

KAMPANIA SPOŁECZNA DOROŚLI DZIECIOM  
- MAZOWSZE NA RZECZ  
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

[www.mcps.com.pl](http://www.mcps.com.pl)

[www.facebook.com/mcpswarszawa](https://www.facebook.com/mcpswarszawa)



MAJZ WE MNIE  
WSPARCIE!

MATERIAŁY INFORMACYJNE  
WARSZAWA 2018

Autorzy tekstów:

**Artur Malczewski**

**Zbigniew Michalczyk**

Redakcja i opracowanie tekstów:

**Piotr Oniszk - koordynator kampanii**

*Warszawa 2018*

*Publikacja przeznaczona jest do bezpłatnej dystrybucji*

*ISBN 978-83-63332-64-8*

*Copyright by Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej*

*Wydawca*

*Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej*

*Ul. Nowogrodzka 62A*

*02-002 Warszawa*

*Wersja elektroniczna publikacji znajduje się na stronie  
internetowej Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej  
[www.mcps.com.pl](http://www.mcps.com.pl)*

# Spis treści

1. Słowo wstępne, Artur Pozorek, p.o. Dyrektora Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej	4
2. Diagnoza Mazowska w zakresie problematyki narkotyków i narkomanii	5
a) Używanie narkotyków przez młodzież szkolną	5
b) Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki w Otwocku	8
3. Opis substancji psychoaktywnych	11
4. Sygnały ostrzegawcze	16
5. Co chroni dzieci i młodzież przed sięganiem po narkotyki?	16
6. Postępowanie w sytuacji kiedy dziecko zażywa narkotyki	20

*Kampania społeczna realizowana jest pod Honorowym Patronatem Marszałka Województwa Mazowieckiego Pana Adama Struzika.*

*Kampania społeczna „Dorośli dzieciom – Mazowsze na rzecz przeciwdziałania narkomanii” opracowana i realizowana jest przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, które jest jednostką budżetową Samorządu Województwa Mazowieckiego. Kampania społeczna finansowana jest ze środków przeznaczonych na realizację Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020.*

# 1.

## Słowo wstępne

**Artur Pozorek, p.o. Dyrektora  
Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej**

Szanowni Państwo,

Wiedza to potęga, jak mawiał Francis Bacon. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej oddaje w Państwa ręce bardzo duży zasób wiedzy na temat problemu, jakim jest używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych - narkotyków. Badania są przerażające: gimnazjaliści i licealiści z Mazowsza częściej niż ich rówieśnicy z innych województw sięgają po narkotyki, a liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków jest najwyższa w całym kraju. Szkoła, dyskoteki, bary, apteki, sklepy - to tu, wg badań można nielegalnie zdobyć środki, które niszczą nie tylko zdrowie zażywającego ale zataczają szerokie kręgi, destrukcyjnie wpływając na życie rodzinne, edukację i funkcjonowanie w społeczeństwie.

Kampania społeczna o charakterze edukacyjno-informacyjnym „Dorośli Dzieciom - Mazowsze na rzecz przeciwdziałania narkomanii”, to wiedza przede wszystkim dla rodziców i nauczycieli oraz profesjonalistów, którzy na co dzień mogą stykać się z problemem uzależnienia od narkotyków i narkomaniją.

Z broszury, którą otrzymaliście Państwo można dowiedzieć się o tym, jak istotnym problemem jest zażywanie nielegalnych substancji psychoaktywnych. Znajdą tu Państwo między innymi opis substancji psychoaktywnych, oraz jak rozpoznać sygnały ostrzegawcze, by w odpowiedniej chwili zareagować na pojawiające się problemy. Dzięki specjalistycznym artykułom oraz innym opracowaniom, które są dostępne na stronie internetowej Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej [www.mcps.com.pl](http://www.mcps.com.pl) pozyskacie Państwo wiedzę o tym, jak chronić dzieci i młodzież przed sięganiem po narkotyki, a w sytuacji gdy pojawią się problemy, to gdzie szukać pomocy.



## 2.

# Diagnoza Mazowska w zakresie problematyki narkotyków i narkomanii

## 2 a. Używanie narkotyków przez młodzież szkolną – diagnoza Mazowska<sup>1</sup>

Ostatnie wyniki badania ESPAD<sup>2</sup> na młodzieży szkolnej z 2015 roku pokazują, że gimnazjaliści z Mazowsza przodują w rozpowszechnieniu używania niemal wszystkich substancji psychoaktywnych innych niż alkohol lub tytoń, za wyjątkiem marihuany i haszyszu oraz leków uspokajających i nasennych przyjmowanych bez przepisu lekarza.

Uczniowie mazowieckich szkół ponadgimnazjalnych natomiast, zajmują pierwsze miejsce pod względem rozpowszechnienia używania takich substancji jak metamfetamina, LSD lub inne halucynogeny oraz kokaina. Warto podkreślić, że wskaźniki używania tych substancji są o wiele niższe od używania marihuany. Ponadto używanie dopalaczy także jest na Mazowszu bardziej powszechne niż w innych województwach w Polsce. Analizując wskaźnik używania dopalaczy w czasie ostatnich 30 dni oraz 12 miesięcy odnotowujemy, że mazowieccy uczniowie zajmują pierwsze miejsce wśród badanych województw pod względem używania dopalaczy. Znacznemu rozpowszechnieniu używania narkotyków przez mazowieckich gimnazjalistów towarzyszy łatwość dostępu do nich. W ocenach dostępności wszystkich substancji nielegalnych z wyjątkiem przetworów konopi mazowieccy gimnazjaliści lokują się na pierwszym miejscu. Uczniowie z Województwa Mazowieckiego nie wyróżniają się pod względem znajomości miejsc, gdzie łatwo można kupić marihuanę lub haszysz. Natomiast gimnazjaliści z województwa mazowieckiego w porównaniu z innymi województwami wśród tych miejsc najczęściej wymieniali szkołę oraz dyskotekę lub bar.

Analizując skalę szkód zdrowotnych warto odnotować problem związany z nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP) tzw. dopalaczami oraz środkami zastępczymi (SZ). Do sierpnia 2017 roku odnotowano w województwie mazowieckim 156 interwencji medycznych z powodu użycia NSP. Stanowiły one 5% wszystkich zdarzeń w Polsce. W 2016 roku zarejestrowano 128 interwencji.

1. Analiza dokonana na podstawie wybranych danych zastanych.

2. „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD). W 2015 roku zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat) naszego kraju. Badania ESPAD w naszym kraju zrealizowano po raz pierwszy w 1995 r. z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy. Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Celem badania była jednak również próba identyfikacji i pomiaru czynników wptywających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu jak podaży. W badaniu poruszono także kwestie, jak dostępność substancji psychoaktywnych, zarówno w wymiarze fizycznym jak psychologicznym, gotowość do podjęcia prób z tymi środkami, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem. Wszystkie te kwestie zostały poddane pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań dla młodzieży całego kraju i porównania z wynikami badań ESPAD z 1995 r., 1999 r., 2003 r., 2007 r. i 2011 r. Badanie ESPAD jest pierwszym ogólnopolskim badaniem spełniającym warunki międzynarodowej porównywalności i jednocześnie podjętym z intencją śledzenia trendu w zakresie używania substancji przez młodzież szkolną. Badanie ESPAD zrealizowano w Polsce w latach 1995r., 1999 r., 2003 r., 2007 r., 2011r. oraz obecnie prezentowane w 2015r. Raport znajduje się na stronie internetowej MCPS [www.mcps.com.pl](http://www.mcps.com.pl) w zakładce: kampania społeczna „Dorośli dzieciom”

## Zgony z powodu używania narkotyków

Informacje o zgonach z powodu narkotyków w Polsce uzyskiwane są z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Z ogólnej bazy wyselekcjonowane zostały kody ICD (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Światowej Organizacji Zdrowia) F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14. Najnowsze dane dotyczące zgonów dotyczą roku 2014.

W 2013 roku odnotowano 247 zgonów w tym 81 na Mazowszu. W 2014 roku liczba zgonów wzrosła do 279 przypadków. W województwie mazowieckim odnotowano dynamiczny wzrost zgonów z 81 do 126 osób. Zarówno w liczbach bezwzględnych jak i biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców w województwie mazowieckim rejestrujemy najwyższe wskaźniki zgonów z powodu użycia narkotyku. W 2013 wskaźnik dla Mazowsza był ponad dwukrotnie wyższy rok później już ponad trzykrotnie wyższy. Dane dotyczące Polski i województw zostały zawarte w tabeli 1.

**Tabela 1. Liczby zgonów z powodu przedawkowania narkotyków oraz wskaźnik zgonów na 100 000 mieszkańców (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w 2013- 2014 r. wg województw**

województwa	liczby zgonów wg krajowej definicji: 2014	wskaźnik śmiertelności na 100 tys. 2014	liczby zgonów wg krajowej definicji: 2013	wskaźnik śmiertelności na 100 tys. 2013
Dolnośląskie	12	0,41	6	0,21
Kujawsko-pomorskie	9	0,43	5	0,24
Lubelskie	12	0,56	14	0,65
Lubuskie	1	0,10	5	0,49
Łódzkie	13	0,52	11	0,44
Małopolskie	6	0,18	8	0,24
<b>Mazowieckie</b>	<b>126</b>	<b>2,36</b>	<b>81</b>	<b>1,52</b>
Opolskie	0	0,00	2	0,20
Podkarpackie	1	0,05	5	0,23
Podlaskie	9	0,76	5	0,42
Pomorskie	26	1,13	37	1,61
Śląskie	26	0,57	31	0,67
Świętokrzyskie	0	0,00	1	0,08
Warmińsko-mazurskie	9	0,62	12	0,83
Wielkopolskie	14	0,40	13	0,37
Zachodniopomorskie	15	0,87	11	0,64
Polska	279	0,73	247	0,64

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

## Leczenie osób uzależnionych od narkotyków

Na terenie województwa mazowieckiego funkcjonuje wiele placówek<sup>3</sup> oferujących pomoc osobom używającym środków psychoaktywnych. Zasoby województwa tworzą placówki ambulatoryjne, stacjonarne, oddziały detoksykacyjne, placówki diagnozujące zakażenie

<sup>3</sup> Baza placówek znajduje się na stronie internetowej MCPS [www.mcps.com.pl](http://www.mcps.com.pl)

HIV, hostele/mieszkania readaptacyjne oraz programy leczenia substytucyjnego. Odnotowuje się także **znaczącą liczbę wykwalifikowanej kadry** pracującej z osobami używającymi narkotyków, w szczególności w obszarze leczenia i rehabilitacji. Zwraca jednak uwagę fakt, że dostępność do oferty poszczególnych typów placówek może być ograniczona w pewnych regionach tzn. **brakuje równomiernego rozłożenia placówek** na terenie województwa oraz wskazuje się na **potrzeby rozszerzenia wiedzy** z zakresu problematyki narkotyków i narkomanii wśród innych grup zawodowych mających styczność z osobami używającymi narkotyków. Analizując skalę szkód zdrowotnych warto odnotować problem związany z nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP) oraz środkami zastępczymi (ŚZ). Od kilku lat zbierane są w Polsce dane dotyczące zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków w ramach europejskiego wskaźnika TDI (ang. Treatment Demand Indicator). Dane są co roku raportowane do Agencji Komisji Europejskiej EMCDDA (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii). W 2015 roku informacje o osobach uzależnionych od narkotyków zaraportowało ponad 150 placówek leczniczych z całej Polski do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, raportując informacje o każdej osobie zgłoszonej do leczenia z powodu narkotyków. Należy wspomnieć o ograniczeniu w porównaniu między województwami, ponieważ system nie obejmuje jeszcze wszystkich placówek leczących osoby uzależnione od narkotyków. W 2015 roku do leczenia zgłosiło się 9013. Do porównań między województwami zastosowano wskaźnik na 100 tysięcy osób. W tym przypadku województwo mazowieckie [wskaźnik 33] jest na trzecim miejscu za województwem lubuskim [49] oraz dolnośląskim [37].

W 2015 roku najczęściej osoby podejmowały leczenie w Polsce z powodu używania stymulantów. Najbardziej popularnym stymulantem w Polsce jest amfetamina. Przyjrzyjmy się jak wygląda sytuacja w poszczególnych województwach. Spośród 1886 osób, które podjęły leczenie z powodu amfetaminy 238 z nich było mieszkańcami Mazowsza. Mniej osób zgłosiło się do leczenia w województwie dolnośląskim 232 oraz w województwie śląskim 224 osoby.

Analizując wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców odnotowujemy, że województwo mazowieckie jest na ósmym miejscu z ponad czterema osobami na 100 tysięcy. Najwyższe wskaźniki odnotowujemy w województwie kujawsko-pomorskim (8,8) oraz dolnośląskim (8).

**Marihuana i haszysz są najbardziej popularnymi narkotykami.** Z powodu ich używania do leczenia zgłosiło się 2525 osób w tym z województwa mazowieckiego 276 osób. Najwięcej osób podjęło leczenie w województwie dolnośląskim (368) oraz śląskim (289). Województwo mazowieckie jest na 10 miejscu wskaźnika osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania konopi (5,17) na miejscu pierwszym jest województwo dolnośląskie (12,65) nie wiele mniejszy wskaźnik odnotowujemy w województwie kujawsko-pomorskim.

W województwie mazowieckim największa liczba rodzin została objęta pomocą społeczną - 741 (17% wszystkich objętych pomocą) na drugim miejscu jest województwo śląskie 461. W przypadku wskaźnika liczby osób w rodzinach również województwo mazowieckie jest na pierwszym miejscu z liczbą 1167 osób (13%).

## 2 b. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku

Program Ośrodka dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku jest realizowany od 1998 roku. W czasie funkcjonowania Ośrodka, średnio rocznie jest przyjmowanych 80 pacjentów na terapię z powodu uzależnienia. Spośród wszystkich osób, przyjętych do Ośrodka w latach 1998-2000 około 80% były to osoby uzależnione od heroiny (brązowa heroina do palenia - brown sugar) oraz nikotyny i alkoholu. W latach 2001-2005 ta tendencja uległa zasadniczej zmianie. Ówcześni pacjenci trafiający na terapię do Ośrodka to osoby w około 80% uzależnione od amfetaminy i innych psychostymulatorów oraz nikotyny i alkoholu. W kolejnych latach 2006-2010, ta sytuacja ponownie uległa zmianie. Wówczas około 80% pacjentów trafiających do Ośrodka to osoby używające głównie marihuanę, mefedron i dopalacze oraz nikotynę i alkohol. **Od 2011 roku pacjenci przyjmowani do Ośrodka zażywają głównie marihuanę i amfetaminę oraz nikotynę i alkohol.**

Poniżej przedstawione zostały wyniki badań, które opracowano w oparciu o wywiad i diagnozę pacjentów przebywających w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku w okresie od stycznia 2014 roku do marca 2016 roku. Razem objętych badaniem było **153 pacjentów w wieku 14-19 lat i byli to pacjenci w 70% z terenu województwa mazowieckiego.**

**Tabela 1. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie alkoholu.**

Alkohol	Liczba osób	Procent
nie	12	7,8
tak	141	92,2
Ogółem	153	100,0

**Tabela 2. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie nikotyny.**

Nikotyna	Liczba osób	Procent
nie	10	6,5
tak	143	93,5
Ogółem	153	100,0

**Tabela 3. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie kanabinoli.**

Kanabinole	Liczba osób	Procent
nie	6	3,9
tak	147	96,1
Ogółem	153	100,0

**Tabela 4. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie amfetaminy.**

Amfetamina	Liczba osób	Procent
nie	47	30,7
tak	106	69,3
Ogółem	153	100,0

**Tabela 5. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie dopalaczy.**

Dopalacze	Liczba osób	Procent
nie	81	52,9
tak	72	47,1
Ogółem	153	100,0

**Tabela 6. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie mefedronu.**

Mefedron	Liczba osób	Procent
nie	67	43,8
tak	86	56,2
Ogółem	153	100,0



**Tabela 7. Częstości i procent osób ze względu na używanie środków halucynogennych.**

Środki halucynogenne	Liczba osób	Procent
nie	113	73,9
tak	40	26,1
Ogółem	153	100,0

**Tabela 8. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie extasy.**

Extasy	Liczba osób	Procent
nie	130	85,0
tak	23	15,0
Ogółem	153	100,0

**Tabela 9. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie kokainy.**

Kokaina	Liczba osób	Procent
nie	117	76,5
tak	36	23,5
Ogółem	153	100,0

**Tabela 10. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie heroiny.**

Heroina	Liczba osób	Procent
nie	149	97,4
tak	4	2,6
Ogółem	153	100,0

**Tabela 11. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie opiatów.**

Morfina i inne opiaty	Liczba osób	Procent
nie	150	98,0
tak	3	2,0
Ogółem	153	100,0

**Tabela 12. Częstości i procent osób ze względu na używanie acodinu i innych leków.**

Acodin i inne leki	Liczba osób	Procent
nie	112	73,2
tak	41	26,8
Ogółem	153	100,0

**Tabela 13. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie inhalatorów.**

Aerozole i rozpuszczalniki	Liczba osób	Procent
nie	140	91,5
tak	13	8,5
Ogółem	153	100,0

\* wyniki obliczone dla różnych liczebności, ze względu na braki danych.

## Z przedstawionych powyżej danych można sformułować następujące wnioski

1. Obecnie powodem, dla którego młodzież trafia na terapię stacjonarną do Ośrodka jest używanie kilku substancji psychoaktywnych naprzemiennie. Nie można wyłonić jednej wiodącej substancji lub grupy substancji psychoaktywnych powodujących uzależnienie krzyżowe. Najczęściej używanymi substancjami psychoaktywnymi są **kanabinole** 147 osób, **nikotyna** 143 osoby, **alkohol** 141 osób i **amfetamina** 106 osób. Na kolejnych miejscach są to **mefedron** 86 osób, **dopalacze** 72 osoby, **środki halucynogenne** 40 osób, **acodin** i inne leki 41 osób, kokaina 36 osób, extasy 23 osoby, aerozole i rozpuszczalniki 13 osób, heroina 4 osoby, morfina i inne opiaty 3 osoby.
2. Z nielegalnych substancji psychoaktywnych zażywanych przez pacjentów Ośrodka **największą intensywność**, przedstawioną w gramach na dobę, osiągają **dopalacze**, gdzie średnia wynosi **3,22 g/dobę** oraz **mefedron**, gdzie średnia wynosi **2,45 g/dobę**.

3. Wiek w jakim dochodzi do inicjacji z substancjami psychoaktywnymi wśród osób przebywających na terapii w Ośrodku rozkłada się następująco. Najwcześniej dochodzi do inicjacji z nikotyną i jest to średnio 12,36 rok życia oraz alkoholu i jest to 12,66 r.ż. Dalej wygląda to następująco: kanabinoles 13,55 r.ż.; acodin i inne leki 14,50 r.ż.; aerozole i rozpuszczalniki 14,57 r.ż.; dopalacze 14,64 r.ż.; amfetamina 14,69 r.ż.; mefedron 15,17 r.ż.; extasy 15,25 r.ż.; kokaina 15,34 r.ż.

## Wnioski

Przedstawione wyniki badań prowadzonych na pacjentach Ośrodka w znaczącym zakresie pokrywają się z badaniami ogólnokrajowymi realizowanymi metodą ESPAD – ostatni raport z 2015r. Zatem model zażywania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ze względu na rodzaj substancji, można przedstawić następująco.

1. Należy stwierdzić, że inne substancje są wybierane przez dzieci i młodzież na dokonywanie inicjacji z substancjami uzależniającymi, a są to alkohol i nikotyna. Natomiast inne substancje psychoaktywne powodują uzależnienie i są to głównie kanabinoles oraz psychostymulatory.

2. Obecnie **dzieci i młodzież przede wszystkim uzależniają się** od grupy substancji, w której skład wchodzi cztery podstawowe substancje uzależniające. Po pierwsze są to kanabinoles używane głównie w postaci palonej **marihuany** rzadziej skuna i haszyszu, ale również **dopalaczy** w postaci syntetycznych kanabinoli. Po drugie jest to **amfetamina** i inne psychostymulatory takie jak dopalacze psychostymulujące, **mefedron, kokaina i metamfetamina**. Po trzecie jest to **alkohol**, który jeżeli chodzi o rozpowszechnienie nieregularnego spożywania oraz wieku inicjacji jest na pierwszym miejscu. Alkohol najczęściej spożywany przez dzieci i młodzież to piwo, a najrzadziej to wino. Po czwarte jest to **nikotyna palona** przede wszystkim w postaci papierosów, ale również przyjmowana jako tabaka. Nikotyna podobnie jak alkohol jest na czołowym miejscu jeżeli chodzi o wiek inicjacji i jest substancją, która najczęściej jest zażywana łącznie z innymi substancjami.

Dodatkowo dzieci i młodzież sięgają po leki oraz substancje wziewne, które stosują w celu odurzania się co w konsekwencji też może prowadzić do uzależnienia.

Leki zażywane przez dzieci i młodzież można podzielić na trzy grupy. Pierwszą grupę leków stanowią leki ogólnie dostępne i są to głównie paracetamol, ibuprofen, etopiryna itp. Leki te są zażywane w dużych ilościach w celu zmiany swojego stanu świadomości. Drugą grupę leków stanowią leki, które w swym składzie zawierają pseudoefedrynę lub pseudokodeinę czego przykładem może być acodin. Acodin występuje w tabletkach, można go zakupić bez recepty i jest najbardziej rozpowszechnionym lekiem w tej grupie. Trzecią grupę stanowią silne leki uspakajające i nasenne, które można zakupić wyłącznie z przepisu lekarza (na receptę).

**Używanie leków jest wyraźnie bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż chłopców.**

Substancje lotne to kolejna grupa substancji wybierana przez młodzież w celu odurzania się. Są to silne związki chemiczne, które działają depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy. Po zażyciu, poprzez inhalowanie się, występuje euforia z tendencją do fantazjowania oraz omamy wzrokowe. Grupa tych substancji jest bardzo liczna i łatwo dostępna. Środki te występują w każdym gospodarstwie domowym w postaci rozpuszczalników, klejów, gazu z zapalniczek, odświeżaczach do powietrza, markerach

do pisania, korektorach zawierających płynną toksyczną substancję itp. Kolejny wniosek mówi o tendencji lekkiego spadku używania alkoholu przez dzieci i młodzież. **Natomiast stan używania innych, głównie nielegalnych substancji psychoaktywnych, utrzymuje się na podobnym poziomie.**

Faktem jest również spostrzeżenie dotyczące **zacierania się ilościowej różnicy zażywania substancji psychoaktywnych ze względu na płeć.** Jeszcze dekadę temu ten stosunek wynosił około 30 % dziewcząt do 70% chłopców. Obecnie te proporcje wyraźnie wyrównują się. Od kilku lat w spożywaniu alkoholu, a obecnie też w zażywaniu innych substancji psychoaktywnych. Zauważyć to można również analizując osoby ze względu na płeć zgłaszające się na terapię do Ośrodka w Otwocku. O około 10 % więcej dziewcząt niż chłopców zgłasza się na terapię z powodu uzależnienia do Ośrodka. A jeszcze 2-3 lata temu te proporcje wynosiły **60% chłopcy i 40% dziewczęta.** Ta tendencja jest **wyraźna i utrzymuje się** od maja 2016 roku.

## 3.

### Opis substancji psychoaktywnych

#### 3.1. Amfetamina

**Wygląd:** biały lub beżowy proszek, tabletki, kapsułki.

**Sposób przyjmowania:** doustnie, wciągana przez nos lub wstrzykiwana.

**Objawy użycia:** przyptyw energii, poczucie mocy, podwyższenie nastroju, wzmożona aktywność, słowotok, zaburzenia snu (bezsennaść), brak apetytu, rozszerzone źrenice, przyspieszona czynność serca i szybki oddech, zaczerwienienie skóry, wysypka, suchość w ustach, podwyższone ciśnienie krwi, silny niepokój, napięcie i drażliwość. Pod koniec działania narkotyku występują objawy: zmęczenie i senność.

**Należy zwrócić uwagę na:** biały lub beżowy proszek, tabletki, kapsułki, małe foliowe, strunowe torebeczki, folię aluminiową, igły, strzykawki, pocięte rurki, słomki do napojów.

#### 3.2. Metamfetamina

**Wygląd:** bezbarwny, biały, żółty, pomarańczowy lub brązowy kolor proszku lub kryształków. Może być lepka o konsystencji miodu. Wyglądem przypomina brudny, mokry śnieg.

**Sposób przyjmowania:** doustnie, palona, wciągana przez nos lub wstrzykiwana.

**Objawy użycia:** przyptyw energii, poczucie mocy, podwyższenie nastroju, wzmożona aktywność, słowotok, zaburzenia snu (bezsennaść), brak apetytu, rozszerzone źrenice, przyspieszona czynność serca i szybki oddech, zaczerwienienie skóry, wysypka, suchość w ustach, podwyższone ciśnienie krwi, silny niepokój, napięcie i drażliwość, pociąganie nosem i/lub katar odczucie euforii. W końcowej fazie działania narkotyku - zmęczenie

i senność. Ma działania dłuższe i stan jest intensywniejszy od amfetaminy.

**Długotrwałe używanie może prowadzić do:** zaburzeń osobowości, depresji z próbami samobójczymi, zaburzeń funkcjonowania społecznego i urojeń, w tym urojeń prześladowczych, krwawienia z nosa, zniszczenia błony śluzowej, przedziurawienia przegrody nosowej, aseptycznej martwicy przegrody nosowej, kaszlu, chrypki, duszności.

### 3.3 Kokaina

#### 3.3a Kokaina

**Wygląd:** śnieżnobiały lub żółtawy proszek.

**Sposób przyjmowania:** wciągana przez nos, wstrzykiwana, zażywana doustnie, z domieszkami innych narkotyków.

#### 3.3b Crack

**Wygląd:** białe, beżowe lub brązowe kamyki (żwir) sprzedawany w foliowych woreczkach, folii aluminiowej.

**Sposób przyjmowania:** pali się w specjalnej fajce lub wdycha jego opary.

**Objawy użycia:** przyptyw energii, poczucie mocy, podwyższenie nastroju, wzmożona aktywność, rozszerzone źrenice, słabo reagujące na światło, pociąganie nosem i/lub katar, odczucie euforii, zmniejszenie niepokoju i zwiększa poczucie pewności siebie, zwłaszcza w kontaktach międzyludzkich. Przy większych dawkach mogą powstać również halucynacje i paranoje, przypominające objawy schizofrenii.

**Należy zwrócić uwagę na:** śnieżnobiały lub żółtawy proszek, a w przypadku cracku jasnobrązowe kuleczki „kamyki”, fajki, małe flakoniki, igły, strzykawki, małe foliowe torebeczki, lusterka.

**Długotrwałe używanie może prowadzić do:** zaburzeń osobowości, depresji z próbami samobójczymi, psychozy kokainowej – zaburzeń funkcjonowania społecznego i urojeń, w tym urojeń prześladowczych krwawienia z nosa, zniszczenia błony śluzowej, przedziurawienia przegrody nosowej, aseptycznej martwicy przegrody nosowej, kaszlu, chrypki, duszności.

### 3.4. Konopie indyjskie: Marihuana, haszysz (zawierają Tetrahydrokannabinol - THC)

#### 3.4a Marihuana oraz skun

**Wygląd:** brązowozielone liście i nasionka, mieszanina suchych liści i kwiatostanów

przypominająca trochę natkę pietruszki albo majeranek. Sprzedawane są jako szczyt rośliny. Średnia zawartość THC w marihuanie w Polsce około 10%.

**Sposób przyjmowania:** najczęściej marihuana palona jest w postaci skrętów w fajce lub w szklanych firkach o wiele rzadziej jest dodawana do potraw jak ciasteczka czy budyni.

Skun jest odmianą marihuany z dużą zawartością THC. Jest to genetycznie zmodyfikowana odmiana konopi uprawiana w specjalnych warunkach, głównie w uprawach zamkniętych (indoor) np. w domu.

### 3.4b Haszysz

**Wygląd:** brązowe i czarne kulki lub kostki, cienkie paski.

**Sposób przyjmowania:** najczęściej palony, może być także dodawany do potraw np. ciastek.

**Należy zwrócić uwagę na:** szklane fiki oraz małe fajki, torebki strunowe z resztkami liści.

**Przewlekłe stosowanie powoduje** powstanie zespołu amotywacyjnego: zaburzenia snu, zespół apatyczny z dominującym brakiem działania, 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.

Używanie konopi w dużych dawkach może prowadzić do zaburzeń **psychotycznych**. Zaburzenia psychotyczne mogą mieć także charakter zaburzeń chronicznych (np. schizofrenia). Występowanie dolegliwości i chorób ze strony układu oddechowego (np. bólów gardła, silnego kaszlu, duszności, zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc i zaciopowania dróg oddechowych). Badania dowodzą wyraźnego wzrostu ryzyka wystąpienia raka języka, krtani i płuc.). **Zespołu abstynencyjnego** od konopi, który pojawia się w przypadku zakończenia (zaprzestania) lub zmniejszenia używania przetworów konopi w dużych dawkach. Początek i przebieg zespołu abstynencyjnego są ograniczone czasowo. Wśród objawów występują: pragnienie użycia substancji, zmniejszenie apetytu, zaburzenia snu, chwiejność emocjonalna, lęk, nadwrażliwość na ból, pocenie się (przede wszystkim w nocy), ogólna pobudliwość i drażliwość, czasami agresywność, wewnętrzny niepokój i dziwne sny.

### 3.5. Ekstazy (3,4-Metylenodioksymetamfetamina - MDMA, 3,4-Metylenodioksyamfetamina - MDA)

**Wygląd:** białe lub kolorowe pigułki z wytłoczonymi wzorkami, ale także proszek, kapsułki.

**Sposób przyjmowania:** doustnie, ale ekstazy może być również wciągany po rozkruszeniu.

**Objawy użycia:** wzmożona pobudliwość, wyostrezone postrzeganie bodźców zewnętrznych (kolorów, dźwięków), brak łaknienia, przyspieszony oddech, podniesienie ciśnienia krwi, przyspieszenie pulsu, szczykościsk, suchość w ustach, halucynacje.



**Używanie może prowadzić do:** przypadków przedawkowania, którym towarzyszą objawy złośliwego zespołu neuroleptycznego (m.in. hipertermia, drgawki i śpiączka) i które mogą skończyć się śmiercią. Szczególnie niebezpieczne jest przyjmowanie MDMA przez osoby cierpiące na choroby układu krążenia (jak choroba niedokrwienna serca, arytmie, nadciśnienie tętnicze). MDMA może wywołać migotanie komór serca także u osób zdrowych. Innym zaburzeniem, które może zakończyć się śmiercią jest hiponatremia.

### 3.6. LSD

**Wygląd:** małe, kolorowe tabletki z nadrukami, kolorowe „kamyki do zapalniczek”, tabletki.

**Sposób przyjmowania:** doustnie.

**Objawy użycia:** rozszerzone źrenice, wymioty, przyspieszona czynność serca, podwyższone ciśnienie krwi, wzrost temperatury ciała, zaburzone postrzeganie rzeczywistości (widzenie dźwięków, słyszenie barw), chwiejność emocjonalna (od euforii do depresji), omamy wzrokowe, niekiedy lęk, nawroty doznań nawet po długim czasie od zaprzestania brania.

### 3.7. Grzyby halucynogenne

**Wygląd:** różnego rodzaju grzybki o zabarwieniu od żółtawego do czarnego z brązowym prześwitem.

**Sposoby przyjmowania:** doustnie – suszone lub surowe.

**Objawy użycia:** halucynacje wzrokowe, zaburzone postrzeganie czasu i przestrzeni, rozszerzone źrenice, zmiany nastroju, zupełne wyizolowanie z rzeczywistości, przeżycia mistyczne, lęk.

**Zwróć uwagę na:** różnego rodzaju grzyby świeże bądź suszone.

**Niebezpieczeństwo zażywania:** nigdy nie wiadomo, jak zadziałają. Wysokie ryzyko śmiertelnego zatrucia oraz przewlekłej psychozy.

### 3.8. Sterydy

**Objawy użycia:** poprawa nastroju, przytytu energii, poczucie siły i kondycji, zmiany skórne (plamy, zaczerwienienia), obrzęk twarzy, zaburzenia równowagi hormonalnej, nerwowość, impulsywność, agresywność.

**Sposób zażywania:** doustnie lub wstrzykiwanie.

**Zwróć uwagę na:** szybki przyrost masy mięśniowej u twojego dziecka, nieproporcjonalny do czasu poświęcanego ćwiczeniom na siłowni.

**Długotrwałe przyjmowanie może prowadzić do:** ciężkich uszkodzeń narządów wewnętrznych (wątroby, nerek, serca), osłabienia popędu płciowego, uszkodzenia chromosomów. Sterydy powodują także zaburzenia psychiczne o różnym nasileniu: rozdrażnienie, nerwowość, agresję, lęk, panikę, urojenia prześladowcze, depresję z myślami samobójczymi.

### 3.9. Leki uspokajające i nasenne

**Wygląd:** tabletki, kapsułki, płyny.

**Sposób przyjmowania:** doustnie, wstrzykiwane po rozpuszczeniu.

**Objawy użycia:** małe dawki dają poczucie odprężenia, większe dawki powodują senność i stan jak po upojeniu alkoholowym.

**Należy zwrócić uwagę na:** leki, opakowania po lekach, igły, strzykawki, amputki.

**Długotrwałe używanie prowadzi do:** uzależnienia psychicznego i fizycznego, zwiększa się tolerancja na leki, co oznacza, że trzeba przyjmować coraz większe dawki, pogarsza się ogólny stan zdrowia, obniża się poziom intelektualny, istnieje duże zagrożenie przedawkowaniem prowadzącym do śpiączki lub śmierci. Groźne w skutkach może być też mieszanie leków z alkoholem lub innymi środkami.

### 3.10. Heroina (brązowa lub biała, tzw. „kompot”)

**Wygląd:** biały lub beżowo-brązowy proszek, brunatna, różowa lub beżowa granulowana substancja przypominająca cukier, jasny lub ciemnobrązowy płyn o wyczuwalnym słodkim zapachu w przypadku tzw. „kompotu”.

**Sposób przyjmowania:** wstrzykiwanie w przypadku brązowej heroiny również palenie.

**Sposób przyjmowania:** najczęściej wdychany jest dym (wstrzykiwanie, rzadziej przyjmowana doustnie).

**Objawy i efekty użycia:** wpływa depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy, w szczególności na ośrodek oddechowy znosi odczuwanie bólu, wywołuje euforię, senność, błogą apatię, wprowadza w błogostan i stan niewrażliwości na przykre doznania, zwęża źrenice do wielkości główki szpilki, spowalnia perystaltykę żołądka i jelit kurczy zwieracze.

**Należy zwrócić uwagę na:** wygląd źrenic – bardzo małe, igły, strzykawki, ślady nakłuć po wstrzyknięciach, ślady krwi na bieliźnie, a w przypadku heroiny do palenia (brown sugar) na okopcone sreberka z folii aluminiowej, z czekolady itp.

#### Źródła:

1. Wikipedia
2. *Poradnik Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN): Szukaj porozumienia ze swoim dzieckiem „Bliżej siebie dalej od narkotyków”*
3. *Strona programu CANDIS prowadzona przez KBPN*

## 4.

### Sygnaly ostrzegawcze

Okres dojrzewania, to okres zmian u Twojego dziecka, niektóre z poniższych objawów są naturalnym elementem adolescencji, ale mogą też również wskazywać na problemy z używaniem substancji psychoaktywnych. Zwróć uwagę czy Twoje dziecko:

- ma zmienne nastroje jest dziwnie pobudzone, niecierpliwe, rozdrażnione,
- oddala się od rodziny i przyjaciół,
- staje się obcy, mimo że wcześniej kontakt był dobry lub całkiem niezły,
- unika kontaktu i kłamie, staje się tajemnicze i niedostępne,
- nie radzi sobie z nauką mimo że wcześniej nie było z tym problemów,
- wraca bardzo późno lub bez uzgodnienia nocuje poza domem,
- ma nowych znajomych, których nie zaprasza do domu,
- pozytywnie wypowiada się na temat narkotyków lub/i „dopalaczy”,
- znika z domu, spędza dużo czasu poza domem,
- ma nadmierny apetyt lub nie ma go w ogóle,
- ma przekrwione oczy, przewlekły katar.

Ponadto warto przyrzeć się, czy w pokoju lub mieszkaniu nie pojawiły się rzeczy, które mogą wskazywać na używanie narkotyków przez Twoje dziecko takie jak:

- Fifki, fajeczki, bibułki do skrętów, foliowe torebki strunowe,
- Proszki, tabletki nie znanego pochodzenia,
- Pisma dotyczące uprawy marihuany,
- Przesyłki pocztowe zawierające tabletki lub proszek.

Używanie narkotyków wiąże się z dodatkowymi wydatkami Twojego dziecka dlatego też warto zwrócić uwagę, czy z domu nie znikają pieniądze i wartościowe przedmioty jak również osobiste rzeczy dziecka, które mogą być wartościowe a przez to sprzedane w celu zakupu narkotyków.

## 5.

### Co chroni dzieci i młodzież przed sięganiem po narkotyki?

Już od blisko półwiecza badacze na całym świecie poszukują odpowiedzi na pytania jakie elementy sprzyjają, a jakie chronią dzieci i młodzież przed zachowaniami problemowymi, a w tym używaniem substancji psychoaktywnych. Te grupy elementów w literaturze przedmiotu zostały określane jako czynniki chroniące i czynniki ryzyka. **Czynniki chroniącymi** określamy wszystkie elementy zmniejszające prawdopodobieństwo wystąpienia u jednostki zachowań problemowych, a w tym te elementy, które zmniejszają oddziaływanie czynników ryzyka. Natomiast **czynnikami ryzyka** są wszystkie elementy,

które zwiększają ryzyko wystąpienia zachowań problemowych i w konsekwencji stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju lub funkcjonowania jednostki. Listy czynników chroniących jak i ryzyka bywają długie i różnorodne oraz różnie oceniana jest ich hierarchia ważności. W specjalistycznym piśmiennictwie można znaleźć ponad 30 czynników ryzyka i ponad 20 czynników chroniących.

Różne są też stanowiska co do rzeczywistego wpływu czynników ryzyka i czynników chroniących. Jedni badacze uważają, że są to inne czynniki, a drudzy, że rozwój czynników chroniących automatycznie redukuje czynniki ryzyka i ich wpływ na sięganie po substancje psychoaktywne.

Jednak w ostatnich latach to głównie czynniki chroniące są w obszarze zainteresowań badaczy. Wynika to przede wszystkim ze względu na skuteczność podejmowanych oddziaływań. Dziś już wiemy, że bardziej **skuteczne działania** są te, **które promują zdrowie i prozdrowotny tryb życia**, niż te stosowane w przeszłości, które skierowane były na redukcję problemów i „walkę” z patologią.

Początek badań nad czynnikami chroniącymi datuje się na drugą połowę lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Wówczas to powstała koncepcja rezyliencji (ang. *resilience*). Koncepcja ta zrodziła się w wyniku obserwacji rozwoju dzieci i młodzieży wzrastających w niekorzystnych warunkach życiowych. Teoria ta 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 wydarzeń. Należy też wspomnieć, że od tego momentu uwaga wielu badaczy, reprezentujących różne dziedziny naukowe, skoncentrowana na czynnikach ryzyka przeniosta się na rozpoznawanie czynników i mechanizmów chroniących (Werner, 1993; Rutter, 1979; Garmezy, 1985). 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 (Vitaro i in., 2006).

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

#### **Modele działania czynników chroniących.**

**1. Model równoważenia ryzyka**, kiedy czynniki (wysoka inteligencja dziecka i wysoki status socjoekonomiczny rodziny) bezpośrednio oddziałują na zachowanie (funkcjonowanie dziecka w szkole) równoważąc wpływ czynników ryzyka (wysoki poziom stresu w rodzinie związany z negatywnymi wydarzeniami, chorobami rodziców i innymi trudnościami).

**2. Model redukowania 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** - 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 rozwoju (Garmezy i wsp., 1984).

**4. Model stabilizujący ryzyko**, kiedy obecność czynnika chroniącego redukuje wpływ ryzyka i utrzymuje częstość niepożądanego zachowania na stałym niskim poziomie (stabilizuje je).

**5. Model względnie redukujący ryzyko**, kiedy obecność czynnika chroniącego redukuje częstość niepożądanego zachowania, ale nie jest w stanie utrzymać go na stałym niskim poziomie (Fergus, Zimmerman, 2005).

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. Dzieci które były aktywne, niezależne, chętne do zabawy z innymi, łatwo nawiązujące kontakt z innymi, a ok. 10 r.ż. towarzyskie, skoncentrowane na nauce, kontrolujące swoje impulsy, dobrze rozwiązujące trudności, chętnie angażujące się w dodatkowe zajęcia, to w wieku 17-18 lat oraz były bardziej wewnątrzsterowne. Miały również bardziej pozytywny obraz siebie, większą motywację osiągnąć, 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 ze stabilnych dobrze funkcjonujących rodzin, wsparcie i pomoc okazywana przez życzliwych nauczycieli czy sąsiadów (Werner, 1994, 2000).

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: - dobre procesy i funkcje poznawcze zapewniające umiejętność uczenia się, werbalizacji, koncentracji uwagi; - cechy temperamentu w postaci zdolności adaptacyjnych, witalności i towarzyskości; - emocji i procesów motywacyjnych w postaci radzenia sobie z emocjami, wewnętrzną kontrolą impulsów, automotywacją w realizacji celów; - 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: - bliskie relacje rodzinne w postaci więzi emocjonalnej z matką, ojcem i rodzeństwem; - dobra i otwarta komunikacja; - 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: - 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: - 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 innych uczniów i bezpieczeństwo w grupie klasowej.

#### **5. Zmienne związane z kontekstem społeczno-kulturowym.**

Do czynników chroniących zaliczamy: - przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo; - ograniczona 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.

Podsumowując można przyjąć, że 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, jego fazy rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

**Zadaniem rodziców, wychowawców oraz profilaktyki realizowanej w szkole powinno być inicjowanie działań, które wprowadzą pożądane zmiany w funkcjonowaniu dziecka i ucznia.** Aby ten cel osiągnąć warto rozwijać i wzmacniać przede wszystkim czynniki chroniące, co w konsekwencji będzie redukować czynniki ryzyka. A to z kolei daje szansę rzeczywistej ochrony dzieci i młodzieży przed zażywaniem narkotyków.

#### **Literatura**

1. Fergus S., Zimmerman M.: *Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. Annual Review of Public Health, 2005.*
2. Garmezy N.: *Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors (w:) J. Stevenson (red.): Recent Research in Developmental Psychopathology. wyd. Pergamon Press, Oxford – New York – Toronto – Sydney – Paris – Frankfurt 1985, 213-234.*
3. Garmezy N., Masten A. S., Tellegen A.: *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. Child Development, 1984.*
4. Gaś Z. B. (Red.), *Badanie zapotrzebowania na profilaktykę w szkole. Poradnik dla szkolnych liderów profilaktyki, MENiS, Warszawa 2004.*
5. Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y.: *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implication for substance abuse prevention. Psychological Bulletin 1992, 112(1), 64-105.*
6. Junik W. (2011). *Resilience. Teoria – Badania – Profilaktyka. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.*
7. Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B.: *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. Child Development, 2000.*
8. Michalczyk, Z. „Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania”. MCPS, Warszawa 2017. str. 113-120.
9. 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. Kołoto, 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.*
10. Rutter M. (1979). *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage.*

- W: M. Kent, J. Rolf (red.). *Primary Prevention of Psychopathology: Social Competence in Children*. T. 3. Hanover: New England Press, s. 49-74.
11. Sierostawski J. (2015). „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” – Raport z ogólnopolskich badań ankietowych realizowanych w 2015 roku”. Warszawa: Krajowe Biuro ds. przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii; Europejski Program Badań Ankietywowych w Szkołach ESPAD 2015.
12. Werner E.: *Protective factors and individual resilience* [w:] Shonkoff J., Meisels S. (red.): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press, 2000.
13. Werner E. E. (1993). *Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study*. „Development and Psychopathology”, 5, s. 503-515.
14. Vitaro F., Carbonneau R., Assaad J-M. (2006). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance. Problemes et résilience*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

## 6.

### Postępowanie w sytuacji kiedy dziecko zażywa narkotyki

Sytuacja kiedy dziecko **eksperymentalnie bądź już regularnie sięga po substancje psychoaktywne** - narkotyki, **wymaga reakcji i konkretnych działań**. Postępowanie to powinno być adekwatne do stopnia zaawansowania procesu rozwoju uzależnienia, który przebiega w trzech etapach. Pierwszy to rozwojowe zażywanie substancji, drugi to zażywanie substancji jako trudność rodziców i otoczenia, trzeci to przyjmowanie tożsamości osoby uzależnionej. Jednak bez względu na stopień uzależnienia zawsze to rodzic jest osobą, która może najwięcej. Jest do tego najbardziej uprawniony, a kompetencje może rozwijać pracując pod okiem specjalisty. Są trzy podstawowe powody, dla których to rodzic jako pierwszy powinien zgłosić się do specjalisty terapii uzależnień dzieci i młodzieży. **Po pierwsze należy określić stopień zaawansowania uzależnienia dziecka**. Na spotkaniu rodzica ze specjalistą należy przedstawić wszystkie swoje spostrzeżenia. Wówczas specjalista będzie mógł się do nich odnieść i dokonać wstępnej oceny stopnia zaawansowania uzależnienia dziecka. Czy sam rodzic potrafi określić na jakim etapie uzależnienia jest jego dziecko? – Raczej nie. Oczywiście wskazana jest obecność dziecka na takim spotkaniu i docelowo do tego należy dążyć, ale nie jest ta obecność na pierwszym spotkaniu bezwzględna. **Po drugie należy wypracować**, adekwatnie do rozwoju uzależnienia, **strategię postępowania z dzieckiem** i dalej nabyć kompetencji do jej realizacji. Na spotkaniu, a raczej kolejnych spotkaniach, rodzica ze specjalistą taką strategię postępowania należy wypracować. Kolejne spotkania koncentrować się będą na nabywaniu przez rodziców kompetencji do ich realizacji. Czy sam rodzic potrafi takie postępowanie określić i bez wsparcia je realizować? – Raczej nie. **Po trzecie należy dobrać adekwatną do cech dziecka i stopnia uzależnienia interwencję oraz terapię**. Na spotkaniu ze specjalistą rodzic dowiaduje się o różnych formach terapii, łącznie z trybem sądowego przymusu leczenia dziecka z powodu uzależnienia. Czy sam rodzic będzie potrafił to zrobić? – Raczej nie. Odpowiedzialność za powodzenie lub niepowodzenie terapii uzależnionego dziecka spoczywa przede wszystkim na rodzicu, specjaliście i samym dziecku oraz instytucjach takich jak szkoła, policja czy sąd rodzinny (rodzice – 30%; specjalista lub Ośrodek – 30%; dziecko – 30%; inne osoby, instytucje oraz placówki – 10%). Jednak praktyka pokazuje, że to rodzic czasami jest najstarszym ogniwem całego systemu pomocy.

Odpowiedzialność i zaangażowanie rodzica, to przede wszystkim zrozumienie sytuacji rodziny i dziecka, nabycie i stosowanie nowych kompetencji, a korekta tych destrukcyjnych. Czasami również własna terapia z powodu osobistych trudności, współzależnienia 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 terapii przy wykorzystaniu metod o naukowo potwierdzonej skuteczności.

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

Odpowiedzialność i zaangażowanie instytucji takich jak szkoła, policja czy sąd zgodnie z kompetencjami i obowiązującym prawem.

## Etapy rozwoju procesu zaawansowania uzależnienia i adekwatne postępowanie

### I Etap - Norma rozwojowa (eksperymentalne używanie substancji psychoaktywnych normą rozwojową).

Życie substancji często wynika z potrzeb rozwojowych dziecka np. poznanie stanu odurzenia i poznanie reakcji własnego organizmu w odpowiedzi na to jak na mnie działa substancja. Również może wynikać z wpływu grupy rówieśniczej czyli - robię to, co inni by przynależć do określonej grupy, aby być akceptowanym i uniknąć lęku przed oceną. Na tym etapie używanie jest eksperymentalne, bez własnej motywacji w poszukiwaniu sytuacji i okoliczności do zażycia substancji. Nie widać też zmian w zachowaniu dziecka. Nie ma również obiektywnych strat z zażywania substancji z wyjątkiem zatrucia organizmu w wyniku zażycia np. dopalaczy. Pojawiają się incydentalne sygnały świadczące o tym, że dziecko zażyło substancję psychoaktywną. Może się zdarzyć, że dziecko wróciło 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 zdarzyła się w szkole, powinni zostać powiadomieni rodzice dziecka. Dobrze, żeby rozmowa przebiegała w atmosferze życzliwości i troski o dziecko. Przykładowy przebieg rozmowy:

1. Zagwarantuj sobie odpowiednie miejsce i czas na rozmowę. Okaż, 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 rozumiałaś.

*„Z tego, co powiedzialesz rozumiałam, że...”*

4. Jeżeli dziecko uzna trudność, należy okazać zrozumienie, wsparcie i zaproponować pomoc w jego rozwiązywaniu. Po ustaleniu wspólnych faktów w sprawie zażycia

substancji należy przedstawić oczekiwania dotyczące niezazywania substancji w przyszłości.

5. Jeżeli dziecko zaprzecza istnieniu trudności, można poinformować o swojej trosce oraz adekwatnych konsekwencjach, jeżeli takie zachowanie powtórzy się. 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”.*

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

## **II Etap – Trudność rodziny i otoczenia (nieregularne zażywanie substancji psychoaktywnych jako trudność rodziny i otoczenia).**

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. Rodzice w pierwszej kolejności obwiniają siebie nawzajem - „*jak ty go wychowałaś*”; - „*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 i instytucje – szkołę, policję, sąd. Po tym trudnym i pełnym emocji czasie, część rodziców zaczyna szukać pomocy. Na tym etapie rozwoju uzależnienia pojawia się już związek przyczynowo skutkowy oraz własna motywacja w dążeniu do zdobycia i zażycia narkotyku. Pojawiają się 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, samo dziecko nie postrzega zażywania substancji jako coś złego, a własne trudności jako konsekwencje zażywania.

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

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

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

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 oraz sytuacjach społecznych min. kontaktach z rówieśnikami. Historia używania substancji psychoaktywnych sięga co najmniej ostatniego roku, regularnie je zażywa w ciągach trwających minimum przez 14 dni. Dawki zażywanych substancji jak i częstotliwość zażywania znacząco wzrosły w odniesieniu do wcześniejszego etapu. Na tym etapie dochodzi do wypadania z roli dziecka i ucznia. Zaniedbywania swoich 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 wie i werbalizuje fakt zażywania substancji. Środowisko rówieśnicze to przede wszystkim osoby używające substancje. Dziecko posiada subiektywne przekonanie, że wszyscy zażywają narkotyki. Na tym etapie dziecko

spozstrzega pierwsze konsekwencje brania narkotyków w postaci utraty kontroli nad zażywaniem substancji, trudności w rodzinie i szkole, 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 terapia ambulatoryjna w Poradni lub terapia stacjonarna w Ośrodku. Wskazane jest by terapia dziecka zawsze rozpoczynała się w Poradni. Jednak kiedy taka terapia nie przynosi efektów wówczas należy rozważyć zmianę formy terapii na Ośrodek stacjonarny. Ważne jest by kierować się merytorycznymi kryteriami i specyfiką dziecka w doborze Ośrodka, a nie np. czasem oczekiwania na miejsce w Ośrodku. W sytuacji kiedy i ta forma terapii zawodzi należy rozważyć sądowy przymus leczenia celem ochrony zdrowia, a nawet życia uzależnionego dziecka.

Takie postępowanie reguluje Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. Artykuł 30 Ustawy określa:

1. 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.
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, a uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie trafia na terapię tylko, najczęściej z powodu zaawansowanej demoralizacji lub popełnienia czynu karalnego, do zakładów poprawczych lub placówek typu MOW-Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii lub MOS-Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy.

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 Rozporządzenia.

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, o którym mowa w ust. 1, 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 substancje psychoaktywne. W trosce o dziecko i całą rodzinę zawsze zalecana jest konsultacja u specjalisty terapii uzależnień dzieci i młodzieży.**





## SPECJALISTYCZNE PLACÓWKI UDZIELAJĄCE PROFESJONALNEJ POMOCY W OBSZARZE UZALEŻNIEŃ:

1. Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii – Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku, ul. Kochanowskiego 27/29, **tel. 22 779 20 12**;
2. Fundacja Konstruktynego Rozwoju w Otwocku, ul. Czaplickiego 7, **tel. 22 779 70 98**
3. Pełen wykaz placówek zajmujących się terapią i pomocą dla osób uzależnionych i ich rodzin znajduje się na stronie internetowej [Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii](http://KrajowegoBiura.ds.PrzeciwdziałaniaNarkomanii) [www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl) oraz na stronie internetowej [Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej](http://MazowieckiegoCentrumPolitykiSpolecznej) [www.mcps.com.pl](http://www.mcps.com.pl)



Kampania Społeczna objęta jest  
Honorowym Patronatem  
Marszałka Województwa Mazowieckiego  
Pana Adama Struzika



Marszałek  
Województwa  
Mazowieckiego

20<sup>lat</sup> Mazowsze

Kampania Społeczna finansowana jest ze środków  
Samorządu Województwa Mazowieckiego  
przeznaczonych na realizację Wojewódzkiego  
Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020.

