

**ZAGROŻENIA
ZWIĄZANE
Z UŻYWANIEM
MARIHUANY
I SYNTETYCZNYCH
KANNABINOIDÓW**

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

Redakcja merytoryczna:

Grzegorz Wodowski

Autorzy tekstów:

Filip Duski

Honorata Harsche-Zarzeczny

Natalia Magreta-Łupińska

Katarzyna Krzykawska

Bartosz Michalewski

Grzegorz Wodowski

Stanisław Żołądek

Konsultacje: Mateusz Klinowski

Opracowanie dodatku informacyjnego: Aleksandra Kopyś

Korekta językowa: Judyta Put

Projekt okładki: Zuzanna Ziemniak

Grafika i łamanie tekstu: Jonna Weck

Druk: Drukarnia INTROMAX - www.intromax.com.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Kraków 2020

ISBN: 978-83-956070-1-1

Egzemplarz bezpłatny

wersja online: www.monar.krakow.pl/pub

Wydawca:

Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie

Ul. św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków tel. 12 430-61-35

e-mail: biuro@monar.krakow.pl



Projekt zrealizowany przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego



WSTĘP	5
LEKCJA HISTORII: KONOPIE NA PRZESTRZENI WIEKÓW	7
LEKCJA BIOLOGII: GATUNKI KONOPI	10
LEKCJA CHEMII: ZWIĄZKI ZAWARTE W KONOPIACH	11
LEKCJA ANATOMII: UKŁAD ENDOKANNABINOIDOWY	13
PREPARATY KONOPI	14
SPOSOBY PRZYJMOWANIA MARIHUANY	15
DZIAŁANIE MARIHUANY	18
UZALEŻNIENIE OD MARIHUANY	20
OBJAWY UZALEŻNIENIA	23
KRZYWO WESZŁO CZYLI PRZEDAWKOWANIE MARIHUANY	24
ZANIECZYSZCZENIA W MARIHUANIE	25
DYM W PŁUCACH	26
PROWADZENIE SAMOCHODU POD WPŁYWEM MARIHUANY	28
PRAWNE KONSEKWENCJE PROWADZENIA PO JOINCIE	29
DOM: ZROZUMIEĆ NASTOLATKA	31
DOM: JAK ROZMAWIAĆ Z NASTOLATKIEM O MARIHUANIE?	35
DOM: KILKA ZASAD DOTYCZĄCYCH PROWADZENIA ROZMOWY Z NASTOLATKIEM ...	40
SZKOŁA: ZAJĘCIA PROFILAKTYCZNE	41
SZKOŁA: WARSZTAT DOTYCZĄCY MARIHUANY	43
SZKOŁA: MARIHUANA A PROCESY POZNAWCZE	45
DEMONIZOWANIE MARIHUANY JEST BEZ SENSU	48
FURTKA DO INNYCH NARKOTYKÓW	50
MARIHUANA W POLSKIM PRAWIE	52
REGULACJE DOTYCZĄCY MARIHUANY NA ŚWIECIE	56
CZY MARIHUANA WYZWAŁA AGRESJĘ?	58
CZY MARIHUANA JEST DOPINGIEM W SPORCIE	59
MARIHUANA I ROZWÓJ MÓZGU	60
U PSYCHIATRY: MARIHUANA I ZABURZENIA PSYCHICZNE	62
W APTECE: MEDYCZNA MARIHUANA	71
SYNTETYCZNE KANNABINOIDY	75
INTERWENCJE: CANDIS	82
INTERWENCJE: FRED GOES NET	85
WYKAZ PLACÓWEK AMBULATORYJNYCH	88
POLECANA LITERATURA	90
AUTORZY	91



Okazuje się jednak, że używanie marihuany nie pozostaje bez wpływu na nasze zdrowie psychiczne i funkcjonowanie

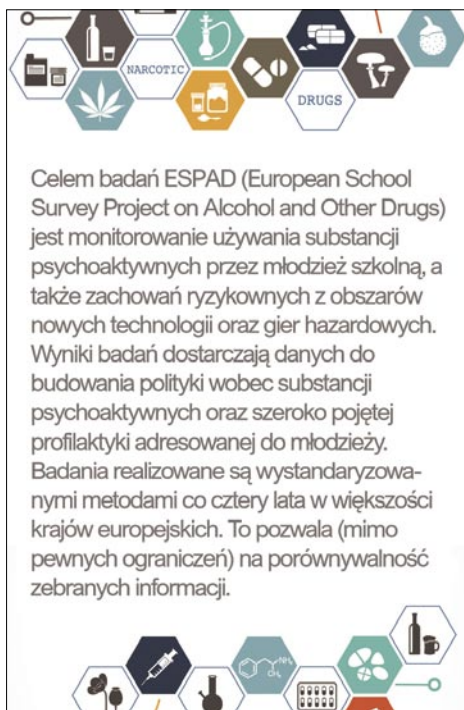


społeczne. Uzależnieni od marihuany to obecnie największa grupa podejmujących leczenie z powodu uzależnienia od narkotyków. Rocznie w Europie prawie 140 tys. osób rozpoczyna specjalistyczne leczenie odwykowe z powodu problemów związanych z używaniem marihuany. To ponad 1/3 wszystkich zgłoszeń na leczenie z powodu uzależnienia od narkotyków!

Również wśród młodzieży marihuana jest trzecią (po alkoholu i papierosach) najczęściej używaną substancją psychoaktywną. Szacuje się, że mniej-więcej co czwarty polski nastolatek przed 16 rokiem życia miał kontakt z marihuaną, a w grupie wiekowej 17-18 – prawie co drugi. Przeglądając wyniki badań ESPAD z ostatniej dekady widać wyraźny wzrost tego odsetka, podczas gdy rozpowszechnienie picia alkoholu i palenia papierosów nieco spada.

Wzrost popularności marihuany wśród młodzieży szkolnej przypisuje się co najmniej kilku czynnikom. Rzućmy okiem na pierwsze z brzegu. Spada świadomość tego, że jej palenie jest czymś groźnym dla zdrowia i przez to ocena ryzyka jest zdecydowanie łagodniejsza (to także pokazują te badania ESPAD). Młodzież sprawnie adaptuje na własne potrzeby argumenty używane w dyskusji o legalizacji marihuany oraz odnoszące się do jej walorów medycznych. Zdaje sobie sprawę z relatywnie niskiej szkodliwości narkotyku na osoby dorosłe. Niebagatelnym czynnikiem wzrostu użycia marihuany wśród młodych jest też rosnąca dostępność do marihuany: młodzież uczestniczy w sytuacjach, gdzie pojawia się marihuana i wraz z tym rośnie obiektywna możliwość zdobycia narkotyku.

Badania empiryczne potwierdzają negatywny wpływ marihuany na zdrowie psychiczne. Długotrwałe palenie może upośledzać funkcje poznawcze, wpływać negatywnie na procesy pamięciowe, zakłócać zdolność koncentracji i uwagi. Konsekwencje mogą poważnie destabilizować rozwój młodych ludzi i zakłócać ich wchodzenie w dorosłość. ●



LEKCJA HISTORII: KONOPIE NA PRZESTRZENI WIEKÓW

Żadna z roślin, jakie kiedykolwiek człowiek uprawiał, nie była tak chwalona i tak potępiana, jak marihuana. (Ernest L. Abel)

Konopie są jedną z tych roślin, które są znane człowiekowi od zarania jego dziejów. Stanowiły dla niego źródło nie tylko narkotycznych doznań, ale także służyły mu jako roślina przemysłowa, lecznicza, a nawet kulinarna (nie wspominając już o zastosowaniach związanych z obrzędami religijnymi, bo te na ogół i tak kojarzą się z odurzeniem). Poprowadzimy teraz



Malarstwo jaskiniowe z okresu neolitu (10.000-5.000 lat p.n.e.) znalezione w Japonii na wybrzeżu Kyushu. Uważa się, że jest to najwcześniejsza znana prezentacja liścia konopi.

Państwa przez skrócony kurs historii wykorzystania tej rośliny.

MEDYCYNĄ

Przez wiele tysięcy lat produkty otrzymywane z konopi były stosowane w leczeniu rozmaitych schorzeń, a w niektórych kulturach konopie były traktowane wręcz jako jedne z najważniejszych roślin leczniczych. O tym, że posługiwano się nimi już w czasach prehistorycznych świadczą znaleziska archeologiczne (zawartości wykopanych naczyń, malowidła na ścianach jaskiń), a o ich używaniu w starożytności świadczą źródła pisane. Z ich właściwości leczniczych korzystano chętnie w Państwie Środka, w Indiach, a także w cywilizacjach rodzących się w basenie Morza Śródziemnego – w Egipcie, Grecji i w Izraelu. Niektóre interpretacje i komentarze rabiniczne do Starego Testamentu przekonują nas, że jest tam mowa o konopiach, a nawet o tym, że słowo cannabis pochodzi z języka hebrajskiego. Na całym niemalże kontynencie afrykańskim odnajdywane są potwierdzenia świadczące o stosowaniu konopi jako leku.

Medyczne wykorzystanie konopi nie ustaje wraz ze starożytnością i rozprzestrzenia się na cały świat. Leczy się nimi reumatyzm, podagrę, malarię, a nawet melancholię. Botanicy dokonują klasyfikacji i określają gatunki rodziny cannabis, a medycy znajdują kolejne zastosowania konopi jako leku. W połowie XVIII wieku pojawiają się nawet w angielskiej farmakopei (urzędowy spis leków), w której

głównie pełnią rolę leku przeciwbólowego. Nie jest już tajemnicą lekarską, że królowej Wiktorii pomagają przetrwać comiesięczne bóle brzucha.

W obecnych czasach, od conajmniej kilku dekad, medyczne zastosowania tej rośliny przeżywają swoisty renesans, ale o tym więcej znajdziecie w rozdziale poświęconym medycznej marihuanie.

PRZEMYSŁ

Jednocześnie z farmakologicznym przeznaczeniem konopi rozwija się ich zastosowanie przemysłowe. Starożytni Chińczycy opracowują technologię wyrobienia papieru konopnego. (nie jest to proste, bo oprócz konopi niezbędna jest też kora drzewa morwowego). Ale przede wszystkim z włókiem konopi wy-

wanie bardziej wytrzymałe od jutowych. A bez tego trudno wyobrazić sobie ówczesne odkrycia nowego świata. Na wschodzie Europy z konopi wyrabia się mydło. Niemcy, jak to Niemcy – z włókna konopnego produkują mundury, flagi a nawet plandeki do czołgów. Brytyjczycy z kolei sznury do spadochronów.

KUCHNIA

Konopie trafiają również na stół, stanowią dodatek do potraw. Dodają im charakterystycznej goryczy, a ich nasiona zawierają duże ilości łatwo przyswajalnego białka. Na Rusi robi się z ich oleju masło, a do dzisiaj na Śląsku przyrządza na jest „siemieniotka”, tradycyjna zupa z nasion konopi.

Zwierzęta także polubiły konopie. Jako paszę dla zwierząt stosowano mączkę

konopną, uboczny produkt tłoczonego z nasion oleju. Konopne nasiona wykorzystywane są w karmach dla ptaków i rybek, świnek morskich i królików, a także dodawane są do obroku dla drobiu i bydła domowego.

UŻYWKĄ

Konopie są jednym z najstarszych narkotyków i nieprawdą jest jednak, że dopiero we współczesności kono-

piom ponadawano negatywne znaczenia. Już w starożytnych pismach można doszukać się ostrzeżeń przed pochopnym stosowaniem żywicy z konopi. Możemy znaleźć źródła pisane wspo-

rabia się liny, sznury i tkaniny. Wypiera je dopiero bawełna, a potem syntetyczne włókno. Trudno jednak wyobrazić sobie jakiegokolwiek średniowieczny żaglowiec bez lin konopnych, które były zdecydo-



minające o używaniu konopi jako używki przez starożytnych Traków i Scytów (ci sprowadzają ten zwyczaj do Europy). Opisy narkotycznych właściwości konopi znajdziemy m.in. w „Baśniach z tysiąca i jednej nocy”. XIX wiek obfituje opisami tego, jakie to czekają nas przeżycia po konopiach. To żołnierze Napoleona odkrywają w Egipcie haszysz, a haszysz odkrywa Paryż. Tam właśnie powstaje Klub Haszyszystów, do którego należą m.in. Moreau, Hugo i Dumas. Panowie dobrze się bawią posilając się *dawameskiem* (mieszkanką haszyszu, paru przypraw, masła i cukru). Od czasu do czasu miewają jednak wątpliwości co do bezkarności takich uciech. Najpełniej wyraża je Baudelaire nazywając odurzenie „rozkoszą doraźną”, a nawet „gwałtem na własnej naturze”.

Konopie docierają do Ameryki i są tam powszechnie uprawiane i to nie tylko z powodu sznurka i lin okrętowych. Tak jak przybył z Chin palący opium, tak hiszpańskojęzyczni emigranci, głównie z Meksyku, palą konopie. Podobno to właśnie oni susz z kwiatostanów konopi nazwali „marihuaną”. Dziwne upodobania obcych wzbudzają u białych Amerykanów zaniepokojenie, które przekłada się na regulacje prawne kryminalizujące narkotyki, w tym meksykańską „Marię Juanę”. Powstaje Federalne Biuro ds. Narkotyków. Amerykańska propaganda antynarkotyko-



Pierwsza połowa XX wieku obfituje w Ameryce seriami publikacji i książek typu *paperbacks* prezentujących marihuanę jako straszliwy narkotyk, który szybko niszczy i zabija swoje ofiary lub – w najlepszym wypadku – popycha uzależnionych do popełniania straszliwych zbrodni. Pojawia się również film „Reefer Madness” (1936) opowiadający o szaleństwie wśród licealistów spowodowanym uzależnieniem marihuanę.

wa w połowie XX wieku niezmordowanie podnosi zagrożenia związane z używaniem marihuany. Jednak demonizowanie marihuany ma ewidentne związki z ksenofobią i rasizmem wobec tych mniejszości, które nie pasują do amerykańskiego modelu życia i stanowią dla niego zagrożenie. Daje to początek procesowi delegalizacji konopi na całym świecie. Nie zatrzymuje to jednak coraz większej popularności marihuany jako używki. Palą ją już nie tylko czarnoskórzy, Latynosi i jazzmani. W latach 60-tych przedostaje się ona do kampusów uniwersyteckich i staje się symbolem kontestacji, konfliktu między pokoleniami. Dodatkowe tło dla marihuany stanowi wojna w Wietnamie. Jednak z roku na rok zapach palonej marihuany coraz bardziej powszednie i traci swój rewolucyjny charakter. Jak pisze Kamil Sipowicz w książce „Czy marihuana jest z konopi: „po hipisach zamiłowanie do marihuany odziedziczyli muzycy grunge, alterglobaliści, skaterzy, snowboardziści, neohipisi i hiphopowcy”. Naiwnością byłoby sądzić, że lista ta nie jest o wiele dłuższa. ●

LEKCJA BIOLOGII: GATUNKI KONOPI

Botanicy jako pierwsze wyodrębnili konopie siewne, następnie indyjskie, jeszcze później do tej systematyki dołączyły konopie dzikie. Ale dziś mają wątpliwości – czy może konopie to jednak tylko jeden gatunek.

Konopie to jednoroczne, rozdzielнопциowe rośliny występujące w niemalże każdej strefie klimatycznej. Należą do rodziny konopiowatych, do której należy też chmiel. Są rodzajem roślin niezmiernie odpornym czynniki środowiskowe, stąd są tak bardzo rozpowszechnione – zarówno jako rośliny uprawne, jak i dzikorosnące. Nieprawdą byłoby twierdzić jednak, że warunki klimatyczne nie wpływają na ich właściwości. Poddane wegetacji w gorącym i wilgotnym klimacie produkują na ogół więcej psychoaktywnej żywicy. Natomiast te rosnące w klimacie umiarkowanym mają wytrzymałe włókno i bardziej nadają się na potrzeby przemysłowe.

Pomimo przywołanych we wstępie kontrowersji, opracowania naukowe używają podziału na trzy gatunki konopi, które różnią się od siebie nie tylko budową, ale także właściwościami psychoaktywnymi.

CANNABIS INDICA Konopie indyjskie to odmiana występująca pierwotnie na Bliskim Wschodzie i w Azji. Rośliny tej odmiany osiągają wysokość ok. 1 metra. Ich liście są krótkie i szerokie,



koloru ciemnozielonego, który u osobników osiąających dojrzałość wyróżnia się fioletowym odcieniem. Wydzielają mało przyjemny zapach, a dym palonego suszu jest gęsty i dość irytująco działa na gardło. Z uwagi na wysoką zawartość składników psychoaktywnych (nawet do 25% THC), odmiana ta jest traktowana jako szczególnie narkotyczna.

CANNABIS SATIVA Konopie siewne to odmiana o długich i wąskich liściach, osiąająca wysokość kilku metrów. Kolor ich liści jest jasnozielony, w niektórych szczepach dochodzi



do tego jeszcze żółty pigment chroniący roślinę przed zbyt intensywnym światłem. Kwiatostany sativy, podobnie jak liście – są podługne i cienkie. Mają owocowy zapach, a ich dym jest nieco łagodniejszy. To odmiana konopi, z której wyrabiane są liny i inne produkty przemysłowe. Zawartość składników psychoaktywnych jest w nich niższa niż w konopiach indyjskich.

CANNABIS RUDERALIS Te dzikie i samowsiewające się konopie rzadko są uznawane jako odrębna odmiana konopi. W naturze występują przede wszystkim we Wschodniej Europie, Rosji aż po Chiny. Traktowane są jak chwasty i jak chwasty posiadają niesamowitą odporność nawet na najcięższe warunki pogodowe.



Są niskie, posiadają relatywnie duże nasiona i niewielkie listki. Nie mają zastosowania narkotycznego, choć ich geny znajdują zastosowanie by tworzyć bardziej odporne na warunki pogodowe krzyżówki z indicą czy sativą.

HYBRYDY

Skoro mowa o krzyżówkach, to warto wspomnieć, że istnieją setki genotypów, fenotypów i chemotypów konopi. Tego, czego nie zrobiła natura, robi człowiek krzyżując ze sobą różne szczepy indyjskich i siewnych konopi. W zależności od rodzaju użytych szczepów i sposobów uprawy hybrydy posiadają określone właściwości – jedne działają bardziej pobudzająco, inne odprężająco, uspokajająco czy wręcz usypiająco. Szczególnie rośliny hodowane do celów leczniczych posiadają ogromną różnorodność genotypów, a co za tym idzie – określone działanie terapeutyczne.

UPRAWY KONOPI

Jak wspomnieliśmy, jednym z czynników wpływającym na właściwości konopi jest

sposób ich uprawy. Ma to znaczenie przy ocenie ich właściwości medycznych, ale jest też brane pod uwagę przez osoby stosujące marihuanę jako używkę. Tak więc, mamy do czynienia z **uprawami zewnętrznymi** (outdoorowymi), które są w wysokim stopniu zależne od czynników atmosferycznych. Na drugim biegunie są **uprawy wewnętrzne** (indoorowe) zapewniające większą kontrolę nad vegetacją roślin. Uprawy takie wymagają specjalistycznego sprzętu, głównie odpowiedniego oświetlenia i wentylacji. Są rozpowszechnione wszędzie tam, gdzie za posiadanie marihuany grożą wysokie kary, ponieważ minimalizuje to ryzyko wykrycia plantacji przez policję (tak na marginesie, aby wytropić uprawy indoorowe policja używa helikopterów z kamerami termowizyjnymi, jak również analizowane są rachunki za energię).

Uprawy szklarniowe (greenhouse) istnieją tam, gdzie konopie uprawia się w celach medycznych, jak również tam, gdzie dozwolona jest uprawa dla celów rekreacyjnych. ●

LEKCJA CHEMII: ZWIĄZKI ZAWARTE W KONOPIACH

Konopie zawierają ponad 600 różnych związków chemicznych, spośród których, prawie 100 jest na tyle wyjątkowych, że nie znajdziemy ich w żadnej innej roślinie. Nazywane są one kannabinoidami.

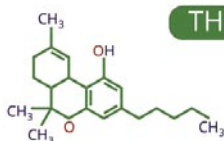
Kiedyś uważano, że jedynie kannabinoidy są aktywnymi związkami zawartymi

w konopiach. Dziś wiemy, że zawierają one również terpeny, które działają synergicznie z kannabinoidami i mają, co prawda niewielki, wpływ na medyczne i psychoaktywne właściwości marihuany.

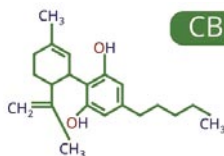
KANNABINOIDY

Substancje te aktywują receptory kannabinoidowe występujące w na-

szych organizmach i organizmach zwierząt.



Najważniejszym z kannabinoidów jest tetrahydrokannabinol, opisywany po prostu skrótem THC. Tetrahydrokannabinol posiada dwa izomery, z których Δ -9-tetrahydrokannabinol jest tym, który odpowiada za psychoaktywne działanie rośliny. Jego stężenie w roślinie decyduje o tym, jak silny będzie jej narkotyczny wpływ na człowieka. W zależności od odmiany i warunków, w jakich rosną konopie – uzyskany z nich susz może zawierać do 25% THC.

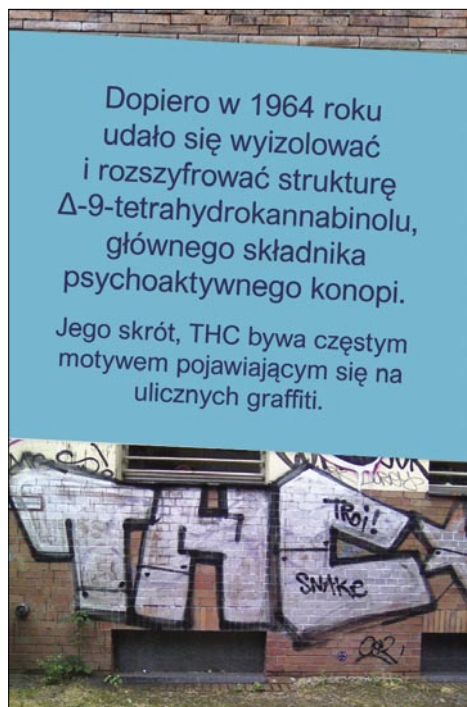


Drugim istotnym kannabinoidem jest CBD czyli kannabidiol. Nie jest on psychoaktywny, jego działanie określone jest wręcz jako antypsychotyczne. Łagodzi stany lękowe, posiada właściwości przeciwbólowe i przeciwzapalne.

Oprócz THC i CBD zidentyfikowano dziesiątki innych kannabinoidów, lecz ich właściwości nie zostały jeszcze wystarczająco poznane. Na uwagę zasługują jeszcze CBG (kannabigerol), CBC (kannabichromen) i CBN (kannabinol). Nie są one w żadnym wypadku psychoaktywne, ale ich właściwości mogą być wykorzystywane.

TERPENY

Terpeny to powszechnie występujące w naturze (wytwarzane przez rośliny i owoce) związki aromatyczne. Można je znaleźć również w marihuanie i to w dość dużej liczbie, bo ok. 200 różnych terpenów. Najbardziej rozpoznawalne to pineny, limonen i mircen. Terpeny, oprócz tego, że sprawiają, iż konopie wydzielają charakterystyczne zapachy (kannabinoidy są bezwonne), są również czynne farmakologicznie wywołując m.in. subtelne różnice w psychodelicznym działaniu różnych szczepów konopi. ●



LEKCJA ANATOMII: UKŁAD ENDOKANNABINOIDOWY

Podobnie jak w przypadku opioidów i receptorów opioidowych, nasze organizmy są wyposażone zarówno w klucz, jak i zamek kannabinoidowy.

W organizmie człowieka (ale też w organizmach innych zwierząt) zawarte w marihuanie kannabinoidy natrafiają na wyspecjalizowane komórki z którymi się łączą.

RECEPTORY KANNABINOIDOWE

Receptory te są rozmieszczone w różnych miejscach organizmu – przede wszystkim w układzie nerwowym, ale także w odpornościowym, trawienym, krążeniu i innych. Tworzą one wielofunkcyjny system endokannabinoidowy wspierający rozmaite funkcje życiowe organizmu: pamięć, sen, apetyt, odporność, znoszenie bólu i wiele innych. Dwa podstawowe typy receptorów kannabinoidowych oznakowane są symbolami CB1 i CB2. Aktywacja tego pierwszego związana jest z psychoaktywnym działaniem marihuany, przekładając się na psychiczne i fizyczne skutki jej działania.

ENDOKANNABINOIDY
Naukowcy wyszli

z założenia, że organizmy zaopatrzone są w tak wyspecjalizowane receptory na pewno nie tylko po to, żebyśmy mogli odczuwać efekty palenia marihuany. A przede wszystkim dlatego, żeby wiązały się z wewnętrznymi substancjami o podobnym działaniu. Do tej pory rozpoznano pięć takich neuroprzekaźników zwanych endokannabinoidami. Jeden z nich – anandamid – oprócz tego, że pełni ważną rolę podczas implementacji zarodków w macicy, to ma pewne działanie psychoaktywne i poprawia samopoczucie. Odpowiedni poziom endokannabinoidów ma duży wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Wydzielane w odpowiednim rytmie dobowym pobudzają apetyt, wpływają na sen, łagodzą ból, a nawet pomagają radzić sobie ze stresem. ●

Długotrwały, ale niezbyt intensywny wysiłek fizyczny taki jak bieg, jazda na rowerze czy pływanie zmusza układ nerwowy do zwiększania produkcji anandamidu. Efektem jest wyraźna poprawa nastroju, humoru oraz umiarkowany wzrost wytrzymałości na ból.

**ANANDAMID –
SPORT ZAMIAST
SKRĘTA**



PREPARATY KONOPI

Z konopi otrzymywanych jest wiele różnych preparatów w zależności m.in. od miejsca, gdzie są wyrabiane oraz celu, w jakim będą stosowane. My skoncentrujemy jedynie kilku najważniejszych.



MARIHUANA

Jest to susz z liści i kwiatostanów żeńskich osobników konopi. Kwiatostany to zalążki zakwitające w górnych częściach rośliny (zwane topami). Do produkcji marihuany nie używa się łodyg, korzeni ani nasion.

Spowodowane jest to małą zawartością THC w tych częściach rośliny. Jego stężenie spada w następującej kolejności: od przylistków (gdzie jest najwyższe), poprzez kwiaty, liście, łodygi do nasion (gdzie nie ma go w ogóle). Oprócz suszenia, materiału roślinnego nie poddaje się żadnej obróbce. Marihuana to najpopularniejsza forma używki zawierającej THC – zarówno jeśli chodzi o wykorzystywanie jej w charakterze używki, jak i lekarstwa.



HASZYSZ

Owiany legendami haszysz jest zdecydowanie mniej rozpowszechniony niż marihuana. Jak jest wyrabiany?

Otóż, gruczoły włoskowe występujące

w kwiatostanach konopi produkują żywicę. Tam też znajduje się największe stężenie THC. Żywica jest oddzielana od rośliny i sprasowywana, w efekcie czego otrzymuje się preparat o nazwie haszysz (hasz). Haszysz będzie zawsze silniejszy (czyt. bardziej psychoaktywny) aniżeli marihuana wyprodukowana z tej samej rośliny. Stężenie THC w haszyszu na ogół przewyższa 20%, a może dochodzić nawet do 80%. W zależności od metody wytwarzania i czystości haszysz ma kolor od jasnobrązowego do zupełnie czarnego. Podobnie jak marihuana jest na ogół palony. W Polsce slangowo nazywany m.in. „plasteliną” z powodu wizualnych podobieństw.



OLEJ HASZYSZOWY

To jeszcze bardziej skondensowana forma preparatu zawierającego THC (może dochodzić nawet do 90%, choć najczęściej nie przekracza 30%). Poddając destylacji

bądź ekstrakcji rozpuszczalnikowej materiał roślinny lub odseparowaną z niego żywicę, otrzymuje się oleistą substancję (o barwie od ciemnozielonej do czarnej). Należy wspomnieć, że oprócz oleju konopnego zawierającego THC produkowany jest też olej z nasion konopi (mający zastosowanie w kosmetyce i dietetyce) oraz olej CBD (zastosowania medyczne). Te dwa ostatnie rodzaje oleju konopnego nie mają właściwości narkotycznych i są całkowicie legalne.

Jak łatwo się domyśleć, żaden z wymienionych preparatów konopi nie ma stałej zawartości składników psychoaktywnych. Prowadzone co pewien czas ekspertyzy obecnych na czarnym rynku preparatów pokazują wyraźny wzrost stężenia THC. Największy skok (nawet 2-krotny średni wzrost stężenia THC) nastąpił w pierwszej dekadzie lat 2000-nych. Wcześniej preparaty zawierające powyżej 10% THC były określane jako towar wysokiej jakości. Teraz na takie miano zasługują te próbki, w których zawartość THC przekracza 20%. Producenci wykorzystując możliwości technologiczne skupili swoje wysiłki na selekcjonowaniu szczepów konopi. Ma to oczywiste konsekwencje – na rynek trafiają produkty o większej psychoaktywności, a co za tym idzie również psychogenności. ●

Sensimilla to dość stara już nazwa wysokiej jakości konopi. Słowo pochodzi z hiszpańskiego (sin semillas) i oznacza „bez nasion”.

Nasiona konopi nie zawierają THC, a ich dym podrażnia gardło.

Choć obecnie marihuanie nie znajduje się już nasion i nikt nie nazywa jej sensimilla.



SPOSOBY PRZYJMOWANIA MARIHUANY

Marihuana oraz inne preparaty konopi są najczęściej przyjmowane poprzez zaciąganie się dymem powstałym w wyniku spalania. Jednakże pomysłowość, cywilizacja techniczna, a także zmiany prawne (legalizacja w niektórych częściach świata) przyczyniły się do popularyzacji innych metod.

PALENIE

Po zaciągnięciu się dymem marihuany

jej psychoaktywne składniki przedostają się błyskawicznie z płuc do krwi, a z nią do mózgu i już po kilkudziesięciu sekundach doświadczane są pierwsze efekty działania THC.

Na ogół marihuana palona jest w przygotowanych własnoręcznie skrętach. Susz konopny, jak i podrobiony haszysz jest mieszany z tytoniem, który ułatwia jego spalanie i sprawia, że dym jest nieco mniej gryzący i mniej podrażniający drogi oddechowe. Możliwe jest także palenie skrętów z samej marihuany. Do



SPLIFF to skręt zawierający mieszankę tytoniu z marihuaną.



JOINT to skręt z samej marihuany, bez dodatku tytoniu.



BLUNT składa się jedynie z marihuany zwiniętej w bletkę z papieru konopnego.

WAPORYZATORY

Z powodu wysokich temperatur podczas waporyzacji, urządzenie powinno być zbudowane z odpowiednich materiałów. Korzystanie z niewłaściwie wykonanych waporyzatorów może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia (topienie się plastiku i wydzielanie toksycznych oparów).



robienia skrętów używane są czasami bletki w rozmiarach większych niż te stosowane do palenia tytoniu.

Aby zredukować zanieczyszczenia dymu konopnego używane są filtry zarówno standardowe, jak i specjalne – z węglem aktywnym. Wykorzystywane są też puste w środku ruloniki z tektury (nie służą jako filtry dymu). Wraz z rozwojem rynku akcesoriów do palenia marihuany dostępne stały się też filtry smakowe, czy drewniane filtry wielokrotnego użytku.

Innymi przyrządami używanymi do palenia marihuany są szklane lufki, zarówno te, z których pali się papierosy z tytoniem, jak i robione specjalnie dla palaczy konopi. Jednym ze sposobów używania haszyszu jest palenie z niewielkich fajeczek wykonanych z metalu, drewna lub szkła. I – żeby nie było wątpliwości – ozdobionych zwykle zielonym listkiem konopi.

Dość powszechnie stosowane są fajki wodne (bonga), w których dym jest filtrowany i schładzany przechodząc przez zimną wodę. W ten sposób jest pozbawiany niektórych zanieczyszczeń oraz mniej podrażnia drogi oddechowe.

Nie brakuje też innych, bardziej osobliwych sposobów palenia. Do tej kategorii zaliczyć możemy palenie „z wiadra”, kiedy to odpowiednio przygotowana plastikowa butelka zasysa dym. Metoda ta pozwala na jednorazowe wciągnięcie do płuc bardzo dużej ilości dymu, a co za tym idzie na wyjątkowo silne odurzenie. Wśród nietypowych patentów

znajdziemy także palenie z butelki, puszki czy nawet z odpowiednio spreparowanej żarówki.

WAPORYZACJA

Jest to stosunkowo nowa metoda używania marihuany. Umieszczona w specjalnym waporyzatorze używka podgrzewana jest do odpowiedniej temperatury – na tyle wysokiej, żeby nastąpiło wydzielanie pary i na tyle niskiej, żeby nie doszło do jej spalania. Waporyzacja, w odróżnieniu od spalania, wyzwała z konopi (w formie suszu lub specjalnych kapsułek z olejem) niemal wyłącznie substancje pożądane przez użytkownika. Uzyskana w jej efekcie para nie zawiera elementów rakotwórczych. Choć popularność używania marihuany tą drogą stopniowo rośnie, to jednak (głównie z uwagi na wysokie ceny urządzeń) waporyzacja pozostaje marginalna w porównaniu z paleniem.

JEDZENIE

Marihuana i haszysz zjedzone w formie surowej nie wykazują żadnych (lub prawie żadnych) efektów psychoaktywnych. Jednak po odpowiedniej obróbce termicznej, dodane do jedzenia wywołują te same efekty, co zaciąganie się dymem. Z tą różnicą, że efekty utrzymują się znacznie dłużej – do 5 godzin, a nawet dłużej. Aby uzyskać efekt konopie dodawane są do różnego

rodzaju wypieków, a o ich obecności w składzie świadczyć może jedynie charakterystyczny zapach marihuany. Bez względu na to, czy mają słodki smak czy nie, nazywa się je „kosmicznymi ciasteczkami” (space, galaxy cakes) i są najbardziej rozpowszechnioną formą żywności z marihuaną. Niemniej jednak marihuanę można spożywać niemalże z każdą potrawą poddaną obróbce termicznej, a jedynym ograniczeniem jest tutaj wyobraźnia (i zdolności kulinarne).

Z tą formą przyjmowania marihuany wiąże się kilka pułapek, które mogą skończyć się dość żałośnie. Po pierwsze, już na etapie produkcji trudno wymierzyć odpowiednią dawkę, przez co konsument nie wie, czego się spodziewać. Po drugie, od zjedzenia ciastka z marihuaną do pojawienia się pierwszych efektów mija z reguły 40 minut do godziny. Jeżeli niedoświadczony użytkownik nie mogąc doczekać się efektu przyjmie kolejne dawki, doznania będą dużo mocniejsze niż się spodzie-



Przyjmowanie marihuany drogą pokarmową niesie ze sobą specyficzne zagrożenia. Są one związane z poważnymi trudnościami w kontrolowaniu rozmiaru odurzenia: jego intensywności i czasu trwania.

wał i zamiast przyjemnego rozluźnienia przeżyje dramat.

Mimo, że marihuana i haszysz przyjmowane są na bardzo wiele sposobów, to

jednak w biurku nastolatka nie znajdziemy wyszukanych potraw z dodatkiem THC ani waporyzatora za kilkaset złotych. Możemy się tam raczej natknąć na lufki, bibułki albo szklane bonga. ●

DZIAŁANIE MARIHUANY

Marihuana może uspokajać, pobudzać, a nawet działać nieznacznie halucynogennie. Trudno jest jednoznacznie opisać wpływ jaki wywiera marihuana na psychikę człowieka, gdyż jest to sprawa bardzo indywidualna.

Zażyte marihuany spowoduje zmiany procesów myślowych, odbioru bodźców zewnętrznych, nastroju i emocji. To, jakie będą efekty jej działania zależy od wielu czynników. Najważniejszymi z nich będą wielkość i jakość zażytej dawki. Jednak i one wszystkiego nie tłumaczą. Na to, w jaki sposób ktoś zareaguje na marihuanę ogromny wpływ będzie odgrywać osobowość zażywającego, jego stan psychiczny i oczekiwania, a nawet atmosfera i otoczenie, jakie towarzyszą przyjęciu używki. Oczywiście, stężenie psychoaktywnego THC jest ważne, ale nie mniej ważny jest udział pozostałych substancji czynnych

zawartych w konopiach, w tym antypsychotycznego CBD.

Podczas odurzenia marihuaną odczucia będą zmieniać się wraz z czasem i fazami działania narkotyku. Niemniej jednak, objawy użycia marihuany wykazują dużo cech wspólnych i upraszczając możemy je sklasyfikować. Osoba znajdująca się pod wpływem marihuany może odczuwać między innymi:

- Euforię i pobudzenie (na początku) oraz odprężenie (nieco później).
- Wyostrenie zmysłów – subiektywnie bardziej satysfakcjonujący może stać się

GASTROFAZA

Kannabinoidy oddziałując na receptor CB1 wpływają na proces wydzielania lektyny, hormonu kontrolującego łaknienie. W ten sposób marihuana wprowadza układ nerwowy w błąd zaburzając regulację apetytu. Dzieje się tak po kilku godzinach od zapalenia marihuany – ogromny apetyt wywołuje chęć jedzenia, nawet jeśli gospodarka energetyczna organizmu absolutnie tego nie wymaga.

Pobudzenie osłabionego apetytu to jedna z zalet medycznej marihuany wykorzystywana przez osoby chore onkologicznie i cierpiące na inne poważne schorzenia, wyniszczone chorobą i silną farmakoterapią.



odbiór muzyki, intensyfikuje się postrzeganie barw.

- Pobudzenie wyobraźni, natłok myśli i skojarzeń (zwykle zabawnych).
- Zmianę poczucia upływu czasu.
- Zaburzenia pamięci, zwłaszcza krótkotrwałe.

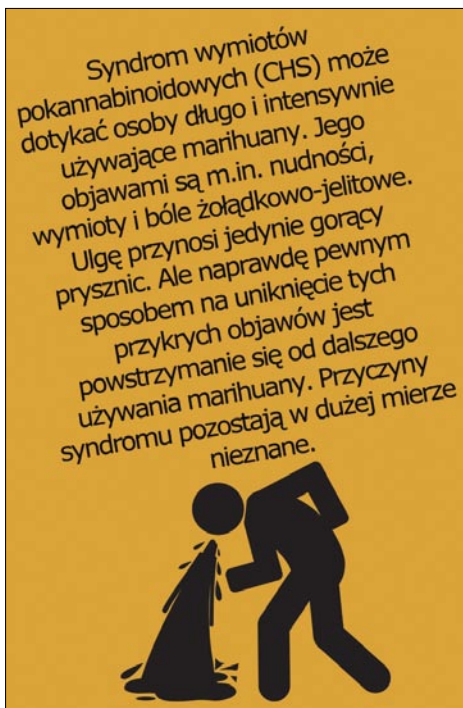
Czas działania marihuany wynosi od kilkudziesięciu minut od zapalenia do 2 godzin – w zależności od dawki i tolerancji przyjmującego. W przypadku przyjęcia jej drogą pokarmową (np. ciasteczka kokopne) odurzenie może trwać 5-6 godzin, a nawet dłużej.

Zażywaniu marihuany towarzyszą objawy fizjologiczne. Nie ma ich zbyt wiele, a do tych, które najczęściej się pojawiają możemy zaliczyć:

- Przekrwienie i zaczerwienienie spojówek oczu (efekt ten bywa eliminowany poprzez stosowanie kropli do oczu).
- Przyspieszenie tętna i czasem wzrost ciśnienia krwi.
- Zbyt jasne oświetlenie nie jest przyjemne dla osoby pod wpływem marihuany.
- Pobudzenie apetytu w końcowym okresie odurzenia lub po jego zakończeniu (tzw. gastrofaza).
- Marihuana nie wpływa na wielkość źrenic – nie rozszerza ich, ani nie zwęża.

Przyglądając się komuś, kto jest pod wpływem marihuany często możemy dostrzec pewne zmiany w zachowaniu:

- Ogólne podniecenie i nadczynność psychoruchowa (szczególnie na początku odurzenia).
- Zaburzenia koordynacji ruchowej, niezdarność poruszania się.



- Nadmierną wesołkowatość, a czasem niekoniecznie uzasadnione sytuacją wybuchy śmiechu.
- Nieadekwatność zachowania, niekiedy przesadną teatralność wypowiedzianych słów.
- Gadatliwość, przy czym wypowiedzi bywają niespójne i pełne dygresji, a w połączeniu z zaburzeniami pamięci krótkotrwałej powodują, że czasami osoba odurzona może mieć problemy z zapamiętywaniem głównego wątku rozmowy, a nawet tego, co sama powiedziała chwilę wcześniej.
- Czasami zupełne wyłączenie się z rozmowy i pogrążenie we własnych myślach.

Zawsze należy pamiętać o tym, że powyższe objawy u różnych osób mogą występować w różnym nasileniu, a część z nich może nie pojawić się wcale. ●

UZALEŻNIENIE OD MARIHUANY

Czy używanie marihuany może przerodzić się w uzależnienie? Nie ma co do tego wątpliwości. Poważna dyskusja toczy się jedynie wokół poszukiwań skutecznych form terapii.

Uzależnienie to utrata kontroli nad czynnościami związanymi z używaniem substancji, a w przypadku uzależnień behawioralnych – nad specyficznymi czynnościami. Kłopoty które z tego wynikają nie pozostają bez wpływu na inne sfery życia. Ciężko jest nadużywać alkoholu i wychowywać dzieci. Nawet jeśli ktoś daje radę, to jakość tej opieki obniża się. Niełatwo załatwiać co-dziennie heroinę i być osobą aktywną zawodowo. Nauka w szkole czy studia zakończą się katastrofą, jeśli głównym przedmiotem zainteresowań stanie się marihuana.

CO TO JEST UZALEŻNIENIE

O uzależnieniu możemy mówić wówczas, gdy ktoś odczuwa przymus (kompulsję) zażywania substancji chemicznej (lub wykonywania jakiejś czynności) bez względu na konsekwencje zdrowotne i koszty społeczne z tym związane. Robi to pomimo doświadczania negatywnych konsekwencji. Sytuacja taka uznawana jest za stan zaburzenia zdrowia psychicznego i ma swoje odzwierciedlenie w systemach klasyfikacji diagnostycznych ICD oraz DSM. Możemy wyróżnić dwa komponenty uzależnienia:

Fizyczny. Jest on związany z fizjologią organizmu i polega na trwałej jego adaptacji do zażywanej substancji. Jej brak odczuwany będzie z kolei jako szereg nieprzyjemnych dolegliwości somatycznych, nazywanych zespołem abstynencyjnym.

Psychiczny. Psychologiczny przymus obejmujący całą gamę stanów i zachowań (m.in. wzrost popędu, kompulsja, osłabienie woli) prowadzących do wywoływania przyjemności bądź unikania nieprzyjemnych stanów psychicznych poprzez zażycie substancji psychoaktywnej.

Przed pojawieniem się uzależnienia stosowanie substancji jest napędzane potrzebą przeżywania przyjemności. Później zaczyna pojawiać się coraz częściej wątek stosowania jej w celu unikania nieprzyjemnych stanów (np. napięcia – jeśli chodzi o objawy psychiczne, czy np. bólu – jeśli chodzi o somatyczne). Przyjmowanie substancji staje się kompulsywne, niesie ze sobą coraz mniej satysfakcji (także ze względu na rosnącą tolerancję) i kontynuowane jest mimo oczywistych szkód.

PREDYSPOZYCJE DO UZALEŻNIENIA

O tym czy dojdzie do uzależnienia decyduje wiele czynników, które możemy uporządkować i pogrupować:

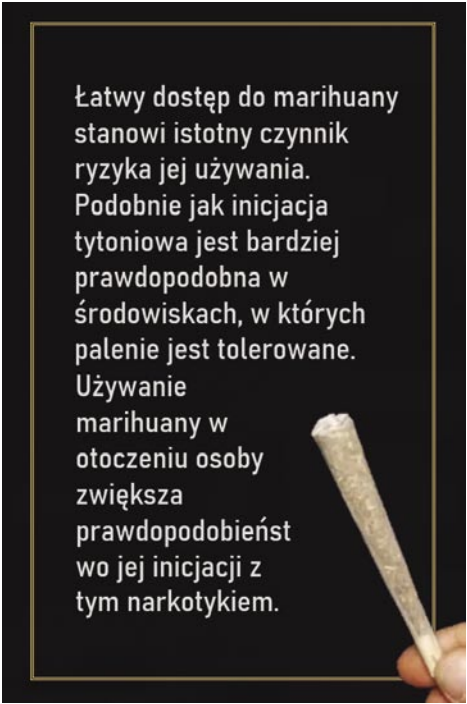
Czynniki genetyczne. Czyli, w uproszczeniu, indywidualne predyspozycje biologiczne decydujące o tym, jak nasz

organizm i psychika będą reagować na kontakt z używką. Skłonności do uzależnienia nie dziedziczymy wprost. Odziedziczymy raczej pewien sposób funkcjonowania układu nerwowego (enzymów, receptorów, neuroprzekazników, itp.), co jednak ma znaczenie w tym, jak działa substancja na nasz organizm.

Czynniki psychologiczne to zespół cech, które określają nasze widzenie świata i samych siebie. W dużym skrócie – nasz charakter. Czy jesteśmy impulsywni, czy umiemy budować relacje, jaką mamy samoocenę, jak reagujemy na stres, czy poszukujemy wrażeń, czy potrzebujemy natychmiastowej gratyfikacji? I tak dalej. Należy pamiętać, że predyspozycje do uzależnień mogą też tkwić w głębszych problemach psychicznych, w zaburzeniach depresyjnych, lękowych, itp.

Czynniki społeczne to wpływ środowiska, w którym żyjemy i które nas kształtuje: relacje w rodzinie i wzorce komunikowania, warunki ekonomiczne, podejście do prawa, możliwości samo-realizacji, a także nastawienie naszego środowiska do stosowania substancji psychoaktywnych. I wiele innych.

Rodzaj substancji. Od razu warto przypomnieć, że przedmiotem uzależnienia niekoniecznie musi być substancja psychoaktywna. Może to być jakaś czynność, od której trudno jest się uwolnić (np. gry komputerowe, seks, jedzenie, zakupy, hazard) i która może degradować życie. Nie mniej jednak rodzaj substancji psychoaktywnej to



Łatwy dostęp do marihuany stanowi istotny czynnik ryzyka jej używania. Podobnie jak inicjacja tytoniowa jest bardziej prawdopodobna w środowiskach, w których palenie jest tolerowane. Używanie marihuany w otoczeniu osoby zwiększa prawdopodobieństwo jej inicjacji z tym narkotykiem.

istotny czynnik wpływający na ryzyko powstania uzależnienia. Substancje psychoaktywne z różną siłą oddziałują na organizm i psychikę. Różnice te będą jeszcze bardziej istotne, gdy ich używanie będzie długotrwałe. Więcej o czynnikach ryzyka uzależnienia, w szczególności w odniesieniu do nastolatków, znajdziecie Państwo w rozdziale poświęconym adolescencji.

MARIHUANA – UZALEŻNIENIA

Marihuana nie uzależnia fizycznie. Po zaprzestaniu jej stosowania objawy abstynencyjne nie pojawiają się, bądź trwają krótko i są mało dokuczliwe. U osób które odstawiły marihuanę po długim czasie intensywnego używania może wystąpić bezsenność i drażliwość.

Niektórzy klinicyści dorzucają do tej listy również nudności, biegunkę, nadmierną potliwość i przyspieszoną akcję serca. Tak czy inaczej, dolegliwości te nie są na tyle uciążliwe, ażeby konieczna była np. detoksykacja szpitalna. Ponad wszelką wątpliwość wymiar fizjologiczny uzależnienia od marihuany ma znaczenie drugorzędne.

Marihuana uzależnia psychicznie.

W statystycznym ujęciu uzależnienia się od niej 9 (i więcej) osób na każde 100 jej używających. I choć zazwyczaj uzależnienie od marihuany ma mniej drastyczny przebieg niż w przypadku silniejszych narkotyków, to wymaga ono specjalistycznej pomocy. Należy także wziąć pod uwagę to, że używanie marihuany wiąże się z ryzykiem szkód (nawet jeśli nie dochodzi do uzależnienia).

Uzależnienie od marihuany może się dosyć podstępnie rozwijać. Nie pojawia się ono tak szybko, jak w przypadku stymulantów. Narasta przez długi czas.

W większości przypadków „trawka” palona jest tylko w specjalnych sytuacjach, zwykle towarzyskich. Dzieje się tak, bo początkowo efekt psychologiczny jest dość silny i mało kto wyobraża sobie palenie marihuany w codziennych sytuacjach. Z czasem jednak, gdy używanie wzrasta i nie są podejmowane żadne próby ograniczenia, ludzie przyzwyczajają się do bycia na haju. Wkrótce potrafią prowadzić normalne aktywności będąc pod wpływem marihuany, palić ją w ciągu dnia, również w samotności, niektórzy przez cały dzień. W tym momencie nawyk jest już dość trudny do przerwania.

Kluczową sprawą jest wiek użytkownika – im jest on niższy, tym poważniejsze będą konsekwencje uzależnienia. Wynika to nie tylko z czynników biologicznych (szkód, jakie wyrządza THC w rozwijającym się mózgu), ale również społecznych. Pod koniec okresu adolescencji młody człowiek podejmuje wiele decyzji rzutujących na całe jego życie

– wybiera ścieżkę edukacji (niekiedy już kariery zawodowej), nawiązuje przyjaźnie, buduje pierwsze intymne relacje. Jest to okres intensywnego kształtowania się osobowości, co łatwo może zostać zaburzone przez rozmaite nieporządane czynniki. ●

WZORCE UŻYWANIA MARIHUANY

Istnieje spora gama schematów używania marihuany. Większość osób, które w przeszłości miały z nią kontakt – sięgać po używkę będzie niezmiennie rzadko lub wcale. Dla nich będzie to stanowić jedynie atrybut związany z wiekiem i wchodzeniem w dorosłość – po pewnym czasie zupełnie zaprzestaną używania. Dużą grupę stanowić będą ci, którzy sięgają po nią okazjonalnie (raz – dwa razy w tygodniu). Pewna część (różne badania wskazują na odsetki od 10 do 20%) uzależni się i będzie przyjmować marihuanę regularnie, doświadczając przy tym konsekwencji z tym związanych.

OBJAWY UZALEŻNIENIA

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kannabinoli (marihuany) oznaczone są symbolem F12. O uzależnieniu od marihuany możemy mówić, jeżeli ktoś wykazuje część lub wszystkie z poniższych objawów:

Odczuwa ciągłą potrzebę sięgnięcia po narkotyk. Myśli o tym, żeby zapalić, wyczekuje chwili, kiedy będzie mógł to zrobić, a moment zapalenia marihuany traktuje jako kulminację dnia.

Używa częściej niż zamierzał, przyjmuje coraz większe dawki. Choć planował palić marihuanę weekendowo, to nagle okazuje się, że robi to codziennie, zużywając przy tym ilości które początkowo stanowiły zapas na wiele dni czy nawet tygodni.

Próby ograniczenia lub zaprzestania palenia okazują się nieskuteczne. Stara się palić rzadziej, ale okazuje się, że nadal robi to codziennie. Po dłuższych przerwach wraca do używania z dużą częstotliwością. Zespół uzależnienia charakteryzuje się okresami remisji (abstynencji) i nawrotów.

Porzuca inne zainteresowania i aktywności na rzecz marihuany. Zaniedbuje naukę, dawne hobby odstawia na boczny tor lub w ogóle z niego rezygnuje. Palenie marihuany staje się centralnym zainte-

resowaniem, a dotychczasowe stają się wtórne. Także spędzanie wolnego czasu kręci się wokół używki.

Pali w sytuacjach, w których absolutnie nie powinno się tego robić. Robi to np. przed lekcjami w szkole, opiekując się młodszym rodzeństwem, przed ważnymi spotkaniami rodzinnymi i w sytuacjach o których wie, że wymagają ażeby był trzeźwy (np. kierując pojazdem).

Kontynuuje używanie mimo pojawiania się widocznych szkód. Mogą to być problemy społeczne, ekonomiczne czy prawne. Rzadko w przypadku marihuany będą to somatyczne problemy zdrowotne, ale mogą pojawiać się problemy psychiczne.

Tolerancja. Choć w przypadku używania marihuany zachodzi zjawisko tolerancji odwrotnej (dochodzi do pewnej nadwrażliwości na THC), to i tak da się zauważyć tendencje do zwiększania dawek.

W przypadku zaobserwowania nawet jednego z powyższych symptomów warto skonsultować się ze specjalistą z zakresu terapii uzależnień. Oprócz wymienionych, dochodzi do wielu innych objawów, a także mechanizmów psychologicznych mogących świadczyć o uzależnieniu. Wśród nich jest m.in. racjonalizacja, czyli wymyślanie pseudoprawdopodobnych powodów, dla których stosowanie środka jest konieczne (np. jak zapalę to lepiej się uczyć). Ale więcej o tym w innych częściach tej publikacji.

KRZYWO WESZŁO CZYLI PRZEDAWKOWANIE MARIHUANY

Co może wydarzyć się, gdy ktoś jednorazowo przyjmie zbyt wysoką dawkę marihuany? Jakie będą tego konsekwencje i czy może to zagrażać życiu?

Utarło się, aby przedawkowanie narkotyków rozumieć jako bezpośrednie zagrożenie dla życia użytkownika. Tak jest w przypadku opioidów, gdzie pewna określona dawka upośledza pracę obszaru mózgu odpowiedzialnego za kontrolę oddechu. Przedawkowanie marihuany nie zagraża jednak życiu.



Może oczywiście dojść do jakiegoś wypadku, który będzie następstwem lekkomyślnego zachowania spowodowanego przyjęciem marihuany, ale co do zasady spożywanie tej używki nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia.

OBJAWY PRZEDAWKOWANIA

Przedawkowanie marihuany rodzi jednak poważne następstwa psychiczne, które lepiej określa zwrot „krzywa jazda” (ang. bad trip), pierwotnie określający nieprzyjemne stany psychotyczne wywołane zażyciem silnych psychodelików, takich jak LSD czy DMT. W przypadku marihuany przedawkowanie może mieć podobny charakter, choć zarówno natężenie negatywnych przeżyć będzie mniejsze, jak i czas ich trwania będzie krótszy. Objawy, które mogą się pojawić to:

- Dezorientacja i rozkojarzenie
- Uczucie nierealności i depersonalizacja
- Paranoiczne zachowania i wypowiedzi
- Uczucie dyskomfortu, napięcia, niepokoju
- Narastający, trudny do opanowania lęk, napady paniki

Ten stan może trwać przez ok. godzinę, rzadko dłużej. Mogą towarzyszyć mu symptomy somatyczne – nieokreślony dyskomfort w jamie brzusznej, uczucie ciężkości w klatce piersiowej, niemożliwość złapania oddechu, potliwość i zawroty głowy, czasem wymioty.

INTERWENCJA

Nasze zabiegi w takich przypadkach powinny polegać przede wszystkim na zapewnieniu osobie odurzonej bezpiecznego i spokojnego otoczenia, zminimalizowania liczby bodźców zewnętrznych (ograniczenia światła, hałasu, wyprowadzenie z tłumu). Absolutnie nie powinniśmy pozostawiać osoby sobie samej. Możemy zachęcać ją do picia płynów i zjedzenia czegoś słodkiego. To powinno nieco pomóc.

Nie należy czynić osobie wyrzutów, dopytywać dlaczego zażywa narkotyki, itp. To nie ma sensu, jedynie może

CZNNIKI RYZYKA

Oprócz dawki zażytej marihuany, a konkretnie – dawki psychoaktywnego THC, czynnikami ryzyka będzie także zły stan psychiczny użytkownika, brak wcześniejszych doświadczeń z marihuaną oraz niesprzyjające otoczenie (niekomfortowe warunki, w jakich doszło do przyjęcia używki).

zaostrzyć stan psychotyczny. Na poważniejsze połajanki przyjdzie czas później. Jeśli objawy nie ustępują, należy wezwać pogotowie. By przerwać kryzys ratownicy stosują zazwyczaj leki o działaniu przeciwlękowym lub przeciwpowietycznym. ●

ZANIECZYSZCZENIA W MARIHUANIE

Marihuana, jak każdy nielegalny narkotyk bywa zanieczyszczona chemicznie i biologicznie stwarzając tym samym dodatkowe niebezpieczeństwo dla zdrowia użytkowników.

Kontakt z marihuaną może oznaczać zetknięcie się z chemikaliami i z wieloma patogenami. Hodowcy konopi, chcąc osiągnąć lepsze i szybsze plony

używają nawozów, pestycydów oraz regulatorów wzrostu roślin (tzw. roślinnych „sterydów”), które mogą pozostawiać w materiale roślinnym toksyczne cząstki. Niektóre grzyby i pleśnie atakujące uprawy konopi wytwarzają trujące związki m.in. aflotoksyny wykazujące działanie rakotwórcze.

Nielegalna marihuana może zawierać szereg zanieczyszczeń biologicznych,

które nawet jeśli nie są groźne dla zdrowia, to są po prostu niehigieniczne i obrzydliwe. Szkodniki upraw w postaci pasożytów, roztoczy czy owadów trafiają mimowolnie do suszenia i do sprzedawanej marihuany.

Na tym lista niepożądanych domieszek się nie kończy. Jeśli dobrze przyjrzeć się próbkom nielegalnej marihuany można znaleźć tam zwierzęcą sierść, a nawet ludzkie włosy. Piasek w marihuanie nie jest niczym rzadkim – dostaje się tam albo na skutek nieuwagi hodowców, albo w wyniku celowych zabiegów ażeby zwiększyć jej wagę. Z tego samego powodu dodawany bywa cukier. Zdarza się też, że dla podrasowania wyglądu towaru jest on spryskiwany lakierem do włosów. ●

Choć przypadki takie nie zdarzają się często – w marihuanie mogą też znajdować się domieszki syntetycznych kannabinoidów, których działanie może bardzo nieprzyjemnie zaskoczyć użytkownika i spowodować dodatkowe zagrożenia. Informacje o ich działaniu i wpływie na zdrowie znajdziecie w innej części publikacji.



DYM W PŁUCACH

Osoby używające marihuany zazwyczaj ją palą. Dym z marihuany zawiera pewną ilość substancji drażniących i rakotwórczych, a to niesie ze sobą ryzyko powikłań w obrębie dróg oddechowych.

Nawet jeśli założymy, że umiarkowane palenie marihuany jest w minimalnym stopniu ryzykowne dla płuc, to już jej regularne palenie może upośledzać funkcjonowanie dróg

oddechowych. Wywołuje objawy chronicznego bronchitu w postaci kaszlu, odkrztuszania i krótkiego oddechu. Najbardziej charakterystycznym przejawem tego, że dym z marihuany podrażnia drogi oddechowe jest kaszel podczas palenia.

KANCEROGENY

Na początek kilka faktów gruntownie potwierdzonych badaniami naukowymi: zawartość w dymie z marihuany takich substancji rakotwórczych jak

amoniak, cyjanowodor, akroleina, acetonitryl, benzen czy toluen jest porównywalna z tym, co zawiera dym tytoniowy. Jednak ocena tego, na ile palacze marihuany są naprawdę narażeni na działanie tych związków nie jest jednoznaczna. Nawet najgorliwsi amatorzy marihuany nie wypalają jej w części tyle, co palacze tytoniu wypalają papierosów i – siłą rzeczy – wdychają do płuc zdecydowanie mniej szkodliwego dymu. Choć z drugiej strony zaciągają się głębiej i zatrzymują dym na dłużej, co naraża ich płuca na ekspozycję szkodliwych związków zawartych w dymie konopnym. Dlatego można przyjąć, że w przypadku osób palących regular-

nie marihuanę ryzyko wystąpienia nowotworu płuc absolutnie nie może być wykluczone.

MAKROFAGI

Kontrowersji jest więcej. Istnieją na przykład dobrze udokumentowane dowody na to, że dym z marihuany upośledza funkcje makrofagów w płucach – stanowiących, można powiedzieć, pierwszą linię obrony przez wdychanymi szkodliwymi substancjami. Jednak stopień ich upośledzania nie będzie odczuwalny dla przeciętnego palacza marihuany. Wymagałoby to bardzo wysokich dawek. Brak jest jednoznacznych dowodów, że umiarkowane palenie marihuany powoduje zauważalne zachwianie funkcjonowania makrofagów.

MARIHUANA I TYTOŃ

Wpływ związków zawartych w marihuanie na płuca jest jeszcze trudniejszy do uchwycenia, gdyż bierzemy pod uwagę fakt, że wielu użytkowników pali marihuanę zmieszaną z tytoniem. W takim przypadku ryzyko dla zdrowia jest zdecydowanie większe, tym bardziej, że nikotyna jest bardzo uzależniająca, co w konsekwencji może prowadzić do nałogowego palenia papierosów. ●



Szpecially tam, gdzie marihuana nie jest kryminalizowana zachęca się jej użytkowników aby nie mieszała jej z tytoniem którego negatywny wpływ na układ oddechowy jest bezsprzecznie dowiedziony. Według WHO palenie tytoniu zabija rocznie ponad 7 mln ludzi na świecie.

PROWADZENIE SAMOCHODU POD WPŁYWEM MARIHUANY

Nie licząc legalnego alkoholu, najczęściej wykrywaną u kierowców w Polsce nielegalną substancją obok amfetaminy jest marihuana. Na ile upośledza ona zdolności do kierowania pojazdami?

Na sprawność psychofizyczną kierowcy składa się właściwe funkcjonowanie wszystkich narządów i układów, które warunkują cztery podstawowe składowe reakcji (1) dopływ informacji – narządy zmysłu wzroku, słuchu, (2) przetwarzanie informacji – ośrodkowy układ nerwowy, (3) przekazywanie impulsów do efektorów – nerwy ruchowe, (4) realizacja impulsów nerwowych – mięśnie szkieletowe.

Wpływ substancji psychoaktywnych na zdolność kierowców do bezpiecznej jazdy w warunkach ruchu drogowego jest określany na dwa sposoby: na podstawie danych epidemiologicznych (m.in. udziału użytkowników w wypadkach drogowych) oraz na podstawie badań empirycznych (np. wpływu danego środka na umiejętność i sprawność psychofizyczną).

Zacznijmy od tego drugiego. Marihuana powoduje, że kierowca ma mniejszą podzielność uwagi i spostrzegawczość, a jego pamięć krótkotrwała zostaje poważnie zaburzona. Problemem będzie też zaburzona ocena odległości i poczucia czasu, a także – przy jeździe nocnej – nadwrażliwość na światło. Marihuana ma negatywny wpływ na czas reakcji wydłużając go.



PROWADZENIE SAMOCHODU

Marihuana zaburza pamięć krótkotrwałą, zmienia postrzeganie czasu i wyczucie przestrzeni. Prowadzący samochód po jej użyciu ma wydłużony czas reakcji, może być zdezorientowany lub pochłonięty myśleniem o zupełnie czymś innym. W stanie odurzenia marihuaną trudno jest się skoncentrować na wielu rzeczach jednocześnie, co jest niezmiernie istotne gdy prowadzimy samochód.

Co ciekawe, badania na symulatorach pokazują, że kierowcy pod wpływem marihuany zdając sobie sprawę że ich reakcje są osłabione, próbują zrekompensować to poprzez zmniejszenie trudności prowadzenia pojazdu. Z tego powodu jadą wolniej lub nie wyprzedzają.

Dane epidemiologiczne prezentują duży udział w ruchu ulicznym kierowców prowadzących samochody po użyciu marihuany, a także poważny udział tych kierowców w kolizjach drogowych. Wyniki dotyczące wpływu marihuany na spowodowanie wypadku, ze względu

na wysoki odsetek spraw, które również dotyczą równoczesnego spożywania alkoholu i brak odpowiedniej grupy

kontrolnej, nie są jednoznaczne. Ocenia się, że używanie konopi dwu-trzykrotnie zwiększa ryzyko wypadku. ●

PRAWNE KONSEKWENCJE PROWADZENIA PO JOINCIE

Utarło się, że prowadzenie samochodu pod wpływem narkotyków związane jest z minimalnym ryzykiem problemów w razie kontroli drogowej. Bo policja nie ma testów, a policjanci nie znają się na narkotykach.

Okazuje się, że niewiele ma to wspólnego z rzeczywistością. Najczęstszym przypadkiem zainicjowania kontroli obecności THC we krwi jest właśnie kontrola drogowa (rutynowa lub z wytypowania). Funkcjonariusz w trakcie kontroli dokonuje wstępnej, organoleptycznej oceny tego, jak prowadzący pojazd wygląda (np. czy ma zaczerwienione oczy) i jak się zachowuje (czy jego wypowiedzi są bełkotliwe lub mało sensowne, jaki jest czas reakcji na zadane pytania itp.). Jeżeli dokonana ocena to uzasadnia, wykonywany jest przesiewowy test ze śliny. Gdy da on wynik pozytywny, czyli wskaże na obecność THC, w dalszej kolejności przeprowadzany jest zazwyczaj test z krwi. Przeprowadza się go w laboratorium, a jego wynik pozwala na precyzyjne ustalenie stężenia substancji w momencie jego wykonywania, a w konsekwencji – na rekonstrukcję poziomu stężenia w momencie prowadzenia.

WYKROCZENIE CZY PRZESTĘPSTWO?
Prowadzenie pojazdu mechanicznego

(samochód, motocykl, skuter, motorower...) przy równoczesnej obecności w organizmie THC może być przestępstwem lub wykroczeniem. Prowadzenie innego pojazdu (np. roweru) będzie zawsze wykroczeniem. W świetle aktualnie obowiązujących przepisów (wrzesień 2020 r.) nie jest jednoznaczne czy popularne ostatnio hulajnogi elektryczne należy traktować jak pojazdy mechaniczne, jak inne pojazdy, czy też użytkowników takich urządzeń uważa się za pieszych. W toku są prace nad uregulowaniem tej kwestii. W przeciwieństwie do alkoholu brak jest sztywnych wytycznych definiujących granicę między przestępstwem i wykroczeniem oraz między wykroczeniem a zachowaniem zgodnym z prawem.

Z jednej strony takie „zaniedbanie” ustawodawcy można uznać za słuszne, gdyż po pierwsze – w przeciwieństwie do alkoholu – zależność stężenia THC i obniżenia sprawności psychomotorycznej nie jest zależnością liniową (czyli nie istnieje proste przełożenie, że im większe stężenie, tym niższa sprawność), a po drugie – analogicznie jak w przypadku alkoholu – identyczny poziom stężenia tej substancji może skutkować wyższym poziomem sprawności u nałogowego użytkownika, niższym zaś w przypadku użytkownika okazjonalnego.

Z drugiej strony wyznaczenie określonych przedziałów stężenia THC mogących prowadzić do odpowiedzialności za przestępstwo lub za wykroczenie byłoby pożądaną z punktu widzenia postulatu pewności prawa (wtedy obywatel wie co właściwie mu wolno, a czego nie), a także z perspektywy zaoszczędzenia znacznych kwot wydatkowanych na wydawane w toku postępowania opinie biegłych, niezależnie od tego, czy ostatecznie sąd obciąża nimi oskarżonego, czy zwalnia go od ich ponoszenia, obciążając tym samym skarb państwa.

Polskie sądy w praktyce opierają się na opinii biegłego która powinna odnosić się nie tylko do stężenia substancji aktywnej THC, ale również do poziomu stężenia



Za przyłapanie na jeździe rowerem „po użyciu” marihuany rowerzysta musi liczyć się z grzywną od 20 zł do 5 tys. (zwykle kilka stówek), aresztem od 5 do 14 dni (sporadycznie) oraz ewentualnym zakazem prowadzenia roweru na okres od 6 miesięcy do 3 lat (nieobligatoryjnie).

W przypadku jazdy „pod wpływem” – dolegliwości te mogą być nieco większe. W obydwu przypadkach będzie to wykroczenie.

jej metabolitu THC-COOH, co rzutuje na wnioski opinii.

POD WPŁYWEM

Przyjmuje się, że stężenie THC we krwi powyżej 2,5 ng/ml jest stanem „pod wpływem”, czyli odpowiednikiem stanu nietrzeźwości (a więc przestępstwem). Zgodnie z kodeksem karnym za popełnienie przestępstwa prowadzenia pojazdu mechanicznego pod wpływem THC grozi grzywna (zazwyczaj kwota rzędu kilku tysięcy złotych), ewentualnie kara ograniczenia wolności (prac społecznych w wymiarze kilkudziesięciu–kilkuset godzin), bądź też kara więzienia do 2 lat. Ponadto możliwe jest orzeczenie zakazu prowadzenia pojazdów na okres od 1 roku do 15 lat. W przypadku recydywy sprawcy grozi kara do 5 lat więzienia. W takim wypadku zasadniczo obowiązkowe dla sądu jest orzeczenie dożywotniego zakazu prowadzenia pojazdów.

PO UŻYCIU

Z kolei stężenie THC we krwi w granicach 1-2,5 ng/ml jest stanem „po użyciu” (a więc wykroczeniem). Zgodnie z Kodeksem wykroczeń skazanie za wykroczenie polegające na prowadzeniu pojazdu mechanicznego po użyciu THC będzie się wiązało najczęściej z karą grzywny w granicach 50-5.000 zł (w praktyce zazwyczaj nie więcej niż 2.000 zł), a ponadto z obowiązkowym zakazem prowadzenia pojazdów na okres od 6 miesięcy do 3 lat.

Wszystkie informacje zawarte w powyższym rozdziale dotyczą osób, które ukończyły 17 rok życia. Poniżej tego wieku w grę wchodzi jedynie odpowiedzialność nieletnich, omówiona w innym miejscu tej publikacji. ●

DOM: ZROZUMIEĆ NASTOLATKA

Kiedy zastanawiamy się nad powodami sięgania po marihuanę przez młodzież bierzemy pod uwagę dwa podstawowe wymiary funkcjonowania: indywidualny wewnętrzny świat młodego człowieka, który próbuje odnaleźć się w dorosłej rzeczywistości oraz jego społeczny kontekst – rodzina, szkoła, znajomi, kultura i nowe media.

Przyjrzyjmy się zatem, jak funkcjonuje współczesny nastolatek i jakie momenty są istotne z jego punktu widzenia. Okres adolescencji jest krótkim (12 – 18 lat), ale niezmiernie dynamicznym okresem życia (więcej zmian zachodzi jedynie w pierwszym roku życia). O ile w przypadku dojrzewania biologicznego mamy tu jasno określone kryteria (m.in. zmiana w gospodarce hormonalnej, zmiana wzrostu proporcji twarzy i ciała, zdolność do prokreacji), o tyle nie ma tak jasnych i jednoznacznych wskaźników w obszarze rozwoju psychospołecznego.

Posłużymy się modelem rozwoju psychospołecznego opracowanym przez Erika Eriksona. Wyróżnił on osiem „charakterystycznych” okresów-kryzysów, które musimy pomyślnie rozwiązać, aby przejść do kolejnego etapu rozwoju. W przeciwnym razie – zdaniem słynnego psychologa – dalszy rozwój osobowości będzie nieprawidłowy.

KIM JESTEM?

Na okres adolescencji przypada piąta faza rozwojowa, czyli budowanie tożsamości. Celem tego etapu jest określenie tego kim się jest zarówno we własnych oczach, jaki i w oczach innych ludzi. W przypadku pozytywnego rozwiązania kryzysu osoba wypełnia swoją tożsamość treścią – uzyskuje zintegrowaną osobowość. Uzyskanie określonej wizji samego siebie wiąże się z nabyciem określonego systemu wartości, światopoglądu, przekonań religijnych etc. Osoba wie, że przykładowo chce zostać lekarzem, prawnikiem, spawaczem czy krawcową. Potrafi zintegrować obraz siebie i zdefiniować siebie w roli kobiety czy mężczyzny, jako osobę heteroseksualną lub nieheteroseksualną, katolika czy ateistę, liberała czy konserwatystę, interesując się sportem lub sztuką etc.

W sytuacji, kiedy konflikt ten nie zostaje pomyślnie rozwiązany tożsamość jest rozproszona. Zaburzenia tożsamości mogą mieć różną postać. Nastolatek może nie odczuwać konieczności dokonania wyboru konkretnego kierunku, określenia trwałego przekonania kim jest i kształtu swojego przyszłego życia. Taki nastolatek działa w sposób chaotyczny i mało zrozumiały dla otoczenia. Pojawiające się częste zmiany form aktywności, przekonań, wartości sprawiają, że jego obraz siebie jest bardzo zmienny. Może pojawić się poczucie wyobcowania, posiadania wielu negatywnych cech i w konsekwencji

ucieczka w zachowania ryzykowne czy nieakceptowane społecznie.

KIM BĘDĘ?

Ważnymi elementami dojrzewania psychicznego w okresie dorastania jest uzyskiwanie niezależności emocjonalnej i próby funkcjonowania niezależnie od istniejących opinii społecznych. Zanim jednak do tego dojdzie nastolatek przechodzi etap buntu i konfliktów. Tutaj wkraczamy w przestrzeń jego relacji z rodziną i rówieśnikami, czyli społecznego kontekstu dorastania. Głównym zadaniem adolescenta jest stać się dorosłym, czyli przysposobić się do pełnienia roli dorosłego w społeczeństwie. Ma przygotować się do podjęcia pracy (wybór kierunku edukacji) oraz utworzenia bliskich relacji społecznych poza rodziną, które umożliwią mu zaspokajanie ważnych potrzeb.

PORTRET NASTOLATKA

Najważniejszym i najbardziej atrakcyjnym środowiskiem życia adolescenta jest grupa rówieśnicza. Świat nastolatka kręci się wokół kolegów i koleżanek: oni są zawsze w pobliżu, z nimi jest najciekawiej. Kształtują się naturalne uczucia społeczne, które znajdują wyraz m.in. w tworzeniu związków rówieśniczych, takich jak: paczki, grupy, przyjaźnie. Dorastanie to taka przestrzeń, w której kumulują się wątki w wielu wymiarach, a do tego tak dynamiczna, że nam dorosłym trudno nadążyć za wszystkimi potrzebami nastolatka, dostrzegać jego trudności i odpowiednio reagować.

Większość zmian psychospołecznych ma uniwersalny charakter bez względu



na obszar kulturowy i szerokość geograficzną, w jakich dorastamy. Niemniej jednak, ogromne znaczenie ma dla nich tło polityczno-kulturowe, w którym dane pokolenie dojrzewa oraz zasady i wartości, które adolescenti uznają lub kwestionują. A także trendy w zachowaniach ryzykownych.

Obraz współczesnego nastolatka zawiera w sobie takie cechy jak: kłopoty z regulacją emocji (np. samouspokojeniem się w sytuacji złości), nieharmonijny rozwój (dojrzałość fizyczna do uprawiania seksu, ale nie emocjonalna), trudności z tworzeniem relacji (lęk przed brakiem akceptacji), impulsywność (gwałtowne zachowania, w reakcji np. na krytykę), mała stabilność emocjonalna (zmien-

ność nastroju, nawet kilkanaście razy w ciągu dnia) czy wreszcie tendencje do podejmowania ryzykownych zachowań (sięganie po używki, gry hazardowe).

NARKOTYKI

Jednym z najistotniejszych zagrożeń są właśnie eksperymenty z nielegalnymi używkami. Zarówno praktyka kliniczna, jak i badania naukowe pokazują, że najczęściej wybieraną, oprócz alkoholu, używką jest marihuana. Ciekawość, łagodzenie stresu związanego z zachodzącymi zmianami biologicznymi czy społecznymi, dostosowanie się do rówieśników, próby sprostania wymaganiom rodziców są głównymi czynnikami sięgania po używki, w tym po marihuana. Aby rozumieć świat nastolatków nie powinniśmy o tym zapominać.

CZYNNIKI RYZYKA

Badania dotyczące podatności na uzależnienie i odpowiedzi na pytanie, co w fizjologicznej i psychologicznej konstrukcji danej osoby sprawia, że jest ona podatna na uzależnienia od substancji psychoaktywnych nie doprowadziły do jednoznacznych wyników. Ryzyko to nie jest związane jedynie z obecnością lub nieobecnością pewnych czynników, bowiem każdy z nich wywiera wpływ w zależności od specyfiki i zasobów osoby. I dobrze, bo dzięki temu unikamy uproszczeń.

Mimo to, możemy pozwolić sobie na skategoryzowanie niektórych istotnych czynników ryzyka. W rozwoju problematycznego używania marihuany w wieku dorastania mogą mieć znaczenie następujące grupy czynników:

- Indywidualne czynniki ryzyka: temperament (impulsywność, nadpobudliwość, agresywność), wczesne zachowania problemowe (zachowania agresywne, buntownicze), duże zapotrzebowanie na stymulację (potrzeba wrażeń, poszukiwanie stymulacji).
- Czynniki ryzyka związane z sytuacją rodziny i funkcjonowaniem psychospołecznym rodziców oraz relacji z rodzeństwem: status socjoekonomiczny rodziny (dochody, poziom edukacji rodziców, charakter pracy); uzależnienia rodziców (biologiczna podatność dziecka na rozwój uzależnienia, dostarczanie negatywnych wzorów, niski poziom opieki); choroby psychiczne rodziców (np. depresja u matki); chroniczne konflikty rodzinne z udziałem dziecka (rozwód lub separacja rodziców, wrogość między rodzicami, agresja, nadmierny krytycyzm); negatywne wzory starszego rodzeństwa (zażywanie środków psychoaktywnych, używanie przemocy przez starsze rodzeństwo); doświadczenia traumatyczne (wykorzystywanie seksualne dziecka, przemoc w rodzinie); niekorzystne czynniki prenatalne (palenie papierosów lub picie alkoholu przez matkę w czasie ciąży); zakłócenia w rozwoju relacji rodzic-dziecko (wrogość wobec dziecka, emocjonalne odrzucenie); trudności w porozumiewaniu się (nieprawidłowa realizacja ról rodzicielskich, niespójne i niekonsekwentne postępowanie, kary cielesne, brak granic w okresie dorastania, zaniedbywanie).
- Czynniki związane ze szkołą: brak postępów w nauce (ubogie słownic-

Osoby, które na co dzień pracują z młodzieżą zgodne są co do tego, że adolescenci to gatunek trudny we współpracy, przejawiający wyjątkową skłonność do oporu i kwestionowania zaleceń, jak i wdzięczny ze względu na olbrzymi potencjał, dynamikę rozwoju i szczególną więź, jak w tym procesie się rodzi.



two, kłopoty z nauką pisania i czytania); negatywny stosunek do szkoły i obowiązków szkolnych (wagary, nieodrabianie prac domowych i negatywny stosunek do nauczycieli); problemy z zachowaniem w szkole (zachowania agresywne wobec rówieśników, bójki, konflikty z nauczycielami).

- Czynniki ryzyka związane z rówieśnikami: rówieśnicy, którzy używają lub przejawiają inne zachowania problemowe (picie, palenie, używanie narkotyków, wykroczenia, gangi dziecięce lub młodzieżowe); spostrzeganie u znaczących rówieśników aprobaty dla zachowań problemowych, przekonanie, że rówieśnicy oczekują takich zachowań, odrzucenie przez rówieśników.

- Czynniki związane z miejscem zamieszkania, lokalną społecznością (niski poziom nauczania i opieki w szkole, zły klimat społeczny szkoły, brak wsparcia nauczycieli); wysoki poziom zagrożenia (przestępczość, przemoc, nieprzestrzeganie prawa).

- I na koniec czynniki ryzyka związane z działalnością mediów i wpływami popkultury (ekspozycja na negatywne przekazy medialne, akty przemocy, modelowanie agresji).

ŚWIADOMOŚĆ ZAGROŻEŃ

O wiele bardziej niż w przypadku jakichkolwiek innych narkotyków młodzie ludzie sięgający po marihuanę nie dostrzegają w jej używaniu istotnych zagrożeń. Zazwyczaj coś wiedzą o szkodliwości, ale poczucie kontroli nad własnym zachowaniem oraz brak wyraźnego odczuwanych konsekwencji sprawia, że nie widzą potrzeby powstrzymywania się przed eksperymentowaniem z marihuaną (mimo nieraz bardzo krytycznego nastawienia do innych używek czy narkotyków). Dodatkową okolicznością jest fakt, że młodzi ludzie mają wokół siebie również przykłady pozytywnego kontaktu z narkotykami (kiedy to rozmowa była ciekawa albo impreza była wyjątkowo udana).

INTERWENCJA

Innym aspektem, utrudniającym ewentualne interwencje jest niska motywacja do skorzystania z jakiegokolwiek specjalistycznej pomocy – konsultacji z psychologiem lub pedagogiem. Nie mówiąc już o kontakcie z terapeutą czy lekarzem psychiatrą (ocena zagrożenia

oraz współistnienia innych zaburzeń i skierowanie na psychoterapię indywidualną, grupową lub rodzinną) czy udziałem w wyspecjalizowanych programach pomocy psychologicznej.

Większość młodych osób sięgających po marihuanę w okresie adolescencji nie jest

od niej uzależniona. Często jednak ujawnienie faktu używania marihuany skutkuje tendencją (ze strony specjalistów) do stawiania szybkiej diagnozy, co wywołuje u młodej osoby poczucie niezrozumienia, utrudnia nawiązanie kontaktu i wywołuje silny opór. ●

DOM: JAK ROZMAWIAĆ Z NASTOLATKIEM O MARIHUANIE?

Moje dziecko próbowało narkotyków! Co z tego, że to tylko marihuana? To już koniec, teraz już będzie tylko gorzej. Szarpani emocjami i przerażeni projekcjami nie potrafimy właściwie ocenić tego, co się dzieje.

Banałem jest twierdzenie, że rozmowy z nastolatkiem o marihuanie nie należą do najłatwiejszych. Z tego powodu część rodziców odwleka je lub zostawia ten temat tzw. profesjonalistom (nauczycielom, pedagogom, psychologom). Inni myślą magicznie, że akurat ich dziecka to nie dotyczy. Jeszcze inni, nie chcąc wywoływać wilka z lasu pomijają temat i liczą, że to wystarczy, ażeby oddalić ryzyko. Koniec z takim myśleniem!

To, że nie porozmawiamy z naszymi dziećmi o narkotykach nie znaczy, że tematu nie ma. Marihuana kwitnie w rozmowach z rówieśnikami, w filmach, mediach społecznościowych, a czasami na długiej przerwie, za salą

gimnastyczną pojawia się coś więcej niż tylko teoretyczne rozważania.

PRZYGOTOWANI?

W budowaniu właściwej prozdrowotnej postawy dziecka – otwarta i pełna zrozumienia rozmowa zawierająca kluczowe elementy edukacyjne – jest najważniejsza. Nie powinna mieć ona miejsca dopiero po tym, jak już coś się wydarzy. Należy zaplanować ją z wyprzedzeniem biorąc pod uwagę etap rozwoju biologicznego i społecznego dziecka. I nie powinna to być jedna, jedyna rozmowa, a raczej cykl rozmów z nastolatkami o trudnych tematach. Mamy obawy: a to że dziecko jest za małe i nie jest jeszcze przygotowane, a to – że jest już za duże. Na ogół to sami nie jesteśmy przygotowani do takiej rozmowy i stąd odwlekamy ją w nieskończoność. Czasem brak pewności siebie tłumaczymy obawami, że rozbudzimy w dziecku niezdrową ciekawość. Lepiej jednak to zrobić niż wykręcać się szlachetnymi pobudkami. I niech rozmowa będzie wspólnym poszukiwaniem odpowiedzi, a nie od-

bywać się według schematu: ja pytam i ja odpowiadam.

GDZIE I JAK?

Pomimo chęci wczuwania się w klimat, lepiej do takiej rozmowy wybrać salon zamiast „jaskini” nastolatka opatrzonej znakiem ostrzegawczym „no entry”. Może to być również wyjście na dłuższy spacer. Ma być swobodnie, ale poważnie. Absolutnie niewskazane jest przyjmowanie postawy dyrektywnej i narzucanie swojego zdania. Od tych rozmów może zależeć kierunek oraz natężenie rozwoju zachowań problemowych – czy nastolatek będzie zmierzał raczej w stronę „niekonwencjonalności” zachowań (bunt przeciwko społecznie akceptowanym normom) czy przeciwnie – uzna je i przyjmie jako własne. Pamiętajmy jeszcze o tym, że swoim podejściem i postawą pokazujemy swojemu dziecku sposób, w jaki i ono będzie załatwiać trudne sprawy w życiu (również kiedyś w przyszłości z własnymi dziećmi). To ważne, może nawet ważniejsze niż marihuana.

OD CZEGO ZACZĄĆ?

Na początek można zapytać dziecko czy słyszało już kiedyś takie określenie i czy wie co to jest marihuana. Zamiast gotowego wykładu lepiej „podrążyć” temat od strony dziecka. Czasem pomocą i inspiracją może być jakiś idol muzyczny

czy influencer, utwór lub nawet jakiś nadruk czy rysunek. Aby mieć taki background dobrze jest na co dzień pozwalać nastolatkowi mówić bez skrępowania o tym, co go interesuje i zajmuje jego uwagę. Jeśli tego nie robiliśmy, to teraz pozostaje słuchać z zaciekawieniem, zadawać pytania i powstrzymywać się z komentarzami. Poznajemy swoje dziecko, dowiadujemy się o jego fascynacjach i dostrzegamy też niebezpieczeństwa.

STRASZYĆ Z UMIAREM

Przekazanie dziecku informacji na temat wpływu palenia marihuany na zdrowie i na funkcjonowanie w różnych sferach życia jest niezmiernie istotne. Jednak straszenie konsekwencjami nie powinno zdominować naszej rozmowy. Ważne są przynajmniej dwie rzeczy. Po pierwsze należy wziąć pod uwagę wiek i percepcję swojego dziecka, odpowiednio dobierać słownictwo i terminologię, aby były zrozumiałe. Po drugie, upewnijmy się, że to co mówimy rzeczywiście

CO ZROBIĆ ZE ZNALEZIONĄ MARIHUANĄ?



W wielu przypadkach jedną z pierwszych reakcji może być chęć skonsultowania się z policjantem. Należy pamiętać przy tym, że marihuana to substancja nielegalna, której posiadanie zagrożone jest konkretnymi karami, również więzienia (patrz: rozdział poświęcony regulacjom prawnym). Trzeba to rozważyć. Na pewno jednak należy się jej pozbyć.

dotyczy marihuany. Wielu rzeczy dotyczących zagrożeń związanych z używaniem marihuany można dowiedzieć się z trzymanej w ręku publikacji. Ale lepiej nie czytać jej dziecku, bo zanudzimy je na śmierć.

ROZMAWIAMY O POWODACH

Porozmawiajmy z dzieckiem o motywach, dla których ludzie sięgają po narkotyki, czego w nich szukają i dlaczego to robią. Dlaczego robią rzeczy, które niekorzystnie na nich wpływają? Czemu ludzie robią coś niefajnego, tylko po to, aby zyskać akceptację? Albo czemu nie potrafią przełamać swoich zahamowań i korzystają z dróg na skróty? Ludzie sięgają po narkotyki na przykład dlatego, że lubią ryzyko. Gdy są młodzi, ryzyko jest jeszcze bardziej atrakcyjne. Oczywiście nie dotyczy to tylko narkotyków. Czemu ludzie nie potrafią czasami ocenić ryzyka? Czemu uważają, że np. dzięki narkotynom stają się atrakcyjniejsi, mądrzejsi, silniejsi. Co sądzi o tym nasze dziecko?

ROZMAWIAMY O UZALEŻNIENIU

„Uzależnienie to narkoman ze strzykawką i bezdomny alkoholik na ulicy”, a „marihuana w przeciwieństwie do twardych narkotyków nie uzależnia”. Ci, którzy rozmawiali z nastolatkami o marihuanie pewnie już to mogli słyszeć. Dobrze byłoby porozmawiać o tym, czym jest naprawdę uzależnienie i co je wywołuje. Czy tylko narkotyki uzależniają? Co może świadczyć o uzależnieniu? Czy rezygnowanie z pasji i zainteresowań może być takim sygnałem? Czy warto poświęcić je dla narkotyków? Albo czy sięganie po

narkotyki od czasu do czasu jest bezpieczne? Gdzie jest granica, za którą kontrola nadużywaniem substancji jest tylko pobożnym życzeniem?

CEL ROZMOWY

Musimy też zadać sami sobie kluczowe pytanie: jaki właściwie jest cel rozmowy z naszym dzieckiem o marihuanie? Czy w trzeciej dekadzie XXI wieku jesteśmy w stanie zapobiec kontaktowi nastolatka z marihuaną? To mało prawdopodobne. Starajmy się, doszkalczajmy, rozmawiajmy, ale szanse na to, że nasze dziecko nie spróbuje marihuany są raczej mizerne. To, co jest w naszym zasięgu, to z grubsza dwie rzeczy: opóźnienie inicjacji i spowodowanie tego, że kontakt naszego dziecka z marihuaną nie będzie miał większego wpływu na jego życie w przyszłości. To chyba wcale nie tak mało. Lekarze i terapeuci wiedzą dzisiaj, że im wcześniej dojdzie do inicjacji i używania marihuany, tym większy będzie jej negatywny wpływ na rozwój psychiczny, intelektualny i emocjonalny młodego człowieka. Nikt z nich nie twierdzi, że marihuana używana w sposób umiarkowany przez osobę dorosłą jest zupełnie nieszkodliwa, ale sfer w których mogłaby zaszkodzić ukształtowanemu już człowiekowi będzie zdecydowanie mniej.

NORMATYWNE ZACHOWANIA PROBLEMOWE

Warto mieć świadomość, że eksperymenty nastolatków z narkotykami (wśród których eksperymenty z marihuaną wiodą prym) są częścią normalnego rozwoju nastolatka i odgrywają ważną rolę w procesie przechodzenia

do dorosłości. Są one „problemowe” dlatego, że naruszają zwyczajowe dla danego wieku wymagania, normy społeczne i wartości przyjęte dla okresu adolescencji. Jednocześnie z chwilą osiągnięcia pełnoletniości większość tych zachowań przestaje być problemem. Do takich zachowań należą np. picie alkoholu w sytuacjach towarzyskich czy aktywne życie seksualne.

PRACA NA OPORZE

Fenomenalnie jeśli nastolatek wykazuje chęć rozmowy. Często jednak rodzice muszą się zmierzyć z silnym oporem i niechęcią. W obawie przed konsekwencjami czy złością rodziców nastolatek wycofuje się z dialogu. Może pojawić się również postawa mocno konfrontacyjna, która niekoniecznie wynika z potrzeby obrony marihuany. Postawa taka wynikać może z potrzeby obrony własnych racji i przekonań, a w pewien sposób własnej tożsamości.

DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Coraz częściej zdarza się, że jako rodzice nastolatków na pytanie „czy paliłeś w przeszłości marihuanę” odpowiadamy twierdząco. Są wśród nas też tacy, którym nadal zdarza się to robić. Czy to pomoże w rozmowie z własnym dzieckiem? Niekoniecznie. To, że palę papierosy lub piję alkohol nie pomoże mi ukształtować dziecka w tym, żeby tego nie robiło. Można zakładać, że ci z nas, którzy mają własne doświadczenia z marihuaną będą mniej skorzy do paniki. Inną sprawą będzie ujawnianie przed dziećmi własnych doświadczeń. Tutaj okazuje się, że na ogół dominuje

obawa przed takim „legitymizowaniem” korzystania z używek i niechęć przed dzieleniem się tym z własnymi dziećmi.

Może zdarzyć się również tak, że mając pozytywne wspomnienia z naszych doświadczeń z marihuaną, będziemy bagatelizować zagrożenia. To błąd – każda substancja psychoaktywna może być niebezpieczna, a już na pewno dla młodego człowieka który się rozwija.

MITY I FAKTY

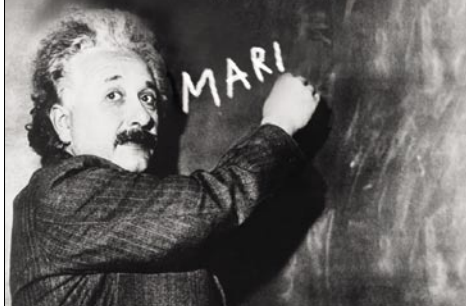
Co możemy usłyszeć od swojego dziecka podczas rozmowy o marihuanie? Katalog różnych mniej lub bardziej prawdziwych twierdzeń jest szeroki. Poniżej przytaczamy niektóre z nich.

„Wszyscy palą”. Rozmawiając z dzieckiem o marihuanie prawdopodobnie usłyszymy, że palenie to norma. Pomiędzy wysokich statystyk nie ma to wiele wspólnego z prawdą. W niektórych grupach wiekowych (starszych nastolatków) wskaźnik ten może dochodzić nawet do 50%, ale w większości będą to osoby, dla których zapalenie marihuany było pojedynczym eksperymentem. Owszem są grupy, gdzie odsetek ten bywa nawet wyższy, ale być może nie stanowią one najlepszego środowiska dla naszego dziecka i już samo to jest problemem.

„Marihuana jest zdrowa, bo wykorzystuje się ją w medycynie”. To, że jakaś substancja działa leczniczo nie oznacza wcale, że jest bezpieczna dla każdego i w każdej sytuacji. Morfina jest

NIE UDAWAJ, ŻE JESTEŚ EKSPERTEM

Jeśli czujesz się niepewnie, brakuje Ci wiedzy na temat narkotyków i związanych z nimi zagrożeń – zasięgnij porady specjalistów. Możesz zrobić to anonimowo, także przez Internet. Skorzystaj z portalu narkomania.org.pl. Możesz też skontaktować się z jedną z placówek, których dane teleadresowe zamieszczone są na końcu publikacji.



również wykorzystywana w medycynie i nie czyni to z niej „zdrowej” substancji. W innej części tej publikacji można znaleźć informacje o tym, jakie mogą być skutki uboczne „zdrowej” marihuany na zdrowie psychiczne młodych osób. Warto się z nimi zapoznać.

„Marihuana jest zdrowa, bo jest naturalna”. Naturalne jest jedynie to, że w nielegalnych narkotykach znajdują się zanieczyszczenia. Nielegalna marihuana – o czym alarmują również organizacje zajmujące się lecniczą marihuaną – jest pełna zanieczyszczeń zarówno biologicznych, jak i chemicznych. Znajdują się tam one z powodu czyjegoś niedbalstwa, chęci zwiększe-

nia wagi narkotyku, a czasem po to, żeby podrasować sprzedawany towar. Znane są przypadki, gdy w próbkach marihuany wykrywano syntetyczne kannabinoidy.

„Marihuana nie uzależnia”. Owszem, nie powoduje uzależnienia fizycznego. Nikt po tym jak przestanie ją palić nie będzie wył z bólu, wymiotował i tracił kontroli nad zwieraczami. Nie znaczy to jednak, że nie będzie czuł żadnych dolegliwości. Palenie marihuany może spowodować przyzwyczajenie psychiczne, a odstawienie jej zaowocuje silnym dyskomfortem psychicznym. Kolejnym przykrym objawem odstawienia może być bolesna świadomość, jak wiele rzeczy zostało zaniedbanych.

„Marihuana jest mniej szkodliwa niż alkohol”. Ten temat to prawdziwe pole minowe dla tych z nas, którzy tolerują picie alkoholu przez swoją pociechę. Bo jak tu wtedy wytłumaczyć, że marihuana dla osoby dorastającej jest równie szkodliwa jak alkohol? Jak powiedzieć dziecku, że dla osoby poniżej 18 roku życia alkohol i marihuana (a także papierosy) to tak samo nielegalne używki?

Tych kilka przykładów nie wyczerpuje całego arsenału możliwej argumentacji, z którą możemy się spotkać podczas rozmów o marihuanie. Nie denerwujmy się i nie spinajmy tym, co słyszymy. To zawsze stwarza pole do rozmowy. ●

KILKA ZASAD DOTYCZĄCYCH PROWADZENIA ROZMOWY Z NASTOLATKIEM



UWAŻNIE SŁUCHAJ. W relacjach z nastolatkami nie jest to łatwe, ponieważ większość z nas jest przyzwyczajona do tego, że my mówimy, a dzieci... słuchają.



NIE PROWADŹ PRZESŁUCHANIA. Pytaj i bądź zainteresowany tym, co usłyszysz, ale nie wymuszaj odpowiedzi.



BĄDŹ EMPATYCZNY I OTWARTY. Próbuj zrozumieć zachowania nastolatka, nie oceniaj go i nie krytykuj (co nie jest oczywiście równoznaczne z akceptacją czy aprobatą wszystkich jego zachowań).



OKAZUJ SZACUNEK. To pomaga budować zaufanie. To naprawdę duża sprawa, że rozmawiacie otwarcie o sprawach trudnych i wspólnie szukacie wyjścia z sytuacji. Nie zawstydzaj, nie wzbudzaj poczucia winy, nie ośmieszaj, nie bagatelizuj i nie porównuj z innymi.



KONCENTRUJ SIĘ NA ROZBIEŻNOŚCIACH. Pomagaj w wydobywaniu różnic między obecnym działaniem a celami i wartościami. Najlepiej kiedy nastolatek sam odkryje, co jest nie tak.



NIE NACISKAJ, ALE TEŻ NIE ODPUSZCZAJ Jeśli w danym momencie nastolatek nie chce rozmawiać, daj mu czas. Umów się jednak na konkretny termin.



WYKORZYSTUJ OPÓR. Zamiast walczyć, lepiej spróbuj wyrazić zrozumienie dla jego perspektywy.



WSPIERAJ SAMOSKUTECZNOŚĆ. Zadbaj o to, aby to nastolatek poczuł się odpowiedzialny za decyzje o zmianie.



NIE PRZYNUDZAJ. Nie praw kazań. Twoje wypowiedzi powinny być konkretne.

SZKOŁA: ZAJĘCIA PROFILAKTYCZNE

Programy profilaktyki uniwersalnej prowadzone w szkołach ponadpodstawowych uwzględniają wyzwania rozwojowe adolescentów. Przyjmuje się, że zarówno edukacja normatywna, jak i rozwijanie kompetencji życiowych stanowią skuteczne formy oddziaływań.

Elementy wpływające na skuteczność programów profilaktycznych to interaktywność metod i cykliczność zajęć (np. kilkanaście godzin w krótszym okresie czasu lub w modułach kilkuletnich). Ważne jest również uwzględnienie w scenariuszu zajęć treningów kompetencji społecznych, takich jak np. rozwiązywanie problemów, asertywność, radzenie sobie ze stresem. Demonizowanie narkotyków warto zastąpić przekazywaniem informacji z zakresu szacowania ryzyka związanego z przyjmowaniem

konkretnych substancji psychoaktywnych. Kluczową rolę w nowoczesnych działaniach profilaktycznych odgrywa rozpoznawanie błędnych przekonań na temat substancji psychoaktywnych i ich modyfikowanie. Proces ten przebiega z zastosowaniem wiedzy naukowej i uwzględnia promocję zdrowego stylu życia, jako przeciwwagę do używania substancji psychoaktywnych.

Prowadzenie zajęć z zakresu profilaktyki uniwersalnej przez nauczycieli może być nie lada wyzwaniem. Zwłaszcza, gdy odbiorcami tego typu działań są nastolatki, którzy mierząc się z wyzwaniami rozwojowymi skłonni są podejmować zachowania ryzykowne min. związane z eksperymentowaniem z narkotykami. Udział w kursach i szkoleniach podnoszących kwalifikacje z zakresu profilaktyki uzależnień, uczenie się technik pracy warsztatowej i innych metod np. treningu grupowego, daje możliwość

prowadzenia zajęć profilaktycznych zgodnie z przyjętymi standardami. Uzupełnieniem nabytych kompetencji jest fachowa literatura odwołująca się do aktualnej wiedzy i działań prowadzonych w oparciu o dowody naukowe.

Przygotowując się do prowadzenia zajęć

PROFILAKTYKA UNIWERSALNA



Działania prowadzone w ramach profilaktyki uniwersalnej dotyczą całej społeczności, której wszyscy członkowie są narażeni na inicjację narkotykową. W wyniku tych działań odbiorcy mają nie podejmować lub opóźnić używanie narkotyków.

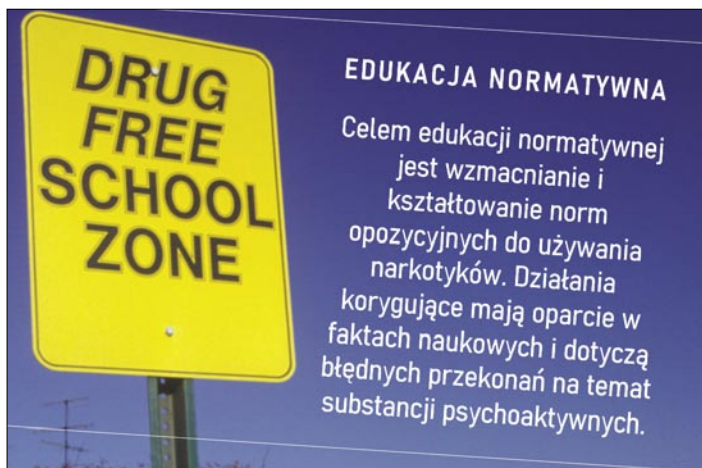
lekcyjnych na temat marihuany warto zadać sobie pytanie o cel planowanego spotkania lub całego cyklu takich zajęć. W efekcie uczestnicy mogą np. zmienić przekonania na temat używania marihuany, nauczyć się rozpoznawać i wzmacniać czynniki chroniące przed uzależnieniem, podnosić umiejętności radzenia sobie

z presją rówieśniczą itp. Warto pamiętać, by przyjęte cele zostały sformułowane i zrealizowane zgodnie z założeniami skutecznych strategii i metod rekomendowanych dla programów profilaktycznych. Prowadzenie zajęć w oparciu o przedstawione wcześniej standardy pozwala uniknąć sytuacji

w której nauczyciel wygłasza wykład na temat szkodliwości używania marihuany i stawia siebie w roli narkotykowego eksperta. Wyobraźmy sobie taką lekcję i ucznia, który podważa wiedzę nauczyciela na temat marihuany, bo ten nigdy jej nie używał lub nie przyznaje się do tego (nie zachęcamy do takich wyznań). Pozostali uczniowie mogą odebrać to tak: „ktoś, kto nie pali nie wie o czym mówi”, co jest oczywistą nieprawdą. Stosując wypracowane standardy z obszaru profilaktyki uniwersalnej, nauczyciel ma mniejszą szansę na doświadczenie tego typu sytuacji. Możliwe, że mimo wszystko takie pytania i komentarze będą miały miejsce. Warto

wziąć to pod uwagę przygotowując listę potencjalnie trudnych pytań lub sytuacji nad którymi można wcześniej się zastanowić.

Co zrobić kiedy uczniowie uznają, że palenie marihuany ma więcej pozytywów niż negatywów? Tak może się wydarzyć, nawet nie jeden raz! To



wymarzona sytuacja na wygenerowanie alternatywnych zachowań względem palenia. Można to zrobić zadając pytania, np. „Pozytywnie oceniliście, że marihuana poprawia nastrój. Czy znacie jeszcze inne formy poprawiania sobie nastroju? Których z tych sposobów najczęściej używacie? Może uszeregujemy je według ważności?” To sytuacja w której z burzy mózgów powstaje repertuar nowych możliwości. Czy dzieci i młodzież, które nigdy nie paliły marihuany mogą nagle poczuć zaniepokojenie? Trudno przewidzieć, to zależy z jaką grupą nauczyciel będzie miał kontakt. Zakładamy, że w przypadku nastolatków istnienie marihuany nie

będzie niczym odkrywczym. Ciekawość natomiast może wzbudzić forma prowadzenia zajęć i przekazywane treści. Ważnym elementem podczas tego typu spotkań jest postawa nauczyciela

wyrażająca szacunek wobec poglądów uczestników, życzliwa i nieoceniająca obecność, wsparta merytorycznym przygotowaniem. ●

SZKOŁA: WARSZTAT DOTYCZĄCY MARIHUANY

Jako propozycję zajęć dotyczących marihuany z grupą młodzieży prezentujemy warsztat edukacyjno-profilaktyczny. Zajęcia oparte o poniższy schemat można przeprowadzić z grupą młodych osób w wieku 14 do 19 lat i starszych. Warsztat jest propozycją pracy w grupach, a zadanie, które należy wykonać polega na opracowaniu haseł do ulotki na temat marihuany i omówieniu wyników. Zadanie to jest niewątpliwie atrakcyjne dla młodzieży, gdyż traktuje temat w sposób otwarty starając się nie narzucać wytartych schematów prewencji antynarkotykowej: ma dotyczyć zarówno negatywnych, jak i pozytywnych aspektów związanych z paleniem marihuany.

Zajęcia uświadamiające zagrożenia narkotykowe – aby były efektywne – muszą, oprócz wielu innych aspektów, angażować młodzież do wspólnej pracy, wykorzystywać wiedzę i doświadczenia uczestników, jak i być bezpieczną płaszczyzną do prezentacji swoich przekonań, weryfikacji mitów i budowania odpowiednich postaw.

Cel zajęć: Proponowany warsztat dotyczy poszukiwania i rozumienia przez

młodzież związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy przyjemnymi doznaniem i negatywnymi konsekwencjami związanymi z używaniem marihuany.

Potrzebne materiały: tablica, karteczki w trzech kolorach, markery, magnesy.

Wprowadzenie: Jako wprowadzenie należy (w formie 5-cio minutowego mini-wykładu) przekazać ogólne informacje dotyczące rozpowszechnienia używania marihuany oraz kulturowych i społecznych uwarunkowań. W niniejszej publikacji można znaleźć wszystkie potrzebne do tego informacje.

Instrukcje dla uczestników: Jak wiemy narkotyki powodują pewne pozytywne odczucia, ale jednocześnie mogą spowodować szereg niekorzystnych konsekwencji. Marihuana wzbudza wiele kontrowersji: w opinii niektórych jest zbyt demonizowana, w opinii innych – gloryfikowana. Naszym zadaniem jest przygotowanie treści ulotki o marihuanie, która zaprezentuje prawdziwe i wyważone informacje na temat tej używki. Przygotowywana przez nas ulotka składać się będzie z trzech części, w których zostaną przedstawione:

GRUPA 1: Przyczyny sięgania po marihuanę

GRUPA 2: Pozytywne skutki jej działania

GRUPA 3: Negatywne konsekwencje jej używania

Na potrzeby ulotki treść do poszczególnych części przygotowujemy w sposób zwięzły, hasłowy. Każdy z punktów omawiamy w grupach roboczych, ponieważ będziemy potem je uzasadniać (zbieramy amunicję). To, co piszemy ma być adekwatne do wieku młodych odbiorców (pracujemy przecież nad ulotką dla rówieśników).

Następnie uczestnicy dobierają się w trzy grupy robocze (najlepiej przypadkowo, odliczając do trzech). Na przygotowanie materiału grupy dostają 10 minut. Każda z grup wybiera jedną osobę która zredaguje potem efekty pracy grupy. Na początek jednak przedstawiciele grup losują tematy nad którymi będą pracować.

ETAP I

Podczas pracy prowadzący może przechadzać się pomiędzy grupami i – jeśli jest jakiś problem – naprowadza uczestników sugerując im pewne kierunki, podsuwając pomysły, ale nie wprost (w innych częściach niniejszej publikacji można znaleźć potrzebne do tego informacje). Uczestnicy warsztatów opracowując treść ulotki mogą prezentować to, co słyszeli od rówieśników na temat marihuany, o czym czytali, a także to, co przynosi im wyobraźnia i intuicja. Hasła wpisywane są pojedynczo na karteczkach.

ETAP II

Liderzy grup prezentują efekty pracy.

Przyklejają w jednej kolumnie karteczki z hasłami do ulotki. Przyklejając odczytują hasła, wyjaśniają i uszczegóławiają pozostałym. Zaczynają od „przyczyn”. Następna w kolejności jest grupa, która pracowała nad „pozytywami”, następnie przyklejane i prezentowane są „konsekwencje”. Liderzy uzasadniając hasła mogą być wspierani przez swoją grupę. Pozostali uczestnicy mogą spierać się, dyskutować, ale również podpowiadać członkom innej grupy. Ważne jest zachowanie porządku dyskusji (bez personalnych ataków, nie przekrzykując się, itp. – należy omówić te zasady przed przystąpieniem do pracy).

ETAP III

Kolejnym etapem pracy jest poszukiwanie związków pomiędzy wypisanymi przyczynami sięgania po marihuanę, pozytywnymi efektami jej działania i negatywnymi konsekwencjami. Dla przykładu:

CHĘĆ BYCIA WYLUZOWANYM
(przyczyna)

FAJNA ZABAWA, ROZMOWA
(oczekiwany skutek)

BEZ MARIHUANY JESTEM POSPINANY
(negatywne konsekwencje)

W podsumowaniu związku przyczynowo-skutkowe powinny zostać szczegółowo omówione, a wiedza uporządkowana.

MUST HAVE

Kreatywność grup będzie zapewne spora, jednak na wszelki wypadek proponujemy kilka haseł mogących być

pożytecznymi przy prowadzeniu zajęć.

Przyczyny: ciekawość, presja rówieśnicza (potrzeba akceptacji i przynależności), chęć eksperymentowania, regulacja emocji (odstresowanie, uspokojenie, rozweselenie, itp.), poprawa samopoczucia, zwiększenie pewności siebie i poczucia własnej wartości, odreagowanie problemów rodzinnych, relacyjnych, szkolnych, samodecydowanie o sobie (bunt przeciwko zasadom), nuda.

Pozytywne skutki: poprawa nastroju (rozluźnienie, odprężenie, zrelaksowanie etc.), wzmocnienie percepcji i reakcji na bodźce zmysłowe, ułatwienie komunikacji i relacji towarzyskich, redukcja stresu, lęku.

Negatywne konsekwencje: uzależnienie, problemy z pamięcią i koncentracją, ryzyko wystąpienia zaburzeń psychiatrycznych, problemy w relacjach, konflikt z prawem, osłabienie motywacji do aktywności. ●

SZKOŁA: MARIHUANA A PROCESY POZNAWCZE



Wyobraźmy sobie teraz, że na zajęcia przychodzi uczeń, który jest pod wpływem marihuany. Jest podekscytowany i mimo że zajęcia się rozpoczęły odwraca się do kolegów, gestykułuje, głośno rozmawia. Albo siedzi trochę przygaszony, nieobecny i pochłonięty własnymi myślami. Tak czy siak, jego zachowanie niewiele odbiega od „klasowej” normy, więc trudno nawet przypuszczać, że cokolwiek zażywał. Abstrahując od tego jaka była dawka narkotyku i jak wygląda konstrukcja

psychiczna ucznia który jest właśnie na haju, przypatrzmy się poszczególnym parametrom związanym z procesami poznawczymi: zbieraniem i przetwarzaniem informacji, pamięcią czy koncentracją. Jak się one prezentują teraz, gdy jest on pod wpływem marihuany?

CZAS REAKCJI

Aby ocenić naszą reakcję na jakiś sygnał brane są pod uwagę dwie składowe: prawidłowość reakcji i czas, w którym do niej doszło. Testy wyzna-

czają zadanie i dają nam określony czas na ich wykonanie. W świetle prowadzonych badań u osób pod wpływem marihuany czas reakcji na zadania proste wzrasta statystycznie tylko w stopniu niewielkim, ale już w bardzo dużym, gdy zadanie staje się bardziej złożone. W niektórych badaniach czas ten wydłuża się nawet o połowę.

PERCEPCJA CZASU I PRZESTRZENI

Skoro mowa o czasie, to wiadomo, że dla osoby pod wpływem marihuany subiektywnie czas płynie wolniej: krótkie oczekiwanie postrzegane jest jako niekończące się, a 2-3 minutowy utwór muzyczny „wydłuża się” do rozmiarów suit. Nie są to tylko relacje osób które odczuły na sobie takie zmiany, ale też konkluzje z badań naukowych. W jednym z nich uczestnicy pod wpływem marihuany poproszeni byli o odczekanie z reakcją o pół minuty – jednak średnio reagowali już po 20 sekundach.

Zresztą nie tylko czas, ale również postrzeganie przestrzeni ulega pod wpływem marihuany zniekształceniu. Stąd też tendencje do potykania się na haju. W tym stanie mogą pojawiać się także problemy z percepcją widzenia – badania wykazały zaburzenia w poprawnym rozpoznawaniu kolorów podczas intoksykacji marihuaną.

IMPULSYWNOŚĆ

W kolejnym ćwiczeniu słowo „czerwony” napiszemy niebieską farbą, a uczestników poprosimy aby nazwali kolor nie na podstawie tego, co jest napisane, ale na podstawie tego, jakim kolorem farby zostało napisane słowo. W tym przypadku prawidłową odpowiedzią jest oczywiście – „niebieski”. Potem jeszcze skomplikujemy zadanie: niektóre wyrazy będą miały ten sam kolor co treść, a na odpowiedzi będzie bardzo mało czasu. Zobaczmy jak ciężko jest pohamować dominującą reakcję czytania. Okazuje się, że osoby pod wpływem marihuany statystycznie częściej nazywają kolor czytając jego nazwę, aniżeli kierując się kolorem farby (mimo wyraźnej instrukcji). Jest to efekt Stroopa, a w tym przypadku pokazuje możliwe upośledzenia w panowaniu nad własnymi reakcjami.

PUBLICZNE CZYTANIE

Głośne czytanie tekstów w obecności

Ta historia ma długą brodę. Pół wieku temu grupa nastolatków spod San Francisco spotykała się zawsze po szkole o 16:20, żeby zapalić zioło. Liczby te krętymi ścieżkami trafiły do kultury powszechnej. Teraz 420 jest symbolem marihuany i wszystkiego, co z nią związane, a 20. kwietnia uważany jest za dzień konopi.



całej klasy to sprawa tylko z pozoru prosta. Koledzy i koleżanki rozmawiają ze sobą, ktoś Cię przedrzeźnia, ktoś inny się śmieje. Nawet jeśli jest cicho to i tak może być to deprymujące. Okazuje się, że wpływ marihuany sprawia, iż zadanie staje się jeszcze trudniejsze. Osoby pod jej wpływem potrzebowały statystycznie więcej czasu na przeczytanie głośno tekstu i popełniały znacznie więcej błędów językowych (niż wtedy, gdy czytały nie będąc na haju). Trzeba sobie powiedzieć, że marihuana nie jest najlepszym sprzymierzeńcem dla tych, którzy mają przed sobą poważny odczyt w publicznym miejscu.

LICZENIE

Działania matematyczne to ten rodzaj wysiłku intelektualnego, w trakcie którego skupienie i koncentracja uwagi są sprawami pierwszorzędnymi. Chyba dla nikogo nie będzie zaskoczeniem, że marihuana upośledza umiejętności matematyczne w znacznym stopniu. Istnieje cały szereg badań które pokazują, że proste odliczanie od 100 do zera staje się bardzo trudne dla kogoś, kto właśnie zapalił marihuanę. Wraz ze wzrostem stopnia złożoności zadań matematycznych wpływ odurzenia marihuaną staje się jeszcze bardziej widoczny.

PAMIĘĆ OPERACYJNA

O ile odtwarzanie materiału przyswojonego przed zapaleniem marihuany nie przysparza odurzonemu większych problemów, o tyle zapamiętywanie nowego materiału podczas intoksykacji marihuaną jest w dużym stopniu utrudnione.

Podczas intoksykacji marihuaną pojawiają się poważne zaburzenia pamięci krótkotrwałej, co potwierdzają nie tylko wydarzenia anegdotyczne, ale też wyniki obiektywnych doświadczeń naukowych. Choć to przykład skrajny, to zdarza się, że podczas odurzenia marihuaną wypowiadający się napotyka na poważne problemy z zapamiętaniem początkowej treści zdania nim jeszcze dotrze do jego końca. Charakterystyczne jest przy tym uciekanie w długie dygresje, które rzadko kończą się powrotem do wątku głównego – jest on zapominany.

Jeszcze ciekawsze historie dzieją się w obrębie tzw. pamięci rozpoznawczej. Ćwiczenie które ją bada polega na przeczytaniu jednej listy wyrazów, odczekaniu i przeczytaniu drugiej, w której niektóre wyrazy z pierwszej listy powtarzają się. O ile identyfikacja tych, które naprawdę się powtarzają nie przysparza kłopotów, o tyle osoby na haju wymieniają również te wyrazy, których na pierwszej liście nie było. Są to tzw. intruzje. Pod wpływem marihuany skojarzenia stają się zbyt silne i w efekcie osoba ma problem w oddzielaniu bodźców mało istotnych od tych naprawdę ważnych.

Jak widać z tego krótkiego przeglądu, intoksykacja marihuaną niesie ze sobą przeróżne skutki dla procesów poznawczych i dość brutalnie je upośledza. Udział w lekcjach pod wpływem marihuany w żadnym wypadku nie jest dobrym pomysłem. ●

PIĘĆ POWODÓW, DLA KTÓRYCH DEMONIZOWANIE MARIHUANY PRZYNOSI SKUTKI ODWROTNE DO ZAMIERZONYCH



Chcąc uchronić młodzież przed sięgnięciem po środki odurzające często posługujemy się hiperbolą, przesadą, zakładając, że strach powstrzyma ją przed groźną inicjacją. Niestety, ta metoda nie tylko nie jest skuteczna, ale w wielu wypadkach przynosi dokładnie odwrotny rezultat. Poniżej prezentujemy pięć powodów, dla których straszenie marihuaną może bardziej zaszkodzić, niż pomóc:

1. Bo straszenie nie działa, zwłaszcza, jeżeli straszymy tym, co jest powszechnie znane. Kapiszon.

Co do tego, że profilaktyka powinna kształtować odpowiedzialne postawy, pobudzać do refleksji i nie wywoływać lęku, od dawna panuje konsensus. W wypadku marihuany należy uwzględnić również fakt, że od wielu lat jest ona obecna w popkulturze i mediach, za sprawą których nie kojarzy się już z zagrożeniami mrocznego, tajemnego półświatka. Straszenie młodzieży czymś, co jest jej znane i przychodzi na myśl raczej neutralnie konotacje, jest mało przekonujące.



2. Bo złowrogą narracją uprzedzimy do siebie osoby, które potrzebują pomocy.

Według badań ESPAD co czwarty gimnazjalista i niemal co drugi uczeń szkoły średniej przynajmniej raz w życiu zapalił marihuanę. I choć nie każda z tych osób wymaga specjalistycznej pomocy, to u niektórych z nich palenie może przerodzić się w poważniejszy problem. Młody człowiek który traci kontrolę nad używaniem nie przyzna się do tego przed kimś, kto widzi w marihuanie ucieleśnienie zła, ponieważ będzie spodziewał się po nim raczej surowej oceny i reprimendy niż pomocy.



3. Bo mijanie się z prawdą w jednej sprawie, podważa zaufanie do całości przekazu profilaktycznego.

Bardzo wielu ludzi nigdy w życiu nie sięgnie po żaden nielegalny narkotyk. Z drugiej strony, wielu spróbuje narkotyków niezależnie od tego, co usłyszą na szkolnych zajęciach profilaktycznych i godzinie wychowawczej. Jeżeli przedstawi się im marihuanę jako potwora który uzależnia po pierwszym razie i w mgnieniu oka dewastuje życie, to kiedy już ją zapalą i zauważą, że nic złego im się nie stało, mogą poddać w wątpliwość całość przekazu profilaktycznego.



4. Bo kiedy z marihuany robi się demona, inne zagrożenia, jak nadużywanie alkoholu, znikają nam z oczu.

Należy pamiętać, że nie każdy młody człowiek w przyszłości zapali „trawkę”, za to każdy prędzej czy później sięgnie po alkohol. Oznacza to, że u większości osób u których w przyszłości rozwinie się uzależnienie, będzie ono związane z alkoholem, nie nielegalnymi narkotykami! W związku z tym koncentrowanie się na marihuanie i prezentowanie jej jako głównego wroga przesłania dużo poważniejszy problem naszego społeczeństwa, jakim jest alkoholizm.



5. Bo demonizowanie marihuany tworzy przestrzeń dla syntetycznych kannabinoidów. Z deszczu pod rynnę.

Palenie marihuany, zwłaszcza przez młodych ludzi, niewątpliwie jest niezdrowe. Pamiętajmy jednak, że używanie syntetycznych kannabinoidów traktowanych przez niektórych jako zamiennik dla tradycyjnej „trawki”, niesie ze sobą bardzo poważne konsekwencje zdrowotne, znacznie przewyższające te, które wywołuje marihuana. Musimy zatem uważać, żebyśmy próbując uchronić kogoś przed marihuaną, nie popchnęli go w stronę prawdziwej katastrofy.



FURTKA DO INNYCH NARKOTYKÓW

Jednym z największych z niepokojów, które budzi marihuana jest obawa, że jej używanie stanie się pierwszym krokiem na drodze wiodącej do używania innych, bardziej szkodliwych narkotyków.

Nietrudno natknąć się na sformułowania takie jak: „wszyscy narkomani lecący się obecnie w ośrodkach zaczynali od trawki”, albo „palenie marihuany jest inicjacją, po której następuje równia pochyła do twardych narkotyków”. Ile jest prawdy w tych tezach? Prawdopodobnie mniej, niż mogłoby się здаwać.

Pogląd ten nazywany jest „teorią bram” (od angielskiego terminu „gateway theory”). Choć w języku potocznym teoria i hipoteza są właściwie synonimami, to jednak ich definicje się różnią. Teoria jest twierdzeniem, które poparte jest dowodami. Hipoteza jest propozycją, która dopiero czeka na potwierdzenie. Na słuszność „hipotezy bram” brak dowodów. Mimo intensywnych prób od pół wieku nie udało się jej dowieść. Może to oznaczać, że jest ona bardziej spekulacją niż rzeczywistością.

CZY KAŻDA KORELACJA OZNACZA ZWIĄZEK PRZYCZYNOWY?

Przyczyną tego, że marihuana była pierwszą nielegalną używką po jaką w swym życiu sięgnęła większość osób uzależnionych jest to, że jest ona zdecydowanie najbardziej popularnym

i najłatwiej dostępnym narkotykiem. Wedle przybliżonych szacunków 10 procent (lub więcej) Polaków w przeciągu kilku ostatnich lat przynajmniej raz zapaliło trawkę. Osoby, które sięgnęły po inne narkotyki i uzależniły się od nich stanowią niewielki odsetek tej grupy i prawdopodobnie nie marihuana była przyczyną ich heroinizmu czy amfetaminizmu, ale szereg innych czynników - psychicznych, społecznych i życiowych.

KTÓRE SUBSTANCJE SĄ PIERWSZE?

Z pewnością to nie marihuana jest pierwszą substancją psychoaktywną, po którą sięga statystyczny „narkoman”. Choć system prawny wyraźnie rozróżnia środki odurzające i kategoryzuje je jako legalne bądź nielegalne, to ani nasze ciała, ani nasza psychika nie widzą tego w taki sposób. Inaczej mówiąc: dla naszego mózgu odurzenie alkoholem czy drobny rausz nikotynowy nie jest doznaniem z innej kategorii niż te wywołane środkiem nielegalnym. Gdybyśmy więc chcieli faktycznie wskazać na substancje, które najczęściej stanowią psychoaktywną inicjację, byłyby nimi nikotyna i alkohol. Najnowsze badania z dziedziny neurologii i epigenetyki* sugerują, że to właśnie nikotyna aktywując układ nagrody w mózgu może zwiększać skłonność do popadania w uzależnienie. I w tym sensie hipoteza bram mogłaby stać się naukowo dowiedzoną teorią... dotyczącą nikotyny, nie marihuany.

CO ZNAJDZIEMY W KIESZENI DILERA?

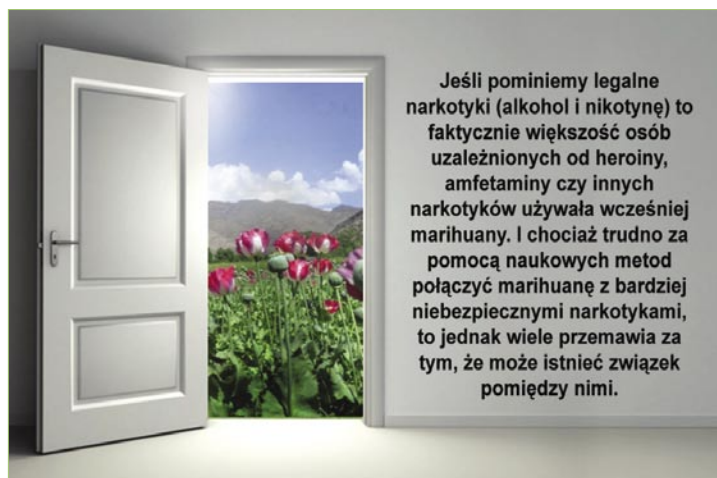
Młody człowiek chcący kupić marihuanę musi nawiązać kontakt z kimś, kto mu jej dostarczy. Niekoniecznie od razu trafi do dilerka związanego z kryminalnym półświatkiem, ale nawet jeśli dostanie trawkę od znajomych, to sieć powiązań uruchomiona podczas zakupu prowadzi zwykle do grup przestępczych, a te zajmują się wprowadzaniem na rynek różnych nielegalnych substancji, nie tylko marihuany. W ten sposób poprzez marihuanę osoba zyskuje dostęp do innych narkotyków. I choć może z niego nie korzystać, to jednak zdobycie „czegoś mocniejszego” może nie stanowić już dla niej problemu.

JESTEŚ PRZESTĘPCĄ

Posiadanie nawet niewielkiej ilości marihuany jest przestępstwem, a osoba, która zostanie na tym przyłapana musi liczyć się z poważnymi konsekwencjami. W chwili zaopatrzenia się w narkotyk młody człowiek staje poza prawem i warto zastanowić się, czy nie

jest to dla niego swoistym przekroczeniem rubikonu – przecież formalnie właśnie prawie stał się przestępcą. Nie oznacza to, że jednorazowy zakup konopi wiedzie prostą drogą do kryminalnej kariery, niemniej jednak mamy tu do czynienia z pewnego rodzaju transgresją. Warto też pamiętać, że dla osoby niepełnoletniej substancją nielegalną jest również alkohol, a miejscem pierwszego naruszenia norm prawnych jest na ogół sklep monopolowy, nie mieszkanie dilerka.

Traktowanie marihuany jako wstępu do używania „twardych” narkotyków, a tym bardziej jako realnej przyczyny uzależnienia od nich jest nieuprawnione, zaś chwytły retoryczne pokroju: „dzisiaj skręt z marihuany, jutro strzykawka z heroiną” są nadużyciem. Jednocześnie, kiedy dowiemy się, że młody człowiek eksperymentuje z trawką, to należy rozmawiać z nim dlaczego po nią sięgnął. Ale o tym w innej części naszej publikacji. ●



*Epigenetyka – nauka zajmująca się badaniem zmian ekspresji genów, które nie są związane ze zmianami w sekwencji nukleotydów w DNA. Ekspresja ta może być modyfikowana przez czynniki zewnętrzne i podlegać dziedziczeniu. (Wikipedia)

MARIHUANA W POLSKIM PRAWIE

Mimo zasadniczych różnic pomiędzy marihuaną a substancjami takimi, jak amfetamina czy heroina jeśli chodzi o potencjał uzależniający i możliwe szkody zdrowotne – prawo polskie nie dokonuje żadnego formalnego wyróżnienia „na korzyść” marihuany.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, takiego rozróżnienia może (a nawet powinien) dokonać prokurator, a później sąd indywidualnie rozpatrujący konkretną sprawę. Prawne konsekwencje posiadania marihuany (czyli suszu konopi o zawartości THC większej niż 0,2%), używania jej, częstowania lub handlu nią różnią się w zależności od wieku danej osoby.

NIELETNI

Do czasu ukończenia przez sprawcę czynu 17 roku życia nie mają zastosowania przepisy prawa karnego, a sprawą zajmuje się jedynie sąd rodzinny, ewentualnie policja, która niejako „z ramienia” sądu rodzinnego może wykonywać takie czynności, jak np. przesłuchanie nieletniego. Postępowanie odbywa się wtedy w oparciu o przepisy *Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich*, a dzieje się to w dwóch przypadkach:

1. Popętnienia przez osobę w wieku między 13 a 17 lat czynu karalnego, czyli czynu, za który wobec dorosłego prawo przewiduje odpowiedzialność

karną (w tym przypadku będzie to np. posiadanie marihuany).

2. Demoralizacji osoby, która nie ukończyła 18 lat, przy czym jednym z wprost wymienionych w ww. ustawie przejawów demoralizacji jest „używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia” (np. palenie marihuany).

Chociaż postępowanie toczy się przed sądem rodzinnym, to podsądny ma prawo do obrony analogiczne jak w przypadku spraw karnych. Może korzystać z pomocy obrońcy, odmówić



składania wyjaśnień, składać wnioski dowodowe, przeglądać akta, zaskarżać orzeczenia itd. Stroną postępowania są też rodzice lub opiekunowie prawni (również faktyczni, tj. bez umocowania prawnego). Sankcje, jakie może zastosować sąd rodzinny są bardzo liczne. Z najistotniejszych trzeba wymienić:

1. Środki wychowawcze: upomnienie / obowiązek określonego postępowania, np. podjęcia nauki/pracy, uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych, zaniechania odurzania się / nadzór kuratora / umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, itp.

2. Środki poprawcze: umieszczenie w zakładzie poprawczym – możliwe tylko w przypadku równoczesnego popełnienia czynu karalnego i stwierdzenia wysokiego stopnia demoralizacji, zwłaszcza wobec nieskuteczności wcześniej stosowanych środków wychowawczych (środek ten może być zawieszony na okres od 1 do 3 lat).

3. Przymusowe leczenie – w razie nałogowego używania środków „w celu wprowadzenia się w stan odurzenia”.

Trzeba zaznaczyć, że *Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich* nakłada na instytucję państwową lub organizację społeczną (de facto – na ich organy) prawny obowiązek zawiadomienia sądu rodzinnego lub policji, w razie dowiedzenia się w związku ze swoją działalnością o popełnieniu przez nieletniego czynu karalnego ściganego z urzędu (dotyczy to wszystkich narkotykowych czynów karalnych – por. niżej),

jak również obowiązek stosownego zabezpieczenia śladów i dowodów.

DOROŚLI I MŁODZIEŻ PO UKOŃCZENIU 17 ROKU ŻYCIA

Po ukończeniu 17 lat jest się traktowanym przez prawo karne jako osoba dorosła. Samo przyjmowanie marihuany nie jest karalne, chociaż przed ukończeniem 18 lat może być uznane za przejaw demoralizacji i prowadzić do wyżej zarysowanych konsekwencji. Karalne są natomiast inne związane z marihuaną zachowania, w szczególności:

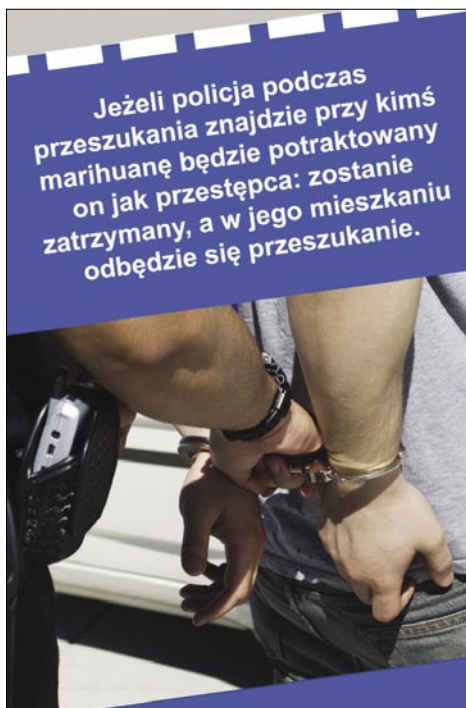
POSIADANIE. To generalnie każda sytuacja dysponowania marihuaną, niezależnie od tego, do kogo ona należy. Posiadaniem będzie więc nie tylko sytuacja, gdy narkotyk znajduje się w kieszeni lub w mieszkaniu, ale również grzeźbienie przechowanie koledze (o czym często słyszą rodzice w sytuacji, gdy znajdą u pociechy narkotyk), trzymanie go w oddalonej skrytce, a nawet – zgodnie z surowym orzecznictwem sądów – sytuacja „dysponowania w celu niezwłocznego zażycia”, czyli po prostu palenie skręta. Posiadanie jest zagrożone karą więzienia do lat 3.

Jednak gdy marihuany jest **znaczna ilość** – zagrożenie karą więzienia może wydłużyć się do 10 lat. Wg aktualnego surowego orzecznictwa znaczną ilością może być już nawet 5 gramów marihuany o zawartości 15% THC (na polskim czarnym rynku ta zawartość sytuuje się zazwyczaj między 10 a 15% THC).

Z kolei, jeżeli cała sytuacja zostanie oceniona jako **przypadek mniejszej wagi**, to

sprawcy grozi grzywna, prace społeczne lub maksymalnie do 1 roku więzienia.

Możliwe jest też tzw. „konsumenckie” **umorzenie postępowania** (art. 62A) bez żadnych konsekwencji, bez orzeczenia środków karnych, bez wpisu do rejestru osób karanych itp. Muszą być jednak spełnione następujące warunki: (1) ilość posiadanej substancji jest „nieznaczna”, (2) substancja jest posiadana na własny użytek oraz (3) orzeczenie kary byłoby niecelowe.



UDZIELANIE. Może być to poczęstowanie kogoś marihuaną, sprezentowanie jej, a także sprzedaż komuś, kto ją skonsumuje. Oprócz tego karalne są

ułatwianie lub **umożliwianie użycia** (np. skontaktowanie stron potencjalnej transakcji), a także **nakłanianie do użycia**, czyli przekonywanie kogoś, aby użył marihuany, choćby miało to miejsce tylko w zdawkowej formie. Zasadniczo takie zachowania zagrożone są karą więzienia do lat 3, jednak ustawa wprowadza istotne modyfikacje odpowiedzialności. I tak np. za udzielenie narkotyku małoletniemu (do lat 18) lub nakłanianie go do zażycia narkotyku – karą może być pobyt w więzieniu nawet do 8 lat.

W każdym z wyżej wymienionych przypadków sąd może orzec nawiązkę, czyli obowiązek wpłaty jakiejś kwoty na cele zapobiegania i zwalczania narkomanii w wysokości nawet do 50.000 zł. Chyba że sprawca jest osobą uzależnioną – wtedy sąd nie orzeka wobec niego nawiązki.

ALTERNATYWY WOBEC KAR

Jeżeli sprawca jest osobą uzależnioną, to oprócz wyżej wymienionego „przywileju” nienakładania na niego nawiązki, ma również inne. Przede wszystkim chodzi o możliwość zawieszenia postępowania i poddania się leczeniu, rehabilitacji lub programowi edukacyjno-profilaktycznemu, z opcją warunkowego umorzenia postępowania w razie pozytywnych rezultatów udziału w programie. Dotyczy to także sprawcy nieuzależnionego, ale szkodliwie używającego. Ponadto uzależniony może nie musieć iść do więzienia, nawet jeżeli został na nie skazany, jeżeli uprzednio podda się nakazanemu przez sąd leczeniu (ostatecznie o odsiadce decyduje

sąd po zakończeniu leczenia). Wreszcie uzależniony może starać się o przerwę w odbywaniu kary więzienia w celu leczenia lub rehabilitacji, a potem ewentualnie skorzystać z warunkowego zawieszenia reszty kary.

Warto podkreślić, że system prawa karnego daje liczne możliwości łagodzenia surowych zasad odpowiedzialności. Oprócz wspomnianego wyżej umorzenia „konsumenckiego” są to:

- umorzenie postępowania ze względu na posiadanie takiej ilości substancji, która nie jest wystarczająca nawet do jednokrotnego odurzenia się;
- umorzenie postępowania ze względu na znikomą szkodliwość społeczną, np. przy posiadaniu jednorazowej dawki substancji w trakcie samotnej konsumpcji;
- odstąpienie od wymierzenia kary (o ile zagrożenie karą nie jest wyższe niż 3 lata więzienia);
- warunkowe umorzenie postępowania – czyli „zamrożenie” sprawy z możliwością jej „odmrożenia” przez okres od 1 do 3 lat (o ile zagrożenie karą nie jest wyższe niż 5 lat więzienia i jeżeli osoba nie była karana za przestępstwo umyślne, albo była karana, ale jest uzależniona i podjęła leczenie, albo jest zagrożona uzależnieniem i wzięła udział w programie edukacyjno-profilaktycznym);
- warunkowe zawieszenie wykona-

nia kary (tzw. „zawiasy”) – dotyczy kary więzienia nie wyższej niż 1 rok (o ile sprawca nie był karany już taką karą), przy czym wobec sprawcy młodocianego (por. niżej) okres zawieszenia trwa 2 do 5 lat;

- alternatywna kara wolnościowa – orzeczenie kary grzywny albo ograniczenia wolności (tzw. prac społecznych) zamiast kary więzienia (o ile zagrożenie tą ostatnią nie jest wyższe niż 8 lat);
- kara przepołowiona – orzeczenie symbolicznej kary 3 miesięcy (w przypadku zagrożenia karą więzienia niższą niż 10 lat) lub 6 miesięcy więzienia (w przypadku zagrożenia karą więzienia co najmniej 10 lat) i dodatkowo kary ograniczenia wolności (tzw. prac społecznych).

Ponadto przy wymierzaniu kary tzw. młodocianemu (tj. osobie, która miała poniżej 21 lat w chwili czynu i poniżej 24 lat w chwili wydawania wyroku) sąd ma obowiązek kierować się przede wszystkim względami wychowawczymi. ●

UMORZENIE KONSUMENCKIE

Jeśli z powodu nieznacznej ilości znalezionej przy kimś marihuany i tego, że była ona przeznaczona na własny użytek orzeczenie kary byłoby niecelowe, to postępowanie wobec sprawcy może być umorzone.

Mówi o tym art. 62A Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Aby tak się stało należy złożyć odpowiedni wniosek w prokuraturze.



REGULACJE DOTYCZĄCY MARIHUANY NA ŚWIECIE

Status prawny marihuany jest określony umowami międzynarodowymi. Przepisy te wykluczają legalizację marihuany jako używki, choć w praktyce podejścia różnych krajów bywają pod tym względem zaskakujące.

Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających z 1961 r. (popr. w 1972 r.) jest umową międzynarodową zawartą w ramach ONZ, która w zasadzie blokuje państwom będącym jej stronami możliwość jakiegokolwiek legalizacji środków odurzających objętych wykazem, w tym

również marihuany do celów innych niż lecznicze bądź naukowe. Polska, wśród 186 krajów członkowskich ONZ, jest aktualnie stroną Konwencji.

W związku z tym legalizacja lub quasi-legalizacja marihuany w różnych krajach dokonywana była do tej pory jedynie na niższych niż państwowe szczeblach władzy, ewentualnie poprzez wytyczne odnoszące się do praktyki organów ścigania i sądów. Wyjątkiem jest Urugwaj, który formalnie łamiąc postanowienia Konwencji przeprowadził dość śmiałą reformę legalizacyjną. Na podobny krok zdecydowała się Kanada. Od 2012 r. legalizacja postępuje również na terenie USA, jednak na razie odbywa się to na poziomie ustawodawstw stanowych, zaś poszczególne stany nie są stronami Konwencji.

Poniżej znajduje się zestawienie najistotniejszych lub najciekawszych regulacji dotyczących marihuany w wybranych krajach całego świata.



Kilka lat temu Urugwaj jako pierwszy kraj na świecie zalegalizował marihuanę jako używkę. Uprawa marihuany jest kontraktowana przez państwo, a sprzedaż – licencjonowana. Cena marihuany regulowana jest urzędowo i wynosi ok 5 złotych za gram. Niska cena ma zapobiegać obrotowi na czarnym rynku. Ten jednak nadal istnieje, głównie ze względu na brak dostatecznego stopnia legalnej podaży. Zawartość THC nie może przekraczać 15%, a marihuana nie może być reklamowana i prezentowana publicznie. Obywatele Urugwaju mogą kupić do 10 g marihuany tygodniowo – w przeciwieństwie do turystów, którzy nie mają prawa do zakupu. Można również uprawiać do 6 roślin na własny użytek.



CHORWACJA: Posiadanie nieznacznych ilości marihuany jest zagrożone jedynie grzywną, ale dość znaczną (w przeliczeniu na złote mogą to być kwoty liczone w tysiącach). O tym jaka ilość jest nieznaczna decyduje prokurator lub sąd.



CZECZY: Posiadanie do 15 g marihuany jest zagrożone jedynie grzywną, przy czym ryzyko faktycznego bycia ukaranym jest dość niskie.



FRANCJA: Formalnie posiadanie każdej ilości marihuany jest zagrożone więzieniem, jednak prokurator może umorzyć postępowanie lub zaproponować leczenie jako alternatywę dla kary. Od 2020 r. policja może też ograniczyć się do ukarania mandatem 200 EUR.



HISZPANIA: Funkcjonuje tu kilkaset „klubów konopnych” o niejasnym statusie prawnym (w Katalonii legalnych na szczeblu samorządowym), które finansują uprawę konopi ze składek członkowskich i sprzedają ją członkom „po kosztach”. Zakup, posiadanie i konsumpcja w miejscach publicznych są traktowane jako wykroczenie, chociaż na ogół są całkowicie tolerowane. W pełni legalna jest uprawa na własny użytek i konsumpcja, o ile mają miejsce w przestrzeni prywatnej.



KANADA: Od 2018 r. marihuana jest legalna na zasadach podobnych do alkoholu, tj. z licencjonowaniem produkcji na cele handlowe oraz ograniczeniami dotyczącymi samodzielnej produkcji, a także z ograniczeniami w zakresie dystrybucji, miejsca konsumpcji i czasu sprzedaży. Jednakże czarny rynek nadal istnieje, oferując w handlu detalicznym cenę około dwukrotnie niższą niż w legalnej sprzedaży.



NIDERLANDY: Wbrew powszechnemu mniemaniu marihuana nie jest legalna. Posiadanie jej do 5 g jest tolerowane,

podobnie jak uprawianie do 5 roślin na własny użytek. Tolerowany jest detaliczny handel marihuaną w coffeshopach, a o możliwościach ich prowadzenia na danym terenie decydują władze samorządowe.



NIEMCY: Formalnie posiadanie suszu jest zabronione pod karą więzienia, jednak posiadanie nieznacznych ilości (w zależności od kraju związkowego od 6 do 15 g; ale dla całej federacji limit 7,5 g czystego THC) jest tolerowane, chyba że narusza to interes publiczny (np. konsumpcja publiczna, w obecności nieletnich lub na terenie szkoły bądź uczelni).



PORTUGALIA: Zasadniczo tolerowane jest posiadanie marihuany w ilości, która zaspokaja potrzeby indywidualnej konsumpcji na okres 10 dni (maks. 25 g). Jednakże osobę zatrzymaną z taką ilością środka poddaje się ocenie pod kątem ewentualnej zasadności udziału w terapii. Przy kolejnej „wpadce” posiadacz może być ukarany tzw. grzywną cywilną (quasi-mandatem) lub poddany obowiązkowemu leczeniu.



ROSJA: Posiadanie do 6 g marihuany jest wykroczeniem, jednak mogą się zdarzyć policyjne prowokacje i zawiązywanie ilości posiadanej substancji powyżej tej granicy. Istnieje możliwość całkowitego uniknięcia kary w razie dobrowolnego wydania środka i „aktywnego uczestnictwa” w ujawnieniu innych czynów (np. wydania dilerowi).



SINGAPUR: Posiadanie marihuany jest przestępstwem zagrożonym karą do 10 lat więzienia oraz wysoką grzywną, a dodatkowo karą chłosty. Posiadanie marihuany powyżej 15 g zagrożone jest karą śmierci, w najlepszym wypadku dożywocia. Karana jest nawet konsumpcja marihuany: jeśli zostanie wykryta w organizmie grozi za to kara kilku lat więzienia.



STANY ZJEDNOCZONE: Marihuana jest aktualnie (październik 2020) legalna jako używka w kilkunastu stanach, w kolejnych kilkunastu jest zdekryminalizowana. W pozostałych jej posiadanie jest traktowane jak wykroczenie (zazwyczaj do pewnego limitu, który może wynosić od 10 do 230 g). Prawo w tym zakresie zmienia się dynamicznie, począwszy od 2012 r., kiedy to jako pierwsze legalizacji „rekreacyjnej” marihuany dokonały stany Washington i Colorado. Najczęstszym limitem ilościowym jest 1 uncja tj. ok. 28 g marihuany; dotyczy to również stanów, które dokonały legalizacji wprowadzając jednak granice legalnego posiadania przez konsumentów.



UKRAINA: Posiadanie do 5 g marihuany jest wykroczeniem, podobnie jak uprawa do 10 roślin na własny użytek.



WIELKA BRYTANIA: Formalnie posiadanie marihuany jest zagrożone karą więzienia, jednak w praktyce posiadanie nieznaczących ilości (zazwyczaj do 1 uncji tj. ok. 28 g) będzie prowadziło do upomnienia, ewentualnie drobnej grzywny. W niektórych hrabstwach policja otrzymuje wytyczne, aby w ogóle ignorować posiadanie marihuany na własny użytek, o ile nie wiąże się ono z zakłócaniem porządku publicznego.



WŁOCHY: Przyłapanie na posiadaniu marihuany na własny użytek (brak określonych limitów ilościowych) wiąże się w pierwszej kolejności zazwyczaj z ostrzeżeniem, a w dalszej – z grzywną i sankcjami administracyjnymi, takimi jak zatrzymanie prawa jazdy lub paszportu na okres kilku miesięcy. Na mocy orzecznictwa sądowego niekaralne jest uprawianie dwóch roślin na własny użytek. ●

CZY MARIHUANA WYZWAŁA AGRESJĘ?

Marihuana nie jest „narkotykiem walki”, a osoba pod jej wpływem jest raczej wycofana, aniżeli agresywna i skora do awantur.

Są substancje psychoaktywne, których związek z zachowaniami gwałtownymi

i przestępczymi jest dość wyraźny. Najbardziej nam znaną jest alkohol. Oczywiście nie każdy i nie zawsze zachowuje się po alkoholu niewłaściwie, jednak nasilenie przypadków przestępstw pod jego wpływem jest zauważalne w statystykach policyjnych. W przypadku marihuany ciężko jest się

dopatrzyć takiej zależności. Osoba odurzona marihuaną jest na ogół spokojna i zrelaksowana. Nawet jeśli czasem jest pobudzona, to ten stan niewiele ma wspólnego z agresją czy używaniem przemocy. Ktoś pod wpływem marihuany jest raczej wycofany aniżeli pewny siebie lub wrogo nastawiony. W najgorszym przypadku może naprzykrzać się i być uciążliwy.

U chronicznych palaczy może pojawić się napięcie i rozdrażnienie, ale raczej wtedy, gdy ulubionej używki im brakuje, a nie gdy są pod jej wpływem. Nie bez znaczenia jest fakt, że osoba paląca nałogowo może mieć problemy w radzeniu sobie ze stresem czy trudnymi emocjami, co – jak najbardziej – sprzyja nerwowemu usposobieniu. ●

CZY MARIHUANA JEST DOPINGIEM W SPORCIE?

Według Światowego Kodeksu Antydopingowego zabronione jest stosowanie środków, które mogą poprawiać wyniki sportowe, stanowią zagrożenie dla zdrowia bądź są sprzeczne z duchem sportu.

Pomimo, że pod wpływem marihuany ulegają pogorszeniu tak ważne dla sportu elementy jak czas reakcji, ocena odległości, zdolność śledzenia wzrokiem poruszającego się obiektu czy zdolność do działania w sytuacji oślepienia światłem jest ona traktowana jako środek dopingujący. Jest tak traktowana mimo, że obniża koncentrację umysłu, napięcie i siłę mięśni, a także powoduje zaburzenia równowagi. Są jednak sporty w których, przynajmniej teoretycznie, działanie marihuany może przysłużyć się do osiągnięcia lepszego wyniku. Zdaniem niektórych specjalistów marihuana obniżając uczucie lęku, może być wykorzystywana jako doping w takich

sportach jak snowboard, ekstremalne kolarstwo górskie czy bobsleje. Choć, jak na razie, prowadząc na sportowcach badania antydopingowe i analizując ich wyniki nie znaleziono wyraźnych zależności. Jeśli już, to marihuana jest czasami wykorzystywana w celach medycznych przy leczeniu problemów zdrowotnych sportowców. Znaleziono potwierdzenie, że występujące w marihuanie kannabinoidy (mając właściwości przeciwzapalne) pomagają uśmierzyć ból, z jakimi borykają się sportowcy w związku z kontuzjami.

Od 2004 roku konopie są wpisane przez Światową Agencję Antydopingową (WATA) na listę substancji, których stosowanie jest niedozwolone w trakcie trwania zawodów. Dotyczy to zarówno naturalnych, jak i syntetycznych kannabinoidów. Wyjątek stanowi kannabidiol (CBD). ●

MARIHUANA I ROZWÓJ MÓZGU

Wpływ marihuany na rozwój mózgu jest ciągle przedmiotem badań naukowców.

Rozwój i dojrzewanie układu nerwowego, a więc i mózgu, trwa praktycznie od pierwszych tygodni życia płodowego i kończy się gdzieś w okolicach 20 roku życia. Dlatego też używanie substancji psychoaktywnych w okresie adolescencji i ich wpływ na kształtowanie się układu nerwowego jest tematem który zajmuje naukowców i klinicystów. Badania wykazują, że u osób intensywnie używających marihuany zachodzą nieodwracalne zmiany w strukturze mózgu (np. zmiana objętości tzw. hipokampa, którego funkcja jest związana głównie z pamięcią).

Kannabinoidy zawarte w marihuanie występują też naturalnie w organizmie człowieka, a komórki nerwowe zawierają receptory za pośrednictwem których te substancje oddziałują na organizm. Układ ten, zwany układem endokannabinoidowym, prawdopodobnie pełni niezwykle ważną rolę w procesie tworzenia komórek nerwowych, ich migracji (docierania w odpowiednie miejsca w układzie nerwowym) oraz tworzenia prawidłowych połączeń synaptycznych (połączeń pomiędzy komórkami nerwowymi). Dostarczenie do mózgu „dodatkowych” kannabinoidów zaburza tzw. równowagę neurochemiczną, co może doprowadzić do zaburzeń plastyczności układu nerwowego (czyli z możliwością podejmowania nowych funkcji przez

różne obszary mózgu) i aktywności komórek nerwowych. Może to prowadzić do zwiększonego ryzyka rozwoju chorób psychicznych i innych trudności w dalszym życiu.

Ponieważ układ endokannabinoidowy odznacza się wzmożoną aktywnością w okresie pokwitania ryzyko związane z używaniem marihuany przez adolescentów jest większe niż w późniejszym wieku. Im wcześniej młody człowiek zacznie jej używać, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia u niego schorzeń neuropsychiatrycznych (np. schizofrenii) – w szczególności u osób z podatnością genetyczną czy środowiskową do ich wystąpienia. O związkach chorób psychicznych i marihuany piszemy w innej części tej publikacji.

Warto w tym miejscu wspomnieć o wpływie marihuany na funkcje poznawcze. W uproszczeniu, są to takie obszary funkcjonowania psychicznego człowieka, które pozwalają na obserwowanie, przetwarzanie i zapamiętywanie oraz odtwarzanie informacji o otaczającym świecie oraz interakcję z nim. Należą do nich m.in. pamięć krótkotrwała (przechowywanie informacji przez krótki czas), pamięć operacyjna (pamięć krótkotrwała potrzebna do wykonania aktualnego zadania), pamięć długotrwała (w której przechowujemy informacje nawet w nieograniczonym czasie), pamięć epizodyczna (o tym, co się wydarzyło w przeszłości), pamięć

semantyczna (informacje o otaczającym świecie), pamięć proceduralna (zawierająca informacje o sposobie wykonywania określonych czynności), uwaga (czyli zdolność do skupienia się na konkretnej czynności/obiekcie przez pewien czas), funkcje wykonawcze (zdolność do wykonania zadania), hamowanie (zdolność do przerywania czynności), czy myślenie abstrakcyjne (zdolność do rozumienia symboli, np. rozumienia przysłów) i abstrahowanie (znajdowanie cech wspólnych obserwowanych rzeczy).

Bezpośrednie pozostawanie pod wpływem marihuany zaburza szereg funkcji poznawczych – przede wszystkim pamięć, funkcje wykonawcze i uwagę. Długotrwałe jej używanie sprawia, że zaburzenia te się utrzymują. W zasadzie wszystkie obszary funkcji poznawczych, może oprócz pamięci długotrwałej i już ugruntowanej pamięci semantycznej, mogą zostać zaburzone przez wpływ marihuany. Badania sugerują, że po okresie miesięcznej lub dłuższej abstynencji zaczynają one wracać do normy, jednak im młodszy wiek osoby rozpoczynającej używanie i im dłuższa ekspozycja, tym ten okres się wydłuża. Prawdopodobnie najdłużej trwa odzyskiwanie możliwości skupienia uwagi (nawet do dwóch lat). Część badań sugeruje jednak, że młode osoby używające marihuany są znacznie



bardziej narażone na tzw. rezydualne zaburzenia funkcji poznawczych, czyli takie które nie mijają mimo utrzymywania abstynencji.

Podsumowując, można stwierdzić, że marihuana stosowana przez osoby dojrzałe może powodować przejściowe zaburzenia funkcji poznawczych, jednak stosowana przez osoby młode, w szczególności w okresie dojrzewania, może istotnie zaburzać dojrzewanie układu nerwowego i nieść ryzyko długotrwałych zmian w zakresie funkcjonowania poznawczego.

Marihuana jako narkotyk rekreacyjny cieszy się wśród nastolatków ogromną popularnością. Budowanie skutecznych metod profilaktycznych nakierowanych na unikanie przez młodzież kontaktu z marihuaną jest bardzo istotne, ale też – z czego powinniśmy zdawać sobie sprawę i o co pokazują badania – jest niezmiernie trudne i nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Biorąc pod

uwagę ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych, do jakich może przyczynić się nadużywanie marihuany w młodym wieku, nie bez znaczenia jest sięganie po te strategie profilaktyczne, które prowadzą do opóźnienia inicjacji

narkotykowej i spowodowania tego, że po marihuanę (jeśli już) sięgnie człowiek z bardziej ukształtowaną psychiką, odporniejszą na zakłócenia i o wiele bardziej stabilną. ●

U PSYCHIATRY: MARIHUANA I ZABURZENIA PSYCHICZNE

W niniejszej części chcielibyśmy przedstawić związek zaburzeń (chorób) psychicznych z używaniem marihuany. W tym celu konieczne jest wprowadzenie do tematu zaburzeń psychicznych – czym są i jakie zaburzenia wyróżniamy.

Zaburzenie psychiczne to zespół objawów, który charakteryzuje się zniekształceniem postrzegania, regulacji emocji lub zachowania, które zwykle związane są z dużym cierpieniem lub niepełnosprawnością w różnych sferach życia. Zaburzenia psychiczne nie są akceptowaną w danym kręgu kulturowym reakcją np. na stresujące wydarzenie. Zachowania nieakceptowane społecznie nie są same w sobie zaburzeniem psychicznym. Zaburzenia psychiczne zostały zaklasyfikowane w kategorii diagnostyczne i ujęte w systemach ICD-10 i DSM-V. Poniżej pokrótce opisaliśmy niektóre z kategorii i ich związek z używaniem marihuany. Należy jednak pamiętać, że badania dotyczące tych związków często dają sprzeczne wyniki, a wiedza w tym zakresie dynamicznie się zmienia.



SCHIZOFRENIA I ZABURZENIA TYPU SCHIZOFRENII

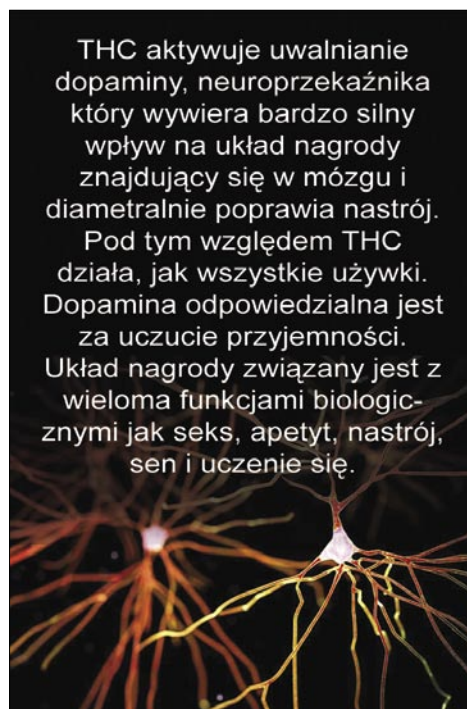
Schizofrenia jest uważana za najcięższe zaburzenie psychiczne. I choć dokładne przyczyny schizofrenii nie są do końca poznane, to wiadomo, że kluczowa

jest podatność biologiczna. Charakterystycznymi objawami dla schizofrenii są urojenia (błędne przekonania, które chory uznaje za prawdziwe i które nie poddają się perswazji) i omamy (odbieranie bodźców zmysłowych mimo ich nieobecności). Najczęściej w schizofrenii występują urojenia prześladowcze (poczucie obserwowania, prześladowania), odślonienia myśli (inni znają myśli chorego), nasyłania myśli (ktoś uznaje swoje myśli jako obce), oddziaływania (choremu wydaje się, że ma wpływ na to, na co wpływu mieć nie może, np. na pogodę), owładnięcia, wpływu (jest sterowany z zewnątrz). Pojawiają się urojenia ksbne (wszystko dookoła ma jakiś związek z chorym, np. telewizja zamieszcza specjalne komunikaty dla niego). Omamy mają często formę omamów słuchowych (np. komentujących zachowania chorego). Głosy te mogą mieć charakter imperatywny (np. namawiać chorego do samobójstwa).

Często występują też zaburzenia toku i formy myślenia, m.in. gdy chory wypowiada sprzeczne ze sobą treści (ambisentencja), nagle przerywa tok myślenia (otamowanie), tworzy neologizmy lub zaburzona logika wypowiedzi uniemożliwia komunikację (największe nasilenie tego objawu określa się jako schizoa-fazję, czyli inaczej „sałatę słowną” – chory wypowiada niepowiązane ze sobą słowa). Najbardziej dotkliwą i niepełnosprawniającą grupą objawów w schizofrenii są tzw. objawy negatywne. Do nich zaliczamy m.in. wycofanie społeczne, zubożenie myślenia czy nieadekwatne lub spłycone reakcje emocjonalne.

Występowanie kilku z powyższych objawów nazywane jest często „psychozą”, a same objawy „psychotycznymi”. Aby rozpoznać schizofrenię objawy muszą występować co najmniej przez miesiąc i nie mogą być związane z używaniem substancji psychoaktywnych ani innym stanem zdrowotnym, np. guzem mózgu. Psychoza bowiem może występować też z innych niż schizofrenia przyczyn.

Schizofrenia wymaga leczenia farmakologicznego, najczęściej prowadzonego przez całe życie. Jest obarczona dużym ryzykiem samobójczym oraz wystąpieniem powikłań, w tym somatycznych. Leczenie pozwala co najmniej na częściowe ustąpienie objawów i zmniejszenie



ryzika ponownego nawrotu pełnoobjawowej psychozy. Duża część pacjentów może wieść satysfakcjonujące życie, pod warunkiem stosowania się do zaleceń lekarskich.

SCHIZOFRENIA A MARIHUANA

Powszechnie wśród psychiatrów przyjmuje się, że używanie marihuany jest jednym z czynników ryzyka wystąpienia stanów psychozy, w tym schizofrenii. Uważa się, że szczególnie niebezpieczne pod tym względem jest używanie marihuany w młodym wieku (poniżej 14-15 r.ż.). W wielu badaniach ryzyko rozpoznania schizofrenii jest większe wśród osób jej używających. Kwestią sporną może pozostawać aspekt, czy to marihuana sama w sobie powoduje wystąpienie zaburzenia, czy też osoby, które mają większą „podatność” na wystąpienie schizofrenii z jakiegoś powodu częściej sięgają po tę substancję.

Badania są niespójne, jeśli chodzi o wpływ marihuany na chorych na schi-

zofrenię. Są doniesienia o jej łagodzeniu, jednak większość psychiatrów uważa, że używanie jakichkolwiek substancji psychoaktywnych szkodzi leczeniu i zwiększa ryzyko nawrotu choroby. Tymczasem chorzy na schizofrenię mogą sięgać po marihuanę w celu złagodzenia objawów choroby (u części osób działa np. przeciwlękowo) czy działań niepożądanych leków (np. zmniejszenie napięcia mięśniowego, które może się pojawić przy niektórych lekach u niektórych pacjentów). Jednak medycyna zna bezpieczniejsze i lepiej poznane sposoby na te trudności – dlatego bardzo ważna jest współpraca i zaufanie między lekarzem a pacjentem. Innymi powodami dla których chorzy sięgają po tę substancję są – jak pokazują badania – nuda i potrzeba integracji społecznej.

ZABURZENIA NASTROJU

Depresja nadal bywa trywializowana i sprowadzana do okresu po prostu pogorszonego samopoczucia. Tymczasem jest to choroba która w dotkliwy sposób obniża jakość życia i może doprowadzić

nawet do śmierci (czy to samobójczej, czy z zaniedbania np. leczenia przewlekłych chorób somatycznych). Jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności. Dotyczy nawet do 10% mężczyzn i 20% kobiet.

O depresji mówimy, gdy jej objawy utrzymują się codziennie lub prawie codziennie, przez większość dnia i co najmniej



Obawy o to, że marihuana może wywoływać choroby psychiczne istnieją od bardzo dawna. Pierwsze poważne badania w tym kierunku przeprowadzili Brytyjczycy w Indiach już w 1894 roku. Szczególnie negatywną rolę marihuanie (o tym, że np. prowadzi do szaleństwa) przypisywali Amerykanie rozpoczynając w latach 30 ub. Wieku, nie tyle naukową, co propagandową debatę na ten temat.

przez dwa tygodnie. Do podstawowych objawów depresji należą obniżenie nastroju (wyraźnie nieprawidłowe dla danej osoby), utrata zainteresowań, anhedonia (obniżenie zdolności przeżywania przyjemności lub jej całkowity brak) oraz zmniejszona energia lub szybsza męczliwość. Ponadto występują: spadek szacunku do siebie, nadmierne poczucie winy, trudności w myśleniu i skupieniu się, trudności w podejmowaniu decyzji, spowolnienie (choć czasem może wystąpić też pobudzenie i drażliwość), zmiany łaknienia (najczęściej spadek apetytu, czasem wzrost), zaburzenia snu (najczęściej wybudzanie się nad ranem i nie-
możność dalszego uśnięcia). Poważnym objawem są myśli rezygnacyjne (chory myśli o tym, że nie warto żyć) oraz myśli i próby samobójcze (ok. 15% chorych popętnia samobójstwo). W ciężkiej depresji niektórzy rozwijają objawy psychotyczne.

Łagodniejsze przypadki depresji można próbować leczyć tylko psychoterapią. Przypadki cięższe (w szczególności z objawami psychotycznymi) zawsze wymagają leczenia farmakologicznego. Stosowane leki są bezpieczne i wbrew obiegowej opinii nie zmieniają osobowości i nie uzależniają. W wielu przypadkach można je odstawić po okresie około pół roku bez objawów, jednak część pacjentów z tzw. depresją nawracającą powinna je zażywać przez całe życie, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia kolejnego epizodu.

Jeśli oprócz epizodów depresji występują epizody manii lub hipomanii to znaczy, że mamy do czynienia z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, poważną chorobą psychiczną której podłoże jest

w dużej mierze biologiczne.

Mania to stan, w którym chory ma wyraźnie wzmoczony nastrój lub jest nadmiernie drażliwy (w stopniu niezwykłym dla danej osoby). Ponadto występują objawy prowadzące do zaburzenia codziennego funkcjonowania pacjenta, takie jak: wzmoczona aktywność, niepokój, wzmoczona rozmowność i szybkość mówienia, utrata zahamowań społecznych, zmniejszona potrzeba snu, duża odwracalność uwagi, szybkie zmiany planów, zachowania lekkomyślne (np. nadmierne wydawanie pieniędzy czy używanie substancji psychoaktywnych). Mogą występować też objawy psychotyczne (np. urojenia wielkościowe – chory uważa, że jest kimś nadzwyczajnym albo ma specjalne zdolności, np. jest nieśmiertelny). O manii mówimy, gdy podobne do wymienionych objawów trwają co najmniej tydzień lub z ich powodu chory trafi do szpitala. Jeśli objawy występują poniżej 4 dni i mają mniejsze nasilenie mówimy o hipomanii.

Co ważne, aby rozpoznać depresję czy zaburzenie afektywne dwubiegunowe objawy również nie mogą być związane z używaniem substancji psychoaktywnych ani innym stanem zdrowotnym.

Leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej polega przede wszystkim na zażywaniu leków stabilizujących nastrój. Na ogół chorzy wymagają leczenia przez całe życie, aby zapobiec kolejnym epizodom manii i depresji.

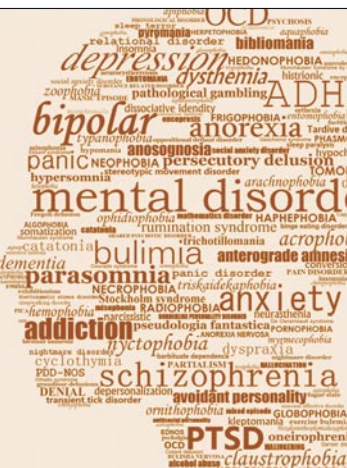
ZABURZENIA NASTROJU A MARIHUANA
Istnieją badania, które pokazują możliwy leczniczy wpływ marihuany i substancji

w niej zawartych na objawy depresyjne. Jednak obecnie dostępne leki przeciwdepresyjne są dobrze poznane, stosowane w tym wskazaniu od wielu lat, więc co za tym idzie bezpieczne. Dlatego też to one są podstawą leczenia.

Pomimo wskazywania na marihuane jako potencjalnego leku na depresję badacze podkreślają, że z drugiej strony używanie marihuany może istotnie zwiększać ryzyko wystąpienia epizodu depresyjnego (w szczególności w przypadku jej nadużywania lub uzależnienia). Jest możliwe, że może wynikać to z efektu „samoleczenia” – tj. używania marihuany przez osoby z depresją aby zmniejszyć jej objawy (utrata apetytu, bezsenność, itp.). Jednak badania w tym zakresie raczej nie potwierdzają tej hipotezy.

Zauważalny jest związek występowania depresji w wieku późniejszym w wczesnym rozpoczęciem używania marihuany. Z jednej strony sugeruje się, że wpływa ona na dojrzewanie mózgu i w ten sposób stanowi biologiczne podłoże późniejszych zaburzeń. Z drugiej zaś wydaje się, że istotniejszy wpływ mają czynniki pośredniczące w obszarze społecznym. Palenie marihuany we wczesnym wieku związane jest z gorszymi wynikami w nauce, bezrobociem i przestępczością, które to są również czynnikami ryzyka rozwoju depresji.

Powiązania między marihuaną a stanami jakie wywołuje mogą dostarczyć wielu cennych informacji na temat działania mózgu, jak również świadczyć o tym, że układ kannabinoidowy (kannabinergiczny) może być zaangażowany również w zaburzenia psychiatryczne nie mające związku z marihuaną.



Marihuana może być związana z większym ryzykiem wystąpienia manii u osób chorych na zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Jej używanie jest też związane z wystąpieniem objawów we wcześniejszym wieku. Wpływa też negatywnie na leczenie i przebieg choroby. Ponadto chorzy w manii czasem poszukują sposobu aby się uspokoić, często też eksperymentują np. używając substancji psychoaktywnych – dlatego warto w tym miejscu podkreślić, że w tym przypadku używanie marihuany może być jednym z objawów zaburzenia.

ZABURZENIA LĘKOWE

Lęk jest – obok radości, smutku, złości i wstrętu – jedną z podstawowych ludzkich emocji. Jego pojawienie się na skutek dostrzeżenia jakiegoś zagrożenia aktywuje tzw. część współczulną autonomicznego układu nerwowego, przygotowując organizm do obrony lub ucieczki. Fizjologiczną reakcją na lęk

będzie więc wzrost napięcia mięśniowego (aby zwiększyć siłę), zwiększenie częstości oddechów (aby dostarczyć więcej tlenu), wzrost akcji serca i ciśnienia krwi (aby dostarczyć utlenowaną krew do tkanek), wzrost potliwości (aby m.in. łatwiej „ochłodzić” organizm przy wysiłku), spowolnienie perystaltyki żołądka (to nie czas na trawienie), itd. Objawy te mogą być subiektywnie odczuwane kolejno jako: drżenia, duszność, kołatanie serca, uderzenia gorąca, pocenie się, nudności i bóle brzucha, itd. O ile zrozumiałe jest, dlaczego taka reakcja była nam potrzebna, kiedy jako gatunek mieszkaliśmy na sawannie i uciekaliśmy lub polowaliśmy, to niestety ewolucja nie dostrzegła jeszcze, że już na sawannie nie żyjemy i podobne objawy pojawiają się również kiedy boimy się np. nagany od szefa albo odpowiedzi pod tablicą.

Osoba która doświadcza mało lęku może podejmować większe ryzyko i tym samym zagrozić sobie (np. uprawiając sporty ekstremalne). Z kolei nadmierne przeżywanie lęku może wiązać się z zaburzeniem codziennego funkcjonowania lub wycofaniem się z różnych aktywności. Wtedy mówimy o zaburzeniach lękowych. Jednym z istotnych objawów związanych z zaburzeniami lękowymi jest unikanie. Osoba z zaburzeniami lękowymi będzie unikać sytuacji czy bodźców mogących wywołać lęk lub będzie dążyła do obniżenia lęku (używając np. substancji psychoaktywnych).

Wśród zaburzeń lękowych wyróżniamy m.in.:

- Agorafobię czyli obawa przed tłumem,

miejscami publicznymi lub podróżowaniem.

- Fobie proste czyli nadmierny lęk przed konkretnymi bodźcami, np. arachnofobia – lęk przed pajakami.

- Fobie społeczne – jak np. obawa przed znalezieniem się w centrum uwagi lub przed zachowaniem się w sposób kompromitujący.

- Napady lęku panicznego czyli krótkie i nagłe, nawracające ataki bardzo silnego lęku, niezwiązane z żadnym czynnikiem zewnętrznym, związane z dużym nasileniem objawów fizjologicznych.

- Zaburzenie lękowe uogólnione – stan ciągłego zamartwiania się (trwający co najmniej pół roku) o wiele codziennych spraw związany z odczuwaniem dużego napięcia.

THE LANCET Psychiatry

Codziennie palenie marihuany zwiększa kilkukrotnie ryzyko wystąpienia psychozy. Ryzyko to wzrasta wraz ze stężeniem THC w palonej marihuanie. Badania opublikowane niedawno w „Lancet Psychiatry” dowodzą, że część psychoz da się powiązać z paleniem marihuany. Powiązania te są szczególnie wyraźne tam, gdzie dostępna jest „trawka” z wysoką zawartością THC wynoszącą ponad 10 proc.

“The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study”

- Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne czyli tzw. „nerwica natręctw” – zaburzenie polegające na występowaniu obsesji (natrętnych myśli o niechcianej treści, np. myśl, że czymś się zaraziło) oraz kompulsji, czyli czynności natrętnych (np. częstego mycia rąk, liczenia rzeczy, czy bardziej skomplikowanych rytuałów) mających obniżyć lęk.

- Zaburzenie stresowe pourazowe, PTSD powstające u niektórych osób po niezwykle traumatycznych przeżyciach związanych z zagrożeniem życia i zdrowia.

- Zaburzenia adaptacyjne czyli reakcje na stresor, który nie miał niezwykle nasilenia.

Warto podkreślić, że reakcje lękowe są naturalne i nie każda osoba która ma objawy któregoś z zaburzeń lękowych spełnia kryteria diagnostyczne konieczne do rozpoznania (np. upewnianie się, czy zamknęliśmy drzwi nie jest patologią, jeśli nie wpływa na nasze codzienne funkcjonowanie).

Podstawą leczenia zaburzeń lękowych jest psychoterapia, choć w niektórych przypadkach niezbędne jest wdrożenie farmakoterapii.

ZABURZENIA LĘKOWE A MARIHUANA
Dane dotyczące wpływu marihuany na zaburzenia lękowe są niespójne. Wiadomym jest, że na wiele osób marihuana może działać uspokajająco. Są badania które sugerują jej pozytywny wpływ na objawy u osób z zaburzeniami lękowymi. Należy jednak pamiętać, że u wielu osób po użyciu tej substancji pojawiają się nasilone objawy lękowe, a u niektórych, podatnych osób, może wystąpić napad

lęku panicznego (objawy często obserwowane przez kolegów na szpitalnych oddziałach ratunkowych).

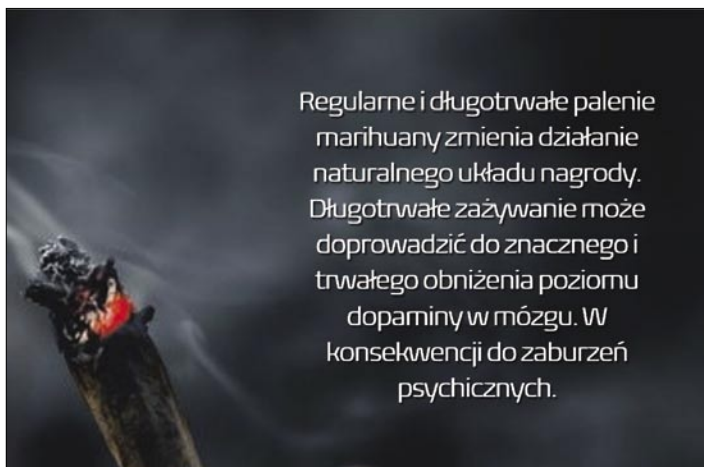
Doraźnie marihuana może zmniejszyć objawy fobii specyficznej, PTSD czy lęku uogólnionego. Może też okazać się pomocna w fobii społecznej nie tylko ze względu na jej przeciwlękowy potencjał ale również z powodu ułatwienia wejścia w grupę.

Żeby jednak zrozumieć, jakie mimo to zagrożenie płynie z używania jej jako leku na zaburzenia lękowe, należy najpierw zrozumieć, jaką rolę w podtrzymywaniu tych zaburzeń ma unikanie. Unikanie jest jedną z podstawowych strategii stosowanych przez osoby doświadczające lęku. Możemy ją stosować na co najmniej dwa sposoby. Po pierwsze możemy nie ekspozować się na czynniki wywołujące lęk. Taka strategia oszczędzi nam wystąpienia lęku, ale uniemożliwi weryfikację katastroficznych wyobrażeń i sprawi, że staną się one jeszcze bardziej przerażające, np. jeśli unikamy spotykania psów, bo boimy się, że mogą nas ugryźć, z czasem pozostaje nam tylko wyobrażenie groźnego psa z wielkim uzębieniem, który warczy i chce nas ugryźć. Ekspozowanie się na spotkania z psami z całą pewnością urealni ich obraz. Drugim sposobem jest nagłe przerwanie ekspozycji na czynnik wywołujący lęk, co w szybki sposób obniża go do niskiego poziomu (np. zabicie pająka w arachnofobii) lub zastosowanie środka, który w szybki sposób ten lęk obniży (np. alkohol, benzodiazepiny, czy właśnie marihuana). W pierwszej chwili ta strategia

jest opłacalna – na krótką metę zmniejsza dyskomfort. Jeśli jest stosowana od czasu do czasu, nie stanowi zagrożenia. Należy jednak zwrócić uwagę, że nagły spadek lęku jest uczuciem przyjemnym, które w pewnym stopniu pobudza ośrodek nagrody. Mózg niejako „uczy się”, że generując lęk, otrzyma nagrodę w postaci jego zmniejszenia. Nie dość, że taka strategia może prowadzić do uzależnienia (w przypadku używania w tym celu substancji), to przede wszystkim podtrzymuje występowanie objawów zaburzeń lękowych.

ORGANICZNE ZABURZENIA PSYCHICZNE

Jak już o tym wspominaliśmy, wiele diagnoz psychiatrycznych wyklucza wpływ innych chorób na wystąpienie objawów. W takim przypadku mówi się najczęściej o organicznych zaburzeniach psychicznych. Związane są one z uszkodzeniem mózgu np. przez jakąś chorobę przewlekłą (np. źle leczoną cukrzycę), udar, uraz lub wpływ substancji psychoaktywnych (w Polsce najczęściej alkoholu). Symptomy tych zaburzeń obejmują szerokie spektrum od objawów zaburzeń nastroju, przez zaburzenia lękowe i psychotyczne po zaburzenia tzw. funkcji poznawczych (np. uczenie się, pamięć, myślenie abstrakcyjne). To, jakie objawy będzie prezentował chory, zależy od miejsca uszkodzenia. Szczególnym zaburzeniem



Regularne i długotrwałe palenie marihuany zmienia działanie naturalnego układu nagrody. Długotrwałe zażywanie może doprowadzić do znacznego i trwałego obniżenia poziomu dopaminy w mózgu. W konsekwencji do zaburzeń psychicznych.

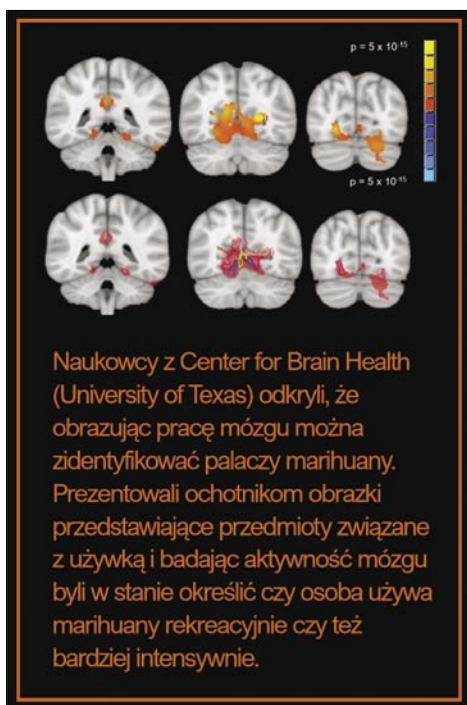
z tej kategorii jest otępienie np. w przebiegu choroby Alzheimera.

ORGANICZNE ZABURZENIA PSYCHICZNE A MARIHUANA

Od lat trwa debata naukowa, na ile używanie marihuany uszkadza mózg. Wiele badań wskazuje na to, że im wcześniej się zacznie i im dłużej się jej używa, tym większe jest ryzyko nieodwracalnych zmian w jego strukturze.

Z pewnością używanie marihuany wpływa u osób zdrowych psychicznie negatywnie na funkcje poznawcze. Efekt ten wydaje się jednak być do pewnego stopnia odwracalny (istnieją spory czy całkowicie) po kilku miesiącach abstynencji. Dokładniej tę kwestię opisaliśmy w innej części tej publikacji.

Należy też zwrócić uwagę na fakt, że część badań wiąże używanie marihuany z chorobami sercowo-naczyniowymi (m.in. ze zwiększonym ryzykiem zawału serca), które to z kolei mogą być przyczyną uszkodzeń mózgu (np. poprzez udary). Może to też wynikać m.in. z faktu częstszego palenia



tytoniu przez jej użytkowników. Marihuana może być stosowana jako „leczenie” objawów związanych z organicznymi zaburzeniami psychicznymi. Istnieją doniesienia o pozytywnym jej wpływie na osoby z otępieniem – miała u tych chorych regulować rytm dzień-noc, uspokajać i poprawiać apetyt. Nie jest to jednak, w świetle innych dostępnych leków, postępowanie standardowe.

ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZACHOWANIA SPOWODOWANE UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Tak jak wpływ zaburzeń organicznych, tak samo wpływ substancji psychoaktywnych wyklucza postawienie wielu innych diagnoz psychiatrycznych. Z jednej strony samo działanie wielu substancji,

z drugiej zaś objawy abstynencyjne i tzw. „głody” mogą być bardzo podobne do konkretnych zaburzeń psychicznych. Dlatego w tej kategorii wyróżniamy nie tylko szkodliwe używanie, uzależnienie i zespół abstynencyjny, ale również zaburzenia psychotyczne, zaburzenia pamięci i inne zaburzenia psychiczne związane z używaniem substancji.

ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZACHOWANIA SPOWODOWANE UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A MARIHUANA

Pod wpływem marihuany mogą wystąpić objawy m.in. takie jak euforia, niepokój, wycofanie społeczne, przyspieszone bicie serca, zwiększenie apetytu czy zaburzony osąd sytuacji. W niektórych przypadkach może dojść do wystąpienia objawów psychotycznych (np. omamów wzrokowych i czuciowych). Oprócz tego, w przypadku wystąpienia zespołu abstynencyjnego związanego z używaniem marihuany, mogą wystąpić też drażliwość, niepokój, bezsenność, czy obniżenie nastroju. Jak widać wiele z tych objawów występuje w innych chorobach psychicznych, dlatego tak ważne jest ustalenie czy mają one związek z substancją, czy substancja tylko je nasila, czy też występują niezależnie od niej. Z tego powodu leczenie i diagnozowanie osób z tzw. „podwójną diagnozą” (tj. występowanie uzależnienia i innej choroby psychicznej) jest bardzo trudne i w większości przypadków wymaga od pacjenta całkowitej abstynencji.

Inną kwestią jest związek używania marihuany z używaniem innych substancji psychoaktywnych. Popularna jest teza,

że marihuana stanowi wrota do przyjmowania innych substancji (zagadnienie to jest omawiane również w innych częściach tej publikacji). W niektórych badaniach obserwuje się korelację między jej używaniem a używaniem innych narkotyków. Często jednak zdarza się, że stanowi ona swego rodzaju „bezpieczniejszy substytut” lub „antidotum” na niepożądane objawy przy używaniu innych, niebezpieczniejszych substancji.

PODSUMOWANIE

Choroby psychiczne obejmują szerokie spektrum objawów, a część z nich może być również związana z używaniem marihuany. Chorzy psychicznie mogą jej używać w celu „samoleczenia”,

jednak psychiatrzy zwykle podkreślają ryzyko z tym związane, które obejmuje zarówno wystąpienie pogorszenia stanu psychicznego, jak i podtrzymanie i pogorszenie występującego już zaburzenia. Badania nad związkiem marihuany i chorób psychicznych często dają sprzeczne wyniki, jednak dość pewna jest korelacja używania jej we wczesnym wieku z występowaniem schizofrenii. W obecnej chwili wydaje się zasadnym zalecanie abstynencji od marihuany osobom z trudnościami w zakresie zdrowia psychicznego oraz edukowanie osób zdrowych, w szczególności adolescentów, o potencjalnym ryzyku związanym z jej używaniem. ●

W APTECE: MEDYCZNA MARIHUANA

Jak już wspominaliśmy, w celach medycznych konopie były stosowane niemal od zawsze. Po niezbyt udanym pod tym względem wieku XX, obecnie znajdują coraz powszechniejsze zastosowanie medycynie.

Mimo że zastosowania lecznicze konopi zostały potwierdzone zarówno wieloma badaniami naukowymi, jak i codzienną praktyką kliniczną, to termin „medyczna marihuana” nadal wzbudza dość sporo emocji. Łatwo się domyślić, że ostrze krytyki wymierzone w marihuanę jako lek ma związek z jej właściwościami psychoaktywnymi (pre-

paraty pozbawione THC, jak np. olejek CBD, nie są przedmiotem żadnych kontrowersji). Tak się jednak składa, że o medycznych właściwościach marihuany rozstrzyga przede wszystkim THC.



W dalszej części rozdziału przytoczymy przykłady medycznego zastosowania marihuany. Na początek jednak kilka słów celem ostudzenia emocji. O ile marihuana stosowana jest w leczeniu wielu dolegliwości, o tyle w większości wypadków nie jest ona lekarstwem w ścisłym tego słowa znaczeniu. Stanowi na ogół uzupełnienie



W opinii niektórych osób medyczne zastosowania marihuany to tylko pretekst i sprytny sposób na to, aby obejść prawo i tylną furtką zapewnić dostęp do używki tym, którzy stosują ją wyłącznie w celach rekreacyjnych.

nie w terapii – przynosi pacjentom ulgę w bólu, zmniejsza dolegliwości, a czasem zapobiega występowaniu niektórych schorzeń. To wcale nie tak mało.

LEK CZY NIE LEK

Kluczowy dla oceny marihuany jako leku jest bilans korzyści i szkód jakie wywołuje. Przypatrzmy się leczeniu marihuaną osoby chorej na stwardnienie rozsiane. Jednym z poważniejszych objawów tego schorzenia jest spastyczność mięśni: chorzy nie są w stanie kontrolować napięcia mięśniowego, co utrudnia im wykonywanie precyzyjnych ruchów, a czasem całkowicie uniemożliwia poruszanie. THC dość skutecznie redukuje spastyczność mięśni, łagodzi ból i niekontrolowane

ruchy. Przy okazji wykazuje się jednak działaniem psychoaktywnym, na które chory niekoniecznie musi mieć zawsze i w każdej sytuacji ochotę. Kluczowe jest zatem poszukiwanie właściwej dawki tak, aby korzyści płynące z kuracji przeważały nad skutkami ubocznymi. Należy zaznaczyć, że bilans korzyści i strat brany jest pod uwagę przy stosowaniu każdego leku. Do leczenia spastyczności w stwardnieniu rozsianym medycyna ma pod ręką kilka leków o rozmaitych mechanizmach działania. Żaden z nich nie ma absolutnej skuteczności i żaden z nich nie jest pozbawiony skutków ubocznych (większość spowalnia aktywność układu nerwowego, co objawia się m.in. sennością, a w skrajnych przypadkach może być nawet niebezpieczne dla życia). Dylemat pozostaje ten sam – czy poziom skutków ubocznych jest do zaakceptowania biorąc pod uwagę korzyści płynące ze stosowania leku?

ZASTOSOWANIA

Zawarte w konopiach kannabinoidy działają m.in. przeciwbólowo, antyspastycznie, przeciwdrgawkowo, rozszerzają oskrzela, obniżają ciśnienie tętnicze w gałce ocznej, pobudzają apetyt, działają przeciwzapalnie i uspokajająco. Trudno jest wyliczyć wszystkie właściwości medycznej marihuany w tak krótkim opracowaniu. Poniżej prezentujemy wybrane przykłady chorób, w których leczeniu marihuana znajduje zastosowanie.

Zapalenie stawów. Tu historia wykorzystania medycznej marihuany jest dość długa i dotyczy zarówno reuma-

toidalnego zapalenia stawów, jak i na tle autoimmunologicznym. Marihuana jest dość skuteczna w znoszeniu bólów związanych ze stanami zapalnymi stawów.

Astma. Marihuana (za sprawą THC oraz pinenu, jednego z terpenów) wykazuje się rozkurczowym działaniem na oskrzela, które silnie kurczą się podczas ataków astmy. Pacjentom zdecydowanie zaleca się waporyzację, a nie palenie marihuany.

Kacheksja i zaburzenia apetytu.

Kacheksja to wyniszczenie organizmu spowodowane chorobą lub toksycznymi właściwościami leków. Tutaj stosowanie marihuany wydaje się chyba najmniej kontrowersyjne. Wiemy z poprzednich rozdziałów, że THC wykazuje dużą skuteczność w stymulowaniu apetytu.

Zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Wiele dotychczasowych badań potwierdza, że w przewodzie pokarmowym znajduje się mnóstwo receptorów kannabinoidowych. W przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna, która atakuje cały przewód pokarmowy, za sprawą medycznej marihuany dochodzi (w niektórych przypadkach) nawet do całkowitej remisji.

Jaskra. Patologicznie wysokie ciśnienie w znajdujących się w gałce ocznej płynów prowadzi do uszkodzenia nerwu wzrokowego i ślepoty. THC znacząco zmniejsza to ciśnienie. Mankamentem jest jednak to, że pacjenci uodparniają się na to działanie THC i po pewnym

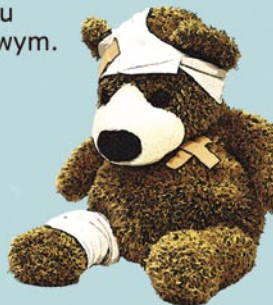
czasie przestaje być ono skuteczne.

Zaburzenia snu. Uspokajające działanie marihuany, jak również to, że układ endokannabinoidowy pełni ważną rolę w regulacji snu dość skutecznie sprawdza się w łagodzeniu zaburzeń snu i bezsenności. Skuteczność marihuany jest tu ściśle związana z równowagą pomiędzy THC i CBD.

Padaczka. Leczenie padaczki wiąże się z wieloma problemami, z których dwa są najczęściej podnoszone: skutki uboczne, jakie towarzyszą lekowi zapobiegającym napadom oraz bezsilność medycyny wobec padaczki lekoopornej. Nie ma na razie wystarczających danych pochodzących z dużych badań, ale relacje pacjentów wskazują na

DZIAŁANIE PRZECIWBÓŁOWE

Kannabinoidy wykazują się skutecznością szczególnie w leczeniu bólu zapalnego i neuropatycznego. Ich sposób działania przeciwbólowego odbywa się zarówno w mechanizmie mózgowym, jak i rdzeniowym i obwodowym. Podobnie jak opioidy, hamują przewodzenie bólu w rdzeniu kręgowym.



wysoką skuteczność marihuany w zapobieganiu napadom.

Nowotwory. Marihuana redukuje skutki uboczne spowodowane chemioterapią antynowotworową. Dzieje się tak dlatego, że wzbudza apetyt oraz ma właściwości przeciwwymiotne. Mitem jest to, że przy pomocy medycznej marihuany można leczyć nowotwory, chociaż badania dotyczące wykorzystania marihuany w terapii glejaka mózgu są dosyć obiecujące. Marihuana nie zastępuje klasycznego leczenia onkologicznego (chemio czy radioterapii), ale może, jako część leczenia skojarzonego, wspomagać terapię onkologiczną. Przyczynia się też do ograniczenia stosowania opioidów.

Choroba Alzheimera. Medyczna marihuana jest używana jako środek uspokajający pacjentów cierpiących na tę formę demencji, pobudza apetyt i ułatwia zasypianie. Obecnie badany jest terapeutyczny wpływ marihuany bezpośrednio na mechanizmy choroby.

Nieustannie prowadzone są badania kolejnych zastosowań marihuany w leczeniu chorób i w terapiach wspomagających. Bierze się pod uwagę jej wykorzystanie w leczeniu chorób autoimmunologicznych, cukrzycy, zaburzeń reumatycznych i różnych schorzeń geriatrycznych. Wykorzystanie marihuany medycznej jest warte rozważenia u wszystkich pacjentów leczonych paliatywnie. Są podstawy, aby rozpatrywać terapeutyczne właściwości marihuany w leczeniu schizofrenii, ADHD, zaburzeń autystycznych a także zespołu Tourette'a.

W zależności od schorzenia, medyczna marihuana może zawierać różne proporcje psychoaktywnego THC (lub nie zawierać go wcale) oraz przeciwpstrychnego kannabidiolu (CBD).

LECZENIE MARIHUANĄ W POLSCE

Medyczną marihuanę stosuje w wielu krajach, również w Polsce. Stało się to możliwe dzięki regulacjom ustawowym z 2017 roku, które otworzyły drogę do legalnego obrotu nią w celach medycznych. Susz kwiatu konopi został zarejestrowany jako surowiec farmaceutyczny, a to oznacza, że w momencie wypisania odpowiedniej recepty przez lekarza staje się on lekiem dla chorego. Jednak różnice między Polską a innymi krajami w wykorzystywaniu medycznej marihuany i w dostępie do niej są nadal wyraźne. Zobaczmy jak wyglądają regulacje dotyczące leczenia marihuaną w naszym kraju.

Jakie choroby można leczyć w Polsce medyczną marihuaną?

Istnieje zakres schorzeń, do których leczenia rekomendowana jest terapia medyczną marihuaną, lecz nie ma oficjalnej, zamkniętej listy tych schorzeń. Jeśli więc lekarz uzna (na podstawie badań naukowych), że objawy danej choroby mogą być leczone medyczną marihuaną – może wystawić receptę.

Kiedy w takim razie możemy otrzymać leczenie marihuaną?

Medyczna marihuana nie jest terapią pierwszego wyboru, co oznacza, że – aby otrzymać receptę – schorzenie musiało być nieskutecznie leczone innymi metodami.

Kto prowadzi leczenie?

Receptę na medyczną marihuanę może wystawić każdy przeszkolony w zakresie takiego leczenia lekarz uprawniony do wystawiania recept Rpw. (tzw. recept „narkotycznych”).

Jakie są koszty leczenia?

Cena medycznej marihuany sprzedawanej w Polsce jest dość wysoka i wynosi ok. 65 złotych za gram. Dostępny w naszym kraju preparat zawiera 19% THC i nie jest refundowany.

Czy w każdej aptece kupimy marihuanę?

Nie w każdej. Nie można wejść do apteki i zrealizować recepty. Lek najpierw trzeba zamówić. Apteka zamawia ją w hurtowni medycznej, a ta importuje go zza granicy. Nasz kraj nie posiada własnych upraw konopi indyjskich.

Jakie dawki są zalecane?

W związku z tym, że nie ma szczególnych wskazań wynikających z charakterystyki produktu leczniczego, każdy przypadek rozważany jest indywidualnie. Potem, w razie konieczności, dawki są modyfikowane.

Ile osób jest leczonych medyczną marihuaną w naszym kraju?

Niewiele, ale jak wynika z analiz, leczeniem medyczną marihuaną może być w naszym kraju zainteresowanych nawet 300 tysięcy chorych.

Produkty zawierające tylko kannabidiol (np. w postaci oleju) pozbawione są właściwości psychoaktywnych i można kupić je bez recepty. ●

SYNTECYCZNE KANNABINOIDY

Przyjęło się twierdzić, że syntetyczne kannabinoidy imitują działanie marihuany, ale prawdę mówiąc mają z nią tyle wspólnego co krzesło elektryczne ze zwykłym krzesłem.

Syntetyczne kannabinoidy to sztucznie wytworzone substancje działające podobnie do tetrahydrokannabinolu (jak już wiemy, psychoaktywnego składnika konopi). W naszych organizmach wiążą się z tymi samymi receptorami, co zawarte w konopiach naturalne kannabinoidy, a także produkowane przez nas

samych endokannabinoidy. Początkowo sądzono, że znajdą one zastosowanie w medycynie. Okazało się jednak, że przy takim poziomie niepożądanych efektów psychoaktywnych jest to mało możliwe.

Poniżej, w formie pytań i odpowiedzi, zamieściliśmy najważniejsze informacje dotyczące syntetycznych kannabinoidów.

SKĄD SIĘ WZIĘŁY?

Mówiąc krótko – wypłynęły z laboratoriów. Historia powstania syntetycznych kannabinoidów związana jest poniekąd z medycznym zastosowaniem marihuany.

Chcąc wykorzystywać lecznicze właściwości kannabinoidów, a jednocześnie zmniejszyć ich skutki uboczne (przede wszystkim właściwości psychoaktywne) zaczęto projektować syntetyczne ich analogi. Jednym z pionierów był profesor chemii organicznej John William Huffman. W latach 80-tych udało mu się zsyntetyzować dla celów badań naukowych wiele osobliwie działających kannabinoidów. Wyniki prac Huffmana publikowano w literaturze naukowej, czego niezamierzonym efektem było pojawienie jednego z jego „wynałazków” w innej części świata i w zupełnie innym charakterze. JWH018 (taki akronim miała substancja) – w nowej odsłonie nazywał się „Spice” i nie był już eksperymentalnym lekiem, lecz narkotykiem, z którym eksperymentowano w celach rekreacyjnych. „Spice” nie tylko działał podobnie do marihuany, ale był bardzo łatwy i tani w produkcji, a przede wszystkim – był legalny.

CZY SĄ NADUŻYWANE?

Zdecydowanie tak i to na wielką skalę.

Chyba żadna grupa narkotyków tak szybko nie zawojowała świata (również naszego kraju), jak syntetyczne kannabinoidy. Od pojawienia się w ich w Polsce (rok 2008) liczba interwencji medycznych w powodu zatrucia narkotykami wzrosła wielokrotnie. Obecnie jest to nieco ponad 2 tysiące interwencji rocznie, ale jeszcze w 2015 było ich ponad siedem tysięcy. Początkowa legalność zapewniła syntetycznym kannabinoidom ogromny popyt i nadal – szczególnie tam, gdzie prawo narkotykowe nakłada poważne kary za posiadanie marihuany – konsumpcja syntetycznych



kannabinoidów góruje nad innymi grupami narkotyków. Wysiłki legislacyjne nakierowane na to, żeby zdelegalizować syntetyczne kannabinoidy natrafiają na mniej więcej tą samą przeszkodę, co walka z dopingiem w sporcie – aby uniknąć ograniczeń, syntetyzowane i wprowadzane są na rynek co i rusz nowe analogi. Obecnie ta dynamika zmalała, ale jeszcze kilka lat temu, co roku pojawiało się ich kilkadziesiąt. Syntetyczne kannabinoidy są najliczniejszą grupą środków psychoaktywnych, są to setki substancji o rozmaitych strukturach molekularnych, przeróżnych skutkach ubocznych i jednej wspólnej właściwości – wszystkie pobudzają receptor kannabinoidowy.

JAK SĄ WYTWARZANE?

Jakby to były zwykłe chemikalia, a nie silne narkotyki. Największymi producentami syntetycznych kannabinoidów są Chiny oraz Indie. Obowiązują tam dogodne przepisy (również gospodarcze) i zapewniony jest łatwy dostęp do prekursorów. Z Azji narkotyki dostarczane są do m.in. do Europy. Jako że są to substancje legalne, nikt ich nie szmugluje pod brzuchami wielbłądów; ich transport jest oficjalny i często zajmują się nim oficjalne firmy przewozowe. Dalsza obróbka polega na rozpuszczeniu substancji (zwykle w wysokoprocentowym alkoholu lub acetonie), a następnie na namoczeniu bądź spryskaniu nim suszu roślinnego. Tutaj mała uwaga: jeśli substancja zostanie wymieszana niedokładnie i rozproszona nierównomiernie to powstaną tzw. hot spoty, czyli fragmenty suszu o bardzo wysokim stężeniu syntetycznych kannabinoidów. A to może okazać się zabójcze dla konsumentów.

JAK WYGLĄDAJĄ?

Prawie jak marihuana. W czystej formie – jako, że nie są to substancje pochodzenia naturalnego – przypominają raczej odczynniki chemiczne niż marihuanę: może być to biały proszek, czasem płyn. Jednakże producenci sprzedają je na ogół w formie „maczanek ziołowych” czyli drobno posiekanych i trudnych do zidentyfikowania liści i łodyg, które zostały nasączone narkotykiem. Dostępne są również brązowe grudki fejk haszu sprzedawane najczęściej jako prawdziwy, tradycyjny haszysz. W ten sposób sprzedawcy narażają swoich klientów na kolejne nieciekawe rozczarowania.

JAK SĄ PRZYJMOWANE?

Zwykle są palone. Syntetyczne kannabinoidy na ogół przyjmuje się poprzez palenie suszu roślinnego, który jest nimi nasączony. Z suszu na ogół robione są skręty, rzadziej palony jest on z fajki, czasem używane są fajki wodne i bonga. Syntetyczne kannabinoidy są także oferowane w postaci e-papierosów. Jako, że substancje te dystrybuowane są również w formie proszku lub płynu, to bywa, że przyjmowane są drogą pokarmową. Bardzo marginalnie – dożylną.

JAK SĄ NAZYWANE?

W Polsce najczęściej używanym określeniem jest termin „dopalacze”. Mimo, że termin ten odnosi się do większej grupy nowych substancji psychoaktywnych



i niekoniecznie jest precyzyjny, to na stałe zagościł w naszym słowniku. W niniejszym opracowaniu wystrzegamy się tego słowa. Natomiast świadectwem akademickich korzeni syntetycznych kannabinoidów pozostają nazwy niektórych grup syntetycznych kannabinoidów, jak JWH (od inicjałów ich twórcy Johna W. Huffmana), AM (od Alexandrosa Makriyannisa, który również je projektował), czy UH (Uniwersytet Hebrajski w Jerozolimie, gdzie pracowano intensywnie nad nimi). Syntetyczne kannabinoidy trafiają na rynek zarówno pod nazwami chemicznymi, np. AM-2201, JWH-210, UR-144, NM-2201, AB-PINACA, jak i pod bardziej wymyślnymi brandami handlowymi typu „Spice”, „K2”, „Baka”, „Mocarz”, „Sztwywny Misza”, „Konkret”, „Czeszący Grzebień” i wiele, wiele innych.

JAK SĄ SPRZEDAWANE?

Na różne sposoby. Setki tych substancji przypominających w działaniu marihuanę można kupować legalnie i nielegalnie, płacić za nie złotówkami i bitcoinami. Dzisiaj trudno w to uwierzyć, ale jeszcze 10 lat temu leżały po prostu na półkach sklepów stacjonarnych. Z pewnością pamiętacie jeszcze sklepy z dopalaczami. Było ich w Polsce ok 1,5 tysiąca, ale w pewnym momencie zniknęły tak szybko, jak się pojawiły. W tym czasie dostępność do syntetycznych kannabinoidów była ogromna (bardziej dostępne były tylko alkohol i papierosy). Zmiany prawne z 2010 roku spowodowały zamknięcie sklepów stacjonarnych, ale wbrew wszystkiemu dostępność do syntetycznych kannabinoidów wcale się nie załamała.

Fenomen popularności tych substancji zbiegł się z dynamicznym rozwojem Internetu. Syntetyczne kannabinoidy już wcześniej gościły na internetowych witrynach. Teraz e-handel stał się dominujący. Powstały sklepy określane jako „research chemicals”, sprzedające narkotyki jakby to były odczynniki chemiczne do badań laboratoryjnych. Syntetycznymi kannabinoidami, podobnie jak innymi narkotykami, handluje się w sieci TOR. Powstały internetowe „headshopy”, będące przedłużeniem stacjonarnych sklepów z dopalaczami i sprzedające swój asortyment jako „produkty kolekcjonerskie” i „nie nadające się do spożycia przez ludzi”. Trudno o coś bardziej przewrotnego. Na skutek zmian prawnych syntetyczne kannabinoidy zeszły jeszcze głębiej do podziemia i pojawiły się także w kieszeniach ulicznych dilerów. Warto dodać, że sprzedawane preparaty zawierają zarówno pojedyncze syntetyczne kannabinoidy, jak i ich mieszanki. I jeszcze to, że składniki popularnych brandów zmieniają się w reakcji na regulacje prawne. Dla użytkowników może być to źródłem śmiertelnych niespodzianek (tak właśnie kilka lat temu zdarzyło się z preparatem „Mocarz”).

JAK DZIAŁAJĄ?

Powiedzieć, że podobnie do marihuany, to nic nie powiedzieć. Syntetyczne kannabinoidy pobudzają receptory kannabinoidowe w mózgu na tyle mocno, że żadna dawka marihuany nie jest w stanie wywołać tak silnego odurzenia jak nawet niewielka ilość syntetycznych kannabinoidów. Działają na receptor CB1 w pełni go aktywując. Dla porównania – marihuana pobudza go tylko częściowo,

a na dodatek zawiera substancje antypsychotyczne. Jako, że receptory CB1 znajdują się w różnych obszarach mózgu, syntetyczne kannabinoidy dokonują ataku którego skutki trudno przewidzieć. Wśród wywoływanych efektów, oprócz uczucia euforii i relaksacji, może pojawić się silne pobudzenie, omamy i halucynacje. Po przyjęciu większych dawek może dojść do całkowitego zerwania kontaktu z otoczeniem i amnezja. Efekty te są bardzo intensywne, utrzymują się krótko i ustępują po kilkudziesięciu, a czasem nawet po kilkunastu minutach.

CZY SĄ ZEWNĘTRZNE OZNAKI PRZYJĘCIA?

Tak i to dość wyraźne do zaobserwowania. Zażyciu syntetycznych kannabinoidów towarzyszy rozszerzenie źrenic (które nie występuje po zapaleniu marihuany) i przekrwienie białek (to jest akurat charakterystyczne również dla marihuany). Obserwując osobę będącą pod wpływem syntetycznych kannabinoidów możemy zobaczyć, że jest zdezorientowana i rozkojarzona. Zachowuje się mało racjonalnie, jej wypowiedzi są chaotyczne jak kogoś, kto spożył sporo alkoholu. Tym bardziej, że mowa może być zaburzona, a artykulacja – bełkotliwa. Często są też problemy z koordynacją ruchową i utrzymaniem równowagi. Mogą towarzyszyć temu wybuchy niekontrolowanego śmiechu, a nawet krzyki i zachowania agresywne.

CZYM GROZI ICH UŻYWANIE?

Szybciej byłoby odpowiedzieć – czym nie grozi ich zażywanie. Użycie większości syntetycznych kannabinoidów zaburza w nagły sposób funkcjonowanie organizmu i może zagrażać zarówno

zdrowiu somatycznemu, jak i psychicznemu. Syntetyczne kannabinoidy to jednak ogromna różnorodność substancji, które wykazują się dużymi podobieństwami, ale też różnicami w działaniu. Zażycie dwóch różnych syntetycznych kannabinoidów może wywoływać zupełnie inne konsekwencje zdrowotne. Poniższa lista jest przeglądem tych objawów, które pojawiają się najczęściej w opisach klinicznych.

W obrębie **zdrowia psychicznego**

zażywaniu syntetycznych kannabinoidów mogą towarzyszyć napady lęku, paranoi, jak i ostre stany psychotyczne. Niemal pewne jest, że niektóre kannabinoidy silnie wpływają na procesy serotoniczne. Badania sugerują wyraźny związek między syntetycznymi kannabinoidami a pojawianiem się psychoz. Znane są przypadki utrzymywania się wywołanych używaniem syntetycznych kannabinoidów stanów psychotycznych przez kilka tygodni, a czasem miesięcy. Niektóre badania sugerują, że syntetyczne kannabinoidy mogą nie tylko wywoływać poważne psychozy, ale mogą też indukować trwałe zaburzenia psychiczne.

Somatyczne powikłania związane z używaniem syntetycznych kannabinoidów

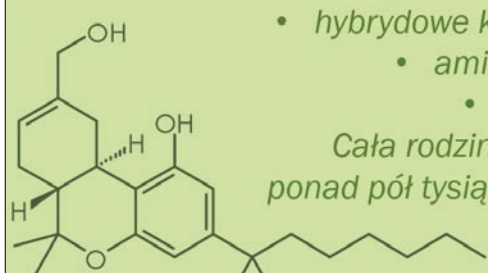
odczuwane są przez wiele narządów. Efekty kardiologiczne i układu krążenia: przyspieszona akcja serca i jego kołatanie, możliwe zaburzenia pracy serca (stąd często ból w obrębie klatki piersiowej), a w konsekwencji zawał mięśnia sercowego. Opisane są także przypadki wywołania przez syntetyczne kannabinoidy udaru niedokrwiennej mózgu.

Efekty neurologiczne: zawroty i bóle głowy, problemy z ostrością widzenia, możliwe napady drgawkowe, również uogólnione napady padaczki. Układ pokarmowy: powodują przekrwienie wątroby i trzustki, mogą prowadzić do niewydolności tych narządów. Układ wydalniczy: powodują ostre uszkodzenie nerek.

Istnieje pięć głównych kategorii syntetycznych kannabinoidów:

- *klasyczne kannabinoidy*
- *nieklasyczne kannabinoidy*
- *hybrydowe kannabinoidy*
 - *aminoalkilindole*
 - *eikozanoidy*

Cała rodzina liczy sporo ponad pół tysiąca członków.



Pozostałe skutki przewlekłego używania syntetycznych kannabinoidów nadal pozostają dla nas w dużej mierze tajemnicą. To efekt dość skromnych jeszcze obserwacji klinicznych – substancje te używane są względnie od niedawna, a ich duża różnorodność utrudnia zestawienie konkretnych substancji z określonymi konsekwencjami zdrowotnymi. Użytkownicy tych narkotyków też na ogół nie ograniczają się do konsumpcji jednego, wybranego syntetycznego kannabinoidu.

CZY UZALEŻNIAJĄ?

Jest spore ryzyko. Syntetyczne kannabinoidy mają spory potencjał uzależniający, z pewnością na poziomie psychicznym, a możliwe, że także fizycznym. Istnieją doniesienia o objawach abstynencyjnych i uporczywym głodzie utrzymujących się przez kilka dni po zażyciu ostatniej dawki. Efekty odstawienne bywają bardzo dokuczliwe, obejmując m.in. zaburzenia snu, bóle głowy, drżenia kończyn, brak łaknienia,

niepokój i obniżony nastrój. Wynika z tego, że syntetyczne kannabinoidy mogą być bardziej uzależniające niż marihuana.

CZY MOŻNA JE PRZEDAWKOWAĆ?

Niewątpliwie tak. Każdego roku odnotowywane są zgony związane z syntetycznymi kannabinoidami. Niektóre z nich są wyjątkowo toksyczne. Do zgonu może dojść na skutek różnych mechanizmów. Przyczyną śmierci mogą być sercowo-naczyniowe skutki działania syntetycznych kannabinoidów. Do zgonu może dojść również z powodu depresji ośrodkowego układu nerwowego. W kilku pośmiertnych analizach widoczna była niewydolność wielu narządów (wątroby, śledziony, nerek, płuc). Organizm nie radzi sobie ze sprawnym metabolizowaniem syntetycznych kannabinoidów, tym bardziej, że metabolity niektórych działają psychoaktywnie. Powodem zgonów mogą być także reakcje behawioralne będące następstwem użycia tych narkotyków takie, jak samookaleczenie

i samobójstwo, upadek z wysokości czy wtargnięcie na ulicę.

CZY MOŻNA JE WYKRYĆ W PŁYNACH USTROJOWYCH?

Można, ale nie jest to łatwe. Jedną z „zalet” syntetycznych kannabinoidów jest to, że zazwyczaj nie są one ujawniane w standardowych testach narkotykowych. Dostępne w aptekach narkotesty, służące wykrywaniu substancji narkotycznych w moczu, są wobec syntetycznych kannabinoidów zupełnie bezużyteczne. Testy te dedykowane są kilku najbardziej rozpowszechnionym narkotekom, takim jak marihuana czy amfetamina. Nie da się za ich pomocą dowiedzieć czy ktoś użył syntetycznych kannabinoidów. Nie istnieją narzędzia które w szybki, prosty i tani sposób pozwoliłyby wykazać w organizmie obecność syntetycznych kannabinoidów. Substancji tych jest zbyt dużo, a zmiany na rynku nowych narkotyków następują zbyt często, żeby możliwe było przygotowanie skutecznego testu. Jeśli ktoś z zatruciem syntetycznymi kannabinoidami trafi do szpitala, leczony jest objawowo. Ustalenie tego, jaki konkretnie syntetyczny kannabinoid mu zaszkodził, może być kłopotliwe nawet w oddziale toksykologii.

CZY W OGÓLE SĄ DO CZEGOŚ PRZYDATNE?

Niespecjalnie, choć mają kilka zastosowań w medycynie. Z uwagi na różnorodność mechanizmów, poszczególne syntetyczne kannabinoidy mogą działać bardziej selektywnie aniżeli leki na bazie konopi. Stosowane są jako środki przeciwbólowe i przeciwzapalne. Dronabinol ma właściwości

przeciwwymiotne i może być stosowany w leczeniu nudności wywołanych chemioterapią. Wykorzystuje się je do leczenia ciężkich przypadków duszności (nabilon). U przewlekłe chorych wpływają na poprawę apetytu i wzrost masy ciała. Inne mogą z kolei hamować apetyt, jeśli jest to terapeutycznie pożądane. Jednak syntetyczne kannabinoidy to preparaty charakteryzujące się niezbyt korzystnym profilem objawów ubocznych, co bardzo ogranicza ich stosowanie i powoduje, że nawet tam, gdzie są dość skuteczne nie są lekami pierwszego wyboru. Na dobrą sprawę, poza kilkoma, syntetyczne kannabinoidy nie mają żadnych udokumentowanych efektów terapeutycznych.

JAKIE KARY GROŻĄ ZA ICH POSIADANIE?

Mniejsze niż za posiadanie marihuany.

Nowe substancje psychoaktywne (do których zaliczają się syntetyczne kannabinoidy) to – według definicji ustawowej – substancje stwarzające porównywalne do narkotyków zagrożenie dla zdrowia publicznego. W związku z tym, za ich posiadanie grozi odpowiedzialność karna. Okazuje się jednak, że nieco łagodniejsza niż w przypadku tradycyjnych narkotyków: za posiadanie syntetycznych kannabinoidów grozi kara grzywny; dopiero w przypadku znacznych ilości będzie to ograniczenie wolności (czyt. prace społeczne) lub więzienie (do lat 3). Trudno zrozumieć dlaczego syntetyczne kannabinoidy są traktowane przez prawo łagodniej, mimo że często są bardziej niebezpieczne niż narkotyk, którego działanie naśladują. ●

INTERWENCJE: CANDIS

CANDIS to program terapeutyczny dla osób uzależnionych i nadużywających marihuany. Celem terapii jest zarówno abstynencja, jak i ograniczenie używania.

Według raportu z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 roku w ramach „Europejskiego programu badań ankietowych w szkołach – ESPAD”, marihuana i haszysz są nieustannie najpopularniejszą nielegalną substancją psychoaktywną wśród polskich uczniów szkół ponadpodstawowych. Nie dziwi zatem fakt, że Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii podejmuje działania mające na celu wdrażanie, promowanie oraz finansowanie Programu CANDIS, który jest skierowany do osób problemowo używających przetworów konopi.

PROFESJONALIZACJA

Istnieje wiele programów profilaktycznych i terapeutycznych konstruowanych w sposób intuicyjny i przypadkowy, z pominięciem podstaw naukowych. W odróżnieniu od nich program CANDIS został przygotowany i wdrożony przez specjalistów – badaczy i praktyków zajmujących się problematyką uzależnień. Jego skuteczność została zbadana z wykorzystaniem wyspecjalizowanych narzędzi ewaluacyjnych. Osoby prowadzące program CANDIS posiadają kwalifikacje do prowadzenia psychoterapii uzależnień, ukończyły szkolenie dla realizatorów programu CANDIS i posiadają przynajmniej podstawowe

kompetencje w posługiwaniu się dialogiem motywującym.

MOTYWACJA

Program CANDIS dedykowany jest osobom, które ukończyły 16 rok życia i które używają konopi w sposób problemowy. Do programu CANDIS można przystąpić z każdą motywacją, również wtedy, gdy chęć zmiany jest minimalna. Oznacza to, że psychoterapeuta jest gotowy towarzyszyć uczestnikowi programu w dążeniu do abstynencji, uwzględniając etapy zmiany na których znajduje się dana osoba.

ETAPY

Czym są etapy zmiany? Według niektórych specjalistów proces zmiany można przedstawić za pomocą 5 etapów: prekontemplacji, kontemplacji, przygotowania, działania i podtrzymania. Każda ze składowych tego procesu charakteryzuje się specyficznym nastawieniem do zmiany i wymaga zastosowania odmiennych interwencji w celu przejścia do następnego etapu.

WYJĄTKI

Przeciwwskazaniem do udziału w programie CANDIS jest wiek poniżej 16 lat, aktualne uzależnienie od substancji psychoaktywnych innych niż przetwory konopi, zaburzenia poznawcze lub neurologiczne oraz rozpoznanie zaburzenia psychicznego w stopniu ciężkim.

ŚRODOWISKO

Szacując możliwość uzyskania oczekiwanych wyników terapeutycznych



Program CANDIS
prowadzony jest według
określonego schematu i
obejmuje ok. 10
indywidualnych sesji
terapeutycznych. Udział w
programie jest bezpłatny i
prowadzi go wiele
placówek leczenia
uzależnień w całej Polsce.

www.candisprogram.pl

w programie CANDIS należy wziąć pod uwagę kontekst społeczny w którym funkcjonuje klient. Szczególnie istotną rolę przypisuje się wspierającemu, zdrowemu środowisku rodzinnemu i rówieśniczemu, które stanowi istotny zasób w prowadzeniu terapii ambulatoryjnej. W przypadku pracy z klientem małoletnim należy mieć na uwadze możliwość włączenia rodziców w dodatkowe oddziaływania psychoterapeutyczne (poza programem CANDIS).

ISTOTA PROGRAMU

Program CANDIS jest terapią krótkoterminową, prowadzoną w duchu dialogu motywującego, z wykorzystaniem założeń terapii poznawczo-behawioralnej i treningu rozwiązywania problemów.

Program zakłada pomoc w rozpoznaniu indywidualnego schematu używania konopi, wsparcie zasobów klienta w procesie ograniczenia spożycia konopi i całkowitej abstynencji oraz utrzymania satysfakcjonujących efektów przez wzmocnienie kluczowych kompetencji psychospołecznych.

STRUKTURA PROGRAMU

Program CANDIS składa się z 10 indywidualnych sesji psychoterapeutycznych. Czas trwania każdej sesji to około 90 min. Spotkania prowadzone są w sposób dyrektywny z wykorzystaniem arkuszy roboczych dotyczących następujących zagadnień:

- Psychoedukacja z zakresu uzależnień – uczestnik identyfikuje czynniki sprzyjające uzależnieniu, bada w jakim stopniu występujące objawy mogą świadczyć o zaburzeniu związanym z używaniem przetworów konopi, ma możliwość zdobyć wiedzę z zakresu biologicznych mechanizmów działania konopi na organizm.
- Rozpoznawanie motywacji do zmiany – uczestnik rozpoznaje powody skłaniające do używania konopi oraz argumenty przemawiające za zmianą.
- Rozumienie własnego wzorca używania konopi – analiza konkretnych sytuacji związanych ze spożyciem konopi.
- Planowanie zmiany – uczestnik ustala cel terapeutyczny i przygotowuje strategię wspierającą proces zmiany.
- Radzenie sobie z głodem narkotykowym – uczestnik analizuje czynniki wywołujące chęć zapalenia i monitoruje poziom głodu.
- Profilaktyka nawrotów – uczestnik przygotowuje działania zaradcze na

wypadek trudności w realizacji ustalonego celu.

- Trening rozwiązywania problemów – uczestnik omawia aktualne trudności życiowe.
- Kompetencje społeczne – uczestnik trenuje komunikaty asertywne w kontekście odmawiania palenia konopi. Istotną rolę w pracy własnej klienta pełni samoobserwacja polegająca na zapisy-

waniu ilości i częstotliwości spożywanej konopi oraz subiektywna ocena głodu zaznaczana na specjalnie do tego przygotowanym arkuszu. Prowadzony monitoring stanowi nie tylko zbiór danych poddawanych analizie w trakcie spotkań z psychoterapeutą, jest również okazją do codziennej autorefleksji związanej z obszarem podjętej pracy psychoterapeutycznej. ●



Poniższy tekst jest skierowany do potencjalnych uczestników programu CANDIS:

Kimkolwiek jesteś.

Możliwe, że już kiedyś miałeś dosyć i chciałeś zrobić sobie przerwę od palenia. Może nawet udało Ci się przez jakiś czas nie palić albo znacznie je ograniczyłeś. Coś jednak poszło nie tak i znowu jesteś tam, gdzie byłeś, palisz za często i za dużo. Być może nigdy nie widziałeś w tym problemu, a trudności z jakimi się spotykasz nie mają nic wspólnego z marihuaną.

Jeżeli jednak, czytasz ten tekst, to prawdopodobnie szukasz sposobów, by coś zmienić w swoim życiu. Może jesteś już zmęczony tymi poszukiwaniami i wolałbyś odpuścić. Możesz też przeczytać ten tekst do końca i odpowiedzieć sobie na kilka pytań. Czy przeżywasz trudności w relacjach ze znajomymi? Czy miewasz problemy z pamięcią, których kiedyś nie miałeś? Brakuje Ci energii do działania? Dużo myślisz, dużo gadasz i planujesz, a niewiele robisz? Wpadłeś w kłopoty finansowe? W szkole lub w pracy idzie

kiepsko? Chciałbyś wiedzieć, o co chodzi i co się dzieje? Oczywiście, Twoje kłopoty mogą wynikać zupełnie z czegoś innego niż palenie marihuany.

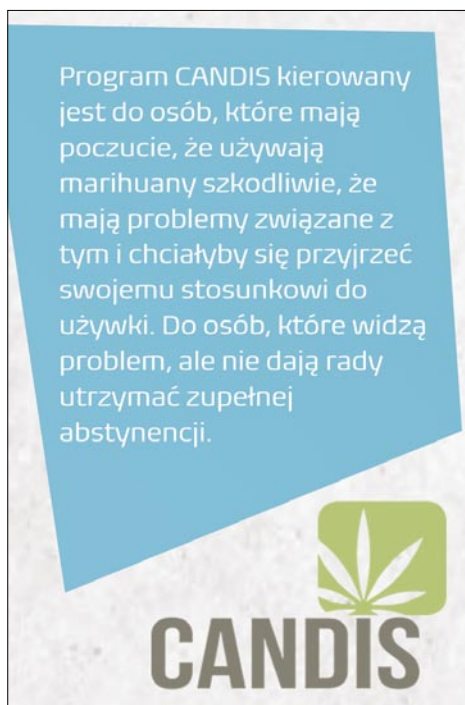
Czy wyobrażałeś sobie kiedykolwiek, jak wygląda pomoc osobom palącym marihuanę? Słyszałeś coś o tym? Może sam już masz doświadczenia w korzystaniu z tego typu usług? Czy wiesz, że są programy terapeutyczne skierowane wyłącznie do osób, które używają przetworów konopi? Właśnie taki jest CANDIS.

Opowiem Ci o programie CANDIS w dużym skrócie. Program CANDIS to 10 spotkań, które nazywamy sesjami psychoterapeutycznymi i każda z nich trwa ponad godzinę. Sesje są indywidualne, w spotkaniu uczestniczysz tylko Ty i terapeuta. Każde spotkanie dotyczy innego tematu, który jest związany z używaniem konopi. Zanim ustalimy konkretny cel terapeutyczny, przyjrzymy się temu, jak używasz marihuany i wspólnie poszukamy najlepszego rozwiązania i strategii, które pomogą utrzymać zaplanowaną zmianę.

Jeżeli skończyłeś już 16 lat i poza marihuaną nie nadużywasz innych narkotyków czy alkoholu, możesz zgłosić się do udziału w takiej terapii. Program CANDIS realizowany jest na ogół w poradniach uzależnień. Na stronie: www.candisprogram.pl znajdziesz informacje o miejscach, gdzie jest prowadzony. Nie obawiaj się o koszty, udział jest bezpłatny. Możesz zgłosić się, nawet jeżeli nie jesteś gotowy na abstynencję i bardziej myślisz o ograniczeniu spożycia albo po prostu nie jesteś pewny, co zrobić? Na spotkaniu z terapeutą wspólnie będziecie mogli o tym porozmawiać i zdecydować. Ostatecznie, to Ty ustalisz w jaki sposób chcesz zmienić swoje używanie marihuany.

Cieszę się, że mogłam podzielić się z Tobą informacją o programie CANDIS.

Natalia Magreta-Łupińska,
realizatorka programu



INTERWENCJE: FRED GOES NET

Przyjrzyjmy się założeniom programu wczesnej interwencji FRED GOES NET. Jego realizatorzy wychodzą z założenia, że młode osoby mające za sobą konflikt z prawem (np. posiadanie narkotyków) lub zostały przyłapane na konsumpcji substancji psychoaktywnych (nielegalnych narkotyków bądź alkoholu) stanowią grupę wysokiego ryzyka, co w konsekwencji może

prowadzić do dalszej eskalacji używania narkotyków.

Program FRED GOES NET powstał w Niemczech na początku lat 90-tych. Nastąpił wtedy drastyczny spadek zainteresowania lecnictwem i terapią uzależnień, przy jednoczesnym wzroście zatrzymań młodych użytkowników marihuany przez policję. W imię zasady „pomagaj zanim skażesz” rozpoczęto pierwsze warsztaty spotkań grupowych

FRED GOES NET (trzeba zaznaczyć, że w solidnej współpracy z policją). Na początku należało odpowiedzieć sobie na pytanie czy młodzi ludzie przytłapani przez funkcjonariuszy na używaniu bądź posiadaniu narkotyków będą w stanie zmotywować się do wzięcia udziału w programie. Przez lata program rozwijał się i ewoluował, uzyskując zwolenników wśród specjalistów w dziedzinie stosowania substancji psychoaktywnych oraz profilaktyce. Obecnie jest z powodzeniem realizowany w 17 krajach Unii Europejskiej – w tym również w Polsce.

DLA KOGO?

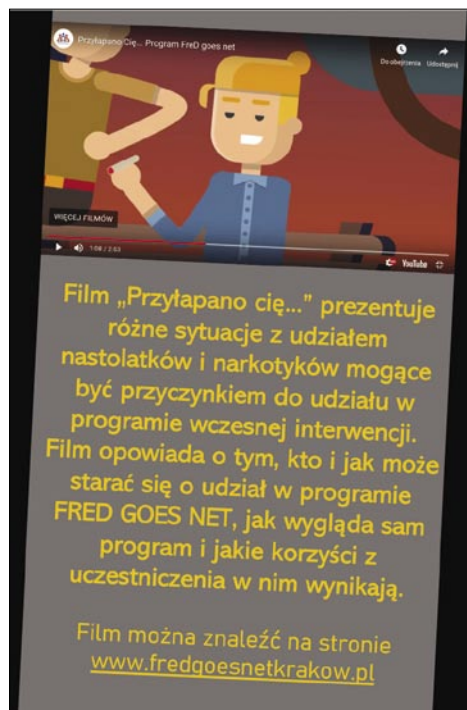
FRED GOES NET jest programem profilaktycznym, klasyfikowanym w nurcie profilaktyki selektywnej, co wskazuje, że jest on skierowany do konkretnych grup w których występuje zwiększenie ryzyka ze względu na rozmaite czynniki (niekoniecznie są zależne od jednostki). Program jest opcją dla młodych osób w okresie adolescencji (14 - 21 lat), które mają za sobą inicjację z substancjami psychoaktywnymi (narkotyki lub alkohol) i poprzez ich używanie doświadczają problemów w funkcjonowaniu bądź wchodzi w konflikt z prawem. Szczególną rolę odgrywa wiek adresatów charakteryzowany opozycyjno-buntowniczą postawą wobec świata i podatnością na wpływy ze strony rówieśników. Grupa ta niezależnie od doświadczeń wymaga edukacji w kontekście zachowań ryzykownych związanych z substancjami psychoaktywnymi, umiejętności budowania asertywnych postaw czy pracy nad myśleniem przyczynowo-skutkowym.

STRUKTURA

Realizacja programu opiera się na trzech zasadniczych krokach. (1) dotarciu do grupy docelowej, (2) wstępnej rozmowie kwalifikacyjnej o motywującym charakterze z kandydatem do programu i jego rodzicem/opiekunem prawnym, (3) ośmiogodzinnej pracy zajęciowej w niewielkiej grupie (6-12 osób) koordynowanej przez dwóch trenerów posiadających odpowiednie przygotowanie merytoryczne i kwalifikacje formalne.

REZULTATY

Założenia pracy według metody wczesnej interwencji i krótkiej interwencji umożliwiają szybkie wychwycenie narastającego problemu, co w efekcie zwiększa możliwość na jego zupełną eliminację.



Głównym celem oddziaływań programu jest przeciwdziałanie możliwości rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych u młodej osoby. Dzięki odpowiednio opracowanym ćwiczeniom warsztatowym opracowanym na podstawie ram teoretycznych i odbywających się w duchu dialogu motywującego uczestnik ma szansę na wypracowanie nowego, solidnego podejścia wobec używania substancji psychoaktywnych. Do przewidywanych rezultatów można zakwalifikować zatem zwiększenie rzetelnej wiedzy na temat tych substancji, a także prawa narkotykowego i konsekwencji prawnych wynikających z używania narkotyków. Przy okazji odbywa się praca nad samoświadomością oraz samoakceptacją. Rozwijane są umiejętności odnajdowania alternatywnych źródeł przyjemności i metod spędzania wolnego czasu.

W praktyce udział w programie wiąże się także z pomyślnymi dla uczestnika korzyściami dotyczącymi jego sytuacji: możliwością umorzenia postępowania karnego, złagodzenia oddziaływań dyscyplinarnych (w szkole lub w pracy).

SKUTECZNOŚĆ

Dzięki oparciu na solidnych fundamentach teoretycznych, długoletniej praktyce, stałym udoskonaleniom oraz rzetelnych wynikach ewaluacji świadczącej o jego skuteczności, FRED GOES NET uzyskał standardy poziomu I w nurcie profilaktyki selektywnej. Oznacza to, iż program figuruje m.in. w europejskiej bazie programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności, uzyskał rekomendacje Komisji Zdrowia UE, a na gruncie polskim – Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. ●

TESTY NA OBECNOŚĆ THC



To, jak długo można wykryć w organizmie ślady palenia marihuany zależy od tego, jak często ktoś pali marihuanę, jaki płyn organiczny jest badany i jakiej jakości jest test:

ŚLINA: do 72 godzin (ale już od 10 min.) od użycia;

KREW: 2-3 dni od użycia (przy umiarkowanym używaniu) i nawet do 2 tygodni (przy regularnym używaniu);

MOCZ: do 3 dni (po jednorazowym zażyciu) i do 2 miesięcy (przy długotrwałym używaniu).

Regularne palenie można zidentyfikować na podstawie próbki **WŁOSÓW** (w zależności od długości owłosienia) nawet do kilku lat.

Program FRED GOES NET stanowi formę pomocy, która umiejscowiona jest pomiędzy najbardziej ogólną formą oddziaływań profilaktycznych (profilaktyka uniwersalna) a specjalistycznymi formami leczenia (np. terapią uzależnień). Poszerza wiedzę na temat szkodliwości używania substancji psychoaktywnych i pomaga w krytycznym spojrzeniu na narkotyki.



WYKAZ PLACÓWEK AMBULATORYJNYCH UDZIELAJĄCYCH POMOCY Z PROBLEMEM NARKOTYKOWYM NA TERENIE WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie

ul. Św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków

telefon: 124306135, e-mail: poradnia@monar.krakow.pl

www.monar.krakow.pl

Placówka realizuje program FRED GOES NET (fredgoesnet.krakow@gmail.com, tel. 790 726 960)

Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej PARASOL

ul. Rakowicka 10a, 31-511 Kraków

telefon: 12 430 03 18, e-mail: info@parasol.org.pl

www.parasolowecentrumterapii.pl

Placówka realizuje program FRED GOES NET (fredteamkrakow@gmail.com)

Małopolski Ośrodek Fundacji PRAESTERNO

Al. Pokoju 7, 31-548 Kraków

telefon: 12 418 08 1, email: krakow@praesterno.pl

www.krakow.praesterno.pl/

Placówka realizuje program CANDIS

Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień

Stoczniovców 7, 30-709 Kraków

telefon: 12 262 95 49, e-mail: mcpilu@wp.pl,

Placówka realizuje program CANDIS oraz FRED GOES NET (smus@vp.pl)

Poradnia Leczenia Uzależnień.

Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych dla Dzieci i Młodzieży.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie

ul. Śniadeckich 3, 31-531, Kraków

telefon: 12 424 87 43, e-mail: rejestracja.psychiatriadoroslych@su.krakow.pl

www.su.krakow.pl/jednostki/poradnie

Oddział Dzienny Leczenia Uzależnień.

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

ul. Olszańska 5, 31-000 Kraków

telefon: 12 422 56 74, e-mail: ecwiertnia@su.krakow.pl

www.su.krakow.pl

SNZOZ UNIMED Poradnia Leczenia Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

ul. Młodej Polski 7, 30-131 Kraków

telefon: 12 415 81 12, e-mail: rejestracja@unimed-nzoz.pl,

www.unimed-nzoz.pl

Placówka realizuje program CANDIS

Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień

Ośrodek Psychoterapii Uzależnień i Współuzależnienia

Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień

ul. Wielicka 73, 30-552 Kraków

telefon: 12 425 57 47, e-mail: poradnia@kctu.pl

www.kctu.pl

Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie SP. Z O.O., Centrum Zdrowia Psychicznego, Lecznictwo Ambulatoryjne, Poradnia Leczenia Uzależnień

ul. os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków

telefon: 126468317, e-mail: plu@rydygierkrakow.pl

www.rydygierkrakow.pl

Centrum Terapii Uzależnień w Gorlicach

ul. Szpitalna 10A, 38-300 Gorlice

telefon: 18 352 77 45, e-mail: spotuiw@wp.pl

www.ctu.gorlice.pl

Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień

ul. Waryńskiego 1, 33-300 Nowy Sącz

telefon: 18 442 02 87, e-mail: nsodwyk@szpital-krynica.pl

Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyczno-Konsultacyjna

ul. Narutowicza 6, 33-300 Nowy Sącz

telefon: 18 443-74-44, email: monarnowysacz@inetrpia.pl

Poradnia Psychologii Zdrowia i Trzeźwości dla Dzieci i Młodzieży w Nowym Sączu.

(placówka działa w ramach Szpitala im. Dr. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju)

ul. L. Waryńskiego 1, 33-300 Nowy Sącz

telefon: 018 442 02 87, e-mail: spzoz@szpital-krynica.pl

www.szpital-krynica.pl

Centrum Profilaktyki Społecznej

ul. Wojtyłów 4, 34-100 Wadowice

telefon: 69 278 19 28

Placówka realizuje program FRED GOES NET

POLECANA LITERATURA POLSKOJĘZYCZNA

„*Marihuana i obłąd*” – David Castle, Robin M. Murray, Deepak Cyril D’Souza, Wydawnictwo MEDIPAGE, 2013

„*Marihuana. Pierwsze dwanaście tysięcy lat*” – Ernest L. Abel, Wydawnictwo LATAWIEC, 2010

„*Zrozumieć marihuanę. Nowe spojrzenie na badania naukowe*” – Mitch Earlewine, Wydawnictwo CIEŃ KSZTAŁTU, 2014

„*Magazyn MNB. Marihuana: mity i fakty*” – pod redakcją Grzegorza Wodowskiego, Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym, 2011

„*Medyczna marihuana. Historia hipokryzji*” – Dorota Rogowska-Szadkowska, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, 2016

„*CANDIS. Modułowy program terapii dla problemowych użytkowników przetworów konopi*” (podręcznik) – praca zbiorowa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2013

„*Marihuana i Medycyna*” – Michael Backes, Wydawnictwo PURANA, 2015

„*A w konopiach strach*” – Jerzy Vetulani, Maria Mazurek, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2016

„*Marek Bachański, doktor od spraw niemożliwych. Cała prawda o leczeniu marihuaną*” – Dorota Mirska-Królikowska, Wydawnictwo EDIPRESSE, 2017

„*Czy marihuana jest z konopi?*” – Kamil Sipowicz, Wydawnictwo BAOBAB, 2011

AUTORZY

FILIP DUSKI

Adwokat i doktor nauk prawnych. W ramach prowadzonej praktyki adwokackiej specjalizuje się w sprawach karnych związanych z narkotykami. Udziela porad prawnych w DROP-IN Krakowska 19.

HONORATA HARSCHÉ-ZARZECZNY

Pedagog resocjalizacji. Koordynuje i realizuje program Fred Goes Net w Poradni MONAR w Krakowie, wychowawca w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu socjalizacyjnego.

KATARZYNA KRZYKAWSKA

Pedagog, specjalista psychoterapii uzależnień i psychoterapeuta. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim i w Poradni MONAR w Krakowie. Działa w Sekcji Naukowej Psychoterapii i Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

NATALIA MAGRETA – ŁUPIŃSKA

Politolog i specjalista psychoterapii uzależnień. Na co dzień realizuje program CANDIS. Prezes Polskiej Fundacji Ochrony i Promocji Zdrowia.

BARTOSZ MICHALEWSKI

Historyk, pedagog resocjalizacji, psychoterapeuta w trakcie szkolenia. Pracuje w Poradni MONAR w Krakowie i w projekcie DROP-IN Krakowska 19.

GRZEGORZ WODOWSKI

Socjolog, pracownik socjalny i specjalista psychoterapii uzależnień. Prowadzi Poradnię MONAR w Krakowie.

STANISŁAW ŻOŁĄDEK

Psychiatra, pracownik Katedry Psychiatrii UJ CM, Poradni MONAR i Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Psychoterapeuta (w trakcie szkolenia). Związany ze Stowarzyszeniem Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat”.

Trzymacie Państwo w ręku publikację w całości poświęconą marihuanie, zagrożeniom wynikającym z jej używania, jak również sposobom wczesnej interwencji na poziomie zapobiegania. Polecamy ją przede wszystkim rodzicom nastolatków i nauczycielom, którzy na co dzień pracują z młodzieżą. Zdajemy sobie sprawę z tego, jak niełatwe bywają rozmowy z młodymi ludźmi o narkotykach, a marihuana jest tematem szczególnie trudnym. Mamy tu do czynienia z mnóstwem kontrowersji i niejednoznacznych, wręcz przeciwnych opinii, publikowanych nie tylko na portalach internetowych, ale także w poważnej literaturze naukowej. Dodatkowo odrębny rozdział publikacji poświęciliśmy syntetycznym kannabinoidom, substancjom naśladującym działanie marihuany, które pojawiły się jako tzw. dopalacze i spowodowały niewspółmiernie większe zagrożenie dla zdrowia młodych ludzi eksperymentujących z narkotykami.



ISBN 978-83-956070-1-1



9 788395 607011

Wersja online:
www.monar.krakow.pl/pub