

Dr hab. prof. KUL Dorota Kornas-Biela
*Kierownik Katedry Psychopedagogiki,
Instytut Pedagogiki
Wydział Nauk Społecznych KUL JP II*

Mgr Sylwia Mirosław
*Absolwentka pedagogiki
w Instytucie Pedagogiki
Wydziału Nauk Społecznych KUL JP II*

Narkomania – aspekty biologiczne i psychopedagogiczne

Substancje psychoaktywne były obecne w życiu człowieka już od najdawniejszych czasów. Istniały prawie w każdej kulturze na całym świecie. Wzmianki o nich (o opium) można znaleźć na glinianych tabliczkach pisanych przez Sumerów kilka tysięcy lat p.n.e. oraz w zabytku literatury indoaryjskiej, jakim jest księga Rygwedy pochodząca z XV i XIV wieku p.n.e. (o konopiach indyjskich). Podobnie w starożytnym Egipcie, w Cesarstwie Rzymskim, w Chinach i Indiach, w Ameryce Południowej stosowano różne środki roślinne, które miały działanie uspokajające, pobudzające, halucynogenne i uśmierzające ból. Pełniły bardzo różne funkcje, od magicznych przez religijne, gospodarcze, aż do relaksacyjnych i rozrywkowych (Cekiera, 1985, s. 14-28; Kusinitz, 1994; Zajączkowski, 2003; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 81-96; Augustynek, 2011, s. 44-47). W XIX i XX w. pojawiły się także narkotyki syntetyczne (np. amfetamina, morfina, heroina, kokaina, LSD). Wraz ze wzrostem asortymentu dostępnych narkotyków oraz rozszerzaniem się idei ruchu hipisowskiego od lat siedemdziesiątych XX wieku (który m.in. głosił całkowitą wolność człowieka), wzrosła skala rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych, stosowanych przez coraz szersze grupy społeczne i coraz młodszego wiekowo (Augustynek, 2011, s. 47-48). Obecnie narkomania stanowi jedno z najważniejszych zagrożeń dla zdrowia i życia, zwłaszcza młodego pokolenia, na całym świecie.

Narkotyki stały się istotnym elementem życia współczesnych społeczeństw, a wśród nastolatków przyjęło się traktowanie brania narkotyków (tak jak i alkoholu oraz papierosów) jako potrzeby nie do zaspokojenia w inny sposób oraz jako należnego im przywileju młodości (Kusinitz, 1994, s. 9). Rozpowszechnieniu narkomani sprzyja obecnie coraz to więcej nowych psychoaktywnych substancji syntetycznych, które są w niewielkim stopniu ryzykiem dla ogółu społeczeństwa, natomiast stanowią problem w grupie użytkowników wysokiego ryzyka. Poza tym dużym problemem jest wzrastający rynek nielegalnych opioidów, które wiążą się z wysokim i ciągle wzrastającym poziomem zachorowalności i śmiertelności w Europie spowodowanych ich przedawkowaniem. Powody do obaw budzi również pojawienie się w zarówno w Europie, jak i w Ameryce

Północnej nowych opioidów syntetycznych o dużej sile działania, głównie pochodnych fentanylu, które są sprzedawane przez internet oraz na nielegalnych rynkach zbytu a mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia nie tylko u osób, które ich używają, ale także u tych, które uczestniczą w ich wytwarzaniu oraz u pracowników poczty i organów ścigania. Są one „atrakcyjnym i rentownym towarem handlowym dla przestępczości zorganizowanej” (Europejski, 2017, s. 14). Nowe substancje psychoaktywne są szczególnie poszukiwane jako tani środek odurzający przez marginalizowanych i wieloletnich użytkowników opioidów (tamże, s. 16).

Poważnym problemem społecznym ostatnich dziesięcioleci stały się dopalacze, a więc grupa „nieobjętych kontrolą prawną substancji, które wykazują działanie pobudzające i stymulujące ośrodkowy układ nerwowy, działają relaksująco, rozluźniająco i poprawiają nastrój, ale mogą również działać halucynogennie, a czasem psychodelicznie” (Warecki, 2010, s. 5). Zwiększająca się liczba osób hospitalizowanych oraz zmarłych z powodu zażycia dopalaczy (zwłaszcza młodych) wskazuje na nowe oblicze i zagrożenia narkobiznesu w Polsce i na świecie. Wzrastająca świadomość szkodliwości narkotyków, dyskomfort w poszukiwaniu dilerów nielegalnej substancji i zaliczenie do grona narkomanów zostaje zastąpione poczuciem spokoju przy łatwym dostępie do substancji legalnych, które dają podobne efekty jak te, które można uzyskać po użyciu narkotyku. Pomimo wiedzy o szkodliwości tych „zamienników” narkotyków, młodzi ludzie sięgają po nie, gdyż albo hołdują kulturze hedonistycznego wypoczynku, więc chcą poprawić sobie nastrój i uciec od trudności w relacjach społecznych albo hołdują kulturze sukcesu i starają się być nieustannie aktywnymi, sprawnymi, kreatywnymi (Korczak, 2009, s. 323).

W naukach zajmujących się zjawiskiem narkomanii, jak np. psychologia, pedagogika, socjologia, prawo, demografia szuka się przyczyn narkomanii – zarówno sięgania po narkotyki jak też uzależniania się. Chodzi bowiem o uchwycenie grup ryzyka i zaplanowanie działań profilaktycznych w tym zakresie oraz schematów terapeutycznych. Wśród teorii wyjaśniających uwarunkowania narkomanii można wymienić teorie biologiczne, genetyczno-behawioralne, psychologiczne, społeczne, środowiskowe, socjologiczne (Gaś, 1994; Rogala-Obłękowska, 1999; Zajączkowski, 2003; Carson, Butcher, Mineka, 2006, s. 591-593; Jędrzejko, 2009, s. 65-121, 446-449; Ulman, 2011) a nawet religijne – moralne (Bożejewicz, Sarzała, 2009) i duchowe (Pierzchała, 2009). Z badań zjawiska narkomanii jak i doświadczeń terapeutycznych wynika rozpoznanie kilkudziesięciu czynników wzmacniających ryzyko uzależnienia od narkotyków oraz czynników chroniących (Wojcieszek, 2009, s. 368-371, 376-377).

1. Rodzaje narkotyków i objawy uzależnienia od nich

W dzisiejszym świecie występuje bardzo dużo różnego rodzaju substancji psychoaktywnych, za pomocą których człowiek może oddziaływać na swoją psychikę, a które prowadzą również do uzależnienia. Każde z tych środków odurzających ma inny

mechanizm działania na organizm i inne konsekwencje dla organizmu (Latka, Gąsiorowski, 1997; Zajączkowski, 2003; Wrona, 2009, s. 23).

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wskazuje na obowiązujący w Polsce następujący podział substancji psychoaktywnych na trzy główne grupy:

- Alkohol, opiaty, leki uspokajające i nasenne – działające głównie rozluźniająco, uspokajająco i nasennie.
- Kanabinole i inne substancje halucynogenne, lotne rozpuszczalniki – działające głównie euforycznie, powodujące omamy, urojenia.
- Kokaina i inne substancje stymulujące, nikotyna – działające pobudzająco, podwyższające nastrój¹.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wymienia następujące substancje psychoaktywne, których zażywanie powoduje szkody dla organizmu, a także prowadzi do uzależnienia: alkohol, opiaty, kanabinole, leki uspokajające i nasenne, kokaina i inne substancje stymulujące, w tym kofeina, substancje halucynogenne, tytoń, lotne rozpuszczalniki, inne niewymienione substancje psychoaktywne oraz użycie kilku substancji łącznie. W poniższym omówieniu rodzajów substancji psychoaktywnych zawartych w ICD-10 pominięto alkohol oraz tytoń ze względu na to, iż są to substancje legalne, a zatem nie są narkotykami w rozumieniu prawnym (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 23-24).

Opiaty są substancjami pochodzenia roślinnego, należą do alkaloidów, które powstają z maku lekarskiego (*Papaver Somniferum*), a przede wszystkim z mlecznego soku, który wypływa po nacięciu torebki niedojrzałej makówki, czyli opium (Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 221). Opioidy natomiast to syntetyczne lub półsyntetyczne środki i leki działające na receptor opiatowy, posiadające aktywność farmakologiczną opiatów, stosowane m.in. w leczeniu bólu (Juczyński, 2002, s. 78). Niwelowanie bólu dokonuje się bardziej poprzez zredukowanie niepokoju i strachu, które towarzyszą bólowi, niż poprzez rzeczywiste usunięcie jego skutków. Oprócz tego upośledzają pracę układów wewnętrznych, dając szereg przykrych objawów oraz zaburzają działanie układu nerwowego a tym samym funkcje psychiczne i zachowanie, są silne uzależniające zarówno fizycznie jak i psychicznie (Piotrowski, 2002, s. 21). Do opiatów należy heroina, morfina, kodeina i opium. W Polsce heroina występuje w postaci białej i brunatnej oraz kompotu (tzw. polskiej heroiny, którą wygenerowano w Polsce w latach siedemdziesiątych ze słomy makowej (Malewska, 1995, s. 52; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 24-28).

Kanabinole to substancje psychoaktywne pochodzące od konopi (najczęściej indyjskich). Wytwarza się je z wierzchołków roślin, górnych liści i żywicy, którą pozyskuje się z kwiatostanów. Do tej grupy narkotyków należą marihuana, haszysz i olej haszyszowy (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 32-37). Objawy, jakie występują po zażyciu

¹ Narkotyki. <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=112184>; Dostęp: 16.07.2017.

kanabinoli, są zależne od osobowości danej osoby, wielkości dawki, a także od jakości narkotyku. Po przyjęciu małej dawki pojawiają się reakcje euforyczne i marzycielskie. Czasem występują również zaburzenia słuchu i problemy z postrzeganiem. Dawki większe prowadzą do zmiany zachowania i halucynacji. Osoba traci wtedy zdolność panowania nad samą sobą, kontakt z rzeczywistością, orientację w czasie oraz przestrzeni. Długotrwałe przyjmowanie tych substancji powoduje osłabienie osobowości, brak motywacji osobistych i społecznych. Chociaż nie stwierdzono uzależnienia fizycznego od kanabinoli, to jednak systematyczne przyjmowanie konopi prowadzi do uzależnienia psychicznego. Pojawiają się również objawy abstynencyjne, takie jak agresja, brak apetytu, uczucie podniecenia, trudności ze snem, drgawki (Parcevaux, 1995, s. 68).

Leki uspokajające i nasenne stanowią grupę środków, w skład której wchodzi barbiturany i benzodiazepiny. Dają one poczucie zadowolenia, uspokojenia, obojętności, czasem euforii i wykorzystywane są jako leki nie tylko o działaniu nasennym i przeciwlękowym, ale również przeciwdrgawkowym, przeciwpadaczkowym, znieczulającym. Istnieje niebezpieczeństwo przedawkowania ze względu na małą różnicę między dawką terapeutyczną a toksyczną, stąd nie trudno o objawy zatrucia, zagrożenia życia a nawet śmierci. Nadmierne stosowanie tych leków prowadzi do tolerancji danej dawki (konieczne staje się jej zwiększanie) a tym samym do uzależnienia fizycznego (Piotrowski, 2002, s. 22; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 30-40; Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 238).

Substancje stymulujące wzmacniają pracę układu nerwowego. Kiedy układ nerwowy zostaje pobudzony, wówczas wyostają się zmysły, pojawia się odczucie dużej energii i przyjemne stany emocjonalne, pozytywny nastrój, obniżenie potrzeby snu, skrócenie czasu reakcji, szybsze procesy myślenia i działania, odporność na zmęczenie, wzrost pewności siebie i towarzyskości. Tym początkowym pozytywnym stanom psychicznym mogą towarzyszyć negatywne objawy fizjologiczne a częste i niekontrolowane branie tych substancji wywołuje objawy zaburzające funkcjonowanie psychiczne oraz zagrażające zdrowiu i życiu. Do tej grupy środków należą m.in. kokaina (w tym crack), amfetamina (i jej odmiany jak speed, ice, ecstazy, tenamfetamina, kath, metkatyna) i kofeina. Efekty dobrego samopoczucia i wydajniejszego funkcjonowania szczególnie po zażyciu amfetaminy, stają się dużą pokusą w dzisiejszym świecie. Kokaina i amfetaminy są substancjami szybko uzależniającymi i niebezpiecznymi dla zdrowia psychicznego i fizycznego (Malewska, 1995, s. 56-60; Piotrowski, 2002, s. 23; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 41-53; Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 242; Wrona, 2009, s. 61). Mogą wystąpić również psychozy wraz z urojeniami, halucynacje a także impulsywne zachowania, skłonność do agresji i przemocy, depresja i myśli samobójcze (Juczyński, 2002, s. 95).

Substancje halucynogenne wytwarza się z roślin kaktusów lub grzybów. Istnieje wiele rodzajów tych narkotyków, które nazywane są halucynogenami albo psychodelikami, np. LSD, grzyby halucynogenne, meskalina, DMT. Wszystkie one mają jedną wspólną cechę a mianowicie – pod wpływem ich działania oprócz zmian fizjologicznych zmienia się stan

świadomości, następują ilościowe i jakościowe zmiany w funkcjonowaniu psychicznym – zniekształcenie rzeczywistości, która otacza człowieka, odbieranych obrazów i dźwięków, zmienia się poczucie czasu i przestrzeni, zostaje zaburzone funkcjonowanie zmysłów (halucynacje wzrokowe, słuchowe, czuciowe lub zapachowe, synestezje), pojawia się wrażenie depersonalizacji i oderwania, objawy mające wiele cech wspólnych z ostrą schizofrenią. Halucynacjom mogą towarzyszyć paranoidalne złudzenia, w trakcie których zachowanie osoby może być silnie kompulsywne, a nawet prowadzić do zabójstwa czy samobójstwa (Piotrowski, 2002, s. 25; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 53-62; Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 244).

Rozpuszczalniki lotne zwane inaczej inhalantami lub środkami wziewnymi, są to substancje o zróżnicowanej budowie chemicznej, ale mają jedną wspólną cechę, jaką jest zdolność do parowania w temperaturze otoczenia. Mogą być one składnikiem wielu produktów codziennego użytku, np. farb, klejów (np. butapren), rozpuszczalników, zmywaczy do paznokci, płynów czyszczących i paliw. Ten rodzaj substancji bardzo często zażywają osoby młode a nawet dzieci z powodu ich dostępności, legalności i niskiej ceny oraz szybkiego i silnego działania. Rozpuszczalniki bardzo szybko dostają się do krwi, dając efekty w postaci krótkiego odprężenia, ożywienia, ale wkrótce pojawia się ból głowy, rozdrażnienie i zmęczenie, senność. Przyjmowanie dużych dawek prowadzi do trudności w oddychaniu, zaburzonej pracy serca a nawet do nieodwracalnych zmian w mózgu, rdzeniu przedłużonym i w nerwach obwodowych, uszkodzenia licznych narządów jak wątroba, nerki, płuca czy serce (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 62-65; Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 246).

Do innych substancji psychoaktywnych należy anielski pył (PCP). Narkotyk ten jest niezwykle niebezpieczny, ponieważ wywołuje takie efekty, jakie występują po zażyciu wielu innych środków odurzających i to w trakcie jednego zażycia. PCP działa na przemian jako psychodelik i stymulator. Jego działanie pobudzające organizm jest silniejsze niż kokainy. Po jego zażyciu pojawiają się również objawy takie jak w przypadku opiatów. Ponadto powoduje ogromną agresję i niweluje odczucie bólu (Piotrowski, 2002, s. 30; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 65-68).

Omówione powyżej narkotyki osoby uzależnione zażywają w różny sposób. Czasem stosują tylko jeden środek, a niejednokrotnie łączą różnego rodzaju substancje. Politoksykomania „polega na równoczesnym bądź naprzemiennym używaniu różnych substancji psychoaktywnych. Najczęściej osoba zażywa określony środek chemiczny w celu nasilenia efektów działania pierwszej substancji albo w celu ich wytłumienia” (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 74). Takie łączenie substancji psychoaktywnych nasila toksyczne działanie obydwu narkotyków, prowadzi do powikłanych objawów intoksykacji, trwale uszkadza narządy wewnętrzne, układ nerwowy oraz funkcjonowanie psychiki, stwarza realne zagrożenie utraty życia.

2. Specyfika działania narkotyków i uzależnienia od nich

Po przyjęciu substancji psychoaktywnej do organizmu, najpierw dostaje się ona do krwi, a z nią do wszystkich organów wewnętrznych, zwłaszcza najważniejszego – mózgu i ośrodkowego układu nerwowego, powodując m.in. zaburzenia w funkcjonowaniu neuroprzebieżników. Działanie narkotyków jest osobniczo zróżnicowane, tzn. jest zależne od wielu właściwości osobniczych (biologicznych i psychologicznych), łączenia narkotyku z innymi środkami (leki, papierosy, alkohol, anaboliki, dopalacze). Przede wszystkim jednak zależy od rodzaju i ilości przyjętego środka i wchłoniętego środka, jego rozpuszczalności i stanu rozdrobnienia, czasu, w jakim pozostaje on w organizmie w formie aktywnej i czasu dezaktywacji oraz tempa, w jakim jest usuwany. Istnieją narkotyki, które zostają usuwane z organizmu w formie niezmienionej, jednak większość z nich jest poddawana metabolizmowi – przede wszystkim dzięki enzymom wątroby – i wydalona z organizmu. Nerki są głównym organem, za pomocą którego odbywa się wydalenie narkotyku oraz jego metabolitów. Usunięcie z organizmu może również odbywać się przez płuca, z kałem, z potem, czy mlekiem matki. Część substancji i ich produkty metabolizmu są odkładane w tkance tłuszczowej, zwłaszcza w takich organach jak płuca, wątroba, czy mózg, dlatego też wydalenie ich z organizmu po przyjęciu jednej dawki trwa nawet kilka dni, a w ciągłym przyjmowaniu danej substancji rozciąga się do kilku miesięcy (Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 196-198).

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych ma w głównej mierze charakter fizjologiczny, jednak zaprzestanie ich przyjmowania wielokrotnie wywołuje objawy psychiczne, bowiem wszystkie rodzaje środków psychoaktywnych wpływają na nastrój, emocje i na świadomość, zmieniają „trwale potencjalne, sprawnościowe, wydolnościowe funkcje i czynności narządów i umysłu (rozumianego jako triada: emocji, inteligencji i woli” (Madeja, 2006, s. 16) i organizm domaga się następnej dawki, aby móc normalnie funkcjonować. Gdy ustaje stan euforii, podwyższonego samopoczucia, subiektywnego dobrostanu, pojawia się depresja, a także lęki. Aby powrócić do normalnego stanu, osoba jest zmuszona do zażycia następnej dawki, niejednokrotnie większej od poprzedniej. Uzależnieniu fizycznemu od danej substancji towarzyszą objawy o charakterze psychicznym (tamże, s. 16-17).

Prawie wszystkie substancje uzależniające powodują w organizmie zmiany fizjologiczne, chemiczne i biochemiczne. Mogą oddziaływać na organizm w sposób farmakologiczny i nefarmakologiczny. Wskazując na farmakologiczne czynniki działania, należy zwrócić uwagę, że występuje związek między biologicznym działaniem danego środka a jego cechami fizykochemicznymi: „efekt oddziaływania zależy np. od rozpuszczalności, stanu rozdrobnienia, interakcji z innymi substancjami (np. zupełnie inaczej działają leki uspokajające podawane samodzielnie, inaczej natomiast, gdy ich przyjmowaniu towarzyszy picie alkoholu)” (Jędrzejko, Kowalewska, Janiszewski, 2009, s. 194). Nie bez znaczenia jest również to, w jaki sposób został podany dany środek oraz czy dawka była

zażyta tylko jednorazowo, czy też po raz kolejny. Skuteczność oddziaływania substancji psychoaktywnej to „siła oddziaływania oraz osiąganie odmiennych stanów” (tamże) i uzależniona jest przede wszystkim od przyjętej rzeczywistej ilości czystego narkotyku do organizmu. Niejednokrotnie trudno to ustalić, ponieważ substancje psychoaktywne powstają w laboratoriach nielegalnych, dlatego też stosuje się pojęcie dawka. Dawka rozumiana jest jako „ilość substancji chemicznej podana, pobrana lub wchłonięta przez organizm w określony sposób, warunkująca wystąpienie (lub brak) efektów biologicznych, wyrażonych odsetkiem organizmów odpowiadających na dawkę. Określona jest w jednostkach wagowych na masę ciała lub powierzchnię ciała, niekiedy na dobę” (tamże, s. 195).

Aby przyjęty narkotyk mógł spowodować konkretny rezultat, konieczne jest jego odpowiednie stężenie w organizmie a na to ma wpływ nie tylko jednorazowe spożycie, ale również częstość przyjmowania danego narkotyku i wiele wspomnianych wyżej właściwości samego narkotyku oraz jak i cech organizmu. Kiedy dawka narkotyku jest systematycznie pobierana lub zwiększana, wówczas następuje nasilenie efektów oddziaływania substancji psychoaktywnej na organizm. Jednak dzieje się tak do pewnego momentu, gdy zaś zostanie on przekroczony, oddziaływanie pozostaje na tym samym poziomie lub zmniejsza się. Zależność pomiędzy efektem, jaki powstaje po zażyciu substancji psychoaktywnej, a wielkością dawki bada farmakologia, która wyróżnia dawkę skuteczną i dawkę śmiertelną. Dawka skuteczna „to taka, po której określony procent ludzi wykazuje określony efekt działania leku (w tym przypadku substancji psychoaktywnej)”, natomiast dawka śmiertelna to taka „po której przeważający odsetek umiera w określonym czasie” (tamże, s. 195). Gdy różnica pomiędzy nimi jest mała, wówczas istnieje bardzo duże ryzyko przedawkowania danej substancji i w efekcie doprowadzenie do śmierci.

Organizm człowieka posiada wiele mechanizmów, które mają za zadanie zapewnić mu homeostazę. Jest on poddawany wielu czynnikom, które pochodzą z wewnątrz organizmu, a także z zewnątrz, które zakłócają poziom równowagi. Normowanie zachodzących procesów polega na zasadzie sprzężeń zwrotnych na poziomie całego ciała. Dlatego poradzenie sobie z tym wszystkim, co zaburza poziom równowagi, jest zależne od funkcjonowania danych mechanizmów. Niefarmakologicznymi czynnikami, które wpływają na skutek działania substancji psychoaktywnych na organizm są następujące właściwości organizmu: „odziedziczone predyspozycje genetyczne (które warunkują specyficzne reakcje na dany środek), płeć, wiek, tolerancja na narkotyk, osobowość, sprawność funkcjonowania wszystkich układów, szczególnie neurohormonalnego, krążenia, oddechowego i wydalniczego” (tamże, s. 202).

Czynniki genetyczne mają niezwykle istotny wpływ na funkcjonowanie wszystkich narządów i tkanek. Gen, który byłby odpowiedzialny za nadużywanie lub uzależnienie od substancji psychoaktywnej nie został dotychczas odkryty, ale połączenie wielu genów lub zmieniona ekspresja kilku, może mieć wpływ na ryzyko powstania, np. choroby alkoholowej z powodu podwyższonej tolerancji na alkohol. Wyróżnia się, np. alkoholizm genetyczny

oraz drugi rodzaj, który jest uwarunkowany bardziej wpływem środowiska. Czynniki genetyczne zatem nie są bez znaczenia w powstawaniu uzależnienia, choć sama dyspozycja genetyczna nie jest wystarczająca. Czynniki, które są przekazywane genetycznie mogą zwiększać ryzyko powstania uzależnienia, ale żeby do tego doszło nieodzownie staje się przyjmowanie danego środka (tamże, s. 202-203).

Działanie substancji psychoaktywnych inaczej przebiega u kobiet niż u mężczyzn. Spowodowane jest to dwoma zasadniczymi różnicami. Po pierwsze organizm kobiety zawiera więcej tkanki tłuszczowej, a tym samym mniej wody. Dlatego działanie substancji psychoaktywnych rozpuszczalnych w wodzie będzie u kobiet silniejsze z powodu ich wysokiego stężenia. Dużą rolę odgrywają również substancje, które wpływają na wydzielanie hormonów płciowych, ponieważ niejednokrotnie stają się przyczyną zaburzeń zdrowotnych i chorób u kobiet. W organizmie kobiety poziom stężenia enzymów rozkładających niektóre substancje jest niski, dlatego czas uwalniania substancji jest dłuższy niż u mężczyzn. Przyjmowanie narkotyków przez kobiety będące w ciąży oraz karmiące niesie ze sobą również konsekwencje zdrowotne dla dziecka oraz prowadzi do jego uzależnienia. Zmiana wieku jest istotna w warunkowaniu osobniczego wpływu narkotyku. Dzieci i młodzież odznaczają się niższą tolerancją na substancje psychoaktywne, stąd może dochodzić u nich do ciężkich zatruc, szybszego uzależnienia. Osoby starsze również wykazują słabszą tolerancję wobec substancji psychoaktywnych z powodu upośledzonej pracy narządów wewnętrznych i zmienionego, spowolnionego metabolizmu (tamże, s. 203-204).

Istnieją różne sposoby przyjmowania substancji psychoaktywnych. Ilość substancji, która dostanie się do ośrodkowego układu nerwowego oraz czas, w jakim to nastąpi, uzależniony jest od jej rodzaju, a także od poziomu funkcjonowania układu pokarmowego, oddechowego i krążenia, a także błon śluzowych. Pod wpływem działania substancji psychoaktywnych w ośrodkowym układzie nerwowym następują zmiany, które polegają na tym, że zadania neuroprzekaźników mózgowych ulegają przekształceniu. Efekt działania substancji psychoaktywnej na organizm człowieka zależy od sprawności układu nerwowego. Natomiast na tempo, w którym zachodzi proces metabolizmu i wydalania toksycznych związków z organizmu wpływa poziom sprawności wątroby i nerek (tamże, s. 204-205).

3. Epidemiologia zjawiska

Kontrolowanie spożywania narkotyków, a także ograniczenie szkód związanych z narkotykami jest dość trudne. Ważną rolę odgrywa monitorowanie używania narkotyków a także problemów z nimi związanych, dlatego też Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zbiera i opracowuje dane statystyczne dotyczące używania narkotyków w populacji ogólnej, problemowe używanie narkotyków, zgony związane z narkotykami i umieralność, choroby zakaźne związane z narkotykami i

zgłaszalność do lekarza. W Europie najwięcej zgonów, zachorowań i kosztów leczenia jest związanych z przyjmowaniem heroiny i innych opioidów, pomimo tego, że ich konsumpcja pozostaje na stosunkowo niskim poziomie. Badania potwierdzają, że prawie 25% dorosłych mieszkańców krajów Unii Europejskiej, co stanowi 80 mln osób, spróbowała przynajmniej raz w życiu narkotyków. Do najczęściej zażywanych narkotyków należą konopie indyjskie – 75,1 mln, kokainę zażywało 14,9 mln a amfetaminę 11,7 (Europejskie, 2015).

Narkomania w Polsce była zjawiskiem marginalnym do początku XX w., natomiast od lat siedemdziesiątych XX wieku możemy mówić o wzroście skali tego zjawiska jako efektu zmian społecznych na Zachodzie. Do czasu transformacji politycznej w Polsce zjawisko narkomanii odnotowywano głównie w subkulturach młodzieżowych związanych z ruchem hippisowskim oraz z grupami przestępczymi. Substancjami rozpowszechnionymi w tych środowiskach była heroina i tzw. polska heroina, środki wziewne oraz leki. Po przełomie ustrojowym w 1989 r. narkomania stała się problemem społecznym i ciągle pozostaje. Przemiany w obrębie rozwoju zjawiska narkomanii w Polsce zaprezentowała m.in. E. Łuczak (2004).

Ze względu na łatwą dostępność narkotyków (jako efektu zorganizowanych grup przestępczych) pojawiły się trzy grupy ryzyka narkomanii. Pierwszą grupę o zwiększonym ryzyku stanowią obszary biedy i marginalizacji społecznej, w których wraz z innymi używkami i patologiami społecznymi kontakt z narkotykiem rozpoczyna się bardzo wcześnie i dominują narkotyki tańsze (rodzime). Drugą grupę o również dużym ryzyku narkomanii tworzą obszary elit, ludzie bogaci, ekscentryczni, z tzw. bohemy artystycznej, którzy traktują narkotyki jako element ich stylu życia i preferują narkotyki droższe i mocne. Grupą o niskim lub przeciętnym ryzyku stanowi dominująca część społeczeństwa. Na narkomanię szczególnie narażeni są ludzie młodzi z powodu okazjonalnego spożycia oraz dorośli, którzy używają narkotyków jako wzmacniaczy w celu osiągnięcia efektywności w pracy zawodowej (Jędrzejko, Cabalski, 2009, s. 143-144).

Badania przeprowadzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wykazały, że w Polsce obecnie najbardziej powszechnymi narkotykami są przetwory konopii indyjskich i amfetamina. Część badanej populacji, która stanowiła 2,5%, przyznała się do zażywania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku, natomiast 7,1% do sięgnięcia po narkotyki kiedykolwiek w życiu. Wskaźniki zażywania marihuany były odpowiednio – 2,4% i 6,6%. Częściej po narkotyki sięgają mężczyźni w wieku od 15 do 34 lat, natomiast kobiety częściej zażywają leki nasenne i uspokajające, które można nabyć bez recepty (Malczewski, Misiurek, 2014, s. 42).

4. Proces leczenia

Osoba przyjmująca substancje psychoaktywne, doświadczając nasilenia objawów uzależnienia, dotyka niejako samego „dna”, które polega na podporządkowaniu całego życia narkotykowi. Kiedy przyjmuje jedną dawkę, od razu myśli o następnej, o sposobie jej

zdobycia. Na tym etapie pogłębiają się problemy natury fizycznej, psychicznej, jak i społecznej, z którymi dotychczas radziła sobie za pomocą zażywania narkotyków. Organizm jest coraz to bardziej wyniszczony, stan zdrowia znacznie się pogorsza (szczególnie groźne choroby infekcyjne, np. wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz HIV), przez co osoba staje na granicy życia i śmierci (zwłaszcza z przedawkowania lub z powodu łączenia substancji psychoaktywnych). Zniszczeniu ulega również sfera psychiczna i społecznego funkcjonowania. W ten sposób dochodzi się do etapu, w którym uzależniony albo sam zaczyna szukać pomocy albo robią to najbliżsi (Rogała-Obłękowska, 2002).

Kiedy istnieje podejrzenie, że dana osoba ma kontakt z narkotykami lub je zażywa zaleca się zgłoszenie tego policji. Zadaniem policjantów zajmujących się zwalczaniem przestępczości narkotykowej, jest nie tylko rozwiązywanie spraw o charakterze kryminalnym, ale także udzielenie pomocy i konkretnych informacji osobom, które zgłaszają taki problem. Inną możliwością jest nawiązanie kontaktu ze specjalistyczną instytucją poświęconą udzielaniu wsparcia i odpowiednich porad związanych z problemem uzależnień (Wrona, 2009, s. 116-117).

Profesjonalna terapia uzależnień daje duże prawdopodobieństwo wyjścia z narkomanii. Przy czym, jak podkreślają to znawcy problemu, narkomania jest w pewnym sensie nieuleczalna, tzn. osobie, która wskutek nałogu „straciła naturalną biologiczną barierę odporności na te środki, nie udaje się już w pełni przywrócić tej odporności”. Dlatego narkomana można podleczyć, ale każde ponowne zetknięcie z narkotykiem kończy się powrotem uzależnienia. Uratować może go jedynie całkowita abstynencja (Cekiera, 1985, s. 259-260). Leczenie uzależnień jest dość trudne i wymagające konkretnego wysiłku, dlatego też niezwykle ważna jest zgoda osoby zainteresowanej na podjęcie leczenia. Stąd podstawową zasadą leczenia uzależnień jest dobrowolność. Ma ono sens tylko wtedy, gdy narkoman chce tego i wyraża swoją chęć w sposób świadomy, a nie pod wpływem narkotyków (Słowik-Gabryelska, 2006, s. 94-95). Bez silnej i podtrzymywanej motywacji do leczenia zdecydowana większość narkomanów bardzo szybko porzuca abstynencję (Stankowski, 1988).

Pierwszym krokiem na drodze wychodzenia z narkomanii jest wizyta w poradni konsultacyjnej, kolejnym krokiem jest poddanie się detoksykacji, jeśli jest taka potrzeba, a następnie proponuje się osobie uzależnionej wzięcie udziału w terapii prowadzonej przez ośrodek odwykowy. Po przebytej terapii osoba wraca do życia w społeczeństwie (Cekiera, 1985, s. 261-275, 1994; Woronowicz, 2001, 2009; Karpowicz 2003; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 202-203; Carson, Butcher, Mineka, 2006; Jędrzejko, Cabalski, 2009, s. 150-153).

Leczenie uzależnienia od narkotyków jest we wstępnej fazie podobne do leczenia uzależnienia od alkoholu, chodzi bowiem o udzielenie pomocy w okresie zespołu abstynencyjnego, zmniejszenie głodu narkotykowego, łagodzenie objawów odstawiennych oraz odnowę fizyczną i psychiczną. W powodzeniu terapii odwykowej dużą rolę odgrywa uwolnienie pacjenta od środowiska narkomanów, podtrzymanie w przestrzeganiu

wymogów terapii, zapobieżenie rezygnacji i powrotowi do uzależnienia. Czasem konieczna jest hospitalizacja ze względu na pojawiające się zaburzenia psychiczne lub psychoterapia i specjalne zabiegi socjoterapeutyczne, jeśli występują tendencje do zachowań psychopatycznych (Carson, Butcher, Mineka, 2006, s. 593-594, 598-603).

Pierwsza wizyta w poradni konsultacyjnej stanowi bardzo ważny moment, od którego zależeć może podjęcie terapii. W Polsce działa bardzo wiele tego typu placówek. Na uwagę zasługuje fakt, że dobrze jest, gdy osobie uzależnionej towarzyszy ktoś bliski, osoba zdrowa, która będzie wsparciem dla narkomana i podtrzyma motywację do kolejnych wizyt. Największą pomocą dla osoby uzależnionej są bliscy, którzy dbają, aby kontakt z terapeutą nie został przerwany. Natomiast pouczanie, pożyczanie pieniędzy, brak zaufania do osób prowadzących terapię i ubolewanie nad sytuację osoby uzależnionej, z pewnością nie pomaga, a wręcz utrudnia proces leczenia. Celem konsultacji w poradni jest doprowadzenie osoby uzależnionej do podjęcia decyzji o wzięciu udziału w terapii. Zdarza się, że niektóre osoby przed jej podjęciem muszą poddać się detoksykacji (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 2013).

Początkiem detoksykacji czyli odtrucia jest zaprzestanie przyjmowania substancji psychoaktywnej. Jest to konieczne w przypadku uzależnienia od alkoholu, opiatów, środków uspokajających i nasennych (Słowik-Gabryelska, 2006, s. 94-95). Zasadniczym celem detoksykacji jest usunięcie toksyn i pozbycie się fizjologicznej potrzeby zażywania danej substancji psychoaktywnej, do której przyzwyczał się organizm (szczególnie dotyczy to heroiny i innych opioidów). Przejawem uzależnienia fizycznego jest zespół abstynencyjny, zwany również głodem narkotycznym. Jest on definiowany jako „niepokój psychiczny, pobudzenie nerwowe, zaburzenia somatyczne wywołane brakiem działania środka odurzającego u osoby uzależnionej. Nasilenie objawów wzrasta w miarę przedłużania się okresu abstynencji, a nawet może spowodować zejście śmiertelne” (Sabatowski, 2000, s. 11). Przejawia się to w takich objawach jak: „ziewanie, łzawienie, nudności, wymioty, drżenie rąk, przyspieszenie czynności serca i rytmu oddychania, bóle mięśni, uderzenia gorąca z obfitym poceniem się” (tamże). Aby organizm zaczął poprawnie funkcjonować bez substancji psychoaktywnej, potrzeba zazwyczaj kilkunastu dni abstynencji. W celu złagodzenia objawów głodu narkotycznego podaje się stosowne środki farmakologiczne. Osoba uzależniona jest wtedy pod opieką lekarza. Jeśli na tym etapie narkoman przerwie proces wychodzenia z uzależnienia, wówczas istnieje bardzo duże ryzyko, a nawet pewność, że powróci do zażywania narkotyków, ponieważ nie poradzi sobie z o wiele trudniejszym do pokonania uzależnieniem psychicznym (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 205; Erickson, 2010, s. 186-188).

Kolejny etap po detoksykacji polega natomiast na zmierzaniu do utrzymania zupełnej abstynencji. Ta faza leczenia zawiera takie elementy jak: unikanie innych substancji, które mogą powodować uzależnienie; zaangażowanie rodziny w terapię na rzecz usunięcia patologii oraz współpraca z terapeutą; poddawanie się testom krwi i moczu sprawdzającym obecność narkotyków w organizmie oraz toksykologicznym badaniom przesiewowym;

uczestniczenie w grupie samopomocy; branie czynnego udziału w 12-krokowym programie terapeutycznym; leczenie przymusowe ma miejsce tylko wtedy, gdy osoba zostanie skierowana na nie poprzez nakaz sądu; sankcje prawne ponoszą osoby na stanowiskach – chcąc je utrzymać są zobowiązane do leczenia; zawieranie kontraktów warunkowych, np. warunkowa umowa o pracę i kontakt z lekarzem (zakład pracy jest informowany, gdy osoba nie pojawia się na wizycie) (Słowik-Gabryelska, 2006, s. 94-95).

Obecnie w leczeniu uzależnień stosuje się również metody, które nie skupiają się na zmianie postaw prowadzących do uzależnienia, ale na tym, by zapewnić osobie właściwe funkcjonowanie w społeczeństwie. W tym celu aplikuje się kontrolowane dawki przepisanej i oczyszczonej narkotyku. Przykładem takiej metody może być terapia metadonowa. Terapia ta nie wymaga od osoby uzależnionej przebywania w ośrodku, nie jest również niezbędna detoksykacja. Pomimo tego, że w ten sposób osiąga się efekt leczenia, to jednak problem uzależnienia trwa nadal (np. Erickson, 2010, s. 180-183).

5. Pomoc terapeutyczna

Psychoterapia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych polega na zlikwidowaniu konsekwencji uzależnienia fizycznego, psychicznego i społecznego. W psychoterapii niezwykle ważna jest diagnoza, w której zwraca się uwagę na rodzaj zażywanych substancji, częstotliwość ich przyjmowania, wielkość dawek, okres czasu, w którym występuje problem uzależnienia, a także informacje o samym uzależnionym, takie jak wiek oraz obecny stan zdrowia. Celem, do którego dąży psychoterapeuta, jest w szczególności pobudzanie rozwoju tych osób, dzięki któremu będą mogły się wyzwolić od narkotyków oraz motywowanie ich do życia bez środków odurzających. Zgodnie z takim rozumieniem psychoterapii osoba uzależniona kształtuje w sobie umiejętności, które pozwolą jej przezwyciężyć trudności, jakie niesie ze sobą uzależnienie. W tym celu stosowane są różne formy poradnictwa i psychoterapii, np. interakcyjna, behawioralna, ale duże znaczenie ma również nadzieja na wyzdrowienie samego pacjenta (efekt placebo). Szczególna popularna jest metoda 12 kroków (Erickson, 2010, s. 172-180).

Psychoterapia może być indywidualna lub grupowa. Zazwyczaj prowadzona jest w ośrodkach zamkniętych i trwa od kilku to kilkunastu miesięcy. Niektóre ośrodki prowadzą również hostele, w których mogą zamieszkać osoby po zakończeniu terapii. Dzięki takiej możliwości osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają duże wsparcie w powracaniu do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Mogą dokończyć przerwana naukę w szkole, zająć się poszukiwaniem pracy, a także układaniem sobie życia poza ośrodkiem. Jest to również szansa na uniknięcie powrotu do wcześniejszego środowiska, które bardzo często jest patologiczne (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 208-209). Obecnie obserwuje się jednak tendencję do skracania terapii w stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji średnio i długoterminowej. Rozwijają się różne formy pomocy osobom uzależnionym, niektóre ośrodki przyjmują również osoby niepełnoletnie (Jędrzejko,

Cabalski, 2009, s. 153). W większości ośrodków leczenia narkomanów prowadzona terapia oparta jest o własne programy.

Wśród form psychoterapii, które mogą być stosowane jako pomoc w wyjściu z uzależnienia jest również, np. hipnoza. Procedura terapeutyczna polega na ograniczaniu dawek narkotyku podawanego pod hipnozą wraz z sugestią o dużym efekcie malejącej dawki oraz wstrętu i lęku przed nim albo, jeśli nie ma warunków na takie kontrolowane leczenie, osłabianie objawów abstynencji poprzez leki uspokajająco-tonizujące oraz wzmacniające organizm i stosowanie seansów hipnotycznych z odpowiednimi sugestiami, m.in. wzmacniającymi motywację i wiarę w wyleczenie, wstręt do narkotyku. Hipnoza powinna być wzmacniana psychoterapią, rozmowami z pacjentem na temat jego sposobu funkcjonowania, przeżywanych konfliktów, mechanizmów prowadzących do podejmowania zachowań uzależniających, sposobów radzenia sobie z trudnościami i nawiązywania relacji społecznych. Ta forma pomocy pacjentów, podobnie jak inne, nie jest zbyt efektywna. Najważniejsze, jak ilustruje to Augustynek (2011), omawiając swoje doświadczenia terapeutyczne, jest odnalezienie przez pacjenta głębokiej motywacji do zmiany, zainteresowania zgodnego z jego predyspozycjami, jakiejś ważnej, dającej mu satysfakcję pasji, wytyczenie istotnego celu, dla którego warto żyć bez narkotyku oraz udzielenie mu konkretnej pomocy i podtrzymanie na dłuższą metę w wytrwaniu na nowej drodze życia bez narkotyku (tamże, s. 49-54).

Podobnie Cz. Cekiera (1985) wiele lat wcześniej pisał o konieczności znalezienia przez pacjenta pozytywnych cech swojej osobowości, zainteresowań, pozytywnych wartości, na których może budować. W procesie psychoterapii należy uwolnić narkomana od uprzedzeń do życia, zwrócić uwagę na podniesienie poczucia własnej wartości, poziomu zaufania do siebie i wiary w swoje możliwości. Dużą wagę powinno zwrócić się na ruch i pracę fizyczną, turystykę, rozbudzenie ciekawości i chęci rozwoju kompetencji, np. w zakresie języka obcego (tamże, s. 262).

Nie zawsze terapia musi odbywać się w ośrodku zamkniętym, można w niej również uczestniczyć w systemie ambulatoryjnym, czyli biorąc udział tylko w sesjach terapeutycznych. W tym trybie leczenia niezwykle ważne jest wsparcie i umiejętność dostrzegania nawrotów choroby. Niejednokrotnie nieocenioną pomocą są spotkania w grupie osób, które borykają się z takim samym problemem. Są to grupy samopomocowe, do których należą sami uzależnieni realizujący program wychodzenia z narkomanii albo grupy terapeutyczne, w których jest obecny terapeuta prowadzący każde spotkanie. W czasie terapii osób uzależnionych istotne jest również podjęcie terapii przez członków ich rodzin. Bez względu na to, w jaki sposób i za pomocą jakich metod prowadzona jest terapia, niezwykle ważne jest to, aby prowadziła ona do większej dojrzałości osobowej. Optymalny program terapeutyczny powinien dążyć do kształtowania postaw altruistycznych i empatii, bycia odpowiedzialnym za własne postępowanie, a także za innych ludzi (tamże, s. 209-210).

Specjalistyczny system opieki przeznaczony dla osób, które są uzależnione od substancji psychoaktywnych funkcjonuje w Polsce w ramach systemu opieki zdrowotnej dla

osób z zaburzeniami psychicznymi. W skład tego systemu wchodzi „specjalistyczne placówki leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego oraz nieliczne inne formy opieki pośredniej, takie jak oddziały dzienne i hostele” (Langiewicz, 2006, s. 51). Oddzielną formą pomocy związanej z opieką ambulatoryjną są programy metadonowe. Za organizację tego typu placówek odpowiedzialne są organy samorządowe, stowarzyszenia oraz spółki cywilne. Niezwykle ważną rolę wśród organizacji niepublicznych odgrywa Stowarzyszenie „Monar”, które założyło i prowadzi obecnie 33 ośrodki oraz 40 poradni².

Poza tym na uwagę zasługują inne stowarzyszenia, takie jak: PTZN (Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii), „Karan”, „Szansa”, „Mrowisko”, „Familia”, „Solidarni Plus”, a także fundacje: „Arka”, „Nadzieja”, „Dom nadziei” oraz ośrodki organizowane przez różnego rodzaju wyznania, inne spółki cywilne i osoby fizyczne (Langiewicz, 2006, s. 51).

Placówki dla osób uzależnionych mogą być organizacyjnie samodzielne lub też mogą stanowić część jakiejś większej struktury. Do tych pierwszych należą ośrodki rehabilitacyjne, natomiast oddziały detoksykacyjne swoją działalność prowadzą przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej, szczególnie psychiatrycznych. Poradnie natomiast mogą być samodzielne wtedy, gdy ich organizatorem jest stowarzyszenie, osoba fizyczna bądź spółka prywatna lub też niesamodzielne, w przypadku poradni publicznych. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mogą zatem podejmować leczenie w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych lub też w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w poradniach odwykowych dla uzależnionych od alkoholu oraz w poradniach zdrowia psychicznego (tamże, s. 51-53).

Przeważająca część programów leczniczych obejmujących osoby uzależnione od narkotyków dostosowana jest do osób zażywających opiaty, a więc w głównej mierze do mężczyzn. W Europie 20% osób leczonych z powodu zażywania narkotyków stanowią kobiety, z czego 23% to kobiety wychowujące dzieci. W prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej działają ośrodki terapeutyczne przeznaczone tylko dla kobiet lub kobiet z dziećmi, jednak programy przeznaczone dla obu tych grup stanowią rzadkość, albo są dostępne tylko w dużych miastach, czego konsekwencją jest to, że wiele kobiet uzależnionych pozostaje bez specjalistycznej opieki. Bardzo często kobiety nie podejmują leczenia, a jeśli uczestniczą w terapii to niejednokrotnie z niej rezygnują z powodu troski o opiekę nad dziećmi. Dlatego niezwykle ważne jest, aby zapewnić kobietom dostęp i możliwość skorzystania z pomocy specjalistów oraz zapewnić programy leczenia ukierunkowane na kobiety w procesie prokreacji i spełniające rolę macierzyńską (Kolbowska, 2007, s. 39).

Gdy osoby uzależnione zakończą terapię ważne jest, by miały kontakt z grupami wsparcia. Najbardziej rozpowszechnioną jest metoda społeczności terapeutycznej opartej o jasne reguły i normy, respektowane przez wszystkich członków grupy. Jedną z form

² Nasze placówki; <http://www.monar.org/nasze-placowki/>; dostęp: 16.07.2017

samopomocy są grupy Anonimowych Narkomanów. Idea AN powstała w latach pięćdziesiątych w USA w oparciu o program „12 kroków i 12 tradycji”. Celem przynależenia do Wspólnoty Anonimowych Narkomanów jest wzajemna pomoc w zaprzestaniu zażywania narkotyków oraz w powrocie do normalnego życia przy zachowaniu całkowitej abstynencji, włączając w to również alkohol. Tygodniowo odbywa się ok. 67000 mityngów wspólnot AN w 139 krajach świata. W Polsce spotkania grupy AN rozpoczęły się w Olsztynie ok. 1990 r. (Woronowicz, 2009, s. 455-457). Wspólnota AN prowadzi swoją stronę internetową (<https://www.anonimowinarkomani.org/#>), pomaga w procesie zdrowienia i pozostawania czystym, organizuje mityngi, zloty, konferencje, rozprawdza publikacje pomocne osobom uzależnionym jak i profesjonalistom, koordynuje różne przedsięwzięcia.

6. Duchowe aspekty narkomanii

Człowiek jako istota duchowa musi odpowiedzieć sobie na pytania o to, kim jest, jaki jest sens jego życia, jakie ma głębsze cele w życiu. Te pytania rodzą się dość wcześnie w rozwoju, ale w szczególnym stopniu domagają się odpowiedzi w okresie dojrzewania. Pomocą w dojrzałej odpowiedzi na te ważne egzystencjalnie pytania są dobre relacje z innymi, zwłaszcza z osobami najbliższymi emocjonalnie lub innymi osobami znaczącymi. Jeśli młody człowiek napotka na trudności w kontakcie z rodzicami (np. rodzice zbyt nadopiekuńczy, nadmiernie wymagający, odrzucający emocjonalnie lub niezainteresowani dzieckiem), to traci najważniejsze osoby w życiu, a tym samym jego potrzeby psychiczne, np. bezpieczeństwa, miłości (by kochać i być kochanym), szacunku, akceptacji, uznania, afiliacji – zostają niezaspokojone. Skoro nie czuje, iż jest wart miłości najbliższych, traci poczucie osobowej godności, poczucie własnej wartości, szacunek do siebie. Obniża się samoocena, obraz siebie jest pełen negatywnych cech. Nie ma dla kogo żyć, więc trudno mu dojrzeć głębszy sens życia. Konfliktowe relacje w rodzinie i szkole, doznana przemoc i zranienia emocjonalne mogą być przyczyną załamania w życiu duchowym i wtedy dużo łatwiej sięgnąć po narkotyk.

Jednak przyczyna uzależnienia nie zawsze ma swoje źródło w nieprawidłowych relacjach rodzinnych. Do załamania duchowych może dochodzić wskutek negatywnego oddziaływania grupy rówieśniczej, która odrzuca wiarę religijną, przestrzeganie norm współżycia społecznego a narzuca młodemu człowiekowi sięganie po narkotyk jako coś akceptowanego i dającego poczucie przynależenia do grupy. Jeśli zabraknie głębokiego kontaktu z Bogiem oraz więzi ze wspólnotą religijną, łatwiej dochodzi do osłabienia innych więzi społecznych (związek jest tu obopólny), napięć, niepokojów i lęków, poczucia samotności i odrzucenia, zagubienia sensu życia, doświadczenia pustki duchowej. Młody człowiek, chcąc zrekompensować sobie brak zaspokojenia najważniejszych potrzeb psychicznych – bezpieczeństwa, miłości i sensu – sięga po narkotyk.

Natomiast niezależnie od osobistych biologicznych predyspozycji i psychospołecznych warunków sprzyjających uzależnieniu – pogłębiona wiedza religijna,

duże zaangażowanie o charakterze religijnym, zwłaszcza w praktyki (codzienna modlitwa, korzystanie z sakramentów) oraz w życie wspólnoty (np. przynależność do konkretnej grupy religijnej), wypracowane religijne sposoby radzenia sobie ze stresem, hierarchia wartości, w której wartości moralne i duchowe są na czele systemu wartości – spełniają rolę ochronną przed uzależnieniem od niszczących substancji psychoaktywnych.

Poza tym, sam styl życia narkomana powoduje pogłębienie pustki duchowej, zagubienie głębszego sensu życia, utratę poczucia godności i szacunku do siebie, zerwanie z praktykami religijnymi. Wraz z degradacją psychiki dochodzi do degradacji duchowej, dlatego duchowość osób uzależnionych określa się jako „duchowość bezdroży” (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004, s. 165-166). „W praktyce oznacza to, że człowiek, który nie rozwinął sfery duchowej, uzależnia się od własnego ciała (np. lenistwo), od subiektywnego myślenia (różne systemy iluzji i zaprzeczeń prawdy o własnym życiu), od emocji (ucieczka od nich za wszelką cenę bądź też biernie uleganie emocjom, kierowanie się tym, co przyjemne emocjonalnie, a nie czymś co posiada wartość), od nacisków środowiska, od określonych osób lub rzeczy (np. dobra materialne, pieniądze, kariera, sława)” (Pierzchała, 2009, s. 395).

Uzależnienie od narkotyków powoduje dramatyczną sytuację moralno-etyczną człowieka, który w miarę pogłębiania się procesu uzależnienia traci sprawność intelektualną i moralną do analizowania sytuacji i podejmowania słusznych decyzji, przewidywania konsekwencji czynów dla siebie oraz innych (również ich skutków długofalowych, całościowych), oceny swoich czynów w świetle obowiązujących norm i zasad, uczenia się na własnych błędach i zmiany swojego postępowania. Wola staje się coraz bardziej osłabiona i nie jest zdolna do wytrwałości w poczynionych postanowieniach.

W. Bożejewicz i D. Sarzała (2009), wskazują na następujące etyczno-moralne konsekwencje narkomanii: zaburzenie rozumienia norm społecznych i moralnych, skłonność do zachowań ryzykownych, zubożenie duchowe, egoistyczny stosunku do świata, cierpienie będące źródłem załamań psychicznych i duchowych, dominacja potrzeb popędowych, nie rozumienie granic wolności człowieka, osłabienie wrażliwości moralnej, podejmowanie czynów niezgodnych z moralnością, podwyższenie tolerancji na zło. Narkomania wpływa na kondycję ludzkiego ducha, degradowa kulturę psychiczno-duchową człowieka, prowadzi do zaniku aspiracji i celów życiowych, wolności woli i możliwości samostanowienia, kryzysu wartości, zaniku odpowiedzialności za siebie i za swoje czyny oraz ich konsekwencje, uniemożliwia wypełnianie podstawowych obowiązków (rodzinnych, zawodowych, społecznych), niszczy relacje i więzi międzyludzkie, wyklucza człowieka z grupy społecznej, podwyższa ryzyko konfliktu z prawem. Pole życiowej aktywności zostaje zawężone do „tu i teraz” – do poprawy aktualnego samopoczucia i konieczności zapewnienia sobie narkotyku. Wewnętrzny świat narkomana kurczy się do jednej czynności uzależniającej. Pułapka narkomanii zakleszcza człowieka w aktualnych przeżyciach i uniemożliwia rozwój osobowy, twórczą postawę życiową, proces samorealizacji zgodnie z wartościowymi ideałami. Uniemożliwia korzystanie z cech bytu osobowego, zwłaszcza z

wolności (decydowania, samokierowania), zdolności do poznania i miłowania, podążanie za tym, co dobre i piękne.

Narkomania jest niewątpliwie jednym z przejawów kultury „mieć” (kultury użycia, hedonizmu), zamiast kultury „być” (kultury miłości) (por. Fromm, 2007, Jan Paweł II, 1980). Sięgając do nauczania Kościoła katolickiego w sprawie narkomani, należy wskazać, iż Kościół potępia napędzanie przez media (reklamy, filmy, gry komputerowe) egoistycznego nastawienia do życia, rozbudzanie do nienaturalnych rozmiarów potrzeb człowieka i wmawianie mu, że niezbędnie potrzebuje do życia czegoś, czego ani do życia, ani do szczęścia tak naprawdę nie potrzeba. Narkoman jest tak uzależniony się od substancji, że potrzebuje jej, pomimo tego, że doprowadza go ona do ruiny zdrowotnej, psychicznej, społecznej i grozi śmiercią. Jest zniewolony, chociaż św. Paweł przestrzegał chrześcijan: „Wszystko mi wolno, ale nie wszystko przynosi korzyść. Wszystko mi wolno, ale ja niczemu nie oddam się w niewolę” (1 Kor 6, 12). Narkoman nie jest w stanie czynić sobie „ziemi poddanej” (Rdz 1,28) i realizować wezwanie św. Piotra: „Bądźcie trzeźwi! Czuwajcie!” (1P 5,8). Katechizm Kościoła katolickiego jednoznacznie potępia używanie narkotyków w innych niż ściśle medyczny celach, ze względu na szkody, jakie zadają zdrowiu i na ryzyko, jakie stanowią dla ludzkiego życia (KKK 2291), a życie i zdrowie są cennymi dobrami powierzonymi nam przez Boga, o które musimy się troszczyć (KKK 2288). Jak przypomina dokument opracowany przez Papieską Radę ds. Rodziny „Od rozpaczki do nadziei. Rodzina i narkomania” – u podłoża rozpowszechniania się narkomanii leży zniekształcona wizja człowieka i sensu jego życia. Jeśli człowiek nie zna lub odrzuca prawdę o sobie samym jako osobie ludzkiej (własnej wartości osobowej i godności, swoim przeznaczeniu), to traci sens własnej egzystencji, łatwo ulega manipulacjom i złym wpływom, podlega autodestrukcji, staje się zagrożeniem dla siebie samego oraz innych.

Jednym z ważnych aspektów pomocy osobom uzależnionym w wyjściu z narkomani jest pomoc duchowa a więc pomoc w dookreśleniu koncepcji siebie (*kim jestem?*), rozumieniu siebie (*jaki jestem?*), ocenie siebie oraz swego miejsca w życiu (*po co tu jestem?*, *dla kogo się liczę?*) oraz sensu życia i celów życiowych (*po co żyję*, *po co trud życia*, *jaki sens ma moje życie i życie innych*, *dokąd zmierzam?*). W duchowym odrodzeniu pomaga też odbudowanie więzi międzyosobowych, bycie z innymi, rozwój osoby poprzez „relacje osobowe we wspólnocie” (por. Wojcieszek, 2009, s. 382), możliwość doświadczania miłości i obdarzania kogoś miłością. W procesie wychodzenia z nałogu (np. w realizacji Programu Dwunastu Kroków) istotny jest zwrot ku duchowości (choć Bóg jest przez każdego osobiście inaczej rozumiany i spostrzegany), gdyż wzrostowi duchowości osób uzależnionych towarzyszy korzystanie z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem, obniżenie się negatywnych afektów, wzrost poziomu jakości życia oraz satysfakcji z niego (por. Wnuk, 2007).

Wobec osób wychowanych w religii chrześcijańskiej, ważny jest powrót do źródeł chrztu św. i sakramentu bierzmowania, do życia sakramentalnego. Odbudowa życia duchowego jest możliwa, jeśli przywróci się wiarę w rzeczywistość nadprzyrodzoną,

poczucie niezbywalnej, bezwarunkowej godności dziecka Bożego, ufność w miłosierdzie Boże, otwarcie na Jego łaskę. W procesie rozwoju duchowego bardzo pomocne jest nie tylko doprowadzenie do spojrzenia na siebie w świetle prawdy, a tym samym uprzytomnienie sobie realizmu grzechu narkomanii, ale też doprowadzenie do spotkania z Bogiem – sprawiedliwym, ale również miłosiernym. Konieczne jest również pogłębienie wiedzy religijnej, wypracowanie prawdziwego obrazu Boga, motywowanie do wysiłku pracy nad sobą, podjęcie trudu wzrastania duchowego i osiągania dojrzałości psychicznej i duchowej oraz chęci życia zgodnie z wartościami chrześcijańskimi, przestrzegania norm moralnych. Wychodząc z uzależnienia, narkoman musi pokonać wiele przeszkód, m.in. radzić sobie z cierpieniem fizycznym oraz psychicznym bez ucieczki w używki. Stoi wobec zadania wypracowania własnej hierarchii wartości (zgodnej z uniwersalnymi wartościami moralnymi) oraz umiejętności dokonywania wyborów moralnie dobrych, interioryzacji norm moralnych, uformowania wrażliwości moralnej, „zdrowego” sumienia, zdolności do postępowania zgodnie z przyjętym systemem wartości i zasad moralnych, a nie pod wpływem niekontrolowanych wewnętrznych popędów i pragnień lub przymusu zewnętrznego, kierowania się podstawowym prawem moralnym nakazującym miłowanie i czynienie dobra a unikanie zła. K. Pierzchała (2009) zwraca uwagę, że rozwój duchowości i dojrzałej moralności oraz prawego sumienia powinien być „istotnym elementem każdego odpowiedzialnego systemu wychowania oraz profilaktyki i terapii uzależnień” (tamże, s. 401).

Człowiek uzależniony od narkotyku nie rozwija swojej osobowości, gdyż nie jest świadomy siebie, wolny, odpowiedzialny, zorientowany na realizację wartościowych celów i dążenie do wzniosłych ideałów. Jest zniewolony, pozbawiony nadziei, radości i szczęścia. Dlatego Cz. Cekiera (2016) zwrócił uwagę, że jednym z bardzo ważnych działań na rzecz zapobiegania narkomanii oraz resocjalizacji osób uzależnionych jest udzielenie im pomocy w odkrywaniu własnej godności osobowej oraz w rozwoju ku wyższym wartościom, tzn. pomoc w poszukiwaniu, odkrywaniu i realizacji wartości pozamaterialnych i pozaosobistych w życiu (altruistycznych) oraz ukształtowania ideału osobowego, który ukierunkowuje życie i nadaje mu sens a głębokie poczucie sensu życia mobilizuje do podejmowania wartościowych działań, integruje je i harmonizuje. Rozwój osoby ku wyższym wartościom oraz wyznaczeniu sensu, celu oraz ideału życia jest najbardziej skuteczną formą profilaktyki, terapii i resocjalizacji patologii społecznych, w tym m.in. narkomanii.

W oparciu o teorię dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego (1982, 1986) można powiedzieć, że celem terapii jest doprowadzenie osoby uzależnionej do wzięcia odpowiedzialności za własny los i świadome kierowanie swoim życiem zgodnie z systemem wartości wyższych i zinterioryzowanym wzorem oraz ideałem osobowym, ciągła praca nad własnym rozwojem ku dojrzałej osobowości zintegrowanej na wszystkich poziomach.

Dojrzała osobowość obejmuje historię własnego rozwoju i jej projekcję w przyszłość, a w wymiarach społecznych przejawia się m.in. w empatii, odpowiedzialności, świadomości i wrażliwości moralnej oraz społecznej (Cekiera, 2016, s. 29, 32).

Rozwój indywidualny ku dojrzałej osobowości zawiera różne doświadczenia, odbierane jako pozytywne i jako negatywne (np. urazowe, szokowe, stresowe, nieprzystosowania, objawy nerwicowe), jednak dzięki procesowi dynamicznych zmian i rozwiązywania konfliktów (między tym co wyższe, lepsze a tym, co niższe, gorsze) dochodzi w procesie dezintegracji do rozbicia struktur bardziej pierwotnych (w sferze intelektualnej, uczuciowej i drażeniowej oraz motywacyjnej), na rzecz bardziej dojrzałych, pomiędzy tym, co „jest”, a tym, co „być powinno” (tamże, s. 31-32).

Trud istnienia (Dąbrowski, 1982, 1986) i zmaganie się w rozwoju (Grzywak-Kaczyńska, 1988) o to, aby wznosić się ku coraz „wyższym wartościom (miłość, prawda, dobro, piękno, wolność, sprawiedliwość, odpowiedzialność, powinność, miłosierdzie, pokój, przebaczenie, wierność, zaufanie, przyjaźń, empatia, abstynencja itp.)” (Cekiera, 2016, s. 34) są manifestacją instynktu rozwojowego, instynktu twórczości i doskonalenia się. Możliwość samorealizacji i samoaktualizacji ku pełni człowieczeństwa jako najsilniejszych dążeń człowieka daje mu najwyższe poczucie szczęścia.

Bibliografia:

- Augustynek A. (2011), *Jak walczyć z uzależnieniami?* Warszawa: Difin.
- Bożejewicz W., Sarzała D. (2009), Zjawisko narkomanii w aspekcie etyczno-moralnym, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 327-359), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Carson R.C., Butcher, J.N., Mineka S. (2006), *Psychologia zaburzeń*, vol.1., Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cekiera Cz. (1985), *Toksykomania*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Cekiera Cz. (1994), *Ryzyko uzależnień*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Cekiera Cz. (2016), Rozwój osoby ku wyższym wartościom profilaktyką i resocjalizacją patologii społecznych, *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, nr 22(1), s. 25-50.
- Dąbrowski K. (1986), *Trud istnienia*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Dąbrowski K. (1982), *Pasja rozwoju*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Erickson C.K. (2010), *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Fromm E. (2007), *Mieć czy być*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Gaś Z.B. (1994), *Rodzina a uzależnienia*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grzywak-Kaczyńska M. (1988), *Trud rozwoju*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Jędrzejko M. (2009) (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.

- Jędrzejko M., Cabalski M. (2009), Próba diagnozy problemu narkotykowego w Polsce, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 141-154), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko M., Kowalewska A. (2009), Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 231-249), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Jędrzejko M., Kowalewska A., Janiszewski W. (2009), Charakterystyka narkotyków, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 193-228), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Juczyński Z., (2002), *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Karpowicz P. (2003), *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie? Duchowe aspekty leczenia uzależnienia*, Białystok: Instytut Wydawniczy Kreator.
- Kolbowska A. (2007), Używanie narkotyków a płeć, *Serwis Informacyjny – Narkomania*, nr 1(36), s. 36-41.
- Korczak J. (2009), Współczesne „dopalacze” – zjawisko i zagrożenia, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 267-326), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Kusinitz M. (1994), *Używanie narkotyków na świecie*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza „PROFI”.
- Langiewicz W. (2006), Dostępność opieki dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w Polsce w 2004 r., *Problemy Narkomanii*, nr 4, s. 49-73.
- Latka A., Gąsiorowski W. (1997), *Narkotyki – podstawowe rodzaje i opis*, Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Łuczak E. (2004), *Przemiany w rozwoju zjawiska narkomanii*, Pułtusk: Wyższa Szkoła Humanistyczna.
- Madeja Z., (2006), Patomechanizmy uzależnienia psychologicznego od substancji psychoaktywnych, *Biuletyn Informacyjny Problemy Narkomanii*, nr 4, s. 5-47.
- Malczewski A., Misiurek A. (2014), Używanie i postawy wobec substancji psychoaktywnych, *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 4(68), s. 38-43.
- Malewska M. M., (1995), *Narkotyki w szkole i w domu. Zagrożenie*, Warszawa: Towarzystwo Wydawnicze i Literackie.
- Niewiadomska I., Stanisławczyk P. (2004), *Narkotyki*, Lublin: Wydawnictwo „Gaudium”.
- Parcevaux P., (1995), *W obliczu narkomanii*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Pierzchała K. (2009), *Duchowość a problem uzależnień*, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 385-401), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Piotrowski A., (2002), *Narkomania młodzieży i inne uzależnienia*, Działoszyn: Wydawnictwo „ADAM”.

- Rogala-Oblękowska J. (1999), *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rogala-Oblękowska J. (2002), *Narkomania w rodzinie: wskazania do terapii*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sabatowski S. (2000), *Narkomania. Podstawowe pojęcia. Słownik wybranych terminów związanych ze zjawiskiem narkomanii*, Legionowo: Wydawnictwo Centrum Szkolenia Policji.
- Słowik-Gabryelska A. (2006), *Patologie społeczne. Alkoholizm, narkomania, nikotynizm*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Stankowski A. (1988), *Narkomania – narkotyki – narkomani*, Wybrane zagadnienia, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ulman P. (2011), Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 4(8), s. 74-86.
- Warecki K. (2010), *Dopalacze*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Wnuk M. (2007), Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików, *Alkoholizm i Narkomania*, t. 20, nr 3, s. 289-301.
- Wojcieszek K. (2009). Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych – wybrane problemy, (w:) M. Jędrzejko (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, (s. 361-383), Pułtusk-Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Woronowicz B. (2001), *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woronowicz B. (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia*, Poznań-Warszawa: Media Rodzina, Parpamedia.
- Wrona J., (2009), *Narkotyki, narkomania – podstawy wiedzy*, Częstochowa: POMOC Wydawnictwo Misjonarzy Krwi Chrystusa.
- Zajączkowski K. (2003), *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych*, Warszawa: WSiP.

Netografia:

- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2017), Europejski raport narkotykowy 2017: Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2015;*
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001PLN.pdf_en;
dostęp: 10.12.2017.
- Jan Paweł II (1980). *Przemówienie wygłoszone w siedzibie UNESCO (Paryż, 2 czerwca 1980)*.
<http://www.centrumjp2.pl/wp-content/uploads/2015/01/PRZYSZ%C5%81O%C5%9A%C4%86-CZ%C5%81OWIEKA-ZALE%C5%BBY-OD-KULTURY-Jan-Pawe%C5%82-II-.pdf>; Dostęp: 10.09.2017.
- Narkotyki. <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=112184>; Dostęp: 16.07.2017.
- Nasze placówki; <http://www.monar.org/nasze-placowki/>; dostęp: 16.07.2017.