

Amfetamina – czy jest problemem w ruchu drogowym?

dr Aneta Wnuk, Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego
dr Beata Stasiak-Cieślak, Centrum Usług Motoryzacyjnych dla Osób Niepełnosprawnych
Instytut Transportu Samochodowego

CENTRUM BEZPIECZEŃSTWA RUCHU DROGOWEGO

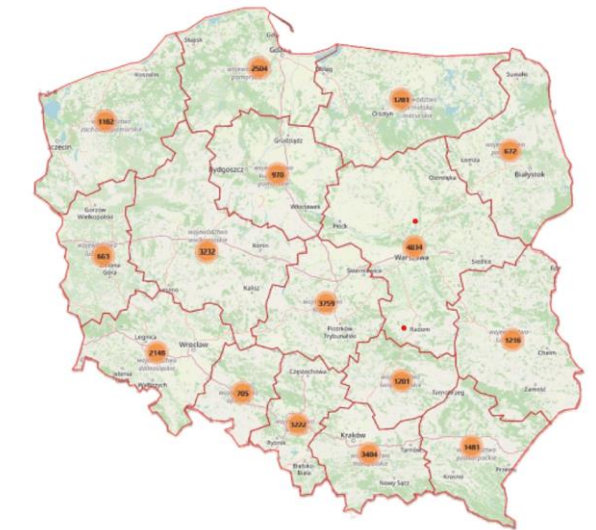
Centrum BRD prowadzi prace naukowo-badawcze w zakresie:

- cyklicznych analiz statystycznych (główne zagrożenia, trendy, porównania z innymi krajami),
- pogłębionych analiz wybranych problemów brd (np. prędkość, alkohol, młodzi kierowcy, piesi),
- monitoringu i oceny skuteczności działań podejmowanych na rzecz ograniczenia zagrożeń na drogach,
- projektów badawczych Unii Europejskiej i krajowych,
- edukacji z zakresu brd.

Ponadto Centrum BRD:

- prowadzi współpracę ze środowiskiem praktyków realizujących szkolenie i egzaminowanie kierowców,
- udziela konsultacji w zakresie brd nauczycielom, instruktorom nauki jazdy, egzaminatorom, Wojewódzkim Radom BRD, administracji samorządowej, organizacjom oraz studentom,
- organizuje i prowadzi seminaria szkolenia, studia podyplomowe i warsztaty związane tematycznie z brd,
- organizuje i prowadzi zajęcia z zakresu brd w przedszkolach i szkołach,
- realizuje społeczne kampanie na rzecz brd,
- prowadzi działalność publicystyczną, tj. materiały propagandowe, materiały pomocnicze dla prowadzących zajęcia, pracowników administracji rządowej i samorządowej oraz dziennikarzy, broszury zawierające syntezę wyników prac naukowo-badawczych, monografie, poradniki.

Integralną część Centrum stanowi **Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego** (obserwatoriumbrd.pl), składające się z hurtowni danych o wypadkach, kolizjach, pojazdach, kierowcach, drogach oraz strony internetowej udostępniającej bazę danych o wypadkach drogowych z interaktywną mapą pozwalającą na wizualizację wypadków.



CENTRUM USŁUG MOTORYZACYJNYCH DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (CUM)

Centrum to jedyny ośrodek informacyjno-szkoleniowo-badawczy, którego celem jest holistyczna realizacja potrzeb środowiska osób z dysfunkcjami w zakresie ich mobilności. W ramach Centrum powołany został Ogólnopolski Punkt Informacji, w którym można uzyskać kompleksowe informacje dotyczące wielu zagadnień związanych z mobilnością.

Zadania CUM:

- obsługa klienta z niepełnosprawnością przez eksperta z niepełnosprawnością,
- logistyczne przygotowanie szkolenia osób z trudnymi dysfunkcjami,
- doradztwo w zakresie uzyskania dofinansowania np. na zakup pojazdu, wsparcie dla lekarzy orzeczników, instruktorów, egzaminatorów, firm zajmujących się motoryzacją,
- doradztwo w zakresie zdobywania uprawnień do prowadzenia pojazdów przez osoby z niepełnosprawnościami ruchu oraz w zakresie metod doboru urządzeń adaptacyjnych,
- szkolenia w zakresie obsługi klienta z niepełnosprawnością,
- udział w projektach naukowych w zakresie nowych rozwiązań w obszarze motoryzacji,
- wypożyczanie pojazdów z adaptacjami dla kierowców i pasażerów z niepełnosprawnościami,
- przygotowanie opracowań, opinii i ekspertyz w obszarze motoryzacji osób z niepełnosprawnościami,
- organizowanie przedsięwzięć popularyzatorskich – konferencje, seminaria.

www.cum.its.waw.pl

<https://www.facebook.com/cumits/>



AMFETAMINA – PODSTAWOWE INFORMACJE (1)

Amfetamina jest jednym z **najbardziej znanych środków psychostymulujących** zażywanych **w celu poprawy wydolności organizmu**.

Najczęściej występuje w formie białego, rozpuszczalnego proszku.

Stosowana jest **w celu poprawy koncentracji, zapamiętywania oraz pobudzenia organizmu**.

Umożliwia długotrwały wysiłek fizyczny, przez co jest popularna w niektórych środowiskach, np.: studentów, kierowców oraz uczestników imprez.

Amfetamina została zsyntetyzowana w 1887 roku.

W latach 30. była już produkowana na szeroką skalę. Używano ją jako środek kurczący naczynia błony śluzowej nosa, w objawowym leczeniu astmy oskrzelowej, w chorobie Parkinsona i narkolepsji, również jako środek silnie hamujący łaknienie.

W czasie II wojny światowej żołnierze zażywali amfetaminę w celu poprawienia czujności i przeciwdziałaniu zmęczeniu na polu bitwy. Używali jej Niemcy, Brytyjczycy, Japończycy i Amerykanie.

Z powodu silnych właściwości uzależniających większość krajów do roku 1980 wprowadziła restrykcyjne przepisy dotyczące produkcji i sprzedaży tej substancji.

Mimo to zarówno legalne jak i nielegalne użycie amfetaminy nadal wzrastało.



AMFETAMINA – PODSTAWOWE INFORMACJE (2)

Popularność była skutkiem również strachu przed AIDS. Igły ustąpiły miejsca praktycznym tabletkom i „ożywczym” koktajlom towarzyszącym imprezom tanecznym.

W 1997 roku amfetamina została odkryta w niektórych gatunkach roślin rodzaju *Acacia*, razem z innymi stymulantami m.in.: nikotyną i mescalina. Do tego czasu sądzono, że jest substancją pochodzenia wyłącznie syntetycznego.

Obecnie stanowi ona obiekt badań nad mechanizmami powstawania uzależnień, a także osobniczej odpowiedzi ustroju na psychostymulanty.

 **Amfetamina jest w Polsce zakazana**, niemniej jednak w wielu krajach na świecie, w tym w Stanach Zjednoczonych, stosowana jest w leczeniu niektórych chorób.



<https://www.britannica.com/plant/acacia>

AMFETAMINA – WPŁYW NA ORGANIZM (1)

Amfetamina moduluje czynności układu nerwowego, przez co wpływa na funkcjonowanie całego organizmu.

Dotychczasowe **doniesienia w piśmiennictwie na ten temat niejednokrotnie są ze sobą sprzeczne.**

Wpływ amfetaminy na organizm **charakteryzuje się znacznym zakresem oddziaływań i obejmuje procesy psychiczne, behawioralne, hormonalne oraz immunologiczne.**

Najbardziej charakterystycznym efektem podania amfetaminy jest wzmocnienie aktywności motorycznej, zmniejszenie lub wzmożenie agresji, brak łaknienia oraz zwiększenie popędu płciowego.

Amfetamina desynchronizuje zapis EEG, ponadto **powoduje nasilenie koncentracji i uwagi, hamuje senność oraz wspomaga zapamiętywanie i uczenie się.**

Pobudzenie organizmu prowadzi do wyczerpania, które w połączeniu z brakiem snu może skutkować poważnymi konsekwencjami.

Skutki psychologiczne różnią się w zależności od nastroju, osobowości i środowiska, a także dawki i historii podawania.

Psychobehawioralne ww. efekty zachodzą równocześnie ze zmianami wegetatywnymi: wzmożenie akcji serca z jednoczesnym zwężeniem naczyń krwionośnych, skutkiem czego jest wzrost ciśnienia krwi.

Podanie amfetaminy doprowadza do zwiększenia temperatury ciała, przyspiesza wentylację płucną, powoduje rozszerzenie źrenic oraz piloerekcję (tzw. gęsia skórka).

Amfetamina powoduje wysiew hormonów, np.: adrenalina, β -endorfina, testosteron i prolaktyna.



AMFETAMINA – WPŁYW NA ORGANIZM (2)

Jednorazowe przyjęcie niskiej dawki amfetaminy (maksymalnie 20-40 mg/dobę) wywołuje u ludzi stan euforii; następstwem przyjęcia większej ilości (500-1000 mg/dobę) jest psychoza amfetaminowa.

Psychoza amfetaminowa może rozwinąć się w wyniku ciągłego przyjmowania dużych dawek (lub pojedynczej dużej dawki). Cechami są urojenia prześladowcze, halucynacje wzrokowe i słuchowe, zmiana obrazu ciała, pobudzenie, ale bez dezorientacji lub zmętnienia pamięci.

Kolejne dawki środków psychostymulujących mogą powodować tolerancję odpowiedzi behawioralnej, przez co osoba uzależniona musi zwiększać dawkę.

Długotrwałe iniekcje amfetaminy mogą skutkować silnym uzależnieniem psychicznym, stanami psychotycznymi czy schizofrenią paranoidalną. Efekty uboczne mogą obejmować niepokój i uczucie napięcia nerwowego i fizycznego, a podmiot może wykazywać drżenie i dezorientację oraz zawroty głowy.

Zażywanie amfetaminy może osłabić ocenę własnej wydajności. Osoba przyjmująca może być bardziej pewna siebie i bardziej zadowolona z wykonania zadania, którego dokładność w rzeczywistości uległa pogorszeniu, a także została wykonana szybciej.

Dopóki są przyjmowane nieregularnie i w małych lub umiarkowanych dawkach, amfetaminy nie wydają się stwarzać problemów behawioralnych ani psychologicznych.



AMFETAMINA – WPŁYW NA ORGANIZM (3)

Podobnie jak w przypadku większości innych środków psychoaktywnych, **problemy wynikają z wysokich dawek i nawykowego stosowania. Rozwija się wtedy tolerancja i odpowiednio wyższe dawki stają się konieczne. Nie jest jasne, czy amfetamina powoduje fizyczne uzależnienie, ale zaobserwowano efekty odstawienia. Nagłemu przerwaniu przewlekłego używania towarzyszy depresja, częste zmęczenie, znużenie.**

Z jednej strony amfetamina jest neurotoksyną o wysokim potencjale uzależniającym, z drugiej strony jest stosowana w leczeniu w niektórych schorzeń, takich jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi – ADHD, narkolepsja, otyłość.

Stosowanie amfetaminy jest niewskazane u pacjentów z anoreksją, bezsennością, osłabieniem, schizofrenią, osobowością psychopatyczną lub skłonnościami do zachowań agresywnych i samobójczych.

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków zaaprobowała podczas leczenia różnej wielkości dawki. I tak w zależności od szybkości uwalniania leku są to dawki dla dzieci od 2,5 do 40 mg/dzień. U dorosłych dawki te wynoszą od 20 do 70 mg/dzień.

Iniekcja amfetaminy wywołuje obniżenie liczby limfocytów, skutkuje zmniejszeniem odpowiedzi komórek NK (Natural Killers) – zmniejsza odporność przeciwnowotworową, przeciwbakteryjną, przeciwwirusową i przeciwgrzybiczną.

Może być stosowana wyłącznie pod ścisłą kontrolą lekarzy, jak również pod restrykcyjnym nadzorem jej podawania pacjentom.

Ta cienka granica między lekarstwem a narkotykiem jest ściśle związana z wielkością dawki oraz częstotliwością zażywania i nie może być lekceważona przez nikogo, ponieważ niektóre cechy oddziaływania amfetaminy pozostają nadal słabo poznane.



AMFETAMINA – W DYSKURSIE POLSKIEJ PRASY CODZIENNEJ (1)

Kępski P., SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny; Narkotyki i ich użytkownicy w dyskursach polskiej prasy codziennej; Alkoholizm i Narkomania; 1/2021.

Zbadano reprezentację narkotyków: heroiny, kokainy, amfetaminy, marihuany i ich użytkowników w czterech ogólnopolskich dziennikach: „Fakt”, „Rzeczpospolita”, „Gazeta Wyborcza” i „Nasz Dziennik”. Dokonano analizy 612 artykułów opublikowanych od 1.09.2015 do 31.10.2016.



Kontekst społeczny dyskursów o narkotykach w Polsce

Najczęściej używaną nielegalną substancją psychoaktywną w Polsce, podobnie jak w całej UE, jest marihuana.

Drugi pod względem rozpowszechnienia i konfiskowania narkotyk to amfetamina.

Kokaina wydaje się w naszym kraju wciąż rzadkim narkotykiem.

Heroinę można uznać za narkotyk niszowy.

Narracja

Reprezentacja amfetaminy w prasie jest silnie stereotypowa.

Amfetamina to stymulant, który uzależnia i może powodować agresję.

Jest ściśle skojarzona z przestępczością i pseudokibicami. Amfetaminę, która jest „polskim” narkotykiem, wytwarza się zwykle w krajowych podziemnych laboratoriach, a nawet „fabrykach”.

Teksty o amfetaminie przywodzą na myśl nielegalną produkcję na dużą skalę, młodych dilerów, zorganizowane grupy przestępcze i pseudokibiców.

Ponadto amfetamina bywa wzmiankowana w artykułach o odurzonych kierowcach.

Bardzo silna tendencja do kryminalizacji tej substancji świadczy o hegemonicznej pozycji dyskursu kreowanego przez policję.

AMFETAMINA – W DYSKURSIE POLSKIEJ PRASY CODZIENNEJ (2)

Konsumenci

Konsumenci amfetaminy to albo przestępcy, często pseudokibice, albo młodzi mężczyźni lub młodzież. Powszechna kryminalizacja amfetaminy w prasie sprawia, że zasadniczo każdy kontakt z tym narkotykiem podlega stygmatyzacji w kategoriach przestępczości.

Aktorzy dyskursu

Na temat amfetaminy wypowiadali się przeważnie policjanci, przedstawiciele służb mundurowych, a w dalszej kolejności – prokuratorzy i sędziowie oraz prawnicy.

Pokrywa się to w znacznym stopniu z obserwacjami autorów zagranicznych, którzy stwierdzili, że amfetamina jest łączona z przestępczością, subkulturami, marginalizacją i narkotykiem dla biednych.

(Źródło: <https://www.termedia.pl/mz/Narkotyki-i-ich-uzytkownicy-w-dyskursach-polskiej-prasy-codziennej,43748.html>)



NARKOTYKI W RUCHU DROGOWYM – PRAWO (1)

Jazda po narkotykach jest zabroniona i nie ma ich bezpiecznego stężenia w organizmie kierowcy. !

Wykroczenie albo przestępstwo

Jazda po narkotykach może stanowić **albo przestępstwo, albo wykroczenie**. O rodzaju odpowiedzialności karnej decyduje **stężenie narkotyków w organizmie kierowcy**.

W przypadku **wykroczenia** karalne jest prowadzenie pojazdu *po użyciu środków podobnie działających do alkoholu*.

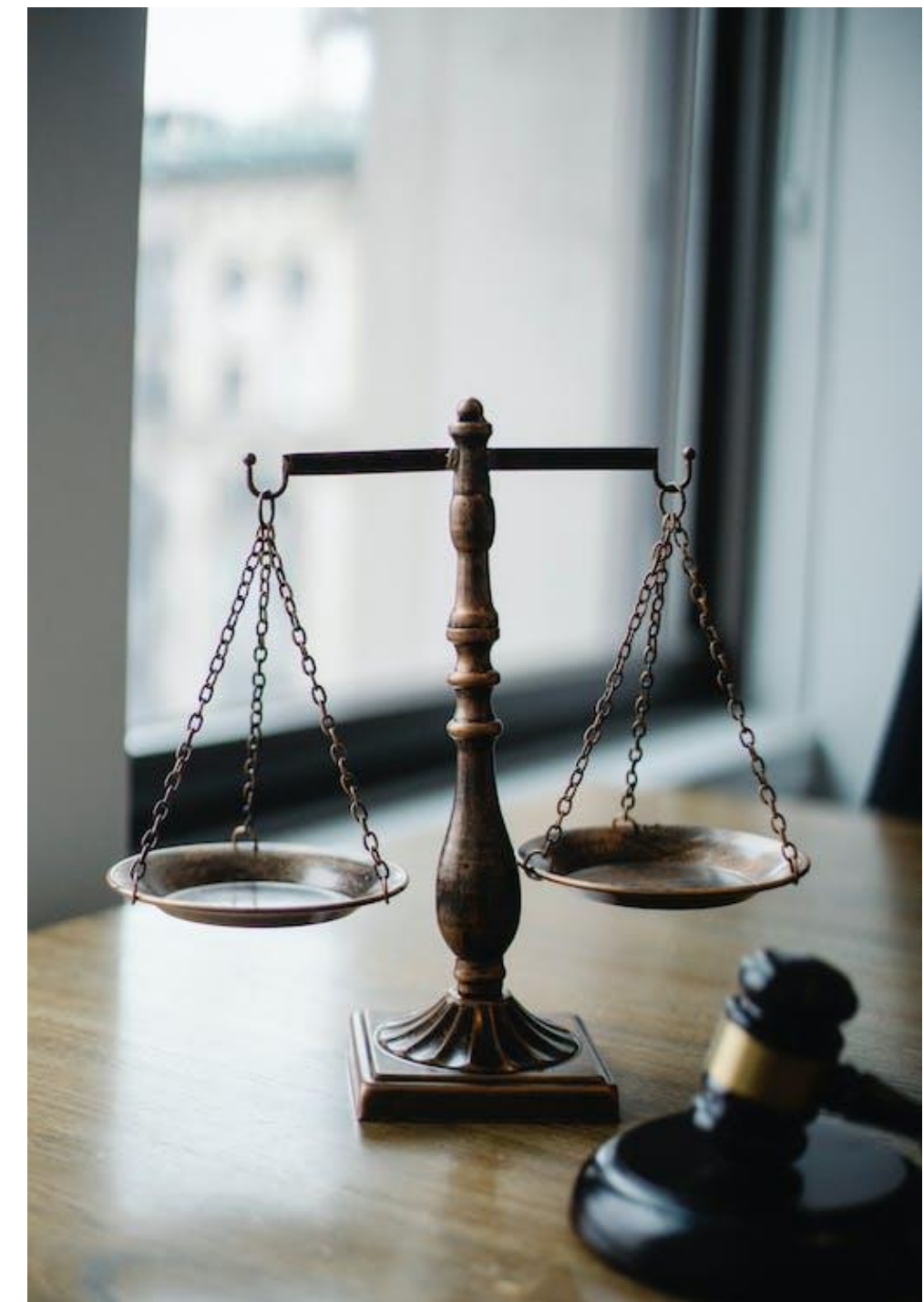
W przypadku **przestępstwa** karalne jest prowadzenie *pod wpływem środka odurzającego*.

Środki podobnie działające do alkoholu i środki odurzające

Określenia *środki podobnie działające do alkoholu* oraz *środki odurzające* w praktyce spraw o jazdę po narkotykach odnoszą się do powszechnie znanych narkotyków, tj. **marihuany, amfetaminy, kokainy**, które negatywnie oddziałują one na ośrodkowy układ nerwowy i obniżają sprawność psychofizyczną osoby je zażywającej.

Definicja *środków odurzających* znajduje się w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.

Środkami podobnie działającymi do alkoholu, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie wykazu środków podobnie działających do alkoholu (...), są opioidy (np. **morfina, heroina**), **amfetamina** i jej analogi, **kokaina**, tetrahydrokannabinole (THC, **marihuana**) oraz **benzodiazepiny** (np. leki uspokajające, nasenne, przeciwlękowe).



NARKOTYKI W RUCHU DROGOWYM – PRAWO (2)

Kierowanie po użyciu albo pod wpływem narkotyków

Brak ustawowej definicji *stanu po użyciu* oraz *stanu pod wpływem* w odniesieniu do narkotyków ma swoje konsekwencje procesowe.

Organy ścigania muszą **stwierdzić obecność i stężenie narkotyków** w organizmie sprawcy oraz **realny wpływ narkotyków na sprawność psychomotoryczną** kierującego pojazdem podczas jego prowadzenia. **Ustalić, czy kierujący znajdował się w stanie *po użyciu* narkotyków** (odpowiedzialność za wykroczenie), **czy w stanie *pod wpływem* narkotyków** (odpowiedzialność za przestępstwo)

Stwierdzenie obecności i stężenia narkotyków w organizmie sprawcy

Gdy funkcjonariusz ma podejrzenie, że kierujący może prowadzić pojazd po narkotykach, poddaje go badaniu **testerem narkotykowym**. Tester może wykazać **obecność** narkotyków w organizmie – nie wykaże natomiast ich stężenia w organizmie. Do ustalenia **stężenia** narkotyków w organizmie konieczne jest **toksykologiczne badanie krwi**. Dlatego funkcjonariusz zatrzymuje kierującego i udaje się z nim do placówki medycznej celem pobrania krwi do badania.

Stwierdzenie wpływu narkotyków na sprawcę następuje w oparciu o **wyniki toksykologicznych badań krwi** oraz **spostrzeżenia dotyczące objawów uzasadniających podejrzenie użycia przez sprawcę narkotyków**.

Wyniki toksykologicznych badań krwi dają **konkretną wartość stężenia** określonego narkotyku w organizmie kierującego. Konkretna wartość ma znaczenie w kontekście ustalenia, czy kierujący znajdował się w stanie *po użyciu* narkotyków (odpowiedzialność za wykroczenie), czy w stanie *pod wpływem* narkotyków (odpowiedzialność za przestępstwo).

Określenie konkretnej wartości stężenia narkotyków wymaga **wiadomości specjalnych**. Dlatego w toku postępowania zasięgana jest **opinia biegłego z zakresu toksykologii sądowej**.



NARKOTYKI W RUCHU DROGOWYM – PRAWO (3)

Naukowcy podjęli próbę określenia progów dla *stanu po użyciu* i *stanu pod wpływem środków* działających podobnie do alkoholu dla potrzeb opiniowania dla celów sądowych. Przedstawia je poniższa tabela (w ng/ml):

Jest to jedynie **propozycja**, niewiążąca dla sądu.

	Po użyciu	Pod wpływem
THC (marihuana)	1-2,5	> 2,5
Amfetamina i pochodne	25-50	> 50
Kokaina	10-20	> 20
Benzoiloekgonina	> 100	nie ustalono
Morfina	10-25	> 25

(Źródło: Wicka M., Chołbiński P., Kwiatkowska D., Pokrywka A., Wykrywanie substancji psychotropowych we krwi metodą LC/MS/MS, Problemy Kryminalistyki 284(2), 2014.)

NARKOTYKI W RUCHU DROGOWYM – PRAWO (4)

Orzeczenie, czy osoba podejrzana znajdowała się w stanie po użyciu czy też pod wpływem, a co za tym idzie ocena kwalifikacji czynu, należy do organu procesowego.

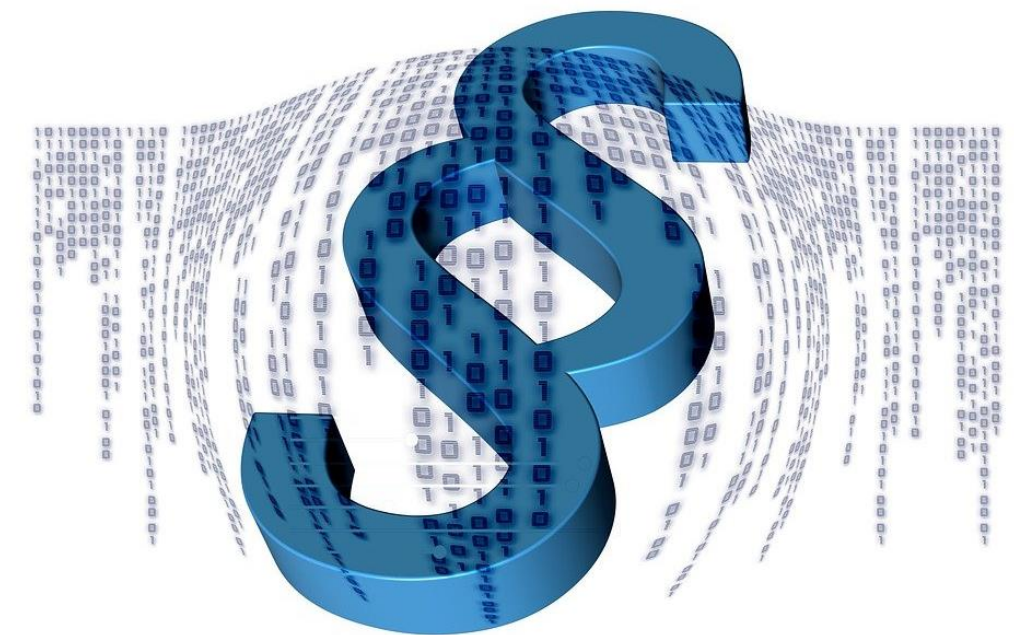
Sąd musi samodzielnie ustalić, czy kierujący znajdował się *po użyciu* albo *pod wpływem*, opierając się na konkretnej wartości wyniku badania toksykologicznego i na spostrzeżeniach dotyczących sprawcy.

Na znajdowanie się pod wpływem narkotyków może wskazywać np. bełkotliwa mowa, rozszerzone źrenice, nadpobudliwość czy opóźnione reakcje kierującego.

Spostrzeżenia te czynią osoby biorące udział w czynnościach postępowania: **funkcjonariusze, lekarze** lub **osoby przeprowadzające badanie** krwi lub moczu. Mogą to być również **osoby postronne** – pasażerowie, inni **świadkowie**. Spostrzeżenia te są zawierane m.in. w notatkach służbowych, zeznaniach świadków, protokołach badań śliny, krwi, moczu.

Narkotyki nie uwalniają się z organizmu w sposób podobny do alkoholu, dlatego kwestia umyślności w sprawach jazdy po narkotykach jest istotna i bardziej złożona.

(Źródła: <https://www.prosteprawo24.pl/jazda-po-narkotykach/>; <https://intercars.pl/blog/poradnik-kierowcy/jazda-pod-wplywem-narkotykow-kary-i-konsekwencje/>; <https://kancelariajanus.pl/prawo-karne/prowadzenie-samochodu-pod-wplywem-narkotykow/>)



AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (1)

**Amfetamina a zachowanie kierowcy (Amphetamines and driving behavior); Paul M. Hurst;
Institute for Research, State College, PA, USA; Accident Analysis & Prevention;
Volume 8, Issue 1, February 1976, Pages 9-13.**

Bezpośrednich dowodów dotyczących roli amfetamin w wypadkach drogowych jest niewiele.

Dane laboratoryjne wskazują, że dawki amfetaminy mieszczące się w normalnym zakresie klinicznym nie wpływają niekorzystnie na większość podstawowych umiejętności związanych z prowadzeniem pojazdów, a wręcz mogą ulec nieznacznej poprawie.

Takie wzmocnienie jest ogólnie większe u osób pozbawionych snu, ale nie ogranicza się do stanów braku snu. Poprawę odnotowano również u osób, których umiejętności zostały obniżone przez alkohol, ale tu wyniki nie były spójne.

Uznaje się, że nadmierne lub długotrwałe używanie prowadzi do nienormalnych stanów psychicznych, które są niezgodne z bezpieczną jazdą, a osoby nadużywające amfetaminy biorą udział w nieproporcjonalnie dużej liczbie wypadków drogowych.

Dostępne statystyki epidemiologiczne są jednak niewystarczające do ustalenia, jak często taka nadmierna konsumpcja jest związana z prowadzeniem pojazdu, ani do ilościowego określenia całkowitego udziału osób nadużywających amfetaminy w wypadkach drogowych.



AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENICTWO NAUKOWE (2)

Report – DRIVER FATIGUE AND STIMULANTS; Narelle L. Haworth; Monash University; Accident Research Centre; October 1989.

Dostępnych jest niewiele informacji na temat używania środków pobudzających przez kierowców.

Wpływ jednorazowego podania środka pobudzającego (amfetaminy i jej pochodnych) na czujność kierowcy jest prawdopodobnie pozytywny. Może poprawiać koncentrację i częściowo przywracać sprawność upośledzoną alkoholem.

Amfetaminy mogą wpływać na percepcję wzrokową, co może prowadzić do zwiększenia ryzykownej jazdy oraz pogorszenia trafności oceny prędkości. Prawdopodobne jest, że długotrwałe używanie amfetaminy i jej pochodnych może skutkować zwiększonym ryzykiem wypadku drogowego z powodu występowania halucynacji wzrokowych i intensywnego zmęczenia odczuwanego przez uzależnionych kierowców, którzy nie są w stanie zapewnić organizmowi odpowiedniej dawki.

Z przybliżonych szacunków na podstawie badań lokalnych i zagranicznych wynika, że około 3% kierowców – uczestników wypadkach śmiertelnych brało środki pobudzające.

Wpływ używek na zmęczenie kierowcy zależy w dużej mierze od dawki i wcześniejszej historii stosowania. Problem uzależnienia w tej sytuacji oznacza, że można spodziewać się znacznego spadku wydajności organizmu podczas prowadzenia pojazdu, gdy nie są dostępne wystarczająco wysokie poziomy amfetamin, aby zaspokoić zwiększone zapotrzebowanie na nie przez organizm, który nie jest w stanie funkcjonować na normalnym, tj. wolnym od narkotyków poziomie.

Potrzeba zwiększania dawek w celu utrzymania nawet normalnego poziomu czujności oznacza, że kierowcy uzależnieni od amfetaminy, którzy nie są w stanie zapewnić sobie wystarczających dawek, mogą stać się bardziej zmęczeni niż gdyby nie stosowali żadnych narkotyków.

Rozwój uzależnienia od środków pobudzających powoduje, że ich stosowanie może skutkować zwiększeniem prawdopodobieństwa wypadku spowodowanego zmęczeniem.

Badanie częstości występowania narkotyków wśród ofiar śmiertelnych wypadków drogowych w Anglii i Walii opisali Everest, Tunbridge i Widdop (1988). Amfetaminę wykryto u 3 z pośród 116 badanych ofiar śmiertelnych.



AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (3)

Prowadzenie pojazdu pod wpływem środków amfetaminopodobnych (Driving Under the Influence of Amphetamine-Like Drugs); Frank Musshoff, Burkhard Madea; Institute of Forensic Medicine, Bonn, Germany; Paper Toxicology, Volume 57, Issue 2, March 2012, Pages: 287-565.

Opinie naukowców nt. wpływu amfetaminy na pogorszenie umiejętności prowadzenia pojazdów są różne.

W 1857 z 8709 przypadków prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków, narkotyki podobne do amfetaminy (amfetamina, metamfetamina i metylenodioksyamfetamina) były obecne samodzielnie lub razem z innymi legalnymi lub nielegalnymi narkotykami.

W 338 przypadkach amfetaminy były jedyną grupą substancji psychoaktywnych w osoczu o stężeniu odpowiednio 0,18, 0,12 i 1,05 mg/l.

Powszechnie uważa się, że po zażyciu amfetaminy spodziewane są efekty stymulujące.

Zaobserwowano natomiast wiele przypadków, które sugerowały działanie uspokajające na stan psychofizyczny.



AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (4)

Stosowanie stymulantów typu amfetamina a ryzyko obrażeń lub śmierci w wyniku wypadku drogowego: przegląd badań (Amphetamine-type stimulant use and the risk of injury or death as a result of a road-traffic accident: A systematic review of observational studies) Amie C. Hayley, Luke A. Downey, Brook Shiferaw; Centre for Human Psychopharmacology, Swinburne University of Technology, Hawthorn, Australia; European Neuropsychopharmacology; Volume 26, Issue 6, June 2016, Pages 901-922.

Amfetaminy i jej pochodne są wykrywane u kierowców – zabitych lub rannych w wyniku wypadków drogowych. Jednak rola tej substancji jako przyczyna wypadków pozostaje niejednoznaczna.

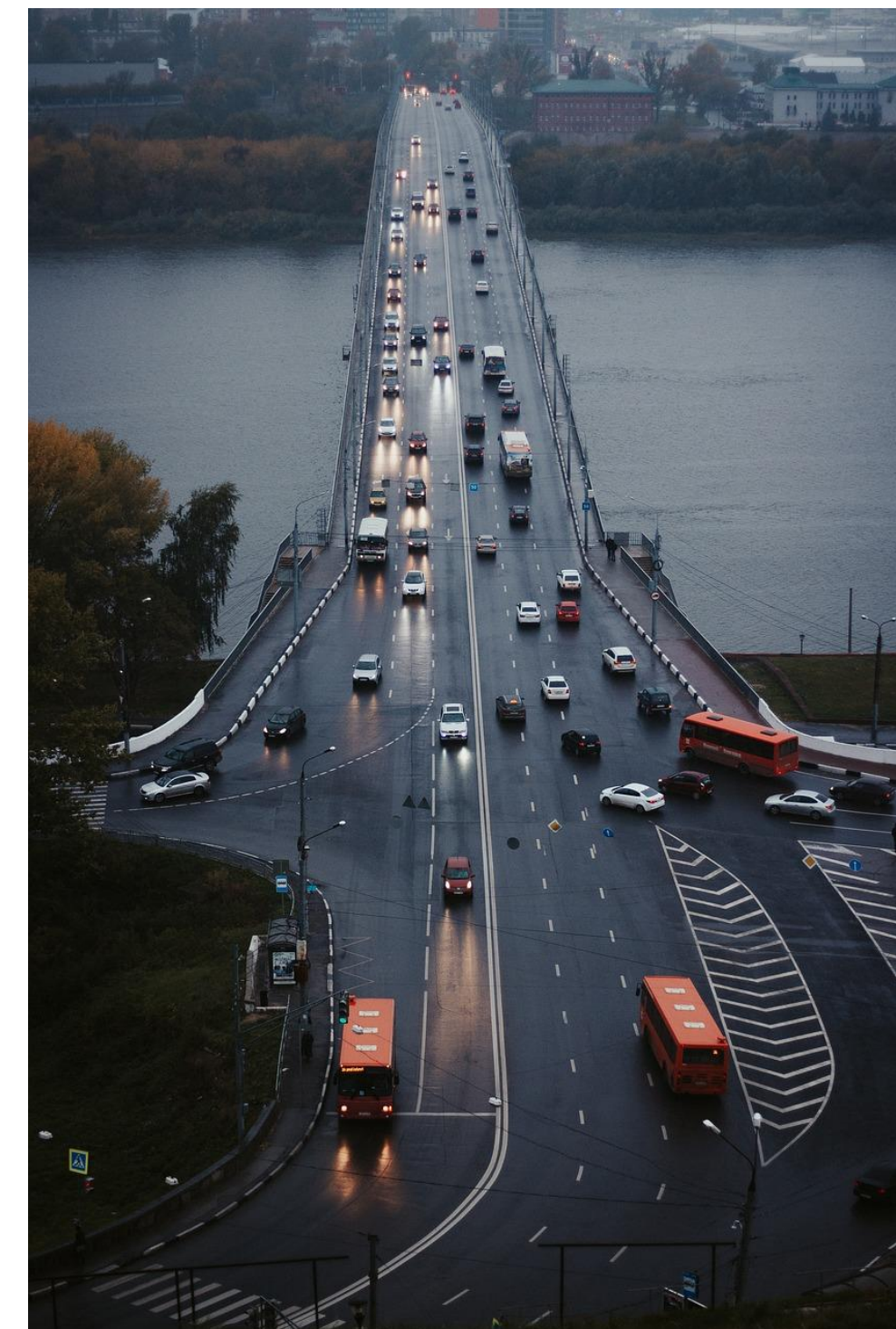
Przeprowadzono przegląd literatury, aby ocenić istniejące dowody dotyczące związku między zażywaniem amfetaminy a ryzykiem obrażeń lub śmierci w wyniku wypadków drogowych. Przeszukano bazy literatury PubMed, SafetyLit, Scopus i Science Direct od 1 stycznia 1980 do maja 2015 r.

Przeprowadzono kwerendę 182 artykułów (9 spełniało wszystkie kryteria przeglądu; wyniki z 6 uwzględniono w syntezie).

Synteza wykazała poziom dowodów – *sprzeczny* dot. powiązania używania substancji typu amfetaminy, a ryzykiem odniesienia obrażeń oraz poziom dowodów – *umiarkowany* używania amfetaminy a ryzykiem śmierci z powodu urazu drogowego.

Jest to pierwszy przegląd, w którym dokonano syntezy dowodów dotyczących związku między używaniem substancji typu amfetaminy a ryzykiem obrażeń lub śmierci w wyniku wypadku drogowego.

Analiza wskazuje na znaczące i globalne deficyty związane ze skuteczną kontrolą kierowców poruszających się pod wpływem tej substancji.



AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (5.1)

Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe — findings from the DRUID project; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Luxembourg: Publications Office of the European Union 2012.

Badania drogowe przeprowadzone w 13 krajach Europy, w których przeanalizowano próbki krwi lub śliny od 50 tys. kierowców, wykazały, że alkohol był obecny w 3,48%; nielegalne narkotyki w 1,90%; leki w 1,36%; połączenie narkotyków lub leków w 0,39%, a alkohol w połączeniu z narkotykami lub lekami 0,37%.

W ramach projektu przydzielono badane substancje do jednej z 4 grup, w zależności od tego, czy ryzyko zostało uznane za niewielkie, średnie, znaczne lub wysokie.

Zwrócono uwagę, że piktogram na opakowaniu wskazujący na ryzyko związane z prowadzeniem pojazdu skutecznie zmienia zamierzone zachowania kierowców.

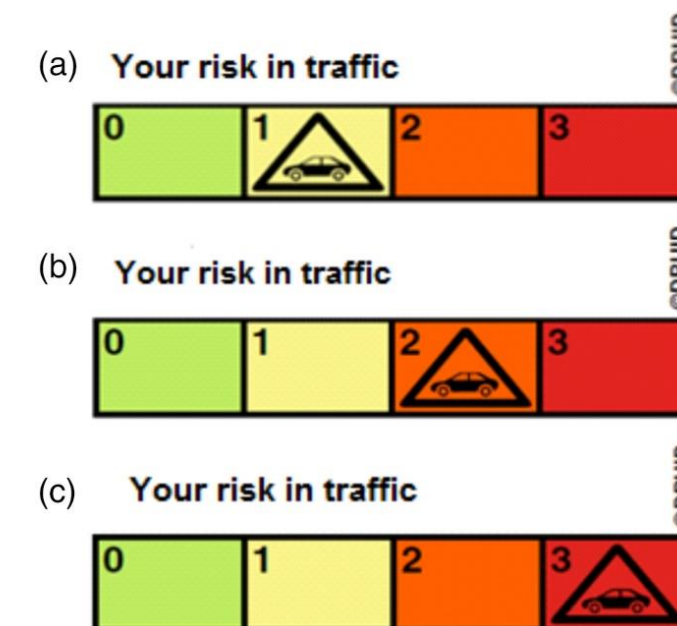
Rozpowszechnienie nielegalnych narkotyków w ogólnej populacji kierujących pojazdami, choć znacznie różniło się w poszczególnych krajach, było znacznie niższe niż rozpowszechnienie alkoholu. THC był najczęściej wykrywanym nielegalnym narkotykiem u kierowców, następnie kokaina. Rzadziej wykrywano amfetaminy i nielegalne opioidy.

Wśród rannych lub zabitych kierowców najczęściej spożywaną substancją był sam alkohol, a następnie alkohol w połączeniu z inną substancją. Używanie samych nielegalnych narkotyków nie było często wykrywane.

Po alkoholu najczęściej wykrywaną substancją wśród poszkodowanych kierowców był tetrahydrokannabinol (THC), następnie benzodiazepiny, natomiast wśród kierowców zabitych w wypadkach – benzodiazepiny.

Alkohol i narkotyki częściej wykrywano u kierowców płci męskiej.

Leki wykrywano głównie u kobiet w średnim i starszym wieku, ale wśród kierowców ciężko rannych lub zabitych w wypadkach, leki częściej wykrywano u kierowców płci męskiej w tym samym przedziale wiekowym, często w połączeniu z innymi substancjami.



AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (5.2)

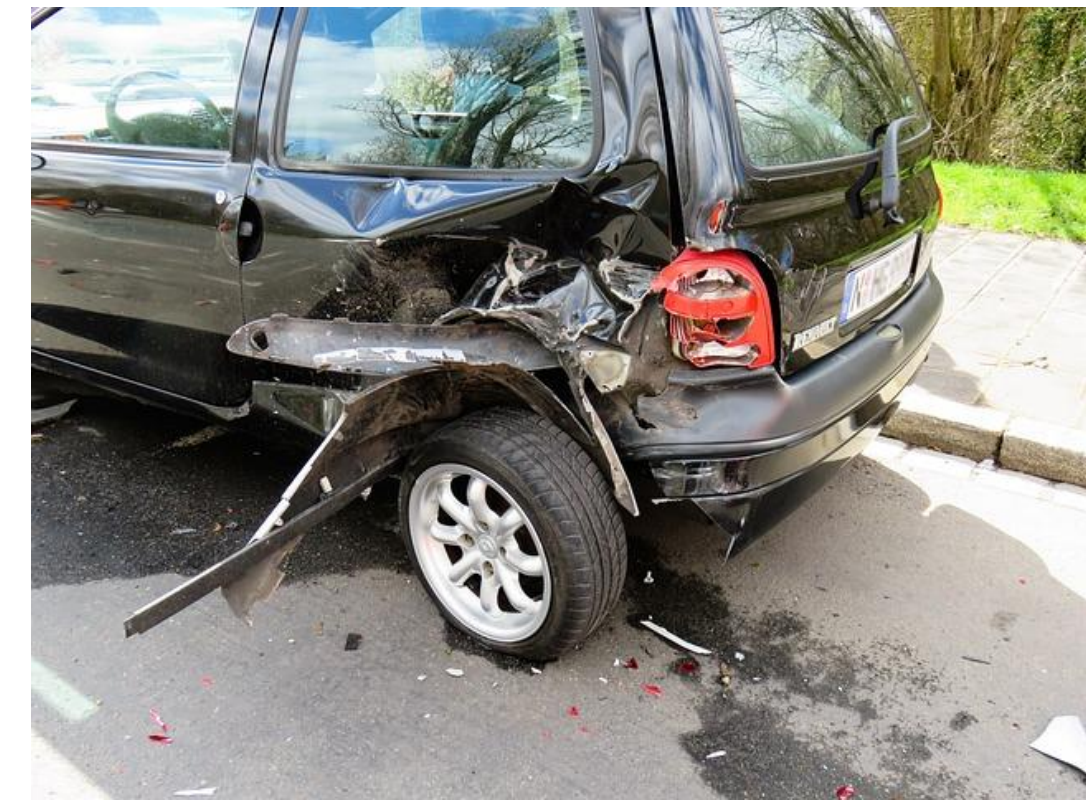
Konsekwentnie egzekwowane prawo, nieuchronność kary to najskuteczniejsza metoda walki z jazdą pod wpływem. Pomocna jest wiedza funkcjonariuszy nt. oznak zażycia substancji i narzędzia ich wykrywania, reedukacja uwzględniająca terapię.

Cofnięcie prawa jazdy jest skutecznym środkiem odstraszającym i sankcją, silniejszym niż więzienie czy grzywna, ale tylko wtedy, gdy jest realizowane szybko i na okres 3-12 miesięcy.

Łączenie cofnięcia licencji z rehabilitacją/leczeniem jest skuteczniejsze niż samo cofnięcie prawa jazdy.

Cofnięcie prawa jazdy osobie poddawanej długotrwałemu leczeniu, powinno opierać się na indywidualnej ocenie ogólnej zdolności pacjenta do kierowania pojazdami.

Jest mało prawdopodobne, aby kierowcy z uzależnieniem lub podobnymi problemami odnieśli korzyści z programu rehabilitacyjnego. Resocjalizacja powinna być dostosowana potrzeb przestępców.



AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (5.3)



Nielegalne grupy środków	Średnia ważona w 13 krajach	Zakres
All drugs	1.9 %	0.2 – 8.2 %
THC	1.32 %	0.0 – 5.99 %
Cocaine	0.42 %	0.0 – 1.45 %
Amphetamines	0.08 %	0.0 – 0.38 %
Illicit opioids	0.07 %	0.0 – 0.3 %

Nielegalne grupy środków	Zakres (ciężko ranni)	Zakres (ofiary śmiertelne)
THC (and/or THC-COOH)	0.5 – 2.2 %	0.0 – 1.8 %
Cocaine (and/or benzoylecgonine)	0.0 – 1.3 %	0.0 – 0.0 %
Amphetamines	0.0 – 1.1 %	0.0 – 2.1 %
Illicit opioids	0.0 – 0.7 %	0.0 – 0.0 %

Zażywanie benzodiazepin, amfetaminy było bardziej powszechne w północnej Europie.

Zażywanie kokainy było bardziej powszechne w południowej Europie.

Wśród poszkodowanych kierowców najczęściej wykrywanymi substancjami po alkoholu i THC były benzodiazepiny, natomiast wśród kierowców zabitych w wypadkach benzodiazepiny ustępowały jedynie alkoholowi, a następnie amfetaminie.

Opioidy lecznicze wykryto we wszystkich krajach.

Amfetaminy były najbardziej rozpowszechnione wśród młodych kierowców (18-34 lata).

Nasilenie zachowań ryzykownych obserwowano w przypadku dodatkowego spożycia alkoholu.

AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (5.4)

MDMA w połączeniu z alkoholem (lub brakiem snu) pogarszało zdolność prowadzenia pojazdu. Osoby stosujące leki pobudzające nie były świadome efektów zmęczenia po tzw. ostrym „zejściu”. Już nieprzespana noc powodowała zaburzenia porównywalne z obserwowanymi pod wpływem 0,8 g/l BAC. Pomimo skali projektu, liczby badanych, zarówno przypadków, jak i kontroli, wynik pozytywny dla każdej substancji był niski, a w niektórych krajach nie stwierdzono żadnego. Chociaż było to korzystne z punktu widzenia bezpieczeństwa drogowego, skutkuje to nieprecyzyjnymi szacunkami zjawiska. Wyniki dotyczące w szczególności nielegalnych narkotyków należy traktować z ostrożnością.

WNIOSKI PROJEKTU — POZIOM RYZYKA W ODNIESIENIU DO POWAŻNYCH OBRAŻEŃ LUB ŚMIERCI W WYNIKU WYPADKU DROGOWEGO I OBECNOŚCI W ORGANIZMIE RÓŻNYCH GRUP SUBSTANCJI

Poziom ryzyka	Ryzyko względne	Grupa substancji
Slightly increased risk	1–3	0.1 g/l ≤ alcohol in blood < 0.5 g/l Cannabis
Medium increased risk	2–10	0.5 g/l ≤ alcohol in blood < 0.8 g/l Benzoyllecgonine Cocaine Illicit opioids Benzodiazepines and z-drugs Medicinal opioids
Highly increased risk	5–30	0.8 g/l ≤ alcohol in blood < 1.2 g/l Amphetamines Multiple drugs
Extremely increased risk	20–200	Alcohol in blood ≥ 1.2 g/l Alcohol in combination with drugs



Uwagi: szacunki ryzyka należy traktować z ostrożnością. Amfetamina może mieć szkodliwy wpływ na samoocenę, krytyczną ocenę sytuacji i podejmowanie ryzyka, a podczas gdy efekty stymulujące przestają działać, kierowca może odczuwać zmęczenie, niepokój i drażliwość.

AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (6.1)

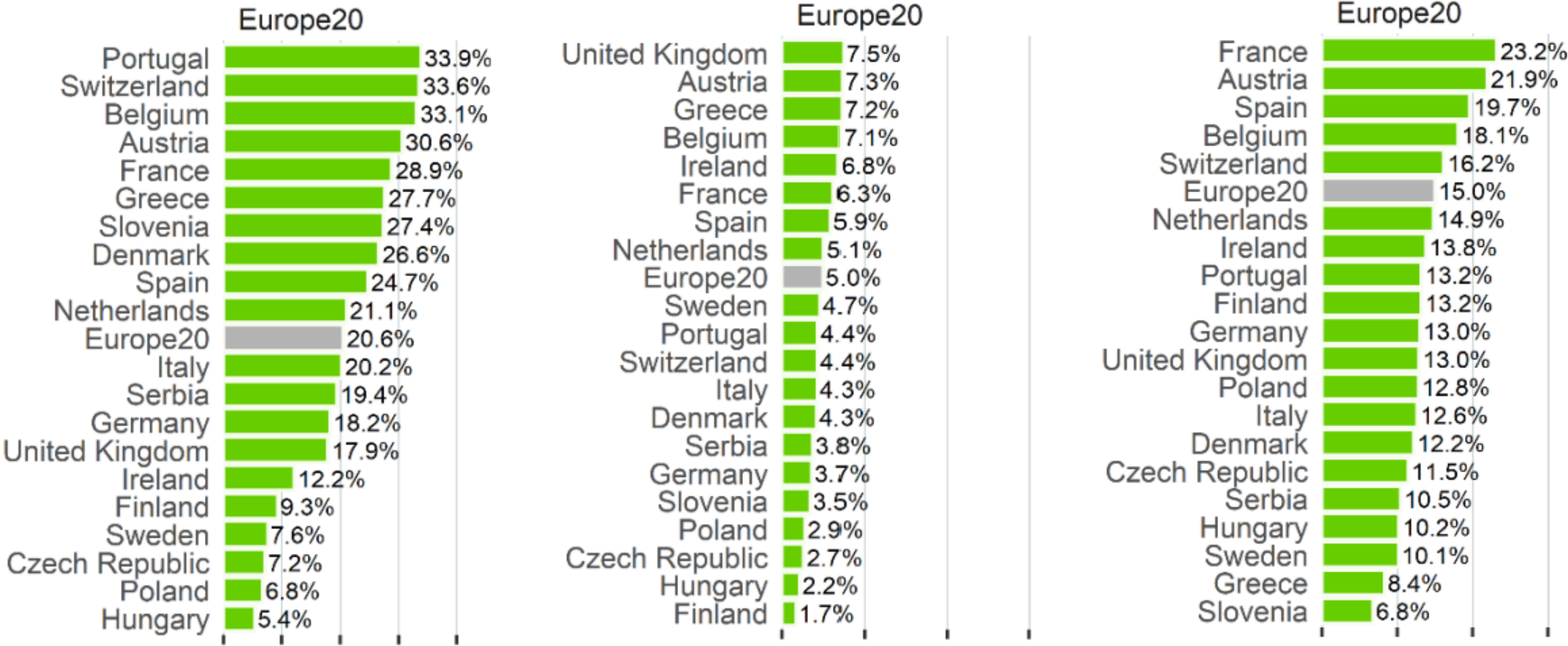
Driving under the influence of alcohol and drugs; Achermann Stürmer Y., Meesmann U. & Berbatovci H.; ESRA2 Thematic report Nr. 5. ESRA project (E-Survey of Road users' Attitudes); Bern, Switzerland: Swiss Council for Accident Prevention, 2019.

DEKLAROWANE ZACHOWANIE JAKO KIEROWCY SAMOCHODU

Prowadzenie po spożyciu alkoholu

Prowadzenie 1 godzinę po zażyciu narkotyków (poza lekami)

Prowadzenie po zażyciu leku, który może wpływać na zdolność prowadzenia pojazdów



Driving under the influence of alcohol and drugs

ESRA2 Thematic report Nr. 5



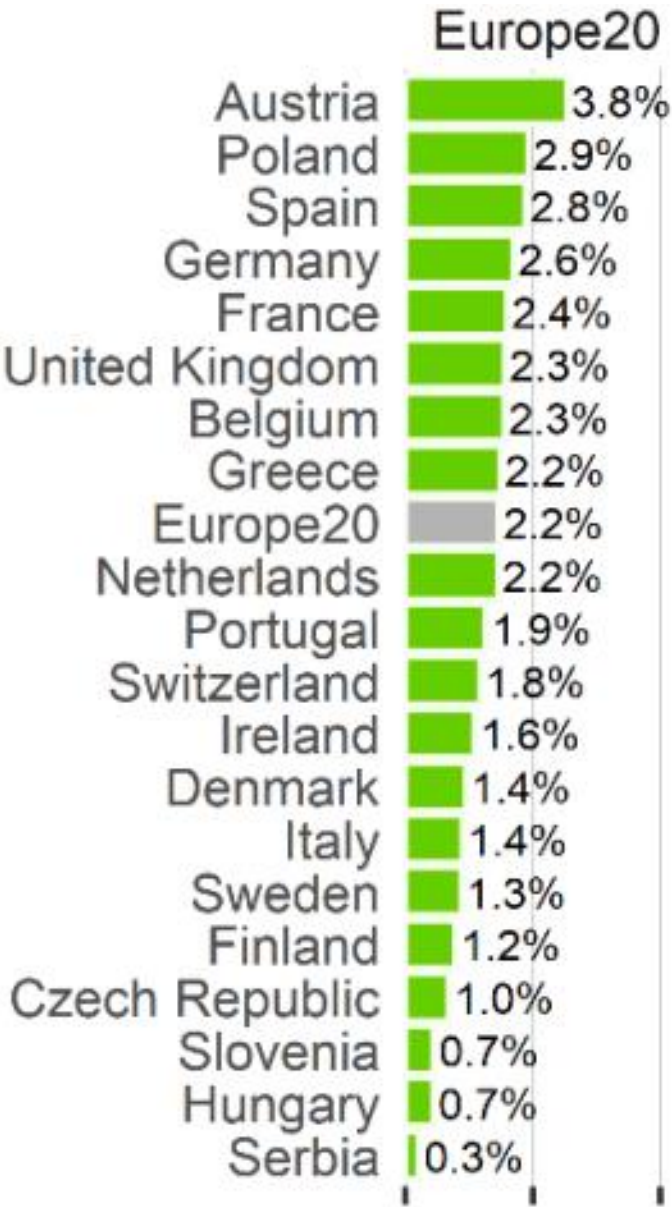
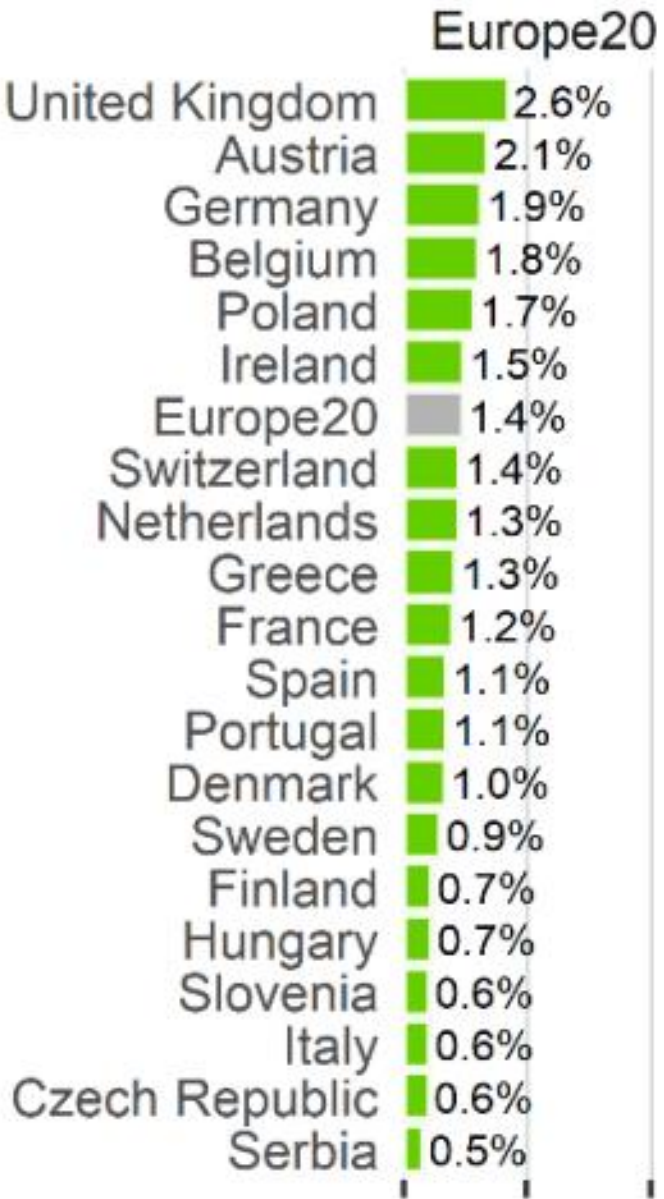
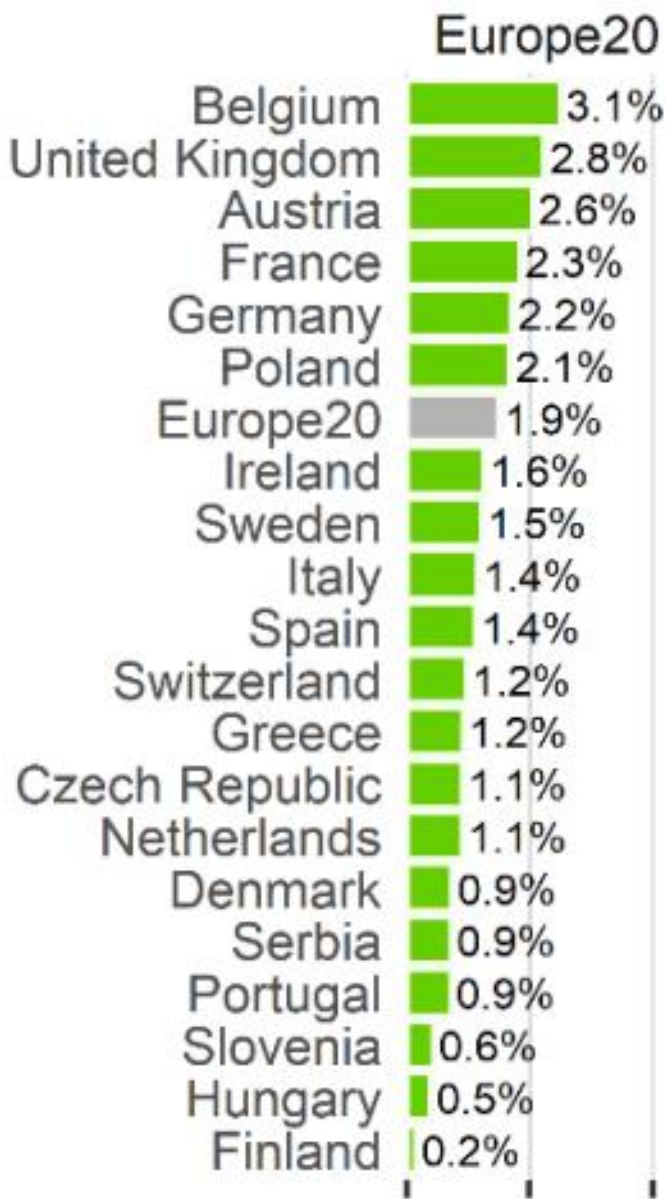
AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (6.2)

OSOBISTA AKCEPTACJA

Prowadzenie po spożyciu alkoholu z możliwością przekroczenia prawnego limitu

Prowadzenie 1 godzinę po zażyciu narkotyków (poza lekami)

Prowadzenie po zażyciu leku, który może wpłynąć na zdolność prowadzenia pojazdów



AMFETAMINA W RUCHU DROGOWYM – PIŚMIENNICTWO NAUKOWE (6.3)

W Europie obserwujemy, że w pięciu krajach (Belgia, Wielka Brytania, Austria, **Polska** i Niemcy) **wskaźniki dopuszczalności prowadzenia pojazdu dla wszystkich trzech rodzajów substancji są powyżej średniej**. Francja ma wskaźnik akceptacji powyżej średniej tylko dla alkoholu, Irlandia tylko dla narkotyków, a Hiszpania i Grecja tylko dla leków.

Odsetek respondentów, którzy po wypiciu kieliszka alkoholu twierdzą, że ufają sobie w prowadzeniu pojazdu, jest szczególnie wysoki w Austrii, Szwajcarii, Danii i Słowenii (22% i więcej), podczas gdy bardzo niskie wskaźniki można znaleźć w Polsce, Szwecji, Czechy i Węgry (6% i mniej). Należy zauważyć, że w tych czterech ostatnich krajach limity stężenia alkoholu we krwi są niższe niż limit 0,5 g/l obowiązujący w większości pozostałych krajów europejskich: 0 g/l w Czechach i na Węgrzech oraz 0,2 g/l w Polsce i Szwecji (WHO, 2018a).

Krajami o najwyższym odsetku kierowców przebadanych na obecność alkoholu są Polska, Serbia, Czechy, Węgry i Hiszpania (między 30% a 47%), a krajami o najniższym odsetku są Wielka Brytania, Niemcy i Dania (między 4% a 9%). Wydaje się, że kraje o największej liczbie kontroli alkoholu mają również najwyższą liczbę kontroli narkotyków i odwrotnie. Zauważamy również, że we wszystkich krajach kontrole dot. alkoholu są częstsze niż kontrole dot. narkotyków. Kraje o najwyższym odsetku kierowców przebadanych na obecność narkotyków to Hiszpania, Czechy i Irlandia (między 6% a 10%), a kraje o najniższym odsetku to Dania, Francja i Niemcy (między 2% a 3%).

Spośród 32 badanych krajów Polska ma najwyższy wynik w zakresie postrzeganego prawdopodobieństwa uczestniczenia w kontroli alkoholowej, a Stany Zjednoczone odnotowują najniższy wynik (10%).

W krajach, w których odsetek kierowców samochodów, którzy zgłosili jazdę pod wpływem alkoholu, jest wysoki, poziom zgody na subiektywną normę „większość moich znajomych prowadzi samochód pod wpływem alkoholu” jest również wysoki. Szczególnie w Afryce Południowej oraz w mniejszym stopniu w Portugalii i Belgii obie zmienne są raczej wysokie.

Na drugim końcu znajdują się **kraje o niskim odsetku kierowców samochodów, którzy przyznają się do prowadzenia pod wpływem alkoholu i niskim poziomie zgody ze stwierdzeniem „większość moich znajomych jeździ po pijanemu”**. Te kraje to Japonia, Węgry, **Polska**, Czechy, Szwecja, Republika Korei i Finlandia.

NOWE NARKOTYKI – STARY PROBLEM (1)

Narkotyki to substancje psychoaktywne, które oddziałują na cały organizm, głównie na ośrodkowy układ nerwowy. Wywołuje to często nieprzewidziane reakcje, których osoba pod wpływem często nie jest świadoma.

Nie ma bezpiecznego stężenia ich przyjmowania. 

W zależności od pochodzenia i profilu działania konkretnej substancji mogą wystąpić zaburzenia koncentracji, spowolnienie reakcji czy dysfunkcje koordynacji ruchowej. Niektóre specyfiki powodują też senność i ogólne ośpienie lub wręcz przeciwnie – działają pobudzająco czy wprowadzają w stan euforii, co wzmacnia skłonność do brawurowych i nieprzewidywalnych zachowań na drodze.

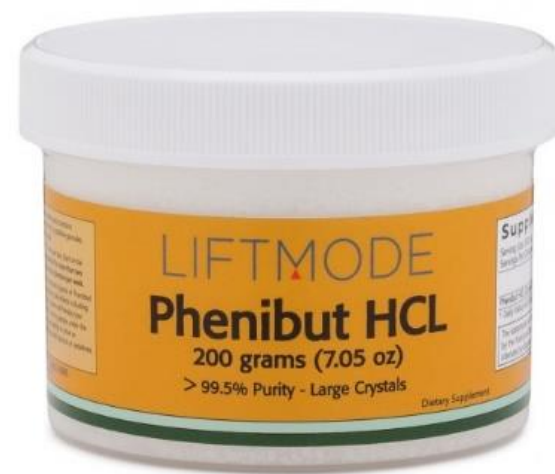
Każdy organizm reaguje inaczej na substancje psychoaktywne, dlatego niekiedy wystarczy spożycie niewielkiej dawki, aby doszło do wystąpienia zaburzeń psychomotorycznych. Ponadto warto mieć też na uwadze, że narkotyki o wiele dłużej są metabolizowane przez organizm niż alkohol. Oznacza to, że niektóre substancje mogą być wykryte, nawet jeśli je zażyto kilka dni wcześniej.



NOWE NARKOTYKI – STARY PROBLEM (2)

Fenibut

Zwany także: Anvifen, Fenibut, pbut, noofen, imprezowy puder



Fot.: Wikipedia

Flakka (alpha-PHP)

Zwany także: Żwirem, Zombie Drug, Sole do Kąpieli



Fot.: DEA

Fentanyl

Zwany także: Apache, China Girl, Dance Fever, Poison, Blue Dolphin, Fire Birria (fentanyl zmieszany z heroiną), Facebook (fentanyl i heroina w postaci tabletek), Speedball (fentanyl zmieszany z kokainą), Goofball (fentanyl zmieszany z metamfetaminą)



Fot.: DEA

Fantasy (GHB)

Zwany także: G, Liquid Ecstasy, The New Ice



Fot.: Wikipedia

Kratom

Zwany także: Ziołowym speedballem, biak biak, ithang, cierniem



Fot.: DEA

Karfentanyl

Zwany także: Wildnil, Serial Killer

NOWE NARKOTYKI – STARY PROBLEM (3)

„Dopalacze” to tzw. „nowe narkotyki”. Są to substancje lub ich mieszaniny o działaniu psychoaktywnym, nieznajdujące się na listach substancji kontrolowanych. Intencją tworzenia „projektowanych narkotyków” jest wprowadzanie do obrotu substancji o działaniu narkotycznym, które wymykają się regulacjom prawnym, i których nie uwzględniają listy substancji kontrolowanych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Obecność „nowych narkotyków” zapoczątkowały tabletki o nazwie „party pills” zawierających piperyzynę. W mieszaninach często wykrywa się dodatkowo inne związki psychoaktywne lub składniki leków. Częstą praktyką jest używanie tych substancji w połączeniu z innymi narkotykami, alkoholem czy lekami.

„Dopalacze” są sprzedawane pod różnymi nazwami handlowymi np. jako **odświeżacze powietrza, nawozy dla kwiatów, kadzidła ziołowe, sole kąpielowe, saszetki zapachowe, środki do czyszczenia komputerów, kleje, absorbery promieniowania elektromagnetycznego czy „cząstki boga”**.

Opierając się na efektach klinicznych, jakie wywołują „dopalacze”, można je podzielić na następujące grupy:

- stymulanty – substancje psychostymulujące – pobudzające OUN;
- depresanty – substancje działające opóźniająco na OUN;
- psychodeliki – środki psychodysleptyczne – substancje wywołujące zaburzenia w OUN;
- psychodeliczne amfetaminy;
- dysocjanty;
- delirianty (pochodne tropanu);
- pochodne meskaliny;
- lizergamidy (np. LSD, LSA);
- kannabinoidy – grupa związków, których działanie łączy efekty stymulujące, depresyjne oraz psychodeliczne (zależnie od dawki).

Lubecka B., Lubecki M., Pudło R., „Dopalacze” — co wiemy o nowych substancjach psychoaktywnych? Psychiatria 2018; 15:99-109.

Malczewski A., Kidawa M., Nowe substancje psychoaktywne w Europie: skala zjawiska i przeciwdziałanie. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej; 2018.

LEKCEWAŻONY PROBLEM – LEKI



Nadmiernie i zbyt często przyjmowane farmaceutyki powodują modyfikację czynności psychicznych i somatycznych organizmu.

W wyniku nagłego odstawienia środka mogą pojawić się objawy abstynencyjne, które wywołują nieprzyjemne doznania i niejako zmuszają do ponownego zażycia leku.

Przykład: Solpadeine zawiera 3 substancje czynne.

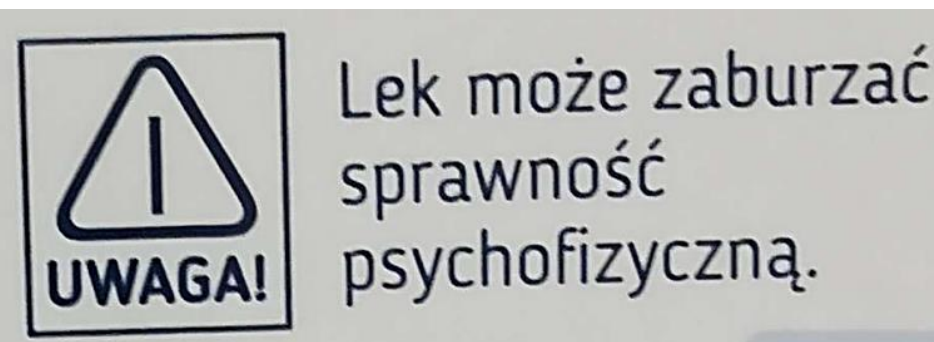
Paracetamol wykazuje działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe.

Kofeina nasila działanie przeciwbólowe paracetamolu, a także **działa pobudzająco na OUN**.

Kodeina wykazuje działanie przeciwbólowe i przeciwkaszlowe. **Kodeina należy do tzw. opioidowych leków przeciwbólowych** – grupa tych leków łagodzi dolegliwości bólowe.

Solpadeine może powodować senność i zawroty głowy. Nie należy prowadzić pojazdów ani obsługiwać maszyn w przypadku wystąpienia tych objawów.

Lek dostępny bez recepty.



CO SPRAWIA, ŻE LUDZIE BIORĄ NARKOTYKI? – PORTRET PSYCHOLOGICZNY (1)

Uzależnienia nie dotyczą tylko nadużywania substancji i uzależnienia od związków chemicznych.

Poza czynnikami organicznymi należy zwrócić uwagę na cechy psychologiczne, różnice indywidualne, które predysponują nas do skrajnej zależności.

W taki sposób powstaje „**osobowość skłonna do uzależnień**”.

Przyczyny ogólne mające wpływ na skłonność do uzależnień:

- szybkie tempo życia,
- wysoki stan napięcia i niepokoju wewnętrznego,
- impulsywność,
- niska samoocena,
- nieumiejętność radzenia sobie z problemami,
- brak zainteresowania sensem życia,
- brak akceptacji społecznej (krytyczny rodzic),
- trudności w wypełnianiu podjętych zobowiązań,
- kierowanie się w życiu zasadą przyjemności,
- przyzwyczajenie do natychmiastowego zaspokajania aktualnych potrzeb,
- poczucie nudy, zubożnienia, izolacji społecznej,
- kwestionowanie autorytetów.



PSYCHOLOGIA – CZYNNIKI UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

CZYNNIKI BIOLOGICZNE



DZIEDZICZNOŚĆ / GENETYKA

PŁEĆ

WIEK

STAN ZDROWIA I ZACHOWANIA

PROZDROWOTNE

CZYNNIKI INDYWIDUALNE



WIEDZA

OBYCZAJOWOŚĆ

PRYZWYCZAJENIA

CECHY OSOBOWOŚCI

TEMPERAMENT

MYŚLENIE LOGICZNE

I KRYTYCZNE

CZYNNIKI ŚRODKOWISKOWE



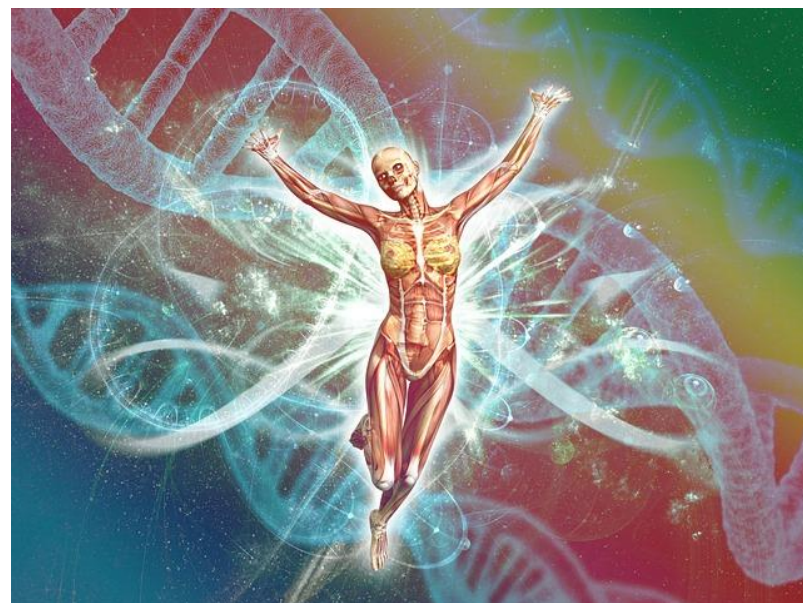
UWARUNKOWANIA

DEMOGRAFICZNE

NORMY SPOŁECZNE

SCHEMATY RODZINNE

DOSTĘPNOŚĆ SUBSTANCJI



CZŁOWIEK



SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

CZYNNIKI WYZWALAJĄCE

PSYCHOLOGIA – BADANIA W OBSZARZE PSYCHOLOGII I PSYCHIATRII (1)

Najnowsze badania w obszarze psychologii i psychiatrii dowodzą, że uzależnienie od narkotyków może być dziedziczne, ale może też wynikać z osobowości, charakteru i temperamentu.

Skłonność do nałogów pojawia się u osób, które w okresie dzieciństwa nie nabrały umiejętności rozładowania napięcia i odreagowywania sytuacji stresowych. Często też przykładali nadmierną uwagę do bycia w centrum uwagi otoczenia, które próbowali sobie podporządkować.

Osobowość podatną na uzależnienia charakteryzuje popadanie w skrajności, szeroka amplituda emocji i zachowań.

Gniew przeplata się z entuzjazmem; smutek zamienia się w euforię i pragnienie działania. Powstaje sinusoida, za którą nie nadąża umysł.

Eksperti ostrzegają przed wizją pojedynczej osobowości szczególnie podatnej na uzależnienie. Taki typ osobowości nie istnieje. Niektóre pozornie odmienne cechy mogą prowadzić do uzależnienia u różnych osób, w zależności od innych okoliczności.

Napięcia, problemy, stresy to nieodłączna część życia, a poszukiwanie sposobów radzenia sobie z trudnościami i towarzyszącymi im emocjami to ważna część dojrzewania.

"Jednak ludzie, którzy wielokrotnie unikają konfrontacji z trudnymi sytuacjami lub negatywnymi uczuciami, nie rozwijają kluczowych umiejętności radzenia sobie w życiu" (www.immersionrecovery.com; ośrodek leczenia uzależnień – Immersion Recovery Center).

Istnienie cech osobowości specyficznych dla osób uzależnionych potwierdza także porównanie alkoholików i neurotyków będących w terapii. Osoby uzależnione mają lepsze poczucie przystosowania, są dla siebie mniej wymagające, mniej skupione na sobie i bardziej autonomiczne – mają mniejszą potrzebę przynależności.

Koncepcja psychoanalityczna dowodzi, że typowe cechy tej osobowości wywodzą się z dzieciństwa, gdy dziecko utrzymywane było w bierności i podporządkowaniu się rodzicom (było "super grzeczne"). Konsekwencją takiej sytuacji rozwojowej może być później mała dynamika życiowa, niepewność i nieśmiałość w kontaktach społecznych oraz poczucie braku kompetencji. Używanie środków psychoaktywnych wiąże się wtedy z dużą podatnością na wpływ autorytetów rówieśniczych, z uleganiem presji otoczenia oraz chęcią przezwyciężenia nieśmiałości w kontaktach.



PSYCHOLOGIA – BADANIA W OBSZARZE PSYCHOLOGII I PSYCHIATRII (2)

Obecnie raczej odchodzi się od poszukiwania jednego typu osobowości, który może determinować pojawienie się uzależnienia. Zamiast tego próbuje się znaleźć cechy, które zwiększają prawdopodobieństwo, że się w uzależnienie popadnie. Badania koncentrują się na poszukiwaniu zależności pomiędzy cechami osobowości a używaniem środków odurzających.

W tym celu wykorzystano m.in. biologicznie zorientowany model cech osobowości Hansa Eysencka, według którego próbuje się opisywać ludzką osobowość na skalach: ekstra- i introwersji oraz neurotyczności i psychotyczności. Testy psychologiczne oparte na tej koncepcji posłużyły badaczom do odkrycia, że z tendencją do używania substancji psychoaktywnych u młodzieży wiąże się **wysoki wynik w skali ekstrawersji, niski w skali neurotyczności oraz wysoki w skali psychotyczności**. Najmocniej z tą skłonnością wiąże się impulsywność; potwierdzono zwłaszcza silny związek między impulsywnością a nadużywaniem alkoholu oraz uzależnieniem od nikotyny. Można przyjąć, że impulsywność jest charakterologicznym czynnikiem ryzyka, jeśli chodzi o nadużywanie substancji psychoaktywnych przez młodzież.

Eysenck H., Hall C.S., Lindsey G., Teorie osobowości. PWN, Warszawa 1994. Acton G.S., Measurement of Impulsivity in a Hierarchical Model of Personality Traits: Implications for Substance Use, Substance Use & Misuse, 38:1/2003, 67-83.

Istnieją dane, że czynnikiem ryzyka może być także podwyższony **poziom nonkonformizmu i towarzyskość**. Naukowcy z Uniwersytetu Minnesoty badali osobowości studentów pierwszego roku. Po kilkunastu latach wykorzystano uzyskane dane wobec byłych studentów, którzy szukali pomocy w poradni uniwersyteckiej z powodu uzależnienia od alkoholu.

Porównano profil osobowości studentów, którzy popadli w alkoholizm z profilem ich byłych kolegów z roku, obecnie nie wykazujących żadnych zaburzeń. Okazało się, że profile obu grup z czasów studiów mieściły się w normie i nie wykazywały żadnych problemów psychologicznych. Jednakże porównanie wyników poszczególnych skal wykazało, że w trzech skalach przyszli alkoholicy mieli punktację wyższą niż ich koledzy (choć w granicach normy). Ci, którzy potem uzależnili się od alkoholu, byli bardziej **towarzyscy, impulsywni i bardziej niezależni**.

Miles C.W., The addictive personality, Londyn 1988.



PSYCHOLOGIA – BADANIA W OBSZARZE PSYCHOLOGII I PSYCHIATRII (3)

Cechy osobowości wyodrębnione w badaniach naukowych (Eysenck):

- Wysoki poziom w skali Ekstrawersji,
- Niski poziom w skali Neurotyczności,
- Wysoki poziom w skali Psychotyczności,
- Wysoki poziom w skali Impulsywności.



PSYCHOLOGIA – BADANIA W OBSZARZE PSYCHOLOGII I PSYCHIATRII (4)

Wielka Piątka, ang. Big Five – pięcioczynnikowy model osobowości (PMO), wyznacza pięć czynników osobowości człowieka: neurotyczność, ekstrawersja/introwersja, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność.

- **Niska Sumienność,**
- **Niska Ugodowość,**
- **Wysoki Neurotyzm.**

Większość badań wskazuje, że specyficznymi cechami związanymi z uzależnieniem, a także cechami sprzyjającymi nawrotom jest **duża Neurotyczność i mała Sumienność**. Jest to taki układ cech, który wiąże się z **upośledzeniem kontroli impulsów**.

W badanej grupie zaobserwowano, że wartości dla głównych cech osobowości mieszczą się w granicach normy populacyjnej. Jedynie wartości składowe **cechy Neurotyczność (N): Impulsywność (N5), Depresyjność (N3) i Nadwrażliwość (N6) przekraczają średnie wartości stenowe**. Oznacza to, że osoby z rozpoznaniem uzależnienia – w porównaniu z normami populacyjnymi – **charakteryzują się większą skłonnością do depresyjności, większymi problemami w kontrolowaniu potrzeb i nagłych impulsów oraz nieznacznie większą podatnością na doświadczanie stresu**.

Bętkowska-Korpała B. i in., Profile osobowości w modelu Wielkiej Piątki u osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie, Alkoholizm i Narkomania, 2012, Tom 25, nr 2, 151-165.



PSYCHOLOGIA – BADANIA W OBSZARZE PSYCHOLOGII I PSYCHIATRII (5)

Badacze starają się określić cechy, które sprzyjają i nie sprzyjają ryzykownym zachowaniom.

Temperament stanowi zespół formalnych, względnie stałych cech zachowania, przejawiających się w poziomie energetycznym oraz w czasowych parametrach reakcji. Można go określić jako indywidualną „naturę emocjonalną”, uwzględniającą poziom energii, dominujący nastrój oraz wrażliwość na stymulację (na bodźce). Stanowi jeden z aspektów szerszego pojęcia, jakim jest osobowość, jest jej „biologiczną składową”. Natomiast jako osobowość można rozumieć charakterystyczny, względnie stały sposób reagowania jednostki na środowisko społeczno-przyrodnicze, a także sposób wchodzenia z nim w interakcje.

Publikacja Marii Mikołajczyk dotycząca korelatów osobowościowych używania substancji psychoaktywnych przez studentów traktuje między innymi o przyjmowaniu narkotyków i leków w celach niemedycznych, odnosząc przy tym picie alkoholu oraz palenie tytoniu do konkretnych cech osobowości. W projekcie zastosowano metodę korelacyjną opartą na kwestionariuszowym pomiarze zmiennych. Analiza wyników ukazała zależność między przyjmowaniem substancji psychoaktywnych a **niższą dojrzałością społeczną na poziomie zachowań i myślenia, słabszą tolerancją na frustrację, mniejszą zdolnością do odraczania gratyfikacji oraz słabszym poczuciem więzi emocjonalnych w rodzinie.**

Opracowanie raportu z badań dotyczących możliwości wykorzystania Kwestionariusza Temperamentu i Charakteru R.C. Cloningera w badaniu uzależnień od narkotyków również wskazuje **na osobowościowe determinanty przyjmowania substancji psychoaktywnych.**

W badaniu, w którym udział wzięło 56 osób, wykorzystano Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru (Temperament and Character Inventory – TCI). Spośród wymiarów opisujących temperament w modelu tym wyróżnia się:

- poszukiwanie nowości;
- unikanie szkody;
- uzależnienie od nagrody;
- wytrwałość.



PSYCHOLOGIA – PRAWDOPODOBIENSTWO „OSOBOWOŚCI UZALEŻNIONEJ” A CECHY OSOBOWOŚCI (1)

W psychologicznej charakterystyce temperamentu osób przyjmujących substancje psychoaktywne istotne wydaje się duże zapotrzebowanie na stymulację. Świadczą o tym **wysokie wyniki otrzymane na wszystkich podwymiarach skali poszukiwania nowości**. Osoby te upodobały sobie **zmienność i wysoką dynamikę życia**.

Męczy je monotonia, stabilność i wszelkie granice, dlatego **lubią je przekraczać**, stawiać sobie coraz to nowe wyzwania. Łatwo ekscytują się nowościami, szczególnie takimi, które dostarczają silnych emocji lub stanowią ryzyko. Osoby **te słabo kontrolują swoje odruchy**, decyzje podejmują pochopnie, bazując na niekompletnej informacji, często na podstawie intuicji. Kiedy coś stanie im na przeszkodzie, mogą tracić nad sobą panowanie, otwarcie wyrażając gniew. Tendencję do wycofywania się w obliczu problemów czy frustracji potwierdzają niskie wyniki na skali wytrwałości. Osoby te mogą być postrzegane jako kapryśne, leniwe i nieaktywne. Najczęściej są usatysfakcjonowane tym, co osiągnęły, i rzadko dążą do czegoś lepszego.

Powyższe wyniki są zgodne z rezultatami innych badań, znanych z literatury, zgodnie z którymi osoby uzależnione charakteryzują się określonymi cechami temperamentu, **zwiększającymi ich skłonność do poszukiwania dodatkowych źródeł stymulacji**. Podjęte działania mają dostarczyć jednostce stymulacji, która pozwoli na utrzymanie optymalnego poziomu pobudzenia lub doprowadzenie do niego.

W tym kontekście przyjmowanie substancji psychoaktywnych można traktować jako formę aktywności stanowiącą dodatkowe źródło intensyfikacji doznań.



PSYCHOLOGIA – PRAWDOPODOBIENSTWO „OSOBOWOŚCI UZALEŻNIONEJ” A CECHY OSOBOWOŚCI (2)

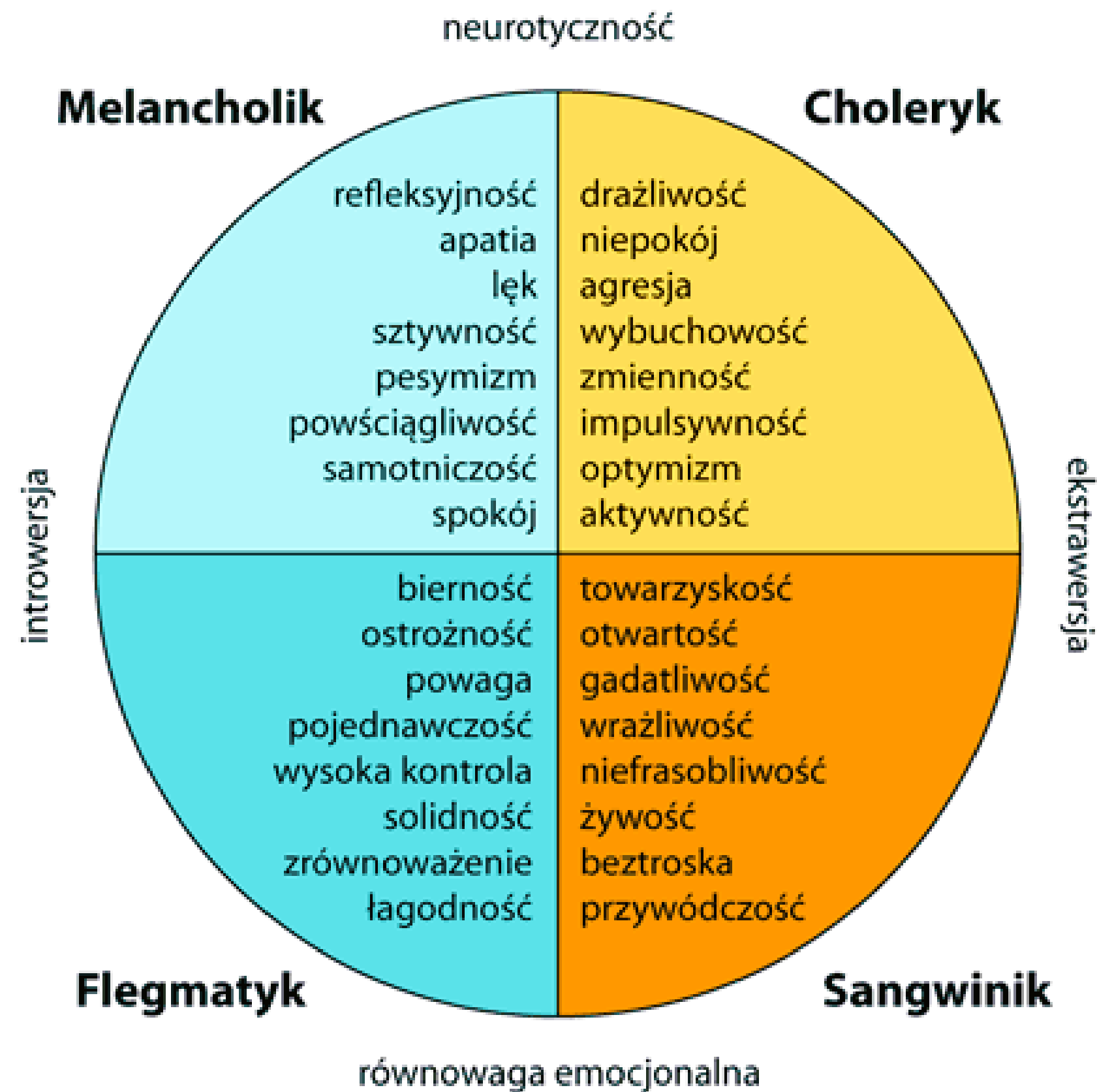
Stosowanie narkotyków powszechnie jest uznawane za jedną z przyczyn ogólnoświatowego obciążenia chorobami.

Z ich przyjmowaniem wiążą się przewlekłe i ostre problemy zdrowotne.

Zapobieganie sięganiu po substancje psychoaktywne i innym zachowaniom ryzykownym łączącym się z nimi obejmuje szerokie spektrum działań, obejmujące zarówno strategie środowiskowe, jak i uniwersalne, które są ukierunkowane na całe populacje. Aktualnie dostępne substancje psychoaktywne oraz zagrożenia z nimi związane nadal powodują problemy w dziedzinie zdrowia publicznego, stanowiąc jednocześnie wyzwanie dla decydentów.

Paderewska N., Cechy osobowości w kontekście doboru substancji psychoaktywnych; w: Dymowska A., Prósiniowski P. (red.), INNOWACJA, INTEGRACJA, INSPIRACJA. Kierunki odpowiedzi na zjawisko uzależnień, 2019, Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner.

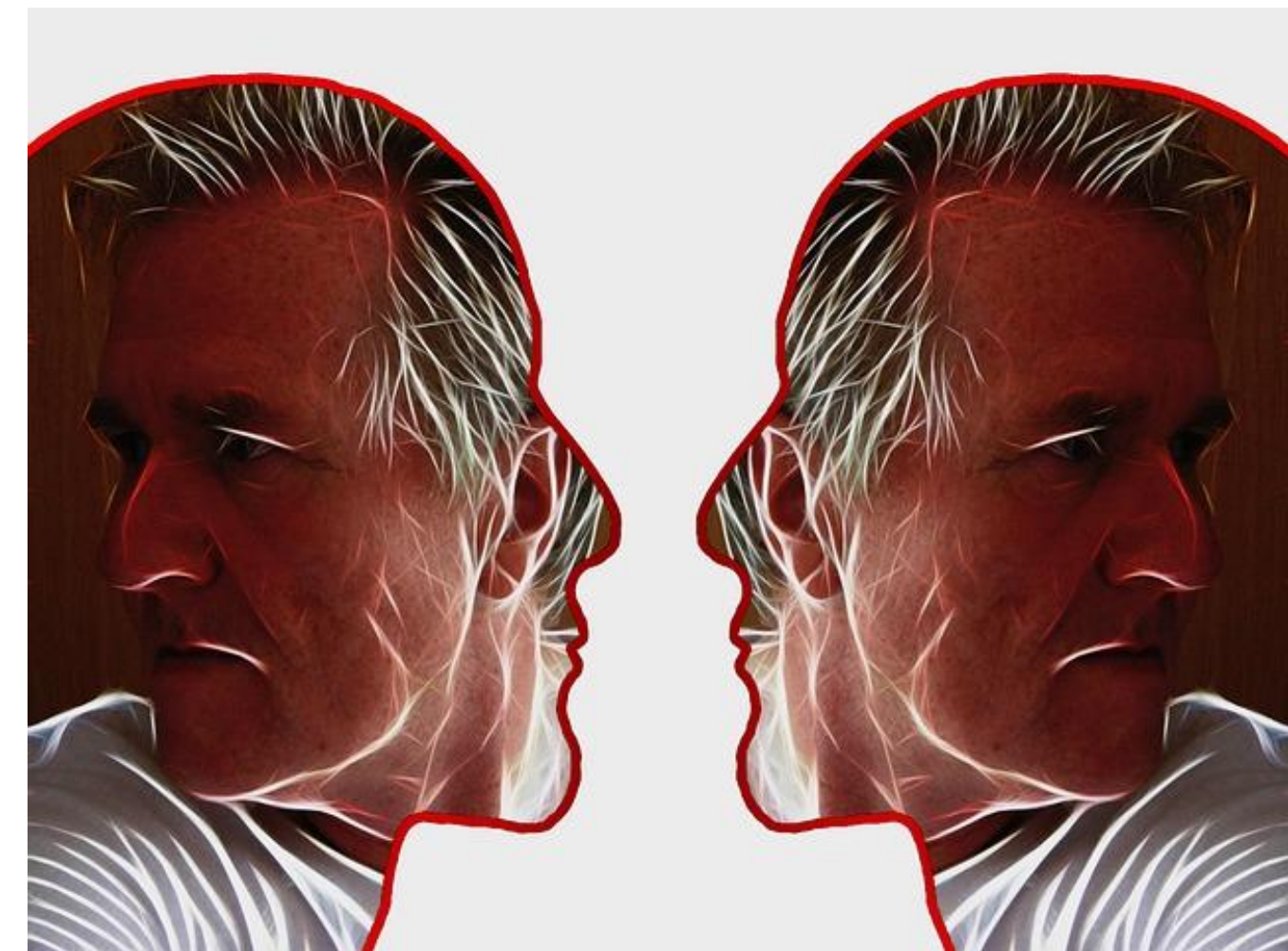




Dziedziczne predyspozycje. Oznacza to, że mamy skłonność do wykształcenia **określonych cech osobowości**.

Te predyspozycje dziedziczne, są tylko pewnym wskazaniem co do tego, **w którą stronę może rozwinąć się nasza osobowość**.

Nie musimy zmieniać swojej osobowości (to niewykonalne), ale **możemy osłabiać pewne dysfunkcyjne nacechowania**. W ten sposób unormujemy to, co jest dla nas destrukcyjne i wzmocnimy to, co jest dla nas dobre.



PSYCHOLOGIA – PODSUMOWANIE (2)

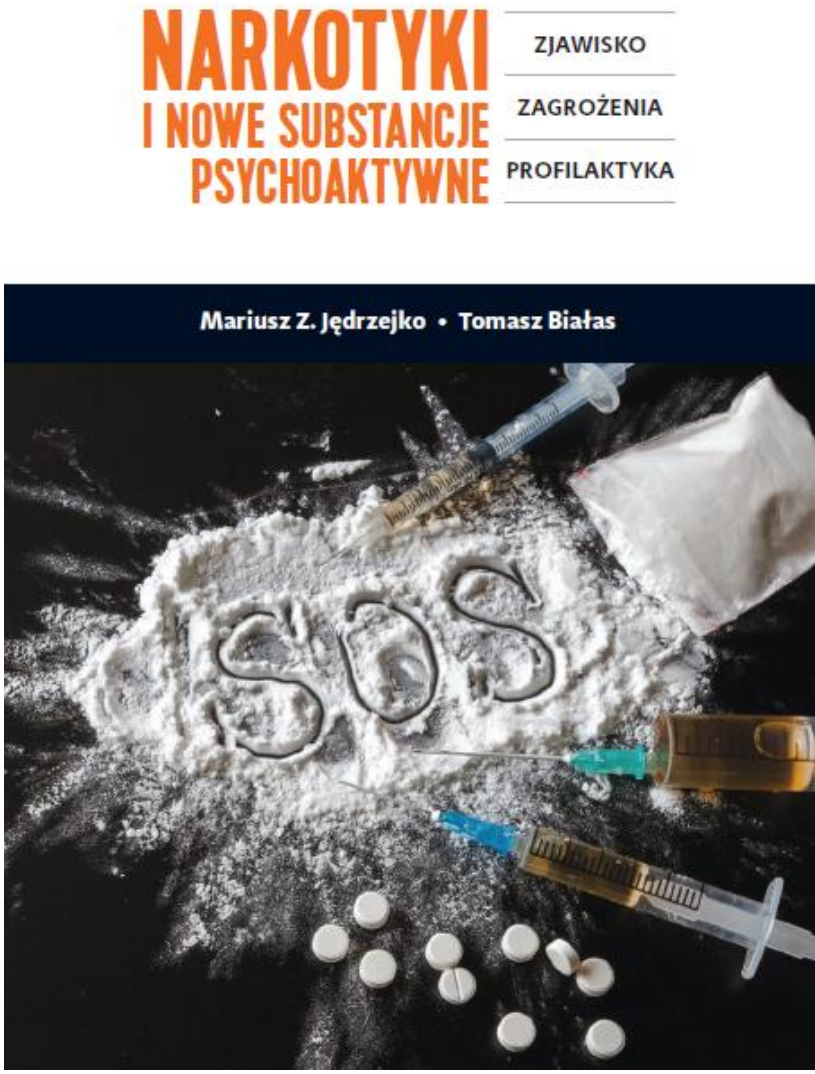
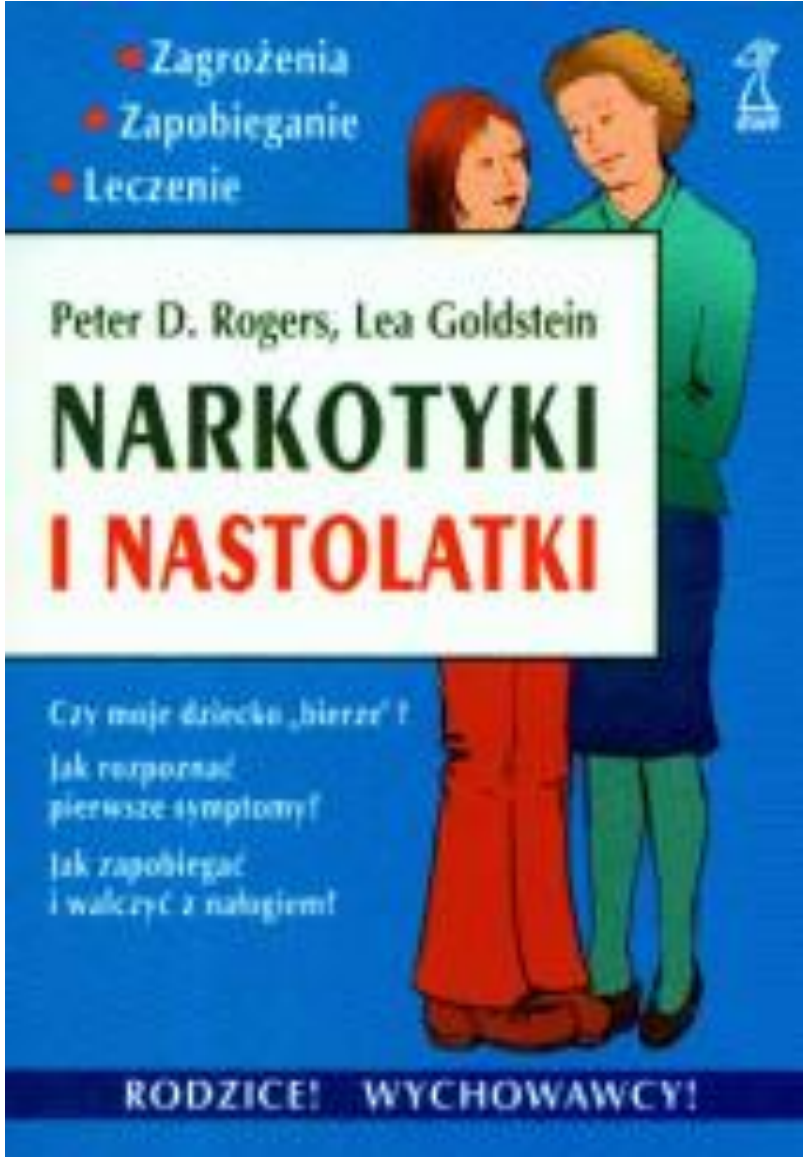
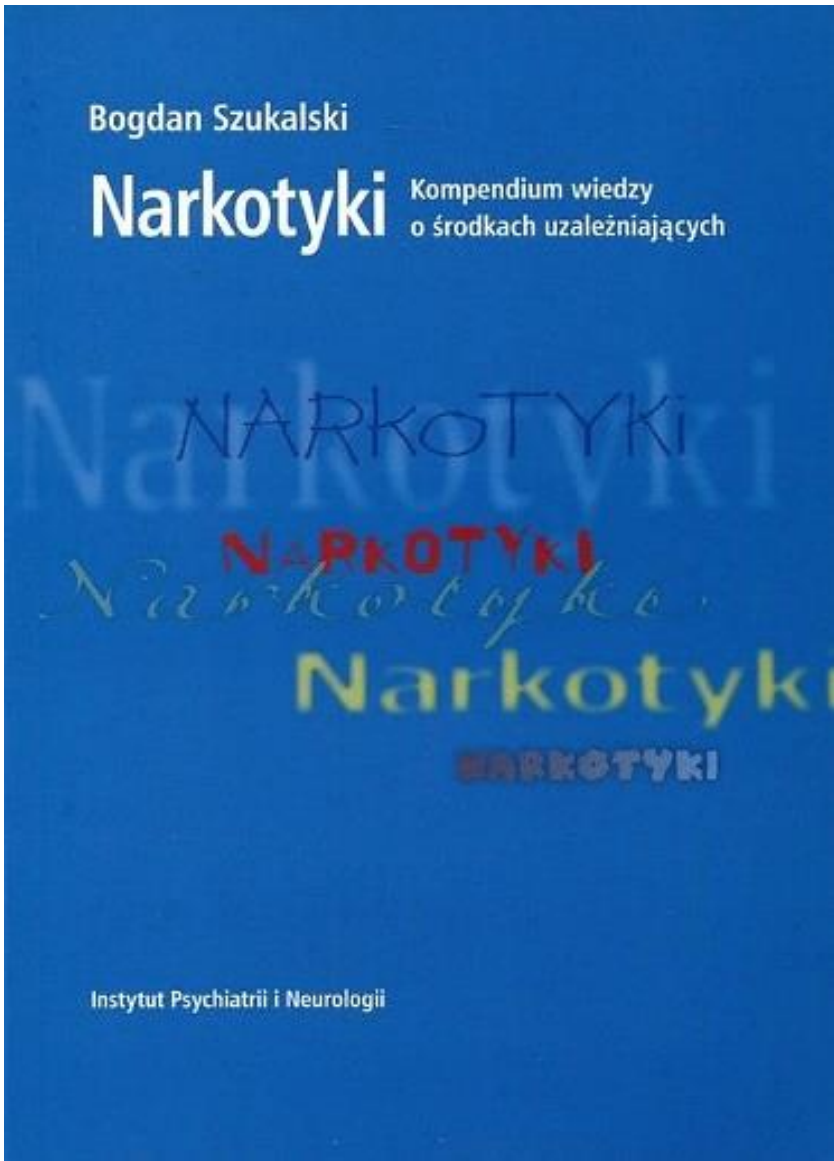
Cechy osobowości, zachowania dzieci i młodzieży, czynniki inicjujące (złożoność cech):

1. Genetyka, zdiagnozowane choroby psychiczne w rodzinie,
2. Środowisko, wychowanie w rodzinie, szkoła i kontakty rówieśnicze,
3. Cechy osobowości ukształtowane w wyniku powyższych czynników oraz różnego rodzaju traumy, brak wzorców do naśladowania,
4. Podstawowe cechy osobowości z uwzględnieniem różnych teorii:
 - Wysoki poziom w skali **Ekstrawersji** charakteryzuje się ponadprzeciętną towarzyskością – grupy rówieśnicze,
 - Niski poziom w skali **Neurotyczności** objawia się brakiem lęku związanych z trudnościami dnia codziennego, nie posiada hamulców, które uruchomiłyby krytyczne myślenie,
 - Wysoki poziom w skali **Psychotyczności** charakteryzuje się niską wrażliwością na normy społeczne, „przepisy o ruchu drogowym mnie nie dotyczą”,
 - Wysoki poziom w skali **Impulsywności** charakteryzuje się skłonnością do reakcji na różne bodźce (agresja, niekontrolowana wybuchowość).

**NIE MA JEDNEGO MODELU CECH OSOBOWOŚCI, KTÓRE OPISYWAŁYBY OSOBĘ
O CECHACH OSOBOWOŚCI ZE SKŁONNOŚCIĄ DO UZALEŻNIEŃ!**



DO POCZYTANIA ...



Dziękujemy za uwagę!

Aneta Wnuk
22 43 85 246
aneta.wnuk@its.waw.pl

Beata Stasiak-Cieślak
22 43 85 335
beata.stasiak@its.waw.pl

