

**Reagowanie i podejmowanie
interwencji w przypadku
niestandardowych
zachowań osób**

Kompendium wiedzy



Praca zbiorowa

Reagowanie i podejmowanie interwencji w przypadku niestandardowych zachowań osób

Kompendium wiedzy



Katowice 2022

Praca zbiorowa:

Wstęp, podsumowanie: mł. asp. Jędrzej Kałuża

Rozdział I: podinsp. Michał Adamczyk

Rozdział II: nadkom. Arkadiusz Arseniuk, nadkom. Paweł Sitko

Rozdział III: podkom. Katarzyna Mazur-Niewiedział, mł. asp. Anna Wilczyńska

Rozdział IV: nadkom. Grzegorz Domaradzki, kom. Janina Bieniek

Rozdział V: podinsp. Paweł Wąsiel, mł. asp. Jędrzej Kałuża

Redakcja, korekta, skład:

Paweł Mięsiak

© Szkoła Policji w Katowicach, Katowice 2022. Pewne prawa zastrzeżone.

Niniejsza publikacja w całości stanowi materiał dydaktyczny Szkoły Policji w Katowicach.

Publikacja dostępna jest na licencji:

Creative Commons – Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Na tych samych warunkach (CC-BY-NC-SA) 4.0 Polska.

Postanowienia licencji są dostępne pod adresem:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.pl>

Spis treści

Wstęp	4
1. Ogólne zagadnienia dotyczące interwencji policyjnych	6
1.1. Osoby zażywające narkotyki.....	7
1.2. Osoby przejawiające symptomy zaburzeń psychicznych.....	8
1.3. Excited delirium	8
2. Aspekty prawne stosowania środków przymusu bezpośredniego i broni palnej przez policjantów	11
2.1. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez policjantów	11
2.2. Stosowanie środków przymusu przez policjantów na podstawie wybranych ustaw.....	19
2.3. Użycie lub wykorzystanie broni palnej przez policjanta	23
3. Psychologiczne aspekty reagowania i podejmowania interwencji w przypadku niestandardowych zachowań osób	30
4. Doskonalenie umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy	56
4.1. Obowiązek udzielania pierwszej pomocy.....	56
4.2. Postępowanie ratownicze na miejscu zdarzenia	58
4.3. Postępowanie z poszkodowanym po urazie.....	62
4.2. Postępowanie w sytuacjach nietypowych w stanie zagrożenia życia (m.in. excited delirium).....	63
5. Nowe wyzwania dla funkcjonariuszy podczas interwencji	67
5.1. Zachowanie się osób pod wpływem środków działających na ośrodkowy układ nerwowy oraz osób z zaburzeniami psychicznymi	67
5.2. Dystans.....	70
5.3. Obezwładnienie	71
5.4. Kontrola osoby w leżeniu przodem	73
5.5. Obchwyty szyi	74
5.6. Trzymanie opasujące osoby w parterze (hon kasa-gatame).....	75
5.7. Pozycja boczna	76
Podsumowanie	77
Bibliografia	78

Policja, realizując swoje ustawowe zadania związane z ochroną bezpieczeństwa ludzi i utrzymywaniem bezpieczeństwa i porządku publicznego, powinna stale aktualizować metody działania, a także sposoby reagowania na zachowania niezgodne z prawem, tak by przebiegały one w sposób profesjonalny, bezpieczny i najmniej dolegliwy. Wraz z rozwojem gospodarczym, industrialnym, społecznym czy cybernetycznym zmianie ulega charakter popełnianych przestępstw i wykroczeń, a także sposób działania sprawców. Policja, wychodząc naprzeciw tym przemianom, stale analizuje dynamikę popełnianych przestępstw, dostosowuje istniejące oraz wprowadza nowe procedury adekwatnie do aktualnych potrzeb oraz wymagań w tym zakresie.

W ostatnich latach niepokojącą eskalację można zauważyć również w dziedzinie substancji psychoaktywnych działających na ośrodkowy układ nerwowy, takich jak narkotyki, dopalacze czy podobnie działające środki. Zachowania osób pozostających pod ich wpływem stawiają przed funkcjonariuszami nowe wyzwania i wymagają dysponowania wszechstronną wiedzą, pozwalającą odróżnić zwykłą agresję od tej, która jest skutkiem zażycia środków odurzających. Reagowanie na naruszenia prawa przez osoby zdezorientowane, niekontrolujące swojego zachowania, niebezpieczne dla siebie, a także osób postronnych, w tym dla interweniujących policjantów jest niezwykle trudne. Użycie narkotyków czy alkoholu wpływa na wzrost ryzyka wystąpienia zachowań agresywnych i autoagresywnych, zaburzeń postrzegania sytuacji oraz zaburzeń w komunikacji. Przeprowadzenie działań wobec uczestników pozostających w takim stanie jest utrudnione na wielu płaszczyznach. Osoby pod wpływem tego typu środków nie reagują na polecenia, nie są w stanie realnie odnieść się do aktualnej sytuacji, dysponują zwiększoną siłą fizyczną lub nie reagują na ból.

Bardzo podobną charakterystykę zachowania można zauważyć u osób z zaburzeniami psychicznymi. Utrudniona komunikacja funkcjonariusza z takimi osobami podczas interwencji zmusza policjanta do użycia większej siły fizycznej jako środka

przymusu bezpośredniego, co z kolei może zagrażać osobie znajdującej się pod wpływem środków psychoaktywnych lub z zaburzeniami psychicznymi. Biorąc pod uwagę negatywny wpływ na organizm człowieka wspomnianych środków, ogromny wysiłek fizyczny podczas stawiania oporu, a często także trudny do przewidzenia negatywny skutek takiej niestandardowej interwencji jakim może być między innymi zranienie osoby, właściwa ocena stanu zdrowia oraz umiejętność udzielenia pomocy medycznej jest w takich sytuacjach absolutnie niezbędna. Zwracając na to uwagę, należy przybliżyć funkcjonariuszom tematykę interweniowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn w celu jak najbardziej profesjonalnego podejścia do tego typu interwencji.

Znajomość zagadnienia w tym zakresie może zmniejszyć ryzyko wystąpienia niepożądanych negatywnych skutków interweniowania w postaci uszkodzenia ciała, naruszenia funkcji życiowych lub nawet śmierci osób naruszających prawo. Powyższa tematyka jest o tyle skomplikowana, że skupia w sobie zagadnienia związane z podejmowaniem interwencji, aspekty psychologiczne, komunikacyjne, a także umiejętność oceny stanu zdrowia i udzielenia pomocy przedmedycznej.

W tym celu Decyzją nr 399 Komendanta Głównego Policji z dnia 18 listopada 2021 roku został wprowadzony do realizacji nowy kurs specjalistyczny w ramach doskonalenia zawodowego centralnego dla policjantów służby prewencyjnej z zakresu podejmowania interwencji i reagowania na niestandardowe zachowania osób, wobec których są one podejmowane. Jego realizacja powierzona została między innymi Szkole Policji w Katowicach, a pierwsza edycja rozpoczęła się 13 grudnia 2021 roku i jest kontynuowana.

Niniejsza publikacja, korelująca bezpośrednio z wprowadzonymi do realizacji przez Policję kursami specjalistycznymi wychodzi zatem naprzeciw szeroko pojętej teorii z tego zakresu, która w oparciu o walory praktyczne i szeroko pojęte doświadczenie stanowi syntetyczną całość, a co najistotniejsze, przekłada się na zwiększenie profesjonalizmu i bezpieczeństwa policjantów przeprowadzających interwencje.

Rozdział 1.

Ogólne zagadnienia dotyczące interwencji policyjnych

Jedną z podstawowych czynności podejmowanych przez policjantów jest przeprowadzanie interwencji wobec m.in. osób przejawiających symptomy zaburzeń psychicznych, niestandardowych zachowań oraz będących pod wpływem alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu, tj. substancji psychotropowych, psychoaktywnych, dopalaczy, itp. Najczęściej działania te przyjmują postać zdefiniowanej w art. 15 ust. 7c ustawy o Policji **interwencji**. Według definicji jest to „włączenie się policjanta lub policjantów w tok zdarzenia mogącego naruszać normy prawne i podjęcie działań zmierzających do ustalenia charakteru, rodzaju i okoliczności powstałego zdarzenia oraz przedsięwzięć ukierunkowanych na przywrócenie naruszonego porządku prawnego”. Czasem jednak działania Policji ukierunkowane są nie tyle na przywracanie naruszonego porządku prawnego, co na udzielanie pomocy bezpośrednio osobie będącej pod wpływem środków psychoaktywnych.

Na zakres podejmowanych czynności bezpośredni wpływ mają takie elementy, jak: czas, miejsce interwencji, osoby objęte czynnościami, charakter zdarzenia (zagrożenia) oraz wynikające z powyższego zadania do realizacji. Wskazane elementy w literaturze tematu nazywane są czynnikami obiektywnymi wpływającymi na bezpieczeństwo interweniujących policjantów. Obok nich wyróżniamy również czynniki subiektywne, takie jak wiedza i umiejętności ogólne i zawodowe policjanta, wyposażenie i uzbrojenie. O ile na pierwszą grupę czynników policjanci nie mają wpływu, o tyle w przypadku czynników subiektywnych na szczególną uwagę zasługuje przygotowanie zawodowe funkcjonariuszy, a w tym wiedza o podstawowych uprawnieniach. Do katalogu uprawnień, których treść i związane z nimi umiejętności powinni doskonalić policjanci, zaliczyć należy przede wszystkim:

1. Legitymowanie osób.
2. Zatrzymanie osoby.

3. Dokonywanie kontroli osobistej, przeglądanie zawartości bagażu i sprawdzanie ładunku, a także sprawdzenie prewencyjne.
4. Przeszukanie osób, pomieszczeń i rzeczy.
5. Wydawanie poleceń co do określonego zachowania się w związku z podejmowanymi czynnościami służbowymi,
6. Używanie środków przymusu bezpośredniego i broni palnej.
7. Współdziałanie z innymi służbami w zakresie ochrony życia, zdrowia, wolności i mienia.

Poniżej przedstawione zostały wybrane zagadnienia z zakresu taktyki interwencji wobec osób zażywających narkotyki, osób z zaburzeniami psychicznymi, a także będących w stanie *excited delirium*.

1.1. Osoby zażywające narkotyki

Szczególną uwagę i ostrożność należy zachować podczas przeszukiwania, kontroli osobistej i sprawdzania bagażu tych osób, a także sprawdzenia prewencyjnego. Wykonując wszelkie czynności, należy zwracać uwagę na:

- igły, strzykawki, waciki, nakrętki, odczynniki chemiczne, słomki do napojów itp., gdyż mogą one świadczyć, że osoba zażywa narkotyki,
- puste opakowania po lekach,
- zielony tytoń, bibułkę, brązowo-szare nasiona, blade palce rąk, silny zapach palonych liści,
- tuby kleju, różne pojemniki, plastikowe torebki z klejem, chusteczki, woreczki z materiału,
- bibułki nasączone roztworem, drobny granulak, cukier w kostkach, opłatki, małe tubki z płynem, silny zapach potu,
- strzykawki, igły, bezbarwny roztwór, tabletki, biały proszek, niezidentyfikowane opakowania,
- tabletki, drażetki różnych kolorów i opakowania po nich.

1.2. Osoby przejawiające symptomy zaburzeń psychicznych

Podczas przeprowadzania interwencji należy:

- prowadzić rozmowy w sposób zmierzający do uspokojenia osoby chorej,
- bezwzględnie unikać prowokowania osoby,
- prowadzić obserwację osoby chorej i oczekiwać do czasu przyjazdu lekarza,
- samodzielnie podjąć interwencję w sytuacji zagrożenia życia, zdrowia ludzkiego lub mienia.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje, że na żądanie lekarza, pielęgniarki lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych m.in. funkcjonariusz Policji jest zobowiązany do udzielenia pomocy w zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

1.3. Excited delirium

Występuje najczęściej u osób będących pod wpływem narkotyków (szczególnie kokainy, amfetaminy i jej pochodnych), środków psychoaktywnych (szczególnie dopalaczy zawierających katynony) oraz u osób z zaburzeniami psychicznymi (szczególnie ze schizofrenią i ostrym epizodem maniakalnym w przebiegu choroby dwubiegunowej), najczęściej gdy odstawiają stosowane leki. Osoby, u których wystąpi *excited delirium*, są pobudzone, zdezorientowane co do czasu i przestrzeni, halucynują najczęściej wzrokowo, słuchowo i czuciowo, są niezwykle silne, często są agresywne w stosunku do siebie i innych, mogą nie rozpoznawać znanych sobie osób, krzyczą, intensywnie się pocą, mają przyspieszoną częstość pracy serca, wzrasta temperatura ich ciała, mają częściowo lub całkowicie zniesione odczuwanie bólu.

Przyjmuje się, że przyczyną zgonu w tego typu przypadkach jest kombinacja normalnych fizjologicznych reakcji organizmu spowodowanych stresem i wysiłkiem fizycznym (pobudzenie w trakcie *excited delirium*, a potem w trakcie obezwładniania i unieruchamiania) oraz, w zależności od sytuacji, efektu działania narkotyków (szczególnie kokainy, amfetaminy i jej pochodnych), środków psychoaktywnych (np. dopalaczy zawierających katynony), leków (szczególnie wydłużających odstęp

QT w zapisie EKG, np. niektórych leków przeciwpsychotycznych) lub chorób naturalnych układu sercowo-naczyniowego.

Zalecenia związane z podejmowaniem interwencji wobec osoby, u której występują zaburzenia świadomości połączone z dezorientacją, halucynacjami i podnieceniem ruchowym:

Zasada pierwsza – pamiętaj, że osoba jest zazwyczaj niezwykle silna i może być groźna dla siebie i innych, w tym dla interweniujących funkcjonariuszy, przy czym może zerwać kontakt z rzeczywistością do tego stopnia, że nie będzie reagować w typowy sposób, a jej zachowanie będzie zupełnie nieprzewidywalne.

Interwencje w stosunku do takich osób muszą być zawsze, o ile to tylko możliwe, wspólnymi działaniami Policji i zespołu ratownictwa medycznego. Zespół taki musi być wezwany jak najszybciej.

Zasada druga – pamiętaj, że często osoby takie, jeżeli pozostawi się je samym sobie, uspokajają się nieco, co daje czas na przybycie zespołu ratownictwa medycznego. Jeżeli to tylko możliwe funkcjonariusze **nie powinni rozpoczynać żadnych działań, w tym w szczególności siłowych, przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego.**

Pobudzona osoba, która zostanie obezwładniona, przecież nie uspokoi się w tym momencie, nadal będzie pobudzona, będzie się szarpać, wyrywać co będzie wymagało ciągłego i długotrwałego użycia siły. **W takich okolicznościach może dojść do zatrzymania krążenia i oddechu.** Sytuacja taka, o ile wystąpi, wymaga natychmiastowego wdrożenia postępowania resuscytacyjnego i lepiej, żeby zespół ratownictwa medycznego był wtedy na miejscu.

Zasada trzecia – interwencja wobec takiej osoby jest prowadzona przez zespół ratownictwa medycznego przy wsparciu funkcjonariuszy Policji, którzy są obowiązani do udzielenia pomocy.

Interwencja polega w takich przypadkach m.in. na podaniu leków powodujących farmakologiczne „wyciszenie” i jak najszybszym przewiezieniu osoby do szpitala. Pomoc policjantów polega wówczas przede wszystkim na przytrzymaniu takiej

osoby, co umożliwiła przymusowe podanie leków. W niektórych przypadkach personel medyczny może żądać od policjantów także pomocy w unieruchomieniu lub izolacji.

Zasada czwarta – działania policjantów umożliwiające przymusowe podanie leków przez zespół ratownictwa medycznego muszą być szybkie, a przez to bardzo zdecydowane. Działania takie rodzą pewne niebezpieczeństwa dla przytrzymywanej osoby, ale w takich sytuacjach nie ma lepszego rozwiązania – im szybciej zostaną podane leki, tym lepiej dla takiej osoby. Postępowaniem z wyboru jest maksymalnie szybkie obezwładnienie z obchwytem szyi i wystawienie przytrzymywanej osoby na podanie dożylnego leku, a jeżeli to okaże się niemożliwe, to na podanie domięśniowe.

Policjanci w trakcie interwencji, na bazie zebranych informacji, w zależności od okoliczności mogą rozważyć zastosowanie wybranych środków przymusu bezpośredniego (np. siły fizycznej, kajdanek i przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej). Mogą również rozważyć prośbę o wsparcie osobowe lub sprzętowe. **Obezwładnienie z obchwytem szyi służy tylko do krótkotrwałego unieruchomienia osoby i przymusowego podania leków, a nie do jakiegokolwiek dłuższego unieruchamiania.**

Zasada piąta – jeżeli opisane w zasadzie drugiej przyjęcie postawy wyczekującej do czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego nie jest możliwe, a więc przede wszystkim w przypadkach zagrożenia zdrowia lub życia, to działania funkcjonariuszy muszą być podjęte od razu. Należy jednak pamiętać, że działania te mają wtedy na celu głównie „dotrwanie” do czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego.

W ich trakcie – z medycznego i taktycznego punktu widzenia – najlepsze byłoby użycie odpowiednio dobranych, w zależności od okoliczności, środków przymusu bezpośredniego, w szczególności: siły fizycznej, kajdanek i przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej, a niekiedy kaftana bezpieczeństwa, pasa obezwładniającego, siatki obezwładniającej lub kasku zabezpieczającego, a w skrajnych przypadkach nawet broni palnej. **Natomiast użycie chemicznych środków obezwładniających w postaci ręcznych miotaczy gazu jest mało skuteczne i nie jest zalecane.**

Rozdział 2.

Aspekty prawne stosowania środków przymusu bezpośredniego i broni palnej przez policjantów

2.1. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez policjantów

Podstawy prawne i zasady stosowania środków przymusu bezpośredniego

Podstawa prawna użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego przez policjantów:

- art. 16 ustawy o Policji¹,
- art. 11 pkt 1-6 i 8-14 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej².

Podstawa prawna użycia środków przymusu bezpośredniego przez policjantów (z ustaw szczególnych):

- art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego³,
- art. 42 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁴.

Podstawa prawna **użycia** broni palnej przez policjantów:

- art. 16 ustawy o Policji,
- art. 45 pkt 1 lit. a-c i e, pkt 2, 3 i pkt 4 lit. a i b ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

Zasady użycia środków przymusu bezpośredniego

Policjant do użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego może użyć środka przymusu bezpośredniego lub go wykorzystać do celów określonych

¹ Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji.

² Ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

³ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

⁴ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

w ustawie o **środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej** – wyłącznie w zakresie realizacji zadań określonych w ustawie o Policji.

Środków przymusu bezpośredniego używa się lub wykorzystuje się je w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania (*zasada niezbędności*), proporcjonalnie do stopnia zagrożenia (*zasada adekwatności*), wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości, środków przymusu bezpośredniego używa się lub wykorzystuje się je w sposób wyrządzający możliwie najmniejszą szkodę (*zasada minimalizacji skutku*).

Od użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego należy odstąpić, gdy cel ich użycia lub wykorzystania został osiągnięty (*zasada celowości*), środków przymusu bezpośredniego używa się lub wykorzystuje się je z zachowaniem szczególnej ostrożności, uwzględniając ich właściwości, które mogą stanowić zagrożenie życia lub zdrowia policjanta lub innej osoby.

W przypadku gdy uzasadniają to okoliczności zdarzenia, policjant może użyć jednocześnie więcej niż jednego środka przymusu bezpośredniego lub wykorzystać jednocześnie więcej niż jeden taki środek (*zasada łączenia środków przymusu bezpośredniego*).

Czynności przed użyciem środków przymusu bezpośredniego

Środków przymusu bezpośredniego można użyć po uprzednim bezskutecznym wezwaniu osoby do zachowania się zgodnego z prawem oraz po uprzedzeniu jej o zamiarze użycia tych środków.

Policjant odstępuje od wezwania osoby do zachowania zgodnego z prawem oraz uprzedzenia jej o zamiarze użycia środków przymusu bezpośredniego, w przypadku gdy:

- występuje bezpośrednio zagrożenie życia, zdrowia lub wolności policjanta lub innej osoby

lub

- zwłoka groziłaby niebezpieczeństwem dla dobra chronionego prawem, a środków przymusu bezpośredniego używa się prewencyjnie.

Przypadki użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego

Środków przymusu bezpośredniego można użyć lub wykorzystać je w przypadku konieczności podjęcia co najmniej jednego z następujących działań:

1. Wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania zgodnie z wydanym przez policjanta poleceniem.
2. Odparcia bezpośredniego, bezprawnego zamachu na życie, zdrowie lub wolność policjanta lub innej osoby.
3. Przeciwdziałania czynnościom zmierzającym bezpośrednio do zamachu na życie, zdrowie lub wolność policjanta lub innej osoby.
4. Przeciwdziałania naruszeniu porządku lub bezpieczeństwa publicznego.
5. Przeciwdziałania bezpośredniemu zamachowi na ochraniające przez policjanta obszary, obiekty lub urządzenia.
6. Ochrony porządku lub bezpieczeństwa na obszarach lub w obiektach chronionych przez policjanta.
7. NIE DOTYCZY POLICJI.
8. Przeciwdziałania niszczeniu mienia.
9. Zapewnienia bezpieczeństwa konwoju lub doprowadzenia.
10. Ujęcia osoby, udaremnienia jej ucieczki lub pościgu za tą osobą.
11. Zatrzymania osoby, udaremnienia jej ucieczki lub pościgu za tą osobą.
12. Pokonania biernego oporu.
13. Pokonania czynnego oporu.
14. Przeciwdziałania czynnościom zmierzającym do autoagresji.

Zakres stosowania wybranych środków przymusu bezpośredniego

Siła fizyczna

Siły fizycznej można użyć lub wykorzystać ją w przypadku konieczności podjęcia co najmniej jednego z następujących działań – w przypadkach 1-6, 8-14.

Używając siły fizycznej lub wykorzystując siłę fizyczną nie zadaje się uderzeń, chyba że policjant działa w celu odparcia zamachu na życie lub zdrowie własne lub innych osób albo na mienie lub przeciwdziała ucieczce.

Kajdanki

Kajdanek można użyć w przypadkach 1-6, 8-11, 13 i 14.

Kajdanek można użyć także na polecenie sądu lub prokuratora (*użycie obligatoryjne*).

Kajdanek używa się w celu częściowego unieruchomienia kończyn.

Kajdanki zakłada się na ręce trzymane z tyłu.

W przypadku prewencyjnego użycia kajdanek lub gdy w ocenie policjanta prawdopodobieństwo podjęcia próby ucieczki, stawiania czynnego oporu lub wystąpienia zachowania mogącego zagrażać życiu, zdrowiu lub mieniu jest nieznaczące, kajdanki można założyć na ręce trzymane z przodu.

Kajdanek zespolonych lub kajdanek zakładanych na nogi można użyć wyłącznie wobec osób:

- agresywnych,
- zatrzymanych w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa z użyciem broni palnej, materiałów wybuchowych lub innego niebezpiecznego narzędzia lub przestępstwa, o którym mowa w art. 115 § 20 (przestępstwo o charakterze terrorystycznym), art. 148 (zabójstwo) lub art. 258 (udział w zorganizowanej grupie przestępczej, kierowanie zorganizowaną grupą przestępczą) Kodeksu karnego⁵,
- pozbawionych wolności.

⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny.

Kajdanek zakładanych na nogi używa się równocześnie z kajdankami zakładanymi na ręce.

Po założeniu kajdanek policjant powinien:

- zabezpieczyć kajdanki kluczykiem, powodując tym samym trudności w samouwalnianiu się osoby w stosunku, do której je zastosowano oraz zapobiegając nadmiernemu ściśnięciu nadgarstka i tamowaniu obiegu krwi,
- obserwować osobę, by nie dopuścić do manipulowania przez nią ogniwami łańcucha (niebezpieczeństwo zerwania ogniwa).

Pałka służbowa

Pałkę służbową można użyć lub wykorzystać ją w przypadkach 1-6, 8-11 i 13.

Pałki służbowej używa się do obezwładnienia osoby przez zadanie bólu fizycznego lub do zablokowania kończyn albo wykorzystuje się ją w celu obezwładnienia zwierzęcia.

Pałki służbowej **nie** stosuje się wobec osób, w stosunku do których użyto:

- kajdanek,
- kaftana bezpieczeństwa,
- pasa obezwładniającego,
- siatki obezwładniającej
- obezwładnionych wskutek użycia przedmiotu przeznaczonego do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej – z wyjątkiem dźwigni transportowych stosowanych przy użyciu pałki służbowej.

Pałką służbową **nie** zadaje się uderzeń i pchnięć w:

- głowę,
- szyję,
- brzuch,
- nieumięśnione oraz szczególnie wrażliwe części ciała.

Z wyjątkiem sytuacji, gdy zachodzi konieczność odparcia zamachu stwarzającego bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia policjanta lub innej osoby.

Chemiczne środki obezwładniające

Chemicznych środków obezwładniających w postaci ręcznych miotaczy substancji obezwładniających, plecakowych miotaczy substancji obezwładniających, granatów łzawiących oraz innych urządzeń przeznaczonych do miotania środków obezwładniających można użyć lub wykorzystać w przypadkach 1-6, 8-13.

Chemicznych środków obezwładniających używa się lub wykorzystuje się je w celu krótkotrwałego zakłócenia orientacji przestrzennej lub obezwładnienia.

Chemicznych środków obezwładniających **nie** używa się wobec osób, w stosunku do których użyto:

- kajdanek,
- kaftana bezpieczeństwa,
- pasa obezwładniającego,
- siatki obezwładniającej,
- przedmiotu przeznaczonego do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej.

Siatka obezwładniająca

Siatki obezwładniającej można użyć lub ją wykorzystać, jeżeli użycie innych środków przymusu bezpośredniego jest niemożliwe albo może okazać się nieskuteczne, w przypadkach 2-5, 10 i 11.

Siatki obezwładniającej używa się w celu unieruchomienia osoby lub wykorzystuje się ją w celu unieruchomienia zwierzęcia. Miota się ją z broni palnej lub innych urządzeń albo zarzuca się ją ręcznie.

Paralizator elektryczny

Przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej można użyć lub wykorzystać je w przypadkach: 2, 3, 5, 8-11 i 13.

Przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej używa się w celu krótkotrwałego obezwładnienia osoby lub wykorzystuje

się w celu krótkotrwałego obezwładnienia zwierzęcia, jeżeli użycie innych środków przymusu bezpośredniego jest niemożliwe albo może okazać się nieskuteczne.

Przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej **nie** używa się wobec osób, w stosunku do których użyto:

- kajdanek,
- kaftana bezpieczeństwa,
- pasa obezwładniającego,
- siatki obezwładniającej.

Używając przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej **nie** celuje się w głowę.

Kaftan bezpieczeństwa i pas obezwładniający

Kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego używa się, jeżeli użycie innych środków przymusu bezpośredniego jest niemożliwe albo może okazać się nieskuteczne, w przypadkach 3, 4, 6, 10, 11, 13 i 14.

Kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego jednoczęściowego używa się w celu unieruchomienia rąk. Pasa obezwładniającego wieloczęściowego używa się w celu unieruchomienia osoby.

Użycie kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego nie może utrudniać oddychania lub tamować obiegu krwi.

W przypadku użycia kaftana bezpieczeństwa lub pasa obezwładniającego w stosunku do nieletniego lub kobiety o widocznej ciąży, osobie tej należy niezwłocznie zapewnić pomoc medyczną, a dalsze użycie tych środków uzależnia się od opinii osoby udzielającej tej pomocy.

Kask zabezpieczający

Kasku zabezpieczającego można użyć w przypadku 14. Kasku zabezpieczającego używa się w celu zapobieżenia samookaleczeniu głowy, po uprzednim założeniu pasa

obezwładniającego jednocześnie lub kaftana bezpieczeństwa albo kajdanek na ręce trzymane z tyłu.

Decyzję o użyciu lub wykorzystaniu środków przymusu bezpośredniego, w postaci:

- kaftana bezpieczeństwa,
- pasa obezwładniającego,
- kasku zabezpieczającego,

podejmuje:

- kierownik jednostki organizacyjnej Policji albo osoby przez niego upoważnione, a w razie ich nieobecności – dyżurny jednostki,
- podczas konwoju, doprowadzenia lub wykonywania innych zadań służbowych przez grupę funkcjonariuszy – dowódca konwoju lub grupy funkcjonariuszy.

Prewencyjne użycie środków przymusu bezpośredniego

Środków przymusu bezpośredniego w postaci:

- siły fizycznej w postaci technik transportowych,
- kajdanek,
- kaftanu bezpieczeństwa,
- pasa obezwładniającego
- kasku zabezpieczającego

można użyć **prewencyjnie** w celu zapobieżenia ucieczce osoby ujętej, doprowadzanej, zatrzymanej, konwojowanej lub umieszczonej w strzeżonym ośrodku, areszcie w celu wydalenia lub osoby pozbawionej wolności, a także w celu zapobieżenia objawom agresji lub autoagresji tych osób.

Zakazy podmiotowe

Policjant może użyć wyłącznie siły fizycznej w postaci technik obezwładnienia wobec:

- kobiet o widocznej ciąży,
- osób, których wygląd wskazuje na wiek do 13 lat,
- osób o widocznej niepełnosprawności.

2.2. Stosowanie środków przymusu przez policjantów na podstawie wybranych ustaw

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (u.o.z.p.)⁶

Podstawowe pojęcia:

- 1) Osoba z zaburzeniami psychicznymi:
 - a. chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychiatryczne),
 - b. upośledzona umysłowo,
 - c. wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.
- 2) Przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej.
- 3) Przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody.
- 4) Unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.
- 5) Izolacja – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego można stosować tylko wtedy, gdy przepis ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby.
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu,

⁶ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub

3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego **decyduje lekarz**, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie.

W szpitalach psychiatrycznych, innych zakładach leczniczych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie **pielęgniarka**, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza.

W szpitalu psychiatrycznym oraz w innym zakładzie leczniczym lekarz niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, która:

1. dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu lub w sposób gwałtowny niszczy, uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu – polega na **przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu** lub **izolacji**,
2. poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej – polega na **przytrzymaniu** lub **przymusowym podaniu leków**,
3. dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu lub w sposób gwałtowny niszczy, uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu w sytuacji, w której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego polega na **przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków** lub **unieruchomieniu**.

W sytuacji, w której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu.

Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.

Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

W przypadkach gdy osoba dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, **Policja**, jednostki Służby Więziennej oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.

Doprowadzenie przez Policję – art. 46a u.o.z.p..

1. Przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się art. 18 u.o.z.p..
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 art. 18 u.o.z.p., przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe.
3. Zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie przez Policję, na podstawie postanowienia sądu, następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁷

Art. 42

1. Wobec osoby przyjętej albo wobec osoby zatrzymanej w jednostce Policji, która stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, lub niszczy przedmioty znajdujące się w otoczeniu, może być zastosowany przymus bezpośredni.
2. Przymus bezpośredni zastosowany w:
 - 1) izbie wytrzeźwień lub placówce – polega na przytrzymaniu, unieruchomieniu, przymusowym podaniu produktu leczniczego lub izolacji;
 - 2) jednostce Policji – polega na przytrzymaniu, unieruchomieniu lub izolacji.

Art. 42 ust. 4

W jednostkach Policji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i zaprzestaniu jego zastosowania decyduje:

- komendant jednostki Policji lub,
- osoba przez niego upoważniona,
- podczas ich nieobecności – dyżurny jednostki Policji.

Art. 42 ust. 5

Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osób wymienionych, o których mowa w ust. 4, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje oraz przymus ten wykonuje funkcjonariusz Policji. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego funkcjonariusz Policji niezwłocznie informuje osoby, o których mowa w ust. 4.

Art. 42 ust. 7

Stosowanie przymusu bezpośredniego przewidzianego w innych przepisach jest **dopuszczalne jedynie** po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie lub gdyby jego zastosowanie było **niecelowe**.

⁷ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

2.3. Użycie lub wykorzystanie broni palnej przez policjanta

Warunki użycia lub wykorzystania broni palnej⁸

Broń palną używa się lub wykorzystuje się ją wyłącznie w sytuacji, jeżeli użycie lub wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego:

- okazało się niewystarczające do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania lub,
- nie jest możliwe ze względu na okoliczności zdarzenia.

Zasady użycia lub wykorzystania broni palnej⁹

Podjmując decyzję o użyciu lub wykorzystaniu broni palnej, należy postępować ze szczególną rozważą i traktować jej użycie jako środek ostateczny.

broń palną używa się lub wykorzystuje w sposób wyrządzający możliwie najmniejszą szkodę (*zasada minimalizacji szkody*).

od użycia lub wykorzystania broni palnej należy odstąpić, gdy cel jej użycia lub wykorzystania został osiągnięty (*zasada celowości*).

Czynności przed użyciem broni palnej

Procedura pełna przed użyciem broni palnej

Przed użyciem broni palnej policjant podejmuje następujące działania:

Identyfikuje swoją służbę okrzykiem: „POLICJA!”. Wzywa osobę do zachowania zgodnego z prawem, a w szczególności do:

- natychmiastowego porzucenia broni lub innego niebezpiecznego przedmiotu, którego użycie może zagrozić życiu, zdrowiu lub wolności policjanta lub innej osoby,
- zaniechania ucieczki,
- odstąpienia od użycia przemocy.

⁸ Art. 6 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

⁹ Tamże, art. 7.

W przypadku niepodporządkowania się powyższym wezwaniom policjant uprzedza o użyciu broni palnej okrzykiem: „STÓJ, BO STRZELAM!”, a jeżeli wezwanie to okaże się nieskuteczne, oddaje STRZAŁ OSTRZEGAWCZY w bezpiecznym kierunku.

Procedura skrócona przed użyciem broni palnej – I

Od procedury pełnej lub jej poszczególnych elementów, w szczególności od oddania strzału ostrzegawczego, można odstąpić, jeżeli ich zrealizowanie groziłoby bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia policjanta lub innej osoby lub jest to niezbędne dla zapobieżenia wystąpieniu zdarzenia o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 115 § 20 k.k. (przestępstwo o charakterze terrorystycznym), a inne środki ze względu na okoliczności mogłyby okazać się niewystarczające.

Procedura skrócona przed użyciem broni palnej – II

Przed rozpoczęciem konwoju lub doprowadzenia policjant uprzedza osobę pozbawioną wolności o możliwości użycia w stosunku do niej broni palnej w przypadku podjęcia przez nią próby ucieczki. Użycie broni palnej możliwe jest w przypadku konieczności ujęcia lub udaremnienia ucieczki osoby zatrzymanej, tymczasowo aresztowanej lub odbywającej karę pozbawienia wolności, jeżeli:

- ucieczka tej osoby stwarza zagrożenie życia lub zdrowia policjanta lub innej osoby,
- istnieje uzasadnione podejrzenie, że osoba ta może użyć materiałów wybuchowych, broni palnej lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu,
- pozbawienie wolności nastąpiło w związku z uzasadnionym podejrzeniem lub stwierdzeniem popełnienia przestępstwa, o którym mowa w:
 - art. 115 § 20 (przestępstwo o charakterze terrorystycznym),
 - art. 148 (zabójstwo),
 - art. 156 § 1 (ciężkie uszkodzenie ciała),
 - art. 163-165 (sprowadzenie katastrofy, sprowadzenie niebezpieczeństwa katastrofy, sprowadzenie niebezpieczeństwa powszechnego),

- art. 197 (zgwałcenie, doprowadzenie do innej czynności seksualnej),
- art. 252 (branie lub przetrzymywanie zakładnika),
- art. 280-282 (rozbój, kradzież rozbójnicza, wymuszenie rozbójnicze) – ustawy Kodeks karny.

Czynności po użyciu lub wykorzystaniu broni palnej¹⁰

W przypadku gdy w wyniku użycia lub wykorzystania broni palnej nastąpiło zranienie osoby lub wystąpiły inne widoczne objawy zagrożenia życia lub zdrowia tej osoby, policjant udziela jej niezwłocznie pierwszej pomocy, a w razie potrzeby zapewnia wezwanie kwalifikowanej pierwszej pomocy lub podmiotów świadczących medyczne czynności ratunkowe. W przypadku gdy w wyniku użycia lub wykorzystania broni palnej nastąpiło zranienie osoby lub wystąpiły inne widoczne objawy zagrożenia życia lub zdrowia tej osoby albo nastąpiła jej śmierć, zranienie lub śmierć zwierzęcia, albo zniszczenie mienia, policjant:

- zabezpiecza miejsce zdarzenia, także przed dostępem osób postronnych,
- ustala świadków zdarzenia,
- powiadamia o zdarzeniu właściwego przełożonego lub osobę pełniącą służbę dyżurną.

Policjant może odstąpić od udzielenia pierwszej pomocy, w przypadku gdy zachodzi jedna z następujących okoliczności:

- udzielenie tej pomocy może zagrozić życiu, zdrowiu lub bezpieczeństwu policjanta lub innej osoby,
- udzielenie tej pomocy spowodowałoby konieczność zaniechania przez policjanta czynności ochronnych wobec osób, ważnych obiektów, urządzeń lub obszarów lub w ramach konwoju lub doprowadzenia,

¹⁰ Realizacja czynności po użyciu lub wykorzystaniu skutkowym środków przymusu bezpośredniego jest identyczna jak czynności po użyciu lub wykorzystaniu broni palnej.

- udzielenie pomocy osobie poszkodowanej zostało zapewnione przez inne osoby lub podmioty zobowiązane do jej udzielenia,
- policjant nie może odstąpić od zapewnienia udzielenia medycznych czynności ratunkowych kobiecie ciężarnej, wobec której użyto broni palnej,
- w przypadku odstąpienia od udzielenia pierwszej pomocy lub gdy osoba poszkodowana sprzeciwia się udzieleniu tej pomocy policjant zapewnia wezwanie kwalifikowanej pierwszej pomocy lub podmiotów świadczących medyczne czynności ratunkowe.

Od zabezpieczenia miejsca zdarzenia, także przed dostępem osób postronnych oraz ustalaniem świadków zdarzenia można odstąpić, w przypadku gdy:

- zagrożiłoby to życiu, zdrowiu lub bezpieczeństwu policjanta lub innej osoby,
- spowodowałyby to konieczność zaniechania przez policjanta czynności ochronnych wobec osób, ważnych obiektów, urządzeń lub obszarów lub w ramach konwoju lub doprowadzenia do czasu ustania tego zagrożenia lub tej konieczności.

O każdym przypadku użycia lub wykorzystania broni palnej policjant niezwłocznie powiadamia przełożonego lub osobę pełniącą służbę dyżurną.

Pomoc prawna i psychologiczna dla funkcjonariusza policji po użyciu lub wykorzystaniu broni palnej

W przypadku gdy w wyniku użycia lub wykorzystania broni palnej nastąpiła śmierć osoby bądź nastąpiło zranienie osoby w wyniku użycia lub wykorzystania broni palnej, właściwy przełożony lub osoba pełniąca służbę dyżurną niezwłocznie zapewniają policjantowi niezbędną pomoc, w szczególności psychologiczną lub prawną. Pomoc prawna polega na zwrocie kosztów poniesionych na ochronę prawną do wysokości wynagrodzenia jednego obrońcy, określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 16 ust. 2 i 3 oraz art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. – Prawo o adwokaturze, jeżeli postępowanie karne wszczęte przeciwko policjantowi o czyn popełniony

w związku z użyciem lub wykorzystaniem środków przymusu bezpośredniego lub broni palnej, którego następstwem była śmierć osoby bądź zranienie osoby w wyniku użycia lub wykorzystania broni palnej, zostało zakończone prawomocnym wyrokiem uniewinniającym albo orzeczeniem o umorzeniu postępowania z powodu niepopelnienia przestępstwa lub braku ustawowych znamion czynu zabronionego.

Przypadki użycia broni palnej¹¹

Broni palnej można użyć, gdy zaistnieje co najmniej jeden z następujących przypadków:

1. przypadek

konieczność odparcia bezpośredniego bezprawnego zamachu na:

- a) życie, zdrowie lub wolność policjanta lub innej osoby albo konieczność przeciwdziałania czynnościom zmierzającym bezpośrednio do takiego zamachu,
- b) ważne obiekty, urządzenia lub obszary albo konieczność przeciwdziałania czynnościom zmierzającym bezpośrednio do takiego zamachu,
- c) mienie, który stwarza jednocześnie bezpośrednio zagrożenie życia, zdrowia lub wolności policjanta lub innej osoby, albo konieczność przeciwdziałania czynnościom zmierzającym bezpośrednio do takiego zamachu,
- e) bezpieczeństwo konwoju lub doprowadzenia.

2. przypadek

konieczność przeciwstawienia się osobie:

- a) niepodporządkowującej się wezwaniu do natychmiastowego porzucenia broni, materiału wybuchowego lub innego niebezpiecznego przedmiotu, którego użycie może zagrozić życiu, zdrowiu lub wolności uprawnionego lub innej osoby,

¹¹ Art. 45 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

- b) która usiłuje bezprawnie odebrać broń palną policjantowi lub innej osobie uprawnionej do jej posiadania.

3. przypadek

bezpośredni pościg za osobą, wobec której:

- a) użycie broni palnej było dopuszczalne w przypadkach określonych w przypadku 1 lit. a-c i przypadku 2,
- b) istnieje uzasadnione podejrzenie, że popełniła przestępstwo, o którym mowa w art. 115 § 20, art. 148, art. 156 § 1, art. 163-165, art. 197, art. 252 i art. 280-282 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

4. przypadek

konieczność:

- a) ujęcia osoby:
- wobec której użycie broni palnej było dopuszczalne w przypadkach określonych w przypadku 1 lit. a-c i przypadku 2,
 - wobec której istnieje uzasadnione podejrzenie, że popełniła przestępstwo, o którym mowa w art. 115 § 20, art. 148, art. 156 § 1, art. 163-165, art. 197, art. 252 i art. 280-282 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny,
 - dokonującej zamachu, o którym mowa w przypadku 1 lit. e,
 - jeżeli schroniła się w miejscu trudno dostępnym, a z okoliczności zdarzenia wynika, że może użyć broni palnej lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu.
- b) ujęcia lub udaremnienia ucieczki osoby zatrzymanej, tymczasowo aresztowanej lub odbywającej karę pozbawienia wolności, jeżeli:
- ucieczka tej osoby stwarza zagrożenie życia lub zdrowia policjanta lub innej osoby,
 - istnieje uzasadnione podejrzenie, że osoba ta może użyć materiałów wybuchowych, broni palnej lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu,

- pozbawienie wolności nastąpiło w związku z uzasadnionym podejrzeniem lub stwierdzeniem popełnienia przestępstwa, o którym mowa w art. 115 § 20, art. 148, art. 156 § 1, art. 163-165, art. 197, art. 252 i art. 280-282 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Rozdział 3.

Psychologiczne aspekty reagowania i podejmowania interwencji w przypadku niestandardowych zachowań osób

Zaburzenia psychiczne oraz choroby psychiczne są czymś powszechnie występującym w populacji. Nie są one zjawiskiem marginalnym. Niestety nadal w świadomości społeczeństwa osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne oraz choroby psychiczne nie są postrzegane pozytywnie, często są traktowane przedmiotowo lub wręcz krzywdząco. Choroba psychiczna, a tak dokładnie jej objawy odbierane są również jako intencjonalne, złośliwe działanie. Wynika to po części z braku wiedzy dotyczącej tego, czym jest dane zaburzenie i jakie może wywoływać zachowania, a po części z ich bagatelizowania. Społeczeństwo jest mniej wyrozumiałe wobec osób cierpiących na choroby psychiczne niż na choroby somatyczne. To w prostej linii prowadzi do łamania praw człowieka i nieprzestrzegania zasad humanitarnego traktowania tych osób. Skoro tak jest warto, aby przedstawiciele służb pomocowych, w tym właśnie policjanci, mieli podstawową chociaż wiedzę w tym zakresie, by być bardziej efektywnymi i świadomymi. Warto, by policjanci wiedzieli, czy dana choroba sprawia, że zachowanie osoby zawsze jest nieprzewidywalne, a chory nie kontroluje swoich reakcji. Kiedy zachowanie chorego może zagrażać jego zdrowiu i życiu lub zdrowiu i życiu policjantów. Bowiern taka wiedza przekłada się bezpośrednio na bezpieczeństwo policjantów podczas wykonywania czynności służbowych z osobami, które na nie cierpią.

Badania prowadzone w ostatnich latach wykazały, że zaburzenia zdrowia psychicznego dotknęły chociaż raz w życiu ponad 20% dorosłych Polaków. Nadal jednak, mimo sporego rozwoju medycyny i opieki medycznej – duża część przypadków pozostaje bez diagnozy i potrzebnego leczenia¹². Głównie z powodu zmian demograficznych

¹² M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, s. 19.

w ciągu ostatniej dekady nastąpił 13-procentowy wzrost chorób psychicznych i zaburzeń **związanych z używaniem substancji (jakich???)**¹³.

Nie sposób opisać wszystkich rodzajów oraz kategorii zaburzeń i chorób psychicznych, dlatego skupimy się na tych, które występują najczęściej, a ich obraz kliniczny przebiega ze swoistymi objawami. To pozwoli policjantom na ich rozpoznanie, a w efekcie na adekwatne i bezpieczne, a zarazem podmiotowe podejście do danej osoby, a zatem niewulgarne godności ludzkiej traktowanie.

Schizofrenia

Jest jedną z najczęstszych ciężkich chorób psychicznych, dotykającą ponad 20 milionów ludzi na świecie¹⁴. Występuje we wszystkich kręgach kulturowych na całym świecie¹⁵. Do dzisiaj nie poznano dokładnie wszystkich przyczyn tej choroby. Wymienia się jednak kilka głównych zmiennych, które mogą powodować większą podatność na tą chorobę. Główną przyczyną są zaburzenia równowagi pomiędzy substancjami chemicznymi (neuroprzekaźnikami) w mózgu. Drugą z przyczyn podaje się podłoże genetyczne. Współdziałanie wielu genów jednocześnie jest ważnym czynnikiem decydującym o tym, czy u danej osoby wystąpi czy też nie wystąpi schizofrenia. Czynniki psychiczne, zwłaszcza wysoki poziom stresu mogą doprowadzić do nasilenia się choroby lub częstszych jej epizodów¹⁶.

Schizofrenia rozpoczyna się najczęściej w okresie wczesnej adolescencji. Początek choroby przypada najczęściej na okres pomiędzy 15. a 25. rokiem życia, pierwsze epizody zwykle pojawiają się do 40. roku życia, po tym wieku choroba rzadko się ujawnia¹⁷. Mężczyźni i kobiety chorują mniej więcej z równą częstością. Jednakże u mężczyzn choroba zaczyna się średnio o 3-5 lat wcześniej niż u kobiet, u których z kolei objawy są mniej nasilone. Osoby ze schizofrenią często doświadczają naruszeń

¹³ <https://www.who.int/health-topics/mental-health> (6.03.2022).

¹⁴ <https://loudcloudhealth.com/resources/schizophrenia-statistics> (6.03.2022).

¹⁵ J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, s. 550.

¹⁶ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, s. 500.

¹⁷ <https://loudcloudhealth.com/resources/schizophrenia-statistics> (6.03.2022).

praw człowieka zarówno w instytucjach zdrowia psychicznego, służb porządkowych, jak i w grupach społecznych. Stygmatyzacja osób z tym schorzeniem jest intensywna i powszechna, powodując wykluczenie społeczne i wpływając na ich relacje z innymi, w tym rodziną i przyjaciółmi. Przyczynia się to do dyskryminacji¹⁸.

Schizofrenia przebiega z całym szeregiem objawów obejmujących zaburzenia spostrzegania, myślenia, działania i poczucia. Charakterystyczną cechą schizofrenii jest występowanie epizodów psychotycznych (urojeń, omamów, zaburzenia myślenia, zaburzenia funkcjonowania, zdeorganizowanego zachowania) oraz okresów zubożenia emocjonalnego, apatii i wycofania. Objawy schizofrenii są w psychiatrii zwyczajowo dzielone na dwie grupy: objawy pozytywne (czyli coś, co występuje, pojawia się, choć zgodnie z normą nie powinno wystąpić) i objawy negatywne (dysfunkcja, brak pewnych funkcji lub zachowań).

Objawy pozytywne nazywane tak, ponieważ są one wytwarzane przez proces chorobowy:

- omamy – występują w różnej formie, najczęściej słuchowe. Polegają na tym, że osoby chore słyszą „głosy“ umieszczone w ich głowach albo dobiegające z zewnątrz. Głosy podpowiadają, co chory ma zrobić, komentują jego zachowanie lub wypowiadają się o nim krytycznie. Mogą mieć stały charakter i być utożsamiane przez pacjenta z konkretnymi osobami. Takie głosy mogą nawet nakazywać zrobienie czegoś osobie chorej, dlatego mogą być bardzo niebezpieczne – zwłaszcza jeśli namawiają do zrobienia krzywdy sobie lub komuś z otoczenia osoby chorej. Typowym dla schizofrenii rodzajem omamów są omamy smakowe, węchowe i wzrokowe, polegające na odczuwaniu lub widzeniu rzeczy, które nie istnieją w rzeczywistości. Ważne jest, by wiedzieć, że chory jest przekonany o prawdziwości i realności tych dozna,
- urojenia – to fałszywe i nierealistyczne sądy. Chory ma poczucie, że jest obserwowany, prześladowany, wyszydzany i obmawiany zarówno przez znajomych, jak i nieznajomych. Niektóre urojenia nazywane są wtórnymi, jeśli ich powstanie

¹⁸ <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> (6.03.2022 r.).

związane jest z próbą interpretacji przez pacjenta przeżywanymi omamów. Chory podejrzewa, że za przekazem głosów lub myśli, może stać jakaś siła wyższa, UFO lub służby specjalne. W ten sposób dochodzi do powstania urojeń prześladowczych – chory jest przeświadczony o tym, że jest prześladowany, podsłuchiwany i śledzony. Urojenia mogą mieć również charakter pierwotny. Urojenia występują w pewnym okresie choroby u ponad 90% chorych na schizofrenię¹⁹. Są więc bardzo diagnostycznym objawem schizofrenii,

- dezorganizacja mowy, zachowania i myślenia – zmiany w sposobie mówienia, zachowaniu i myśleniu. Chory nie łączy wątków, nie ma związku pomiędzy myślami a mową. Wypowiedzi stają się zawiłe, niespójne, z przeskokami logicznymi pomiędzy wątkami, często polegają na wypowiedzaniu niepowiązanych ze sobą zestawów słów. Również zachowanie staje się zdeorganizowane z narastającym napięciem, pobudzeniem, brakiem przewidywania skutków wykonywanych działań. Objawy negatywne nazywane tak, ponieważ oznaczają zanik lub ubytek cech i funkcji prawidłowych:

- spłycenie emocjonalne – osłabienie wszystkich rodzajów ekspresji emocji np. poprzez mimikę twarzy, język ciała, ton wypowiedzi,
- zubożenie wypowiedzi (alogia) – wypowiedzi są krótkie, zawierają mało informacji,
- awolacja – ogólny brak napędu, aby wykonywać jakiegokolwiek czynności, w tym te składające się na zwykłe czynności życia codziennego, apatia,
- anhedonia – niemożność doświadczenia przyjemności,
- wycofanie społeczne – unikanie towarzystwa innych ludzi, aż do całkowitego rezygnowania ze związków uczuciowych i relacji seksualnych,
- zachowania katatoniczne – przyjmowanie niezwykłych postaw ciała, manieryzmy, sztywność ciała²⁰.

Warto podkreślić, że schizofrenia z uwagi na występowanie określonych objawów, występuje w wielu postaciach. Stąd też wyróżniamy jej pięć typów: schizofrenia

¹⁹ *Schizofrenia poradnik*, s. 24.

²⁰ Tamże.

paranoidalna, schizofrenia katatoniczna, schizofrenia niezróżnicowana, schizofrenia resztkowa i schizofrenia zdezorganizowana²¹.

Postępowanie z osobą chorą na schizofrenię – ogólne zasady, których powinni przestrzegać policjanci:

- zaakceptuj stan zdrowia osoby,
- wykazuj zrozumienie, że jest w silnym lęku i niepokoju,
- uspokajaj chorego, mów łagodnym tonem nie przecząc urojeniom,
- mów: wiem jak źle się czujesz, jesteś ze mną bezpieczny/a itd.,
- pamiętaj, że osoba w silnym lęku nie myśli o sprawach prozaicznych, trzeba się nią zaopiekować,
- zachowaj spokój, nie wykonuj gwałtownych ruchów,
- zachowaj dystans fizyczny i nie pokonuj go na siłę,
- zadbaj o własne bezpieczeństwo (usuń z najbliższego otoczenia niebezpieczne przedmioty),
- nie bój się, panuj nad własnymi emocjami,
- zadbaj o dobrą atmosferę rozmowy,
- schizofrenicy to ludzie wyczuleni na świat zewnętrzny – duża ilość wrażeń, liczebność osób – drażni ich, powinien rozmawiać jeden policjant, należy zrezygnować z obserwatorów,
- nie zaprzeczaj, ale też nie zgadzaj się z treścią urojeń, nie przerywaj,
- nie dyskutuj na temat logiki urojeń i halucynacji. Nie staraj się zmieniać sposobu widzenia rzeczywistości przez osobę chorą, nie tłumacz, że to co on widzi czy słyszy, jest ułudą,
- nie wyśmiewaj,
- traktuj z szacunkiem, nie protekcjonalnie,
- pamiętaj: stygmatyzacja, dyskryminacja i łamanie praw człowieka osób ze schizofrenią są powszechne. Nie powielaj takich zachowań.

²¹ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, s. 455.

Depresja i mania jako zaburzenia nastroju

Depresja

Obniża nastrój, wywołuje poczucie smutku, beznadziei, bierność, a w konsekwencji zaburzenia snu i odżywiania²². Do tej pory nie wskazano, co powoduje depresję, stwierdzono jedynie, że jej przyczynę stanowi współistnienie wielu czynników psychicznych i biologicznych. Dużą rolę w rozwoju choroby odgrywają zaburzenia przekazywania nerwowego, dotyczące głównie noradrenaliny, dopaminy i serotoniny. Ponadto ryzyko wystąpienia choroby zależy od predyspozycji genetycznych. Na rozwój depresji wpływ mają trudne, traumatyczne przeżycia oraz inne czynniki środowiskowe. Ważne jest jednak to, iż same nieprzyjemne i traumatyczne przeżycia nie stanowią bezpośredniej lub jedynej przyczyny depresji²³. Na całym świecie szacuje się, że 5% dorosłych cierpi na to zaburzenie²⁴. Główne objawy depresji to:

- złe samopoczucie i apatyczny nastrój,
- utrata lub zmniejszenie wrażliwości na bodźce/obojętność,
- niezdolność do odczuwania przyjemności, rozmyślanie o śmierci lub samobójstwie,
- wycofanie się z kontaktu z innymi osobami,
- poczucie beznadziejności,
- zaburzenia snu/wczesne budzenie się,
- zaburzenia odżywiania, np. zmniejszenie łaknienia.

W niektórych przypadkach depresja objawia się mniej typowo, poprzez zaburzenia koncentracji, zaburzenia snu, odczuwanie przewlekłego bólu, obniżenie apetytu lub libido.

Postępowanie z osobą cierpiącą na depresję – ogólne zasady, których powinni przestrzegać policjanci:

- nie wyzwalaj u tej osoby dodatkowych negatywnych emocji, poprzez np. krzyki, lekceważenie osoby i jej problemów, ironiczny uśmiech,

²² M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, s. 270.

²³ Tamże, s. 283.

²⁴ <https://www.who.int/health-topics/depression>.

- mów wyraźnie i wolno,
- zapewnij opiekę lub nadzór osobie, nie pozostawiaj samej z problemem,
- staraj się osobę uspokoić,
- zachęcaj osobę do mówienia,
- wykaż zrozumienie dla jego problemów,
- nie pospieszaj rozmówcy, niekiedy musisz czekać na odpowiedź dłużej niż zwykle, osoba może potrzebować czasu na przeanalizowanie twojej wypowiedzi,
- stwórz poczucie bezpieczeństwa, postaraj się aby osoba nie postrzegąła ciebie jako źródła zagrożenia,
- słuchaj aktywnie, możesz dowiedzieć się jak pomóc.

Mania

Podwyższa nastrój. W tym stanie występuje ciągły stan zadowolenia, radości, szczęścia oraz brak adekwatnych reakcji na przykre wydarzenia. Osoba jest bardzo pobudzona, tempo myślenia ulega przyspieszeniu, potrafi działać przez wiele godzin bez odpoczynku. Ten stan cechuje brak krytycyzmu i kontroli wobec siebie i swojego działania, a chory nie dostrzega żadnych przeszkód w drodze do realizacji wytyczonego celu. Mania objawia się:

- wzmożoną aktywnością motoryczną,
- drażliwością, wzmożonym nastrojem,
- przyspieszeniem procesów myślowych (gonitwa myśli),
- zwykle głośną mową, gwałtowną i trudną do zrozumienia,
- euforią.

Postępowanie z osobą cierpiącą na manię – ogólne zasady, których powinni przestrzegać policjanci:

- zadbaj o swoje bezpieczeństwo, jak i osób postronnych,
- stwórz pozytywną atmosferę,
- dostosuj się do swojego rozmówcy – do tempa jego wypowiedzi,

- zachowaj spokój, nie okazuj silnych emocji, staraj się poprzez swój spokój wyciszyć osobę, z którą masz kontakt,
- unikaj osądzania jej zachowania.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (lub choroba afektywna dwubiegunowa)

Jest to zaburzenie z kręgu zaburzeń nastroju objawiające się epizodami manii lub hipomanii występującymi naprzemiennie z epizodami depresji. Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) objawia się występowaniem naprzemiennie epizodów depresji i manii, rozdzielonych okresami remisji. Częstotliwość nawrotów i zaostrzeń jest zmienna i inna u każdego pacjenta. Długość trwania epizodu maniakalnego jest zwykle trzykrotnie krótsza od epizodu depresyjnego²⁵. U wielu pacjentów objawy depresyjne pojawiają się częściej i utrzymują dłużej. W przypadku manii, obserwuje się podwyższony nastrój, gonitwę myśli, omamy, rozdrażnienie, a nawet skłonności do agresji. Przyczyny zaburzeń dwubiegunowych są złożone i nie w pełni znane. Jakkolwiek uznaje się, że w tym zaburzeniu podatność jest uwarunkowana genetycznie²⁶. Warto podkreślić, iż badania wykazały cięższy i bardziej długotrwały przebieg zaburzenia w przypadku osób nadużywających substancji psychoaktywnych lub uzależnionych od nich²⁷.

Postępowanie z osobą cierpiącą na zaburzenia afektywne dwubiegunowe – ogólne zasady, których powinni przestrzegać policjanci: tak jak w przypadku depresji i manii.

Zaburzenia osobowości

To zmiany, cechy dotyczące sposobu funkcjonowania danej osoby obejmujące kilka wymiarów osobowości zarówno w sferze indywidualnej jak i funkcjonowania społecznego, w tym w relacjach z innymi ludźmi. Przyczyn zaburzeń osobowości jest wiele, a główne z nich wynikają z oddziaływania **niekorzystnych czynników**

²⁵ J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, s. 308.

²⁶ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, s. 310.

²⁷ J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, s. 309.

biologicznych, genetycznych i psychospołecznych. Do często występujących i mogących sprawiać problemy w kontakcie i komunikacji policjantom należy osobowość dyssocjalna.

Osobowość dyssocjalna (antyspołeczne zaburzenie osobowości) – cechuje ją niski poziom rozwoju etycznego i moralnego, brak umiejętności zachowywania się w przyjęty społecznie sposób, manipulowanie innymi ludźmi²⁸. W tym zaburzeniu osoba nie potrafi dostosować się do ogólnie obowiązujących norm społecznych. Bez wyrzutów sumienia oszukuje i kłamie. Jest impulsywna, gwałtowna w działaniu, ma niską umiejętność panowania nad emocjami, łatwo się irytuje, *może być agresywna*. Zupełnie nie przejmuje bezpieczeństwem własnym, czy innych. Osoby z tym zaburzeniem często nadużywają różnych substancji psychoaktywnych (alkoholu czy narkotyków). Ważną cechą jest też utrata poczucie umiaru i brak refleksji co do własnego, niezgodnego z panującymi normami społecznymi, zachowania. Kryteria diagnostyczne zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (muszą być spełnione przynajmniej trzy z nim):

- bezwzględne nieliczenie się z uczuciami innych,
- silna i utrwalona postawą nieodpowiedzialności i lekceważenia norm, reguł i zobowiązań społecznych,
- niemożność utrzymania trwałych związków z innymi,
- bardzo niska tolerancja frustracji i niski próg wyzwalania agresji, w tym zachowań gwałtownych,
- niezdolność przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, a w szczególności – z doświadczanych kar,
- wyraźna skłonność do obwiniania innych lub wysuwania pozornie możliwych do uznania racjonalizacji zachowań, które są źródłem konfliktów z otoczeniem.

Postępowanie z osobą z antyspołecznym zaburzeniem osobowości – ogólne zasady, których powinni przestrzegać policjanci:

²⁸ Tamże, s. 411.

- zadbaj o bezpieczeństwo swoje i osób postronnych,
- nie krzycz, staraj się mówić spokojnym tonem,
- panuj nad swoimi emocjami,
- nie daj się sprowokować,
- obserwuj osobę,
- pamiętaj, że osoba może być agresywna- nie odpowiadaj tym samym,
- nie osądzaj zachowania osoby.

Zaburzenia zachowania mogą być związane nie tylko z występowaniem określonych zaburzeń psychicznych i chorób psychicznych. Często przy podejmowaniu interwencji mamy do czynienia z niestandardowym zachowaniem osoby z uwagi na zażycie określonej substancji psychoaktywnej, która w określony sposób wpływa na zachowanie tejże osoby.

Substancje psychoaktywne to takie, które mają wpływ na funkcjonowanie mózgu, nastrój i zachowanie, w związku z czym u osoby przyjmującej takie substancje występują zmiany sposobu zachowania, zmiany w postrzeganiu otoczenia, zaburzenia świadomości oraz zmiany nastroju. Przy dłuższym przyjmowaniu substancji tego typu może dochodzić do uzależnienia. Do grupy takich substancji zaliczane są przede wszystkim narkotyki, ale również wiele powszechnie dostępnych leków oraz używek. Środki tego typu mogą mieć różny wpływ na organizm człowieka. W zależności od tego, na jakie neuroprzekaźniki oraz receptory oddziałują określone substancje, niektóre z nich działają rozluźniająco i odprężająco, a inne pobudzają²⁹.

Najpopularniejszym podziałem substancji psychoaktywnych, który obowiązuje w Polsce jest podział występujący w klasyfikacji chorób ICD-10, który wyodrębnia grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem następujących substancji psychoaktywnych:

- alkoholu,
- opiatów (np. heroina),

²⁹ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, s. 623.

- kanabinoli (np. marihuana),
- leków o działaniu nasennym i uspokajającym,
- kokainy,
- innych niż kokaina substancji stymulujących, w tym kofeiny (np. amfetamina),
- substancji halucynogennych (np. LSD),
- tytoniu,
- lotnych rozpuszczalników (np. kleje),
- kilku substancji psychoaktywnych lub używaniem innych substancji niż wymienione wyżej (np. alkoholu wraz z marihuaną)³⁰.

Substancje psychoaktywne można dzielić również na inne sposoby, pod względem innych kryteriów. Przyjęty przez Organizację Narodów Zjednoczonych i Interpol podział narkotyków pod kątem oddziaływania na psychikę i czynności ośrodkowego układu nerwowego:

1. Substancje działające opóźniająco na ośrodkowy układ nerwowy:
 - a. opiaty (m.in. opium, morfina i heroina) oraz opioidy (syntetyczne substancje o działaniu podobnym);
 - b. leki o działaniu nasennym (barbiturany) i uspokajającym (benzodiazepiny) oraz inne wykorzystywane najczęściej w neurologii i psychiatrii;
 - c. alkohol etylowy;
 - d. środki wziewne (rozpuszczalniki i inne);
 - e. nikotyna (tytoń).
2. Substancje pobudzające ośrodkowy układ nerwowy:
 - a. amfetamina i pochodne amfetaminy (np. extasy);
 - b. kokaina (i jej różne postacie m.in. crack);
 - c. khat.
3. Substancje wywołujące zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym:
 - a. cannabis (przetwory konopii: marihuana, haszysz, olej haszyszowy);
 - b. halucynogeny (LSD, PCP, meskalina, psylocybina).

³⁰ M. Jędrzejko, P. Jabłoński, *Narkotyki i paranarkotyki (perspektywa polska)*, s. 22.

Symptomy zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu

Alkohol jako substancja psychoaktywna posiada wiele cech charakterystycznych dla innych substancji psychoaktywnych prowadzących do ich nadużywania: oddziałuje na mózg i zachowanie, posiada bardzo duży potencjał uzależnienia i wywołania nieprzyjemnych skutków jego używania.

Większość osób doświadczyła wpływu alkoholu na organizm. Z psychofarmakologicznego punktu widzenia efekt oddziaływania alkoholu na zachowanie człowieka oraz jego sposób działania jest złożony i zależy od wielu czynników, tj. wielkość dawki oraz wcześniejsze doświadczenia z alkoholem. Przy umiarkowanych dawkach większość osób doświadcza poczucia relaksacji i łagodnej euforii. Wykazy klasyfikują alkohol do środków uspokajająco-nasennych z uwagi na działanie depresyjne, ale może on także działać jako środek pobudzający. Ludzie stają się bardziej gadatliwi, otwarci i mniej ograniczeni zasadami społecznymi. Jest to związane z „odhamowaniem” zachowania jednostki, które polega na tym, że ludzie robią to, czego normalnie by nie zrobili z obawy przed negatywnymi konsekwencjami³¹.

Spożywanie alkoholu, w zależności od cech indywidualnych, może wywoływać u człowieka różne reakcje psychiczne i fizjologiczne. Opracowano statystyczny model reakcji organizmu na spożywany alkohol w zależności od jego ilości³²:

STĘŻENIE	OBJAWY
od 0,3 do 0,5 promila	Nieznaczne zaburzenia równowagi oraz euforia i obniżenie krytycyzmu, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz zaburzenia widzenia. Subiektywna poprawa nastroju i zwiększenie pewności siebie.
do 0,7 promila	Zaburzenia sprawności ruchowej (niezauważalne osłabienie refleksu), nadmierna pobudliwość i gadatliwość, a także obniżenie samokontroli oraz błędna ocena własnych możliwości, które często prowadzą do fałszywej oceny sytuacji.

³¹ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, s. 635.

³² B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, s. 54-55.

do 2 promili	Zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, obniżenie progu bólu, spadek sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków itp.) pogłębiający się w miarę narastania intoksykacji alkoholowej, opóźnienie czasu reakcji, wyraźna drażliwość, obniżona tolerancja, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie akcji serca.
do 3 promili	Zaburzenia mowy (mowa bełkotliwa), wyraźne spowolnienie i zaburzenia równowagi (chwieianie się i przewracanie), wzmożona senność, znacznie obniżona zdolność do kontroli własnych zachowań.
do 4 promili	Spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, osłabienie lub zanik odruchów fizjologicznych oraz głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki.
powyżej 4 promili	Głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodka oddechowego i naczyniowo-ruchowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol.
STAN ZAGROŻENIA ŻYCIA	

Tabela 1. Statystyczny model reakcji organizmu na spożywany alkohol w zależności od jego ilości

Powyższe reakcje organizmu na alkohol są reakcjami typowymi, czyli fizjologicznymi. Sposób reakcji na alkohol zależy przede wszystkim od indywidualnych predyspozycji organizmu, a sam poziom alkoholu we krwi zależy od fizycznego i psychicznego stanu zdrowia osoby pijącej, rodzaju alkoholu, szybkości i okoliczności picia.

Aktualnie nie ma wątpliwości, że alkohol ma destrukcyjny wpływ na organizm ludzki. Zaburza funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, wyniszcza organy wewnętrzne, powoduje różnego rodzaju problemy natury psychologicznej i społecznej. Mimo, że wiele osób przyznaje, że po wypiciu czuje się pobudzona, warto pamiętać, że alkohol jest tzw. depresantem, co oznacza to, że wpływa on hamująco na ośrodkowy układ nerwowy w zależności od stopnia upojenia. Osłabienie pracy kory przedczołowej, odpowiedzialnej za kontrolę zachowań celowych, skutkuje tzw. rozhamowaniem, przez co pojawiają się zachowania ryzykowne, wdawanie się w bójki, uczestniczenie w awanturach. Wyniki badań potwierdzają, że alkohol może sprzyjać agresji i chociaż ekspertyzy pokazują, że nie sam alkohol jest przyczyną takich zachowań, to osoby znajdujące się pod jego wpływem łatwiej ulegają bodźcom o charakterze agresywnym, co może wywoływać zachowania, których nie

przejawiałyby, gdyby były trzeźwe. Mówiąc o agresji po alkoholu, należy zaznaczyć, że nie chodzi jedynie o bezpośredni atak fizyczny (rękoczyn), ale również o takie przejawy agresywnego zachowania, jak groźby, wandalizm, awantury z partnerem, złe nastawienie czy wyrządzanie innych szkód. Ilość wypijanego alkoholu wiąże się również z większą częstotliwością pojawiania się agresji werbalnej (słownej) zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn³³.

Rozmawiając z osobą nietrzeźwą należy wziąć pod uwagę kilka wskazówek:

- przede wszystkim osobie będącej pod wpływem alkoholu przysługują takie same prawa jak każdej innej osobie, poszanowanie jej godności osobistej i przestrzeganie zasad etyki zawodowej powinno być podstawą działania każdego policjanta;
- na początku warto ocenić stan świadomości i komunikatywności osoby w celu dostosowania swojego zachowania i określenia kierunku interwencji;
- w rozmowie z osobą nietrzeźwą należy pamiętać, by nie wdawać się w zbędne dyskusje, ponieważ znajdując się pod wpływem alkoholu, jest bardziej skłonna do wyolbrzymiania swoich emocji, przejawiania niektórych faktów i pomijania innych;
- rozmawiając z osobą nietrzeźwą, która jest kontaktowa, policjant powinien posługiwać się krótkimi, rzeczowymi zdaniami, bez moralizowania, zbędnych komentarzy, przechodzenia na „ty”, „wymądrzania się”, które w połączeniu z prowokacyjnym zachowaniem w postaci drwin czy ironii lub nadużywaniem uprawnień (siły fizycznej czy innych środków przymusu bezpośredniego) mogą spowodować eskalację agresji i napięć na linii policjant – osoba, wobec której się interweniuje;
- w trakcie interwencji z osobami nietrzeźwymi policjant powinien wykazać się dużym opanowaniem i cierpliwością. Należy pamiętać, że alkohol często działa odhamowująco na zachowanie osoby, co może przejawiać się w agresji słownej i negatywnych komentarzach w kierunku policjanta. Nie należy pokazywać, że niektóre komentarze osoby drażnią interweniujących policjantów bardziej – gwałtowne reakcje wskazują na słabe punkty i prowokują do dalszej agresji

³³ M. Wojnar (red.), *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, s. 39-41.

słownej. Niezwracanie uwagi i przemilczenie części komentarzy powoduje zazwyczaj zaprzestanie tychże działań przez osobę nietrzeźwą z uwagi na fakt, że nie przynoszą pożądanego skutku (np. sprowokowanie policjanta).

Symptomy zaburzeń spowodowanych zażywaniem substancji działających opóźniająco na ośrodkowy układ nerwowy (depresantów)

Kolejną obszerną grupą substancji, oprócz alkoholu, działających opóźniająco na ośrodkowy układ nerwowy są opiaty (opioidy). Są to substancje uzyskiwane z przetworów maku lekarskiego i syntetyczne środki przeciwbólowe, do których zaliczamy: opium, morfinę, heroinę, kodeinę fentanyl i metadon. Wszystkie opiaty tłumią odczucie bólu, lęku, gniewu, dają uczucie odprężenia i euforii. Wyższe dawki powodują spowolnienie ruchów i mowy, senny wyraz twarzy i zapadanie w sen. Charakterystyczny jest wygląd oczu – zwężone źrenice (szpileczkowate), szkliste oczy, opadające powieki, źrenice słabo reagujące na światło. Kontakt z taką osobą jest bardzo utrudniony. W momencie działania substancji osoba może nie słyszeć pytań i nie potrafi ocenić naszych działań. W takiej sytuacji niezwłocznie powinno się wezwać pomoc medyczną i zabezpieczyć ją do momentu przyjazdu karetki pogotowia ratunkowego³⁴.

Działanie barbituranów i benzodiazepin także opiera się na tłumieniu aktywności całego układu nerwowego. W medycynie barbiturany mają zastosowanie jako leki nasenne, przeciwdrgawkowe, znieczulające, uspokajające i przeciwłękowe. Benzodiazepiny zostały wprowadzone do obrotu farmaceutycznego jako bezpieczniejszy odpowiednik barbituranów. U osoby pod wpływem tego typu substancji można zaobserwować uspokojenie, senność, niespójność ruchów, podwyższony próg odczuwania bólu, zaburzenia koncentracji uwagi i upośledzenie pamięci³⁵.

³⁴ M. Jędrzejko, T. Białas, Z. Stańczak, *Narkotyki, dopalacze, nowe środki psychoaktywne: co warto wiedzieć? Jak chronić dzieci i młodzież?*, s. 197.

³⁵ I. Niewiadomska, P. Stanisławczyk, *Narkotyki*, s. 38-40.

Wziewne środki odurzające, nazywane także inhalatorami, to legalne środki używane w przemyśle i gospodarstwach domowych, które są bardzo groźnymi substancjami uzależniającymi. Substancje lotne wydzielane są z płynów, aerozoli, past lub proszków. Do odurzania wykorzystywane są najczęściej kleje, rozpuszczalniki, benzyna, propan, butan. Wąchać można także dezodoranty, lakiery, farby, środki czyszczące, owadobójcze i wziewne środki znieczulające³⁶.

Działanie psychoaktywne środków wziewnych jest trudne do opisanego z powodu zróżnicowanej budowy chemicznej substancji. Mimo to wiadomo, że wpływają one na zaburzenia w działaniu układu nerwowego i powodują niszczenie komórek nerwowych w mózgu, rdzeniu przedłużonym i nerwach obwodowych. Ponadto mają silne działanie tłumiące oraz posiadają zdolności do wywołania efektów halucynogennych:

- paradoksalnie, tuż po przyjęciu środka, osoba doświadcza chwilowego przyływu energii i euforii, jest bardziej ożywiona i towarzyska. W tym samym czasie mogą pojawić się ból głowy, problemy z koncentracją uwagi i brak koordynacji ruchowej.
- po krótkotrwałej euforii, osoba przez około 30 minut odczuwa spokój, zadowolenie i senność, dodatkowo pojawiają się problemy z postrzeganiem rzeczywistości.
- w ostatniej fazie osoba zapada w sen, w trakcie którego może doświadczyć zmienionych stanów świadomości, halucynacji itp.³⁷

Symptomy zaburzeń spowodowanych zażywaniem substancji działających pobudzająco na ośrodkowy układ nerwowy (stymulantów)

Stymulanty to zdecydowanie największa grupa środków psychoaktywnych. Amfetamina i kokaina to używki zabronione przez prawo, ale substancje stymulujące znajdują się także w kawie, herbacie, napojach bezalkoholowych, papierosach, czekoladzie i w wielu lekach wydawanych bez recepty.

³⁶ M. Jędrzejko, P. Jabłoński, dz. cyt., s. 81.

³⁷ I. Niewiadomska, P. Stanisławczyk, dz. cyt., s. 64.

Amfetamina to silny środek pobudzający, który wywołuje przyływ energii, poczucie mocy i pewności siebie. Najczęściej jest przyjmowany drogami pokarmowymi, ale bywa palona. Pod jej wpływem następuje: podwyższenie nastroju, wzmożona aktywność, po czucie wydolności fizycznej i psychicznej. Amfetamina zmniejsza potrzebę snu i łaknienia. Działa intensywnie 30-60 minut.

Główne objawy fizjologiczne zażycia amfetaminy to rozszerzenie źrenic, przyspieszoną pracę serca, podwyższa ciśnienie krwi i tętno, wywołuje zawroty głowy, suchość w ustach, zwiększone wydalanie moczu.

Objawy działania amfetaminy to: przyływ energii, gadatliwość, przyspieszony oddech, wzmożona aktywność ruchowa, nerwowość, drażliwość, zwiększona agresywność, wahania nastroju od euforii do depresji, zaburzenia snu (bezsennność, długotrwały sen), zmniejszony apetyt, wychudzenie, zaczerwienienia skóry, wysypka, wymioty, omdlenia. Po większych dawkach może wystąpić znaczne pobudzenie psychoruchowe, słowotok, silne pocenie się, wzrasta skłonność do zachowań agresywnych. Dodatkowo mogą pojawić się objawy przypominające schizofrenię takie jak halucynacje słuchowe i wzrokowe, gniew, paranoja.

W trakcie wykonywania czynności z osobą pod wpływem amfetaminy lub jej 10-krotnie silniejszej odmiany metamfetaminy należy pamiętać, że osoby te mogą być bardzo agresywne, posiadać ponadprzeciętną siłę fizyczną, wobec czego należy zachować szczególne środki ostrożności³⁸.

Kokaina to znacznie silniejszy środek pobudzający niż amfetamina, który wzmacnia swoje działanie w połączeniu z alkoholem. Ma silne działanie stymulujące ośrodkowy układ nerwowy; powoduje intensywną, ale krótką euforię, poczucie mocy i energii, podnosi nastrój, usuwa zmęczenie, obniża podatność na ból, zmniejsza apetyt, redukuje potrzebę snu. Objawy zażycia kokainy to przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia krwi, wzmożona potliwość.

³⁸ M. Jędrzejko, T. Białas, Z. Stańczak, dz. cyt., s. 198.

Zażycie dużych dawek powoduje zawroty głowy, wysoką temperaturę ciała, suchość w ustach, drżenie rąk, zdenerwowanie, niepokój. Pojawia się podejrzliwość, stany psychotyczne, gonitwę myśli, omamy oraz paniczny lęk.

Objawy odstawienia, które pojawiają się po zaprzestaniu brania środka to: depresja, niepokój, zmęczenie, wymioty i nudności, senność lub wyczerpująca bezsenność, silny głód narkotykowy.

Długotrwałe używanie powoduje bardzo silne uzależnienie psychiczne, oprócz negatywnych konsekwencji zdrowotnych, używanie kokainy może powodować pojawienie się psychozy z omamami i urojeniami prześladowczymi, charakterystyczne są omamy czuciowe – pełzanie „robaków” pod skórą³⁹.

W przypadku ciężkiego zatrucia kokainą lub amfetaminą mogą wystąpić następujące objawy: drgawki, rozkojarzenie przy braku zaburzeń świadomości lub nadmierne wzmożenie czujności, objawy zespołu maniakalnego, wyczerpanie, znaczny wzrost agresywności, omamy wzrokowe, czuciowe i dotykowe, urojenia, szczególnie związane z pasożytami, objawy psychozy podobnej do schizofrenii, a nawet śpiączka⁴⁰. W przypadku silnego pobudzenia psychoruchowego osoba może nie reagować na komunikaty, stawiać czynny opór, stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa swojego i osób w najbliższym otoczeniu.

Ecstasy (MDMA) to narkotyk przyjmowany głównie drogami pokarmowymi (kolorowe tabletki) – jest tzw. klasycznym narkotykiem dyskotekowym. Ma właściwości stymulujące i halucynogenne. W małych dawkach wywołuje efekt podobny do amfetaminy, w wysokich przypomina działanie LSD. Narkotyk może działać nawet 3-4 godziny.

Objawy zażycia: euforia i przyпіływ energii, a także uczucie silnej więzi z otoczeniem i wielkiej „miłości” do świata, czasami pobudzenie seksualne; wyostrenie zmysłów – odbiór kolorów i dźwięków staje się silniejszy, znikają senność i zmęczenie, dlatego

³⁹ M. Jędrzejko, P. Jabłoński, dz. cyt., s. 71-72.

⁴⁰ I. Niewiadomska, P. Stanisławczyk, dz. cyt., s. 49.

używana jest często przez młodzież podczas całonocnych imprez tanecznych; podniesione ciśnienie krwi, przyspieszone tętno i oddech, silnie rozszerzone źrenice. Większe dawki mogą powodować nieregularne bicie serca, bóle w klatce piersiowej, nudności, silne napięcie mięśniowe, zgrzytanie zębami i szczękościsk. Gdy mija podwyższony nastrój, występuje poczucie lęku, niepokój, zdarzają się napady paniki.

Następnego dnia po zażyciu pojawia się uczucie kaca, które objawia się zmęczeniem, wyczerpaniem, zawrotami głowy, słabą koncentracją, sennością albo pobudzeniem i irytacją⁴¹.

Symptomy zaburzeń spowodowanych zażywaniem substancji działających halucynogenie na ośrodkowy układ nerwowy

Zażywanie środków halucynogennych wiąże się z tym, że osoba doświadcza zmienionego stanu świadomości i może odczuwać zarówno ilościowe zmiany w funkcjonowaniu psychicznym (np. większe pobudzenie), jak i zmiany o charakterze jakościowym, polegające na pojawianiu się doświadczeń nieposiadających odpowiedników w normalnym stanie świadomości. Bardzo często obserwujemy zmiany w spostrzeganiu, myśleniu i uczuciach, przypominające obrazem psychozy endogenne. Zmienione stany świadomości charakteryzują się takimi cechami jak:

- paradoksalność, która polega na łączeniu się przeciwieństw w jednym przeżyciu, np. doznawanie pełni i kompletnej pustki,
- niewyraźność doznań,
- poczucie doznawania prawdy, która nie wymaga racjonalnego potwierdzenia,
- doświadczenie zjednoczenia i zespolenia z potężną siłą, np. kosmosem,
- wyostrenie wrażeń wzrokowych i słuchowych,
- zniekształcenie poczucia czasu, np. sekunda może wydawać się godziną, a godzina chwilą,
- zniekształcenie obrazu własnego ciała,

⁴¹ M. Jędrzejko, T. Białas, Z. Stańczak, dz. cyt., s. 195-196.

- zazwyczaj pozytywna jakość emocjonalna nowych doznań, chociaż niekiedy mogą wystąpić emocje negatywne, przede wszystkim głęboki lęk⁴².

Zaburzenia funkcji psychicznych związane z zażywaniem halucynogenów to:

- nadwrażliwość na bodźce,
- zaburzenia schematu własnego ciała,
- nieprawidłowa percepcja czasu, np. poczucie bezczasowości,
- zaburzenia w spostrzeganiu przestrzeni,
- halucynacje, szczególnie wzrokowe,
- synestezje, które polegają na tym, że doznania z jednej strefy sensorycznej przechodzą w percepcję charakterystyczną dla innej strefy, np. przekształcanie efektów dźwiękowych w doznania świetlne,
- urojenia, fałszywe sądy dotyczące własnego „ja”,
- zaburzenia toku myślenia, które polegają na braku zdolności do utrzymania kierunku myślenia, ubóstwie myśli, trudnościach w całościowym ujmowaniu sytuacji,
- nieprawidłowe funkcjonowanie sfery uczuciowej w postaci gwałtownego przyrostu energii, wahań nastroju: od euforii do przygnębienia,
- zaburzenia psychoruchowe polegające na braku jakichkolwiek czynności, pobudzeniu psychoruchowym, przymusowych czynnościach (np. kołysaniu się), zaburzeniach mowy lub mimowolnych ruchach mięśni twarzy i kończyn⁴³.

Najczęściej używanymi środków halucynogennych należą: LSD, grzyby halucynogenne, meskalina oraz dimetylotryptamina (DMT).

LSD to najsilniejsza substancja halucynogenna przyjmowana głównie drogami pokarmowymi (lizanie listków z substancją aktywną), szybko i łatwo wchłaniająca się z przewodu pokarmowego i błon śluzowych. Po dotarciu do mózgu uruchamia

⁴² I. Niewiadomska, P. Stanisławczyk, dz. cyt., s. 53-54.

⁴³ Tamże, s. 59-61.

reakcje biochemiczne wywołujące zmiany w percepcji zmysłowej, a także w nastroju. Narkotyk działa bardzo intensywnie od 45-75 minut.

Działanie opiera się na takich objawach jak: zniekształcenia wzrokowe, słuchowe, wzmożony odbiór kolorów, światła i dźwięków określane często jako widzenie dźwięków i słyszenie barw oraz zmiany w odczuwaniu czasu i przestrzeni. Zarówno rodzaj halucynacji, jak i ich treści są uzależnione od cech indywidualnych osoby używającej, jej nastawienia i stanu psychicznego.

Bezpośrednie objawy zażycia to: rozszerzenie źrenic, wzrost temperatury ciała, wzrost ciśnienia krwi, zawroty głowy, przy spieszeniu tętna, drżenie, kołatanie serca, pocenie się, niewyraźne widzenie i mowa, nieracjonalne wypowiedzi, bełkotliwa mowa, zachowania wskazujące na przeżywanie urojeń, zmiany nastroju od euforii do depresji, wymioty. senność lub bezsenność.

Doznania po zażyciu LSD określane są jako dobre i złe „podróże”. „Zła podróż” charakteryzuje się doświadczeniem przerażających, przykrych wizji, odczuwaniem silnego lęku lub paniki. Osoby mogą reagować irracjonalnie, np. uciekać na oślep lub wyskakiwać przez okno. Może rozwinąć się także psychoza przypominająca w swoich objawach schizofrenię.

Istotne w przypadku LSD jest to, że osoba znajdująca się pod wpływem tego narkotyku może całkowicie nie rozumieć sytuacji zewnętrznej, przez co zachowania mogą skutkować zagrożeniem jej zdrowia i życia⁴⁴.

Grzyby halucynogenne (psylocybina)

Psylocybina to substancja naturalna i czynnik aktywny niektórych grzybów (w Polsce łyczka lancetowata i muchomor czerwony). Zażywane są najczęściej jako świeże, suszone, gotowane.

Działanie psylocybiny przypomina efekty wywołane LSD, lecz jest łagodniejsze. Po spożyciu grzybów pojawiają się halucynacje, wesołkowatość, pobudzenie podobne jak po alkoholu, mogą wystąpić bóle mięśniowe i bóle brzucha, a także senność,

⁴⁴ M. Jędrzejko, P. Jabłoński, dz. cyt., s. 74-75.

osłabienie, objawy głębokiej depresji. Mogą wystąpić zaburzenia orientacji, zaburzenia czasu i przestrzeni, poczucie opuszczenia własnego ciała.

Bezpośrednie objawy zażywania to: rozszerzenie źrenic, suchość w ustach, stan jak po spożyciu alkoholu, zaburzenia równowagi, gadatliwość, wesoły nastrój, prowadzenie rozmów z wyimaginowanymi osobami, dziwaczne zachowania. Natomiast długotrwałe zażywanie może prowadzić do pogorszenia zdrowia psychicznego i do zaburzeń psychicznych⁴⁵.

Symptomy zaburzeń spowodowanych zażywaniem kanabinoli

Do tej grupy substancji psychoaktywnych zaliczane są pochodne konopi. Środki odurzające najczęściej są wytwarzane z konopi indyjskich (*Cannabis indica*) lub konopi siewnych (*Cannabis sativa*). Najsilniejsze działanie psychoaktywne ma tetrahydrokanabinol (THC). Z konopi uzyskuje się trzy rodzaje narkotyków: marihuanę, haszysz i olej haszyszowy⁴⁶. Są to najbardziej rozpowszechnione i najczęściej używane narkotyki w Polsce i na świecie⁴⁷.

Marihuana i haszysz są najczęściej palone. Dym wprowadzany do organizmu, a z nim jego aktywne składniki docierają przez drogi oddechowe do krwiobiegu i dalej z krwią do mózgu. Doznania towarzyszące używaniu konopi zależą od stężenia THC, wielkości dawki, cech osobowości, indywidualnych predyspozycji człowieka, stanu emocjonalnego w momencie przyjęcia. Narkotyk działa intensywnie ok. 45 minut.

Bezpośrednim efektem palenia są odprężenie, lekka euforia, poprawa humoru, aż do wesołowości i poczucie, że czas płynie wolniej. Większe dawki mocniejszych odmian powodują dezorientację, niepokój, panikę i halucynacje. Może pojawić się osłabienie koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzenia w ocenie rzeczywistości, wynikające ze zniekształceń percepcji czasu, przestrzeni, wymiarów własnego ciała.

⁴⁵ Tamże, s. 76-77.

⁴⁶ I. Niewiadomska, P. Stanisławczyk, dz. cyt., s. 32.

⁴⁷ M. Jędrzejko, P. Jabłoński, dz. cyt., s. 63.

Natomiast bardzo duża dawka substancji może spowodować pojawienie się długotrwałych urojeń i omamów⁴⁸.

Po odstawieniu marihuany po długotrwałym paleniu pojawia się zespół abstynencyjny ciągłe rozdrażnienie, spadek apetytu, senność lub bezsenność, bóle głowy, napady gorączki, dreszczy, utrata chęci życia, spadek aktywności życiowej, obniżenie nastroju, zaburzone odczuwanie przyjemności – wszystko wydaje się mniej atrakcyjne.

W kontakcie z osobami znajdującymi się pod wpływem marihuany lub haszyszu należy pamiętać, że z reguły nie są one agresywne, nie powodują zagrożenia dla otoczenia i raczej nie zrobią nikomu krzywdy. Utrudnieniem w kontakcie może być fakt, że osoba może nie rozumieć pytań i poleceń, które są do niej kierowane⁴⁹.

NSP – nowe substancje psychoaktywne (dopalacze)

Termin dopalacze nie ma charakteru naukowego, jak i nie jest określeniem precyzyjnym. Obejmuje szerokie spektrum substancji pochodzenia naturalnego i syntetycznego lub ich mieszanek o rzekomym lub faktycznym działaniu psychoaktywnym, często silniejsze od dotychczasowych narkotyków. Doświadczenia toksykologiczne pozwalają na wyodrębnienie specyficznych cech działania dopalaczy różniące je od narkotyków:

- jedna porcja „zabezpiecza” kilku biorców,
- bardzo szybkie działanie (często po 20-30 sekundach),
- działanie krótsze od narkotyku, ale bardzo intensywne,
- nieznaną skład – poszczególne substancje wywołują często odmienne stany (radość w połączeniu z agresją; halucynacje ze strachem),
- całkowita utrata kontroli zachowania i brak zdolności oceny sytuacji zewnętrznej,
- silne pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego⁵⁰.

⁴⁸ I. Niewiadomska, P. Stanisławczyk, dz. cyt., s. 37.

⁴⁹ M. Jędrzejko, T. Białas, Z. Stańczak, dz. cyt., s. 194-195.

⁵⁰ M. Jędrzejko, P. Jabłoński, dz. cyt., s. 98.

Objawy używania dopalaczy zależą od rodzaju substancji, przyjętej dawki i cech psychofizycznych danej osoby. W zależności od tego, jaka substancja została zażyta, mogą wystąpić:

- zmiany nastroju bądź jego huśtawka,
- rozdrażnienie,
- pobudzenie psychoruchowe oraz napadu szału, stany depresyjne,
- halucynacje wzrokowo-słuchowe,
- zaburzenia kontaktu z otoczeniem,
- utrata przytomności,
- głęboki strach, uczucie „oderwania od ciała”,
- bezsenność, przekrwienie gałek ocznych,
- utrata apetytu, okresowa utrata słuchu,
- wymioty, biegunka⁵¹.

Osoby znajdujące się pod wpływem dopalaczy często charakteryzują się zmianami świadomości, wykazują różnorodne stany pobudzenia. Ponadto mają ograniczoną zdolność oceny i kontroli sytuacji, co znacząco zwiększa ryzyko niebezpiecznych, agresywnych zachowań w stosunku do innych osób.

Komunikacja z osobą znajdującą się pod wpływem substancji psychoaktywnych – praktyczne wskazówki:

- bezwzględnie należy pamiętać, że osoba, niezależnie od swojego stanu psychicznego, ma swoją godność osobową, więc podstawowym elementem będzie poszanowanie i respektowanie praw człowieka i stosowanie zasad etyki zawodowej w trakcie czynności;
- w sytuacji, gdy osoba wykazuje umiarkowane objawy zaburzeń psychicznych związanych z przyjęciem określonej substancji psychoaktywnej należy podjąć próbę nawiązania z nią kontaktu i uzyskania podstawowych informacji na temat jej

⁵¹ Tamże, s. 99.

- stanu, orientacji w rzeczywistości (czy wie kim jest) i otaczającego świata (czasu, miejsca, w którym się znajduje, sytuacji);
- osoba, która doświadcza halucynacji bądź urojeń może zachowywać się spontaniczne i nieprzewidywalne, dlatego ważna jest jej obserwacja, co pozwoli na zapewnienie bezpieczeństwa uczestnikom interwencji;
 - na poziomie komunikacji niewerbalnej zaleca się zachowanie odpowiedniego dystansu od osoby (min. jednego metra), aby nie naruszać jej strefy osobistej i nie stać się źródłem zagrożenia dla osoby;
 - nie należy wyzwałać u osoby dodatkowych emocji poprzez np.: niezgodność komunikatów werbalnych i pozawerbalnych (np. ironiczny uśmiech), strofowanie, lekceważące podejście do zachowania osoby lub jej wypowiedzi;
 - jeśli osoba jest komunikatywna, w rozmowie powinno się stosować techniki aktywnego słuchania, a wyeliminować zachowania gwałtowne, nagłe zmiany tonu głosu (w sytuacji, gdzie nie mamy do czynienia z zagrożeniem życia lub zdrowia), nawet jeśli wypowiedzi osoby są nieadekwatne do rzeczywistości (np. będzie mówić, że głosy jej rozkazują.) należy pozwolić jej się wypowiedzieć. Mówienie może uspokoić osobę, a policjant na tej podstawie będzie mógł ocenić jej stopień kontaktu z rzeczywistością i możliwości postępowania z nią;
 - w sytuacji, kiedy osoba ma halucynacje lub urojenia, nie należy dyskutować z nią na temat ich treści, zaprzeczać kategorycznie ich istnieniu bądź potwierdzać, ale wysłuchać, mówiąc np.: „Rozumiem, że słyszy Pan głosy, ale ja tego niestety nie słyszę. Proszę powiedzieć mi więcej na ten temat”. Nie należy też próbować zmieniać sposobu widzenia rzeczywistości przez osobę przejawiającą zaburzenia psychiczne;
 - w trakcie rozmowy powinno się formułować proste, jasne komunikaty, utrzymując kontakt wzrokowy z rozmówcą;
 - podejmując decyzję o użyciu siły fizycznej lub środków przymusu bezpośredniego, należy wziąć pod uwagę fakt, że osoba może mieć zwiększoną odporność na ból, posiadać ponadprzeciętną siłę i być bardziej agresywna niż zwykle.

Podejmowanie interwencji wobec osób przejawiających zaburzenia psychiczne związane z chorobą psychiczną bądź zażyciem określonych substancji psychoaktywnych wymaga od policjanta nie tylko wiedzy teoretycznej z zakresu taktyk i technik interwencji, znajomości podstaw prawnych dotyczących określonych czynności służbowych, ale także wiedzy dotyczącej podstawowych symptomów związanych z zaburzeniami, które może przejawiać konkretna osoba. Wiedza z tego zakresu powinna pozwolić policjantowi na indywidualnie do każdego obywatela, adekwatne do jego stanu i skuteczną komunikację, która może ułatwić przeprowadzenie czynności służbowych z osobą.

Rozdział 4.

Doskonalenie umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy

4.1. Obowiązek udzielania pierwszej pomocy

1. Kodeks karny:

Art. 162 § 1

Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażania siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 162 § 2

Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej.

2. Ustawa Prawo o ruchu drogowym:

Art. 44 pkt 2

Jeżeli w wypadku jest zabity lub ranny, kierujący pojazdem jest obowiązany ponadto:

1. Udzielić niezbędnej pomocy ofiarom wypadku oraz wezwać zespół ratownictwa medycznego i Policję;

2. Nie podejmować czynności, które mogłyby utrudnić ustalenie przebiegu wypadku.

3. Pozostać na miejscu wypadku, a jeżeli wezwanie zespołu ratownictwa medycznego lub Policji wymaga oddalenia się – niezwłocznie powrócić na to miejsce.

3. Ustawa o Policji:

Art. 1

Podstawowym obowiązkiem Policji jest ochrona życia i zdrowia ludzi oraz mienia (...).

4. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej:

Art. 36

1. W przypadku gdy w wyniku użycia lub wykorzystania środków przymusu bezpośredniego nastąpiło zranienie osoby lub wystąpiły inne widoczne objawy zagrożenia życia lub zdrowia tej osoby, uprawniony udziela jej niezwłocznie pierwszej pomocy, a w razie potrzeby zapewnia wezwanie kwalifikowanej pierwszej pomocy lub podmiotów świadczących medyczne czynności ratunkowe (...).

5. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

Art. 3

5) „miejsce zdarzenia – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki”.

Art. 4

Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

6. Zasady etyki zawodowej policjanta:

Załącznik do Zarządzenia nr 805 Komendanta Głównego Policji z dnia 31 grudnia 2003 r. w sprawie „Zasad etyki zawodowej policjanta”.

§ 4

Policjant we wszystkich swoich działaniach ma obowiązek poszanowania godności ludzkiej oraz przestrzegania i ochrony praw człowieka, w szczególności wyrażający się w:

- 1) respektowaniu prawa każdego człowieka do życia;*
- 2) zakazie inicjowania, stosowania i tolerowania tortur bądź niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. (...).*

§ 6

Postępowanie policjanta w kontaktach z ludźmi powinna cechować życzliwość oraz bezstronność wykluczająca uprzedzenia rasowe, narodowościowe, wyznaniowe, polityczne, światopoglądowe lub wynikające z innych przyczyn (...).

§ 8

Wykonując zadania służbowe, policjant powinien dostosowywać swoje zachowanie do sytuacji i cech osób uczestniczących w zdarzeniu, w szczególności wieku, płci, narodowości i wyznania, a także uwzględniać uzasadnione potrzeby tych osób.

§ 9

W trakcie wykonywania czynności służbowych policjant powinien zachować szczególną wrażliwość i takt w stosunku do ofiar przestępstwa lub innego zdarzenia, udzielić im możliwie wszechstronnej pomocy, a także dbać o zachowanie dyskrecji (...).

4.2. Postępowanie ratownicze na miejscu zdarzenia

1. Bezpieczeństwo własne.
2. Bezpieczeństwo miejsca zdarzenia.
3. Ustalenie całkowitej ilości osób poszkodowanych.
4. Zapewnienie potrzebnych sił i środków.
5. Określenie mechanizmu urazu⁵².

ABC w dobie COVID-19:

A – nie udrażniaj dróg oddechowych,

B – nie umieszczaj twarzy przy ustach i nosie poszkodowanego, oceniaj wyłącznie ruchy klatki piersiowej,

C – przy pierwszej pomocy nie jest konieczne badanie tętna⁵³.

⁵² M. Goniewicz, *Pierwsza pomoc*, Warszawa 2015, str. 25.

⁵³ Europejska Rada Resuscytacji, Polska Rada Resuscytacji, *Wtyczne COVID-19*.

Ocena stopnia świadomości AVPU:

A (Alert) – przytomny, skupia uwagę,

V (Verbal) – reaguje na polecenia głosowe,

P (Pain) – reaguje na bodźce bólowe,

U (Unresponsive) – nieprzytomny, nie reaguje na żadne bodźce⁵⁴.

Wywiad SAMPLE:

S – symptomy, (co boli, gdzie boli?),

A – alergię – uczulenia na leki, toksyny, inne,

M – medykamenty – zażywane leki, w jakich dawkach,

P – przebyte choroby – choroby przewlekłe, przebyte, ciąża,

L – lunch – co jadł, co pił, o której godzinie,

E – ewentualnie co się stało – zdarzenia które doprowadziły do urazu⁵⁵.

Badanie urazowe:

Po wykonaniu wstępnej oceny stanu poszkodowanego należy niezwłocznie wykonać badanie urazowe (fizykalne).

Kolejność badania:

- głowa,
- szyja,
- barki,
- klatka piersiowa,
- jama brzuszna,
- miednica,
- kończyny dolne,
- kończyny górne.

⁵⁴ *ITLS Ratownictwo przedszpitalne w urazach*, pod. red. J.Emory'ego, R. Lee Alsona, *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2017, str. 36.

⁵⁵ Tamże, str. 42

W trakcie badania szukamy:

- masywnych krwawień,
- deformacji części ciała,
- ran,
- obrzęków,
- tkliwości,
- trzeszczeń⁵⁶.

W zależności od stanu poszkodowanego, mechanizmu powstania urazów oraz sytuacji na miejscu zdarzenia, należy ułożyć poszkodowanego w odpowiedniej pozycji ułożeniowej: (boczna ustalona, półsiedząca, z ugięciem biodrowo- kolanowym, przeciwwstrząsowa, zastana, czterokończynowa, na lewym boku).

Nagle zatrzymanie krążenia (NZK)

Rozpoznanie NZK przez osoby przeszkolone w udzielaniu pomocy odbywa się na podstawie wstępnej oceny stanu poszkodowanego:

- jest nieprzytomny,
- nie oddycha lub oddycha w sposób nieprawidłowy.

Łańcuch ratunkowy:

- **wczesne** wezwanie pomocy medycznej, tel. 112 lub 999,
- **wczesne** podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej,
- **wczesne** wykonanie defibrylacji,
- specjalistyczne leczenie, opieka poresuscytacyjna⁵⁷.

Resuscytację prowadzi się do momentu:

- powrotu prawidłowego oddechu,
- przyjazdu służb medycznych,
- wyczerpania sił fizycznych ratownika,

⁵⁶ Tamże, str. 324.

⁵⁷ Europejska Rada Resuscytacji, *Wytyczne 2015 Resuscytacji Krążeniowo Oddechowej*, str. 106.

- ewakuacji poszkodowanego z miejsca niebezpiecznego, kontynuując w miejscu bezpiecznym.

W czasie pandemii podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej prowadzi się tylko pośredni masaż serca.

AED

To urządzenie umożliwiające wykonanie wstrząsu elektrycznego u poszkodowanego z zatrzymaniem krążenia:

A – Automated (automatyczny)

E – External (zewnętrzny)

D – Defibrillator (defibrylator)

Wykonanie defibrylacji w czasie 3-5 min może zapewnić przeżywalność na poziomie 50-70%.

Przed użyciem AED należy włączyć i wykonywać polecenia głosowe płynące z urządzenia⁵⁸.

Czynności do wykonania przed użyciem AED:

1. Odsłonić i osuszyć klatkę piersiową.
2. Zdjąć metalową biżuterię z klatki piersiowej.
3. W przypadku zarostu na klatce piersiowej – ogolić miejsca przylegania elektrod.
4. Przykleić elektrody co najmniej 10 cm od siebie i od rozrusznika.

Przeciwwskazania użycia AED:

- obecność w powietrzu gazów łatwopalnych np. czystego tlenu (butla tlenowa w pobliżu użycia defibrylatora),
- obecność łatwopalnych płynów oraz materiałów wybuchowych (rozpuszczalników, paliw, gazu).

⁵⁸ Tamże, str: 106-107.

4.3. Postępowanie z poszkodowanym po urazie

Krwotok zewnętrzny – tamowanie:

- opatrunek uciskowy: materiał osłaniający – gaza lub innego rodzaju czysty materiał opatrunkowy, element twardy dociskający, np.: zwinięty bandaż elastyczny, element mocujący – bandaż dziany, elastyczny w ostateczności, jeśli krwawienie nie ustaje można zastosować opaskę uciskową (staza taktyczna),
- pozycja ułożeniowa przeciwstrząsowa,
- komfort termiczny⁵⁹.

Otwarta rana klatki piersiowej – podejrzenie odmy urazowej:

- opatrunek wentylowy,
- jeżeli uraz jest wynikiem postrzału należy zabezpieczyć zarówno ranę wlotową jak i wylotową,
- poszkodowany przytomny: pozycja półsiedząca z podparciem, nieprzytomny oddychający: pozycja boczna ustalona,
- kontrola czynności życiowych,
- komfort termiczny⁶⁰.

Ciało obce wbite w ranę:

- opatrunek stabilizująco-mocujący,
- pozycja zastana,
- kontrola czynności życiowych,
- komfort termiczny.

Wypętlenie/wytrzewienie jelit:

- opatrunek jałowy/wilgotny/, foliowy (trójwarstwowy),
- pozycja z ugięciem biodrowo – kolanowym,

⁵⁹ Tamże, str. 127.

⁶⁰ Tamże, str. 138.

- kontrola czynności życiowych,
- komfort termiczny.

Amputacja urazowa:

- 5-7 cm powyżej miejsca odcięcia opaska uciskowa, np.: staza taktyczna,
- opatrunek osłaniający na kikuta,
- godzina założenia opaski,
- zabezpieczenie amputanta,
- pozycja przeciwwstrząsowa,
- kontrola czynności życiowych,
- komfort termiczny⁶¹.

4.2. Postępowanie w sytuacjach nietypowych w stanie zagrożenia życia (m.in. excited delirium)

Delirium – zaburzenia świadomości połączone z halucynacjami.

Excited – pobudzenie ruchowe, podniecenie, podekscytowanie.

Excited Delirium Syndrom – zatrzymanie krążenia i oddechu w trakcie lub krótko po epizodzie.

Przyczyny:

1. Zażywanie kokainy, amfetaminy i pochodnych.
2. W chorobie dwubiegunowej po odstawieniu leków.

Objawy:

- pobudzenie,
- urojenia,
- wzrost temperatury ciała,
- pocenie się,
- przyspieszona akcja serca,
- brak możliwości określenia czasu i miejsca w jakim znajduje się poszkodowany.

⁶¹ M. Goniewicz, *Pierwsza pomoc*, Warszawa 2015, str. 128.

Zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych i alkoholu zostały opisane w rozdziale:” Psychologiczne aspekty podejmowania interwencji i reagowania na niestandardowe zachowania osób”.

Zasady:

1. Wspólne działanie Policji i zespołu ratownictwa medycznego.
2. Uspokojenie osoby przy braku działania – uzyskanie czasu.
3. Przymusowe podanie leków przez personel medyczny.
4. Szybkie i zdecydowane działanie.
5. Jeżeli nie można czekać, użyć środków przymusu bezpośredniego.

Postępowanie:

- zachować ostrożność i zapewnić bezpieczeństwo sobie oraz osobom postronnym,
- wezwać na miejsce zespół ratownictwa medycznego,
- podczas oczekiwania na karetkę, należy próbować opanować sytuację i zniwelować poziom agresji u sprawcy,
- zachować spokój i nie traktować dosłownie obraźliwych zachowań osoby,
- być przygotowanym na to, że osoba nie będzie chciała współpracować,
- nie okazywać swojej przewagi groźnymi pozami, wzrokiem,
- nie demonstrować posiadanych środków przymusu bezpośredniego,
- zachowywać się spokojnie (powolne ruchy), ale stanowczo (perswazja),
- nie dopuszczać do wzajemnego przekrzykiwania się (eskalacja agresji),
- unikać gróźb, sugestywnych spojrzeń, niepotrzebnych komentarzy,
- wezwać osobę do zachowania zgodnego z prawem, a w przypadku niestosowania się do polecenia ostrzec o użyciu adekwatnego do sytuacji śpb.

Po przybyciu karetki, należy oczekiwać na decyzje lekarza w kwestii zabrania danej osoby i przewiezienia jej do szpitala. Jeżeli lekarz tego zażąda, można zastosować środki przymusu bezpośredniego, celem zapewnienia lekarzowi bezpieczeństwa

oraz egzekwowania jego decyzji (również podczas ewentualnej asysty w drodze do szpitala)⁶².

Udar mózgu

- udar niedokrwienny ~80% – zamknięcie światła naczynia mózgowego,
- udar krwotoczny ~20% – pęknięcie naczynia, mózgowego i wylew krwi do tkanki mózgowej,
- udar żylny < 1 %.

Akronim udaru mózgu:

UDAR

- **U**sta wykrzywione,
- **D**łoń opadnięta,
- **A**rtykulacja utrudniona,
- **R**ozmazane widzenie.

Postępowanie:

- wezwać pogotowie ratunkowe dzwoniąc na 999 lub 112,
- jeśli poszkodowany jest przytomny, ułożyć go w wygodnej dla niego pozycji (siedząca, półsiedząca, leżąca),
- w przypadku utraty przytomności zastosować ułożenie w pozycji bezpiecznej,
- gdyby doszło do utraty przytomności i zatrzymania oddechu rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową⁶³.

Cukrzyca

Grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią lub hipoglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny.

⁶² *Poradnik dla słuchacza kursu specjalistycznego z zakresu udzielania pierwszej pomocy*, Praca zbiorowa: K. Grzeškowiak, B. Saczka, J. Bieniek, str. 79.

⁶³ *Interna Szczeklika*, red. A. Budaj, str. 2289.

Objawy:

- osłabienie,
- zaburzenia widzenia,
- senność,
- ból brzucha,
- utrata przytomności.

Postępowanie:

- przytomny – zapytać czy jadł i brał swoje leki,
- podać do picia słodkie napoje lub produkty zawierające cukier.
- nieprzytomny – sprawdzić czy ma opaskę informującą o cukrzycy,
- nieprzytomny – wezwać pogotowie ratunkowe (tel. 999 lub 112) i ułożyć w pozycji bezpiecznej,
- okryć folią NRC (zadbaj o komfort cieplny).

Nowe wyzwania dla funkcjonariuszy podczas interwencji

5.1. Zachowanie się osób pod wpływem środków działających na ośrodkowy układ nerwowy oraz osób z zaburzeniami psychicznymi

Zachowanie osób, wobec których prowadzone są czynności przez funkcjonariuszy ma kluczowe znaczenie dla sposobu realizacji i przebiegu interwencji. Celem policjantów w tym kontekście nigdy nie jest eskalacja konfliktu czy wywoływanie negatywnych emocji, a jedynie bezpieczne, prawidłowe zrealizowanie wymaganych prawnie czynności. W sytuacji, gdy osoba podporządkowuje się wydawanym poleceniom lub zachowuje się spokojnie, bardzo często nie ma konieczności stosowania środków przymusu bezpośredniego i wystarczy jedynie werbalne wydawanie komunikatów w celu wywołania wymaganych zachowań osób. Sytuacja przedstawia się odmiennie, gdy osoba nie reaguje na wydawane przez funkcjonariuszy polecenia (na przykład podniesienia i okazania dłoni), stawia opór (bierny bądź czynny) lub nie reagując na komendy porusza się w stronę funkcjonariuszy. Takie zachowania mogą być zinterpretowane przez policjanta jako celowe i bezpośrednio zagrażające bezpieczeństwu, co z kolei wpłynie na przebieg interwencji oraz zastosowane do jej realizacji środki przymusu bezpośredniego. Warto nadmienić, iż niestosowanie się do wydawanych poleceń może być:

- celowe (świadome działanie osoby ukierunkowane na utrudnienie funkcjonariuszowi przeprowadzenia interwencji lub jego odstąpienie od czynności);
- nieświadome (wywołane użyciem środków psychoaktywnych lub zaburzeniami psychicznymi).

W tym drugim przypadku mamy właśnie do czynienia z reagowaniem niestandardowe zachowania osób, wobec których są one podejmowane. Poniżej przedstawiona

zostanie charakterystyka zachowania się osób po użyciu środków wpływających na ośrodkowy układ nerwowy, a także zachowań związanych z zaburzeniami psychicznymi, bowiem mogą one powodować pewne wspólne cechy zachowania w obydwu grupach. Tego typu postawy będą miały decydujący wpływ na przebieg interwencji, bezpieczeństwo funkcjonariuszy, a także osób, wobec której prowadzone są czynności.

Narkotyki to potoczna nazwa środków psychoaktywnych i substancji odurzających pochodzących zazwyczaj z nielegalnego źródła. Mogą one silnie uzależniać fizycznie, psychicznie lub społecznie powodując toksykomanie, lekomanie czy narkomanie. Za środek odurzający zgodnie ustawą uznaje się każdą substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działającą na ośrodkowy układ nerwowy⁶⁴. Tego typu środki są stosowane przez narkomanów jako środek odurzający oraz przez niektórych sportowców jako środek dopingujący. Pobudzają współczulny układ nerwowy, wyzwalają dopaminę, norepinefrynę i serotoninę. Osoba będąca pod ich wpływem zazwyczaj odczuwa nagły przyływ energii, euforię, ogromną poprawę nastroju. Niektóre narkotyki wyzwalają bezsenność, chęć aktywnego działania, przy jednoczesnym braku realizmu i krytycyzmu⁶⁵. Takie działanie środków odurzających może powodować u osoby utrudnioną ocenę sytuacji, przeszkody w prawidłowym komunikowaniu się z otoczeniem, niepożądane zachowania, utratę kontroli nad własnym ciałem. Warto podkreślić również, że pod wpływem niektórych z nich poprawia się koncentracja, wzrasta poczucie pewności siebie i własnych możliwości, osoby pod ich wpływem stają się gadatliwe, a czasem nadmiernie agresywne i drażliwe. Nadużywanie narkotyków może prowadzić do depresji, psychozy, natręctw czy paranoi⁶⁶. Policjanci często muszą podejmować interwencje wobec sprawców pod wpływem takich substancji oraz alkoholu. Podobna charakterystyka zachowania będzie miała miejsce w przypadku interweniowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W takich przypadkach mogą wystąpić również zachowania irracjonalnie

⁶⁴ M. Kubica, J. Gąsiorowski, *Narkotyki, Charakterystyka wybranych substancji*, s. 10.

⁶⁵ Tamże, s. 14-16.

⁶⁶ Tamże, s. 16.

i nieadekwatnie do sytuacji, brak reakcji na wszelkie bodźce płynące z otoczenia. To też może stwarzać sytuacje konfliktowe, ponieważ funkcjonariusze w kontakcie z takimi osobami zastają sytuację, w której powinni zastosować środki przymusu bezpośredniego w celu wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania. Osoby z zaburzeniami psychicznymi:

- mogą zachowywać się dziwacznie;
- występują u nich omamy słuchowe;
- występują zaburzenia myślenia;
- formułowane wypowiedzi są niezrozumiałe dla pozostałych;
- postrzegają barwy i dźwięki jako nadmiernie żywe;
- występują urojenia oddziaływania, wpływy i owładnięcia, odnoszące się do ruchów ciała oraz kończyn, a także myśli, działań, odczuć;
- mogą być zdezorientowane i posiadać halucynacje;
- mogą wystąpić pobudzenie bądź apatia⁶⁷.

Analizując przedstawione zachowania osób po użyciu niektórych substancji lub tych z zaburzeniami psychicznymi należy zauważyć, iż działanie wobec nich może być bardzo trudne oraz niebezpieczne dla funkcjonariuszy, a także i samych uczestników interwencji. Często w takich sytuacjach słowne pouczenia, wydawanie poleceń, a nawet stosowanie siły fizycznej nie przynoszą pożądanego skutku. Takie osoby działają w sposób nieprzewidywalny, niestandardowy i nieobliczalny. Nie rzadko w związku z niepodporządkowaniem się warunkom legitymowania, czy zatrzymania konieczne jest obezwładnienie osoby i zastosowanie trzymań w parterze powodujących zabezpieczenie osoby, a także jej unieruchomienie i skrępowanie w celu uniemożliwienia prowadzenia przez nią ataku. Takie techniki w parterze umożliwiają również przyjęcie optymalnej pozycji do założenia kajdanek. Niestety metody przytrzymywania mogą utrudniać osobie swobodne oddychanie (w tej pozycji klatka piersiowa nie może się swobodnie i całkowicie rozprężyć co powoduje słabsze ich wypełnienie

⁶⁷ A. Hanak, A. Niezabitowska, *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn*, s. 9-12.

powietrzem), a w stanach scharakteryzowanych w odrębnym rozdziale takich jak *excited delirium* może stanowić bezpośrednie zagrożenie dla życia. W pozostałych rozdziałach opisano ogólne aspekty formalno-prawne, sposoby komunikacji z osobami pod wpływem środków psychoaktywnych lub zaburzeniami psychicznymi, zasady komunikacji z takimi osobami, postępowanie ratownicze oraz sposoby radzenia sobie z emocjami podczas tego typu zdarzeń. W niniejszym rozdziale przedstawiona została taktyka oraz techniki mogące znacząco wpłynąć na bezpieczeństwo wszystkich uczestników interwencji.

5.2. Dystans

Pierwszym elementem, który może wpłynąć na podniesienie bezpieczeństwa podczas interweniowania jest zachowanie odpowiedniego dystansu. Jest to element taktyczny pozwalający ocenić warunki interwencji, *zeskanować* (obszar lub pomieszczenie) miejsce interwencji oraz osobę, wobec której podejmowane są czynności. Zachowanie odpowiedniego dystansu daje czas policjantowi na rozeznanie sytuacji, ocenę zachowania osób, a w szczególności czy posiadają jakieś przedmioty niebezpieczne, w jakim stanie się znajdują, w jakim stopniu reagują na polecenia, czy są agresywne, czy mogą być pod wpływem środków odurzających lub mają inne zaburzenia świadomości. Analiza powyższych elementów, **czyli ocena poziomu ryzyka** każdej interwencji jest jednym z najważniejszych zadań jakie muszą wykonać podejmujący czynności policjanci. Obowiązek taki występuje już na etapie przyjęcia zgłoszenia od dyżurnego jednostki Policji (innej uprawnionej osoby) lub osoby informującej policjanta o określonym zdarzeniu⁶⁸. Zbieranie takich danych oraz ich analiza, wyciąganie właściwych wniosków, dostosowywanie się do napotkanej sytuacji nie należą do umiejętności łatwych. Wymagają od funkcjonariusza doświadczenia, dobrego wykszolenia, przygotowania do pełnienia służby patrolowo – interwencyjnej, a także innych czynników takich jak asertywność czy odporność na stres. Interwencje wobec osób pod wpływem

⁶⁸ K. Łągoda, R. Częścić, *Vademecum interwencji policyjnych*, s. 33.

środków odurzających należą do szczególnie trudnych i policjanci muszą oceniać stan emocjonalny uczestników, ich wygląd, wczuć się w sytuację, nastroje i zamiary osób objętych interwencją⁶⁹. Należy wskazać, że im dalsza odległość interweniujących policjantów od osób, wobec których podejmowana jest interwencja, tym więcej czasu funkcjonariusze mają na dokonanie powyższej analizy. Dlatego w pierwszej fazie interwencji, jeżeli nie ma zagrożenia dla życia i zdrowia, policjanci powinni zachować szczególną ostrożność i nie zbliżać się do osoby reagującej w niestandardowy sposób, a jedynie skupić się na uspokojeniu jej werbalnie. Funkcjonariusze powinni zachować opanowanie oraz cierpliwość i oddziaływać swoją postawą, pamiętając, że spokój słuchającego uspokaja osobę agresywną⁷⁰. Należy pamiętać, iż tego typu osoby mogą zachowywać się w sposób zupełnie nieprzewidywalny i irracjonalny, a na wydawane polecenia reagować w sposób znacznie odbiegający od normy. W takich sytuacjach najlepiej uspokajać osobę zachowując odpowiedni dystans od niej oraz przyjmując do wiadomości jej stwierdzenia bez sprzeciwu. Sprzeciw bowiem pobudza tylko do nowych, nieodpowiedzialnych wypowiedzi i czynów, a także wzmaga ich eskalację⁷¹. Utrzymanie bezpiecznego dystansu pozwala na uniknięcie bezpośredniego zwarcia i konieczności stosowania środków przymusu bezpośredniego, a tym samym dać policjantom więcej czasu na przykład na przybycie zespołu ratownictwa medycznego lub wsparcia.

5.3. Obezwładnienie

Jak wskazano powyżej w sytuacjach, w których policjanci mogą pozwolić sobie na pozyskanie czasu ich działania powinny być ukierunkowane na zachowanie bezpiecznego dystansu i uspokajanie osób znajdujących się pod wpływem środków psychoaktywnych lub z zaburzeniami psychicznymi. Jeżeli funkcjonariusze pozyskali informacje, iż interwencja odnosi się do tego typu uczestników powinni wezwać

⁶⁹ L. Dyduch, *Wybrane aspekty taktyki interwencji policyjnych*, s. 21.

⁷⁰ K. Łagoda, R. Częścik, s. 87.

⁷¹ Tamże, s. 85.

zespół ratownictwa medycznego a po ich przybyciu udzielić im asysty i wsparcia. Jeżeli jednak ze względu na warunki interwencji, funkcjonariusze nie mają takiego komfortu i muszą natychmiast zareagować na sytuację (np. ze względu na zagrożenie życia własnego lub innych osób) stosują środki przymusu bezpośredniego najczęściej w postaci siły fizycznej. Takie działanie w sytuacjach agresji, stawiania czynnego oporu lub atakowania, ma na celu, zapewnienie bezpieczeństwa wszystkim uczestnikom związanych z interwencją, powinno być ukierunkowane na unieruchomienie osoby w celu pozbawienia jej możliwości stwarzania dalszego zagrożenia. Obezwładnienie należy w tym kontekście rozumieć jako „pozbawienie swobody ruchów lub spowodowanie odwracalnej, krótkotrwałej dysfunkcji kończyn lub zmysłów w celu wyeliminowania zagrożenia ze strony osoby lub zwierzęcia lub przełamania oporu osoby niepodporządkowującej się poleceniom wydawanym na podstawie prawa⁷²”. Takie działanie pozwala w dużej mierze wykluczyć kontrolowane lub niekontrolowane ruchy osoby. Aby móc skutecznie zrealizować swoje zamierzenia przy użyciu siły fizycznej, należy dążyć do przejęcia kontroli nad osobą i jej działaniami⁷³. Poniżej zostaną przedstawione wybrane techniki umożliwiające przytrzymanie osoby agresywnej. Przed ich zaprezentowaniem należy dodać, iż ze względu na specyfikację interwencji wobec osób zachowujących się w sposób niestandardowy należy zwracać szczególną uwagę na stan obezwładnianych, wobec których stosowane są techniki. Należy w tym miejscu dodać, że przez długi okres uważano, iż przyczyną zgonów w EDS (*excited delirium syndrome*) jest uniemożliwienie swobodnego, prawidłowego oddychania związanego z obezwładnianiem i unieruchamianie walczącej, szarpiącej się osoby⁷⁴. Natomiast nie jest to prawdą i taki pogląd budzi sporo kontrowersji, godząc w dobre imię służby. Najnowsze dane na ten temat wskazują, że przyczyną zgonu w tego typu przypadkach jest kombinacja normalnych fizjologicznych reakcji

⁷² Ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej.

⁷³ D. Bartnicki, *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn*, s. 93.

⁷⁴ A. Smędra, J. Berent, *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn*, s. 70.

organizmu spowodowanych stresem i wysiłkiem fizycznym (pobudzenie w trakcie *excited delirium*, a potem w trakcie obezwładniania i unieruchamiania) oraz, w zależności od sytuacji, efektu działania narkotyków (szczególnie kokainy, amfetaminy i jej pochodnych), środków psychoaktywnych (np. dopalaczy zawierających katynony), leków (szczególnie wydłużających odstęp QT w zapisie EKG, np. niektórych leków przeciwpsychotycznych) lub chorób naturalnych układu sercowo-naczyniowego⁷⁵. Nie mniej nie zwalnia to policjantów stosujących siłę fizyczną w postaci obezwładnienia ze stałej obserwacji ogólnego stanu osób oraz ich funkcji życiowych.

5.4. Kontrola osoby w leżeniu przodem

Techniką, która pozwala dobrze kontrolować osobę i krępować jej ruchy ciała jest położenie jej przodem do ziemi. Policjanci dociskają osobę do podłoża, odpowiednio dopasowując przyłożenie siły i masy tak, aby nie spowodować urazów i nie ograniczać jej możliwości oddychania⁷⁶. Kolana funkcjonariuszy powinny spoczywać na plecach obezwładnianego, uda natomiast powinny blokować ręce na wysokości ramienia unieruchamiając je. Docisk w połączeniu z uniemożliwieniem pracy rąk i nóg wyłącza możliwość ucieczki, ataku, autoagresji. Wskazana kontrola osoby niewątpliwie jest pełnym obezwładnieniem i może być na przykład wstępem do zakładania kajdanek lub umożliwić podanie leków⁷⁷. Zdarzają się jednak sytuacje, w których z powodu znacznych dysproporcji sił lub masy ciała, pobudzenia środkami psychoaktywnymi, umiejętnościami osób w zakresie walki w parterze, powyżej wymieniona technika może być nieskuteczna. W tej sytuacji warto rozważyć obezwładnienie za pomocą obchwyty szyi.

⁷⁵ Tamże, s. 70.

⁷⁶ D. Bartnicki, *Interwencje...*, s. 95.

⁷⁷ Tamże, s. 95.

5.5. Obchwyty szyi

Kolejną techniką służącą do obezwładniania osób jest obchwyty szyi. Ze względu na bardzo wysoką skuteczność jest to obezwładnienie stosowane w wielu sportach walki między innymi w MMA, BJJ, judo, sambo, aikido. Posiada swoje dwa główne warianty. Pierwszym jest ucisk przedramieniem narządów oddechowych (krtani) w celu zablokowania przepływu tlenu, drugim ucisk przedramieniem naczyń krwionośnych w postaci tętnic szyjnych, które ma na celu uniemożliwienie natlenionej krwi trafiać do mózgu. Zastosowanie obu wariantów stanowi pomoc w sytuacjach, gdy nieskuteczne są inne techniki takie jak przytrzymywanie, aktywacja miejsc wrażliwych czy dźwignie. Należy dodać, iż naciskanie przedramieniem krtani jest techniką mniej bezpieczną, ponieważ tchawica jest narządem bardzo wrażliwym i delikatnym.

Obchwyty szyi polega na objęciu szyi osoby obezwładnianej przez policjanta znajdującego się za plecami. Ręka ułożona jest w ten sposób, że przedramię dotyka przodu lub boku szyi, a napięcie mięśni rąk ma za zadanie wykonanie kontrolowanego nacisku na szyję. Technika ta ze względu na swoją skuteczność może być stosowana do ataku, obezwładnienia lub transportu, a także wymuszenia podporządkowania osoby. Prawidłowo zastosowana technika powoduje lekkie, odwracalne niedotlenienie, które objawia się między innymi nagłym osłabieniem mięśni osoby. Wprowadzenie jej w taki stan powoduje, że ma ona znacznie utrudnioną możliwość ostanawiania oporu. Taka sytuacja pozwala na obezwładnienie osoby, założenie jej kajdanek, przetransportowanie jej w łatwy sposób⁷⁸. Należy dodać, iż długotrwałe stosowanie powyższej techniki może spowodować utratę świadomości przez osobę, wobec której stosuje się ucisk. Dlatego na policjancie spoczywa obowiązek kontrolowania stanu obezwładnianego.

⁷⁸ Tamże, s. 94-97.

5.6. Trzymanie opasując osoby w parterze (hon kasa-gatame)

Trzymanie w parterze hon kasa-gatame idealnie wpisuje się w ustawową definicję obezwładnienia. Jest techniką, która pozwala przytrzymywać osobę w parterze krępując możliwość wykonywania przez nią ruchów. Trzymanie to prawidłowo założone jest bezpieczne zarówno dla funkcjonariusza jak i osoby, która jest przytrzymywana. Hon kasa-gatame polega na przytrzymywaniu osoby leżącej na plecach w parterze podczas, gdy jedna z rąk policjanta opasa szyję, a druga klinkuje rękę pod pachą.

Stosując opisaną technikę, należy zwrócić szczególną uwagę na:

- ułożenie kończyny górnej policjanta w taki sposób, by mięsień dwugłowy ramienia był przyłożony na całej swojej długości do szyi przeciwnika, a przedramię znajdowało się na odcinku szyjnym kręgosłupa;
- ułożenie głowy policjanta w taki sposób, by była oparta o ramię przeciwnika;
- założenie mocnego chwytu lewej i prawej ręki policjanta („małpi chwyt”).

Następnie należy w sposób kontrolowany zwiększać siłę chwytu, wydając zatrzymanemu polecenia zachowania się zgodnego z prawem. Policjant trzymający przeciwnika powinien mieć położone oba biodra możliwe jak najbliżej podłoża, a nogi rozstawione szeroko⁷⁹, ułożone w pozycji uniemożliwiającej wychwycenie ich przez obezwładnianego. Ma to na celu zapowiedz przetoczeniu funkcjonariusza lub zrzuceniu go z przyjętej pozycji. Policjant asekurujący przytrzymuje wolną kończynę górną przeciwnika, układając swoją jedną rękę w okolicy nadgarstka, drugą na mięśni dwugłowym ramienia. Jeśli zatrzymywany jest krępej budowy ciała, można oprzeć również jedno kolano po wewnętrznej stronie ręki, która trzyma nadgarstek przeciwnika. Taki sposób zwiększy skuteczność działania⁸⁰.

⁷⁹ <http://kwartalnik.csp.edu.pl/kp/archiwum-1/2014/nr-3201/2700,UNIERUCHOMIENIA-W-PARTERZE.html>, (12.03.2022 r.).

⁸⁰ Tamże.

5.7. Pozycja boczna

To kolejna bardzo skuteczna parterowa technika w kontekście zabezpieczania i przytrzymania osoby zachowującej się w niestandardowy sposób, która pozwala skrupować jej ruchy. Polega na trzymaniu osoby leżącej na plecach przez policjanta, który leżąc na nim przyciska obezwładnianego do ziemi uniemożliwiając podnoszenie swojej sylwetki. Rolą funkcjonariusza jest klinczowanie jednej z rąk osoby, która jest unieruchomiona między biodrem policjanta a jego barkiem. Głowa również jest unieruchomiona, poprzez przytrzymywanie jej pomiędzy kolanem a łokciem osoby stosującej pozycję boczną. Ręce funkcjonariusza są wolne więc blokują ruchy wolnej ręki obezwładnianego. Przyjęcie pozycji bocznej w razie potrzeby i dalszego nie reagowania na wydawane polecenia lub powodowanie innego zagrożenia, umożliwia atak, stosowania „kluczy” zakładanych na kontrolowaną rękę, przejścia do dźwigni, przetoczenia osoby na plecy. Osoba stosująca pozycję boczną powinna uniemożliwić obezwładnianemu wyjęcie ręki krępowanej przez biodra i bark. Takie działanie skutecznie zapobiega wyjściu osoby z trzymania lub przetoczenia policjanta. W razie utraty kontroli nad klinczowaną ręką umieszczoną pomiędzy biodrem a barkiem, należy natychmiast przejść do trzymania opasującego i dopiero po ponownym jej wybraniu powrócić do pozycji bocznej. Asekurujący policjant w razie potrzeby może skrupować nogi osoby przytrzymywanej⁸¹.

⁸¹ S. Ribeiro, K. Howell, *Brazylijskie ju-jitsu. Od białego do czarnego pasa*, s. 66-67.

Podsumowanie

W niniejszej publikacji przedstawiono prawne, psychologiczne, taktyczne i techniczne aspekty interweniowania wobec osób zachowujących się w sposób niestandardowy. Zwrócono uwagę, iż przeprowadzanie czynności wobec tego typu sprawców lub uczestników jest bardzo trudne. Zaprezentowano bardzo skuteczne techniki, które mogą posłużyć do bezpiecznego i kompleksowego przeprowadzenia interwencji. Należy podkreślić, że są one technikami pomagającymi przytrzymać osobę, krępując jej ruchy, co wpływa na uniemożliwienie zadawania przez nią ciosów, uderzeń oraz wykonywania niekontrolowanych ruchów. Mogą być one wykorzystywane podczas oczekiwania na zespół ratownictwa medycznego lub podczas asysty udzielanej przez policjantów na przykład przy podawaniu leków. Podczas powyższych technik parterowych funkcjonariusze mają możliwość wydawania poleceń osobie reagującej w niestandardowy sposób, ale również mogą takie osoby uspokajać i prowadzić z nimi konwersację mającą na celu zmniejszenie agresji i eskalacji konfliktu. Warto podkreślić, iż zaprezentowane techniki są formą zabezpieczenia osoby i nie są technikami ataku. Niemniej jednak realizując wszystkie działania policjanci muszą mieć na uwadze stan osób, wobec których stosują środki przymusu bezpośredniego.

Bibliografia

- Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji (Dz.U. z 2021 r. poz. 1882 t.j.).
- Ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 1416 t.j.).
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2022 r. poz. 988 t.j.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 t.j.)
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 t.j.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 685 t.j.).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1119 t.j.).
- Ustawa z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze (Dz.U. z 2022 r. poz. 1184 t.j.).
- Zarządzenie Nr 805 Komendanta Głównego Policji z dnia 31 grudnia 2003 r. w sprawie „Zasad etyki zawodowej policjanta” (Dz.Urz.KGP z 2004 r. Nr 1, poz. 3).
- Butcher J.N., Hooley J.M., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, GWP, Sopot 2017.
- Dyduch Leszek, *Wybrane Aspekty taktyki i techniki interwencji policyjnych*, Legionowo 2018.
- Europejska Rada Resuscytacji, Polska Rada Resuscytacji, *Wytyczne 2021*, Kraków 2021.
- Europejska Rada Resuscytacji, Polska Rada Resuscytacji, *Wytyczne COVID-19*, Kraków 2020.
- Europejska Rada Resuscytacji, *Wytyczne 2015 Resuscytacji Krążeniowo Oddechowej*, Kraków 2016.

- Europejska Rada Resuscytacji, *Wytyczne 2020 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej*, Kraków 2021.
- *Interna Szczeklika* (red.) A. Budaj, Polski Instytut Evidence Medicine, Kraków 2020.
- *ITLS Ratownictwo przedszpitalne w urazach*, (red.) J. Emory, R. Lee Alson, Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
- Jędrzejko M.Z., Białas T., Stańczak Z., *Narkotyki, dopalacze, nowe środki psychoaktywne: co warto wiedzieć? Jak chronić dzieci i młodzież?*, Oficyna Wydawnicza ASPRA, Warszawa 2018.
- Jędrzejko M., Jabłoński P., *Narkotyki i paranarkotyki (perspektywa polska)*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2011.
- Kubica M., Gąsiorowski J., *Narkotyki. Charakterystyka wybranych substancji*, Szkoła Policji w Katowicach, Katowice 2012.
- Łagoda K., Częścik R., *Vademecum interwencji policyjnych*, Szczytno 2012.
- M. Goniewicz, *Pierwsza pomoc*, Warszawa 2015.
- *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, (red.) M. Wojnar, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2017.
- Niewiadomska I., Stanisławczyk P., *Narkotyki*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2004.
- Pietruczuk E., Dąbrowski M., *Jakość kontaktu policjanta z obywatelem. Wskazówki dotyczące przeprowadzania interwencji policyjnej (poradnik dla policjanta)*, Szkoła Policji w Słupsku, Słupsk 2007.
- *Poradnik dla słuchacza kursu specjalistycznego z zakresu udzielania pierwszej pomocy*, (red.) K. Grześkowiak, B. Saczka, J. Bieniek, Szkoła Policji w Katowicach, Katowice 2016.
- Ribeiro Saulo, Howell Kevin, *Brazylijskie Jiu-jitsu. Od białego do czarnego pasa*, Wydawnictwo Galaktyka, Łódź 2021.
- Seligman M.E.P, Walker E.F, Rosenhan D.L: *Psychopatologia*, Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- *Służyć i chronić* – wydawnictwo Komendy Głównej Policji, Warszawa 2011.

- Teoretyczno-praktyczny poradnik *Interwencje wobec osób z zaburzeniami psychicznymi lub niekontrolujących swoich zachowań z innych przyczyn*, (red.) J. Gil, Szkoła Policji w Słupsku, Słupsk 2021.
- Woronowicz B.T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Wyd. Edukacyjne PARPAMEDIA, Poznań 2009.
- <http://kwartalnik.csp.edu.pl/kp/archiwum-1/2014/nr3201/2700,UNIERUCHOMIENIA-W-PARTERZE.html>
- <https://www.who.int> [6.03.2022]
- <https://www.lundbeck.pl>. Poradnik schizofrenia, Warszawa

Praca zbiorowa

Szkoła Policji w Katowicach
ul. gen. Jankego 276
40-684 Katowice-Piotrowice
www.katowice.szkolapolicji.gov.pl

