

Angelika Barczyk-Neessel

Akademia Ignatianum w Krakowie

Wydział Zamiejscowy Nauk Humanistycznych i Społecznych w Mysłowicach

Adam Bernert

doktorant

Uniwersytet Śląski Wydział Pedagogiki i Psychologii

Uzależnienie od środków psychotropowych jako przejaw niedostosowania społecznego

Addiction to psychotropic drugs as a symptom
of social maladjustment

Słowa kluczowe

narkomania, uzależnienie, niedostosowanie społeczne, młodzież

Streszczenie

Od zarania dziejów ludzie mają potrzebę ucieczki w świat, w którym poczują się lepiej, gdzie nie istnieje strach i lęk, w którym będą wolni od trosk i zmartwień, w której rzeczywistość odbierana jest jako zadowolenie i szczęście. Jednym z największych problemów społecznych ostatnich lat jest problem narkomanii. Mimo wysiłków w zakresie edukacji publicznej na temat uzależnień i problemów z tym związanych stan wiedzy społeczeństwa na temat zjawiska narkomanii jest nadal niezadowalający. Do narkotyków ucieka młodzież, a także dorośli, którzy w czasie wolnym szukają wytchnienia od trosk i zmartwień.

Keywords

drug addiction, social maladjustment, youth

Summary

Since the dawn of history, there has been a need for people to escape into a world where they will feel better, where fear and anxiety does not exist, in which they will feel free from cares and worries, in which reality is perceived

as satisfaction and happiness. One of the biggest social problems in recent years has been that of drug addiction. Despite efforts in the field of public education about addiction and the problems associated with this, the state of public awareness of the drug addiction phenomenon is still unsatisfactory as drugs continue to reach youths and adults, who in their spare time are seeking to escape from cares and worries.

Termin uzależnienie oznacza nabyty stan zaburzenia zdrowia psychicznego albo psychicznego i fizycznego, charakteryzujący się okresowym lub stałym przymusem wykonywania określonej czynności bądź zażywania psychoaktywnej substancji chemicznej¹.

Termin ten jest stosowany między innymi w odniesieniu do takich zaburzeń psychicznych, jak: uzależnienie od narkotyków (narkomanii), leków (lekomanii), alkoholu (alkoholizmu) czy papierosów (nikotynizmu). W szerszym rozumieniu jest on stosowany także w odniesieniu do wielu innych przymusowych zachowań, między innymi kompulsywnych zakupów, oglądania telewizji, seksu, masturbacji, korzystania z gier hazardowych lub komputerowych czy też nadmiernego korzystania z Internetu. Współczesna psychologia traktuje bowiem pojęcie „uzależnienie” szeroko i zakłada, że może ono obejmować także inne czynności, nad których wykonywaniem dana osoba utraciła kontrolę².

Początki kształtowania się treściowego terminu narkomanii można upatrywać już w starożytności, z tym że w dzisiejszym znaczeniu zaczęto używać go dopiero na początku XX wieku, kiedy to zastosowano go na określenie nałogu powstałego w wyniku używania środka z określonej grupy farmakologicznej.

Po raz pierwszy pojęcie narkomanii zostało zdefiniowane w 1931 roku przez Komisję Narkotyków i Innych Środków Szkodliwych działającą przy Lidze Narodów. Ujednolicenia terminologii dotyczącej narkotyków dokonano już po II wojnie światowej za sprawą wysiłków Komitetu Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, który w 1957 roku przyjął następującą definicję narkomanii: „narkomania jest stanem

¹ Ph. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Warszawa 1999, s. 3.

² S. Puzyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków 2007, s. 69 i n.

zatrucia okresowego lub chronicznego spowodowanym powtarzającym się przyjmowaniem narkotyków w postaci naturalnej lub syntetycznej³.

Współcześnie wyróżnia się trzy rodzaje uzależnienia:

1. Fizyczne – dochodzi tu do zwiększenia się tolerancji na narkotyki; trzeba brać większą ilość, aby osiągnąć ten sam efekt. Brak narkotyku wywołuje syndrom abstynencki, który objawia się między innymi: bardzo złym samopoczuciem fizycznym i psychicznym, drżeniem całego ciała oraz podobnymi innymi objawami jak przy grypie.
2. Psychologiczne – stan, w którym osoba dotknięta uzależnieniem nie potrafi bez pomocy z zewnątrz przerwać zachowań kompulsywnych związanych ze zdobywaniem i konsumpcją środka narkotycznego. Obecnie nie są znane żadne skuteczne metody leczenia zależności psychicznej od substancji chemicznych. Możliwe jest wyłącznie powstrzymanie kompulsywnych zachowań takiej osoby.
3. Społeczne (socjologiczne) – wiąże się z zażywaniem środków psychoaktywnych pod wpływem panującej mody lub w grupie ludzi podobnych do siebie (na przykład hippisów) czy też w kręgach młodzieży z tzw. subkultur. Istotą tego zjawiska jest bardzo silne uzależnienie od grupy, co pociąga za sobą bezwzględne respektowanie panujących w niej zasad i obyczajów. Ponadto osoba uzależniona, w miarę pogłębiania się choroby, rezygnuje z ważnych dla siebie wcześniej aktywności, wypada z dotychczasowych akceptowanych ról społecznych (utrata pracy, usunięcie ze szkoły, konflikty w rodzinie i/ lub z prawem, zanik zainteresowań, zawężenie kontaktów do grupy narkomańskiej itp.).

Narkomania to nie tylko poważny problem społeczny, ale i indywidualne tragedie ludzi uzależnionych i ich rodzin. Aktualnie na rozwiązanie problemu narkomanii „nie ma uniwersalnej recepty, zarówno w skali regionu, jak i w skali kraju”⁴.

Aby podejmowane działania, mające na celu zwalczanie i zapobieganie narkomanii, były jak najbardziej efektywne, muszą mieć one charakter kompleksowy i komplementarny, społeczny i administracyjno-prawny, a także towarzyski. Pewnego rodzaju działania powinny być zapoczątkowane już w rodzinie, lecz wyraźnie i nade wszystko muszą być wspierane przez szkołę, zakłady pracy, mass media, a także inne środowiska, które mają duży wpływ na wychowanie i rozwój. Działania te

³ K. Zajączkowski, *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych*, Warszawa 2003, s. 34.

⁴ Tamże, s. 35.

powinny być prowadzone również w obrębie pewnego rodzaju cnót, takich jak cierpliwość, opanowanie i wytrwałość.

Zjawisko narkomanii

Handel narkotykami jest bardzo rozpowszechnionym przedsięwzięciem gospodarczym. Przemysł narkotykowy stanowi jeden z najbardziej rozwiniętych nielegalnych procederów w świecie. Jeśli chodzi o zyski, to są one na tym samym poziomie co w handlu olejem czy przemyśle zbrojeniowym⁵. Marże z tego procederu są tak wysokie, że wartość życia ludzkiego straciła dla jego uczestników wszelkie znaczenie. Polityka europejska traktuje problem narkomanii oraz problemy z nią związane jako poważne zagrożenia bezpieczeństwa państwa i społeczeństwa, a także poszczególnych obywateli i ich zdrowia. Szacunkowo na terenach Unii Europejskiej zamieszkuje około 2 mln osób uzależnionych od środków narkotycznych nielegalnego pochodzenia, co wiąże się z wszelkimi konsekwencjami dla organów ścigania, ale i, a właściwie przede wszystkim, dla społeczeństwa. Według danych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z 7 tys. osób umierających w ostatnich latach z powodu przedawkowania narkotyków 80% stanowiły przypadki po przedawkowaniu kokainy. Zwykle byli to mężczyźni około 35. roku życia, często również osoby poniżej 25 lat. Z danych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wynika, że po kokainę przynajmniej raz sięgnęło co najmniej 12 mln osób w Unii Europejskiej, po amfetaminę – 11 mln, a 9,5 mln – po ekstazy. Szacuje się, że w Europie od opiatów (w tym heroiny) uzależnionych jest od 1,3 do 1,7 mln osób. Około 600 tys. osób korzysta z leczenia substytucyjnego⁶.

W 1989 roku pojawiła się pierwsza wspólna europejska inicjatywa antynarkotykowa, którą zainicjował ówczesny prezydent Francji Francois Mitterand⁷. Jej głównym założeniem było:

⁵ K. Raczkowski, *Narkotyki. Organizacja przestępczości i systemy przeciwdziałania*, Warszawa 2009, s. 60.

⁶ Tamże, s. 65

⁷ „Pierwszą inicjatywą antynarkotykową zaprezentowaną na forum Wspólnoty Europejskiej była propozycja prezydenta Francji Francois Mitteranda z 9 października 1989 r., tzw. Program Siedmiu Punktów, która – poza postulatami wspólnych metod analitycznych, utworzenia agencji wspólnotowej, harmonizacji narkotykowych polityk państw członkowskich i wyznaczenia osób kontaktowych – przewidywała zacieśnienie kontroli na granicach zewnętrznych, wypracowanie metody koordynacji działań właś-

oparcie działań na tak zwanych siedmiu punktach, które dotyczyłyby wszelkich inicjatyw w zakresie między innymi:

1. zacieśnienia kontroli na granicach zewnętrznych,
2. utworzenia jednolitej polityki,
3. przeprowadzenia oceny wdrażania Konwencji ONZ o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi.

Właśnie dzięki pracy CELAD⁸, Rada Europejska w roku 1990 przyjęła pierwszy europejski plan w zakresie walki z narkotykami⁹.

Lata późniejsze pokazały, iż Europa musi poszukiwać transnarodowego i zrównoważonego podejścia do walki z handlem narkotykami. Przyjęta w tym celu Europejska Strategia Antynarkotykowa UE na lata 2005-2012 wyznaczyła główne priorytety i cele działania w ramach wieloletniego programu haskiego, wzmacniającego wolność, sprawiedliwość i bezpieczeństwo w UE. Szczególny nacisk położono na ograniczenie podaży i popytu. Problem ten traktowano systemowo, dlatego też wyznaczono działania w ramach współpracy międzynarodowej, badań naukowych, w zakresie problematyki narkotyków oraz strategii informacyjnej. Jak podaje K. Raczkowski:

przyjęte na podstawie strategii europejskiej i krajowej plany działania mają za zadanie zmniejszenie problemu narkotykowego w całym europejskim społeczeństwie. Wskazuje się jednoznacznie, iż wszelkie podejmowane działania mają wnosić wartość dodaną, a ich skutek powinien być wymierny i realny. Inicjatywy muszą być ukierunkowane, a jednocześnie opłacalne – osiągając co najmniej jeden z wyznaczonych priorytetów¹⁰.

ciwych organów ochrony porządku publicznego, współpracę międzynarodową państw członkowskich, dokonanie oceny wdrażania na poziomie regionalnym Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 roku oraz przyspieszenie procedury jej ratyfikacji przez państwa członkowskie, koordynację działań państw członkowskich wobec krajów produkujących narkotyki oraz krajów tranzytu takich środków i współpracę z tymi państwami, a także określenie polityki UE w zakresie prania pieniędzy pochodzących z nielegalnego handlu narkotykami". W. Krawczyk, *Antynarkotykowy plan działań Unii Europejskiej na lata 2009-2012*, „Serwis Informacyjny NARKOMANIA” 2009, nr 2 (46), s. 9-10

⁸ Comité Européen de Lutte Anti-Drogue – Komitet ds. Zwalczania Narkotyków, organ działający od 1989 w ramach Unii Europejskiej.

⁹ K. Raczkowski, *Narkotyki*, dz. cyt., s. 72.

¹⁰ Tamże.

Problem narkotykowy w Unii Europejskiej pozostaje przedmiotem wielkiego zainteresowania w wielu grupach roboczych, a główną instytucją koordynującą w Sekretariacie Generalnym Rady z zakresu problemu narkomanii jest Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków (HGRN). W pracach HGRN „uczestniczą przedstawiciele krajowych ministerstw i instytucji odpowiedzialnych za sprawy narkotykowe oraz reprezentanci Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Europejskiego Urzędu Policji Europol, Eurojustu¹¹ oraz komórek organizacyjnych Komisji Europejskiej”¹². Polskę w pracach HGRN reprezentują eksperci z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Centralnego Biura Śledczego.

W Polsce środki odurzające pojawiły się trochę później niż w Europie Zachodniej, bo dopiero na początku lat 70. Problem narkomanii był długo skutecznie pomijany przez ówczesne władze. Ze względu na utrudnienia związane z dostępem do prawdziwych narkotyków wśród młodzieży panowała moda na eksperymentowanie z różnymi substancjami, jak na przykład rozpuszczalnikami chemicznymi, niektórymi roślinami, a nawet proszkami do prania, lekami psychostymulującymi (na przykład psychedryna, fermetrazyna) czy lekami wywołującymi zaburzenia świadomości (na przykład parkopan, astmosan)¹³.

Gwałtowne nasilenie problemu narkomanii w Polsce nastąpiło w połowie lat 70., kiedy to student z Wydziału Chemii Uniwersytetu Gdańskiego wyprodukował po raz pierwszy polską heroinę. Bardzo szybko stała się ona tanim i niezwykle popularnym narkotykiem, który w swoim działaniu jest silniejszy od czystej morfiny. Prosta technologia produkcji, łatwość dostępu do maku lekarskiego oraz niezbędnych odczynników laboratoryjnych i chemicznych pociągnęły za sobą następną falę narkomanii. W 1983 roku pojawiła się w Polsce moda na zażywanie czystej heroiny, a w 1985 na kokainę, co jednak nie przyjęło się ze względu na zbyt wysokie ceny tych substancji. Wciąż najpopularniejsza była polska heroina, którą eksportowano przede wszystkim na Wschód. Obecnie Polska jest największym i najbardziej liczącym się na rynku europejskim producentem i eksporterem amfetaminy.

¹¹ The European Union's Judicial Cooperation Unit – Europejska Jednostka Współpracy Sądowej.

¹² K. Raczkowski, *Narkotyki*, dz. cyt., s. 72.

¹³ A. Adamczyk, *Postawy młodzieży szkół średnich wobec narkomanii*, Lublin 1999, s. 33.

Wpływ narkotyków na ciało ludzkie oraz problemy zdrowotne związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych

Od wielu lat chemia wdziera się w życie człowieka. Na kontakt z coraz nowszymi środkami toksycznymi narażeni są nie tylko pracownicy różnych zakładów, ale często człowiek sam w sposób umyślny szkodzi swojemu zdrowiu poprzez przyjmowanie środków odurzających mających na celu poprawę nastroju czy też doznanie uczucia „błogości”, a w rzeczywistości często prowadzące do poważnego rozstroju lub uszczerbku na zdrowiu, nieraz nawet do zejścia śmiertelnego. W większości przypadków skutek przedawkowania, czyli tzw. złotego strzału, dochodzi bowiem do ustania funkcji życiowych. Również samo zażywanie narkotyków skutkuje nieodwracalnymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym i krążeniowym, dającymi różne przyczyny i objawy chorobowe w rezultacie prowadzące do kacheksji organizmu i śmierci.

Przyjęcie narkotyku prowadzi do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, wywołując różnego rodzaju niepożądane stany psychiczne. Neurony jako pierwsze reagują na narkotyk. Skutki brania narkotyków, takie jak: zmiany osobowości, uzależnienie, śmierć, są spowodowane zmianami, które wstępują w tych komórkach. Praca neuronu polega, najogólniej rzecz biorąc, na przekazywaniu informacji. Żeby przesłać impuls nerwowy, neuron musi posiadać tzw. spolaryzowaną błonę komórkową. Dochodzi wtedy do nierównomiernego rozmieszczenia ładunków elektrycznych po obu stronach błony. Na zewnątrz znajduje się dużo jonów sodu. Dużego wysiłku wymaga wyrzucenie jonów sodu od neuronu, dlatego też komórki nerwowe są „uzależnione” od tlenu – produkują dzięki niemu energię¹⁴. Krótkotrwałe obniżenie stężenia tlenu we krwi może doprowadzić do poważnego uszkodzenia lub śmierci mózgu człowieka. Impuls nerwowy jest tutaj falą depolaryzacji, która przebiega wzdłuż neuronu. Mówiąc prościej, w błonie otwierają się „furtki”, przez które sód wchodzi do środka komórki. Impuls jest przekazywany dalej, do następnej komórki nerwowej (na przykład w mózgu) lub do mięśnia (jeżeli mamy na przykład ruszyć ręką). Do przekazania impulsu z komórki do komórki służy w ośrodkowym układzie nerwowym synapsa. Jest to miejsce, w którym stykają się dwa neurony (synapsa nerwowo-nerwowa) lub neuronu i mięśnia (synapsa nerwowo-mięśniowa). Kiedy dojdzie do

¹⁴ W.Z. Traczyk, *Fizjologia człowieka*, Warszawa 2002, s. 116.

końca neuronu fala depolaryzacji, uwalnia on do synapsy związek chemiczny, tzw. neurotransmitter (mediator). Neurotransmitter łączy się z receptorem w błonie następczej komórki. Takie połączenie wywołuje falę depolaryzacji. Oczywiście po pewnym czasie mediator musi zostać rozłożony – w innym przypadku synapsa pobudzałaby następną komórkę w nieskończoność. Neurony tworzą układ nerwowy¹⁵. Ośrodkowy układ nerwowy – mózg i rdzeń nerwowy zajmują się głównie analizą napływających informacji i wydawaniem rozkazów. Za zbieranie informacji oraz „wydawanie rozkazów” odpowiada obwodowy układ nerwowy, czyli nerwy dochodzące do każdej części ciała. Dzieli się on na część podlegającą naszej woli – somatyczny układ nerwowy – oraz automatycznie sterującą procesami fizjologicznymi (oddychaniem, pracą serca, pracą przewodu pokarmowego) – autonomiczny układ nerwowy. Co dzieje się w organizmie człowieka po zażyciu narkotyku? Każdy narkotyk działa bezpośrednio na neurony i zmienia ich pracę. Może wpływać to na przebieg fali depolaryzacji, która zmniejsza przepuszczalność błony dla jonów, na działanie synapsy – zastępując mediator (pobudzenie neuronu bez istotnej przyczyny) oraz hamując rozkładanie mediatora (wtedy neuron jest pobudzany bez końca). Synapsy, które posiadają receptory, dla narkotyków zaczynają pracować i generować impulsy nerwowe. Obwodowy układ nerwowy wysyła do mózgu mnóstwo fałszywych informacji. Neurony w mózgu zostają pobudzone. Mózg wydaje rozkazy, które są często bezsensowne i niemające większego znaczenia. Narkotyk zmienia postrzeganie świata w zależności od rodzaju, daje uczucie odprężenia, senność, halucynacje, euforię lub poczucie mocy, spotęgowaną energię i bezsenność. Niektóre narkotyki w małych dawkach dają nieprzyjemne efekty, prowadzące do tego, iż ze stanu euforii można przejść w urojenia o przykrej treści, przerażenie, panikę, poczucie wyobcowania i depresję. Po przyjęciu dawki narkotyku pojawiają się osłabienie napięcia mięśniowego, zaburzenia koordynacji ruchowej, opóźnienie czynności odruchowych, podwyższone ciśnienie krwi, przyspieszona akcja serca. W niektórych wypadkach występujące pobudzenie autonomicznego układu nerwowego jest przyczyną całego szeregu dolegliwości fizjologicznych: zaburzeń w oddychaniu, nudności, wymiotów, biegunek, zimnych potów i gorączki. Przy przedawkowaniu narkotyku występują drgawki, śpiączka, czasami wylew z naczyń mózgowych, zaburzenia rytmu serca, utrata przytomności i śmierć. To właśnie nieprawidłowo pobudzony układ

¹⁵ Tamże, s. 118.

autonomiczny i sterująca nim część mózgu doprowadzają do śmierci organizmu. Ponad połowa zatruć spowodowana jest przez leki. Często są to leki o działaniu psychotropowym, leki stosowane w kardiologii lub też diabetologii, takie jak insulina. Leki te są nierzadko kupowane z przymytu, wyłudzone na fałszywych receptach lub też są podbierane komuś z członków rodziny, na przykład osobie, która stale przyjmuje dany lek. Zdarza się niejednokrotnie, że powikłania spowodowane uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego mogą prowadzić do występowania drgawek ciała. Ponadto do obserwowanych zaburzeń w obrębie układu endokrynnego można zaliczyć między innymi: zanik miesiączki u kobiet, hipogonadyzm powiązany z opóźnieniem w dojrzewaniu, bezpłodność, zaburzenia erekcji u mężczyzn, nadprodukcję hormonów przez tarczycę, spadek poziomu testosteronu, zmniejszenie żywotności plemników¹⁶.

Najczęściej spotykane nieprawidłowości pojawiające się ze strony układu krążenia po stosowaniu narkotyków to: nadciśnienie tętnicze, nieprawidłowości w pracy serca, zaburzenia w prawidłowym ukrwieniu mięśnia sercowego, które mogą prowadzić do zawałów czy kardiomiopatii, oraz tętniaki¹⁷. Często w wyniku długotrwałego przyjmowania narkotyków dochodzi do zapaści wskutek niewydolności oddechowej spowodowanej porażeniem ośrodka krążenia i ośrodka oddechowego w rdzeniu przedłużonym kręgosłupa. Kolejna przypadłość dotycząca układu krążenia, jaka może wystąpić u narkomanów, to choroba żylna związana z zatorowością i zakrzepicą naczyń¹⁸. Czynniki toksyczne negatywnie wpływają na naczynia krwionośne, prowadząc do powstania zatorów żylnych. Uwolniony skrzep w naczyniu przesuwany do tętnic i aorty, co może powodować wystąpienie zatorowości płucnej, a w rezultacie zatrzymanie krążenia i zejście śmiertelne. Zator tętnicy płucnej jest w 30% przyczyną nagłej śmierci u osób uzależnionych. Zespół zakrzepowy charakteryzuje się brunatnym przebarwieniem w okolicach goleni, aż do rozległego owrzodzenia, które często prowadzi do przeszczepu skóry wskutek powstania martwicy. Niedokrwienie kończyn spowodowane materiałem zatorowo-skrzepowym prowadzi i wywołuje u takiej osoby silne bóle spowodowane niedokrwieniem, a następnie wskutek zaniedbania leczenia może prowadzić do amputacji kończyny. Zachowawcze leczenie to długotrwałe przyjmowanie leków antykoagulacyjnych. Często również

¹⁶ Tamże, s. 119

¹⁷ F. Kokot, *Choroby wewnętrzne*, t. I i II, Warszawa 2006, s. 76.

¹⁸ Tamże, s. 99.

powstają otwarte rany, które trudno się goją, a w rezultacie kończy się to chirurgicznym wycięciem pola martwiczego. Różnego rodzaju ropnie i ropowice są przyczyną wielu zakażeń septycznych organizmu osoby uzależnionej. Transportowana w naczyniach zakażona krew prowadzi do zapalenia wsierdza, opon mózgowych oraz zmian narządowych. Silnie hepatotoksycznie grzyby powodują uszkodzenia wątroby, nerek. Najczęściej w okolicy wkłucia dochodzi do odczynu i nacieku zapalnego. Dlatego taka osoba powinna jak najszybciej poddać się leczeniu, aby nie doszło do posocznicy. Musi być zaopatrzona w środki dezynfekcyjne i materiały opatrunkowe. W przypadku nieostrożnego podawania narkotyku dożylnie (przebite ściany) połączonego ze skokiem ciśnienia może dojść do pęknięcia żyły.

Wskutek niedożywienia i wyniszczenia, spadku odporności organizmu narkomani często zapadają na schorzenia związane z drogami oddechowymi. Częste uszkodzenia śluzówki nosa czy jamy ustnej prowadzą do kandydozy (drożdżycy), czyli grzybiczego zapalenia śluzówki, jak i do zaburzeń ukrwienia. U osób nieprzytomnych uzależnionych wskutek wystąpienia padaczki może dojść do zachłystowego zapalenia dróg oddechowych, tzw. zespołu Mendelсона. Często trudności występujące w leczeniu układu oddechowego, szeroko rozumianego, są skutkiem braku dyscypliny chorego, w tym przypadku narkomana, i prowadzą nierzadko do zejścia śmiertelnego wskutek niewydolności oddechowej.

Podaż drogą dożylną narkotyku tą samą igłą, strzykawką wykorzystaną przez innego narkomana lub też zakażony „towar” to najczęstsza droga zakażenia wirusem HIV. Jak podają dane statystyczne, od roku 1985 do 2014 stwierdzono, że w Europie zakażonych wirusem HIV było ok. 6 489 osób¹⁹. Również przez drogę dożylną dochodzi do zakażenia WZW typu B, C, D. Wirusowe zapalenie wątroby typu „A”, nazywane chorobą „brudnych rąk”, powiązane jest ze złymi warunkami sanitarnymi i higienicznymi, w jakich żyją osoby uzależnione od narkotyków. Powikłania zapalenia wątroby prowadzą do marskości, raka i śmierci.

Nierzadko również kontakty seksualne, takie jak homoseksualizm, prostytutka, częsta zmiana partnerów w związku heteroseksualnym, mogą być przyczyną zakażeń wirusem HIV. Narkomani nie przestrzegają zasad bezpiecznego seksu, a wynika to często z ich niewiedzy. Inną chorobą wynikającą z prostitucji są choroby układu moczowo-płciowego. Częste

¹⁹ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Europejski raport narkotykowy (stan na rok 2014). Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2014

kontakty seksualne z różnymi partnerami mogą prowadzić do opryszczki narządów rodnych, kiły, rzeżączki, wrzodu wenerycznego, kłykcin kończystych. Najczęstszym jednak i powszechnym zakażeniem grzybiczym jest kandydoza pochwy. Często tego typu choroby lub wczesne stany są nieleczone, co prowadzi w późniejszym czasie do szybkiego rozwoju i groźnych powikłań²⁰.

Niejednokrotnie przygodny seks prowadzi do zajścia w ciążę. Dziecko narkomana i narkomanki urodzi się z zespołem uzależnienia. Przyjmowanie narkotyków w czasie ciąży prowadzi do komplikacji genetycznych noworodka i wpływa negatywnie na rozwój umysłowy dziecka. Przyjmowanie przykładowo amfetaminy powoduje przedwczesne odklejenie łożyska albo martwicę płodu. W czasie ciąży u kobiet uzależnionych włączany jest metadon jako bezpieczny środek zastępczy. Dziecko po urodzeniu poddawane jest stopniowej terapii detoksykacyjnej.

U mężczyzn narkomania może prowadzić także do wzwodu bez ejakulacji bądź do niemocy płciowej, natomiast u kobiet powoduje zatrzymanie miesiączki, osłabienie popędu płciowego, bezpłodność, jak i częste samoistne poronienia²¹.

Wyniki uzyskanych danych empirycznych

Polski rynek narkotyczny od pewnego czasu kieruje się regułami marketingu i promocji. Dystrybucją narkotyków zajmują się dobrze zorganizowane, działające w pubach, kawiarniach, lokalach rozrywkowych, środowiskach młodzieżowych, a nawet szkołach siatki dealerów. Za szczególnie niepokojące należy uznać kierowanie do młodzieży często skutecznymi „ofert promocyjnych – jednostkowych porcji narkotyków za darmo lub za nieznaczną opłatą”²².

Zamysłem przeprowadzonych badań ankietowych było uzyskanie informacji o rozpowszechnieniu eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych przez adolescentów. Kwestionariusze ankiety zostały przeprowadzone wśród młodzieży klas drugich szkół ponadgimnazjalnych, czyli wśród młodzieży między 17. a 18. rokiem życia. Zdarzały się również osoby, które powtarzały klasę i były już w wieku 19 bądź 20 lat. Szkoły, w których przeprowadzono badania, zlokalizowane są w województwie

²⁰ *Choroby wewnętrzne, stan wiedzy na 2011*, red. A. Szczeklik, Kraków 2011, s. 776.

²¹ Tamże, s. 779.

²² I. Niewiadomska, *Profilaktyka uzależnień – materiały konferencyjne*, Lublin 1999, s. 107.

śląskim. Respondenci w poszczególnych szkołach cechowali się dużym zróżnicowaniem pod względem osiągnięć edukacyjnych. Osoby ankietowane to zarówno uczniowie bardzo dobrze się uczący, wygrywający wiele olimpiad, jak i osoby mające specjalny tok nauczania oraz szeroko rozumiane problemy z uczeniem się. Szkoły, w których przeprowadzono badania, zachęcają swoich uczniów do rozwoju uzdolnień sportowych, manualnych, aktorskich i zawodowych, organizując liczne zawody sportowe, występy czy też wyjazdy edukacyjne w klasach profilowanych lub zawodowych. Ze względu na bezpieczeństwo i ochronę danych oraz ryzyko rozpoznania poszczególnych szkół placówki te pozostaną anonimowe. Badaniami objęto 172 uczniów, w tym 105 dziewcząt i 67 chłopców.

Na podstawie wyników badań stwierdzono, że po raz pierwszy po narkotyk sięgnęło 10,46% (18) respondentów na prywatce, 9,30% (16) na dyskotecę, a 4,65% (8) ankietowanych przyjęło pierwszy raz narkotyk w domu. Samochód i szkołę jako miejsce inicjacji narkotykowej wskazało po 1,74% (3) osób. W tym ostatnim przypadku, na podstawie przeprowadzonych rozmów, można przypuszczać, że respondenci wskazali na szkołę w szerokim rozumieniu tego słowa obejmującym nie tylko szkołę jako budynek, ale również jej otoczenie (boiska, teren przed szkołą, składziki itp.), internat oraz czas w trakcie przerw (i to również spędzony poza szkołą), wagarów i wycieczek szkolnych.

Ankietowani wymieniali również inne miejsca/okoliczności, w których przyjmowali narkotyki, takie jak: las, podwórko osiedlowe, łąka lub w czasie wycieczki szkolnej. Jedna osoba (kobieta) stwierdziła, że nie udzieli informacji, gdzie przyjęła po raz pierwszy narkotyk. Tylko 3,49% (6) ankietowanych odpowiedziało, że miało co prawda kontakt z narkotykami, ale nie przyjęły ich, pomimo iż byli namawiani.

Badani wskazali również różne przyczyny przyjęcia przez nich narkotyku. Jak już wcześniej wspomniano, często różnego rodzaju problemy powodują, iż młodzież sięga po narkotyki. Potwierdzają to wyniki badań – najwięcej, bo aż 15,11% (26) osób, podało, iż sięgnęło po narkotyk, ponieważ po jego przyjęciu nabiera się dystansu do problemów.

Narkotyki są również przyjmowane przez osoby niedoceniane przez innych, niemające pożądaną pozycję w grupie rówieśniczej. Taką właśnie przyczynę zażycia substancji narkotycznej wskazało 6,39% (11) respondentów, wybierając odpowiedź: „biorę”, ponieważ mogę się poczuć kimś lepszym.

Akceptacja przez grupę rówieśniczą była najistotniejszą przyczyną zażywania narkotyków dla 7,56% (13) ankietowanych. Niewiele mniej

osób, tj. 6,98% (12) stwierdziło, że przyjmowało je dla zabawy. Z kolei na chęć osiągnięcia „stanu błogości” jako powód zażywania środków odurzających wskazało 2,90% (5) osób, a ciekawość – 1,74% (3). Po 0,58% (1) respondentów podało, że z nudów bądź dlatego, że są modne.

Jeżeli chodzi o częstotliwość przyjmowania substancji narkotycznych, to ponad jedna czwarta ankietowanych, bo 27,90% (48) zażyła je w przeciągu dwunastu miesięcy przed przeprowadzeniem badania, przy czym 12,79% (22) zrobiła to w trakcie ostatnich 30 dni przed przeprowadzeniem badania.

Najczęściej przyjmowanym przez respondentów w ciągu ostatniego roku narkotykiem była marihuana – 57,55% (99). Drugim co do kolejności była amfetamina – 28,76% (46) ostatni rok i 31,97% (55) ostatni miesiąc; a trzecim LSD – 2,32% (4) ostatni rok i 2,32% (4) ostatni miesiąc.

Wśród innych użytych substancji narkotycznych wymieniono następujące:

- anielski pył²³ – po 4,06% (7) ostatni rok i ostatni miesiąc;
- dopalacze – 2,32% (4) ostatni rok i 1,74% (3) ostatni miesiąc;
- tabletki psychotropowe – 2,32% (4) ostatni rok i 1,16% (2) ostatni miesiąc;
- syrop Acodin – po 1,16% (2) ostatni rok i ostatni miesiąc;
- kleje – 1,16% (2) ostatni rok i 0,58% (1) ostatni miesiąc;
- krokodyl – 1,74% (3) ostatni rok i 3,48% (6) ostatni miesiąc.

Ankietowani zapytani o konsekwencje wynikające z przyjmowania narkotyku stwierdzili, iż jego długotrwałe przyjmowanie prowadzi do śmierci – 32,55% (56). Najogólniejszej odpowiedzi, tj. że takie przyjmowanie prowadzi po prostu do uzależnienia, udzieliło 23,25% (40) ankietowanych. 9,30% (16) uważało, że przyjmowanie środków psychoaktywnych prowadzi do nieodwracalnych zmian w organizmie, a 3,48% (6), że do wyniszczenia organizmu, natomiast 2,32% (4) wskazało jako konsekwencje takich działań uszkodzenie mózgu. Pozostałe 29,07% (50) osób nie udzieliło odpowiedzi.

Blisko połowa ankietowanych miała ogólną wiedzę na temat odpowiedzialności przewidzianej za stosowanie i posiadanie narkotyków. 49,41 % (85) respondentów wymieniło tu zakład karny. Obowiązek ustanowienia kuratora zaznaczyło 4,06 % (7) oraz tyle samo, iż można zostać skierowanym na leczenie odwykowe lub detoksykację. 2,90% (5)

²³ Slangowa nazwa fencyklidyny.

badanych podało, iż można zostać umieszczonym w zakładzie poprawczym. Zastanawiający jest fakt, że aż 33,72% (58) respondentów stwierdziło, że nie wie, jakie konsekwencje prawne grożą za posiadanie i stosowanie narkotyków.

Badani uczniowie w przeważającej większości zadeklarowali znajomość psychosomatycznych skutków, jakie mogą wyrzucić narkotyki na organizm ludzki. Najliczebniej wskazanym skutkiem długotrwałego przyjmowania narkotyków była śmierć – 56,97% (98). Na drugim miejscu znalazł się spadek odporności – 47,67% (82), a na trzecim utrata masy ciała – 36,62% (63). 27,90% (48) respondentów za główny skutek przyjmowania środków psychoaktywnych uznało szeroko pojęte wyniszczenie organizmu, natomiast 25% (43) ankietowanych wskazało na często występujące różnego rodzaju zatrucia. 23,25% (40) badanej młodzieży podało jako podstawową konsekwencję zażywania narkotyków halucynacje, a 22,09% (38) szeroko pojęte „różnego rodzaju choroby”.

Na kolejnych miejscach uplasowały się:

- bezsenność – 18,60% (32);
- choroby układu krążenia – 9,88% (17);
- bóle głowy – 7,55% (13);
- zakażenie wirusem HIV – 6,97% (12);
- utrata apetytu – 6,39% (11);
- wymioty i zaburzenia równowagi – 5,81% (10);
- zaczerwienienie oczu – 5,23% (9);
- zaburzenia gastryczne – 3,48% (6).

Identyczna grupa respondentów, tj. 3,48% (6), stwierdziła, że nie wie, jakie zmiany w organizmie może wywołać zażywanie narkotyków.

Z powyższej analizy wyników badań wynika, że problem narkomanii rozumiany jako stałe lub okresowe używanie różnymi sposobami (połykanie, wstrzykiwanie, wdychanie) w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich²⁴, dotyczył aż 30,81% (53) ankietowanych, czyli prawie jednej trzeciej objętych badaniem uczniów. Ankietowani nie widzieli niczego złego w przyjmowaniu środków narkotycznych, często traktowali to jako zabawę, nie zastanawiając się nad długotrwałymi konsekwencjami, pomimo że znali skutki ich zażywania.

²⁴ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 224 z późn. zm.); P. Sztompka, *Socjologia zmian społecznych*, Kraków 2005, s. 76.

Dlatego tak ważne jest ustawiczne i konsekwentne prowadzenie szeroko zakreślonej działalności profilaktycznej, zarówno w obrębie rodziny, szkoły, jak i wszystkich innych instytucji działających w szeroko pojętym systemie działalności profilaktycznej. Przy czym realizowane oddziaływania profilaktyczne powinny uwzględniać nie tylko jednostkę, ale także jej najbliższe otoczenie. Oprócz działań zapobiegawczych ważne jest podjęcie działań mających na celu ograniczenie dostępności narkotyków. Niestety jedno jest w zasadzie pewne: jak długo narkotyki obecne będą w naszym społeczeństwie, tak długo młodzież będzie miała z nimi styczność.

Bibliografia

- Adamczyk A., *Postawy młodzieży szkół średnich wobec narkomanii*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1999.
- Choroby wewnętrzne, stan wiedzy na 2011*, red. A. Szczeklik, Wydawnictwo MP, Kraków 2011.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Europejski raport narkotykowy (stan na rok 2014). Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2014.
- Kokot F., *Choroby wewnętrzne*, t. I i II, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- Krawczyk W., *Antynarkotykowy plan działań Unii Europejskiej na lata 2009–2012*, „Serwis Informacyjny NARKOMANIA” 2009, nr 2 (46).
- Niewiadomska I., *Profilaktyka uzależnień – materiały konferencyjne*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1999.
- Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Vesalius, Kraków 2007.
- Raczkowski K., *Narkotyki. Organizacja przestępczości i systemy przeciwdziałania*, WAiP, Warszawa 2009.
- Sztompka P., *Socjologia zmian społecznych*, Wydawnictwo PLUS, Kraków 2005.
- Traczyk W.Z., *Fizjologia człowieka*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 224 z późn. zm.)
- Zajączkowski K., *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych*, WSiP, Warszawa 2003.
- Zimbardo Ph., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.