

Tomasz Kowal

**PROBLEM INICJACJI NARKOTYKOWEJ
WŚRÓD MŁODZIEŻY ORAZ PROFILAKTYKA ZJAWISKA**

The problem of initiation of drug use among young people and the prevention of the phenomenon

Steadily increasing access to psychoactive drugs and often fascinated positive image of drugs, artificially created by the media and various subcultures requires drastic increase in prevention activities. The first contact with drugs usually falls on puberty and experiment with new experiences psychophysical. Often young people during this period seek to identify and accept their own „self” in society. Unfortunately, this creates a high risk of addiction to psychoactive substances.

The publication trying to bring any circumstances and causes of first contact with the drug, the risks it may bring in the future and preventive measures to be taken to avoid or significantly reduce the phenomenon. The rest of the article is devoted to the treatment of addiction and prophylactic methods to prevent and largely can help to reduce the incidence of drug abuse.

Key words: psychoactive drugs, prevention, initiation of drug use

Wprowadzenie

Stale rosnący dostęp do środków psychoaktywnych oraz fascynacja, często pozytywnym, wizerunkiem narkotyków, sztucznie wykreowanym przez media oraz poszczególne subkultury, wymaga drastycznego zwiększenia działań profilak-

tycznych. Pierwszy kontakt z narkotykami przypada najczęściej na okres dojrzewania i eksperymentowania z nowymi przeżyciami psychofizycznymi. Młodzi ludzie w tym okresie często dążą do identyfikacji oraz akceptacji własnego „ja” w społeczeństwie. Niestety rodzi to duże ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W okresie adolescencji kształtują się u człowieka cechy psychiczne, odpowiadające za wkraczanie w świat ludzi dorosłych. Przemiany te towarzyszą procesowi dojrzewania organizmu i są stymulowane zarówno własną aktywnością, jak i wpływem środowiska. Niestety często bywa tak, że przemiany fizyczne dokonują się szybciej niż pełna dojrzałość psychiczna oraz społeczna jednostki.

Rozwój młodego człowieka w tym czasie charakteryzuje duża dynamika zmian osobowościowych, takich jak zmiany dotychczasowych postaw bądź zainteresowań. Zmienia się świadomość siebie i zainteresowanie otaczającą rzeczywistością, następuje wyraźne zróżnicowanie i wzbogacenie stanów uczuciowych, a także socjalizacja jednostki oraz dojrzała samoocena. Ma to niewątpliwie wpływ na bycie bardziej krytycznym w stosunku do własnej osoby.

Zmianie ulegają również kontakty interpersonalne. Stopniowemu rozluźnieniu ulegają kontakty dziecka z rodzicami, a coraz ważniejsze stają się relacje w grupie rówieśniczej. Młody człowiek dąży do autonomii i „pozornej” wolności. Rodzi się potrzeba przynależności do pewnej grupy społecznej, często danej subkultury. Wynika to z powstałej potrzeby psychicznej poczucia przynależności oraz bezpieczeństwa.

Zaspokojenie wyżej wymienionych potrzeb ma bardzo duże znaczenie w procesie kształtowania się własnej tożsamości, wartości, a także skuteczności. Te trzy elementy wchodzi w skład własnego „ja” oraz wyrażają podstawowe przekonania dotyczące każdego człowieka, mianowicie: „kim jestem”, „ile jestem wart” oraz „co sam potrafię”¹.

Inicjacja narkotykowa

Grupa rówieśnicza często ułatwia identyfikację, zaspokaja potrzebę bezpieczeństwa oraz przynależności. Pozwala sprawdzić się w nowej roli i ma wpływ na nowe formy zachowania.

Bardzo często dana subkultura promuje środki psychoaktywne i wpływa na poszczególnych członków w sposób skłaniający do inicjacji narkotykowej. Wejście w środowisko narkomanów zaspokaja potrzebę kontaktów i emocjonalnego wsparcia, którego niejednokrotnie brakowało jednostce w innych grupach koleżeńskich. Akceptacja członków skłania osobę do otworzenia się i pokazania swej prawdziwej osobowości, gdyż nie ma już potrzeby ukrywania swoich

¹ Zob. Z. Jurczyński, *Narkomania, podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa 2002–2003, s. 37–39.

pragnień lub swojego prawdziwego oblicza. Wynika to z faktu, że środowisko narkomanów charakteryzują się tolerancją i akceptacją jednostki, taką, jaka jest w rzeczywistości. Następuje identyfikacja osoby z grupą oraz przyswojenie obowiązujących zasad, norm i zwyczajów, czego rezultatem jest potwierdzenie własnej tożsamości.

Często zdarza się, że rodzice są przekonani o tym, iż grupa wywiera presję na ich dziecku i nakłania je do pewnych zachowań dewiacyjnych. W istocie rzeczy powszechnie zdarza się, że to dziecko chce naśladować członków grupy w zamian za gratyfikację swojej postawy przez owe środowisko. Znaczenie gratyfikacji jest bardzo duże dla jednostki i wspiera jej dalsze zaangażowanie w przyjmowaniu określonych wzorców postaw, bądź przekonań, które reprezentuje dana subkultura lub grupa rówieśnicza. Przez eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi członek potwierdza przynależność do grupy.

Reasumując, grupa może mieć pozytywny wpływ na jednostkę i kierować ją we właściwym kierunku samorozwoju lub też negatywny i przyczyniać się do zachowań dewiacyjnych bądź autodestrukcyjnych osoby.

Główną przyczyną pierwszego kontaktu ze środkiem psychoaktywnym może być niska samoocena, brak satysfakcji z dotychczasowych osiągnięć oraz utrata kontroli nad tym, co się dzieje w życiu osoby. Źródło problemów często stanowi duża rozbieżność między „ja rzeczywistym” a pożądanym i często nieadekwatnym do własnych możliwości „ja idealnym”. Prowadzi to do frustracji, lęku, napięcia oraz niezrównoważenia emocjonalnego. Cechy te sprzyjają powstaniu uzależnienia psychicznego, gdyż główną przyczyną sięgnięcia po dany środek jest chęć pocucia komfortu psychicznego w postaci zmniejszenia napięć, lęku i poprawienie nastroju. Narkotyki pozwalają uciec od codziennych problemów i rzeczywistości, która często przytłacza jednostkę. Oczywiście nie rozwiązują one problemów, ale sprawiają, że stają się one odległe i mało ważne.

Innym czynnikiem, warunkującym inicjację narkotykową, jest chęć wzmożonej wydolności psychofizycznej, mobilizacji oraz dużej aktywności, które to niejednokrotnie wynikają z presji społecznej na jednostkę. Co więcej, może też wynikać z chęci przeżycia czegoś nowego, mianowicie odmiennego stanu świadomości. Sięganie po środki psychoaktywne to sposób osiągnięcia celu po linii najmniejszego oporu. Narkotyki stanowią ucieczkę do iluzorycznego świata, z dala od rzeczywistości, z którą dana osoba sobie nie radzi, bądź nie odnajduje się w niej.

Psychologiczne źródła sięgania po narkotyk nie ograniczają się wyłącznie do ciekawości, uroku zakazanego owocu, buntu wobec rzeczywistości, bądź mody czy obyczaju. Niejednokrotnie korzyści, płynące z odurzania się, zaspokajają szereg istotnych potrzeb jednostki, takich jak np. potrzeba autonomii i własnej tożsamości. Przyjęcie środka psychoaktywnego umożliwia redukcję negatywnych przeżyć i emocji wynikających z niskiej samooceny i budowę nowej, lepszej wizji – zarówno samego siebie, jak i otaczającego świata.

Wyjątek może przerodzić się w regułę i w momencie, kiedy osoba doświadcza kryzysu na gruncie psychicznym, zwiększa się prawdopodobieństwo sięgnięcia po narkotyki – jest to prosta droga do uzależnienia i zniewolenia przez środki psychoaktywne.

Gdy w szkole dana osoba zostaje zidentyfikowana, jako biorąca narkotyki często zdarza się, że nauczyciele nie wiedzą jak taki problem rozwiązać. Dotychczas osoba była usuwana ze szkoły. Jest to zasadniczy błąd, gdyż powinno się utrzymać jednostkę w systemie nauczania. Stanowi to bardzo ważny aspekt pozwalający uniknąć sytuacji, w której młody człowiek czuje się odrzucony i nieakceptowany przez środowisko pedagogiczne. Jednocześnie osoba musi wiedzieć, że wśród nauczycieli nie ma zgody i przyzwolenia na kontakt ze środkami psychoaktywnymi. Należy podjąć odpowiednie działania, na gruncie psychologicznym oraz toksykologicznym, tak, aby uwolnić jednostkę od środków psychoaktywnych. Ważne jest odpowiednie dotarcie do świadomości ucznia, aby zrozumiał jak wielkie zagrożenie stanowią narkotyki dla jego życia i prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Podsumowując nie należy takiego ucznia odrzucać, lecz okazać mu wsparcie i zrozumienie, ale jednocześnie wyraźnie zaznaczyć swoją dezaprobatę dla tego typu postępowania w przyszłości.

W momencie, kiedy zachowanie ucznia w krótkim okresie czasu diametralnie się zmienia, mianowicie wychowanek staje się nadmiernie pobudzony, agresywny lub wyjątkowo energiczny, lub gdy zaczyna zamykać się w sobie, zachowywać się nienaturalnie, unika kontaktu wzrokowego lub jest wyjątkowo nieśmiały, a wcześniej takie sytuacje nie miały miejsca – należy wziąć pod uwagę problem narkotykowy u takiej jednostki. Oczywiście przyczyny mogą być inne, ale warto zwrócić uwagę na sytuację również z tej perspektywy. Do zachowań takich mogą zaliczać się również regularne wagary, wzmożone stany emocjonalne lub skrajne zachowania, czyli np. nadmierna euforia lub agresja, bądź przeplatanie się tych dwóch stanów w bardzo krótkim odstępie czasu.

Profilaktyka

Warto zauważyć, że zjawisko przychodzenia na lekcje pod wpływem narkotyków staje się coraz bardziej powszechne, wręcz nagminne, tak więc nauczyciele muszą być przygotowani na podjęcie odpowiednich kroków i działań w tego typu sytuacji. Ignorowanie problemu nie jest żadnym rozwiązaniem, wręcz przeciwnie – tylko go nasila. Dawanie cichego przyzwolenia uczniowi, bądź brak wiary w fakt, że miał on odwagę przyjść w tym stanie na lekcje, jest zasadniczym błędem, który prowadzi do nasilenia się problemowego zjawiska².

² Zob. M. Malewska, *Narkotyki w szkole i w domu, zagrożenie*, Warszawa 2004, s. 21–24.

Ważnym aspektem, w przypadku zdiagnozowania u ucznia problemu z narkotykami, jest zapewnienie mu profesjonalnej pomocy terapeutycznej w celu ustalenia, czy uczeń ma poważny problem narkotykowy, tzn. jest uzależniony od danego środka, czy może jest w fazie eksperymentowania z daną substancją. Jeśli osoba zostanie zdiagnozowana jako uzależniona fizycznie – niezbędna jest detoksykacja, po czym zwykle zachęca się osobę do podjęcia terapii w ośrodku odwykowym.

Wizyta w poradni, to bardzo ważny moment mogący skłonić ucznia do podjęcia terapii. W Polsce działa wiele tego typu placówek i dostęp do nich nie powinien stwarzać problemu. Należy podkreślić, że osoba uzależniona musi mieć wsparcie kogoś zdrowego, kto motywuje ją do systematycznych wizyt w poradni. Może to być pedagog, bądź rodzice wychowanka. Dlatego bardzo ważna jest współpraca nauczycieli z rodzicami podopiecznego i odpowiedni dialog między nimi w celu podjęcia wspólnego działania tak, aby skutecznie pomóc uzależnionemu. Moralizowanie, doraźne wsparcie finansowe, uzalanie się nad narkomanem lub brak zaufania do specjalistów z poradni – tylko utrudniają leczenie. Jak wyżej wspomniałem pierwszym krokiem do podjęcia prawidłowej terapii jest przejście detoksykacji.

Detoksykacja polega na odtruciu organizmu i usunięciu fizjologicznej potrzeby sięgania po narkotyk, który został wprowadzony w metabolizm chorego. Proces odtrucia trwa najczęściej kilkanaście dni i towarzyszy mu szereg przykrych doznań somatycznych wywołanych tak zwanym *zespołem abstynencyjnym*. Aby złagodzić objawy głodu, po odstawieniu danego środka psychoaktywnego, podaje się często odpowiednie środki farmakologiczne. Oczywiście cały proces musi przebiegać pod nadzorem lekarza. Jest to jedynie pierwszy etap walki z uzależnieniem fizycznym i jeśli osoba nie podejmie terapii jest prawie pewne, że nie poradzi sobie z uzależnieniem psychicznym, które często bywa bardzo głębokie i trudne do przezwyciężenia. Skutkiem tego typu błędu w leczeniu będzie powrót do zażywania narkotyków³.

Aby nie dopuścić do tego rodzaju sytuacji ważne są działania profilaktyczne oraz ich wielowymiarowe zastosowanie na każdym poziomie szkolnictwa – począwszy od szkół podstawowych, aż do uczelni wyższych. Profilaktyka, ogólnie rzecz biorąc, „polega na działaniach zabezpieczających przed szkodami, a także na likwidacji przyczyn powstawania niekorzystnych zjawisk”⁴. Bardzo często podjęcie profilaktyki wiąże się z podjęciem działań resocjalizacyjnych. Resocjalizacja oznacza pracę specjalistów (socjologów, pedagogów oraz psychologów) z ludźmi niedostosowanymi społecznie, w celu ponownego włączenia ich do życia w społeczeństwie⁵. W działaniach profilaktycznych resocjalizację

³ Zob. I. Niewiadomska, *Narkotyki*, Lublin 2004, s. 203–205.

⁴ *Ibidem*, s. 194.

⁵ Zob. Z. Włodarski, A. Hankała, *Psychologia uczenia się: praca zbiorowa 2*, Warszawa 1998, s. 730–731.

wprowadza się, gdy sama profilaktyka zapobiegawcza nie odnosi oczekiwanego rezultatu⁶.

W zależności od stopnia zagrożenia uzależnieniem – działania profilaktyczne prowadzone są na danych poziomach:

- profilaktyka pierwszorzędowa,
- profilaktyka drugorzędowa,
- profilaktyka trzeciorzędowa.

Zadaniem profilaktyki pierwszorzędowej jest propagowanie zdrowego stylu życia, oraz zmniejszenie ilości zachowań ryzykowanych poprzez opóźnienie wieku inicjacji. Odnosi się to do grup stosunkowo mało zagrożonych uzależnieniem. Osoby zajmujące się zakresem działań profilaktycznych w tym modelu, to zwykle wolontariusze oraz uczniowie. Odwracalność dysfunkcji społecznych u osób objętych tym programem jest wysoka, bowiem wynosi 100–50%.

Jeszcze do niedawna profilaktyka pierwszorzędowa polegała na szerzeniu fachowej wiedzy na temat narkotyków oraz skutków ich zażywania. Działanie to podejmowały najczęściej osoby, które zwalczyły nałóg, prelegenci oraz specjaliści. Okazało się jednak, że działania te są mało skuteczne. Zamiast ograniczać sięganie młodzieży po narkotyki, powodowały ciekawość, a co z tym idzie eksperymentowanie młodzieży ze środkami psychoaktywnymi. W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że najskuteczniejszy efekt dają działania mające na celu likwidowanie błędnych przekonań normatywnych oraz budowanie pozytywnych postaw, norm, przekonań i oczekiwań. Aktualnie działania te mają na celu przede wszystkim nauczenie młodzieży mówić „nie” narkotekom, a także angażować się w pozytywne aspekty działalności życia społecznego. Pokazują one kierunek działań oraz kształtują normy moralne, a także system wartości w życiu nastolatków. Mimo to programy profilaktyczne muszą być stale badane pod względem efektywności, co umożliwi ich stały rozwój oraz korektę⁷.

Profilaktyka drugorzędowa kierowana jest do grupy podwyższonego ryzyka, a do jej zadań należy redukcja przeżywanych problemów oraz czasu trwania dysfunkcji, a także wycofanie się z zachowań prowadzących do nałogu. Program pomaga w redukcji stresu, a rodzaj działań jest dostosowany do występujących problemów (zajęcia są prowadzone w formie warsztatów rozwijających dane umiejętności). Grupa docelowa ma charakter przedkliniczny. Ryzyko uzależnienia jest różne, a odwracalność dysfunkcji wynosi od 50 do 25%, czyli kształtuje się na poziomie średnim. Zajęcia prowadzą profesjonalści, których zadaniem jest zredukowanie stresu oraz wykształcenie u pacjentów nowych form zachowań.

Profilaktyka trzeciorzędowa z kolei odpowiada za ustanie procesu chorobowego i powrót jednostki do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie.

⁶ Zob. A. Stankowski, *Narkomania – narkotyki – narkomani: wybrane zagadnienia (skrypt dla studentów kierunków pedagogicznych)*, Katowice 1988, s. 97–98.

⁷ Zob. G. Świątkiewicz, *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Warszawa 2002, s. 15–24.

Leczenie może być indywidualne oraz grupowe. Grupa docelowa, objęta profilaktyką, ma charakter kliniczny i jest dokładnie zdiagnozowana. Zdolność kształtowania u pacjentów nowych zachowań jest niska. Warto podkreślić, że uczestnictwo w tym programie profilaktycznym jest obowiązkowe. Odwracalność objawów kształtuje się na poziomie od 25 do 0%, a więc jest niska. Natomiast koszty tej terapii są bardzo wysokie, a zajęcia prowadzone są przez najlepszych specjalistów w dziedzinie leczenia uzależnień.

Wniosek, który nasuwa się po przeanalizowaniu poszczególnych form profilaktycznych, jest oczywisty: wraz ze wzrostem nakładów finansowych oraz poziomu profilaktycznego zmniejsza się jego skuteczność. Tak więc najważniejsza jest promocja zdrowia oraz wyeliminowanie czynników prowadzących do uzależnienia.

Wraz ze wzrostem liczby osób uzależnionych rozwinęły się formy leczenia oraz rehabilitacji. W drugiej połowie lat siedemdziesiątych polscy psychologowie zaczęli podróżować do Stanów Zjednoczonych oraz Europy Zachodniej w celu odwiedzenia tamtejszych placówek leczenia osób uzależnionych od narkotyków. Proces rehabilitacyjny w tamtejszych ośrodkach opierał się na zasadach wspólnoty terapeutycznej. Byli wśród nich Kazimierz Janowski, Marek Kotański oraz Czesław Cekiera. Kontakty z zagranicznymi placówkami zaowocowały stworzeniem nowego modelu leczenia narkomanów.

Na przestrzeni parudziesięciu lat ukształtowało się kilka podstawowych modeli walki z narkomanią, związanych między sobą nawzajem:

- model wspólnotowo-resocjalizacyjny,
- model medyczny,
- model duchowy,
- model integralny.

Każdy z nich określał problem narkomanii z trochę innej perspektywy, a jego działanie skupiało się na innym aspekcie sprawy, lecz w gruncie rzeczy były one ze sobą ściśle powiązane.

Model wspólnotowo-resocjalizacyjny cechował się między innymi: charakterystycznym przywództwem, dużym naciskiem na dyscyplinę oraz porządek, wspólną pracą, stopniowym wchodzeniem w obowiązki, wspólną „spowiedzią”, stosowaniem kar za złamanie norm grupy oraz zaangażowaniem wewnętrznym w życie społeczności. Nurt ten w naszym kraju rozwinął wyżej wspomniany Marek Kotański w placówkach MONARU.

Model medyczny nawiązuje do tradycyjnego podejścia psychiatrycznego i pod tym kątem prowadzi walkę z uzależnieniem, które traktowane jest, jako choroba psychosomatyczna. Innym rodzajem medycznej terapii jest kuracja metadonowa w przypadku narkomanów uzależnionych od heroiny.

Model duchowy traktuje narkomanię, jako chorobę duszy, którą cechuje rozpad systemu wartości oraz zerwanie kontaktu z Bogiem i pod tym kątem jest ona leczona. W Polsce nurt ten został rozwinięty w placówkach katolickich na te-

renie całego kraju. W każdym z tych ośrodków kultywuje się wartości duchowe, chrześcijańskie oraz istnieje program etyczno-moralny.

Model integralny polega z kolei na wielowymiarowym spojrzeniu na problem narkomani – jest on oparty na doświadczeniu oraz praktyce wyżej wymienionych tradycji. Nurt ten w naszym kraju dynamicznie rozwinął się w latach 90. i do dziś stanowi fundament walki z narkomanią.

Warto podkreślić, że wszystkie te modele powstawały w tym samym okresie czasu przenikając się nawzajem oraz wzajemnie wzbogacając.

Do placówek użytecznych w profilaktyce narkomanii oraz form pomocy dla uzależnionych zaliczamy:

1. Placówki pierwszego kontaktu – do modelowych form pomocy oferowanych przez te placówki zaliczamy:
 - a) konsultacje, poradnictwo i krótkotrwałe interwencje;
 - b) podjęcie kontaktu osobistego;
 - c) grupy wsparcia oraz grupy terapeutyczne;

2. Placówki stacjonarne – kieruje się tam ludzi w zawansowanym stadium uzależniania, wtedy, gdy narkoman jest w ciągu zażywania narkotyków i towarzyszy temu uzależnienie fizyczne. Czynnikiem decydującym o skierowaniu do ośrodka stacjonarnego może być również demoralizacja pacjenta, zaburzenie społeczne, bądź też problemy w środowisku rodzinnym. Często terapię w tych placówkach musi poprzedzić detoksykacja.

W zależności od nasilenia problemu oraz sytuacji pacjenta zostaje on skierowany do ośrodka o programie krótkoterminowym (od 3 do 6 miesięcy), bądź długoterminowym (od 12 do 18 miesięcy, a w niektórych placówkach nawet do 24 miesięcy).

3. Oddziały dzienne – zajęcia terapeutyczne w oddziale dziennym trwają od 8 do 15. W tym czasie można skorzystać z pomocy specjalistów, uczestnicząc w prowadzonych przez nich zajęciach. Następnie pacjenci wracają do domów, gdzie mają obowiązek przestrzegać ustalonych reguł programu terapeutycznego oraz wykonywania określonych zadań. Jest to nowa metoda w leczeniu uzależnienia, powstała na przykładzie leczenia uzależnienia alkoholowego.

4. Opieka środowiskowa oraz socjoterapia – łączy ona ze sobą działania prewencyjne (zapobiegawcze) z działaniami terapeutycznymi (osoby na granicy ryzyka uzależnieniem). Odbywa się w świetlicach oraz klubach socjoterapeutycznych, gdzie przychodzą dzieci zagrożone ryzykiem uzależnienia od środków psychoaktywnych.

Inny rodzaj działań profilaktyczno-leczniczych stanowią szkolne placówki socjoterapii. Ich zadaniem jest opieka i kształcenie młodzieży eksperymentującej ze środkami odurzającymi. Są to ośrodki oświatowe, przy których często występują tak zwane hostie, czyli miejsca, gdzie młodzież może mieszkać. Założycielem, a zarazem pionierem takiego ośrodka w naszym kraju, był Jacek Jaku-

bowski, który założył go w Warszawie w 1982 roku, a obecnie pieczę nad nim przejęła Teresa Gnoińska.

5. Programy postrehabilitacyjne – zadaniem tych programów jest pomoc w adaptacji do normalnego życia pacjentów, którzy przebyli program leczenia w ośrodkach stacjonarnych lub ewentualnie w świetlicach socjoterapeutycznych i chcą ponownie ułożyć sobie życie rodzinne oraz społeczne. Do programów tych potrzebne są:
- system hoteli,
 - system placówek postrehabilitacyjnych,
 - grupy dla absolwentów ośrodków⁸.

Podsumowanie

Pamiętajmy, że uzależnienie wymaga specjalistycznego leczenia – nie na własną rękę, ani według własnych koncepcji. Leczenie jest rozciągnięte w czasie i wymaga przede wszystkim zaangażowania oraz poświęcenia ze strony pacjenta. Nikt nie jest w stanie pomóc osobie uzależnionej, jeśli ona sama, przy pomocy specjalistów, nie będzie chciała odmienić swojego życia.

Każde oderwanie człowieka od narkotyku wiązać się musi z jego świadomą zmianą stylu całego życia, a także olbrzymiej determinacji i konsekwencji w działaniu, ze świadomością owych zmian w swojej psychice i funkcjonowaniu. „Żaden lek, żadna izolacja „tu i teraz” nie dają gwarancji trzeźwości na przyszłość”⁹.

Należy zwrócić uwagę, że w Polsce w dalszym ciągu profilaktyka jest wciąż słabo rozwinięta. Dotychczasowa praktyka poradniano-kliniczna wskazuje, że leczenie ambulatoryjne i w poradniach, w przypadku nałogowych narkomanów, jest mało skuteczne. Brak jest w dalszym ciągu profilaktycznych programów wychowawczych dla rodziców, dzieci i młodzieży, które obejmowałyby wszelkie rodzaje uzależnień i miały charakter ogólnopolski¹⁰. Bardzo ważne jest szerzenie rzetelnej wiedzy o narkotykach i zagrożeniach, jakie ze sobą niosą wśród młodzieży, ich rodziców, a także pedagogów.

⁸ Zob. *Ibidem*, s. 21–24.

⁹ Zob. E. Korpetta, *Narkotyki w Polsce, Mity i Rzeczywistość*, Warszawa 2000, s. 55.

¹⁰ Zob. C. Cekiera, *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, Lublin 1992, s. 44.