

SPIS TREŚCI

Wstęp.	1
Rozdział 1: Zadania programu.	2
Rozdział 2: Szerokopojęty aspekt problemu uzależnień.	3
2.1. Czym jest uzależnienie od środków odurzających?	3
2.2. Od inicjacji do uzależnienia.	5
2.3. Alkohol w świecie Zachodu.	8
2.4. Alkoholizm w Polsce.	13
2.5. Krótka historia narkomanii na świecie.	14
2.6. Zarys historyczny narkomanii w Polsce i polska charakterystyka problemu.	15
2.6. Lata 90-te i początek XX w. - czyli cela dobra na wszystko.	17
Rozdział 3: Podstawowe pojęcia związane z uzależnieniami.	19
Rozdział 4: Środki psychoaktywne i ich klasyfikacja.	22
Rozdział 5: Przyczyny uzależnień.	27
5.1. Determinanty powstawania uzależnień.	27
5.2. Szkoła a powstawanie nałogu narkomanii.	30
5.3. Dlaczego młodzież sięga po środki odurzające?	32
5.4. Alkoholizm - krótka charakterystyka.	35
5.5. Lekomania - krótka charakterystyka.	36
5.6. Narkomania - krótka charakterystyka.	37
Rozdział 6: Biologiczne i społeczne skutki nałogów.	38
Rozdział 7: Profilaktyka i leczenie uzależnień.	41
Rozdział 8: Ogólna ocena stanu zagrożenia.	47
Rozdział 9: Wieloletnie cele ogólne i szczegółowe oraz kierunki działań.	53
Rozdział 10: Katalog używek.	62
Rozdział 11: Podsumowanie.	65
Bibliografia.	68
Załącznik Nr 1: Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Miasta i Gminy Mrocza na rok 2008.	69
Załącznik Nr 2: Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta i Gminy Mrocza na rok 2008.	90

WSTĘP

Podstawa prawna:

- 1) Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70 poz. 473)
- 2) Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r. Nr 179 poz. 1485)
- 3) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 sierpnia 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 - 2010 (Dz. U. z 2006 r. Nr 143 poz. 1033)

Uzależnienie, czyli toksykomania to nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji (syntetycznych lub naturalnych, mających szkodliwy wpływ na organizm i psychikę jednostki). W praktyce zaś określenie to używane jest w kilku znaczeniach. Wyróżniamy m.in.:

- 1) Uzależnienie fizjologiczne (fizyczne) to nabyta silna potrzeba stałego zażywania jakiejś substancji odczuwana jako szereg dolegliwości fizycznych (np. bóle, biegunki, uczucie zimna, wymioty, drżenia mięśni, bezsenność). Zaprzestanie jej zażywania (odstawienie) prowadzi do wystąpienia zespołu objawów, które określa się jako zespół abstynencyjny. W leczeniu uzależnienia fizjologicznego stosowana jest detoksykacja, czyli odtrucie. Zaliczamy np.: nikotynizm, alkoholizm, narkomanie, lekomanie itp.
- 2) Uzależnienie psychiczne (psychologiczne) to nabyta silna potrzeba stałego wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji, czynione jest to w celu uzyskania efektu natury emocjonalnej – dla przyjemności (powtórzenie poprzednio doznanych pod jego wpływem pożądaných przeżyć) lub uzyskania odprężenia, ulżenia w cierpieniu, złagodzenia złego samopoczucia, której niespełnienie jednak nie prowadzi do poważnych fizjologicznych następstw. Zaliczamy np.: hazard i gry komputerowe, telewizja, Internet, jedzenie, słodczyce, kupowanie, praca, nadmierna dbałość o tężyznę fizyczną.
- 3) Uzależnienie społeczne (socjologiczne) wiąże się z zażywaniem środków toksycznych pod wpływem panującej mody lub w grupie ludzi podobnych do siebie, w kręgach młodzieży z tzw. subkultur. Istotą zjawiska jest bardzo silne uzależnienie od grupy, co pociąga za sobą bezwzględne respektowanie panujących w niej zasad i obyczajów. Ponadto osoba uzależniona, w miarę pogłębiania się choroby rezygnuje z ważnych dla siebie wcześniej aktywności, wypada z ról społecznych (utrata pracy, usunięcie ze szkoły, konflikty w rodzinie, zanik zainteresowań, zawężenie kontaktów do grupy narkomańskiej). Następuje najczęściej coraz większa kryminalizacja środowiska, w którym obraca się uzależniony.

Gdy uzależnienie jest słabe lub jest w początkowym stadium to zazwyczaj nie wywołuje groźnych skutków. Doświadczenie społeczne ostrzega jednak nas, że uzależnienie może się pogłębić i spowodować niebezpieczne krótkotrwałe lub długofalowe konsekwencje. Szkody mogą mieć charakter osobisty: zdrowotny, psychiczny, charakterologiczny lub społeczny: odrzucenie, naruszanie spokoju, czy także

działania przestępcze. Ludzkość podejmowała w swej historii różnorodne wysiłki mające na celu wyzwolenie się od wielu uzależnień. W miarę oswojania się z różnymi czynnikami uzależniającymi ludzie zmieniają swoją reakcję na nie. Część jest w pełni legalna, inne są ograniczane ekonomicznie poprzez wysoką akcyzę lub inne podatki, pozostałe są zabronione.

Osoba uzależniona od jakiejś jednej substancji, nie zdając sobie z tego sprawy, ma również obniżoną tolerancję na inne środki psychoaktywne. Dlatego tak wielu narkomanów opuszczających ośrodki rehabilitacyjne, po jakimś czasie zostaje alkoholikami. To bardzo prosty mechanizm zwany teorią zastępstwa. Należy też pamiętać o tym, że ta zależność działa też w drugą stronę. Alkoholicy leczący się z nałogu są o wiele bardziej podatni na inne nałogi niż osoby nigdy od niczego nie uzależnione. Sporo narkomanów podejmujących leczenie wyznaje w czasie terapii, że przed sięgnięciem np. po heroinę, wiele lat nadużywali alkoholu.

Rozdział 1

Zadania programu

Określone w ustawie zadania to w szczególności:

Ad. 1. - *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*

- 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- 4) (uchylony)
- 5) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
- 6) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 131 i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
- 7) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Ad. 2. – *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii*

- 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;

- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo - rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- 4) wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
- 5) pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

W/w zadania realizuje się w szczególności poprzez:

- działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą,
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych,
- ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych;

Ustawy regulują następujące kwestie:

- w celu realizacji w/w zadań burmistrz opracowuje projekty gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminnego programu przeciwdziałania narkomanii,
- gminne programy uchwała rada gminy,
- gminne programy są realizowane przez jednostkę wskazaną w tych programach,
- w celu realizacji zadań, o których mowa burmistrz może powołać pełnomocnika
- burmistrz powołuje gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności inicjującą działania w w/w zakresie oraz podejmującą czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.

Rozdział 2

Szerokopojęty aspekt problemu uzależnień

2.1. Czym jest uzależnienie od środków odurzających?

W obiegowych opiniach używane są najczęściej takie określenia, jak: pijak, alkoholik, narkoman, palacz. Te i szereg innych pełnią podstawową funkcję: są wykorzystywane do swoistego etykietowania ludzi, którzy używają lub nadużywają różnych substancji odurzających. Etykietki te w konsekwencji pociągają za sobą określone postawy społeczne wobec osób przejawiających takie zachowania. Wydzwięk stosowanych określeń ma z reguły charakter negatywny: obejmuje więc zarówno negatywne emocje związane z osobą odurzającą się, jak i odrzucające zachowania względem nich. Czy rzeczywiście takie reakcje społeczne są korzystne dla samego społeczeństwa i czy stwarzają warunki do zmiany zachowania przez osoby używające

środków odurzających? Aby rozwikłać tę wątpliwość należy najpierw odpowiedzieć na pytanie czy stosowane etykiety są trafne, a więc czy są zgodne z obowiązującym stanem wiedzy naukowej w tym zakresie.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, zgodnie z zaleceniami Komitetu Ekspertów ds. Uzależnień Światowej Organizacji Zdrowia, wyróżnia dwa modele poza medycznego używania środków odurzających. Są to: nadużywanie środków odurzających oraz uzależnienia od środków odurzających. Nadużyciem środków odurzających ma miejsce wtedy, gdy:

- nadużywanie trwa ponad 1 miesiąc i nie ma już charakteru eksperymentowania,
- występują zauważalne negatywne skutki w sferze somatycznej i psychicznej,
- model odurzania się jest jednoznacznie patologiczny,
- występuje zależność psychiczna.

Natomiast nadużywanie przechodzi w uzależnienie od środków odurzających dopiero wówczas gdy:

- pojawi się zjawisko tolerancji, a więc w miarę używania konieczne jest zwiększenie dawki dla osiągnięcia tego samego skutku,
- pojawi się zespół abstynencyjny (odstawienny), a więc po zaprzestaniu używania pojawi się szereg nieprzyjemnych objawów psychofizycznych, które wręcz zmuszają do przyjęcia kolejnej dawki środków .

Mówimy tutaj o środkach odurzających, gdy tymczasem potocznie operuje się bardziej konkretnymi sformułowaniami typu: alkohol, nikotyna, narkotyki, leki, m.in. Czym jest więc środek odurzający? Uogólniając podstawowe definicje w tym zakresie można powiedzieć, że środek odurzający, to każda substancja naturalna lub syntetyczna, która po wprowadzeniu do organizmu oddziałuje na układ nerwowy, skutkiem czego zmienia strukturę lub funkcjonowanie organizmu. Liczba tego rodzaju substancji jest olbrzymi, a w związku z czym konieczne stało się opracowanie ich klasyfikacji. Narodowy Instytut do spraw Uzależnień w USA przyjmuje klasyfikację obejmującą 11 grup substancji pokategoryzowanych w oparciu o specyfikę wpływu na organizm człowieka.

Wyróżniono więc:

- środki antydepresyjne,
- antypsychotyczne tranfilizatory,
- konopie indyjskie,
- halucynogeny,
- narkotyczne przeciwbólowe – m.in. tak rozpowszechnione przez polskich narkomanów - opiaty,
- antagonistyczne – narkotyczne,
- przeciwbólowe ogólnodostępne,
- uspakajające i nasenne – w tej grupie znajduje się również alkohol,
- pobudzające – wśród których wymienia się nikotyne,
- wziewne,
- kombinowane.

Tak więc najbardziej rozpowszechnione w Polsce środki odurzające przynależą odpowiednio do następujących kategorii:

- nikotyna – 9,
- alkohol – 8,
- opiaty – 5,

- marihuana - 3.

Natomiast tym co je łączy, jest to, iż modyfikują funkcjonowanie układu nerwowego i prowadzą do uzależnienia. Oczywistym staje się fakt, że zarówno alkoholizm, narkomanom czy narkomania są różnymi rodzajami uzależnień od środków odurzających.

2.2. Od inicjacji do uzależnienia.

Doświadczenie uczy, że bardzo wielu ludzi w różnych okresach swojego życia sięga po rozmaite środki odurzające. Znaczna część spośród nich po jednym lub kilkurazowym kontakcie zaprzestaje odurzania się. Wielu odurza się sporadycznie i głównie w sytuacjach społecznych. (np. w gronie przyjaciół zapali papierosa lub wypije kieliszek alkoholu). Niektórzy natomiast w trakcie życia stają się osobami uzależnionymi od jednego lub też wielu środków. Jak to się więc dzieje, że jedni pozostają ludźmi wolnymi zaś inni uzależniają się od środków odurzających? Od czego również zależy, to że różni ludzie w sposób zależny używają różnych substancji?

Stawanie się osobą uzależnioną dokonuje się w trakcie procesu o różnym okresie trwania – czasem wystarczy jednokrotne użycie a czasem trzeba wielu lat odurzania się. W zawiązku z tym wyróżnią się jakby etapy przejściowe, mówiące o:

- używaniu eksperymentalnym, które polega na jednorazowym lub parokrotnym zużyciu jakiejś substancji dla zaspokojenia ciekawości,
- przeżycia nowych doznań, dotrzymania komuś towarzystwa, okazania odwagi, czy też z chęcią podjęcia ryzyka,
- używaniu okazjonalnym, które ma charakter okresowy i przerywany, wiąże się ściśle z wpływami środowiskowymi, naciskami grupy rówieśniczej oraz podatnością osobowościową jednostki na wpływy bliższego i dalszego otoczenia.

Bardziej kompleksowo ujął to D.J. McDonald, który obserwując rozwój uzależnienia u amerykańskich nastolatków, wyróżnił 5 faz. Charakteryzując każdą z nich szczególną uwagę zwrócił na takie aspekty, jak: zamiany nastroju, występujące reakcje emocjonalne, stosowane substancje i sposób ich przyjmowania, źródło pozyskiwania środków odurzających oraz najbardziej charakterystyczne przejawy zachowania młodego człowieka.

Pierwsza z faz, tak zwana **FAZA O** – charakteryzująca się pożądaniem substancji chemicznych, jest to, okres, w którym na jednostkę działają dwie grupy czynników: zachęcające do odurzania się i powstrzymujące przed tym. Do pierwszych należą: hedonistyczne nastawienie społeczeństwa, dochodowość transakcji środkami odurzającymi, przypadkowe lub ambiwalentne postawy wobec takich substancji oraz charakterystyczne cechy okresu dojrzewania (np. poddanie się presji rówieśników, ciekawość, poszukiwanie podniecia, niezaspokojona potrzeba przynależności, skłonność do buntu, tendencja do przyjmowania zachowań typowych dla dorosłych a zabronionych młodzieży). Natomiast druga kategoria obejmuje: przepisy prawne i ich przestrzeganie, naukę, postawy i działania rodziców (świadomość zagrożeń, ostrożne kontrolowanie, prawidłowa komunikacja w rodzinie, dobry osobisty przykład), umiejętność przeciwstawiania się presji rówieśniczej, silne mechanizmy obronne, odpowiednie postawy wobec środków odurzających oraz

umiejętność radzenia sobie z trudnościami życiowymi. W zależności od tego, które czynniki przeważają następuje inicjacja i ewentualny rozwój uzależnienia lub nie.

Właściwa FAZA I – to uczenie się dokonywanie zamian nastroju. Osiągane jest zazwyczaj na skutek palenia tytoniu oraz używania alkoholu i marihuany, podawanych w przyjacielskich gestach przez kolegów. Zmiana nastroju polega na przejściu od stanu normalnego do pobudzenia, któremu często towarzyszą przyjemne emocje. W zachowaniu brak jest jeszcze cech charakterystycznych, chociaż zaczynają się pojawiać pierwsze kłamstwa. W tym okresie odurzanie się ulega intensyfikacji szczególnie w okresach sobotnio-niedzielnym.

FAZA II – to aktywne poszukiwanie zmian nastroju. młody człowiek nie oczekuje już biernie na to, że zostanie poczęstowany środkiem odurzającym, lecz podejmuje samodzielnie próby zdobycia go, najczęściej na drodze kupna. Wynika to z faktu, że nastolatek z jednej strony – poszukuje przyjemnych doznań, związanych z odurzaniem się, zaś z drugiej – przeżywa wiele problemów, z którymi sobie nie radzi i od których chciałby uciec (np. otyłość, trądzik młodzieńczy, trudności w nauce, brak umiejętności współpracy z grupą, mało wyrozumiali rodzice). Używanie wzrasta od kilku razy w ciągu tygodnia (często dokonywane jest w samotności) oraz rozszerza się zakres przyjmowanych środków o haszysz, substancje wziewne i leki przepisywane na recepty. Efektem tego są pierwsze zamiany zachowania, polegające na opuszczaniu lub mało efektywnym uczestniczeniu w zajęciach nadprogramowych oraz rezygnowaniu z hobby i zawężeniu zainteresowań. Zmieniają się więzi koleżeńskie (na skutek wchodzenia w subkulturę środków odurzających) i pojawiają się cechy oziębłości. Łatwo zauważalna jest senność podczas lekcji, wyłączanie się z działań rodzinnych oraz nieuzasadnione zmiany nastroju. Zaczynają się ujawniać związki odurzania się z życiem płciowym – występują kontakty heteroseksualne i homoseksualne (często w okresie poszukiwania substancji odurzających lub bezpośrednio pod ich wpływem). Przyjemne przeżycia zaczynają być uzupełniane przez stany negatywne, cierpienia psychiczne, przeżywanie wstydu i poczucia winy, które są skutkiem zarówno zaprzestawiania działania środka na organizm jak i prowadzenie podwójnego życia. Stany te są dodatkowymi stresami, powiększające załamania i skłaniające do poszukiwania ratunku w chemicznym pobudzaniu. Na końcu tej fazy możliwość wycofania się z nadużywania środków odurzających – bez pomocy z zewnątrz – jest już prawie żadna.

FAZA III – to intensywne zaangażowanie w dokonywanie zmian nastroju. Odurzanie się występuje codziennie a dotychczas używane środki uzupełniane są przez grzyby, kokainę, LSD i PCP. Zachowanie jest już wyrażanie zaburzone w szkole, pracy zawodowej, rodzinie, sprawach płciowych i prawie. Substancje odurzające są drogą i dlatego jednostka zaczyna sprzedawać co cenniejsze rzeczy.

Ustępowanie pobudzenia wywołanego przez środki chemiczne powoduje wyraźne cierpienia psychiczne, w której dominują: depresja, poczucie winy, wyrzuty sumienia i myśli samobójcze. Znaczej dezintegracji ulega rodzina osoby uzależnionej, gdyż jej członkowie stają się zupełnie bezradni i zajmują różne pozycje. jedni mogą skłaniać się ku poczuciu winy i odbierać problemy uzależnionego jako wynikające z braku miłości i zrozumienia. Inni wykazują tendencję do gniewu i są skłonni nasilać dyscyplinę wewnątrzrodzinną. Jeszcze inni obwiniają otoczenie oraz pocieszają się nadzieją, że zachowania te same przeminą. Chodzi im głównie o utratę przez osobę uzależnioną pozytywnych przyjaciół, występowanie kradzieży i innych konfliktów sprawy, patologiczne kłamstwa, zaniedbywanie obowiązków szkolnych lub zawodowych. Jak długo nie uświadomią sobie jednak, w czym tkwi przyczyna aktualnego stanu rzeczy, dopóki nie zrozumieją, że podstawowym problemem jest tutaj uzależnienie do środków odurzających, dopóty ich próby pomocy będą nieskuteczne.

Aby wystąpiły jakiegokolwiek pozytywne zamiany w zachowaniu takiego członka rodziny, musi on najpierw wyzwolić się od środka chemicznego.

FAZA IV – charakteryzuje się używaniem substancji odurzających po to, aby czuć się w miarę normalnie. Przyjmowani kolejnych dawek (nawet kilkakrotnie w ciągu dnia) nie powoduje już pobudzania, lecz jedynie ucieczkę od cierpienia fizycznego i psychicznego. Osoba taka bierze wszystkie dostępne środki i zdobywa je wszelkimi możliwymi sposobami. W obrazie psychicznym dominuje: poczucie winy, wstyd, wyrzuty sumienia i depresja. W obrazie fizycznym: utrata wagi, zaburzenia układu krążenia i trawiennego, zmiany organiczne w układzie nerwowym (powodujące zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi).

Często występują wybuchy gniewu i zachowania agresywne – tak wobec otoczenia, jak i wobec samego siebie. Końcowym skutkiem jest zejście śmiertelne. Zdaniem MacDonalda w każdej z tych faz teoretycznie istnieje możliwość powrotu do życia wolnego od środków odurzających, ale w praktyce szansa ta jest mniejsza, im dalej rozwinął się proces uzależnienia.

Istotą przedstawionego powyżej procesu rozwoju uzależnienia jest powracanie do środka odurzającego i zwiększanie częstotliwości (czasem również dawki) jego przyjmowania. To swoiste wikłanie się w substancje uzależniające wyjaśnia W.K. van Dijk przy pomocy czterech błędnych kół.

- 1) **BŁĘDNE KOŁO FARMAKOLOGICZNE**- polegające na tym, że przyjęcie środka odurzającego powoduje zaistnienie zmian metabolicznych (manifestujących się m. in. w zjawisku tolerancji czy też zespołu abstynencyjnego), które z kolei prowadzą do wzrostu potrzeby ponownego zażycia środka.
- 2) **BŁĘDNE KOŁO SŁABOŚCI EGO** – charakteryzujące się tym, że przyjęcie środka odurzającego prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu mózgowym, to z kolei obniża możliwości regulacyjne i interakcyjne centralnego układu nerwowego, redukuje siłę ego powoduje spadek odporności na pokusie odurzania się i w efekcie prowadzi do ponownego zażycia środka.
- 3) **BŁĘDNE KOŁO PSYCHICZNE** – polega na tym, że przyjęcie środka powoduje wystąpienie nieprzyjemnych doznań (np. poczucie winy, cierpienia) i niedojrzałych działań (np. regresja, dominacja zasady przyjemności podstawowych procesów), które z kolei prowadzą do wzrostu potrzeby zmiany i tym samym ponownego odurzania się.
- 4) **BŁĘDNE KOŁO SPOŁECZNE** – charakteryzujące się tym, że przyjęcie środka odurzającego powoduje społeczne następstwa w rodzaju napięć, konfliktów, zaniedbywania odpowiednich ról społecznych. To z kolei prowadzi do wzrostu identyfikacji ze społeczną rolą „bycia uzależnionym” i wzrostu potrzeby ponownego przyjęcia środka.

Powyższe błędne koła występują w każdym rodzaju uzależnienia, chociaż ich rola może być różna w zależności od specyfiki przyjmowanej substancji.

W tym miejscu po raz kolejny pojawia się problem wyboru czy też przypadkowości w używaniu i uzależnieniu się konkretnego środka. S. Robinson i H. Winnik uważają, że wybór środka, od którego człowiek się uzależnia, nie jest przypadkowy, lecz wynika ze specyficznego rozwoju psychicznego i struktury osobowości oraz specyfiki reakcji organizmu na daną substancję.

Z kolei P.C. Whitehead stwierdza, że istnieje ogólna prawidłowość tego typu, że osoba używająca środków jednego rodzaju, z większym prawdopodobieństwem sięgnie po nowe środki, niż zrobi to osoba, która niczym się nie odurza. Uogólniając te i szereg innych badań można z całą pewnością przyjąć, iż wybór substancji, i w konsekwencji rozwinięcie się uzależnienia od niej, zależy od czasu, miejscami warunków, w

jakich żyje sama osoba oraz od jej warunków konstytucjonalnych i psychicznych. Głównymi czynnikami decydującymi więc o tym, czy jakaś osoba będzie uzależniona i od jakich substancji, są:

- miejsce i czas urodzenia,
- rasa i wyznanie,
- jakie substancje były mu dostępne,
- jakie substancje były używane przez członków jego rodziny i przez otoczenie
- jaka charakteryzuje go struktura psychiczna.

Oprócz powyższych ważne jest również eksperymentowanie z różnymi środkami, którego skutkiem jest wybranie tej substancji, która dostarcza najbardziej pożądaných doznań.

Z kolei badania skoncentrowane na zjawisku przechodzenia od jednego środka odurzającego do innego wykazały, że używanie jednej substancji ułatwia niejako przechodzenie do innej, w konsekwencji czego dana osoba przechodzi zazwyczaj do używania substancji bardziej destrukcyjnie oddziałujących na organizm, a niejednokrotnie odurza się kilkoma z nich równocześnie. Wielu badaczy potwierdza istnienie takiego wzorca, w którym inicjacja dokonuje się przez papierosy lub niskoprocentowy alkohol (piwo, wino), z czego przechodzi się do alkoholu wysokoprocentowego, pochodnych konopi indyjskich i wreszcie twardych narkotyków (w naszych realiach są to głównie opiaty) Natomiast odurzanie się równoczesne dotyczy w szczególności takich zestawów, jak: alkohol i papierosy, alkohol i marihuana oraz alkohol i twarde narkotyki. najbardziej łączona jest marihuana z twardymi narkotykami.

Jak widać z powyższego, cały proces uzależniania się od środków odurzających dokonuje się w kontekście życia rodzinnego: Inicjacja ma miejsce zazwyczaj w okresie dojrzewania, a więc młody człowiek funkcjonuje w obrębie swojej rodziny wyjściowej. z kolei pełne uzależnienie (zwłaszcza w przypadku alkoholizmu) pojawia się z reguły w rodzinie prokreacyjnej. Natomiast fazy przejściowe mają miejsce w obu układach rodzinnych.

2.3. Alkohol w świecie Zachodu

W ciągu ostatniego tysiąclecia rola alkoholu w cywilizacji Zachodu dramatycznie się zmieniła. Postrzeganie go jako czynnika powodującego choroby, lansowane przez współczesną medycynę, jest następstwem bardziej skomplikowanych relacji

Substancja, podobnie jak człowiek, może mieć wyraźne, a nawet sprzeczne cechy osobowości. Dzisiaj alkohol etylowy, pitna odmiana alkoholu, jest czymś wielce różnorodnym: Może nam ułatwiać stosunki towarzyskie, bywa wytwornym dodatkiem do obiadu, zbawiennym lekarstwem na serce lub zwiastunem upadku. Jednakże w historii cywilizacji zachodniej pełnił on najczęściej inną zupełnie rolę. W ciągu ostatnich 10 tys. lat alkohole były zapewne najpowszechniej spożywanymi napojami oraz niezbędnym źródłem wody i kalorii. W świecie zanieczyszczonych i niebezpiecznych zasobów wodnych alkohol w pełni sobie zasłużył na miano nadane mu w wiekach średnich - aqua vitae, czyli woda życia. Istnieją ważne dowody świadczące o takich stosunkach społecznych związanych z alkoholem, jakie trudno sobie wyobrazić, w dobie obecnej. Rozważmy tylko oświadczenie z 1777 r. Fryderyka Wielkiego, króla Prus, którego strategii

gospodarczej zagrażał import kawy: "Obrzydzenie bierze na widok wzrastającego spożycia kawy wśród moich poddanych. W konsekwencji z kraju wypływa mnóstwo pieniędzy.

Wszyscy teraz piją kawę. Należy temu zapobiec. Jego Królewska Mość wychował się na piwie - tak jak jego przodkowie i oficerowie. Wzmacniający się piwem żołnierze staczali i wygrywali wiele bitew. Król nie wierzy, aby żołnierze popijający kawę potrafili znieść trudy następnej wojny."

Współczesnego przywódcę okrzyknięto by z pewnością osobnikiem niespełna rozumu, gdyby zachęcał poddanych, a szczególnie żołnierzy, do spożywania alkoholu zamiast kawy. Ale oto całkiem niedawno pewien wpływowy szef rządu mówił o piwie zupełnie tak, jak gdyby było ono mlekiem matki. I rzeczywiście - - najważniejszą rolę, jaką odegrał alkohol od "dzieciństwa" świata aż do nastania masowo wytwarzanych bezpiecznych zasobów wodnych w ubiegłym wieku, była rola odżywcza.

To pewne, że od milionów lat w procesach naturalnych powstawały produkty spożywcze zawierające alkohol. Przekształcając cukier w energię, drożdże wytwarzają alkohol etylowy jako produkt uboczny. Czasami zwierzętom zdarza się spożyć alkohol powstały w naturalnym procesie fermentacji zepsutych owoców. Obserwowano ptaki i ssaki w stanie upojenia alkoholowego. Człowiek ma gen enzymu dehydrogenazy alkoholowej. Obecność tego genu pozwala przypuszczać, że w procesie ewolucji zwierzęta stykały się z alkoholem dostatecznie często, aby wytworzyć, mechanizm jego metabolizacji. Wśród ludzi jednak spożycie alkoholu było nie zamierzone lub przypadkowe aż do okresu sprzed około 10 tys. lat. W tym mniej więcej czasie jakiś smakosz z późnej epoki kamiennej spróbował zapewne zawartości garnuszka z miodem pozostawionym dłużej niż należało. W napoju zaszła naturalna fermentacja i degustatorowi tak bardzo musiały spodobać się skutki spożycia niewielkiej ilości alkoholu, że zechciał powtórzyć ów eksperyment. Koledzy i uczniowie tego pierwszego enologa sporządzili potem przepis produkowania takiego miodu lub win z miodu, daktyli czy soku. Technika była dość, prosta - odstawić słodką substancję do fermentacji. Piwo wymagające dużej ilości skrobi ze zboża musiało poczekać aż powstanie i rozwinię się rolnictwo. Żyzne delty rzek Egiptu i Mezopotamii dawały ogromne plony pszenicy i jęczmienia; pożywienie ludności rolniczej, robotników i żołnierzy tych zamierzających cywilizacji opierało się przede wszystkim na produktach zbożowych. Możliwe, że odkrycie sfermentowanego ziarna było nieuniknionym faktem historycznym - tak jak w przypadku wina dzięki naturalnym eksperymentom znaleziono substancje alkoholowe, które wzbudziły zainteresowanie degustatorów. Już ponad 3 tys. lat p.n.e. Egipcjanie i Babilończycy pili piwo z jęczmienia i pszenicy.

Również wino skorzystało z rozwoju rolnictwa. Większość soków owocowych, łącznie z sokami z dzikich winogron, ma zbyt małą zawartość cukru, aby można produkować z nich wino, lecz selekcja słodszych winogron w celu wyhodowania odpowiedniej ich odmiany doprowadziła do uprawy winnej latorośli. Praktykę uprawy odmian winogron nadających się do produkcji wina 6 tys. lat p.n.e. przypisuje się ludom mieszkającym na terenie obecnej Armenii, choć ustalanie dat tak odległych może być w najlepszym przypadku szacunkowe. Powstanie rolnictwa doprowadziło do uzyskiwania nadwyżek żywności, co z kolei skłoniło ludzi do skupiania się w coraz większe grupy we wsiach i miastach. Wkrótce osady te zaczęły trącić aktualny do dziś problem zaopatrzenia mieszkańców w dostateczną ilość czystej wody, koniecznej do zaspokojenia ich stałej potrzeby przyjmowania płynów. Nie znaleziono na to sposobu aż do XIX wieku.

Zasoby wodne szybko ulegały zanieczyszczeniu odpadami wytwarzanymi przez ludzi, powodując choroby lub nawet śmierć. Ilu naszych przodków zmarło, próbując zaspokoić wodą pragnienie - nigdy się nie dowiemy. Obserwując współczesne epidemie dyzenterii i chorób zakaźnych spowodowanych pić zakażonej wody, łatwo się domyślić, że znaczna część naszych przodków śmiertelnie zaniemogła z tego powodu. Ponadto brak płynów zdatnych do konsumpcji przez człowieka uniemożliwiał jeszcze stosunkowo niedawno dłuższe podróże morskie. Krzysztof Kolumb podróżował, wioząc na pokładzie swego żaglowca wino, a ojcowie pielgrzymi musieli wylądować właśnie w Plymouth tylko dlatego, że skończyło im się piwo. Jednym z pierwszych zawodów, którego przedstawicieli usiłowano zwabić do ówczesnych kolonii, było piwowarstwo.

Alkohol a woda

Z Biblii i tekstów starogreckich nie wynika, aby szeroko stosowano wodę jako napój. Zarówno Stary, jak i Nowy Testament nie zawierają właściwie żadnych wzmianek o wodzie jako rozpowszechnionym napoju.

Podobnie pisma greckie z rzadka wspominają opiciu wody; można w nich znaleźć jedynie pozytywne uwagi o jakości górskiej wody źródlanej. Hipokrates stwierdza wyraźnie, że woda ze źródeł i z głębokich studni jest bezpieczna - po dobie jak deszczówka zbierana w cysterny. Starożytni na podstawie swoich tragicznych doświadczeń zdawali sobie sprawę, że większość ich zasobów wodnych nie nadawała się do picia. W tym kontekście alkohol etylowy rzeczywiście mógł być jak mleko matki dla rodzącej się cywilizacji zachodniej. Piwo i wino nie zawierały drobnoustrojów patogennych. A antyseptyczne właściwości alkoholu oraz naturalna kwasność wina i piwa zabijały wiele zarazków, gdy trunki mieszano z zanieczyszczoną wodą. Od czasu opanowania i świadomego stosowania procesu fermentacji ludność Zachodu, bez względu na wiek, chcąc ugasić pragnienie, piła wino i piwo, a nie wodę.

Na babilońskich tabliczkach glinianych sprzed 6 tys. lat zapisano ilustrowane receptury piwa. Greckie słowo akratidzomai (jeść śniadanie) dosłownie znaczy "pić nierozcieńczone wino". Najwyraźniej na śniadanie podawano wino, w którym moczone chleb, a "chleb i piwo" stanowiły podstawę pożywienia, jak dzisiaj "chleb z masłem".

Praktyka Wschodu była zupełnie inna. Co najmniej przez ostatnie 2 tys. lat gotowanie wody, przeważnie na herbatę, dostarczało bezalkoholowego napoju zdatnego do konsumpcji. Poza tym ważną rolę w odstręczeniu mieszkańców Azji od picia trunków odegrała genetyka - około połowy Azjatów nie ma enzymu koniecznego do całkowitej przemiany alkoholu, w związku z czym jego picie staje się dla nich nieprzyjemne. W ten sposób aż do końca zeszłego wieku piwo i wino jako podstawowe artykuły rozpowszechniły się tylko w społeczeństwach zachodnich.

Tradycyjna produkcja piwa i wina poprzez fermentację zboża i winogron lub innych owoców dostarczała napojów o małym procencie alkoholu w porównaniu ze znanymi dzisiejszym konsumentom. Napoje te zawierały także duże ilości kwasu octowego i innych kwasów organicznych wytwarzanych podczas fermentacji. Współczesny koneser kręciłby zapewne nosem, wachając większość win z czasów starożytnych - owe wina w starym stylu bardziej przypominały dzisiejszy ocet z domieszką jabłecznika niż wykwinowego merlota. Ponieważ zawartość alkoholu w tych najpowszechniejszych napojach była mała, konsumentów bardziej interesował smak, gaszenie pragnienia, zaspokojenie głodu i przechowywanie napoju niż upijanie

się. Mimo to efekty uboczne stałej konsumpcji niskoprocentowego alkoholu musiały być powszechne. I rzeczywiście - w historii Zachodu normalnym stanem umysłu było zapewne zamroczenie alkoholowe.

Wartość kaloryczna niepsujących się napojów alkoholowych mogła też odgrywać ważną rolę w zaspokajaniu codziennych potrzeb kalorycznych w społeczeństwach, które borykały się z niedoborami żywnościowymi. Ponadto napoje alkoholowe dostarczały istotnych śladowych składników odżywczych, takich jak witaminy i sole mineralne.

Alkohol łagodził również zmęczenie i nudę dnia codziennego, a także ból, na który nie było lekarstw. Dziś ludzie mają do wyboru mnóstwo leków przeciw mniejszym i większym bólom, lecz aż do XX wieku jedynym powszechnie dostępnym na Zachodzie remedium przeciwbólowym był alkohol. Oto rada z Księgi Przysłów: "Daj sycere skazańcom, a wino zgorzkniałym na duchu: niech piją, niech nędzy zapomną, na trud już niepomni."

Sumeryjską tabliczkę z pismem klinowym zawierającą spis leków z 2100 r. p.n.e. powszechnie uważa się za pierwszy historyczny zapisek dotyczący stosowania alkoholu w medycynie, choć możliwe, że wcześniej odnotowano to na egipskich papirusach. System terapeutyczny Hipokratesa wymienia wino jako remedium na wszystkie ostre lub chroniczne schorzenia znane w je-go czasach, a Aleksandryjska Szkoła Medycyny potwierdza zastosowanie alkoholu w medycynie.

Religia a umiarkowanie

Mimo że napoje w czasach starożytnych zawierały o wiele mniejszy procent alkoholu niż ich wersje współczesne, ludzie ówcześni zdawali sobie sprawę z potencjalnie szkodliwego wpływu picia na zachowanie. Apele o wstrzeźliwość pojawiły się w kulturze hebrajskiej, greckiej i rzymskiej dość wcześnie i powtarzały się przez całą historię. Stary Testament często wyraża dezaprobatę pijaństwa a prorok Ezra i jego następcy włączyli wino do codziennego rytuału Izraelitów, być może po części dlatego, aby zapobiec jego picciu bez miary; w ten sposób wprowadzili formę prohibicji inspirowaną i nadzorowaną przez religię.

W Nowym Testamencie Jezus wyraźnie sankcjonuje konsumpcję alkoholu, cudownie przemieniając wodę w wino. Akt ten można interpretować jako uznanie przewagi alkoholu nad zanieczyszczoną wodą. Uczniowie Jezusa zabiegali o utrzymanie równowagi między spożyciem, a nadużywaniem alkoholu, ale nigdy nie byli zwolennikami całkowitej prohibicji. Święty Paweł i inni ojcowie wczesnego chrześcijaństwa kontynuowali tego typu umiarkowane podejście. Nie potępiali wina za jego szkodliwy wpływ, a uważali je raczej za dar od Boga tak ze względu na jego właściwości lecznicze, jak i łagodzące ból oraz codzienne troski. Tradycyjnie piwo było napojem szarego człowieka, a wino - ludzi bogatszych. Wino gronowe stało się dostępne dla przeciętnego Rzymianina dopiero po stu latach rozwoju winnic który zakończył się około 30 roku p.n.e.; ówczesne ożywienie w tej dziedzinie spowodowane było większymi zyskami, które można było wyciągnąć z winogron w porównaniu ze zbożem. W końcu zwiększona podaż zbiła ceny i w ten sposób przeciętny Rzymianin mógł rozkoszować się winem prawie darmowym. Rzymska uprawa winorośli podupadła wraz ze schyłkiem imperium, została przejęta przez Kościół katolicki i klasztory - jedyne instytucje mające dostateczne środki do utrzymania produkcji. Przez prawie 1300 lat Kościół ze znacznym zyskiem uprawiał największe i najlepsze winnice. W średniowieczu zboże pozostawało podstawowym pożywieniem mieszkańców wsi, a piwo, wraz z miodem oraz domowym winem i jabłecznikiem - ich powszechnym

napojem. Argumenty nielicznych krytyków konsumpcji alkoholu brzmiały mało przekonująco, ponieważ wciąż brakowało bezpiecznej alternatywy. Stąd, pomimo przemian, które dokonały się w polityce, religii i sposobie życia, na Zachodzie nie zmieniał się stosunek do piwa i wina ani obyczaje ich picia. Dopiero rozwój techniczny zmienił rolę alkoholu w społeczeństwie.

Po jakichś 9 tys. lat picia niskoprocentowych trunków, takich jak miód, piwo i wino Zachód zetknął się z alkoholem w skoncentrowanej postaci, dzięki procesowi destylacji. Opracowana około 700 roku n.e. przez arabskich alchemików (dla których słowo alkohol oznaczało istotną część rzeczy) destylacja spowodowała pierwszą ważną zmianę w sposobie i zasięgu konsumpcji alkoholu od czasu powstania cywilizacji zachodniej. Choć drożdże wytwarzają alkohol, tolerują one jego stężenie najwyżej do 16%. Z tego powodu sfermentowane napoje miały swoją naturalną maksymalną zawartość alkoholu. Destylacja omija ograniczenia natury, korzystając z tego, że dla alkoholu temperatura wrzenia wynosi 78°C (dla wody 100°C). Gdy gotujemy rozcieńczony wodą alkohol, w parze ulatuje więcej alkoholu niż wody. Po skropleniu pary otrzymujemy roztwór o większym stężeniu alkoholu niż w płynie pierwotnym.

Metoda arabska, abstynencja, nie została jeszcze wówczas przyjęta przez islam - rozpowszechniła się w Europie i destylacja wina w celu produkowania spirytusu rozpoczęła się na kontynencie około 1100 roku n.e. Wydarzyło się to w akademii medycznej w Salerno we Włoszech, ważnym ośrodku przekazywania teorii oraz metod medycznych i chemicznych z Azji Mniejszej na Zachód. Do tradycyjnych napojów, takich jak piwo i wino o niskiej koncentracji alkoholu i mających wartości odżywcze, dołączyły napoje o zawartości alkoholu wystarczającej do powstania problemów towarzyszących nam do dziś. Rozpoczęła się era alkoholi destylowanych.

Umiejętność destylacji stopniowo się rozpowszechniała, docierając z Włoch do Europy północnej. Hieronimus Brunschwig, lekarz z Alzacji, opisał ten proces w 1500 roku w Liber de Arte Distillandi - pierwszej drukowanej książce o destylacji. Zanim Brunschwig stał się modnym autorem, destylowany alkohol zyskał renomę środka o "rozdwojonej osobowości": z jednej strony jako pożywny pokarm i zbawienne lekarstwo, z drugiej - szkodliwy narkotyk. Spirytualia zaczęto powszechnie pić wkrótce po epidemiach dżumy w XIV wieku, a szczególnie - czarnej śmierci w latach 1347-1351. Alkohol, choć zupełnie nie skuteczny jako lek przeciwko morowej zarazie, wpływał przynajmniej na polepszenie samopoczucia jej ofiar. Żadna inna znana substancja nie wywoływała podobnych skutków. Optymizm średniowiecznych lekarzy związany z alkoholem można przypisać jego zdolności uśmierzania bólu i poprawy nastroju - efektów niezwykle pożądanych podczas epidemii czarnej śmierci, która pochłonęła blisko trzecią część ludności Europy.

Po ustąpieniu zarazy odrodzenie gospodarcze, które dokonało się w Europie, stworzyło nowe standardy luksusu i przyczyniło się do rozwoju urbanizacji. Był to okres nie mających precedensu ostentacji, obżarstwa, opilstwa i wszelkiego braku umiaru. Po szczęśliwym ocaleniu od zarazy w XIV wieku Europa jak długa i szeroka popadła w powszechne pijaństwo. Pomimo oczywistych negatywnych skutków opilstwa oraz wysiłków władz, aby je ograniczyć, kwitło ono w najlepsze aż do początku XVII wieku, gdy upowszechniły się napoje bezalkoholowe sporządzane z gotowanej wody. Kawa, herbata i kakao zaczęły przełamywać monopol alkoholu na bezpieczny napój.

W XVIII wieku rosnący opór religijny wobec opilstwa, podsycany przede wszystkim przez kwaków i metodystów, głównie w Wielkiej Brytanii, nie spowodował realnych efektów ani nie zyskał powszechnego poparcia. Ostatecznie ówczesna Tamiza była równie niebezpiecznym źródłem wody pitnej jak zanieczyszczone strumienie w czasach starożytnych. Dyżentaria, cholera i tyfus przenoszone przez brudną wodę pozostawały głównymi zabójcami aż do końca XIX wieku i na równi z dżumą były sprawcami masowej zagłady.

Dopiero wtedy, gdy uświadomiono sobie, że powodem chorób są mikroorganizmy, oraz gdy wprowadzono filtrowanie i uzdatnianie wody, stała się ona na Zachodzie bezpiecznym napojem. Dezaprobata religii wobec alkoholu oraz udostępnienie wody pitnej w połączeniu z jeszcze jednym czynnikiem zdołały wreszcie odstręczyć znaczną część społeczeństwa od picia mocnych trunków. Tym czynnikiem było uznanie, że uzależnienie od alkoholu jest chorobą.

2.4. Alkoholizm w Polsce

Niewiadomo dokładnie kiedy alkoholizm stał się istotnym problemem społecznym w Polsce. Wiadomo natomiast, że dzisiaj jest jednym z najpoważniejszych zagrożeń zdrowotnych naszego społeczeństwa. Chodzi tutaj zarówno o zdrowie fizyczne, psychiczne, ale również o kondycję całego społeczeństwa, jako jednego organizmu. Skutki picia alkoholu są powszechnie znane. Nowotwory układu pokarmowego, gruczołów, przewlekłe choroby układu krążenia, schorzenia neurologiczne oraz różnego rodzaju patologie, od przemocy w rodzinie do bezdomności. Pomimo znajomości szkód, picie alkoholu jest bardzo popularne, staje się coraz popularniejsze wśród młodzieży a nawet dzieci.

Na samym początku należałoby dokładnie zanalizować problem. Jak się okazuje statystyki dotyczące używania alkoholu w Polsce są zatrważające. Około dwóch procent naszej populacji to osoby uzależnione od alkoholu. Co gorsza problem wcale nie ogranicza się do tych dwóch procent, wręcz przeciwnie dopiero się na nich zaczyna. Otóż około czterech procent populacji, to jest 1,5 mln osób to dorośli, żyjący na stałe w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice). Następne cztery procent całej ludności Polski to dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików (jednocześnie jest to grupa, która w największym stopniu jest poszkodowana negatywnymi skutkami używania alkoholu). Idąc dalej od pięciu do siedmiu procent populacji, to jest 2-2,5 mln Polaków to osoby w szkodliwy sposób nadużywające alkoholu. Można tutaj od razu wspomnieć, że spośród wymienionych, około 2 mln osób jest w bezpośredni sposób dotknięta różnymi formami przemocy w rodzinie. Sumując te dane otrzymujemy wynik co najmniej 6 milionów ludzi, którym alkohol rujnuje życie!

Oprócz tych ogólnych danych szczególnie godne uwagi są statystyki dotyczące dzieci i młodzieży. Jak się okazuje na podstawie badań przeprowadzonych w 2003 roku, wśród uczniów III klasy gimnazjum 65,8% piło alkohol w przeciągu ostatnich trzydziestu dni (w tym 71,5% chłopców i 60,3% dziewcząt) a upiło się 29,2% trzecioklasistów (38,1% chłopców i 20,8% dziewcząt). Z kolei z badań przeprowadzonych wśród uczniów II klasy szkoły ponadpodstawowej (17-sto latkowie) 78,9% z nich piło alkohol w ciągu ostatnich 30 dni (84,6% chłopców, 73,2% dziewcząt) a 37,2% upiło się (47,7% chłopców, 26,5% dziewcząt). Z badań tych wynika jeden szczególnie niepokojący wniosek. U dzieci i młodzieży w naszym społeczeństwie popularność alkoholu wzrasta wraz z wiekiem badanych. Możemy zatem domyślić się do

jakiego rozmiaru rozrośnie nam się problem, kiedy dzisiejsi gimnazjaliści będą podchodzić pod trzydziestkę.

Wydaję się zatem, że rozwiązania problemu alkoholizmu w Polsce trzeba szukać przede wszystkim w profilaktyce nastawionej głównie na edukację dzieci i młodzieży oraz budowaniu warunków sprzyjających wychowaniu w trzeźwości.

2.5. Krótka historia narkomanii na świecie

Od początku istnienia ludzkości człowiek skazany był na zderzenie się z trudami życia codziennego. O ile rutyna życia nie obfitowała w przyjemne doznania o tyle człowiek z biegiem czasu odkrył pewne specyficzne właściwości niektórych roślin, których spożywanie lub spożywanie preparatów z nich uzyskanych pozwalało mu na powodowanie zmian w stanach psychiki i co za tym szło ucieczkę od szarej rzeczywistości w sztucznie wytworzony świat radości i szczęśliwości. Specyfika działania tych środków, pierwotnie z racji braku jej zrozumienia dawała człowiekowi również uludę kontaktu ze światem pozazmysłowym, metafizycznym. Stąd wzięło się wykorzystywanie pewnych tych środków w niektórych kulturach w celach religijnych. Były one dostępne jednak tylko dla wąskiego kręgu osób – kapłanów, szamanów, magów. Najbardziej rozpowszechnionymi w starożytności były opium (sok z makówek), marihuana (susz żeńskich kwiatostanów konopii indyjskich) i kokaina (jeden z czternastu alkaloidów zawartych w liściach krzewu koka). Ich działanie znane było już w epoce kamiennej. Sumeryjski „przepis” na uprawę maku i przygotowanie opium, spisany na glinianych tabliczkach 7000 lat p.n.e pozostał niezmienny do dzisiaj. Uprawa maku znana była również Persom i Egipcjanom. W Egipcie opium znano jako „zdolne do wstrzymywania dzieci od zbyt silnego płaczu”. W starożytnej Grecji i Rzymie uznawane było za uniwersalny środek leczniczy – panaceum na wszystkie dolegliwości. Używania go w tym charakterze zalecał Hipokrates oraz Galen – lekarz Marka Aureliusza. Konsekwencją tego była narkomania w jaką popadł ów rzymski mąż stanu, przyjmując codziennie profilaktycznie nalewki z opium. Kolejnym z tych środków jest marihuana, jak wcześniej wspomniałem, susz żeńskich kwiatostanów konopii indyjskich. W starożytności i w czasach późniejszych popularne było również przyjmowanie żywicy konopii – haszyszu. Był on używany przed dwoma tysiącami lat w Chinach jako znieczulenie przy zabiegach chirurgicznych, rozpowszechnił się w Indiach i krajach islamskich (najprawdopodobniej ze względu na pochodzący z Koranu zakaz picia alkoholu). Przetwory konopii rozpowszechniły się również w Afryce, gdzie były otaczane przez niektóre plemiona kultem religijnym. W Ameryce Południowej i Środkowej do wywoływania ekstaz religijnych używano grzybów halucynogennych oraz liści krzewu koka. Popularny był również peyotl – halucynogenna substancja otrzymywana z miejscowego gatunku kaktusa. Wielkie prekolumbijskie cywilizacje jak Aztekowie, czy Majowie rozwinęli cały rytualizm z udziałem wyżej wymienionych substancji. Momentem, w którym używanie ich zmieniło swój charakter i rozpoczęło rozwój współczesnej narkomanii było pojawienie się europejskich kolonizatorów. Podbój Ameryki przez Hiszpanów skutkowało przejęciem przez nich niektórych nawyków ludów podbitych w tym również używania substancji odurzających, lecz oderwanego od wszelkiego rytualizmu, (który to regulował czas i ilość przyjmowanej substancji), co prowadziło do ich nadużywania i w konsekwencji do narkomanii. Przekazy historyczne świadczą o istnieniu tego zjawiska w średniowieczu i erze nowożytnej. Szesnastowieczny francuski przyrodnik Belon opisywał szerzenie się narkomanii opiumowej wśród Turków, którzy aby

przewyciężyć strach podczas bitwy przyjmowali z biegiem czasu coraz większe dawki opium. Jednym z pierwszych krajów europejskich, który rozpoczął zwalczanie zjawiska narkomanii metodami represyjnymi była Francja. W XVIII w. ustanowiono ostre zakazy palenia przetworów konopii. Nasiliło to tylko szerzenie się narkomanii wśród Francuzów, a represyjna polityka antynarkotykowa od zarania wykazała swoją nieskuteczność i szkodliwość. Również w XVIII w. kupcy europejscy zaczęli eksportować opium do Chin. Wykształcenie w Chinach zwyczaju palenia opium spowodowało silną i destrukcyjną narkomanię, która objęła całe chińskie społeczeństwo aż po dwór cesarski. Prowadziło to do ogromnej korupcji i rozkładu państwa. Aby temu zapobiec w 1839 r. zdelegalizowano opium i zniszczono cały jego zapas należący do cudzoziemskich kupców, głównie Brytyjczyków. Doprowadziło to do trzech tzw. wojen opiumowych (pierwsza z Wielką Brytanią, pozostałe również z Francją), na skutek, których Chiny musiały m.in z powrotem zalegalizować opium. W konsekwencji prawie połowa mężczyzn w Chinach przed II wojną światową była nałogowymi palaczami opium. W wieku XIX szybko rozwija się chemia – zostaje odkryta morfina, potem heroina. Morfina używana powszechnie jako środek przeciwbólowy na polu bitwy powoduje u rannych żołnierzy, którzy ją przyjmowali pojawienie się silnego uzależnienia – morfinizmu. U schyłku XIX w. zostaje wyizolowana jej pochodna – heroina, znacznej silniejsza i silniej uzależniająca. Środki te zyskują popularność wśród modernistycznej cyganerii artystycznej oraz Europejczyków przyjmujących je z ciekawości czy ze snobizmu. Z czasem okazyjne używanie przekształciło się w nałóg. Ich popularyzacja w Europie oraz w Ameryce Północnej wywołała narkomanię, która rozprzestrzeniając się coraz bardziej zaowocowała najpierw reakcją poszczególnych rządów w postaci wewnątrzpaństwowego ustawodawstwa zajmującego się tą kwestią, a dalej konkretnymi umowami międzynarodowymi, na których podstawie zjawisko miało być zwalczane globalnie. Koordynacją polityki antynarkotykowej zajmowała się Liga Narodów. Po II wojnie światowej nastąpił gwałtowny wzrost narkomanii.¹ Funkcję Ligi Narodów w tym zakresie zastąpiło ONZ. Podpisano m.in. w 1961r. Jednolitą Konwencję o Środkach Odurzających, co i tak nie dało większych rezultatów. Eskalacja problemu postępowała. Pojawiły się nowe, syntetyczne środki tj. LSD, amfetamina i inne.

2.6. Zarys historyczny narkomanii w Polsce i omówienie polskiej charakterystyki problemu.

Zjawisko narkomanii pojawiło się w Polsce na przełomie XIX i XX wieku, nie mając jeszcze wtedy charakteru społecznego. Dotyczyło niewielkiej grupy ludzi z wąskich kręgów zawodowych, przede wszystkim tych, którzy mieli dostęp do narkotyków, a więc farmaceutów, lekarzy, pielęgniarek oraz artystów z różnych dziedzin sztuki. We wczesnych latach dwudziestych naszego wieku do najczęściej przyjmowanych środków odurzających należały: opium, morfina, eter oraz bardzo rzadko, prawie okazjonalnie, heroina, kokaina i peyotl. Już wtedy polskie prawodawstwo (1923) określiło przepisy stosowania i zabezpieczania w lecznictwie środków odurzających, które jednak nie były przestrzegane zbyt rygorystycznie. Problem był znany głównie środowisku medycznemu. W latach 20tych i 30tych w miarę wzrostu ceny używanej powszechnie do tej pory jako narkotyk morfiny (poprzez ograniczanie dostępu do niej oraz wykształcenie się czarnego rynku) coraz powszechniejsza zaczęła być eteromania, ponieważ eter był znacznie tańszy od morfiny. O ile przypadki

¹ T. Hanausek, W. Hanausek: Narkomania. Studium Kryminologiczno Kryminalistyczne. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1976, s. 7-14

uzależnienia od morfiny liczone w setki rocznie o tyle od eteru w tysiące. Stał się on „narkotykiem dla ubogich”, z kolei morfina była używana przez zamożniejszą część społeczeństwa i stała się narkotykiem elitarnym.² Polskie prawo po II wojnie światowej już w 1951 roku ustosunkowało się do problemu narkomanii wprowadzając ustawę o środkach farmaceutycznych i odurzających z dnia 8 I 1951 oraz artykuły sanitarne (Dz. U. nr I/51, poz.4) oraz szczegółowe rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 IX 1956 r. (Dz. U. nr 42/56, poz. 196 z późniejszymi zmianami: Dz. U nr 43/58, poz. 212 oraz Dz. U. nr 33/60, poz. 190).³ Tymczasem narkomania jako zjawisko o szerszym zasięgu ujawniła się w latach 1968 – 1970. Wtedy to straciła już swój czysto „medyczny” charakter i stała się problemem społecznym.

Faza pierwsza stanowiła okres eksperymentowania i próbowania różnego rodzaju substancji chemicznych oraz lekarstw zawierających substytuty opium lub pochodnych makowca, twarde narkotyki były wtedy mało znane, a jeszcze rzadziej dostępne i stosowane.

Druga faza była jeszcze bardziej tragiczna. Jej początek datuje się od 1973, w tym właśnie roku w rejestrze Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej umieszczono nazwiska 801 narkomanów.⁴ W tym czasie rozpowszechniła się produkcja opium, preparowanego z soku zielonych makówek.

To okres, w którym młodzi ludzie znudzeni przeświadczeni o bezsensie podejmowania jakiegokolwiek działania oraz zaaferowani ideą Leary`ego o burzeniu zastanych reguł, mobilizowała ich do zrzeszania się z osobami podobnie myślącymi, odczuwającymi. Zaczęły powstawać ruchy hippisów, dzieci kwiatów, punków, gitowców, skinów, popersów i wielu innych, w których przesłania były krańcowo różne: od głoszenia potrzeby pokory, skromności, walki o jakość uczuciowego życia, bratania się narodów po wezwania do agresji, gwałtu, walki ze wszystkimi i wszystkim. Znamienne hasło tamtych czasów to: " zburzyć wszystko do cna, a na gruzach rozpocząć wszystko od nowa". Oznacza to, że jednostka musiała nauczyć się zaczepnego reagowania, bycia w każdej chwili gotowa do walki, być mocna, twarda i zdecydowana, wyzuta ze skrupułów oraz taniej, nikomu niepotrzebnej romantyki, ponieważ otaczający świat jest bezlitosny i bezosobowy.

Pod koniec lat siedemdziesiątych na polskim nielegalnym rynku pojawiła się "heroina gdańska", wytwarzana ze słomy makowej tzw. kompot. Produkcja nie jest trudna, więc prowadzona była w mieszkaniach, a że różnego rodzaju chemikalia dostępne były i są na rynku, wywołało to falę przestępczości wśród narkomanów. Samowystarczalność narkomanów ich gwałtowny wzrost spowodował niechęć i odrzucenie od reszty społeczeństwa. To okres zejścia do podziemia narkomanów i producentów trwała do około 1980. O tego roku zjawisko narkomanii w Polsce uległo znacznemu rozprzestrzenieniu się.

Okres ten nazywany jest " okresem makowym", w którym zanikały wśród narkomanów idee hippisowskie, kontrkultury i konstelacji młodzieżowej. Zażywanie środków narkotycznych stało się formą ucieczki od rzeczywistości i celem samym w sobie, nie podpartym żadną ideologią. Nie uwarunkowane określoną ideologią, oceniane jest jako jeden z przejawów niedostosowania emocjonalnego, psychicznego i społecznego dzieci i młodzieży. Dlatego dzieci, bo patologia ta zaczęła sięgać również szkół podstawowych. "O ile w roku 1980 w szkołach podstawowych było ok. 880 osób odurzających się (w tym 1/7

² K. Frieske, R. Sobiech: Narkomania. Interpretacje problemu społecznego. IWZZ, Warszawa 1987, s.67-68

³ A. Stankowski: Narkomania - narkotyki - narkomani .Wybrane zagadnienia. UŚ, Katowice 1988, s. 30

⁴ A. Stankowski: Narkomania - narkotyki - narkomani .Wybrane zagadnienia. UŚ Katowice 1988, s. 52

systematycznie), to w roku 1985 - aż ok. 3340".⁵ Trzecia faza (od `80) charakteryzuje się pełną konspiracją, pojawieniem się handlarzy i producentów, którzy (co ciekawe) w wielu przypadkach sami nie zażywając narkotyków, organizują w dobrze zakonspirowane sieci, wchłaniając wszystkich potencjalnych narkomanów, nie wyłączając dzieci. Dodatkowo pojawiają się twarde narkotyki sprowadzane z zagranicy. Zdarzają się przypadki rodzinnej hodowli konopii, nielegalnej produkcji LSD i konglomeratów różnych składników, zwłaszcza leków uspokajających, nasennych i przeciwbólowych. Gwałtowny rozwój narkomanii w Polsce spowodował stworzenie ustawy o zapobieganiu narkomanii z dnia 31 stycznia 1985 r. Była przygotowana z myślą o profilaktyce, ale wówczas chodziło o wyeliminowanie nielegalnej produkcji polskiej heroiny - kompotu. Ograniczono, więc uprawy maku, a kary przewidziano tylko dla producentów i handlarzy przyłapanych na gorącym uczynku.⁶

2.7. Lata dziewięćdziesiąte i początek XX wieku, czyli cela dobra na wszystko.

Od końca lat osiemdziesiątych obserwuje się zmiany postaw wśród narkomanów i wobec narkomanów. Poprzednio była to postawa buntu wobec rodziny i społeczeństwa, ale łączyła się z chęcią przekształcania rzeczywistości. Narkomani nie byli agresywni, tworzyli własną subkulturę, żyli jakby obok społeczeństwa, którego nie akceptowali i którego się obawiali. Obecnie dominuje wśród nich rezygnacja i apatia, a swoją aktywność przejawiają głównie w zdobywaniu narkotyków. Pogłębiły się postawy antydestrukcyjne, a co za tym idzie zmniejszyła się motywacja do leczenia, a także jego skuteczność. Tę zmianę postaw niewątpliwie wywołała wzrastająca liczba zakażeń wirusem HIV. Z chwilą pojawienia się AIDS, wśród narkomanów nastąpiło odwrócenie ról w relacjach ze społeczeństwem. Teraz społeczeństwo boi się narkomanów. W wielu miejscowościach pojawiły się żądania likwidacji istniejących placówek dla narkomanów oraz protesty przeciw organizowaniu nowych, połączone często z aktami przemocy lub pospolitego chuligaństwa. Nie wiadomo dokładnie czy społeczeństwo boi się narkomanii czy samego narkomana. Brudny, wygłodzony, obdarty z jakichkolwiek skrupułów i wstydu chodząc po ulicach naszych miast "straszy" przechodniów wzbudzając w nich strach, odrazę a czasami nawet agresję. A "narkoman jest w gruncie rzeczy bezbronny człowiekiem, pełnym sprzeczności i lęków, pozbawionym naturalnej odporności na stres codziennej egzystencji, pogardzanym przez bliskich i społeczeństwo, zagubionym i bezwolnym. Narkotyk jest dla niego jedyną, znaną mu i dostępną formą obrony przed bólem istnienia, paradoksalnym schronieniem, w którym przyjdzie mu kiedyś zginąć".⁷ Trudną sytuację w Polsce narkomanów pogłębia nasilające się bezrobocie, brak mieszkań, ograniczone możliwości pomocy materialnej ze strony rodziny i pomocy społecznej oraz ostatnio wprowadzona reforma zdrowia. Zachodzące u nas przemiany ustrojowe, gospodarcze, które spowodowały zmniejszenie możliwości finansowych państwa oraz wyraźną pauperyzację większości społeczeństwa, pociągnęły za sobą spadek społecznego zainteresowania problematyką narkomanii oraz zawężenie zakresu działań profilaktycznych i prewencyjnych. Tymczasem wzrasta zjawisko narkomanii, rozszerza się nie tylko pod względem wzrostu liczby narkomanów, ale również producentów i przemytników (naturalna reakcja rynkowa - im większy popyt tym więcej towaru i handlarzy).

⁵ E. Łuczak: Zjawisko uzależnień wśród młodzieży w Polsce W: Problemy zagrożenia młodzieży uzależnieniem . MEN, W-wa 1989, s. 34-35

⁶ E. Łuczak: Narkomania jako problem społeczny. Wydawnictwo ART, Olsztyn 1995, s. 32

⁷ M. Kotański: Ty zaraziłeś ich narkomanią. PZWL, Warszawa 1984, s. 11

Sytuację pogorszyła jeszcze wyżej wspomniana ustawa z 1997 roku, która wprowadziła kryminalizację posiadania narkotyków z zastrzeżeniem, co prawda o niekaralności w przypadkach posiadania małych ilości na własny użytek, ale nie sprecyzowano tych ilości. Późniejsze nowelizacje zniosły nawet ten zapis, czyniąc posiadanie nawet najmniejszych ilości karalnym.^{8 9} Spowodowało to tylko zwiększenie cen narkotyków (wg logiki „wyższa cena, wyższe ryzyko”) a co za tym idzie nasilenie wszystkich patologicznych zjawisk związanych z narkomanią m.in. również zdolność do rozszerzenia sieci dystrybucji przez zorganizowane grupy przestępcze dzięki większemu dopływowi kapitału również na szkoły podstawowe. Zwiększa to również zagrożenie społeczeństwa ze strony narkomanów, jako, że w takiej sytuacji są zmuszeni do zdobycia większych środków na zakup narkotyku. Skutkiem tego jest wzrost przestępczości związanej z narkotykami. Heroinista na głodzie, zamiast siedzieć w ośrodku, biega po ulicach w celu zdobycia kolejnej działki lub środków na jej zakup. Głód heroinowy jest tak silny, iż taki człowiek staje się nieobliczalny i jest w stanie zrobić dosłownie wszystko, aby osiągnąć swój cel. Poza tym istnieją zagrożenia przestępstwami narkotykowymi niezwiązane bezpośrednio z narkotykami jak np: akty przemocy będące konsekwencją walki zorganizowanych grup przestępczych o teren dystrybucji, korupcja finansowana pieniędzmi z narkotyków (płynące z tą zagrożenie wpływu tych grup na ośrodki decyzyjne w państwie), oraz sam fakt umacniania się ich. Jako że zorganizowane grupy przestępcze są tworem dla państwa konkurencyjnym (ściągają „podatki”), ich umacnianie wpływa na osłabienie państwa. Można stąd wywnioskować, że obecna polska polityka antynarkotykowa nastawiona głównie na represje działa odwrotnie do swoich założeń, ponieważ zamiast zmniejszać problem, tylko go stymuluje. Wchodzi tu również w grę reakcja psychologiczna samej młodzieży (środowiska najbardziej zagrożonego narkomanią) – skłonność do łamania tabu, oraz przeświadczenia, że zakazany owoc lepiej smakuje. Badania prowadzone przez agendy Ministerstwa Zdrowia oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii wykazały, że w ciągu ostatnich dwóch lat, kiedy obowiązuje nowa ustawa, znacząco wzrosła liczba osób biorących dragi oraz ciężkie narkotyki. Obecnie w mieście liczącym sto tysięcy mieszkańców, co trzeci młody człowiek w wieku od 15 do 23 lat miał kontakt z narkotykami więcej niż jeden raz. Przyczyniają się do tego bezrobocie, brak życiowych perspektyw i związane z tym frustracje. Na przykład liczba osób, które łąkają brown sugar (tania, bardzo zanieczyszczona odmiana heroiny), wzrosła sześciokrotnie. Zastraszająco rośnie liczba osób uzależnionych od kompotu.. Za to tylko w 25 miastach działa stały program wymiany igieł i strzykawek. Program podawania syntetycznego narkotyku, który nie niszczy organizmu, metadonu, funkcjonuje zaledwie w 12 miejscowościach. Znowelizowana ustawa określa, że sąd może kierować uzależnionych na leczenie w ośrodku lub umożliwić takie leczenie w zakładzie karnym. W praktyce jest tak, że liczba miejsc w ośrodkach Monaru i podobnych organizacji jest bardzo ograniczona. W zakładach karnych w całej Polsce jest tylko 360 miejsc w zamkniętych oddziałach terapeutycznych. Jedyny więzienny program metadonowy został uruchomiony w Krakowie. Spora część osadzonych nie trafia na leczenie w ogóle, bo czas oczekiwania na miejsce jest dłuższy niż kara pozbawienia wolności. Po wyjściu na wolność od razu wracają do brania.¹⁰ O ile wprowadzanie ustawy w takim kształcie argumentowano bezkarnością dilerów (mających jakoby przy sobie małe ilości narkotyków, aby nie być karani tłumacząc się, że posiadają na własny użytek) i o ile ustawa miała być głównie w nich wymierzona, o tyle uderza głównie w

⁸ Ustawa z dn. 26 października 2000 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 103, poz. 1097)

⁹ Ustawa z dn. 6 września 2001 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr 125, poz. 1367)

¹⁰ B. Gomzar: „Ta zaćpana ustawa”, NIE nr 37/2002

konsumentów, zarówno okazjonalnych jak i ciężko uzależnionych. Pierwsi mają zrujnowane życie (adnotacja w kartotekach, wydalenie z uczelni, wyrzucenie z pracy z praktyczną niemożnością podjęcia nowej, często wyroki więzienia „bez zawiasów”), drudzy trafiają do więzienia zamiast na odwyk. Narkomania wciąż się rozszerza i rządzi się swoimi prawami. W państwach Unii Europejskiej, której Polska jest członkiem coraz częściej odchodzi się od represyjnych rozwiązań jako nieskutecznych i szkodliwych na rzecz polityki „redukcji szkód” – finansuje się terapie metadonowe, dekryminalizuje się w teorii lub w praktyce posiadanie małych ilości miękkich narkotyków, uruchamia się programy prewencji HIV dla heroinistów poprzez wymianę igieł, itd. Polska na tym tle wypada słabo. Stosując stare represyjne metody, nie tylko odstaje od nowoczesnych europejskich standardów, ale jeszcze pogarsza u siebie sytuację, więc trudno myśleć obecnie o ograniczeniu narkomanii a co dopiero mówić o jej likwidacji.

Rozdział 3

PODSTAWOWE POJĘCIA ZWIĄZANE Z UZLEŻNIENIAMI

Alkoholizm - Choroba alkoholowa", "Uzależnienie od alkoholu", "Alkoholizm" - jest to okresowe picie alkoholu w celu doznawania jego działania psychicznego, a czasem także dla uniknięcia złego samopoczucia, wynikające z jego odstawienia. Istotą tej choroby jest więc psychiczne i fizyczne uzależnienie od środka narkotycznego jakim jest alkohol. Uzależnienie psychiczne polega na potrzebie picia alkoholu dla poprawy samopoczucia. Uzależnienie fizyczne objawia się wzrostem tolerancji na alkohol, utratą kontroli nad wypijanym alkoholem (niemożność przerwania picia w z góry zaplanowanym momencie) i występującym Alkoholowym Zespołem Abstynencyjnym po odstawieniu alkoholu.

Toksykomania - to stan okresowej lub przewlekłej intoksykacji przynoszącej jednostce i społeczeństwu szkodę, wywołany powtarzającym się zażywaniem środka odurzającego pobudzającego / naturalnego lub syntetycznego. Określenie toksykomanii zostało ustalone przez Komisję Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w 1950 roku. Słowo toksykomania pochodzi od greckiego słowa "toksikon" oznaczającego tego, który należy do łuku. Powyższe pojęcie oznacza truciznę umieszczoną w grocie strzały. Znana jest też definicja toksykomanii jako stan zatrucia organizmu wywołany przez stałe przyjmowanie narkotyku lub środków o szkodliwym działaniu na ustrój.

W obrębie toksykomanii charakterystycznej jako skłonności do nadużywania różnych substancji mających określony wpływ na psychikę człowieka można wyróżnić narkomanię, która obejmuje:

- nadużywanie klasycznych środków odurzających/marihuana, heroina, kokaina itp.,
- nadużywanie syntetycznych leków przeciwbólowych/encodal,
- uzależnienie od substancji chemicznych/klej, rozpuszczalnik,
- lekomanie, która obejmuje:
 - uzależnienie od pochodnych kwasu barbituranowego,
 - § uzależnienie od leków uspokajających i nasennych,
 - § uzależnienie od amin cuchnących/psychodryna/,
 - § fenocetynomię/np. tabletki od bólu głowy,

§ uzależnienie od leków przeciwgorączkowych,

§ skłonności do nadużywania używek.

Ostatnia wymieniona forma toksykologii obejmuje swym zakresem nadużywanie alkoholu, tytoniu i innych szkodliwych dla organizmu używek.

Narkomania - słowo to pochodzi z języka greckiego i oznacza "narke" - odurzenie oraz "mania" - szaleństwo. Najbardziej powszechną definicją narkomanii jest ta, którą opracował w 1957 roku Komitet Światowej Organizacji Zdrowia ONZ. W świetle tej definicji narkomania to stan zatrucia okresowego lub chronicznego spowodowany powtarzającym się przyjmowaniem narkotyków w postaci naturalnej lub syntetycznej.

Często występującym terminem jest także LEKOMANIA rozumiana jako skłonność do niepoohamowanego, niekontrolowanego nadużywania leków, prowadzi do wytworzenia zależności psychicznej lub fizycznej, bądź obu razem do środków terapeutycznych w wyniku systematycznego lub okresowego ich przyjmowania. Zgodnie z zaleceniami Komitetu Ekspertów ds. zależności lekowej, istniejącego przy Światowej Organizacji Zdrowia używać należy trzech terminów, które określają jednocześnie etapy prowadzące do lekomanii:

§ używanie leków - przyjmowanie preparatów medycznych niezgodnie z ich przeznaczeniem lub przyjmowanie bez zaleceń lekarza;

§ nadużywanie leków - gdzie pojawia się już zależność psychiczna od używanego środka;

§ lekozależność - gdzie obok zależności psychicznej pojawia się zależność fizyczna.

Środek odurzający - substancja naturalna lub syntetyczna działająca na centralny układ nerwowy i wywołująca w nim okresowe zmiany. Bardziej szczegółową definicję znaleźć można w opracowaniu A. Latki i W. Gąsiorowskiego "Narkotyki -podstawowe rodzaje i opis" gdzie środek odurzający określany jest jako: każda substancja, która obniżając lub podwyższając pobudliwość ośrodkowego układu nerwowego, wywołuje przymus stałego jej przyjmowania, zależność fizyczną i psychiczną od działania środka oraz powoduje szkodliwe następstwa dla zdrowia fizycznego i psychicznego.

Narkotyk - to środek odurzający pochodzenia roślinnego lub syntetycznego powodujący w zależności od dawki uspokojenie, zniesienie bólu, odurzenie, euforię lub sen lub według definicji spotykanych w innych opracowaniach: substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, która przyjęta przez żywą istotę, degeneruje jedną lub kilka czynności jej organizmu. Częściej i chętniej używanym określeniem pełniej oddającym istotę problemu jest "środek odurzający", choćby, dlatego, że nie każda substancja posiadająca cechy podane w pierwszej części definicji jest narkotykiem np. alkohol.

Środek psychotropowy - oznacza każdą substancję pochodzenia naturalnego, bądź syntetycznego, działającą na ośrodkowy układ nerwowy, umieszczoną w wykazie środków odurzających a także w wykazie środków psychotropowych ustalonych przez Ministra Zdrowia.

Nałóg - według Komisji Ekspertów przy Światowej Organizacji Zdrowia, odnosi się w swym określeniu do definicji toksykologii. Stan ten charakteryzuje się:

- przymusem używania danego środka,
- występowaniem uzależnienia fizycznego i psychicznego,
- szkodliwym wpływem na jednostkę i otoczenie.

Nawyk - w węższym znaczeniu stan ten charakteryzuje się:

- pragnieniem, czasem bardzo silnym, ale nie przymusem używania danego środka,

- ograniczoną tendencją do zwiększenia dawki,
- ograniczonym uzależnieniem psychicznym przy jednoczesnym braku uzależnienia fizycznego od objawów abstynencyjnych,
- szkodliwym wpływem na daną osobę, ale bez negatywnych następstw społecznych, a i Opieki Społecznej.

Uzależnienie, czyli toksykomania to nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji (syntetycznych lub naturalnych, mających szkodliwy wpływ na organizm i psychikę jednostki). W praktyce zaś określenie to używane jest w kilku znaczeniach. Wyróżniamy m.in.:

Uzależnienie fizjologiczne (fizyczne) to nabyta silna potrzeba stałego zażywania jakiejś substancji odczuwana jako szereg dolegliwości fizycznych (np. bóle, biegunki, uczucie zimna, wymioty, drżenia mięśni, bezsenność). Zaprzestanie jej zażywania (odstawienie) prowadzi do wystąpienia zespołu objawów, które określa się jako zespół abstynencyjny. W leczeniu uzależnienia fizjologicznego stosowana jest detoksykacja, czyli odtrucie. Zaliczamy np.: nikotynizm, alkoholizm, narkomanie, lekomanie itp.

Uzależnienie psychiczne (psychologiczne) to nabyta silna potrzeba stałego wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji, czynione jest to w celu uzyskania efektu natury emocjonalnej – dla przyjemności (powtórzenie poprzednio doznanych pod jego wpływem pożądanых przeżyć) lub uzyskania odprężenia, ulżenia w cierpieniu, złagodzenia złego samopoczucia, której niespełnienie jednak nie prowadzi do poważnych fizjologicznych następstw. Zaliczamy np.: hazard i gry komputerowe, telewizja, Internet, jedzenie, słodycze, kupowanie, praca, nadmierna dbałość o ciężką fizyczną.

Uzależnienie społeczne (socjologiczne) wiąże się z zażywaniem środków toksycznych pod wpływem panującej mody lub w grupie ludzi podobnych do siebie, w kręgach młodzieży z tzw. subkultur. Istotą zjawiska jest bardzo silne uzależnienie od grupy, co pociąga za sobą bezwzględne respektowanie panujących w niej zasad i obyczajów. Ponadto osoba uzależniona, w miarę pogłębiania się choroby rezygnuje z ważnych dla siebie wcześniej aktywności, wypada z ról społecznych (utrata pracy, usunięcie ze szkoły, konflikty w rodzinie, zanik zainteresowań, zawężenie kontaktów do grupy narkomańskiej). Następuje najczęściej coraz większa kryminalizacja środowiska, w którym obraca się uzależniony.

Gdy uzależnienie jest słabe lub jest w początkowym stadium to zazwyczaj nie wywołuje groźnych skutków. Doświadczenie społeczne ostrzega jednak nas, że uzależnienie może się pogłębić i spowodować niebezpieczne krótkotrwałe lub długofalowe konsekwencje. Szkody mogą mieć charakter osobisty: zdrowotny, psychiczny, charakterologiczny lub społeczny: odrzucenie, naruszanie spokoju, czy także działania przestępcze. Ludzkość podejmowała w swej historii różnorodne wysiłki mające na celu wyzwolenie się od wielu uzależnień. W miarę oswojania się z różnymi czynnikami uzależniającymi ludzie zmieniają swoją reakcję na nie. Część jest w pełni legalna, inne są ograniczane ekonomicznie poprzez wysoką akcyzę lub inne podatki, pozostałe są zabronione.

Osoba uzależniona od jakiejś jednej substancji, nie zdając sobie z tego sprawy, ma również obniżoną tolerancję na inne środki psychoaktywne. Dlatego tak wielu narkomanów opuszczających ośrodki rehabilitacyjne, po jakimś czasie zostaje alkoholikami. To bardzo prosty mechanizm zwany teorią zastępstwa. Należy też pamiętać o tym, że ta zależność działa też w drugą stronę. Alkoholicy leczący się z nałogu są o wiele bardziej podatni na inne nałogi niż osoby nigdy od niczego nieuzależnione. Sporo narkomanów

podejmujących leczenie wyznaje w czasie terapii, że przed sięgnięciem np. po heroinę, wiele lat nadużywali alkoholu.

Rozdział 4

Środki psychoaktywne i ich klasyfikacja.

Środki psychoaktywne podzielono na grupy:

- alkaloidy,
- narkotyki i alkohol,
- leki psychotropowe.

Ich wspólną cechą jest to, że zmniejszają lęklivość i napięcie, poprawiają nastrój, dają uspokojenie, relaks, senność. Zarazem środki te zakłócają koordynację ruchową i zmieniają świadomość. Wymienione środki pobudzają aktywność, przedłużają okresy czuwania, przyspieszają procesy myślenia i mowę, zmniejszają apetyt. Równocześnie powodują wzrost niepokoju i aktywności ruchowej, rozdrażnienie i agresywność. Wywołują także zmiany w spostrzeganiu oraz zmianę odbioru rzeczywistości. Niedojrzałość emocjonalna, trudności osobiste i rodzinne tkwią u podłoża wszystkich środków psychoaktywnych, lecz znacznie częściej dotyczy to środków o właściwościach halucynogennych, które działają pobudzająco, wzmagają koncentrację i zdolność spostrzegania. Dla niektórych osób środki halucynogenne są pociągające ze względu na swe właściwości zmieniające rzeczywistość. Uzależnienie od środka psychoaktywnego przejawia się zmianą tolerancji. W celu uzyskania takiego samego efektu działania środka trzeba zażywać coraz większe dawki. Po przerwaniu przyjmowania lub zmniejszaniu ilości środka w organizmie osoby uzależnionej pojawiają się różne dolegliwości, dochodzi do zmian oraz uszkodzeń narządów i układów.

Leki psychotropowe - grupa różnorodnych leków, które działają leczniczo na zaburzone funkcje psychiczne. Do leków psychotropowych zaliczamy:

- Leki psycholeptyczne: przeciwpsychotyczne, leki anksjolityczne, leki normotymiczne, leki nasenne i leki uspokajające.
- Leki psychoanaleptyczne: leki przeciwdepresyjne, leki psychostymulujące, leki nootropowe.
- Leki przeciwparkinsonowskie: leki przeciwparkinsonowskie

Pokrewne lekom psychotropowym są substancje zaburzające funkcje psychiczne, tzw. substancje psychozomimetyczne, zwane inaczej środkami halucynogennymi (potocznie halucynogeny).

Leki nasenne i uspokajające

Do oznak zażycia możemy zaliczyć: uspokojenie, słabo lub wyraźnie zaznaczone; lekka euforia; zamazana mowa; niepewny chód; zawroty głowy. Wśród objawów występujących po zażywaniu dostrzegamy: stan uspokojenia, odprężenie, upośledzenie zapamiętywania, przymglenie świadomości, zamazane lub podwójne widzenie, utrata koordynacji ruchowej, nudności, zaparcie, suchość w ustach, samopoczucie jak w kacu. U niektórych osób może wystąpić podniecenie i euforia, u innych - wrogość, lęk i depresja. Zaburzenia toku myślenia, utrudnione zapamiętywanie i ocena sytuacji, zaburzona orientacja, osłabienie napięcia mięśniowego, niepokój w ciągu dnia, uogólniony niepokój, depresja, trudności ze snem i skargi na stałe

zmęczenie - to także objawy częstego zażywania leków nasennych i pobudzających. Jeśli nastąpi przedawkowanie u pacjenta dostrzega się: powolny, płytki i nieregularny oddech, zwężone źrenice na przemian z nieruchomymi i rozszerzonymi, obniżona temperatura ciała, bardzo niskie ciśnienie krwi, słabo wyczuwalny puls, śpiączka, śmierć. Kiedy leki te zostaną odstawione w ramach kuracji abstynencyjnej zauważamy: koszmary nocne, bezsenność, reakcje paniczne, drżenie, depresja, huśtawka nastrojów, nadwrażliwość na światło i dźwięk, drażliwość, utrata łaknienia i spadek ciężaru ciała.

Halucynogeny

Halucynogeny natomiast zdają się służyć tylko temu jednemu celowi - chęci przeżycia odmiennego stanu świadomości, w którym rzeczywistość podlega groteskowej deformacji. Halucynogeny zaburzają bezpośrednio czynności mózgu. Wprawdzie oznaki użycia są widoczne, jednak wiadomo, że główne efekty polegają na przekazywaniu przez zmysły ubarwionego, a zniekształconego obrazu świata, na spowolnionym upływie czasu i odbiorze najzwyczajniejszych obiektów jako wyjątkowych i pełnych znaczenia. Efekty te są fachowo określane jako pseudohalucynacje - jak gdyby kontra nazwie tych środków - bowiem ich użytkownicy zdają sobie sprawę z nierealności przeżywanych wizji. Specyficzność działania halucynogenów na tle innych środków polega na tym, że efekty mogą być różne po każdym przyjęciu środka, a nie tylko w zależności od osoby i dawki. „Zła podróż”, której towarzyszą urojenia o przerażających treściach, może niespodziewanie pojawić się zamiast oczekiwanego przyjemnego odurzenia. Halucynogenów nie uważa się za środki silnie uzależniające fizycznie.

Trzy podstawowe rodzaje narkotyków:

Narkotyki możemy podzielić z uwagi na pochodzenie:

- § substancje naturalne
- § substancje półsyntetyczne
- § substancje syntetyczne
- § według kwalifikacji nomenklaturowej (a w tym od rodzaju powodowanego uzależnienia: fizycznego, psychicznego i fizycznego i psychicznego)

1) *Substancje działające opóźniająco na ośrodkowy układ nerwowy:*

Do podstawowych i powszechnie znanych należą: opium, morfina i heroina. Są to ogólnie znane środki pochodzenia naturalnego i półsyntetycznego przetworzenia maku oraz syntetyki z morfiny – barbiturany, leki uspokajające i hipnotyczne.

- § OPIUM – wysuszony sok mleczny niedojrzałych makówek maku lekarskiego; zawiera około 25 alkaloidów m.in. morfinę, narkotyne i kodeinę; środek przeciwbólowy i uspokajający; częste zażywanie opium prowadzi do narkomanii.
- § MORFINA – alkaloid otrzymany z makówek i łodyg maku, główny składnik opium; farmakologicznie środek przeciwbólowy i uspakajający; jest narkotykiem (częste stosowanie prowadzi do morfinizmu). Morfinista – człowiek nałogowo używający morfiny. Morfinizm – rodzaj narkomanii; nałogowe używanie morfiny; prowadzi do zmian osobowości, spadku sił fizycznych, podatności na zachorowanie

- § NARKOTYNA – alkaloid występujący w opium, nie ma właściwości narkotycznych, działa na mięśnie gładkie hamując ich skurcze
- § KODEINA - alkaloid występujący w soku mlecznym maku; metylowa pochodna morfiny; środek przeciw kaszlowy, działa także łagodnie uspokajająco i znieczulająco
- § HEROINA – farmakologiczny narkotyk; pochodna morfiny; działa przeciwbólowo i narkotycznie 6-cio, 7-mio krotnie silniej od morfiny. Heroinomania – rodzaj narkomanii; nałogowe używanie heroiny
- § BARBITURANY – pochodne kwasu barbiturowego; w lecznictwie stosowanie jako środki nasenne np. Weronal, Dial, Fanodorm, Luminal; mieszaniny wielu barbituranów ze środkami przeciwbólowymi (głównie z Piramidonem) mają silne działanie przeciwbólowe a osłabione lub zniesione nasenne.
- § BARBITURANOWY KWAS – (malonylomo mocznik) związek organiczny, pochodna pirymidyny; ciało stałe pochodne – barbiturany, stosuje się m.in. jako środki nasenne.

Co powodują leki uspokajające i hipnotyczne?

Szerokie zastosowanie w medycynie leków uspokajających i hipnotycznych ma na celu uśmierzenie bólu i wprowadzenie spokoju i harmonii organizmu w przypadkach medycznie uzasadnionych. Ponadto są znacznie mniej szkodliwe i toksyczne w swym oddziaływaniu na organizm niż pochodne kwasu barbiturowego. Także i te środki znalazły swoje miejsce na rynku narkotycznym. Najczęściej spotykane to Elenium i Librum, Diazepam i są znane jako Valium, Relenium, Nitrozepam, Oksozepam.

2) *Substancje pobudzające ośrodkowy układ nerwowy*

Ta grupa środków została podzielona w następujący sposób:

- § LIŚCIE KRZEWU KOKAINOWEGO I KOKAINĘ - 0,5 do 1 % wagi liści koki to kokaina, która jest ich podstawowym alkaloidem. Krzewy kokainowe występują głównie w Peru, Chile, Boliwii i Kolumbii. Większość produktów otrzymywanych z koki: liście, pasta, kokaina, crack są silnymi środkami oddziałującymi na centralny system nerwowy, pobudzającymi oraz silnie uzależniającymi. Kokainą określa się produkt finalny otrzymany z przetworzonych liści krzewu kokainowego i jest ona podstawowym alkaloidem znajdującym się w liściach koki. Można ją uzyskać w wyniku ekstrakcji chemicznej. Kokaina białym, krystalicznym, puszystym proszkiem, który ze względu na wygląd bywa nazywany śniegiem. Najczęściej kokainę zażywa się przez inhalację nosową nazywaną "sniffing", które wywołuje natychmiast stan silnej euforii, trwający około 20 minut. Wprowadzana może też być poprzez wstrzyknięcie czasem z domieszką heroiny. Kokaina wywiera silne działanie pobudzające, wywołując objaw upojenia ze stanem dobrego samopoczucia. Eliminuje czasowo zmęczenie i przyczynia się do lepszej koncentracji umysłowej. W krótkim czasie powoduje zakłócanie pracy systemu nerwowego, niespokojne zachowanie, wzrost temperatury ciała, nadciśnienie. Silnie uzależniony narkoman kokainowy narażony jest na stany konwulsyjne z ustaniem prac płuc i serca. Osoby uzależnione oczekują od narkotyku poprawy nastroju, podniecenia oraz zwiększonej sprawności psychicznej i fizycznej. Kiedy odczucia te zaczynają zanikać, pojawiają się inne - odpowiednio "niskie" które są tak różne od poprzednich, że zażywający narkotyk ma bardzo silną motywację, do powtórzenia dawki celem przywrócenia stanu euforii. Osoby próbujące zaprzestać zażywania kokainy często popadają w depresję, z której może je wydobyć jedynie narkotyk.
- § CRACK - to odmiana kokainy. Nazwa pochodzi stąd, iż często w czasie palenia substancji słyszalny jest dźwięk podobny do trzasku, pęknięcia (ang. crack). Występuje pod postacią kamyków koloru

beżowego, brązowego i białego. W odróżnieniu do czystej kokainy crack nie jest rozpuszczalny w wodzie, a więc nie daje się wstrzyknąć. Pali się go w specjalnej fajce. W czasie inhalacji jest szybko absorbowany przez organizm i już po około 6-7 sekundach dostaje się do krwioobiegu i zaczyna oddziaływać na centralny układ nerwowy. Jego działanie jest krótkie i w związku z tym musi być często palony. Użytkownik odczuwa nagle intensywne pobudzenie wyrażające się w podnieceniu euforycznym, które może trwać ponad 5 minut, po czym następuje uczucie wielkiej mocy połączone z pożądaniem seksualnym i halucynacjami. Dłuższe zażywanie cracku zakłóca system oddechowy, powoduje utratę wagi ciała i ataki paranoidalne. Jego nadużywanie prowadzi do uzależnienia psychicznego i fizycznego, a przedawkowanie powoduje śmierć. Crack jest bardzo popularną formą kokainy i to z wielu powodów. Można go palić zamiast wachać, co powoduje, że jest o wiele szybciej wchłaniany i szybciej działa na organizm. Narkotyk ten jest również łatwo ukryć i przewieźć, a także jest relatywnie tańszy od innych odmian kokainy. Pasta z koki - jest produktem pośrednim w procesie przerobu liści koki na kokainę. O ile zawartość kokainy w liściach jest stosunkowo niska (od 0,5 do 1 % ich wagi), o tyle pasta może zawierać aż 90-procentowy koncentrat kokainowy, chociaż zwykle ma on niższe, 40-50-procentowe stężenie (produkty z koki - patrz zdjęcia 3 i 1

- § KHAT – jest to roślina o systematycznej nazwie *Catha Edulis* popularnie zwana khat. Liście khata od wielu wieków używano do obrzędów rytualnych. Są one żute, a suszone mogą być dodatkiem do herbaty. Pobudza on układ nerwowy, daje energię, ale bardzo szybko uzależnia psychicznie. Działanie jego można porównać do działania amfetaminy. Przedawkowanie wywołuje dramatyczne reakcje przewodu pokarmowego oraz takie objawy jak przy zatruciu alkoholem. Może także dawać zaburzenia psychiczne. W Polsce jest mniej popularny z uwagi na szybkie psucie się liści i rozpad alkaloidów dających odurzenie.
- § AMFETAMINY - spośród wszystkich narkotyków, daje najcięższe powikłania zarówno fizyczne jak i psychiczne. Amfetamina jest silnym środkiem pobudzającym i utrzymującym cały organizm w stanie czuwania. W latach 20stych i 30stych stosowano ją jako lek w narkolepsji, próbowano również leczyć nimi depresje, ale ponieważ dawały bezsenność, zrezygnowano z tego zamiaru. Amfetamina może być przyjmowana w różnych formułach - w pigułkach i kapsułkach różnej wielkości. Bywa w postaci płynu. Często występuje też jako biały lub beżowy proszek. Może być brana doustnie lub wdychana w czasie inhalacji. Można ją również przyjmować dożylnie. Czasem jest sprzedawana czysta, ale w sprzedaży detalicznej często łączona jest z glukozą lub laktozą. Na efekty trzeba czekać do pół godziny i utrzymują się one 12 godzin. Amfetamina bywa często łączona z innymi narkotykami - z heroiną albo z barbituranami i benzodiazepinami., które dają "zwolnienie" po "przyśpieszeniu" uzyskanym "dzięki" amfetaminie.
- § RÓŻNE SUBSTANCJE I LEKI PSYCHOTROPOWE – przemysł farmakologiczny produkuje dość liczne środki psychotropowe dla potrzeb medycyny na bazie amfetaminy. Jak i w innych, tak i w tym przypadku, znalazły one swoje miejsce nie tylko w zastosowaniu medycznym. Ze względu na ścisłą kontrolę sprzedaży, dla zaspokojenia potrzeb różnych grup narkotycznych, wytwarzane są w sposób nielegalny np.: Ecstasy (substancja aktywna; 3,4-metylenodioxymetamfetamina - MDMA) jest syntetycznym analogiem amfetaminy i meskaliny z jednej strony wykazuje działanie stymulujące układ nerwowy (podobnie jak amfetamina), z drugiej posiada właściwości psychodeliczne (podobnie

jak meskalina). Często nazwa ekstazy używana jest także w szerszym znaczeniu: w stosunku do innych analogów metamfetaminy o podobnym, jednocześnie stymulującym i halucynogennym działaniu (MDA, BDB czy MBDB). FORMY WYSTĘPOWANIA I SPOSOBY: Dawka ekstazy, wynosząca zazwyczaj od 75 do 200 mg i zażywana doustnie zaczyna działać po ok. 40 minutach. Po następnych 30 minutach następuje nasilenie. Działanie ustępuje po kilku godzinach (4-6) od momentu zażycia. Najczęściej spotykanymi postaciami nielegalnej sprzedaży ekstazy są tabletki i kapsułki. Różnych kolorów i kształtów tabletki wyróżniają się wytłoczonymi wizerunkami i znakami (np. ptak, kot, sierp i młot, itp.) lub napisami. Mogą one zawierać również pewne ilości innych narkotyków, najczęściej amfetaminy.

3) *Substancje powodujące wywołanie zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego*

Substancje określone jako halucynogenne lub psychodesleptyczne oddziałują zakłócająco na działanie centralnego układu nerwowego. U zażywających wywołuje zmiany percepcji czasoprzestrzennej i wizualnej. Do klasycznego podziału tych substancji na:

- § KONOPIE INDYJSKIE - pochodzi z Azji Środkowej. To jedna z najstarszych roślin narkotycznych. Ma ponad 350 nazw. Konopie indyjskie to rośliny jednoroczne, odporne na mróz - bardzo łatwo przystosowują do różnych warunków. W zależności od klimatu i podłoża, na którym rosną, zmieniają ilość występującego w nich psychoaktywnego czynnika uzależniającego - Delta 9 THC. Uprawa konopi indyjskich możliwa jest w różnych strefach geograficznych, a także w warunkach sztucznych. Z konopi indyjskich otrzymuje się właśnie marihuanę. Są to liście i szczytowe części kwiatowo - owoconośne, które po posiekaniu i wysuszeniu mają postać tytoniu lub herbaty. "Trawa" lub żargonowo "maryśka" zawiera od 1% do 5% THC. Miesza się ją z tytoniem, aby otrzymać ręcznie skręcone papierosy o charakterystycznym wyglądzie, tzw. "jointy". Ze względu na znaczną objętość "trawy" jest coraz mniej interesująca dla handlarzy. Innym produktem jest haszysz - zagęszczona żywica uzyskiwana z liści, którą pali się także w postaci "jointów" lub specjalnych fajkach. Efekty palenia konopi indyjskich mogą być odczuwalne już po kilkunastu minutach i utrzymują się nawet kilka godzin.
- § LSD-25 - to dietyloamid kwasu lizergowego. Głównym przedstawicielem jest słynne LSD25. Występuje w formie krystalicznej bądź w postaci bezbarwnej cieczy, której obecność łatwo ukryć nasycając ją dowolny nośnik. Stosowany jest doustnie, choć bywa też wstrzykiwany lub palony w mieszance z tytoniem. Bardzo często "odlot" po zażyciu tego narkotyku ograniczony jest do drobnych zmian percepcji, okazuje się przede wszystkim przeżyciem przerażającym. Ten rodzaj narkotyku zalicza się do "schizofrenicznych".
- § MESKALINA jest podstawowym alkaloidem psychotropowym występującym w kaktusie peyote. Stanowi ona do 30% wszystkich alkaloidów obecnych w tej roślinie. Jej zawartość w kaktusie waha się od 0,5 do 1,5%. Meskalina jest typową substancją halucynogenną, dwu-, trzykrotnie słabszą niż LSD. Zażywa się ją doustnie, pali bądź wstrzykuje. Nie odnotowano tolerancji lub uzależnienia fizycznego (patrz zdjęcie nr 4). MDA jest syntetycznym lub półsyntetycznym narkotykiem. Wywołuje skutki podobne do tych, jakie wywiera meskalina łącznie z amfetaminą. MDA ma właściwości toksyczne, a nawet może spowodować śmierć. Nie odnotowano, iż następstwem stosowania tego środka jest tolerancja lub uzależnienie fizyczne.

§ PSYLOCYBINA jest aktywnym składnikiem grzyba Psilocybe. Ma postać białej krystalicznej substancji. Jej moc można określić jako pośrednią między siłą meskaliny a LSD. Jest najgwałtowniej działającym halucynogenem; reakcja następuje po około 15 minutach od chwili spożycia. Największe natężenie doznań występuje po 90 minutach. Skutkuje od 5 do 6 godzin. Nie odnotowano tolerancji ani fizycznego uzależnienia od tej substancji. Psilocybe jest najważniejszym spośród grzybów halucynogennych, ponieważ jest gatunkiem kosmopolitycznym. Osiemdziesiąt z ponad 140 znanych odmian tych grzybów zawiera substancje psychotropowe. Żyją w glebach oraz na różnych substratach organicznych typu: próchnica, torf, butwiejące drewno, kępy mchu, nawóz. Psilocybe semilanceata, czyli tzw. czapka wolności, jest najbardziej rozpowszechnionym grzybem zawierającym składniki psychoaktywne. Rośnie m. in. na terenach byłego Związku Radzieckiego i w Australii.

W ostatnim okresie doszły kleje, rozpuszczalniki i aerozole, które jako środki odurzające uzyskały szczególne popularność zwłaszcza w kręgach nieletnich narkomanów, a które z racji zażywania zostały określone mianem środków wziewnych.

Rozdział 5

Przyczyny uzależnień

5.1. Determinanty powstawania uzależnień

Całkowita identyfikacja przyczyn uzależnień jest trudna. Uzależnienie nie jest zjawiskiem samym w sobie. Posiada szereg uwarunkowań o różnym charakterze od przyczyn zewnętrznych, środowiskowych do motywów psychologicznych włącznie.

Motywacje osób biorących środki odurzające są złożone, można je podzielić na dwie grupy:

- a) pierwotne - pierwsze sięgnięcie po narkotyk to:
 - ciekawość,
 - wpływ kolegów,
 - chęć doznania przyjemności,
 - próba rozwiązania problemów i życiowych trudności,
 - próba uzyskania lepszego samopoczucia,
 - manifestacja swej odrębności.
- b) wtórne - następują po uzależnieniu od narkotyków:
 - przymusowe uzależnienie, głód,
 - chęć rozładowania depresji,
 - chęć eksperymentowania, chęć uzyskania euforii

Cz. Ciekiera wyodrębnił etiologiczne skutki, które zwiększają uzależnienie narkotyczne.

Należą do nich między innymi:

- konflikty w rodzinie, odmienne postawy wychowawcze rodziców,
- obciążenie rodziny chorobami somatycznymi i psychicznymi,
- wysoka tolerancja dla palenia, picia i zażywania leków,

- środowisko melin pijackich, narkomańskich i przestępczych,
- objawy neurotyczne w dzieciństwie, lęk, poczucie zagrożenia, niski poziom tolerancji na frustrację, brak sprecyzowanej hierarchii wartości i celów w życiu.

Wśród czynników warunkujących powstanie nałogów wymienione są również tzw. efekty farmakologiczne, z których najważniejszym jest zdolność niektórych środków do wywołania subiektywnego uczucia zwanego euforią, czyli nadmiernie dobrego samopoczucia. Właściwość ta powoduje, że w krótkim czasie może być osiągnięty względny komfort w postaci odprężenia, spokoju i poczucia bezpieczeństwa. Efekt farmakologiczny zapewnia możliwość ucieczki od stresu, frustracji zrodzonej w warunkach współczesnego życia, przytłoczenia jego tempem, a przede wszystkim napięcia w stosunkach międzyludzkich. Może stanowić on więc pozytywne wzmocnienie skłaniające do ponownego sięgnięcia po środek wywołujący powyższy efekt.

c) Czynniki środowiskowe - składa się z następujących elementów:

- środowiska rodzinnego,
- środowiska szkolnego,
- środowiska rówieśniczego.

Środowisko rodzinne

Analizując środowisko rodzinne młodzieży odurzającej się należy zwrócić uwagę na całą rodzinę i poszczególnych członków rodziny. Wskaźnik patologii tej rodziny jest wyższy niż w rodzinach rówieśników nie zażywających narkotyki. W ostatnim okresie zauważalne jest powolne zacieranie się tej różnicy, ale w rodzinach narkomanów częściej niż w innych spotyka się:

- 1) rozbite rodziny lub przedwczesną nieoczekiwaną śmierć jednego z rodziców. Z przeprowadzonych. Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że rozbitcie rodziny spotyka się tym częściej im bardziej zaawansowane jest uzależnienie, zaś rozbitcie rodziny ma większy wpływ na narkotyzowanie się dziewcząt niż chłopców;
- 2) objawy psychopatologiczne u któregoś z rodziców (większe występują u matek);
- 3) wyraźne przejawy nadużywania (zwłaszcza przez ojców) alkoholu i innych środków odurzających oraz uprawiania hazardu i wielogodzinne oglądanie telewizji;
- 4) częste awantury oraz bardziej prymitywne i bezpośrednie przejawianie się konfliktów, z czym są związane ucieczki dzieci (od konfliktów) do grup rówieśniczych (często patologicznych);
- 5) specyficzna pozycja w rodzinie sprzyjająca rozwinięciu zależnych cech charakteru oraz brak umiejętności ponoszenia odpowiedzialności za własne działania.

Powyższe oraz inne zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny wiążą się zazwyczaj z pełnieniem przez dziecko patologicznej roli w rodzinie. W literaturze przedmiotu wymienia się kilka takich ról. Są to:

- rola zastępcza wobec partnera małżeńskiego - wiąże się zazwyczaj z rozbitciem rodziny w sensie fizycznym (brak jednego z rodziców) lub psychicznym (jedno z rodziców nie angażuje się w życie rodziny i nie wypełnia swoich obowiązków). W takiej sytuacji dziecko jest obciążone obowiązkami i oczekiwaniami, które w pełnej rodzinie przynależą do drugiego z rodziców;

- rola kopii rodzica - polega na używaniu sformułowań identyfikujących dziecko z jednym z rodziców (np. jesteś taki jak twój ojciec) i przenoszenie na nie zachowań i postaw, związanych uprzednio ze współmałżonkiem;
- rola idealnego "ja" rodzica - opiera się na przekonaniu, że dziecko winno zrealizować wszystkie marzenia rodziców i w związku z tym ogniskują się na nim wszystkie pretensje i zarzuty jakie rodzice mają wzajemnie do siebie. Mechanizm ten jest zazwyczaj nieświadomy;
- rola towarzysza walki - w konflikcie małżeńskim dziecko jest włączone w konflikt między rodzicami i oczekuje się od niego, że opowie się po stronie jednego z rodziców.

Prowadzone są, więc akcje propagandowe, mające na celu ukazanie drugiego rodzica w niekorzystnym świetle, uwodzenie dziecka, przekupywanie, przekonywanie, itp. Oprócz tego, znawcy zagadnienia wyróżniają empiryczne niektóre cechy rodziców, o których wiadomo, że prowadzą do patologii dzieci. I tak ich zdaniem:

- matki narkomanów: wykazują tendencję do kontrolowania, sztywności i bezwzględności oraz wysokie aspiracje co do wykształcenia (40% przypadków), słabość i nie narzucanie żadnej dyscypliny (48%), postawy uwodzicielskie (24%);
- ojcowie narkomanów: odgrywają minimalną rolę rodzinną z powodu nieobecności lub braku zainteresowania sprawami domowymi (60%), demonstrują postawę karzącą i moralizatorską (30%), przejawiają skłonność do kontrolowania i paranoicznych nastawień wobec żony i dzieci. Takie współwystępowanie cech prowadzi do wadliwych układów między rodzicami. Wyróżnia się dwa typy stosunków małżeńskich:
 - § ojciec odgrywający w rodzinie rolę dominującą w jawnym lub ukrytym konflikcie z żoną (która z kolei dąży do zdobycia sprzymierzeńca w dziecku);
 - § ojciec nie odgrywa w rodzinie istotnej roli z powodu swojej słabości i niezdecydowania w związku z czym jest pozbawiony szacunku ze strony innych członków rodziny.

Można, zatem mówić o funkcjonującym stereotypie rodziny narkomana, jeden z rodziców jest intensywniej zaangażowany w życie rodziny, podczas gdy drugi jest bardziej karzący, z dystansem lub nieobecny. Zazwyczaj rodzic nadmiernie zaangażowany, nadmiernie pobłażliwy i nadmiernie opiekuńczy jest przeciwnej płci niż narkoman. Jeśli dziecko narkoman jest chłopcem to z reguły matka obdarza go nadmierną uczuciowością, albowiem nie zaznaje jej od swojego męża.

Istotnym elementem dla wytworzenia się zależności narkotycznej u młodzieży, może być dążenie do stworzenia kryzysu w rodzinie, co dokonuje się przez zażycie środka odurzającego. Celem tego działania może być chęć zmiany stosunków w rodzinie, wiadomo, bowiem, że w sytuacji kryzysu rodzinnego członkowie rodziny koncentrują się wokół osoby zagrożonej, jednoczą swoje działania i usiłują przeciwstawić się trudnościom. Zagrożenie zespala, więc rodzinę, a jej członków skłania do udzielania sobie wzajemnego wsparcia.

Pośród głównych determinantów sprzyjających rozprzestrzenianiu się narkomanii w środowisku rodzinnym jest główna niestabilność rodziny, będąca skutkiem industrializacji i urbanizacji. Przejawia się ono brakiem wpływu rodziców na dzieci oraz brakiem form kontroli nad nimi. Rodzice coraz mniej czasu poświęcają dzieciom, a emancypacja zawodowa prowadzi bardzo często do zachwiania tradycyjnych autorytetów. W obecnej sytuacji czymś normalnym staje się rozwód, a w niektórych środowiskach czymś wręcz modnym,

rzadko spotykającym się z dezaprobatą środowiska. W tych warunkach dzieci podatne są często na niepożądane wpływy środowiska rówieśniczego.

Środowisko rówieśnicze

Ma także swój niezaprzeczalny udział w szerzeniu się narkomanii u młodzieży. Wynika to z faktu, że w okresie dojrzewania nasila się potrzeba przynależenia do grupy rówieśniczej, uzyskiwania jej akceptacji i wsparcia, doznawania z jej strony uznania i swoiście rozumianego szacunku. Stąd też wielu młodych ludzi decyduje się na wchodzenie w grupę rówieśniczą bez względu na to, jaki ma ona charakter. Lepiej, bowiem być z byle kim, niż samemu. Czasem występuje zjawisko innego rodzaju: młody człowiek włącza się w życie grupy rówieśniczej o jednoznacznie negatywnym zabarwieniu (np. subkultura narkomańska), albowiem w ten sposób walczy z otoczeniem i pokazuje mu, że nie liczy się z jego zdaniem, że sam wybiera i decyduje. Tak, więc włącza się w życie określonej grupy nie, dlatego, że chce w niej być, ale dlatego, że nie chce robić tego, co narzuca mu otoczenie.

Abstrahując od tego, jakie są przyczyny włączania się młodzieży w grupy nieformalne z kręgu subkultury narkomańskiej, faktem jest, że właśnie w niej dokonuje się zazwyczaj proces inicjacji narkotycznej (bądź w skutek presji grupy lub chęci wykazania się młodego człowieka przed rówieśnikami, bądź też z ciekawości czy namowy).

5.2. Szkoła a powstawanie nałogu narkomanii.

Praktycznie większość dzieciństwa i okresu młodzieńczego każdy człowiek spędza w szkole. Główną rolę społeczną, jaką w tym okresie życia pełni, jest rola "uczucia". Wywiązywanie się z niej, bądź nie, stanowi podstawę jego oceny. Nie ma przesady w twierdzeniu, że na życie młodego człowieka otoczenie patrzy przez pryzmat szkoły. W niej, bowiem następuje zderzenie oczekiwań z możliwościami, marzeń z realnością, ambicji z ograniczeniami. Zdarzenia te dla znacznego procentu młodzieży są nieprzyjemne. Obszerne programy, nieodpowiadające poziomowi intelektualnemu dzieci i młodzieży, realizowane tradycyjnymi metodami są często przyczyną niepowodzeń szkolnych. Brak nauczycieli o odpowiednich kwalifikacjach, a przede wszystkim obdarzonych powołaniem, prowadzi do trzymania się przestarzałych metod dydaktycznych. Programy oświatowo wychowawcze zaledwie w nikłym stopniu uwzględniają treści dotyczące zjawisk patologii społecznej, w tym szczególnie narkomanii. Ponadto często się zdarza, że rodzice mają wygórowane oczekiwania wobec dziecka. Brak ich spełnienia prowadzi do konfliktów w domu i osłabienia, a czasami wręcz zrywa więzi emocjonalne dziecka z rodzicami.

Nieodłączną cechą współczesnej szkoły jest tendencja do nasilania konfliktów, a nie ich rozwiązywania. Większość nauczycieli nastawionych jest na nauczanie, a proces wychowania stanowi tło (niekiedy jest to wręcz antychowanie). Koncentracja na nauczaniu wyznacza sposób traktowania młodego człowieka jako ucznia, a nie wychowanka. Ważniejsze wtedy staje się to, co dziecko umie (lub nie umie), od tego, jakie ono jest, co czuje, przeżywa, myśli. Szkoła więc staje się fabryką, w której najważniejsze są efekty mierzone w stopniach i proporcjach osiągniętych przez dzieci. Uwaga nauczycieli nie koncentruje się na dziecku, które ma słabe oceny, zbiera dwóje, bądź jest trudne wychowawczo. Rzadko traktowane jest podmiotowo (inny człowiek, który ma trudności), a znacznie częściej przedmiotowo, (co z nim zrobić, aby nie psuć klasy, statystyki itp.) Na stawiane często pytanie dotyczące przyczyn owych trudności, modną

odповідzią jest, że "na pewno używa narkotyków". W tym miejscu zaczyna się kolejne zjawisko, które można prowadzić do faktycznej narkomanii. Nosi ono nazwę "procesu etykietowania".

ETYKIETOWANIE - polega na tym, że na skutek braku zrozumienia trudności, jakie ma młody człowiek, poszukuje się przyczyn hipotetycznych. Ponieważ współcześnie wiele się mówi na temat narkomanii, a dodatkowo dany młody człowiek np. ubiera się dziwnie lub obraca się w podejrzanym towarzystwie, to zdaniem nauczyciela na pewno jest narkomanem. Pogląd ten przejmowany jest także przez innych nauczycieli i odtąd wszyscy doszukują się w zachowaniu ucznia dowodów potwierdzających ten fakt. Stopniowo opinia nauczycieli dociera także do rodziców i innych uczniów, w efekcie czego, całe otoczenie zaczyna traktować tego młodego człowieka jak narkomana. Sprawia to, że zaczyna on rzeczywiście grawitować ku subkulturze narkomańskiej. Kolejnym czynnikiem etiologicznym tkwiącym w środowisku szkolnym jest zanik więzi między nauczycielami a uczniami, brak wzajemnego szacunku i zaufania, brak tolerancji dla odrębności drugiego człowieka. Sprawia to, że w obrębie szkół tworzy się swoiste drugie życie, pozostające poza kontrolą nauczycieli i koncentrujące się z reguły na tym wszystkim, co nie jest akceptowane przez środowisko dorosłych, w tym między innymi na narkotykach. To tutaj często następuje pierwszy kontakt z narkotykami i narkomanami.

Uwarunkowania ogólnospołeczne - wydaje się, że wśród nich najważniejszą rolę odgrywają:

- nastawienie współczesnych społeczeństw na produkcję w wyniku czego młody człowiek nie czuje się wartościowy i potrzebny, gdyż niczego nie wytwarza, jest tylko konsumentem,
- wzrost nasilenia wartości materialnych - coraz częściej "być" zostaje zamieniony na "mieć", a ten kto nie potrafi mieć przeżywa frustracje i załamania od których chce uciec,
- duże uzależnienie od medycyny - lekarz działa głównie farmakologicznie, leki używane są do łagodzenia trudności psychicznych, wiele osób leczy się samemu,
- nieprzemysłane działanie środków masowej informacji, które wielokrotnie propagują informacje błędne i niepełne, bazują na sensacji, udzielają mimowolnie instruktażu co, jak i kiedy brać,
- akcje antynarkotykowe społeczeństwa - które często odnoszą przeciwny skutek na tej prostej zasadzie, że presja rodzi bunt i agresję,
- ciągłe kryzysy społeczno-polityczne, moralne i ekonomiczne, które burzą hierarchię wartości młodych ludzi, ich poczucie sensu życia i własnego miejsca w świecie.

Uwarunkowania psychologiczne:

Człowiek, który sięga po narkotyki, ma z reguły kilkanaście lat, a więc znajduje się w okresie dojrzewania. Badania empiryczne wykazują, że właśnie dojrzewanie jest tym okresem, który ze względu na swój charakter i współwystępujące uwarunkowania zewnętrzne sprzyja odurzaniu. Podkreśla się, że do cech osobowościowych związanych z tą fazą rozwoju, a torujących niejako drogę do powstania uzależnienia, należą do nich:

- niedojrzałość emocjonalna i psychoseksualna, związana z dużymi wahaniami nastroju, podatnością na załamania, trudnościami identyfikacji psychoseksualnej, frustracjami wynikającymi z podejmowania ról mężczyzny i kobiety itp.;

- nastawienie narcystyczne, manifestujące się w koncentrowaniu się na własnych stanach i przeżyciach, rozbieżności między własnym obrazem siebie a zauważanym przez otoczenie;
- niedorozwinięty system kontroli wewnętrznej, co współwystępuje z negawistyczną i buntowniczą opozycją wobec kontroli zewnętrznej i powoduje podejmowanie działań nieprzemyślanych, ryzykownych i niebezpiecznych;
- wygórowane wymagania i oczekiwania natychmiastowego zaspokajania swoich potrzeb, co wynika zazwyczaj z wadliwie realizowanego przez rodziców procesu wychowawczego;
- destrukcyjna rozbieżność między ambicjami, celami i oczekiwaniami i realnymi osiągnięciami;
- ubogie i powierzchowne zainteresowania;
- umiejętność kontaktowania się ze światem i bierność w kontaktach interpersonalnych;
- uległość i słaba potrzeba dominacji z jednoczesną postawą ukrywania swojej słabości pod pozorami agresji, pozy oraz swoistego "tuwizizmu";
- duże napięcie wewnętrzne, niepokój, niska tolerancja na frustracje i współwystępujące z tym mechanizmy obronne;
- silna potrzeba poznawcza, manifestująca się w podejmowaniu działań w celu zdobywania coraz to nowych wrażeń, kierowaniu się ciekawością, szybkiej zmianie obiektów zainteresowań itp.;
- dążenie do zaspokajania potrzeb przynależności i doznawania zainteresowania ze strony otoczenia itp.

Występowanie tego typu cech nie wskazuje jednoznacznie na fakt odurzania się młodego człowieka, a jedynie ostrzega, że w przypadku sprzyjających okoliczności zewnętrznych osoba ta może sięgać po narkotyki. Te okoliczności zewnętrzne to środowisko, w którym jednostka żyje i dokonuje inicjacji. Powyższe czynności etiologiczne, wywodzące się z tak różnych źródeł, oczywiście nie występują w pełnym zestawieniu w każdym jednostkowym przypadku odurzania się. Niektóre z nich są bardziej powszechne, inne bardziej incydentalne, zaś wszystkie razem wyznaczają aktualny stan zagrożenia narkomanią.

5.3. Dlaczego młodzież sięga po środki odurzające?

Środki odurzające to owoc zakazany, a to, co zakazane smakuje najlepiej, z wielką chęcią sięga się po nie, aby spróbować, a szczególnie na to narażona jest młodzież, ponieważ oni uczą się dopiero życia i chcą spróbować wszystkiego. Jest wiele powodów, ale najczęstszym z nich jest szpan w środowisku rówieśniczym. Młodemu człowiekowi wydaje się, że jest przez to lepszy, jest lepiej postrzegany przez kolegów, czuje się pewniej i ważny, bo może pokazać innym, jaki on to nie jest odważny i zły, że nie boi się niczego, jest pewny siebie, bo mówi, że w każdej chwili może przestać brać, ale to nie prawda jak zaczął nawet nie wie jak trudno mu się będzie z tego wyrwać. Często brane są, dlatego aby zapomnieć o swoich problemach, aby odreagować i zrelaksować się. Chcą być na topie, żyją w pogoni za modą to w stylu ubierania to w zachowaniu, naśladują swoich idoli, którzy publicznie przyznają się do tego, że zażywają narkotyki, wystarczy włączyć telewizję i widzi się np. na teledyskach amerykańskich wykonawców pod wpływem środków odurzających czy palących marihuanę.

Młodzież ma często problemy natury uczuciowej i chcą w sposób odurzenia się zapomnieć o nieudanym związku, czy o nieodwzajemnionym uczuciu. Pod wpływem środków narkotycznych człowiek staje się odważniejszy i wydaje się że może zrobić wszystko, przełamuje swój strach i np. chłopak może

odejść i zacząć rozmawiać z dziewczyną, do której w innych okolicznościach by nie podszedł, bo by się wstydził. Gdy zażyje się jakieś środki, które pochodzą od konopi czy alkohol człowiek staje się otwarty łatwiej mu się rozmawia.

Wszyscy uważają, że środki odurzające są złe a młody człowiek sięgając po nie chce udowodnić że nie, że niby może nad nimi zapanować i nic mu się nie stanie. Dla nastolatka środek odurzający jest środkiem, który „zaspokaja” jego potrzeby. Kiedy czuje się nie pewnie nie wie co zrobić, obawia się oceny innych- bierze narkotyki. Chcąc poczuć się „kims”, zostać zaakceptowanym przez grupę- bierze. Przewrażliwiony na punkcie własnej osoby, przez większość czasu porównuje się z otaczającym światem. Oglądając dzisiejsze filmy czy reklamy, nabywa przekonania, że każdy- tylko nie on- ma życie pełne przygód, robi wspaniałe i ryzykowne rzeczy, a problemów to właściwie nie ma. Jeżeli idol znajdzie się w trudnej sytuacji znajduje też błyskawiczne rozwiązanie: tabletki, piwo, papieros, agresja. Każdy – tylko nie nastolatek – jest wielki i wspaniały. Stąd niedaleko już do stwierdzenia, że tak naprawdę to „jest się chodzącą galerią”.

Niewiadomo, dlaczego niektóre dzieci „wyrównują swoje braki” przy pomocy środków odurzających. Jest on jednak postrzegany przez młodzież jako uniwersalny środek na problemy i napięcia- jako prosta, skondensowana przyjemność.

Nie zapominajmy jednak, że dzieci to dociekliwi obserwatorzy uczący się od dorosłych podejścia do wielu problemów. Jest duże prawdopodobieństwo, że dziecko sięgnie po narkotyki lub alkohol, jeżeli jego ojciec lub matka nadużywają leków czy alkoholu. Dzieci, które obserwują ojców lub matki pijących alkohol „dla rozluźnienia” lub „zapomnienia” uczą się od nich takiego właśnie podejścia do problemów. Uciekają od kłopotów w narkotyki, zamiast próbować się z nimi zmierzać.

Dlaczego młodzież sięga po środki odurzające:

W szkołach podstawowych i gimnazjach coraz większym problemem staje się branie przez dzieci narkotyków oraz spożywanie alkoholu czy palenie papierosów. Szkoły i rodzice nie wiedzą jak temu zaradzić, a liczba używających środki odurzające stale rośnie.

- § Zdecydowana większość zaczyna swoją przygodę z narkotykami od marihuany, co spowodowane tym, iż wydaje im się że marihuana jest narkotykiem „miękkim” i nie można się od tego uzależnić. Otóż nie zdają sobie sprawy że można, choć trwa do nieco dłużej niż w przypadku innych narkotyków. Uważam właśnie, że głównym powodem, dla którego sięga większość tych dzieci po narkotyki jest ich nie wiedza na temat tego jak to wciąga. Gdyby wytłumaczono im jestem pewien, że połowa tych dzieci by nie zaczęła brać z obawy przed tym.
- § Drugim powodem według mnie równie ważnym jest ich ciekawość. Każdy z nas, jeżeli jest czegoś ciekaw i ma możliwość sprawdzenia czy zrobienia tego to robi, bez względu na jego wiek, płeć, czy pochodzenie. Jednak najbardziej narażone na to są dzieci, które jeszcze nie odróżniają dobrego od złego i chcą spróbować wszystkiego. Szczególnie, kiedy jeszcze usłyszą od kogoś, że to jest dobre, czy że jest to lepsze np. od alkoholu. Wtedy właśnie chcą sprawdzić, w jaki sposób czy i o ile jest to lepsze od innych rzeczy.
- § Kolejną rzeczą, która sprawia, iż w bardzo młodym wieku sięga się po narkotyki jest presja, najczęściej, ale nie zawsze, starszych kolegów i koleżanek, którzy naciskają na młodszych kolegów i koleżanki, aby

zaczęli brać narkotyki z nimi. Często zdarza się, iż kiedy się odmawia jest się odpychanym przez grupę, a to chyba dla nikogo nie jest miłym doznaniem i staramy się do tego nie dopuścić. Czasami nie trzeba namawiać, gdyż sami widząc, że wszyscy jego czy jej znajomi biorą także bierze nie chcą czuć się gorszym od innych. Często młode dziewczyny zaczynają brać z powodu chłopaka, który bierze.

- § Jeszcze innym powodem, dla którego zaczynają brać narkotyki, są aspiracje do bycia dorosłym. Wydaje im się, że jak biorą to stają się dorośli.
- § Wielu z nich bierze sterydy, które tak ze są narkotykiem, a robią to tylko po to aby być większym i silniejszym. Ludzi takich można łatwo rozpoznać na ulicy jednak „dzieciom” to nie przeszkadza, gdyż najczęściej ich największą ambicją jest bycie jak najsilniejszym.
- § Brak atrakcyjnych sposobów spędzania wolnego czasu powoduje, iż sięgają po narkotyki z takiego powodu jak nuda, spowodowane jest to zazwyczaj nie interesowaniem się przez rodziców.

Innymi powodami, dla których młodzi ludzie sięgają po środki odurzające są:

- Poszukiwanie nowych, przyjemnych wrażeń - nastolatek pragnie przygód, rzeczy nowych i ekscytujących. Lubi ryzyko i nienawidzi nudy. Narkotyk pozornie zaspokaja każdą z jego potrzeb - dzięki niemu może poczuć się „ważniejszy”, „tajemniczy”, „wtajemniczony” i „dorosły”, może też bez odrobiny wysiłku ze swojej strony, odczuwać przyjemność i dreszczyk sensacji.
- Chęć uwolnienia się od stresu, napięć i problemów. Narkotyk na krótką chwilę odrywa od rzeczywistości, tłumia uczucia. Spięty przed randką nastolatek zapala papierosa z marihuaną, przed klasówką zażywa amfetaminę. Kiedy pojawiają się problemy pali haszysz i na chwilę o nich zapomina.
- Chce być zaakceptowany przez grupę.
- Chce czuć się silny, pasować do ogólnie lansowanego przez media wzorca: człowieka wyluzowanego, silnego, nieprzejmującego się problemami, korzystającego z szybkich i natychmiastowych rozwiązań.
- Daje im to pewność siebie.
- Szukają rozluźnienia.
- Chcą się obronić przed problemami i negatywnymi uczuciami.
- Chcą poczuć się niezależnie.
- Narkotyki kojarzą mu się z zabawą i przyjemnością, nie zaś z uzależnieniem, HIV-em, samotnością czy problemami.
- Nastolatek wierzy, że narkotyk zaspokaja jego potrzeby, że dzięki niemu może poznawać świat, znaleźć przyjaciół i stać się niepospolitym człowiekiem.

Nie zostanie narkomanem dziecko, które:

- czuje silne więzi z rodziną,
- umie myśleć samodzielnie,
- nie ulega wpływom otoczenia,
- zna swoją wartość,
- jest twórcze, rozwija własne zainteresowania,
- należy do rodziny, która ma jasno sprecyzowane stanowisko dotyczące szkodliwości zażywania narkotyków innych używek,

- ma kolegów, których rodzice jasno stawiają sprawę narkomanii,
- potrafi odróżnić narkotyczne mity od faktów,

5.4. Alkoholizm – krótka charakterystyka.

Zdaniem antropologów alkohol towarzyszy człowiekowi praktycznie od zarania jego dziejów pełniąc początkowo funkcje fizjologiczne (np. redukcja bólu, zmęczenia), psychologiczne (np. redukcja lęku, odprężenie) i społeczne (np. ułatwienie kontaktów, element obrzędów i praktyk religijnych).

Niewielka już ilość wypitego alkoholu wpływa często na zachowanie człowieka. Alkohol działa szkodliwie na układ nerwowy. Praktycznie każda jego dawka powoduje obniżenie sprawności funkcjonowania układu nerwowego. Przeprowadzono na ten temat wiele doświadczeń. Wyniki ich świadczą o obniżonej wraz z ilością wypitych kieliszków zdolnością osądu, zanikaniu krytycyzmu, zanikaniu precyzyjnego myślenia. Nawet niewielkie dawki alkoholu, które nie wywołują widocznych zmian w zachowaniu się człowieka powodują zaburzenia reakcji wzrokowej, słuchowej, pogarszają też precyzję ruchów. Błędnie się, więc sądzi, że alkohol działa na układ nerwowy pobudzająco, działa hamująco zaburzając jego sprawność. Dochodzą do głosu instynkty i popędy, prymitywne zachowania. Szkodliwy wpływ alkoholu sięga ośrodków podkorowych. Występuje otępienie i senność. Człowiek traci przytomność.

Na stan zdrowia wpływają zarówno czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne. Wśród tych ostatnich ważną rolę odgrywa alkohol, którego działanie prowadzić może do wystąpienia powikłań zdrowotnych, zarówno somatycznych (fizycznych) jak i psychicznych (psychiatrycznych). Wiadomo też, że osobnicze reakcje na alkohol mogą być różne i zależą od szeregu czynników zarówno fizycznych i psychicznych.

Powikłania somatyczne wywołane spożywaniem alkoholu: niedowład; zmiany zanikowe mózdzku i mózgu; padaczka alkoholowa; porażenie podniebienia, gardła i krtani; przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy; ostre i przewlekłe zapalenia trzustki, samotrąwienie się trzustki; stłuszczenie, zapalenie, zwłóknienie a w końcu marskość wątroby; nadciśnienie tętnicze; zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśnia sercowego, stłuszczenie i powiększenia serca; zaburzenia rytmu serca; przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy; ostra niewydolność nerek; odkładanie się złogów magnezu w drogach moczowych; nieprawidłowe wydzielanie hormonów płciowych; zmniejszenie ruchliwości plemników i uszkodzenie ich struktury; zanik jajników i maskulinizacja; zaburzenia potencji i miesiączkowania, bezpłodność oraz wcześniejsze przekwitanie; przekrwienia twarzy z zapaleniem spojówek i obrzękami; ogólny świąd; zwiększone ryzyko pewnych odmian raka, szczególnie wątroby, przełyku, części nosowej gardła, krtani i tchawicy; u kobiet rak sutka; porody niewczesne i przedwczesne; poronienia samoistne; u noworodków matek pijących podczas ciąży obserwowano bezpośrednio po urodzeniu drżenia, wzmożone napięcie mięśniowe, osłabienie, zaburzenia snu, płaczliwość, trudności w ssaniu; niedobory witaminowe; majaczenie alkoholowe.

Wpływ alkoholu na organizm zarówno kobiety jak i mężczyzny jest zbliżony. Nie oznacza to, zatem że mężczyzna jest bardziej odporny na alkohol niż kobieta. Wprawdzie po wypiciu tej samej ilości alkoholu, jego stężenie będzie mniejsze w organizmie mężczyzny niż kobiety, jednak to wcale nie oznacza, że mężczyzna może pić bezkarnie. Zdarza się, że przy bardzo podobnym sposobie picia – zmiany chorobowe

pojawiają się u mężczyzny wcześniej niż u kobiety. Sposób reagowania na alkohol zależy, bowiem od indywidualnych cech organizmu, stanu zdrowia, sposobu odżywiania się itp.

Uzależnienie od alkoholu charakteryzuje przede wszystkim: zmianą tolerancji na alkohol, która ujawnia się, gdy wypicie tej samej ilości, co kiedyś powoduje słabsze niż uprzednio efekty. Kolejną fazą jest tzw. zespół abstynencyjny – gdy człowiek przerywa dłuższe picie lub zmniejsza ilość wypijanego alkoholu oraz pojawiające się przykre objawy tj. niepokój i drażliwość, dreszcze i drżenie kończyn, skurcze mięśniowe, poty, nudności a nawet zaburzenia świadomości i majaczenia. Trzecim etapem jest „głód” alkoholowy – to subiektywne uczucie łaknienia pojawia się w miarę upływu czasu. Pojawiają się doznania podobne do głodu i wewnętrznego przymusu wypicia połączone z uczuciem paniki i obawa, że nie wytrzyma się długo bez alkoholu. Koncentracja życia wokół spraw dotyczących alkoholu to kolejny etap. Obecność tej używki w życiu człowieka staje się czymś niezwykle ważnym. Wiele uwagi i zabiegów koncentruje się wokół okazji do wypicia i uzyskania dostępu do alkoholu. Następuje także utrata kontroli nad piciem - po wypiciu pierwszego kieliszka, ujawnia się niemożność skutecznego decydowania o ilości wypijanego alkoholu i o momencie przerywania picia. Jednym z ostatnich faz uzależnienia są zaburzenia pamięci i świadomości. Typowym przykładem są luki pamięciowe, czyli całe fragmenty zdarzeń, które znikają z pamięci. Ostatnią charakterystyczną cechą są nawroty picia po próbach utrzymania okresowej abstynencji. Człowiek sądzi, że już potrafi panować nad sobą i sięga po alkohol, co z reguły kończy się nawrotem uzależnienia.

Programy terapeutyczne dla alkoholików trwają zazwyczaj ok. 3 miesięcy. Większość placówek realizuje swoje programy w oparciu o Osobiste Plany Terapii, organizuje spotkania dla rodzin pacjentów, współpracuje ze wspólnotą AA. Pacjenci zdobywają wiedzę, pracują nad konsekwencjami picia, nad akceptacją własnego uzależnienia, uczą się różnych umiejętności przydatnych w trzeźwym życiu, uczą się zachowań nieagresywnych, zdobywają umiejętności w zakresie odmawiania picia. W innych placówkach organizowane są sesje zapobiegania nawrotom choroby. Tematowi nawrotów choroby poświęca się więcej czasu w przypadku niektórych pacjentów. Natomiast innym pacjentom, przekazuje się jedynie wiedzę na temat walki z nawrotem choroby i proponuje pracę nad radzeniem sobie z negatywnym myśleniem, z agresywnymi zachowaniami itp.

5.5. Lekomania – krótka charakterystyka.

Lekomania to uzależnienie od środków odurzających typu: barbiturany, leki uspokajające, nasenne, pobudzające, leki przeciwgorączkowe i przeciwbólowe. Leki nasenne i uspokajające należą do środków tłumiących, stąd efektem ich zażywania jest uspokojenie, odprężenie, przytłumienie świadomości, zamazane lub podwójne widzenie, zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia orientacji, pamięci, spostrzegania, utrudniona ocena sytuacji oraz zaburzeni emocjonalne (gwałtowne zmiany nastroju, podniecenie, euforia, wrogość, depresja lęk); większość z nich powoduje zależność psychiczną i fizyczną, a także niebezpieczeństwo przedawkowania, mogące być przyczyną zgonu. Rozwój medycyny i wiedzy o leku, a także ciągle wzrastającym asortyment leków, częste wypadki zatrucia lekami, powszechne stosowanie leczenia na własną rękę (samoleczenie) bez porady lekarza, stwarzają potrzebę zapoznania społeczeństwa z podstawowymi wiadomościami o lekach.

Lek to substancja lub produkt stosowany u ludzi w celach leczniczych, zapobiegawczych, diagnostycznych. Te substancje w zależności od formy (substancja, produkt) - przetworzone przez zakłady farmaceutyczne stają się gotowymi lekami do podania choremu. Każdy lek można stosować w różnych dawkach:

- Dawka progowa - niekiedy ma zauważalne skutki leczenia-dla lekarza je zaleciwszy;
- Dawka lecznicza - wywołuje wrażenie zmiany w narządach-powoduje pobudzenie lub zahamowanie w granicach fizjologicznych;
- Dawka toksyczna (trująca) - wywołuje objawy zatrucia-prowadzące niekiedy do ostrych zatruc-są przyczyna przewlekłych chorób, a nawet zejść śmiertelnych;
- Dawka śmiertelna - taka ilość leku, która poraża ważne dla życia czynności, krążenia, oddychania i przemian biochemicznych, powodując śmierć;
- Dawka jednorazowa - ilość leku przeznaczona do jednorazowego podania choremu;
- Dawka dobowa - ilość leku przeznaczona do przyjęcia w ciągu jednego dnia, składająca się z sumy dawek jednorazowych.

Lek może być w różnej postaci. Na rynku farmaceutycznym mamy doczynienia z lekami w postaci: proszku, tabletek, pastylek, drażetek, roztworów, mikstur, syropów, emulsji, areolozoli, ziół, nalewek, maści, zastrzyków i czopków.

Skłonność do lekomanii występuje u wielu osób, które w pewnych okresach życia musiały pobierać leki w przebiegu różnych schorzeń związanych z bezsennością, bólami głowy, nerwobólami, stanami niepokoju i lęku. Jednoczesne stosowanie kilku leków może być przyczyną wielu niebezpiecznych interakcji (wzajemnych oddziaływań) środków leczniczych w organizmie, zaciemnienia obrazu choroby oraz opóźnienia właściwego rozpoznania i leczenia. Zażycia silnych środków przeciwbólowych utrudnia chirurgowi rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, urologowi kamicy układu moczowego, a interniście – zawału mięśnia sercowego. Może wystąpić np. uszkodzenie powierzchni gałek ocznych u chorego, który z powodu chorób tarczycy, otyłości lub trudno gojących się ran, zastosuje równocześnie leki zawierające związki jodu i maść do chorych oczu ze związkami rtęci (w łzach chorego powstaje toksyczny jodek rtęci). Wśród zależności lekowych odróżnia się cięższą postać zwaną *nałogiem* i lżejszą zwaną *przyzwyczajeniem*. Istotną cechą zależności lekowej jest nieodparta potrzeba zażywania leku, a w konsekwencji wytworzenia się zachowania, którego celem jest poszukiwanie pożądanego leku za wszelką cenę.

5.6. Narkomania - krótka charakterystyka.

Narkomania to patologiczne zjawisko społeczne, uzależnienie spowodowane krótszym lub dłuższym zażywaniem leków (głównie przeciwbólowych środków narkotycznych) albo innych środków uzależniających (narkotyki, leki uspokajające i psychotropowe). Zamiast słowa narkotyki, można używać określeń: substancje psychoaktywne, środki odurzające, środki zmieniające świadomość. Charakteryzuje się koniecznością przyjmowania środka odurzającego, tendencją do stałego zwiększania dawki oraz fizycznym i psychicznym uzależnieniem. Zaprzestanie zażywania powoduje bardzo przykre doznania abstynencyjne, prowadzące w krańcowych przypadkach nawet do zejścia śmiertelnego. Narkomania jest zwykle wynikiem wielokrotnego zażycia środka uzależniającego, jedynie wyjątkowo, np. przy zażyciu kokainy czy heroiny, rozwija się po jednorazowej dawce. Narkomania w krótkim czasie prowadzi do poważnych zmian psychicznych pod

postacią obniżenia uczuciowości wyższej, degradacji społecznej, zaburzeń krytycyzmu, osłabienia woli, kłamiwości. Często staje się przyczyną wejścia na drogę przestępczą. Substancję można nazwać odurzającą, nie tylko wtedy jak zmiana świadomości jest bardzo wyraźna. Wystarczy, że po zażyciu zmienia się jeden parametr funkcji życiowych, na przykład ciśnienie lub tętno, a tak jest po wypiciu kawy lub zapaleniu papierosa. Każdy kontakt z narkotykami jest niebezpieczny, każdy może prowadzić do uzależnienia.

Przyczyny sięganie po narkotyki są różne:

- gdy ludzie pragną poprawić sobie nastrój i nie potrafią zrobić tego w inny sposób,
- gdy nie potrafią poradzić sobie z problemami.

Do najczęściej używanych środków narkotycznych należą: amfetamina, kokaina, marihuana, haszysz, LSD, heroina.

Klasyfikacja narkotyków ze względu na pochodzenie narkotyków:

- Narkotyki naturalne – substancje roślinne występujące najczęściej w postaci suszu z liści, łodyg, korzeni lub soku z roślin i wywaru, ponadto właściwości narkotyczne mają niektóre grzyby, owoce lub kaktusy. Ich działanie na organizm może być antydepresyjne, pobudzające, halucynogenne.
- Narkotyki sztuczne – uzyskiwane w wyniku reakcji chemicznych, mających na celu wyodrębnienie danego środka w postaci jak najbardziej czystej (pozbawionej innych domieszek). Ich działanie na organizm jest podobne jak środków naturalnych, z tym, że działają one znacznie silniej, szybciej, więc wywołują uzależnienie i degradują organizm, większe jest też niebezpieczeństwo przedawkowania.

Czynniki sprzyjające uzależnieniom to:

- § osobowościowe - mała odporność na stres, niedojrzałość społeczna i emocjonalna, obawa przed światem, lęk przed problemami, próba ucieczki od nich,
- § czynniki środowiskowe - osobą uzależnioną może być każdy, niekoniecznie człowiek ze środowiska patologicznego. Często są to np. dzieci z "dobrych domów",
- § nacisk grupowy - pod jego wpływem szerzy się moda na narkotyki. Może być próbą zademonstrowania przez młodzież dorosłości,
- § fałszywe opinie - opinie lansowane przez środowiska rozprowadzające narkotyki mają na celu zmniejszanie obawy potencjalnych odbiorców przed narkotykiem i wyolbrzymiają jego pozytywne skutki,
- § ciekawość.

Rozdział 6

Biologiczne i społeczne skutki nałogów.

Wyróżniamy następujący podział konsekwencji uzależnień:

- fizyczne - wpływ na zdrowie o charakterze bezpośrednim (funkcjonowanie UN, oddechowego, trawiennego, krążenia) i pośrednim (poprzez niewłaściwą dietę, stany chorobowe związane z niektórymi nałogami);

- psychologiczne - utrata zaufania do siebie i samokontroli, obniżona samoocena, utrata zainteresowania zwykłymi czynnościami i celami żywymi, bowiem nałóg zaczyna być centralnym czynnikiem wzmacniającym;
- pedagogiczne - akcentuje się tu następstwa rodzinne (destabilizacja życia rodzinnego, dysfunkcjonalność w sferze pełnionych ról, zadań i funkcji rodziny, źródło przemocy w rodzinie) i kryminologiczne (źródło przestępczości np. produkcja i handel narkotykami, czynnik wiktyimizacji - osoby uzależnione bardziej narażone są na zachowania przestępcze wobec nich);
- społeczne - straty pieniężne związane z utraconymi zarobkami, roztrwonionymi oszczędnościami, wydatkami na opiekę społeczną i nieskuteczne a często powtarzające się próby rehabilitacji, zniszczenie sensownych związków interpersonalnych; straty związane z przestępczością, utrata produktywności ludzkiej, rozszerzenie się innych patologii (rodzina, przemoc).

Wpływ narkotyków na organizm:

- § układ krążenia: zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego (łącznie z zawałem), nadciśnienie tętnicze, tętniaki,
- § układ nerwowy: zaburzenie koordynacji ruchowej, oczopląs, drżenie mięśni,
- § układ oddechowy: przewlekły nieżyt oskrzeli, utrudnienie wymiany gazowej w pęcherzykach płuc przejawiające się bólem w klatce piersiowej, rak płaskonabłonkowy, drobnokomórkowy, gruczolak płuc,
- § układ mięśniowo-szkieletowy: martwicę mięśni poprzecznie prążkowanych (przejawia się nadwrażliwością mięśni na dotyk, bólami mięśni, podwyższoną temperaturą, obniżonym ciśnieniem krwi, sennością), kostniejące zapalenie mięśni (uszkodzone włókna mięśniowe sukcesywnie zastępowane są przez złogi wapnia), zapalenie kręgów (szczególnie lędźwiowych), stawów (przede wszystkim krzyżowobiodrowych),
- § układ wydzielania wewnętrznego: brak miesiączki, impotencja, niepłodność, hipogonadyzm z opóźnionym dojrzewaniem, zwiększone wydzielanie hormonów tarczycy, obniżenie stężenia testosteronu, spadek ruchliwości plemników,
- § wątroba: wirusowe zapalenie wątroby typu A, B i C, w dwóch ostatnich typach może prowadzić do raka,
- § skóra: zakażenia bakteryjne skóry (ropnie, czyraki), zmiany grzybicze, zapalenie tkanek około paznokciowych, choroby pasożytnicze skóry (świerzb, wszawica), zmiany skórne w postaci wyprysku z brunatnymi przebarwieniami, z tendencją do powstawania owrzodzeń.

Wśród pierwszych objawów zażywania narkotyków możemy dostrzec: przewlekły katar, krwawienie z nosa; zaburzenia pamięć; przekrwione oczy; bełkotliwa, niewyraźna mowa; brak zainteresowania swoim wyglądem i nieprzestrzeganie zasad higieny; słodkawa woń oddechu, włosów, ubrania; ślady po ukłuciu, ślady krwi na bieliźnie; pogorszenie ocen, wagarowanie; zamykanie się w pokoju, niechęć do rozmów; wypowiedzi; zawierające pozytywne nastawienie do narkotyków; napady złości, agresja, bunt; kłamstwa, wynoszenie wartościowych przedmiotów z domu; tajemnicze, krótkie rozmowy telefoniczne, nagłe wyjścia; wszystkie akcesoria i przedmioty, które mogą mieć związek z narkotykami, wymagają wyjaśnienia: fifki, fajki (mogą to być szklane fifki takie jak do papierosów lub zakręcone fajeczki), bibułki papierosowe, małe foliowe torebki z proszkiem, tabletkami, kryształkami lub suszem, kawałki opalonej folii aluminiowej, białe lub

kolorowe pastylki z wytłoczonymi wzorami, kwadratowe, kolorowe papierowe znaczki z różnymi obrazkami, tuby, słoiki, foliowe torby z klejem, igły, strzykawki.

Wielokrotnie zdarza się, że programy nakierowane na niesienie pomocy osobom uzależnionym pomijają lub bagatelizują szkody zdrowotne spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Tymczasem należy pamiętać, że zażywanie substancji psychoaktywnych nie jest obojętne dla organizmu - powoduje w nim diametralne zmiany, niekiedy prowadzi nawet do dramatycznych i nieodwracalnych zmian organicznych. Prawidłowo skonstruowane oddziaływania terapeutyczne powinny być kompleksowe, uwzględniające zarówno stan somatyczny, jak i psychiczny osoby leczonej. Somatyczne skutki uzależnienia od narkotyków najczęściej ujawniają się w obrębie układu krążenia, nerwowego, oddechowego, wydzielania wewnętrznego, mięśniowo-szkieletowego a ponadto wątroby i skóry. „Co za dużo to niezdrowo” – przysłowie to bez wątpienia odnosi się także do narkotyków. Organizm i umysł ponoszą duże szkody pod wpływem długotrwałego brania, lub zażywania zbyt dużych jednorazowych ilości (przedawkowania). Poważnym problemem jest fakt, że wiele narkotyków wywołuje nałóg. Rozróżniamy uzależnienia psychiczne i fizyczne. Uzależnienie psychiczne związane jest głównie z funkcjonowaniem umysłu. Nałogowiec czuje, że nie może żyć myśleć bez narkotyku. Uzależnienie fizyczne polega na tym, że nerwy, mięśnie, serce i inne narządy nie mogą funkcjonować bez narkotyku. Pozbawiony narkotyku narkoman odczuwa fizyczne i psychiczne objawy abstynencji. Mogą to być drgawki, pocenie się, skurcze i bóle mięśni, halucynacje (niezgodne z rzeczywistością wrażenie wzrokowe i dotykowe), utrata świadomości, a nawet konwulsje prowadzące do śmierci. Ponadto organizm stopniowo przyzwyczaja się do pewnych narkotyków. W celu uzyskania tego samego efektu trzeba zażywać coraz większe ilości danej substancji. Zjawisko to nosi nazwę tolerancji. Ryzyko dla zdrowia niesie też sposób zażywania narkotyków. Wdychanie kokainy przez nos może uszkodzić sam nos jak i drogi oddechowe. Wstrzykiwanie heroiny używaną strzykawką lub igłą może być przyczyną zapalenia wątroby, czyli AIDS.

Narkotyki często kojarzą się z łamaniem prawa. Napady na przechodniów, włamania i inne przestępstwa bywają popełnione przez narkomanów potrzebujących pieniędzy do zapewnienia sobie kolejnych dawek upragnionej substancji. Jest to szczególnie widoczne w przypadku narkotyków silniejszych, wywołujących poważne uzależnienia, które często są również najdroższe.

Wszystkie środki narkotyczne uszkadzają komórki centralnego układu nerwowego. Neurony, w odróżnieniu od innych komórek naszego organizmu nie posiadają zdolności regeneracyjnych i dlatego neurony uszkodzone przez narkotyki giną nieodwracalnie.

W wyniku stałego narkotyzowania się dochodzi do dezorganizacji osobowości i wydalania z ról społecznych. Następstwem tego jest obniżenie sprawności społecznej osoby, rozluźnienia jego norm moralnych, zaniechania obowiązków, a w skrajnej formie uchylania się od prawnie zastrzeżonych form świadczeń na rzecz rodziny, grupy zawodowej, państwa.

Zakłócenia w komunikacji rodzinnej poprzedzają rozpoczęcie brania narkotyku. Zdaniem wielu autorów środki narkotyczne są również skutkiem jej niszczenia. Kiedy ktoś zacznie brać narkotyki, stan jego bolączek i dolegliwości wpływa na równowagę rodziny i wzmacnia błędne koło zakłóceń komunikacji wcześniej istniejących. Posiadanie narkotyków jest karane w większości krajów na świecie, także i w Polsce. Za posiadanie narkotyków można w Polsce dostać do 5 lat. A jeżeli młody człowiek trafia do więzienia to już nigdy nie będzie taki jak kiedyś.

Małolaci którzy biorą narkotyki często by mieć pieniądze na ich zakup muszą uciekać się do takich środków jak oszukiwanie rodziców, czy kradzież. Po pewnym czasie jednak zdobyte pieniądze im nie wystarczają i dopuszczają się jeszcze gorszych czynów, aż końcu potyka im się noga i wszystko wychodzi nabaw. Wtedy zaczynają się problemy: rodzice dowiadują się o „występkach” ich dzieci, pojawiają się problemy z policją, a także nieraz mszczenie się przez ofiary tych młodocianych

Rozdział 7

Profilaktyka i leczenie uzależnień.

Profilaktyka to wszelka działalność zapobiegająca szkodliwym zjawiskom: chorobom, wypadkom, przestępstwom itd., przez zwalczanie przyczyn. Jest to jeden z podstawowych kierunków działania współczesnej medycyny.

Leczenie uzależnień - proces terapeutyczny mający na celu reedukację, resocjalizację, jednostki uzależnionej. Ma w konsekwencji prowadzić do zaprzestania lub zmniejszenie częstotliwości przyjmowania substancji psychoaktywnych, redukcji szkód, powrotu do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie tych jednostek, które wykazywały na tym polu dysfunkcję. Stosowany wobec osób mających problem ze szkodliwym, nałogowym nadużywaniem środków psychoaktywnych.

Nie ma przymusu leczenia, lecz natychmiastowej pomocy lekarskiej wymagają osoby znajdujące się – w wyniku zażywania środków psychoaktywnych – w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub, kiedy stwarzają zagrożenie dla otoczenia. Leczenie uzależnień przebiega w trzech etapach:

- 1) detoksykacji – polegającej na uwolnieniu chorego od dolegliwości będących następstwem zażywania środków odurzających,
- 2) terapii – stanowiącej podstawową formę leczenia i prowadzonej na oddziałach i w ośrodkach stacjonarnych,
- 3) readaptacji społecznej, prowadzonej w warunkach otwartych, o ma pomóc w powrocie do normalnych warunków życia.

W Polsce powszechnie stosowany jest model terapii przez reprogramming, gdzie głównym elementem terapii jest wyuczenie nowych, zdrowych modeli zachowań oraz zbioru zasad, które mają ułatwić uzależnionym trwanie w abstynencji oraz walkę z nawrotami choroby (przy tym podejściu twierdzi się, że uzależnienie jest nieuleczalne). Powszechnym trybem jest reedukacja przez prace połączona z terapią grupową gdzie głównym narzędziem pracy z pacjentem jest informacja zwrotna. Leczenie w ośrodku stacjonarnym przeciętnie trwa od 6 do 24 miesięcy. Niekiedy pomocniczo stosuje się farmakoterapię. Warto też wspomnieć, że detoksykacja (odtrucie) jest procesem dotyczącym jedynie uzależnienia fizycznego i jako taka nie może być traktowana jako właściwy proces terapeutyczny.

Powszechnie uważa się, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Dotyczy to wszystkich chorób, ale szczególnie uzależnień. Najważniejsze zadanie spoczywa na zapewnianiu dzieciom i młodzieży warunków, w których zmiany rozwojowe pojawiałyby się w sposób naturalny. Dziecko lub nastolatek powinien zostać

wyposażony w wiedzę i umiejętności pozwalając mu na podejmowanie samodzielnych i dojrzałych decyzji oraz dokonywania wyborów.

Profilaktyka narkomanii w rodzinie i w szkole

Lepiej do alkoholizmu czy narkomanii nie dopuścić, niż je leczyć. Nie dopuścić to znaczy tak pokierować wychowaniem dziecka, aby nie potrzebowało sięgać po środki odurzające w żadnej sytuacji życia. Poprzez wysiłek i systematyczne kształtowanie wartości pozytywnych - miłość, poczucie bezpieczeństwa, powinność, altruizm, odpowiedzialność, należy budzić wszechstronne zainteresowania humanistyczne, religijne, a nie tylko zaspokajać potrzeby konsumpcyjne, przyjemnościowe. W realizowaniu trudnych wartości należy wyrabiać w dziecku i młodym człowieku siłę woli i pasję pokonywania trudności. Dziecko powinno być przekonane o tym, że jest chciane i kochane, a w trudnych sytuacjach dorastania może liczyć na pomoc rodziny. Pomoc ma być rozumna. Nie należy unikać trudnych pytań, trzeba mieć czas dla dziecka, dużo czasu, aby widzieć i wiedzieć, z jakimi trudnościami boryka się dziecko. Jeżeli dobrowolnie nie poświęcisz dziecku tego czasu to o wiele więcej będziesz musiał go poświęcić na leczenie, gdy może być za późno. Kiedy dziecko zamyka się wewnątrz i niekiedy zewnątrz zamykając drzwi za sobą w swoim pokoju — mimo wszystko bądź z nim, duchowo wspieraj go życzliwą radą. Pomóż mu otworzyć się przed sobą lub kimś innym, bo to sygnał, że dzieje się coś złego. Ale nie bądź nachalny i agresywny w tym działaniu, nie wchodzić brutalnie do wnętrza dziecka. Ono potrzebuje twojej rady a nie oskarżeń i napomnień. Rodzina rozbita i niezgodna zwiększa ryzyko narkomanii. Kiedy rodzice rozwodzą się, kiedy w rodzinie brak jest ojca lub matki, albo rodzice żyją w stałym konflikcie dziecko przeżywa to bardzo tragicznie, czuje się bardzo wyobcowane, zagrożone, źle się czuje w takim domu i ucieka z niego, zaczyna źle się uczyć, przestaje chodzić do szkoły, przystaje do kolegów i koleżanek z marginesu, gdzie natrafia na środki odurzające. Szkoły uczą, a mniej wychowują, w przekonaniu alkoholików i narkomanów duża część młodzieży wynosi ze szkoły wzorce negatywne. Negatywne wzorce rodzinne i szkolne nie stanowią oparcia dla młodej rodziny z problemem alkoholizmu i narkomanii. Mitem jest głoszenie poglądów o nieszkodliwości czy mniejszej szkodliwości tzw. miękkich narkotyków. Każdy narkotyk jest potencjalnie niebezpieczny w pewnych dawkach i niektórych okolicznościach. Kto raz utracił kontrolę nad narkotykiem czy alkoholem będzie miał problem do końca życia. Narkomana może uratować tylko całkowita abstynencja. Narkotyku nie udaje się brać w sposób kontrolowany, bo organizm fizycznie uzależnia się od niego i domaga się coraz większych dawek. Związek chemiczny danego narkotyku zostaje wbudowany do metabolizmu organizmu, zniszczeniu ulega naturalna biologiczna bariera odporności na ten związek. Narkoman ryzykuje często zdrowiem i życiem. Jego życie można określić jako umieranie na raty.

W niesieniu skutecznej pomocy osobom uzależnionym konieczne jest rozeznanie w branych środkach narkotycznych. Z kilkunastu grup narkotyków najbardziej niebezpieczne są pochodne rośliny maku (opium, heroina, morfina, kodeina, kompot) oraz niektóre halucynogeny (LSD, amfetamina, pochodne grzybów, kaktusów). Łatwo dostępne u nas i często nadużywane oraz niekontrolowane są rozpuszczalniki chemiczne (tri, butapren, nitro, heksan, spraye). Powszechne są wśród młodzieży pochodne konopi (haszysz, marihuana) oraz coraz częściej używana jest kokaina. W niektórych kręgach młodzieży panuje zwyczaj zażywania leków wzmacnianych alkoholem.

Profilaktyka w środowisku rodzinnym

W celu zapobiegania alkoholizmowi i narkomanii rodzice powinni mieć rozeznanie w branych przez młodzież środkach, od kiedy się z nimi zetknęli, skąd je biorą, skąd otrzymują pieniądze na ich zakup, czy sprzedawali cenne przedmioty rodzinne na ich zakup lub podkradają pieniądze rodzicom. Fakt spożywania alkoholu czy brania narkotyków jest skrzętnie ukrywany zarówno przez dzieci jak i rodziców. Rodzice dowiadują się o tym fakcie zbyt późno, dopiero po trzech latach od rozpoczęcia brania przez ich dzieci. Rodzice po odkryciu faktu brania narkotyków przez ich dziecko powinni się oswoić z myślą, że leczenie jest bardzo trudne i długie a dotychczasowe wyniki kuracji nie napawają optymizmem. Profilaktyka pozostaje, zatem podstawą zapobiegania razem z szeroko pojętą edukacją dzieci i młodzieży, rodziców i wychowawców.

Rodzice coraz mniej czasu poświęcają dzieciom, a emancypacja zawodowa kobiet i mężczyzn prowadzi często do zachwiania autorytetu rodzinnego. Od 1992 r. stale wzrasta liczba uczniów sięgających po alkohol, papierosy i narkotyki. Te pierwsze dwa środki często używane są za aprobatą rodziców i wychowawców. Zapewne wszyscy rodzice chcieliby wychować dobrze swoje dzieci. Niektórzy popełniają jednak kardynalne błędy w procesie wychowania. Oni często hodują tylko dzieci a nie wychowują. Zaspokajają tylko ich potrzeby biologiczne i psychiczne przeważnie przyjemnościowe. Bardzo rzadko uczą ich powściągliwości, wyrzeczenia, wysiłku, odpowiedzialności za swoje zachowanie, solidnej nauki i pracy. A potem dziwią się, że ich dziecko tak łatwo sięga po alkohol czy narkotyki. Rodzice często stają się bezradni wobec alkoholizmu bądź narkomanii ich dziecka.

Profilaktyka w środowisku szkolnym

Lata szkolne to okres przyspieszonego rozwoju organicznego, psychicznego i społecznego dziecka. W tym okresie pojawiają się napięcia emocjonalne, agresja, drażliwość, poczucie chaosu, nasilone lęki, poczucie zagubienia. W tym napięciu i zagubieniu część młodzieży sięga po środki odurzające. Młody człowiek ma trudności z przystosowaniem się do obowiązków szkolnych. Jeżeli nie będzie akceptowany przez nauczycieli i przez kolegów to będzie szukał kontaktów w podkulturach młodzieżowych, w sektach, gdzie tak łatwo trafi na takie środki, które doraźnie pomogą mu rozładować konflikty i frustracje. Liczne konflikty i niepowodzenia szkolne rodzą się z anonimowości ucznia w szkołach gigantach i w stale jeszcze zbyt licznych klasach w szkołach zbiorczych. Przekaz wiedzy dokonuje się w sposób niemethodyczny i nieinspirujący do refleksji. Daje się zauważyć brak psychologów szkolnych i poradni, które pomagałyby w działaniach profilaktyczno-reedukacyjnych. W profilaktyce szkolnej w kontaktach z uczniami pomocne mogą być następujące zasady:

- należy budzić zainteresowania nauką i pracą zawodową poprzez kółka samokształceniowe, uczenie etosu nauki, studiów i pracy, zapoznavanie się z różnymi stanowiskami pracy.
- należy uczyć odpowiedzialności za własne postępowanie i zachowanie innych; uczyć przywiązania do swojej szkoły, domu rodzinnego i do ojczyzny.
- trzeba zachęcać do wszechstronnego rozwoju osoby w kierunku ideału jednostkowego i społecznego, rozwoju wolnego od zniewolenia środkami narkotycznymi.

- nie należy zbywać ucznia ogólnikami gdy stawia konkretne pytania. W przeciwnym razie przestanie pytać a informacji poszuka gdzie indziej.
- zwrócić należy szczególną uwagę na rozwój uczuć i postaw. Akcentować trzeba wrażliwość, uczucia szlachetne, zaufanie, ufność, optymizm, empatię, uspołecznienie, altruizm, chęć niesienia pomocy słabszym, patriotyzm, poczucie własnej wartości i chęć tworzenia wartości społecznych.

Tak jak różne są przyczyny sięgania po alkohol i inne środki uzależniające, odmienne motywacje i nastawienia do odurzania się, tak różne mogą być sposoby oddziaływań podejmowane w celach prewencyjnych. Profilaktykę można prowadzić przez bezpośrednie działania wybranej populacji, działania pośrednie, takie jak wspieranie programów uświadamiających adresowanych do całej społeczności, kształtowanie postaw czy zachowań wobec alkoholu, a także jako działania polegające na kreowaniu zmian instytucjonalnych, np. starań zmierzających do podniesienia górnej granicy wieku uprawnionych do zakupu lub konsumpcji alkoholu, czy też propagowanie wśród nauczycieli idei zakazu używania środków uzależniających na terenie szkoły.

- Profilaktyka winna rozpowszechniać prawdziwe i rzetelne informacje o zjawisku, którego dotyczy,
- Prewencja powinna zawierać program kształtowania świadomych wzorców konsumpcyjnych,
- Program zapobiegawczy powinien kształtować umiejętności interpersonalne, a w szczególności: samoświadomość, samoocenę i samodyscyplinę,
- Program zapobiegawczy powinien też kształtować umiejętności interpersonalne, a szczególnie umiejętności empatyczne, komunikowania się, współpracy i rozwiązywania konfliktów,
- Oddziaływania profilaktyczne winny kształtować umiejętności podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów oraz wybierania pozytywnych stylów życia,
- Profilaktyka powinna rozwijać związki z środowiskiem (rodzinnym, lokalnym, społecznym) oraz poczucie odpowiedzialności za funkcjonowanie tych grup społecznych,
- Prewencja winna rozwijać odpowiedzialność jako właściwy wzorzec ról do naśladowania przez innych oraz kształtować umiejętność podejmowania decyzji,
- Profilaktyka powinna zmierzać do rozwijania środowiska rodzinnego, społecznego i środowiska pracy, a przez to do podnoszenia jakości życia codziennego, Oddziaływania prewencyjne winny kształtować reguły prawne i publiczne, tak, aby odpowiadały one potrzebom ludzkim i wspierały pozytywne style życia,
- Profilaktyk winna umożliwiać wczesne rozpoznanie i diagnozowanie zagrożeń oraz rozwijać strategie przeciwdziałania, bazujące na poznawaniu przyczyn szkodliwych uwarunkowań.

W innym ujęciu oddziaływania profilaktyczne powinny obejmować wszystkie dziedziny życia człowieka i kompleksowo zapobiegać występowaniu niepożądanych zjawisk. Tak pojęte oddziaływania profilaktyczne winny osiągać cele aktywizację społeczeństwa wokół idei prozdrowotnych:

- a) rozpoznania i karanie przejawów uzależnienia zarówno za pomocą środków legislacyjnych, jak i społecznych,
- b) działania protrzeźwościowe, promowanie abstynencji jako społecznie akceptowanego wzorca,
- c) podwyższanie granicy wieku, w którym rozpoczyna się spożywanie alkoholu,
- d) zapobiegania skutkom problemów związanych z użyciem legalnych środków uzależniających.

Nieco odmienna jest natomiast koncepcja pedagogiczna profilaktyki pierwotnej realizowanej w belgijskiej Wspólnocie Niemieckojęzycznej, prezentowana w koncepcji profilaktyki globalnej przez E. Servais (1996), w której wyróżnia się trzy podstawowe cele oddziaływań prewencyjnych, a mianowicie:

- 1) Kształtowanie własnej postawy życiowej, tak aby zapobiegać bezwolnemu powielaniu przez dzieci negatywnych wzorców czerpanych ze środowiska, wskutek braku umiejętności sprecyzowania lub realizowania własnych celów. Tak rozumiana profilaktyka, aby osiągnęła zakładany cel, winna być rozpoczęta jak najwcześniej, w momencie kształtowania się postawy życiowej;
- 2) Kształtowanie postawy życiowej pod wpływem grupy, tak, aby ukształtowane przekonania dotyczące własnej postawy życiowej mogły być realizowane w sytuacji nacisku ze strony innych członków grupy. Realizacja takiego celu powiązana jest z koniecznością kształtowania umiejętności rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także umiejętnością wyrażania uczuć;
- 3) Kształtowanie postawy życiowej pod wpływem środowiska, czyli takie modelowanie szeroko pojętego środowiska wychowawczego, aby umożliwiała utrzymanie pozytywnych postaw i zachowań jednostkowych. Chodzi tu o przekształcanie środowiska społecznego w sposób, który umożliwiałaby wytworzenie w nim atmosfery szacunku dla prawdziwych ludzkich wartości, tak aby normy funkcjonujące w środowisku nie pozostawały w sprzeczności z propagowanymi zachowaniami.

Określając, czym jest zapobieganie uzależnieniom, przyjmijmy za punkt wyjścia definicję, że jest to proces, który wspiera rozwój pełnego zdrowia przez umożliwienie ludziom uzyskania pomocy, potrzebnej im do przeciwstawienia się trudnościom życiowym, oraz osiągnięcie subiektywnie satysfakcjonującego, społecznie konstruktywnego i bogatego życia. W jego ramach należy wyraźnie rozgraniczać dwa nurty działań:

- 1) stwarzanie warunków, w których człowiek może realizować siebie, rozwijać swoje możliwości, poszukiwać własnej tożsamości, a więc w efekcie stawać się człowiekiem zdrowym fizycznie, psychicznie, duchowo i społecznie;
- 2) likwidowanie czynników szkodliwych dla zdrowia, takich jak: złe warunki ekonomiczno-społeczne, stresy psychiczne, zagrożenie wpływem negatywnych wzorców zachowań, przemocą, itd.

10 podstawowych celów profilaktyki to:

- 1) prowadzenie szerokiej edukacji, dostarczającej bogatych i rzetelnych informacji o zjawisku patologicznym, którego profilaktyka dotyczy;
- 2) kształtowanie świadomych konsumpcji;
- 3) kształtowanie umiejętności nawiązywania i utrzymywania bliskich więzi z drugim człowiekiem (zwłaszcza: empatii współdziałania, komunikowania się, słuchania, rozwiązywania konfliktów);
- 4) kształtowanie i rozwijanie umiejętności poznawania i rozumienia siebie (zwłaszcza: samoświadomości, samooceny, poczucia własnej wartości, poczucia kontroli wewnętrznej);
- 5) rozwijanie umiejętności podejmowania decyzji oraz rozwiązywania problemów, ze szczególnym zwróceniem uwagi na uczenie umiejętności różnicowania i wybierania pozytywnego a nie negatywnego stylu życia;

- 6) rozwijanie związków z pozytywnymi grupami społecznymi oraz kształtowanie poczucia odpowiedzialności za grupy, do których jednostka przynależy (np. rodzinę, grupą rówieśniczą, lokalną społeczność, ogół społeczeństwa);
- 7) rozwijanie poczucia odpowiedzialności i uczenia odpowiedzialnych zachowań jako właściwych wzorów do naśladowania przez innych ludzi (obejmujących m.in. styl życia, stosunek do używanych środków odurzających, podejmowanie decyzji ponoszenia za nie odpowiedzialności);
- 8) działanie na rzecz wzbogacenia środowiska rodzinnego, ogólnospołecznego i środowiska pracy tak aby, poprawiło to jakość życia wszystkich jego członków i stwarzało im warunki do zachowania zdrowia;
- 9) kształtowanie przepisów prawnych i norm współżycia społecznego w taki sposób, aby odpowiadały one oczekiwaniom i potrzebom ludzi oraz aby propagowały i wspierały pozytywne style życia;
- 10) umożliwianie wczesnego rozpoznawania i diagnozowania zagrożeń, dzięki czemu możliwe staje się opracowanie skutecznych strategii przeciwdziałania patologii, bazujących na rzetelnej znajomości uwarunkowań danych zaburzeń.

Powyższe ogólne cechy działań zapobiegawczych osiągane są różnymi drogami, w zależności od tego, kto jest obiektem interwencji: czy są to osoby wolne od odurzania się, czy osoby eksperymentujące się ze środkami uzależniającymi, czy są to już osoby uzależnione. Uwzględniając stopień kontaktu ze środkami odurzającymi wyróżnia się 3 poziomy profilaktyki, tzw. profilaktykę pierwszo-, drugo-, trzeciorzędową.

- 1) **Profilaktyka pierwszorzędowa** – obejmuje różnorodne działania kierowane do ogółu społeczeństwa wolnego od środków odurzających. Jej głównym celem zapobieganie inicjacji i wynikających z tego problemów alkoholowych czy narkomańskich. Celem jej jest zablokowanie możliwości pojawienia się tych problemów.
- 1) **Profilaktyka drugorzędowa** – skoncentrowana jest ona na osobach znajdujących się w tzw. grupach wysokiego ryzyka. Należą tutaj ci wszyscy, którzy już weszli w kontakt ze środkami odurzającymi, którzy są podani presji środowiskowej i działaniu wzorców odurzania się, którzy przejawiają zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym, kontaktach międzyludzkich czy wypełnianiu ról społecznych, które wreszcie przynależą do subkultur akceptujących używanie środków odurzających. Podstawowym celem tego rodzaju działań jest zapobieganie występowania u tych osób uzależnienia, a więc sprawianie, aby wycofały się one z odurzenia i nie weszły w fazę używania zależnego.
- 1) **Profilaktyka trzeciorzędowa** – skoncentrowana jest na osobach już uzależnionych od jednego lub nawet kilku środków odurzających. Celem stosowanych tutaj przedsięwzięć jest z jednej strony, likwidowanie u nich obawy przed kontaktem z profesjonalistą i podjęciem leczenia odwykowego, zaś z drugiej, zapobieganie temu, aby pacjent zaleczony (utrzymujący abstynencję) nie wrócił znowu do używania środków odurzających.

Nawiązując do przedstawionych wcześniej koncepcji definicyjnych profilaktyki, najogólniej można przyjąć, że wszystkie oddziaływania bez względu na sposób ich prowadzenia i kierunek oddziaływań, winny zmierzać do przeciwdziałania nadużywania środków odurzających, używania go przez dzieci i młodzież, a także winny zapobiegać skutkom problemów spowodowanych przez te środki.

Powyższy kompleksowy program profilaktyczny w zakresie alkoholizmu i narkomanii może być z powodzeniem adaptowany również do innych rodzajów uzależnień. Jego podstawową zaletą jest to, że swoim zasięgiem obejmuje nie tylko osobę uwikłaną w środki odurzające, ale również jej najbliższe otoczenie społeczne, głównie rodzinę.

Rozdział 8

Ogólna ocena stanu zagrożenia

Miasto i Gmina Mroczka jest jedną z gmin tworzących powiat nakielski a liczba jej mieszkańców waha się w okolicach 9300 osób, w tym miasto ok. 46 %, wieś ok. 54 %. Okresy przełomów, przekształceń i transformacji ustrojowych dotknęły również środowiska miasta i gminy. W okresie minionych lat uległo likwidacji wiele zakładów pracy, szczególnie PGR, które dominowały na terenie gminy z uwagi na jej charakter typowo rolniczy. Likwidacja i upadki przedsiębiorczości przyczyniły się do intensywnego wzrostu bezrobocia. Przedstawione wskaźniki bezrobocia na przestrzeni ostatnich lat wykazują, że bezrobocie utrzymuje się na poziomie powyżej 16 %. Prowadzone badania bezrobocia wykazują, że jest ono przyczyną powstawania wielu problemów społecznych, szczególnie patologii. Brak możliwości zarobku środków finansowych powodują biedę, w wielu przypadkach: ubóstwo rodzin, to z kolei staje się powodem szukania metod zastępczych do zaspokajania swoich i rodziny potrzeb. Przestępczość, kradzieże i rozboje indywidualne i w systemach zorganizowanych, brak umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysu, ucieczka do nadużywania i uzależnienia się od alkoholu i innych substancji odurzających, to tylko niektóre działania osób pozbawionych stałej pracy. W ostatnich latach teren Miasta i Gminy cechuje duża dysfunkcja jednostki i rodziny, która powstaje na skutek niskiego wykształcenia, braku kwalifikacji, zawodowych, braku umiejętności rozwiązywania przez siebie i rodzinę powstających problemów, braku przejawiania skutecznych inicjatyw w pozyskaniu lepszego jutra, choroby fizyczne i somatyczne, niepełnosprawność, uzależnienia. Dysfunkcyjność naszego środowiska potwierdzają dane statystyczne MGOPS. Na wspieranie osób i rodzin budżet ośrodka rocznie wynosi ok. 1 mln zł. Znaczny procent środowisk korzystających z pomocy społecznej to środowiska dotknięte problemem alkoholizmu oraz innych środków uzależniających.

Podstawowymi czynnikami wpływającym na rozwój uzależnień są:

- *czynniki biologiczne*, które odgrywają pewną rolę w powstawaniu uzależnień tzw. alkoholizm rodzin – dziedziczyć może biologiczne
- *czynniki społeczne*, rozpowszechnianie problemów związanych ze środkami uzależniającymi ma ścisły związek z obyczajowością i postawami społecznymi wobec picia alkoholu, a więc z czynnikami kulturowymi, szczególne znaczenie ma środowisko rodzinne, które może zarówno zwiększyć, jak i poprzez otworzenie korzystnych warunków do prawidłowego rozwoju swoich członków ograniczać, ryzyko uzależnień. Ważną rolę odgrywa również dostępność napojów alkoholowych tj. łatwość ich nabycia, niska cena, czy niewielkie ograniczenie ich sprzedaży.

- *czynniki psychologiczne*, mechanizmy, które warunkują zachowania człowieka, są ściśle związane z jego cechami osobowości. Większość demonstrowanych przez osoby uzależnione zachowań wynika z niedojrzałości emocjonalnej.
- *czynniki duchowe* – mówimy, że alkoholizm czy narkomania jest chorobą duchową, ponieważ w miarę jej rozwoju alkohol lub narkotyki stają się najważniejszą rzeczą w życiu, ośrodkiem szczególnej uwagi i obiektem relacji.

Przy pomocy środków odurzających podejmowane są próby opanowania lęku egzystencjalnego, zaspokojenia potrzeby odczuwania przyjaźni i ufności, potrzeby odczuwania znaczenia, celu, sensu i wartości życia.

Podane w dalszej części oceny sytuacji oraz załącznikach do niniejszego programu wskaźniki dot. środowiska Gminy Mrocza potwierdzają treści zawarte w części opisowej. W analizie i rozpoznawaniu są one generatorem szerzących się problemów alkoholizmu, narkomanii, nadużywania a w konsekwencji uzależnienia.

Wiele cennych informacji w celu ustalenia jak najbliższej prawdy diagnozy problemu narkomanii w środowisku Gminy Mrocza uzyskano porównując wyniki ogólnopolskie, wojewódzkie, powiatowe oraz lokalne, uzyskane między innymi w wyniku przeprowadzonych badań ankietowych społeczności lokalnej osób dorosłych oraz uczniów Gimnazjum im. Jana Pawła II w Mroczy. Pytania związane z ewentualnym pojawieniem się zjawiska narkomanii na terenie gminy zadano także licznym instytucjom działającym i funkcjonującym w naszym środowisku lokalnym, mającym w tym zakresie informacje „z pierwszej ręki”. Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawiają poniższe tabele.

Tab. nr 1: Hierarchia problemów społecznych

Hierarchia problemów społecznych (pow. 30 roku życia)	
bezrobocie	71%
Wzrost przestępczości	44%
alkoholizm	39%
narkomania	29%
zubożenie społeczeństwa	21%
kryzys rodziny	12%
zanieczyszczenie środowiska	11%
AIDS	6%
problemy mieszkaniowe	4%
kryzys norm moralnych	4%

Alkoholizm i narkomania postrzegane są jako jedne z ważniejszych zagrożeń (trzeci w hierarchii ważności). Gdy dodamy do tego zagrożenie narkomania (29% wskazań), otrzymamy pełny obraz tego, jak społeczność postrzega problemy związane z uzależnieniami. Przed podjęciem działań profilaktycznych w dziedzinie uzależnień warto jest zadać sobie pytanie, czy młodzież w ogóle dostrzega problemy wynikające z nadużywania alkoholu, a jeśli tak, to jak wysoko plasuje je w hierarchii zagrożeń. Oto tabela wyników:

Tab. nr 2: Rodzaje problemów społecznych

Rodzaj problemów społecznych	Uczniowie gimnazjum	Młodzież ponadgimnazjalna
bezrobocie	73%	73%
zanieczyszczenie środowiska	17%	15%
kryzys rodziny	18%	26%
wzrost przestępczości	30%	26%
alkoholizm	56%	6%
AIDS	22%	36%
zubożenie społeczeństwa	3%	21%
kryzys norm moralnych	5%	21%
narkomania	60%	31%
problemy mieszkaniowe	11%	10%

Jak widać z powyższych danych zarówno alkoholizm jak i narkomania znajdują się wśród największych, zdaniem młodzieży, zagrożeń społecznych.

Tab. nr 3: Obecność problemu w społeczeństwie, cz. I

Czy znasz osoby, które biorą narkotyki?	Uczniowie gimnazjum	Młodzież ponadgimnazjalna
Tak, znam	12%	10%
Znam więcej niż 1 osobę	35%	68%
Nie, nie znam	53%	21%

Zaskakujący jest wzrost liczby uczniów, którzy znają osoby biorące narkotyki w momencie zmiany środowiska szkolnego. Wraz ze zmianą środowiska szkolnego, wzrasta liczba uczniów, którzy znają osoby biorące narkotyki.

Tab. nr 5: Obecność problemu w społeczeństwie, cz. II

Czy osoby te uczęszczają do Twojej szkoły ?	Uczniowie gimnazjum	Młodzież ponadgimnazjalna
Tak	20%	26%
Nie	15%	26%
Znam osoby z mojej i poza nią	12%	21%

Tab. nr 6: Obecność problemu w społeczeństwie, cz. III

Czy kiedykolwiek miałeś kontakt z jakimiś środkami odurzającymi, z jakimi i ile razy je zażywałeś ?	Uczniowie gimnazjum	Młodzież ponadgimnazjalna
nie miałem kontaktu	84%	68%
miałem kontakt	16%	32%
Rodzaj narkotyków	gimnazjum l. os./% używających	młodzież ponadgimn. l. os./% używających
Środki nasenne, uspokajające (bez wiedzy lekarza)	8/14%	1/16%
Klej, rozpuszczalnik	4/7%	4/66%
Marihuana	14/25%	5/83%
Amfetamina	4/7%	4/66%
Morfina	-	-
Kokaina	-	1/16%
Ekstazy	3/5%	1/16%
LSD	-	1/16%
Grzybki halucynogenne	-	1/16%
Sterydy anaboliczne	5/8%	2/33%

Prawie, co piąty uczeń gimnazjum i co trzeci szkoły ponadgimnazjalnej przyznaje się do kontaktów ze środkami odurzającymi. Najczęściej używanymi środkami odurzającymi w obu grupach wiekowych jest marihuana. Wśród gimnazjalistów na drugim miejscu znajdują się środki nasenne i uspokajające, a wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych - amfetamina.

Tab. nr 7: Obecność problemu w społeczeństwie, cz. IV

Czy wg Ciebie wiedza o narkotykach i skutkach ich działania jest wśród młodzieży wystarczająca ?	TAK	NIE
Uczniowie Gimnazjum	48%	52%
Młodzież ponadgimnazjalna	26%	47%
Czy chciałbyś dowiedzieć się więcej o uzależnieniach ?	TAK	NIE
Uczniowie Gimnazjum	56%	44%
Młodzież ponadgimnazjalna	52%	47%

Należy podjąć działania zmierzające do wzbogacenia wiedzy uczniów nt. narkotyków i skutków ich działania.

Tab. nr 8: Źródła wiedzy

Źródło wiedzy	Uczniowie gimnazjum	Młodzież ponadgimnazjalna
Koledzy/koleżanki	7%	10%
Rodzice/opiekunowie	8%	10%
Nauczyciele	25%	10%
Pedagog/pielęgniarka szkolna	28%	26%
Osoby spoza szkoły prowadzące zajęcia	12%	15%
Kościół, katecheza	7%	-
Telewizor, radio	15%	10%
Prasa	9%	15%
Inne	-	5% internet

Co trzeci uczeń gimnazjum i szkoły ponadpodstawowej obdarza zaufaniem pedagoga i pielęgniarkę szkolną i traktuje ich, jako partnera do dyskusji na ważne i trudne tematy.

Tab. nr 9: Wskaźnik Ankieta na temat zagrożenia narkotykami wśród gimnazjalistów Próba badawcza 40 uczniów z klas III (listopad 2006 r.)

Lp	Pytania	Procentowe zestawienie w roku szkolnym 2005/2006	Procentowe zestawienie w roku szkolnym 2006/2007
1	Kiedy ostatnio rodzice rozmawiali z Tobą na temat uzależnienia od narkomanii? miesiąc temu rok temu nigdy	- - 58%	30% 10% 60%
2	Czy w Twoim domu są książki lub czasopisma, broszury dotyczące narkomanii? tak nie	- 64%	35% 65%
3	Jak sądzisz jaka byłaby reakcja Twoich rodziców na wiadomość, że masz problemy z narkotykami? nie pomogliby mi pomogłaby mi mama	- 7%	- 23%

	<p>pomógłby mi tata</p> <p>rodzice pojechaliby ze mną do ośrodka terapeutycznego</p> <p>zareagowałoby bardzo ostro (kłótnia)</p> <p>porozmawialiby ze mną</p>	<p>4%</p> <p>11%</p> <p>14%</p> <p>64%</p>	<p>18%</p> <p>35%</p> <p>53%</p> <p>48%</p>
4	<p>Czy w Twojej rodzinie spotkałeś się z problemem narkomanii?</p> <p>tak</p> <p>nie</p>	<p>10%</p> <p>-</p>	<p>13%</p> <p>87%</p>
5	<p>Czy Twoim zdaniem przemoc w rodzinie byłaby przyczyną zażycia narkotyku przez Twoich kolegów i koleżanki?</p> <p>tak</p> <p>nie</p>	<p>60%</p> <p>-</p>	<p>50%</p> <p>50%</p>
6	<p>Czy w szkole podczas godzin wychowawczych omawiano zjawisko narkomanii?</p> <p>nie wiem</p> <p>nie pamiętam</p> <p>1 raz</p> <p>są cykliczne lekcje dotyczące uzależnień</p>	<p>4%</p> <p>32%</p> <p>14%</p> <p>50%</p>	<p>13%</p> <p>38%</p> <p>15%</p> <p>35%</p>
7	<p>Co według Ciebie oznacza słowo „profilaktyka”?</p> <p>działania mające na celu chronić młodych ludzi przed zagrożeniem</p> <p>pomaganie i wspieranie ich w sytuacjach kryzysowych</p> <p>rozpoznanie zagrożeń rozwojowych i przygotowanie jednostki i jej środowiska do skutecznego radzenia sobie z nimi</p> <p>inne</p>	<p>60%</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>58%</p> <p>20%</p> <p>35%</p> <p>3%</p>
8	<p>Co mogłaby mieć na celu działalność profilaktyczna w Twojej szkole?</p> <p>dostarczyć wiedzy o zagrożeniach</p> <p>rozwijanie umiejętności psychospołecznych</p> <p>kształtowanie systemu wartości</p> <p>wychowanie zdrowotne</p> <p>inne</p>	<p>68%</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>65%</p> <p>18%</p> <p>13%</p> <p>8%</p> <p>5%</p>
9	<p>Gdy masz kłopoty z nauką, do kogo w szkole zwracasz się o pomoc?</p> <p>Uszereguj w skali ważności od 1 do 4</p> <p>do wychowawcy</p> <p>do pedagoga szkolnego</p> <p>do kolegów</p> <p>do pielęgniarki</p> <p>nie mam takiej osoby</p>	<p>II</p> <p>III</p> <p>I</p> <p>IV</p> <p>-</p>	<p>II</p> <p>III</p> <p>I</p> <p>IV</p> <p>20%</p>
10	<p>Czy w szkole masz dostęp do materiałów edukacyjnych na temat narkomanii? (ulotki, broszury itp.)</p> <p>tak</p> <p>nie</p> <p>nie wiem</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>37%</p> <p>10%</p> <p>53%</p>
11	<p>Czy w szkole lub w jej otoczeniu możesz łatwo zaopatrzyć się w środki odurzające?</p> <p>tak mogę</p> <p>nie</p> <p>nie wiem</p>	<p>21%</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>15%</p> <p>23%</p> <p>62%</p>
12	<p>Czy rozmawiasz z kolegami o narkotykach?</p> <p>nie rozmawiamy</p> <p>rzadko</p> <p>bardzo często</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>7%</p>	<p>43%</p> <p>50%</p> <p>7%</p>
13	<p>Czy Twoi najbliżsi koledzy biorą narkotyki?</p>		

	tak nie nie wiem	- - 7%	7% 53% 40%
14	Czy uważasz, że tylko dzięki narkotynom możesz dobrze się bawić, być „na luzie”? tak nie nie wiem	- - -	- 83% 17%
15	Czy Jesteś gotowy ryzykować własne zdrowie za cenę, akceptacji kolegów? bezwzględnie zawsze niekiedy nie nie wiem	- 13% - -	- 13% 77% 10%
16	Czy uważasz, że całkowicie można zapanować nad sytuacją, że tylko Ty decydujesz czy wziąć narkotyki czy nie? tak nie nie wiem	71% - -	55% 20% 25%
17	Czy spędzając wolny czas z kolegami unikasz towarzystwa osób zażywających środki odurzające? tak nie nie zwracam na to uwagi	50% 11% 39%	40% 20% 40%
18	Jak zareagowałbyś na wiadomość, że wśród osób z którymi się spotykasz, są osoby zażywające środki uzależniające? jest mi to obojętne imponuje mi to kończę znajomość inne (pomagam skończyć z nałogiem)	43% - 25% 32%	40% - 20% 40%
19	Czy masz łatwy dostęp do narkotyku? tak nie	25% -	20% 80%

Narkomania postrzegana jest przez młodzież ankietowaną, jako 2 po bezrobociu problem społeczny.

Jak wynika z analizy ankiet przeprowadzonych wśród młodzieży zdecydowanie wzrasta używanie, rozpowszechnianie i zainteresowanie narkotykami w okresie zmiany środowiska szkolnego. Pomimo realizowania licznych programów edukacyjno-profilaktycznych młodzież szkolna wykazuje niedosyt wiedzy nt. rozpowszechniania i skutków działania narkotyków.

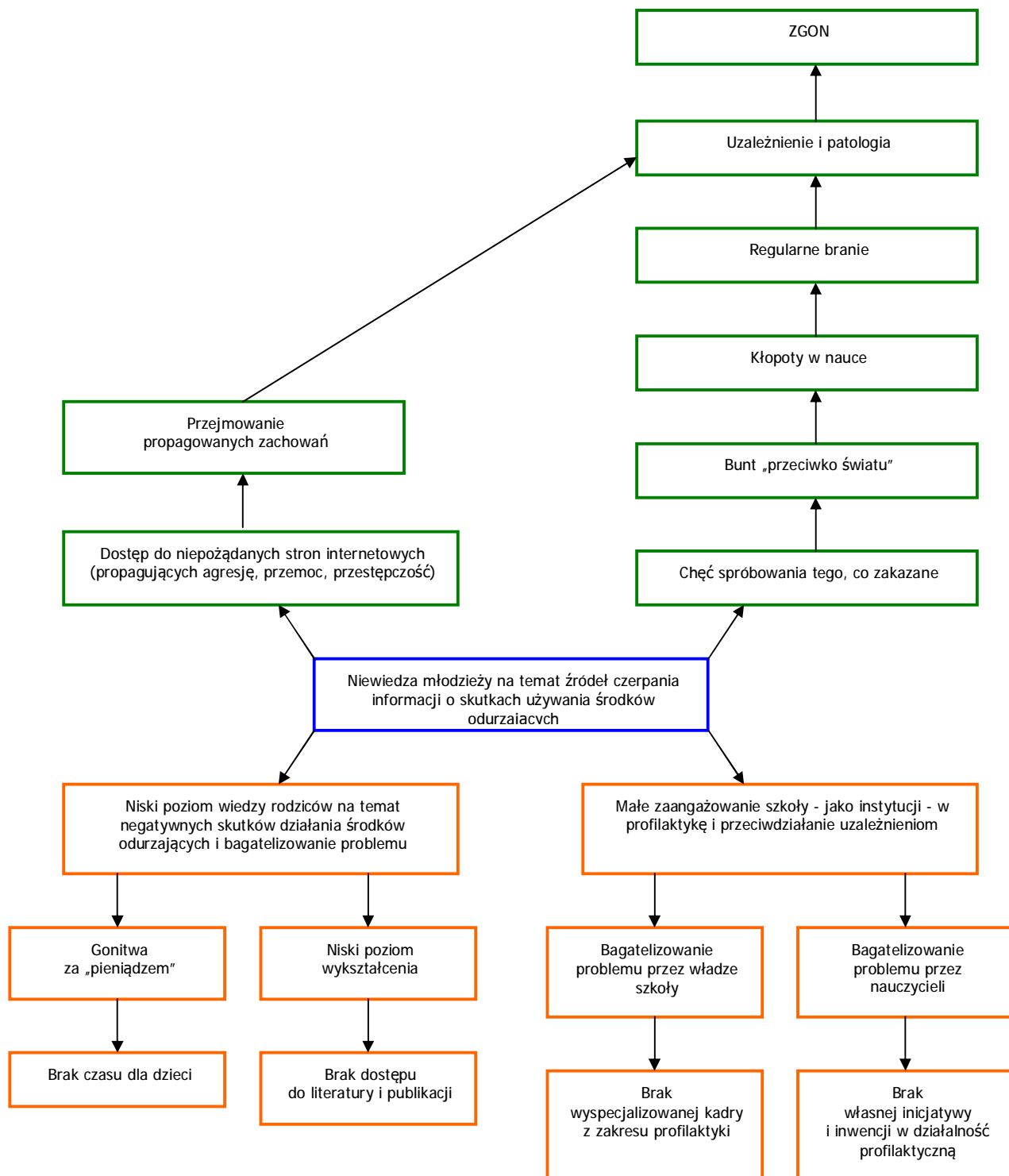
W trakcie zbierania danych z różnych instytucji zobowiązanych do działań w obszarze narkomanii okazało się, że część z nich nie posiada informacji nt. narkomanii, część ignoruje ten problem, w niektórych instytucjach widoczny jest brak przygotowania merytorycznego pracowników w zakresie zapobiegania narkomanii. Przeprowadzenie diagnozy pozwoliło na ustalenie miejsc, gdzie najczęściej można zdobyć narkotyki.

Zdaniem pedagogów bardzo niska jest wiedza rodziców nt. zapobiegania narkomanii, rozpoznawania sygnałów mogących świadczyć o zażywaniu narkotyków przez ich dzieci.

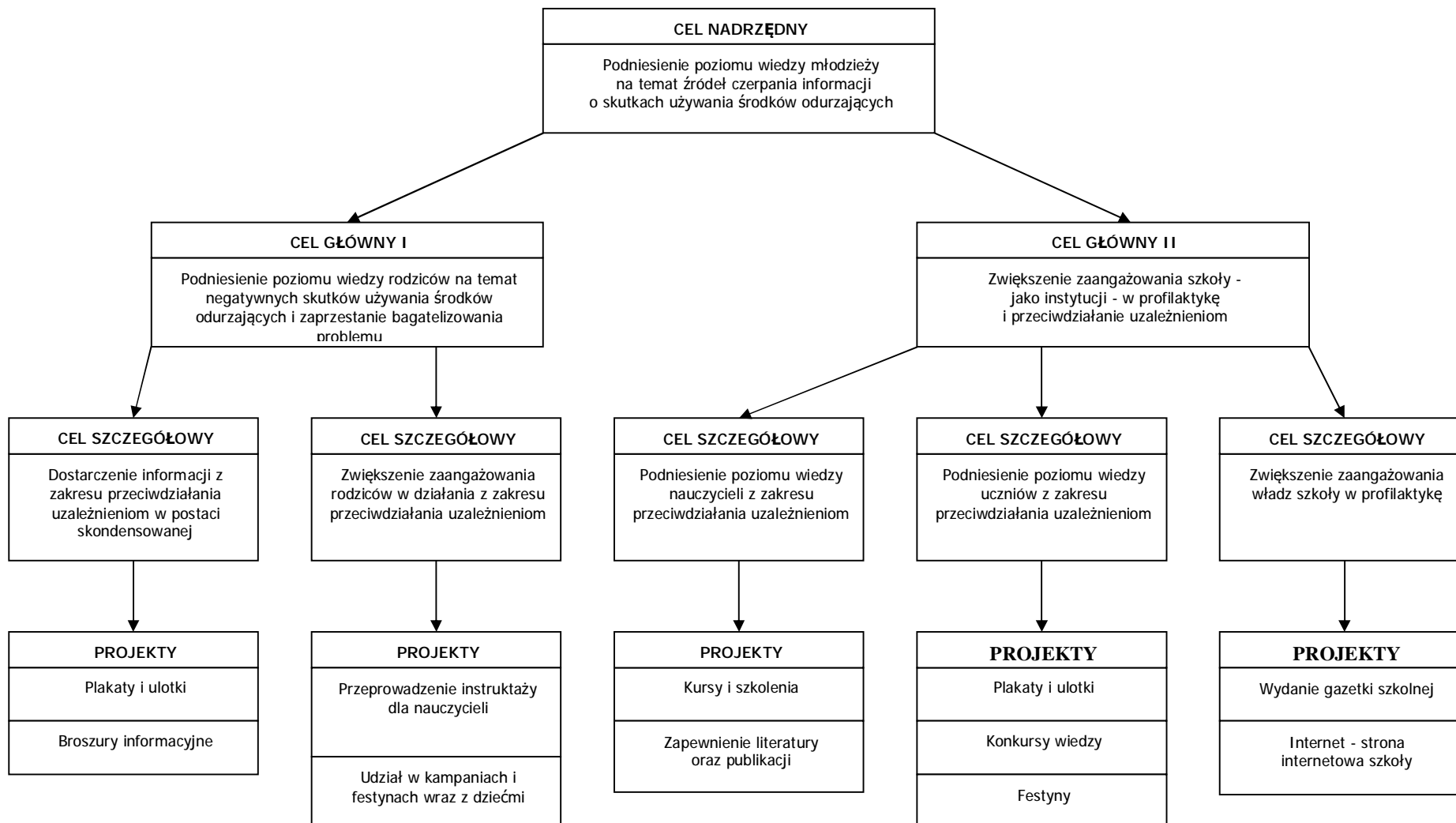
Rozdział 9

Wieloletnie cele główne i szczegółowe programu o raz kierunki działań

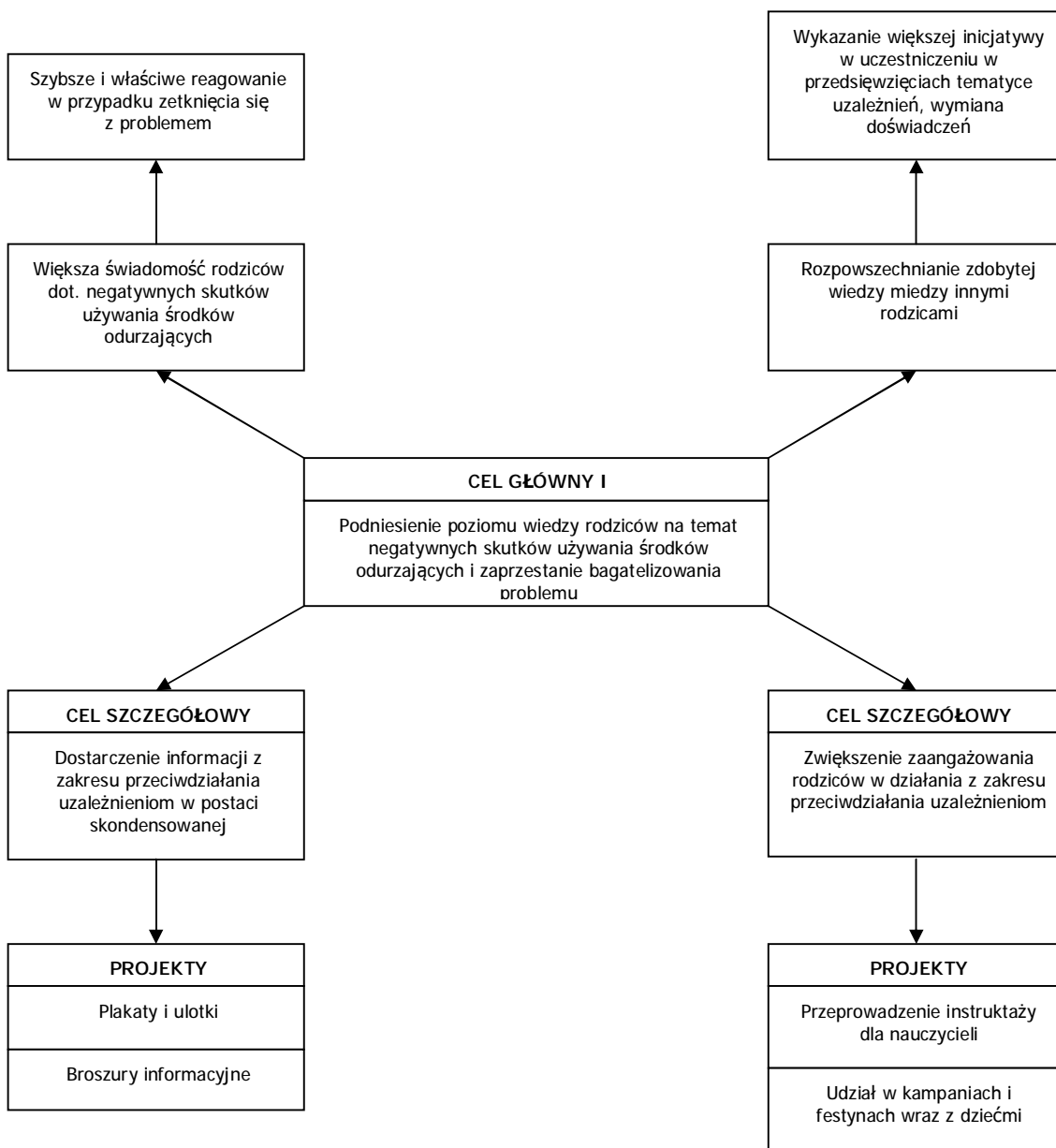
DRZEWO PROBLEMÓW



DRZEWO CELÓW



CEL GŁÓWNY I



CEL GŁÓWNY II

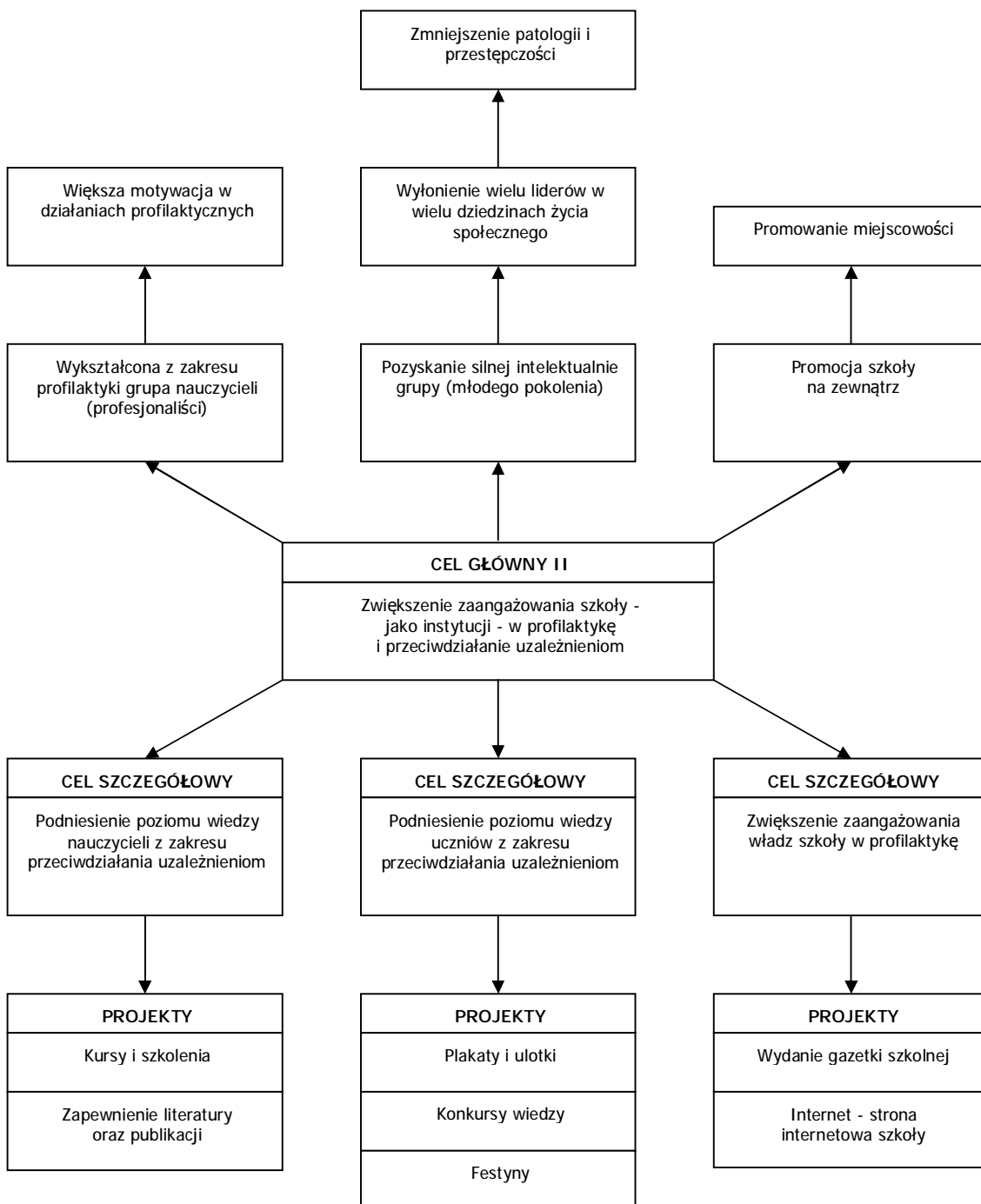


TABELA 1

	Opis	Wskaźniki	Źródła weryfikacji
Cel główny	Podniesienie poziomu wiedzy rodziców na temat negatywnych skutków używania środków odurzających i zaprzestanie bagatelizowania problemu	Wynik ankiety	Ankieta
Cel szczegółowy 1	Dostarczenie informacji z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom w postaci skondensowanej	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba posiadanych materiałów edukacyjnych w domu - Liczba wypożyczonych książek 	<ul style="list-style-type: none"> - Materiały edukacyjne - Biblioteka
Rezultaty	<ul style="list-style-type: none"> - Poszerzenie informacji rodziców na temat negatywnych skutków używania środków odurzających - Zwiększenie zaangażowania rodziców w problematykę uzależnień - Zwiększenie świadomości o istniejących zagrożeniach - Spowodowanie szybszej i właściwej reakcji w przypadku zauważenia faktu kontaktu dziecka z używkami i środkami odurzającymi 	Liczba działań	Działania rodziców
Projekt 1 (zadanie)	Plakaty, ulotki	Liczba rozprowadzonych egz.	Plakaty i ulotki
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt plakatów i ulotek - Wykonanie plakatów i ulotek - Rozpowszechnienie plakatów i ulotek 	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba materiałów w rozbiciu na tematy - Ilość wydrukowanych plakatów i ulotek - Obszar, na jakim zostały rozprowadzone 	<ul style="list-style-type: none"> - Zdefiniowanie tematyki materiałów - Drukowanie - Zaangażowanie pracowników socjalnych, sołtysów, wolontariuszy w rozpowszechnianiu
Projekt 2 (zadanie)	Broszury informacyjne	Liczba rozprowadzonych egz.	Broszura informacyjna
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Przygotowanie treści broszury - Wykonanie broszury - Rozpowszechnianie broszury 	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba broszur w rozbiciu na podtematy - Liczba wydrukowanych broszur - Obszar, na którym zostały rozprowadzone 	<ul style="list-style-type: none"> - Materiały dot. profilaktyki - drukowanie - Zaangażowanie pracowników socjalnych, sołtysów, wolontariuszy w rozpowszechnianiu

TABELA 2

	Opis	Wskaźniki	Źródła weryfikacji
Cel główny	Podniesienie poziomu wiedzy rodziców na temat negatywnych skutków używania środków odurzających i zaprzestanie bagatelizowania problemu	Wynik ankiety	Ankieta
Cel szczegółowy 1	Zwiększenie zaangażowania rodziców w działania z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom	– Wynik ankiety – Liczba odbytych rozmów	– Ankieta – Rozmowy z dziećmi
Rezultaty	Czynny udział rodziców w działaniach profilaktycznych	Lista obecności	– Udział w szkoleniach – Udział w instruktażach
Projekt 1 (zadanie)	Przeprowadzenie instruktaży dla nauczycieli	Liczba uczestników	Dziennik
Podstawowe aktywności operacyjne	– Przeszkolenie grupy nauczycieli – Wyłonienie „specjalisty	– Ilość uzyskanych certyfikatów – Ocena z egzaminu	– Kursy – Egzamin kwalifikacyjny
Projekt 2 (zadanie)	Udział w kampaniach i festynach wraz z dziećmi	Liczba biorących udział	- karta zgłoszeń - konkurs wiedzy
Podstawowe aktywności operacyjne	– Zaangażowanie M-G Ośrodka Kultury i Rekreacji – Zaangażowanie organizacji pozarządowych – Zgoda władz lokalnych na przeprowadzenie festynów	– Ilość wysłanych zaproszeń – Uzyskanie zgody na przeprowadzenie festynów	– Zaproszenia – Wniosek do władz lokalnych o wyrażenie zgody na przeprowadzenie festynów

TABELA 3

	Opis	Wskaźniki	Źródła weryfikacji
Cel główny	Zwiększenie zaangażowania szkoły jako instytucji w profilaktykę przeciwdziałania uzależnieniom	Wynik ankiety	Ankieta
Cel szczegółowy 1	Podniesienie poziomu wiedzy nauczycieli z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom	Wynik ankiety	Ankieta
Rezultaty	<ul style="list-style-type: none"> - Wzrost wiedzy nauczycieli - „Wytworzenie” grupy specjalistów z dziedziny uzależnień - Zwiększenie motywacji do własnych inicjatyw z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom 	Ocena	Test
Projekt 1 (zadanie)	Kursy i szkolenia	Liczba uczestników	Dziennik
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Pozyskanie „trenera” - Przeprowadzenie kursów i szkoleń 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista obecności - Ocena końcowa 	<ul style="list-style-type: none"> - Dziennik - Egzamin
Projekt 2 (zadanie)	Zapewnienie literatury oraz publikacji	Ilość wypożyczonych pozycji	<ul style="list-style-type: none"> - Biblioteka - Czytelnia
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Analiza materiałów dostępnych na rynku - Systematyczny zakup literatury i publikacji 	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba zakupionej literatury i publikacji 	<ul style="list-style-type: none"> - Literatura i publikacje

TABELA 4

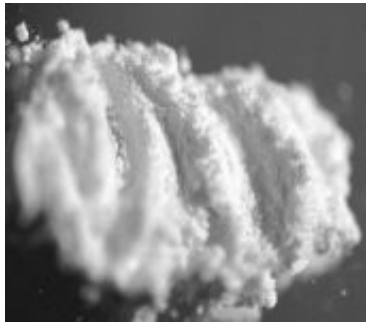
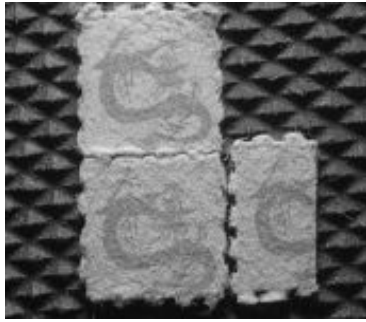


	Opis	Wskaźniki	Źródła weryfikacji
Cel główny	Zwiększenie zaangażowania szkoły jako instytucji w profilaktykę przeciwdziałania uzależnieniom	Wynik ankiety	Ankieta
Cel szczegółowy 1	Podniesienie poziomu wiedzy uczniów z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom	Ocena	Test
Rezultaty	<ul style="list-style-type: none"> - Poszerzenie informacji uczniów w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom - Pozyskanie silnej intelektualnie grupy (młodego pokolenia) - Wyłonienie wielu liderów w wielu dziedzinach życia społecznego - Zmniejszenie patologii i przestępczości 	Liczba działań Wynik ankiety	Zaangażowanie uczniów Ankieta
Projekt 1 (zadanie)	Plakaty, ulotki	Liczba rozprawdzonych egz.	Plakaty i ulotki
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt plakatów i ulotek - Wykonanie plakatów i ulotek - Rozpowszechnienie plakatów i ulotek 	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba materiałów w rozbiu na tematy - Ilość wydrukowanych plakatów i ulotek - Obszar, na jakim zostały rozprawdzone 	<ul style="list-style-type: none"> - Zdefiniowanie tematyki materiałów - Drukowanie - Zaangażowanie pracowników socjalnych, sołtysów, wolontariuszy w rozpowszechnianiu
Projekt 2 (zadanie)	Konkurs wiedzy	Ilość szkół biorących udział	Zasięg
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Przygotowanie pytań - Ogłoszenie konkursu i zapisy chętnych - Przeprowadzenie konkursu 	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba uczestników - Wynik testu 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista uczestników - Test
Projekt 3	Festyny	Ilość festynów	Wydane decyzje władz lokalnych na przeprowadzenie festynów
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Zaangażowanie M-G Ośrodka Kultury i Rekreacji - Zaangażowanie organizacji pozarządowych - Zgoda władz lokalnych na przeprowadzenie festynów 	<ul style="list-style-type: none"> - Ilość wysłanych zaproszeń - Uzyskanie zgody na przeprowadzenie festynów 	<ul style="list-style-type: none"> - Zaproszenia - Wniosek do władz lokalnych o wyrażenie zgody na przeprowadzenie festynów

TABELA 5

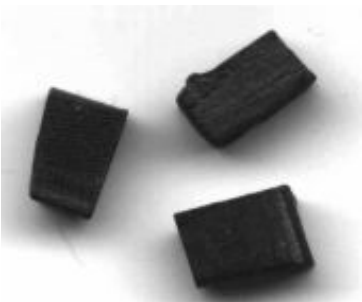
	Opis	Wskaźniki	Źródła weryfikacji
Cel główny	Zwiększenie zaangażowania szkoły jako instytucji w profilaktykę przeciwdziałania uzależnieniom	Wynik ankiety	Ankieta
Cel szczegółowy 1	Zwiększenie zaangażowania władz szkoły w profilaktykę	Liczba działań	Zaangażowanie pedagoga, władz szkoły
Rezultaty	<ul style="list-style-type: none"> - Wzrost wiedzy nauczycieli - Zwiększenie renomy szkoły i jej promocja - Promocja miejscowości 	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba nauczycieli - Liczba działań 	<ul style="list-style-type: none"> - Działania podejmowane przez nauczycieli
Projekt 1 (zadanie)	Wydanie gazetki szkolnej	Ilość sprzedanych gazetek szkolnych	Gazetka szkolna
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt gazetki - Wydruk - Rozprowadzenie 	<ul style="list-style-type: none"> - Ilość wydrukowanych egz. - Obszar, na jakim zostały rozprowadzone 	<ul style="list-style-type: none"> - Drukowanie - Zaangażowanie w rozprowadzanie
Projekt 2 (zadanie)	Internet - strona internetowa szkoły	Sprawozdania, raporty	Zaangażowanie władz lokalnych
Podstawowe aktywności operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - Przygotowanie strony - Aktualizacja - Powiązanie strony szkoły ze stroną UMIG w Mroczy 	<ul style="list-style-type: none"> - Liczba uczniów, którzy włączyli się w pracę nad stroną - Liczba uczniów czuwających nad stroną oraz liczba aktualizacji - Liczba odwiedzin strony 	<ul style="list-style-type: none"> - Włączenie uczniów w przygotowanie projektu strony - Przekazanie aktualizowania uczniom - Odwiedziny strony

Rozdział 9

Katalog używek

Heroina 	EFEKT UŻYCIA <ul style="list-style-type: none">- ospałość- hamuje centralny układ nerwowy- wywołuje euforię- działa destrukcyjnie na mózg
LSD 	EFEKTY UŻYCIA <p>problemy z zachowaniem równowagi i mówieniem</p> <ul style="list-style-type: none">- zła ocena odległości oraz własnych umiejętności- depersonalizacja- uczucie nacisku na klatkę piersiową (ciasny sweterek)- bezsensowność- złe podróże (bad trip) stany charakteryzujące się m.in. poczuciem utraty zmysłów, halucynacjami o bardzo przerażającej treści, nieprzyjemnymi doznaniem dotyczącymi własnego ciała)
Marihuana 	EFEKTY UŻYCIA <ul style="list-style-type: none">- skłonność do ulegania sugestiom- zagubienie- nieracjonalne myśli- zwiększone napięcie- pogorszenie pamięci- przyspieszone tętno- zawroty głowy- niepokój i napięcie- apatia- lęki i urojenia
Ecstasy 	EFEKTY UŻYCIA <ul style="list-style-type: none">- wzrost temperatury ciała- wzmożenie odruchów- szczękościsk- nudności i wymioty- odwodnienie- napięcie emocjonalne- depersonalizacja- niepokój mogący przerodzić się w panikę- nadwrażliwość na bodźce z zewnątrz- poczucie utraty kontroli- nieprzyjemne halucynacje i depresja

Haszysz



EFEKTY UŻYCIA

- zmniejszenie czynników motywacyjnych
- apatia i wypalenie emocjonalne
- postawa obronna i wycofująca
- przesunięcie granicy bólu
- osłabienie i potliwość

Metaamfetamina



EFEKTY UŻYCIA

- drażliwość i agresywność
- formikacje (wrażenie obecności insektów na skórze)
- przymglona świadomość
- suchość w ustach
- jadłowstręt

Amfetamina



ZEWNĘTRZNE OZNAKI UŻYWANIA AMFETAMINY

- nerwowość, drażliwość
- rozszerzone źrenice w nikłym stopniu reagujące na światło
- kłopoty ze snem
- wahania nastroju od euforii do depresji
- nadmierne poczucie pewności lub nieuzasadniony strach
- znaczne ubytki wagi ciała (przy długotrwałym używaniu)

Kokaina



EFEKTY UŻYCIA

- brak krytycyzmu co do własnych możliwości i zachowań
- niepokój i napięcie
- bezsenność
- załamanie nerwowe
- urojenia o nieprzyjemnej treści

Grzyby i kaktusy



EFEKTY UŻYCIA

- halucynacje
- zwiększenie wrażliwości optycznej i słuchowej
- brak kontaktu z otoczeniem
- uczucie opuszczenia ciała
- bierność i obojętność na sygnały
- prowadzenie rozmów z wymaginywanymi osobami

Leki



EFEKTY UŻYCIA

Małe dawki: przyjemne stany relaksacji, podobne do sennego marzenia.

Większe dawki:

- przyćmienie świadomości
- pogorszenia zdolności dokonywania oceny
- silna senność
- zlewanie się mowy
- utraty koordynacji ruchów
- czasami mogą spowodować reakcje paradoksalne

Inhalanty



EFEKTY UŻYCIA

- zapalenie spojówek
- gadatliwość
- nadwrażliwość na światło
- kichanie i kaszel
- ożywienie i podniecenie
- euforia z tendencją do fantazjowania;
- omamy i halucynacje
- zamglone widzenie
- dzwonięcie w uszach

Alkohol



EFEKTY UŻYCIA

- gadatliwość
- ożywienie i podniecenie
- euforia z tendencją do fantazjowania;
- zamglone widzenie
- zlewanie się mowy
- utraty koordynacji ruchów

Papierosy/Nikotyna



EFEKTY UŻYCIA

Układ sercowo-naczyniowy:

- miażdżycza naczyń krwionośnych
- nadciśnienie tętnicze
- choroba niedokrwienna serca
- zawał serca
- tętniak aorty

Układ oddechowy:

- przewlekłe zapalenie oskrzeli
- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)
- astma oskrzelowa
- podatność na zakażenia bakteryjne i wirusowe
- gruźlica

Rozdział 11

Podsumowanie

Człowiek posiada tzw. Ośrodkowy Układ Nerwowy. Układ ten jest zbudowany z milionów komórek nerwowych. Nazywają się one neuronami. Są one odpowiedzialne za funkcje biologiczne i psychiczne. Komórki te (neurony) w odróżnieniu od innych komórek naszego organizmu nie posiadają zdolności odradzania się. Neuron raz uszkodzony nigdy nie zostanie naprawiony. Ginie nieodwracalnie. Wszystkie używki i środki odurzające uszkadzają komórki Centralnego Układu Nerwowego. Kolejność "ginięcia" neuronów nie jest uzależniona od ich "wykorzystania", przypomina raczej pod tym względem "rosyjską ruletkę". Może zginąć zarówno grupa neuronów odpowiadająca za niewielkie funkcje, ale mogą zginąć także neurony odpowiedzialne za ważne funkcje życiowe takie, jak np. oddychanie, mowę, pracę nerek itp. Istnieje wiele różnych sposobów używania środków odurzających. Można je zażywać doustnie, wdychać, palić lub wstrzykiwać. Poza ich szkodliwym wpływem na Centralny Układ Nerwowy, mogą powodować trwałe zmiany w nosie, gardle, płucach i nerkach. Ponadto narkotyki w większości powodują całkowitą utratę łaknienia. Prowadzi to do pozbawienia zdolności obronnych organizmu. Nawet najdrobniejsze przeziębienie może zakończyć się śmiercią. Nie trzeba wspominać o takich chorobach jak AIDS, czy choćby sam wirus HIV, oraz o kosztach związanych z ich używaniem - szczególnie zażywaniem narkotyków. Ocenia się, że osoba uzależniona musi miesięcznie wydawać na narkotyki 2000 - 4000 PLN. Dosyć ciężko jest zarobić tyle pieniędzy, szczególnie mając 15-16 lat. Początkowo, „dzieciak” wydaje swoje kieszonkowe, następnie zaczyna sprzedawać ubrania, wnosić z domu różne rzeczy, sprzęt, itp. Gdy nawet to nie wystarcza zaczyna kraść, dziewczęta łądują na ulicy. Najlepszym sposobem jest, więc wciągnąć w nałóg kolegów, i inne dzieciaki. Początkowo narkotyki rozdaje się za darmo, czasem nie mówiąc nawet, iż jest to narkotyk. Gdy „dzieciak”, wejdzie w to, zaczyna się właściwa sprzedaż. W ten sposób ma się pieniądze na własną działkę narkotyku.

1. Środki odurzające powodują degradację moralną:

- utratę wartości moralnych
- utratę godności
- przestępczość

- prostytutkę
 - morderstwa
 - sprzedaż narkotyków kolegom
2. Środki odurzające degradują psychicznie. Powodują:
- agresję i drażliwość
 - nieprawidłowy rozwój osobowości
 - utratę hamulców moralnych
 - zaburzenia emocjonalne
 - niedostosowanie społeczne oraz degradację intelektualną:
 - § trudności w logicznym myśleniu
 - § spowolnienie toku myślenia
 - § zaburzenia pamięci
 - § brak wytrwałości w realizowaniu zamierzonych celów
 - § trudności w pracy lub nauce
3. Powody, dla których młodzież sięga po środki odurzające:
- zbyt duże wymagania (nieadekwatne do umiejętności dziecka)
 - patologie w rodzinie, oraz konflikty z domownikami
 - niedojrzałość emocjonalna - rozwój biologiczny szybszy od emocjonalnego
 - uwarunkowania genetyczne - zetknięcie z danym środkiem powoduje natychmiastowe uzależnienie
 - niekonsekwencja rodziców
 - ustępstwa
 - wpędzanie w poczucie winy
 - chłód względem dziecka.
4. Przyczyny, dla których sięga się po środki odurzające po raz pierwszy:
- Potrzeba akceptacji (np. przez kolegów)
 - Chęć zwrócenia na siebie uwagi
 - Obrona własna (bo jak nie wezmę to mnie pobiją)
 - Ciekawość
 - Modelowanie zachowań przez innych
 - Nuda
 - Chęć podjęcia ryzyka
 - Presja grupy (nie będę mięczakiem!)
 - Bunt przeciw dotychczasowym wartościom
 - Naśladowanie (postaci z bajek, filmów; kolegi z podwórka)
5. Jak rozpoznać, że dziecko używa środki odurzające:
- Słabo uczące się, nieśmiałe dziecko, zaczyna dużo mówić, nabiera odwagi, staje się krnąbrne
 - może zażywać amfetaminę.
 - Zwężone sztywno źrenice - opiaty.
 - Lekko rozszerzone źrenice - środki uspokajające, marihuana, amfetaminy.
 - Przyspieszony tok myślenia, słowotok, gwałtowne ruchy, nienaturalnie szybkie - amfetamina.

- Nieobecność, bycie w innym świecie - halucynogeny.
- Zmiana lub poszerzenie grona znajomych.
- Drażliwość, wybuchowość, wrogie nastawienie do otoczenia, nieposłuszeństwo.
- Zaniedbywanie obowiązków domowych.
- Nieporządek w pokoju (lub nagły "błysk")
- Stałe ukrywanie czegoś przed domownikami (skrytki).
- Zakaz wstępu rodziców do pokoju dziecka.
- Częste wietrzenie pokoju, odświeżacze do powietrza.
- Częste spóźnianie się.
- Niepowodzenia w szkole (wagary).
- Nagłe wyjścia z nowymi znajomymi.
- Częste, krótkie telefony (możliwość handlu narkotykami)
- Kolekcjonowanie emblematów związanych z subkulturami młodzieżowymi (pacyfki, listki marihuany itd.).
- Ślady kleju na ubraniu.
- Drobne szare ziarenka, lub tytoń w kieszeniach.
- Napisy w stylu - "THC" "Legalize Cannabis".
- Objadanie się lub zaniechanie jedzenia, czasami bardzo nieregularne.
- Spadek wagi ciała.
- Zaburzenia snu.
- Drobne kłamstwa.
- Zwiększone zapotrzebowanie na pieniądze.
- Wynoszenie z domu rzeczy (ubrań, płyt, kaset itp.).
- Używanie slangu.
- Bełkotliwa, niespójna mowa.
- Nagłe wybuchy agresji.
- Apatia lub senność.
- Ślady po nakłuciach igłą.
- Czasami - ostry, "chemiczny" zapach potu.

Pojawienie się tych oznak, może oznaczać, iż nasze dziecko ma kłopoty ze środkami odurzającymi, ale może być związane np. z dorastaniem, narastającymi kłopotami w życiu codziennym itp. Gdy jednak zaobserwujemy którąś z tych oznak, są one notoryczne, czy jest ich wiele - można skontaktować się z którąś z poradni, lub kupić w aptece test na wykrywanie środków odurzających w organizmie.

6. Aby ustrzec dziecko przed uzależnieniem, rodzice powinni:

- Być przykładem do naśladowania (np. nie pić przy dziecku napoi alkoholowych (w tym piwa), nie palić),
- Często rozmawiać z dziećmi,
- Nie bać się tematów tabu, ale dostosowywać je do wieku i stanu rozwojowego dziecka,
- Nie porównywać go z innymi dziećmi,
- Słuchać z uwagą, co dziecko ma nam do powiedzenia,

- Zauważać i doceniać to, co dziecko robi dobrze,
- Nie zezwalać na zbyt długie oglądanie telewizji,
- Jeśli dziecko lubi gry komputerowe, polegające na walczeniu, zabijaniu przeciwników itp. wytłumaczyć, że w życiu panują inne reguły gry (życie nie jest grą!),
- Nie przyzwyczajając go do używek (typu: piwo, wino, mocna kawa),
- Znać kolegów, z jakimi się zadaje, (co to za dzieci, z jakich domów pochodzą),
- Nauczyć dziecko, by nie wracało zbyt późno do domu, Krytykować zachowanie, nie osobę,
- Uczyć go odpowiedzialności za własne czyny!

BIBLIOGRAFIA

- § T. Hanausek, W. Hanausek: Narkomania. Studium Kryminologiczno Kryminalistyczne. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1976.
- § K. Frieske, R. Sobiech: Narkomania. Interpretacje problemu społecznego. IWZZ, Warszawa 1987.
- § A. Stankowski: Narkomania - narkotyki - narkomani .Wybrane zagadnienia. UŚ, Katowice 1988.
- § A. Stankowski: Narkomania - narkotyki - narkomani .Wybrane zagadnienia. UŚ Katowice 1988.
- § E. Łuczak: Zjawisko uzależnień wśród młodzieży w Polsce W: Problemy zagrożenia młodzieży uzależnieniem . MEN, W-wa 1989.
- § E. Łuczak: Narkomania jako problem społeczny. Wydawnictwo ART, Olsztyn 1995.
- § M. Kotański: Ty zaraziłeś ich narkomanią. PZWL, Warszawa 1984.
- § Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70 poz. 473)
- § Ustawa z dn. 26 października 2000 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 103, poz. 1097).
- § Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r. Nr 179 poz. 1485)
- § B. Gomzar: „Ta zaćpana ustawa”, NIE nr 37/2002
- § Broszura „Jak uchronić dziecko od narkotyków?”
- § www.narkomania.gov.pl,

Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Miasta i Gminy Mrocza na rok 2008

1. Diagnoza sytuacji w Gminie Mrocza

Tab. nr 1: Stan problemów alkoholowych w Gminie Mrocza na dzień 31.12.2007 r.

Ilość punktów sprzedaży napojów alkoholowych w gminie w latach	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Do 4,5 %	45	46	56	37	42	38	38	37
Do 18 %	32	35	36	28	32	29	27	29
Powyżej 18 %	16	20	18	14	14	17	15	18

Ustalono maksymalną liczbę punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5% (z wyjątkiem piwa):

- przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży – 36; obecnie jest - 25
- przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży – 14; obecnie jest - 4

Tab. nr 2: Ilość punktów sprzedaży alkoholu na terenie Miasta i Gminy Mrocza na dzień 31.12.2007r.

	Miasto				Wieś				Razem			
	2006				2006				2006			
	P	WI	W	R	P	WI	W	R	P	WI	W	R
Liczba punktów sprzedaży	15	12	12	39	22	17	6	45	37	29	18	84

Tab. nr 3: Statystyka stałych lub czasowych mieszkańców wg płci i wieku, na dzień 31.12.2007r.

Wiek	Wieś			Miasto			Razem Gmina		
	K	M	R	K	M	R	K	M	R
0 – 6	221	215	436	150	192	342	371	407	778
7 – 15	338	357	695	252	271	523	590	628	1218
16 – 18	130	146	276	97	113	210	227	259	486
19 – 60	1433	-	1433	1310	-	1310	2743	-	2743
19 – 65	-	1656	1656	-	1416	1416	-	3072	3072
pow.60	351	-	351	310	-	310	661	-	661
pow.65	-	174	174	-	142	142	-	316	316
Razem	2473	2548	5021	2119	2134	4253	4592	4682	9274

Tab. nr 4: Wskaźnik bezrobocia w Mieście i Gminie Mrocza na dzień 31.12.2007r.

Wyszczególnienie	Liczba bezrobotnych		Z prawem do zasiłku		Bez prawa do zasiłku	
	ogółem	kobiety	ogółem	kobiety	ogółem	kobiety
Obszar wiejski	519	344	77	25	442	319
Miasto	402	257	74	27	328	230
Ogółem	921	601	151	52	770	549

(dane podane przez PUP w Nakle nad Notecią).

Tab. nr 5: Przestrzeganie prawa i porządku publicznego pod wpływem alkoholu (Straż Miejska)

L.p.	Wyszczególnienie	Ilość interwencji							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1.	Porządek i spokój publiczny	29	39	63	97	89	97	67	35
2.	Awantury domowe	25	41	45	69	82	88	96	41
3.	Bezpieczeństwo w komunikacji	23	18	7	18	23	12	25	21
4.	Konwoj do izby Wyrzeźwień (wspólnie z Policją)	16	11	27	38	55	50	57	22
5.	Odwiezenie do miejsca zamieszkania	-----	-----	-----	-----	-----	20	11	17
6.	RAZEM	98	109	142	222	249	267	256	136

W ramach działań Straż Miejska w okresie 12 miesięcy 2007 r. podejmowała 136 razy interwencje związane z nadużywaniem alkoholu.

Tab. nr 6: Przestrzeganie prawa i porządku publicznego pod wpływem alkoholu (Policja)

L.p.	Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1.	Przestępstwa popełnione pod działaniem alkoholu	30	150		69	78	98	104	67
	- krótkotrwałe użycie poj.								
	- kradzieże i włamania	1	0		0	0	0	0	0
	- kradzież rozbójnicza	1	14		5	4	6	2	6
	- znęcanie się nad rodziną	2	4		-	1	2	1	0
	- pobicia	3	10		8	15	16	9	12
	- groźby karalne	5	4	B	3	5	7	1	0
	- wypadki drogowe	5	16	R	5	8	10	10	2
	- znieważenie funkcjonariuszy	1	-	A	1	2	3	3	0
	- uszkodzenie mienia	8	5	K	2	2	0	0	1
	- naruszenie miru domowego	2	6		1	1	1	12	4
	- nagłe zgony	1	2	D	0	2	0	0	1
	- kierowanie pojazdami w stanie nietrzeźwym	1	4	A	2	2	3	4	0
	-	-	85	N	42	41	50	69	41
				Y					
				C					
2.	Wykroczenia popełnione w stanie nietrzeźwym	77	14	H	30	70	88	128	187
	- kierowanie pojazdami	55	2		3	3	3	4	7
	- obyczajność publiczna	-	-		-	-	7	25	47
	- zakłócenie ładu i porządku	22	10		14	19	43	25	32
	- z Ustawy o Wych. W Trzeźwości	-	2		5	34	35	74	101
3.	Interwencje:	496	312		360	510	481	395	426
	- domowe	182	63		94	124	138	123	131
	- w miejscach publicznych	139	119		145	213	263	195	210
	- inne	175	130		121	173	80	77	85
4.	Wnioski do Sądu Grodzkiego	-	25		37	26	45	31	34
5.	Ilość osób zatrzymanych w Izbie Wyrzeźwień	45	23		41	73	85	63	69
6.	Ilość zatrzymanych praw jazdy	22	8		8	14	17	15	12

Tab. nr 7: Sprawozdanie z działalności Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mroczy.

L.p.	Przedmiot działania	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Wpływ wniosków	5 0	3 2	32	8	8	29	6	64	76	46	67
2	Ilość przeprowadzonych rozmów profilaktycznych	3 3	3 2	92	64	104	286	331	425	515	584	649
3	Ilość skierowań na leczenie stacjonarne	-	2 5	25	12	6	4	6	0	4	6	4
4	Ilość wniosków skierowanych do SR	7	3 1	20	18	6	6	6	0	4	8	6
5	Ilość zaopiniowanych wniosków dla zezwolenia sprzedaży napojów alkoholowych, w tym:	5	5	6	4	4	5	11	15	36	40	37
	A – do 4,5% oraz piwo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18	18
	B – pow.4,5% - 18%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14	11
	C – pow. 18%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	8
6	Ilość osób pod nadzorem Komisji	5 5	8 5	11 4	176	192	224	238	302	368	396	463
7	Ilość posiedzeń Komisji	9	1 1	13	8	12	12	12	13	13	18	15

8	Ilość kontroli punktów sprzedaży alkoholu	-	-	-	12	31	24	32	36	32	42	36
9	Osoby które ubyty z powodu zgonu	48									X	4
10	Osoby które ubyty z powodu zmiany miejsca zamieszkania	6									X	6

Ponadto Komisja odbyła 11 posiedzeń, na których omówiono sprawy związane z jej pracą, przygotowaniem protokołów w celu skierowania wniosków do sądu, wydania opinii dla punktów sprzedaży napojów alkoholowych.

Tab. nr 8: Analiza osób nadużywających alkohol zarejestrowanych w GKRPA w Mroczy w stosunku do liczby mieszkańców (od urodzenia) poszczególnych miejscowości Gminy Mrocza.

Lp.	Nazwa miejscowości	Liczba mieszkańców	Liczba zgłoszeń	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
1	Białowieża	136	4	4	-	2,95	2,95	-
2	Chwałka	76	6	4	2	7,98	5,30	2,70
3	Drażno	214	5	5	-	2,40	2,40	-
4	Drażonek	98	-	-	-	-	-	-
5	Drzewianowo	292	3	1	2	1,08	0,40	0,70
6	Dąbrowice	5	-	-	-	-	-	-
7	Izabela	149	8	8	-	5,50	5,50	-
8	Jadwiłowo	66	7	7	-	10,60	10,60	-
9	Jeziorki Zabartowskie	84	6	6	-	7,60	7,60	-
10	Kosowo	177	4	4	-	2,25	2,25	-
11	Kozia Góra Krajeńska	112	3	3	-	2,70	2,70	-
12	Krukówko	186	5	5	-	2,90	2,90	-
13	Kaźmierzewo	172	5	5	-	2,93	2,93	-
14	Konstantowo	136	1	1	-	0,95	0,95	-
15	Matyldzin	284	3	3	-	1,40	1,40	-
16	Modrakowo	183	17	14	3	9,50	2,17	1,10
17	Orle	161	5	4	1	3,10	2,50	0,70
18	Orlinek	92	3	2	1	3,26	2,17	1,10
19	Orzelski Młyn	15	-	-	-	-	-	-
20	Ostrowo	185	4	3	1	2,20	1,62	0,60
21	Podgórz	31	-	-	-	-	-	-
22	Rajgród	151	7	6	1	4,63	3,97	0,70
23	Rościmin	265	23	12	11	8,67	4,53	4,50
24	Słupówko	96	2	1	1	2,08	1,04	1,50
25	Samsieczynek	202	2	2	-	0,99	0,99	-
26	Witośław	710	19	19	-	2,80	2,80	-
27	Wiele	426	7	7	-	1,67	1,67	-
28	Wyrza	360	5	5	-	1,47	1,47	-
29	Zdrogowo	12	1	1	-	8,34	8,34	-
30	RAZEM	5.076	155	132	23	100	86,50	13,50

Tab. nr 9: Analiza osób nadużywających alkohol zarejestrowanych w GKRPA w Mroczy w stosunku do liczby mieszkańców (od urodzenia) wybranych ulic Miasta Mrocza.

Lp.	Nazwa ulicy	Liczba zgłoszeń	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
1	Posępu	23	16	7	0,54	0,38	0,16
2	Kościuszki	25	17	8	0,58	0,40	0,19
3	Służowa	14	11	3	0,33	0,26	0,07
4	Łakowa	18	14	4	0,42	0,33	0,09
5	30-lecia LWP	14	11	3	0,33	0,26	0,07
6	Piotra	18	13	5	0,42	0,30	0,12
7	Dworzec	12	10	2	0,28	0,23	0,05
8	5 stycznia	12	9	3	0,28	0,21	0,07
9	Łabęckiego	11	7	4	0,26	0,16	0,09
10	Kozia	12	9	3	0,28	0,21	0,07
11	22 lipca	6	6	-	0,14	0,14	-
12	Nakielska	5	5	-	0,11	0,11	-
13	Plac Wolności	10	8	2	0,23	0,19	0,05
14	Ogrodowa	4	4	-	0,09	0,09	-
15	Łobżenicka	5	4	1	0,12	0,09	0,02
16	RAZEM	189	144	45	x	x	x

Tab. nr 10: Analiza osób nadużywających alkohol zarejestrowanych w GKRPA w Mroczy w stosunku do liczby mieszkańców (od urodzenia) Gminy Mrocza.

Lp.	Miasto / Wieś	Liczba mieszkańców	Liczba nadużywających alkohol	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
1	Miasto	4.264	191	146	45	4,80	3,42	1,05
2	Wieś	5.076	155	132	23	3,05	2,60	0,46
3	RAZEM	9,340	346	278	68	3,70	2,98	0,73

Tab. nr 11: Liczba osób zgłoszonych do Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mroczy.

Wiek	Ogółem			Kobiety			Mężczyźni			
	1997	2005	2006	1997	2005	2006	1997	2005	2006	2007
14 - 16 lat	-	-	2	-	-	-	-	-	2	3
17 - 20 lat	-	11	12	-	-	2	-	11	10	18
21 - 25 lat	-	30	37	-	6	9	-	24	28	39
26 - 30 lat	-	26	46	-	1	4	-	25	42	52
31 - 35 lat	-	16	21	-	4	3	-	12	18	38
36 - 40 lat	1	40	66	1	13	8	-	27	58	65
41 - 50 lat	16	80	88	5	12	17	11	68	71	78
50 i więcej lat	33	51	38	-	4	6	33	47	32	39
Razem	55	255	330	6	40	49	44	215	281	322

Z umieszczonej wyżej tabeli wynika, że na przełomie nie tylko zwiększyła się liczba osób nadużywających alkohol, ale także obniżyła się górna granica wieku dla jego spożywania. Obecnie już młodzież gimnazjum zaczyna mieć znaczące problemy z alkoholem.

Tab. nr 12: Sprawy rozpoznane, przez SR w Nakle z terenu Miasta i Gminy Mrocza w związku z nadużywaniem alkoholu – nadzór kuratorski

Lp.	Przedmiot działania	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1.	Orzeczone przez Sąd postanowienia o leczeniu odwykowym w niestacjonarnym systemie lecznictwa	52	28	17	B R A K	0	32	2	B R A K	
2.	Orzeczone przez Sąd postanowienia o leczeniu odwykowym w stacjonarnym systemie lecznictwa	5	3	4		2	8	2		
3.	Ilość toczących się w Sądzie postępowań o zastosowanie/zmianę obowiązku leczenia odwykowego.	63	4	---		1/1	57	8		
4.	Ogólna liczba nieletnich pod nadzorem kuratora.	4	13	12		13	---	---		

Dane podane przez Kuratora Sądu Rejonowego w Nakle n/Not. Niemożność uzyskania danych za rok 2002, 2006 i 2007.

Tab. nr 13: Liczba mieszkańców odwiezionych do Izby Wyrzeźwień w Bydgoszczy

Kolejne lata	2004	2005	2006	2007
Liczba pacjentów	111	92	80	81

Dane podane przez Izbę Wyrzeźwień w Bydgoszczy.

W 2007 r. Ośrodek Pomocy objął wsparciem i pomocą w różnych formach świadczeń 461 rodzin, tj. 1.804 osoby, na łączną sumę 619.557,00 zł. Ze względu na problem związany z uzależnieniami pomocą usługowo – rzeczową i finansową objęto 7 rodzin obejmujących 31 osób.

Ponadto Ośrodek przyznał inne formy pomocy ze względu na występowanie okoliczności wymienione w ustawie o pomocy z społecznej wg tabeli oraz posiłki dla potrzebujących.

Należy także nadmienić, iż bardzo często zdarza się tak, że w/w pomoc dotyczy jednej rodziny, która korzysta z kilku form pomocy, ponieważ może u niej występować kilka problemów, np. ubóstwo, alkoholizm czy bezrobocie.

Tab. nr 14: Pomoc osobom i rodzinom z problemem alkoholowym udzielana przez MGOPS

Powód trudnej sytuacji życiowej	liczba rodzin		liczba osób w rodzinach
	ogółem	w tym: na wsi	
Ubóstwo	42	30	172
Sieroctwo	1	1	3
Bezdomność	11	1	17
Bezrobocie	359	194	1.485
Niepełnosprawność	147	74	515
Długotrwała / ciężka choroba	110	76	408
Potrzeba ochrony macierzyństwa	19	11	85
Bezradność w prawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenie gospodarstwa domowego – ogółem	114	69	537629
Rodziny niepełne	49	22	188
Rodziny wielodzietne	72	53	484
Przemoc w rodzinie	0	0	0
Alkoholizm	7	4	31
Narkomania	0	0	0
Trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego	12	5	51
Zdarzenia losowe	1	0	1

2. Zasoby umożliwiające prowadzenie działalności profilaktycznej i naprawczej

1) Pełnomocnik

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, a także art. 10 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w celu realizacji programu profilaktyki, Burmistrz Miasta i Gminy Mrocza, mając na uwadze właściwą realizację programów powołuje funkcję pełnomocnika, który jest realizatorem i koordynatorem profilaktyki i prewencji oraz przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii na terenie Miasta i Gminy Mrocza. Powołując funkcję pełnomocnika określa dla niego zadania do realizacji na okres zawartej umowy.

Zadania pełnomocnika w ramach ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi:

- 1) Działanie na rzecz tworzenia i wzmocnienia lokalnej koalicji trzeźwościowej, szukanie poparcia dla działań na rzecz zmniejszania rozmiarów problemów alkoholowych.
- 2) Przeprowadzanie analizy problemów alkoholowych i stanu zasobów w dziedzinie ich rozwiązywania na terenie gminy.
- 3) Przygotowywanie wspólnie z Gminną Komisją i przedkładanie Burmistrzowi Gminy:
 - projektu gminnego programu
 - projektu preliminarza na jego wykonanie
 - projektu sprawozdania z jego realizacji
- 4) Ogłaszanie i prowadzenie konkursu ofert na wykonanie poszczególnych zadań w ramach gminnego programu.
- 5) Bieżąca koordynacja zadań wynikających z gminnego programu.
- 6) Współpraca z instytucjami i organizacjami działającymi w sferze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
- 7) Branie udziału w naradach i szkoleniach organizowanych przez Pełnomocnika Wojewody.
- 8) Wdrażanie i propagowanie na terenie gminy ogólnopolskich i regionalnych kampanii edukacyjnych.

- 9) Udział w posiedzeniach gminnych komisji.
- 10) Bieżąca ewaluacja i wprowadzanie lokalnych inicjatywy z dziedziny rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zadania pełnomocnika w ramach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii:

- 1) Działanie na rzecz tworzenia i wzmocnienia lokalnej koalicji działającej na rzecz przeciwdziałania narkomanii.
- 2) Przeprowadzanie analizy problemów narkomanii i stanu zasobów w dziedzinie ich rozwiązywania na terenie gminy.
- 3) Przygotowywanie i przedkładanie Burmistrzowi Gminy:
 - projektu gminnego programu
 - projektu preliminarza na jego wykonanie
 - projektu sprawozdania z jego realizacji
- 4) Ogłaszanie i prowadzenie konkursu ofert na wykonanie poszczególnych zadań w ramach gminnego programu.
- 5) Bieżąca koordynacja zadań wynikających z gminnego programu.
- 6) Współpraca z instytucjami i organizacjami działającymi w sferze profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii.
- 7) Branie udziału w naradach i szkoleniach.
- 8) Wdrażanie i propagowanie na terenie gminy ogólnopolskich i regionalnych kampanii edukacyjnych.
- 9) Bieżąca ewaluacja i wprowadzanie lokalnych inicjatywy z dziedziny profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii.

2) Mroteckie Stowarzyszenie „Klub Abstynenta”

Tab. nr 15: Dane statystyczne „Klubu Abstynenta”:

Lp.	Podział	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Liczba członków dorosłych	15	17	17	17	18	20
2	Liczba dzieci uczęszczających do Klubu	20	15	15	14	16	15
3	Liczba młodzieży uczęszczającej do Klubu	7	5	5	3	5	5
4	Liczba osób będących rodziną członków Klubu	20	30	30	30	40	42

Celem Klubu jest kształtowanie wśród swoich członków i młodzieży dążeń do całkowitego powstrzymywania się od picia wszelakich napojów alkoholowych. Na zewnątrz stowarzyszenie propaguje trzeźwość, oraz zmianę obyczajów w kierunku ustawiania z życia rodziny i jednostki napojów alkoholowych jako stałych składników zwykłych wydarzeń i różnych okoliczności. zagospodarowanie czasu wolnego dla członków Klubu, młodzieży i dzieci poprzez działalność wychowawcza i kulturalnooświatową:

- ogólnopolskie wyjazdy trzeźwościowe do Lichenia i Częstochowy – każdy coroczny wyjazd daje poczucie wartości i umacnia duchowo oraz powoduje, że powiększa się grono osób trzeźwiejących;
- wyjazdy trzeźwościowe osób uzależnionych i współuzależnionych do Górki Klasztornej;

- spotkania z terapeutą – pierwszy kontakt jest dla niejednego początkiem drogi do trzeźwości, w ramach współpracy terapeutycznej odbywają się grupy wzajemnej pomocy rozwoju osobistego;
- organizowanie spotkań młodzieży z trzeźwiejącymi alkoholikami – spotkania takie pozwalają zapoznać się z zagrożeniem jakie wynika z nadużywania alkoholu oraz z chorobą alkoholową;
- zajęcia rekreacyjno – sportowe:
 - gry towarzyskie
 - wspólne oglądanie filmów o tematyce alkoholowej i dyskusje
 - spotkania na świeżym powietrzu, ogniska, grill, wycieczki rowerowe
- letnie wycieczki do sanktuariów członków klubu wraz z dziećmi do niego uczęszczającymi;
- spotkania rocznicowe i okolicznościowe:
 - rocznicowe – na rocznicach jubilat spotykają się całe rodziny członków wspólnoty oraz zaproszeni goście
 - świąteczne – spotkanie opłatkowe i wieczerza wigilijna stwarza niepowtarzalną atmosferę rodzinną, zbliża do siebie osoby uzależnione i współuzależnione
- spotkania religijne „Intergrupa” – które odbywają się w naszym klubie, pozwalają na głębszy wgląd w siebie
- spotkania w klubie przy muzyce i zabawy taneczne – dla wielu osób które kiedyś nadużywały alkoholu, zabawa bezalkoholowa jest trudnym wyzwaniem, pokonywanie pierwszych kroków na parkiecie z trzeźwym umysłem nowym doświadczeniem
- współpraca ze środowiskiem społecznym i organizacjami samorządowymi – stowarzyszenie się i współpraca powoduje zmniejszenie patologii w rodzinie oraz propaguje trzeźwy tryb życia
- zorganizowanie w kwietniu wyjazdu na Misterium Męki Pańskiej w Górcie Klasztornej,
- zorganizowanie kilkudniowego wyjazdu urlopowego wraz z rodzinami w ramach próby odbudowy głębszych więzi rodzinnych, zerwanych przez alkohol,
- „Piknik trzeźwościowy – Zielonowo”
- wyjazd integracyjny do stadniny koni w Branicy,
- udział członków Klubu w biegach okolicznościowych.

3) Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych została powołana Uchwałą Rady Miejskiej Nr XXIII/193/97 z dnia 27 lutego 1997 r. Skład osobowy komisji liczył 9 osób. Art. 4 zmienionej ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi dał delegację powołania składu osobowego Gminnej Komisji przez Zarząd Miasta i Gminy Mrocza.

Uchwałą Nr 22/44/01 Zarządu Miasta i Gminy Mrocza z dnia 1 października 2001r. powołano Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mroczy, w składzie siedmioosobowym na wniosek Pełnomocnika Zarządu Miasta i Gminy ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Alkoholizmowi. Obecnie Komisja liczy 9 członków.

Powołani członkowie komisji są przeszkoleni w zakresie podstawowej wiedzy o problemach alkoholowych. Komisja jest ciałem opiniującym, istniejącym i nadzorującym wykonanie gminnego programu.

Do zadań komisji należy:

- współpraca z pełnomocnikiem burmistrza przy konstruowaniu programu gminnego,
- opiniowanie decyzji o cofaniu zezwoleń w przypadku naruszenia sprzedaży alkoholu nieletnim i nietrzeźwym,
- opiniowanie wniosków o zezwolenie na sprzedaż alkoholu,
- prowadzenie kontroli przestrzegania warunków sprzedaży podawania i spożywania napojów alkoholowych,
- rozpatrywanie i zanalizowanie wniosków wpływających do komisji,
- diagnozowanie osób skierowanych na leczenie (stacjonarne i zamknięte – sąd).

Komisja działa wg przyjętego planu i harmonogramu pracy.

Zadania komisji na rok 2007:

- 1) Kontrola placówek prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych pod względem sprzedaży napojów osobom nieletnim i wskazującym na spożycie alkoholu.
- 2) Wprowadzenie na stałe do pracy komisji konsultacji z osobami współzależnymi członkami rodzin alkoholików.
- 3) Organizowanie spotkań profilaktyczno – terapeutycznych z osobami skazanymi przez sąd na leczenie w systemie ambulatoryjnym lub zamkniętym.
- 4) Działalność komisji oprzeć o współdziałanie z osobami współzależnymi, kuratorami sądowymi, pracownikami socjalnymi, policją, terapeutami.
- 5) Szkolenia dla sprzedawców.
- 6) Podjęcie próby działania zwiększającego efektywność świątlic terapeutycznych.
- 7) Włączenie się do kampanii profilaktycznych.
- 8) Udział w kampaniach promujących zdrowie przy współpracy z przychodniami.

4) Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

W związku z faktem, iż bezrobocie na terenie Gminy Mrocza na dzień 31 grudnia 2007 r. wynosiło ok. 16 %, należy podkreślić, iż MGOPS współpracuje ściśle z Powiatowym Urzędem Pracy w Nakle n/Not., przede wszystkim w zwalczaniu istniejącego bezrobocia, poprzez organizowanie prac społecznie - użytecznych, jak również organizowanie robót publicznych.

Dzięki dużej orientacji pracowników Ośrodków, Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych może korzystać z cennych informacji dotyczących problemów alkoholowych istniejących wśród mieszkańców Gminy. Przy ich udziale zostają wytypowane dzieci, które uczestniczą w programach profilaktycznych, odbywających się na zorganizowanych formach wypoczynku, między innymi: obozach, koloniach, biwakach. Ponadto przy tut. Ośrodku funkcjonuje świetlica terapeutyczna, w której prowadzone są zajęcia motywacyjne do osiągnięcia lepszych wyników w nauce, zapewnienia opieki w czasie wolnym od zajęć szkolnych, odrabianie lekcji i uzupełnienia braków edukacyjnych.

Ważne miejsce w polityce socjalnej zajmuje także praca pracowników socjalnych z ludźmi, którzy nie mają społecznej przychylności, a która polega między innymi na kierowaniu podopiecznych na komisje

alkoholowe oraz do psychoterapeuty. Prowadzą oni także poradnictwo w celu ukierunkowania i wskazania właściwych metod, ściśle współpracują również z Policją oraz innymi organami i władzami mającymi na celu problem zwalczania alkoholizmu. Pomagają ludziom rozwiązywać problemy osobiste, grupowe i środowiskowe tak, aby osiągnąć zadowalające stosunki rodzinne i społeczne. Głównym kierunkiem działania pracownika socjalnego jest pomaganie ludziom w polepszeniu ich funkcjonowania społecznego poprzez uczenie współdziałania w dążeniu do celu, ponieważ działanie jednostronne rzadziej przynosi rezultat.

5) Kuratorzy Sądu rejonowego

Na terenie gminy Mroczka Sąd Rejonowy w Nakle n/Not. oddelegował 2 kuratorów zawodowych: d/s rodziny i osób dorosłych. Kuratorzy ściśle współpracują z MGOPS oraz GKRPA, kierując wnioski do komisji o zastosowanie przymusu leczenia. Prowadzą kuratelę nad osobami kierowanymi na przymusowe leczenie. W przypadku braku realizacji postanowień Sądu kuratorzy wnoszą do sądu o zmianę postanowień. Kurator ds. rodziny jest powołany decyzją Burmistrza Miasta i Gminy w skład GKRPA.

6) Grupa Anonimowych Alkoholików „SZEKLA”

W roku 2007 grupa samopomocowa obchodzić będzie dwunastą rocznicę działalności. Stałym miejscem spotkań grupy jest Dom Katechetyczny w Mroczy, przy ul. Kościelnej oraz Klub Abstynenta przy ul. Łąkowej. Spotkania grupy odbywają się 2 razy w tygodniu – we wtorki i piątki od godz. 17⁰⁰, na których realizowany jest program „12 kroków” i „12 tradycji”. Spotkania mają charakter terapii grupowej, w ramach których uczestnicy dzielą się własnymi osiągnięciami i niepowodzeniami spraw życiowych i abstynencji alkoholowej. Grupa „AA” jest to wspólnota kobiet i mężczyzn opierająca się na własnych doświadczeniach, wspierających się wzajemnie w utrzymaniu abstynencji alkoholowej. Grupa liczy 18 członków stałych i 16 niestałych. Działalność grupy nie sprzyja dofinansowaniu, utrzymuje się w ramach własnych zebranych środków. W roku 2006 planuje udział członków grupy w zjeździe grupy „AA” w Licheniu i Częstochowie.

7) Gminny Punkt Konsultacyjny d/s Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mroczy

W 2007 r. w punkcie konsultacyjnym przyjęto w poszczególnych miesiącach następującą ilość osób:

Tab. nr 16: Liczba przyjętych pacjentów w poszczególnych miesiącach 2005 r.

styczeń	4 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	82 osoby
luty	4 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	91 osób
marzec	5 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	78 osób
kwiecień	4 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	89 osób
maj	4 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	92 osoby
czerwiec	4 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	94 osoby
lipiec	4 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	85 osób
sierpień	4 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	84 osoby

wrzesień	5 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	69 osób
październik	5 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	79 osób
listopad	4 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	85 osób
grudzień	5 dni	w godz. od 12 ⁰⁰ do 22 ⁰⁰	90 osób

Łączna ilość spotkań na przestrzeni oznaczonej od stycznia do grudnia 2007 roku wynosiła 1018, średnia ilość spotkań w miesiącu wyniosła 84, średnia ilość spotkań w roku 2006 w dniu pracy wyniosła 19,7 osób. W roku 2007 przeprowadzono ponadto warsztat „Psychopr. uzależnień dla sprzedawców” – 35 uczestników, realizowano terapię indywidualną i grupową dla osób uzależnionych i współuzależnionych, rozmowy motywujące oraz interwencje psychologiczne w sytuacjach kryzysowych, a także „warsztat zapobiegający nawrotom picia”. Osoby współuzależnione korzystały z terapii indywidualnej i grupowej dwa razy w ciągu każdego miesiąca – łącznie 21 osób. Liczba stałych osób korzystających z programów terapeutycznych w 2007 r. wyniosła 130.

Punkt konsultacyjny jest to miejsce pierwszego kontaktu osób z problemem alkoholowym oraz narkomanii. Zadaniem punktu jest:

- a) informowanie o chorobie alkoholowej oraz narkomanii i możliwościach leczenia osób uzależnionych i członków ich rodzin;
- b) informowanie o ruchach samopomocowych;
- c) wstępne motywowanie do uczestnictwa w programach terapeutycznych;
- d) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe oraz narkomania, pomocy psychoterapeutycznej i prawnej, a w szczególności przed przemocą w rodzinie.
- e) prowadzenie terapii indywidualnej i grupowej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, a także innych uzależnień i współuzależnień.

W punkcie obecnie zatrudnia się dwie osoby posiadające kwalifikacje do prowadzenia terapii uzależnień dla osób uzależnionych i współuzależnionych.

Punkt prowadzi swoją działalność w czwartki od godziny 12.00 – 22.00 w Mroczy. ul. Łąkowa 7, w tym też czasie czynny jest telefon zaufania nr 385-63-55.

- w godz. 12.00 – 16.00 – przeznaczony jest dla osób uzależnionych od narkotyków i innych substancji psychoaktywnych,
- w godz. 16.00 – 22.00 – przeznaczony jest dla osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzi,

Do punktu mogą się zgłaszać osoby uzależnione i współuzależnione, ale i osoby będące w różnych sytuacjach kryzysowych, zdrowotnych, społecznych i rozwojowych.

Program zajęć na rok 2008:

1. Terapia indywidualna i grupowa dla osób uzależnionych i współuzależnionych.
2. Rozmowy informacyjno-motywuujące.
3. Diagnoza problemowa.
4. Interwencja w sytuacji kryzysowej rodziny: (choroba, bezrobocie, trudności relacyjne)
 - praca indywidualna z członkami rodzin osób uzależnionych i innych.

- psychoterapia.

5. Grupa zadaniowa – „Mój problem”

- 1) Prowadzenie warsztatów „złość, radzenie sobie z emocjami.”
- 2) Warsztaty zapobiegania nawrotom choroby „Trening Asertywnych Zachowań Abstynencyjnych” – RTZ (Terapia Zmiany Zachowania, Program na wyjście).
- 3) Warsztat – „Narkotyki – rozpoznanie i interwencja w sytuacji eksperymentu używania i nadużywania” – 5 godz. (dla nauczycieli i pedagogów).
- 4) Przygotowanie grupy osób uczęszczających na terapię grupową do samodzielnej pracy bez terapeuty:
 - do grupy wsparcia AA,
 - do grupy Al Anon, grupa jest grupą otwartą,

8) Miejsko-Gminny Ośrodek Kultury

Miejsko – Gminny Ośrodek Kultury prowadzi działalność kulturową w oparciu o zorganizowane koła zainteresowań i sekcje. obecnie działają następujące sekcje i koła:

§ teatralne	15 osób
§ muzyczno - wokalne	15 osób
§ plastyczne	36 osób
§ szachowe	8 osób
§ taneczne	50 osób
§ aerobik rekreacyjny	30 osób
§ tenis stołowy	12 osób
Razem	166 osób

WDK Witosław

§ teatralne	21 osób
§ plastyczne	10 osób
§ taneczne	17 osób
§ tenis	9 osób
§ wokalnie - instrum.	30 osób
Razem	87 osób

9) Biblioteki na terenie Miasta i Gminy Mrocza

a) Biblioteka Mrocza

Biblioteka w swoich zbiorach posiada 21.025 woluminów, w tym 210 pozycji o problematyce alkoholowej i uzależnień. W roku 2007 zbiór wzbogacił się o kolejne 581 pozycji. Zarejestrowanych jest 761 czytelników, którzy wypożyczyli w minionym roku 14.667 książek.

b) Filia Witosław

W swoich zbiorach posiada 11.280 woluminy, w tym o problematyce uzależnień 25 książek. W roku 2007 zbiór wzbogacił się o kolejne 260 pozycji. Biblioteka była zamknięta do czasu wykonania remontu.

c) Punkt biblioteczny w Wielu

Punkt podlega Bibliotece w Mroczy. Posiada zarejestrowanych tylko 30 czytelników jednak w trakcie roku wypożyczył aż 1.940 pozycje książkowe. Punkt dokonuje wymiany księgozbioru 3 razy w roku. W okresie wakacji letnich punkt jest nieczynny.

d) Punkt biblioteczny w Rościminie

Punkt otwarty został od września tego roku i liczy w chwili obecnej 12 czytelników, którzy w 2007 r. wypożyczyli 202 woluminy.

10) Organizacje pozarządowe jako trzeci sektor na terenie Miasta i Gminy Mrocza

Obywatele uczestniczą w życiu publicznym, biorąc udział w wyborach do władz państwowych i samorządowych oraz w referendum. Ważnym wyznacznikiem walki o swój los jest dobrowolna aktywność w rozwiązywaniu problemów, które uznaje się za uciążliwe dla swojej społeczności lub osiąganie celów, które uważa się za ważne dla dobra publicznego. Ochotnicza działalność obywateli na rzecz dobra publicznego ma podwójne znaczenie:

1. służy polepszeniu różnych aspektów życia społecznego i indywidualnego,
2. urzeczywistnia prawo do stanowienia o własnych losach na co dzień.

Obywatelska aktywność przybiera formy dobrowolnych zrzeczeń będących różnymi odmianami realizacji konstytucyjnych praw do stowarzyszania się.

Organizacje pozarządowe tworzą się oddolnie i spontanicznie, pierwsze ujawniają się i reagują na autentyczne problemy społeczne, będąc często pionierami reformy społecznego systemu bezpieczeństwa. Funkcjonując w sferach, które aparat państwa z racji ograniczeń instytucjonalnych lub finansowych nie może dostatecznie objąć swym wpływem.

Są to dziedziny jak: edukacja, kultura, sport, pomoc społeczna, zdrowie, ekologia.

Na terenie miasta i gminy Mrocza istnieje wiele organizacji społecznych o różnych dziedzinach zainteresowań. Są to organizacje, które skupiają dzieci, młodzież oraz ludzi dorosłych, zdrowych i dysfunkcyjnych: Należą do nich między innymi: Gminny Związek Straży Pożarnych, Miejsko-Gminny Ludowy Klub Sportowy „TARPAN”, Ludowy Uczniowski Klub Sportowy „Feniks”, Związek Emerytów Rencistów i Inwalidów, Związek Kombatantów RP i Byłych Więźniów Politycznych oddział w Mroczy, Stowarzyszenie Inżynierów i Techników Rolnictwa – Koło w Mroczy, Mroteckie Stowarzyszenie Rodzin Dzieci Niepełnosprawnych w Mroczy, Mroteckie Stowarzyszenie „Klub Abstynenta”, Mroteckie Stowarzyszenie Osób Bezrobotnych, Towarzystwo Rozwoju Ziemi Mroteckiej, Koło Gospodyń Wiejskich, Grupa Samopomocowa „AA”, Związek Nauczycielstwa Polskiego, Szkolny Klub Sportowy, Polski Związek Wędkarski, Koło Łowieckie „117 SOKÓŁ”; do których łącznie należy ok. 2200 osób.

11) Przychodnie zdrowia

<i>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „AWICENNA”</i>		<i>Prywatna Praktyka Lekarska Gabinet</i>
<i>Przychodnia w Mroczy</i>	<i>Wiejski Ośrodek Zdrowia w Witosławiu</i>	<i>Lekarza Rodzinnego Małgorzata Waleryś-Masiak</i>
Poradnie: - ogólna - dziecięca - gin.-położ.	Poradnie: - ogólna	Poradnie: - ogólna - dziecięca
Godziny otwarcia: pon. – pion. – 7 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰ sobota – 8 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰ Poza godzinami pracy pomoc udzielana jest przez Niep.Zakł.Op.Zdr.“MEDICUS” w Nakle n/Not.	Godziny otwarcia: pon. – 7 ⁰⁰ - 10 ⁰⁰ - przyjęcia 17 ⁰⁰ – 19 ⁰⁰ – pielęgn. wt. – 12 ⁰⁰ – 16 ³⁰ śr. – 8 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰ czw. – pion. – 12 ⁰⁰ – 16 ³⁰ wizyty dom. – 17 ¹⁰ – 19 ¹⁰ sobota – nieczynne Poza godzinami pracy pomoc udzielana jest w przychodni w Mroczy w godzinach jej pracy a poza nimi na zasadach identycznych jak przychodnia w Mroczy.	Godziny otwarcia: pon. – pion. – 8 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰ sobota – 8 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰ Poza godzinami pracy pomoc udzielana jest przez Pogotowie Ratunkowe w Nakle n/Not.
Liczba pacjentów: ok. 6.700		Liczba pacjentów: ok. 2.600

12) Świetlica Terapeutyczna

Od grudnia 2005 roku połączono działalność dwóch świetlic terapeutycznych funkcjonujących w naszym mieście w ramach jednego budynku, co z jednej strony znacznie pozwoliło zredukować koszty utrzymania dodatkowego obiektu a z drugiej dało możliwość stworzenia miastu Warsztatów Terapii Zajęciowej, jako kolejnego zasobu pozwalającego na pomoc osobom z trudnych środowisk. Kolejnym powodem połączenia świetlic był fakt reorganizacji pracy szkół do jednej zmiany i brak możliwości korzystania ze strony dzieci z oferty świetlicy, która czynna była w tym samym przedziale czasowym. Tak więc obecnie, w godzinach popołudniowych, funkcjonuje obiekt przy ul. Łąkowej 7.

Świetlica obejmuje opiekę dzieci i młodzieży szkoły podstawowej i gimnazjum z terenu Miasta i Gminy Mrocza dotkniętych problemami szeroko rozumianej patologii. Do świetlicy zakwalifikowane zostały dzieci na podstawie wskazań pedagoga szkolnego oraz opinii pracowników socjalnych Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Świetlica działalność prowadzić będzie od poniedziałku do piątku w godzinach dopasowanych do planu lekcji dzieci.

Celem świetlicy będzie:

- prowadzenie zajęć wychowawczych,
- realizacja programu profilaktyki używania środków psychoaktywnych,
- pomoc w odrabianiu zadań domowych i pomoc w przygotowaniu do zajęć lekcyjnych na dzień następnny,

- przekazywanie zasad dobrego wychowania, kultury osobistej, dbanie o wygląd zewnętrzny, estetykę i higienę,
- nabywanie umiejętności kontaktu interpersonalnego,
- realizacja i rozwijanie posiadanych umiejętności i talentów,
- nabywanie i rozumienie cech aktualności i kreatywności,
- poznawanie podstawowych mechanizmów i nabywanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych,
- poznawanie mechanizmów operatywności,
- wdrażania procesów socjalizacji i resocjalizacji,
- zagospodarowania czasu wolnego przeznaczonego na udział i tworzenie kultury i sportu,
- przekazywanie umiejętności samorealizacji własnego „ego”,
- integrowanie dzieci i młodzieży pochodzącej ze słabych socjalnie grup społeczności lokalnej lub żyjących na marginesie z różnych innych przyczyn,
- integracja z osobami upośledzonymi umysłowo i innymi niesprawnościami poprzez podejmowanie wspólnych przedsięwzięć, zabaw, swobodnych kontaktów, wzajemną pomoc,
- tworzenie różnych inicjatyw i modeli wariantów w zakresie reagowania na socjalne, kulturalne i kulturowe potrzeby uczestników świetlicy,
- wspomaganie rozwoju dzieci i młodzieży przynależących do świetlicy poprzez poznanie ich potrzeb i zapobieganie ich demoralizacji,
- pomoc w kryzysach szkolnych, rówieśniczych i osobistych,
- propagowanie wśród dzieci procesów młodzieży postaw promujących zdrowie,
- pomoc procesów radzeniu sobie procesów otaczającą rzeczywistością procesów alienacją depresji procesów młodzieży,
- pomoc procesów organizowaniu spotkań procesów psychologiem,
- organizowanie procesów terapeutycznych i wychowawczych potrzebujących w grupie,
- współpraca z rodzinami w kierunku umacniania więzi rodzinnych, prowokowania ewentualnych zmian i modyfikacji postaw rodzicielskich.

Świetlica realizować będzie zadania na podstawie opracowanego i przyjętego programu dydaktyczno-wychowawczo- terapeutycznego.

13) Szkolnictwo podstawowe i gimnazjalne

Szkoła Podstawowa w Mroczy:

- organizowanie działań promujących zdrowe życie, eliminowanie zachowań agresywnych, zapobieganie uzależnieniom,
- rozwijanie umiejętności radzenia sobie z wymogami życia i ochrona wychowanków przed zagrożeniami rozwoju,
- zakupienie pomocy dydaktycznych do prowadzenia zajęć z profilaktyki uzależnień,
- udział w kampaniach profilaktycznych zakupionych przez UMiG w Mroczy,
- pedagogizacja rodziców,

- wydanie gazetki szkolnej poruszającej temat profilaktyki uzależnień i przemocy w rodzinie,
- Działania profilaktyczne nie ograniczają się do tylko do przekazu teoretycznego, ale odwołują się do różnych form zajęć. Działalność polega na systematycznym rozpoznawaniu i diagnozowaniu zagrożeń oraz informowaniu o nich i współpracy z rodzicami i poradnictwem. Aktywność samorządu szkolnego przejawia się w ciekawych pomysłach, akcjach dobroczynnych oraz pomocy koleżeńskiej. Formy: zajęcia lekcyjne i pozalekcyjne, filmy, spektakle, materiały tematyczne. Zadania z zakresu działalności wychowawczej i zapobiegawczej realizowane są przez wychowawców na godzinach wychowawczych, zajęciach świetlicowych i pozalekcyjnych oraz podczas konkursów i wyjazdów. W miesiącu wrześniu odbywają się także cykliczne spotkania z policjantami, na których poruszana jest tematyka zachowania bezpieczeństwa w różnych sytuacjach. Szkoła współpracuje także z Powiatową Poradnią Psychologiczno – Pedagogiczną, Sądem Rejonowym, KP Policji oraz MGOPS.

Szkoła Podstawowa w Witosławiu:

- udział w kampaniach i spektaklach profilaktycznych zakupionych przez UMiG w Mroczy,
- zajęcia praktyczne w klasach IV – VI – „Czy znasz swoją siłę w walce przeciwko uzależnieniom?” oraz „Moje prawa i potrzeby – czy wszystkie muszą być realizowane?”,
- rozpropagowano ulotki „Narkotyki i dziecko”,
- zorganizowano 2 przedstawienia pt.: „Bajki na jednej norze” oraz „Piekielnie anielska sztuka”,
- pedagogizacja rodziców,
- na godzinach wychowawczych odbywają się systematyczne pogadanki o szkodliwości spożywania alkoholu oraz innych używek, a także innych patologii,

Niepubliczna Szkoła Podstawowa w Kosowie:

- organizacja działań promujących zdrowy styl życia,
- projekcje filmów edukacyjnych wzbogacające wiedzę uczniów w zakresie szkodliwości używek i środków psychoaktywnych,
- realizacja zadań z zakresu oddziaływań wychowawczych wynikających ze specyfiki pracy w szkole na godzinach do dyspozycji wychowawcy (kształtowanie osobowości, radzenie sobie ze stresem, itd.),
- pedagogizacja rodziców,
- organizacja przez uczniów spektakli teatralnych o problematyce uzależnień dla społeczności lokalnej.

Gimnazjum w Mroczy:

- realizacja elementów programu „Drugi Elementarz czyli Program Siedmiu Kroków”,
- udział uczniów, nauczycieli i rodziców w zajęciach prowadzonych przez Zespół d/s Prewencji Kryminalnej Nieletnich i Patologii
- udział w kampaniach i spektaklach poświęconych profilaktyce uzależnień, zakupionych przez UMiG w Mroczy,
- prowadzenie zajęć socjoterapeutycznych przez pedagoga dla dzieci z rodzin niewydolnych wychowawczo,
- pedagogizacja rodziców,

- organizacja festynu profilaktycznego,
- udział w „III Powiatowym Konkursie Wiedzy o Uzależnieniach” (1 m-ce w powiecie).

Oddziały przedszkolne

L.p.	Oddział		Wiek	Liczba uczniów
1	Mrocza		6 lat	75
2	Witosław		6 lat	13
3	Kosowo		6 lat	4
			poniżej 6 lat	5
4	Przedszkole	Klasy „0”	6 lat	11
6	przy ul. Łąkowej	Przedszkole	poniżej 6 lat	39
7	RAZEM			147

Uczniowie i oddziały Szkoły Podstawowej w Mroczy

klasa	I	II	III	IV	V	VI	Ogółem
uczniowie	82	108	81	86	115	105	577
oddziały	4	4	4	4	5	4	25

w tym klasy specjalne:

klasa	I	II	III	IV	V	VI	Ogółem
uczniowie	3	6	1	7	1	5	23
oddziały	-	-	1	-	-	1	2

Uczniowie i oddziały Szkoły Podstawowej w Witosławiu

klasa	I	II	III	IV	V	VI	Ogółem
uczniowie	17	22	26	18	24	20	127
oddziały	1	1	2	1	1	1	7

Uczniowie i oddziały Niepublicznej Szkoły Podstawowej w Kosowie

klasa	I	II	III	IV	V	VI	Ogółem
uczniowie	4	8	3	7	6	4	32
oddziały	1	-	1	-	1	1	4

Uczniowie i oddziały Gimnazjum w Mroczy

klasa	I	II	III	Ogółem
uczniowie	164	160	140	464
oddziały	7	7	6	20

w tym klasy specjalne:

klasa	I	II	III	Ogółem
uczniowie	15	10	8	33
oddziały	1	-	1	2

14) Posterunek Policji w Mroczy

W 2007 r. funkcjonariusze Policji z Posterunku Policji w Mroczy na bieżąco realizowali zaplanowane zadania. Największy nacisk był nałożony na ujawnienie wykroczeń w miejscach publicznych o charakterze porządkowym i przestrzegania ustawy o Wychowaniu w Trzeźwości i Przeciwdziałaniu Alkoholizmowi. W 2007 r. skierowano 92 wnioski do GKRPA. Na bieżąco współpracowano z powiatowym CPR, MGOPS i Sądem Rejonowym.

Posterunek Policji w Mroczy w roku 2008 zaplanował następujące przedsięwzięcia do zrealizowania:

1) *Kradzieże i kradzieże z włamaniem.*

- a) utrzymywanie stałych kontaktów przez wszystkich funkcjonariuszy z właścicielami placówek handlowych, mieszkańcami, dozorcami i radami osiedlowymi oraz młodzieżą szkolną,
- b) organizowanie spotkań i w miarę możliwości prowadzenie szkoleń przy współudziale policjantów z KPP w Nakle n/Not,
- c) systematyczne kontrole zabezpieczeń obiektów wszelkiego typu, szczególnie w porach wieczorowo – nocnych i wszelkie spostrzeżenia sprawdzać na bieżąco,
- d) prowadzenie służb wspólnie ze Strażą Miejską w Mroczy oraz innymi służbami,
- e) prowadzenie akcji medialnej i ulotkowej.

2) *Znęcanie się nad rodziną, groźby karalne i przestrzeganie Ustawy o Wychowaniu w Trzeźwości i Przeciwdziałaniu Alkoholizmowi.*

- a) ścisła współpraca z GKRPA, MGOPS, Sądem Rodzinnym i innymi organizacjami i instytucjami zajmującymi się tym zagadnieniem,
- b) kierowanie do GKRPA wniosków na osoby nadużywające alkoholu,
- c) dokonywanie kontroli punktów sprzedaży alkoholu oraz miejsc spożywania alkoholu wspólnie z GKRPA i Strażą Miejską pod kątem przestrzegania przepisów ustawy,
- d) zwiększenie częstotliwości patroli w miejscach publicznych pod kątem zapewnienia ładu i porządku oraz ujawnienia wykroczeń porządkowych, szczególnie dotkliwych dla społeczeństwa,
- e) na bieżąco informowanie instytucji o zaistniałej przemocy w rodzinie, tj. Sądu, PCPR, MGOPS.

3) *Zdarzenia drogowe, kolizje i kierowanie pojazdami w stanie nietrzeźwym.*

- a) ścisła współpraca z funkcjonariuszami Straży Miejskiej w Mroczy oraz Sekcją Ruchu Drogowego KKP Nakło nad Not.,
- b) prowadzenie kontroli drogowych pod kątem ujawniania wykroczeń drogowych oraz osób kierujących pojazdami w stanie po spożyciu alkoholu,
- c) prowadzenie akcji policyjnych w tym zakresie przy wykorzystaniu funkcjonariuszy Ruchu Drogowego KPP w Nakle i urządzenia do pomiaru prędkości (fotorapid),
- d) przeprowadzanie spotkań i pogadarek z młodzieżą szkolną na temat przepisów ruchu drogowego,
- e) w miarę możliwości zwiększenie patroli w miejscach publicznych, mając na uwadze zmniejszenie zaistnienia przestępstw i wykroczeń w tym zakresie.

15) *Poradnia odwykowa w Nakle n/Not.*

Poradnia zaczęła funkcjonować od 1 stycznia 2004 r. Zapewnia pomoc specjalistów osobom kierowanym do niej przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych z całego powiatu. W roku 2007 z jej usług skorzystały 2 osoby z naszej gminy.

3. Planowanie dochodu budżetu Miasta i Gminy Mrocza z tytułu zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na rok budżetowy 2008.

Art. 11¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi określa wysokość opłat otrzymane zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych.

Na dzień 31.12.2007 r. wydanych jest zezwoleń:

1) do 4,5%	37 punktów
2) od 4,5% do 18%	29 punktów
3) pow. 18%	18 punktów

Wg ilości wydanych zezwoleń wg kategorii zezwolenia zakłada się, że dochód budżetu z tego tytułu w 2008 r. będzie wynosił:

1) do 4,5% alkoholu		
26 punktów x 525 zł (na cały rok)	=	13.650,00 zł
11 punktów (zezwolenie wygasa w trakcie trwania roku)	=	2.415,33 zł
2) od 4,5% do 18% alkoholu		
16 punktów x 525 zł (cały rok)	=	8.400,00 zł
13 punktów (zezwolenie wygasa w trakcie trwania roku)	=	2.896,28 zł
3) pow. 18% alkoholu		
11 punktów x 2100	=	23.100,00 zł
7 punktów (zezwolenie wygasa w trakcie trwania roku)	=	5.531,02 zł

	Razem	55.992,63 zł

Ostatecznie łączny dochód budżetu na realizację programu profilaktyki alkoholowej z tytułu wydanych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w 2008 r. wyniesie 58.992,63 zł.

4. Kierunki działań na rok 2007

- 1) Kontynuacja działalności Punktu Konsultacyjnego.
- 2) Zakup Literatury fachowej dla Klubu Abstynenta i bibliotek.
- 3) Kontynuacja działalności Świetlicy Socjoterapeutycznej.
- 4) Zakup artykułów i materiałów potrzebnych do funkcjonowania świetlicy i GKRPA.
- 5) Diety GKRPA.
- 6) Dofinansowanie do zakupu i modernizacji sprzętu komputerowego.
- 7) Dofinansowanie do corocznych wyjazdów osób uzależnionych i współuzależnionych na centralne spotkania trzeźwościowe w Częstochowie i Licheniu.
- 8) Popularyzowanie i organizowanie na bazie szkół podstawowych i gimnazjum dla dzieci i młodzieży pogadanek antyalkoholowych na podstawie realizowanych w poprzednim roku programów.
- 9) Organizowanie akcji profilaktycznych typu: stanowiska informacyjne, konkursy; podczas uroczystości i imprez lokalnych.
- 10) Objęcie stałą kontrolą punktów sprzedaży napojów alkoholowych pod względem przestrzegania warunków i zasad sprzedaży oraz podawania napojów alkoholowych a także prowadzonej ich reklamy.
- 11) Pomoc w dalszym organizowaniu się grup wsparcia dla osób uzależnionych i współuzależnionych AI Anon i AI Ateen.
- 12) Udostępnianie bazy lokalowej i materiałowej dla klubu AA i Klubu Abstynenta „Szekła”.
- 13) Organizowanie spotkań okolicznościowych i świątecznych dla osób uzależnionych i współuzależnionych.
- 14) Zakupienie programu profilaktycznego.
- 15) Realizowanie na bazie szkół „Programu Zapobiegania Narkomanii „Odłot”” (w ramach godzin wychowawczych).
- 16) Realizacja Kampanii „Zachowaj Trzeźwy Umysł”.
- 17) Rozwinięcie działalności świetlicy terapeutycznej pod względem zwiększenia efektywności i wykorzystania możliwości lokalowych.
- 18) Udział w kampaniach promujących zdrowy styl życia jako element profilaktyki uzależnień.
- 19) Dofinansowanie powstania i wydawania gazetki szkolnej poruszającej także problematykę uzależnień w Szkole Podstawowej oraz Gimnazjum w Mroczy.
- 20) Dofinansowanie zakupu spektakli profilaktycznych dla szkół.
- 21) Współfinansowanie „Szkolnego Dnia Profilaktyki i Sportu” - festyn piętnujący sięganie po używki i środki odurzające.

5. Plan wydatków budżetowych na 2008 rok na realizację programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (w planie wyszczególniono także część środków wydzieloną na realizację programu przeciwdziałania narkomanii)

Lp.	Nazwa zadania	Ogółem	Profilaktyka alkoholowa	Profilaktyka narkomanii
1	2310 - Dotacja dla Miasta Bydgoszcz	0,0	0,00	0,0
2	2320 - Dotacja dla Poradni Odwykowej	0,0	0,00	0,0
3	2900 – Dofinansowanie zadań bieżących	300,00	300,00	0,0
4	3030 - Wynagrodzenie członków GKRPA	8.500	8.500	0,0
5	Wynagrodzenie opiekuna świetlicy socjoterapeutycznej	33.805	16.903	16.902
	3020	300	150	150
	4010	25.490	12.745	12.745
	4040	1.600	800	800
	4110	3.840	1.920	1.920
	4120	620	310	310
	4140	940	470	470
	4440	980	490	490
6	4170 - Wynagrodzenie psychoterapeuty w punkcie konsultacyjnym	13.730	9.847	3.883
7	4260 - Zakup energii – pomieszczenie świetlicy terapeutycznej	6.200	4.870	1.330
8	4410 - Delegacje służbowe - krajowe	300	150	150
9	4700 – Szkolenia pracowników	250	125	125
10	Inne:	740	370	370
	4280 - Zakup usług zdrowotnych,	100	50	50
	4430 - Różne opłaty i składki,	400	200	200
	4740 - Zakup materiałów pap.	240	120	120
11	4750 - Zakup akcesoriów komputerowych:	4.100	2.050	2.050
	- modernizacja sprzętu komputerowego pełnomocnika,	3.500	1.750	1.750
	- zakup fotokonduktora do drukarki laserowej	600	300	300
12	4210 - Zakup materiałów i wyposażenia:	4.600	2.550	2.050
	- materiały biurowe dla GKRPA	500	500	0,0
	- zakup literatury fachowej dla klubu abstynenta oraz bibliotek,	200	100	100
	- materiały dla świetlicy socjoterapeutycznej,	500	250	250
	- dofinansowanie wydawania gazetki szkolnej w szkole podstawowej i gimnazjum,	1.200	600	600
	- zakup programu profilaktycznego,	2.200	1.100	1.100
13	4300 - Zakup usług pozostałych:	5.310	4.475	800
	- dofinansowanie wyjazdu do Częstochowy i Lichenia,	2.600	2.600	0,0
	- zakup spektaklu profilaktycznego dla szkoły podstawowej,	1.200	600	600
	- realizacja zadań związanych z obsługą GKRPA	1.000	1.000	0,0
	- rezerwa	510	275	235
14	Razem – Profilaktyka uzależnień	77.800	50.140	27.660

Plan wydatków na realizację Programu Profilaktyki i Rozwiązywanie Problemów Alkoholowych oraz Programu Przeciwdziałania Narkomanii, zgodnie z przyjętym budżetem Miasta i Gminy Mrocza na 2008 rok, wynosi 77.800,00 zł. Pomiędzy dochodem wyliczonym w Załączniku Nr 1 do niniejszego Programu, na podstawie wydanych zezwoleń, a planem w/w wydatków daje to niedobór 21.807,37 zł. Do końca roku (biorąc doświadczenie lat ubiegłych), przewiduje się jednak wpływ dodatkowych funduszy z tytułu przedłużenia zezwoleń oraz zezwoleń jednorazowych w wysokości ok. 20.000,00 zł., co powinno pozwolić na zamknięcie bilansu. W przeciwnym wypadku brakująca kwota zostanie uzupełniona z budżetu Miasta i Gminy Mrocza.

6. Postanowienia końcowe

- 1) Po przyjęciu programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przez Radę Miejską program należy przekazać właściwym instytucjom i organizacjom społecznym będącymi realizatorami zawartych w nim zadań.
- 2) Podejmowane zadania z zakresu profilaktyki alkoholowej winny być promowane w lokalnych mediach.
- 3) Burmistrz Miasta i Gminy w Mroczy za pośrednictwem pełnomocnika burmistrza składa sprawozdanie z wykonania niniejszego programu na piśmie Radzie Miejskiej w Mroczy po upływie roku.

7. Określenie zasad wydatków finansowych na działalność Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz osób biorących udział w realizacji programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych dla Miasta i Gminy Mrocza

- 1) Wysokość diety dla Przewodniczącego Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych za udział w posiedzeniach Komisji poza godzinami pracy oraz prowadzenie dokumentacji związanej z pracą Komisji wynosi: sześciokrotną wysokość diety ustalonej w przepisach o podróżach służbowych na terenie kraju, za każde posiedzenie.
- 2) Wysokość diety dla członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych za udział w posiedzeniach Komisji poza godzinami pracy wynosi: trzykrotną wysokość diety ustalonej w przepisach o podróżach służbowych na terenie kraju, za dany miesiąc, w którym odbywały się posiedzenia. Należność jest wypłacana na podstawie listy obecności, proporcjonalnie do udziału w posiedzeniach.
- 3) Zwrot kosztów dla członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i innych osób delegowanych przez Pełnomocnika Burmistrza ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mroczy w celu realizacji programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych korzystających z publicznych środków transportu nastąpi w oparciu o stosowne rozporządzenie w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności z tytułu podróży służbowych.
- 4) W celu dokonania kontroli punktów sprzedaży alkoholu GKRPA ma prawo korzystać samochodu Straży Miejskiej po wcześniejszym uzgodnieniu z Komendantem SM i pokryciu kosztów paliwa.

Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta i Gminy Mrocza na rok 2008

1. *Diagnoza sytuacji w Gminie Mrocza – pełne dane dot. tego punktu znajdują się w Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Miasta i Gminy Mrocza na rok 2008, stanowiącego Załącznik Nr 1*
2. *Zasoby umożliwiające prowadzenie działalności profilaktycznej i naprawczej - pełne dane dot. tego punktu znajdują się w Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Miasta i Gminy Mrocza na rok 2008, stanowiącego Załącznik Nr 1*
3. **Planowanie dochodu budżetu Miasta i Gminy Mrocza z tytułu zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na rok budżetowy 2008.**

Art. 11¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi określa wysokość opłat otrzymane zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych.

Na dzień 31.12.2007 r. wydanych jest zezwoleń:

1) do 4,5%	37 punktów
2) od 4,5% do 18%	29 punktów
3) pow. 18%	18 punktów

Wg ilości wydanych zezwoleń wg kategorii zezwolenia zakłada się, że dochód budżetu z tego tytułu w 2008 r. będzie wynosił:

1) do 4,5% alkoholu		
26 punktów x 525 zł (na cały rok)		= 13.650,00 zł
11 punktów (zezwolenie wygasa w trakcie trwania roku)		= 2.415,33 zł
2) od 4,5% do 18% alkoholu		
16 punktów x 525 zł (cały rok)		= 8.400,00 zł
13 punktów (zezwolenie wygasa w trakcie trwania roku)		= 2.896,28 zł
3) pow. 18% alkoholu		
11 punktów x 2100		= 23.100,00 zł
7 punktów (zezwolenie wygasa w trakcie trwania roku)		= 5.531,02 zł

	Razem	55.992,63 zł

Ostatecznie łączny dochód budżetu na realizację programu profilaktyki alkoholowej z tytułu wydanych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w 2008 r. wyniesie 58.992,63 zł.

4. Kierunki działań na rok 2008

- 1) Stopniowe zwiększenie zakresu działalności Punktu Konsultacyjnego o problemy związane z profilaktyką i przeciwdziałaniem narkomanii.
- 2) Zakup Literatury fachowej dla Klubu Abstynenta i bibliotek.
- 3) Zakup artykułów i materiałów potrzebnych do funkcjonowania świetlicy terapeutycznej.
- 4) Dofinansowanie do modernizacji sprzętu komputerowego.
- 5) Popularyzowanie i organizowanie na bazie szkół podstawowych i gimnazjum dla dzieci i młodzieży pogadanek z zakresu profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii.
- 6) Organizowanie akcji profilaktycznych typu: stanowiska informacyjne, konkursy; podczas uroczystości i imprez lokalnych.
- 7) Zakupienie programu profilaktycznego.
- 8) Realizowanie na bazie szkół „Programu Zapobiegania Narkomanii „Odłot”” (w ramach godzin wychowawczych).
- 9) Realizacja Kampanii „Zachowaj Trzeźwy Umysł”.
- 10) Rozwinięcie działalności świetlicy terapeutycznej pod względem zwiększenia efektywności i wykorzystania możliwości lokalowych.
- 11) Udział w kampaniach promujących zdrowy styl życia jako element profilaktyki uzależnień.
- 12) Dofinansowanie powstania i wydawania gazetki szkolnej poruszającej także problematykę uzależnień w szkołach z terenu Gminy Mrocza.
- 13) Dofinansowanie zakupu spektakli profilaktycznych dla szkół.
- 14) Współfinansowanie „Szkolnego Dnia Profilaktyki i Sportu” - festyn piętnujący sięganie po używki i środki odurzające.

5. Plan wydatków budżetowych na 2008 rok na realizację programu przeciwdziałania narkomanii (w planie wyszczególniono także część środków wydzieloną na realizację programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych)

Lp.	Nazwa zadania	Ogółem	Profilaktyka alkoholowa	Profilaktyka narkomanii
1	2310 - Dotacja dla Miasta Bydgoszcz	0,0	0,00	0,0
2	2320 - Dotacja dla Poradni Odwykowej	0,0	0,00	0,0
3	2900 – Dofinansowanie zadań bieżących	300,00	300,00	0,0
4	3030 - Wynagrodzenie członków GKRPA	8.500	8.500	0,0
5	Wynagrodzenie opiekuna świetlicy socjoterapeutycznej	33.805	16.903	16.902
	3020	300	150	150
	4010	25.490	12.745	12.745
	4040	1.600	800	800
	4110	3.840	1.920	1.920
	4120	620	310	310
	4140	940	470	470
	4440	980	490	490
6	4170 - Wynagrodzenie psychoterapeuty w punkcie konsultacyjnym	13.730	9.847	3.883
7	4260 - Zakup energii – pomieszczenie świetlicy terapeutycznej	6.200	4.870	1.330
8	4410 - Delegacje służbowe - krajowe	300	150	150
9	4700 – Szkolenia pracowników	250	125	125
10	Inne:	740	370	370
	4280 - Zakup usług zdrowotnych,	100	50	50
	4430 - Różne opłaty i składki,	400	200	200
	4740 - Zakup materiałów pap.	240	120	120
11	4750 - Zakup akcesoriów komputerowych:	4.100	2.050	2.050
	- modernizacja sprzętu komputerowego pełnomocnika,	3.500	1.750	1.750
	- zakup fotokonduktora do drukarki laserowej	600	300	300
12	4210 - Zakup materiałów i wyposażenia:	4.600	2.550	2.050
	- materiały biurowe dla GKRPA	500	500	0,0
	- zakup literatury fachowej dla klubu abstynenta oraz bibliotek,	200	100	100
	- materiały dla świetlicy socjoterapeutycznej,	500	250	250
	- dofinansowanie wydawania gazetki szkolnej w szkole podstawowej i gimnazjum,	1.200	600	600
	- zakup programu profilaktycznego,	2.200	1.100	1.100
13	4300 - Zakup usług pozostałych:	5.310	4.475	800
	- dofinansowanie wyjazdu do Częstochowy i Lichenia,	2.600	2.600	0,0
	- zakup spektaklu profilaktycznego dla szkoły podstawowej,	1.200	600	600
	- realizacja zadań związanych z obsługą GKRPA	1.000	1.000	0,0
	- rezerwa	510	275	235
14	Razem – Profilaktyka uzależnień	77.800	50.140	27.660

Plan wydatków na realizację Programu Profilaktyki i Rozwiązywanie Problemów Alkoholowych oraz Programu Przeciwdziałania Narkomanii, zgodnie z przyjętym budżetem Miasta i Gminy Mrocza na 2008 rok, wynosi 77.800,00 zł. Pomiędzy dochodem wyliczonym w Załączniku Nr 1 do niniejszego Programu, na podstawie wydanych zezwoleń, a planem w/w wydatków daje to niedobór 21.807,37 zł. Do końca roku (biorąc doświadczenie lat ubiegłych), przewiduje się jednak wpływ dodatkowych funduszy z tytułu przedłużenia zezwoleń oraz zezwoleń jednorazowych w wysokości ok. 20.000,00 zł., co powinno pozwolić na zamknięcie bilansu. W przeciwnym wypadku brakująca kwota zostanie uzupełniona z budżetu Miasta i Gminy Mrocza.

6. Postanowienia końcowe

- 1) Po przyjęciu programu przeciwdziałania narkomanii przez Radę Miejską w Mroczy program należy przekazać właściwym instytucjom i organizacjom społecznym będącymi realizatorami zawartych w nim zadań.
- 2) Podejmowane zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii winny być promowane w lokalnych mediach.
- 3) Burmistrz Miasta i Gminy Mroczy za pośrednictwem pełnomocnika burmistrza składa sprawozdanie z wykonania niniejszego programu na piśmie Radzie Miejskiej w Mroczy po upływie roku.