiększające energię, poprawiające nastrój, a w rzeczywistości mogą doprowadzić do: różnego rodzaju nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu, jak: zaburzenia pracy serca, zaburzenia neurologiczne, halucynacje i urojenia oraz choroby psychiczne. Występują one w postaci proszku, kryształków, czasem pigułek i są przyjmowane w następujący sposób: wciąganie przez nos, połykanie, zastrzyki (dożylnie).

W przypadku „dopalaczy” o działaniu **halucynogennym** w reklamie młodzież usłyszy: „doświadczysz niesamowitych doznań, poznasz pozazmysłowy wymiar”. W realnym świecie mogą ich spotkać: nudności, bezsenność, przeraźliwy lęk i panika, halucynacje i urojenia, a także utrata kontroli nad sobą i swoim zachowaniem, prowokując do czynów kryminalnych. Te substancje występują w postaci nasączonych kawałków papieru/tektury (tzw. blottery), czasem płynu, i są zażywane przez połykanie, zastrzyki (dożylnie).

Nowe narkotyki, o działaniu reklamowanym jako **podobne do marihuany**, sugerują: odprężenie, poprawę nastroju. Realnie mogą powodować: wymioty, „gonitwę” myśli, nerwowość, bóle w klatce piersiowej, drgawki, utratę przytomności. Występują w postaci mieszanek ziołowych, proszku i są zażywane głównie przez palenie lub waporyzację.

Charakterystyka poszczególnych grup nowych narkotyków i ich specyfika

Podstawowym czynnikiem charakteryzującym nowe narkotyki jest ich znaczna różnorodność. Jest wiele grup związków chemicznych, które oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy w zróżnicowany sposób: jedne środki pobudzają, drugie wyciszają, a inne wywołują halucynacje. Na polskim rynku nowych narkotyków, który nie odbiega od tendencji obserwowanych w innych krajach europejskich, można zaobserwować, że jest on od kilku lat zdominowany przez dwie grupy substancji: syntetyczne katynony i syntetyczne kannabinoidy.

RODZAJE NOWYCH NARKOTYKÓW

SYNTECYCZNE KATYNOY

Syntetyczne katynony to substancje o silnych właściwościach psychostymulujących i empatogennych, podobne do działania kokainy; są pochodną katynonu – jednego ze składników psychoaktywnych rośliny o nazwie khat (pol. *czuwaliczka jadalna*, łac. *Catha edulis*). Syntetyczne katynony, dostępne głównie w postaci proszku lub kryształów, przyjmowane są głównie donosowo lub doustnie, choć zdarzają się przypadki podania doodbytniczego lub iniekcyjnego. Osiągnięcie konkretnych efektów narkotycznych zależy od przyjętej substancji, dawki i sposobu podania. Opisane przez użytkowników na forach internetowych dawki jednej z najpopularniejszych substancji tego typu (HEX-EN) obejmują następujący zakres dawkowania: progowe – 10-20 mg, małe – 30-40 mg, typowe – 50-60 mg, wysokie – 70-90 mg oraz bardzo wysokie dawki, na poziomie 100-150 mg, a nawet 250 mg. Efekty psychotropowe tej substancji są krótkotrwałe, co powoduje, że użytkownicy zażywają kolejne dawki, co stanowi duże niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia. Działanie innej popularnej substancji z tej grupy, o nazwie 3-CMC, jest od 3 do 8 razy słabsze od działania kokainy.³ Można określić, że jednorazowa dawka substancji, której zażycie prowadzi do wystąpienia oczekiwanych efektów narkotycznych (działanie euforyzujące, pobudzające ośrodkowy układ nerwowy), wynosi 150-200 mg, a czas jej działania to ok. 2 godziny.

Syntetyczne kannabinoidy to substancje, których celem jest wywołanie efektu narkotycznego podobnego do działania marihuany lub haszyszu, zawierających naturalny kannabinoid (Δ^9 -tetrahydrokanabinol - THC). Najpopularniejszym sposobem przyjmowania tych substancji jest palenie lub waporyzacja mieszanki ziołowej, nasączonej jej roztworem, lub palenie masy plastycznej (tzw. sztuczny haszysz), w skład której wchodzi jeden lub kilka kannabinoidów. Na rynku występują gotowe do spożycia susz lub masa plastyczna; oprócz nich narkotyki z tej grupy występują także w postaci proszku lub kryształków, służących do samodzielnego przygotowania tzw. maczanki. Zauważalna jest prawidłowość, że nowsze generacje kannabinoidów są mocniejsze od wcześniejszych. Zażywając kannabinoidy, pierwsze efekty odczuwane mogą być po kilku, kilkunastu minutach od zażycia. Okres ten może ulec skróceniu, w zależności od różnych czynników, do których należą m.in.: rodzaj substancji, wchłonięta dawka, częstotliwość zażywania. Przyjmuje się, że jednorazowa porcja użytkowa, wywołująca oczekiwany efekt działania narkotycznego, typowy dla syntetycznych kannabinoidów, wynosi 150 mg suszu, przy czym sam związek chemiczny stanowi ułamek tej masy. Natomiast zażycie tego suszu w dawce powyżej 0,5 g prowadzić może do wystąpienia silnych efektów narkotycznych, pobudzenia psychoruchowego, zaburzeń świadomości, zaburzeń czynności serca i ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia człowieka.⁴ Badania pokazują, że nawet dawka 0,05 mg kannabinoidu, dodana do papierosa, daje odczuwalny efekt narkotyczny.⁵

Kolejna grupa nowych narkotyków to **syntetyczne opioidy**, obejmujące grupę substancji chemicznych oddziałujących na receptory opioidowe, które pełnią istotną funkcję w regulacji odczuwania bólu. Opioidy to zarówno związki naturalne (np. morfina), półsyntetyczne (np. heroína), jak również syntetyczne (leki przeciwbólowe, m.in. fentanyl, oksykodon), o zróżnicowanej budowie chemicznej. Produkty lecznicze, oparte na substancjach z tej grupy, są bardzo powszechnie stosowane w medycynie, jednak korzystanie z nich może mieć poważne konsekwencje uboczne, które niosą ze sobą rozwój tolerancji i uzależnienia oraz depresję układu oddechowego, w wyniku której może dojść do zgonu. Nowa generacja opioidów, będących przede wszystkim pochodnymi fentanylu, zyskuje dużą popularność jako środki odurzające. Syntetyczne opioidy mogą być przyjmowane właściwie w każdej postaci: dożylnie, wziewnie (mieszanki ziołowe nasączone roztworem opioidowym, inhalatory), donosowo (aplikatory), drogą doustną (proszek, tabletki) lub w postaci plastra naklejanego na skórę. Ryzyko związane z ich użytkowaniem jest bardzo wysokie i ma związek z dawkowaniem. Najbardziej toksyczny ze znanych narkotyków – karfentanyl, jest 100 razy silniejszy od fentanylu i 10 tys. razy silniejszy od morfiny. 1 gram tej substancji wystarcza do przygoto-

wania 10 tys. dawek czynnych narkotyku.⁶ Jeden z najpopularniejszych do niedawna w Polsce związków tego typu, U-47700, posiada silne właściwości przeciwbólowe; jest 7,5 razy silniejszy od morfiny. Progową dawką substancji to ok. 2 mg (bez tolerancji). Powoduje wtedy słabe opiatowe uspokojenie. Przy dawkach 10-20 mg wywołuje opiatowe efekty euforyczne, mocniejsze niż po heroinie. Powyżej 20 mg człowiek zasypia, tak jak po znieczuleniu przed operacją. Jego czas działania jest krótszy od morfiny. Przy paleniu i podaniu dożylnym jest to 60 minut. Przy wciąganiu lub podaniu doustnym działa dłużej, bo aż do 3 godzin.⁷

Kolejną grupą są **benzodiazepiny**, wykazujące działanie przeciwlękowe, uspokajające, nasenne czy przeciwdrgawkowe. Podaje się je przede wszystkim doustnie lub podjęzykowo.

Jedną z najpopularniejszych substancji z tej grupy na nielegalnym rynku jest obecnie etizolam, będący środkiem 10-krotnie silniejszym od Diazepamu (Relanium). Jego dawkowanie w celach rekreacyjnych wynosi: słabe efekty – 0,25-0,75 mg, przeciętne – 0,75-1,5 mg, silne – 1,5-3 mg.⁸ Podaje się go głównie jako tabletki (białe, niebieskie) doustnie lub podjęzykowo, występuje również w postaci płynu lub proszku.

Kolejna grupa to **syntetyczne psychodeliki**, wśród których można wyróżnić pochodne **tryptaminy** oraz **fenyloetyloaminy**, które zmieniają nastrój i procesy postrzegania bez znaczącego wpływu na układ autonomiczny. Sposoby przyjmowania psychodelików obejmują podania doustne, donosowe, podjęzykowe, wziewne oraz doodbytnicze. Najpopularniejszymi sposobami przyjmowania tych substancji są: wciąganie przez nos (proszek), podawanie doustne lub podjęzykowe (tabletki, blottery), jak też po rozpuszczeniu w płynie. Dawkowanie i uzyskiwane efekty narkotyczne zależą od konkretnych substancji i sposobu podania. Przykładowo, substancja 4-HO-MIPT, jedna z popularniejszych, używana w celach rekreacyjnych, jest dawkowana (doustnie) w sposób następujący: dawka progową – 5-10 mg; słaby efekt – 10-15 mg, przeciętny – 15-20 mg, silny – 20-30 mg, bardzo silny – 40 mg i więcej.⁹ Parametry działania tej substancji można określić w sposób następujący: czas działania – od 4 do 6 godzin, czas „wejścia” – od 15 do 45 minut, narastanie efektu – od 20 do 60 minut, szczyt – od 1,5 do 2,5 godziny, ustępowanie efektu – od 1 do 2 godzin, efekt uboczny (po użyciu) – od 2 do 12 godzin.¹⁰

Wybrane przykłady badań statystycznych, dotyczących używania narkotyków i „dopalaczy” przez uczniów w wieku szkolnym

BADANIE KBPN – CBOS BADANIE MŁODZIEŻ 2010-2016

Problem konsumpcji nowych narkotyków jest zagadnieniem względnie nowym, dlatego stosunkowo mało jest badań na ten temat. W Polsce cyklicznie zagadnienie konsumpcji substancji psychoaktywnych, w tym nowych narkotyków, obejmuje Projekt *Młodzież* 2010¹¹. Wyniki wskazują, że do używania kiedykolwiek w życiu nowych narkotyków przyznało się 11,4% badanych, z kolei w ciągu ostatnich 12 miesięcy – 7,2%, a w ciągu 30 dni od badania – 1,1% respondentów.

Kolejna edycja tego badania, z 2013 r., wskazała zmiany: do używania kiedykolwiek w życiu nowych narkotyków przyznało się 5,2% badanych, z kolei do korzystania z nich w ciągu ostatnich 12 miesięcy – 2%, natomiast w ciągu 30 dni od badania – 1% respondentów. Dane te oznaczają zdecydowany spadek w stosunku do pomiaru z 2010 r. Najnowsza edycja badania, z 2016 r., pokazała dalszy spadek w zakresie rozpowszechnienia nowych narkotyków w Polsce.¹² Do używania „dopalaczy” kiedykolwiek w życiu przyznało się 3,6% badanych (najniższe wskazanie do tej pory), z kolei w ciągu ostatnich 12 miesięcy wskaźnik ten wyniósł 1,1%, a w ciągu 30 dni od badania – 0,7%. Najwyższy odsetek użytkowników odnotowano wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych (6%) oraz w miastach liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (6%), ponadto zawsze częściej byli to chłopcy niż dziewczynki. Zestawienie użytkowników nowych narkotyków w Badaniu KBPN – CBOS przedstawia TABELA 1.

Edycja badania	2010	2013	2016
Kiedykolwiek w życiu	11,4	5,2	3,6
12 miesięcy przed badaniem	7,2	2,0	2,1
30 dni przed badaniem	1,1	1,0	0,7

TABELA 1 Używanie nowych narkotyków w latach 2010-16 wg badania KBPN – CBOS (w procentach)

BADANIA ESPAD 2011, 2015



Nieco inny obraz populacji młodzieży szkolnej, w którym ujęta została tematyka nowych narkotyków, przedstawia polska edycja międzynarodowego projektu ESPAD z 2011 r. Badaniem objęto dwie grupy młodzieży: młodszą – 15-16 lat oraz starszą – 17-18-lat.¹³ Celem badania był pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. W grupie młodszej, do używania nowych narkotyków kiedykolwiek w życiu przyznało się 10,5% badanych, z kolei w ciągu ostatnich 12 miesięcy – 7,1%, a w ciągu 30 dni od badania – 2,5% respondentów. Z kolei w grupie starszej, do używania nowych narkotyków kiedykolwiek w życiu przyznało się 15,8% badanych, z kolei w ciągu ostatnich 12 miesięcy – 9%, a w ciągu 30 dni od badania – 2,2% respondentów. Badanie ESPAD, powtórzone w 2015 r., pokazało zmiany w kwestii podejścia nastoletnich użytkowników nowych narkotyków.¹⁴ Generalnie można zaobserwować spadek konsumpcji. W grupie młodszej, do używania nowych narkotyków kiedykolwiek w życiu przyznało się 10,3% badanych, z kolei w ciągu ostatnich 12 miesięcy – 6,9%, a w ciągu 30 dni od badania – 4,3% respondentów. Z kolei w grupie starszej, do używania nowych narkotyków kiedykolwiek w życiu przyznało się 12,6% badanych, w ciągu ostatnich 12 miesięcy – 6%, a w ciągu 30 dni od badania – 3% respondentów. Patrząc na postać fizyczną narkotyku, w obu grupach badanych dominowały mieszanki ziołowe do palenia oraz proszki, kryształki i tabletki. Zestawienie użytkowników nowych narkotyków w Badaniu ESPAD pokazuje TABELA 2.

Wiek uczniów		2011	2015
15-16 lat	kiedykolwiek w życiu	10,5	10,3
	12 miesięcy przed badaniem	7,1	6,9
	30 dni przed badaniem	2,5	4,3
17-18 lat	kiedykolwiek w życiu	15,8	12,6
	12 miesięcy przed badaniem	9,0	6,0
	30 dni przed badaniem	2,2	3,0

TABELA 2 Używanie nowych narkotyków w latach 2011, 2015 wg badania ESPAD (w procentach)

BADANIE GIS MŁODZIEŻ A „DOPALACZE” 2016

Problem nowych narkotyków został również podjęty w badaniu „Młodzież a „dopalacze”, zrealizowanym w Głównym Inspektoracie Sanitarnym w 2016 r. Badanie przeprowadzono wśród uczniów w dwóch grupach wiekowych: 14-15 lat oraz 17-18 lat. Celem badania było pogłębienie wiedzy na temat charakterystyki populacji użytkowników tzw. dopalaczy w Polsce. Zasięg używania tych substancji kiedykolwiek w życiu określono na poziomie 10,3%, używania aktualnego (12 miesięcy przed badaniem) na poziomie 4,1%, natomiast używania bieżącego (30 dni przed badaniem) na poziomie 1,7%. Badanie pokazało, że nowe narkotyki, obok alkoholu, papierosów i marihuany, są najpopularniejszą używką wśród polskiej młodzieży gimnazjalnej i szkół ponadgimnazjalnych. Po nowe narkotyki sięga co dziesiąty młody Polak, przy czym wiek, w którym robi to po raz pierwszy obniżył się do granicy 13. roku życia. Dane uwidaczniają, że mężczyźni częściej sięgają po nowe narkotyki niż kobiety (odpowiednio 12,1% i 8,0%). Taka sama tendencja dotyczy starszych uczniów: uczniowie szkół ponadgimnazjalnych dwukrotnie częściej korzystają z nowych narkotyków niż gimnazjaliści (13,5%; 6,5%), natomiast co czwarty uczeń zasadniczej szkoły zawodowej korzysta z tych substancji. Ważnymi czynnikami chroniącymi przed zażywaniem nowych narkotyków w Polsce są: odpowiedni status rodzinny (pełna rodzina i zamieszkiwanie w domu rodzinnym), jak również wysoki poziom aspiracji zawodowych. Badanie wskazało również na najważniejsze motywy sięgania młodych Polaków po tzw. dopalacze, takie jak: rekreacja, dobra zabawa i ciekawość oraz wpływ grupy rówieśniczej. Zestawienie użytkowników nowych narkotyków w „Młodzież a dopalacze” pokazuje TABELA 3.

Doświadczenia z „dopalaczami”	
kiedykolwiek w życiu	10,3
w czasie 12 miesięcy przed badaniem	4,1
w czasie 30 dni przed badaniem	1,7

TABELA 3 Używanie nowych narkotyków wg badania „Młodzież a dopalacze”



2

Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych oraz adekwatne sposoby reagowania

TEKST I ZDJĘCIA:
RADOSŁAW GRUSS

Drogi przyjmowania i objawy zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku szkolnym

Drogi przyjmowania substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku szkolnym mogą być bardzo zróżnicowane. Zależą od odwagi, pomysłowości i przyzwyczajień osób, które je stosują. Mają powodować jak najszybsze wchłonięcie substancji do organizmu w celu wywołania pożądanego efektu psychoaktywnego. Zażywanie narkotyku ma nie tylko wywołać efekt psychoaktywny, ale jest też często elementem zabawy. Drogi podawania substancji psychoaktywnych na przestrzeni lat ulegają zmianom. Przykładem może być odejście od przyjmowania substancji drogą dożylną (np. ze względu na zmiany zapalne żył) na rzecz produktów do palenia lub wciągania, zawierających tę samą substancję. Modyfikacje drogi przyjmowania substancji psychoaktywnej mają związek z formą, w jakiej ona występuje (np. dana substancja krystaliczna do wciągania nosem może być też w formie roztworu do wypicia lub do podania dożylnego).



Najczęstszymi metodami przyjmowania substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku szkolnym są droga przez układ pokarmowy oraz droga wziewna (przez układ oddechowy).

Droga przez układ pokarmowy polega na przyjęciu substancji do jamy ustnej (np. pod język), dożołądkowo lub doodbytniczo. Tego typu praktyki związane są z oczekiwanym efektem szybkiego wchłaniania substancji rozpuszczonej w ślinie, żołądku lub poprzez wchłanianie przez błonę śluzową odbytu. Substancja trafia wówczas do krwioobiegu, skąd wpływa na cały organizm.

Powszechną metodą przyjmowania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży, ze względu na łatwość podania, jest droga wziewna. Polega na wciąganiu substancji psychoaktywnej nosem, paleniu, wachaniu, wapowaniu bądź inhalowaniu. Po przyjęciu substancji w ten sposób także pojawia się szybki efekt działania.

Mało popularną drogą przyjmowania substancji psychoaktywnych jest droga dożylna, domięśniowa czy podskórna. Związane jest to z możliwością przedawkowania, zróżnicowanym czasem wchłaniania substancji oraz ze zwiększoną świadomością zdrowotną użytkowników na temat ryzyka przeniesienia chorób zakaźnych (np. zakażenia bakteryjne, zakażenie wirusem HBV, HCV, HIV).

Oprócz wymienionych dróg podawania substancji psychoaktywnych, znanych jest wiele innych możliwości, np.: podawanie substancji w formie plastrów, wcieranie w dziąsła, błonę śluzową jamy ustnej, w skrajnych przypadkach umieszczanie pod powieką oka niewielkich rozmiarów paseczków nasączonych substancją psychoaktywną oraz środkiem znieczulającym

SPOSOBY PRZYJMOWANIA NOWYCH NARKOTYKÓW

Metoda aplikacji	Specyfika działania nowych substancji psychoaktywnych
Podanie doustne	Substancja jest połknięta lub wypita, wchłanianie substancji następuje głównie w żołądku oraz jelitach. W ten sposób można podawać większość substancji, poza preparatami do palenia
Podanie podjęzykowe	Umieszczenie proszku lub tabletki pod językiem, wchłanianie substancji następuje przez błonę śluzową jamy ustnej np.: benzodiazepiny
Podanie donosowe	Substancja w formie proszku lub drobnych kryształów wciągana jest do nosa np. przez rurkę, przedostaje się do krwioobiegu przez błony śluzowe nosa, np. syntetyczne katynony, opioidy
Podanie donosowe aerozolu	Substancja występuje w postaci gotowych do użycia aerozoli, przedostaje się do krwioobiegu przez błony śluzowe nosa, np. syntetyczne opioidy
Podanie dożylne	Substancja bezpośrednio przedostaje się do krwioobiegu, ze względu na ryzyko zakażeń jest to sposób mniej popularny, wykorzystywany przy syntetycznych opioidach lub syntetycznych katynonach
Podanie doodbytnicze	Przy wykorzystaniu unaczynionej błony śluzowej odbytnicy substancja jest wchłaniania szybciej niż przy aplikacji doustnej
Palenie	W postaci skrętów, fajek, lufek – substancja szybko przenika do krwioobiegu przez pęcherzyki płucne, palony jest susz roślinny z nanie-sionym wcześniej syntetycznym kannabinoidem, rzadziej opioidem lub masa plastyczna (sztuczny haszysz)
Palenie e- papierosa	Odmiana palenia przy wykorzystaniu liquidów, zawierających w składzie syntetyczne kannabinoidy, rzadziej opioidy
Waporyzacja	Wykorzystywanie procesu podgrzewania materiału roślinnego przy użyciu waporyzera do określonej temperatury, co umożliwia odparowanie z nich substancji czynnych bez doprowadzania do procesu spalania, nar-koty w postaci pary przenika w taki sam sposób jak przy paleniu.

TABELA 4 Zestawienie metod aplikacji nowych substancji psychoaktywnych



Najczęściej substancje psychoaktywne oddziałują na:



układ nerwowy



sercowo-naczyniowy



oddechowy



pokarmowy

Politoksykomania – narastający problem społeczny

ŁĄCZENIE RÓŻNYCH SUBSTANCJI

Definicja zjawiska politoksykomanii (ang. *multiple drug use*) wypracowana została w 1994 r. przez Światową Organizację Zdrowia WHO. Obejmuje wymienne lub jednoczesne używanie wielu substancji psychoaktywnych, a więc konsumpcję „więcej niż jednej substancji psychoaktywnej lub jednej klasy narkotyków przez indywidualną osobę w tej samej jednostce czasowej lub w sekwencji czasowej”. Dość powszechnie w szerokiej interpretacji politoksykomania jest definiowana jako użycie środka nielegalnego wraz z inną substancją legalną bądź nielegalną, np. łączenie narkotyków z alkoholem lub lekami.



ZJAWISKO ŁĄCZENIA

Pojawienie się na rynku nowych narkotyków lub produktów o różnorodnym składzie i działaniu, zawierających substancje psychoaktywne, dało podłoże do rozwoju politoksykomanii. Współcześnie mamy do czynienia z nasilaniem się tego zjawiska, które dotyczy młodych ludzi, uczniów, jak i dorosłych. Wymienne lub jednoczesne używanie wielu substancji psychoaktywnych zależy m.in. od wieku, pomysłowości użytkowników oraz zaawansowania w kontaktowaniu się z substancjami psychoaktywnymi (rodzaju i stopnia uzależnienia). Współcześnie przyjmowanie wielu substancji powszechnie nie jest kojarzone z jakimkolwiek zagrożeniem. Potocznie uważa się, że to, co jest dostępne, nie może nam szkodzić. Niepokojąca jest obecnie obserwowana moda na łączenie wielu różnych substancji, które są powszechne i dostępne, na przykład nikotyny zawartej w papierosach czy nowatorskich wyrobach tytoniowych (e-papierosy) z innymi substancjami psychoaktywnymi, alkoholem etylowym czy lekami OTC (lekami kupowanymi bez recepty).

CELE ŁĄCZENIA RÓŻNYCH SUBSTANCJI

Analizując problematykę politoksykomanii należy wskazać, że łączenie substancji może być klasyfikowane na bazie zakładanych przez konsumenta celów i grupowane w czterech podstawowych funkcjach:

- Funkcja maksymalizacji efektu, która polega na uzyskaniu największego, pożądanego skutku odurzenia. Funkcja ta realizowana jest nie tylko przez prostą akumulację ilości przyjmowanej substancji, ale głównie poprzez modyfikowanie jakości efektu.
- Funkcja uzyskiwania zrównoważonego wpływu (balansu), w realizacji której użytkownik substancji samodzielnie koryguje pożądaną efekt, zgodnie z jego pragnieniem doświadczenia odmiennego stanu.
- Funkcja kontroli doświadczeń „negatywnych”, wywołanych przez jedną lub więcej z przyjmowanych substancji. W tym przypadku celem jest utrzymanie odczuwania tylko stanów pozytywnych. Funkcja ta jest szczególnie związana z fazą określaną jako „zejście”, podczas której doznania rozpoznawane jako pozytywne zanikają, a na ich miejsce pojawiają się stany negatywne (poczucie bycia chorym, zespół odstawienia).
- Funkcja „alternatywna”, odnosząca się do potrzeby zmiany narkotyku, przy zachowaniu stanu odurzenia, gdy występuje utrudniony dostęp do substancji lub zmiana odczuwania jego właściwości.¹⁵

W przypadku zatrucia substancjami z wielu grup, interwencja medyczna jest utrudniona ze względu na pojawianie się w organizmie zjawiska sumowania efektów działania poszczególnych substancji psychoaktywnych. Zdiagnozowanie i leczenie uzależnienia od jednej substancji, np. od alkoholu, nie jest sprawą prostą. Gdy mamy do czynienia z uzależnieniem od wielu substancji, sytuacja staje się bardziej skomplikowana.

Coraz częściej specjaliści w dziedzinie uzależnień mają do czynienia z uzależnieniem danej osoby od kilku substancji psychoaktywnych. Politoksykomania jest jednym z zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania opisanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), diagnozowanych tylko wtedy, gdy dwie lub więcej substancji jest rozpoznanych jako używane i gdy nie można ocenić, która z substancji bardziej wpływa na powstawanie i rozwój zaburzenia. Tę kategorię diagnostyczną stosuje się również wówczas, gdy identyfikacja pewnej lub wszystkich substancji używanych przez daną osobę jest niedokładna lub niemożliwa. Współczesna „moda na branie...” u młodzieży, jak i dorosłych, spełnia kryteria definicji politoksykomanii. Substancje psychoaktywne stały się obecnie elementem rekreacji, rozrywki, ale i ucieczki od problemów, radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego. Spędzanie wolnego czasu, zabawowy tryb życia, związany z dyskotekami, imprezami u znajomych, koreluje z przyjmowaniem narkotyków. Młodzi, często niepełnoletni, starają się okazać dorosłość, m.in. w celu zaimponowania rówieśnikom. Pomocne staje się w takich sytuacjach wypicie alkoholu, wypalenie papierosa czy użycie narkotyku. Zastosowanie substancji psychoaktywnych i produktów, które je zawierają, wykorzystywane bywa także do wzmacniania doznań seksualnych i ma powodować u użytkowników pożądaną utratę kontroli. Zjawisku temu może towarzyszyć zwiększone prawdopodobieństwo przeniesienia różnego rodzaju chorób zakaźnych (chorób o podłożu wirusowym, bakteryjnym, pasożytniczym i grzybiczym). Ponadto osoby będące pod wpływem substancji, łatwiej mogą zostać ofiarami nadużyć seksualnych.

Zjawisko politoksykomanii ma charakter wielopłaszczyznowy i dotyka wielu aspektów życia. Każdy przypadek wymaga wiedzy o problemie, umiejętności wnikliwej obserwacji oraz specjalistycznej pomocy.

Testy na wykrywanie substancji psychoaktywnych

Reklamowane testy na narkotyki „jako szybki i prosty sposób wykrywający nielegalne substancje psychoaktywne”, w tym nowe substancje psychoaktywne w organizmie człowieka, są wykorzystywane do uzyskania informacji o używaniu substancji psychoaktywnej. Stosowane są także w celu sprawdzenia czy osoba badana utrzymuje abstynencję. Testy dostępne są jako wyroby medyczne w aptekach oraz w Internecie w cenie od 30 do 50 złotych. W przypadku zakupu testu w Internecie lub z innych nieznanymi źródłami, należy zachować szczególną ostrożność przy interpretacji wyniku. Dlatego jeśli podejmujemy decyzję o zakupie testu, należy zadbać, aby pochodził z wiarygodnego punktu dystrybucji.

RODZAJE TESTÓW NARKOTYKOWYCH

W ofercie najczęściej można znaleźć: specjalistyczne testy laboratoryjne lub popularne testy paskowe. W zależności od rodzaju testu, potrafią one wykryć nielegalne substancje np. w próbce śliny, krwi, a nawet we włosach. Materiałem najczęściej używanym do badania na obecność narkotyków jest moczu. Badanie moczu pozwala wykryć następujące narkotyki w różnych okresach po przyjęciu.

Narkotyk	Czas po przyjęciu
amfetamina	od 48 do 72 godzin (2-3 dni)
kodeina	od 48 do 72 godzin (2-3 dni)
morfina	od 48 do 72 godzin (2-3 dni)
kokaina	72 godziny (3 dni) lub dłużej
kannabinoidy	5 dni, przy długotrwałym stosowaniu do 30 tygodni
benzodiazepiny	72 godziny (3 dni)
barbiturany szybko działające	24 godziny (2 dni)
barbiturany wolno działające	7 dni
fencyklidyna	od 8 do 55 godzin

TABELA 5 Zestawienie narkotyków wraz z czasem wykrywania ich obecności w moczu ¹⁶.

Wyróżnione okresy zależą od: wysokości przyjętej dawki, czasu, częstości przyjmowania, wieku, wagi i stanu zdrowia. Zakres wykrywania substancji psychoaktywnych oferowanych w testach bywa bardzo zróżnicowany – kilkupanelowy. Testy powszechnie dostępne wykrywają najczęściej spotykane narkotyki. W sprzedaży w Internecie oferowane są również produkty, które mają według producentów posiadać odpowiednie atesty do wykrywania nowych substancji psychoaktywnych (tzw. dopalaczy). Bardziej specjalistyczne testy oferują tego typu analizy, badając skład i określając stężenie danej substancji psychoaktywnej w próbce. Ich zakres czułości obejmuje większe spektrum wykrywanych substancji psychoaktywnych, np.: mefedron, syntetyczne kanabinoidy, fentanyl, katynony i ich pochodne. Jednak należy pamiętać, że nie jest dostępny na rynku jeden test na wszystkie znane substancje psychoaktywne.

WYNIKI TESTU – CO OZNACZAJĄ

W dzisiejszych czasach użytkownicy substancji psychoaktywnych potrafią przyjmować wiele różnych substancji, często łącząc je z lekami czy alkoholem. Pojawiają się wówczas wątpliwości, czy zastosowany zwykły test paskowy, wykonany w domu, będzie skuteczny. Ryzyko związane z interpretacją wyniku może pojawić się ze względu na interakcje między poszczególnymi substancjami, które dana osoba zażyła. Badanie jest na pewno nieskuteczne w przypadku posiadania w organizmie substancji, której dany test nie wykrywa oraz w przypadku zbyt długiego czasu, który minął od użycia narkotyku, gdyż substancja psychoaktywna jest metabolizowana, przez co ulega rozkładowi w organizmie i nie jest wykrywana przez test. Czas otrzymania wyniku w dostępnych testach jest zróżnicowany. W testach kupowanych w aptece czy Internecie producenci informują, że wynik otrzymamy po 5-10 minutach. Analizy wysokospecjalistyczne, prowadzone w profesjonalnych laboratoriach, mogą trwać nawet kilka czy kilkanaście dni.

Przed zastosowaniem testu na narkotyki należy pamiętać, aby zawsze uważnie przeczytać ulotkę informacyjną. Zawiera ona ogólne informacje na temat produktu, warunków przechowywania testu, rodzaju materiału biologicznego, który należy pobrać w celu wykonania badania, warunków i sposobu przeprowadzenia testu, wykazu substancji, na które jest czuły oraz informacje dotyczące interpretacji wyniku. Wykonanie testu powinno się przeprowadzać za zgodą danej osoby oraz z przekazaniem informacji o jego wyniku i konsekwencji z tym związanych. Wynik dodatni testu świadczy jedynie o obecności danej substancji psychoaktywnej w organizmie osoby badanej i należy go potwierdzić w laboratorium specjalistycznym.¹⁷ W sytuacji, kiedy – głównie u młodzieży, ale też u dorosłych – zauważamy symptomy podobne do tych, które świadczą o zażywaniu narkotyków, pojawia się myśl o udowodnieniu tego faktu użytkownikowi.

Należy jednak zaznaczyć, że w momencie pojawienia się „dopalaczy” na rynku narkotykowym, wykrycie w organizmie człowieka składników psychoaktywnych standardowym testem zostało znacznie utrudnione, a niekiedy jest wręcz niemożliwe. Zdarza się, że rodzice kupują testy jako „straszak” i przechowują je, na przykład, w domowych apteczkach – na wszelki wypadek, aby młody człowiek wiedział, że dorośli w każdej chwili może go sprawdzić. Testy bez wątplenia stanowią metodę do sprawdzania zawartości substancji psychoaktywnych w organizmie, jednak należy pamiętać, że w przypadku pojawienia się problemu z substancjami psychoaktywnymi, nie powinniśmy poprzestawać tylko na ich wykonaniu. Problem zażywania substancji psychoaktywnych i uzależnienia jest sprawą złożoną, często wymagającą specjalistycznej pomocy.

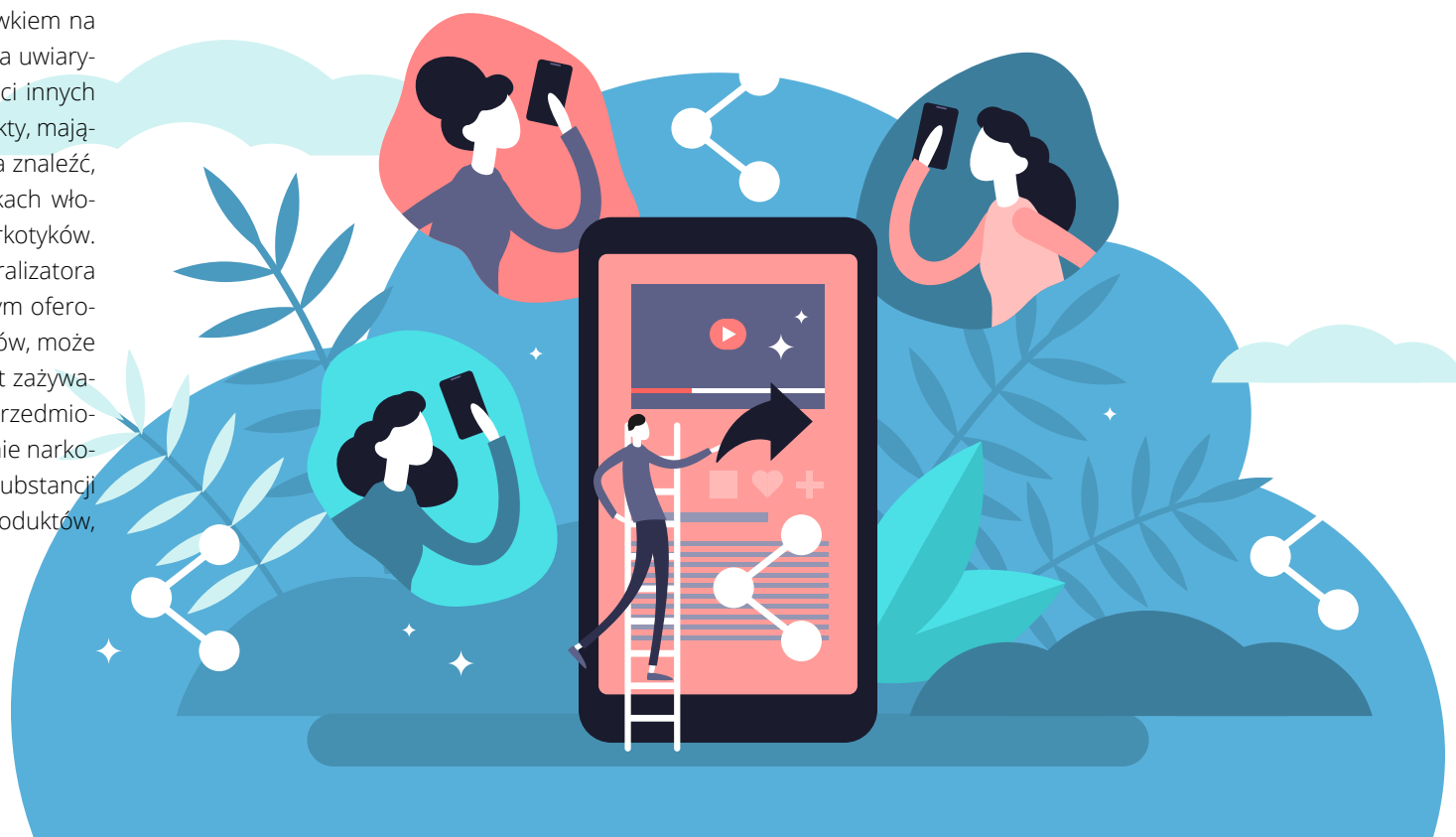


Sposoby na ukrywanie zażywania substancji psychoaktywnych

PRODUKTY I SPOSOBY NA UKRYWANIE UŻYWANIA NOWYCH NARKOTYKÓW

Zażywanie substancji psychoaktywnych wiąże się z różnymi technikami, stosowanymi w celu ukrycia faktu ich używania. W Internecie, na forach, blogach poświęconych tematyce substancji psychoaktywnych możemy znaleźć wiele opisów instruujących, jak należy postępować, „aby nikt nie zauważył...”. Częstym materiałem poddawany analizie pod kątem substancji psychoaktywnych jest mocz. Dlatego istnieje wiele produktów i opisów sposobów, mających ukrywać substancje psychoaktywne w pobranej próbce moczu. Przykładem jest syntetyczny mocz, który jest sprzedawany w Internecie i reklamowany jako „asystent na drodze życia”. Ma posiadać „takie same parametry jak u osób niekorzystających z substancji psychoaktywnych”. Użytkownik narkotyków, w celu wprowadzenia w błąd i wpłynięcia na wynik testu, zamienia próbkę swojego moczu na syntetyczny. Oferowana w sprzedaży jest także bielizna ze schowkiem na pojemnik z syntetycznym moczem. Używanie tego typu bielizny osobistej ma uwiarygodnić fakt oddawania moczu, w przypadku oddawania próbki w obecności innych osób, na przykład rodziców. W Internecie można spotkać różnorodne produkty, mające rzekomo pomóc w ukrywaniu brania substancji psychoaktywnych. Można znaleźć, na przykład, „szampon neutralizujący substancje psychoaktywne w cebulkach włosów”, mający za zadanie utrudniać analizę próbki włosów na zawartość narkotyków. Natomiast „gdy na drogach są wzmożone kontrole policji, należy użyć neutralizatora substancji psychoaktywnych w moczu” w formie tabletek do ssania. Kolejnym oferowanym produktem antytestem, stosowanym w celu ukrycia brania narkotyków, może być herbata neutralizująca substancje psychoaktywne w moczu i pocie. Fakt zażywania narkotyków wiąże się często z pozostawianiem śladów substancji na przedmiotach, które mogą zostać poddane badaniom i stać się dowodem na zażywanie narkotyków. Sposobem neutralizacji może być użycie chusteczek do neutralizacji substancji psychoaktywnych w pocie i na obiektach badanych. Oferta podobnych produktów, mających neutralizować substancje, jest różnorodna i ciągle wzbogacana.

W Internecie zamieszczane są opisy możliwości wpływania na interpretację wyników różnego rodzaju testów na narkotyki. Można znaleźć informacje dotyczące leków, których użycie powoduje fałszywie dodatnie wyniki badań na zawartość substancji psychoaktywnych w organizmie człowieka. Często przed wykonaniem zabiegów czy też badań pacjenci są proszeni o poinformowanie o zażywanych lekach. Procedura pozwala uniknąć niepożądanego wpływu przyjmowanych leków na wynik badania. W przypadku użytkowników substancji psychoaktywnych tego typu informacje dotyczące leków mają przeciwne znaczenie. Podawanie informacji o rzekomo zażywanych lekach może zostać wykorzystane do próby podważenia wiarygodności przeprowadzonego badania. To, czy tego typu produkty, pomagające ukrywać zażywanie substancji psychoaktywnych, są skuteczne, wymaga specjalistycznej wiedzy i przeprowadzenia określonych badań. Jednak bez względu na ich skuteczność, należy zwrócić uwagę na ciągłe poszukiwanie „cudownych metod” ukrywania brania narkotyków oraz produktów mających w tym pomóc. Fakt zażywania nielegalnych substancji, w rozumieniu niektórych młodych ludzi, nie jest niczym niepokojącym. W niektórych kręgach substancje psychoaktywne stały się elementem stylu życia. Przytoczone przykłady produktów stosowanych do neutralizacji substancji psychoaktywnych tak, aby nie były możliwe do wykrycia w organizmie, stanowią niewielki wycinek oferty rynkowej. Tego typu produkty odpowiadają na zapotrzebowanie różnego rodzaju klientów. Mają powodować, że zażywanie narkotyków będzie bardziej komfortowe, poza jakąkolwiek weryfikacją i konsekwencjami prawnymi dla osób je zażywających.



Postępowanie w przypadku znalezienia na terenie szkoły substancji psychoaktywnej lub produktu potencjalnie zawierającego substancję psychoaktywną

Szkoła, realizując swoje podstawowe zadania z zakresu bezpieczeństwa, powinna być gotowa na sytuację pojawienia się substancji psychoaktywnych wśród uczniów. Pojawienie się substancji psychoaktywnych może dotyczyć każdej szkoły. Dostępność do substancji psychoaktywnych jest wciąż za duża, pomimo skutecznych działań podejmowanych przez służby zajmujące się ograniczeniem zjawiska sprzedaży tego typu substancji. „Co należy zrobić i jak się zachować, gdy mamy do czynienia z narkotykami?” – to najczęściej pojawiające się pytanie.

SUBSTANCJA PSYCHOAKTYWNA POJAWIA SIĘ W SZKOLE – WSKAZÓWKI POSTĘPOWANIA

Pojawienie się narkotyków w szkole jest sytuacją, w której niezbędna jest szybka, adekwatna reakcja, wymagająca zdecydowania, a także współpracy z Policją i służbami medycznymi. Gdy nauczyciel zauważy w szkole substancję psychoaktywną lub produkt mogący zawierać taką substancję, powinien w pierwszej kolejności:

- zabezpieczyć ją, mając na uwadze względy bezpieczeństwa
- podjąć próbę ustalenia, do kogo ona należała
- fakt znalezienia tego typu substancji/produktów zgłosić dyrektorowi szkoły oraz Policji
- znalezioną, zabezpieczoną substancję/produkt przekazać Policji
- wykonane czynności udokumentować, stosując notatkę z opisem dokonanych czynności.¹⁸

W żadnym wypadku nie należy ukrywać problemu ani wykonywać żadnych działań (śledztwa) na własną rękę. Należy pamiętać także, że posiadanie i obrót substancjami psychoaktywnymi są w Polsce karane. Bardziej złożony sposób postępowania obowiązuje w przypadku, gdy mamy do czynienia z podejrzeniem, że uczeń jest pod wpływem działania substancji psychoaktywnej. Należy pamiętać, że możemy mieć do czynienia z substancjami, których działanie może być bardzo szybkie, a efekt nieznany. Ich zażycie wiąże się z zagrożeniem utraty zdrowia i życia. Nauczyciel powinien być szczególnie wyczulony na różnego rodzaju sygnały świadczące o problemie z substancjami psychoaktywnymi. Mogą one dotyczyć różnych aspektów życia młodzieży, od objawów ze strony organizmu, aż po zmianę ubioru i zachowania.

UCZEŃ ZAŻYŁ SUBSTANCJĘ PSYCHOAKTYWNA – WSKAZÓWKI POSTĘPOWANIA



W sytuacji, gdy istnieją obawy o zagrożenie zdrowia lub życia, należy natychmiast powiadomić zespół ratownictwa medycznego.



W przypadku podejrzenia, że młody człowiek jest pod wpływem działania narkotyków, nauczyciel powinien:

- **powiadomić dyrektora szkoły, wychowawcę klasy, w której uczeń się uczy, oraz pedagoga, bądź psychologa szkolnego. Powiadomić także rodziców/opiekunów prawnych o zaistniałej sytuacji**
- **ze względu na bezpieczeństwo ucznia będącego pod wpływem substancji oraz pozostałych uczniów, stworzyć warunki, w których wszystkim będzie zapewnione bezpieczeństwo. W żadnym przypadku nie można zostawiać ucznia, który zażywał substancje psychoaktywne bez opieki**
- **dyrektor szkoły, wychowawca, pedagog, psycholog szkolny (minimum 2 pracowników placówki) przeprowadzają rozmowę z uczniem (w miarę jego psychofizycznych możliwości), w celu uzyskania informacji odnośnie zażytego środka, sposobu jego pozyskania i źródła pochodzenia. Ustala się miejsce zażycia oraz współuczestników zdarzenia.**

Pamiętając o konsekwencjach zdrowotnych zażywania substancji psychoaktywnych, powinno się obserwować ucznia i w przypadku zachowania agresywnego, zagrożenia życia i zdrowia, bezzwłocznie wezwać odpowiednio Policję lub pomoc medyczną. Z podjętych czynności powinno się sporządzić stosowną dokumentację, np. w formie notatki. Należy w niej opisać wszystkie szczegóły dotyczące okoliczności zdarzenia. Jeśli jest to możliwe, należy w obecności ucznia przeprowadzić rozmowę z jego rodzicami lub opiekunami prawnymi na temat zaistniałej sytuacji i w miarę potrzeby podjąć adekwatne działania. Należy także przekazać informację o możliwości skorzystania ze specjalistycznej pomocy pedagogiczno-psychologicznej, dotyczącej uzależnień.¹⁹

Postępowanie w przypadku znalezienia na terenie szkoły produktu potencjalnie zawierającego substancję psychoaktywną wymaga konsekwentnych działań i szybkiej reakcji. Kluczowa jest w tym przypadku współpraca ucznia, jego rodziców/opiekunów prawnych, służb i szkoły. Sposoby reagowania w sytuacji pojawienia się problemu substancji psychoaktywnych w szkole wymagają od pracowników placówki wiedzy, znajomości procedur, ale przede wszystkim rozpoznania sytuacji, mając na uwadze bezpieczeństwo uczniów.

Reagowanie w przypadku zatrucia substancjami psychoaktywnymi - aspekty zdrowotne

Ze względu na złożoność problemu, nieznajomość rodzaju substancji, które odpowiadają za zatrucie, fachowa pomoc medyczna często ogranicza się do niwelowania negatywnych objawów. Udzielenie pierwszej pomocy osobie, u której wystąpiły objawy wymagające interwencji medycznej, zawsze związane jest z emocjami i obawami. Jest to moment weryfikacji nabytych umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Bez względu na miejsce, w którym mamy do czynienia z osobą po zatruciu substancjami psychoaktywnymi: szkoła, dom, ulica czy park, należy pamiętać, że udzielenie pierwszej pomocy jest obowiązkiem obywatelskim (kk art. 162). Ze względu na fakt, że osoba będąca pod wpływem substancji psychoaktywnej może się zachowywać agresywnie, a tym samym stanowić zagrożenie, należy zadbać o własne bezpieczeństwo. W przypadku możliwości udzielenia pomocy ofiarom, należy przystąpić do czynności ratujących życie, do czasu przybycia służb. Samo udzielenie pierwszej pomocy związane jest z wykonaniem podstawowych czynności ratujących życie, do czasu przybycia fachowej pomocy medycznej. Czynności te będą zależały od tego, czy osoba potrzebująca pomocy jest przytomna, czy nieprzytomna.





W przypadku zagrożenia życia lub zdrowia, należy pilnie wezwać pomoc medyczną, dzwoniąc pod numer 112 lub 999

SŁUŻBY USTAWOWO POWOŁANE
DO NIESIENIA POMOCY

Numer alarmowy	
112	Centrum Powiadamiania Ratunkowego – ogólnoeuropejski numer alarmowy
999	Pogotowie Ratunkowe
998	Państwowa Straż Pożarna
997	Policja – dzwoniąc na ten numer, połączenie zostanie automatycznie przekierowane na numer 112
986	Straż Miejska

PODSTAWOWE ZASADY UDZIELANIA POMOCY

Przy udzielaniu pomocy poszkodowanemu należy pamiętać aby:

- **zapewnić bezpieczeństwo sobie, poszkodowanemu i świadkom zdarzenia**
- **sprawdzić, czy poszkodowany reaguje**

Delikatnie potrząśnij poszkodowanego za ramiona i zapytaj głośno: „*Czy wszystko w porządku?*”. Jeśli poszkodowany reaguje, pozostaw go w pozycji, w jakiej go zastałeś, o ile nie ma zagrożenia. Spróbuj się dowiedzieć, co się stało i sprowadź pomoc, jeśli jest taka potrzeba. Regularnie sprawdzaj stan poszkodowanego.

- **udrożnić drogi oddechowe**

Ułóż poszkodowanego na plecach. Umieść dłoń na czole poszkodowanego i delikatnie odegnij jego głowę ku tyłowi; opuszki palców drugiej ręki umieść pod żuchwą i unieś żuchwę, aby udrożnić drogi oddechowe.

- **patrzeć, słuchać i próbować wyczuć prawidłowy oddech**

W ciągu pierwszych kilku minut od zatrzymania krążenia poszkodowany może mieć oddech agonalny lub wykonywać sporadyczne, wolne i głośne westchnienia. Nie pomył takiego oddechu z prawidłowym. Patrz, słuchaj i staraj się wyczuć, czy poszkodowany oddycha prawidłowo, poświęcając na to nie więcej niż 10 sekund. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości, czy poszkodowany oddycha prawidłowo, postępuj tak, jakby nie oddychał prawidłowo i przygotuj się do rozpoczęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO).

- **jeśli osoba nie reaguje i nie oddycha**

Jeśli to możliwe, poproś osobę, która ci pomaga, o wezwanie zespołu ratownictwa medycznego (112). W przeciwnym razie zadzwoń sam. O ile pozwalała sytuacja, zostań z poszkodowanym, gdy wykonujesz telefon. Uruchom funkcję głośnomówiącą w telefonie, aby usprawnić komunikację z dyspozytorem.²⁰



Szczegółowe informacje na temat zasad udzielania pierwszej pomocy można na przykład znaleźć na www.prc.krakow.pl w wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji.

Wszelkiego rodzaju objawy po zażyciu narkotyków mogą uniemożliwić udzielenie pierwszej pomocy. W takim przypadku, jeżeli jest to możliwe, należy zapewnić osoby, które pomogą nam zapanować nad sytuacją. Ważne jest także sprawdzenie, czy poszkodowany nie posiada przy sobie niebezpiecznych przedmiotów. Należy zdawać sobie sprawę z tego, że osoba będąca pod wpływem substancji psychoaktywnych, które wpływają na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, może mieć różne objawy. Efektem ich brania może być na przykład pobudliwość, trudności w ocenie otaczającej rzeczywistości, problemy z koordynacją ruchową. Objawy te mogą także dotyczyć upośledzenia funkcji narządów zmysłu.²¹ Osoba może na przykład nie słyszeć, może mieć problemy z widzeniem, co utrudnia kontakt i ocenę jej stanu. Bardzo istotne jest ustalenie, jaką substancję osoba poszkodowana przyjęła oraz – jeśli jest to możliwe – zabezpieczenie opakowania. Musimy zebrać jak najwięcej informacji dotyczących okoliczności zdarzenia, takich jak: długość czasu, jaki minął od zażycia substancji, oraz sposób i ilość zażytej substancji. W przypadku zatrucia należy przede wszystkim pamiętać o ratowaniu życia poszkodowanego, wspomnianym wcześniej bezpieczeństwie i powiadomieniu o zajściu dyrektora szkoły, wychowawcy i rodziców/opiekuna prawnego ucznia. O każdym wypadku dyrektor szkoły ma obowiązek powiadomić organ prowadzący szkołę oraz inne osoby, służby i instytucje, w zależności od rodzaju zdarzenia.

Szczególnie warto zwrócić uwagę, czy nie doszło do zatrucia przy użyciu syntetycznych opioidów. Podstawowymi objawami są zaburzenia świadomości, splątanie i podsypanie, wąskie („szpilkowate”) źrenice, bradykardia (zwolnienie czynności serca), niskie ciśnienie tętnicze, bardzo groźne dla życia zaburzenia oddechowe, w tym całkowite zatrzymanie oddechu. Jest to istotne, bo syntetyczne opioidy odpowiadają za 80% zgonów narkotykowych w Europie.

Przykłady przedmiotów do ukrywania, rozdrabniania lub zażywania substancji psychoaktywnych, bądź produktów je zawierających



FOT. GADŻETY, PRZEDMIOTY SŁUŻĄCE DO UKRYWANIA, ROZDRABNIANIA LUB ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (ZDJĘCIE POGŁĄDOWE, POKAZUJĄCE RÓŻNE FORMY LUFEK: SAMOŁOT, DŁUGOPIS, KRĘGIEL, KLUCZYK DO SAMOCHODU, ŚRUBA ORAZ SKRYTKĘ NA SUSZ ROŚLINNY W FORMIE ZAPALNICZKI SAMOCHODOWEJ).

LUFKI



Fot. Lufka do wypalania suszu roślinnego w formie kręglu. Rozkręcając go, powstają dwie części; czasza na susz roślinny oraz ustnik. Pod odpowiednim ich skręceniu, powstaje lufka gotowa do użycia.



Fot. Lufka do wypalania suszu roślinnego w formie śruby. Trudna do odróżnienia od rzeczywistej śruby, ze względu na odpowiedni jej ciężar oraz staranne wykonanie. U góry zdjęcia lufka odpowiednio skręcona, która jest gotowa do użycia. Poniżej lufka rozkręcona. Czasza na susz roślinny, widoczna po lewej stronie dolnego zdjęcia lufki, odkręca się i wkręca się, po prawej stronie w widoczny otwór.



Fot. Lufka do wypalania suszu roślinnego w formie samolotu. Na dwóch pierwszych zdjęciach od lewej widać lufkę rozkręconą (przed użyciem). Widoczna jest zasadnicza część samolotu, która jest ustnikiem, otwór na wkręcenie czaszy na susz roślinny, czaszę na susz roślinny, która widoczna jest w postaci silnika z tyłu samolotu. Po prawej stronie zdjęcie z lufką gotową do użycia.



Fot. Lufka na susz roślinny w formie długopisu. Po lewej stronie lufka rozkręcona (przed użyciem), z wkładem do pisania oraz widoczną czaszą na susz, przykręconą na miejscu włącznika długopisu. Po wyciągnięciu wkładu do pisania, wkręcenia w odpowiedni otwór srebrnej czaszy na susz roślinny (włącznika długopisu), lufka jest gotowa do użycia.



Fot. Lufka – kluczyk do samochodu. Stanowi całość. Gotowa do użycia. Żaden z elementów nie odkręca się. Widoczne jest centralne zagłębienie na susz roślinny, w czarnej części kluczyka oraz długa część koloru srebrnego będąca ustnikiem.

MŁYNKI DO ROZDRABNIANIA SUSZU ROŚLINNEGO



Fot. Młynek do rozdrabniania suszu roślinnego w formie kasku. Zdejmowana cząstka kasku, widoczna na zdjęciu po lewej stronie, na górze kasku, stanowi pokrywkę dla skrytki na susz roślinny. Poniżej dwa pozostałe elementy pomarańczowo-srebrne, mające kolce służące do rozdrabniania suszu. Rozdrabnianie suszu odbywa się poprzez obrót każdej z części z kolcami w przeciwnym kierunku. Po lewej widać młynek-kask zamknięty, gotowy do użycia. Na zdjęciu po środku oraz po prawej stronie widać poszczególne elementy młynka. Autor zdjęć:



Fot. Młynek – bateria służący do rozdrabniania suszu roślinnego. Składa się z dwóch części, wieka i denka, mającego kolce. Rozdrobnienie suszu odbywa się poprzez mielenie, polegające na obrót wieka i denka w przeciwnych kierunkach.

MŁYNKI DO UKRYWANIA NARKOTYKÓW



Fot. Szczotka do włosów, będąca gadżetem służącym do ukrywania narkotyków. Rączka szczotki jest elementem, w którym ukrywa się narkotyki. Element służący do czesania włosów zamyka skrytkę.



Fot. Skrytka, służąca do ukrywania narkotyków w formie zapalniczki. Ma imitować zapalniczkę, w której skończył się gaz. Zawiera zdejmowaną dolną pokrywkę, widoczną na zdjęciu po prawej stronie. Po umieszczeniu w zapalniczkę narkotyków, należy ją zamknąć pokrywką. Gadżet lekki, realnie wyglądający.



Fot. Gadżet służący do ukrywania narkotyków w postaci zapalniczki samochodowej. Zawiera dwie części. Metalową – koloru srebrnego, oraz plastikową – koloru czarnego, z motywem graficznym, przedstawiającym papierosa. Ukrycie narkotyków odbywa się poprzez zamknięcie ich między skręconymi ze sobą dwiema częściami zapalniczki.

Zjawisko e-narkotyków

OBJAWY ZAŻYWANIA E-NARKOTYKÓW

Digitaldrugs, nazywane e-narkotykami, narkotykami cyfrowymi, smart-drugs, audionarkotykami lub dosami, są nowym zjawiskiem, z pogranicza świata narkotyków i świata wirtualnego. Według informacji zawartych w globalnej sieci, są to zbadane laboratoryjnie pliki dźwiękowe, rzekomo mające za zadanie „symulować doświadczenia” polegające na synchronizacji półkul mózgowych. Obsługiwane są przez specjalny program komputerowy, a rozpowszechniane przez tzw. digitaldilerów. Dzięki nim można „kontrolować wszystkie aspekty ludzkich emocji i nastroju”. Ich cena, zależna od źródła pozyskania pliku, objętości i jego rodzaju – waha się w granicach od ok. 40 do 200 złotych. Użytkownik, nazywany i-doserem, po ściągnięciu odpowiednio spreparowanych plików dźwiękowych z określonych stron internetowych, używa ich w celu osiągnięcia „świadomego snu”. Opisywane e-narkotyki występują w formie pisków, buczenia, dudnienia, szumów o określonej, często niskiej, wysokiej lub zmieniającej się częstotliwości, które są sekwencyjnie powtarzane. Mogą posiadać także rytmiczny podkład. Tego typu plików „zażywa się” słuchając przez słuchawki. Oferta dosów jest bogata i dotyczy różnych aspektów życia. Na przykład plik dźwiękowy „Diet+” nie jest sposobem na utratę zbędnych kilogramów.

Według osób go rozpowszechniających, jest to „bardzo zmodyfikowany i testowany pobudzacz” i może być użyty, by stracić zbędne kalorie poprzez przyspieszenie częstości akcji serca. Według opisów, „zażycie” konkretnych plików ma powodować u użytkownika różnego rodzaju objawy. Odczucia są podobne do tych, które pojawiają się po zażyciu substancji psychoaktywnych. Stąd też w nazwach poszczególnych plików uwidacznia się podobieństwo do świata substancji psychoaktywnych; na przykład można pobrać pliki o nazwie „Crack”, „Ectstasy”, „Acid”, „Alcohol”, „Cocaine” i wiele innych. Do opisywanych objawów należą m.in: lewitowanie, odrealnienie, stany euforyczne, zawroty głowy, omamy dźwiękowe, realistyczne, barwne wizje, halucynacje, relaks, wzmocnienie pewności siebie, lewitacja, redukcja bólu, stany bliskie orgazmu. Mogą się one różnić u poszczególnych użytkowników, co jest często tematem licznych internetowych sporów. Według opisów znajdujących się na stronach oferujących tego typu pliki, „do wzięcia” należy się odpowiednio przygotować. Wśród osób używających digitaldrugs możemy spotkać wielu zwolenników, jak i przeciwników, którzy wymieniają się swoimi opiniami w świecie wirtualnym. Argumentacja obu stron bywa różna, czasami zaskakująca. „Nie każdy śmieje się z tego samego, nie każdego martwi to samo. Każdy z nas jest inny. Nie można zatem zapewnić, że dany dos będzie <<działał>> tak, jak tego oczekujecie. Jednak gdyby dosy nie dawały żadnych rezultatów, gdyby faktycznie <<nie działały>>, nigdy nie ukończyłyby fazy testów w laborato-

rium. Proste – po co wypuszczać na świat coś, co nie działa. Większość z osób, które twierdzą, iż faktycznie <<nie działa>>, po prostu nie stosuje się do zaleceń producenta co do obsługi programu. Przykłady: słuchanie z głośników, jednocześnie słuchanie i robienie czegoś, myślenie o czymś zupełnie innym, używanie nieprawidłowego sprzętu, niemożność wyciszenia się, zapewnienia sobie warunków do synchronizacji”.²²

Zjawisko związane z e-narkotykami jest odmienne niż dotychczas znane metody odurzania. Na dzień dzisiejszy brakuje potwierdzeń naukowych, weryfikujących skuteczność e-narkotyków. Należy jednak zwrócić uwagę na duże zainteresowanie opisywanymi „nowościami” wśród młodzieży. Młodzi ludzie poszukują nowych doznań, a rozbudzona ciekawość może być pierwszym krokiem do kolejnych, ryzykownych zachowań.



3

Skutki zażywania nowych narkotyków

ZBIGNIEW MICHALCZYK

OBJAWY ZAŻYWANIA NOWYCH NARKOTYKÓW – UJĘCIE OGÓLNE

Opierając się na efektach, jakie wywołują substancje psychoaktywne, najogólniej można je podzielić na:

- **STYMULANTY OUN** – substancje psychoaktywne pobudzające aktywność OUN. Jest to duża grupa narkotyków, której najważniejszymi przedstawicielami są: amfetamina, metamfetamina, kokaina, narkotyki zmodyfikowane o działaniu amfetaminopodobnym (syntetyczne katynony)
- **KANNABINOIDY** – narkotyki modyfikowane imitujące działanie THC. Preparaty otrzymywane z konopi indyjskich: marihuana, haszysz, olej haszyszowy (syntetyczne kannabinoidy)
- **OPIOIDY**, do których należą: opiaty, czyli alkaloidy maku (morfina, kodeina), półsyntetyczne analogi opiatów, jak np. heroina, narkotyki zmodyfikowane o działaniu opiatopodobnym, jak np. fentanyl
- **DEPRESANTY OUN** – substancje psychoaktywne o działaniu tłumiącym, hamującym lub zmniejszającym przejawy aktywności OUN. Do tej grupy należą: alkohol, barbiturany, benzodiazepiny, pigułka gwałtu
- **ŚRODKI HALUCYNOGENNE** – narkotyki, których dominującym efektem działania na organizm są halucynacje (omamy), to m.in.: LSD, meskalina, psilocyna, a także tzw. narkotyki zmodyfikowane o działaniu halucynopodobnym (psychotomimetyczne amfetaminy)
- **INHALANTY I INNE NARKOTYKI**, czyli wziewne środki odurzające: propan, butan, toluen, benzyna, aerozole, spreje oraz inne narkotyki, które nie mieszczą się w żadnej z wymienionych grup: fencyklidyna, ketamina.

Dane dotyczące używania substancji psychoaktywnych wskazują, że blisko 100% z nich zawiera się w wymienionych grupach. Objawy ujawniane po zażyciu nowego narkotyku zależą ponadto od:

- rodzaju przyjętej substancji psychoaktywnej (jedna lub kilka substancji psychoaktywnych)
- wielkości dawki substancji psychoaktywnej
- częstotliwości jej zażywania
- drogi podania
- predyspozycji organizmu (płeć, wiek, stan zdrowotny organizmu, nawodnienie).

Klasyfikacji objawów zatruc nowymi narkotykami można dokonywać według różnych kryteriów. Poniższy rozdział przedstawia ich przegląd.

SKUTKI ZAŻYWANIA A DOLEGLIWOŚCI UKŁADÓW I NARZĄDÓW

Objawy zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi, z wyszczególnieniem dolegliwości m.in. ze strony układu nerwowego, sercowo-naczyniowego, przedstawia TABELA 6²³.

	Układ/narząd	Objawy
SYNTECYCZNE KATYNOY		
	Układ nerwowy/ psychika	- drażliwość, nerwowość, niepokój, atak paniki, splątanie - agresja - euforia - zaburzenia koncentracji, niepamięć, brak motywacji - bezsenna - halucynacje (wzrokowe i słuchowe) - urojenia - zaostrzenie odbierania bodźców - zaburzenia świadomości - psychoza
	Układ sercowo- naczyniowy	- przyspieszenie czynności serca, nierówne bicia serca - wzrost ciśnienia tętniczego - bóle w klatce piersiowej - zaburzenia krążenia obwodowego - zatrzymanie czynności serca (NZK nagłe zatrzymanie krążenia)
	Inne	- nudności, wymioty, bóle brzucha, suchość w jamie ustnej „skrócenie oddechu”, duszność - zwiększenie napięcia mięśni - uszkodzenie nerek - zaburzenia metaboliczne - uszkodzenia wielonarządowe
SYNTECYCZNE KANNABINOYD		
	Układ nerwowy/ psychika	- drażliwość, niepokój, pobudzenie - osłupienie - zaburzenia postrzegania - lęk, ataki paniki - senność - halucynacje (wzrokowe i słuchowe) - ostra psychoza - zaburzenia mowy, spowolnienie mowy - zaburzenia równowagi - oczośląs - drgawki - zaburzenia przytomności, śpiączka
	Układ sercowo-na- czyniowy	- przyspieszenie czynności serca, zaburzenia rytmu serca - wzrost ciśnienia tętniczego - bóle w klatce piersiowej
	Inne	- nudności, wymioty - duszność - uczucie zmęczenia mięśni; wzmożone napięcie mięśni, skurcze mięśni - uszkodzenie nerek - uszkodzenia wielonarządowe

	Układ/narząd	Objawy
SYNTECYCZNE OPIOYD		
	Układ nerwowy/ psychika	- zawroty głowy - zmniejszona aktywność - lęki - zaburzenia orientacji - utrata przytomności, drgawki, śpiączka
	Układ sercowo-na- czyniowy	obniżone ciśnienie, bradykardia (spowolnienie czynności serca)
Inne		- nudności, wymioty - drżenie mięśniowe - wzmożona potliwość - depresja układu oddechowego
BENZODIAZEPY		
	Układ nerwowy/ psychika	- ogólne znużenie, spowolnienie, senność, śpiączka - zamazana mowa - zaburzenia widzenia - zaburzenia równowagi i koordynacji, chwiejny chód
	Układ sercowo-na- czyniowy	spadek ciśnienia tętniczego
	Inne	- hipotermia (wychłodzenie organizmu) - depresja układu oddechowego
SYNTECYCZNE PSYCHODELIKI		
	Układ nerwowy/ psychika	- nieprawidłowa interpretacja bodźców zewnętrznych (wzrokowych i słuchowych), zniekształcenia bodźców wzrokowych - zaburzenia zachowania - depersonalizacja (patologiczne postrzeganie samego siebie), dezorientacja, niepokój, splątanie - pobudzenie, euforia - agresja - depresja, tendencje samobójcze - halucynacje, psychoza - drgawki - bóle głowy
	Układ sercowo-na- czyniowy	- przyspieszenie czynności serca (tachykardia) - wzrost ciśnienia tętniczego
Inne		- nudności, wymioty, biegunka - przyspieszenie oddechu - bóle mięśni, wzmożone napięcie mięśni, uszkodzenie mięśni - uszkodzenie nerek (ostra niewydolność nerek)

TABELA 6 Objawy zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi

Zażywanie środków z każdej w wymienionych grup powoduje inną specyfikę objawów podczas używania substancji, po jej odstawieniu oraz przy długotrwałym lub intensywnym używaniu.

STOSOWANIE ŚRODKÓW O DZIAŁANIU POBUDZAJĄCYM

prowadzić może do pojawienia się silnych efektów toksycznych, w szczególności upośledzenia funkcji układu sercowo-naczyniowego w postaci podwyższenia ciśnienia tętniczego krwi, zaburzeń rytmu serca, utraty przytomności, a nawet zatrzymania krążenia. Niebezpieczne są również ze względu na możliwość wystąpienia zaburzeń neurologicznych oraz zaburzeń psychotycznych, którym towarzyszą halucynacje i urojenia.

➤ Objawy występujące w trakcie używania

Psychiczne: podwyższenie nastroju, euforia czasami z drażliwością, wzmożenie napędu psychoruchowego, przypływ energii, poczucie mocy, przyspieszenie mowy, krótkotrwała poprawa koncentracji uwagi.

Fizyczne: brak potrzeby snu, zniesienie uczucia zmęczenia, obniżone łaknienie, przyspieszona czynność serca i szybki oddech, podwyższone ciśnienie krwi, nadmierna potliwość, zaczerwienienie skóry, wysypka, suchość w ustach, wysięk z nosa.

➤ Objawy po odstawieniu

Lęk, nastrój depresyjny, spowolnienie psychiczne, uczucie zmęczenia i apatii, drażliwość, niepokój, zespoły majaczeniowe, omamy, zespoły urojeniowe, zwiększone zapotrzebowanie na sen.

➤ Długotrwałe lub intensywne używanie

Zaburzenia osobowości, depresja z próbami samobójczymi, zaburzenia funkcjonowania społecznego i urojenia, w tym urojenia prześladowcze, halucynacje i paranoje, przypominające objawy schizofrenii. Krwawienia z nosa, zniszczenie błony śluzowej, przedziurawienie lub martwica przegrody nosowej, kaszel, chrypka, duszność, zaburzenia termoregulacji, odwodnienie organizmu. W przypadku przedawkowania może wystąpić zespół neuroleptyczny objawiający się hipertermią, drgawkami, śpiączką, w skrajnych przypadkach śmiercią.

Szczególnie niebezpieczne jest przyjmowanie syntetycznych katynonów przez osoby cierpiące na choroby układu krążenia, takie jak: choroba niedokrwienna serca, arytmia lub nadciśnienie tętnicze. Substancje te mogą wywołać migotanie komór serca także u osób zdrowych. Zaburzenia układu krążenia, wzmocnione działaniem substancji z grupy psychostymulatorów, może skończyć się śmiercią. W przypadku długotrwałego używania substancje te powodują rozwój zespołu uzależnienia.

SYNTECYCZNE KANNABINOIDY

imitujące działanie marihuany lub haszyszu. Występują w postaci proszku, ale przede wszystkim i najczęściej w postaci suszu roślinnego lub mieszanek ziołowych połączonych z syntetycznymi kannabinoidami. Są to substancje o działaniu imitującym działanie THC, głównego składnika psychoaktywnego marihuany. Zażywanie odbywa się poprzez palenie w skrętach, szklanych fiolkach, fajkach i fajkach wodnych, ale coraz częściej w e-papierosach. Roztwór inhalacyjny (tzw. liquid), używany w e-papierosach, składa się zazwyczaj z glikolu propylenowego, gliceryny, aromatów oraz nikotyny w różnym stężeniu (od 0 do 36 mg/ml). Jednak coraz częściej roztwór ten zawiera różne stężenie syntetycznych kannabinoidów lub innych NSP. Substancje z tej grupy określane są jako nawozy do roślin i występują pod różnymi nazwami handlowymi, np. „Spice”, „Sztynny Misza”, „Mocarz”.

Kannabinoidy inne niż THC stanowią grupę substancji, która obejmuje zarówno związki naturalnie występujące w konopiach siewnych (*Cannabis sativa*), ale także ich syntetyczne analogi lub metabolity. Są to zawsze związki chemiczne oddziałujące na receptory kannabinoidowe w mózgu. Część tych substancji ma działanie wielokrotnie silniejsze od THC, występującego w marihuanie, dlatego są szczególnie groźne. Dla przykładu, MDMB –CHMICA jest 50-krotnie silniejsza od THC²⁴. Dodatkowo, ich działanie nigdy nie jest do końca przewidywalne. Mieszanki mogą mieć za każdym razem inną zawartość kannabinoidów i zanieczyszczenia, w związku z czym nie można przewidzieć, z jaką mocą może działać taka sama dawka oraz jakie może powodować skutki.

Zażywanie syntetycznych kannabinoidów może prowadzić do pojawienia się silnych efektów toksycznych, a w szczególności powodować: nudności, zawroty głowy, zaburzenia funkcji układu krążenia, uszkodzenia nerek oraz zmiany w układzie oddechowym, zaburzenia koordynacji ruchowej, napady lęku, paniki, apatię, zaburzenia nastroju, depresje oraz psychozy wymagające leczenia psychiatrycznego.

➤ Objawy występujące w trakcie używania

Psychiczne: poprawa samopoczucia, wielomówność, czasami zamazana mowa, zaburzenia percepcji, trudności z pamięcią i koncentracją, nadwrażliwość zmysłowa, halucynacje i stany psychotyczne.

Fizyczne: bóle głowy, żołądka, zębów, bezsenność, wymioty, napady drgawkowe, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zwiększenie apetytu. Odnotowane zostały również zgony potwierdzone badaniami toksykologicznymi.

➤ Objawy po odstawieniu

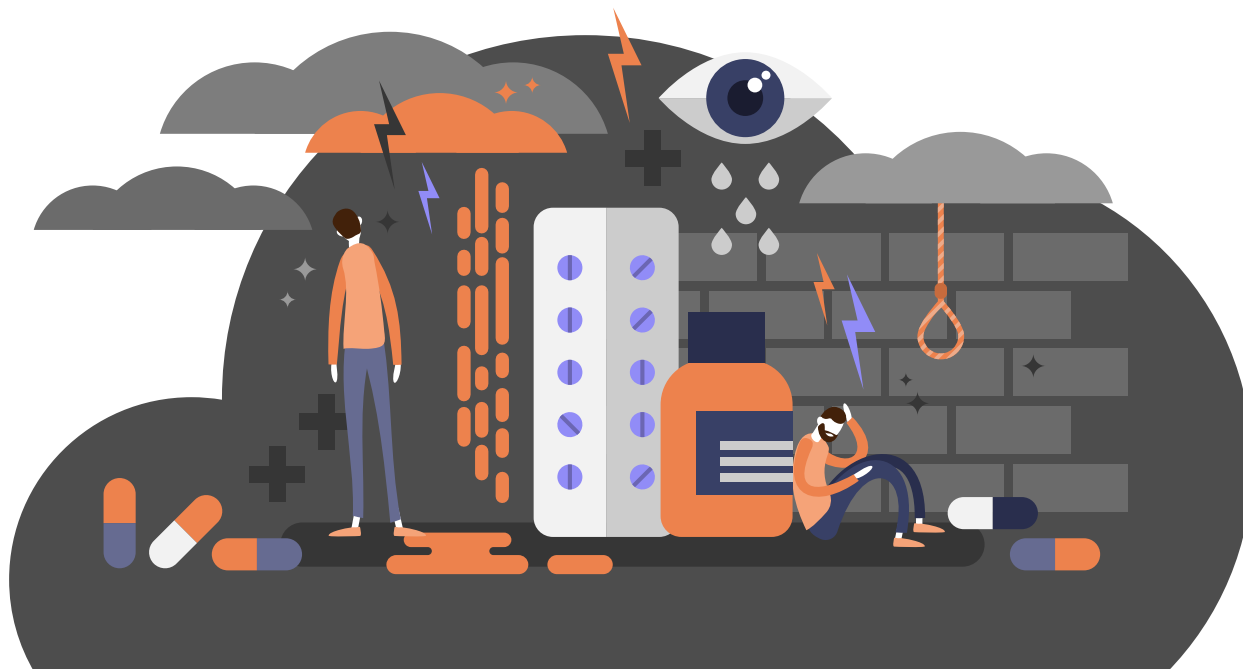
Irytacja, złość, agresja, pobudzenie psychoruchowe, niepokój, urojenia prześladowcze o różnym nasileniu i obrazie, depersonalizacja, omamy, zaburzenia świadomości, lęk, skrócenie i spłycenie snu, ból głowy i w klatce piersiowej, brak apetytu, zaburzenia funkcji układu krążenia, uszkodzenia nerek oraz zmiany w układzie oddechowym.

➤ **Długotrwałe lub intensywne używanie**

Zaburzenia psychiatryczne, chwiejność emocjonalna, ogólna pobudliwość i drażliwość, czasami agresywność, wewnętrzny niepokój, zespół amotyacyjny, ograniczenie kontaktów z ludźmi, zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, zaburzenia w przyswajaniu nowych wiadomości, upośledzenie zdolności rozwiązywania problemów i planowania przyszłości, zanik zainteresowań, zaburzenia percepcji czasu, doznań, krytycyzmu, lęk. Występowanie dolegliwości i chorób ze strony układu oddechowego w postaci bólu gardła, silnego kaszlu, duszności, zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, zaburzenia w układzie krwionośnym, zmniejszenie apetytu, pocenie się, przede wszystkim w nocy, zaburzenia snu, nadwrażliwość na ból. W przypadku długotrwałego stosowania istnieje wysokie ryzyko rozwoju uzależnienia.

**NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE
O DZIAŁANIU HALUCYNOGENNYM**

takim jak: LSD, meskalina i grzyby halucynogenne, występują w postaci małych kawałków papieru, tekturek, bibulek, nasączonych tymi substancjami, oraz w postaci płynu. Głównie są zażywane doustnie, sporadycznie w postaci iniekcji. W tej grupie substancji najczęściej są używane związki chemiczne z grupy tryptamin i fenyloetyloamin, działające podobnie jak tradycyjne narkotyki halucynogenne. Ich cechą jest



silne oddziaływanie na centralny układ nerwowy już w bardzo niewielkich ilościach i dlatego łatwo je przedawkować. Dodatkowo, spośród wszystkich substancji psychoaktywnych to substancje halucynogenne mogą mieć najbardziej nieprzewidywalny wpływ na psychikę.

➤ **Objawy występujące w trakcie używania**

Psychiczne: halucynacje wzrokowe i słuchowe, niepokój, silne pobudzenie psychoruchowe, wahania nastroju, lęk, panika, dramatyczne wizje.

Fizyczne: wymioty, bezsenność, przyspieszona czynność serca, podwyższone ciśnienie krwi, wzrost temperatury ciała, przyspieszone tętno, trudności w oddychaniu, sztywność mięśni, nudności, uszkodzenie nerek, rabdomiolyza (rozpad mięśni).

➤ **Długotrwałe lub intensywne używanie**

Częściowa lub całkowita utrata kontroli nad własnym zachowaniem, a nawet życiem, wysokie ryzyko śmiertelnego zatrucia, trudności psychiczne, głównie z obszaru zaburzeń psychiatrycznych z intensywnymi halucynacjami i urojeniami oraz prawdopodobieństwo prób samobójczych.

SYNTECYCZNE OPIOIDY

obejmują grupę substancji chemicznych oddziałujących na receptory opioidowe, pełniące istotną funkcję w regulacji odczuwania bólu (morfina, heroina, fentanyl, oksykodon)²⁵. Produkty lecznicze oparte na tych substancjach są wykorzystywane w medycynie, ich używanie niesie ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne. Ryzyko zażywania jest zwiększone przez wielkość dawek tych substancji oraz ich toksyczność. Mogą być przyjmowane w wielu postaciach: dożylnie, wziewnie, donosowo, doustnie lub jako plaster naklejany na skórę.

➤ **Objawy występujące w trakcie używania**

Psychiczne: podwyższenie nastroju, euforia, problemy z koncentracją, splątanie, silne zaburzenia świadomości.

Fizyczne: spowolnienie oddechu, akcji serca, niskie ciśnienie tętnicze, zawroty głowy, brak odczuwania bólu, podsypianie, wąskie „szpilkowate źrenice”.

➤ **Objawy po odstawieniu**

Silny głód opioidów, gęsia skórka, łzawienie, wysięk z nosa, ziewanie, kichanie, rozszerzenie źrenic, nudności wymioty, bóle brzucha biegunka, bóle stawów mięśni i kości, podwyższone ciśnienie krwi, zaburzenia snu (bezsenność), zmiany nastroju z dominującą drażliwością i napadami złości, czasem z apatią.

➤ **Długotrwałe lub intensywne używanie**

Bardzo duży potencjał uzależniający; używanie powoduje szybkie pojawienie się tolerancji i uzależnienia oraz depresji czynności oddechowych. Przedawkowanie grozi śmiercią.

BENZODIAZEPINY

to grupa organicznych związków chemicznych, wykazujących działanie przeciwlękowe, uspokajające, nasenne czy przeciwdrgawkowe. Benzodiazepiny przyjmuje się doustnie lub podjęzykowo; są nadużywane przez osoby uzależnione od innych narkotyków dla wzmocnienia stanu odurzenia, zwłaszcza po zażyciu opioidów – wówczas stosowane są dożylnie. Benzodiazepiny są wykorzystywane do zmniejszenia objawów abstynencyjnych lub złagodzenia „zejścia” po stymulantach (np. amfetaminie).

➤ **Objawy występujące w trakcie używania**

Psychiczne: ogólne znużenie, spowolnienie, senność, śpiączka, zamazana mowa, zaburzenia widzenia, zaburzenia równowagi i koordynacji, chwiejny chód.

Fizyczne: spadek ciśnienia tętniczego, hipotermia, depresja układu oddechowego.

➤ **Objawy po odstawieniu**

Niepokój, lęk i ataki paniki, drażliwość, skłonność do irytacji, agresji, fobie społeczne, bezsenność, koszmary nocne oraz inne zaburzenia snu, osłabienie pamięci i koncentracji, halucynacje, urojenia, myśli paranoidalne, depersonalizacja. Ponadto mogą występować: bóle i zawroty głowy, drętwienie kończyn, pobudzenie psychoruchowe, skurcze mięśni, dreszcze, nieostre lub/i podwójne widzenie, suchość i metaliczny smak w ustach, bóle brzucha, mdłości, wymioty, biegunka, szумы w uszach, nadwrażliwość na światło, zaburzenia łaknienia, wzrost ciśnienia krwi i przyspieszone tętno, rumieńce, wysypki i swędzenie skóry.

➤ **Długotrwałe lub intensywne używanie**

Spowolnienie, senność, zamazanie mowy, niezdolność ruchowa, zmniejszone napięcie mięśniowe, skłonność do upadków (szczególnie u osób starszych). Powszechne jest upośledzenie funkcji poznawczych, nierzadko imitujące otępienie. Wahania nastroju między drażliwością i płacziwą a obniżeniem nastroju. Zmieniają się cechy osobowości w zakresie realnej oceny sytuacji, pojawia się zubożenie, kłamliwość, niedotrzymywanie zobowiązań.



Zażywanie nowych substancji psychoaktywnych skutkuje indywidualnymi zmianami w sferze psychologicznej, zachowaniu i wyglądzie.

UŻYWANIE NOWYCH NARKOTYKÓW - ZMIANY PSYCHOLOGICZNE

- Niechęć do podejmowania działania, pogłębiające się trudności w funkcjonowaniu, kłamliwość, wyobcowanie, izolowanie się, gburowatość, a nawet brutalność, zmienność nastroju (nigdy nie wiadomo co zrobi dziecko, bywa nieprzewidywalne).
- Dzieci są bardziej drażliwe, skryte, wrogo nastawione, depresyjne, odmawiają współpracy, zamknięte w sobie, smutne, ponure, reagujące złością, przewrażliwione, nerwowe, lękowe, roztargnione, oddalają się od bliskich i ważnych dla nich osób.

- Na próby rozmów o substancjach dziecko reaguje wrogością i broni się zaprzeczając.
- Brak dojrzałości. Potrzeba uzyskiwania natychmiastowego skutku w postaci zadowolenia, zawężone widzenie problemów i ich rozwiązań, skupianie się wyłącznie na sobie i własnym zadowoleniu.
- Konflikt z rodzicami i rodzeństwem. Unikanie kontaktów i rozmów z rodziną, nieprzedstawianie nowych znajomych, poczucie odrębności dziecka; dziecko myśli, iż rozmowy na temat jego przeżyć są możliwe tylko z innymi osobami używającymi substancje.
- Kontakty koleżeńskie. Dzieci urywają się dotychczasowe znajomości, stają w obronie używania substancji przez innych, szukają towarzystwa osób uzależnionych, często dobierają sobie starszych lub młodszych kolegów.
- Brak pozytywnego działania. Maleje zainteresowanie nabywaniem wiedzy i umiejętności, bierna postawa, utrata zainteresowania szkołą, sportem i ulubionymi zajęciami.
- Niska samoocena. Rozwija się poczucie beznadziejności i bezradności, mężczy poczucie winy; dziecko czuje się smutne, pokrzywdzone i wystraszone, wycofuje się ze swojego środowiska i zamyka w sobie, nie daje sobie rady w zajęciach wymagających wysiłku fizycznego. Jest znudzone, zniechęcone złymi wynikami w szkole, traci szacunek do samego siebie (nic nie jestem wart), pesymistycznie patrzy na swoją przyszłość.
- Zaprzeczanie. Dziecko neguje fakt, iż narkotyki są szkodliwe, obciąża winą za własne postępowanie innych, wytyka innym błędy, krytykuje sposób życia dorosłych, broni przywilejów młodzieży; twierdzi, iż konsumpcja narkotyków jest powszechna i nawet społecznie aprobowana, wytykając rodzicom zaco-fanie.
- Kłamstwo. Dziecko udziela mętnych, wymijających i niekonkretnych odpowiedzi, np., że przechowuje narkotyki dla kogoś, kłamie w kwestii trudności w szkole i gdy z domu zaczynają ginąć pieniądze i wartościowe przedmioty.
- Poczucie krzywdy. Czasem towarzyszy dziecku lęk, że ktoś je prześladowa, obawia się, iż zostanie przyłapane na braniu narkotyków.
- Zaczyna być nieadekwatnie pewne siebie, uczestniczy w niebezpiecznych sytuacjach. Buntuje się na wszelkie normy i prawa.
- Ma „słomiany zapal”, nie jest wytrwałe, żyje chwilą, nie ma planów, jest obojętne.
- Zachowuje się coraz gwałtowniej i agresywniej, znieważa innych słownie i posuwa się do rękoczynów, w złości niszczy i rozbija przedmioty, zadaje sobie ból poprzez akty autoagresji.
- Dziecko nie widzi nadziei na zmianę, może pojawić się próba samobójcza jako ostatnie wołanie o pomoc.

UŻYWANIE NOWYCH NARKOTYKÓW - ZMIANY W ZACHOWANIU

- Zmiana rytmu snu, nawyków żywieniowych, porzucanie starych przyjaźni i ulubionych zajęć, nawiązywanie kontaktów z osobami, które mają takie same problemy, pogłębiają się trudności w szkole.
- Spóźnianie się. Dziecko spóźnia się do szkoły oraz na inne zajęcia, coraz później wraca do domu, traci poczucie czasu. Zaczynają się nieuzasadnione nieobecności, dziecko wymyka się z domu, nie wraca na noc, nie potrafi wytłumaczyć się z czasu spędzonego poza domem, zamyka się na długie godziny w swoim pokoju.
- Przestaje wypełniać swoje obowiązki domowe, staje się leniwe, ma nieporządek w pokoju, zapomina o uroczystościach rodzinnych i odmawia uczestniczenia w nich.
- Ukrywa nowych znajomych przed rodzicami, odbiera dziwne telefony o dziwnych porach. Z dnia na dzień stają się popularne i ważne inne znajomości, czasami za sprawą handlu substancjami.
- Zmiana nawyków żywieniowych, wyraźny przypływ apetytu, jak i nagła utrata łaknienia, spadek na wadze ciała.
- Rozregulowanie rytmu dnia i nocy, sen przez większość dnia, aktywność w nocy.



- Wynoszenie z domu rzeczy na sprzedaż, stałe chowanie czegoś przed domownikami, z domu znika alkohol i leki.
- Zaczyna używać przekleństw, slangu i terminów związanych z zażywaniem narkotyków.
- Wygląd pokoju zaczyna się różnić – dziecko często wietrzy pokój, używa kadełek, odświeżaczy, nie życzy sobie wchodzenia do pokoju rodziców, posiada schowek, którego nikt inny nie może otworzyć.
- Szczególne zainteresowanie młodzieżową muzyką i koncertami; czasem dzieci utożsamiają się z grupami muzycznymi, których członkowie nadużywają różnych substancji psychoaktywnych. Koncerty, jeśli nie są ściśle nadzorowane, stwarzają okazję do handlu i odurzania się narkotykami.
- Problemy ze szkołą, dziecko nie odrabia lekcji, ma gorsze stopnie, spóźnia się na lekcje, zasypia na nich, wagaruje, lekceważy nauczycieli, usiłuje źle nastawić rodziców do nauczycieli i szkoły, przerywa szkołę lub zostaje z niej usunięte.

UŻYWANIE NOWYCH NARKOTYKÓW – ZMIANY W WYGLĄDZIE

- Pogarsza się stan zdrowia, następuje spadek masy ciała, przeziębienia, grypa, bóle żołądka, zmęczenie, przewlekły kaszel, bóle klatki piersiowej, częste zachorowania, bóle głowy, złe samopoczucie rano, częstsze obrażenia w następstwie wypadków lub pobicia.
- Odbiegające od normy rozwojowej zahamowanie wzrostu, nagły i potężny przyrost masy mięśniowej w związku z przyjmowaniem sterydów anabolicznych, ogólny spadek energii, utrata zainteresowania sprawami seksu, bulimia, nieregularne miesiączkowanie.
- Wygląd oczu dziecka. Przekrwione, napuchnięte lub szklane, rozszerzone lub zwężone źrenice niereagujące na światło, opadające powieki, oznaki senności, brak kontroli nad ruchami gałek ocznych, zamazane lub podwójne widzenie, objawy zapalne, może pojawić się oczopląs, czyli niekontrolowane ruchy gałek ocznych, niemożność skupienia wzroku przez dziecko na obserwowanym obiekcie, unika kontaktu wzrokowego.
- Pojawiają się zaczerwienienia i krosty wokół nozdrzy, kichanie, objawy uczulenia lub kataru, krwawienie z nosa.
- Zmiany w obrębie jamy ustnej, suchość w ustach, częste obлизywanie warg językiem, oddech z zapachem trudnym do zidentyfikowania oraz kaszel.

- Zmiany na skórze, ślady po wstrzyknięciach wzdłuż żył, zakładanie bluzek z długim rękawem nawet, gdy jest ciepło, tatuaże lub ślady po aktach autoagresji, nienaturalnie blade palce, nadmierna potliwość, zimna i wilgotna skóra, pieczenie skóry, pojawienie się trądziku, napięta i obrzmiała skóra, żółtaczk (zażółcenie skóry i biel spojówek), czerwone plamy na ciele, ściemnienie skóry, podwyższona temperatura ciała.
- Kłopoty z poruszaniem się, powolny chód, niezdarność, zawroty głowy, zachwiania równowagi.
- Zmiana ubioru, nowa fryzura, stroje, koszulki z nadrukiem o charakterze narkotycznym, mniejsza dbałość o higienę osobistą, niechlujny wygląd, brudne włosy i ubranie.

Konsekwencje zażywania nowych narkotyków – zaburzenia psychiczne i zachowania

Zażywanie nowych substancji psychoaktywnych prowadzi do używania szkodliwego i dalej do zespołu uzależnienia, co definiuje „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania” ICD-10, Rozdział V ²⁶. Według tej klasyfikacji, na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem substancji uzależniających, mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne, składa się uzależnienie od substancji psychoaktywnych, czyli zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, spowodowane używaniem tych substancji. Termin substancji psychoaktywnych w języku diagnostyki medycznej używany jest na określenie nie tylko uzależnienia od leków, rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. Używanie substancji psychoaktywnych powoduje szerokie spektrum różnych zaburzeń psychicznych i zachowania. ICD-10 klasyfikuje je w następujący sposób: używanie szkodliwe, zespół uzależnienia, ostre zatrucie, zespół abstynencyjny, zaburzenia psychotyczne, zespół amnestyczny, rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne oraz inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone.

UŻYWANIE SZKODLIWE

Używanie szkodliwe – kryteria diagnostyczne

1. Wystąpienie aktualnej szkody zdrowotnej somatycznej albo psychicznej, która została spowodowana używaniem substancji psychoaktywnej.
2. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych mimo wystąpienia negatywnych następstw społecznych, takich jak: konflikty z prawem, problemy w rodzinie, gorsze wyniki w nauce oraz krytyka i dezaprobata ze strony otoczenia.
3. Stwierdzenie ostrego zatrucia po zażyciu substancji.

Stwierdzenie minimum jednego z w/w kryteriów diagnostycznych nie jest wystarczające do rozpoznania szkody zdrowotnej i oznaczenia kodem „używanie szkodliwe”.

UZALEŻNIENIE

Zespół uzależnienia – kryteria diagnostyczne

1. Silne pragnienie przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania.
2. Trudności z kontrolowaniem zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęciem, zakończeniem lub ilością.
3. Fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji, w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych.
4. Stwierdzenie tolerancji – w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe.
5. Z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych, narastające zaniedbywanie innych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania.

6. Przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw, takich jak: uszkodzenie wątroby wskutek intensywnego picia, stany obniżonego nastroju, w wyniku okresów intensywnego przyjmowania substancji albo polekowe upośledzenie funkcji poznawczych itp.

Na ostateczne stwierdzenie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej w/w cech lub objawów występujących łącznie w ciągu ostatniego roku, przez pewien okres czasu, w przypadku osób dorosłych wynosi, co najmniej 30 dni, a w przypadku dzieci i młodzieży przyjmuje się, że jest to co najmniej 14 dni.

OSTRE ZATRUCIE

Ostre zatrucie

Jest to stan nagłej i przemijającej intoksykacji, którego obraz kliniczny jest charakterystyczny dla danej grupy substancji psychoaktywnych. Może mieć następujące formy przebiegu: niepowikłane, z urazem lub innym uszkodzeniem ciała; z innymi powikłaniami medycznymi, majaczeniem, zaburzeniami spostrzegania, śpiączką, drgawkami, zatruciem patologicznym.



ZESPÓŁ ABSTYNENCYJNY

Zespół abstynencyjny

Jest to stan następstw całkowitego lub częściowego braku substancji psychoaktywnej w organizmie człowieka. Jest zespołem objawów somatycznych i psychopatologicznych, występującym u osób uzależnionych od określonej substancji. W zależności od substancji będącej przyczyną uzależnienia, poszczególne zespoły cechują się odmiennymi objawami i przebiegiem. Zespół abstynencyjny może przebiegać w sposób łagodny, bez powikłań, lub w sposób ciężki, z powikłaniami typu drgawki, majaczenie.

Zaburzenia psychotyczne

Jest to stan o różnym obrazie psychopatologicznym, w którym do najczęstszych objawów należą: iluzje, omamy, nastawienie ksobne (nadmiernie skierowane ku sobie), urojenia, zaburzenia nastroju. Zaburzenia psychotyczne mogą przybierać następujące formy: podobne do schizofrenii, głównie urojeniowe, głównie omamowe, głównie wielopostaciowe, głównie z objawami depresyjnymi, głównie z objawami maniakalnymi, mieszane.

Zespół amnestyczny

Jest to stan znacznego upośledzenia pamięci świeżej, z małym nasileniem deficytu pamięci dawnej. Braki pamięciowe mogą być wypełniane konfabulacjami.

Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne

Jest to stan występowania zaburzeń psychicznych, które powinny ustąpić, biorąc pod uwagę czas działania przyjętej substancji psychoaktywnej. Zaburzenia te mogą występować w następujących formach: powracanie przeżytych doznań psychotycznych (flashbacks), zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania, rezydualne zaburzenia afektywne, otępienie, inne, utrzymujące się zaburzenia procesów poznawczych, psychozy o późnym początku.

Literatura dotycząca uzależnienia, jak też praktyka leczenia osób z tą chorobą podkreślają fakt, iż uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest procesem lub stanem zależności fizycznej, psychicznej i społecznej oraz tolerancji.

RODZAJE UZALEŻNIENIA

1. Uzależnienie fizyczne

Jest rezultatem wbudowania uzależniającego związku chemicznego lub jego metabolitów w cykl przemian tkankowych w sytuacji systematycznego ich używania. Zależność fizyczna jest więc sztucznie wytworzoną potrzebą biologiczną, fizjologicznie nabytą, objawiającą się przymusem zażywania danej substancji psychoaktywnej. Wbudowany do metabolizmu fizjologii organizmu środek uzależniający staje się od-tąd niezbędny do zachowania homeostazy biologicznej. Uzależnienie fizyczne ogranicza wolność zachowań ludzkich, deformuje procesy świadomości, motywacji, decyzji i możliwości kierowania swoim postępowaniem. Istotną cechą uzależnienia fizycznego jest zjawisko zespołu abstynencyjnego, który powstaje w wyniku braku substancji lub jej niedostatecznej ilości w organizmie osoby uzależnionej. Na zespół abstynencyjny, zwany potocznie głodem, składają się przykre dolegliwości fizyczne i psychiczne. Są to najczęściej: bóle mięśniowe, mdłości, osłabienie połączone z pobudzeniem, zaburzenia termoregulacji, niepokój, biegunka, ból głowy.

2. Uzależnienie psychiczne

Polega na potrzebie częstego lub stałego zażywania substancji psychoaktywnej w celu powtórzenia przeżyć związanych z zażywaniem lub w celu uniknięcia złego samopoczucia związanego z brakiem substancji. Psychicznemu przymusowi zażywania substancji często towarzyszy subiektywny głód tej substancji.

Tendencja do ponownego sięgania po substancję pojawia się ze względu na „pozytywne” efekty psychiczne, nie zaś ze względu na uniknięcie negatywnych objawów głodu, których osoba przyjmująca mogła jeszcze w ogóle nie odczuć. Zależność psychiczna jest często najsilniejszym czynnikiem prowadzącym do powtórnego przyjmowania substancji psychoaktywnej.

3. Uzależnienie społeczne

Związane jest z zażywaniem substancji psychoaktywnej w grupie, może mieć również charakter obrzędowy, kultowy. Istotą tego zjawiska jest bardzo silne uzależnienie od grupy, a wtórnie od środków uzależniających. Młodzież w tym wieku ujawnia silną potrzebę afiliacji, chęć przynależenia do grupy. Działa więc tu silny motyw społeczno-psychologiczny, a przynależność do danej grupy pociąga za sobą respektowanie zasad, obyczajów, rytuałów panujących w grupie. Jeżeli w grupie panuje moda na branie narkotyków, to jednostka narażona jest na ich zażywanie, a w konsekwencji uzależnienie się. Środowisko osób zażywających substancje staje się stopniowo wy-

łącznym miejscem zaspokojenia potrzeb psychicznych, takich jak potrzeby kontaktu i potrzeby przynależności. Dodatkowo też występuje drugi kierunek tej zależności. Samo środowisko osób uzależnionych jest niezwykle aktywne w utrzymywaniu integralności grupy i nie godzi się łatwo z utratą swoich członków. Skutecznie ogranicza próby wyjścia z uzależnienia, podejmowane przez któregoś z członków grupy. Nawet, gdy osoba uzależniona zdecyduje się na leczenie i przejdzie cały cykl terapii, to powrót do środowiska zamieszkania niesie ryzyko namowy ze strony ludzi uzależnionych do ponownego sięgania po środki uzależniające.

4. Tolerancja

Tolerancja jest charakterystyczną cechą znaczącej ilości substancji psychoaktywnych. Powoduje ona konieczność przyjmowania coraz większych dawek substancji dla uzyskania takich samych efektów. Z czasem organizm domaga się ilości substancji wielokrotnie przekraczających dawkę śmiertelną. Tolerancję, w stosunku do pokrewnego typu środka odurzającego, określamy mianem tolerancji krzyżowej. Przykładem tolerancji krzyżowej jest heroina, w stosunku do morfiny albo alkoholu, w stosunku do barbituranów.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest złożonym, wieloaspektowym zjawiskiem. Można sprowadzić je do analizy zachowań człowieka, który w konkretnym środowisku i określonej sytuacji życiowej sięga po środki uzależniające. Można je więc rozpatrywać na bazie trzech elementów, jakimi są: środowisko – człowiek – narkotyk.

Uzależnienie jest chorobą wieloaspektową, biopsychospołeczną, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Proces uzależnienia jest zatem wielowątkowy i należy go rozumieć w aspekcie czynników biologicznych, czynników psychologicznych, jak też czynników środowiskowych²⁷.



BIOPSYCHOSPOŁECZNY MODEL UZALEŻNIENIA

Młodzież, która sięga po nowe substancje psychoaktywne, a w konsekwencji się od nich uzależnia, posiada te same trudności jak w przypadku uzależnienia od tradycyjnych narkotyków. **Obszary tych trudności można przedstawić, wykorzystując do tego biopsychospołeczny model uzależnienia.**

W obszarze biologicznym jest to rodzinne obciążenie problemem uzależnienia, indywidualna tolerancja organizmu na substancję psychoaktywną i inne trudności psychiczne, rozpoczynające się już we wczesnym dzieciństwie.

W obszarze psychologicznym jest to lęk, nieadekwatna samoocena (najczęściej jest ona znacząco zaniżona lub zawyżona) oraz styl funkcjonowania w trudnych i stresowych sytuacjach.

W obszarze społecznym jest to dysfunkcyjny system funkcjonowania rodziny, destrukcyjna i toksyczna grupa rówieśnicza, środowisko szkolne oraz negatywny wpływ mediów²⁸.

POWODY ZAŻYWANIA NOWYCH NARKOTYKÓW

W przypadku sięgania przez młodzież po nowe substancje psychoaktywne, można wskazać powody, którymi kierują się te osoby:

- > **Krótkotrwałe działanie**, które pozwala dziecku wrócić do domu już po kilku godzinach od zażycia substancji, bez zauważalnych oznak, że było wcześniej pod ich wpływem.
- > **Brak w pełni wiarygodnych narkotestów** wykrywających dane substancje w organizmie pozwala dziecku utrzymywać ten fakt w tajemnicy. Nawet jeżeli rodzice podejrzewają dziecko o zażywanie i wykonują test, to wykrycie NSP jest trudne.
- > **Sposób dystrybucji**, który głównie odbywa się w Internecie, co idealnie wpisuje się w rozwój nowoczesnych technologii, powszechnie używanych przez dzieci i młodzież. Często zamawiane przez Internet substancje są dostarczane do paczkomatu i tam są przez dziecko odbierane.
- > **Legalność części NSP** powoduje, że młodzież ma poczucie bezkarności i niepotrzebnego narażania się na przykre konsekwencje z udziałem Policji i sądu.

ETAPY UZALEŻNIENIA

Skutki zażywania Nowych Substancji Psychoaktywnych można przedstawić w oparciu o trójetapowy proces rozwoju uzależnienia w okresie rozwojowym.

> I Etap – Norma rozwojowa (używanie substancji psychoaktywnych jako zaspokajanie potrzeb rozwojowych).

Na tym etapie zażywania NSP występuje przede wszystkim bardzo duże ryzyko zatrucia organizmu młodej osoby. W 2015 r. odnotowano ponad 7200 interwencji medycznych z powodu zatruc NSP. W 2017 r. odnotowano 4324 zatruc NSP oraz 27 zgonów powiązanych z zażyciem tych substancji. Natomiast w 2018 r. zarejestrowano 4257 zatruc oraz 65 zgonów²⁹. Badania pokazują, że 50% osób, które zażyły NSP, odczuwało negatywne skutki działania tych substancji, ale tylko 6% szukało pomocy medycznej³⁰.

Objawy zatrucia mogą być różne, w zależności od rodzaju zażytej substancji. Mogą to być: nadmierne pobudzenie, agresja, drgawki, rozszerzone bądź zwężone i niereagujące na światło źrenice, zaburzenia termoregulacji, potliwość, podwyższona temperatura ciała, problemy z koordynacją ruchową, zataczanie się, bełkotliwa i nielogiczna mowa, nadmierna senność, trudności w oddychaniu w postaci płytkiego lub ciężkiego lub przyspieszonego oddechu, bóle w klatce piersiowej. Mogą także występować zaburzenia świadomości, zaburzenia psychotyczne w postaci halucynacji i urojeń oraz utrata przytomności.

Bardzo często skład i działanie występujących na rynku substancji nie są znane sprzedającemu, a tym bardziej kupującemu. Dlatego też reakcja organizmu może być każdorazowo inna i nieprzewidywalna. Jednorazowe zażycie substancji może doprowadzić do groźnego zatrucia organizmu, a nawet śmierci.

> II Etap – Trudność rodziny i otoczenia (używanie substancji psychoaktywnych, powodujące szkody, ale zauważalne tylko przez rodzinę i otoczenie, w tym szkołę).

Na tym etapie występuje również bardzo duże ryzyko zatrucia organizmu. Dodatkowo pojawiają się pierwsze konsekwencje w obszarze zdrowia psychicznego i fizycznego oraz w indywidualnym funkcjonowaniu w sferze psychologicznej, związanej z zachowaniem i wyglądem. Pojawiają się pierwsze konflikty z prawem.

Zażywanie substancji staje się trudne dla rodziny, najbliższych, przyjaciół i nauczycieli. To oni w pierwszej kolejności martwią się i potępiają zachowanie dziecka. Nauczyciele są w trudnej sytuacji i często nie wiedzą, jak adekwatnie postępować. Na tym etapie rozwoju uzależnienia pojawia się już związek przyczynowo-skutkowy oraz własna motywacja w dążeniu do zdobycia i zażycia substancji. Pojawiają się pierwsze obiektywne straty, zauważalne przez rodziców i najbliższe otoczenie. Rozpoczyna się proces wypadania z roli dziecka i ucznia.

Przejawem tego mogą być następujące symptomy: zachowanie dziecka ulega zmianie, prowokuje ono konflikty, jest bardziej agresywne, rozmawia o narkotykach, w rodzinie zaniedbuje dotychczasowe obowiązki (wyrzucanie śmieci, zakupy, porządek w pokoju, opieka nad zwierzętami, oszukuje rodziców, nie wraca do domu na ustaloną godzinę, unika rozmów z rodziną o swoich trudnościach i nie poszukuje możliwych rozwiązań), stopniowo traci satysfakcję z zainteresowań, poświęca podejmowanym aktywnościom mniej czasu niż do tej pory, opuszcza zajęcia szkolne, przeznacza więcej czasu na poszukiwanie okazji do zażycia substancji³¹.

Jednak na tym etapie samo dziecko nie postrzega zażywania substancji jako czegoś złego, a własnych trudności jako konsekwencji zażywania. Na tym etapie dziecko spełnia kryteria medyczne szkodliwego używania substancji psychoaktywnych. Spełnia co najmniej dwa z trzech kryteriów wg ICD-10:

1. Wystąpiła szkoda zdrowotna, somatyczna albo psychiczna, która została spowodowana używaniem substancji psychoaktywnej.
2. Substancje psychoaktywne są przyjmowane mimo wystąpienia negatywnych następstw społecznych, takich jak: konflikty z prawem, problemy w rodzinie, gorsze wyniki w nauce oraz krytyki i dezaprobaty ze strony otoczenia.
3. Doszło do ostrego zatrucia po zażyciu substancji.

➤ **III Etap – Przyjmowanie tożsamości (używanie substancji psychoaktywnych jako proces przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej).**

Na tym etapie występuje również bardzo duże ryzyko zatrucia organizmu. Dodatkowo, konsekwencje stają się normą w obszarze zdrowia psychicznego i fizycznego oraz w indywidualnym funkcjonowaniu w sferze psychologicznej, związanej z zachowaniem i wyglądem; coraz częściej pojawiają się konflikty z prawem.

Stan po zażyciu substancji staje się częścią tożsamości kształtującej się na tym etapie rozwojowym. Młoda osoba adaptacyjnie wykorzystuje swój stan po zażyciu substancji w radzeniu sobie z trudnymi emocjami, zaniżoną oceną i lękiem w sytuacjach społecznych, głównie w kontaktach z rówieśnikami. Historia używania substancji psychoaktywnych sięga co najmniej ostatniego roku, są zażywane regularnie, w ciągach trwających minimum przez 14 dni. Dawki zażywanych substancji, jak i częstotliwość zażywania, znacząco wzrosły w odniesieniu do wcześniejszego etapu, w wyniku tolerancji. Na tym etapie dochodzi do wypadania z roli dziecka i ucznia.

Przejawem tego mogą być następujące symptomy: zachowanie dziecka ulega całkowitej zmianie, prowokuje ono konflikty, prezentuje zachowania agresywne, izoluje się od dotychczasowego otoczenia, zainteresowania koncentruje na narkotykach i osobach zażywających je, powtarza klasy, zmienia szkoły, często wagaruje, w rodzinie nie wypełnia obowiązków, nagminnie konfabuluje, nie wraca do domu na noc, nie rozmawia z rodziną, kontakty z rodziną opierają się wyłącznie na konfliktach. Podejmowane są pierwsze, nieudane próby terapii. Aktywność i motywacja w działaniu dziecka wynika głównie z potrzeby zdobycia substancji. Uwaga i myślenie są skierowane na sytuacje wokół używania substancji. Otoczenie wie i werbalizuje fakt zażywania substancji. Środowisko rówieśnicze to przede wszystkim osoby używające substancji uzależniających. Dziecko posiada subiektywne przekonanie, że wszyscy zażywają narkotyki. Na tym etapie dziecko zaczyna zauważać pierwsze konsekwencje. Najczęściej dotyczą one utraty kontroli nad zażywaniem substancji, trudności w rodzinie i w szkole, pogorszenia się stanu zdrowia oraz konfliktów z prawem. Dziecko spełnia kryteria medyczne zespołu uzależnienia i ponosi tego konsekwencje. Spełnia co najmniej trzy z sześciu kryteriów wg ICD-10.

W sytuacji, kiedy dziecko znajduje się na trzecim etapie rozwoju procesu uzależnienia, bezwzględnie wymaga to specjalistycznej pomocy. Taką opieką powinno zostać objęte zarówno dziecko, jak i cała rodzina. Obecnie w naszym kraju zdarza się, że już 12-letnie dzieci spełniają kryteria zespołu uzależnienia i są pacjentami placówek ambulatoryjnych lub stacjonarnych, zajmujących się leczeniem z powodu uzależnienia dzieci i młodzieży³².

ZJAWISKO PODWÓJNEJ DIAGNOZY

Przedstawione powyżej skutki używania nowych substancji psychoaktywnych nie wyczerpują tematu, bowiem zażywanie NSP znacząco przyczynia się do wywoływania u osób uzależnionych innych, współistniejących zaburzeń psychicznych (podwójna diagnoza). Termin „podwójna diagnoza” (podwójne rozpoznanie) odnosi się do grupy pacjentów, u których występuje uzależnienie od substancji psychoaktywnych i równocześnie współwystępuje inne zaburzenie z obszaru psychopatologii lub psychopatologii dzieci i młodzieży, rozpoznawane wg kryteriów diagnostycznych ICD-10 lub DSM-V.

W mijającej dekadzie nastąpił duży wzrost liczby osób problemowo przyjmujących substancje inne niż tradycyjne narkotyki. Wśród obecnych wzorów używania substancji psychoaktywnych popularny jest sposób łączenia różnych środków np.: marihuany z NSP, alkoholu z NSP, marihuany z lekami, marihuany z amfetaminą i NSP, marihuany z ekstazy i środkami halucynogennymi. Substancje te i ich modele łączenia głównie zaburzają i uszkadzają centralny układ nerwowy, wywołując lub wzmacniając rozwój zaburzeń psychicznych. Dodatkowo, obserwuje się tzw. samoleczenia, gdzie używanie substancji jest wtórne do rozwijających się u młodzieży zaburzeń psychicznych już we wczesnym dzieciństwie. W konsekwencji, do placówek leczenia uzależnień trafia coraz więcej pacjentów z podwójną diagnozą. Zgodnie z danymi Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, na przestrzeni lat 1997-2005 zaobserwowano wzrost odsetka pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich osób przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. W 1997 r. odsetek tych pacjentów wynosił 3,2%, a w 2005 r. – 7,6%. Po 2005 r. odnotowano zatrzymanie tendencji wzrostowej. W 2007 r. odsetek pacjentów z podwójną diagnozą, przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, wyniósł 7,3%. Liczba hospitalizowanych pacjentów z podwójną diagnozą wynosiła, w 1997 r., 171 osób, natomiast w roku 2007 odnotowano już 915 takich przypadków. W stacjonarnych ośrodkach psychiatrycznych, w 2007 r., największą grupę, bo aż 58%, stanowili pacjenci z rozpoznaniem mieszczącym się w kategorii „inne zaburzenia psychiczne”, obejmującym zaburzenia psychotyczne oraz zaburzenia zachowania.

Wśród pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego, z rozpoznaniem zespołu uzależnienia, największy odsetek zdiagnozowanej współzachorowalności prezentowały osoby uzależnione od halucynogenów (podwójna diagnoza dotyczyła 18,8% przypadków) oraz leków uspokajających i nasennych (podwójna diagnoza dotyczyła 11,1% przypadków). Najmniejszy odsetek podwójnych diagnoz dotyczył uzależnionych od kokainy (wszyscy pacjenci bez podwójnych diagnoz) oraz opiatów (1,6%). Zaburzenia osobowości częściej obserwowano wśród osób uzależnionych od

substancji wziewnych (2,9%) oraz u osób uzależnionych od kilku substancji (2,1%). Stany depresyjne czy zaburzenia lękowe w największym stopniu diagnozowano u pacjentów uzależnionych od leków uspakajających i nasennych (odpowiednio 1% i 3,1%). Inne zaburzenia psychiczne najczęściej diagnozowano u pacjentów uzależnionych od halucynogenów, leków, substancji wziewnych, konopi oraz w przypadku mieszanego uzależnienia³³.

Do placówek ambulatoryjnych (poradnie zdrowia psychicznego, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu, poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych) trafiło w roku 2007 łącznie 2 536 pacjentów z podwójnym rozpoznaniem³⁴.

Jednak problem jest szerszy i nie polega tylko na tym, że następuje przyrost pacjentów z podwójną diagnozą. Trudność polega również na tym, że placówki leczenia uzależnień nie są przygotowane do leczenia pacjentów z podwójną diagnozą. Tacy pacjenci kierowani są najczęściej do poradni zdrowia psychicznego, a w przypadku ostrych zaburzeń psychotycznych – do szpitali psychiatrycznych. Te z kolei nie do końca są przygotowane do leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, u których współwystępuje zażywanie substancji psychoaktywnych. W konsekwencji nie do końca wiadomo, gdzie takich pacjentów leczyć.

Obecnie w Polsce funkcjonują 2 oddziały psychiatryczne oraz 3 ośrodki rehabilitacji dla osób dorosłych uzależnionych od substancji psychoaktywnych, oferujące kompleksowe i zintegrowane leczenie, zarówno psychiatryczne, jak i uzależnień.

Natomiast jeżeli chodzi o dzieci i młodzież, to w całym kraju są obecnie tylko dwie placówki, które prowadzą leczenie podwójnej diagnozy. Pierwsza z nich to Oddział Podwójnej Diagnozy, prowadzony przez Mazowiecki Szpital w Garwolinie, a drugi to Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku, działający w strukturach Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zągorzu k/Warszawy.



4

**Uczeń eksperymentujący
z nowymi narkotykami
i uzależniony – gdzie szukać
pomocy**

EWA WALUK

Szczególne znaczenie okresu dojrzewania (adolescencji)

ADOLESCENCJA

Wiek dojrzewania, przypadający na 11-18 rok życia, to z perspektywy zdrowia i funkcjonowania psychospołecznego jeden z najciekawszych, ale i najtrudniejszych okresów w życiu człowieka. Okres ten charakteryzuje się najintensywniejszą dynamiką zmian w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej³⁵. W tym okresie młody człowiek przestaje być dzieckiem, staje u progu dorosłości, zyskując zdolność do samodzielnego kształtowania swojego życia i podejmowania wyborów, które w późniejszej perspektywie mogą ukształtować całość jego egzystencji. Zmianom w sferze biologicznej: fizycznym, hormonalnym, neurologicznym towarzyszą zmiany w strukturze psychicznej w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych, etycznych oraz kształtowania tożsamości. Zmiany fizyczne: wygląd, budowa ciała oraz budzące się potrzeby seksualne nakładają się na wypracowane w poprzednim okresie poczucie własnej wartości, obraz siebie, poczucie niezależności. Nasilająca się potrzeba autonomii idzie zwykle w sukurs buntowi przeciwko autorytetom i poszukiwaniu własnych dróg i rozwiązań.

W tym okresie dominujące są potrzeby: poznawania, doświadczania i eksperymentowania, przy niskiej nadal świadomości konsekwencji własnych działań i wynikającej stąd tendencji do podejmowania działań ryzykownych. W tym przejściowym okresie zawodzą wyuczone i stosowane wcześniej sposoby zaspakajania potrzeb psychicznych i radzenia sobie w relacjach z innymi, gdy nowe jeszcze nie zostały wypracowane.



wane. Młodzi ludzie nie posiadają jeszcze odpowiedniej bazy doświadczeń, która mogłaby pełnić funkcję ochronną przed podejmowaniem działań obarczonych ryzykiem. Brak zaspokojenia potrzeby przynależności i akceptacji przez najbliższych, poczucie zagubienia oraz kryzys autorytetów i brak obranych wzorców osobowych generuje na ogół potrzebę poszukiwania akceptacji i uznania w przypadkowych grupach, skupionych wokół zainteresowań lub subkultur rówieśniczych. Charakterystycznym zjawiskiem dla tego wieku rozwojowego jest nasilanie się problemów emocjonalnych³⁶. Dlatego tak ważne jest, aby wobec młodych ludzi przeżywających burzliwe przemiany okresu dojrzewania wykazywać postawy akceptacji i zrozumienia, zarówno w środowisku rodzinnym, jak również na terenie szkoły. Szczególnie ważne jest, aby w odpowiednim momencie właściwie rozpoznać konflikt rozwojowy u młodego człowieka i udzielić w miarę możliwości odpowiedniego wsparcia. Właściwa reakcja i adekwatna pomoc mogą ograniczyć skutki zachowań nieakceptowanych społecznie, destrukcyjnych zarówno dla samych uczniów, jak też dla środowiska rodzinnego i szkolnego. Rozwojowi młodego człowieka – tak, aby ochronić go przed niekorzystnym wpływem kryzysu wieku dojrzewania – sprzyjają postawy oparte na wzajemnym zrozumieniu i akceptacji, komunikacji pełnej otwartości, wspólnym poszukiwaniu rozwiązań oraz ustalaniu praw i obowiązków.

Teoria oraz praktyka kliniczna wskazują jednoznacznie, że wiek dojrzewania to okres w trakcie którego młodzi ludzie są najbardziej narażeni na szkodliwe działanie substancji psychoaktywnych, szczególnie ze względu na dojrzewanie neurobiologicznych struktur mózgowych, np. w zakresie receptorów dopaminowych³⁷. W omawianym okresie następuje wzrost zainteresowania eksperymentowaniem z narkotykami i na ogół wtedy właśnie przypada wybór momentu inicjacji narkotykowej. W okresie tym, ze względu na małą wiedzę o predyspozycjach zdrowotnych oraz niską świadomość skutków działania substancji psychoaktywnych, stosunkowo łatwo ulec zatruciu lub przekroczyć próg potencjału uzależniającego, narażając przy tym własne zdrowie, a niekiedy nawet życie.

Jak wykazano w Rozdziale I, nowe narkotyki charakteryzują się niewiadomym, zróżnicowanym składem, często z różnorakimi zanieczyszczeniami oraz nieznanymi właściwościami chemicznymi i toksycznymi. Dlatego ich działanie na organizm młodych ludzi jest tym bardziej nieprzewidywalne i zależne od bardzo wielu zmiennych: potencjału uzależniającego danej substancji, toksyczności, predyspozycji osobniczych, stanu zdrowia, stanu psychicznego w momencie zażycia, kondycji fizycznej oraz innych czynników osobniczych i zewnętrznych.

Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną jest wysoko skorelowane z zachowaniami problemowymi, takimi jak: niskie wyniki w nauce, wagary, konflikty z rodzicami i rówieśnikami, łamanie powszechnie obowiązujących norm i przepisów prawa³⁸. Z drugiej strony, narastające problemy szkolne, czy to wynikające ze słabych wyników w nauce, czy też powstałe na gruncie problemów w relacjach rówieśniczych, sprzyjają używaniu substancji psychoaktywnych. Jak wiadomo z praktyki,

używanie substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy ma negatywny wpływ m.in. na procesy poznawcze (zaburzenia uwagi, związane z zapamiętywaniem i odtwarzaniem, zaburzenia spostrzegania, nadmierna empatogenność), emocjonalne (zaburzenia w sferze uczuciowości i popędów, labilność emocjonalna), psychomotoryczne (nadpobudliwość psychoruchowa, zachowania agresywne, zachowania bierno-zależne), nastrój (depresja), kreatywność, wyniki w nauce, funkcjonowanie w rodzinie i w społeczeństwie. Używanie substancji psychoaktywnych w fazie używania szkodliwego czy uzależnienia, może mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie społeczne, z uwagi na:

- zwiększoną łatwość podejmowania działań ryzykownych
- obniżenie aktywności szkolnej i rówieśniczej
- kontynuowanie przyjmowania substancji psychoaktywnych, pomimo doznanych szkód zdrowotnych lub problemów psychologicznych
- narastające problemy w rodzinie i środowisku, prowadzące do izolacji lub wykluczenia z dotychczasowych grup środowiskowych lub zwiększonej identyfikacji z nowymi grupami.

Istotne jest, aby wszystkie osoby uczestniczące w życiu adolescentów, czy to w domu i środowisku rodzinnym, czy w szkole, przejawiali maksimum uważności i czujności. Do sygnałów niepokojących, związanych z okresem dojrzewania, można zaliczyć m.in. poniższe.

NIEPOKOJĄCE SYGNAŁY W ZACHOWANIU NASTOLATKA

- zaniedbywanie obowiązków szkolnych i domowych
- obniżenie poziomu dotychczasowej motywacji do podejmowanych działań
- problemy z koncentracją uwagi
- zachowania i postawy odbiegające od dotychczasowych: np. nadmierne spowolnienie i ospałość, nadpobudliwość psychoruchowa, zachowania agresywne, (zwłaszcza, jeśli poprzednio nie występowały)
- łamanie zasad i norm moralnych, okłamywanie rówieśników i dorosłych
- nagłe pogorszenie się wyników szkolnych, wagarowanie
- niczym nieuzasadnione, nagłe zmiany w stylu bycia, wyglądzie (zaniedbanie)
- pogorszenie stanu zdrowia.

Należy zauważyć, że każdy z wymienionych wyżej przejawów może wynikać z różnych przyczyn, nie zawsze mających swoje źródło w przyjmowaniu substancji psychoaktywnych. Dlatego najważniejsza jest pierwsza reakcja i wybór odpowiedniego instrumentu oceny przyczyny kryzysu czy problemu ucznia. Rozmowa na ten temat powinna odbyć się w przyjaznej atmosferze, w relacji partnerskiej, bo tylko wtedy można mieć pewność, że młody człowiek zaufa rozmówcy i otworzy się przed nim, przedstawiając swój problem, co da możliwość przyścia z pomocą.

Instytucje i podmioty właściwe w zakresie pomocy osobom uzależnionym i szkodliwie używającym nowych narkotyków

POMOC I LECZENIE WEDŁUG PRAWA

Podstawy prawne i medyczne, związane z używaniem nowych narkotyków

Leczenie osób uzależnionych od nowych narkotyków odbywa się na podobnych zasadach jak leczenie osób uzależnionych od narkotyków znanych dotychczas. Kompetencje w zakresie pomocy osobom eksperymentującym oraz uzależnionym od nowych narkotyków określają w szczególności przepisy:

1. *ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii*³⁹ – ustawa określa zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii (także w zakresie leczenia), wskazuje, jakie podmioty i instytucje posiadają kompetencje do realizacji tych zadań, postępowanie z osobami uzależnionymi w warunkach pomocy środowiskowej (ambulatoryjnie) oraz stacjonarnej. Zgodnie z ustawą, zadania w zakresie leczenia uzależnień od nowych narkotyków mogą realizować podmioty lecznicze i inne podmioty działające w ochronie zdrowia;

2. *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*⁴⁰, której zapisy mają zastosowanie w szczególności w przypadku wystąpienia następstw szkodliwego używania nowych narkotyków – w postaci chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania (np. tzw. podwójna diagnoza);

3. *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁴¹, która określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, m.in. w przypadkach leczenia uzależnień wywołanych używaniem nowych narkotyków;

4. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁴², które jest istotne z punktu widzenia organizacji świadczeń zdrowotnych, skierowanych do osób szkodliwie używających nowych narkotyków oraz uzależnionych, oraz zakresu świadczonych usług.

Powyższe akty prawne określają warunki realizacji świadczeń leczenia uzależnień w formie ośrodków stacjonarnych, dziennych oraz ambulatoryjnych. W ich ramach realizowane są świadczenia medyczne i/lub programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, zabezpieczenie w leki i wyroby medyczne, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin oraz, jeśli dotyczy to świadczeń udzielanych w ośrodkach stacjonarnych lub oddziałach dziennych, wyżywienie i/lub zapewnienie pobytu całodobowego.

W obowiązującej w Polsce od 1992 r. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), wśród substancji psychoaktywnych wyodrębniono szereg grup mających wpływ na pogorszenie stanu zdrowia użytkowników, przyjmując jako kryteria podziału: powszechność stosowania, powodowanie problemów zdrowotnych oraz społecznych a także sposób przyjmowania. ICD-10 w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem narkotyków i innych substancji psychoaktywnych, w grupie F-19 klasyfikuje nowe narkotyki. W efekcie przyjmowania nowych narkotyków na ogół można mieć do czynienia z zatruciem, używaniem szkodliwym, uzależnieniem oraz, choć nieco rzadziej, z zespołem abstynencyjnym lub innymi zaburzeniami psychicznymi i zachowania powstałymi w związku z używaniem nowych narkotyków.

KONSULTACJA U SPECJALISTY PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ

Należy zwrócić szczególną uwagę na bardzo ważną rolę rodziców w postępowaniu z nastolatkiem używającym substancji psychoaktywnych. W trosce o dziecko i całą rodzinę, zawsze zalecana jest konsultacja u specjalisty psychoterapii uzależnień.

Postępowanie z osobami szkodliwie używającymi lub uzależnionymi od nowych narkotyków⁴³.

Najtrwalszym i długotrwałym efektem przyjmowania nowych narkotyków, wymagającym z reguły wieloletniego leczenia i rehabilitacji, jest uzależnienie. *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii* określa **osobę uzależnioną** jako osobę, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, albo używania ich w celach medycznych,

znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji. **Uzależnienie** od wymienionych wyżej substancji to zespół objawów psychicznych lub somatycznych, wynikających z działania środków odurzających bądź substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale bądź okresowo tych środków/substancji, w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii w rozdziale 4 określa postępowanie z osobami uzależnionymi. Po pierwsze podkreśla, że podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest **dobrowolne** (jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej). Po drugie precyzuje, że leczenie osoby uzależnionej prowadzi podmiot leczniczy lub lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej, a rehabilitację osoby uzależnionej mogą prowadzić: lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii lub osoba posiadająca certyfikat specjalisty terapii/psychoterapii uzależnień. W rehabilitacji osoby uzależnionej może uczestniczyć osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień. Reintegrację osób uzależnionych mogą prowadzić m.in. centra integracji społecznej, tworzone na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym. I co warto jest podkreślić, za wszystkie ww. świadczenia **nie pobiera się opłat**, niezależnie od miejsca zamieszkania osoby uzależnionej na terenie kraju.



FORMY TERAPII PRZY UZALEŻNIENIU NASTOLATKA

Dostępne formy terapii uzależnionego nastolatka to terapia ambulatoryjna w poradni lub terapia stacjonarna w ośrodku. Wskazane jest, by terapia zawsze rozpoczynała się w poradni. Jednak kiedy taka forma terapii nie przynosi efektów, wówczas należy rozważyć zmianę formy leczenia na terapię w stacjonarnym ośrodku. W wyborze ośrodka ważne jest, by kierować się kryteriami merytorycznymi, a nie np. czasem oczekiwania na wolne miejsce w ośrodku. Kluczowe kryteria wyboru odpowiedniego podmiotu leczniczego to: metody prowadzenia terapii, efekty i skuteczność leczenia, kwalifikacje zespołu merytorycznego, poddawanie własnej pracy superwizji, zapewnienie obowiązku edukacyjnego. W sytuacji, kiedy i ta forma terapii zawodzi, należy rozważyć sądowy przymus leczenia, celem ochrony zdrowia, a nawet życia uzależnionej osoby.

Placówki, w których osoba szkodliwie używająca nowych narkotyków lub od nich uzależniona może uzyskać pomoc

PORADNIE PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE

Do zadań poradni tego typu należy m.in. diagnozowanie dzieci i młodzieży, udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz realizowanie zadań profilaktycznych. Jednym z zadań szczegółowych, realizowanych przez poradnie, jest podejmowanie działań z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży, w tym działań mających na celu przeciwdziałanie pojawianiu się zachowań ryzykownych, związanych z używaniem przez uczniów i wychowanków środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych oraz prowadzenie edukacji dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży, rodziców i nauczycieli.

Poradnie udzielają pomocy dzieciom i młodzieży ze szkół i placówek, mających siedzibę na terenie działania danej poradni.



Więcej informacji na temat funkcjonowania poradni psychologiczno-pedagogicznych jest dostępnych na stronie:
<https://www.gov.pl/web/edukacja/poradnictwo-psychologiczno-pedagogiczne>.

PUNKTY INFORMACYJNO-KONSULTACYJNE

Punkty informacyjno-konsultacyjne, działające w strukturach samorządu terytorialnego

Punkty informacyjno-konsultacyjne prowadzą samorządy przy gminnych komisjach ds. uzależnień, stowarzyszenia lub fundacje. Pomoc skierowana jest do osób będących w kryzysie, uzależnionych od alkoholu i innych środków odurzających, członków rodzin osób uzależnionych, osób doświadczających przemocy. W punkcie konsultacyjnym terapeuta lub konsultant dokonuje wstępnej diagnozy, zbiera informacje na temat stopnia zaawansowania uzależnienia, udziela porad, informuje o możliwościach terapii, wspiera decyzję o podjęciu leczenia.

Do zadań punktów informacyjno-konsultacyjnych należy w szczególności:

- wstępna diagnoza i ocena sytuacji rodzinnej i jej wpływ na problem osoby
- udzielanie konsultacji i porad psychologicznych, prawnych, socjalnych oraz porad z zakresu profilaktyki HIV/AIDS
- motywowanie do podjęcia leczenia oraz kierowanie do specjalistycznych placówek
- inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej
- prowadzenie w środowisku działań edukacyjno-informacyjnych i motywujących
- udostępnianie materiałów edukacyjnych i informacyjnych
- stałe aktualizowanie bazy danych o wszelkich formach pomocy
- prowadzenie informacji telefonicznej
- prowadzenie statystyki udzielanych porad i konsultacji.

Punkty informacyjno-konsultacyjne nie prowadzą terapii.



Szczegółowe informacje na temat punktów informacyjno-konsultacyjnych, działających w ramach struktur samorządowych na przykładzie Warszawy, można znaleźć na stronie:
<https://warszawa19115.pl/-/punkty-informacyjno-konsultacyjne-w-dzielnicach>

PUNKTY INFORMACYJNO-KONSULTACYJNE PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ

Inicjatywa stworzenia punktów powstała w odpowiedzi na społeczną potrzebę, wynikającą z niedostatecznej pomocy informacyjno-terapeutycznej dla użytkowników nowych narkotyków, członków ich rodzin, opiekunów i wychowawców. Pierwszy punkt powstał przy Oddziale Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Olsztynie. Działa bezpłatnie i anonimowo. Oferta punktu dotyczy wyłącznie problemu zażywania nowych narkotyków i kierowana jest do użytkowników tych substancji. Warunkiem udzielenia porady jest osobiste stawiennictwo w punkcie, porady nie są udzielane telefonicznie. Z punktu korzystają użytkownicy nowych narkotyków, leków OTC, rodzice, członkowie rodzin, nauczyciele, wychowawcy. W punkcie udzielane są informacje, dotyczące ośrodków, w których osoby potrzebujące mogą szukać profesjonalnej, specjalistycznej pomocy diagnostycznej i terapeutycznej. Rodzice, opiekunowie oraz wychowawcy i nauczyciele zainteresowani są najbardziej, czym aktualnie odurzają się młodzi ludzie i na jakie symptomy używania szkodliwego lub uzależnienia należy zwracać uwagę. **Punkt przy Oddziale Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Olsztynie nie prowadzi terapii.** Państwowa Inspekcja Sanitarna planuje uruchomienie kolejnych punktów informacyjno-konsultacyjnych.

PORADNIE LECZENIA UZALEŻNIEŃ

W warunkach ambulatoryjnych mogą uzyskać pomoc zarówno osoby uzależnione od nowych narkotyków, jak i członkowie ich rodzin, zwłaszcza osoby współuzależnione. W poradni leczenia uzależnień pracują specjaliści psychoterapii uzależnień, psycholodzy, psychoterapeuci, lekarze, lekarze psychiatry, a w niektórych poradniach są nawet świadczone porady prawne. Poradnie mogą być zorganizowane przy istniejących podmiotach leczniczych lub prowadzone przez fundacje czy stowarzyszenia. W poradniach świadczenia udzielane są w formie: porad, konsultacji, sesji psychoterapii indywidualnej i grupowej, programów profilaktycznych, w tym leczenia substytucyjnego. Świadczenia w zakresie poradni udzielane są bez skierowania od lekarza rodzinnego.



Informacje o placówkach typu ambulatoryjnego można uzyskać na stronie:
<https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/LeczenieAmbulatoryjneDorazne>

W warunkach ambulatoryjnych do najczęściej stosowanych metod terapeutycznych można zaliczyć:

- dialog motywujący – szczególnie odpowiedni w przypadku osób eksperymentujących z narkotykami lub używających ich okazjonalnie. Metoda zawiera elementy psychoedukacji i pozwala na podjęcie decyzji przez pacjenta, daje poczucie odpowiedzialności i partnerstwa
- poradnictwo, sesje terapii indywidualnej i grupowej – jako forma oddziaływania terapeutycznego, prowadzona w postaci bardziej lub mniej intensywnej, w zależności od stopnia uzależnienia i innych problemów, które stanowią źródło sięgania po substancje odurzające
- indywidualne metody psychoterapeutyczne m.in.: terapia behawioralno-poznawcza, terapia skoncentrowana na rozwiązaniach, terapia doświadczeniowo-humanistyczna, psychoanaliza.

PLACÓWKI POBYTU DZIENNEGO

W ramach świadczeń udzielanych w warunkach oddziału lub ośrodka dziennego, świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić pacjentom m.in. niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, psychoterapię indywidualną i grupową, terapię rodzinną i środowiskową oraz leki, które są objęte przedmiotem umowy w danym zakresie lekarza rodzinnego. W programach dziennego pobytu stosowane są również zajęcia w zakresie rozwoju osobistego, jak też różne formy spędzania wolnego czasu oraz rekreacji. Ta forma leczenia stosowana jest wobec młodych ludzi, którzy wykazują wysoki poziom dysfunkcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych, ale nie wymagają jeszcze leczenia w ośrodkach zamkniętych typu stacjonarnego.

PLACÓWKI POBYTU STACJONARNEGO

Leczenie w systemie stacjonarnym

W warunkach stacjonarnych (pobyt całodobowy z obowiązkiem abstynencji) stosuje się następujące metody leczenia:

- detoksykację, tj. leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych, wskazane dla młodzieży dorastającej, która nawet jeśli nie ujawnia klasycznych objawów abstynencyjnych, charakteryzuje się zaburzeniami osobowości ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi. Po odbyciu detoksykacji zalecana jest dalsza terapia w systemie leczenia uzależnienia;
- farmakologiczne leczenie uzależnień, jeśli jest wskazanie medyczne;
- psychologiczne metody leczenia uzależnień (psychoterapia), np. terapia behawioralno-poznawcza, która zakłada, że zaburzenia zachowania są reakcjami wyuczonymi i jako takie podlegają procesowi zmiany, zgodnie z zasadami uczenia się. W tym procesie zmianie ulegają również dysfunkcyjne schematy poznawcze, które sprzyjają używaniu substancji psychoaktywnych. Metody te stosowane są w formie indywidualnej lub grupowej;
- społeczność terapeutyczna to forma ustrukturyzowanej terapii, z jasno określonymi zasadami i regulaminem. Wszystkie prace związane z funkcjonowaniem codziennym ośrodka są wykonywane przez uczestników programu, którzy jako społeczność ponoszą odpowiedzialność za wszystko, co się wydarza w trakcie pobytu. Metoda ta sprzyja interpersonalnemu uczeniu się, przyswajaniu norm społecznych oraz osobistemu rozwojowi;
- leczenie innych schorzeń, towarzyszących uzależnieniu oraz motywowanie do dalszej terapii uzależnienia. Do szpitali finansowanych przez NFZ pacjenci kierowani są na leczenie stacjonarne przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, prowadzących gabinety prywatne i na mocy postanowień sądu.

Leczenie uzależnień **w systemie stacjonarnym** może trwać od kilku tygodni do dwóch lat. **Leczenie krótkoterminowe**, w którym program trwa od 6 do 8 tygodni, realizują oddziały leczenia uzależnień. Oddziały takie funkcjonują głównie przy większych jednostkach służby zdrowia, szpitalach z oddziałami psychiatrycznymi czy klinikach psychiatrii. Leczenie krótkoterminowe jest najczęściej wstępem do kontynuowania terapii.

Leczenie stacjonarne średnioterminowe trwa od 6 do 8 miesięcy. Zawiera intensywny program terapii, połączony z podejściem indywidualnym do pacjenta.

Leczenie stacjonarne długoterminowe obejmuje programy terapii trwające od 12 do 24 miesięcy, oferowane najczęściej przez stowarzyszenia i fundacje, m.in. przez takie placówki, jak: MONAR, KARAN, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oraz publiczne lub niepubliczne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

Po zakończeniu terapii w systemie stacjonarnym lub dziennym, zaleca się kontynuowanie jej w warunkach ambulatoryjnych.



Informacje na temat placówek stacjonarnych dla osób niepełnoletnich dostępne są na stronie internetowej:
<https://www.narkomania.org.pl/baza-placowek/?t%5B%5D=3&q=>.



Baza placówek stacjonarnych, przeznaczonych dla osób niepełnoletnich z tzw. podwójną diagnozą (uzależnienie od narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych oraz współwystępowanie zaburzeń psychicznych), dostępna jest na stronie:
<https://www.narkomania.org.pl/baza-placowek/?t%5B%5D=3&t%5B%5D=9&q=>.



WSPÓLNOTA ANONIMOWI NARKOMANI

Wspólnota Anonimowi Narkomani (NA)

Osoba uzależniona może szukać pomocy również we wspólnocie Anonimowi Narkomani (NA), która skupia zdrowiejących uzależnionych, uczących się nawzajem jak prowadzić życie wolne od narkotyków i zdrowieć od skutków ich zażywania. Uczestnictwo jest otwarte dla wszystkich narkomanów, niezależnie od rodzaju używanych narkotyków lub sposobów ich łączenia. Anonimowi Narkomani wspólnie tworzą proces zdrowienia, budując trwałą sieć wzajemnego wsparcia. Naczelną ideą jest terapeutyczna wartość, jaką niesie współpraca uzależnionych. Członkowie dzielą się sukcesami i wyzwaniami, pokonując razem czynne uzależnienie. Prowadzą wolne od narkotyków, twórcze życie, stosując na co dzień zasady 12 Kroków i 12 Tradycji NA. Zasady te są filarem Programu Anonimowych Narkomanów i obejmują:

- przyznanie się do problemu
- poszukiwanie pomocy
- zaangażowaną, gruntowną samoobserwację
- otwieranie się w bezpiecznej, poufnej atmosferze
- zadośćuczynienie za wyrządzone krzywdy
- pomoc tym uzależnionym, którzy chcą powracać do zdrowia.



Główną usługą dostępną w NA są grupowe mityngi, przy czym każda grupa działa indywidualnie, wspierając się zasadami obowiązującymi dla całej organizacji.

Szczegółowe informacje na temat mityngów anonimowych narkomanów można uzyskać na internetowej stronie:

<https://www.anonimowinarkomani.org/meetings/?d=any&v=list>.

PRZYMUSOWE LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH

Zasady przymusowego leczenia osób uzależnionych

Strategia postępowania w przypadku szkodliwego używania nowych narkotyków lub uzależnienia to specjalistyczna terapia nastolatka i praca z rodziną. W sytuacji, kiedy młody człowiek nie chce podjąć terapii, należy rozważyć procedurę sądowego przymusu leczenia. Zasada dobrowolności w podjęciu leczenia uzależnienia może być ograniczona jedynie w stosunku do osób niepełnoletnich lub sprawców

przestępstw. Zgodnie z art. 30 *ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, tylko na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu, sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację. Czas przymusowego leczenia i rehabilitacji nie jest określany z góry, przy czym nie może on być dłuższy niż 2 lata. W przypadku osiągnięcia przez osobę uzależnioną pełnoletności przed zakończeniem przymusowego leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia lub rehabilitacji, jednak łącznie nie dłuższy niż 2 lata. Postępowanie w sprawach, o których mowa powyżej, toczy się według przepisów *ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich*. Uzależnienie może doprowadzić do choroby psychicznej lub jej podejrzenia. Wówczas przymusowe leczenie prowadzi się w oparciu o zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Część osób nieletnich, a uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie trafia na terapię z powodu zaawansowanej demoralizacji lub popełnienia czynu karalnego. W takim przypadku są oni kierowani do zakładów poprawczych resocjalizacyjno-terapeutycznych lub placówek typu Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy bądź Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii.

W takiej sytuacji postępowanie określa *rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich* na podstawie art. 29 ust. 2 pkt 1⁴⁴



WYKAZ PRZYKŁADOWYCH PLACÓWEK LECZENIA AMBULATORYJNEGO I STACJONARNEGO

Wykaz przykładowych placówek leczenia, udzielających świadczeń w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej osobom szkodliwie używającym lub uzależnionym od nowych narkotyków⁴⁵ przedstawia TABELA 7.

Województwo	Nazwa placówki	Adres, telefon	Typ placówki
DOLNOŚLĄSKIE	Poradnia Uzależnień Centrum Reeducacji Szkód „Return”	50-008 Wrocław ul. Kościuszki 67 tel. (71) 311 24 06, Return-return@wp.pl	ambulatoryjna
	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień we Wrocławiu. Oddział dla Dzieci i Młodzieży	50-226 Wrocław ul. Al. Jarzębinowa 14/16 tel. (71) 337 24 07 fax (71) 337 24 08 wroclaw@monar.org	stacjonarna
KUJAWSKO -POMORSKIE	Wojewódzka Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia	85-009 Bydgoszcz ul. Szosa Bydgoska 1 tel. (56) 622 68 31 fax (56) 622 28 50 wotuiw@wotuiw.torun.pl www.wotuiw.torun.pl	ambulatoryjna
	Wojewódzki Ośrodek Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia, Całodobowy Młodzieżowy Oddział Leczenia Uzależnień	Toruń ul. Włocławska 233 tel. (56) 621 61 27 tel. (56) 622 90 61 faks: (56) 622 90 61 secret_cmolu@wotuiw.torun.pl www.wotuiw.torun.pl	stacjonarna
LUBELSKIE	Ośrodek Leczenia Uzależnień Poradnia Leczenia Uzależnień	Lublin ul. Karłowicza 1 tel. (81) 532-29-79 fax (81) 532 13 82 ośrodek.leczenia.uzaleznien@neo-strada.pl www.olu.lublin.pl	ambulatoryjna
	NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych, Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Readaptacji „Powrót z U”	Kazimierz Dolny ul. Cholewianka 2 tel. (81) 881 00 14 fax (81) 881 00 14 powrotzu@wp.pl www.powrotzu.pl	stacjonarna
LUBUSKIE	Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii	Gorzów Wielkopolski ul. Bohaterów Westerplatte 10 tel. (95) 723 19 99 biuro@tzngorzow.com www.tzngorzow.com	ambulatoryjna
	Katolicki Ośrodek Terapii i Wychowania Młodzieży ANASTASIS	Strychy tel. (95) 749 30 29 fax (95) 749 30 73 strychy@gmail.com	stacjonarna

Województwo	Nazwa placówki	Adres, telefon	Typ placówki
ŁÓDZKIE	Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Łodzi	Łódź ul. Tuszyńska 106 tel. (42) 646 40 12 i 884 882 658 fax (42) 645 98 32 Poradnia.tuszynska@gmail.com www.poradnia-uzaleznien.pl	ambulatoryjna
	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Łodzi, filia Ozorków	Ozorków ul. Żwirki 1 A tel. (42) 237 36 68 fax (42) 645 98 32 ośrodek.ozorkow@monar.org www.monarozorkow.pl	stacjonarna
MAŁOPOLSKIE	CN UNIMED Sp. z o.o. Poradnia Leczenia Uzależnienia i Współuzależnienia	Kraków ul. Młodej Polski 7 tel. (12) 415 81 12 fax (12) 637 08 49 rejestracja@unimed.nzoz.pl www.unimed@nzoz.pl	ambulatoryjna
	Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza Typu Specjalistyczno-Terapeutycznego. Ośrodek Terapii Uzależnień Dzieci i Młodzieży w Jeżówce	Wolbrom Jeżówka 166 a (wieś) tel. (32) 626 08 00 fax (32) 626 08 00 otujezowka@wp.pl www.otujezowka.pl	stacjonarny
MAZOWIECKIE	Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotykowy KARAN, NZOZ Centrum Interwencji Kryzysowej, Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych	Warszawa ul. Grodzieńska 65 tel. (22) 618 65 97 i 800 120 289 fax (22) 618 65 97 karan@karan.pl www.karan.pl	ambulatoryjna
	Stowarzyszenie MONAR. Krótkoterminowy Ośrodek Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Budach Zosinych	Budy Zosine 109 tel./fax (46) 856 51 91 Czarny Las Monar.budy.zosine@gmail.com	stacjonarna
OPOLSKIE	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia	Opole ul. Głogowska 37 tel. (77) 455 25 35 fax (77) 457 63 64, odwykopole@interia.pl	ambulatoryjna
	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień	Rzeszów ul. Siemieńskiego 17 tel. (17) 283 23 58, (17) 861 16 40, (17) 786 30 06 fax (17) 861 17 44 karan.rzeszow@op.pl www.karan.pl	ambulatoryjna
PODKARPACKIE	Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotykowy KARAN. NZOZ Centrum Interwencji Kryzysowej	Rzeszów ul. Targowa 9A tel. (17) 852 86 48 monarstalowawola@op.pl	stacjonarna
	NZOZ Stowarzyszenie „Droga” Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Readaptacji „ETAP”	Białystok ul. Włókiennicza 7 tel. (85) 744-52 24, (85) 744 50 26 fax (85) 744 52 24 etap@stowarzyszeniedroga.ayz.pl www.stowarzyszeniedroga.pl	ambulatoryjna

Województwo	Nazwa placówki	Adres, telefon	Typ placówki
	Placówki stacjonarne dla osób niepełnoletnich, Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii Uzależnienia METANOIA	Chmielnik 15 Czarna Białostocka tel./fax (85) 710 32 41 metanoia@caritas.pl www.metanoia.caritas.pl	stacjonarna
POMORSKIE	NZOZ Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień „MONAR” w Gdańsku	Gdańsk ul. Srebrniki 9 tel. (58) 302 63 89 poradniagdansk@monar.org	ambulatoryjna
	Towarzystwo Mrowisko, Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny	Sopot Al. Niepodległości 817A tel. (58) 550 26 69, (58) 508 352 257 faks: (58) 550 26 69 poradnia@mrowisko.org.pl	Stacjonarna
ŚLĄSKIE	Fundacja DOM NADZIEI, Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień	Bytom ul. Ks. Koziółka 3 tel. (32) 793 66 47, (32) 386 06 23 fax (32) 387 15 87 biuro@domnadziei.pl www.domnadziei.pl	ambulatoryjna
	Częstochowskie Towarzystwo Profilaktyki Społecznej. Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Młodzieży	Częstochowa ul. Rejtana 7b tel. (34)363 97 57 fax (34) 363 97 54 cztps@wp.pl www.cztps.gre.pl	stacjonarna
ŚWIĘTOKRZYSKIE	NZOZ „Nadzieja Rodzinie” Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych	Kielce ul. Karłowicza 36 tel. (41) 345 56 65 s ekretariat@nadziejarodzinie.org.pl	ambulatoryjna
	NZOZ „MONAR” Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży	Stąporków Luta tel. (41) 343 25 05 fax (41) 343 25 05 osrodek@monarluta.pl	stacjonarna
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	Przychodnia Psychoterapii Profilaktyki i Leczenia Uzależnień NZOZ	Olsztyn ul. Puszkina 13 tel. (89) 535 71 15	ambulatoryjna
	Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotykowy KARAN. NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny Dom Zacheusza w Elblągu	Elbląg ul. Królewiecka 197 tel. (55) 641 12 75 fax (55) 649 69 49 karan@karan.elblag.pl www.karan.elblag.pl	stacjonarna
WIELKOPOLSKIE	Centrum Profilaktyki Uzależnień	Poznań al. Marcinkowskiego 21 tel. (61) 855-73-54 fax (61) 855 73 54 barkesz@wp.pl www.leczenieuzaleznien-poznan.pl	ambulatoryjna
	Caritas Archidiecezji Poznańskiej. Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii Uzależnień WIERZENICA	Kobylnica ul. Wierzenicka 12 tel.: (61) 815 99 81, 663 002 588 fax: (61) 881 62 08 osrodek@wierzenica.org www.wierzenica.org	stacjonarna

Województwo	Nazwa placówki	Adres, telefon	Typ placówki
ZACHODNIO-POMORSKIE	Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyczno-Konsultacyjna	Szczecin ul. Małkowskiego 9/2 tel. (91) 433 46 10 fax (91) 433 46 10 admin@monarszczecin@strefa.pl www.monarszczecin.strefa.pl	ambulatoryjna
	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Babigoszcu	Babigoszcz 19 Łoźnica tel. (91) 418 93 60 babigoszczmonar@wp.pl www.babigoszczmonar.org	stacjonarna

Informacje o innych placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych można uzyskać na stronach internetowych:

- > www.kbpn.gov.pl
- > www.narkomania.org.pl
- > www.narkomania.org.pl/gdzie-szukac-pomocy
- > <https://osrodkiterapii.pl/>



TELEFONY ZAUFANIA I INFOLINIE

Telefony zaufania/infolinie o zasięgu ogólnopolskim przedstawia TABELA 8

800 060 800	Infolinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej Zakres pomocy: - informacje na temat negatywnych skutków zażywania nowych narkotyków, skutków zdrowotnych oraz o możliwościach leczenia - wsparcie dla rodziców, którzy mają wątpliwości, czy ich dzieci zażywają nowe narkotyki - na infolinię PIS można przekazywać także informacje, które mogą ułatwić służbom dotarcie do osób handlujących lub wytwarzających nowe narkotyki. Infolinia bezpłatna, czynna całą dobę.
800 199 990	Ogólnopolski Telefon Zaufania Narkotyki – Narkomania KBPN Przeznaczony dla osób używających narkotyków, uzależnionych oraz ich bliskich. Zakres pomocy: udzielanie informacji na temat systemu interwencji, leczenia i rehabilitacji, informowanie o przepisach prawnych związanych z narkomanią, udzielanie profesjonalnych porad nt. mechanizmów uzależnienia, motywowania do leczenia oraz wsparcia psychologicznego. Czynny w godz. 16.00-21.00, z wyjątkiem świąt państwowych.
801 889 880	Telefon Zaufania Uzależnienia Behawioralne Instytutu Psychologii Zdrowia, dla osób z problemami uzależnienia behawioralnego, tj. od hazardu, Internetu, seksu, zakupów, pracy czy jedzenia oraz ich rodzin i bliskich. Zakres pomocy: konsultacje telefoniczne, rozwijanie i udostępnianie bazy informacji o lokalnie działających specjalistach i instytucjach prowadzących terapię, prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych na temat uzależnień behawioralnych. Czynny codziennie, również w weekendy w godz. 17.00-22.00.
116 111	Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, skierowany jest do dzieci i młodzieży. Czynny codziennie w godz. 12.00-2.00.
032 206 82 17	Telefon zaufania Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii, czynny w poniedziałki w godz. 10-19, wtorki i piątki w godz. 15.00-19.00, środy w godz. 10.00-13.00, czwartki w godz. 14.00-19.00 http://www.ptzn.katowice.pl
800 702 222	Linia wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego, czynna przez całą dobę.
116 123	Telefon zaufania dla osób w kryzysie emocjonalnym, czynny codziennie w godz. 14.00-22.00
800 120 148	Anonimowa policyjna linia specjalna, bezpłatna, czynna całą dobę.



Informacje o funkcjonujących lokalnie (poza Warszawą) telefonach zaufania i infoliniach można znaleźć pod adresem: <http://www.psychologia.net.pl/telefony.php?level=4>.

Osoby, mające problem z narkotykami, mogą skorzystać z bezpłatnej poradni on-line, dostępnej pod adresem: <https://www.narkomania.org.pl/poradnia-on-line/>.

Telefony zaufania na przykładzie Warszawy, z dostępem w całej Polsce, nr kierunkowy (0-22).

- **Bemowski Telefon Zaufania** – Problemy rodzinne i osobiste – 664 15 58 (pn.-pt. 14-20), Ośrodek Pomocy Społecznej – 638 87 38 (22-6)
- **Bezpłatne konsultacje psychologiczne dla rodziców małych dzieci, pomoc w rozwiązywaniu problemów wychowawczych** – telefon Ruchu Samopomocy Kobiet 845 06 72 (pn. 9-14), 831 60 51 (pt. 9-14)
- **Biuro Służby Krajowej AA** – 828 04 94 (pn.-pt. 9-21)
- **Dla dzieci i młodzieży dorastającej i dorosłej** – telefon Fundacji Lepszy Świat 672 52 26
- **Dla dzieci i nastolatków zaniedbanych, seksualnie wykorzystywanych, których rodzice piją** – telefon Stowarzyszenia OPTA 827 61 72 (pn.-pt. 15-18)
- **Dla ojców i dzieci, których prawa nie są przestrzegane** – telefon Stołecznego Stowarzyszenia Obrony Praw Ojca 844 14 82 (10-11 i 21-22), www.ssopo.w.pl
- **Dla osób w trudnej sytuacji życiowej** – telefon Biura Porad Obywatelskich 828 12 95 (pn. 10-19, wt.-pt. 9-17)
- **Dla osób z problemem alkoholowym** – telefon Polskiego Towarzystwa Pomocy Telefonicznej 842 26 00 (pn.-pt. 15-20)
- **Edukacja. Praca** – kompleksowe bezpłatne porady dla młodzieży Młodzieżowej Agencji Informacyjnej 629 63 34 (pn.-pt. 11-17)
- **Infolinia Psychiatryczna** – 0 800 600 700 (pt.-nd. 16-22)
- **Komitetu Ochrony Praw Dziecka** – 831 24 29 (pn., śr.-pt. 9-14, wt. 9-18)
- **Młodzieżowy** – 988 (dni powszednie)
- **Mokotowski Telefon Interwencyjny** – 0 800 47 90 64 (8-24)
- **Narkomania** – Pomoc rodzinie – telefon Ogólnopolskiego Pogotowia Makowego 844 44 70 (pn.-pt. 11-19, sob. 11-15)
- **Narkotyki-narkomania** – Ogólnopolski Telefon Zaufania 0 801 199 990 (16-21)

- **Niebieska Linia** – infolinia Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie 0 800 1200 02 (10-6, przerwa 6-10)
- **Nocny Telefon Zaufania** – dla mieszkańców Pragi-Pd. z problemem alkoholowym, ich rodzin i osób doświadczających przemocy domowej 671 51 41 (21-7, oprócz nocy z pn. na wt. i świątecznych)
- **Policyjny Telefon Zaufania** 0 800 120 226
- **Pomarańczowa Linia** – pomaga rodzicom, których dzieci upijają się 0 801 14 00 68 (16-21)
- **Poradnia Młodzieżowa i Rodzinna** Towarzystwa Rozwoju Rodziny 828 61 92 (pn.-pt. 15-20)
- **Rodzinny** – telefon Polskiego Związku Katolicko-Społecznego 827 37 11 (9-15), 629 30 25 (18-21)
- **Ruch Pomocy Rodzinie** 621 03 67 (pn.-pt. 10-17)
- **Towarzystwa Pomocy Młodzieży** 635 54 67 (14-18)
- **Uzależnienia** – telefon gminy Centrum i Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień Monar 823 65 31 (9-21)

POMOC PRAWNA DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH

Pomoc prawna dla osób uzależnionych od nowych narkotyków

Osoby uzależnione potrzebujące **przedsądowej** pomocy prawnej, których sytuacja materialna nie pozwala na skorzystanie z porady na wolnym rynku, mogą skorzystać z darmowej pomocy, na warunkach określonych w *ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej*. Ustawa w art. 4 ust. 1 określa, komu przysługuje pomoc. Mianowicie, osoba fizyczna jest osobą uprawnioną m.in. wówczas, gdy w okresie 12 miesięcy poprzedzających zwrócenie się o udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej zostało przyznane jej świadczenie z pomocy społecznej na podstawie *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.)*, i wobec której w tym okresie nie wydano decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia lub posiada ważną Kartę Dużej Rodziny, o której mowa w *ustawie z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. poz. 1863)*, lub nie ukończyła 26 lat. Zadanie, polegające na udzielaniu nieodpłatnej pomocy prawnej, jest zadaniem zleconym z zakresu administracji rządowej, realizowanym przez powiaty. Na terenie Polski powstało ponad 1500 punktów pomocy prawnej, których wykaz, adresy i godziny pracy znajdują się na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości www.darmowapomocprawna.ms.gov.pl.

Osoby uzależnione od narkotyków mogą też skorzystać z bezpłatnej pomocy prawnej w **postępowaniu sądowym**. Uzyskanie pomocy prawnej z urzędu, tzn. ustanowienie adwokata lub radcy prawnego, jest uzależnione od sytuacji materialnej i rodzinnej danej osoby i od okoliczności sprawy. Zwolnienia od kosztów sądowych w postępowaniu cywilnym może domagać się osoba fizyczna, jeśli złoży oświadczenie, z którego wynika, że nie jest w stanie ich ponieść bez uszczerbku dla utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny. Oświadczenie takie może być złożone w formie pisma procesowego – wniosku lub ustnie do protokołu. Do wniosku powinno zostać dołączone oświadczenie, obejmujące szczegółowe dane o stanie rodzinnym, majątkowym dochodach i źródłach utrzymania osoby ubiegającej się o zwolnienie od kosztów (*ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu*).

W postępowaniu karnym ustawodawca przewidział wyznaczenie obrońcy z urzędu, bez konieczności składania wniosku dla obwinionego nieletniego (do ukończenia 17 lat – zgodnie z Kodeksem postępowania karnego) lub gdy zachodzi wątpliwość co do jego poczytalności. Nie bez znaczenia może być więc fakt uzależnienia oskarżonego od narkotyków, bo mogło to wpłynąć negatywnie na stopień sprawności danej osoby.



5

Diagnoza szkolna – identyfikacja i postępowanie w aspekcie nowych narkotyków

ZBIGNIEW MICHALCZYK

DIAGNOZA SZKOLNA – ASPEKT PRAWNY

Obecnie w Polsce działania w zakresie profilaktyki uzależnień dzieci i młodzieży są coraz bardziej adekwatne i trafne, a w konsekwencji skuteczne. Wynika to przede wszystkim z opracowania systemu rekomendacji i wdrażania standardów w tym zakresie, a przede wszystkim skierowania profilaktyki w kierunku promocji oraz współpracy międzyresortowej.

Zintegrowane działania Ministerstwa Edukacji Narodowej, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji i Komendy Głównej Policji, stanowią spójny system gwarantujący dobrą jakość oraz efektywność profilaktyki uzależnień w naszym kraju.

Na mocy prawa oświatowego⁴⁶, z dniem 1 września 2018 r. wszystkie placówki oświatowe w naszym kraju posiadają kompetencje i wynikający z nich obowiązek realizacji corocznej diagnozy. Zakres rozpoznania obejmuje: potrzeby rozwojowe uczniów, czynniki chroniące, czynniki ryzyka oraz zagrożenia związane z używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Wnioski i rekomendacje wynikające z diagnozy wyżej wymienionych obszarów będą służyć do opracowania i realizacji programu wychowawczo-profilaktycznego, w którym profilaktyka uzależnień stanowi ważny obszar.

Celem profilaktyki uzależnień jest ograniczanie rozmiarów używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych, środków zastępczych i nowych narkotyków oraz zapobieganie różnorodnym szkodom zdrowotnym i społecznym, związanym z używaniem powyższych substancji. Można do nich zaliczyć: choroby, infekcje, wypadki drogowe, zatrucia, przedawkowania, uzależnienia, niepełnosprawność, marginalizację, konflikty z prawem, problemy w nauce i z przygotowaniem do dorosłego życia, akty agresji, problemy w relacjach z innymi, a także inne, destrukcyjne lub szkodliwe czyny, popełniane pod wpływem substancji psychoaktywnych oraz w związku z nimi⁴⁷.

PROFILAKTYKA

Diagnoza i działania profilaktyczne

Postępowanie diagnostyczne oraz planowanie interwencji i strategii postępowania powinno być spójne z dwiema podstawowymi klasyfikacjami. Pierwsza jest związana z poziomem profilaktyki uzależnień, a według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) są to:

- profilaktyka uniwersalna
- profilaktyka selektywna
- profilaktyka wskazująca.

Druga klasyfikacja związana jest z poziomem zaawansowania rozwoju procesu uzależnienia dziecka, który przebiega w trzech następujących etapach:

I etap – norma rozwojowa (używanie substancji psychoaktywnych jako zaspokajanie potrzeb rozwojowych),

II etap – problemy rodziny i otoczenia (używanie substancji psychoaktywnych powodujące szkody, ale zauważalne tylko przez rodzinę i otoczenie, w tym szkołę),

III etap – tożsamość (używanie substancji psychoaktywnych jako proces przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej)⁴⁸.

POZIOMY PROFILAKTYKI

Sporządzając diagnozę i w oparciu o nią realizując interwencję, należy określić, z jakiego poziomu profilaktyki będziemy stosować oddziaływania i strategię. Istotne jest w każdym przypadku uwzględnienie poziomu rozwoju uzależnienia konkretnego dziecka i zaplanowanie interwencji adekwatnie do rozpoznanego etapu.

Poprzedzony diagnozą poziom oddziaływań i interwencji, określany jest według czterostopniowej klasyfikacji dziecka w kontekście substancji psychoaktywnych:

Poziom I – dziecko/uczeń niezażywający substancji psychoaktywnych,

Poziom II – dziecko/uczeń eksperymentujący z substancjami psychoaktywnymi,

Poziom III – dziecko/uczeń zażywający problemowo substancji psychoaktywnych,

Poziom IV – dziecko/uczeń uzależniony od substancji psychoaktywnych.

Diagnoza i postępowanie w sytuacji, kiedy dziecko nie zażywa substancji psychoaktywnych

POZIOM I

W przypadku dzieci niezażywających substancji psychoaktywnych, głównym celem jest utrzymywanie tego stanu lub opóźnianie wieku inicjacji narkotykowej. Z tego powodu, na omawianym etapie bardzo ważna jest diagnoza czynników chroniących i ich wzmacnianie przez rodziców i środowisko szkolne.

Czynnikami chroniącymi określamy wszystkie elementy zmniejszające prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań problemowych, w tym elementy, które zmniejszają oddziaływanie czynników ryzyka. Czynniki ryzyka są wszystkie elementy, które zwiększają ryzyko wystąpienia zachowań problemowych i w konsekwencji stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju lub funkcjonowania jednostki⁴⁹. Funkcjonujące w literaturze listy czynników chroniących są rozbudowane i różnorodne, odmiennie oceniana jest ich hierarchia ważności. W specjalistycznym piśmiennictwie można znaleźć ponad 30 czynników ryzyka i ponad 20 czynników chroniących. Niejednorodne są też podejścia co do rzeczywistego wpływu czynników ryzyka i czynników chroniących na sięganie po substancje psychoaktywne w przypadku dzieci i młodzieży.

W ostatnich latach to głównie czynniki chroniące pozostają w obszarze zainteresowań badaczy, przede wszystkim ze względu na skuteczność podejmowanych oddziaływań. Za bardziej skuteczne działania uważane są te, które promują zdrowie i prozdrowotny tryb życia, niż stosowane w przeszłości, skierowane na redukcję problemów i walkę z patologią.

Początek badań nad czynnikami chroniącymi datuje się na drugą połowę lat 70. ubiegłego stulecia. Powstała wówczas koncepcja rezyliencji (*ang. resilience*). Koncepcja ta zrodziła się w wyniku obserwacji rozwoju dzieci i młodzieży, wzrastających w niekorzystnych warunkach życiowych⁵⁰. Omawiana teoria wyjaśnia fenomen dobrego przystosowania się dzieci i młodzieży mimo wzrastania w bardzo niekorzystnych warunkach życia lub narażenia na chroniczny stres i traumatyczne doświadczenia. Wyróżnia się trzy grupy procesów należących do zjawiska rezyliencji:

1. Funkcjonowanie znacznie lepsze niż można było się tego spodziewać na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka
2. Utrzymywanie się dobrego funkcjonowania, pomimo występowania stresujących doświadczeń
3. Dochodzenie do zdrowia po przeżyciu traumatycznych wydarzeń⁵¹.

Od tego czasu uwaga badaczy, reprezentujących różne dziedziny naukowe, skoncentrowana na czynnikach ryzyka, przeniosła się na rozpoznawanie czynników i mechanizmów chroniących. Dziś koncepcja rezyliencji rozumiana jest jako dynamiczny proces, nierozzerwalnie związany z rozwojem, wyjaśniany udaną adaptacją na płaszczyźnie osobistej, pomimo okoliczności lub destrukcyjnych wydarzeń życiowych, uważanych zwykle za czynniki ryzyka w dziedzinie adaptacji.

CZYNNIKI CHRONIĄCE

Badacze z nurtu rezyliencji, w poszukiwaniu zrozumienia jak działają czynniki chroniące, określili modele działania tych czynników. Garmezy i współpracownicy przedstawili trzy modele, które w późniejszym czasie zostały uzupełnione przez Fergusona i Zimmermana o kolejne dwa modele działania czynników chroniących.

1. Model równoważenia ryzyka – zakłada, że czynniki chroniące (wysoka inteligencja dziecka i wysoki status socjoekonomiczny rodziny) bezpośrednio oddziałują na zachowanie i funkcjonowanie dziecka w szkole, równoważąc wpływ czynników ryzyka.
2. Model redukcji ryzyka – zakłada, że czynniki chroniące mają interaktywny charakter, aktywizują się pod wpływem ekspozycji na czynniki ryzyka. Ich działanie polega na tym, że wchodzi w interakcję z czynnikami ryzyka i zmniejszają ich wpływ na zachowanie.
3. Model uodporniania na ryzyko – zakłada, że umiarkowany poziom ryzyka (umiarkowany poziom stresu w rodzinie) może uodpornić i przygotować jednostkę do nowych i trudniejszych wyzwań. Według tego modelu, zbyt mały i zbyt duży poziom ryzyka jest niekorzystny dla zdrowego rozwoju⁵².
4. Model stabilizujący ryzyko – obecność czynnika chroniącego redukuje wpływ ryzyka i utrzymuje częstość niepożądanego zachowania na stałym niskim poziomie i je stabilizuje.
5. Model względnie redukujący ryzyko – obecność czynnika chroniącego redukuje częstość niepożądanego zachowania, ale nie jest w stanie utrzymać go na stałym niskim poziomie⁵³.

Z kolei inny badacz – E. Werner, badając losy pojedynczych osób, określił trzy kategorie czynników chroniących:

1. Czynniki związane z indywidualnymi predyspozycjami dziecka, powodującymi odporność na przeciwności losu. W wyniku analiz ustalono, że dzieci, które były: aktywne, niezależne, łatwo nawiązujące kontakt z innymi, ok. 10. roku życia towarzyskie, skoncentrowane na nauce, kontrolujące swoje impulsy, dobrze rozwiązujące trudności, chętnie angażujące się w dodatkowe zajęcia – w wieku 17-18 lat były bardziej wewnątrzsterowne, miały bardziej pozytywny obraz siebie, większą motywację osiągnięć i były bardziej odpowiedzialne niż rówieśnicy podatni na czynniki ryzyka.
2. Czynniki związane z cechami środowiska rodzinnego to przede wszystkim: niewielka rodzina, mniej niż czworo dzieci, kompetentna matka, bliska więź emocjonalna z matką lub inną osobą dorosłą z rodziny.
3. Czynniki związane z cechami pozarodzinnego środowiska społecznego. Źródłem ochrony dla tych dzieci w okresie dojrzewania były: bliskie i trwałe przyjaźnie z rówieśnikami, dobre kontakty z rodzicami przyjaciół, pochodzących z dobrze funkcjonujących rodzin, wsparcie i pomoc okazywana przez życzliwych nauczycieli, sąsiadów⁵⁴.

GRUPY CZYNNIKÓW CHRONIĄCYCH

Obecnie większość badaczy jest zgodna co do kwalifikowania czynników chroniących w pięć podstawowych grup. Są to czynniki w postaci zmiennych, związanych z jednostką, rodziną, grupą rówieśniczą, szkołą i kontekstem społeczno-kulturowym.

1. Zmienne związane z jednostką

Do czynników chroniących zaliczamy: procesy i funkcje poznawcze, zapewniające umiejętność uczenia się, werbalizacji, koncentracji uwagi; cechy temperamentu w postaci zdolności adaptacyjnych, witalności i towarzyskości; emocje i procesy motywacyjne w postaci radzenia sobie z emocjami, wewnętrzną kontrolą impulsów, automotywacją w realizacji celów; konstruktywne radzenie sobie ze stresem i rozwiązywaniem trudnych sytuacji; niskim poziomem lęku jako cechy i adekwatnym poziomem lęku jako stanu; pozytywny obraz własnej osoby w postaci adekwatnej samooceny i dystansu do siebie, wiary we własne możliwości, poczucia sprawczości, optymizm; umiejętności społeczne w postaci komunikowania się z innymi, rozwiązywania trudności i konfliktów, nawiązywania i utrzymywania znajomości; obiektywną wiedzę na temat substancji psychoaktywnych i krytyczną postawę wobec nich.

2. Zmienne związane z rodziną

Do czynników chroniących zaliczamy: konstruktywnie funkcjonujący system rodzinny, gdzie każdy pełni adekwatne role; bliskie relacje rodzinne w postaci więzi emocjonalnych z matką, ojcem i rodzeństwem lub innymi członkami rodziny; dobrą i otwartą komunikację; jasne zasady funkcjonowania w rodzinie; monitorowanie czasu wolnego dziecka; modelowanie przez rodziców prozdrowotnego trybu życia; brak zgody rodziców na zażywanie substancji uzależniających; zaangażowanie rodzica w sprawy szkolne i rozwój zainteresowań dziecka.

3. Zmienne związane z grupą rówieśniczą

Do czynników chroniących zaliczamy: wysoką autonomię i niską socjotropię; przynależność do konstruktywnej grupy rówieśniczej, np. sekcji sportowej, grupy muzycznej lub teatralnej, klubu młodzieżowego, wolontariatu itp.; akceptację i bezpieczeństwo w grupie rówieśniczej; zaangażowanie w sprawy grupy w postaci wspólnych spotkań, wyjazdów; brak akceptacji rówieśników do zażywania substancji psychoaktywnych; akceptację norm społecznych i poszanowanie prawa.

4. Zmienne związane ze szkołą

Do czynników chroniących zaliczamy: sposób nauczania i prowadzenia lekcji w przyjaznej i życzliwej atmosferze, brak generowania niepotrzebnego lęku i napięcia przez nauczycieli; spójność funkcjonowania pracowników szkoły z prozdrowotnym trybem życia, niepalenie papierosów na terenie szkoły; zainteresowanie nauką szkolną i aspiracje edukacyjne w postaci systematycznej nauki i dobrych wyników; atrakcyjny sposób prowadzenia lekcji; otwartość i życzliwość pracowników szkoły; wysokie kompetencje nauczycieli i wychowawców; rozwiniętą infrastrukturę w szkole w postaci: boisk, siłowni, sali gimnastycznej oraz zajęcia pozalekcyjne prowadzone w szkole; akceptację przez innych uczniów i bezpieczeństwo w grupie klasowej.

5. Zmienne związane z kontekstem społeczno-kulturowym

Do czynników chroniących zaliczamy: przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo, promujące prozdrowotny tryb życia; ograniczoną dostępność do substancji psychoaktywnych; bliskość i dostęp do klubów, kina, teatru, ale też placówek pomocowych; praktyki religijne; poszanowanie prawa, norm i wartości; angażowanie się rodziny w działania prospołeczne; czynniki związane z pozytywnym działaniem mediów i popkultury; dostęp do Internetu i nowoczesnych technologii, adekwatny do wieku oraz potrzeb rozwojowych⁵⁵.

Adekwatna diagnoza i rozwój czynników chroniących automatycznie redukuje czynniki ryzyka. Prawdopodobieństwo ochrony przed zażyciem substancji psychoaktywnej jest większe, im więcej czynników chroniących oddziałuje na dzieci oraz im bardziej są one konstruktywne i dłużej trwa ich oddziaływanie. Rola, jaką mogą odegrać wspomniane czynniki, zależy również od wieku dziecka, fazy jego rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

ROLA SZKOŁY W PROFILAKTYCE

Zadaniem rodziców, wychowawców oraz profilaktyki realizowanej w szkole powinno być inicjowanie działań, które wprowadzą pożądane zmiany w funkcjonowaniu ucznia. Aby ten cel osiągnąć, należy szybko i starannie diagnozować, a następnie rozwijać i wzmacniać, czynniki chroniące, co w konsekwencji będzie redukować czynniki ryzyka. Opisany powyżej proces będzie miał wpływ na rzeczywistą ochronę dzieci i młodzieży przed zażywaniem substancji psychoaktywnych.

Rodzice, wychowawcy i nauczyciele mogą stosować skuteczne postawy i zachowania, które mają na celu zapobieganie lub opóźnianie sięgania po substancje psychoaktywne przez dzieci. Wyróżnia się siedem podstawowych obszarów oddziaływań, realizowanych w domu i szkole:

1. Budowanie konstruktywnej relacji z dzieckiem. Ważne jest, by rodzic był uważny, tzn. widział, słyszał i „czuł” swoje dziecko. Jeżeli te warunki będą zachowane, to nawet w sytuacji, gdy dziecko zażyje substancję, rodzic dowie się o tym fakcie i będzie mógł adekwatnie reagować.

2. Świadomość własnych emocji i reakcji dorosłych w sytuacjach rodzinnych i szkolnych. Traktowanie dziecka z szacunkiem i po partnersku, adekwatnie do jego wieku, możliwości rozwojowych i zgodnie z obowiązującym prawem. Należy okazywać życzliwe wsparcie, przede wszystkim w trudnych sytuacjach, zamiast generować stres, strach, poczucie winy i beznadziejności.

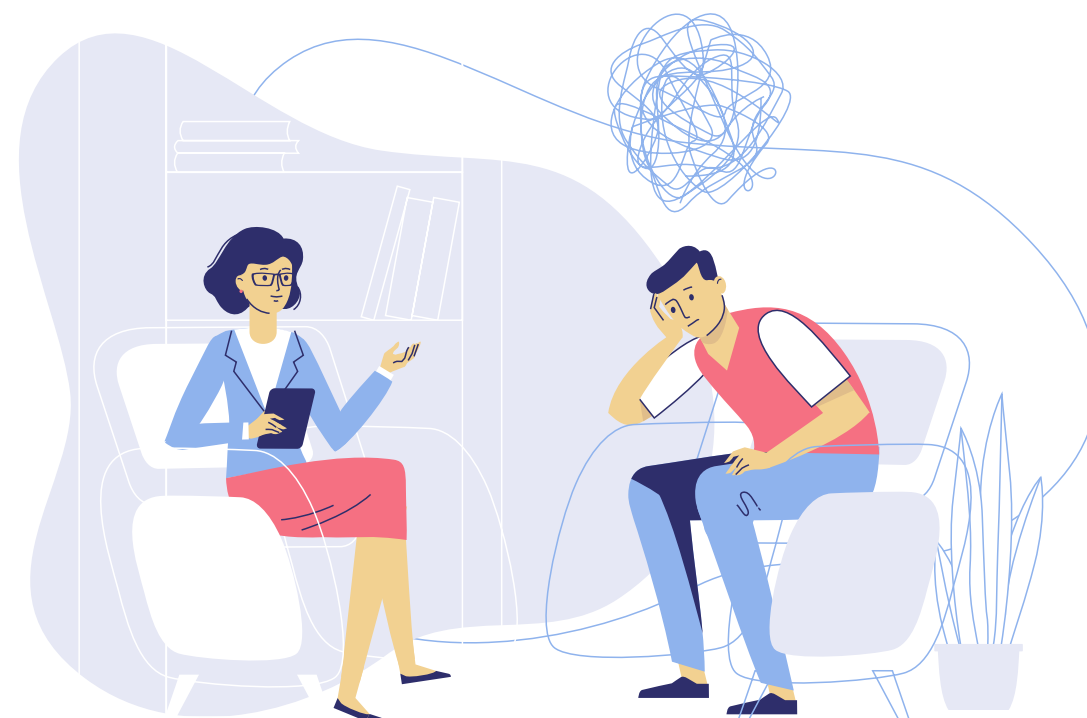
3. Świadome modelowanie. Konstruktywne modelowanie, polegające na przeanalizowaniu własnego stylu funkcjonowania i radzenia sobie z trudnościami. W tym obszarze mieści się spożywanie alkoholu i palenie papierosów przez dorosłych członków rodziny. Jeżeli rodzice lub wychowawcy używają alkoholu świadomie i w umiarkowany sposób, to mogą przekazać dziecku powody i zasady, jakimi się kierują.

4. Edukowanie dziecka na temat substancji psychoaktywnych i skutków ich działania. Rodzice i nauczyciele zdobywają wiedzę na temat substancji psychoaktywnych i skutków ich działania, korzystając z różnych sytuacji życiowych. Konkretnie zdarzenia, takie jak widok pijanej osoby czy informacja o wypadku samochodowym, spowodowanym przez kierowcę będącego pod wpływem narkotyku, służą do przekazania dziecku obiektywnych informacji na temat konsekwencji zażywania substancji psychoaktywnych. Istotne jest, aby rozmowy odbywały się bez straszenia i generowania lęku.

5. Ustalenie zasad obowiązujących w rodzinie i w szkole w kwestii używania substancji psychoaktywnych przez dziecko oraz konsekwencji ich przekroczenia. Zasady dotyczące kwestii używania substancji psychoaktywnych powinny zostać wypracowane wspólnie przez rodziców, wychowawców i dziecko. Wynegocjowane ustalenia należy konsekwentnie egzekwować.

6. Przygotowanie dziecka do radzenia sobie z presją rówieśników. Rodzic i wychowawca prowadzi rozmowy z dzieckiem na temat sytuacji związanych z proponowaniem substancji psychoaktywnych i pomaga dziecku przygotować właściwe rozwiązanie w danej sytuacji. W szkole, podczas zajęć z wychowawcą, mogą odbywać się zajęcia warsztatowe, wspierające kompetencje uczniów w omawianym aspekcie zachowań.

7. Uczenie konstruktywnych sposobów spędzania czasu i rozwijanie zainteresowań dziecka, jako ważna alternatywa do sięgania po substancje psychoaktywne. Wyzwalanie potencjału dziecka, jego spontaniczności, mądrości i odwagi i wzmacnianie naturalnych predyspozycji.



Należy unikać strategii nieskutecznych w postaci przyjmowania przez rodzica lub wychowawcę postawy moralizującego prelegenta, generatora lęku i strachu, kontrolera, egzekutora lub bezradnego i bezsilnego dorosłego⁵⁶. Konsekwencją właściwej diagnozy, czyli rozpoznania i adekwatnego postępowania w przypadku dzieci nieużywających substancji psychoaktywnych jest wspieranie ich w sytuacjach kryzysowych przez podejmowanie działań interwencyjnych.

Strategie interwencyjne kierowane są do dzieci i młodzieży przeżywających liczne trudności rozwojowe, co jest już wystarczającym powodem, by kwalifikować je do grupy podwyższonego ryzyka. Interwencję należy podjąć w sytuacji, kiedy uczeń zachowuje się niewłaściwie, łamie reguły obowiązujące w szkole, nie wywiązuje się ze swoich obowiązków. Celem interwencji jest rozwiązanie trudności i powstrzymanie niewłaściwych zachowań. Skuteczna interwencja powinna być wielokierunkowa, obejmować wszystkie osoby zaangażowane w sytuację problemową, związaną z narkotykami, lub mogące pomóc w jej rozwiązaniu. Interwencja może przyjąć formę rozmów, budowania motywacji do zmiany swojego zachowania oraz postępowania w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.

Wskazane działania należą do podstawowych i najważniejszych w ramach profilaktyki selektywnej. Na tym poziomie oddziaływań współwystępuje wiele trudności i u każdego dziecka istnieje specyficzny zestaw czynników ryzyka. Programy wczesnej interwencji wymagają znacznej indywidualizacji podejścia, co uniemożliwia stosowanie jednolitych form i metod oddziaływania. Stwarza to jednocześnie trudności przy ocenie ich skuteczności.

W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się dwa warunki skuteczności programów wczesnej interwencji. Pierwszy jest związany z profesjonalizmem i właściwymi cechami osobowości osoby udzielającej pomocy, gdzie bardzo ważna jest wiarygodność i zaufanie. Drugi to pozyskanie i włączenie rodziców w rozwiązanie kryzysowej sytuacji. Jest to ważne dlatego, że zachowania ryzykowne wiążą się z procesami zachodzącymi w rodzinie, a skuteczność pomocy wobec dziecka zależy w znacznym stopniu od zmiany jego sytuacji rodzinnej. Treningi umiejętności wychowawczych dla rodziców, których dzieci przeżywają trudności rozwojowe lub przejawiają zaburzenia zachowania, znacznie podnoszą efektywność działań interwencyjnych.

Diagnoza i postępowanie w sytuacji, gdy dziecko używa substancji psychoaktywnych

POZIOM II, III, IV

Sytuacja, kiedy dziecko eksperymentalnie bądź regularnie sięga po substancje psychoaktywne, wymaga reakcji i konkretnych działań. Postępowanie to powinno być adekwatne do stopnia zaawansowania procesu rozwoju uzależnienia, który przebiega w trzech etapach, wcześniej przedstawionych w opracowaniu. Jednak bez względu na stopień uzależnienia, zawsze to rodzic jest osobą, która może najskuteczniej pomóc dziecku. Jest do tego najbardziej uprawniony ze względu na obowiązujące przepisy prawa, a sposób postępowania z dzieckiem powinien konsultować ze specjalistami. Trzy podstawowe powody, dla których rodzic jako pierwszy powinien zgłosić się do wychowawcy, pedagoga i ostatecznie specjalisty psychoterapii uzależnień dzieci i młodzieży, to:

- Należy określić stopień zaawansowania uzależnienia dziecka. Na spotkaniu ze specjalistą rodzic powinien przedstawić wszystkie swoje spostrzeżenia. Wówczas specjalista będzie mógł się do nich odnieść i dokonać wstępnej oceny stopnia zaawansowania uzależnienia dziecka. Wskazana jest obecność dziecka na takim spotkaniu i docelowo do tego należy dążyć, w pierwszym spotkaniu może uczestniczyć tylko rodzic lub rodzice.
- Należy wypracować, adekwatnie do rozwoju uzależnienia, strategię postępowania z dzieckiem i następnie nabyć kompetencji do jej realizacji. Kolejne spotkania koncentrować się będą na nabywaniu przez rodziców kompetencji w zakresie postępowania z dzieckiem.
- Należy wskazać adekwatną do cech dziecka i stopnia uzależnienia interwencję, a jeżeli zachodzi taka potrzeba – terapię. Na spotkaniu ze specjalistą rodzic dowiadyuje się o różnych formach terapii, łącznie z trybem sądowego przymusu leczenia dziecka z powodu uzależnienia.

Odpowiedzialność za powodzenie lub niepowodzenie terapii uzależnionego dziecka spoczywa przede wszystkim na rodzicu, specjaliście i dziecku oraz instytucjach takich, jak: szkoła, Policja czy sąd rodzinny (rodzice – 30%, specjalista lub ośrodek – 30%, dziecko – 30%, inne osoby, instytucje oraz placówki – 10%). Niestety, doświadczenia pracy specjalistów uzależnień pokazują, że rodzic jest często najsłabszym ogniwem całego systemu pomocy.

Odpowiedzialność i zaangażowanie rodzica to przede wszystkim zrozumienie sytuacji rodziny i dziecka, nabycie i stosowanie nowych kompetencji oraz korekta destrukcyjnych. Czasami niezbędna jest również terapia własna rodzica z powodu osobistych trudności, współuzależnienia od uzależnionego dziecka, a nawet własnego uzależnienia. Można stwierdzić, że: „jeżeli chcesz pomóc własnemu dziecku, to zacznij od siebie”.

Odpowiedzialność i zaangażowanie specjalisty to przede wszystkim wsparcie, zrozumienie i zaufanie oraz kompetencje i profesjonalizm, polegający na stosowaniu psychoterapii przy wykorzystaniu metod o potwierdzonej empirycznie skuteczności.

Odpowiedzialność i zaangażowanie dziecka to przede wszystkim branie, adekwatnej do wieku, odpowiedzialności za swoje zachowanie i proces psychoterapii.

Odpowiedzialność i zaangażowanie instytucji, takich jak: szkoła, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Policja czy sąd, zgodnie z kompetencjami i obowiązującym prawem.



Etapy uzależnienia dziecka – diagnoza i postępowanie

ETAPY ROZWOJU PROCESU ZAAWANSOWANIA UZALEŻNIENIA DZIECKA – DIAGNOZA I POSTĘPOWANIE

I Etap - Norma rozwojowa (używanie substancji psychoaktywnych jako zaspokajanie potrzeb rozwojowych)

Norma rozwojowa, charakterystyczna dla Etapu I używania substancji psychoaktywnych, jest zachowaniem ukierunkowanym na cel i pełni ważne funkcje w rozwoju nastolatka. Używanie omawianych substancji wynika z następujących potrzeb rozwojowych dziecka:

- Potrzeba poznania stanu odurzenia i reakcji własnego organizmu na działanie danej substancji
- Potrzeba przynależności do grupy rówieśniczej, doświadczenia identyfikacji, akceptacji i unikania lęku przed wyśmianiem, upokorzeniem i odrzuceniem
- Potrzeba wyrażenia siebie i zademonstrowania swojej autonomii osobom znaczącym, a równocześnie manifestacja opozycyjnej postawy wobec świata dorosłych np. przez zażycie substancji psychoaktywnej
- Potrzeba osiągnięcia wyższego poziomu rozwoju przez podejmowanie zachowań zarezerwowanych dla dorosłych w postaci: palenia papierosów, picia alkoholu, a często też zażywania narkotyków

Brak wystarczająco rozwiniętych umiejętności psychospołecznych nastolatków uniemożliwia radzenie sobie ze stresem, lękiem i obawami związanymi z niepowodzeniami szkolnymi lub trudnościami rodzinnymi, i wymusza zażywanie substancji psychoaktywnych.

Na opisywanym powyżej etapie używanie substancji psychoaktywnych ma charakter eksperymentalny – bez własnej motywacji w poszukiwaniu sytuacji i okoliczności do zażycia substancji. Nie obserwuje się zmian w zachowaniu dziecka czy obiektywnych strat związanych z zażywaniem substancji – z wyjątkiem zatrucia organizmu w wyniku zażycia np. nowych substancji psychoaktywnych. W tym okresie pojawiają się incydentalne sygnały, świadczące o tym, że dziecko zażyło substancję psychoaktywną, np. powrót dziecka do domu w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub narkotyku.

Strategia postępowania to przede wszystkim rozmowy, stawianie granic i formułowanie oczekiwań oraz konsultacja u specjalisty.

Rozmowa z dzieckiem powinna koncentrować się na zrozumieniu zachowania dziecka, postawieniu granic i sformułowaniu oczekiwań na przyszłość, a nie na wykazaniu winy i ocenie. Jeżeli sytuacja związana z zażyciem lub posiadaniem przez dziecko substancji psychoaktywnych zdarzyła się w szkole, powinni zostać powiadomieni rodzice dziecka. Rozmowa powinna przebiegać w atmosferze życzliwości i troski o dziecko.

PRZYKŁADOWY PRZEBIEG INTERWENCJI:

1. Zagwarantuj sobie odpowiednie miejsce i czas na rozmowę. Pokaż, że masz dobre intencje.

„Chcę z tobą porozmawiać, ponieważ martwię się o Ciebie. Zależy mi na tym, żeby Cię zrozumieć i pomóc”.

2. Przedstaw trudność, opisz słowami niewłaściwe zachowanie, dotyczące zażycia narkotyku. Poproś dziecko o przedstawienie własnego punktu widzenia.

„Chciałabym usłyszeć, jak Ty widzisz tę sytuację”.

3. Streść i podsumuj stanowisko dziecka w celu sprawdzenia, czy dobrze je zrozumiałaś.

„Z tego, co powiedziałaś zrozumiałam, że...”

4. Jeżeli dziecko uzna trudność, należy okazać zrozumienie, wsparcie i zaproponować pomoc w rozwiązywaniu. Po ustaleniu faktów w sprawie zażycia substancji, należy przedstawić oczekiwania dotyczące niezażywania substancji w przyszłości.

5. Jeżeli dziecko zaprzecza istnieniu trudności, można poinformować o swojej trosce oraz adekwatnych konsekwencjach, jeżeli takie za-

chowanie się powtórzy. Należy też ponownie wyrazić swoje oczekiwania oraz gotowość pomocy – strategia „otwartych drzwi”.

„Jesteś dla mnie ważny i gdybyś uznał, że jednak potrzebujesz pomocy, zawsze możesz do mnie przyjść... Jestem twoją mamą, kocham Cię”.

6. Zarówno w jednej, jak i drugiej sytuacji zalecany jest kontakt ze specjalistą celem wsparcia i określenia dalszego postępowania.

II Etap – Trudność rodziny i otoczenia (używanie substancji psychoaktywnych, powodujące szkody, ale zauważalne tylko przez rodzinę i otoczenie, w tym szkołę)

Zażywanie substancji staje się trudne dla rodziny, najbliższych, przyjaciół i nauczycieli; w pierwszej kolejności te osoby martwią się i potępiają zachowanie dziecka. Nauczyciele są w trudnej sytuacji i często nie wiedzą jak adekwatnie postępować. Rodzice początkowo obwiniają siebie nawzajem: *„jak ty go wychowałeś”, „ciebie nigdy nie ma w domu, wszystko jest na mojej głowie”* i równocześnie obwiniają dziecko: *„jak ono może tak postępować, przecież ma wszystko”*. Obwinia się też inne osoby, głównie rówieśników oraz szkołę i nauczycieli. Po tym trudnym i pełnym emocji czasie, niektórzy rodzice zaczynają szukać pomocy.

Na tym etapie rozwoju uzależnienia u dziecka pojawia się związek przyczynowo-skutkowy oraz własna motywacja w dążeniu do zdobycia i zażycia narkotyku. Występują pierwsze obiektywne straty, zauważalne przez rodziców i najbliższe otoczenie. Dziecko pije alkohol, pali papierosy, zażywa narkotyki, pojawiają się zmiany w zachowaniu i zaniedbywanie konstruktywnych form spędzania wolnego czasu. Rozpoczyna się proces wypadania z roli dziecka i ucznia. Jednak na tym etapie dziecko nie postrzega zażywania substancji jako czegoś złego, a występujących trudności w jego funkcjonowaniu jako konsekwencji zażywania substancji.

Na tym etapie dziecko spełnia kryteria medyczne używania szkodliwego substancji psychoaktywnych i kwalifikuje się wraz z rodziną do specjalistycznej opieki.

Strategia postępowania to oddziaływania wychowawcze, kontrakt terapeutyczny, rodzina pod opieką specjalisty (rodzice i dziecko).

III Etap – Tożsamość (używanie substancji psychoaktywnych jako proces przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej)

Stan po zażyciu substancji staje się częścią tożsamości dziecka kształtującej się na etapie rozwojowym. Młoda osoba adaptacyjnie wykorzystuje swój stan po zażyciu substancji w radzeniu sobie z trudnymi emocjami, zaniżoną oceną i lękiem oraz sytuacjach społecznych, głównie w kontaktach z rówieśnikami. W opisywanym etapie używanie substancji psychoaktywnych trwa co najmniej od roku, regularnie, w ciągach trwających minimum przez 14 dni. Dawki zażywanych substancji, jak i częstotliwość zażywania, znacząco wzrastają w odniesieniu do wcześniejszego okresu. Na tym etapie dochodzi do wypadania z roli dziecka i ucznia oraz zaniedbywania dotychczasowych zainteresowań i alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu. Pojawiają się konflikty z prawem. Podejmowane są pierwsze nieudane próby terapii. Aktywność i motywacja w działaniu dziecka wynika głównie z potrzeby zdobycia narkotyku. Uwaga i myślenie są skierowane na sytuacje wokół używania substancji. Otoczenie zauważa i werbalizuje fakt zażywania substancji. Środowisko rówieśnicze młodego człowieka to przede wszystkim osoby używające substancji uzależniających. Dziecko posiada subiektywne przekonanie, że wszyscy zażywają narkotyki. Na tym etapie dziecko spostrzega pierwsze konsekwencje brania narkotyków w postaci utraty kontroli nad zażywaniem substancji, trudności w rodzinie i szkole, ale też zdrowotne i prawne. Dziecko spełnia kryteria medyczne zespołu uzależnienia.

Strategia postępowania to specjalistyczna terapia dziecka i praca z rodziną. W sytuacji, kiedy dziecko nie chce podjąć terapii, należy rozważyć procedurę sądowego przymusu leczenia.

Dostępne formy terapii uzależnionego dziecka to opisywane wcześniej szczegółowo: terapia ambulatoryjna w poradni lub terapia stacjonarna w ośrodku. Strategię postępowania reguluje *ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r.* artykuł 30 ustawy wskazuje:

1. Na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzinstwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu, sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację.

2. Czasu przymusowego leczenia i rehabilitacji nie określa się z góry, nie może on być jednak dłuższy niż 2 lata.
3. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat przed zakończeniem przymusowego leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia lub rehabilitacji, łącznie nie dłuższy jednak niż 2 lata.
4. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1, toczy się według przepisów o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Część osób nieletnich, uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie trafia na terapię. Najczęściej z powodu zaawansowanej demoralizacji lub popełnienia czynu karalnego, kierowani są do zakładów poprawczych lub placówek typu MOW lub MOS. W takiej sytuacji postępowanie określa *rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Na podstawie art. 29 ust. 2 pkt 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii* zarządza się, co następuje:

1. Leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych, umieszczonych w zakładach poprawczych, prowadzi się w oddzielnych zakładach poprawczych resocjalizacyjno-terapeutycznych, zwanych dalej „zakładami resocjalizacyjno-terapeutycznymi”.
2. Leczenie nie obejmuje detoksykacji, leczenia substytucyjnego oraz postępowania wymagającego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej.

Podsumowując, należy zwrócić szczególną uwagę na bardzo ważną rolę rodziców w postępowaniu z dzieckiem używającym substancji psychoaktywnych. W trosce o dziecko i całą rodzinę, zawsze zalecana jest konsultacja u specjalisty psychoterapii uzależnień dzieci i młodzieży.

Przykładowe scenariusze rozmów z dzieckiem i jego rodzicami w sytuacji podejrzenia używania substancji psychoaktywnych, z zaangażowaniem środowiska placówki oświatowej.

Poniżej przedstawione zostały propozycje czterech spotkań z rodzinami, w których dzieci używają substancji psychoaktywnych. Opisano przykłady czterech systemów rodzinnych, w których dziecko zażywa substancje psychoaktywne i wskazano propozycje pierwszej rozmowy interwencyjnej. Przykładowa rozmowa może się odbyć na terenie szkoły lub innym miejscu, np. w placówce, gdzie sytuacja została zidentyfikowana. Osobą, która może przeprowadzić spotkanie, oprócz psychologa, pedagoga, terapeuty, może być również wychowawca klasy lub dyrektor szkoły. Bardzo ważne dla przebiegu spotkania jest, aby osoba prowadząca była neutralna lub ważna dla dziecka i rodziny.

W przedstawionych poniżej sytuacjach miejscem spotkania będzie szkoła, a osobami prowadzącymi spotkanie będą wychowawcy, nauczyciele, pedagog, dyrektor. Jeżeli jest to możliwe, w spotkaniu powinny uczestniczyć dwie osoby, zwłaszcza w sytuacji, kiedy przedstawiciel szkoły nie czuje się kompetentny w obszarze uzależnień. W interwencji na przykład może uczestniczyć wychowawca klasy i pedagog lub inna osoba, np. psycholog, nauczyciel; czasami warto, by to był dyrektor szkoły. Najlepiej, kiedy drugą osobą jest nauczyciel, którego uczeń lubi lub osiąga dobre wyniki z przedmiotu nauczanego przez nauczyciela. Warunek ten jest istotny, ponieważ podczas spotkania może udzielić pozytywnych informacji. W sytuacji, kiedy w spotkaniu z rodziną uczestniczą dwie osoby, ważne jest, by jedna prowadziła to spotkanie, a druga pełniła rolę obserwatora i wspierała prowadzącego rozmowę.

Konieczne jest przygotowanie do spotkania. Należy zebrać fakty, o których wiemy, zastanowić się nad tym, co chcemy powiedzieć, spróbować odpowiedzieć sobie na pytania: w jakim systemie funkcjonuje rodzina, jakie role pełnią członkowie rodziny? Ponadto ważne jest, aby zebrać pozytywne informacje o rodzinie i ustalić cel spotkania. Oczekiwany cel musi być adekwatny do sytuacji i okoliczności, z którymi mamy do czynienia. Na przykład, jeżeli miejscem spotkania jest szkoła, to nie należy próbować diagnozować trudności rodziny czy uzależnienia dziecka. Nie należy wchodzić w rolę psychoterapeuty i proponować psychoterapię w warunkach szkolnych, a przede wszystkim pamiętać o emocjach odczuwanych przez rodzinę.

Bardzo często rodzice nie chcą mówić w otwarty sposób i dzielić swoimi trudnościami na terenie szkoły, i mają do tego prawo; nie musi to oznaczać, że lekceważą trudności. Ponad 50% rodzin zgłaszających się do poradni z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne twierdzi, że trafili do placówki pod wpływem rozmowy z nauczycielem lub spotkania w szkole. Pozornie może wydawać się, że kiedy podczas spotkania rodzice przyjmują postawę obronną przez zaprzeczanie, bronienie i usprawiedliwianie swojego dziecka lub agresję kierowaną w stronę prowadzących i całej szkoły, to spotkanie nie spełniło swojego celu. Dla większości rodziców jest to bardzo trudna sytuacja, czują się niepewnie, a nierzadko po prostu są przerażeni. Reagują milczeniem, nie wiedzą, co powiedzieć, albo nie potrafią opanować emocji. Wypowiadają oskarżenia pod adresem szkoły i konkretnych nauczycieli. Należy pamiętać, że zasługują one na wyrozumiałość i wsparcie. Ich zachowanie nie wynika z faktu, że chcą zaszkodzić, tylko dlatego, że często nie potrafią inaczej postępować, gdyż nie posiadają konstruktywnych doświadczeń, otrzymanych w procesie swojej socjalizacji.

Ważna wskazówka, dotycząca prowadzenia rozmów: zawsze warto rozpocząć rozmowę z całą rodziną, by poznać wersję stron. To daje możliwość usłyszenia przez wszystkich zainteresowanych opinii i stanowiska innych. W sytuacji, kiedy inicjator spotkania decyduje się na rozmowę w innym składzie, powinno się rozpocząć rozmowę od dziecka. W sytuacji, kiedy zaczynamy rozmowę tylko z rodzicami lub rodzicem, dziecko za drzwiami myśli: „znów rozmawiają o mnie beze mnie”. Wtedy jego nastawienie jest negatywnie wzmacniane.

Należy pamiętać, że szkoła, czy inna placówka działa w obszarze swoich kompetencji i obowiązującego prawa. Nie należy wchodzić w rolę terapeuty uzależnień czy podejmować się diagnozowania rodziny. Zawsze taki komunikat powinno dziecko otrzymać na początku spotkania: **chcę ci powiedzieć, że jeżeli sprawy, o których mi powiesz, będą stanowić zagrożenie dla twojego lub innych osób zdrowia bądź życia, to będę musiała je przekazać odpowiednim osobom, bo nie mogę pozwolić, by ci się działa krzywda i tak też stanowi prawo.** Wówczas dziecko ma możliwość decydowania, jakie treści chce przekazać. Z doświadczenia wynika, że dzieci najczęściej mówią, bo chcą pomocy od nas dorosłych.

PRZYPADEK PIERWSZY

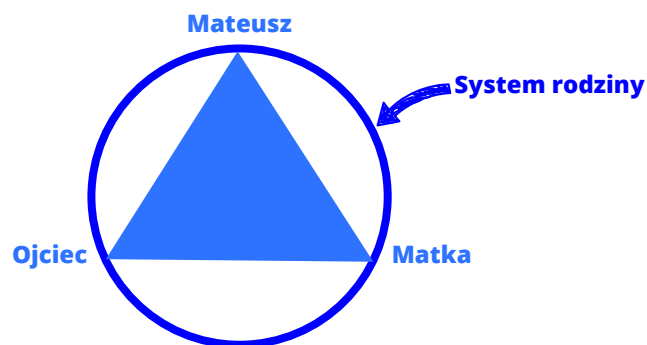


Opis Rodziny

Rodzina pełna, jedno dziecko, mieszkają samodzielnie w domu jednorodzinnym. Oboje rodzice pracują i są dobrze postrzegani przez sąsiadów. Dziecko – Mateusz lat 15, jest uczniem VIII klasy szkoły podstawowej i nie ma trudności z nauką, chociaż w VII klasie uczył się zdecydowanie lepiej. Jego zachowanie pogorszyło się. W domu Mateusz ma wszystko, rodzice niczego mu nie żałują. W szkole wychowawczynie, od około miesiąca, dostaje niepokojące informacje na temat ucznia. Uczniowie mówią, że Mateusz pali marihuanę i eksperymentuje z „dopalaczami”. Ostatnio jeden z rodziców zgłosił, że Mateusz sprzedał jego synowi narkotyk.

Cała rodzina, na prośbę wychowawczynie, pojawiła się na spotkaniu w szkole.

Spotkanie prowadzi wychowawczynie, która prosi nauczycielkę matematyki o towarzyszenie jej w tym spotkaniu. Cel, jaki sobie zakładają, to przede wszystkim przekazanie informacji, które posiadają na temat Mateusza, a które dotyczą narkotyków, ewentualnej sprzedaży narkotyków, oraz oferta pomocy ze strony szkoły wobec rodziny. Nauczycielki wiedzą, że system funkcjonowania rodziny wygląda tak, jak niżej przedstawiony schemat. Rodzice swoje działania kierują głównie na zaspakajanie potrzeb dziecka. W takiej sytuacji rodzice najczęściej bronią swojego dziecka i usprawiedliwiają je oraz są mało krytyczni wobec niego.



Przebieg spotkania

Najwłaściwszym miejscem spotkania jest pokój pedagoga szkolnego lub inne pomieszczenie, w który wszyscy uczestnicy spotkania mogą swobodnie siedzieć, nie będąc oddzieleni od siebie np. biurkiem, i tak, by wszyscy mogli siebie widzieć np. krzesła ustawione w kręgu.

Wychowawczynie rozpoczyna spotkanie od przedstawienia przedstawicieli szkoły, a dalej dziękuje rodzinie za przybycie. Podaje powód spotkania:

jest zaniepokojona o Mateusza.

I dlatego ma potrzebę przekazania informacji, jakie się pojawiły na terenie szkoły, a dotyczących Mateusza.

W dalszej części spotkania powinna pojawić się przestrzeń dla rodziców i Mateusza, by mogli się odnieść do powodów spotkania i jego przebiegu, który też powinien być na początku zaproponowany. Kiedy sytuacja i powód spotkania jest sprecyzowany, bez względu na reakcję rodziców, należy kontynuować rozmowę. Prowadzący spotkanie przedstawia informacje, które posiada, czyli:

Chcemy Państwu przekazać, że ja, jako wychowawczynie Mateusza, od około miesiąca, dostaję niepokojące informacje na temat Mateusza. Inni uczniowie mówią, że Mateusz pali marihuanę i eksperymentuje z „dopalaczami”, a ostatnio jeden z rodziców zgłosił, że Mateusz sprzedał jego synowi narkotyk. Oczywiście, my nie wiemy, czy to, co uczniowie mówią na temat Mateusza, jest prawdą. Natomiast uznaliśmy, że takie informacje są istotne. Mówimy o tym Państwu, ponieważ uważamy, że jako rodzice powinniście o tym wiedzieć. Nie chcemy sytuacji, kiedy o różnych trudnych sprawach rodzice często dowiadują się ostatni.

Na tym etapie spotkania należy wskazać kolejną przestrzeń dla rodziców i Mateusza. Po wysłuchaniu rodziców i odpowiedzi dziecka lub braku odpowiedzi z jego strony, spotkanie jest kontynuowane, w zależności od rozwoju sytuacji. Najczęściej w takich sytuacjach występują dwie warianty przebiegu spotkania. Pierwszy, w którym cała rodzina zaprzecza i oczekuje dowodów, uznając przytoczone fakty za pomówienia. Druga możliwość to milczenie lub wzajemne obwinianie się.

Prowadzące spotkanie, kontynuując rozmowę, mówią:

Chcemy też poinformować Państwa i Ciebie, Mateuszu, że jeżeli chodzi o sprawę ewentualnej sprzedaży narkotyku innemu uczniowi, to fakty są takie: szkoła nie ma wystarczających dowodów, ale przede wszystkim kompetencji, by tą sprawą się zajmować w inny sposób niż to dzisiejsze spotkanie. Natomiast musicie być świadomi, że ten rodzic może sprawę zgłosić na Policję i w ten sposób rozpocząć całą procedurę. Wówczas to Policja dalej będzie się zajmowała tą sprawą, jej wyjaśnianiem – nie szkoła. Nasza szkoła, ja osobiście, pani od matematyki, która uważa, że dobrze się uczysz z matematyki chcemy, byś po prostu był uczniem naszej szkoły, chcemy z tobą pracować

(tę wypowiedź, przy wsparciu swojej koleżanki, kieruje wychowawczyni głównie do Mateusza). Dodatkowo, warto też przekazać pozytywną informację do rodziców i należy wspomnieć o pozytywach w zachowaniu Mateusza (np. nauka jakiegoś przedmiotu, cechy osobowe, zachowanie – konkretne sytuacje).

Na koniec należy się wspólnie zastanowić, czy – a jeżeli prowadzący spotkanie uzyskają zgodę – i w jaki sposób strona szkoły może pomóc w danej sytuacji. Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, prowadząca powinna zadać pytanie:

Czy my, jako szkoła, możemy coś dla Państwa zrobić? Co do Ciebie, Mateuszu, to chcę żebyś wiedział, że możesz na mnie liczyć w obszarze, na którym się znam. Zawsze możemy rozmawiać i mogę Cię wspierać...

Nie należy składać obietnic bez możliwości ich realizacji, np. brak własnych kompetencji lub łamanie przez ucznia prawa.

Dodatkowo chcemy z koleżanką przekazać Państwu kontakt do poradni, w której pracują specjaliści zajmujący się diagnozą i pomocą dla młodzieży używającej substancji uzależniających. To już do Państwa decyzji należy będzie, czy z tego skorzystacie, ale w moim przekonaniu warto tam się wybrać, chociażby po to, by specjalista mógł wypowiedzieć się na ten temat i dalej w zależności od wyniku tego spotkania, podpowiedzieć Państwu, co możecie zrobić i jak postępować...

Na zakończenie spotkania należy się upewnić, czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich. Kontakt do poradni należy przekazać w formie ulotki lub innej papierowej wersji, nie należy się ograniczyć tylko do przekazania informacji słownej.

Kończąc spotkanie, *dziękujemy za przybycie i poświęcony czas.*

Opisany wyżej przypadek Mateusza najczęściej niestety potwierdza używanie przez ucznia narkotyków. Najczęściej dochodzi do kontynuacji poruszanych na spotkaniu treści, a zatem zakładany główny cel spotkania został osiągnięty. Ze strony szkoły istnieje możliwość angażowania się w dalsze postępowanie z uczniem, np. wspierając go czy też monitorując jego uczestnictwo w spotkaniach z terapeutą, czy wspierając rodziców.

PRZYPADEK DRUGI

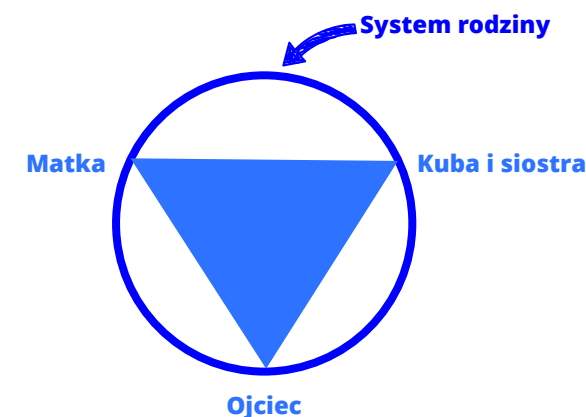


Opis Rodziny

Rodzina pełna, małżeństwo od 15 lat, wychowują dwójkę dzieci: chłopiec lat 14, dziewczynka lat 12. Ojciec w przeszłości próbował zajmować się dziećmi, ale żona go nieustannie krytykowała. Dzieci z każdą ważną prośbą zwracają do matki, do ojca – sporadycznie. Chłopiec – Kuba jest uczniem VII klasy szkoły podstawowej. Uczy się przeciętnie, sprawia trudności wychowawcze: wulgarnie zwraca się do koleżanek z klasy i nauczycielek, trudności sprawiają mu relacje z mężczyznami. W szkole wszyscy wiedzą, że Kuba pali papierosy i kilka razy upił się alkoholem. Na ostatniej lekcji matematyki ktoś powiedział, że ma „zrytą banię”, bo zażywa „dopalacze”.

Spotkanie zostało zorganizowane w placówce pomocowej, prowadzonej przez organizację pozarządową; cała rodzina, na prośbę wychowawczyni Kubę, przysłała na rozmowę. Wychowawczyni przed pierwszym spotkaniem przekazała wszystkie posiadane informacje terapeutce, do której rodzina ma się zgłosić.

Spotkanie prowadzi terapeutka, zajmująca się pracą z młodzieżą. Cel spotkania w opisywanym przypadku to przede wszystkim przekazanie informacji, które posiada terapeutka na temat funkcjonowania Kubę w szkole, a które dotyczą jego zachowania oraz używania papierosów, alkoholu i „dopalaczy”. Drugi cel to w sytuacji, kiedy informacje dotyczące używania substancji psychoaktywnych zostaną potwierdzone – zaproponowanie Kubie i jego rodzicom regularnych spotkań. Terapeutka otrzymała wstępne informacje od wychowawczyni na temat funkcjonowania rodziny i w związku z tym wie, że dzieci mają bliższe relacje z mamą niż tatą, który praktycznie nie zajmuje się dziećmi.





Przebieg spotkania

Spotkanie odbywa się w gabinecie do terapii rodzinnej, wszyscy uczestnicy spotkania mogą swobodnie zająć dowolne miejsce. Czas spotkania jest zaplanowany na ok. 60 minut.

Terapeutka rozpoczyna rozmowę, przedstawiając się i placówkę pomocową, która zajmuje się udzielaniem wsparcia i pomocą terapeutyczną dla osób tego potrzebujących, a ona sama zajmuje się pracą terapeutyczną z młodzieżą i jest z wykształcenia psychologiem. Następnie, dziękując rodzinie za przybycie informuje, że osoby, które się tu zgłaszają, robią to dobrowolnie, bo szukają dla siebie pomocy.

Kontynuując spotkanie, terapeutka zadaje skierowane do rodziny pytanie:

Z jakiego powodu Państwo się do nas zgłaszacie?

W takiej sytuacji najczęściej odpowiedzi udziela mama stwierdzając, że szkoła ich tu przysłała. Terapeutka kieruje to samo pytanie bezpośrednio do ojca i Kuby. Ojciec najczęściej odpowiada, że jest tak, jak żona mówi. Kuba natomiast odpowiada, że mama mu kazała, to przyszedł. Terapeutka może dopytać:

A czy Państwo znacie powody, jakimi kierowała się szkoła, zgłaszając Państwa do naszej placówki?

Mama, odpowiadając ogólnikami stwierdza, że wychowawczynie mówiła o złym zachowaniu i nauce syna oraz wspominała o papierosach i alkoholu. Terapeutka pyta ojca i Kubę, co oni o tym myślą, jednak najczęściej niewiele wnoszą do spotkania. Wówczas należy zwrócić się z prośbą do rodziców o zostawienie terapeutki z Bartkiem samych i poczekanie poza gabinetem w poczekalni.

Terapeutka przebywa w gabinecie tylko z Kubą i zadając mu otwarte pytania, próbuje poznać jego punkt widzenia i go zrozumieć. Ważne jest, żeby Kuba poczuł się swobodnie i bezpiecznie oraz odczuł, że terapeutka rzeczywiście jest nim i jego sprawą zainteresowana, i może mu pomóc. Jeżeli te warunki zostaną osiągnięte, to najczęściej dziecko zaczyna otwarcie rozmawiać z osobą prowadzącą spotkanie. Kuba zgłasza trudną dla siebie sytuację w domu, brak zainteresowania ze strony taty rodziną i nim, nadmierną kontrolę mamy oraz trudności w relacji między rodzicami oraz siostrą. W miarę rozwoju rozmowy, na konkretne pytanie o stosowanie używek dziecko ostrożnie, ale przyznaje się do ich zażywania.

Drugi prawdopodobny scenariusz w takiej sytuacji może wyglądać odmiennie – nie uda się dotrzeć do dziecka i rozmowa niewiele wniesie. Wówczas należy skoncentrować uwagę na rodzicach, próbując chociaż jedno z nich przekonać do tego, żeby regularnie zaczęli pojawiać się w placówce. Należy wówczas pracować z rodzicami, których przygotowuje się na początku do rozumienia całej sytuacji, a następnie nauki postępowania z synem, ale zajmując się również relacją małżeńską. Wówczas zaczynamy poruszać kwestie indywidualnych trudności rodziców i całego systemu rodziny.

Wracając do pierwszej możliwości przebiegu spotkania, kiedy Kuba zdecydował i przyznał się do zażywania substancji. Terapeutka proponuje mu prowadzenie dalszych rozmów z zamiarem udzielenia mu pomocy. Informuje go, że też zaproponuje przychodzenie do placówki jego rodzicom, jednak do innego terapeuty. Kiedy Kuba akceptuje propozycję terapeutki:

No dobrze, mogę spróbować, ale rodzice i tak się nie zmienią, terapeutka mówi: Kuba, teraz poprosimy twoich rodziców i proponuję byśmy im to, co ustaliliśmy powiedzieli, również to, że zażywasz różne substancje. Czy mam im to powiedzieć w twojej obecności czy zrobisz to sam, a ja będę cię wspierać?

Najczęściej dzieci wybierają wariant, by to terapeuta powiedział rodzicom. Kiedy rodzice wracają do gabinetu, terapeutka kieruje do nich komunikat, zaczynając pozytywną informacją na temat dziecka:

Chcę Państwu powiedzieć, że macie bardzo odważnego i wrażliwego syna. Podczas naszej rozmowy Kuba przyznał się do tego, że zdarza się mu palić papierosy, spożywać alkohol i kilka razy zażył narkotyki...

Po takim komunikacie należy zadbać o przestrzeń dla rodziców, bo jest to trudna dla nich informacja i mają prawo do różnych reakcji. Należy ich w tej sytuacji rozumieć i wspierać.

Kontynuując spotkanie, terapeutka powinna przedstawić propozycję terapii dla Kuby i rodziców, mówiąc:

Wspólnie z Kubą ustaliliśmy, i on wyraża na to zgodę, że będzie regularnie, raz w tygodniu do mnie przychodził. Chciałabym też państwa prosić o to, żebyście również przyszli do naszej placówki, tylko do innego terapeuty. Na pierwszym spotkaniu dowiecie się, czym będziecie mogli się zajmować. Na pewno będą poruszane kwestie dotyczące Kuby, jak z nim postępować i jak go wspierać – co państwo na to?

Rodzice na taką propozycję reagują różnie. Czasami mówią, że dla dobra dziecka będą przychodzić. Zdarza się, że zasłaniają się brakiem czasu, lub tylko jedno wyraża gotowość przychodzenia. Obserwacja pacjentów placówek wskazuje, że najczęściej chociaż jedno z rodziców akceptuje propozycję terapeuty i podejmuje terapię.

Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, prowadząca powinna zadać pytanie:

Czy może macie Państwo, albo Ty, Kubo, jeszcze jakieś pytania?

Jeżeli się pojawiają, to udziela odpowiedzi; przy braku pytań, zanim zakończy spotkanie, przekazuje w stronę każdego z uczestników i całej rodziny pozytywny komunikat, np.:

Jesteście Państwo pozytywną rodziną i gotową do pracy nad tym, żeby żyło się wam lepiej, o czym może świadczyć to spotkanie i fakt, że tu przyszliście.

Na zakończenie spotkania należy się upewnić czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich uczestników. Należy zapisać Kubę i oddzielnie jego rodziców na kolejne spotkania. Kończąc spotkanie, dziękujemy za przybycie i poświęcony czas. Cel, jaki sobie założyła terapeutka, został zrealizowany: dziecko przyznało się do zażywania substancji psychoaktywnych i udało się ustalić kolejne spotkania w placówce.

PRZYPADEK TRZECI

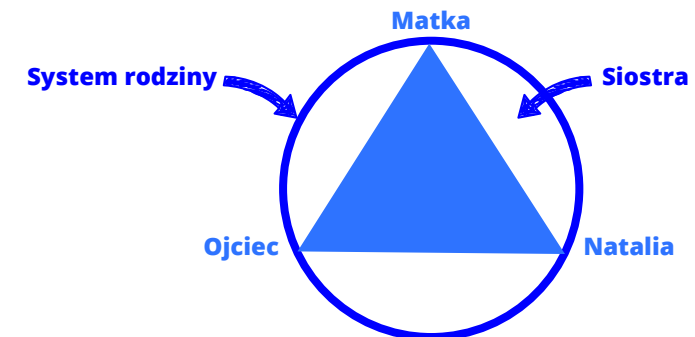


Opis Rodziny

Małżeństwo w średnim wieku, mają dwójkę dzieci w wieku szkolnym. Mężczyzna ma stałą etatową pracę. Kobieta prowadzi działalność gospodarczą, zajmuje się ubezpieczeniami i rok temu rozpoczęła studia z zarządzania. Żona często w obecności dzieci poniża i krytykuje męża, najczęściej dlatego, że jego koledzy mają lepszą pracę i lepiej im się powodzi. Starsza córka, Natalia, lat 16, jest wzorową uczennicą liceum. Nauczyciele zawsze podają ją za wzór do naśladowania. Jednak często od matki słyszy, że jest leniwa i za gruba. Natalia przyznała pedagogowi w szkole, że jest jej trudno, bo mama nie jest z niej zadowolona. Dlatego, żeby lepiej wyglądać i się uczyć, zaczęła zażywać amfetaminę i „dopalacze”.

Cała rodzina, na prośbę pedagoga, pojawiła się na spotkaniu w szkole. Spotkanie prowadzi pedagog, która poprosiła wychowawczynię Natalii o udział w spotkaniu. Cel, jaki został założony, to przede wszystkim przekazanie informacji, które pedagog posiada od Natalii na temat jej trudności. Kadra pedagogiczna posiada wiedzę na temat systemu funkcjonowania rodziny: mama Natalii jest osobą dominującą w rodzinie, narzuca swoje zasady, wobec Natalii jest nadmiernie oceniająca i wymagająca. Na powyższe wskazują zgłaszane przez Natalię sytuacje: kiedy Natalia otrzyma w szkole ocenę bardzo dobrą, to pyta, czemu nie jest to ocena celująca, a kiedy otrzyma ocenę

celującą, to pyta, kto jeszcze otrzymał z uczniów klasy szóstkę. Ojciec ma dobrą relację z córką, jednak jest ignorowany i poniżany przez żonę. W rodzinie nie ma spójnego systemu wychowawczego. Mama wprowadza swoją osobą niepokój i zamieszanie, często w ważnych sprawach zmienia zdanie.



Przebieg spotkania

Najlepiej jest, kiedy spotkanie odbywa się w pokoju pedagoga szkolnego. Ważne jest, by wszyscy uczestnicy spotkania mogli swobodnie siedzieć, nie będąc oddzielnym od siebie np. biurkiem, i tak, by wszyscy mogli siebie widzieć, np. krzesła ustawione w kręgu. Przed spotkaniem z rodziną, pedagog poinformowała Natalię, że będzie chciała się spotkać z nią i jej rodzicami w celu przekazania informacji, które od niej otrzymała. Po pierwsze dlatego, że są to bardzo ważne informacje i zagrażają jej zdrowiu, a po drugie dlatego, że jest dla niej ważna i chce się zająć jej trudnościami. Zapytała Natalię, czy chce powyższe informacje przekazać na wspólnym spotkaniu z rodzicami sama, czy ma to zrobić pedagog. Natalia poprosiła pedagoga o przekazanie informacji rodzicom. Pedagog zapytała również Natalię, czy w spotkaniu może uczestniczyć jej wychowawczyni, na co Natalia wyraziła zgodę.

Pedagog rozpoczyna rozmowę, przedstawiając siebie i wychowawczynię, następnie dziękuje rodzinie za przybycie. Podaje powód spotkania: że jest zaniepokojona o Natalię i dlatego czuje potrzebę przekazania informacji, jakie otrzymała od Natalii. Informuje również, że na koniec spotkania będzie możliwość zastanowienia nad tym czy, a po otrzymaniu zgody, w jaki sposób strona szkoły może pomóc w tej sytuacji.

Dalej powinna pojawić się przestrzeń dla rodziców i Natalii, by mogli się odnieść do powodów spotkania i jego przebiegu, który też powinien być na początku zaproponowany. Kiedy sytuacja i powód spotkania jest jasny, bez względu na reakcję rodziców,

kontynuujemy rozmowę. W takich sytuacjach bardzo często mama dziecka próbuje przejąć inicjatywę i zdominować spotkanie. Zdarza się, że twierdzi, iż się spieszy i nie ma czasu, że zwraca się jej niepotrzebnie głowę.

Wracając do spotkania, pedagog jeszcze raz pyta Natalię, czy chce sama powiedzieć rodzicom, czy jednak ma to zrobić ona. Najczęściej dzieci wolą, by to inna osoba powiedziała rodzicom o trudnych dla nich sprawach. I tak było w tej sytuacji. Pedagog informuje rodziców o tym, czego się dowiedziała od Natalii:

Chcę Państwu przekazać, że Natalia zażywa narkotyki, amfetaminę i „dopala-cze”. Wiem, że jest to bardzo poważna i trudna informacja, ale uznaliśmy, że jako rodzice powinniście o tym wiedzieć. Nie chcemy sytuacji, kiedy o różnych trudnych sprawach rodzice najczęściej dowiadują się ostatni. I tak też ustaliłyśmy z Natalią.

W tej części spotkania należy wskazać przestrzeń dla rodziców i Natalii. Najczęstsza pierwsza reakcja w takiej sytuacji wygląda tak, że mama kieruje zarzuty w stronę osób prowadzących to spotkanie i w stronę Natalii, głównie krytykując córkę oraz męża, np. pytając go:

Co tak siedzisz i nic nie mówisz? Jak zwykle zresztą nie można na ciebie liczyć.

Po wysłuchaniu rodziców, a w opisywanym przypadku głównie mamy, Natalia potwierdza słowa pedagoga. Ważne jest w opisywanej sekwencji zdarzeń, by zadbać o przestrzeń i możliwość wypowiedzi taty i Natalii. Najczęściej w takich sytuacjach występują dwie możliwości rozwoju sytuacji. W pierwszej z nich mama przerywa spotkanie i wychodzi; wówczas prowadzący kontynuuje spotkanie bez niej. W drugiej, po uspokojeniu emocji, należy dać rodzinie przestrzeń na wypowiedzenie się i kontynuować spotkanie. Rzadko się zdarza, że na pierwszym spotkaniu rodzina akceptuje sytuację i prosi o pomoc, np. pytaniem

Co możemy w tej sytuacji zrobić?

Osoby prowadzące muszą nieustannie i adekwatnie do rozwoju sytuacji reagować, wzmacniając pozytywnie tatę i Natalię, ale należy też nie zapominać o mamie i jej również udzielić pozytywnej informacji, np.

Pełni Pani bardzo ważną rolę w rodzinie i dziękuję, że mimo wielu zajęć znalazła Pani czas i jest tu z nami.

Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, prowadząca powinna zadać pytanie:

Czy my, jako szkoła, możemy coś dla Państwa zrobić? Natomiast co do Ciebie, Natalio, to chcę, żebyś wiedziała, że możesz na mnie liczyć, oczywiście w obszarze, na którym się znam. Zawsze możemy rozmawiać i mogę Cię wspierać.

Nie należy składać obietnic bez możliwości ich realizacji, np. braku własnych kompetencji lub łamania przez ucznia prawa, mówiąc mu, że nie poniesie konsekwencji.

Dalej należy dodać:

Dodatkowo chcemy z koleżanką przekazać Państwu kontakt do poradni, w której pracują specjaliści zajmujący się udzielaniem pomocy dla młodzieży używającej substancje uzależniające i ich rodzinami. To już do Państwa decyzji należeć będzie, czy z tego skorzystacie. Jednak moim zdaniem warto tam się wybrać, chociażby po to, by specjalista mógł wypowiedzieć się na ten temat, i dalej, w zależności od wyniku tego spotkania, podpowiedzieć Państwu, co możecie zrobić i jak dalej postępować.

Na zakończenie spotkania należy się upewnić czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich. Kontakt do poradni należy przekazać w formie ulotki lub innej papierowej wersji, nie należy się ograniczyć tylko do przekazania informacji słownej.

Kończąc spotkanie, prowadzący dziękuje za przybycie i poświęcony czas. W przedstawionym przebiegu spotkania główny cel został zrealizowany. Szkoła może angażować się w dalsze postępowanie z Natalią, w tej konkretnej sytuacji jest to zalecane, ze względu na zaufanie jakim, Natalia obdarzyła pedagoga. Wsparcie Natalii może polegać na regularnych spotkaniach z pedagogiem, jednak główna praca terapeutyczna z Natalią i jej rodzicami lub jednym z rodziców powinna odbywać się w poradni i poza szkołą.



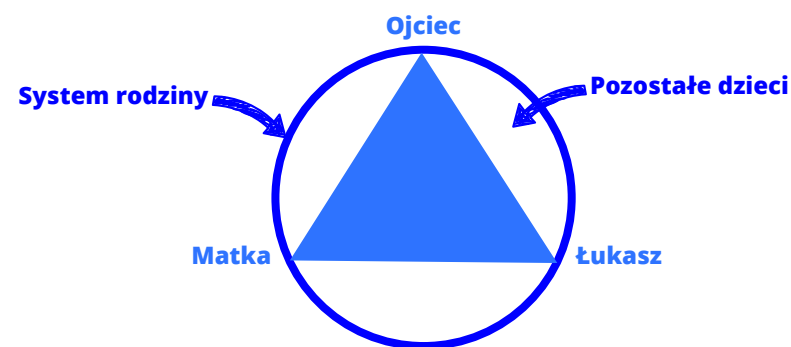
PRZYPADEK CZWARTY



Opis Rodziny

Rodzina pełna, wychowują trójkę dorastających dzieci. Mieszkają w dużym mieszkaniu. Ojciec dużo pracuje i dobrze zarabia, matka, z wykształceniem wyższym, pracowała krótko przed urodzeniem pierwszego dziecka. Mąż konsekwentnie od lat wydzieła żonie pieniądze. Kwota, jaką otrzymuje, jest zawsze uzależniona od zachowania jej i dzieci wobec niego. Najstarszy syn, Łukasz, lat 17, jest uczniem szkoły średniej. Osiąga niskie wyniki w nauce i potrafi być agresywny wobec innych. Dyrekcja szkoły wie, że wcześniej zażywał narkotyki, sam się do tego przyznał. Przyjmowany do technikum twierdził, że już z tym skończył i to też był warunek przyjęcia go do szkoły. Jednak jego zachowanie, jak i wygląd wskazują na to, że dalej zażywa narkotyki.

Cała rodzina, na prośbę dyrektora, pojawiła się na spotkaniu w szkole.



Spotkanie prowadzi dyrektor, który poprosił wychowawczynię Łukasza o towarzyszenie mu w tym spotkaniu. Cel, jaki sobie założył, to przede wszystkim przekazanie spostrzeżeń, które posiada na temat funkcjonowania Łukasza w szkole oraz nawiązanie do faktu, że wcześniej zażywał narkotyki. Prowadzący spotkanie posiadają wiedzę na temat systemu funkcjonowania rodziny: ojciec jest wyrazistą osobą, decydującą o wszystkim w rodzinie, bardzo dobrze zarabia; matka nie pracuje, zajmuje się domem i dziećmi.



Przebieg spotkania

W opisywanym przypadku spotkanie może odbywać się w gabinecie dyrektora. Ważne jest, by wszyscy uczestnicy spotkania mogli swobodnie siedzieć i tak, by wszyscy mogli siebie widzieć, np. wokół stołu do spotkań, który często w gabinetach dyrektorów się znajduje. Czas trwania spotkania do 50 minut.

Pan dyrektor rozpoczyna rozmowę, przedstawiając się i swoją koleżankę, a dalej dziękując rodzinie za przybycie. Podaje powód spotkania, czyli to, że jest zaniepokojony o Łukasza, dlatego chciałby podzielić się swoimi spostrzeżeniami i wysłuchać jego opinii oraz na koniec określić czy, a po otrzymaniu zgody, w jaki sposób strona szkoły może pomóc w tej sytuacji.

Dalej, podczas spotkania, powinna pojawić się przestrzeń dla rodziców i Łukasza, by mogli się odnieść do powodów spotkania i jego przebiegu, który też powinien być na początku zaproponowany przez dyrektora. Kiedy sytuacja i powód spotkania są jasne, bez względu na reakcję rodziców, należy kontynuować rozmowę. W takich sytuacjach bardzo często ojcowie wyrażają swoje niezadowolenie, np. twierdząc, że syn nie jest już dzieckiem i to on powinien brać sam całą odpowiedzialność za swoje obowiązki i zachowanie, a jak nie, to będzie miał ograniczone pieniądze. Matki w takich sytuacjach najczęściej milczą i są wycofane.

Następnie dyrektor powinien podzielić się z rodziną swoimi spostrzeżeniami, kierując informacje w formie pytania w kierunku Łukasza:

Łukaszu, powiedz mi, o co chodzi; od jakiegoś czasu widzę i mam informacje od innych nauczycieli, że twoje zachowanie, ale też wygląd są niepokojące. Nie będę ukrywał, że pierwsze, o czym pomyślałem, to narkotyki. Że może nie do końca tak jest, jak mówiłeś, że narkotyki w twoim wypadku to przeszłość. Co Ty na to?

Najczęściej w takiej sytuacji dziecko milczy i nie chce mówić, zwłaszcza w obecności ojca. Wówczas wskazane jest zaproponowanie rodzicom opuszczenie gabinetu i prowadzenie rozmowy ponawiając pytanie, już bez obecności rodziców. Dzieci w takiej sytuacji przyjmują dwie najczęstsze postawy. Pierwszą jest zaprzeczanie wszystkiemu, wówczas szkoła może obserwować dalszy rozwój sytuacji, który najczęściej jest taki, że fakt zażywania narkotyków się potwierdza i dziecko przestaje uczęszczać do szkoły. Druga, kiedy dziecko czując, że intencje szkoły są autentyczne i uchroni go w pewnym stopniu przed trudnymi reakcjami ze strony ojca, przyznaje się do zażywania narkotyków.

Zakładając, że Łukasz wybrał drugą możliwość, dyrektor deklaruje pomoc i wsparcie ze strony szkoły na pewnych warunkach. Pierwszy warunek jest taki, że Łukasz zgłosi się do poradni i rozpocznie terapię, a szkoła będzie mogła monitorować jego obecności na terapii, lecz nie treść pracy terapeutycznej. Drugi warunek – rodzice też się zgłoszą do poradni w celu ich wsparcia w zakresie rozumienia i postępowania z dzieckiem używającym substancji. Trzeci warunek – Łukasz ustali z nauczycielami przedmiotów, z których ma złe oceny, co musi zrobić, by je poprawić, i w jakim czasie. W takiej sytuacji szkoła lub inna placówka może z młodą osobą podpisać kontrakt, tj. sporządzić pisemną umowę na realizację wyżej ustalonych zobowiązań.

Kiedy dziecko zaakceptuje te warunki, prócz zgłoszenia się do poradni rodziców, dyrektor mówi:

Teraz poprosimy Twoich rodziców i przedstawimy im to, na co się umówiliśmy. Chcesz im to sam powiedzieć czy mam zrobić to ja?

Najczęściej dzieci wybierają drugi wariant. Najlepiej, żeby dziecko poprosiło rodziców z korytarza i kiedy wszyscy są obecni, dyrektor przedstawia to, co ustalono:

Po pierwsze, chcę Państwu powiedzieć, że Łukasz zachował się poważnie, odpowiedzialnie i adekwatnie do swojego wieku – przyznał, że zażywa narkotyki. Po drugie, chcę powiedzieć, że razem z Łukaszem i panią wychowawczynią ustaliliśmy, że zgłosi się do poradni i tam rozpocznie terapię, a my ze strony szkoły będziemy monitorować czy regularnie uczęszcza na spotkania. Dodatkowo, zobowiązał się do ustalenia z nauczycielami zakresu materiału, jaki ma poprawić i w jakim czasie. Państwa też chcemy poprosić, byście zgłosili się do poradni, w celu wsparcia i dowiedzenia się, jak dalej postępować z synem. Co państwo na to?

W tym momencie należy pamiętać o przekazaniu pozytywnych informacji na temat ucznia, np. pochwalić, że zachował się odpowiedzialnie i dojrzałe, mówiąc wprost o swoich trudnościach i deklarując rozpoczęcie pracy nad sobą. Wychowawczynie powinny też się podzielić pozytywnymi spostrzeżeniami na temat Łukasza.

W opisywanej sytuacji najczęstsza pierwsza reakcja wygląda następująco: ojciec wyraża swoje niezadowolenie z faktu, że syn zażywa narkotyki, a on musi chodzić do jakiejś poradni i dodaje różne groźby kierowane w stronę dziecka. Matki natomiast są bliższe gotowości uczęszczania do poradni. Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, dyrektor powinien zadać pytanie:

Czy my, jako szkoła, możemy coś jeszcze dla Państwa zrobić?

Natomiast wychowawczynie może zadeklarować Łukaszowi swoją pomoc w obszarze swoich wychowawczych kompetencji. Wskazane jest też skierować pozytywne komunikaty w stronę mamy i ojca oraz całej rodziny, np. dyrektor może powiedzieć:

Chcę powiedzieć, że Państwa obecność na tym spotkaniu to dla nas bardzo ważny komunikat, który mówi, że możemy współpracować i bardzo Państwu zależy na zdrowiu i edukacji Państwa dziecka.

Dalej należy dodać:

Dodatkowo, chcemy z koleżanką przekazać Państwu kontakt do poradni, w której pracują specjaliści zajmujący się udzielaniem pomocy dla młodzieży używającej substancje uzależniające i ich rodzin. Warto tam się wybrać, chociażby po to, by specjalista mógł wypowiedzieć się na ten temat i dalej, w zależności od wyniku tego spotkania, podpowiedzieć, co możecie zrobić i jak postępować.

Na zakończenie spotkania należy się upewnić czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich. Kontakt do poradni należy przekazać w formie ulotki lub innej papierowej wersji, nie należy się ograniczyć tylko do przekazania informacji słownej.

Kończąc spotkanie, dziękujemy za przybycie i poświęcony czas. W przedstawionym przebiegu spotkania został główny cel osiągnięty. Szkoła powinna być zaangażowana w dalsze postępowanie z Łukaszem, zgodnie z ustaleniami. Natomiast główna praca z rodziną i Łukaszem powinna być przeniesiona do poradni ze specjalistyczną pomocą.





Przypisy końcowe

- 1 Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. poz. 1490)
- 2 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852,1655 oraz 1818)
- 3 Kohut S. J., Fivel, P. A., Blough, B. E., Rothman, R. B., & Mello, N. K., 2013, *Effects of methcathinone and 3-Cl-methcathinone (PAL-434) in cocaine discrimination or self-administration in rhesus monkeys. The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(09), s. 1985-1998
- 4 Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, *Protokół badania fizykochemicznego* nr 901 z dnia 8 czerwca 2016 r. (niepublikowany)
- 5 World Health Organization Critical Review Report: 5F-ADB. Genewa 2017, https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/CriticalReview_5F-ADB.pdf (dostęp: 15.07.2019 r.)
- 6 Carfentanil EMCDDA – Europol joint report, EMCDDA, Lisbon 2017, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6502/2017.6256_EN_04-WEB.pdf
- 7 Za Wolna Molekuła, <http://wolnamolekula.info/u-47700-bostwo-zeszlo-na-ziemie/> (dostęp 30.09.2018 r.)
- 8 <https://thedrugclassroom.com/video/etizolam/> (dostęp 30.09.2018 r.)
- 9 na podstawie <http://drugs.tripsit.me/4-ho-mipt> (dostęp 30.09.2018 r.)
- 10 na podstawie <https://psychonautwiki.org/wiki/4-HO-MiPT> (dostęp 30.09.2018 r.)
- 11 Młodzież 2010 *Opinie i diagnozy*, CBOS Warszawa 2011, <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> (dostęp 30.07.2018 r.)
- 12 Młodzież 2013 *Opinie i diagnozy*, CBOS Warszawa 2016, <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> (dostęp 30.09.2018 r.)
- 13 Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r, <https://www.talkingdrugs.org/pl/reports/espada-2011-u%C5%BCywanie-substancji-psychoaktywnych-przez-m%C5%82odzie%C5%BC-szkoln%C4%85> (dostęp 30.09.2018 r.)
- 14 Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2015 r, <http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD%202015.pdf> (dostęp 30.07.2018 r.)
- 15 Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz., *Uzależnienie od narkotyków – podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 2012
- 16 Szukalski B., *Analiza środków psychoaktywnych w materiale biologicznym. Alkoholizm i Narkomania*, Tom 14, Nr I, ss. 151-163
- 17 <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=112300> (31.07.2019 r.)
- 18 *Szkolne procedury postępowania nauczycieli (pracowników szkoły) i metody współpracy szkoły z Policją w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością i demoralizacją. Procedura V. Opracowane w ramach programu sfinansowanego przez Unię Europejską w ramach programu „Uczenie się przez całe życie”.*
- 19 *Szkolne procedury postępowania nauczycieli (pracowników szkoły) i metody współpracy szkoły z Policją w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością i demoralizacją. Procedura II. Opracowane w ramach programu sfinansowanego przez Unię Europejską w ramach programu „Uczenie się przez całe życie”*
- 20 Perkins G.D., Handley,A.J.,Koster, R.W. Wytyczne resuscytacji 2015
- 21 Biliński P., Jabłoński P., Jędrzejko M., *Narkotyki i dopalacze. Zjawisko, zagrożenia, profilaktyka*. Główny Inspektorat Sanitarny. Warszawa 2011
- 22 http://i-doser.pl/t/9_dziala_nie_dziala_dlaczego.html (31.07.2019 r.)
- 23 Burda P., *Nowe substancje psychoaktywne – toksyczność, zatrucia, i skutki zdrowotne ostrych intoksykacji. W: Nowe narkotyki w Polsce, tendencje - zagrożenia – procedury postępowania*, red. Ewa Waluk. Warszawa: 2016, 30. Dostęp 1.05.2019. <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Poradnik-Nowe-Narkotyki-w-Polsce.pdf>
- 24 Zuba D., *Czym są nowe narkotyki z jakimi mamy do czynienia na rynku polskim w ostatnich latach? W: Nowe narkotyki w Polsce, tendencje - zagrożenia – procedury postępowania*, red. Ewa Waluk. Warszawa: 2016, 30. Dostęp 1.05.2019. <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Poradnik-Nowe-Narkotyki-w-Polsce.pdf>
- 25 Jędrzejko M., Białas T. *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne. Zjawisko zagrożenia profilaktyka* Warszawa: Aspra, 2019. 237-241
- 26 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania* w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000
- 27 Robson, P. *Narkotyki*. WMP, Kraków 1997
- 28 Michalczyk, Z., *Używanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej II wydanie. Warszawa 2018
- 29 *LISTA „TOP 10” Substancje psychoaktywne, najczęściej identyfikowane w „nowych narkotykach”*. Główny Inspektorat Sanitarny. Departament Nadzoru Nad Środkami Zastępczymi. Warszawa 2019
- 30 Badania I-TREND, Uniwersytet Humanistyczny SWPS. Warszawa 2014.
- 31 Michalczyk Z., *Program Psychoterapii Rozwojowej Adolescentów z Podwójną Diagnozą*. Otwock 2009
- 32 Dane statystyczne osób przyjmowanych na leczenie do Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku, z roku 2019
- 33 Raport Krajowy 2009 *Sytuacja narkotykowa w Polsce*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
- 34 Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 2008
- 35 Koczurowska J., *Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym w: Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, Warszawa Wyd. II, 2016,283-297
- 36 Pisarska A., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski, K. Raduj, J. 2012, *Używanie substancji psychoaktywnych oraz agresja i przemoc wśród uczniów szkół gimnazjalnych z perspektywy badań ilościowych i jakościowych w: Alkoholizm i Narkomania*, Tom 25, nr 4, 357-382
- 37 Erickson, Carlton K. (2007), *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, 28-34.
- 38 Ostaszewski K., (2008) *Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych, Alkoholizm i narkomania*, 21(4), 363-389.
- 39 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852,1655 oraz 1818)

- 40 *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, z 2019 r. poz. 730,1690)
- 41 *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)
- 42 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386)
- 43 Janusz D., *Kompetencje instytucji i podmiotów w zakresie pomocy osobom uzależnionym od nowych narkotyków*, 2016 w: red. Waluk E., *Nowe narkotyki w Polsce-tendencje, zagrożenia, procedury postępowania*, Główny Inspektorat Sanitarny 164-172
- 44 *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich* na podstawie art. 29 ust. 2 pkt 1,Dz.U. 2007 nr 93 poz. 627
- 45 *Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym*. VIII edycja 2017, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Warszawa
- 46 Art. 26 *Ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o zmianie ustawy – Prawo oświatowe, ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw*, Dz.U. z 2018 r. poz. 2245,2432, z 2019 r. poz. 534
- 47 Ostaszewski K., *Standardy profilaktyki. Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii*, Warszawa 2016
- 48 Michalczyk Z., *Używanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej II wydanie. Warszawa 2018. Str. 99-102.
- 49 Ostaszewski, K. (2008) *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży*. W: J. Mazur I. Tabak A., Małkowska-Szcutnik K., Ostaszewski H., Kołło A., Zielska A., Kowalewska (red.). *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006*, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, s. 19-45
- 50 Werner, E.E. *Overcoming the odds*, Developmental and Behavioral Pediatrics,1994
- 51 Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B. *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work, Child Development*, 2000 Vitaro F., Carbonneau R., Assaad J-M., *Les enfants de parents affectés d'une dépendence. Problemes et résilience*. Québec: Presses de l' Université du Québec, 2006.
- 52 Garmezy N., Masten A. S., Tellegen A., *The study of stress and competence in children: A bulding block for developmental psychopathology.*, Child Development,1984
- 53 Fergus S., Zimmerman M., *Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk*, Annual Review of Public Health, 2005
- 54 Werner E., *Protective factors and indyvidual resilience* [w:] Shonkoff J., Meisels S. (red.): *Handbook of Early Childhood Intrvention*, Cambridge University Press, 2000
- 55 Michalczyk Z.: *Czynniki chroniące dzieci i młodzież przed sięganiem po substancje psychoaktywne*, Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia nr 1/2019
- 56 Michalczyk Z., *Używanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej II wydanie, Warszawa 2018. Str. 155-157



ISBN: 978-83-954638-2-2