

ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM **BENZODIAZEPIN**

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE



Redakcja merytoryczna:

Grzegorz Wodowski

Autorzy tekstów:

Konrad Cabała

Jakub Czerw

Filip Duski

Judyta Put

Grzegorz Wodowski

Korekta językowa: Magdalena Łatka

Projekt okładki, grafika i łamanie tekstu: Jonna Weck

Druk: Drukarnia INTROMAX www.intromax.com.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Kraków 2023

ISBN 978-83-956070-4-2

E g z e m p l a r z b e z p ł a t n y

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

Wydawca:

Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie

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

e-mail: biuro@monar.krakow.pl

Projekt zrealizowany przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego



 MAŁOPOLSKA

WSTĘP	5
BENZODIAZEPINY - WPROWADZENIE	6
MEDYCZNE ZASTOSOWANIA BENZODIAZEPIN	10
SKUTKI UBOCZNE	12
STOSOWANIE BENZODIAZEPIN - SZCZEGÓLNE GRUPY OSÓB	13
UZALEŻNIENIE OD BENZODIAZEPIN	14
ZESPÓŁ ABSTYNENCYJNY	16
DETOKSYKACJA	17
LECZENIE UZALEŻNIEŃ	19
SPRAWDŹ CZY MASZ JUŻ PROBLEM Z BENZODIAZEPINAMI	22
GŁOSY UŻYTKOWNIKÓW - ZNALEZIONE NA FORACH INTERNETOWYCH	23
ROZPOZNAWANIE UŻYCIA BENZODIAZEPIN	24
TESTY NA OBECNOŚĆ BENZODIAZEPIN	24
RYZYKOWNE SPOSOBY PRZYJMOWANIA BENZODIAZEPIN	26
INTERAKCJE	27
SZARY RYNEK BENZODIAZEPIN	28
XANAX NIE JEST SEXY	31
CIAŻA, PŁÓD, NOWORODEK	32
NARKOTYKI GWAŁTU	34
BENZODIAZEPINY ZA KIEROWNICĄ. PYTANIA DO PRAWNIKA	36
JAZDA NA PROCHACH	39
NOWE BENZODIAZEPINY	40
NIEBENZODIAZEPINOWE LEKI NASENNE I USPOKAJAJĄCE	42
PRZEDAWKOWANIE	44
NAPAD DRGAWKOWY	46
PIERWSZA POMOC W PRZYPADKU NAPADU DRGAWKOWEGO	47
WYKAZ PLACÓWEK	48



WSTĘP

O lekach nasennych i uspokajających mówi się, że ich zażywanie ma charakter masowy. Nie ma tu dyskryminacji ze względu na wiek – zażywają je młodzi i starzy. Co szósty polski nastolatek przyznaje się, że używał takich leków, nieprzepisanych mu przez lekarza. Łatwość dostępu do leków uspokajających wśród młodzieży szkolnej ustępuje tylko dostępowi do alkoholu i papierosów. Wśród osób po 60. roku życia używanie benzodiazepin sięga 20% populacji. Lekarze ordynują je na potęgę – są one drugimi po lekach kardiologicznych najczęściej przepisywanymi lekami na receptę. Krótkotrwale lub sporadycznie zażywanie benzodiazepin dotyczy co piątej osoby na świecie, a jedna na sto zażywała je codziennie co najmniej przez rok. Oprócz benzodiazepin pojawiły się leki nowej generacji, tzw. zetki. Niby inne chemicznie substancje niż benzodiazepiny, ale działające i uzależniające podobnie, bo przyczepiają się do tych samych komórek w mózgu.

Dlaczego sięgamy po leki nasenne i uspokajające? Powodów jest sporo, ale ich listę możemy streścić do kilku najważniejszych: stres, lęk i niepokój, bezsenność, zmęczenie, przebudźcowanie i zły nastrój. Najczęściej każdy łączy się z każdym. Dlaczego wybieramy benzodiazepiny? Bo są najszybsze i najskuteczniejsze w działaniu. Po kilkunastu minutach przestają nas nękać problemy, które chwilę temu nie dawały nam spokoju, ulga jest natychmiastowa. Są też łatwe do zdobycia i legalne, a ich używanie nie

wiąże się ze stygmatem społecznym, jak w przypadku nielegalnych narkotyków. Na mapie społecznej akceptacji-odrzućenia są gdzieś pomiędzy alkoholem a antydepresantami. Jakby tego było mało, benzodiazepiny stały się również modne – szczególnie Xanax. Śpiewają o nim raperzy, wykorzystują producenci ubrań. Bywa, że benzodiazepiny są używane z alkoholem lub łączone z innymi substancjami psychoaktywnymi, a informacje na opakowaniach traktowane są raczej jak wskazówki niż poważne ostrzeżenia.

Podobnie ignorowane są informacje o ryzyku uzależnienia, a jest ono ogromne. Co ciekawe, na ogół objawy odstawienia pokrywają się z powodami,

Każdego roku, 11-go lipca obchodzony jest Światowy Dzień Świadomości Benzodiazepin (W-BAD). To okazja do edukacji społeczeństw i podniesienia świadomości na temat ryzyka zdrowotnego związanego z długotrwałym zażywaniem benzodiazepin. Ma także zwrócić uwagę lekarzy na przestrzeganie podstawowych zasad przy przepisywaniu benzodiazepin i upewnienie się, że ich pacjenci są świadomi skutków ubocznych.



które skłoniły nas do sięgnięcia po leki: bezsenność, niepokój, drażliwość, itp., tylko ich ciężar gatunkowy znacznie wzrasta. Ta zbieżność wyraźnie pokazuje, jak pozorny jest ten sposób rozwiązywania problemów.

Pomimo swych wad, benzodiazepiny oraz inne leki nasenne i uspokajające są w medycynie potrzebne i niezbędne,

a to oznacza, że jeszcze długo pozostaną na swoich półkach w aptece. My natomiast raczej powinniśmy zmienić nasze podejście do poprawiania nastroju przy pomocy farmakologii. Przeżywanie niepokoju czy smutku jest czymś normalnym. To prawidłowa reakcja na niepowodzenia i trudności, których nigdy nie wyeliminujemy ze swojego życia. ●

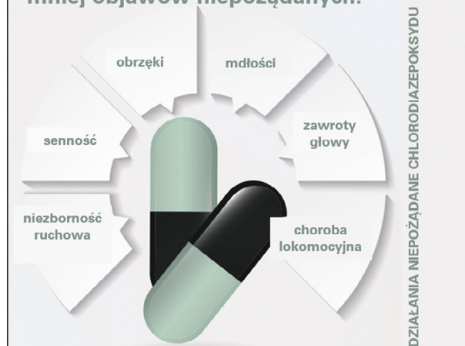
BENZODIAZEPINY - WPROWADZENIE

Benzodiazepiny to grupa leków (pochodnych benzodiazepiny) działających hamująco na ośrodkowy układ nerwowy (OUN), dostępnych na receptę i stosowanych głównie z powodu działania uspokajającego, przeciwlękowego, nasennego i przeciwdrgawkowego. W związku z tym są one bardzo szeroko wykorzystywane w medycynie. Ale to nie zastosowanie medyczne tych leków stanowi dzisiaj poważny problem zdrowotny. Dobre samopoczucie i przyjemne uspokojenie będące bezpośrednim efektem działania benzodiazepin przysporzyło im całe rzesze wiernych wyznawców.

HISTORIA

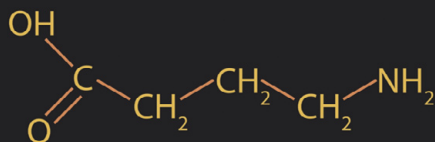
Benzodiazepiny pojawiły się na początku lat 60-tych XX wieku, zastępując pod wieloma względami i wypierając z użycia barbiturany. Do lat 80-tych benzodiazepiny były najczęściej przepisywanymi lekami na świecie. Dopiero

Pierwszy historycznie związek z grupy benzodiazepin to chlorodiazepoksyd. Został on zsyntetyzowany w roku 1954, opatentowany w 1957 i wprowadzony na rynek w 1960 pod nazwą Librium. W Polsce pojawił się w 1966 roku pod nazwą Elenium. Dzisiaj rzadko jest stosowany. Benzodiazepiny opracowane później mają działanie bardziej selektywne i powodują nieco mniej objawów niepożądanych.



szersze wprowadzenie selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) zmniejszyło liczbę przepisywanych benzodiazepin w związku ze stanami lękowymi. Z kolei stosowanie

Neuroprzebieżnik GABA (kwas gamma-aminomasłowy) udało się zsyntetyzować już pod koniec XIX wieku, a dopiero dużo później (w 1950 roku) odkryto, jak ważna jest to substancja. GABA jest najistotniejszym obecnym w ludzkich komórkach (nie tylko ludzkich, bo występuje u wszystkich ssaków) neuroprzebieżnikiem hamującym. Podstawowymi efektami jego działania jest zmniejszenie pobudliwości komórek nerwowych oraz relaksacja komórek mięśniowych (działa m.in. uspokajająco i ułatwia zasypianie).



benzodiazepin w leczeniu bezsenności zostało nieco ograniczone przez tak zwane „zetki” (m.in. zopiklon, zolpidem, zaleplon), które wykazują się nieco wyższym profilem bezpieczeństwa.

Chociaż wprowadzane są nowe, bezpieczniejsze leki i rośnie świadomość niekorzystnego działania benzodiazepin, to nie zmienia to faktu, że liczba wypisywanych na nie recept wcale nie spada. Nadal są one często stosowane, zarówno w celach medycznych, jak i rekreacyjnych.

NAZEWNICTWO

Dla 35 benzodiazepin znajdujących się pod kontrolą międzynarodową istnieje wiele synonimów i nazw zastrzeżonych. Nazewnictwo benzodiazepin to z jednej

strony nazwa substancji (np. lorazepam), z drugiej – nazwa preparatu (produktu farmaceutycznego) zawierającego tą substancję (np. Lorafen). Benzodiazepina o nazwie alprazolam znajduje się m.in. w lekach o nazwach Xanax czy Afobam, diazepam jest składnikiem preparatu o nazwie Relanium, a temazepam – Signopamu, itd. Niektóre nazwy substancji są takie same (lub podobne) do nazw preparatów farmaceutycznych, które je zawierają: oksazepam znajduje się w Oxazepamie, a klonazepam w leku o nazwie Clonazepam.

Syntezą benzodiazepin zajmuje się przemysł farmaceutyczny, stosując opatentowane metody. Następnie leki są wprowadzane do obrotu zgodnie z ustawodawstwem danego kraju. W większości krajów benzodiazepiny są dostępne wyłącznie na receptę i podlegają dodatkowym ograniczeniom.

MECHANIZM DZIAŁANIA

Jak już wspomnieliśmy, benzodiazepiny spowalniają aktywność układu nerwowego. Dzieje się tak na skutek stymulowania przez nie receptora benzodiazepinowego, który jest ściśle związany z układem GABA-ergicznym. Na układ ten wpływają nie tylko benzodiazepiny, ale również inne substancje działające hamująco na układ nerwowy (m.in. alkohol i barbiturany). Pobudzenie receptora benzodiazepinowego sprawia, że nasila się działanie neuroprzebieżnika hamującego GABA, czego efektem jest uspokojenie, rozluźnienie i uczucie senności. Można więc powiedzieć, że działanie benzodiazepin polega na

zarządzaniu poziomem kwasu GABA, który ogranicza pobudzenie organizmu i działa sam w sobie jak środek uspokajający i hamujący na układ nerwowy. Jednocześnie benzodiazepiny, szczególnie krótkodziałające, podnoszą nieco poziom dopaminy – neuroprzekaźnika, który pobudza ośrodek przyjemności w mózgu.

CZY BENZODIAZEPINY TO NARKOTYKI?

Benzodiazepiny należą do grupy leków zwanych **trankwilizerami** (co znaczy w wolnym tłumaczeniu – leki kojące). Trankwilizery małe, zwane też anksjolitykami (wśród nich są właśnie benzodiazepiny) to leki o działaniu głównie przeciwlękowym, uspokajającym i nasennym. Oprócz pochodnych benzodiazepiny należą do nich inne

analogi GABA: pregabalina, pochodne imidazopirydyny i cyklopironolu (zolpidem i zopiklon) i wiele innych. Z kolei trankwilizery duże, zwane też neuroleptykami, działają przede wszystkim przeciwpsychotycznie i stosowane są w leczeniu zaburzeń psychicznych (m.in. na skutek ich działania ustępują objawy wytwórcze – urojenia, omamy, halucynacje, itp.).

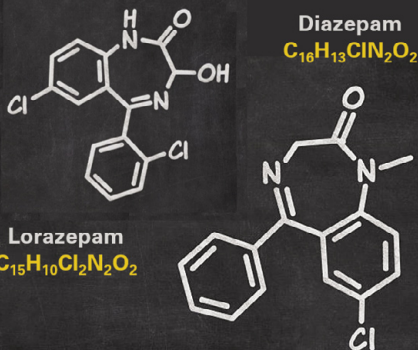
Benzodiazepiny nazywane są **lekami psychotropowymi**. Jest to potoczna nazwa odnosząca się do całej grupy leków pomagających w zwalczaniu rozmaitych problemów natury psychicznej.

Czy o benzodiazepinach możemy mówić, że to narkotyki? To też potoczne określenie, na dodatek coraz rzadziej używane (obecnie używa się określenia „substancje psychoaktywne”). Benzodiazepiny nazywamy **lekami**, jeśli stosowane są pod nadzorem medycznym i zgodnie ze wskazaniami lekarza. Mówimy o nich **narkotyki**, gdy są nadużywane i przyjmowane bez kontroli lekarza. A jako, że mają silny potencjał uzależniający i powodują wzrost tolerancji, to można porównać je nawet z opioidami.

RÓŻNICE MIĘDZY BENZODIAZEPINAMI

Poszczególne benzodiazepiny różnią się, nieraz znacznie swoimi właściwościami: siłą działania i czasem, w jakim oddziałują na układ nerwowy. Różnią się sposobem i tempem metabolizmu, jak również profilem działania: jedne działają bardziej przeciwlękowo, inne bardziej sedacyjnie lub przeciwdrgawkowo.

Chemicznie benzodiazepiny to związki organiczne zbudowane z dwóch pierścieni: benzenowego i diazepinowego. Na skutek modyfikacji wiązań oraz położenia atomów azotu w tym drugim z pierścieni powstają pochodne benzodiazepiny o różnych właściwościach. W przeszłości używano bardziej spolszczonej nazwy – pochodne benzodwuzepiny.



SILA DZIAŁANIA. Do benzodiazepin o bardzo dużej mocy zaliczamy m.in. alprazolam, lorazepam i klonazepam. Czasem można napotkać w literaturze konkretne porównania między różnymi benzodiazepinami (choć nie są one do końca uzasadnione, gdyż mogą się one różnić nie tylko potencjałem, ale także specyfiką działania). I tak np. szacuje się, że pół miligrama klonazepamu jest równoważne z 30 mg flurazepamu (Rohypnol).

Jednak ważniejszą pod wieloma względami klasyfikacją benzodiazepin jest ich podział ze względu na **CZAS DZIAŁANIA**. Jest on bardzo zróżnicowany i zależy od okresów ich półtrwania w organizmie (czasu, po upływie którego stężenie substancji we krwi zmniejsza się do połowy jego wartości początkowej). Niektóre benzodiazepiny mogą oddziaływać na mózg przez kilka dni, podczas gdy efekty innych ustępują już po 2 godzinach. Benzodiazepiny można podzielić na trzy umowne grupy:

Pierwszą grupą są benzodiazepiny **krótkodziałające** (zwykle kilka godzin). Do grupy krótko działających benzodiazepin zalicza się m.in. midazolam, lorazepam, triazolam. Triazolam jest jedną z najkrócej działających benzodiazepin (nawet do 1 godziny), bardzo szybko metabolizowaną przez organizm. Ze względu na niską dawkę efektywną, jego dawkowanie wymaga dużej ostrożności.

Kolejną kategorię stanowią benzodiazepiny o **średnim okresie działania** (kilkanaście godzin). Do tej grupy zalicza

Dotychczas odkryto trzy rodzaje receptorów dla neuroprzekaźnika GABA: są to receptory A, B i C. Pierwszy z nich, receptor GABA_A zawiera również struktury (rozpoznające m.in. benzodiazepiny i barbiturany) określane jako samodzielne receptory benzodiazepinowe. Odkryto je stosunkowo niedawno (1977) i wykazano, że są to miejsca swoistego wiązania m.in. diazepamu. Największa ich liczba występuje w korze mózgu.



Benzodiazepiny różnią się między sobą również profilem działania. Niektóre z nich działają bardziej nasennie (m.in. nitrazepam, estazolam), inne (np. alprazolam, signopam) charakteryzują się silniejszym działaniem przeciwlękowym i uspokajającym. Jeszcze inne (np. klonazepam, diazepam) wykazują się pokaznym działaniem przeciwdrgawkowym. Są też takie, które mają silniejsze działanie antyspastyczne i rozluźniające mięśnie (tetrazepam) lub powodują amnezję (niepamięć wsteczną) np. tetrazepam i używane są w premedykacji.

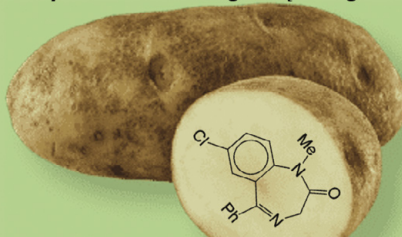


się m.in. alprazolam, bromazepam, nitrazepam, oksazepam, temazepam, klonazepam.

Ostatnią grupą są benzodiazepiny **długodziałające** (kilkadziesiąt godzin). Tak długo działa m.in. diazepam, klorazepam czy oksazolam.

Należy przy tym pamiętać, że okres działania benzodiazepin może być funkcją również innych czynników. Różnice w metabolizmie, nawet u osób zdrowych mogą być dość znaczne. Wpływ na długość działania mogą mieć inne przyjmowane leki. Czas działania benzodiazepin może ulec znacznemu wydłużeniu u osób w podeszłym wieku. ●

Naturalnie benzodiazepiny zidentyfikowano w zwykłej żywności, m.in. w ziemniakach i w pszenicy. Ilość benzodiazepin w tych roślinach jest oczywiście śladowa. W ziemniakach wykryto ślady diazepam, lormetazepamu i temazepamu, w pszenicy – jedynie diazepam. By poczuć ich działanie należałoby spożyć tony tych roślin. Prowadzone badania z użyciem ekstraktów sugerują jednak, że np. sok ziemniaczany, a także ziemniaki przyjmowane jako żywność mogą mieć subtelny wpływ na aktywność GABA-ergiczną mózgu.



MEDYCZNE ZASTOSOWANIA BENZODIAZEPIN

Dyskusja o zakresie stosowania benzodiazepin w medycynie trwa od lat, jednak z uwagi na unikalny profil działania tych substancji, niezmiennie pozostają one ważną opcją terapeutyczną. Kilkadziesiąt lat obserwacji i badań zaowocowało opracowaniem szeregu zaleceń pozwalających stosować benzodiazepiny bezpiecznie. Odpowiedzialne korzystanie z nich obejmuje wzięcie przez lekarza ryzyka i korzyści wiążących się z ich zastosowaniem.

Terapia licznych zaburzeń psychicznych, w których występuje **lęk**, szczególnie **napadów paniki** oraz **epizodów depresji**,

W uzasadnionych przypadkach leczenie jest zalecane przez okres od 2 do 4 tygodni, z wykorzystaniem możliwie najniższej dawki wybranego leku. Przepisanie benzodiazepin powinna poprzedzać edukacja pacjenta na temat działań niepożądanych i ryzyka uzależnienia. Długotrwałe stosowanie benzodiazepin może prowadzić do zwiększenia dawki i pogorszenia choroby podstawowej ze względu na tolerancję i objawy odstawienia.

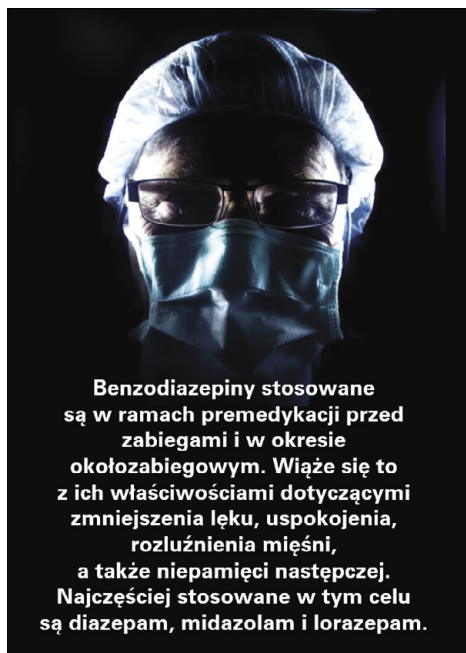


obejmuje doraźne przyjmowanie benzo-
diazepin, takich jak alprazolam, klonaze-
pam, diazepam czy lorazepam. W razie
bezsenności korzysta się z estazolamu
czy temazepamu, które wykazują efek-
tywność w zakresie zwiększenia czasu
trwania snu, jak również w zmniejszeniu
liczby nocnych przebudzeń.

Warto nadmienić, że obecnie rzadko
zachodzi sytuacja, gdy benzodiazepiny
muszą być stosowane przewlekłe.
Zazwyczaj skuteczną terapię lęku i bez-
senności prowadzi się w oparciu o leki
przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne
oraz psychoterapię. Jedynie niewielka
grupa ludzi, cierpiących z powodu
uporczywych zaburzeń lękowych (którzy
dodatkowo nie wytwarzają tolerancji na
lek i mogą stosować stałą jego dawkę)
odniesie korzyść z przewlekłego leczenia
benzodiazepinami.

W zaburzeniach psychicznych przebie-
gających z **silnym pobudzeniem psycho-
fizycznym** (mania, psychoza, często po
użyciu nielegalnych substancji psychoak-
tywnych) benzodiazepiny często bywają
wykorzystywane jako leki uspokajające.
W takich sytuacjach podawane są
domięśniowo lub dożylnie.

W przypadku jednego z najcięższych
zaburzeń psychicznych, czyli **katatonii**,
efekty po zastosowaniu benzodiazepin
potrafią być spektakularne. Człowiek
w stanie katatonii jest pozbawiony
możliwości swobodnego poruszania
się (niekiedy zastyga w jednej pozycji),
mówienia, może przestać jeść i pić.
Podanie już jednej dawki benzodiazepiny
często spowoduje nagłą poprawę stanu



– pacjent odzyskuje zdolność ruchu
i porozumiewania się.

Poza wskazaniami psychiatrycznymi
rozważa się stosowanie benzodiazepin
jako leków pomocniczych w **łagodzeniu
skurczu mięśni**, który wystąpił z powo-
du stanu zapalnego lub urazu mięśni
i stawów. Korzysta się z nich również
w zmniejszaniu sztywności mięśni, spo-
wodowanej uszkodzeniem ośrodkowego
układu nerwowego, np. w porażeniu
mózgowym.

Stosunkowo często niewielkie dawki
benzodiazepin są wykorzystywane
w **premedykacji** przed zabiegami i ope-
racjami. Podaje się je w celu wywołania
odprężenia i uspokojenia. Pacjent jest
w stanie współpracować, jednak nie
będzie odczuwał pełni dyskomfortu

związanego z przebiegiem procedury medycznej.

Przykładem, w którym benzodiazepiny pozostają podstawą leczenia jest **alkoholowy zespół abstynencyjny**. Długotrwałe picie alkoholu silnie hamuje aktywność neuronów w mózgu. Gdy stężenie alkoholu we krwi spada występuje stan przeciwny, stąd pojawiają się objawy pobudzenia – lęk, bezsenność, drżenie ciała, pocenie się, wzrost ciśnienia krwi i tętna. W przypadku najcięższego przebiegu zespołu odstawnego występuje majaczenie i padaczka. Aby zapobiec groźnym powikłaniom zdrowotnym podaje się

benzodiazepiny, które niejako zastępują działanie alkoholu. Po ustąpieniu zespołu abstynencyjnego, w kolejnych dniach są one stopniowo odstawiane.

Opracowano wiele skutecznych metod leczenia padaczki. Jednak w sytuacji, gdy **napad padaczkowy** nie zakończy się samoistnie, przedłuża się i przechodzi w stan padaczkowy – pojawia się ryzyko trwałego uszkodzenia mózgu. W takim przypadku konieczne jest przerwanie napadu epilepsji metodami farmakologicznymi. Najczęściej wykorzystuje się do tego benzodiazepiny w podaniu dożylnym. ●

SKUTKI UBOCZNE

Entuzjazm, z jakim świat medyczny zareagował na odkrycie benzodiazepin, w krótkim czasie zaowocował tym, że stały się one jednymi z najczęściej przepisywanych leków. Oferowały szybki początek działania, skutecznie redukowały lęk i bezsenność, a przy tym były o niebo bezpieczniejsze od dotychczas stosowanych barbituranów. Dopiero kilkanaście lat później odkryto mechanizm ich działania, jak również poznano spektrum ryzyka łączącego się z ich stosowaniem, które może nieść ze sobą wiele zagrożeń zdrowotnych. Mogą być one groźne zarówno w sytuacji, kiedy stosowane są incydentalnie lub krótko, ale główne niebezpieczeństwa związane są z przewlekłym ich stosowaniem.

Jak się okazało (poza pożądanymi efektami) przyjęcie benzodiazepin powodowało cały szereg niepożądanych skutków ubocznych, m.in. **upośledzenie tworzenia się pamięci** (amnezja następcza), **spowolnienie myślenia**, **zmianę nastroju**, jak również **zaburzenia koordynacji ruchowej**. A u niektórych osób dochodzi do reakcji paradoksalnej – **pobudzenia** zamiast wyciszenia.

Regularne przyjmowanie benzodiazepin (już po kilku tygodniach) może wywołać: **spadek motywacji**, **osłabienie odczuwania emocji**, **irytację**, **depresję**, **utratę libido**, **osłabienie mięśni** oraz **wzrost masy ciała**. Jednocześnie wykształcanie się **tolerancji**, szczególnie



przy stosowaniu benzodiazepin o krótkim czasie działania, np. alprazolam. Tolerancja farmakologiczna oznacza,

że aby uzyskać ten sam efekt osoba musi przyjmować coraz wyższą dawkę. Mówiąc brutalnie – zaczynasz od pół tabletki dziennie, a miesiąc później opakowanie wystarcza ci na 2-3 dni. Wraz z wydłużaniem się czasu stosowania benzodiazepin i wzrostem dawki leku rośnie ryzyko **uzależnienia**. Długoterminowe skutki stosowania benzodiazepin mogą obejmować też **upośledzenie funkcji poznawczych**, zwiększać **trudności konstruktywnego myślenia**, a także napędzać powstawanie takich zaburzeń, jak **agorafobia** (lęk przed wyjściem na zewnątrz) czy **fobia społeczna** oraz mnóstwo innych, podobnych nieprawidłowości.

W większych dawkach leki te mogą być powodem **zatrucia**, czasem nawet ze **skutkiem śmiertelnym**. Objawy ostrego zatrucia to: skrajna senność, oczopląs, śpiączka, sinica, drgawki, spłytenie oddechu do jego zaniku. ●

STOSOWANIE BENZODIAZEPIN - SZCZEGÓLNE GRUPY OSÓB

Osoby w zaawansowanym wieku są grupą, w której użycie benzodiazepin jest szczególnie wysokie, a przy tym są one bardziej narażone na wystąpienie objawów niepożądanych. Benzodiazepiny nasilają zaburzenia pamięci i deficyty poznawcze, powodują zawroty głowy, zwiększają ryzyko upadków i złamań, bywają przyczyną zaburzeń świadomości. Badania wskazują na większe ryzyko rozwoju otępienia oraz wzrost śmiertel-

ności u osób w starszym wieku, które przyjmują benzodiazepiny.

Benzodiazepiny są najczęściej nadużywany lekiem przez **osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych** i odpowiadają za znaczną część śmierci wynikających z przedawkowania. Łączenie ich z opioidami stwarza poważne ryzyko zatrucia i zatrzymania oddechu. Alkohol i benzodiazepiny prawie ośmiokrotnie

zwiększają ryzyko wypadku samochodowego. Dlatego u osób z historią uzależnienia, terapia benzodiazepinami wymaga ostrożności i szczególnego nadzorowania.

Wszystkie leki z grupy benzodiazepin przenikają przez łożysko, a ich **stosowanie w trakcie ciąży** wiąże się z ryzykiem dla zdrowia płodu. Stosowane w ciąży benzodiazepiny mogą przyczynić się do przedwczesnego porodu i niskiej masy urodzeniowej dziecka. Opisywano zwiększone ryzyko wystąpienia wady rozszczepienia wargi i podniebienia. Po porodzie, u dzieci mogą rozwinąć się zaburzenia oddychania, senność, problemy z jedzeniem, a nawet objawy odstawienne. Stosowanie benzodiazepin w ciąży zawsze wymaga konsultacji z lekarzem, ponieważ nagłe ich odstawienie stwarza poważne zagrożenie dla życia płodu. Więcej na temat wpływu benzodiazepin na zdrowie reprodukcyjne w dalszej części publikacji. Ostrożność w związku z przyjmowaniem benzodiazepin powinny zachować również osoby z niewydolnością nerek (leki wywierają

Metabolizm leków u starszych osób jest znacznie spowolniony. O ile u młodego, zdrowego człowieka nazajutrz po spożyciu leku nasennego (oczywiście w dawce terapeutycznej) nie będzie prawie śladu, to u osoby starszej będzie on nadal działał. Jednym z widocznych skutków jest spowolnienie ruchowe. Im jesteśmy starsi, tym nasze mózgi są mniej plastyczne.



ce depresyjny wpływ na OUN powinny być stosowane rozpoczynając od niskich dawek), z zaburzeniami czynności wątroby (szczególnie w przypadku stosowania benzodiazepin metabolizowanych w wątrobie). ●

UZALEŻNIENIE OD BENZODIAZEPIN

Benzodiazepiny, oprócz działania sedatywnego i przeciwlękowego posiadają wyraźny efekt euforyzujący, skutkiem czego wprowadzają w przyjemny stan uspokojenia i wyciszenia. Ich przyjmowanie związane jest z poważnym ryzykiem uzależnienia, i to zarówno psychicznego, jak fizycznego. Uzależnienie to manifestu-

je się rozwojem tolerancji oraz obecnością objawów abstynencyjnych (opisanych szczegółowo w następnym rozdziale), pojawiających się przy próbach odstawienia leków lub nawet w obniżeniu dawek.

Uzależnienie psychiczne od substancji to silna potrzeba jej przyjmowania

i bycia pod jej wpływem, która związana jest emocjonalną gratyfikacją. Wpływ na powstawanie takiej zależności mają trzy czynniki: (1) substancja i sposób, w jaki działa na emocje, (2) osoba, a w szczególności jej konstrukcja emocjonalna oraz (3) kontekst (sytuacje i okoliczności, w których substancja jest używana). Objawem uzależnienia psychicznego będzie kompulsywne (uporczywe i trudne do opanowania) myślenie o substancji i doznaniach, jakie ona przynosi. To z kolei prowadzi do częstego bycia pod wpływem substancji, czemu towarzyszy pogłębiające się zaniedbywanie innych sfer życia (przy jednoczesnym usprawiedliwianiu zachowań wynikających z uzależnienia). Używanie substancji jest kontynuowane pomimo świadomości tych i innych negatywnych skutków.

O uzależnieniu fizycznym od substancji

świadczy fakt, że jeśli osoba nie użyje jej kolejnej dawki (lub ją znacznie zmniejszy) to może doświadczać konkretnych dolegliwości fizjologicznych, takich jak bezsenność, napięcie mięśniowe, osłabienie, biegunka, kołatanie serca, a nawet napady drgawkowe (w przypadku benzodiazepin). Objawy abstynencyjne nie muszą ograniczać się jedynie do objawów somatycznych. Ich odczuwanie, a nawet myśl, że się pojawiają – będzie powodować silną potrzebę zażycia substancji. Reakcje organizmu są konsekwencją zmian, jakie odbywają się w związku z ciągłą obecnością substancji w procesach neurochemicznych.

U każdego, kto przyjmował benzodiazepiny dłużej niż 3–4 tygodnie, w przypadku nagłego odstawienia leku istnieje praw-

Zdefiniowanie faz uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest próbą opisaną dynamicznej relacji między substancją a osobą, która jej używa:

► eksperymentowanie z substancją, okazjonalne jej używanie, dawki są małe, a koszty niewielkie.

► doświadczanie pozytywnego wpływu substancji na organizm (np. uczucie luzu) i uczenie się korzystania z tego.

► utrata kontroli nad zażywaniem substancji, nadrzędność zażywania nad innymi aktywnościami.

► używanie staje się normą, funkcjonowanie bez substancji jest trudne lub niemożliwe.



dopodobieństwo wystąpienia objawów odstawiennych. Największy potencjał uzależniający mają benzodiazepiny krótkodziałające. Przynoszą natychmiastową ulgę połączoną z działaniem euforycznym (podnoszą m.in. poziom dopaminy, co wiąże się z odczuwaniem euforii). Po pewnym czasie używania pierwotne przyczyny zdrowotne, z powodu których benzodiazepiny były zastosowane, przestają odgrywać ważną rolę. Ich miejsce zajmuje potrzeba osiągnięcia szybkiego stanu euforii oraz obawa przed pojawieniem się objawów abstynencyjnych. Często jedno i drugie objawy (pierwotne i odstawienne) są bardzo do siebie podobne. Nieco bezpieczniejsze pod kątem uzależnień są benzodiazepiny długodziałające, chociaż i ich długotrwałe stosowanie wiąże się nadal z ryzykiem uzależnienia. ●

ZESPÓŁ ABSTYNENCYJNY

Długotrwałe przyjmowanie benzodiazepin wywołuje uzależnienie fizyczne, a to oznacza, że po ich odstawieniu pojawiają się zaburzenia w funkcjonowaniu całego organizmu. Zaburzenia te nazywane są objawami odstawienia, zespołem odstawiennym bądź abstynencyjnym, a w niektórych środowiskach – głodami. To, na ile będą one dotkliwe zależy od wielu czynników, z których najważniejszymi są: długość okresu przyjmowania benzodiazepin, ich dawka i rodzaj (odstawienie krótko działających BDZ powoduje intensywniejsze skutki abstynencyjne).

Nawet odstawienie benzodiazepin stosowanych tylko w dawkach terapeutycznych

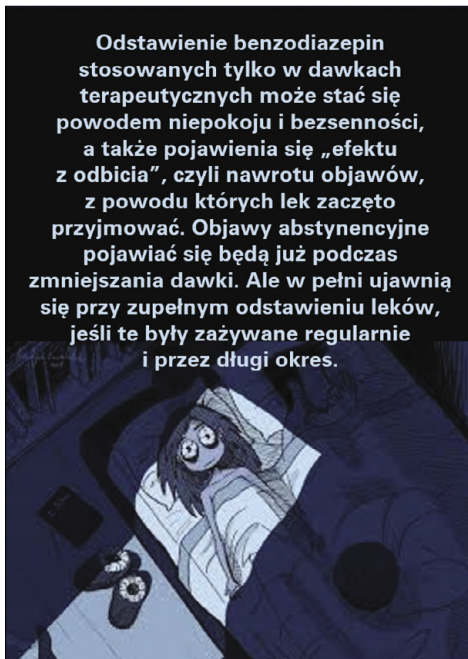
może spowodować wystąpienie niepokoju i bezsenności. Pojawić się może także „efekt z odbicia”, czyli nawrót objawów, z powodu których lek zaczęto przyjmować. Objawy abstynencyjne pojawiać się będą już podczas zmniejszania dawki. Ale w pełni ujawnią się przy pełnym odstawieniu leków, jeśli te były zażywane regularnie i przez długi okres.

Odstawienie benzodiazepin charakteryzuje się przede wszystkim zwiększonym **napięciem i niepokojem**, w ślad za tym **zaburzeniami snu i drażliwością**, a także **pobudzeniem psychoruchowym**. Pojawić się też mogą **nadciśnienie i kołatanie serca, objawy bólowe i sztywność mięśni, nadwrażliwość na dotyk, światłowstręt i zawroty głowy**. W przypadku nagłego odstawienia wysokich dawek mogą pojawić się **zaburzenia świadomości i napady drgawkowe**.

Spektrum objawów odstawiennych jest bardzo szerokie – są one również związane z czynnikami indywidualnymi (m.in. z wiekiem i stanem zdrowia osoby). Ich lista jest długa i trudna do całościowego zaprezentowania. W sferze poznawczej będą to **trudności z koncentracją i upośledzenie pamięci**. W sferze somatycznej – **utrata apetytu, zaburzenia żołądkowo-jelitowe** (w tym nudności, biegunka) w dłuższej mogą prowadzić do **utraty masy ciała**.

Osoba, która odstawiła benzodiazepiny może odczuwać przez dłuższy czas **zmęczenie i osłabienie**, a utrzymujący się

Odstawienie benzodiazepin stosowanych tylko w dawkach terapeutycznych może stać się powodem niepokoju i bezsenności, a także pojawienia się „efektu z odbicia”, czyli nawrotu objawów, z powodu których lek zaczęto przyjmować. Objawy abstynencyjne pojawiać się będą już podczas zmniejszania dawki. Ale w pełni ujawnią się przy pełnym odstawieniu leków, jeśli te były zażywane regularnie i przez długi okres.



obniżony nastrój może prowadzić do depresji, a nawet **myśli samobójczych**. Z tych powodów odstawienie benzodiazepin, szczególnie po długim okresie ich przyjmowania powinno odbywać się pod nadzorem lekarskim, w niektórych

przypadkach w warunkach detoksykacji szpitalnej. Niektóre z objawów mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy po odstawieniu. Szczególnie te dotyczące zaburzeń koncentracji, pamięci i nastroju. ●

DETOKSYKACJA

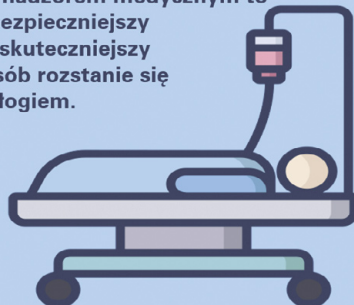
Jeśli stosowanie benzodiazepin przedłuża się, w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego zachodzą zmiany, których przejawami są tolerancja na lek oraz objawy odstawienne (jeżeli nie zostanie on podany lub jego dawka zostanie zredukowana). Sytuacja taka będzie miała miejsce niezależnie od tego, czy benzodiazepiny były przepisywane przez lekarza, czy nadużywane w związku z uzależnieniem. Dolegliwości pojawiające się przy próbach pomijania dawki benzodiazepin powodują, że samodzielne zakończenie przyjmowania tych leków jest niezwykle trudne. Nagłe odstawienie benzodiazepin nie jest bezpieczne ponieważ wiąże się z ryzykiem wystąpienia napadu padaczkowego. Wskazane jest zatem zwrócenie się o pomoc lekarską.

W pierwszym kroku lekarz może wprowadzić lub zmodyfikować leczenie zaburzeń psychicznych, jeżeli to one były pierwotnym powodem stosowania benzodiazepin. W niektórych przypadkach możliwe jest odstawienie benzodiazepin w ramach poradni, jednak najbezpieczniejszą opcją jest przeprowadzenie detoksykacji w szpitalu. Hospitalizacja

będzie konieczna szczególnie wtedy, gdy czas przyjmowania benzodiazepin liczy się w latach, stosowane były wysokie dawki lub osoba jest uzależniona od wielu substancji (np. benzodiazepin i alkoholu lub opioidów).

W czasie detoksykacji stopniowo, co kilka dni lub tygodni, obniżana jest codzienna

Uzależnionym od benzodiazepin trudno jest podjąć decyzję o rzuceniu prochów. Obawiają się głodów, nie chcą czuć się źle. Większość uzależnionych próbuje to robić na własną rękę. Zazwyczaj jest to mało skuteczne, a w niektórych przypadkach nawet niebezpieczne. Najlepiej zacząć odtrucie przy wsparciu profesjonalistów – lekarzy i terapeutów. Detoksykacja pod nadzorem medycznym to najbezpieczniejszy i najszybszy sposób rozstania się z nałogiem.



dawka benzodiazepin. Tempo redukcji dawki dostosowuje się do stanu pacjenta, tak aby nie wywołać silnych objawów odstawiennych. Należy liczyć się z przejściowym pogorszeniem samopoczucia u osoby w trakcie detoksykacji.

Proces odstawienia benzodiazepin składa się najczęściej z kilku etapów:

- **Fazy substytucji** obejmującej zamianę preparatu na działający dłużej (w oparciu o tabele przeliczeniowe) i okres podtrzymania tym lekiem.
- **Fazy redukcji dawki** polegającej na stopniowym zmniejszaniu dawek przyjmowanych benzodiazepin.
- **Fazy eliminacji leku**, która najprawdopodobniej jest najtrudniejsza, bo wiąże

się z wystąpieniem objawów abstynencyjnych, jak również możliwością pojawienia się pierwotnych objawów chorobowych.

Długość poszczególnych faz, jak również algorytmy redukcji dawki powinny być modyfikowane na podstawie oceny stanu klinicznego pacjenta. Czas, w jakim udaje się odstawić benzodiazepiny jest kwestią indywidualną. Proces ten może trwać od kilku tygodni, nawet do kilku miesięcy – w przypadku, gdy leki były przyjmowane przez wiele lat. Warto pamiętać, że detoksykacja nie kończy leczenia i konieczne jest podjęcie terapii uzależnienia, ponieważ samo odstawienie leków to tylko rozwiązanie części problemu. ●

ODSTAWIENIE BENZODIAZEPIN



- Jeśli stosujesz benzodiazepiny długo i w wysokich dawkach – nie odstawiaj ich z dnia na dzień! To może być niebezpieczne.
- Jeśli to zrobisz – poziom neuroprzekaźnika GABA spadnie dramatycznie nisko i spowoduje pobudzenie neuronów, a tym samym wzrośnie ryzyko wystąpienia drgawek i napadu padaczkowego. Takie napady – skrajnych przypadkach – mogą być śmiertelne.
- Nagłe odstawienie benzodiazepin spowoduje powrót do pierwotnych objawów, które wcześniej odczuwałeś, tylko teraz będą miały one większe nasilenie. Jeśli zażywałeś benzodiazepiny na stany lękowe, to nagłe odstawienie może sprawić, że Twoje lęki wrócą ze zdwojoną siłą.
- Oprócz niskiego poziomu GABA, będziesz miał również niższy poziom dopaminy, co może prowadzić do emocjonalnego odrętwienia, braku motywacji, niemożności odczuwania przyjemności, krótko mówiąc – do depresji.
- Jedynym bezpiecznym sposobem na rzucenie benzodiazepin jest stopniowe zmniejszanie dawki i to też nie będzie łatwe. Najlepiej robić to pod kontrolą lekarza i przy wsparciu psychologicznym.

LECZENIE UZALEŻNIEŃ

Pomimo, że benzodiazepiny należą do kategorii niebezpiecznych substancji (są dostępne są tylko na receptę) i mimo, że można je śmiertelnie przedawkować, to przypadki zgonów należą do rzadkości. Chyba najbardziej powszechnym skutkiem ich nadużywania jest doświadczanie uzależnienia. Bywa, że zmaganie się z uzależnieniem od benzodiazepin trwa całe lata, okresy remisji przeplatają się z nawrotami, a skutki choroby dotyczą nie tylko uzależnionego, ale także całego jego otoczenia.

Osoby uzależnione od benzodiazepin nie stanowią w żadnym wypadku jednorodnej grupy. Różni ich wszystko, zarówno w kwestiach wiekowych, jak i społecznych. Różnią się powodami, dla których sięgnęli po te substancje, a także wzorcami ich przyjmowania. Poruszająca się o kulach staruszka, której ćwierć wieku temu lekarz zaczął przepisywać relanium, wymaga innego podejścia niż młody informatyk, który miewa napady lęku i od dwóch miesięcy łyka alprazolam. Jeszcze innego podejścia wymaga 40-letni narkoman, który bierze dożylnie „klony” kupowane pod hałą targową.

Truizmem jest mówienie, że zaangażowanie pacjentów w leczenie jest niezbędne. Ale bez tego wszelkie próby leczenia mają niewielkie szanse powodzenia, właściwie nie mają żadnych. Trzeba uwzględnić konkretną sytuację, odmienność dla każdego pacjenta.

LECZENIE DRUG FREE

Gotowość do leczenia i zmiany to jedna strona medalu, ocena ryzyka nawrotu – to druga strona. Czy pacjent idąc na detoks, nawet poparty dalszą pracą z terapeutą ma realne szanse na to, by nie wracać do nadużywania leków? Wielu zapewne tak.

Jak po detoksykacji utrzymać abstynencję, pozostać z dala od substancji jednocześnie prowadząc satysfakcjonujące życie? Samo odstawienie benzodiazepin nie rozwiąże przecież problemu. Ich odstawienie nie jest celem leczenia uzależnienia. Terapia uzależnień ma uczyć nowych, zdrowych zachowań, umiejętności społecznych, budowania poprawnych relacji z innymi. Psychoterapia ma wzbudzić poczucie dobrostanu psychicznego tak, aby osoba która była uzależniona od substancji psychoaktywnej mogła czerpać zadowolenie z życia bez sięgania po tą substancję. Psychoterapia ma stopniowo zniwelować zaburzenia, które spowodowały sięgnięcie po substancję lub te, które pojawiły się w związku z jej używaniem.

Istnieje kilka nurtów w psychoterapii znajdujących zastosowanie w leczeniu uzależnień: m.in. terapia poznawczo-behawioralna, psychodynamiczna, humanistyczna i systemowa. Poniżej przedstawiamy krótką charakterystykę dwóch najpowszechniej wykorzystywanych.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna to szybka i skuteczna pomoc tu i teraz,

zamiast drobiazgowego analizowania przeszłości. Zmiana postrzegania świata i samego siebie (metody poznawcze), a dzięki temu osiągnięcie zmian nawyków i zachowań (behawioryzm). Pacjent wyposażony jest w umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych, w relacjach z innymi – wszystkim, co pomoże mu utrzymać abstynencję, również w sposobach radzenia sobie z głodem. Proces oddziaływań może składać się z kilkudziesięciu sesji, które zamykają się w okresie kilku miesięcy.

Metoda psychodynamiczna to proces terapeutyczny nieco bardziej rozciągnięty w czasie. Skoncentrowany m.in. na ocenie tego, jak wydarzenia z przeszłości, traumy, itp. wpływają na obecne reakcje i zachowania pacjen-



Pojęcie „podwójna diagnoza” oznacza współistnienie zaburzeń związanych z używaniem substancji

psychoaktywnych oraz zaburzeń psychicznych. Zaburzenia psychiczne mogły doprowadzić do nadużywania substancji psychoaktywnych (jako formy samoleczenia), a następnie do uzależnienia. Lub to nadużywanie substancji mogło wywołać objawy choroby psychicznej. Ewentualnie nadużywanie substancji i zaburzenia psychiczne są wynikiem doświadczenia traumy, np. zespół stresu pourazowego.

tów oraz jak do tego doszło, że wytworzyła się potrzeba regulacji stanów emocjonalnych poprzez substancję. Uświadomienie sobie ich roli ma rozbroić wewnętrzne konflikty, umożliwić samopoznanie, a w konsekwencji doprowadzić do ustąpienia zaburzeń, które były „leczone” za pomocą substancji psychoaktywnych. Oddziaływania psychodynamiczne mają też stanowić bardziej szeroką i kompleksową pomoc radzenia sobie w życiu.

Zastosowanie powyższych oddziaływań odbywa się poprzez uczestnictwo pacjenta psychoterapii indywidualnej lub grupowej, ale najczęściej mieszanej. Może mieć ono w formułę ambulatoryjną (dochodzącą) lub być prowadzone w ramach oddziału dziennego. Może mieć też formułę stacjonarną (całodobową), czyli leczenia w zamkniętym ośrodku rehabilitacji.

Abstynencja i psychoterapia to opcja odpowiednia dla osób, które można określić jako pacjenci niskiego ryzyka, posiadający wystarczające zasoby i wsparcie pozwalające im odnieść korzyści z szybkiego odstawienia leku. Gdy pacjent nie jest gotowy na zmianę lub dopiero ją rozważa – należy ograniczyć się do konsultacji wykorzystujących wywiad motywacyjny, co być może zaowocuje w przyszłości jakąś mądrą decyzją.

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE

W przypadku pacjentów wysokiego ryzyka pozostaje do wyboru, albo stopniowe, wielomiesięczne zmniejszanie dawek (w stronę abstynencji w dłuższej

perspektywie) bądź prowadzenie terapii podtrzymującej. I tu i tu bardzo ważne są oddziaływania o charakterze psycho-terapeutycznym i socjalnym. Zarówno w przypadku zmniejszania dawki benzodiazepin, jak i w przypadku substytucji bardzo pomocne jest „przejście” na długo działające benzodiazepiny, które są mniej toksyczne i mniej euforyzujące.

Ogólnymi celami leczenia podtrzymującego / substytucyjnego jest polepszenie stanu zdrowia i społecznego funkcjonowania pacjenta bez konieczności pełnego odstawienia substancji, od której jest uzależniony. Oficjalnie, leczenie podtrzymujące benzodiazepinami nie jest prowadzone i nie ma tu tak wyraźnie opisanego postępowania tak, jak ma to miejsce w przypadku opioidowego leczenia substytucyjnego z wykorzystaniem metadonu i buprenorfiny (również bardzo silnie oddziałujących na układ nerwowy substancji). Nie oznacza to, że w praktyce lekarskiej takie podejście nie ma miejsca. Przeciwnie, pod długotrwałą opieką lekarzy połączoną z regularnym przepisywaniem benzodiazepin pozostaje wielu pacjentów uzależnionych od tych leków. Za rozwojem tych procedur przemawiałby fakt, że leczenie substytucyjne obejmowałoby różne kategorie opieki: oprócz farmakoterapii pacjenci objęci byłiby także psychoterapią i działaniami socjalnymi.

Trudno jest zdecydować, jaka grupa powinna zostać dopuszczona do długotrwałego przyjmowania benzodiazepin. Powinna decydować o tym kalkulacja korzyści i ryzyka w przypadku konkretnych pacjentów. Wydaje się, że – podobnie jak

Uzależnienie krzyżowe, w kontekście psychofarmakologicznym, oznacza uzależnienie od dwóch różnych farmakologicznie substancji, które mają jednak podobny mechanizm działania na układ nerwowy. W rezultacie jedna z nich tłumi objawy abstynencyjne wywołane przez drugą (podtrzymując też w ten sposób stan fizycznego uzależnienia). Do tłumienia objawów zespołu abstynencyjnego wywołanego odstawieniem alkoholu osoby pijące często stosują benzodiazepiny. Uzależnienie od jednej z tych substancji ułatwia uzależnienie się od drugiej.



w przypadku uzależnienia od opioidów – powinni być to pacjenci uzależnieni od benzodiazepin od wielu lat, używający regularnie wysokich dawek, mający za sobą doświadczenia leczenia i nawrotów. Podobne zasady dotyczą substytucji opioidowej. Monitorowanie przebiegu leczenia powinno obejmować upewnienie się, że pacjent nie uzyskuje recept u innych lekarzy, a także badanie moczu na obecność innych narkotyków, w tym innych benzodiazepin (choć to ostatnie nie jest łatwe).

Leczenie podtrzymujące mogłoby odbywać się do momentu osiągnięcia pełnej stabilizacji, kiedy to można byłoby rozważać zmniejszanie dawek benzodiazepin do wyzerowania i abstynencji. ●

Jak już wiemy, benzodiazepiny mogą prowadzić do nadużywania i powodować uzależnienie. Spróbuj odpowiedzieć sobie na kilka poniższych pytań. Być może pomogą ci przyrzeć się temu, jak wyglądają Twoje relacje z tymi lekami i wyciągnąć wnioski:

-  **Czy chodzisz po recepty do różnych lekarzy?** A wizyty u lekarzy przypominają bardziej przygotowania do zakupów niż konsultacje medyczne?
-  **Kończą ci się leki, a powinno być ich jeszcze dużo?** Jak w tym dowcipie o pacjencie, któremu lekarz zalecił branie jednej tabletki co sześć godzin, ale ten źle zrozumiał i brał sześć tabletek co godzinę! Czy żyjesz w strachu, że zabraknie ci leków?
-  **Odczuwasz efekty działania zbyt dużych dawek?** Bywa, że mówisz niewyraźnie, a nawet bełkotliwie? Zdarza się, że potykasz się idąc albo przysypiasz siedząc? Bądź pewien – inni też to widzą. I pewnie dopytują, czy na pewno się dobrze czujesz, czy może piłeś alkohol, itp.
-  **Czy zdarza się siadasz za kierownicę, mimo że absolutnie nie powinieneś?** Na dodatek wydaje ci się to oczywiste i normalne? Ignorujesz fakt, że twoje reakcje są zwolnione, a widzenie rozmyte?
-  **Czy popijasz swoje tabletki alkoholem?** Albo zażywasz je razem z innymi substancjami? A to dlatego, że tak działają lepiej, bardziej efektywnie!
-  **Zachowujesz się niezgodnie z prawem?** To może być wszystko – od próby sfałszowania recepty po kradzież w sklepie. A potem tłumaczysz to sobie lekkomyślnością, roztargnieniem?
-  **Zdarza się, że w szkole lub w pracy jesteś ośpiały albo rozproszony?** Albo Cię tam nie ma, a powinieneś być?
-  **Kłóciś się z bliskimi, którzy widzą, co się dzieje i chcą, żebyś przestał?** A Ty izolujesz się od nich i unikasz konfrontacji na temat używania.
-  **Zażywanie benzodiazepin staje się twoim jedynym hobby?** Zainteresowania, które kiedyś miałeś i ceniłeś wydają ci się odległe i nieważne?
-  **Zdarza się, że bez powodu jesteś drażliwy i impulsywny?** A twoje negatywne reakcje są nieproporcjonalne do problemu? Miewasz napady lęku, bóle głowy, zdarzają ci się trudności w koncentracji? Ciśnienie krwi ci skacze do góry i nie możesz spać? I nawet ręce ci się trzęsą?

Wszystko to może świadczyć o tym, że jesteś poważnie uzależniony od benzodiazepin i prawdopodobnie ponosisz już konsekwencje zdrowotne, finansowe, społeczne, a nawet prawne. Czas spojrzeć prawdzie w oczy i przyjrzeć się temu, co się dzieje. A potem poszukać pomocy.

”

GŁOSY UŻYTKOWNIKÓW, ZNALEZIONE NA FORACH INTERNETOWYCH

Jak się obudzę, to przez 2 godziny jestem zombie, ale jak się rozkręcę, mam świetny nastrój, za to lenia mam na maksa. Cudownie funkcjonuję mi się w nocy, całe zło znika. Muszę się przestawić, ale uwielbiam nocki i jest to trudne.

Afobam był jedynym lekiem, który mi pomógł, to znaczy zniwelował ciężły lęk. Był lekiem cudownym. Jak działał, to brałem i się bardzo uzależniłem. Chodziłem cały dzień naćpany, robiłem rzeczy których normalnie bym nie zrobił...

Otóż biorę clonazepan i jeśli chodzi o działanie tego leku na mnie, to jak działa, to jest bajka – mogę być taką osobą jak kiedyś, bo moim największym problemem są lęki.

Nie chcę demonizować xanaxu, ale to gwałtowne zredukowanie lęku i ogólna poprawa samopoczucia jest świetną drogą do uzależnienia. Od czasu do czasu ok, ale przy silnych i trwałych lękach to powinna być ostateczność.

A co do lekarzy to wypisują normalnie diazepam, xanax bez problemu tylko trzeba wiedzieć co mówić i do jakiej przychodni iść.

W życiu nie sądziłem, że stanę po umoralniającej stronie. Nie taki mam zamiar, ale traktuj benzo jak młotek, czy kombinerki. Używasz, gdy są do tego przesłanki. Tak, to też grozi ciągiem i uzależnieniem, ale przynajmniej bez oszukiwania się i zamęczania sztucznymi próbami ucieczki przed zależnością fizyczną.

Chcielibyśmy unikać nieprzyjemnych emocji takich, jak smutek, lęk czy wstyd. Są one jednak częścią naszego życia, powinniśmy nauczyć się je regulować bez chemii. Smutek nie jest depresją, a lęk i niepokój nie jest od razu zaburzeniem osobowości. Środki uspokajające maskując te stany, nie pozwalają nam uczyć się, jak sobie z nimi radzić. W efekcie mamy coraz większe trudności w radzeniu sobie z emocjami, wahaniami nastrojów, stajemy się drażliwi.

**Czy może mi Pan podnieść dawkę?
Ciężko odczuwam jeszcze jakieś
emocje..**



Jeśli chodzi o clonazepam jest to najsilniejsza z benzodiazepin, ale może działać różnie. W połączeniu z alkoholem (u mnie i kilku moich znajomych przynajmniej) powoduje reakcje paradoksalne tj. agresywne zachowanie, uczucie pocucia siły. Przy większych dawkach nie pamięta się co robiło.

Xanax to prawdziwa tabletką szczęścia. Robi dobrze. Daje żyć. Ale to złudne bardzo. Później trzeba więcej i więcej i więcej – żeby chociaż z łóżka wstać, żeby zrobić cokolwiek. Bez xanaxu nie da się nic.

A ja właśnie od tygodnia też biorę Xanax. Jestem nieco spowolniona, ale normalnie śpiam i zniknęło koszmarnie uczucie ścisku w gardle, które gnębiło mnie od trzech miesięcy. Jestem odważniejsza w kontaktach z szefem i jest mi na razie z tym dobrze. Aż strach pomyśleć, co będzie, gdy lek odstawię...

Znalezione na: zaburzeni.pl; nervica.com; schizofrenia.evot.org; hyperreal.info; forum.gazeta.pl

”

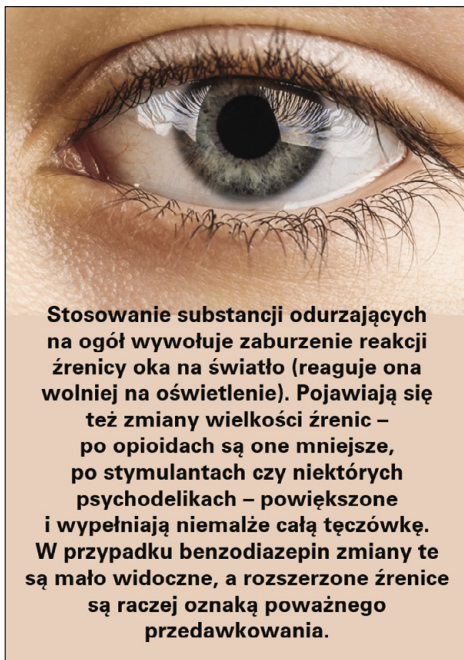
ROZPOZNAWANIE UŻYCIA BENZODIAZEPIN

Rozpoznanie tego, czy ktoś jest pod wpływem benzodiazepin zależy od wielu czynników – głównie od tego, jak wysoka ich dawka została jednorazowo przyjęta i jak się ona ma do ewentualnej tolerancji osoby na lek.

Najczęściej obserwowanymi zewnętrznymi oznakami (w zależności od przyjętej dawki benzodiazepin) mogą być:

- **ogólne spowolnienie – ospałość – sen**
- **spowolniona – niewyraźna – bełkotliwa mowa**
- **zaburzenia motoryczne: równowagi, koordynacji i płynności wykonywania ruchów**
- **nieracjonalne wypowiedzi, zachowania**

Niekiedy benzodiazepiny mogą wywołać paradoksalne reakcje i zamiast uspokojenia może nastąpić **pobudzenie**, szczególnie w pierwszej fazie działania. Czasem mogą pojawić się **niepokój i agresja**. Jest to różnie tłumaczone: cechami osobniczymi albo interakcjami z równocześnie stosowanymi innymi substancjami.



Rozpoznawanie użycia benzodiazepin u kogoś, kto nadużywa ich od dłuższego czasu i u kogo wytworzyła się tolerancja nie jest jednoznaczne. Objawy intoksykacji benzodiazepinami mogą przeplatać się z objawami ich odstawienia. ●

TESTY NA OBECNOŚĆ BENZODIAZEPIN

Gdy zachodzi podejrzenie, że ktoś zażył benzodiazepiny można (w zależności od sytuacji) rozpatrzyć wykonanie przesiewowego testu na obecność tych substancji w moczu lub w ślinie.

Na rynku dostępne są testy kasetkowe i paskowe do badania próbek moczu. Ich wynik powinien być potwierdzony badaniem laboratoryjnym. W zależności od rodzaju benzodiazepin i okresu ich bio-

logicznego półtrwania, przyjmowanych dawek i częstotliwości ich zażywania możemy wykryć je w moczu w ciągu 24 do 72 godzin po zażyciu, a nawet do tygodnia. Przy czym testy te, jako jakościowe, nie oznaczają stężeń leków w organizmie. Próg reakcji testów (ich czułość) zaczyna się od wartości 300 ng/ml i każdy wynik powyżej będzie wynikiem pozytywnym. Nieco innym narzędziem jest test ze śliny. To najprostszy i najszybszy sposób wykrycia substancji w organizmie, trudniejszy też do zafałszowania. Może wykrywać benzodiazepiny do kilku dni po ich zażyciu.

Możliwe jest także samodzielne pobranie próbki włosów lub krwi (za pomocą profesjonalnych zestawów, przesyłanych na wskazany adres) i odesłanie ich do badania w laboratorium. We krwi benzodiazepiny utrzymują się do 3 dni, w włosach wielokrotnie dłużej.

Należy zachować ostrożność przy interpretacji wyników badań mających rozpoznawać określone leki z grupy benzodiazepin. Niektóre metabolity same w sobie są związkami macierzystymi. Na przykład temazepam i oksazepam są metabolitami diazepamu, co może

Wczesna diagnoza pomoże zahamować rozwój uzależnienia i wdrożyć skuteczną pomoc. Musimy przy tym jednak pamiętać, że przesiewowe testy narkotykowe mogą dać zafałszowany wynik pozytywny. Może się tak dzieć na skutek diety, wpływu innych leków lub niewłaściwie przeprowadzonego badania. Powinniśmy liczyć się także z możliwością wystąpienia wyniku fałszywie negatywnego – w następstwie podmiany próbek lub zastosowania substancji neutralizującej. Tak więc przy interpretacji testów narkotykowych z moczu należy zachować ostrożność.



prowadzić do wniosku, że ktoś podczas leczenia diazepamem przyjmował inne benzodiazepiny.

Na koniec uwaga: badanie na obecność narkotyków podczas leczenia osób uzależnionych powinno być stosowane raczej jako narzędzie angażujące pacjenta, a nie jako środek karny. ●

RYZIKOWNE SPOSOBY PRZYJMOWANIA BENZODIAZEPIN

Benzodiazepiny to przede wszystkim leki doustne, które powinny być przyjmowane drogą pokarmową. Osoby chcące uzyskać bardziej intensywną i natychmiastową euforię mogą

ich nadużywać wciągając do nosa, paląc lub wstrzykując. Zawartość tabletki nie jest dostosowana do takich eksperymentów. Używanie benzodiazepin w ten sposób niesie ze

sobą ryzyko wystąpienia dodatkowych szkód zdrowotnych, a także przyspiesza wystąpienie uzależnienia i zwiększa niebezpieczeństwo przedawkowania.

WCIĄGANIE DO NOSA

Wciąganie pokruszonych tabletek do nosa powoduje, z biegiem czasu, odkładanie się różnych składników tabletek w drogach oddechowych i płucach. Może to wywoływać miejscowe stany zapalne, podrażniać błonę śluzową nosa, powodować krwawienia i katar, owrzodzenia i zwiększać reaktywność dróg oddechowych (gotowość reagowania na bodźce w natężeniu tolerowanym przez większość ludzi), a nawet utratę węchu. Wciąganie benzodiazepin do nosa może również sprzyjać zakażeniami HCV – jeśli proszek

z pokruszonych tabletek wciągany przez więcej osób przy użyciu jednej słomki.

PALENIE

Palenie benzodiazepin polega na tym, że tabletki kruszone są na proszek, który jest następnie mieszany z tytoń (czasem marihuaną) w skręcie lub e-papierosie, a czasem palony z folii. Wśród niebezpieczeństw wymieniany jest gwałtowny spadek ciśnienia mogący skutkować – w najlepszym razie – omdleniem, w najgorszym – zawałem serca. Palenie benzodiazepin stwarza dodatkowe zagrożenia dla zdrowia, takie jak oparzenia jamy ustnej, problemy z oddychaniem i niektóre nowotwory.

INIEKCJE

Wśród osób mających za sobą doświadczenia w inieekcyjnym przyjmowaniu narkotyków zdarzają się przypadki przerabiania tabletek do takiej postaci, aby możliwe było ich wstrzyknięcie. Kruszenie, rozpuszczanie i filtrowanie tabletek nie spowoduje, że otrzymamy bezpieczną substancję, którą bez problemu możemy wstrzyknąć sobie do żyły. Wstrzykiwanie pokruszonych tabletek może doprowadzić do poważnych powikłań krążeniowych, czego konsekwencje mogą być nieciekawe (uszkodzenie narządów, amputacja kończyn). Do tego dochodzi ryzyko zakażeń wirusami przenoszonymi przez krew (HIV, HCV) spowodowane używaniem wspólnych igieł i strzykawek lub tych samych akcesoriów do przygotowania narkotyku. Iniekcje są niewątpliwie najmniej bezpiecznymi sposobami przyjmowania benzodiazepinów.

Nie powinno się kruszyć, a nawet dzielić tabletek, które mają zmodyfikowany profil uwalniania substancji czynnej (kiedy nie jest ona uwalniana natychmiastowo). Leki takie oznaczane skrótem SR (*slow release*) zawierają większą dawkę substancji czynnej niż ich tradycyjne odpowiedniki. Przykładem są niektóre preparaty zawierające alprazolam, które powinno przyjmować się raz dziennie. Pokruszenie tabletki spowodowałoby szybsze wchłanianie leku do krwi, a konsekwencji ryzyko wystąpienia możliwych działań niepożądanych.



Oprócz tabletek i kapsułek, część preparatów zawierających benzodiazepiny produkowanych jest w formie ampułek podawanych dożylnie lub domięśniowo. Są one stosowane dość

rzadko, w warunkach szpitalnych, w sytuacjach nagłych. Produkowane są także preparaty w formie mikrowlewek podawanych doodbytniczo. ●

REDUKCJA SZKÓD

INTERAKCJE

Łączenie benzodiazepin z innymi substancjami psychoaktywnymi to zły pomysł, gdyż zwiększa ryzyko wystąpienia skutków ubocznych. Najpoważniejsze zagrożenia dotyczą łączenia benzodiazepin z substancjami działającymi podobnie na układ nerwowy, głównie z tego powodu, że następuje kumulacja ich działania.



BENZO + ALKOHOL: OD URWANEGO FILMU PO ZGON

Zażywanie benzodiazepin i picie alkoholu to połączenie tyle groźne, co powszechne. Substancje wzajemnie podnoszą swoje działanie – ma to silniejszy skutek niż wynikałoby to z zsumowania efektów ich działania. Można by powiedzieć – taki synergizm do kwadratu. Bezpieczne (terapeutyczne) dawki benzodiazepin w połączeniu z alkoholem mogą być niebezpieczne.



BENZO + OPIOIDY: DEPRESJA ODDECHOWA

Już samo użycie opioidów obarczone jest ryzykiem przedawkowania i depresji oddechowej. Łączenie ich z benzodiazepinami tylko to potęguje. Pamiętaj – nie dotyczy to tylko nielegalnych opioidów (heroiny czy pochodnych fentanylu). Łączenie benzodiazepin z metadonem czy buprenorfiną to podobne ryzyko.



BENZO + BARBITURANY: 1 + 1 = 11

Kombinacja benzodiazepin z barbituranami wykazuje silny synergizm (wzajemnym potęgowaniem działania). Jedne i drugie oddziałują na ten sam receptor GABA, co przekłada się na wzmocnienie działania depresyjnego na układ nerwowy i ryzyko śmiertelnego przedawkowania.



GHB

BENZO + GBL: TRUDNOŚCI W DAWKOWANIU

Jako, że GBL (GHB) wpływa rozluźniająco i uspokajająco na układ nerwowy (nawet jeśli kogoś pobudza) – wraz z benzodiazepinami jeszcze bardziej spowolni aktywność Twojego mózgu. Może doprowadzić utraty świadomości, a w skrajnych przypadkach nawet zgonu. I jeszcze jedna

rzecz – benzodiazepiny uzależniają o wiele silniej niż GBL, więc musisz liczyć się z dodatkowymi komplikacjami.



BENZO + MARIHUANA: ZAMUŁA

Podobnie z marihuaną, choć już nie tak śmiertelnie. Kannabinoidy również działają depresyjnie na układ nerwowy, a połączenie z BDZ spowoduje, że niewiele będziesz pamiętał, a w najlepszym przypadku pójdziesz spać.



BEZNO + STYMULANTY: MASKOWANIE DZIAŁANIA

Farmakologiczne działanie stymulantów i benzodiazepin jest zupełnie inne. Pierwsze pobudzają układ nerwowy, drugie obniżają jego aktywność. Takie wzajemne „maskowanie” działania zwiększa prawdopodobieństwo przyjęcia zbyt dużej dawki benzodiazepin i ich przedawkowania.



BENZO + PSYCHEDELIKI: W PRZECIWNIE STRONY

Jako, że benzodiazepiny (podobnie jak neuroleptyki) osłabiają efekty halucynogenne psychodelików, to raczej stosuje się je w kryzysie psychodelicznym, żeby zatrzymać bad tripa.

SZARY RYNEK BENZODIAZEPIN

Specyfika czarnorynkowego handlu benzodiazepinami wyróżnia się zdecydowanie na tle handlu nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi. Szerokie zastosowanie benzodiazepin w medycynie nie oznacza, że nie pojawiają się one w nielegalnym obiegu stając się środkami wykorzystywanymi w celach niemedycznych. Wręcz przeciwnie.

WŁAMANIA DO APTEK

W latach 80-tych zauważono w Polsce znaczny wzrost liczby osób uzależnionych

od leków nasennych i uspokajających. Należy przy okazji podkreślić, że problem uzależnienia od benzodiazepin był przez długi czas traktowany z pobłażaniem (używano nawet dość miękkiego określenia „lekomania”), co z pewnością pociągało za sobą niedoszacowanie liczby uzależnionych. Narkomania opiatowa w tamtych czasach bazowała w dużej mierze na produktach farmaceutycznych (m.in. morfinie, petydynie), co pociągało za sobą zjawisko fałszowania recept, a także włamań do aptek. To z kolei wiązało się z kradzieżami innych niż opioidy leków, w tym benzodiazepin. Pod koniec

lat 90-tych leki uspokajające i nasenne (m.in. diazepam, oksazepam) stanowiły podstawowy powód przyjęcia do leczenia stacjonarnego pokaźnej grupy pacjentów.

LEWE RECEPTY

Dysponując skradzioną lub podrobioną pieczętką lekarza i bloczkiem recept niektórzy mogli zaopatrywać się w leki psychotropowe przez długie okresy. Jednak wraz z dostępem do komputerów, fałszowanie recept również przyjmowało nowe formy. Zanim jeszcze na receptach pojawiły się kody kreskowe, a w aptekach komputery – uzyskane od lekarza na zupełnie inny lek recepty, były skanowane i ponownie wypisywane. Potem recepty przeszły poważną metamorfozę – pojawiły się na nich kody kreskowe pozwalające powiązać pacjenta, lekarza, a nawet konkretne opakowanie leku. Dzisiaj papierowe stanowią już rzadkość, a od listopada 2023 recepty na leki zawierające określone środki odurzające lub substancje psychotropowe będą wystawiane już tylko w formie elektronicznej.

DOKTOR FEELGOOD

Nie zawsze uciekano się do działań przestępczych i nie wszyscy lekarze trzymali się kurczowo rygorów dotyczących leczenia benzodiazepinami. Symulowanie choroby, zapłata za prywatną wizytę i ewentualne krążenie od lekarza do lekarza, w celu uzyskania oczekiwanej ilości leku – to tylko przykłady tego, co robią przedsiębiorczy pacjenci potrzebujący dużych ilości benzo-diazepin, znacznie większych niż przewidują protokoły leczenia tymi środkami.

E-RECEPTY

W 2019 roku podmioty lecznicze zmu-

szone zostały do podłączenia się do tzw. systemu P1, ewidencjonującego recepty oraz zdarzenia medyczne. System ten, umożliwił lekarzom wystawianie elektronicznych recept. Utrudniając podrabianie recept papierowych, zmiana ta pociągnęła za sobą pojawienie się nowej kategorii oszustw. W 2023 roku ujawniono przypadek kradzieży danych dostępowych do owego systemu jednego z lekarzy, które zostały wykorzystane do wypisywania leków psychotropowych.

TELEMEDYCYNĄ

Nadejście pandemii zintensyfikowało rozwój telemedycyny, W 2021 roku, aż 80% Polaków skorzystało z tej formy pomocy. Mimo że była to zupełnie nowa forma kontaktu ze służbą zdrowia, szyb-



Przykładem działań przestępczych w środowisku elektronicznym było włamanie na jeden z portali NFZ i kradzież z jego pomocą prawie 2 tysięcy numerów recept. Znany jest również przypadek wykorzystania specjalnie skonstruowanej aplikacji, która pozwalała wystawiać fałszywe recepty. Uzyskane w ten sposób „fałszywki” z dużym podobieństwem imitowały oryginał.

ko rozwinęła się i dostosowała do potrzeb pacjentów, którzy mogli dzwonić w celu uzyskania pomocy medycznej, kontaktować się przez Internet, a nawet uczestniczyć w video-konsultacjach. A lekarze mogli ordynować leki, również psychotropowe z pomocą e-recept. Niedługo potem pojawił się pierwszy serwis (a za nim kolejne) umożliwiający zamawianie recept za pośrednictwem ankiety na stronie internetowej.

RECEPTOMATY

Zdecydowana większość receptomatów (za wyjątkiem stron kontaktujących się np. telefonicznie z pacjentem) opierała swoje działanie o kwestionariusz osobowy, który pozwalał pacjentowi zamawiającemu leki stworzyć dowolny profil, stanowiący w jego dokumentacji

medycznej uzasadnienie dla wypisania konkretnego leku. Korzystanie z receptomatu wymagało opłaty wynoszącej od około 50 do 100 zł. Skala działania receptomatów była tak wielka, że kilku obrotnych lekarzy potrafiło wystawić rocznie od 100 do 400 tys. recept.

Działalność receptomatów została dość niedawno radykalnie ograniczona. M.in. w konsekwencji śmierci dwóch osób, które korzystając z nich uzyskało dostęp do bardzo silnych leków przeciwbólowych. Ministerstwo Zdrowia postanowiło ograniczyć tą możliwość pozyskiwania leków. Wówczas to zablokowano wstrzymaną do końca października 2023, możliwość wypisywania leków opioidowych oraz benzodiazepin za pośrednictwem zdalnych konsultacji oraz receptomatów bez uprzedniej konsultacji lekarskiej oraz wglądu w Internetowe Konto Pacjenta.

INTERNETOWY BAJZEL

Zacznijmy od serwisu Facebook. W serwisie tym można z łatwością odnaleźć „grupy” specjalnego przeznaczenia. Tym, co pozwala pozostać takim grupom niezauważonym przez policyjne algorytmy, jest obowiązujący w nich kodeks. W tym celu stosowane są przez vendorów (określenie używane wobec sprzedawców) sugestywne obrazki, nawiązujące do nazwy sprzedawanej substancji. Vendorzy, aby zachować anonimowość wykorzystują szyfrowane komunikatory, jak również dążą do sprawdzania kupującego (w tym celu na niektórych grupach, w komentarzach funkcjonują systemy rekomendacji).

Poza rynkiem klasycznych benzodiazepin w sprzedaży znajdują się również nowe

Na czarnorynkowe ceny benzodiazepin wpływ ma wiele czynników („miejsce” transakcji, sposób zakupu, kupowana ilość leków, a nawet stopień zażyłości pomiędzy kupującym a sprzedającym. „Przebicia” w stosunku do pełnej odpłatności za leki w aptece są kilkukrotne. Za opakowanie Xanaxu (30 tabletek) kupujący w Internecie zapłaci od 250 do 300 złotych. Klonazepam wypada taniej, ale i tak cena za opakowanie sięga 150 złotych. W sprzedaży ulicznej ceny są nieco niższe. Tu nie trzeba kupować zaraz całego opakowania – jedna tabletką to koszt kilku złotych.



benzodiazepiny, klasyfikowane jako nowe substancje psychoaktywne (tzw. research chemicals). Więcej na ten temat znajdziecie w rozdziale poświęconym nowym benzodiazepinom.

Nadal jednak głównym, nieporównywalnie większym źródłem benzodiazepin

przyjmowanych w celach niemedycznych jest przemysł farmaceutyczny, mimo że – jak wynika z tego krótkiego przeglądu – czarnorynkowe i nie-czarnorynkowe sposoby handlu benzodiazepinami znacząco się zmieniły na przestrzeni ostatnich lat. I nadal ewaluują. ●

XANAX NIE JEST SEXY

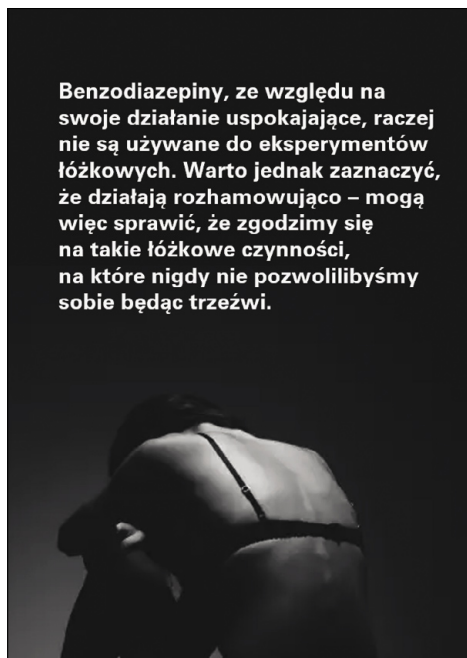
W odczuwaniu przyjemności podczas seksu uczestniczy wiele neuroprzekaźników, w tym dopamina. Niektóre benzodiazepiny w mniejszych dawkach mogą zwiększać jej poziom, początkowo nawet potęgując przyjemne odczucia podczas seksu. Jednak w dalszej perspektywie, w związku z ich hamującym działaniem na układ nerwowy, zabawy łóżkowe pod wpływem tych substancji mogą okazać się niezbyt satysfakcjonujące.

Stajemy się mniej wrażliwi na bodźce, a osiągnięcie orgazmu może okazać się niemożliwe. Przyjmując substancje uspokajające możemy także poczuć się zbyt zmęczeni i senni, aby myśleć o jakichkolwiek aktywnościach fizycznych, a co dopiero o seksie. W skrócie, nasze libido spada.

U mężczyzn benzodiazepiny mogą dodatkowo powodować zaburzenia erekcji. Istnieje niewiele badań na ten temat, ale te, które przeprowadzono wskazują na to, że mężczyźni przyjmujący benzodiazepiny

częściej doświadczają dysfunkcji seksualnych (w porównaniu do prób kontrolnych przyjmujących placebo). Prawdopodobnie dzieje się to w wyniku osłabienia przepływu krwi w całym organizmie, więc również w słabszym jej dopływie

Benzodiazepiny, ze względu na swoje działanie uspokajające, raczej nie są używane do eksperymentów łóżkowych. Warto jednak zaznaczyć, że działają rozhamowująco – mogą więc sprawić, że zgodzimy się na takie łóżkowe czynności, na które nigdy nie pozwolilibyśmy sobie będąc trzeźwi.



do penisa. Intensyfikacja bodźców może w takim przypadku niewiele pomóc, gdyż benzodiazepiny tłumią również sygnały nerwowe, więc pieszczoty okazują się być słabo odczuwane.

Kobiety są szczególnie podatne na działanie benzodiazepin. Dzieje się tak, ponieważ żeński układ rozrodczy nasycony jest endogennymi substancjami biochemicznymi działającymi jak naturalne środki uspokajające. To między innymi progesteron, estrogeny, neuroaktywne steroidy oraz ich metabolity, które oddziałują na receptory GABA powodując zmiany nastroju w zależności od dnia cyklu. Badając to zjawisko stwierdzono, że substancje te wykazują tolerancję

krzyżową z benzodiazepinami. Chodzi o to, że substancje wykazują względem siebie tolerancję krzyżową, jeśli obie działają na ten sam receptor. Wtedy też rosnąca z czasem tolerancja jednej z nich powoduje także wzrost tolerancji drugiej substancji. Skutkiem tolerancji krzyżowej może być zwiększona trudność w odstawieniu benzodiazepin, gdyż wahania hormonalne (związane z fazami cyklu) nasilają objawy abstynencyjne. Co ciekawe, u kobiet zespół odstawienny może przypominać objawami szczególnie dokuczliwy zespół napięcia przedmiesiączkowego. Niektóre z benzodiazepin mogą też zwiększać wydzielanie prolaktyny, co z kolei objawia się może zaburzeniami miesiączkowania. ●

REDUKCJA SZKÓD

Jeśli perspektywa intymnego zbliżenia wywołuje u Ciebie silny lęk i przychodzi Ci do głowy pomysł stłumienia go benzodiazepinami to wiedz, że jeśli nawet emocjonalnie sobie poradzisz, to fizycznie będzie to porażka – Twoje ciało stanie się nieprzystosowane do czynności seksualnych. W takich przypadkach, zamiast próbować uspokajać się na własną rękę, należy skonsultować się z lekarzem, porozmawiać z psychoterapeutą lub seksuologiem.

CIĄŻA, PŁÓD, NOWORODEK

Benzodiazepiny przenikają przez łożysko i regularnie stosowane w czasie ciąży (nawet przepisane w dawkach terapeutycznych) mogą powodować powikłania płodu.

W niniejszej publikacji niejednokrotnie już zostało wspomniane, jak duża

i zróżnicowaną grupą są leki uspokajające i jak odmienny wpływ mogą mieć na organizm. Podobnie jest w przypadku wpływu benzodiazepin na rozwój płodu i sam przebieg ciąży. Wśród najpoważniejszych konsekwencji podaje się ryzyko **samoistnego poronienia** lub **przedwczesny poród**. Niektóre,

starsze źródła ostrzegają przed ich **teratogennym** (powodującym poważne wady rozwoju) działaniem. Najnowsze badania jednak wskazują, że większość zjawisk związanych z patologią ciąży u kobiet przyjmujących benzodiazepiny mieści się w ogólnie przyjętych normach ich występowania. Pod warunkiem, że substancje te będą przyjmowane zgodnie z zaleceniami lekarza, po uprzednim oszacowaniu przez niego ryzyka zysków i strat. Najprawdopodobniej większość zaburzeń w przebiegu ciąży i rozwoju płodu związanych z przyjmowaniem benzodiazepin odnosi się do przypadków ich nadużywania.

Najpoważniejszym niebezpieczeństwem dla płodu są **zaburzenia jego wzrostu wewnątrzmacicznego**. Zwiększa się też prawdopodobieństwo wystąpienia **przedwczesnego porodu i niskiej masy urodzeniowej** noworodka.

Ze względu na powolne metabolizowanie benzodiazepin przez płód, ich stężenia we krwi mogą utrzymywać się u noworodka na znacznym poziomie nawet do dwóch tygodni po urodzeniu, powodując tzw. **zespół „wiotkiego niemowlęcia”**, obejmujący obniżenie napięcia mięśniowego, nadmierną sedację i brak odruchu ssania. Mogą pojawić się też **objawy odstawienne** – nadmierna pobudliwość, piskliwy płacz, brak łaknienia, a w skrajnych przypadkach – nawet drgawki.

Badania kontrolne dzieci, których matki przyjmowały benzodiazepiny w trakcie ciąży wskazują na ogólne opóźnienia

Karmienie piersią noworodka przez matkę przyjmującą benzodiazepiny nie jest rekomendowane. Substancje – co prawda w niewielkim stopniu – ale przenikają do mleka. Przyjmowanie przez dziecko zanieczyszczonego benzodiazepinami pokarmu niesie za sobą ryzyko nadmiernej sedacji, zaburzeń oddychania (w tym bezdechu), niedociśnienia tętniczego oraz utraty wagi.



kluczowych momentów rozwojowych, **mniejsze zdolności motoryczne, problemy z nauką oraz obniżenie zdolności poznawczych**. Dzieci te były również częściej diagnozowane w kierunku **zaburzeń uwagi**.

Pomimo ryzyka, przepisywanie leków uspokajających w okresie ciąży nie jest wykluczone. U kobiet, które są uzależnione od benzodiazepin, nagłe odstawienie leków mogłoby zagrozić utrzymaniu ciąży. Również w przypadku silnych zaburzeń lękowych czy bezsenności farmakoterapia benzodiazepinami może okazać się niezbędna. W takim wypadku lekarz z pacjentką powinni sumiennie przeprowadzić rachunek zysku i strat i wybrać najlepszą strategię. ●

NARKOTYKI GWAŁTU

Narkotyki gwałtu to środki psychoaktywne wywołujące odurzenie i stosowane podstępnie w celu seksualnego wykorzystania osoby. Niekoniecznie muszą mieć postać pigułek czy tabletek. Mogą być w płynie, sprayu, a nawet w formie plastra.

Nie jest to wynalazek naszych czasów. Użycie trucizny po to, aby kogoś oszłomić, a następnie wykorzystać, to praktyka stara jak świat. Ofiara nieświadomie spożywa substancję, po której jest odurzona i zdezorientowana, zachowuje się nieracjonalnie, poddaje się czyjejś woli, zostaje wykorzystana, a potem – na dodatek – niczego nie pamięta.

Współczesne narkotyki gwałtu to pigułki i płyny, które dodane do napoju szybko się w nim rozpuszczają, nie zmieniając jego smaku, zapachu ani koloru. A nawet jeśli, to dodawane są w tak niewielkich ilościach, że przyszła ofiara nie jest w stanie zorientować się, iż spożywa coś innego niż zamierzała. Aż do chwili, kiedy substancja nie zacznie działać. Jednak wtedy traci już kontrolę nad swoim zachowaniem.

FLUNITRAZEPAM

Wśród substancji, które znalazły zastosowanie jako narkotyki gwałtu są benzodiazepiny, a szczególnie jedna z nich – **flunitrazepam**, znany pod handlową nazwą Rohypnol. Zmniejsza on napięcie mięśniowe i po zażyciu szybko wywołuje wielogodzinny sen. Siła działania

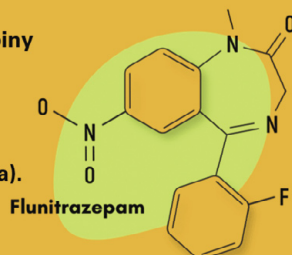
flunitrazepamu jest kilkakrotnie większa niż diazepam. Powoduje on także amnezję następczą – dochodzi do utraty wspomnień co do zdarzeń, które miały miejsce po zażyciu substancji. Flunitrazepam znosi świadomość i sprzyja rozmowaniu zachowań. Wszystkie te cechy intensyfikują się, gdy specyfik dodany zostanie do alkoholu. Warto zaznaczyć, że właściwie każda benzodiazepina mając podobne właściwości, co flunitrazepam może być użyta jako tabletką gwałtu (zdarzają się przypadki stosowania w tym celu m.in. **klonazepamu**).

INNE ŚRODKI

Podobnie wykorzystywane są depresan-

Do 1997 roku tabletki Rohypnolu nie były powlekane, co pozwalało na ich łatwiejsze podanie potencjalnej ofierze (łatwiej i szybciej rozpuszczały się w alkoholu). Wtedy też wprowadzono tabletki powlekane, które na dodatek zawierały indygotynę, niebieski barwnik. Rohypnol był dostępny legalnie również w Polsce – do 2006 roku. Obecnie flunitrazepam znajduje się w grupie III-P wykazu środków psychotropowych (średni potencjał nadużywania).

Pozostałe benzodiazepiny są w grupie IV-P (mały potencjał nadużywania).



ty z zupełnie innych grup: **GBL** (gamma-butyrolakton), czy **BDO** (1,4-Butanodiol) oraz **GHB** (kwas gamma hydroksymasłowy), które działają identycznie (GBL i BDO przekształcają się w organizmie w GHB), a także **ketamina**. Substancje te powodują utratę świadomości ograniczając zdolność podejmowania decyzji. Osoba pod ich wpływem staje się bezbronna i niezdolna do odparcia ataku, jak również nie pamięta potem, co się

z nią działo. Znane są także przypadki, kiedy – wykorzystując zamieszanie i tłum – ofiara została nakłuta igłą zawierającą fentanyl lub został jej przyklejony fentanylowi plaster. Należy uważać też na e-papierosy, do których może być dodany roztwór GBL. Zdarzają się także przypadki dodania do alkoholu wody utlenionej. Taka mieszanka przyspiesza wchłanianie alkoholu i gwałtowny wzrost jego stężenia we krwi. ●

NARKOTYKI GWAŁTU

REDUKCJA SZKÓD

WYLUZUJ SIĘ (ALE NIE ZA BARDZO)

Aby nie stać się ofiarą napaści z wykorzystaniem narkotyku gwałtu warto pamiętać o kilku zasadach, szczególnie gdy bawimy się w miejscach publicznych:

- Nie zostawiaj drinka, a jeśli musisz na chwilę odejść – poproś osobę, której ufasz, żeby zwróciła na niego uwagę. Unikaj dzielenia się napojami i nie przyjmuj napojów od nieznanych ci osób.
- Pij – jeśli to możliwe – kapslowane napoje, otwierane przy tobie.

Nie zawsze powyższe wskazówki są możliwe do zastosowania podczas zabawy w klubie czy innym miejscu publicznym. Pilnowanie drinka cały wieczór jest mało wykonalne. Trudno się też dobrze bawić obserwując swojego drinka i wczuwając się w rolę potencjalnej ofiary gwałtu.

CHECK YOUR DRINK!

Dostępne na rynku testy paskowe wykrywają w napojach niektóre substancje mogące służyć jako narkotyki gwałtu. Jednak są tu pewne ograniczenia – wykrywają tylko niektóre substancje (głównie ketaminę i GHB), a różne dodatki do drinków mogą uniemożliwiać badanie, itp. Pojawiły się też bardziej „poręczne” formy testów, jak np. słomki, podstawki pod drinki, które w kontakcie z niewielką ilością substancji zmieniają kolor. Powstały też (podobno) specjalne lakiery do paznokci: wystarczy zamoczyć palec w drinku, aby pod wpływem substancji paznokieć zmienił kolor.

MYŚL ROZSĄDNIE!

Jeśli jednak poczułaś/łeś, że jesteś bardziej lub inaczej odurzona/y niż wynikałoby to z Twoich dotychczasowych doświadczeń:

- ❶ Poproś zaufaną osobę, aby zawiozła Cię do domu lub zabrała w inne bezpieczne miejsce.
- ❷ Nie opuszczaj lokalu z nieznanymi, raczej zostań w lokalu i poproś o pomoc obsługi.
- ❸ Jeśli masz zamiar wracać taksówką, zadzwoń do kogoś znajomego i podaj dane auta lub udostępniij swój przejazd i lokalizację do obserwowania.
- ❹ Jeżeli podejrzewasz, że padłaś/eś ofiarą przemocy na tle seksualnym, poproś o wezwanie karetki pogotowia i policji lub udaj się – jeśli jesteś w stanie – na oddział ratunkowy.
- ❺ Skontaktuj się z placówką służby zdrowia i poproś o wykonanie badania na obecność narkotyków. Zrób to nie później niż w ciągu 12 godzin po zdarzeniu. Jeśli laboratorium jest zamknięte możesz przechować mocz w lodówce.

Podanie komuś nieświadomemu substancji chemicznej jest poważnym przestępstwem, za które grozi kara do 3 lat pozbawienia wolności (art. 160 KK). Nawet jeżeli zagrożenie życia nie wystąpiło, osoba może pod wpływem substancji zrobić sama sobie krzywdę, za co sprawcy grozi kara od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności (art. 157 KK). Z kolei kara za gwałt przy wykorzystaniu substancji ("pigułki" gwałtu) wynosi aktualnie od 3 do 20 lat pozbawienia wolności (art. 197 KK par. 3 pkt 4).



BENZODIAZEPINY ZA KIEROWNICĄ. PYTANIA DO PRAWNIKA

Czy grozi mi odpowiedzialność karna za prowadzenie pojazdu pod wpływem leków, które przepisał mi lekarz?

Fakt legalnego posiadania substancji przed jej użyciem nie ma większego związku z możliwością ukarania Cię za prowadzenie pod jej wpływem. To Ty jesteś odpowiedzialny/a za to, aby za kierownicą być w pełni sił psychofizycznych, niezależnie czy do swojego organizmu wprowadzasz rzeczy kupione w sklepie spożywczym, aptece, czy te nabyte na czarnym rynku. Możesz też

oczywiście powoływać się na informacje uzyskane od lekarza lub z Internetu, ale musisz mieć świadomość, że Twoje wyjaśnienia co do tego, kiedy przyjąłeś substancję i w jakiej dawce, zostaną najpewniej zweryfikowane przez biegłego sądowego z zakresu toksykologii. Czasami możliwe jest uniknięcie odpowiedzialności ze względu na brak możliwości przypisania Ci winy, np. kiedy specyfika Twojego organizmu powoduje, że substancja utrzymała się w nim nadspodziewanie długo, a Ty nie mogłeś rozpoznać faktu pozostawiania

pod jej wpływem, bo – przykładowo – pomyliłeś ten wpływ ze zmęczeniem lub niewyspaniem.

Jak to wygląda w praktyce?

Jeżeli jakaś substancja z grupy benzodiazepin jest obecna w Twoim organizmie, to z punktu widzenia prawnej zdolności do prowadzenia pojazdów może zachodzić jeden z trzech możliwych przypadków:

- Jest jej na tyle mało, że zgodnie z prawem można i należy to zignorować, ponieważ Twoje zdolności prowadzenia są praktycznie identyczne z tymi, które posiadasz, kiedy jesteś całkowicie trzeźwy.
- Jesteś w stanie określanym prawnie jako „po użyciu” substancji, tzn. kiedy jej oddziaływanie na organizm jest oczywiste, ale na tyle lekkie, że zgodnie z prawem popełniasz jedynie wykroczenie.
- Jesteś „pod wpływem” substancji, inaczej mówiąc – w stanie nietrzeźwości benzodiazepinowej (analogicznie do nietrzeźwości alkoholowej), kiedy prowadząc pojazd mechaniczny (samochód, motocykl, skuter itp.) popełniasz przestępstwo, ale prowadząc inny pojazd (rower, hulajnoga elektryczna itp.) popełniasz wykroczenie.

Jakie konkretnie grożą za to kary?

Za **wykroczenie** prowadzenia **pojazdu mechanicznego po użyciu** benzodiazepin grozi co najmniej 2.500 zł. grzywny oraz zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych przez okres co najmniej sześciu miesięcy.

Za **wykroczenie** prowadzenia **innego pojazdu** po użyciu benzodiazepin grozi co najmniej 1000 zł. grzywny. Orzeczenie

Zaleca się unikania prowadzenia pojazdów co najmniej przez okres odpowiadający okresowi działania danej substancji, przy czym czas ten jest bardzo zróżnicowany w zależności od konkretnej benzodiazepiny. W przypadku najpopularniejszych benzodiazepin można zalecić, aby od przyjęcia leku do rozpoczęcia prowadzenia pojazdu minęło nie mniej niż:

- alprazolam – 24 godziny
- diazepam – 48 godzin
- klonazepam – 72 godziny
- lorazepam – 36 godzin
- oksazepam – 24 godziny



zakazu prowadzenia na okres minimum sześciu miesięcy jest opcjonalne i zależy od uznania sądu.

Za **przestępstwo** prowadzenia **pojazdu mechanicznego pod wpływem** benzodiazepin grozi zazwyczaj: (1) Kara grzywny w kwocie częściowo uzależnionej od dochodów (w typowym przypadku trzeba się liczyć z grzywną rzędu 5.000 – 10.000 zł.) albo kara ograniczenia wolności w postaci prac społecznych (najczęściej w sumie kilkaset godzin rozłożonych na okres kilku do kilkunastu miesięcy). (2) Zakaz prowadzenia pojazdów na okres nie krótszy niż trzy lata. (3) Dodatkowe świadczenie pieniężne (na Fundusz Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej) w kwocie co najmniej 5.000 zł. (4) Od 14 marca 2024 r. grozi Ci też równocześnie prze-

padek pojazdu albo jego równowartości, jeżeli poziom zawartości benzodiazepin w Twoim organizmie jest porównywalny ze stężeniem co najmniej 1,5 promila alkoholu we krwi.

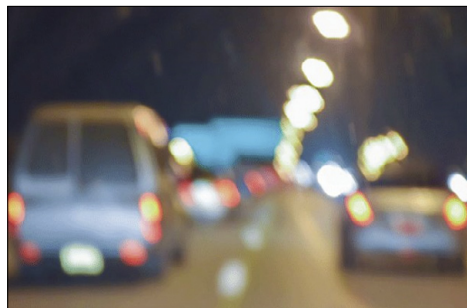
Za **wykroczenie** prowadzenia **innego pojazdu** (np. roweru) pod wpływem benzodiazepin grozi grzywna (co najmniej 2.500 zł.), natomiast orzeczenie zakazu prowadzenia na okres minimum sześciu miesięcy jest opcjonalne i zależy od uznania sądu (ale w znacznej większości przypadków zakaz taki zostanie wydany).

W jakich sytuacjach mogę wpaść?

Możesz zostać skontrolowany na obecność benzodiazepin zasadniczo w dwóch sytuacjach: w ramach rutynowej kontroli albo na skutek wytypowania Cię ze względu na sposób prowadzenia zaobserwowany przez policjantów. W pierwszej z tych sytuacji istnieje zazwyczaj okoliczność, z powodu której policjant nabiera podejrzenia, że możesz być pod wpływem substancji, np. opadające powieki, bełkotliwa mowa albo spowolnione ruchy. W drugiej możesz wyglądać na osobę idealnie trzeźwą, ale i tak decyzja o wykonaniu testu zapadła na skutek wcześniejszej obserwacji tego, jak jedziesz. Jeżeli natomiast brałeś udział w wypadku drogowym (czyli zdarzeniu, w którym ktoś doznał urazu ciała), to również musisz się liczyć z poddaniem Cię narkotestowi, nawet jeżeli nie przyczyniłeś się w żaden sposób do wypadku (np. ktoś wyjechał Ci z drogi podporządkowanej, albo pieszy niespodziewanie wtargnął przed Twój samochód poza przejeściem dla pieszych).

Jak wygląda kontrola policyjna?

W pierwszej kolejności najczęściej stosuje się test ze śliny o charakterze przesiewowym. To znaczy, że wykonanie testu daje jedynie zero-jedynkowy wynik co do obecności substancji, ale nie mierzy jej stężenia. Jeżeli taki test wskazuje na obecność substancji (ale także mimo negatywnego wyniku, jeżeli Twoja rzekoma trzeźwość budzi w ocenie policjanta zasadnicze wątpliwości, a także jeżeli odmówisz poddania się testowi) przeprowadza się kolejny test, najczęściej z krwi. Ten rodzaj testu umożliwia precyzyjne oznaczenie zawartości substancji w momencie pobrania, a przedział czasowy między pobraniem dwóch, a czasem trzech, próbek krwi pozwala na wywnioskowanie przez biegłego, w jakim stanie byłeś w momencie



Benzodiazepiny mogą powodować zaburzenia widzenia. Zamazane i niewyraźne widzenie to poważny problem, zwłaszcza gdy siedzisz za kierownicą. Zaburzenia akomodacji oka (pogorszona elastyczność soczewki) wywołane przez benzodiazepiny skutkują zmniejszeniem ostrości widzenia, szczególnie podczas zmian odległości do obiektów, na które patrzysz. A ty przecież musisz dobrze widzieć drogę i rozpoznawać znaki drogowe.

zatrzymania do kontroli. Jest to istotne, gdyż pobranie krwi następuje najczęściej dopiero kilka godzin po zatrzymaniu. Jeżeli jednak próbki krwi będą wykazywać

zerowy poziom, jako że w międzyczasie Twój metabolizm pozbył się substancji z organizmu, to oskarżenie Cię nie będzie możliwe z braku dowodów. ●

REDUKCJA SZKÓD

JAZDA NA PROCHACH

Refleks i jasność myślenia – to dwie najważniejsze cechy bezpiecznego kierowcy. Bardzo chciałbyś, żeby posiadał je każdy kierowca pojazdu, zarówno tego który jedzie z naprzeciwka, jak i tego w którym jedziesz jako pasażer. Działanie benzodiazepin wiąże się z poważnymi zaburzeniami psychomotorycznymi, a kierowcy będący pod ich wpływem nie są w stanie podejmować szybkich i bezpiecznych decyzji. Poniżej przytaczamy kilka faktów o wpływie leków z grupy benzodiazepin na zdolności kierowania pojazdem. Przeczytaj to zanim sięgniesz po kluczyki.

- Benzodiazepiny powodują **nadmierne uspokojenie** i wywołują **senność**. Nie możliwe jest, abyś w tym stanie mógł reagować tak szybko, jak jest to konieczne podczas prowadzenia samochodu. Twój umysł nie będzie na tyle wyostrzony, aby odpowiednio zareagować. Co tu dużo mówić, nawet czerwone światła czy znaki stopu mogą pozostać przez ciebie niezauważone.
- Działając na centralny układ nerwowy, benzodiazepiny powodują **rozluźnienie mięśni** (obniżają ich napięcie). W innych okolicznościach może i jest to pożądane, ale nie za kółkiem. Tutaj musisz umieć szybko skrócić kierownicą albo błyskawicznie nacisnąć hamulec. O bezpieczeństwie decydują ułamki sekund.
- Pod wpływem benzodiazepin możesz odczuwać **oszołomienie** i **zawroty głowy**. Każdy, kto ich doświadczył wie, jak bardzo to dezorientuje. Na pewno nie chcesz poczuć tego za kierownicą samochodu, który porusza z prędkością kilkudziesięciu kilometrów na godzinę.
- Benzodiazepiny prowadzą do **zaburzeń myślenia i uwagi**. Bez względu na to, z jaką prędkością jedziesz, dookoła ciebie dzieje się mnóstwo rzeczy i w każdej chwili musisz być gotowy na reakcję: twój umysł musi być w doskonałej formie.

Jak wynika z tego krótkiego przeglądu, benzodiazepiny zakłócają zdolność prowadzenia pojazdów (a także obsługiwanie innych maszyn). Upośledzenie to jest zależne od dawki i czasu, jaki upłynął od jej przyjęcia. **Jeśli teraz nabrałeś wątpliwości, co do swoich możliwości to, albo zostań w domu, albo zadzwoń po Ubera.**

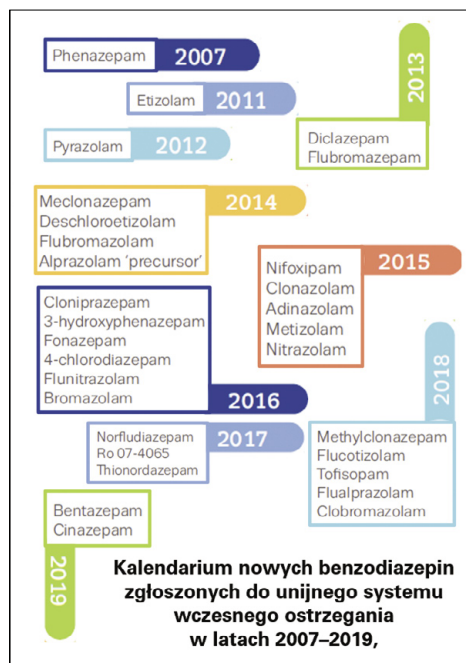
NOWE BENZODIAZEPINY

Nowe benzodiazepiny są zdefiniowane przez EMCDDA (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii) jako substancje zawierające pierścień benzenowy i nie są kontrolowane w ramach międzynarodowego systemu kontroli narkotyków.

W powyższej definicji mieszczą się także związki blisko spokrewnione strukturalnie z benzodiazepinami (np. etizolam, który jest pochodną tienodiazepiny). Należą też do nich benzodiazepiny, które zostały objęte międzynarodową kontrolą dopiero w ostatnim czasie (np. fenazepam).

Jedną z pierwszych benzodiazepin produkowanych i sprzedawanych poza obiegiem medycznym był fenazepam (substancja znana od końca lat '70), który został wykryty w roku 2007 przez system wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej. Kolejną z substancji był etizolam (wykryty w roku 2011). Wraz z upływającym czasem rynek ten dywersyfikował się coraz mocniej, wprowadzając kolejne substancje do obrotu. Finalnie, do roku 2021 zidentyfikowano około 30 substancji, które można uznać za RC-benzodiazepiny. Pomimo tego, jak zauważają specjaliści z EMCDDA, 80% tabletek, jakie przechwycono od roku 2005 zawierało jedną z czterech tzw. nowych benzodiazepin: etizolam, fenazepam, diklazepam, flubromazolam.

Pojawienie się nowych benzodiazepin, produkowanych poza oficjalnym rynkiem farmaceutycznym wywołuje wiele obaw. Działanie tych substancji i skutki uboczne, jakie wywołują jest nie do końca rozpoznane – tak, jak to ma miejsce w przypadku benzodiazepin dopuszczonych do obiegu medycznego. Jeszcze większym problemem jest to, że w niektórych przypadkach użytkownicy nowych benzodiazepin mogą być nieświadomi, jakiego rodzaju substancję zażywają. Jeśli nie zdając sobie z tego sprawy połączą je z alkoholem lub innym depresantem – może ich czekać przykra, może nawet śmiertelna niespodzianka.



Niepokój budzi też wykorzystanie nowych benzodiazepin do fałszowania powszechnie znanych i cieszących się dużą popularnością leków benzodiazepinowych, takich jak diazepam, czy alprazolam. Tabletki, blistry i opakowania przypominają legalne produkty. Substancja jest jednak inna, ma inne właściwości, stężenia, a na dodatek zawiera nieznane uboczne produkty syntezy.

Rozmiar czarnego rynku nowych benzodiazepin nie jest znany. Na podstawie zatrzymań i ilości skonfiskowanych różne służby substancji – nowe benzodiazepiny to 4 do 5 % rynku nowymi substancjami psychoaktywnymi. Dla porównania, syntetyczne kannabinoidy stanowią ponad 50%, a syntetyczne katynony prawie 20% tego rynku.

Substancje te można było do niedawna zamówić legalnie w sklepach internetowych – zarówno w polskich (choć po kolejnych delegalizacjach często zmieniał się kraj wysyłki), jak i zagranicznych (często jednakże posiadających polskojęzyczną wersję językową). Nowe benzodiazepiny oferowane są tam jako tabletki, blottery (nasączone substancją kawałki papieru), a także jako proszek zawierający (teoretycznie) czystą substancję (RC – research chemicals). Obowiązujące w naszym kraju tzw. prawa generycznego (w myśl którego kontrola dotyczy także związków strukturalnie podobnych) ogranicza rynek nowych benzodiazepin. Wciąż istnieje możliwość zamówienia ich ze sklepów zagranicznych, a także ze sklepów obecnych w darknecie.



Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) to agencja Unii Europejskiej z siedzibą w Lizbonie zajmująca się analizą danych oraz dostarczaniem państwom członkowskim rzetelnych informacji o narkotykach i narkomanii. Centrum realizuje swoje zadania we współpracy z krajowymi punktami referencyjnymi (Focal Points). Monitorowaniu podlega wiele obszarów związanych z narkotykami (m.in. profilaktyka, leczenie, skala używania i dostępność narkotyków, sposoby używania narkotyków i przestępczość z nimi związana) i co roku publikuje na te tematy raport.

Powody wzrostu zainteresowania i dostępności do nowych benzodiazepin nie są do końca jasne. Można znajdować różne wytłumaczenia. Jednym z nich jest, być może, rosnące od ponad dekady zainteresowanie rekreacyjnych użytkowników nowymi substancjami psychoaktywnymi. Być może wzrost zapotrzebowania na nowe benzodiazepiny jest także powiązany z wprowadzaniem (w dobrych intencjach) ograniczeń w obrocie medycznym dopuszczonymi lekami benzodiazepinowymi, limitami recept, systemami elektronicznej kontroli. Możliwe jest też to, że produkowane w niedalekiej przyszłości nowe benzodiazepiny będą jeszcze silniejsze i będą miały coraz wyższy potencjał uzależniający. ●

NIEBENZODIAZEPINOWE LEKI NASENNE I USPOKAJAJĄCE

LEKI Z

„Zetki” to stosunkowo nowe leki nasenne dostępne na receptę. Mianem tym określane są m.in. substancje takie, jak **zopiklon** (1985), **zolpidem** (1988) **zaleplon** (1999) czy **eszopiklon** (2004). Reprezentują one różne grupy chemiczne: zopiklon to pochodna cyklopirolonu, zolpidem – imidazopirydyny, zaleplon – pirazolopirymidyn. Z kolei eszopiklon to izomer zoplikonu.

To co je łączy to wysoka selektywność w oddziaływaniu na układ GABAergiczny (działają specyficznie nasennie) i krótkie okresy półtrwania (czas, po którym połowa substancji jest rozkładana lub

eliminowana z organizmu). Z tych powodów są bardzo skuteczne w terapii snu: ułatwiają zasypianie, zmniejszają liczbę przebudzeń w nocy, wydłużają czas snu, a także poprawiają jego jakość. Podobnie jak benzodiazepiny, „zetki” są agonistami receptora benzodiazepinowego i oddziałują na receptor GABA-ergiczny, ale mechanizm działania mają nieco inny.

W porównaniu z benzodiazepinami działają nieco słabiej przeciwlękowo. Pomimo wcześniejszych nadziei, że nie będą nadużywane okazało się, że „zetki” działają euforyzująco (szczególnie w wyższych dawkach), a przy dłuższym stosowaniu powodują wzrost tolerancji i uzależniają.

Pregabalina to kolejna, dostępna tylko na receptę substancja o działaniu m.in. uspokajającym i przeciwlękowym. Jest lekiem stosowanym w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym (napadów padaczkowych, zespołu lękowego). Ale pregabalina bywa lekiem nadużywany, który w wyższych dawkach powoduje euforię. Przy długotrwałym stosowaniu może prowadzić do wzrostu tolerancji, zależności psychicznej i fizycznej.



Większość skutków ubocznych pokrywa się z tymi, które wywoływane są przez benzodiazepiny i tutaj też zaleca się, aby w terapii snu stosować je w możliwie najniższych dawkach i jak najkrócej (2-4 tygodnie). Dłuższe przyjmowanie oznacza spore ryzyko fizycznego i psychicznego uzależnienia.

BARBITURANY

Barbiturany to chyba najstarsze syntetyczne substancje wykazujące się silnym działaniem uspokajającym i nasennym. Kwas barbiturowy został po raz pierwszy zsyntetyzowany w 1864 roku, ale jego zastosowanie medyczne odkryto dopiero 30 lat później, kiedy okazało się, że znakomicie nadaje się do usypiania psów. I tak do lat 50-tych ubiegłego stulecia barbiturany stanowiły w zasadzie jedyne farmakolo-



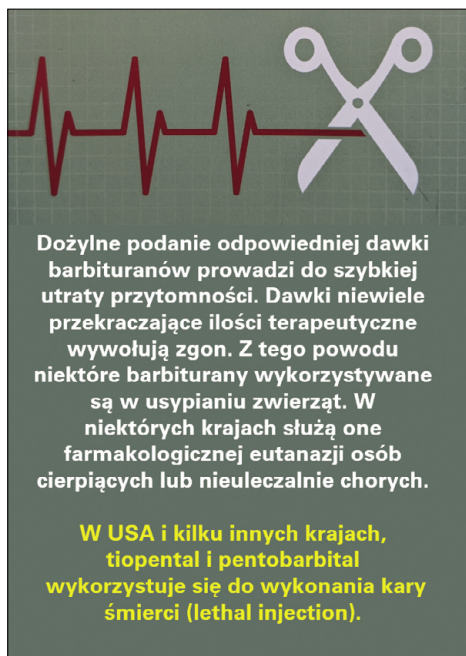
giczne narzędzie służące do leczenia lęku, drgawek i bezsenności. Wtedy pojawił się mniej uzależniający meprobamat, a dekadę później benzodiazepiny.

Mechanizm działania barbituranów jest bardzo podobny do tego, jak na układ nerwowy działają benzodiazepiny wpływając na niego depresyjnie poprzez receptory GABAA. Same w sobie nie wykazują wyraźnego działania przeciwbólowego, ale nasilają działanie leków o takich właściwościach.

Podobnie jak benzodiazepiny, poszczególne barbiturany mają różny czas działania: (1) barbiturany o ultrakrótkim i krótkim czasie działania np. tiopental i heksobarbital, (2) o średnim czasie działania – cyklobarbital i pentobarbital

(Nembutal), (3) o długim czasie działania – barbital i fenobarbital (Luminal).

Ze względu na poważne skutki uboczne (łatwość przedawkowania, wytwarzanie tolerancji, kumulację, potencjał uzależniający, niebezpieczne interakcje z innymi lekami) – zdecydowana większość barbituranów została wycofana ze spisów leków. Oprócz paru konkretnych wskazań, barbiturany nie są obecnie powszechnie stosowane w medycynie. Używa się ich m.in. w anestezjologii podczas wprowadzenia do znieczulenia, bezpośrednio po podaniu leków przeciwbólowych lub w skrajnych przypadkach bezsenności. Poza tym niektóre z barbituranów (pentobarbital) stosowane są w weterynarii w celu przeprowadzania farmakologicznej eutanazji zwierząt. ●



PRZEDAWKOWANIE

Śmiertelne przedawkowania z udziałem benzodiazepin zdarzają się dość często, jednak zatrucia samymi benzodiazepinami to rzadkość. Jeśli do nich dochodzi, to zazwyczaj efekcie mieszania ich z innymi, podobnie działającymi na układ nerwowy, substancjami: alkoholem, opioidami, lekami nasennymi z innych grup, niektórymi antydepresantami. Wtedy też mogą, nawet przy stosunkowo niewielkich dawkach benzodiazepin, pojawiać się stany zagrażające życiu.

Możliwość ostrego zatrucia zależy również od wielu kwestii osobniczych. Metabolizm benzodiazepin wygląda inaczej u zdrowej, młodej osoby, a inaczej kogoś schorowanego, w podeszłym wieku. Znaczenie mogą tu mieć także płeć, uwarunkowania genetyczne, a nawet stosowana dieta.

Benzodiazepiny są mniej toksyczne i znacznie bardziej bezpieczne od barbituranów, które były wcześniej stosowane w podobnych celach medycznych. To dlatego, że różnica pomiędzy dawką progową (najmniejsza dawka leku wykazująca działanie terapeutyczne), a dawką śmiertelną (najmniejsza dawka leku powodująca śmierć) – w przypadku benzodiazepin jest bardzo duża. Stąd mniejsze ryzyko śmiertelnego przedawkowania. Tak, czy inaczej benzodiazepiny przyjęte w zbyt wysokiej dawce mogą spowodować silną depresję ośrodkowego układu nerwowego.

OBJAWY PRZEDAWKOWANIA BENZODIAZEPIN

Przedawkowanie może obejmować (w różnym stopniu) następujące objawy:

- **Niezborność ruchowa i słaba koordynacja** – spowolnienie motoryczne, problemy z utrzymaniem równowagi, chodzenie i kontrolowanie ruchów jest w widoczny sposób zaburzone.
- **Zaburzenia mówienia** – wypowiedzi są niewyraźne, mało zrozumiałe i nieskładne, mowa jest zamazana, powolna, przechodząca w bełkot.
- **Dezorientacja i splątanie** – osoba jest spowolniona psychicznie, sprawia wrażenie zdezorientowanej, ma problemy z zrozumieniem tego, co wokół niej dzieje i tego, co się do niej mówi.
- **Skrajna senność** (niemożność trwałego wybudzenia osoby), aż do śpiączki.
- **Depresja oddechowa** – (powolny, nieregularny i płytki oddech do bezdechu, co prowadzi do niedotlenienia i bezpośrednio zagraża życiu).
- A także: **spadek ciśnienia krwi, oczopląs** (mimowolne ruchy gałek ocznych), **hipotermia** (spadek temperatury ciała poniżej 35o), **diskineza** (nieskoordynowane, niezależnie od woli nagłe ruchy kończyn lub głowy) i inne rzadziej pojawiające się objawy.

Jeśli dojdzie do zgonu, to na ogół bezpośrednią jego przyczyną będzie depresja oddechowa. Tak czy inaczej, należy pamiętać, że przyjęcie dużej dawki benzodiazepin to również ogromne **obciążenie dla wątroby i ryzyko jej uszkodzenia**. Pojawia się też

niebezpieczeństwo wystąpienia **stresu oksydacyjnego** (to skutek zaburzenia równowagi pomiędzy wolnymi rodnikami a antyoksydantami) prowadzącego do poważnych powikłań, z udarem mózgu włącznie.

TOKSYCZNOŚĆ BENZODIAZEPIN

Benzodiazepiny, w zależności od rodzaju, powodują różny poziom sedacji. Dlatego też dawka śmiertelna zależy od rodzaju benzodiazepiny i nie zawsze jest dokładnie rozpoznana. Jak wynika z prowadzonych na świecie statystyk dotyczących zatruć, benzodiazepinami o najwyższych wskaźnikach toksyczności śmiertelnej są flurazepam (nieużywany w Polsce) oraz temazepam (Signopam, Teseda). ●

Flumazenil to antagonist receptoru benzodiazepinowego i antidotum dla działania benzodiazepin – w ciągu 60 sekund po wstrzyknięciu odwraca ich działanie (głównie jeśli chodzi sedację i upośledzenie sprawności psychomotorycznej). Nie odwraca działania alkoholu, barbituranów czy opioidów.



Flumazenil może wywołać skutki uboczne i działania niepożądane, nie może być podawany każdemu, wchodzi w interakcje z wieloma innymi lekami.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PRZEDAWKOWANIA

REDUKCJA SZKÓD

W przypadku podejrzenia przedawkowania benzodiazepin należy niezwłocznie wezwać pogotowie. W oczekiwaniu na pomoc: (1) pozostań przy osobie poszkodowanej, (2) ułóż ją w pozycji bezpiecznej, (3) co pewien czas upewnij się, że oddycha*, (4) chroń osobę przed wyziębieniem, (5) po przybyciu ratowników – poinformuj ich (jeśli to możliwe) o rodzaju i ilości zażytych substancji.

*W przypadku braku oddechu i tętna rozpocznij resuscytację krążeniowo-oddechową (RKO): (1) ułóż osobę na plecach, (2) klękni obok w lekkim rozkroku, (3) ułóż dłonie na środku mostka, (4) wykonuj 2 uciski na sekundę, (5) co 30 ucisków możesz wykonać 2 oddechy ratunkowe. Rób tak do momentu odzyskania oddechu lub przyjazdu pogotowia.

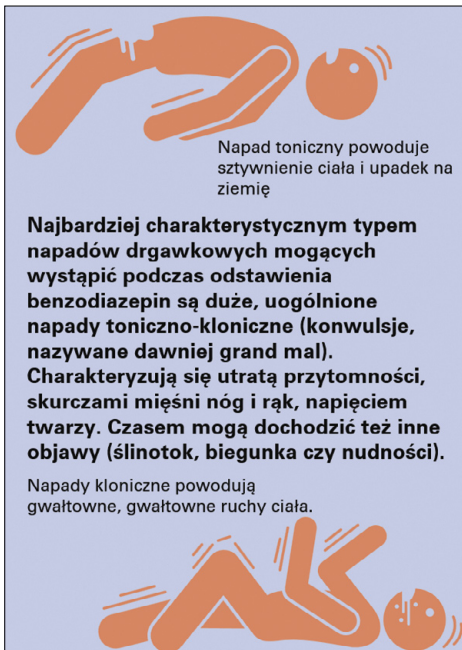
Jeśli osoba zostanie przewieziona do szpitala, podstawą leczenia przedawkowania benzodiazepin jest leczenie podtrzymujące. Istnieje też antidotum – flumazenil (patrz: ilustracja). Jeśli od zażycia leków nie upłynęło zbyt wiele czasu, przeprowadzane jest płukanie żołądka. Polega ono na wprowadzeniu do żołądka sondy, przez którą podaje się duże ilości wody, co pozwala usunąć z organizmu szkodliwą substancję.

ABSTYNENCYJNY NAPAD DRGAWKOWY

Nagłe odstawienie benzodiazepin po długotrwałym, intensywnym ciągu może wywołać drgawkowe, a także nie-drgawkowe napady padaczkowe (podobnie jak w przypadku nagłego przerwania ciągu alkoholowego).

Dzieje się tak, gdyż substancje te – jeśli są używane dostatecznie długo i w dużych dawkach – podwyższają próg drgawkowy. Proóg drgawkowy to najmniejsza wartość bodźca stymulującego, koniecznego do uzyskania nadmiernego pobudzenia sieci neuronalnej mózgu, która inicjuje pojawienie się czynności napadowej w zapisie EEG. Odstawienie benzodiazepin (lub zbyt szybka redukcja dawki) prowadzi do gwałtownego obniżenia tego progu, co z kolei może spowodować napady podobne do napadów padaczkowych. Trzeba zaznaczyć, że padaczka „polekowa” nie jest padaczką w ścisłym znaczeniu tego słowa, gdyż nie wynika z istniejących zaburzeń w biochemii mózgu. Określana jest jako **abstynencyjny napad drgawkowy**.

Przed napadem padaczkowym osoba może doświadczyć tak zwanej aury. Może to posłużyć jako sygnał ostrzegawczy i dać czas na przygotowanie się. Jakie są to sygnały? Objawami aury przedpadaczkowej może być uczucie déjà vu, migające



Napad toniczny powoduje sztywnienie ciała i upadek na ziemię

Najbardziej charakterystycznym typem napadów drgawkowych mogących wystąpić podczas odstawienia benzodiazepin są duże, uogólnione napady toniczno-kloniczne (konwulsje, nazywane dawniej grand mal). Charakteryzują się utratą przytomności, skurczami mięśni nóg i rąk, napięciem twarzy. Czasem mogą dochodzić też inne objawy (ślinotok, biegunka czy nudności).

Napady kloniczne powodują gwałtowne, gwałtowne ruchy ciała.



światło lub ciemne plamy w polu widzenia peryferyjnego, dzwonienie w uszach, słony lub metaliczny smak w ustach, zwiększona wrażliwość na dźwięki, uczucie, że któraś z kończyn jest większa lub mniejsza niż w rzeczywistości. U niektórych osób odstawienie benzodiazepin może również wywołać katatonię (zespół zaburzeń motorycznych objawiających się nadmierną pobudliwością lub osłupieniem, znieruchomieniem). ●

Od lat 60-tych ubiegłego stulecia w fachowej literaturze pojawiło się wiele opisów przypadków napadów drgawkowych wywołanych odstawieniem benzodiazepin. I chociaż takie abstynencyjne napady występują zwykle u przyjmujących te leki przez długi czas i w dużych dawkach, to zgłaszano je także w przypadku osób stosujących leki krócej niż 15 dni i w dawkach terapeutycznych. Prawie wszystkie opisywane napady z odstawienia były napadami typu grand mal. Ich nasilenie wahało się od pojedynczego epizodu do śpiączki i śmierci.

REDUKCJA SZKÓD

PIERWSZA POMOC W PRZYPADKU NAPADU DRGAWKOWEGO

W przypadku wystąpienia napadu drgawkowego u kogoś, kto właśnie odstawił benzodiazepiny, prawdopodobnie mamy do czynienia z tzw. padaczką „polekową”, choć do końca nie można być pewnym (może być to napad padaczkowy). Nie stanowi to jednak problemu, gdyż postępowanie ratunkowe jest dokładnie takie same, jak w przypadku każdego uogólnionego napadu padaczkowego.

- ❶ Musisz przede wszystkim zabezpieczyć głowę poszkodowanego przed urazami (to jest najważniejsze). Możesz zrobić to unieruchamiając mu głowę lekko dociskając do podłoża. Jeśli masz coś miękkiego pod ręką (np. kurtkę) – włóż mu to pod głowę i przytrzymuj w miejscu. Jeśli nie – możesz nawet położyć głowę poszkodowanego na własnych butach.
- ❷ Jeśli w trakcie napadu ułożysz poszkodowanego w pozycji bezpiecznej bocznej (lub po prostu na boku) – zapobiegiesz zachłyśnięciu się przez niego śliną, czy tym co może mieć w ustach. Nie musisz wtedy wkładać mu palców, aby udrożnić mu jamę ustną. Nie wkładaj też mu między zęby żadnych przedmiotów, aby zapobiegać pogryzieniu języka.
- ❸ Taki napad może trwać do kilku minut. Może też – po chwili uspokojenia – nawracać. Po napadzie poszkodowany będzie przez jakiś czas dochodził do siebie. Pozwól mu spokojnie leżeć i gdy powróci mu świadomość wypytaj go, jak się czuje i zastanów się, czy nie należy wezwać pogotowia ratunkowego.

Benzodiazepiny wykazują negatywny wpływ na zdolności intelektualne, pamięć i funkcje poznawcze, zwiększając ryzyko demencji. Długotrwałe stosowanie benzodiazepin oraz tzw. zetek (niebenzodiazepinowych leków nasennych) wiąże się z 6% wzrostem ryzyka rozwoju choroby Alzheimera, niezależnie od ich dawki i okresu półtrwania.



WYKAZ PLACÓWEK UDZIELAJACYCH POMOCY OSOBOM Z PROBLEMEM NARKOTYKOWYM W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM

PLACÓWKI AMBULATORYJNE

STOWARZYSZENIE MONAR PORADNIA PROFILAKTYKI, LECZENIA I TERAPII UZALEŻNIEŃ W KRAKOWIE

ul. Św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków

tel.: 12 4306135

e-mail: poradnia@monar.krakow.pl

www.monar.krakow.pl

PORADNIA PARASOŁOWE CENTRUM TERAPII

ul. Rakowicka 10a, 31-511 Kraków

tel.: 12 4300318

e-mail: info@parasol.org.pl

www.parasolowecentrumterapii.pl

MAŁOPOLSKIE CENTRUM PROFILAKTYKI I LECZENIA UZALEŻNIEŃ

PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

– PORADNIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Stoczniovców 7, 30-709 Kraków

tel.: 12 2629549, e-mail: mcpilu@wp.pl

KRAKOWSKIE CENTRUM TERAPII UZALEŻNIEŃ oraz OŚRODEK PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ I WSPÓLUZALEŻNIENIA

Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień

ul. Wielicka 73, 30-552 Kraków

tel.: 12 4255747, e-mail: poradnia@kctu.pl

www.kctu.pl

ODDZIAŁ DZIENNY LECZENIA UZALEŻNIEŃ

O/K Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

ul. Śniadeckich 10, 31-531 Kraków

tel.: 12 4248813

e-mail: kwojnicka@su.krakow.pl

www.su.krakow.pl

PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ oraz PORADNIA TERAPII UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

ul. Śniadeckich 10, 31-531 Kraków

tel.: 12 4248933

e-mail: rejestracja.psychiatriadoroslych@su.krakow.pl

www.su.krakow.pl/jednostki/poradnie

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO, LECZNICTWO AMBULATORYJNE, PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie SP. Z O.O.

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

tel.: 12 6468317

e-mail: plu@rydygierkrakow.pl

www.rydygierkrakow.pl

SNZOZ UNIMED PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I WSPÓLUZALEŻNIEŃ

ul. Młodej Polski 7, 30-131 Kraków

tel.: 12 4158112

e-mail: rejestracja@unimed-nzoz.pl

www.unimed-nzoz.pl

STOWARZYSZENIE MONAR PORADNIA PROFILAKTYCZNO-KONSULTACYJNA W NOWYM SĄCZU

ul. Narutowicza 6, 33-300 Nowy Sącz

tel.: 18 4437444

e-mail: monarnowysacz@inetrria.pl

PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ STOWARZYSZENIE POMOCNA DŁOŃ

ul. Eliasza Radzikowskiego 29, 31-315 Kraków

tel. 12 6260233

e-mail: radzikowskiego@pomocnadlon-krakow.pl
www.pomocnadlon-krakow.pl

**PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ
STOWARZYSZENIE POMOCNA DŁOŃ**

Poradnia Leczenia Uzależnień, Centrum
Terapii DDA
ul. Sudolska 16, 31-423 Kraków
tel. 12 4180534
e-mail: sudolska@pomocnadlon-krakow.pl

**PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ
STOWARZYSZENIE POMOCNA DŁOŃ**

ul. Handlowa 1, 34-200 Sucha Beskidzka
tel. 509 116 835
e-mail: poradnia@pomocnadlon-sucha.pl
www.pomocnadlon-krakow.pl

OŚRODKI REHABILITACJI

**STOWARZYSZENIE MONAR OŚRODEK
LECZENIA TERAPII I REHABILITACJI OSÓB
UZALEŻNIONYCH Z NAWROTAMI CHOROBY
W KRAKOWIE**

ul. Nadbrzezie 25, 31-983 Kraków
tel.: 12 6810066
e-mail: dom_gwan@wp.pl

**STOWARZYSZENIE MONAR OŚRODEK
LECZENIA, TERAPII I REHABILITACJI
UZALEŻNIEŃ W KRAKOWIE**

ul. Suchy Jar 4, 31-983 Kraków
tel.: 12 6450967
e-mail: kontakt@dommonarukrakow.pl
www.dommonarukrakow.pl

**ODDZIAŁ DLA UZALEŻNIONYCH OD
SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ZE
WSPÓŁISTNIEJĄCYMI ZABURZENIAMI
PSYCHICZNYMI (ORU)**

Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego
SP ZOZ w Krakowie
ul. Józefa Babińskiego 29 (budynek VII B),
30-393 Kraków, tel.: 12 6524210, 12 6524570

OŚRODKI DETOKSYKACJI

**ODDZIAŁ TOKSYKOLOGII I CHORÓB
WEWNĘTRZNYCH Z PODODDZIAŁEM
DETOKSYKACJI**

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera
os. Złotej jesieni 1, 31-826 Kraków
tel.: 12 6468404
e-mail: ots-sekretariat@rydygierkrakow.pl

**ODDZIAŁ DETOKSYKACJI - STOWARZYSZENIE
MONAR OŚRODEK LECZENIA, TERAPII
I REHABILITACJI UZALEŻNIEŃ W KRAKOWIE**

ul. Suchy Jar 4, 31-983 Kraków
tel.: 12 6450610
e-mail: kontakt@dommonarukrakow.pl
www.dommonarukrakow.pl

**INNE PLACÓWKI DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH
OD NARKOTYKÓW**

DROP-IN KRAKOWSKA 19

Ul. Krakowska 19, 31-062 Kraków
tel. 786 847 747
e-mail: drop-in@monar.krakow.pl
www.drop-in.krakow.pl

HOSTEL READAPTACYJNY DROP-UP

Ul. Krakowska 19, 31-062 Kraków
tel. 12 426-48-59
e-mail: drop-up@monar.krakow.pl
www.drop-up.krakow.pl

**STOWARZYSZENIE MONAR HOSTEL
READAPTACYJNY**

ul. Sadowa 117a/113a/119/121, 32-020
Wieliczka, tel.: 606 203 166
e-mail: joanna.luberda1@wp.pl

**STOWARZYSZENIE MONAR NOCLEGOWNIA
DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH**

ul. Sadowa 123, 32-020 Wieliczka
tel.: 694 279 278
e-mail: joanna.luberda1@wp.pl

NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PORADNIA MONAR W KRAKOWIE

Poradnictwo i konsultacje

Psychoterapia indywidualna

Grupy terapeutyczne dla osób uzależnionych

Skierowania na detoksykację i rehabilitację

Konsultacje psychiatryczne

Program psychoedukacyjny

Konsultacje rodzin i terapia dla osób

Leczenie substytucyjne

Psychoterapia w połączeniu z farmakoterapią

stacjonarna

Telefon zaufania

 STOWARZYSZENIE
monar

Adres: ul. św. Katarzyny 3 (na krakowskim Kazimierzu)

Dostępność: 8.00–20.00 (pon.–czw.) 8.00–17.00 (piątek)

Telefon: 12 430 61 35

Strona internetowa: poradnia.krakow.pl

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

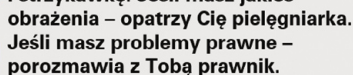
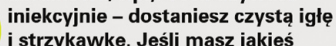
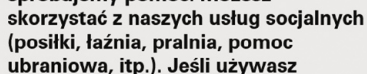
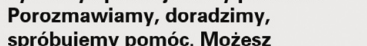
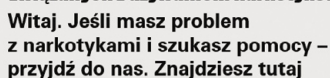
.....

.....

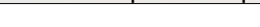
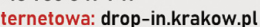
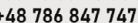
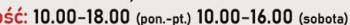
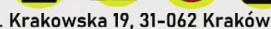
.....

.....

związanych z używaniem narkotyków



P-IN KRAKOWSKA 19



NOTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



CZYSZTE BITY

PARTY-PROJEKT

Profilaktyka selektywna i redukcja szkód dla młodzieży i młodych dorosłych – uczestników imprez oraz festiwali muzycznych.

Edukacja rówieśnicza nastawiona na zmniejszanie negatywnych konsekwencji rekreacyjnego używania środków psychoaktywnych.

Kompleksowy serwis oddziaływań wobec okazjonalnych użytkowników substancji psychoaktywnych:

edukacja | informacja | rozdawnictwo materiałów | edukacyjnych i profilaktycznych | wsparcie psychologiczne | tripsitting (profilaktyka psychoz) | pierwsza pomoc

Telefon: 518 749 080
(w sprawie obecności CZYSTYCH BITÓW na imprezach)

Instagram: [instagram.com/czyste_bity/](https://www.instagram.com/czyste_bity/)



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTES

FreD goes net to program wczesnej interwencji profilaktycznej przeznaczony dla młodych osób w wieku 13-21 lat, które eksperymentują, zażywają lub miały pierwszy kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Program adresowany jest także do tych, którzy w związku z zażywaniem narkotyków lub spożywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych doświadczają problemów: w relacjach, w rodzinie, w szkole oraz problemów z prawem.



Adres: ul. św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków
Telefon: 790 726 960
E-mail: fredteamkrakow@gmail.com
Strona internetowa: fredgoesnetkrakow.pl

Z tej serii ukazały się do tej pory
następujące publikacje:



Wszystkie publikacje są dostępne w wersji elektronicznej
na www.monar.krakow.pl/pub

AUTORZY TEKSTÓW

KONRAD CABAŁA

Lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z psychiatrii dorosłych. Pracuje w Klinice Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego, jak również w Poradni MONAR w Krakowie.

JAKUB CZERW

Socjolog, zainteresowany krytycznymi badaniami nad substancjami psychoaktywnymi oraz redukcją szkód i polityką narkotykową opartą na dowodach. Doktorant w Szkole Doktorskiej Nauk Społecznych UJ, gdzie przygotowuje pierwszą, całościową monografię poświęconą historii polskiego leczenia substytucyjnego

FILIP DUSKI

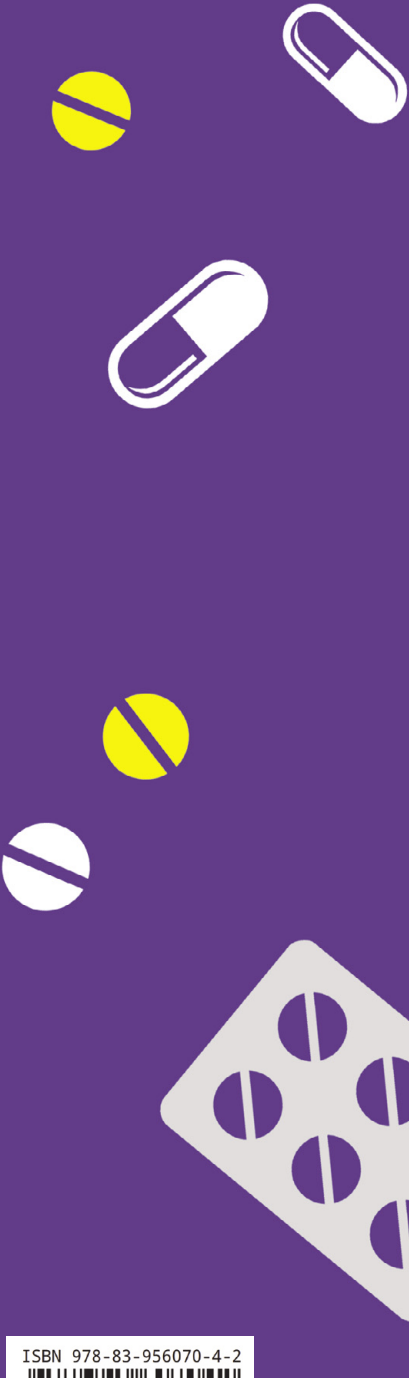
Adwokat i doktor nauk prawnych. W ramach prowadzonej praktyki adwokackiej specjalizuje się w sprawach karnych związanych z narkotykami. Udziela porad prawnych w DROP-IN Krakowska 19 (Poradnia MONAR w Krakowie) oraz w PRO-DOMO (Stowarzyszenie PROBACJA).

JUDYTA PUT

Pedagożka resocjalizacji i specjalistka psychoterapii uzależnień. Związana z Poradnią MONAR w Krakowie, w której pracuje jako psychoterapeutka oraz pracowniczka środowiskowa w DROP-IN. Partyworkerka, założycielka projektu CZYSTE BITY.

GRZEGORZ WODOWSKI

Socjolog, pracownik socjalny i specjalista psychoterapii uzależnień. Kieruje Poradnią MONAR w Krakowie i prowadzi projekty redukcji szkód związanych z używaniem narkotyków.



Nasza nowa publikacja poświęcona jest substancjom uspokajającym i nasennym, głównie pochodnym benzodiazepiny. Substancje te, oprócz szerokiego zastosowania w leczeniu są najpowszechniej nadużywane w celach niemedycznych lekami. Przynoszona przez nie natychmiastowa poprawa nastroju, ulga od stresu i niepokoju sprawia, że wiele osób wybiera taką właśnie drogę na skróty. Drogę obarczoną wysokim ryzykiem uzależnienia się od chemicznej regulacji samopoczucia i ustaną całą masą innych skutków ubocznych.

ISBN 978-83-956070-4-2



9 788395 607042

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