

Używanie poszczególnych rodzajów narkotyków przez młodzież: wzory i konsekwencje

Use of various kinds of drugs by adolescents: patterns and consequences

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Anna Borucka, Celina Brykczyńska, Agnieszka Pisarska

Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Abstract – Introduction. The study aimed at qualitative analysis of patterns and consequences of various psychoactive substances use by teenagers.

Method. The analysis is based on interviews with adolescents (13–19 years old) selected from 1344 individuals who during the past year used at least once illicit drugs. Data from 169 respondents for whom the main drug was: cannabis (N = 68), amphetamine (N = 48), ecstasy (N = 13), glue and other chemical substances (N = 16), psychoactive medicines (N = 20) and hallucinogenic mushrooms (N = 4) were analyzed.

Results. Findings point out that multiple-drug use among teenagers is the most prevalent pattern reported. Relatively few adolescents use only one drug or use one drug significantly more often than others. For drug users alcohol drinking is a serious problem, as well. Characteristics of adolescents using particular drugs, typical patterns and consequences related to specific substance use and severity (occasional, problematic, dependence) are highlighted.

Study results support efforts to sensitize parents and caregivers to watch out for signs of drug use by adolescents and provide them with information and appropriate guidelines how to cope with such situations in a constructive way.

Key words: drugs, adolescents, patterns of use, consequences of use

Streszczenie – Wprowadzenie. Celem badań była jakościowa analiza wzorów i konsekwencji używania przez nastolatków różnego rodzaju substancji psychoaktywnych.

Metoda. Wykorzystano wywiady z nastolatkami (w wieku 13–19 lat) wybranymi spośród 1344 osób, które w ciągu ostatniego roku przynajmniej raz używały substancji psychoaktywnych. Przeanalizowano dane 169 respondentów, dla których głównym środkiem była: marihuana (N = 68), amfetamina (N = 48), ekstazy (N = 13), kleje i inne substancje chemiczne (N = 16), leki psychoaktywne (N = 20), grzyby halucynogenne (N = 4).

Wyniki. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że wśród nastolatków najbardziej rozpowszechnionym wzorem używania jest politoksykomania – stosunkowo nieliczni sięgają tylko po jeden narkotyk lub jednej substancji używają zdecydowanie częściej niż innych. Wśród nastolatków biorących narkotyki poważnym problemem jest też picie alkoholu. Przeprowadzone analizy pozwalają określić charakterystyczne cechy osób sięgających po poszczególne substancje i określić typowe wzory oraz konsekwencje odurzania się każdą z nich, w zależności od tego, czy używanie ma charakter okazjonalny, problemowy czy uzależnienia.

Praca w całości finansowana ze środków budżetowych na naukę w 2007 roku w ramach projektu statutowego IPiN pt. „Wzory i konsekwencje używania przetworów konopi i innych narkotyków przez dorastających”.

Wnioski z badań świadczą o konieczności uwrażliwienia rodziców i opiekunów dorastających na sygnały świadczące o używaniu narkotyków oraz wskazania im możliwych sposobów konstruktywnego reagowania na takie zachowania.

Słowa kluczowe: substancje psychoaktywne, młodzież, wzory używania, konsekwencje używania

WPROWADZENIE

W Polsce prowadzi się wiele badań, które pozwalają na określenie rozmiarów używania środków odurzających przez nastolatków (np. 1, 2, 3). Niektóre badania epidemiologiczne umożliwiają też obserwowanie wielkości zmian w czasie (4, 5, 6) albo porównanie rozpowszechnienia zachowań związanych z używaniem narkotyków w różnych środowiskach (7). Znacznie mniej jest badań jakościowych, pozwalających zgłębić charakter zjawiska sięgania przez dorastającą młodzież po substancje psychoaktywne. W ostatnich latach zrealizowano kilka takich projektów, przy czym dotyczyły one przeważnie picia alkoholu. Sierosławski i Zieliński (8) przeanalizowali znaczenie picia alkoholu przez nastolatków oraz sytuacje, w jakich młodzi ludzie najczęściej sięgają po alkohol (np. imprezy, koncerty, wizyty w pubach). Okoliczności picia alkoholu i sposoby zdobywania trunków były też przedmiotem badań odnoszących się do młodszych nastolatków (9).

Badania dotyczące specyficznie nielegalnych substancji psychoaktywnych były prowadzone raczej wśród osób pełnoletnich regularnie używających narkotyków niż wśród nastolatków (10, 11). Młodzież szkolną częściej pytano o opinie na temat narkotyków, niż o własne doświadczenia związane z ich używaniem (12). Do wyjątków należy badanie Kocoń i wsp. (13), w którym przedstawiono kwestię używania narkotyków z perspektywy nastolatków mających własne doświadczenia w tym zakresie.

Cel badań

Celem prezentowanych badań była jakościowa analiza wzorów i konsekwencji używania przez nastolatków różnego rodzaju substancji psychoaktywnych, czyli określenie elementów charakterystycznych dla używania: marihuany, amfetaminy, substancji wziewnych i innych. W związku z tym poszukiwano osób, które używały wyłącznie jednego z tych środków lub po jeden z nich sięgały częściej niż po pozostałe. Taki dobór próby pozwala powiązać problemy, jakich doświadczają respondenci z rodzajem substancji i intensywnością jej używania.

MATERIAŁ I METODA

W badaniach wykorzystano materiał zebrany w 2004 roku w związku z realizacją projektu „Walidacja testów przesiewowych umożliwiających rozpoznawanie problemowego używania przetworów konopi i innych narkotyków przez nastolatków”

(14, 15). Projekt ten był finansowany ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a Dyrektor Biura wyraził zgodę na dalszą analizę materiału w ramach prac statutowych IPiN.

Badaniami objęto młodzież (N = 1344) trudno dostępną w typowych, ankietowych badaniach szkolnych. Respondenci to nastolatki (chłopcy i dziewczęta) w wieku 13–19 lat, które w czasie 12 miesięcy poprzedzających badanie używały różnego rodzaju substancji psychoaktywnych (oprócz alkoholu i papierosów). Większość z nich (89%) nie była objęta żadną formą pomocy specjalistycznej w związku z używaniem narkotyków (16).

Respondentów dobierano metodą „kuli śniegowej” w losowo wybranych miejscowościach¹. Informowano ich o celu prowadzonych badań i poufności danych. W badaniach uczestniczyły więc tylko te osoby, które wyraziły na to zgodę.

Respondenci wypełniali ankietę dotyczącą używania substancji odurzających w ostatnich 12 miesiącach, a następnie realizator badań przeprowadzał indywidualny wywiad, którego celem było określenie fazy używania (używanie okazjonalne, problemowe lub uzależnienie). Informacje uzyskane w trakcie wywiadu i ostateczną diagnozę wpisywano do „Arkusza wyników diagnozy”.

Realizatorami badań byli specjalnie do tego przygotowani pracownicy lub współpracownicy organizacji pozarządowych, zajmujących się terapią i profilaktyką uzależnień i pracownicy poradni uzależnień ZOZ. Badania prowadzono przede wszystkim w środowisku respondentów: głównie w szkołach, mieszkaniach prywatnych, pubach, a także na „blokowisku”, w parku, klubie osiedlowym, w okolicy dyskoteki, na rynku.

Charakterystyka materiału do analiz jakościowych

Materiał do analiz jakościowych został zebrany w postaci strukturalizowanych opisów wywiadów indywidualnych. Opisy sporządzali specjaliści profilaktyki i terapii uzależnień, którzy przeprowadzali wywiady. W odniesieniu do każdego respondenta opracowywali „Arkusze wyników diagnozy”, w którym uwzględniano następujące wymiary:

1. aktualny wzór używania przetworów konopi i innych substancji psychoaktywnych (rodzaj narkotyków używanych w ostatnich 12 miesiącach i sposób ich używania – częstość, ilość, kombinacje),
2. historię używania przetworów konopi i innych substancji psychoaktywnych (od kiedy używa, jak zmieniał się sposób używania),
3. zmiany w sferze relacji z otoczeniem związane z używaniem konopi lub innych substancji psychoaktywnych (pogorszenie kontaktu z rodzicami albo z rodzeństwem, zmiana przyjaciół lub relacji z nimi, gorsze funkcjonowanie w szkole, upośledzenie kontroli zachowania, problemy prawne, problemy finansowe – zmiany w strukturze dochodów i wydatków),

¹ Szczegółowy opis procedury badań jest przedstawiony w artykule Bobrowskiego w tym numerze AiN (16)

4. zmiany w funkcjonowaniu psychofizycznym związane z używaniem konopi lub innych substancji psychoaktywnych (zmiany w obszarze snu i jedzenia, zmiany w funkcjonowaniu poznawczym),
5. inne zmiany związane z używaniem przetworów konopi lub innych substancji psychoaktywnych (jakie zmiany?),
6. diagnozę fazy używania przetworów konopi i innych substancji psychoaktywnych.

Używanie okazjonalne definiowano jako używanie sporadyczne, w małych ilościach i nie prowadzące do powstania szkód zdrowotnych lub społecznych (17, 18). Przy czym, kluczowe znaczenie miało niestwierdzenie szkód zdrowotnych lub społecznych.

Używanie problemowe oznacza używanie na tyle ważne dla nastolatka, że prowadzi do zmian w jego stylu życia i orientacji życiowej (19). W niniejszych badaniach definicja i kryteria diagnostyczne „używania problemowego” były szczegółowo opisane w instrukcji dla realizatorów.

Uzależnienie diagnozowano na podstawie kryteriów ICD-10.

Procedura wyłonienia analizowanej próby

Wstępną selekcję przeprowadzono na podstawie metryczki i analizy odpowiedzi na jedno z pytań wypełnianej przez respondentów ankiety. Pytanie to dotyczyło tego, ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło się respondentom używać w ostatnich 12 miesiącach różnego rodzaju substancji psychoaktywnych. Wybrano osoby, które przyznały się do używania albo tylko jednej substancji albo jednej zdecydowanie częściej niż innych. W pierwszym etapie wybrano wszystkie osoby, które stwierdziły, że używały tylko jednego z wymienionych środków. Wyłoniono w ten sposób następujące grupy:

- osoby, które używały wyłącznie marihuany, haszyszu lub innych przetworów konopi (N = 348); z tej grupy do analiz jakościowych wybrano losowo 10%, czyli 35 osób,
- osoby, które używały wyłącznie amfetaminy (N = 9),
- osoby, które używały wyłącznie ekstazy (N = 7),
- osoby, które używały wyłącznie grzybów halucynogennych (N = 4),
- osoby, które używały wyłącznie kleju, aerozolu lub innych substancji chemicznych (N = 5),
- Osoby, które używały wyłącznie leków uspokajających i nasennych bez zalecenia lekarza (N = 9).

W kolejnym etapie wybrano osoby, które używały jednej w wymienionych w ankiecie substancji przynajmniej 20 razy w ostatnich 12 miesiącach, a po inne substancje sięgały rzadziej. Wyłoniono osoby, dla których podstawowym środkiem psychoaktywnym były:

- przetwory konopi (N = 332) – z tej grupy do analiz jakościowych wybrano losowo 10%, czyli 33 osoby,

- amfetamina (N = 39),
 - ekstazy (N = 6),
 - klej, aerozol lub inne środki chemiczne (N = 11),
 - leki uspokajające lub nasenne nieprzepisane przez lekarza (N = 11).
- W sumie z grupy 1344 osób do analiz jakościowych wybrano 169 osób.

Analiza danych

Analiza wyselekcjonowanego materiału była prowadzona w kilku etapach:

1. Ustalenie kategorii opisu informacji z wywiadów. Obejmowały one dane demograficzne (wiek, płeć, wielkość miejscowości zamieszkania), informację o miejscu, w którym prowadzony był wywiad oraz opis sposobu używania narkotyku/narkotyków i ponoszone w związku z tym konsekwencje.
2. Przyporządkowywanie wszystkich zebranych informacji do poszczególnych kategorii.
3. Sprawdzenie trafności kategoryzacji (analiza materiału przez drugiego badacza).
4. Interpretacja wyników prowadzona niezależnie przez dwóch badaczy.

WYNIKI

Używanie marihuany i innych przetworów konopi

Osoby sięgające wyłącznie po marihuanę i takie, dla których marihuana to główna, choć nie jedyna, substancja psychoaktywna, były w bardzo zróżnicowanym wieku: od 13 do 18 lat. Niektórzy zapalili marihuanę najwyżej jeden lub dwa razy. Ale byli też tacy, którzy używali ją od roku do 5 lat. Pierwszy kontakt z marihuaną był zazwyczaj przypadkowy: częstowanie przez znajomych, na imprezie, przed koncertem, w czasie wakacji.

Użytkownicy okazjonalni

Użytkownicy okazjonalni to osoby, które przeważnie sięgały po marihuanę 1–2 razy w miesiącu, często pijąc przy tym alkohol. Niektórzy palili tylko w czasie wakacji. Jeden z respondentów, palący od 5 lat (głównie na imprezach z przyjaciółmi, ale czasem w samotności), twierdził, że „to zdrowsze niż upijanie się alkoholem” (M, 18)² i bardziej opłacalne finansowo – nie pali tytoniu więc na własne przyjemności wydaje mniej niż większość jego rówieśników.

Ci, którzy sięgali też po inne narkotyki, palili „trawkę” nieco częściej – kilka razy w tygodniu. Inne narkotyki, jakich zdarzyło im się użyć, to amfetamina, ekstazy i/lub substancje wziewne (klej, gaz do zapalniczek). Poważnym problemem

² Użyte w nawiasach oznaczenia określają płeć (M – mężczyzna, K – kobieta) i wiek respondenta

części tych osób było nadużywanie alkoholu. Na przykład 15-letni chłopiec, przynajmniej się do „popalania” marihuany w weekendy, twierdził, że wypija przy tym od ¼ do ½ litra wódki. Gdy był pod wpływem alkoholu został okradziony, miał niechciany stosunek seksualny, a z powodu kaca wiele razy opuszczał lekcje i w efekcie musiał powtarzać klasę.

Alkohol i wagary były częstym powodem awantur z rodzicami, którzy zwykle nic nie wiedzieli o paleniu marihuany i w związku z tym, ten temat nie był podnoszony w rozmowach.

Użytkownicy problemowi

Problemowi użytkownicy marihuany palili przynajmniej od roku, a przeważnie od 2 do 4 lat. Siegali po marihuanę dość często – nawet kilka razy w tygodniu. Do regularnego palenia przechodzili mniej więcej po 6–12 miesiącach od pierwszej próby. A ci, którzy palili codziennie, doszli do takiej częstotliwości po roku – 2 latach. Niektórzy ilość marihuany przyjmowaną przy jednej okazji określali jako 1–2 „machy”. Inni twierdzili, że wypalają przeważnie od ¼ do jednego grama. Zwykle palili w weekendy, wieczorami i w towarzystwie. Ale byli też tacy, którzy uciekali ze szkoły, żeby zapalić albo całkowicie opuszczali zajęcia lub spóźniali się do szkoły, gdy przed południem dopalali to, co „zostało po imprezie” (M, 18). Niektórzy palili więcej w czasie wakacji, a w roku szkolnym mieli nawet kilkumiesięczne okresy abstynencji. Zdarzało się też nasilenie palenia w związku z trudną sytuacją życiową, np. zawodem miłosnym (M, 16).

Problemy, jakich najczęściej doświadczali użytkownicy problemowi były właśnie związane z opuszczaniem lekcji, co prowadziło do gorszych wyników w nauce i konfliktów z nauczycielami. Czasami, zdaniem respondentów, nauczyciele domyślali się, że przyczyną trudności są narkotyki. Zdarzało się, że zawierali „układ” z uczniem, np. 15-latką obiecała pani pedagog, że nie będzie brała narkotyków, a przynajmniej, że znacznie ograniczy palenie marihuany, w zamian nauczycielka pomogła jej przejść do następnej klasy i nie powiedziała rodzicom o narkotykach. Bywało, że szkoła informowała rodziców o swoich podejrzeniach, związanych z używaniem przez ucznia narkotyków, a wtedy pogorszeniu ulegały również relacje w rodzinie.

Rodzice osób sięgających wyłącznie po przetwory konopi bardzo rzadko sami rozpoznawali, że ich dziecko ma problem z narkotykami. W analizowanym materiale nie było ani jednego opisu takiego przypadku. Zdarzało się natomiast, że dowiadywali się o tym albo od nauczycieli, albo od policji. Podejmowali wtedy próby rozwiązania problemu, np. „wyrażając troskę, niepokój, a czasami ograniczając kieszonkowe” (M, 18). Jedna z matek „kiedy wyszło na jaw, że syn pali, była kilka razy w szkole, rozmawiała z pedagogiem, tłumaczyła, że w domu jest trudna sytuacja [choroba alkoholowa męża] i prosiła żeby *patrzyli na niego przez palce*” (M, 15). Byli też rodzice, przynajmniej zdaniem dzieci, odnoszący się z większym „rozumieniem” do palenia marihuany. Jeden z respondentów twierdził, że „udało mu się wytłumaczyć, dlaczego to robi [pali marihuanę]. [Rodzice] nie mają już do niego pełnego zaufania, ale jest nienajgorzej” (M, 18).

Zmiany w funkcjonowaniu w szkole i w relacjach z rodzicami to właściwie jedyne konsekwencje problemowego używania marihuany wśród osób, które nie sięgały po inne środki. Kłopoty z policją, np. spisanie za zbyt głośne zachowanie wieczorem na ulicy (M, 17), wiązały się z używaniem marihuany łącznie z alkoholem.

Osoby biorące marihuanę problemowo i sięgające po inne środki psychoaktywne mówiły, że na narkotyki wydają dużo pieniędzy. „Na marihuanę łatwiej się zrzucić” (M, 17), a czasami jest się „częstowanym” (K, 15), ale inne narkotyki (amfetaminę, ekstazy, sterydy, LSD) trzeba raczej kupować samodzielnie (K, 16; K, 17). Ci, którzy dysponowali znaczną gotówką, nie uważali spraw finansowych za problem. Na przykład 16-latek, który na narkotyki wydawał całe kieszonkowe, twierdził, że to jego „świadomy wybór, bo nie ma innych potrzeb”. Osoby z gorszą sytuacją finansową „kombinują” – wyłudniają od rodziców pieniądze, np. na kino lub słodycze (K, 15) i/lub pośredniczą w handlu narkotykami (K, 15). Zdarzało się też, że z braku pieniędzy na jakiś czas przestawali palić (K, 15), np. gdy „rodzice cofnęli kieszonkowe” (K, 17).

Respondenci używający wyłącznie marihuany podkreślali, że właściwie od pierwszej „lufki” byli zadowoleni z uzyskanych efektów. Czuli się „swobodnie, bez kłopotów” (M, 17), bardziej rozluźnieni i rozbawieni” (M, 18) i uważali, że „tylko marihuana daje to COŚ” (K, 15). Natomiast niektóre osoby sięgające też po inne substancje psychoaktywne przyznawały, że miały kłopoty z koncentracją, kojarzeniem faktów, przyswajaniem nowych informacji. Często czuły się zmęczone. Zdarzały się im stany lękowe – „budzę się w nocy złana potem i z uczuciem lęku” (K, 15) i urojenia – „jestem śledzona przez policję, chociaż nigdy nie miałam z nią do czynienia” (K, 17), „nawiedzają mnie jakieś myśli, wydarzenia, zwidy” (M, 17).

Osoby uzależnione

Uzależnienie od marihuany rozpoznano u osób palących od 3 do 4 lat (i nie sięgających po inne narkotyki). Palili oni coraz częściej, a w ostatnim roku – codziennie, przeważnie w samotności, około 2 „lufki” dziennie. Zdarzały im się też kilkudniowe „ciągi” i przerwy w paleniu do 3 tygodni. Wspólnymi dla wszystkich respondentów objawami uzależnienia były: wzrost tolerancji i używanie marihuany pomimo szkód, tj. częstych kłótni w domu i wyraźnego pogorszenia wyników w nauce. A także wysoce ryzykowne zachowania, jak np. bardzo szybka jazda samochodem kolegi bez prawa jazdy (M, 17). Poza tym wystąpiły takie objawy jak używanie ograniczające jakąkolwiek inną aktywność i zainteresowania (M, 13) oraz przymus brania: powrót do marihuany nawet po dłuższej przerwie, np. spowodowanej tym, że rodzice dowiedzieli się o braniu narkotyków (K, 17) i stwierdzenia typu „nie wyobrażam sobie dyskoteki bez marihuany” (K, 17).

Osoby uzależnione od przetworów konopi, które (okazjonalnie lub problemowo) sięgały po inne środki, paliły „trawę” od 2 do 5 lat. Przeważnie codziennie, nawet 3–5 razy na dzień (M, 18). Nieco rzadziej (prawie codziennie) sięgali po marihuanę, np. gdy nie mogli wychodzić z domu (M, 16). Niektórzy mówili, że palą

„dużo (...) szczególnie *polaczka*” (M, 16). Inni określali ilość narkotyku bardziej precyzyjnie: 1–2 skręty (K, 17), 4–5 skrętów dziennie (M, 13).

Diagnozę uzależnienia postawiono też 13-latce, która pierwszy kontakt z marihuaną miała zaledwie 7 miesięcy wcześniej. Dziewczynka ta od początku paliła co 3–4 dni, 1–2 razy dziennie „w zależności od okazji, potrzeby – przed południem, po lekcjach, wieczorem, samotnie i w grupie kolegów i koleżanek (...) 1–2 wciągnięcia z fajki”. Taki wzór używania doprowadził do utraty kontroli, przymusu używania, pochłonięcia sprawami związanymi z narkotykami i do brania pomimo szkód (trzy sprawy w sądzie dla nieletnich, konflikty z rodziną i przyjaciółmi, gorsze wyniki w nauce, pogorszenie nastroju, utrata przytomności (po Clonazepamie i alkoholu).

Używanie amfetaminy

Osoby używające wyłącznie amfetaminę miały przeważnie 17–18 lat (choć zdarzały się i młodsze). Część z nich spróbowała amfetaminy tylko raz w życiu, przy czym powody ku temu były bardzo różne, np. żeby „szybciej i bardziej efektywnie nauczyć na kilka klasówek w tym samym tygodniu” (K, 17) albo do egzaminu wstępnego (M, 18). Inni wzięli na imprezie (M, 18), jeszcze inni „z ciekawości” (M, 14). Osoby, które potraktowały amfetaminę jak środek wspomagający uczenie się wzięły ją samotnie w domu, pozostali – razem ze znajomymi.

Użytkownicy okazjonalni

Staż w używaniu amfetaminy wahał się od 6 miesięcy do 2 lat (dotyczyło to też osób, które okazjonalnie sięgały po marihuanę). Dla niektórych wzięcie amfetaminy było ściśle związane z okolicznościami i sami raczej tego nie planowali, jak np. 18-letni chłopak, którego „znajomi długo namawiali do spróbowania narkotyku (...) przekonała go koleżanka”, ale „nie jest pewien, czy będzie dalej brać”. Inni brali dość regularnie, 1–2 razy w miesiącu na dyskotekach. Dzięki temu lepiej znosili „całonocne dyskoteki, nie czuli zmęczenia i senności, rozsadzała ich energia” (M, 14) i mogli „się bawić do rana” (K, 16). Gdy brali amfetaminę, to tylko sporadycznie pili alkohol. Chociaż byli też tacy, których prawdopodobnie należałoby uznać za osoby z problemem alkoholowym (pili często i doświadczali różnych przykrych skutków nadużywania alkoholu, jak np. konflikty z rodzicami, kłótnie i bójkę z kolegami, kłopoty z policją, pogorszenie ocen) i którym zdarzyło się spróbować amfetaminę tylko raz (M, 14).

Rodzice zwykle nic nie wiedzieli o kontaktach dziecka z narkotykami. Wiedzieli natomiast o picciu alkoholu (M, 14; M, 15; M, 16), albo o spóźnieniach do szkoły (M, 17), co było powodem konfliktów w domu.

Użytkownicy problemowi

Rodzice nie wiedzieli też o problemowym używaniu amfetaminy. Jak to ujęła jedna z respondentek: byli przekonani, „że jest mądrą dziewczynką i w nic się nie wpakuje” (K, 16). Tymczasem córka od 2 lat brała amfetaminę (zaczęła, gdy się

odchudzała), przynajmniej raz w tygodniu, w piątek lub w sobotę. Na amfetaminę wydawała właściwie całe kieszonkowe, niczego innego sobie nie kupując. Dostrzegła nieprzyjemne konsekwencje używania narkotyku: „po dwudniowym braniu czuję się obserwowana”. Ale to i sporadyczne nieprzygotowanie do klasówek to jedyne konsekwencje. W przypadku innych problemowych użytkowników amfetaminy zmiany w funkcjonowaniu były związane z traktowaniem tej substancji jako panaceum na wszystkie życiowe problemy („bierze, gdy jej się nic nie chce, albo na dyskotecę lub przed egzaminem”, K, 17) i na rozregulowanie rytmu dnia i nocy.

Osoby uzależnione

Dziewczęta uzależnione od amfetaminy miały przeważnie 16–18, a chłopcy – 17–18 lat. Jednak uzależnienie było rozpoznawane nawet u 14–15-latków. Przeważający okres używania to 1–2 lata, diagnozę uzależnienia stawiano też osobom używającym tej substancji zaledwie kilka miesięcy (od 3 do 8) lub znacznie dłużej – od 3 do 4 lat.

Osoby uzależnione, z kilkumiesięcznym stażem brania, zanim sięgnęły po amfetaminę sporadycznie („improwo”) paliły marihuanę. Amfetaminę od początku brały często: nie rzadziej niż co 2–3 dni albo codziennie, a nawet „3 razy dziennie przez 3 miesiące” (K, 18), „3 razy dziennie po około 1,5 grama” (M, 14). Zdarzały im się kilkudniowe przerwy, w czasie których nie brały narkotyków albo sięgały po środki zastępcze, np. po „tzw. melanz – alkohol, konopie, tabletki uspokajające i nasenne” (K, 16).

Ci, którzy brali amfetaminę rok lub dłużej, początkowo sięgali po nią okazjonalnie i stopniowo zwiększali częstość używania. Część z nich w czasie, kiedy rozpoznano u nich uzależnienie, brała amfetaminę regularnie co 2–3 dni lub przez 3–4 dni codziennie, a potem następowała również kilkudniowa przerwa. Inne osoby używały amfetaminy codziennie. Jak mówiły „czas i miejsce brania narkotyków nie mają znaczenia” (K, 14), „szkoła nie jest hamulcem – biorę w czasie przerw” (M, 18).

Osoby uzależnione od amfetaminy piły też w znacznych ilościach alkohol, paliły papierosy, marihuanę i często sięgały po leki psychoaktywne. Gdy nadarzała się okazja brały inne narkotyki – *brown sugar*, *crack*, ekstazy, kleje, LSD, grzyby halucynogenne.

Jednorazowe dawki amfetaminy respondenci określali w granicach od 0,3 do 2 gramów. Na narkotyki wydawali bardzo dużo pieniędzy, przeważnie wyłudzonych od rodziców lub uzyskanych ze sprzedaży własnych rzeczy. Częste było okradanie rodziców lub innych bliskich osób (np. kradzież „pieniędzy ciotce”, K, 15; „sprzedałem buty kolegi”, M, 18) i zaciąganie długów („kumuluje długi u dilerów”, K, 18). Zdarzało się też, że uzależnieni sami handlowali narkotykami (M, 14; M, 17; K, 17; K, 18) lub przynajmniej próbowali „zająć się dystrybucją amfetaminy” (K, 15). Inni potrafili „zarobić”, przy czym słowo to czasami oznaczało kradzież (M, 18) lub włamania (M, 16), a czasami prostytucję (K, 18). Jedna z respondentek mówiła, że „wraz z przyjaciółmi żebrze na ulicy” (K, 16). Niektóre dziewczęta dostawały narkotyki „od starszych kolegów” (K, 14), albo koledzy je „sponsorowali”

(K, 16). Czasami też wiązały się z dilerami (K, 17), co rozwiązywało ich kłopoty ze zdobywaniem narkotyku. Byli i tacy, którzy podejmowali uczciwe prace doradcze, jak np. „zrzucanie węgla sąsiadom” (M, 17).

Zebrany materiał wskazuje na powszechne w grupie osób uzależnionych od amfetaminy zaburzenia nastroju: bardzo często byli źli, agresywni i równie często popadali w stan zmęczenia, przygnębienia, apatii. Zdarzały się zachowania auto-agresywne (samookaleczenia, M, 18). Chłopcy zazwyczaj wdawali się w bójkę. Wśród dziewcząt częściej zdarzały się próby samobójcze (K, 17; K, 18). Wiele osób wspominało o „przykrych lękowych doświadczeniach” (K, 16). Mówili również o poczuciu bycia obserwowanym. Jedna z respondentek opowiadała, że „czuje się zagrożona idąc ulicą, jakby ktoś szedł za nią. Wręcz fizycznie czuje na sobie spojrzenie tej osoby” (K, 15). W relacjach pojawiały się też różnego rodzaju omamy, np. „dzwoniący telefon” (M, 17). Bardzo rozpowszechnione były zaburzenia poznawcze: „dziury w pamięci” (M, 16), kłopoty z koncentracją, „urywane myśli” (K, 16) i związane z tym problemy w szkole (pogorszenie ocen, wagary, spóźnienia). Powszechnie występowały zaburzenia snu i łaknienia. W okresie brania tracili znacznie na wadze, chudli nawet po 8–10 kg (K, 16; K, 18). U niektórych osób rozpoznano bulimię (K, 17). Pod wpływem narkotyków dochodziło do wypadków drogowych (K, 17; M, 17) i zachowywania się w sposób ryzykowny, jak np. przypadkowy seks bez zabezpieczeń (K, 15; K, 16; K, 17). Przy czym, niektórzy respondenci utrzymywali, że to jest właśnie ich celem, np. „lubię ten stan [gdy] robię rzeczy, których nie planowałam i nie chciałam, tracę przytomność” (K, 16).

W wypowiedziach osób uzależnionych od amfetaminy powtarzał się opis relacji z rodzicami, w którym była mowa o stopniowym rozluźnianiu więzi i oddalaniu się: „wyobcowanie z rodziny, unikanie rozmów, ukrywanie problemów, izolowanie się, brak zainteresowania potrzebami innych [członków rodziny], eskalujące konflikty” (K, 15). „Rodzice mało się nim interesują odkąd skończył gimnazjum. Sam już od jakiegoś czasu przestał zabiegać o kontakt z nimi. Wystarczy mu, że dostaje kieszonkowe” (M, 17). „Mieszka ze starszym bratem. Rodzice rozwiedzeni, z ojcem brak kontaktu. Matka pracuje w Niemczech. Brat nie interesuje się dziewczynką, która ma sporo niezależności czasowej i finansowej” (K, 18). „Rodzice nie interesują się córką. W związku z narkotykami coraz bardziej odsuwa się od rodziny” (K, 14).

Takich cytatów można by przytoczyć jeszcze wiele. Rodzice dostrzegali nadużywanie alkoholu, zaniedbywanie obowiązków szkolnych, coraz gorsze zachowanie w domu (wybuchy złości, późne powroty, ucieczki z domu, arogancję, gwałtowne zmiany nastroju), ale w większości przypadków nie rozpoznawali w tym objawów uzależnienia i nie reagowali. Tylko nieliczni trafnie diagnozowali sytuację i podejmowali jakieś kroki zaradcze. „Zabrali jej telefon komórkowy. Przenieśli ją do innej szkoły, żeby utrudnić kontakt z byłymi znajomymi, którzy są uzależnieni. Przeprowadzają badania” (K, 17). „Rodzice interweniowali i dlatego [syn] jest w poradni. Ale on sam nie widzi problemu” (M, 17). „Od czasu,

gdy [matka] dowiedziała się o narkotykach próbuje kontrolować syna, co prowadzi do awantur” (M, 14). Byli też rodzice, którzy o używaniu narkotyków dowiadawali się dopiero, gdy doszło do jakiegoś kryzysu, np. do zatrzymania dziecka będącego pod wpływem amfetaminy przez policję (K, 15; M, 17) lub do przedawkowania (M, 17).

Używanie kleju i innych środków chemicznych

Odurzanie się klejem lub innymi środkami wziewnymi było charakterystyczne dla młodszych nastolatków. Młodzież w wieku 13–14 lat nie sięgała po inne substancje psychoaktywne, a starsi (14–17 lat) brali np. marihuanę i alkohol, gdy było ich na to stać (M, 15). Podstawowym ich narkotykiem był butapren, natomiast po inne środki (rozpuszczalniki, aerozole, gaz do zapalniczek) sięgali zazwyczaj w sytuacji braku kleju.

W niniejszych badaniach nie spotkaliśmy osób odurzających się klejem i/lub innymi substancjami wziewnymi w sposób problemowy. Użytkownicy kleju dzielili się na dwie grupy: na okazjonalnych i uzależnionych.

Użytkownicy okazjonalni mieli do czynienia z chemikaliami najwyżej kilka razy i przynajmniej u niektórych wywołało to nieprzyjemne doznania (np. „przykre lękowe doświadczenia”, M, 14).

Osoby uzależnione odurzały się klejem od 6 miesięcy do 2 lat. Ci, z krótszym „stażem” sięgali po ten preparat regularnie 1–3 razy w tygodniu, sami albo w towarzystwie kolegów. Mimo wyraźnie widocznych dla innych niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu (np. konflikty w domu, gorsze wyniki w nauce, opuszczanie lekcji, utrata wagi, zaburzenia poznawcze) uważali, że „wacanie jest ciekawe i przyjemne” (M, 13), daje poczucie „euforii i radości” (M, 13).

Ci bardziej „zaawansowani” odurzali się codziennie, albo w 2–3-dniowych ciągach 1–2 razy w tygodniu (K, 14). Inni, jak 14-letni chłopiec, właściwie cały czas byli w ciągu. Odurzanie się zajmowało im bardzo dużo czasu. Wdychali np. „6–7 godzin dziennie lub dłużej jeżeli ktoś (...) nie przerwał” (M, 17), „codziennie, z krótkimi przerwami (...) od rana do wieczora” (K, 17). Zużywali przy tym około 5–7 tubek kleju dziennie (K, 17). Prawdopodobnie poważnym problemem dla wielu z nich było też uzależnienie od alkoholu – niektórzy pili codziennie (K, 16).

Dla rodziców wykrycie odurzania się przez dziecko klejem było znacznie łatwiejsze niż w przypadku używania innych substancji. Zdarzyło się, że matka „wyczuła podejrzany zapach i zobaczyła brudne ubranie” (M, 13) albo „przyłapała na wacaniu” (M, 15). Osoby uzależnione czasami nie kryły się już ze swoim problemem, jak 17-letnia dziewczyna, która „wacha klej przy domownikach” albo chłopak, który „często przychodzi odurzony do domu” (M, 15). Wiedza rodziców o używaniu przez dziecko środków odurzających nie przekładała się jednak na konstruktywne rozwiązanie problemu. Rodzice mieli pretensje o „nadużywanie alkoholu, nie wracanie do domu na noc” (K, 16), co prowadziło do „awantur i wybuchów złości” (K, 17). W efekcie, niektórzy starali się ograniczyć do minimum

kontakt z rodziną, np. 16-letni chłopak „często śpi poza domem, w piwnicy”, a inny „unikaj rozmów, często wychodzi z domu” (M, 13). Inni przyznawali, że rodzice stracili do nich zaufanie, w domu panuje „atmosfera kłótni, awantur, niedomówień” (M, 13), ale rodzice są generalnie bezradni (np. „prosilili policję o rozmowę z synem o narkotykach, ale rozmowa nie przyniosła efektu”, M, 17), „próbowali coś z tym zrobić, ale mało konsekwentnie” (M, 13). Prawdopodobnie ta bezsilność była w dużej mierze związana z ich własnymi problemami, polegającymi na nadużywaniu alkoholu i rozpadzie związku z partnerem (wspomina o tym wielu nastolatków używających kleju i innych środków chemicznych).

Z wypowiedzi respondentów wynika, że wielu z nich czuło się zaniedbanych przez rodziców – brak im było zainteresowania z ich strony (K, 16; M, 14), „matki nie ma non stop w domu” (M, 15) i uważali, że „relacje z rodzicami zawsze były złe” (M, 16), „bardzo luźne (...) od zawsze [a teraz] nie chcą zauważyć [problemu uzależnienia], zaprzeczają” (M, 16). Osoby prowadzące wywiady z nastolatkami spostrzegały ich osamotnienie (np. „zagubiony, potrzebuje zainteresowania i rozmowy”, M, 13).

Nastolatki uzależnione od kleju miały też bardzo ograniczone kontakty z rówieśnikami, niemal wyłącznie z tymi, którzy też „wąchają”. „Niektórzy znajomi odsunęli się” (M, 15) i to z różnych powodów, np. zmiany szkoły (M, 16) lub klasy: „nie zdała, nie odnalazła się w nowej grupie” (K, 16). „Jedni przestali z nim rozmawiać, od innych sam się odsunął, bo ciągle mówili, żeby przestał ćpać” (M, 17). Jeszcze inni po prostu nie mieli czasu na kontakty z rówieśnikami („wolny czas spędza przy kleju”, K, 17). Dla niektórych sposobem poszerzenia kręgu towarzyskiego było używanie marihuany („dzięki paleniu trawy ma też grono znajomych w szkole”, M, 15).

Czynnikiem utrudniającym dobre relacje społeczne był niewątpliwie zły stan emocjonalny użytkowników kleju. Często byli agresywni („na uwagi reaguje złością i agresją”, M, 16; „skory do bójek”, M, 15), zachowywali się nieadekwatnie do sytuacji („wybuchają śmiechem lub złością”, K, 14), nie kontrolowali swojego zachowania („w trakcie brania nie wie, co się z nim dzieje”, M, 14; „urywa mu się film”, M, 16). Doświadczali stanów lękowych, omamów wzrokowych, miewali myśli samobójcze, byli spowolnieni i apatyczni (M, 16; K, 17). Chociaż zdawali sobie sprawę z pogorszenia własnego zdrowia („coś jest nie tak”, M, 16), nie potrafili sobie pomóc. Mieli „koszmary senne budzące lęk, okresowo wymioty” (M, 16), „pogorszenie widzenia” (M, 15), „ból głowy, dysforie, mdłości, biegunki” (K, 16), „rozregulowany rytm dobowy snu, brak apetytu” (K, 17; M, 13), „często dochodziło do zaburzeń koordynacji ruchowej i integracji percepcyjno-motorycznej” (M, 13). Z powodu „trudności z koncentracją i myśleniem” (M, 15), „pogorszenia funkcjonowania intelektualnego i kłopotów z pamięcią, utraty zainteresowań, ambicji i aspiracji” (M, 13), tego, że im „nie zależy” (K, 14) mieli poważne kłopoty w szkole: „w większości jest nieobecny w szkole, od 3 tygodni w ogóle nie był w szkole” (M, 13), „słabe wyniki, mało się uczy” (M, 15), „powtarza klasę” (K, 16; K, 17; M, 16), „przeniesiony do OHP” (M, 17).

Używanie ekstazy

Użytkownicy okazjonalni

To przeważnie dziewczęta w wieku 17–19 lat. Używanie ekstazy przez nastolatków zwykle miało charakter okolicznościowy – częstowano ich na imprezie lub dyskoteci w czasie wakacji i korzystali z propozycji nie więcej niż kilka razy (od 1 do 4). Byli jednak też tacy, którzy brali ekstazy dość regularnie od około roku – kilka razy w miesiącu, zawsze w weekendy, w związku z wyjściem na dyskotekę. Przeważnie nie ponosili żadnych konsekwencji, chociaż w pojedynczych przypadkach zdarzały się niekontrolowane zachowania (np. przypadkowy seks bez zabezpieczeń, K, 18) i wypadki (np. przedawkowanie zakończone pobytem w szpitalu, M, 15).

Użytkownicy problemowi

Osoby, dla których ekstazy była głównym środkiem odurzającym, sięgały poza tym po marihuanę, a używanie ekstazy łączyły przeważnie z piciem alkoholu („żeby wzmocnić efekt”, K, 16). Nie stroniły też od innych substancji, gdy nadarzyła się okazja do ich spróbowania („próbował niemal każdego rodzaju narkotyku”, M, 18). Miały po 16–18 lat i często (około 2 razy w miesiącu) chodziły na dyskoteki. Zanim sięgnęły po ekstazy próbowały innych środków – przeważnie marihuany albo amfetaminy. Pierwsze próby używania narkotyków miały miejsce około 12–18 miesięcy przed wywiadem, chociaż niektórzy respondenci twierdzili, że właściwie niezmienny styl używania utrzymują od kilku lat (od 2 do 4).

Dla niektórych osób chodzenie na imprezy było tak ściśle związane z braniem ekstazy, że gdy nie miały pieniędzy na narkotyk to rezygnowały z wyjścia z domu (K, 17). Przyznawali też, że na narkotyki wydają bardzo dużo pieniędzy (np. całe kieszonkowe). Z innych negatywnych konsekwencji używania ekstazy wymieniali konflikty z przyjaciółmi powodowane ich własną agresywnością w stanie odurzenia (np. jedna z dziewcząt pobiła się z koleżanką na dyskoteci), kłopoty w szkole (gdy zdarza im się przyjść do szkoły po użyciu narkotyków), problemy ze snem (z zasypianiem, koszmary senne).

Osoby uzależnione

Objawy uzależnienia u osób, dla których ekstazy była środkiem podstawowym polegały na (a) wzroście tolerancji, tj. przyjmowaniu coraz to większych dawek ekstazy albo łączeniu ekstazy z coraz większą ilością alkoholu lub innych substancji oraz (b) przyjmowaniu tego środka pomimo widocznych szkód, takich jak konflikty z rodzicami, ucieczki z domu, gorsze relacje z przyjaciółmi, problemy z policją, kłopoty w szkole, pogorszenie nastroju, wypadki, niekontrolowane, ryzykowne zachowania. Inne objawy to uporczywe myślenie o narkotykach (K, 16) i poczucie utraty kontroli nad używaniem (M, 17). Poza tym osoby uzależnione, aby zaspokoić głód narkotykowy potrzebowały dużo pieniędzy, a w związku z tym sprzedawały własne rzeczy (K, 16) i popadały w długi (M, 17).

Używanie leków uspokajających i nasennych

Osoby, które nie sięgały po nielegalne substancje psychoaktywne, a w celu odurzenia się używały leków uspokajających i nasennych, miały przeważnie 14–15 lat, choć podobne próby zdarzały się też starszym: 17–18-latkom. Leki przeważnie dostawali za darmo od znajomych lub podbierali z domowej apteczki.

Użytkownicy okazjonalni

W czasie, kiedy prowadzone były badania, wiele z tych osób miało za sobą tylko pojedyncze próby z lekami. Wzięli „Relanium z alkoholem na imprezie, by lepiej się bawić” (K, 15) albo w podobnych okolicznościach i celu „Lorafen + piwo” (M, 18). Dla innych powodem sięgnięcia po leki uspokajające był egzamin (M, 14; M, 15) lub kłótnia z bliską osobą (K, 17).

Pozostali odurzali się lekami kilka razy w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy. Jako powód pierwszego użycia leku (bez zalecenia lekarza) podawano próby poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami albo namowę ze strony znajomych. Jedna z respondentek (K, 15) stwierdziła, że sięgnięcie po leki było reakcją na niepowodzenie związane z niešťeśliwą miłością i trudną sytuacją rodzinną. Słyszała od znajomych, że „te leki wraz z alkoholem uśmierzają ból psychiczny”, więc poprosiła kolegę, by podebrał swojej matce kilka sztuk. Potem „na imprezkach piła alkohol i połykała tabletki tak, by wszyscy widzieli i pomogli jej rozwiązać problemy”. Inną badaną do wzięcia leków namówił nowo poznany chłopak (K, 14).

Natomiast powodem zaprzestania używania leków były negatywne doświadczenia z tym związane. Na przykład jedna z dziewcząt przestraszyła się, gdy zwymiotowała i poczuła się „podle” (K, 15). Inna, która na wagarach 2 tabletki Clonazepamu popiła piwem i nie pamiętała, jak z powrotem znalazła się w szkole, w czasie badania twierdziła, że od tamtego wypadku (od 4 miesięcy) nie bierze (K, 14). Żałowała, że próbowała leków i swojego zachowania po nich – okłamywała rodziców, po zażyciu środka czuła się „wyluzowana” i pozwalała się całować chłopcu.

Użytkownicy problemowi

Osoby rozpoznane jako problemowi użytkownicy leków psychoaktywnych brały te środki od 2 do 4 lat. Jeżeli sięgali po inne substancje odurzające, to przeważnie po marihuanę, chociaż zdarzało się też używanie substancji lotnych (K, 16) lub amfetaminy (K, 16). Często, zwłaszcza gdy brali leki na imprezach, popijali je alkoholem. Częstość używania leków wahała się od jednego razu na dwa tygodnie do kilku razy w tygodniu. Największa wymieniona przez respondentów jednorazowa dawka to 3 tabletki (po 2 mg) Clonazepamu. Przy czym nie wszyscy respondenci znali nazwy leków, te które wymienili to: Relanium, Clonazepam, Nitrozepam, Estazolam.

Leki zdobywali różnymi metodami. Brali z domu („podbiera matce”, K, 16), od kolegów („których do końca nie akceptuje, bo mają konflikty z prawem”, M, 17) albo „początkowo z przepisu lekarza, a od kilkunastu miesięcy – to co jest w domu,

albo od znajomych, najczęściej ziołowe” (K, 16). Przy częstszym i dłuższym używaniu, braniu leków, tak jak innych substancji, wiązało się ze znacznymi kosztami (jak relacjonował jeden z respondentów raz wziął Clonazepam na kredyt i „miał poważne kłopoty, bo nie miał pieniędzy, aby oddać dług”, M, 17).

Problemowi użytkownicy brali leki „po każdej sytuacji stresowej” (K, 18), gdy byli niespokojni i pobudzeni, nie mogli spać, w przypadku trudnych sytuacji domowych (M, 17), „żeby się wyciszyć, nie mieć problemów ze snem” (M, 18). Jedna z respondentek dostrzegała przeważnie pozytywne efekty używania leków. Twierdziła, że po lekach „jest po prostu spokojna i nie popada w panikę, że nie wie co zrobić. Jest odporniejsza na krzyki i awantury” oraz że „kiedy zażywa leki może spokojnie spać”, a nie zawsze potrafi usnąć bez środka nasennego. Przyznawała równocześnie, że czasami po lekach ma wrażenie otepienia i nie może zrozumieć wielu nowych informacji (K, 18). Ale inni podkreślali negatywne konsekwencje używania leków. „Na lekcjach jest otepiały i *śnięty*. Zdarza mu się zaspać i opuszczać pierwsze lekcje. Czasem ma poczucie utraty mowy – *język staje mu kołkiem*. Jest obojętny na świat wokół. Po dawce lekarstw jest bardziej *wysuszony*, chce mu się bardzo pić” (M, 17). „Od kilku miesięcy [leków problemowo używał dłużej] odczuwa narastającą apatię, zniechęcenie, miewa okresowe wybuchy złości – zwłaszcza w kontaktach z rodzicami” (K, 16). Problemowi użytkownicy leków miewali też myśli samobójcze (M, 18) i podejmowali próby odebrania sobie życia (K, 17).

Niektóre osoby zauważyły pogorszenie relacji z przyjaciółmi. W pewnym stopniu wynikało to zapewne ze zmiany stylu życia osób sięgających po leki psychoaktywne, np. wagarowania i nie oddawania pożyczonych pieniędzy (K, 17). Stwierdzono również pogorszenie relacji z rodzicami. W kilku przypadkach nastąpiło to wtedy, gdy rodzice zorientowali się, że dziecko „bierze tabletki” (K, 17; M, 17) lub inne substancje (K, 16). Osobom odurzającym się głównie lekami zdarzały się też konflikty z policją, ale były one wywołane nadużywaniem alkoholu (M, 17; M, 18).

Osoby uzależnione

Osoby uzależnione od leków (głównie dziewczęta w wieku 17–18 lat), poza wyżej wymienionymi środkami, sięgały po Valerin, Mentowal, Oxazepam. Część z nich brała leki zaledwie 2–3 miesiące, inne – nawet 4 lata. Oprócz używania leków psychoaktywnych (nasennych, nasercowych, na astmę), wszyscy pili alkohol i sięgali po marihuanę. Niektórzy brali też amfetaminę, a pojedyncze osoby: kokainę i heroinę dożylnie (K, 17). Obserwowane u nich objawy uzależnienia obejmowały: utratę kontroli nad używaniem, wzrost tolerancji, przymus brania leków, zespół abstynencyjny (bezsenna, osłabienie, nudności, bóle głowy), używanie pomimo szkód.

Używanie grzybów halucynogennych

Nastolatki, które używały wyłącznie grzyby halucynogenne (nie próbowały innych nielegalnych substancji) miały 16–18 lat. Część z nich spróbowała grzybów tylko raz w życiu – zostali poczęstowani w czasie wakacji (K, 18) lub na imprezie

(K, 17). Przy czym dla jednej z tych osób zjedzenie grzybów skończyło się nieprzyjemnie (wymioty), a druga nie odczuła żadnych skutków (ani dobrych, ani złych).

Pozostali respondenci jedli grzyby 1–2 razy w tygodniu lub rzadziej, od 2 miesięcy (M, 16) do roku (M, 17). Sami zaopatrywali się w grzyby, tzn. zbierali je ze znajomymi, z którymi potem jedli.

Chłopak (16 lat) po zjedzeniu grzybów trafił do poradni zdrowia psychicznego. Matka zauważyła, że syn „zaczął się dziwnie zachowywać (...) miał stany lękowe, omamy wzrokowe i słuchowe, bardzo mało spał”. Został poddany „obserwacji w kierunku schizofrenii” i przestał chodzić do szkoły.

Inny respondent (M, 17) na początku palił marihuanę. W czasie, gdy prowadzone były badania palił rzadko, raz na 2 miesiące, „bo nie lubi dymu i nie pali papierosów”. Grzyby halucynogenne jadł w czasie „rytualnych spotkań” ze znajomymi, raz w miesiącu, około 20–40 sztuk. Miało to dla nich „znaczenie mistyczne” i tylko „wybrani” mogli w tym uczestniczyć. Jedli tylko w dni „kiedy jest dużo wolnego czasu i nie trzeba się spieszyć”. Efekty używania były dla respondenta różne: „czasami jest bardzo przygnębiony, czasami jest wściekły”. Był bardzo wrażliwy na światło i dźwięki: „kropla wody rozbija mój mózg”. Miał kłopoty ze snem, zwłaszcza gdy halucynacje nie były przyjemne: „boję się wtedy zasypiać”. Zauważył też, że „trochę gorzej funkcjonuje w szkole”, „gorzej mi się myśli”, ale starał się nie spóźnić i nie opuszczać zajęć. Nie miał dobrych relacji z rodzicami, czuł się osamotniony i niezrozumiany, ale „gdy bierze grzyby nie potrzebuje kontaktu z rodziną”.

PODSUMOWANIE I INTERPRETACJA WYNIKÓW

Zebrany materiał pozwolił lepiej rozpoznać wzory i konsekwencje używania różnych substancji psychoaktywnych przez nastolatków. Ogólnie można stwierdzić, że inne osoby sięgają po kleje, a inne po ekstazy, bardzo zróżnicowane są konsekwencje społeczne oraz zdrowotne używania marihuany i amfetaminy. Inaczej też przebiega proces rozwoju uzależnienia w zależności od tego, jaka substancja jest używana najczęściej i najdłużej. Zanim jednak omówimy najbardziej charakterystyczne dla używania poszczególnych substancji cechy, przedstawimy pewne elementy wspólne dla używania środków odurzających przez dorastających.

Po pierwsze, zwraca uwagę fakt, jak mało w całej (ponad 1300-osobowej) badanej grupie jest osób, u których można wyodrębnić jedną, dominującą w ich wzorze używania substancję. Wyjątek stanowi tu marihuana, o której wiadomo, że sięga po nią wiele osób nieużywających innych nielegalnych substancji. Natomiast większość nastolatków można określić jako osoby zażywające wiele różnych substancji (*poly-drug users*), które prawdopodobnie biorą wszystko to, co „się trafi”.

Po drugie, wśród respondentów bardzo poważnym problemem jest picie alkoholu. Piją niemal wszyscy, niektórzy w bardzo dużych ilościach. Znaczna część zgłaszanych w czasie wywiadów problemów prawdopodobnie wynika z naduży-

wania alkoholu. Niestety, pierwotny cel badań nie obejmował diagnozy problemowego picia alkoholu ani uzależnienia od alkoholu. W związku z tym nie we wszystkich przypadkach można było wyraźnie oddzielić konsekwencje używania alkoholu od skutków sięgania po inne substancje psychoaktywne.

Po trzecie, zwraca uwagę bezradność rodziców i wychowawców wobec sięgania po środki odurzające przez dorastających. Zestawienie negatywnych konsekwencji używania, jakie sami respondenci relacjonowali w trakcie wywiadu (prowadzonego często przez zupełnie im nieznaną osobę), z brakiem reakcji na ich zachowania ze strony najbliższych, jest bardzo poruszające. Wydaje się, że „otwarcie oczu” rodzicom i nauczycielom na sygnały, które mogą wskazywać na używanie substancji psychoaktywnych przez dorastających, powinno być jednym z najważniejszych zadań profilaktycznych. Oczywiście, samo wczesne rozpoznanie problemów związanych z narkotykami nie wystarczy. Kluczowe znaczenie ma reakcja dorosłych na stwierdzenie tego faktu. Niewłaściwe reakcje mogą jeszcze pogorszyć sytuację i prowadzić do stygmatyzacji nastolatków biorących narkotyki. Dlatego ważnym zadaniem profilaktycznym w przypadku dorosłych jest nauczenie ich podejmowania skutecznych interwencji w celu ograniczenia problemów wynikających z używania substancji odurzających. Przy czym przez „skuteczne interwencje” rozumiemy działania nastawione na udzielenie pomocy, a nie na represje. Zebrane w niniejszych badaniach informacje wskazują, że działania podejmowane przez rodziców i wychowawców, którzy starają się pomóc dziecku, są często nieporadne i mało konsekwentne.

W odniesieniu do poszczególnych substancji psychoaktywnych najważniejsze uzyskane wyniki można podsumować w podany niżej sposób.

1. U osób używających wyłącznie lub głównie przetworów konopi były rozpoznawane różne fazy używania (okazjonalne, problemowe, uzależnienie). Zwraca przy tym uwagę fakt stosunkowo wolnego przechodzenie z jednej fazy do drugiej. Okazjonalnie, czyli bez zmian stylu życia i orientacji życiowej, marihuana bywa palona dość regularnie przynajmniej przez kilka miesięcy albo dłużej, a uzależnienie zdaje się rozwijać „dopiero” po kilku latach systematycznego palenia (oczywiście, zdarzają się wyjątki).
2. Kolejna interesująca kwestia dotyczy ograniczenia konsekwencji problemowego używania marihuany niemal wyłącznie do gorszego funkcjonowania w szkole. W innych dziedzinach życia zmiany występują sporadycznie. Wynik ten wskazuje na znaczenie, jakie dla wczesnego wykrywania, i w związku z tym zapobiegania rozwojowi uzależnienia, ma szkoła i dobra komunikacja między rodzicami a nauczycielami.
3. W zebranych materiale zwraca się też uwagę to, jak trudno jest rodzicom rozpoznać używanie marihuany przez dziecko, co wiąże się z niespecyficznością objawów. Na przykład trudności z rannym wstawaniem można wyjaśnić nauką do późnych godzin nocnych lub zaburzeniami snu. Opuszczanie lekcji, konflikty z nauczycielami, gorsze wyniki w nauce można łączyć z tym, że ogólnie w szkole jest nie tak, jak powinno. Ponadto, używanie marihuany zdaje się być

doskonale maskowane przez picie alkoholu. Prawdopodobnie mało który rodzic, stwierdzając, że dziecko wróciło z imprezy pod wpływem alkoholu, będzie się jeszcze dopatrywał oznak używania innych środków odurzających. Alkohol piją niemal wszyscy użytkownicy marihuany (20), umiarkowane picie jest w dużej mierze zachowaniem akceptowanym przez rodziców jako kulturowo usankcjonowany element stylu życia, zwłaszcza starszych nastolatków (21).

4. Na podstawie zebranego materiału można przypuszczać, że do pierwszych prób używania amfetaminy dochodzi z dwóch różnych powodów: jednym z nich jest doraźna potrzeba poprawienia wyników w nauce, a drugim – dążenie do lepszej zabawy. Wydaje się, że te powody inicjacji mają też związek z dalszym używaniem: osoby z pierwszej grupy często poprzestają na używaniu okazjonalnym, podczas gdy „imprezowicze” biorą coraz więcej i częściej.
5. Jak wynika z przeprowadzonych analiz amfetamina również może być przyjmowana przez kilka lat bez wyraźnego pogorszenia funkcjonowania. Przy intensywnym używaniu, uzależnienie od amfetaminy rozwija się jednak bardzo szybko – w ciągu kilku miesięcy od pierwszego kontaktu.
6. W wypowiedziach nastolatków, dla których amfetamina jest substancją podstawową, zwraca uwagę kwestia znacznych kosztów i sposobów, jakimi respondenci zdobywają środki niezbędne do zakupu narkotyku. O ile na marihuanę łatwiej jest „się zrzucić” lub zostać poczęstowanym, o tyle amfetaminę trzeba kupować samemu. A to dla wielu osób oznacza popełnianie różnego rodzaju wykroczeń lub zaciąganie długów.
7. Podobnie jak w przypadku marihuany, tak i w przypadku używania amfetaminy rodzice bardzo rzadko potrafią sami rozpoznać problem. Wśród nastolatków sięgających głównie po amfetaminę charakterystyczne wydaje się stopniowe oddalanie się od rodziców, rozluźnienie więzi z rodziną. Prawdopodobnie wynika to w dużej mierze ze zmiany stylu życia i orientacji życiowej nastolatków, ale zapewne za taki stan rzeczy częściowo odpowiadają też rodzice, którzy nie okazują wystarczającego zainteresowania sprawami dziecka.
8. Odurzanie się klejem i innymi środkami chemicznymi zdaje się być charakterystyczne dla stosunkowo młodych ludzi, którzy nie mają pieniędzy i pochodzą z rodzin, w których występują różne problemy, jak np. nadużywanie alkoholu przez rodziców.
9. Zebrany materiał wskazuje, że uzależnienie od substancji wziewnych rozwija się bardzo szybko – jeśli ktoś nie poprzestanie na kilku próbach odurzania to popada w uzależnienie. Konsekwencje używania substancji wziewnych są dramatyczne – osoby uzależnione tracą kontakt z rodziną, są odrzucane przez rówieśników, nie wywiązują się z obowiązków szkolnych, są w bardzo złym stanie emocjonalnym i mają poważne kłopoty ze zdrowiem somatycznym.
10. Używanie ekstazy jest wśród nastolatków wyraźnie związane z określonymi okolicznościami, tzn. z imprezami. Warto przy tym podkreślić, że dla niektórych osób skojarzenie „impreza–ekstazy” staje się tak silne, że nie wyobrażają sobie zabawy bez tej substancji.

11. Leki psychoaktywne pełnią takie same funkcje jak nielegalne środki odurzające – młodzież używa ich po to, by zapomnieć o problemach i/lub lepiej się bawić (22). Podobne są też konsekwencje nadużywania leków i innych substancji: kłopoty finansowe, gorsze funkcjonowanie w szkole, pogorszenie relacji z ludźmi, zaburzenia emocjonalne.
12. Wśród osób, dla których podstawowym (lub jedynym) środkiem odurzającym są grzyby halucynogenne wystąpiło zjawisko niespotykane wśród użytkowników innych substancji – używanie „rytualne”, w celach „mistycznych”, w zamkniętym kręgu „wybranych” osób.

Powyższe wnioski należy, oczywiście, traktować z dużą ostrożnością ze względu na **ograniczenia przeprowadzonych badań**. Przede wszystkim, materiał badawczy został zebrany pierwotnie do innych celów niż analiza wzorów i konsekwencji używania różnego rodzaju środków przez nastolatki. W związku z tym analizowane grupy respondentów są nierównoliczne. Charakterystyka niektórych grup jest oparta na kilkudziesięciu, a innych na kilku przypadkach. Mimo to można uznać, że zgromadzony materiał jest w dużej mierze reprezentatywny dla poszczególnych grup respondentów, wyróżnionych ze względu na rodzaj substancji psychoaktywnej dominującej w ich wzorze używania. Ta reprezentatywność ma charakter jakościowy, a nie statystyczny – dotyczy typowości identyfikowanych zjawisk i prawidłowości. O możliwości uogólniania wyników badań decyduje przede wszystkim to, że respondenci pochodzili z różnych miejscowości, nie znali się nawzajem, ich wiek był zróżnicowany, wywiady prowadziły różne osoby, a do spotkań dochodziło w różnych okolicznościach. Natomiast podstawowe kryteria selekcji respondentów, zasady zbierania informacji i sposób ich opracowania były dla wszystkim takie same.

Kolejne ograniczenie przeprowadzonych badań wynika z faktu, że zakres informacji istotnych z perspektywy celu niniejszego opracowania (analizy wzorów i konsekwencji używania różnych substancji psychoaktywnych) był bardzo zróżnicowany. Niektórzy realizatorzy wywiadów w „Arkuszach wyników diagnozy” zamieszczali obszernie i barwne opisy przypadków. Inni ograniczali się do odnotowania tylko tych faktów, które uznali za kluczowe dla realizacji podstawowego celu, czyli określenia fazy używania marihuany i innych substancji psychoaktywnych. Nasuwa się więc przypuszczenie, że rozmowy przeprowadzone z nastolatkami mogły dostarczyć jeszcze wielu cennych informacji, które wzbogaciłyby charakterystyki poszczególnych grup.

Pewne wątpliwości mogą się również pojawić w związku z pytaniem, w jakim stopniu realizatorom wywiadów udało się (zgodnie z instrukcją) oddzielić informacje na temat konsekwencji używania substancji psychoaktywnych od danych na temat powodów sięgania po nie. Kwestia związku przyczynowego między używaniem alkoholu i narkotyków a problemami, jakich doświadcza młodzież jest niewątpliwie złożona. Sięganie po narkotyki może być przyczyną problemów, jak i odpowiedzią na te problemy.

Należy jednak stwierdzić, że przeprowadzone badanie, pomimo powyższych zastrzeżeń, wzbogaca naszą wiedzę na temat sytuacji życiowej nastolatków, sięgających po różnego rodzaju narkotyki i nie poszukujących w związku z tym pomocy specjalistycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Chodkiewicz J, Juczyński Z (2002) Problem używania środków psychoaktywnych przez młodzież. Badania uczniów szkół łódzkich. *Alkoholizm i Narkomania*, 15 (4), 409–420.
2. Bobrowski K, Okulicz-Kozaryn K (1999) Używanie substancji psychoaktywnych przez uczniów liceów ogólnokształcących w gminie Warszawa Centrum. *Alkoholizm i Narkomania*, 4 (37), 579–598.
3. Dziuda MR, Zimna-Walendzik E (1996) Zachowania antyzdrowotne młodzieży łódzkich szkół średnich. *Alkoholizm i Narkomania*, 4 (25), 459–470.
4. Ostaszewski K, Bobrowski B, Borucka A, Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A (2005) *Raport techniczny z realizacji projektu badawczego pn. Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
5. Sierosławski J (2007) *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 r.* Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD, IPiN <http://parpa.pl/download/Raport%20ESPAD%202007%20Polska1.pdf>
6. Woynarowska B, Mazur J (2000) *Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998*. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
7. Woynarowska B, Mazur J (2002) *Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*. Raport techniczny z badań. Warszawa.
8. Sierosławski J, Zieliński A (1999) Wzory picia wśród młodzieży – podejście jakościowe. *Alkoholizm i Narkomania*, 2/35, 263–287.
9. Pisarska A, Borucka A, Okulicz-Kozaryn K, Bobrowski K (2002) Picie alkoholu w wypowiedziach młodzieży w wieku 13–15 lat. *Alkoholizm i Narkomania*, 15 (4), 395–408.
10. Moskalewicz J, Świątkiewicz G, Dąbrowska K (2004) Ecstasy use in Warsaw. Do cultural norms prevent harm? W: Decorte T, Korf DJ (red.) *European Studies on Drugs and Drug Policy*. Brussels: VUB Press, 179–193.
11. Zieliński A (2003) Nadużywanie alkoholu a bezdomność. *Alkoholizm i Narkomania*, 16 (3–4), 181–197.
12. Fatyga B, Sierosławski J (1999) *Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach*. Raport z badań jakościowych. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa.
13. Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A (2004) Młodzież o narkotykach – wyniki badań jakościowych. *Alkoholizm i Narkomania*, 1–2, 45–60.
14. Okulicz-Kozaryn K (2007) Ocena psychometrycznych właściwości testu „Problemowe Używanie Marihuany” (PUM) dla dorastających. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16 (2), 105–111.
15. Okulicz-Kozaryn K, Sierosławski J (2007) Validation of the „Problematic Use of Narcotics” (PUN) screening test for drug using adolescents. *Addictive Behaviors*, 32, 640–646.
16. Bobrowski K (2008) Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych. *Alkoholizm i Narkomania*, 21, 4, 341–362.
17. Baran-Furga H (2005) Przyjmowanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. *Roczniki Warszawskiej Szkoły Zdrowia*, V, 40–45.

18. Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K (2005) Po czym poznać czy nastolatek bierze marihuanę okazjonalnie, czy problemowo? *Remedium*, numer specjalny, 24–25.
19. Okulicz-Kozaryn K (2005) Używanie narkotyków przez młodzież – pojęcia definicyjne. *Remedium*, 6 (148), 18–19.
20. Ostaszewski K (2008) Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 21, 4, 363–389.
21. Zieliński A (2006) *Ewolucja wzorów używania alkoholu wśród dorastającej młodzieży w Polsce w XX wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
22. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Kocoń K (2006) Przyjmowanie leków psychoaktywnych a używanie innych substancji odurzających przez młodzież. *Alkoholizm i Narkomania*, 19 (1), 35–52.

Adres do korespondencji
Katarzyna Okulicz-Kozaryn
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 1, 02-957 Warszawa
tel. (4822) 4582 887
e-mail: kokulicz@ipin.edu.pl

otrzymano 28.05.2008
przyjęto do druku 24.10.2008