

Monika Szpringer

Zakład Interwencji Kryzysowej

Instytutu Kształcenia Medycznego Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Kierownik: dr M. Szpringer

Dyrektor: prof. dr hab. W. Dutkiewicz

**MEDYCZNE, SPOŁECZNE I PROFILAKTYCZNE
ASPEKTY UZALEŻNIEŃ NARKOTYKOWYCH
DZIECI I MŁODZIEŻY****STRESZCZENIE**

W opracowaniu omówiono medyczne i społeczne skutki uzależnień narkotykowych dzieci i młodzieży oraz działania profilaktyczne w tym zakresie. Opisano kryteria diagnozowania uzależnień od substancji psychoaktywnych i właściwości niektórych narkotyków w aspekcie skutków medycznych ich zażywania z omówieniem objawów fizycznych i fizjologicznych zmian, jakie wywołują w organizmie.

Na przykładzie rozmiarów uzależnień w poszczególnych województwach Polski w latach 2001–2002, omówiono ich skutki społeczne. W końcowej części opracowania poruszono zagadnienia profilaktyki uzależnień narkotykowych. Wnioski sprowadzają się do konieczności przeciwdziałania uzależnieniom dzieci i młodzieży poprzez wprowadzanie w szkołach i w środowiskach lokalnych bardziej skutecznych programów profilaktycznych.

Słowa kluczowe: uzależnienia narkotykowe, profilaktyka.

SUMMARY

Medical and social effects of drug addictions among children and youth are discussed in the study. Criteria for diagnosing addictions to psychoactive substances, as well as characteristics of some drugs and medical effects of taking them with the description of physical and physiological changes caused in the organism have been presented.

Social effects are discussed on the basis of the extent of addictions in Poland in particular provinces in the years 2001–2002. Issues connected with the prevention of drug addiction are brought up in the final part of the study. The conclusions call for the necessity of undertaking actions which aim at counteracting children's and youth's addiction by introducing more effective preventive programmes at schools and in local communities.

Key words: drug addictions, prevention.

1. WPROWADZENIE

Różnorodne zjawiska patologii społecznej w Europie [1] i w Polsce [2, 3, 4] wyraźnie uwidoczniły się w końcu XX wieku, kiedy intensywne przemiany minioniej dekady spowodowały nowe zagrożenia ludzkiego istnienia. Przejawia się

to w kryzysie wartości wywołującym próżnię aksjologiczną, erozję wartości w hierarchii wartości zorientowanej na merkantylną przedsiębiorczość.

Człowiek u progu XXI wieku przeżywa kryzys tożsamości, kryzys podmiotowości, indywidualności, gdyż często nie potrafi odpowiedzieć na pytanie, kim jest jako osoba i co to dla niego oznacza. W wielu relacjach traktowany jest jak przedmiot i sprowadzany do określonej grupy społecznej.

Współczesność niesie ze sobą także kryzys godności człowieka poprzez poniżenie społeczne tych, którzy mają niewiele lub nic. Tym samym wartość człowieka wyznacza wartość posiadanych przez niego rzeczy. Zaznacza się też tendencja do osłabienia wewnętrznych mechanizmów regulacyjnych, a co za tym idzie obniżenie progu odporności na stres, utrudnienie adaptacji do nowych warunków, łatwiejsze wchodzenie w kryzysy i ogólne zagubienie, szczególnie zauważalne wśród młodych. Sprzyja temu wszystkiemu atomizacja życia, czyli zerwanie więzi międzyludzkich, dezintegracja społeczności lokalnej, która często stanowiła naturalną grupę wsparcia, reifikacja osób i relacji, alienacja tych, którzy nie nadążają za postępem i eskalująca pauperyzacja społeczeństwa.

Problem narastającej fali zachowań patologicznych dzieci i młodzieży jest obecnie wyzwaniem dla rodziców, nauczycieli, wychowawców i ogółu społeczeństwa, a także ważnym obszarem badawczym dla naukowców. Choć literatura naukowa na ten temat jest bogata, to rozumienie tych zjawisk, a szczególnie możliwości zapobiegania im, jest wciąż niepełne. Do szczególnie niebezpiecznych zjawisk z zakresu patologii społecznej należy zaliczyć uzależnienia. Z roku na rok zwiększa się ilość osób nieletnich uzależnionych od nikotyny, alkoholu, leków i narkotyków. Skutki tej patologii budzą niepokój w społeczeństwie i stanowią bardzo poważny problem psychologiczny, medyczny i społeczny. Wśród młodych dość powszechne panuje przekonanie, że sporadyczne i krótkotrwałe używanie narkotyków nie doprowadza do uzależnienia i nie jest szkodliwe dla zdrowia. Istnieje moda na zażywanie substancji uzależniających, traktowanych jako element zabawy, relaksu, rozrywki, pomocy w nauce, wspomagania przeżyć i doznań. Młodzież dobrze zna nazwy, sposoby zażywania, ceny i możliwości zakupu narkotyków. Są łatwo dostępne już nie tylko w dużych, ale i w małych miastach i na wsiach. Bywają rozprowadzane: na podwórkach i klatkach schodowych, w klubach, dyskotekach, pubach i restauracjach, w sąsiedztwie szkół i internatów, dworców, bazarów, publicznych deptaków, skwerów i parków oraz kawiarni internetowych, można zamawiać je przez telefon a nawet Internet. Polska narkomania w swojej wielopostaciowości plasuje się w rzędzie problemów zrodzonych ze specyficznej sytuacji społeczno-politycznej i kulturowo-cywilizacyjnej.

2. KRYTERIA DIAGNOZOWANIA NADUŻYWANIA I UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1994 rok) podaje kryteria dla zdiagnozowania uzależnienia i nadużycia substancji zgodnie z DSM-IV. W kryteriach tych takie same określenia stosowane są dla uzależnienia, jak i nadużywania wszystkich narkotyków oraz klas leków przez ludzi w celach niemedycznych. Nie można rozpoznać u jednej osoby uzależnienia i nadużywania jednej substancji, chociaż może spełniać kryteria dla uzależnienia od jednej substancji i nadużywania innej.

W przypadku uzależnienia mówi się o „nałogowym zażywaniu narkotyku” lub uzależnieniu od narkotyków (narkomanii). Zasadniczo życie takiej osoby skupia się na zażywaniu narkotyków i zaopatrywaniu się w nie, pomimo ryzyka poniesienia za to poważnych konsekwencji. Niemożliwe jest również zaprzestanie lub zmniejszenie zażywania narkotyków na jakikolwiek czas. Zjawisko to nazywane jest „utrata kontroli” [5].

Chorobowy schemat zażywania substancji, prowadzący do znacznego pod względem klinicznym upośledzenia lub ciężkiego stanu, występuje pod postacią następujących symptomów, pojawiających się kiedykolwiek w takim samym rocznym okresie, czyli:

1. tolerancji, tj. potrzebie zwiększonych ilości substancji, aby uzyskać pożądane działanie, a także znacznie zmniejszonemu skutkowi działania przy kontynuowanym spożywaniu takiej samej ilości substancji;
2. odstawieniu, objawiającym się w charakterystycznym zespole odstawienia dla danej substancji, lub zażywaniu takiej samej (lub bardzo podobnej) substancji, aby złagodzić lub uniknąć zespół odstawienia;
3. substancji zażywanej w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano;
4. nieustannym pragnieniu lub nieudanych wysiłkach zmniejszenia lub kontrolowania zażywania substancji;
5. poświęcaniu dużo czasu czynnościom niezbędnym do zdobycia substancji (np. wizyty u wielu lekarzy lub pokonywanie dużych odległości), zażyciu substancji (np. palenie łańcuchowe) lub na dochodzeniu do siebie po ustąpieniu skutków jej działania;
6. zarzucaniu lub ograniczaniu ważnych, społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych zajęć z powodu zażywania substancji;
7. kontynuowaniu zażywania substancji bez względu na świadomość starych czy nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które najprawdopodobniej spowodowane lub zaostrzone są przez zażywanie substancji (np. zażywanie kokainy pomimo rozpoznania depresji wywołanej kokainą, czy też kontynuowanie picia alkoholu po rozpoznaniu, że na skutek jego spożywania zastrzyła się dolegliwość wrzodowa);

8. powtarzającemu zażywaniu substancji uniemożliwiających wykonywanie podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub domu (np. nieobecności lub słabe wyniki w pracy, zaniedbanie dzieci lub domu);
9. powtarzającemu zażywaniu substancji w sytuacjach, w których powoduje to fizyczne niebezpieczeństwo (np. prowadzenie samochodu lub obsługiwanie maszyny).

Ważny jest fakt, iż istnieje wiele czynników ryzyka prowadzących do nadużywania substancji psychoaktywnych. Wśród nich są to np.: czynniki genetyczne, uwarunkowana podatność i psychofizjologiczna podatność [6].

3. WŁAŚCIWOŚCI NIEKTÓRYCH NARKOTYKÓW I SKUTKI MEDYCZNE ICH ZAŻYWANIA

Najczęściej zażywanymi przez młodzież narkotykami są: pochodne konopi indyjskich – marihuana i haszysz, amfetamina, tabletki ekstazy, grzyby halucynogenne, bielun dziedzierzawa. Nadal popularne wśród młodych jest wacchanie klejów, rozpuszczalników, benzyny samochodowej.

Haszysz i marihuanę otrzymuje się z górnych pędów kwitnących konopi, które zawierają żywicę. Kanabis zawiera liczne aktywne związki chemiczne, psychoaktywne, a więc zdolne zmieniać psychikę ludzką i działać na nią szkodliwie. W konopiach wykryto dotychczas ponad 400 związków chemicznych, m.in.: tetrahydrokanabinol (THC) i wiele innych związków (kanabinoidy, kanabinole – (CBN), kanabidiol (CBD), kanabichromen (CBC), kanabigerol (CBG), kanabivarina (THCV). Wszystkie te związki mają bardzo silne działanie farmakologiczne. Spalany haszysz i marihuana wydzielają także smołowce, smołę, kwasy, aldehydy [7]. Ten przejaw toksykomanii obejmuje uzależnienie od pochodnych konopi, znanych bardziej z łacińskiej i botanicznej nazwy jako kanabis (*Cannabis indica*). W wielu krajach palenie haszyszu i marihuany czy ich zażywanie w różnych postaciach staje się coraz bardziej powszechne i tolerowane. Czynione są nawet próby zalegalizowania tych środków. Obecnie prowadzi się bardzo intensywne badania nad pochodnymi kanabisu i nad psychoaktywnymi właściwościami tej rośliny, stosowanej w medycynie jako środek uspokajający w chorobach nerwowych, psychicznych, bezsenności i hysterii. Z polskiej farmacji usunięty został w 1984 roku. Kanabis najczęściej jest palony, ale może być wstrzykiwany dożylnie, zażywany doustnie, a nawet wdychany jak tabaka. Przetwory kanabisu dodawane są do takich produktów żywnościowych, jak: herbata, ciastka, cukierki. Kanabis daje bogate spektrum przeżyć psychicznych, stąd jest tak powszechnie stosowany.

Działanie i skutki. Tetrahydrokanabinol (THC) wprowadzony do organizmu dostaje się do krwiobiegu i działa na centralny układ nerwowy i na wszystkie struktury mózgowie. Pierwsze efekty pojawiają się już po kilkunastu minutach i obserwowane są w postaci euforii trwającej do 4 godzin i dłużej. Objawy działa-

nia utrzymują się do 48 godzin, ale metabolity tych substancji mogą pozostawać w organizmie przez wiele dni a nawet miesięcy. W intoksykacji kanabisowej występuje uczucie błogości, podwójna wrażliwość na bodźce wizualne, dźwiękowe, hałas; przestrzeń i czas tracą realne wymiary, wzrasta impulsywność, pojawiają się złudzenia, urojenia paranoidalne i halucynacje. W nasilonej intoksykacji występują: zaburzenia pamięci, uwagi, uczuć i orientacji oraz złudzenia słuchowe. Stany te mogą przejść w fazę lęku i paniki, stany depresyjne, apatie, objawy amotywacyjne. Mogą wystąpić objawy depersonalizacji i zaburzenia orientacji. Psychoza, powstająca w wyniku ostrego zatrucia kanabinolami, skutkuje omamami wzrokowymi, słuchowymi, przyspieszeniem toku myślenia (aż do „gonitwy myśli”), urojeniami i niepokojem. Kanabinoły obniżają także sprawność psychomotoryczną, a zatem osoby palące marihuanę nie powinny prowadzić pojazdów samochodowych.

O b j a w y f i z y c z n e. Zatruty tetrahydrokanabinolem organizm reaguje uczuciem zimna, mrożenia i lodowatości. Mogą pojawić się: drżenie mięśniowe, wzmożone łaknienie, biegunki lub zaparcia; przy dużych dawkach obserwowano nudności, wymioty, zawroty głowy, przyspieszoną diurezę i moczenie. U nałogowców obserwuje się: nieskoordynowane drżenie, niezborność, tiki, ruchy płasawicze, oczopląs i światłowstręt; rejestruje się alergie, wysypki pokrzywkowe. Oprócz uszkodzeń dróg oddechowych, płuc i wątroby, stwierdzono zmiany w pracy serca, krążenia i duże ryzyko chorób infekcyjnych.

Długotrwałe przyjmowanie kanabisu wywołuje: umiarkowaną zależność fizyczną oraz tolerancję, bardzo silną zależność psychiczną i czasem zależność społeczną. Chroniczne nadużywanie kanabisu prowadzi do: przewlekłego bronchitu, raka płuc, utraty wydolności seksualnej, a także uczenia się i zapamiętywania oraz odporności na infekcje. U palaczy marihuany obserwowano uszkodzenie chromosomów i obniżenie wydolności hormonów. Kanabis stanowi ryzyko dla matki noworodka. U noworodków stwierdzono opóźnienie w rozwoju oraz objawy zespołu abstynencyjnego [7].

Pochodne kanabisu zażywa obecnie powszechnie młodzież szkolna przekonana często o efektach odchudzających, które przepisywano amfetaminie i fenmetrazynie (*Preludin*). Dzisiaj ten sposób leczenia otyłości uznawany jest za nieskuteczny.

A m f e t a m i n i z m należy do szeroko pojętej toksykomanii typu uzależnienia lekowego. Polega na przyjmowaniu leków stymulujących niezgodnie z przepisem lekarza i nie w celach medycznych. Amfetamina produkowana jest masowo w Polsce i wysyłana za granicę. Prognozy wskazują, że wobec ryzyka zarażenia wirusem HIV młodzież będzie przechodzić właśnie na amfetaminę. Obecnie jest nadużywana w celu zwiększenia wydolności psychofizycznej przez sportowców, lotników, kierowców, studentów, robotników pracujących na nocnych zmianach. Jest także zażywana dla osiągnięcia stanów euforycznych [7].

S z k o d l i w e d z i a ł a n i e a m f e t a m i n y. Amfetamina ma właściwości pobudzające i obejmuje samą amfetaminę, dextro-amfetaminę, fenmetrazynę.

Wiele leków z tych grup było nadużywanych w celu hamowania łaknienia oraz usuwania poczucia zmęczenia i senności. Środki te przyjmowane są najczęściej doustnie, ale niekiedy dożylnie. Ten sposób jest bardzo ryzykowny ze względu na używanie strzykawek niesterylnych i zakażenie wirusem HIV czy tęzczem, zapaleniem wątroby, powstaniem ropni po wstrzyknięciach. Amfetamina wzmacniana jest niekiedy alkoholem. Leki z grupy amfetaminy powodują psychiczne, a niekiedy i fizyczne uzależnienie, wywołują stan euforii, podniecenie, wzrost energii, wzrost ciśnienia i pracy serca. Środki te działają szkodliwie na korę mózgową, nadnercza, serce, płuca oraz inne organy człowieka. Ostre zatrucie pochodnymi amfetaminy prowadzi do: pobudzenia sensomotorycznego, poczucia siły i wyższości, agresji, iluzji i halucynacji, urojeń paranoidalnych, gwałtownych reakcji niekontrolowanych. Z objawów fizycznych występuje: suchość w ustach, dreszcze, poty, bezsenność, ból głowy, wysoka gorączka.

Zależność amfetaminowa. Przyjmowanie leków amfetaminowych systematycznie powoduje tolerancję na nie i potrzebę zwiększania dawki. Chroniczni amfetaminomani z reguły uzależniają się psychicznie od branego środka, ich zachowanie (myśli, emocje) oraz aktywność mają charakter nałogowy, przymusowy, niekontrolowany. Psychiczna potrzeba brania środka jest bardzo trudna do opanowania. Po dłuższym okresie brania może rozwinąć się także fizyczna zależność. Po nagłym odstawieniu leku pojawia się zespół abstynencyjny, charakteryzujący się takimi objawami, jak: poczucie zmęczenia, bezsenność, podniecenie, silne uczucie głodu, depresja mogąca prowadzić do tendencji samobójczych. U niektórych osób mogą pojawić się zachowania agresywne. Amfetamina jest środkiem działającym pobudzająco na korę mózgową. Psychofizyczne skutki jej zażywania u niektórych ludzi prowadzą do dalekiej psychodegradacji. Nadużywanie amfetaminy przez długi czas traktowane było jako uzależnienie słabszego typu i jako toksykomania mniejszej wagi.

Amfetaminę dawniej zażywali pacjenci leczący się z depresji, otyłości, zaburzeń snu. Dzieciom najczęściej podawano ją w przypadku nadreaktywności. Obecnie można wyróżnić dwie grupy osób zażywających amfetaminę: do pierwszej należą ci, którzy „trują się” lekami z przyzwyczajenia, w wyniku długotrwałego zażywania bez kontroli lekarza i uzależnili się od leku. Drugą grupę lekomanów stanowią ci, którzy świadomie i celowo zażywają te leki jako narkotyki, wywołujący stan euforii i odurzenia. Wzmacniają jego siłę alkoholem bądź zmieniają sposób używania z doustnego na dożylny. Tę grupę można uznać za narkomanów, a rodzaj lekozależności za narkomanie. W związku z tym niebezpieczeństwem należałoby wprowadzić do programu wychowania w rodzinie i w szkole odpowiednie informacje na temat szkodliwości niektórych leków tak łatwo dostępnych, a jednak szkodliwych dla organizmu i psychiki człowieka. Nadużywanie amfetaminy często prowadzi do nadużywania innych leków oraz środków: nasennych, barbituranów, opiatów, alkoholu, palenia tytoniu oraz picia dużej ilości mocnej kawy lub herbaty [7].

Do grupy opiatów zalicza się morfinę, kodeinę i heroinę (czyli acetylomorfinę). Morfinę i kodeinę otrzymujemy z maku lekarskiego lub za pomocą syntezy. Heroina produkowana jest z morfiny przez jej acetylację lub syntetycznie, podobnie jak leki przeciwbólowe, np. metordan, petydyna. Sok z niedojrzałych makówek wysuszony i sformowany w grudki lub cegielki to opium, znane już w starożytności. Około 3000 roku p.n.e. mak opisywany był jako „roślina radości”.

W Polsce używanie opiatów rozpowszechniło się w latach 70., kiedy to zapoczątkowana w Gdańsku produkcja „polskiej heroiny” ze słomy makowej rozeszła się na cały kraj. W domowej produkcji otrzymuje się wywar ze słomy makowej barwy, wydalany z moczem. Niewielkie ilości morfiny i kodeiny mogą pojawić się w moczu po spożyciu maku.

3.1. Fizjologiczne zmiany w organizmie w związku z zażywaniem niektórych narkotyków

Stymulanty są klasycznym przykładem narkotyków współczulnonaśladowych, działają pobudzając lub naśladując aktywność współczulnej części autonomicznego układu nerwowego. Tak więc wiele fizjologicznych efektów ich działania jest identycznych z efektami pobudzenia emocjonalnego: przyśpieszona praca serca, zwiększone ciśnienie krwi, układ oddechowy pracuje szybciej, zwiększa się wydzielanie potu; jednocześnie zmniejsza się ukrwienie podbrzusza i kończyn, a wzrasta napływ krwi do dużych mięśni i mózgu. Ostatecznie podnosi się temperatura ciała i rozszerzają źrenice.

Wysokim dawkom kokainy lub amfetaminy zawsze towarzyszy ryzyko śmierci. Kokaina może wywołać drgawki toniczno-kloniczne lub napady szału (pobudzenie ruchowe) oraz spowodować niewydolność układu oddechowego przez jego porażenie. Działa bezpośrednio na mięsień sercowy, co może być przyczyną arytmii serca. Może także nastąpić fibrylacja polegająca na tym, że serce pracuje, ale nie tłoczy krwi na obwód. Powoduje skurcz tętnicy wieńcowej, prowadząc do osłabionego ukrwienia mięśnia sercowego, w wyniku czego następuje zawał serca. Zawał, jeżeli nie jest śmiertelny, może trwale uszkodzić serce. Przedawkowanie, poprzez wzrost ciśnienia krwi, może doprowadzić do pęknięcia tętnicy mózgowej.

Kokaina jest stymulantem ośrodkowego układu nerwowego. Zwiększa aktywność behawioralną, może powodować dreszcze. Stymuluje ośrodek pnia mózgowia odpowiedzialny za wymiotowanie (tolerancja na ten efekt wytwarza się szybko), stymuluje uwalnianie hormonów antydiuretycznych z podwzgórza, zwiększając zatrzymywanie płynów, zmniejsza napięcie mięśni przez zmniejszenie aktywności nerwów doprowadzających z mięśni, polepsza czujność, uczenie się, pamięć i inne działania, przyspiesza pracę serca, zwiększa ciśnienie krwi i skurcze serca.

Poważne komplikacje powodują benzodiazepiny [5]. Tak, jak w przypadku innych depresantów, ciężkimi skutkami ubocznymi benzodiazepin są m.in. ospa-

łość i upośledzenie ruchowe. Mimo że nawet te skutki uboczne są rzadkie w przypadku samych benzodiazepin [8], mogą stać się problemem, kiedy benzodiazepiny zażywane są w połączeniu z alkoholem lub innymi środkami hamującymi czynność OUN.

Ostatnio odkryto, że benzodiazepiny mogą zakłócać zapamiętywanie nowych informacji, co ma szczególne znaczenie u młodzieży uczącej się. Zjawisko to nazywane jest postępującą amnezją. I tak, jeżeli dana osoba przebudzona jest ze snu wywołanego benzodiazepinami przez dzwonek telefonu, może nie zapamiętać zdarzeń omawianych podczas rozmowy. Lek może być obecny następnego ranka w dawce wystarczającej do tego, by osoba zapomniała, co jadła na śniadanie i co czytała w porannej gazecie. Pojawia się coraz więcej dowodów na to, że jest to powszechny problem, szczególnie w przypadku niektórych popularnych benzodiazepin [9, 10].

Barbiturany i metakwalon również powodują utratę przytomności, co sugeruje, że pewna utrata pamięci może być charakterystyczna dla każdego środka hamującego czynność OUN.

Silne fizjologiczne skutki działania opiatów przypominają skutki działania środków hamujących czynności OUN, ale istnieje również kilka różnic. Opiaty spowalniają oddychanie i powodują obniżenie temperatury ciała, natomiast skutki ich oddziaływania na częstość akcji serca są złożone [11]. Po ich zażyciu często pojawiają się nudności i wymioty. Być może najbardziej zauważalną oznaką zażywania opiatów jest zwężenie źrenic. Efekt ten jest tak wyraźny przy przedawkowaniu, że „źrenice jak ostrze szpilki” mogą być uznane za diagnostyczny objaw zatrucia opiatami. Przy dużej śmiertelnej dawce heroiny natychmiastowym skutkiem działania jest niewydolność oddechu. Jednakże śmiertelna dawka tego środka jest zaskakująco duża. Jak wspomniał Brecher [12], autopsja wielu ofiar przedawkowania znalezionych na ulicy wykazuje, że wstrzyknęli sobie mniejszą ilość niż ta, która uznawana jest za dawkę śmiertelną. Wiele z tych przypadków dotyczyło nie tylko przedawkowania heroiny, ale śmiertelnych interakcji narkotyków pomiędzy heroiną i alkoholem lub innymi środkami hamującymi czynności OUN. Opiaty i środki hamujące czynności OUN wzmacniają wzajemnie swoje działanie [13].

3.2. Zmiany w funkcjonowaniu różnych narządów i układów w wyniku zażywania marihuany

Marihuana należy do najbardziej rozpowszechnionych naturalnych halucynogenów. Używanie tej substancji budzi wiele kontrowersji, gdyż jest ona często uważana za nieszkodliwą, a przynajmniej porównywalną do nikotyny. Dlatego wyszczególniono tę substancję, określając jej wpływ na poszczególne układy.

Układ oddechowy. Znana jest niewielka liczba wyników badań kontrolowanych, dotyczących długotrwałych skutków palenia konopi. Za konsekwencję

palenia marihuany uważa się zmianę prawidłowych czynności płuc, ale większa część tego osłabienia, na przykład niedrożność dróg oddechowych, ustępuje po odstawieniu narkotyku. Papierosy z marihuany zawierają więcej smoły niż papierosy z tytoniu. Ponadto smoła konopi zawiera większą ilość czynników rakotwórczych niż smoła tytoniowa [14]. Jest to szczególnie ważne, ponieważ palacze marihuany dla osiągnięcia maksymalnego poziomu skutków działania narkotyku, wdychają głęboko dym i przetrzymują go w płucach. Nieznane są długotrwałe skutki takiegoż działania. Jedną z trudności w określeniu tych skutków wynika stąd, że palacze konopi często palą również tytoń, a oddzielenie skutków działania każdej z tych substancji jest trudne. Niemniej istnieje zagrożenie nieodwracalnego uszkodzenia płuc spowodowanego paleniem marihuany. Szczególnie niebezpieczne może być ono dla osób cierpiących na przewlekły nieżyt górnych dróg oddechowych, alergię i astmę.

Układ sercowo-naczyniowy. Zdecydowaną większość sercowo-naczyniowych skutków działania związanych z paleniem konopi jako krótkotrwałe (lub ostre) opisano wcześniej. Wywołanie ostrych konsekwencji, np. zwiększona częstość akcji serca, jest potencjalnie niebezpieczne dla osób z istniejącymi już problemami sercowo-naczyniowymi, takimi jak zaburzenia czynności serca lub miażdżyca tętnic.

Układ odpornościowy. Konopie nie stwarzają znacznego długotrwałego zagrożenia dla układu odpornościowego. Zatem, mimo że mogą działać jak czynnik immunodepresyjny i zmniejszać odporność na niektóre wirusy i bakterie, kliniczne znaczenie takich reakcji działania jest nadal wątpliwe. Nie zidentyfikowano jeszcze mechanizmu, w którym dochodzi do zaburzenia układu odpornościowego.

Układ rozrodczy. Badania na zwierzętach i ludziach sugerują, że konopie zakłócają działanie układu rozrodczego zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Długotrwałe zażywanie marihuany związane jest u mężczyzn ze zmniejszeniem ilości spermy i obniżeniem ruchliwości plemników. Potencjalny wpływ tych zakłóceń na płodność jest trudny do określenia [15]. Częste zażywanie konopi przez kobiety może wywołać cykle menstruacyjne bez jajczkowania, w których przed menstruacją uwalniane jest jajeczko. Tak jak w przypadku mężczyzn, opóźnione skutki oddziaływania tych zakłóceń na płodność nie są znane. Bardziej niepokojące są możliwe teratogenne skutki działania. Czynne składniki obecne przy paleniu marihuany pokonują z łatwością barierę łożyskową, wystawiając tym samym płód na działanie całej gamy kanabinoli. Zażywanie marihuany przez ciężarne osoby wiąże się ze zwiększeniem ryzyka przedwczesnego porodu, małej długości ciała i niskiej wagi urodzeniowej noworodka [16, 17]. Palenie marihuany może wpływać na różne zaburzenia układu oddechowego. Negatywne skutki działania związane są z większymi dawkami i częstszym zażywaniem, niż te opisywane przez wielu palaczy marihuany w USA. Niemniej wymagają potwierdzenia poprzez przeprowadzenie bardziej systematycznych i kontrolowanych badań [5].

4. ROZMIARY UZALEŻNIEŃ W POLSCE W LATACH 2001–2002 W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH I SKUTKI SPOŁECZNE OKREŚLANE PRZESTĘPSTWAMI NARKOTYKOWYMI

Zjawisko narkomanii, podobnie jak i inne objawy patologii, dalece wyszło dziś poza tradycyjnie spatologizowane środowiska tzw. marginesu społecznego i objęto wiele jednostek i grup ze środowisk o średnim statusie ekonomiczno-społecznym [18]. Częste konflikty w rodzinie i w innych najbliższych człowiekowi środowiskach wychowawczych powodują, że młodzież reaguje izolacją emocjonalną i wyborem destrukcyjnych i autodestrukcyjnych form zachowań, w tym narkomanii. Młodzież traktuje substancje odurzające jako środki zastępcze, służące do realizacji różnorodnych celów, m.in. adaptacyjnych czy obrony przed trudnościami, oraz jako sposób ucieczki od rzeczywistości. Do najważniejszych przyczyn narkomanii wśród młodych należy niedojrzałość emocjonalna, np. zaburzenia osobowości z obniżeniem poczucia własnej wartości, a także często chęć eksperymentowania i naśladownictwa.

Inne motywy, podawane przez młodzież, sięgania po środki odurzające, to: poszukiwanie nowych, mocnych, niezwykłych doznań psychicznych, metafizycznych oraz egzystencjalnych, ucieczka przed nudą, szkołą, sytuacją rodzinną oraz problemami (generalnie przed życiem). Również szukanie odpowiedzi na podstawowe pytania dotyczące ludzkiej egzystencji (wypełnienie „pustki”), zlikwidowanie poczucia dyskomfortu psychicznego, chęć zaliczania się do danej grupy rówieśniczej, chęć dobrej zabawy oraz relaks i zaspokojenie potrzeby przyjemności, poczucie się wolnym, wyzwalanie nowych, twórczych pomysłów, np. podczas tworzenia muzyki, niwelowanie zmęczenia (na *techno party*), stymulacja zabawy, chęć bycia modnym i zaimponowania rówieśnikom, potrzeba czucia się ważnym i potrzebnym w grupie [19].

Wyraźnie wzrasta ilość osób uzależnionych od opiatów, halucynogenów, kokainy i amfetamin. Liczba zgonów w ostatnich latach oscyluje w granicach 143–180 przypadków, co równa się ich wzrostowi w ciągu ostatnich trzech lat o 25%. Według danych Komendy Głównej Policji w 1998 roku odnotowano w Polsce ok. 60 tys. osób zażywających narkotyki, w tym nałogowo 18 tys. Wiek narkomanów wahał się od 18–20 lat.

W roku 1997 zlikwidowano 10 laboratoriów amfetaminy, a do roku 1998 łącznie 36 nielegalnych laboratoriów amfetaminy. Należy dodać, że produkcja polskiej amfetaminy, osiągającej czystość 90–100%, wymagająca profesjonalnej technologii oraz importowanych prekursorów, stanowi domenę najsilniejszych i coraz lepiej zorganizowanych grup przestępczych, powiązanych z legalnym biznesem. Zorganizowane grupy dealerów dostarczają narkotyki praktycznie do każdego miejsca i w każdym czasie. W 1998 roku zlikwidowano łącznie 470 miejsc produkcji „polskiej heroiny”.

Wśród polskich narkomanów notuje się od 70–80 % zakażonych wirusem HIV [20]. Zbyt liberalne prawo, niezbyt konsekwentne jego stosowanie zarówno wo-

bec producentów, dystrybutorów, jak i konsumentów narkotyków stanowi jeszcze jeden społeczny czynnik warunkujący zjawisko narkomanii wśród młodzieży [21].

Zjawisko narkomanii wśród młodzieży należy ujmować w szerokim kontekście patologii społecznej, a więc w kontekście przestępczości nieletnich i dorosłych, podkultur młodzieżowych, nadużywania alkoholu, uzależnienia od tytoniu, seksu, prostytucji i konsumpcyjnego traktowania życia. Przestępczość nieletnich od lat 90. wykazuje tendencje wzrostowe, co do ilości popełnianych czynów i liczby nieletnich sprawców. Zwiększeniu uległ też udział nieletnich w zabójstwach, bójkach i pobiciach, w zgwałceniach, rozbojach, kradzieżach i znęcaniu się nad innymi. Szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest prostytucja nieletnich i młodocianych dziewcząt zatrudnianych w agencjach towarzyskich. Znaczna część przestępstw i wykroczeń, jak wskazują dane statystyczne z KG Policji, popełniana jest pod wpływem alkoholu lub po spożyciu narkotyków. Te środowiskowe uwarunkowania narkomanii młodzieży pomijane są często w analizie zjawiska sięgania po narkotyki i uzależniania się od nich.

Z analizy danych (tab. 1) widać wzrost ogólnej liczby przestępstw narkotykowych (o 48,8%) oraz czynów dokonanych przez nieletnich sprawców (o 55,2%). Tylko w 4 województwach (kujawsko-pomorskim, lubelskim, opolskim i świętokrzyskim) zmalała ogólna liczba przestępstw. Natomiast w 2 województwach (pomorskim i śląskim) zmalała liczba czynów dokonanych przez nieletnich. Jednocześnie obserwujemy, że aż w 5 województwach nastąpił o ponad 100% wzrost czynów dokonanych przez nieletnich [22].

Pod wpływem narkotyków dokonywane są samobójstwa. Liczba samobójstw narkotycznych w 2000 roku wynosiła 100 (w tym 80 mężczyzn). Według B. Hołysty [23] prognozy wskazują, że liczba ta w następnych latach będzie malała.

W 2001 roku statystyki policyjne zanotowały 9952 podejrzanych (w tym 856 kobiet) o dokonanie przestępstw naruszających przepisy „Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”. Ujawniono również 9 sprawców do 13. roku życia. Między 13. a 16. rokiem życia odnotowano 1804 osób, a 3467 podejrzanych było w wieku 17–20 lat.

Do najczęstszych dokonywanych przestępstw narkotykowych w 2001 roku należało: udzielanie środków odurzających, nakłanianie do użycia w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (art. 46 ustawy), posiadanie środków odurzających (art. 48), udzielanie, ułatwienie użycia i nakłanianie (art. 45), wprowadzenie do obrotu środków odurzających (art. 43).

Wzrasta narkotykowa przestępczość nieletnich sprawców. W ostatnim okresie odnotowano wzrost czynów nieletnich o 55,2% i wzrost liczby nieletnich sprawców o 33,2%.

Młodzież bardzo interesuje się środkami odurzającymi i nadal eksperymentuje, wprowadzając nowe sposoby zażywania. Do nich zaliczyć można:

- łączenie tabletek uspakajających z alkoholem,
- mieszanie marihuany z alkoholem,

Tabela 1. Czyny nieletnich naruszające przepisy „Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii” w poszczególnych województwach w latach 2000–2001

Województwa	Ogółem stwierdzone przestępstwa narkotykowe			Czyny nieletnich		
	Rok 2000	Rok 2001	Wskaźnik dynamiki	Rok 2000	Rok 2001	Wskaźnik dynamiki
	N	N	(%)	N	N	(%)
Dolnośląskie	1925	2590	134,5	638	846	132,6
Kujawsko-Pomorskie	801	775	96,8	96	268	279,2
Lubelskie	1168	1086	93,0	144	219	152,1
Lubuskie	678	1499	221,1	51	112	219,6
Łódzkie	533	1002	188,0	61	261	427,9
Małopolskie	1304	3803	291,6	272	1252	460,3
Mazowieckie	341	746	218,8	57	66	115,8
Opolskie	1018	755	74,2	104	115	110,6
Podkarpackie	463	1077	232,6	110	113	102,7
Podlaskie	450	709	157,6	75	268	357,3
Pomorskie	665	1057	158,9	288	156	54,2
Śląskie	2843	3449	121,3	714	510	71,4
Świętokrzyskie	774	625	80,7	131	156	119,1
Warmińsko-Mazurskie	1231	1929	156,7	188	198	105,3
Wielkopolskie	2960	3661	123,7	240	332	138,3
Zachodnio-pomorskie	1096	1537	140,2	180	211	117,2
m. st. Warszawa	1399	2 930	209,4	957	1598	167,0
Razem	19 649	29 230	148,8	4306	6681	155,2

Źródło: Biuro Służby Prewencyjnej Komendy Głównej Policji. Raport o rozpoznanych zjawiskach patologii społecznej, przestępczości i demoralizacji nieletnich, Warszawa 2002.

- łączenie tabaki z amfetaminą,
- gotowanie wywaru z konopi siewnej z mlekiem, kakao lub miodem,
- spożywanie kiszonych (amoniakiem lub kwasem LSD) liści marihuany,
- palenia „skunów” nasączonych „polską heroiną”,
- zażywanie np. syropu Tussipect, Gripepxu, leków przeciwbólowych z napojami energetyzującymi.

Problem narkomanii przez wiele lat był lekceważony, traktowany jako marginalny. Środki masowego przekazu nie informowały opinii publicznej o tym zja-

wisku, nie prowadzono działań profilaktycznych. Podejmowano jedynie działania mające na celu ograniczenie dostępności do substancji toksycznych. Obecnie prowadzona jest na szeroką skalę profilaktyka społeczna, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Tworzone są coraz liczniejsze ośrodki leczenia dla osób uzależnionych.

5. PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ NARKOTYKOWYCH

W krajach Unii Europejskiej wprowadzone zostały programy profilaktyczne, które informują dzieci i młodzież o skutkach nadużywania narkotyków. Kieruje się do nich 15- i 16-latków, którzy deklarują, że przynajmniej raz w życiu mieli kontakt z tzw. „ciężkimi” narkotykami [24].

Większa skuteczność przeciwdziałania przestępczości narkotykowej jest uzależniona od środków finansowych, skutecznych instrumentów prawnych i poziomu zaangażowania wszystkich resortów, a przede wszystkim od dopływu informacji. Specyfika pospolitej przestępczości narkotykowej, wynikająca z braku klasycznych „sprawców” i „ofiar”, powoduje konieczność zacieśnienia współpracy praktyków wszystkich zaangażowanych organów i instytucji państwa. Z satysfakcją można zaobserwować, że Policja ma coraz więcej sojuszników w walce z narkomanią tak wśród władz samorządowych, jak i instytucji pozarządowych. Ma to swój wyraz we wspólnym organizowaniu wojewódzkich, powiatowych, miejskich, gminnych programów lub strategii przeciwdziałania narkomanii. Każdy podmiot realizujący w swoim specjalistycznym zakresie trudne zadania przeciwdziałania narkomanii, mając wsparcie w partnerach, może liczyć na pozytywne efekty.

6. PROGRAMY ZAPOBIEGANIA NARKOMANII

Z początkiem lat 90. tempo przemian i nakładanie się różnych procesów powodują, że niektóre wartości i ideały humanistyczne zostają osłabione, a niekiedy wręcz zanikają. Coraz częściej zdarza się, że zakres tych przemian zbliża się do pewnego poziomu, określanego jako krytyczny. Zaczynają się coraz silniej objawiać zjawiska dewiacyjne i patologiczne. To determinuje potrzebę działań zmierzających do ograniczenia eskalacji tych niepożądanych zjawisk społecznych.

Celem strategii profilaktycznych skupionych na środkach odurzających jest przede wszystkim redukcja ich dostępności (podaż, reklama, cena i wielkość dawek, etykiety). Strategie profilaktyczne skoncentrowane na kosztach mają na celu pomagać jednostkom rozwijać się i zachowywać zdrowy styl życia, poczucie kompetencji (poprawy percepcji, wzrostu odpowiedzialności, umiejętności podejmowania decyzji, komunikowania się, samodyscypliny). Natomiast strategie profilaktyczne skoncentrowane na środowisku powinny uwzględniać różnorodne czynniki środowiskowe (prawne, ekonomiczne, rodzinne, kulturowe, polityczne, geo-

graficzne, religijne, etniczne). Wszystkie muszą być wzajemnie powiązane i obejmować całe życie człowieka od poczęcia aż do śmierci, a także ludzi wolnych, jak i uwikłanych w środki odurzające [25].

„Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii” z dnia 24 kwietnia 1997 roku obejmuje:

- działalność zapobiegawczą, leczenie, rehabilitację i readaptację osób uzależnionych,
- nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii są realizowane przez organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego, ale także przez:

- szkoły i placówki objęte systemem oświaty oraz szkoły wyższe,
- zakłady opieki zdrowotnej i inne jednostki organizacyjne działające w dziedzinie ochrony zdrowia,
- jednostki wojskowe i policji, kluby sportowe,
- zakłady poprawcze, areszty śledcze i zakłady karne.

W realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii mogą uczestniczyć: w szczególności stowarzyszenia, organizacje społeczne, fundacje, kościoły i inne związki wyznaniowe, medyczne samorządy zawodowe, rodziny osób uzależnionych oraz grupy samopomocy osób uzależnionych i ich rodzin. Podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii [26].

Walka z narkomanią nie rozpoczęła się w Polsce wraz z Ogólnopolską Akcją Antynarkotykową. Akcje profilaktyczne prowadzone są przez policję, pedagogów szkolnych już od wielu lat. Nie od dziś działają na terenie naszego kraju organizacje pozarządowe wspierające walkę z narkomanią. Pierwszą taką organizacją było Stowarzyszenie MONAR, które powstało 15 października 1978 roku. Założycielem jej był Marek Kotański. Jest to organizacja środowiskowa, o zasięgu ogólnopolskim, działająca na rzecz rodzin, kobiet, dzieci i młodzieży. MONAR zajmuje się w szczególności przeciwdziałaniem patologiom społecznym w środowisku rodzin (narkomania, alkoholizm, bezrobocie, przestępczość nieletnich). Współpracuje z policją i prokuraturą oraz z innymi organizacjami o tożsamym lub podobnym zakresie działań. Jednym z głównych zadań Stowarzyszenia MONAR jest prowadzenie domów dla narkomanów. Koncepcja profilaktyki według Kotańskiego opiera się zasadniczo na młodzieży, na działaniach „wewnątrz niej”. Uznaje on protagonizm młodzieży w wychowaniu. Zdaniem Kotańskiego profilaktykę należy organizować w płaszczyznach: czynnego uczestnictwa młodzieży i wybranych nauczycieli w programie pomocy kolegom chorym lub wchodzącym w tę chorobę, systemu edukacji nauczycieli i rodziców

prowadzonej przez ludzi praktycznie działających z narkomanami. System działań szkolnych kół MONAR przyczynia się do poszukiwania skutecznych i dostosowanych do środowiska młodzieży, bo wykształconych przez nią samą, sposobów przeciwdziałania narkomanii i innych niekorzystnych zjawisk, występujących u ludzi młodych [25].

Reforma systemu edukacji zakłada, że szkoła w większym stopniu niż dotychczas przygotowywać będzie ucznia do mądrego i odpowiedzialnego życia, a nie tylko do następnego etapu edukacji. W ramach profilaktyki szkolnej można wyróżnić działania zapobiegawcze, do których należą:

- działalność psychoedukacyjna wśród populacji uczniów (edukacja zdrowotna, programy profilaktyczne),
- działalność psychokorekcyjna i terapeutyczna adresowana do młodzieży zagrożonej uzależnieniem,
- działalność zabezpieczająca szkołę przed dealerami [27].

Szkoła najpełniej spełnia założenia profilaktyki narkomanii, realizując poszczególne programy profilaktyczne. Do placówek szkolnych kierowana jest coraz bogatsza oferta programowa, z której mogą one korzystać na zasadzie dobrowolności i wyboru. Programy te uwzględniają specyficzne potrzeby różnych grup dzieci i młodzieży, proponują rozmaite metody i formy pracy. Przygotowane są przez dobrze znających problematykę specjalistów. Dobrych, nowoczesnych programów profilaktycznych jest już wiele. W ich konstruowaniu autorzy twórczo wykorzystali doświadczenia obce; istnieją też oryginalne polskie propozycje. Z roku na rok wzrasta liczba osób uczestniczących w ich realizacji. W ostatnim roku objęto nimi ponad 450 tys. uczniów oraz około 50 tys. nauczycieli i uczniów [28].

Istnieje w szkołach wiele programów profilaktycznych znanych jako „Szkoły bez środków odurzających”. Opierają się na założeniu, że zapobieganie uzależnieniom w środowiskach młodzieżowych jest skuteczne jedynie wtedy, gdy uczestniczą w nich jednocześnie: rodzice, dzieci, administracja oświatowa, nauczyciele, przedstawiciele resortu sprawiedliwości, Kościół, instytucje pomocy społecznej oraz środki masowej informacji [25].

W polskim systemie wczesnej profilaktyki uzależnień dominującą rolę odgrywają właśnie szkolne programy profilaktyczne. Stanowią one integralną część działań wychowawczych, podejmowanych przez szkołę w ramach realizacji jej podstawowych funkcji. Szeroko rozumiana działalność profilaktyczna obejmuje m.in. rozwijanie zainteresowań i ukazywanie możliwości wartościowego gospodarowania własnym czasem wolnym, skłanianie do autorefleksji, planowania i stopniowego realizowania wizji własnego życia, ukazywanie sposobów postępowania w sytuacjach trudnych, bez konieczności używania środków odurzających, przekazywanie wiedzy o zagrożeniach i skutkach używania środków toksycznych (szczególnie nikotyny, alkoholu i narkotyków) [29].

Realizacja celów wychowawczo-profilaktycznych wymaga rozszerzenia kontaktów uczniów ze szkołą i stworzenia im możliwości udziału w różnorodnych

zajęciach pozalekcyjnych. Organizacja takich zajęć powinna uwzględniać zróżnicowane potrzeby uczniów i umożliwiać im rozwój zainteresowań poznawczych, praktycznych, sportowych, artystycznych oraz zdobywanie atrakcyjnych i cenionych przez nich umiejętności [30].

WNIOSKI

1. Uzależnienia narkotykowe powodują poważne konsekwencje zdrowotne w sferze fizycznej, fizjologicznej i psychicznej.
2. Substancje psychoaktywne indukują nieprawidłowe funkcjonowanie różnych narządów i układów, tj.: oddechowego, sercowo-naczyniowego, odpornościowego, rozrodczego.
3. Związki między używaniem narkotyków a innymi zachowaniami problemowymi potwierdzają, iż zachowania te nie pojawiają się w postaci izolowanej, lecz stanowią spójny wewnętrznie syndrom.
4. Uzyskane informacje sygnalizują, że narkomania u młodych Polaków zajmuje istotne, wcale nie marginalne – jak sądzono wcześniej – miejsce w konstelacji zachowań problemowych, w której dotychczas centralną pozycję zajmowało picie alkoholu.
5. Negatywny model rówieśniczy i brak głębszych więzi emocjonalnych stwarzają wysokie ryzyko inicjacji używania środków psychoaktywnych.
6. Istnieje pilna potrzeba wprowadzania programów profilaktycznych ukierunkowanych na wczesną interwencję edukacyjną (ubieganie pojawienia się inicjacji), specyficzną dla problemu narkotykowego, a także profilaktykę aspecyficzną dotyczącą wszystkich zachowań problemowych.
7. Wydaje się zasadne opracowanie lokalnych strategii profilaktycznych ukierunkowanych na problematykę uzależnień przez włączenie wielu podmiotów działających na polu edukacji i opieki nad dziećmi i młodzieżą.

Piśmiennictwo

- [1] Annual Report on the State Drug Problem in the European Union 1997. European Monitoring Centre for Drugs Addiction. Lisbona 1997: 41–55.
- [2] Ostaszewski K., Zmiany w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie. Alkoholizm i Narkomania 1998.
- [3] Sierosławski J., Zieliński A., Dorośli warszawiaczy a substancje psychoaktywne. Alkoholizm i Narkomania 1998; 1: 57–72.
- [4] Fatyga B., Fluderska G. i wsp., Społeczny świat drugiego elementarza. Warszawa 2000.
- [5] Maisto S. A., Galizio M., Connors G. J., Uzależnienia, zażywanie i nadużywanie. Warszawa 2000; 245: 318–319.

- [6] Newcomb M. D., Prevalence of alcohol and other drug use on the job: cause for concern or ir-
rational hysteria. *The Journal of Drug Issues* 1994; 24: 403–416.
- [7] Cekiera Cz., Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych.
Metody, programy, modele, środki, zakłady, wspólnoty. Lublin 1992; 39–41, 69–71.
- [8] Cappell H. D., Sellers E. M., Busto U., Benzodiazepines as drugs of abuse and dependence, w:
H. D. Cappell i wsp. (eds.), *Research advances in alcohol and drug problems*. vol. 9. New York
1986; 53–55.
- [9] Perrine D. M., *The chemistry of mind-altering drugs*. Washington 1996, DC: American Chemi-
cal Society.
- [10] Salzman C., Behavioral side effects of benzodiazepines, w: J. M. Kane, J. A. Lieberman (eds.),
Adverse effects of psychotropic drugs. New York 1992; 139–152.
- [11] Dykstra L., Opioid analgesics, w: C. R. Schuster and M. J. Kuhar (eds.), *Pharmacological aspects
of drug dependence: Toward an integrated neurobehavioral approach*. Berlin 1996; 197–232.
- [12] Brecher E. M., *Licit and illicit drugs*. Boston 1972.
- [13] Ho A. K. S., Allen J. P., Alcohol and the opiate receptor: Interactions with the endogenous opiates.
Advances in Alcohol and Substance Abuse 1981; 53–57.
- [14] Jones R. T., Human effects: An overview, w: R. C. Peterson (ed.), *Marijuana research findings*.
Rockville 1980; 54–80.
- [15] Institute of Medicine. *Marijuana and health*. Washington 1982.
- [16] Day N. L., Richardson G. A., Prenatal marijuana use: Epidemiology, methodological issues, and
infant outcome. *Chemical Dependency and Pregnancy* 1991; 18: 77–91.
- [17] Fried P. A., Marijuana and human pregnancy, w: I. J. Chansoff (ed.), *Drug use in pregnancy:
Mother and child*. Lancaster 1986.
- [18] Urban B., Przystępczość gwałtowna współczesnej młodzieży, w: E. Bielecki (red.), *Utrudnie-
nia adaptacyjne młodego pokolenia*. Bydgoszcz 1998.
- [19] Michel M., Znaczenie grupy rówieśniczej w konsumpcji substancji psychoaktywnych, w: B.
Urban (red.), *Společne konteksty zaburzeń w zachowaniu*, Kraków 2001; 122.
- [20] Cekiera Cz., Psychospołeczne uwarunkowania narkomanii wśród młodzieży, *Serwis narkoty-
kowy* 2002; 42: 1–3.
- [21] Robson F., Narkotyki. *Medycyna praktyczna*. Kraków 1997; 235.
- [22] Raport o rozpoznanych zjawiskach patologii społecznej, przestępczości i demoralizacji nielet-
nich. Biuro Służby Prewencyjnej Komendy Głównej Policji. Warszawa 2002.
- [23] Hołyst B., *Suicydologia*. Warszawa 2002.
- [24] Pepino L., Droga e begge. Tossicodipendenza prevenzione e repressione. Milano 1994; 43.
- [25] Gaś Z., Profilaktyka uzależnień. Warszawa 1993; 9: 38–39.
- [26] Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Warszawa 1997; 2298.
- [27] Serwis Informacyjny Narkomania. Warszawa 1996; 45.
- [28] Raczkowska J., Profilaktyka w szkole. Problemy, doświadczenia, wyzwania. *Problemy opiekuń-
czo-wychowawcze* 1996; 1: 17.
- [29] Szpringer M., *Szkolna profilaktyka zachowań patologicznych dzieci i młodzieży*. Kielce 2001;
36.
- [30] Pstrąg D., *Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień*. Rzeszów 2000; 184.