



# заедно

ПРЕВАНТИВНО – ИНФОРМАЦИОНЕН ЦЕНТЪР ПО ПРОБЛЕМИТЕ НА НАРКОМАНИИТЕ – СОФИЯ



## ЗАВИСИМОСТИ – МИТОВЕ И РЕАЛНОСТ

НЯКОЛКО МИТА ЗА КОКАИНА



## ГОСТУВАНЕ

СРЕЩА НА ПРЕЗИДЕНТА НА РЕПУБЛИКА ИСЛАНДИЯ СЪС СПЕЦИАЛИСТИ ОТ ОБЛАСТТА НА НАРКОМАНИИТЕ



## ДРОГТЕ В ЕВРОПА

ЕВРОПЕЙСКИ ИЗМЕРЕНИЯ НА ПРОБЛЕМА С НАРКОТИЦИТЕ



## ТРЕНИНГОВА ПРОГРАМА

ПРЕВЕНЦИЯ НА РИСКОВОТО ПОВЕДЕНИЕ  
ОБУЧЕНИЕ – ГР. САНДАНСКИ, 14 - 20 ЮЛИ 2005 Г.



## ДИСОЦИАТИВНИ МЕДИКАМЕНТИ

ФЕНЦИКЛИДИН (PCP – PHENCYCLIDINE) • КЕТАМИН (KETAMINE) •  
ДЕКСТРОМЕТОРФАН (DEXTRMETHORPHAN)



## ПОЛЕЗНО Е ДА ЗНАЕМ

ЗАЩО ТРЯБВА ДА СМЕ ЗДРАВНООСИГУРЕНИ?  
КАК ДА СИ ВЪЗСТАНОВИМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ПРАВА?



## „ИМА ПО-ДОБЪР НАЧИН ДА ЖИВЕЕМ”

ТВОРБИ, УЧАСТВАЛИ В ИЗЛОЖБАТА-ПЛАКАТ НА УЧЕНИЦИ ОТ НАЦИОНАЛНОТО УЧИЛИЩЕ ПО ИЗЯЩНИ ИЗКУСТВА “ИЛИЯ ПЕТРОВ” – ГР. СОФИЯ



## ПРЕДСТАВЯМЕ ВИ:

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕН ИНСТИТУТ ПО СОЦИАЛНА ЕКОЛОГИЯ НА ЛИЧНОСТТА (ПИСЕЛ)

# МИТОВЕ

## Няколко мита за кокаина

*Митът е вярване, за което или има доказателства, че то не е вярно или няма доказателства, че то е вярно!*

За справянето с какъвто и да било проблем е полезно да имаме повече знания за него. Познанието намалява митовете, а демитологизирането на зависимостите е една от ключовите стъпки към тяхното успешно лечение и превенция.

**МИТ:** Кокаинът не предизвиква физическа зависимост.

**ФАКТ:** Физическата зависимост се свързва с абстинентна симптоматика, която е психотелесна проява, настъпила при преустановен прием на психоактивната субстанция. При лица, редовно употребяващи кокаин, се наблюдават състояния на тревожност, депресивност и безсъние. Научни изследвания от началото на 80-те години доказват, че при тези лица впоследствие се развива както психическа, така и физическа зависимост. Основание за това твърдение са констатираните мозъчни промени, свързани с метаболизма на допамина в амигдалата (мозъчна структура). Кокаинът блокира обратния захват на допамина, норадреналина и, в ниски степени, на серотонина. Това са невротрансмитери с различни по химически състав характеристики и физиологични ефекти, чието действие е свързано с предаване на информация между нервните клетки.

**МИТ:** Към кокаина не се развива толеранс.

**ФАКТ:** Попадналият в организма кокаин предизвиква еуфоричен ефект, който се изчерпва бързо и остава повишено чувство за енергичност. Поддържането на това чувство зависи от клетъчния метаболизъм, който от своя страна зависи от киселинността. При продължителна употреба се повишава киселинността в организма и това води до увеличаване на дозата, довеждаща до желания ефект. За всеки индивид тази доза е различна, както е различно и времето за елиминация на веществото от организма.

**МИТ:** Зависимост към кокаин не се създава, когато се пуши.

**ФАКТ:** Начините за употреба на една психоактивна субстанция са многообразни. Най-широко разпространен е този начин, който е най-лесен за прилагане. В представата на всеки изниква образът на употребяващия наркотици с игла и спринцовка, но кокаиноманията се свързва може би преди всичко със смъркането на праха. Пушенето на фолио също е доста разпространен метод за употреба. Общото между всички тях е, че веществото попада в организма, преминава в кръвта и влияе върху мозъка на употребяващия го. Времето, необходимо за усвояване на кокаина, е различно и зависи от начина на употреба, но влиянието му върху мозъчните структури е еднакво и води до идентични промени и увреждания на организма.

**Евелина Пейчева**  
психолог

**И. Куценок & Г. Димитров,**  
„Злоупотреба и зависимост от психоактивни вещества“  
**О. Кооб,** „Наркотична зависимост“



## СРЕЩА НА ПРЕЗИДЕНТА НА РЕПУБЛИКА ИСЛАНДИЯ СЪС СПЕЦИАЛИСТИ ОТ ОБЛАСТТА НА НАРКОМАНИИТЕ



**Н**а 8 септември в Националния център по наркомании президентът на Република Исландия Олафур Рагнар Гримсон се среща със специалисти, работещи в областта на наркоманиите. Срещата се проведе по инициатива на президента Гримсон и се състоя в рамките на неофициалната програма по време на работното му посещение в България. Тя бе израз на заинтересоваността на президента за решаване на проблемите, свързани с наркоманиите и във връзка с неговото членство в управителното тяло на организацията Европейски градове срещу дрогата (ECAD), в която участва и град София.

Домакин и водещ на срещата бе д-р Цвета Райчева, директор на Националния център по наркомании.

### Присъстваха представители на:

Националния център по наркомании, Национален фокусен център, Националният съвет по наркотични вещества, Държавната психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм – гр. София, Превантивно-информационния център по проблемите на наркоманиите – гр. София, и на Организацията на метадоновите потребители в България.

Президентът Гримсон сподели исландския опит по отношение на превенцията. От 20 години в Исландия се работи по въвеждането и прилагането на превантивни програми, основани на строги научни доказателства. Той очерта трите най-важни елемента на превенцията.

Първият елемент е превенция на употребата на цигари и алкохол във възрастта преди 17 години. Това се основава на факта, че ако употребата на алкохол и цигари започне след 17-годишна възраст, едва 1% от



тези ученици преминават към използването и на нелегални вещества. Ако обаче употребата започне преди тази възраст, 15% от тях посягат по-късно към наркотиците.

Вторият елемент е насочен към насърчаване на семейството да прекарва повече време с децата си, тъй като това намалява риска от посягане към наркотиците.

Третият елемент е включване в спортни дейности. В тази връзка президентът Гримсон подчерта изключително важната роля на Министерствата на образованието и на спорта.

В хода на разговорите президентът изтъкна необходимостта от привличане на младите хора и на хората със собствен опит при разработване на програмите за борба с наркоманиите.

Срещата продължи повече от предвиденото време с разговори по проблема в различните му аспекти и приключи с оценка на взаимна удовлетвореност и очакване в бъдеще на реално сътрудничество.

*д-р Дорита Кръстева,  
Александрина Алексова*

## ЕВРОПЕЙСКИ ИЗМЕРЕНИЯ НА ПРОБЛЕМА С НАРКОТИЦИТЕ

Интересно е да се надникне и в тази сфера – какви са предпочитаните дроги, кои и как ги употребяват, с какви рискове, как там се справят с предизвикателствата и други от този род. Още повече, че обикновено онова, което става на Запад, се случва по-късно в някаква степен и у нас.

### Ситуацията при дрогите

Най-предпочитаната в България и света незаконна дрога –

#### КАНАБИСЪТ,

е номер едно и в ЕС. По данни на ООН от 2005 г. от 200 милиона души, употребили някакъв наркотик през последната година в света, 161 милиона са го направили с канабис. Високо равнище на употреба (като процент от населението на възраст между 15 и 64 г.) сред европейските държави е фиксирано във Великобритания (10.9%), Чехия (10.9%), Франция (9.8%), Испания (9.7%). Делът на консуматорите в Западна Европа средно е по-голям, отколкото в Източна Европа – съответно 6.7% и 3.6%.

Изследване във Франция (2002 г.) сред 17-годишни ученици установява, че малко повече от половината са употребили канабис, в Швейцария при 15-16-годишните този дял е 44.5%.

В града с най-либерален режим – холандския Амстердам, където в специализирани заведения ("кофи шопс") е разрешена консумация на канабис, употребилите тази дрога са 13% от всички жители на възраст над 12 години. Толкова са и в САЩ, страна с много по-строг режим на контрол върху същата дрога.



Предлаганият в Западна Европа канабис е доста по-силен от българския – има по-високо съдържание на основния психоактивен компонент тетрахидроканабинол (THC). При най-употребявания продукт – марихуаната, варира обикновено между 5% и 11% със средни стойности 6-8%. В Холандия средното равнище на THC е много по-високо и достига 16%, като са засичани и образ-

**В** решителната фаза преди присъединяването на България към Европейския съюз (ЕС) съвсем естествено расте любопитството ни към всичко в онази част на света. Разбираемо е и вниманието към области, свързани с наши големи очаквания: завидно високите нива в развитието на икономиката, инфраструктурата, социалната подкрепа, здравеопазването, защитата на околната среда, законността, сигурността и т. н. Все пак обаче Европейският съюз не е Раят. Животът на милиони европейци е съпътстван от немалко проблеми. Един от най-сериозните сред тях идва от наркотиците.

ци с около 30%. Подобни смайващи рекорди се обясняват с внедряването на модерно високотехнологично производство.

У нас засега преобладават нелегалните насаждения в изостанали райони (най-вече в общините Сандански и Петрич). Увеличава се обаче производството на закрито, което в някои случаи наподобява високотехнологичното култивиране, характерно за развитите страни (с вносни семена, климатични инсталации, системи за контрол на условията и др.)

Поради незапомнено високото потребление на все по-концентриран канабис в страните от ЕС вече се говори за проблемни консуматори. Характерна за тях е т. нар. интензивна употреба – ежедневно или почти ежедневно (поне 20 пъти в месеца). Не всички проблемни консуматори са зависими, но делът на покриващите критериите за зависимо поведение е голям. Предполага се, че около 3 млн. души в ЕС се дрогира интензивно с канабис. Съответно рязко се увеличава и броят на тези от тях, които търсят лечение.

От всички потърсили лечение поради зависимост към някакъв наркотик, 12% са изтъкнали като първопричина злоупотреба с канабис. Още по-висок е този дял при пожелалите да го направят за пръв път – средно почти 30% (най-много в Германия – 48%). Подобни доста изненадващи цифри ни карат **да се замислим върху поне две неща:**

- **за вредата от канабиса и**
- **за нашата готовност да посрещнем очакваното засилено търсене на квалифицирана помощ.**

### СИНТЕТИЧНИТЕ АМФЕТАМИНОВИ СТИМУЛАНТИ

са на второ място по разпространение сред нелегалните дроги в света. Те вече са хит на българския черен пазар, след като същият процес бе наблюдаван преди това в Западна Европа. Всички разбити през последните години у нас нелегални нарколаборатории (2 през 2002 г., 5 през 2003 г., 6 през 2004 г.) са произвеждали амфетамини. Почти уникално е, че заловените в България през 2004 г. синтетични наркотици са в по-голямо количество



дори от канабиса – съответно 1180 кг и 871 кг. С предпочитанието си към амфетамина българите не се различават от повечето други европейци. Американците и азиатците употребяват повече метамфетамин (такива в Европа са чехите). Наблюдаваната напоследък тенденция за известно преориентиране към по-силния вариант метамфетамин има отглас и в България (с появата на т. нар. „пико“).

Потребители на амфетаминови стимуланти в света през 2005 г. са 0.6 % от населението между 15 и 64 г.; приблизително толкова са установените и в България (2003 г.) По-високи са равнищата в Западна и Централна Европа – Великобритания и Ирландия – 1.6 %, Дания – 1.3 %, Чехия – 1.1 %.

От заловените в света 1.3 млрд. таблетки екстази 62 % се падат на Европа, а от тях над 90 % са в нейната западна част. Тук №1 и 2 са световните лидери в производството на тази модерна дрога – Холандия и Белгия. Голяма част от предлаганите на нелегалния пазар в България таблетки екстази са фалшификати (предимно амфетамини).

### ХЕРОИНЪТ,



макар и да не е най-употребяван, си остава основния проблемен наркотик (като причина за смърт, увреждане на здравето, социалния статус и т. н.) Така е и в България, и в ЕС.

Ситуацията в отделните страни обаче е доста различна. В някои от тях (Португалия, Гърция), подобно на България над 80 % от търсещите лечение са опиятно зависими. В Германия, Франция, Холандия този дял е по-малък – между 50 и 70 %, а във Финландия и Швеция е дори под 50 %. Тенденцията в ЕС е тези проценти да намаляват за сметка на увеличеното търсене на лечение за зависимост към други дроги.

Залавяните на Запад проби хероин обикновено са със съдържание на активен вещество 14-48 %. На фона на често установяваните у нас концентрации от порядъка на 3-5 %, качеството там очевидно е много по-високо. Естествено, цените в България пък са доста по-ниски, но голямата конкуренция на нелегалния пазар в ЕС също прави хероина по-достъпен. Грам от тази дрога е струвал средно 244 долара през 1990 г. и само 68 долара през 2000 г. (приблизително толкова и през 2003 г.)

По-ниските цени и по-високото качество привличат към хероина дори млади хора, които не си падат по боцкането със спринцовки. При новите условия те практикуват по - „меки“ форми за дрогиране (съркане, пушене, инхалиране от фолио). Може да се очаква, че логиката на пазара (макар и нелегален), ще доведе до появата на по-качествен (силен) хероин и у нас. Така интересът към позагубилата престиж дрога ще се възроди бързо с всички произтичащи от това последици.

Разум Даскалов

## ТРЕНИНГОВА ПРОГРАМА

### Превенция на рисковото поведение

**Е**дна от основните дейности на Превантивно-информационния център по проблемите на наркоманиите – гр. София (ПИЦ по ПН) – превантивната, продължава своето развитие и през тази година в осъществяването на устойчива и дългосрочна програма за първична превенция на злоупотребата с психоактивни вещества сред младите хора на територията на град София. За тази цел екипът на ПИЦ по ПН с подкрепата на Съвета по наркотични вещества – гр. София, организира поредица от обучителни семинари за ученици от горен курс на столични училища по подхода „Връстници обучават връстници“.

### ПАРТНЬОРСТВО

Обучителната програма „Превенция на рисковото поведение“ по подхода „Връстници обучават връстници“ намери свое приложение и в район Подуяне. Шест училища (всяко бе представено от педагогическия съветник и 5 ученика) бяха в основата на бъдещата съвместна дейност между Превантивно-информационния център по проблемите на наркоманиите към Столична община, Центъра за превенция и социална интеграция към район Подуяне, Сдружение Бъдеще плюс и Сдружение за неформално образование.

Крайната цел, която си постави екипът, бе учениците да придобият знания и умения, които да предадат на своите връстници по достоверен и атрактивен начин.

Подходите и методите в обучителната програма бяха съобразени с това да предразполагат и сближават участниците в цялостния процес. Заедно се обучаваха ръководители, директори, педагогически съветници и ученици. Работата в малки и големи групи, както и интерактивните похвати бяха в основата на изграждането на трайни умения в участниците за бъдещата им работа.

Тази тренингова програма поставя  
в центъра  
личността на младия човек.

➡ на стр. 6





## ПРЕВЕНЦИЯ НА РИСКОВОТО ПОВЕДЕНИЕ

**Обучение – гр. Сангански  
14 - 20 юли 2005 г.**

От 14 до 20 юли т. г. в гр. Сангански се проведе тренинг-обучение за учениците от горния курс на 10 столични училища, които участват в учебната програма „Превенция на рисковото поведение“. В зависимост от степента им на подготовка, участниците бяха разделени на три групи:

Първата група обхваща младежи, обучени вече по темите: психоактивни вещества, СПИН, полово предавани инфекции. Програмата им беше подготвена като тренинг за придобиване на умения за планиране на работни сесии и водене на групов процес. В края на тренинга младите обучители имаха възможност да подготвят и представят тези теми пред своите връстници. За тях това беше своеобразен изпит. Всички екипи се постараха и се представиха успешно. Участниците в тях вече имат възможност и увереност през тази учебна година да работят със своите връстници в училище.

За участниците във Втората и Третата група обучението протече строго тематично, с цел утвърждаване и повишаване на информираността им по темите на учебната програма. Те ще вземат участие и в последващ тренинг, чието осъществяване се планира от екипа на ПИЦ по ПН през есента.

## ПАРТНЬОРСТВО

➔ от стр. 5

В програмата се акцентира върху **подрастащите** – как да бъдат подкрепени в процеса на израстване и преход; на преминаване от търсене на опора от средата към намиране на опора в себе си. Осъзнавайки, че не е безпомощен и зависим от другите, тинейджърът открива, че може много повече отколкото си мисли.

Ефективността на резултатите от обучението е в превръщането на учениците от пасивни слушатели, безкритично приемащи учеб-

ния материал в активни личности, творчески представящи необходимата информация.

Привличането на ученици в работата по превенция на употребата на психоактивни вещества и полово предаваните инфекции като водещи на учебни занятия, ще подпомага процеса на по-ефективното разрешаване на проблемите, възникващи сред подрастващите.

**Партньорството** е най-прекият и успешен път към желаните резултати. Обединените усилия и привличането на различни институции и организации гарантира ефективното разрешаване на възникналите проблеми.

**Ели Георгиева**  
педагогически съветник,  
44 СОУ „Неофит Бозвели“





## ВПЕЧАТЛЕНИЯ НА УЧАСТНИЦИТЕ

„Досега не бяхме участвали в подобен вид обучение и не знаехме какво да очакваме, но останахме приятно изненадани. Научихме много нови, интересни и полезни неща в сферата на наркотиците и полово-предаваните болести.“

Приятната обстановка ни предразполагаше към добра работа. Надяваме се с новите си знания да бъдем полезни на други хора.“

Мария Лепоева, Станислава Бонева  
ученички от 8 СОУ „В. Левски“

„Темата, която най-много ми хареса е за наркотиците, а темата, за която имам нужда от повече информация е за рисковото поведение.“

За мен беше важно и необходимо да получа тези знания. Те ще ми бъдат полезни в бъдещето.“

Елена Грозева, Надежда Василева  
ученички от 8 СОУ „В. Левски“

„Семинарът ни помогна наистина много. Научихме доста нови и интересни неща. Доволни сме от всичко. Сега се чувстваме подготвени да разговаряме по повече теми.“

Боян Спасов, Димитър Димитров  
8 СОУ „В. Левски“

„Някои теми ми допаднаха повече от други, но обучението като цяло ми хареса. Създаде се добро настроение и приятна атмосфера за работа. Обучителите ни бяха много добри, създадоха интерес както към игрите, така и към теорията.“

Милена Матракчиева  
76 ОУ „У. Сароян“

„Програмата беше лека и разнообразна. Нямахме скучни моменти. Всички вземаха участие в дискусиите и в игрите. Беше ми приятно и не съжалявам.“

Драгомира Монева  
35 СОУ „Д. Войников“

„След този семинар мисля, че вече съм подготвена да разговарям с връстниците си за различните наркотични вещества. По време на обучението се чувствах много спокойна и ми беше интересно.“

Ивета  
8 СОУ „В. Левски“

„Доволни сме от обслужването и храната в базата. Получихме нови знания и затвърдихме старите. Екипът, отговорен за нашето обучение, бе много добре подготвен. Вдъхваше респект и уважение, а също така предразполагаше и към ползотворни контакти. Благодарим за приятното изживяване.“

учениците от 2 СОУ

„Програмата „Превенция на рисковото поведение“ обхваща най-важните моменти от ежедневието на тийнейджърите. Предразполагайки младите хора да изразяват своето мнение и да показват знания, като същевременно ги обогатяват, водещите на програмата провокират и подпомагат разпространението на ценна информация. Личните ми впечатления от семинара са, че постигна напълно своите цели – обогати знанията и породил желание в участниците, самите те да поемат инициатива да предават наученото на своите връстници.“

Антония Гюрова  
СМГ



# ДИСОЦИАТИВНИ

## ФЕНЦИКЛИДИН (PCP – phencyclidine)

## КЕТАМИН (ketamine)

## ДЕКСТРОМЕТОРФАН (dextromethorphan)

### КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВАТ ДИСОЦИАТИВНИТЕ МЕДИКАМЕНТИ?

Веществата фенциклидин – (PCP - phencyclidine) и кетамин (ketamine) първоначално са разработени като общи анестетици за хирургията. Те изкривяват възприемането на зрителните и звуковите сигнали и предизвикват чувство на откъсване (дисоциация) от заобикалящата среда и от собствената личност. Тези променящи съзнанието ефекти не са халюцинации. Поради тази причина PCP и кетамин са известни предимно като дисоциативни медикаменти. Декстрометорфанът (dextromethorphan) се използва широко като противокашлично средство. Когато се приеме във високи дози може да предизвика ефекти, подобни на PCP и кетамин.

Дисоциативните медикаменти променят разпределянето на невротрансмитера глутамат в мозъка. Глутаматът е включен в регулацията на усещането за болка, в реакцията на организма към външните дразнители и паметта.

### Фенциклидин (PCP)

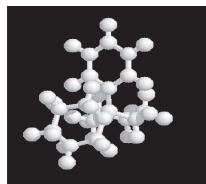
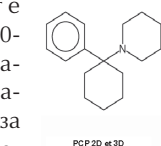
#### История и употреба

Фенциклидинът е разработен през 50-те години на миналия век като интравенозен анестетик за използване в хирургията, но никога не е одобряван за употреба при хора. Това е така поради проблемите, възникнали по време на клиничните изпитания, вкл. делир и ажитация (тежка тревожност, придружена с двигателно безпокойство), преживени от пациенти, излизащи от упойка.

Неговите седативни и анестетични ефекти са подобни на транс и пациентите изпитват усещане, че са отделени от тялото си и заобикалящата ги среда. PCP се използва във ветеринарната медицина.

След 60-те години на миналия век започва широка злоупотреба на PCP в таблетна форма. Използването му обаче бързо затихва, защото употребяващите са разочаровани от дългото време между взимането на веществото и въздействието му, както и от непредвидимите му ефекти, често протичащи с яростно и насилствено поведение.

Прахообразната форма на PCP се появява през 70-те години. Тя е известна с наименованието „ангелски прах“, произлизащо от рокерите „Hell's Angels“, които са употребявали PCP по това време.



#### Форми и начини на употреба

– с цел по-бързо появяване на ефекта употребяващите поръсват праха върху марихуана или тютюн и след това го пушат. Понякога те приемат PCP чрез смъркане през носа или чрез поглъщане на таблетната му форма.



**Ефекти** – когато се смърка или пуши PCP бързо преминава в мозъка и нарушава функционирането на рецепторния комплекс NMDA (N-methyl-D-aspartate), който е съставен от рецепторите за невротрансмитера глутамат. Глутаматните рецептори играят голяма роля в усещането за болка, в мисловния процес (вкл. ученето и паметта) и емоциите. В мозъка PCP също така повлиява действието на допамин – невротрансмитер, отговорен за еуфорията и „кик-а“, свързан с употребата на много наркотици.

В ниски дози (5 mg или по-малко) физическите ефекти включват учестено дишане, повишено кръвно налягане, ускорен пулс и повишаване на температурата. Дози от 10 mg и над 10 mg причиняват опасни промени в кръвното налягане, пулса и дишането. Те често са придружени с гадене, замъглено зрение, виене на свят и понижена чувствителност към болка. Мускулните контракции могат да причинят некоординирани движения и странна стойка на тялото. В по-тежка форма понякога водят до костни фрактури или до поражение на бъбреците като следствие на увреждането на мускулните клетки. Много високи дози PCP водят до гърчове, кома, хипертермия (повишена телесна температура) и смърт.

Ефектите на PCP са непредвидими. Обикновено ефектът се чувства минути след приемането и продължава няколко часа. Някои употребяващи съобщават, че чувстват ефекта в продължение на няколко дни. Еднократното приемане на веществото може да предизвика чувство на откъсване от реалността, включващо



изкривяване на пространството, времето и формата на тялото. При някои РСР може да предизвика халюцинации, паника и страх. Други съобщават за чувство на ненаранимост и преувеличена сила. Употребяващите могат да достигнат до тежка дезориентация, агресивност или самоубийство.



**Последици при продължителна употреба** – способността на фенциклидина и подобните вещества да предизвикват психози е била забелязана в средата на XX век. Психозите се проявяват при 15-20% от употребяващите и се характеризират с остра параноидно-халюцинаторна симптоматика (предимно зрителни халюцинации), тежка ажитираност и враждебност. Психозите, предизвикани от РСР наподобяват психозите от шизофрениния кръг. В повечето случаи психозата продължава 3-4 дни, но може и да има по-тежко протичане и да продължи около 30 дни.

При около 25% от пациентите се развиват делирни симптоми (обърканост, ажитация, заплашващи зрителни халюцинации, параноидни налудности и др.), много подобни на алкохолния делир, но с по-изразена агресивност в поведението. Делирът е спешно състояние, застрашаващо живота на пациента. Делирната симптоматика отзвучава за около едно денонощие, след което при повечето пациенти се отбелязват изразени паметови и интелектуални смущения, лека дезориентация и импулсивни гневни изблици. Тези симптоми могат да продължат дълго – седмици и месеци.



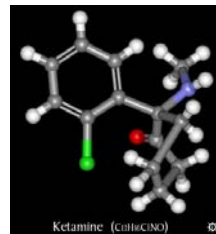
**Зависимост** – повтарящата се употреба на РСР може да доведе до развиване на зависимост. Употребяващите продължават да приемат РСР независимо от физическите и психическите проблеми, и основно въпреки негативните ефекти върху социалните взаимоотношения.

**Абстиненция** – последните изследвания показват, че честата и дълга употреба на РСР може да предизвика абстинентен синдром при спирането на веществото. Години след спирането на хроничната употреба на РСР могат да се наблюдават симптоми като загуба на паметта и депресивност.

**РСР се разглежда като типичен дисоциативен медикамент и описанието на действието, ефектите и последиците му се отнасят до голяма степен и за кетамин и декстрометорфан.**

## Същност и ефекти на кетамина

Кетаминът („К“, „Котешки валиум“, „Кит Кет“) е дисоциативен анестетик, създаден през 1963 г. с цел да замени РСР. Употребява се рядко при анестезия на хора. Предимно се използва във ветеринарната медицина. Голяма част от кетамин, който се продава на улицата е такъв, който се използва във ветеринарните служби. Кетаминът се произвежда във вид на течност за инжектиране, но при нелегалната му употреба най-често се смърка като прах, получен чрез изпаряване от оригиналната форма. Съществува и таблетна форма на кетамин.

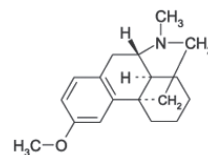


Химическата структура и механизмът на действие на кетамин са подобни на тези на РСР. Ефектът също е подобен, но е много по-слаб и с много по-кратка продължителност. Употребяващите имат усещания в диапазона от приятни до отделяне от собственото тяло. Понякога при употребата на кетамин се изживява чувството на пълно сензорно откъсване, подобно на преживяванията, предшествващи смъртта. Тези чувства се наричат „К-дупка“ и са подобни на „неприятното пътуване“ при LSD.

Кетаминът е без миризма и без вкус и може да се добави в напитка без да разбере пиещият. Това предизвиква амнезия. Понякога кетаминът се дава на недоподозиращи жертви с цел сексуално насилие.

## Същност и ефекти на декстрометорфана

Декстрометорфанът („DXM“) е потискащо кашлицата средство и се използва в много медикаменти (вкл. сиропи) за простуди и кашлица. Подобно на РСР и кетамин, декстрометорфанът действа като антагонист на рецепторния комплекс NMDA (N-methyl-D-aspartate).



Декстрометорфанът е безопасен и ефективен при дозите, препоръчани за лечение на кашлица (5-10 милилитра от сиропа, които съдържат 15-30 милиграма от веществото). При високи дози (над 120 милилитра от сиропа) декстрометорфанът предизвиква дисоциативен ефект, подобен на РСР и кетамин. Ефектът се променя в зависимост от дозата и употребяващите описват серия от различни усещания в диапазона от слаб стимулиращ ефект с изкривяване на визуалните възприятия при ниски дози (около 50 милилитра) до пълно откъсване от собственото тяло при високи дози. Ефектът продължава около 6 часа. Широко разпространените медикаменти, които съдържат декстрометорфан често съдържат и допълнителни съставки, напр. антихистамини. Високи дози от тези комбинирани медикаменти могат сериозно да повишат риска от злоупотребата с декстрометорфан.

Д-р Р. Райчев

## ЗАЩО ТРЯБВА ДА СМЕ ЗДРАВНООСИГУРЕНИ?

## КАК ДА СИ ВЪЗСТАНОВИМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ПРАВА?



**З**дравното осигуряване в Република България се урежда със Закона за здравното осигуряване (ЗЗО).

Задължението за здравно осигуряване за всички български граждани възниква от влизането на закона в сила (01. 01. 2000 г.)

Правата на осигурените лица възникват от датата на заплащането на здравноосигурителната вноска, за новородените – от датата на раждането, а за лицата с представен статут на бежанец, хуманитарен статут или с предоставено право на убежище – от датата на откриване на произходство за предоставяне на статута.

### ЗАЩО ТРЯБВА ДА СЕ ОСИГУРЯВАМЕ?

**Защото** всеки от нас рано или късно, за по-дълго или по-кратко време, става клиент на държавното обществено осигуряване – при болест, трудова злополука или професионално заболяване, бременност и раждане, болен член от семейството, пенсиониране и др.

**Защото**, за да се включите в програмите за лечение на различни заболявания, финансирани от НЗОК, като например програмата за лечение на вирусни хронични хепатити с алфа-интерферон и рибавирин, трябва да представите **ДОКУМЕНТ ЗА ПЛАТЕНИ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ВНОСКИ**.

С направените изменения и допълнения в ЗЗО в сила от 21. 12. 2004 г. е определен периодът, през който лицето следва да е осигурявано, за да ползва здравноосигурителни права.

### УСТАНОВЯВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПРАВА:

#### Осигурените за своя сметка лица

заплащат оказаната им медицинска помощ, ако не са внесли повече от 3 дължими месечни осигурителни вноски за период от 15 месеца до началото на месеца, предхождащ оказаната медицинска помощ. (Осигурителните права на тези лица се възстановяват от датата на заплащане на дължимите вноски, като сумите, платени за оказаната медицинска помощ не се възстановяват).

Когато **задължението** за внасяне на осигурителната вноска **е на работодателя**, осигуреното лице не се лишава от осигурителни права.

Здравноосигурителните права се възстановяват след внасяне на най-малко 12 осигурителни вноски за тези 15 месеца.

### ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ПРАВА

Лицата, чиито здравноосигурителни права са прекъснали, поради това, че дължат за своя сметка повече от 3 вноски до влизането в сила на ЗЗО възстановяват правата си, ако са заплатили до 31. 01. 2005 г. еднократно сума в размер на три здравноосигурителни вноски върху минималния месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица (за 2004 г. е 200.00 лв., а от 01. 01. 2005 г. е в размер на 220.00 лв.)

Лицата, възстановили здравноосигурителните си права по този ред, са длъжни да внасят редовно текущите си вноски. Ако тези лица не заплатят повече от три текущи вноски, които дължат за своя сметка за периода от 01. 02. 2005 г. до 01. 01. 2006 г. се прекъсват здравноосигурителните им права. И те заплащат оказаната им медицинска помощ.

Заплащането на три здравноосигурителни вноски не погасява стари задължения.

### В СИЛА ОТ 1 ЮНИ – 2005 г.

1. Лицата, които дължат здравноосигурителни вноски за своя сметка, могат да поискат разсрочване на плащането на задължението до 31 декември 2006 г.

2. Процедури по разсрочване на здравноосигурителните вноски:

2.1. В срок до 31 октомври 2005 г. лицето подава Молба-декларация по образец в ТП на НОИ, с която заявява искането си за разсрочване на всички дължими суми по ЗЗО.

2.2. Изчисляват се задълженията на лицето за периода, за който се дължат вноските, като главница и лихва.

2.3. С еднократно заплатената сума в размер на три здравноосигурителни вноски до 31 януари 2005 г., с която лицата са възстановили здравноосигурителните си права, се намалява размерът на задълженията им за здравноосигурителни вноски.

2.4. За разсроченото задължение се издава Решение по утвърден образец, подписано и подпечатано от длъжностното лице, разрешило разсрочването. Един екземпляр от решението се връчва на лицето, заявило искането за разсрочване. От тази дата до 31 декември 2006 г. не се начислява лихва.

2.5. Дължимите суми могат да се внесат наведнъж или на части, но не по-късно от 31 декември 2006 г.

2.6. На лицата, на които е разрешено разсрочено изплащане на задълженията към НЗОК, се издава **удостоверение за възстановени здравноосигурителни права**.



## ОСИГУРЯВАНЕ НА БЪЛГАРСКИТЕ ГРАЖДАНИ, ВКЛЮЧИТЕЛНО И С ДВОЙНО ГРАЖДАНСТВО, ПРЕБИВАЩИ В ЧУЖБИНА ПРЕДИ И СЛЕД ВЛИЗАНЕТО НА ЗИД НА ЗЗО В СИЛА.

Българските граждани, които са пребивавали извън страната повече от 183 дни през една календарна година за периода от 01. 01. 2000 г. до 31. 12. 2004 г. и дължат здравноосигурителни вноски за своя сметка за времето, през което са били в чужбина, могат да бъдат освободени от задължението за внасяне на тези вноски, ако не са направили свободен избор на изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с районната здравноосигурителна каса за съответната година.

Българските граждани, включително и тези с двойно гражданство, които са длъжни да осигуряват себе си и пребивават в чужбина повече от 183 дни през една календарна година, могат да не заплащат (по свое желание) здравноосигурителните вноски след предварително подадено заявление в съответното териториално поделение на НОИ преди датата на заминаването.

За да бъдат възстановени здравноосигурителните им права, е необходимо през шест последователни месеца от завръщането им в страната да са внасяли вноски. До възстановяването на здравноосигурителните си права, тези лица заплащат оказаната им медицинска помощ.

Правата на тези граждани, пребивавали повече от 183 дни през календарната година извън страната се възстановяват веднага, ако еднократно заплатят сума в размер на 12 здравноосигурителни вноски върху минималния месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица.

Ако не бъде подадено заявление преди заминаването в чужбина, осигурителните вноски се дължат за целия период на пребиваване извън страната.

От 01. 01. 2005 г. лицата без осигурителни доходи и в неплатен отпуск, внасят здравноосигурителните си вноски върху доход не по-малък от половината от минималния осигурителен доход. За 2005 г. размерът на дохода е 110.00 лв., а размерът на вноската е 6.60 лв.

За сметка на републиканския бюджет в случай, че не са осигурени на друго основание, се осигуряват лицата, които отговарят на условията за получаване на месечни социални помощи и целеви помощи за отопление. Тези лица ще запазят здравното си осигуряване и след приключване на отоплителния сезон на 31 март 2005 г. Осигуряването им се извършва чрез Дирекциите за социално подпомагане.

### ЧЛ. 111 /1/ ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ ГЛАСИ:

Средствата, заплатени от НЗОК за лечение на заболявания, предизвикани от **умишлено увреждане на собственото здраве**, на здравето на други лица при умишлено престъпление, както и за увреждане на здравето на трети лица, извършено в състояние на алкохолно опиянение или употреба на наркотични или упойващи вещества, се възстановяват на НЗОК от причинителя заедно със законната лихва и разходите по възстановяването.

**Пламенка Петрова, социален работник**

/В материала са цитирани текстове от издадени нормативни документи на НОИ./

## „ИМА ПО-ДОБЪР НАЧИН ДА ЖИВЕЕМ“

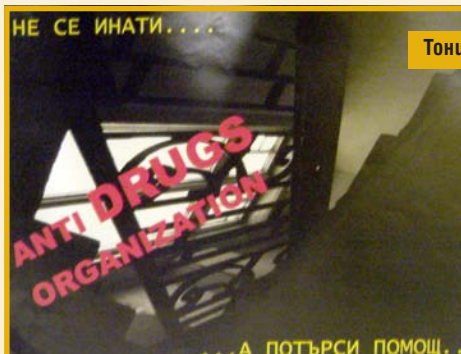
Продължаваме представянето на творби, участвали в изложбата-плакат на ученици от Националното училище по изящни изкуства „Илия Петров“ – гр. София, организирана от Превантивно-информационният център по проблемите на наркоманиите – гр. София, по повод 26 юни – Международен ден против злоупотребата с наркотици и контрабандния трафик.



Гергана Ганева



Милена Рагева



Тони Пройкова



Лилия Воденичарова



Юлиан Пейчев

В следващия брой на бюлетина ще представим и други творби, участвали в конкурса.

# ПРЕДСТАВЯМЕ ВИ:

## Психотерапевтичен Институт по Социална Екология на Личността (ПИСЕЛ)

### Легитимност

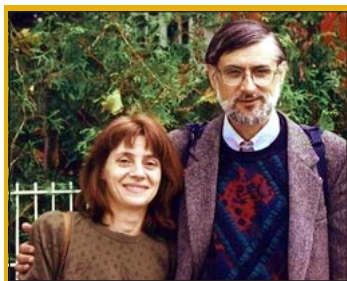
ПИСЕЛ е създаден през 1994 г. като сдружение на професионалисти в областта на социално-поведенческите науки с международно призната квалификация по психотерапия. ПИСЕЛ е член на Европейската асоциация по фамилна терапия (EFTA) и е представител за България на „Милтън Ериксон Институт“, Аризона, САЩ. Като пълен член на Европейската Камара на тренинг-институтите, ПИСЕЛ обучава и сертифицира с европейска диплома фамилни психотерапевти и професионалисти от помагачи професии.

### Мисия

Да отговори на нуждата от психологична помощ, терапия и тренинг на индивиди, семейства и групи, както и да подготви професионалисти за осъществяване на тази мисия в разнообразен социален контекст. ПИСЕЛ има успешно осъществени три дългосрочни проекта, като последният от тях е 4-годишен, „Социално-психологична работа с деца и семейства в неравностойно социално положение“ към МТСП.

### Основателите на ПИСЕЛ

- Румен Георгиев и Жения Георгиева имат психоаналитично обучение при Джордж Кейман (САЩ), по арт-терапия при Даяна Уолър (ръководител катедра по Арттерапия, Лондонски университет), психодрама при Йорг Бурмейстер и Бернхард Ахтенберг (Психодрама Институт – Европа, Германия), Ериксо-нианска хипнотерапия при Джефри Зайг и Ернст Роси (Милтън Ериксон Институт, Аризона, САЩ), ориентирана към процеса Юнгианска психотерапия (Арнолд Миндел, Джон Джонсън и Александра Василиу, Институт по работа с процеса, Орегон, САЩ), но предимно са свързани със **системно диалектичния подход към семейството и човешките групи, разработван в Атинския институт „Антропос“ от Джордж и Васо Василиу.**



Жения Георгиева и Румен Георгиев

Румен Георгиев е един от основателите и първият председател на Българската асоциация по психотерапия и психологично консултиране; Жения Георгиева е носител на Наградата на Световната психиатрична асоциация за 1991 г.

### Международен борд:

Джефри Зайг, Даяна Уолър, Александра Василиу, Петрос Полихронис, Мариане Тоблер, Йорг Бурмейстер, Ани Василиу.

### Основни дейности на института:

- 1. Психотерапевтична работа** с индивиди, семейства и групи. Фамилна терапия при зависимости. Заявки за терапевтични консултации се правят предварително на телефони: **0887-064163 и 0888-537376.**
- 2. Обучение на професионалисти** от т. нар. помагачи професии. Специално внимание се обръща на личностното израстване и придобиването на опит на обучаемите чрез решаване на лични трудности и проблеми. Обучението в ПИСЕЛ се основава на системния подход, в рамките на който се тренират различни методи и техники от фамилната психотерапия, психодрама, арттерапия, психоаналитична психотерапия, ериксо-нианска хипноза, процесно ориентирана терапия.

### Форми на обучение:

- семинари, групов тренинг, индивидуална работа и супервизия.

Учебната програма има три нива:

- въвеждащо – 1 година;
- базисно – 2 години;
- специализирано – 1–3 години.

Процедура на приемане – интервю.

- 3. Практически програми**, насочени към превенция на наркомании, поведенчески и психични отклонения.
- 4. Анализи на психо-социалното измерение на промените в обществото.**
- 5. Супервизия на професионалисти и организации.**

На електронната страница на ПИСЕЛ можете да се информирате за предстоящи семинари и обучения. [www.ka-art.org/psychotherapy](http://www.ka-art.org/psychotherapy)

**Издава:** Превантивно-информационен център по проблемите на наркоманиите към Столична община

**Директор и гл. консултант:** д-р Дорита Кръстева

**Редактор:** Светлана Лесева

ISSN 1311-9567

София, 1504;

бул. „Васил Левски“ 126

тел.: (02) 944 64 97, факс: (02) 943 39 80

e-mail: [sofiamca@online.bg](mailto:sofiamca@online.bg)

[www.sofiamca.hit.bg](http://www.sofiamca.hit.bg)

Предпечат и печат: „Найс АН“ ЕООД