

Paweł Zakrzewski

## POSTAWY RODZICÓW I OPIEKUNÓW WOBEC ZAŻYWANIA ŚRODKÓW UZALEŻNIAJĄCYCH PRZEZ MŁODYCH PACJENTÓW PORADNI ODWYKOWYCH

### I. UWAGI WSTĘPNE

Badania w pierwszym etapie prowadzone były w latach 1974—1979 i dotyczyły wszystkich pacjentów w wieku 15—23 lat leczonych w tym czasie w poradni odwykowej dla młodzieży i w dzielnicowych poradniach odwykowych dla dorosłych z terenu m. Łodzi z powodu wielokrotnego zażywania środków toksycznych (narkotycznych)<sup>1</sup>. Dobór przypadków z wymienionych poradni przedstawiał następujące korzyści: po pierwsze — prawdopodobne było, że osoby, które zdecydowały się na leczenie oraz ich rodzice nie odmówią współpracy w badaniach, co w odniesieniu do zagadnienia narkomanii ma specjalne znaczenie, po drugie — można było oczekiwać, że osoby, które podjęły takie leczenie, są już w pewnym stopniu uzależnione i rzecz nie sprowadza się tylko do wcześniejszego zażycia raz czy parę razy określonego środka.

---

<sup>1</sup> Zob. następujące prace P. Zakrzewskiego: *Próba rozwarstwienia młodocianych zażywających wielokrotnie środki narkotyczne*, „Państwo i Prawo”, 1980, z. 8, s. 35—49; *Rozwój uzależnienia a zmiany społecznych zachowań młodocianych toksykomanów*, „Archiwum Kryminologii”, t. VIII—IX, 1982, s. 363—388; *Nadużywanie alkoholu w biografiiach młodocianych toksykomanów*, „Archiwum Kryminologii”, t. VIII—IX, 1982, s. 389—401 (współautor J. W. Tomczak); *Kryminologiczna problematyka narkomanii młodzieżowej — wyniki badań*, „Państwo i Prawo”, 1982, z. 10, s. 52—65; *Eskalacja zażywanych przez młodzież środków uzależniających oraz jej zdrowotne i społeczne konsekwencje*, w: *Materiały Symposium „Narkomania w Polsce” 16—17 X 1981*, Częstochowa 1982, s. 99—104; *Problem karania młodocianych toksykomanów*, „Nowe Prawo”, 1982, nr 5—6, s. 316; *Warunki rodzinne młodocianych narkomanów*, w: *Materiały Konferencji „Patologia życia rodzinnego”*, Poznań 1983, s. 295—302; *Zjawiska narkomanii w Polsce a projekt ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu narkomanii*, „Nowe Prawo”, 1984, nr 6, s. 69—81.

W toku badań przekonaliśmy się, że wprawdzie dobór materiału z poradni odwykowych nie eliminował całkowicie przypadków zażywania sporadycznego, jednakże ograniczał je w znacznym stopniu. Ostatecznie zakwalifikowaliśmy do badań 107 pacjentów poradni z pominięciem kilkunastu, u których zachodziła tylko sporadyczna intoksykacja.

Z punktu widzenia zaawansowania uzależnienia nasi młodociani w czasie zakwalifikowania ich i objęcia badaniami<sup>2</sup> przedstawiali następujący obraz (według rozpoznań lekarskich):

tw. uzależnieni społecznie	— 22 (21%),
uzależnieni psychicznie	— 54 (50%),
uzależnieni fizycznie	— 31 (29%),
Razem	<hr/> 107 (100%).

Szczególną cechą tak dobranego materiału pozostaje fakt, że nie dokonano żadnej selekcji z punktu widzenia płci badanych. W odróżnieniu od badań przestępczości nieletnich czy alkoholizmu młodocianych, gdzie udział dziewcząt jest nikły i dlatego w celu uzyskania jednorodnego materiału zostają one często w badaniach pominięte — chyba że stanowią specjalny przedmiot badań — w niniejszym materiale udział dziewcząt był na tyle wysoki (23%), że nie było dostatecznego uzasadnienia dla prowadzenia badań nad zjawiskiem narkomanii młodzieżowej tylko w odniesieniu do chłopców. W naszym materiale chłopcy i dziewczęta występują więc w zasadzie w takiej samej proporcji jak wśród młodocianych pacjentów objętych leczeniem w poradniach z powodu wielokrotnego zażywania środków toksycznych (poza alkoholem).

W stosunku do każdego przypadku przeprowadzone zostały trzy szczegółowe wywiady: jeden z matką chłopca lub dziewczyny (wyjątkowo z innym dorosłym członkiem rodziny), drugi — w szkole z wychowawcą i nauczycielami oraz trzeci — z badaną osobą zażywającą środki narkotyczne. Kwestionariusze, za pomocą których zostały przeprowadzone te wywiady, uwzględniały w szerokim stopniu warunki rodzinne badanych, ich zachowanie w domu począwszy od lat najmłodszych aż po ostatnie miesiące, historię szkolną, sposób spędzania wolnego czasu, początki i okoliczności zażywania środków narkotycznych, korzystanie z alkoholu, środowisko kolegów, trudności życiowe w okresie poprzedzającym narkotyzowanie się oraz w latach następnych, dokonywanie czynów przestępczych itp. Poszczególne kwestie ujęte były w kwestionariuszach w formie określonych dyspozycji i pytań otwartych, co w odróżnieniu od ankiet

---

<sup>2</sup> Zaawansowanie uzależnienia naszych badanych, którzy kontynuowali w okresie przeprowadzania katamnez używanie narkotyków, było, oczywiście, dalej posunięte.

z pytaniami kategoryzowanymi umożliwiło wywołanie pewnych wypowiedzi nieszablonowych, pogłębionych, ukazujących dynamikę oraz indywidualne oblicze danego przypadku oraz pozwalających na lepsze wniknięcie w analizowaną problematykę. Oprócz przeprowadzenia wywiadów zgromadziliśmy wyciągi z dokumentacji dotyczącej badanych z sądów dla nieletnich, sądów zwykłych oraz z różnych poradni. W odniesieniu do większości badanych przeprowadzono również badania lekarskie.

Po uływie ok. 10 lat postanowiliśmy powrócić do tej zbiorowości i zbadać, jak w ciągu tego okresu kształtowały się i jak aktualnie przedstawiają się losy 107 ówczesnych młodocianych zażywających środki narkotyczne. Obecnie nasze poszukiwania, w założeniu zbliżone do poprzednich, obejmują szczegółowy wywiad środowiskowy z matką (ojcem) i żoną (mężem) osoby badanej, jej dokładne badanie lekarskie oraz analizę w różnych poradniach, na oddziałach szpitalnych i w sądach znajdujących się tam dokumentacji dotyczącej rozpatrywanych przypadków.

Zarówno w badaniach socjologicznych, jak i lekarskich postanowiliśmy skoncentrować się na okresie od połowy lat siedemdziesiątych do chwili obecnej, natomiast to, co było wcześniej, traktować w czasie zbierania danych jako punkt odniesienia dla dalszych losów życiowych badanych.

Trudności, które napotykałymi w badaniach, nie są natury zasadniczej, lecz jedynie technicznej i wiążą się z tym, że rodziny badanych i oni sami są bardziej zamknięci i mniej skłonni do współpracy niż byli przed 12 laty. Można to wytłumaczyć bardziej drażliwym tematem badań dla ludzi w wieku ok. 30 lat, a częściowo obawą ich najbliższych o kruche zręby stabilizacji badanych jednostek („żeby im nie zaszkodzić”), a przy tym większą obecnie prywatyzacją życia rodzinnego i indywidualnego aniżeli dawniej i eo *ipso* zwiększoną niechęcią do ingerencji z zewnątrz. Poza tym niektórzy rodzice są rozgoryczeni, że w ciągu 10 minionych lat nikt nie interesował się ich synem lub córką i nie okazywał pomocy, mimo iż była ona potrzebna. Przeszkody tego typu staraliśmy się przezwyciężyć rozpoczęciem od badań lekarskich, udzielaniem pomocy badanym w sprawach zdrowotnych i innych, rozkładaniem badań niektórych przypadków na dłuższy przeciąg czasu. Zbadaliśmy 80 przypadków i na tej podstawie przygotowaliśmy niniejsze opracowanie<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Badania katamnesticzne prowadzone były w latach 1986—1988 w Zakładzie Zdrowia Psychicznego PAN w Łodzi przez zespół pracujący pod kierunkiem P. Zakrzewskiego. Wywiady środowiskowe prowadzili: P. Spodenkiewicz, G. Kaczorowska, P. Marciniak. Badania lekarskie przeprowadziła psychiatra lek. med. M. Szafrąńska, przygotowany przez nią materiał został wykorzystany w niniejszej pracy. Podjęto w niej pierwszą próbę skorelowania wyników badań prowadzonych w dwóch okresach: w latach 1976—1978 i 1986—1988.

## II. KATEGORIE BADANYCH

Obecne nasze badania nie przyniosły potwierdzenia pesymistycznych sygnałów, że tylko ok. 10% osób uzależnionych ma szanse wycofania się z nałogu<sup>4</sup>. Możliwe, że ci młodzi narkomani, którzy kontynuują zażywanie i krążą pomiędzy różnymi placówkami medycznymi — głównie poradniami i szpitalnymi oddziałami detoksykacyjnymi, sądami, zakładami karnymi oraz placówkami pomocy społecznej, są najbardziej widoczni, podobnie jak ci, którzy z powodu przedawkowania lub w innych dramatycznych okolicznościach związanych z zażywaniem stracili życie i dlatego właśnie te przypadki wpływają na ukształtowanie się przesadnie pesymistycznych wniosków. Okazuje się, że nawet zależność morfinowa dająca po stosunkowo krótkim czasie bardzo silne objawy abstynencyjne, utrudniające wycofanie się z nałogu, powinna być oceniona w sposób ostrożny z punktu widzenia przyszłych losów chorego, prawdopodobnie dlatego, że również ta postać zależności działa w kontekście różnych uwarunkowań osobowościowych i społecznych danej jednostki.

Z upływem czasu losy młodocianych narkomanów wyraźnie się różnicują. Tę późniejszą różnorodność losów należy tłumaczyć przede wszystkim niejednakowym zaawansowaniem uzależnienia i dość szerokim spectrum zaburzeń psychicznych badanych (lub ich braku) już w połowie lat siedemdziesiątych, gdy prowadziliśmy w stosunku do nich poprzednie badania, faktem uwzględnienia w nich łącznie przedstawicieli obu płci, co jest raczej rzadkim postępowaniem w analizie innych zjawisk dewiacyjnych wśród młodocianych i młodych ludzi, tym, że osiągnęli oni różny poziom wykształcenia i kwalifikacji zawodowych i wreszcie tym, że rekrutowali się z szerokiego przekroju rodzin w społeczeństwie o różnym poziomie kultury, wykształcenia, zamożności i pozycji społecznej, a nie tylko z rodzin o znamionach patologii, czyli rodzin określonej kategorii, jak to przeważnie ma miejsce u młodocianych alkoholików czy młodocianych recydywistów.

W analizie losów życiowych badanych kluczową jest sprawa kontynuacji zażywania lub wycofania się z nałogu, trwałość uzyskanej abstynencji oraz zakres osiągniętej stabilizacji życiowej. Pod tym kątem będziemy się starali rozwarstwić naszych badanych. Z próbą takiego rozwarstwienia przypadków musi się wiązać fakt przyjęcia złożonych kryteriów poprawy, bowiem zjawisko okazuje się zbyt skomplikowane, aby

---

<sup>4</sup> Por. A. Markiewicz: *Materiały pomocnicze do tematu „Narkomania”*, Koszalin 1987, wyd. Tow. Zapobiegania Narkomanii, s. 27; M. Staniszek: *Substancje uzależniające i typy uzależnień*, w: *Farmakoterapia w stanach uzależnień*, Warszawa 1987, s. 31.

można było przyjąć abstynencję jako kryterium jedyne. Przyjęliśmy więc następujące kryteria poprawy:

- a) medyczne (utrzymywanie abstynencji);
- b) psychologiczne (całkowita psychiczna akceptacja abstynencji), zmiana stylu życia, odwrócenie zainteresowań od zażywania środków odurzających do aprobowanych społecznie pragnień i dążeń);
- c) społeczne (aktywne pełnienie stosownych ról społecznych).

Z punktu widzenia obecnej sytuacji życiowej i na podstawie przyjętych kryteriów można wyróżnić wśród badanych co najmniej następujące kategorie (zob. tabl. 1).

Tablica 1. Wyróżnione kategorie badanych

Ogółem	Badani, którzy:			
	A. kontynuowali zażywanie	B. zmarli w związku z zażywaniem	C. wycofali się z zażywania, ale pozostali im z tego okresu różne problemy życiowe	D. wycofali się z zażywania bez żadnych następstw
lb. 80	21	7	37	15
% 100	26	9	46	19

A. Najbardziej charakterystyczną dla niniejszych badań, chociaż — wbrew wcześniejszym przewidywaniom — bynajmniej nie najliczniejszą, jest ta część badanych, którzy kontynuowali zażywanie w okresie objętym katamnezami, tzn. od połowy lat siedemdziesiątych aż do drugiej połowy lat osiemdziesiątych, czyli w ciągu 12—15 lat. Średni okres zażywania wynosił 13,6 lat. Badanych tej kategorii charakteryzuje zawężenie zainteresowań i kontaktów społecznych do spraw związanych z zażywaniem oraz produkowaniem albo zdobywaniem w inny sposób kolejnych tzw. działek, zjawisko coraz głębszej marginalizacji, ogólne wyniszczenie somatyczne niezależnie od różnych chorób narządowych, np. żołądka czy wątroby, stany głębokiego niepokoju w okresach pojawiania się trudności w zaopatrzeniu w poszukiwane środki i późniejsze zażywanie ze znacznym natężeniem objawów abstynencyjnych.

O jakiegokolwiek stabilizacji życiowej takich jednostek chociażby na najniższym poziomie trudno jest mówić poza nielicznymi wyjątkami. Ich biografie nabierają typowych cech dla osób od szeregu lat uzależnionych,

obfitując w następujące wydarzenia: powtarzające się sprawy sądowe i kary pozbawienia wolności za przestępstwa związane z uzyskiwaniem i nielegalnym obrotem środkami uzależniającymi, kilkakrotne pobyty na oddziałach detoksykacyjnych, a niekiedy także przerwane okresy rehabilitacji w ośrodkach Monaru, co w sumie przynosiło tylko częściowe i nietrwałe wyniki, kontakty z poradniami odwykowymi lub zbliżonego typu, głównie w celu otrzymania zasiłków pieniężnych i talonów obiadowych przewidzianych dla narkomanów, przebywanie w różnych szpitalach i leczenie chorób (np. żółtaczki zakaźnej) będących bezpośrednim lub pośrednim następstwem zażywania, okresowe podejmowanie pracy zupełnie przypadkowej, jaka tylko się nadaży, nie wymagającej żadnych kwalifikacji i nie stwarzającej żadnych perspektyw na przyszłość, życie z dnia na dzień bez jakichkolwiek planów i dążeń poza staraniami o następne porcje narkotyku, wyłączanie się ze spraw życia codziennego i społeczno-zawodowego w stopniu, który wg terminologii Bacona można określić mianem daleko posuniętej dysocjalizacji. Takiej linii życiowej towarzyszyła zwykle po kilku latach zażywania świadomość beznadziejności własnej sytuacji i niekiedy podejmowanie mniej lub bardziej ostentacyjnych zamachów samobójczych.

Trzeba jednak zaznaczyć, że w kilkunastoletnim okresie zażywania, charakteryzującym omawianą kategorię badanych, można było dostrzec paromiesięczne a czasem nawet dłuższe przerwy w intoksykacji, spowodowane bądź odbywaniem kar pozbawienia wolności, bądź wynikające z przebytego leczenia — chociaż nie zawsze miało to miejsce — bądź wyrosło z jakiegoś krótkotrwałego pozytywnego zdarzenia życiowego, np. początkowego okresu małżeństwa. Jednak powrót do zażywania (lub jego intensyfikacja) następował stosunkowo szybko, zwłaszcza pod wpływem nieuniknionych trudności życiowych, co wskazywało na niską odporność psychiczną i łatwość załamania się tych jednostek już przy niewielkich niepowodzeniach.

Spośród 21 badanych kontynuujących zażywanie 15 osób było żonatych i 1 zamężna, ale ich małżeństwa znajdowały się przeważnie w stadium rozkładu i badani ci — znajdujący się w wieku ok. 30 lat — powrócili do swoich rodziców, którzy ponownie przyjęli ich na utrzymanie. Jednak w miarę upływu czasu i zażywania stosunki z rodzicami zwykle pogarszały się, badani stawali się dla nich chłodni, nieczuli, obojętni, mimo iż rodzice starali się zaspokoić nawet wyszukane potrzeby swoich synów (córek), np. kupno samochodu — licząc, że w ten sposób przyczynią się do odciążenia ich od narkotyków.

Nieliczne małżeństwa nie objęte rozkładem dotyczyły związków, w których oboje byli narkomanami. Zjawisko takie, co potwierdziły nasze badania, staje się obecnie dosyć częste. Otóż w miarę rozwoju uzależ-

nienia coraz to nowe jednostki przenikają do izolowanego środowiska narkomanów, mającego własne miejsca skupienia na terenie danego miasta czy dzielnicy, tam spotykają się, wymieniają „towar” i doświadczenia, spędzają wspólnie czas itp. Stosowny wiek i częste kontakty w ramach jednego środowiska sprzyjają zawieraniu związków małżeńskich, chociaż malejące zainteresowanie życiem seksualnym w miarę rozwoju uzależnienia oddziałuje bez wątpienia w przeciwnym kierunku. Niektóre małżeństwa naszych narkomanów wywodziły się z innego źródła: po 2—3 latach małżeństwa żona dostosowywała się do postępowania męża i także rozpoczynała zażywanie. Prawdopodobnie była to jedyna możliwa alternatywa zamiast porzucenia męża—narkomana.

Rozkład większości małżeństw zawartych przez jednostki kontynuujące zażywanie nie powinien budzić zdziwienia, natomiast zastanawiającą może wydawać się okoliczność, że żony, które odeszły lub miały zamiar to uczynić w bliskiej przyszłości, charakteryzowały przeważnie swoich mężów—narkomanów jako ludzi dobrych, czułych, nieagresywnych, podatnych na wpływy innych osób i pozbawionych silnej woli. Odejściu tych kobiet nie towarzyszyły żadne dramatyczne okoliczności ani drastyczne sceny, jak to się często dzieje w rodzinach alkoholików. Jakże jednak smutne i beznadziejne musiały być niektóre elementy życia w tych małżeństwach (rodzinach), jeżeli kobiety, które starały się okazać pomoc swoim partnerom i odnosiły się do nich życzliwie i które, jak wiadomo, dążą przeważnie do utrzymania zawartego związku, wreszcie zdecydowały się na odejście, chyba że same również rozpoczęły zażywanie. W tym kontekście należy zdać sobie sprawę, że zmiany charakteropatyczne zachodzące u badanych w następstwie kilkuletniego lub dłuższego zażywania nie czyniły z nich jednostek agresywnych, niebezpiecznych, maltretujących osoby z bliskiego otoczenia, a jedynie takie, które skoncentrowane były coraz bardziej na swoim nałogu, wycofywały się z innych spraw życiowych i posługiwały się głównie kłamstwem dla osiągnięcia swoich celów.

Badani, o których obecnie mówimy — mimo wielu cech wspólnych, spowodowanych okresem zażywania podobnej długości i przechodzenia po upływie pewnego czasu, zgodnie z zasadą eskalacji zażywania, na przyjmowanie opiatów — tworzyli jednak pewne continuum. Na jednym końcu tego continuum znajdowały się przypadki w tak daleko posuniętym stanie wyniszczenia somatycznego i degradacji psychicznej, że smutny epilog wydawał się już bliski — niektórzy spośród nich mimo młodego wieku znajdowali się już na rencie inwalidzkiej — na drugim zaś można było dostrzec niewielką część młodych ludzi, którzy wyróżniali się kilkakrotnym przebywaniem w szpitalach na oddziałach detoksykacyjnych i odwykowych, raczej okresowym przerywaniem zażywania niż zwiększa-

niem dawek, próbami stosowania auto terapii tzw. zejściowej, na ogół dłuższym przebywaniem w pracy w tym samym zakładzie od innych zażywających, prawdopodobnie silniejszym, bardziej odpornym organizmem i którzy dobrze odżywiali się dzięki zapobiegliwości i zamożności rodziców a w następstwie tego wszystkiego ich stan i sytuacja przedstawiały się stosunkowo pomyślnie w porównaniu do pozostałych badanych tej kategorii. Należy tu bowiem dodać, że niektórzy rodzice znajdujący się w dobrej sytuacji materialnej, po przekonaniu się, że całkowite przerwanie zażywania przez ich syna okazuje się niemożliwe, starali się zapewnić mu w miarę możliwości wygodne życie i dobre odżywianie.

Chociaż dla wszystkich badanych kontynuujących zażywanie charakterystyczne były w mniejszym lub większym stopniu te warunki życiowe, które uprzednio przedstawiliśmy i chociaż fakt przesuwania się na marginesy życiowy był nieuchronny, to jednak szybkość, z jaką to następowało, była różna i w rezultacie obraz poszczególnych przypadków nie kształtował się w sposób jednakowy.

B. Bliscy omówionej kategorii są badani (7 przypadków, tj. 9% zbadanej dotychczas populacji), którzy w ciągu ostatnich kilku lat stracili życie w okolicznościach wskazujących na związek z zażywaniem i nałogiem, rozumianymi również jako pewien styl życia. Biografie tych jednostek zażywających od szeregu lat środki narkotyczne mieściły się bez reszty — poza faktem przedwczesnej śmierci — w omówionej powyżej kategorii.

Należy dodać, że w świetle naszych dotychczas zebranych materiałów przedawkowanie nie jawi się jako główna przyczyna przedwczesnych zgonów młodych narkomanów, chociaż sugestie tego rodzaju można zauważyć w niektórych publikowanych pracach. W istocie rzeczy problem wymaga szerszego spojrzenia. Na podstawie niniejszych badań młodzi narkomani zmarli bądź z powodu poważnych chorób (choroba nowotworowa szpiku kostnego, niewydolności krążenia), nakładających się na somatyczne wyniszczenie organizmu, bądź stracili życie w niewyjaśnionych do końca okolicznościach, znajdujących się na pograniczu nieszczęśliwego wypadku, samobójstwa i zabójstwa. Wszyscy badani przedwcześnie zmarli, to osoby zażywające od dawna, tj. od powyżej 5 lat. Niektóre z nich w ostatnim okresie przed śmiercią łączyły środki narkotyczne z alkoholem.

C. Problemy życiowe badanych po zaprzestaniu zażywania obejmują zarówno problemy zdrowotne, jak i społeczne, ale trzeba dodać, że — niezależnie od dokonanego rozróżnienia — związek pomiędzy nimi jest bardzo silny. Ogólnie można powiedzieć, że głębokość uzależnienia, związana m.in. z czasookresem zażywania, ma wpływ nie tylko na szanse zerwania z nałogiem, ale również na zakres i wagę problemów, które po nim pozostają.



Na czoło problemów zdrowotnych w dziedzinie somatycznej wysuwają się: przewlekłe nieżyty żołądka, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, choroby wątroby, m.in. po przebytej żółtacze, dolegliwości serca, wzmożona wyczerpywalność fizyczna, zaburzenia snu, w dziedzinie psychicznej zaś: niepokój wewnętrzny, wzmożona pobudliwość, trudności i lęk w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem, stany przygnębienia, poczucie małej wartości, brak pewności siebie, duże nie zrównoważenie emocjonalne, ukryty niepokój skierowany do wewnątrz.

Wśród osób z silną komponentą nerwicowo-lękową przeważają jednostki schizoidalne, z poczuciem zagrożenia, postawą rezygnacyjną, w konsekwencji z zachowaniami nieraz znacznie odbiegającymi od normalnego. Kilkuletnie uzależnienie od środków odurzających spowodowało u tych jednostek rozwój lub pogłębienie się cech patologicznych w stopniu utrudniającym im powrót do normalnego życia w społeczeństwie.

Natomiast do najważniejszych i najczęstszych problemów społecznych należy przerwanie nauki w szkole zawodowej, w technikum, w liceum ogólnokształcącym i związany z tym późniejszy brak kwalifikacji zawodowych. Sprawa ta silniej ciąży na dalszym życiu chłopców niż dziewcząt, u których rola życiowa żony i matki wysuwa się zwykle na plan pierwszy. Przerwanie nauki szkolnej jest trudne do nadrobienia w późniejszym czasie, zwłaszcza przy innych komplikacjach życiowych, skazuje więc danego chłopca na mało interesującą pracę i pozbawia go normalnych perspektyw awansu zawodowego. Równoległe do tego upośledzenie stanu zdrowia nabiera tym większego znaczenia i prowadzi łącznie do wyraźnego pogorszenia jego społecznego funkcjonowania. Czasem dodatkowego znaczenia w lekceważeniu pracy nabierała okoliczność, że dana jednostka została zdemoralizowana łatwymi i stosunkowo wysokimi zarobkami z poprzedniego okresu życiowego, gdy uprawiała handel preparatami morfinowymi, zwykle domowej produkcji.

W każdym bądź razie obraz pracy zawodowej tych jednostek przedstawiał się przeważnie przygnębiająco, co odciskało głębokie piętno na całym ich życiu. Obserwujemy częste zmiany miejsca pracy, szybkie zniechęcanie się do obowiązków, które nie odpowiadają zainteresowaniom danej jednostki, łatwe porzucanie zajęć w dużym stopniu przypadkowych i nie przynoszących żadnej satysfakcji, nieumiejętność ułożenia stosunków interpersonalnych z innymi pracownikami i podporządkowania się poleceniom ze strony przełożonych. Taki obraz pracy zawodowej musiał oznaczać u większości mężczyzn życie mało udane, nieuniknione zaś związane z tym frustracje, poczucie braku stabilizacji prowadziły u tych jednostek do częstych załamań, kończących się nieraz czasowym powrotem do zażywania.

Jednak konsekwencje opisanej wyżej sytuacji na tym się nie koń-

czyli. Młodzi ludzie tej kategorii, będący przeważnie przed rozpoczęciem zażywania jednostkami z różnymi zainteresowaniami a nieraz także uzdolnieniami, pochodzący często z rodzin o dobrej pozycji społecznej, a sami przy tym stosunkowo inteligentni, którym tylko niepomyślny bieg wydarzeń uniemożliwił zdobycie należytego wykształcenia i kwalifikacji zawodowych i których krytycyzm mimo przejściowego zażywania środków uzależniających nie został naruszony, odczuwali boleśnie własny, niski status społeczny, porównując go nie tylko ze statusem swoich dawnych kolegów czy znajomych, z którymi na początku wspólnie zdobywali wykształcenie, ale również z pozycją społeczno-zawodową rodzeństwa czy nawet własnej żony. Na tym tle rodziła się świadomość własnej degradacji czy choćby tylko niekorzystnej sytuacji życiowej, zniechęcenie i przygnębienie.

Osobnym problemem części badanych tej kategorii były nasilające się konflikty w małżeństwie, kończące się niejednokrotnie rozkładem danego związku. U źródeł tych konfliktów leżały następujące okoliczności: mała wydolność życiowa badanych, niedostateczny wkład w utrzymanie rodziny, trudności seksualne-prokreacyjne związane z uprzednim okresem zażywania środków toksycznych, zmienione (charakteropatyczne) cechy osobowości, takie jak bierność, apatia, stany depresyjne przy równoczesnej nasilonej drażliwości i wybuchowości. Zrozumiałe jest, że żony takich niepełnowartościowych partnerów czuły się zawiedzione i rozczarowane, a niejednokrotnie manifestowały swoje rozczarowanie lub nawet odchodziły od mężów, co zdarzało się również wtedy, gdy w poprzednim okresie przyczyniły się w decydującym stopniu do zaprzestania zażywania przez daną jednostkę. Badani ci nie potrafili w swoim życiu znaleźć niczego atrakcyjnego, ani satysfakcji z pracy zawodowej ani z innych zajęć czy dążeń, które zastąpiłyby im dawne przeżycia związane z systematycznym zażywaniem. Dodatkowe utrudnienie stanowiły: zanik lub osłabienie dawnych zainteresowań po okresie, kiedy główną treścią życia było zabieganie o kolejną porcję narkotyków, brak ukończonych kwalifikacji zawodowych, a niekiedy również zły stan somatyczny. Ogólnie można powiedzieć, że małżeństwo wydobywało na powierzchnię te wszystkie niedomagania, które tkwiły w osobowości i sytuacji społecznej badanych i wywołane zostały lub tylko zaostrzone uprzednim paroletnim okresem zażywania.

U części badanych, którzy wycofali się z zażywania, obserwujemy, pod wpływem licznych kumulujących się niepowodzeń życiowych (usunięcie ze szkoły, sprawy sądowe i kary, powtarzające się pobyty w szpitalach w celach detoksykacyjnych i leczniczych, nieunikniona stygmatyzacja po sprawach sądowych i wyrokach skazujących), nadmierną ostrożność i utratę jakiegokolwiek inicjatywy, które paraliżowały ich działanie,

powstrzymywały przed zawarciem związku małżeńskiego, czyniły ich biernymi, pozbawionymi wiary w siebie, niechętnymi czy niezdolnymi do wszelkiej aktywności, skłonniymi do popadania w stany depresyjne, zależnymi od innych. Niektórych charakteryzowało wycofanie się z kontaktów społecznych i upodobanie do prowadzenia samotniczego trybu życia. Losy życiowe takich jednostek nie mogły układać się pomyślnie, nawet jeżeli rodzice świadomi sytuacji i z pewnym poczuciem winy a przy tym znajdujący się w korzystnej sytuacji materialnej starali się zaspokoić ich potrzeby i zapewnić dostatek.

Swoistymi problemami życiowymi niedużej części badanych po wycofaniu się z zażywania były poważne zaburzenia w zachowaniu przybierające często postać nadmiernego picia alkoholu (alkohol ułatwił im wycofanie się z przyjmowania innych środków uzależniających), dokonywania dalszych przestępstw i kolejnych spraw sądowych, mimo iż okres zażywania środków narkotycznych i charakterystycznych dla niego czynów karalnych należał już do przeszłości. Towarzyszyło temu przebywanie w towarzystwie zdemoralizowanych kolegów, rówieśników lub nieco starszych. Jednak przesadne byłoby twierdzenie, że przyjmowanie środków narkotycznych doprowadziło aż do takich następstw, bowiem cała linia życiowa tych jednostek poczynszy od lat wczesnoszkolnych zmierzała w kierunku narastania coraz większych trudności adaptacyjnych, przeobrażających się z upływem czasu w stadium społecznego wykołajenia (wychowanie w rodzinach o niskim poziomie kulturalnym i niekiedy głębokiej patologii, trudności w nauce i w konsekwencji znaczne opóźnienie szkolne, wczesne wyłamywanie się spod kontroli opiekunów, sprawy w sądzie dla nieletnich), niemniej okres zażywania stanowił istotny etap czy może przejaw w tym długoletnim procesie. U jego podstaw leżały prawdopodobnie cechy psychopatyczne lub inne zaburzenia osobowości skomplikowane wtórną socjopatyzacją, które warunkowały różne zaburzenia zachowania danej jednostki i trwały nadal, mimo iż okres zażywania środków narkotycznych po pewnym czasie już minął<sup>5</sup>. Jednostki te realizowały swoje plany życiowe po niedługim zwykle okresie zażywania z dużą determinacją — mamy na myśli nie tylko zachowania uznawane za antyspołeczne — o minionych zaś miesiącach czy latach intoksykacji mówiły jako o błędach młodości lub jako o buncie przeciwko otoczeniu jednak bez skłonności do obwiniania się.

---

<sup>5</sup> Por. P. Zakrzewski: *Zjawisko narastania zachowań dewiacyjnych u młodzieży (Próba syntezy)*, „Państwo i Prawo”, 1987, z. 12; U. Majewska: *Problemy resocjalizacji nieletnich uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich*, „Zeszyty Problemowe Narkomanii”, nr 2 1987.

Rozpatrując ogólnie zachowanie i warunki życiowe tej części badanych, którzy po paroletnim okresie wycofali się z zażywania, należy uwzględnić również taką możliwość, że odporność życiowa i zdolność do przezwycięzania trudności zostały u tych jednostek znacznie upośledzone w okresie paroletniej intoksykacji i w rezultacie nie byli oni w stanie poradzić sobie później nawet z przeciętnymi sprawami, które w związku z tym urastały u nich do rangi problemów życiowych.

Następna uwaga wiąże się z przejętymi kryteriami poprawy i polega na stwierdzeniu, że ta kategoria badanych zdołała wprawdzie osiągnąć abstynencję, ale poprawa w rozumieniu psychologiczno-społecznym okazała się dla nich trudniejsza i dlatego nastąpiła u nich, ogólnie biorąc, w niepełnym a zatem i niedostatecznym stopniu.

D. Kontynuując omawianie poszczególnych kategorii badanych, należy jeszcze przytoczyć kilka spostrzeżeń dotyczących młodych ludzi, którzy wycofali się z zażywania i u których w ich dalszym życiu nie dostrzegliśmy żadnych komplikacji wywołanych poprzednim okresem. Po prostu sprawa zażywania minęła u nich bez następstw.

Przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na fakt (por. tabl. 2), że prawie wszyscy spośród nich byli żonaci, a kobiety były zamężne (14 osób spośród 15) i że we wszystkich przypadkach małżeństwa były udane, stanowiąc prawdziwe oparcie dla danej jednostki. Sprawa ta nabiera tym. większego znaczenia, że wśród badanych tej kategorii udział dziewcząt jest bardzo wysoki, przekraczający 50%. Zauważyliśmy również, że chłopcy i dziewczęta, o których obecnie mówimy, starali się po zaprzestaniu zażywania nadrobić opóźnienie szkolne i brak kwalifikacji zawodowych z poprzedniego okresu życiowego, kontynuując wykształcenie w szkołach średnich wieczorowych, zapisując się na różne kursy itp. W konsekwencji takiego postępowania udawało im się znaleźć interesującą ich pracę, z czasem awansować i uzyskać na tej drodze satysfakcję. Badani tej kategorii — można by podsumować — nie tylko potrafili utrzymać abstynencję, ale spełniali również psychologiczne i społeczne kryteria poprawy.

Sięgając do okresu wcześniejszego, spostrzegamy, że badanych tej kategorii charakteryzuje krótszy na ogół okres zażywania niż pozostałych badanych — o sprawach tych będzie jeszcze mowa — poza tym na pierwszy plan w wieku 16—18 lat wysuwały się u części spośród nich ogólne trudności wychowawcze, a nie przyjmowanie środków uzależniających. Bardziej zależało im na przebywaniu poza domem i asymilacji do określonej grupy młodzieży aniżeli na zażywaniu narkotyków. Taka postawa wiązała się przeważnie z uzależnieniem społecznym.

Kończąc próbę kategoryzacji naszych badanych, pragniemy w podsumowaniu przedstawić znaczenie pomyślnie układającego się życia mał-

Tablica 2. Powodzenie w małżeństwie a stopień poprawy badanych

Kategorie badanych	N = 80	Badani, którzy zawarli związek małżeński	Badani, których małżeństwo okazało się udane
Badani, którzy kontynuowali zażywanie lub zmarli w związku z zażywaniem (po 7—10 latach intoksykacji)	28	17	7
Badani, którzy wycofali się z zażywania, ale zostały im z tego okresu różne problemy życiowe	37	29	10
Badani, którzy wycofali się z zażywania bez następstw	15	14	14

żeńsko-rodzinnego dla stopnia poprawy osiągniętej przez tych młodych ludzi.

Spośród 7 badanych przez wiele lat zażywających, którzy określili swoje małżeństwo jako udane, 6 osób żyło w związku z drugą osobą także systematycznie zażywającą środki uzależniające. Okazuje się, że szczęśliwe małżeństwa narkomanów — to z reguły takie, w których oboje zażywają środki narkotyczne. Dlatego u tej kategorii badanych udane małżeństwo nie stanowi okoliczności sprzyjającej wycofaniu się z nałogu. Natomiast u pozostałych kategorii badanych odsetki małżeństw zgodnie żyjących obliczone w stosunku do małżeństw zawartych wskazują na powiązanie ze stopniem osiągniętej poprawy (34% i 100%), co znajduje także potwierdzenie w analizie indywidualnych przypadków.

### III. STADIA I OKRES UZALEŻNIENIA BADANYCH

Dla dalszego omówienia wyników przeprowadzonych badań należy obliczyć łącznie, ilu naszych młodych ludzi zdołało wycofać się z nałogu, natomiast jakiej części to się nie udało. W tym celu należy — powracając do tablicy 1 — zsumować badanych, którzy kontynuują zażywanie, oraz badanych, którzy stracili życie w różnych okolicznościach związanych z systematycznym zażywaniem, z drugiej zaś strony trzeba potraktować łącznie tych wszystkich, którzy wycofali się z zażywania, niezależnie od

tego, czy i jakie pozostawiło to następstwa. Jeżeli tak uczynimy, to okaże się, że 65% badanych, czyli blisko 2/3 zdołało wycofać się z nałogu. Takie wyniki w konfrontacji z niektórymi, pesymistycznymi doniesieniami i obiegowymi poglądami trzeba uznać za zaskakujące. Napotkaliśmy na zjawisko, którego bynajmniej nie spodziewaliśmy się: większość naszych młodocianych narkomanów potrafiła wycofać się z systematycznego zażywania.

Nasuują się dwa sposoby ustosunkowania się do otrzymanych wyników: pierwszy polega na ich zakwestionowaniu, drugi — na szukaniu wyjaśnienia.

Zakwestionowanie tych wyników nie jest sprawą specjalnie trudną. Istnieje w tym zakresie kilka możliwości: główna spośród nich sprowadza się do stwierdzenia, że jednostki, które wycofały się z zażywania, nie były „prawdziwie uzależnione”, czyli nie były uzależnione w sensie medycznym (zależność psychiczna lub zależność fizyczna), a jedynie — w sensie społecznym<sup>6</sup>. Ten podstawowy zarzut wymaga wnikliwego rozpatrzenia i w tym celu należy przedstawić następujące rozumowanie.

---

<sup>6</sup> Określenia te stosowałem we wcześniej opublikowanych artykułach dotyczących tej samej populacji badanych. Poszczególne stadia uzależnienia omawiane są szerzej w artykule, którego fragmenty dotyczące tej kwestii przytaczam dla przypomnienia.

„Dla uzależnienia społecznego wspólną i charakterystyczną cechą jest okoliczność, że właściwości farmakologiczne zażywanych w tym czasie środków mają znaczenie dla danej jednostki drugorzędne, natomiast na pierwszy plan wysuwa się pragnienie wzmocnienia tą drogą więzi koleżeńskich i towarzyskich oraz zdobycie w grupie odpowiedniej pozycji”.

„Skłonność do zmiany swojego stanu psychicznego, do zapewnienia sobie nie-naturalnych przeżyć, do oderwania się od rzeczywistości sprzyja uformowaniu się następnego stadium zależności”, rozumianej już w sensie medycznym, zależności psychicznej. „Zależność psychiczna stanowi utrwaloną tendencję danej jednostki do autoterapii poprzez zażywanie środków narkotycznych, do szukania ulgi w stanach depresyjnych, przygnębienia, złego samopoczucia, napięcia itp. bez pomocy lekarza”. „Jednostki, które ujawniają zaburzenia na podłożu socjopatycznym, encefalopatycznym czy nerwicowym albo inne anomalie psychiczne szybko wykazują skłonności do wejścia” w to stadium.

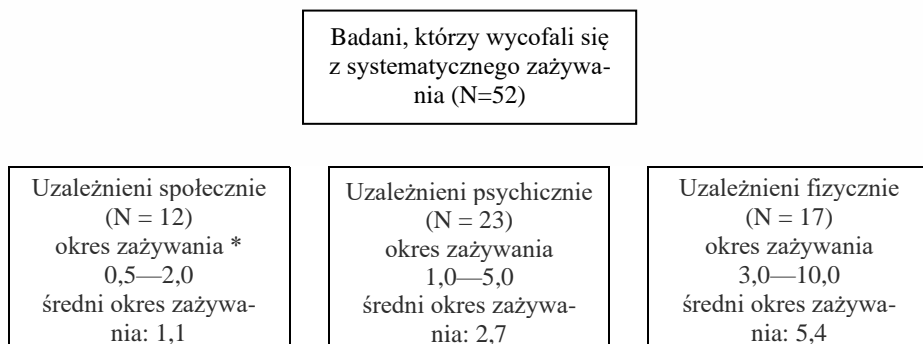
„Nadchodzi później następny okres, w którym dominują niezmiernie dokuczliwe doznania natury nie tylko psychicznej, ale również fizycznej występujące w okresach przerwy między kolejnym zażywaniem”. „Zespół doznań abstynencyjnych”, wywołujących „uczucie rozdrażnienia, niepokoju, apatię, lęki, bezsenność, bóle głowy i kończyn, drżenie rąk i inne przykre męczące objawy”, występuje ze szczególnym nasileniem w stadium zależności fizycznej. „Z tego stanu jednostki starają się za wszelką cenę uwolnić”, ich aktywność życiowa koncentruje się przede wszystkim na zaspokojeniu odnawiającego się ustawicznie «głodu narkotyków»”. Patrz P. Z a k r z e w s k i: *Rozwój uzależnienia...*, s. 370—377.

Badani, którzy kontynuują zażywanie, znajdują się w stanie głębokiej zależności fizycznej, co jest zupełnie zrozumiałe w związku z ich bardzo długim okresem zażywania, wynoszącym 10—15 lat, nawet jeżeli w tym czasie były kilkumiesięczne lub nieco dłuższe przerwy. Również badani, którzy stracili życie pośrednio lub bezpośrednio z powodu systematycznego zażywania, znajdowali się w stadium zależności fizycznej, co także jest zrozumiałe, bowiem intoksykacja trwała u nich co najmniej 7 lat (zgony nastąpiły w latach osiemdziesiątych). Jednym i drugim znacznie rozbudowane objawy abstynencyjne, fizyczne i psychiczne poważnie utrudniały wycofanie się nałogu.

Natomiast bardziej złożona sytuacja w zakresie zaawansowania uzależnienia jest do odnotowania u tych młodych ludzi, którzy wycofali się z systematycznego zażywania. Nasuwają się tutaj dwa zasadnicze pytania:

- w jakim stadium zależności to nastąpiło,
- po ilu latach zażywania?

W celu znalezienia odpowiedzi na te pytania dokonaliśmy stosownych obliczeń w zebranych materiale i na tej podstawie prezentujemy diagram.



\* Okres zażywania w latach.

Okres zażywania osób uzależnionych fizycznie wymaga dodatkowego wyjaśnienia. Wśród 17 badanych, o których jest mowa, 13 zażywało w ciągu 3—5 lat, natomiast 4 przyjmowało narkotyki w ciągu 8—10 lat. Ci ostatni przeszli wszyscy długoterminowy (2—2,5 lat) okres rehabilitacji w jednym z ośrodków Monaru, przeważnie — w Sokolnikach k. Łodzi. Okazało się więc, że po tak długim okresie intoksykacji wydobycie się nałogu inną drogą nie była praktycznie możliwa.

Średni okres zażywania tych 13 badanych, którzy zdołali wycofać się z nałogu bez przebywania w ciągu co najmniej 2 lat w jednym z ośrodków Monaru, wynosił 3,9 lat.

Przedstawione dane liczbowe skłaniają do wniosku, że sam fakt znalezienia się w stadium zależności psychicznej albo fizycznej nie stanowi jeszcze przeszkody w wycofaniu się z nałogu, ponieważ tacy badani — traktowani łącznie — stanowili większość wśród osób którym to się udało osiągnąć. Informacje o bardziej jednoznacznej wymowie wiążą się natomiast z długością okresu zażywania. Pod tym względem okazuje się że przy żadnej postaci zależności średni okres zażywania nie przekroczył 4 lat i że maksymalny okres zażywania nawet przy zależności fizycznej wynosił 5 lat, zresztą tylko w nielicznych przypadkach. Pomijamy tutaj kilka badanych zażywających dłużej, którzy także wycofali się z nałogu, ale wymagali długoterminowych zabiegów rehabilitacyjno-readaptacyjnych.

Okazuje się więc, że nie tyle postać zależności ma decydujące znaczenie przy określaniu szans wycofania się z nałogu, ile czasokres zażywania. Jeżeli przekracza on 5 lat, wówczas szanse te poważnie maleją.

Powracając do głównego nurtu naszych rozważań i do ewentualnego zarzutu kwestionującego otrzymane rezultaty, można wyprowadzić wniosek, że nie tylko zależność psychiczna, ale nawet zależność fizyczna nie stanowi jeszcze decydującej przeszkody dla wycofania się z nałogu. W naszym dotychczas zebranych materiale większość badanych, którzy zdołali to osiągnąć, była uzależniona psychicznie lub fizycznie, czyli była uzależniona w rozumieniu medycznym.

Następna próba zakwestionowania wyników niniejszych badań dotyczących szans wycofania się z nałogu mogłaby oprzeć się na hipotezie, że prawdopodobnie większość naszych młodych ludzi nie była uzależniona od opiatów dających bardzo silne objawy abstynencyjne, tylko od innych środków, stąd wycofanie się z zażywania w tak wielu przypadkach było możliwe. Okazuje się jednak, że również tego rodzaju hipoteza nie znajduje potwierdzenia. Z analizy zgromadzonego materiału wynika nie tylko, że wśród badanych, którzy kontynuowali zażywanie lub przedwcześnie z tego powodu zmarli, udział zażywających preparaty morfinowe, w tym domowej produkcji, był przygniatający (ok. 90%), ale że wśród tych, którzy zdołali się wycofać z nałogu, odsetek zażywających podobne środki również był bardzo wysoki (ok. 75%). Otrzymane odsetki nie powinny wywołać zdziwienia, bowiem zgodnie z zasadą eskalacji zażywania, o której piszą autorzy zagraniczni (Cockett i inni), przygniatająca większość jednostek narkotyzujących się przechodzi po pewnym czasie, np. po kilku miesiącach lub po roku, na preparaty morfinowe, które dostarczają szczególnie poszukiwanych doznań psychicznych. Poza tym, przy początkowej różnorodności zażywania, środki morfinowe wywołują najszybciej objawy abstynencyjne i w ten sposób



zmuszają daną jednostkę do skoncentrowania się na ich dalszym zażywaniu.

Ostatnia możliwość zakwestionowania otrzymanych wyników sprawdziłaby się do podniesienia zarzutów, że prawdopodobnie w wielu przypadkach mamy do czynienia z dłuższą remisją, a nie z trwałym wycofaniem się z nałogu. Również na tę wątpliwość postaramy się odpowiedzieć. Otóż skoro ustaliliśmy, że poza nielicznymi przypadkami nie notuje się wycofania się z nałogu po okresie zażywania dłuższym od 5 lat, nasze katamnezy zaś obejmują okres wynoszący 10—15 lat, to już z tego jasno wynika, że ci badani, którzy zaprzestali zażywania, musieli to uczynić co najmniej przed pięcioma laty. Potwierdzają to przeprowadzone obliczenia, które dostarczają następujących wyników (odsetki w stosunku do ogółu jednostek, które wycofały się z zażywania):

8 badanych (15%) nie zażywało w ciągu 5—7 lat,  
15 badanych (29%) nie zażywało w ciągu 8—10 lat,  
29 badanych (56%) nie zażywało w ciągu 11—15 lat.

W uzupełnieniu należy dodać, że krótkotrwałe nawroty pod wpływem różnych napięć i trudnych do opanowania przeżyć stresowych nie wykluczają zaliczenia danych jednostek do tych, które wycofały się z zażywania, jeżeli wspomniane załamania miały charakter przejściowy i sytuacja po stosunkowo krótkim czasie wróciła do stanu poprzedniego.

Skoro więc nie ma podstaw do zakwestionowania wyników badań, należy szukać wyjaśnienia zjawiska w tej postaci, w jakiej zostało ono ujawnione. Przed nami rysuje się następujący dylemat: jak to się dzieje, że większości naszych badanych udało się wycofać z nałogu mimo odczuwanych silnych objawów abstynencyjnych i mimo narastających cech psychospołecznej degradacji, jednych i drugich związanych z zaawansowaną zależnością morfinową.

#### IV. ŚRODOWISKA RODZINNE BADANYCH

Poszukiwanie wyjaśnienia zjawiska, któremu przypisujemy duże znaczenie, zamierzamy rozpocząć od analizy sytuacji w domu rodzinnym badanych, zwłaszcza od czasu, gdy zażywanie przez nich środków uzależniających (poza alkoholem) stało się dla ich rodziców i opiekunów sprawą znaną. Jednak pierwsze pytanie wymagające wyjaśnienia dotyczy kwestii, kim są rodzice badanych, czyli z jakich środowisk pochodzą nasi narkomani?

Zaczynając od pozycji społeczno-zawodowej rodziców badanych, zajmujemy się przede wszystkim ich wykształceniem. Otóż 59% ojców (ojczymów) i 51% matek (macoch) badanych miało wykształcenie średnie

ogólne lub zawodowe albo wykształcenie wyższe (w tym także nieukończone). Charakterystyczny jest zupełny brak koncentracji ojców i matek w najniższych kategoriach wykształcenia, tzn. z nieukończoną szkołą podstawową (w zebranych materiale tylko 7—8%), z czym spotykamy się zwykle przy analizie warunków rodzinnych nieletnich przestępców<sup>7</sup>.

Powyższe dane dotyczące wykształcenia rodziców naszych badanych musiały oczywiście rzutować na wykonywany przez nich zawód i rodzaj pracy. Zwraca uwagę bardzo wysoki odsetek ojców (ojczymów) i matek (macoch), którzy są pracownikami umysłowymi (52% i 41%), np. inspektorami, księgowymi, pracownikami naukowymi lub pracownikami fizycznymi o uznanym zawodzie i kwalifikacjach, np. elektrycy, kierowcy, pracownicy poligrafii, krawcowe, ekspedientki sklepowe itp. (44% i 43%). Dodajmy jeszcze, że 29% ojców lub matek zajmowało kierownicze stanowisko (dyrektorzy przedsiębiorstw, kierownicy biur, sklepów, kin, główni księgowi itd.). Jeżeli przy tym zdamy sobie sprawę, że mówimy cały czas o zjawisku występującym w mieście o ludności przeważnie robotniczej, to dojdziemy do przekonania, że otrzymane przez nas dane liczbowe nie wskazują absolutnie na koncentrację danego zjawiska wśród klasy robotniczej ani tym bardziej w kategoriach społeczno-zawodowych pracowników niewykwalifikowanych o niskim prestiżu i niskich wynagrodzeniach, a przeciwnie — świadczą o jego występowaniu w różnych warstwach społecznych, w tym stosunkowo często w rodzinach inteligentnych i w ogóle w rodzinach o przeciętnym lub nawet stosunkowo wysokim statusie społecznym i korzystnej sytuacji materialnej. Obserwujemy więc zupełnie odmienne usytuowanie społeczne tego zjawiska w stosunku np. do przestępczości nieletnich<sup>8</sup>. Dla naszego dalszego rozumowania bardzo ważne jest ustalenie, że przygniatająca większość naszych badanych pochodziła z rodzin na ogół dobrze sytuowanych, o wysokim lub co najmniej przeciętnym statusie społecznym, w tym w znacznej części — z rodzin inteligentnych.

We wszystkich badaniach dotyczących nieletnich lub młodocianych dewiantów określa się zawsze odsetek rodzin o cechach patologii społecznej, co w naszych warunkach sprowadza się głównie do ustalenia udziału rodzin, w których mężczyzna jest uzależniony od alkoholu lub nadużywa często alkoholu, chociaż jeszcze bez cech nałogu. Otóż 18% badanych przez nas narkomanów pochodziło z rodzin alkoholików (w szerokim rozumieniu tego słowa), z tym że u ok. 5% tych ojców wiązało

---

<sup>7</sup> Np. wśród rodzin nieletnich sprawców kradzieży z Warszawy było 32% ojców i matek o niepełnym wykształceniu podstawowym (por. A. Strzembosz: *Nieletni sprawcy kradzieży w środowisku wielkomiejskim*, Warszawa 1971, s. 100).

<sup>8</sup> Por. *ibidem*, s. 102.

się to z dokonywaniem przestępstw i sprawami karnymi, a u 1 matki — z uprawianiem prostytucji. W związku z powyższymi ustaleniami i na podstawie analizy poszczególnych przypadków można stwierdzić, że dane procentowe na temat alkoholizmu i innych zjawisk patologii społecznej kształtują się wśród rodzin, w których wychowywani byli młodociani toksykomani, wyraźnie korzystniej niż to ma miejsce w rodzinach nieletnich przestępców albo nieletnich i młodocianych nadużywających alkoholu<sup>9</sup>, poza tym nawet w tych rodzinach naszych narkomanów, gdzie występował alkoholizm ojca (ojczyrna), nie pociągał on za sobą takich drastycznych scen i takich tragicznych następstw dla życia rodzinnego, jak to ma miejsce zwykle w środowiskach wychowawczych, z których rekrutują się inni nieletni lub młodociani dewianci.

Kontynuując charakterystykę warunków rodzinnych, w których wzrastali nasi badani, należy jeszcze podać, że większość tych młodych ludzi (69%) wychowywana była w rodzinach pełnych, w których oboje rodzice wspólnie zamieszkiwali i prowadzili gospodarstwo domowe, tylko mniejszość zaś (31%) pochodziła z tzw. rodzin rozbitych (przez rozwód, porzucenie albo śmierć jednego z rodziców) i częściowo później zrekonstruowanych.

Ważny również jest fakt, że omawiane rodziny były przeważnie małe. Aż 28% badanych chłopców i dziewcząt było jedynakami, dalsze zaś 54% miało tylko jedną osobę z rodzeństwa<sup>10</sup>.

Ogólna analiza warunków domowych naszych badanych wskazuje że 2/3 spośród nich dorastało w rodzinach, które zapewniały im co najmniej przeciętne warunki wychowawcze, chociaż w części rodzin warunki te naznaczone były pojedynczymi, niekorzystnymi czynnikami, na ogół spotykanymi w szerokich kręgach społeczeństwa, jak np. przewlekła choroba jednego z rodziców, wychowanie badanego tylko przez matkę lub tylko przez ojca po śmierci drugiego z rodziców, zaabsorbowanie jednego lub obojga rodziców własną karierą zawodową lub dorobkiem materialnym przy nikłym zainteresowaniu z ich strony sprawami wychowawczymi, szczególne cechy charakterologiczne ojca lub matki, sprzyjające niesnaskom w domu i nieodpowiednim metodom wychowawczym. Nie można zaprzeczyć, że były to do pewnego stopnia ujemne czynniki, ale —

---

<sup>9</sup> Por. przykładowo: A. Strzembosz: *op. cit.*, s. 106, 107, 109; H. Kołakowska-Przełomiec: *Spoleczne uwarunkowania alkoholizowania się nieletnich*, Warszawa 1979, s. 64—65, 70, 74; P. Zakrzewski: *Losy życiowe i przestępczość młodych alkoholików*, Warszawa 1977, s. 19.

<sup>10</sup> Wśród nieletnich przestępców z Warszawy było 12% jedynaków (A. Strzembosz: *op. cit.*, s. 97), wśród chłopców zaś poniżej 18 lat nadużywających alkoholu, również z Warszawy, było 14% jedynaków (H. Kołakowska-Przełomiec: *op. cit.*, s. 50).

ogólnie biorąc — natury bardziej subtelnej aniżeli te, które spotykamy w rodzinach nieletnich przestępców czy młodocianych alkoholików.

Analiza indywidualnych przypadków skłania nas do przekonania, że bardzo często ostre konflikty w tych rodzinach i zaburzone stosunki interpersonalne, w które uwikłani byli nasi badani, wywołane były w znacznym stopniu nadmierną wrażliwością tych młodych ludzi, ich skłonnością do wygórowanych reakcji emocjonalnych jako następstwem ostro przebiegającego wieku dorastania skomplikowanego nieraz dodatkowymi zaburzeniami. Właśnie te wygórowane reakcje emocjonalne naszych badanych i ich nadwrażliwość w owym trudnym dla nich i dla otoczenia okresie życiowym czyniła wielokrotnie z przeciętnych warunków wychowawczych sytuacje brzemiennie w narastanie gwałtownie przebiegającego konfliktu z jednym lub z obojgiem rodziców.

Próbując odnieść postępowanie rodziców do sprawy wycofania się z nałogu dużej części ich synów i córek, należy przede wszystkim stwierdzić, że wśród tych rodziców spotykamy stosunkowo dużo — znacznie więcej niż w zbiorowościach innych nieletnich i młodocianych dewiantów — osób z inteligencji, na ogół dobrze sytuowanych i zaradnych, o czym świadczą ich osiągnięcia życiowe i pozycja społeczna. Dalsza analiza zgromadzonego materiału przekonywuje nas, że w zakresie badanego zjawiska spotyka się stosunkowo mało rodzin zdemoralizowanych, o trwałych społeczno-patologicznych cechach, natomiast stosunkowo dużo jest rodziców zatrudnionych w społecznie cenionych zawodach, pracujących w dużej części przypadków na kierowniczych stanowiskach, nieraz wprawdzie skonfliktowanych ze sobą lub znajdujących się w złym stanie zdrowia, jednakże nie pozbawionych na ogół możliwości energicznego działania, gdy sprawa zażywania środków narkotycznych przez ich syna lub córkę wydobyta została na światło dzienne. Konflikty badanych z rodzicami oraz ich niechęć do przebywania w domu miały przeważnie charakter przemijający, bowiem najczęściej były związane z przejściowym pogorszeniem warunków w tych rodzinach, (np. niesnaski poprzedzające odejście jednego z rodziców) i z czasowym wygórowanym sposobem reagowania tych młodych ludzi, a nie z trwałą społeczno-patologiczną sytuacją w tych rodzinach. Nawet alkoholizm ojca wyglądał tu zwykle inaczej niż w rodzinach o niskim statusie społecznym i np. matka młodocianego narkomana — z zawodu księgowa, pozostająca w komfortowym mieszkaniu z jedynym dzieckiem po wyprowadzeniu się męża uzależnionego od alkoholu — niewiele przypomina prostą, zmaltretowaną i zależną kobietę, żyjącą z 2—3 dziećmi w nędznych warunkach i narażoną na brutalne zachowanie ze strony męża systematycznie nadużywającego alkoholu.

Ujawnienie faktu zażywania przez syna lub córkę stanowiło —

w świetle naszych badań — poważne przeżycie dla rodziców nie tylko dlatego, że było traktowane jako zachowanie znacznie bardziej zaburzone i naganne niż np. nadmierne sięganie po alkohol, ale również — a może przede wszystkim — dlatego, że działo się to w rodzinach o dobrej opinii, ustabilizowanych, w których rodzice starali się osiągnąć dostatni poziom życia dla siebie i swoich dzieci. Jako dojrzały ludzie w wieku 40—50 lat, mający przeważnie średnie lub wyższe wykształcenie, pracujący w uznanych zawodach i utrzymujący dość szerokie społeczne kontakty, rodzice naszych badanych przeżywali z reguły bardzo silnie wydobyty na powierzchnię fakt, że ich syn lub córka należą do grona narkomanów, rozumieli, czym to grozi i w przyszłości i nie bacząc na dawne zaniedbania wychowawcze, a może właśnie z tego powodu, podejmowali z reguły energiczne działania, by pomóc synowi czy córce w ich dramatycznych trudnościach życiowych. Obserwowaliśmy wyraźne poczucie winy u wielu rodziców w tym czasie, próby naprawienia niestosownego wyboru zawodu i szkoły ponadpodstawowej dla syna, wyboru nieliczącego się z jego zainteresowaniami, nagły przyływ uwagi dla spraw jego trudności szkolnych, kolegów, spędzania wolnego czasu itp. Energia obojga lub przynajmniej jednego z rodziców zostawała wtedy skierowana — chociaż niestety z opóźnieniem — na sprawy wychowawcze, kończyła się dotychczasowa bierność w tych sprawach. Zamożność i odpowiednia pozycja społeczna sprzyjały niejednokrotnie efektywności tego działania. Rodzice tacy bynajmniej nie czuli się bezradni.

W warunkach domowych badanych przez nas chłopców i dziewcząt tkwiły bez wątpienia takie cechy, które w pewnym czasie mogły sprzyjać ich powiązaniom z niekontrolowanym środowiskiem młodzieży, równocześnie jednak te same cechy, np. energia i zaradność jednego lub obojga rodziców, dotychczas skierowane na sprawy pozawychowawcze, mogły w innym momencie i w razie potrzeby okazać się pomocne w wydobyciu syna lub córki z początkowej fazy uzależnienia.

Zrozumiałe jest, że reakcje rodziców na ujawnienie faktu zażywania przez ich syna lub córkę środków narkotycznych dostosowane były do poziomu inteligencji, energii i zaradności, zamożności i doświadczenia życiowego tych rodziców. Ponieważ — jak to przedstawiliśmy na poprzednich stronach — wśród rodziców naszych narkomanów stosunkowo dużo było osób znajdujących się w dobrej sytuacji materialnej, którzy uzyskali należyte wykształcenie i kwalifikacje zawodowe i którzy potrafili osiągnąć stosowną pozycję społeczno-zawodową, można było w sposób uzasadniony oczekiwać, a badania to potwierdziły, że w poważnej części przypadków reakcje rodziców były właściwe, chociaż byłyby zapewne jeszcze skuteczniejsze, gdyby były oparte na stosownym instruktażu ze strony powołanych do tego osób i instytucji. Przede wszystkim trzeba

zaznaczyć, że nie spotkaliśmy się w ani jednym przypadku z akceptacją przez kogokolwiek z rodziców ujawnionego faktu zażywania przez ich syna lub córkę środków narkotycznych, z bagatelizowaniem tej sprawy lub biernością, jak to się niejednokrotnie zdarza w rodzinach, w których syn zaczyna nadużywać alkoholu. Reakcja typu „wszyscy piją, więc on także pije” nie występowały w obrębie tego zjawiska.

Do racjonalnych metod postępowania rodziców w obliczu ujawnienia bolesnych faktów narkotyzowania się ich syna lub córki można zaliczyć następujące działania podejmowane zwykle w pewnej ciągłości:

— wysłanie badanego czasowo na inny teren lub wspólny z nim wyjazd;

— wywierania presji na badanego w kierunku podejmowania co pewien czas leczenia w powołanych do tego placówkach (poradniach, szpitalach, ośrodkach Monaru);

— leczenie badanego u prywatnych lekarzy;

— kontrolowanie sposobu spędzania wolnego czasu przez badanego;

— dopomożenie badanemu w organizowaniu prywatnego warsztatu rzemieślniczego lub przyjęcie go do pracy we własnym warsztacie.

Wymienione wyżej typy reakcji rodziców zasługują na krótki komentarz. Najbardziej skuteczny okazywał się wyjazd matki z badanym na pobyt kilkumiesięczny do krewnych w innym mieście albo na przedłużony urlop — niektórzy rodzice wyjeżdżali nawet z badanym w tym celu na pewien czas za granicę, pod warunkiem jednak, że uzależnienie nie było daleko posunięte. Ten energiczny i zarazem trafny sposób reagowania ze strony rodziców miał tym większe szanse powodzenia, im nałóg syna czy córki był mniej zaawansowany, co z kolei było pochodną tego, jak długo dana jednostka zażywała, co zażywała i w jakich ilościach. Istotne znaczenie miał również fakt, czy po powrocie do dawnego miejsca zamieszkania pojawiły się w życiu badanego jakieś nowe pozytywne czynniki, np. zawarcie udanego małżeństwa lub rozpoczęcie pracy w zawodzie zgodnie z zamiłowaniem.

Leczenie w poradni i krótkoterminowy jednorazowy pobyt w szpitalu okazywały się na ogół mało skuteczne, ale ponawiane kilkakrotnie w odstępach kilkumiesięcznych przynosiły ostatecznie w części przypadków pozytywne wyniki. Zgoda na wielokrotne podejmowanie leczenia w poradni lub szpitalu świadczy na ogół o poddawaniu się badanych woli rodziców czy później żony (męża), co z kolei wskazuje na ich cechy charakteru, nieraz jednak taka zgoda na leczenie spowodowana była gromadzącymi się komplikacjami w życiu danej jednostki w następstwie jej dotychczasowego postępowania.

Niektórzy rodzice, pragnąc uzyskać większą skuteczność leczenia, cho-

dzili dodatkowo z synem lub córką do prywatnych lekarzy, w tym również do znanych profesorów psychiatrii.

Kontrolowanie spędzania wolnego czasu przez syna lub córkę podejmowane w okresie po ujawnieniu zażywania przez nich środków narkotycznych wiązało się zwykle z koniecznością odparcia naporu kolegów — narkomanów, którzy podejmowali zwykle duże wysiłki żeby nie utracić nikogo ze swego grona. Nachodzili oni badanego w mieszkaniu, ignorowali wolę jego rodziców, telefonowali, grozili, proponowali badanemu darmowe „działki”, starali się przełamać jego abstynencję, o którą zabiegali rodzice.

Trzeba jeszcze wspomnieć o takich sposobach reagowania rodziców, które — w przeciwieństwie do tego, co dotychczas przedstawiliśmy — nie mogło przyczynić się do pozytywnych rezultatów. Stwarzanie w domu atmosfery trudnej do zniesienia, prowokowanie niekonstruktywnych napięć albo wręcz wyrzucenie chłopca lub dziewczyny z domu za to, co zostało ujawnione, gromadzenie pretensji, żalów i różne przesadne reakcje prowadziły tylko do silniejszej integracji tych chłopców i dziewcząt z grupą zażywających kolegów. Jednak w przygniatającej większości przypadków postępowanie rodziców ukierunkowane było należyście, chociaż nie wszystkie szanse, które z nim się wiążą, były w pełni wykorzystane.

## V. CECHY OSOBOWOŚCI BADANYCH

W dalszym poszukiwaniu przyczyn, które doprowadziły do wycofania się z nałogu większości naszych badanych, należy wziąć pod uwagę także właściwości charakterologiczne i intelektualne tkwiące w osobowości tych jednostek.

Przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na fakt, że konflikt w domu wywołany czy znacznie zaostrzony burzliwymi objawami wieku dorastania chłopców i dziewcząt przebiegał wprawdzie gwałtownie, ale z natury rzeczy miał charakter przejściowy, bez tendencji do petryfikacji. Przesadny krytycyzm w stosunku do dorosłych, a w szczególności do rodziców, mijał po pewnym czasie, potrzeba demonstrowania swojej niezależności wyraźnie słabła, skłonność do popadania w konflikty z otoczeniem przy równoczesnych wygórowanych reakcjach emocjonalnych (np. próbach samobójczych po kłótniach z nauczycielem) stopniowo malała, grupy rówieśnicze udzielające takim jednostkom schronienia i odprężenia psychicznego z upływem czasu rozpadały się (służba wojskowa, narzeczeństwo, małżeństwo, różne wyjazdy). Jeżeli do tego dodamy, że wygórowane ambicje niektórych naszych badanych, niekiedy nawet oparte na rzeczywistych uzdolnieniach, ale ze względów charakterologicznych lub innych

(zewnątrznych) pozbawione szansy realizacji, w miarę stopniowego równoważenia całej psychiki również przestawały być czynnikiem jątrzącym, to zrozumiemy, że trudności przystosowawcze wieku dorastania, charakterystyczne dla poważnej części naszych badanych, musiały po 20 roku życia ujawniać tendencję malejącą. Można by dodać, że wchodzenie przez badanych w społecznie aprobowane role żony, matki, męża, ojca — o ile tylko uprzednio zbyt długie lub zbyt intensywne zażywanie nie stawało temu na przeszkodzie — przyczyniało się również do stonowania pewnych cech zaostrzonych w okresie adolescencji.

Badania psychiatryczne ujawniły również, że wśród badanych przez nas przypadków występowały stosunkowo często jednostki o tzw. osobowości niedojrzałej, czyli takie, które jeszcze w wieku ok. 20 lat charakteryzowały się m.in. następującymi cechami: biernym stosunkiem do życia, brakiem myśli o przyszłości i brakiem wytyczonej linii życiowej, słabo rozwiniętym krytycyzmem w stosunku do siebie i własnej sytuacji, niedojrzałością emocjonalną i uzależnieniem od innych (matki, grupy równieśniczej itp.), brakiem zdolności do skutecznego działania, pokonywania przeszkód i osiągnięcia odległego celu, łatwym zniechęcaniem się w obliczu trudności życiowych, posiadaniem wygórowanych wymagań i ambicji, ale bez możliwości ich zaspokojenia i bez gotowości do podejmowania stosownych wysiłków w tym kierunku. Dopiero w wieku ok. 25 lat następowało u tych jednostek spóźnione przekształcenie się dotychczasowych, w dużym stopniu infantylnych cech we właściwości charakteryzujące zwykle młodych ludzi. Właśnie w tym czasie i w związku ze wspomnianymi zmianami pojawiały się sprzyjające warunki do zastanowienia się nad własną sytuacją i podjęcia próby wycofania się z nałogu. Oczywiście nie wszystkim podejmującym próbę przerwania uzależnienia udawało się ten cel osiągnąć. Musiały sprzyjać temu inne okoliczności, np. posiadanie zawodu zgodnego z zainteresowaniami danej jednostki, poczucie odpowiedzialności za siebie i innych itp. Demonstrowane w wieku dorastania zaburzenia przystosowawcze musiały być przez nich samych ocenione krytycznie i wykorzystane dla wzmocnienia pozytywnych cech osobowości.

Pewna część naszych badanych była leczona od lat wczesnoszkolnych w Poradniach Zdrowia Psychicznego dla Dzieci przeważnie z powodu nasilonych objawów nerwicowych, utrudniających prawidłowe funkcjonowanie w szkole lub przyczyniających się do niektórych innych wczesnych trudności wychowawczych. Dzieci te od najmłodszych lat były przyzwyczajone do przyjmowania lekarstw, niejednokrotnie przebywały w sanatoriach dziecięcych, opieka medyczna oraz legalne zapisywanie i zażywanie różnych środków farmaceutycznych ciągnęło się u nich przez wiele lat. W okresie zwiększonych trudności życiowych, szkolnych lub innych



(np. przejście do innej szkoły z trudniejszym programem nauczania, wyśmiewanie przez innych kolegów w grupie itp.), wspomniani chłopcy i dziewczęta, znajdując się w wieku ok. 15 czy 16 lat, wiedzieli już dobrze z własnego doświadczenia, jakie środki przynoszą odprężenie, łagodzą napięcia, ułatwiają wywiązanie się z podjętych obowiązków. Sięganie po te środki, tym razem już bez wskazań lekarskich i w nadmiarze, stanowiło u nich swoistą kontynuację dotychczasowej legalnej terapii. Zgodnie z zaobserwowaną prawidłowością eskalacji zażywania część z nich przechodziła po pewnym czasie na środki z grupy opiatów.

Jednakże z upływem lat, tj. zwykle po przekroczeniu 20 roku życia, rozpoczynał się proces ustępowania czy łagodzenia objawów nerwicowych leczonych od czasów dzieciństwa, ale później skomplikowanych dodatkowo w wieku 15—18 lat zaburzeniami dorastania. Nie tylko zaburzenia te w sposób naturalny stopniowo mijały, ale w życiu przeważającej części tych badanych następowały zmiany, powodujące, że zaczynali żyć w mniejszym napięciu i nie musieli sięgać po środki uspokajające czy aktywizujące. Przede wszystkim przyczyniało się do tego przebrnięcie przez szkołę, która w całokształcie jest czynnikiem nerwicorodnym zwłaszcza dla dzieci i młodzieży o mniejszej wydolności psychicznej — co nie znaczy koniecznie o niższym intelekcie — i zwiększonej wrażliwości. Do tego mogły dołączyć się inne pozytywnie odbierane fakty czy pewne ograniczone sukcesy życiowe, np. zwolnienie ze służby wojskowej, dostanie się na studia o upragnionym kierunku, załagodzenie sytuacji konfliktowej w domu itp. W takich warunkach przy innych jeszcze sprzyjających okolicznościach wycofanie się z zażywania stawało się bardziej prawdopodobne aniżeli było dotychczas.

Jeżeli skonfrontujemy ze sobą informacje dotyczące różnych stron omawianego zjawiska, tzn. jeżeli przypomnimy sobie nasze wcześniejsze ustalenia na temat energicznej akcji wielu pozytywnie ocenionych rodziców wobec ujawnionego faktu narkotyzowania się ich dzieci i powiążemy te ustalenia z informacjami wskazującymi, że wśród tych chłopców i dziewcząt było dużo jednostek o przemijających, chociaż burzliwych objawach dorastania, o osobowości niedojrzałej, krystalizującej się z paroletnim opóźnieniem lub uprzednich pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci, leczonych tam przeważnie z powodów nasilonych objawów nerwicowych, to zrozumiemy łatwo, dlaczego osoby bliskie (rodzice, ale częściowo także narzeczone i żony) były w stanie w wielu przypadkach pomóc naszym badanym, dlaczego we wzajemnych stosunkach tych ludzi — gdy minął okres adolescencji — nic dostrzegaliśmy agresywności ani drastycznych scen charakterystycznych np. dla rodzin młodych alkoholików. Nawet ci małżonkowie, którzy się rozchodzili pud naporem różnych trudności życiowych i wzajemnych rozczarowań (jedno

było przecież narkomanem), czynili to spokojnie i deklarowali gotowość dopomożenia sobie w późniejszym okresie. Wielu naszych badanych charakteryzowało się podatnością na wpływy osób bliskich oraz gotowością do współpracy z nimi w szerokim zakresie, skoro tylko negatywne skutki zażywania stały się wyraźnie odczuwalne. Problem nie polegał na przeciwstawianiu się i walce uzależnionej jednostki z najbliższym otoczeniem (z rodzicami, żonami) ani na uchylaniu się od leczenia odwykowego — jak to obserwujemy często w rodzinach młodych alkoholików — ale na trwałości uzależnienia psychicznego. Jednak w znacznej części przypadków, w których zażywanie środków uzależniających nie trwało zbyt długo, przezwyciężanie tych skądinąd uporczywych objawów uzależnienia okazywało się mimo wszystko możliwe (por. rozdziały II i III).

Trzeba uwzględnić także pewne charakterystyczne cechy uzależnienia od opiatów, nabierające ostrości zwłaszcza przy porównaniu z rozwojem uzależnienia alkoholowego. Prawdą jest, że uzależnienie psychiczne a później również fizyczne od opiatów rozwija się znacznie szybciej niż uzależnienie od alkoholu, że objawy abstynencyjne pojawiają się w krótszym czasie i są silniejsze, jednak fakt, że zjawisko przebiega w taki właśnie sposób — zaryzykujemy takie twierdzenie — ma również określone pozytywne strony, sprowadzające się do tego, że stosunkowo szybko a więc nieraz już po kilku miesiącach, a tym bardziej po roku czy dwóch latach, młodociany zdaje sobie sprawę, do jakich zmian w sytuacji życiowej i stanie zdrowia doprowadza go zażywanie i czym grozi kontynuacja takiego postępowania. Szybszy rozwój uzależnienia — to zarazem szybsze osiągnięcie stanu alarmującego. Młodociani wchodzący w uzależnienie alkoholowe nie dostrzegają przez długi czas własnej dewiacji, ujemne następstwa nadużywania alkoholu są przez nich słabo odczuwane i mało widoczne dla innych, rozmazują się na tle ekscesywnego picia alkoholu przez wielu innych mężczyzn, nie izolują w zakładzie pracy danej jednostki a wręcz przeciwnie — służą jej integracji z innymi pracownikami. Natomiast młodociany wchodzący w uzależnienie morfinowe już wkrótce nabiera świadomości choroby, dostrzega stosunkowo szybko ruinę swoich wcześniejszych planów życiowych i aspiracji, widzi całkowitą zmianę uprzedniego trybu życia, nieustanną gonitwę za coraz to nowymi porcjami narkotyku, wytrącenie z normalnych zajęć i dążeń, odczuwa — po tym jak sprawa wyszła na jaw — całkowite odrzucenie go przez otoczenie, które nie wykazuje tutaj żadnej tolerancji w przeciwieństwie do spraw alkoholowych, szybko wchodzi w konflikt z obowiązującym prawem i organami porządku publicznego (obróć tymi środkami, produkcja itd.), przeżywa niejednokrotnie z powodu braku „towaru” silne objawy abstynencyjne i odczuwa wkrótce negatywne zdrowotne skutki zażywania (np. dolegliwości wątroby po żółtacze zakaźnej).

Dodatkowego znaczenia nabiera okoliczność, że młodociani i młodzi narkomani odznaczają się na ogół wyższym poziomem intelektualnym, bardziej zaawansowanym wykształceniem oraz wychowaniem w inteligentniejszych rodzinach niż alkoholicy w zbliżonym wieku, co w sumie powoduje, że są w stanie osiągnąć lepszy od tamtych wgląd w siebie i własną sytuację. Trzeba bowiem dodać, że zaburzenia charakteropatyczne u narkomanów nie obejmują strony intelektualnej, nie upośledzają krytycyzmu danej jednostki co najmniej przez kilka lat<sup>11</sup> w odróżnieniu od zmian osobowości u młodych alkoholiczków, które nie tylko są jakościowo odmienne niż u narkomanów, ale nie omijają również dyspozycji intelektualnych.

W konkluzji można więc stwierdzić co następuje: młodociani narkomani w wieku 20—25 lat dostrzegają przeważnie i zdają sobie sprawę z całą jasnością, na jak niebezpiecznej drodze się znajdują. Fakt ten staje się czynnikiem sprzyjającym podjęciu wysiłków celem wycofania się z nałogu.

Poważną rolę w podjęciu i realizacji postanowienia przez naszych badanych w sprawie uwolnienia się od nałogu odgrywały również tzw. przeżycia wstrząsowe, pojawiające się w życiu większości spośród nich. Zaobserwowaliśmy przy tym następującą prawidłowość: im uzależnienie było głębsze, bardziej zaawansowane, tym określony wstrząs musiał być silniejszy, aby spełnić pozytywne zadanie. Czasem starczył tylko do wywołania abstynencji w ciągu kilku miesięcy lub co najwyżej 1—2 lat.

Jakie wydarzenia stanowiły dla większości naszych badanych poważny wstrząs psychiczny, mobilizujący ich do zerwania z nałogiem? Najczęstszym i prawdopodobnie jednym z najpoważniejszych przeżyć tego typu — zgodnie z własnymi relacjami badanych — był pobyt w szpitalu psychiatrycznym i kontakt z psychicznie chorymi, czemu towarzyszyły zwykle wyjaśnienia lekarzy, że taki właśnie los czeka ich w przyszłości, jeżeli nie zaprzestaną się narkotyzować. Część badanych po powrocie ze szpitala psychiatrycznego dochodziła do przekonania, że sprawy zaszyły dalej niż początkowo sądzili i że trzeba podjąć wysiłek, aby nie powrócić do zażywania. Inne przeżycia wstrząsowe obejmowały następujące wydarzenia: przedawkowanie środka i zabranie danej jednostki do szpitala w stanie nieprzytomnym celem odtrucia, kara pozbawienia wolności i przebycie zespołu abstynencyjnego w warunkach więziennych, śmierć małżonka lub bliskiego kolegi w następstwie systematycznego zażywania (samobójstwo, przedawkowanie, zaostrzenie choroby na tle ogólnego wyniszczenia organizmu itp.). Należy tutaj dodać, że przeżycia wstrząsowe

---

<sup>11</sup> Por. L. Zgierski: *Toksykomania w praktyce lekarskiej*, Warszawa 1988, s. 121 i 14,3.

nabierały takiego właśnie charakteru często na skutek dużej wrażliwości większości naszych badanych, reagujących na różne sytuacje stresowe w sposób wygórowany.

Ogólnie biorąc, analiza zgromadzonego materiału przekonała nas, że czynników sprzyjających wycofaniu się z nałogu, czyli ochraniających jednostkę przed kontynuowaniem zażywania, jest znacznie więcej niż na początku badań byliśmy skłonni sądzić. W tym stanie rzeczy interesujący dodatkowo jest fakt, że udział dziewcząt w poszczególnych wyodrębnionych przez nas kategoriach badanych przedstawia się różnie, przy czym można dostrzec prawidłowość, że im wycofanie się z nałogu staje się bardziej konsekwentne, tym odsetki dziewcząt są wyższe. Zaobserwowane zjawisko przedstawione zostało w tabl. 3.

Tablica 3. Udział chłopców i dziewcząt w wyodrębnionych kategoriach badawczych (w %)

Ogółem, w zbada- nej dotychczas zbio- rowości		Badani, którzy					
		kontynuowali zaży- wanie lub zmarli w związku z zażywa- niem		wycofali się z zaży- wania, ale pozosta- ły im z tego okresu różne problemy ży- ciowe		wycofali się z zaży- wania bez żadnych następstw	
chłopcy	dziew- częta	chłopcy	dziewczęta	chłopcy	dziew- częta	chłopcy	dziew- częta
79	21	93	7	81	19	47	53

W komentarzu do przedstawionych danych liczbowych należy stwierdzić, że wyjście za mąż, macierzyństwo, wychowanie dziecka stanowią bardzo poważny czynnik wyrównujący i stabilizujący w życiu wielu dziewcząt. „Zdecydowałam się zerwać z nałogiem, gdy zorientowałam się, że jestem w ciąży” — powiedziała w charakterystyczny sposób jedna z badanych. Obowiązki matki, żony, prowadzenie domu — to nowy cel w życiu, który przyczynił się do odciążenia od zażywania większości objętych badaniami dziewcząt. Dodajmy jeszcze, że przeżycia frustracyjne u tych dziewcząt z powodu nieukończonego wykształcenia oraz braku należytych kwalifikacji i perspektyw awansu zawodowego były znacznie słabsze aniżeli u chłopców.

W niektórych przypadkach zawarcie udanego małżeństwa wywierało pozytywny wpływ również na młodych mężczyzn (w wieku ok. 25 lat), jednak wpływ ten zaznaczał się w słabszym stopniu niż można to było zaobserwować u dziewcząt.

W naszej dotychczasowej analizie materiałów nie wyczerpaliśmy listy wszystkich czynników, które intensyfikując się wzajemnie przyczyniały się w mniejszym lub większym stopniu do odciążenia od nałogu wielu naszych badanych. Ogólnie można powiedzieć, że również inne czynniki, które zmniejszały napięcie w życiu młodych chłopców i dziewcząt, np. rozwiązanie lub załagodzenie nabrzmiałej sytuacji w domu rodzinnym albo zmiana dotychczasowego kierunku kształcenia, np. przeniesienie ze źle dobranej szkoły średniej do innej, oraz takie wydarzenia, które przynosiły satysfakcję i ukazywały pomyślne perspektywy, np. dostanie się na upragniony kierunek studiów, mogły przyczynić się do wewnętrznej mobilizacji danej jednostki i do prób zerwania z nałogiem choćby metodą dawek malejących, jeżeli tylko inne czynniki nie oddziaływały z dużą siłą w przeciwnym kierunku i jeżeli zaawansowanie uzależnienia nie było posunięte zbyt daleko.

Trzeba również wspomnieć o paradoksalnie korzystnym wpływie na wycofanie się z intensywnego zażywania pogarszającego się szybko u niektórych badanych stanu somatycznego, np. ostrych nieżytów żołądka, jelit, zaburzeń potencji seksualnej itd. Podobne zjawisko *mutatis mutandis* zaobserwowaliśmy także u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. U badanych zażywających środki narkotyczne znaczne pogorszenie stanu zdrowia w krótkim czasie prowadziło niejednokrotnie do zmniejszania dawek, podejmowania leczenia odwykowego, w każdym razie w odniesieniu do rozmiarów i częstotliwości dalszego zażywania działało hamująco.

## VI. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W toku badań longitudinalnych, umożliwiających śledzenie losów młodocianych narkomanów w ciągu kilkunastu lat — takie właśnie badania relacjonujemy — możliwe są dwa podejścia do analizowanego zjawiska. Pierwsze polega na tym, że rozwój uzależnienia po rozpoczęciu systematycznego zażywania, zwłaszcza po przejściu na opiaty, uważa się za rzecz normalną i w zasadzie nieuniknioną. Taki pogląd odniesiony szczególnie do tych, którzy przekroczyli próg zależności psychicznej, zakłada, że z upływem lat uzależnią się oni w przygniatającej większości jeszcze bardziej, natomiast jednostki, którym uda się wycofać z nałogu, mogą być tylko nieliczne i należeć niemal do wyjątków. Z takim właśnie czy zbliżonym nastawieniem przystępowaliśmy do badań katemnestycznych. Chcieliśmy ustalić, co sprzyja wycofaniu się nielicznych jednostek z nałogu i co należy w przyszłości zrobić, aby rozszerzyć ten wyłom, tzn. aby te — jak nam się zdawało — stosunkowo nieliczne przypadki uczynić

częstszymi. Jednakże w miarę prowadzenia badań skłaniał się coraz bardziej ku innemu stanowisku. Stopniowo nabieraliśmy przekonania, że taki mechanizm rozwoju nałogu wcale nie jest typowy, że u wielu badanych następuje po paru miesiącach, po roku czy po 2—3 latach zażywania swego rodzaju opamiętanie sprzyjające wycofaniu się z nałogu. Przypadki długoletniej kontynuacji zażywania są bardziej widoczne dla otoczenia, bardziej spektakularne i dlatego właśnie na nich opierają się obieguowe poglądy w tej materii.

Od razu jednak trzeba zaznaczyć, że nasze ustalenia przeciwstawiające się fatalizmowi w tej dziedzinie i podważające poglądy, że tylko ok. 10% młodocianych czy młodych narkomanów ma szansę wycofania się z nałogu, nie powinny prowadzić do lekceważenia problemu, ponieważ większość tych, którzy wycofali się z systematycznego zażywania, ma poważne problemy życiowe spowodowane czy zaostrzone poprzednim okresem w ich życiu, sytuacja zaś 35% badanych, którzy kontynuują zażywanie lub zmarli po kilku latach zażywania w okolicznościach wskazujących na ich powiązanie z nałogiem, stanowi bardzo poważne ostrzeżenie dla społeczeństwa.

Ogólnie biorąc, populacja młodocianych narkomanów ulega z upływem lat wyraźnemu rozwarstwieniu: obserwujemy jednostki znajdujące się w różnej sytuacji życiowej, począwszy od takich, u których zażywanie minęło bez śladu, poprzez takie, które próbują żyć bez narkotyków, ale mają ciągnące się od dawna różne problemy życiowe, w tym jeszcze z lat przed zażywaniem i zaostrzone okresem intoksykacji, aż po jednostki zniszczone i zdegradowane długoletnim zażywaniem i kontynuujące mimo wszystko swoje dotychczasowe postępowanie oraz takie, u których tego typu linia życiowa zakończyła się już przedwczesnym zgonem.

Jednakże ustalenie, że większość naszych badanych zdołała wycofać się z nałogu, postawiło przed nami pytanie natury zasadniczej: jak mogło dojść do takiego rozwoju zdarzeń? Ogólna odpowiedź brzmi następująco: można dostrzec w życiu młodych zażywających chłopców i dziewcząt wiele czynników, które działają hamująco, powstrzymując ich przed kontynuowaniem zażywania. Niektóre włączają się dopiero po ujawnieniu się całej sprawy w domu rodzinnym. Jeżeli pełne uruchomienie tych czynników lub przynajmniej większości spośród nich nastąpi w ciągu początkowych kilku lat od rozpoczęcia zażywania, to szanse wycofania się z nałogu są stosunkowo duże. Czynniki te próbowaliśmy wydobyć na powierzchnię i przeanalizować.

Przede wszystkim zwróciliśmy uwagę na charakterystyczne warunki w domach rodzinnych naszych badanych. Okazało się, że większość ich rodziców, będących ludźmi życiowo zaradnymi, umiejącymi zapewnić rodzinie dostatnie życie, zasługującymi skądinąd na pozytywną ocenę spo-

łeczną, skierowuje swoją aktywność — zwłaszcza dotyczy to matek po ujawnieniu faktu zażywania przez syna lub córkę — na zaniedbane przez nich dotychczas sprawy wychowawcze, co w dużej części przypadków daje pozytywne rezultaty. Szczególnie korzystne wyniki dawało zorganizowanie czasowego wyjazdu badanego do krewnych w innym mieście (np. na rok) lub wspólny podobny wyjazd z jednym z rodziców. Wcześniejsze konflikty z rodzicami zaostrzone zaburzeniami wieku dorastania naszych badanych były wprawdzie nieraz gwałtowne, ale zarazem okazywały się przejściowe, zwykle bez tendencji do petryfikacji.

Zwróciliśmy również uwagę na czynniki związane z osobowością badanych, okazało się, że część psychicznych zaburzeń ma charakter przejściowy i w wieku 20—25 lat mijają one u dużej części spośród nich. Dotyczy to nie tylko trudności przystosowawczych, związanych z zaostrzonymi objawami wieku dorastania, ale również tzw. osobowości nie-dojrzałej, czyli spóźnionej krystalizacji niektórych ważnych cech osobowości. Inne zaburzenia ciągnęły się wprawdzie jeszcze z lat poprzedzających zażywanie — mamy tu na myśli głównie zaburzenia nerwicowe — ale w wieku ok. 20 lat wykazywały one przeważnie tendencję słabnącą, co spowodowane było m.in. zmianą oddziaływania czynników zewnętrznych.

Zwróciliśmy również uwagę na tzw. przeżycia wstrząsowe, które nieuniknione są w życiu przygniatającej większości zażywających systematycznie i wchodzących coraz głębiej w uzależnienie. Zwłaszcza bliskie kontakty ze środowiskiem młodzieży zażywającej zwiększają prawdopodobieństwo takich przeżyć.

Należy również podkreślić, że podobnie jak przy rozpoczynaniu zażywania miała znaczenie kumulacja pewnych niekorzystnych czynników, takich jak niewłaściwie dobrany kierunek średniego wykształcenia nie uwzględniający zainteresowań ani dążeń danej jednostki czy czasowe pogorszenie warunków w domu, np. z powodu przewlekłej choroby jednego z rodziców lub napięć przed bliską sprawą rozwodową, tak po pewnym czasie poprawa różnych elementów tej sytuacji wpływała pozytywnie na stan psychiczny badanych i osłabiała potrzebę szukania ucieczki od spraw życia codziennego.

Wszystkie wymienione wyżej czynniki o potencjalnie pozytywnym wpływie należy powiązać — w świetle wyników naszych dotychczasowych badań — z czasookresem zażywania. Głównie w ciągu początkowych kilku lat zażywania są one w stanie zawrócić badanego z jego smutnej drogi. Później mamy już tylko krótkotrwałe remisje, które zwalniają wprawdzie nieco tempo intoksykacji i psychospołecznej degradacji, ale nie przynoszą zasadniczej poprawy. Po upływie kilku lat zażywania, a tym

bardziej po jeszcze dłuższym okresie, uzależnienie psychiczne i fizyczne jest prawdopodobnie już tak silne, że organizm nie jest w stanie obejść się zwłaszcza przez dłuższy czas bez przyjmowanego do tej pory środka. Poza tym badany do tego stopnia odwykł od normalnej aktywności życiowej i ma tak bardzo zniszczone zdrowie dotychczasowym zażywaniem i warunkami egzystencji, że wycofanie się z nałogu staje się niezmiernie trudne. Okres, kiedy jeszcze można było to uczynić bez długotrwałych zabiegów rehabilitacyjno-readaptacyjnych niestety już minął.

Należy tu zaznaczyć, że spośród 80 młodych ludzi objętych dotychczas badaniami katemnestycznymi 8, tzn. dokładnie 10% przebywało w jednym z ośrodków Monaru. Połowa z nich przerwała pobyt po kilku tygodniach lub miesiącach (niektórzy nawet dwukrotnie) lub została z ośrodka usunięta — jedno i drugie przekreśliło szanse na osiągnięcie pozytywnych wyników. Badani ci znaleźli się w kategoriach osób kontynuujących zażywanie aż do chwili obecnej. Pozostali 4 badani przebyli w ośrodku cały wymagany okres, tzn. 2—2,5 lat, a niektórzy pozostali tam jeszcze dłużej, przyjmując pracę wychowawców. Ta połowa znalazła się wśród badanych, którzy przerwali zażywanie.

Powyższe dane pozwalają na wyprowadzenie dwóch wniosków: po pierwsze — ośrodki Monaru obejmują swoim zasięgiem tylko niewielką część młodzieży uzależnionej, po drugie — decydujące znaczenie ma fakt, czy dana jednostka potrafi wytrwać w ośrodku Monaru przez cały wymagany okres i przejść wszystkie fazy procesu rehabilitacyjno-readaptacyjnego, a nie samo przyjęcie jej do takiego ośrodka. Jeżeli potrafi wytrwać — a po wielu latach zażywania nie jest to bynajmniej łatwe — to wówczas istnieją bardzo duże szanse, że uda się jej uwolnić od zależności.

Powracamy obecnie do naszego zasadniczego pytania po sformułowaniu go w następujący sposób: dlaczego większość naszych badanych zdołała po pewnym czasie wycofać się nałogu, natomiast pozostałym zawrócenie z tej niebezpiecznej drogi się nie udało? Uważamy, że dla wytłumaczenia takiego różnego ukształtowania się dalszych losów naszych badanych najlepiej jest sięgnąć do głośnej teorii współczesnego alkoholologa amerykańskiego Johna Ewinga o czynnikach predyspozycyjnych i ochraniających w rozwoju uzależnienia alkoholowego<sup>12</sup>. Odnosząc tę teorię do wyników niniejszych badań, można stwierdzić, że: na jednostkę, która rozpoczęła systematyczne zażywanie, oddziaływa wiele czynników natury biologicznej, psychologicznej i społecznej, z których jedne sprzyjają rozwojowi uzależnienia a inne przed nim chronią. Wbrew temu, co

---

<sup>12</sup> Por. J. A. Ewing: *Predisposing and protecting factors in alcohol use and abuse* (omówienie referatu wygłoszonego na 32 Międzynarodowym Kongresie w Warszawie), oprn. K. Godurowski, „Problemy Alkoholizmu”, 1970, nr 4.



można by sądzić, te czynniki ochraniające, inaczej mówiąc — odpornościowe, okazują się na tyle silne, że w większości przypadków powstrzymują jednostkę nawet już do pewnego stopnia uzależnioną przed dalszym staczaniem się po równi pochyłej, wywołując u niej w którymś momencie refleksję i swego rodzaju wewnętrzną mobilizację. Jednakże w dużej części przypadków przewagę uzyskują siły spychające daną jednostkę w kierunku kontynuacji zażywania i coraz głębszego rozwoju uzależnienia, np. zaburzenia psychiczne nasilają się lub rozwijają w kierunku bardziej trwałych zaburzeń osobowości czy zespołów depresyjnych, warunki domowe nie ulegają poprawie a przeżycia wstrząsowe doprowadzają tylko do kilkumiesięcznej przerwy w intoksykacji. Ogólnie można powiedzieć, że w miarę jak przedłuża się okres zażywania, słabnie wpływ czynników ochraniających, natomiast potęguje się oddziaływanie czynników predysponujących w kierunku kontynuacji zażywania i dalszego rozwoju uzależnienia.

Analiza materiału z punktu widzenia poznawczego musi prowadzić do zgłoszenia pewnych wniosków o praktycznym znaczeniu.

Z dokonanego w niniejszych badaniach ustalenia, że w ciągu początkowych 5 lat zażywania jednostka ma największe szanse wycofania się z nałogu, należy wyprowadzić stosowne wnioski, intensyfikując nasze oddziaływanie terapeutyczne-rehabilitacyjne właśnie w tym okresie. W późniejszym czasie, gdy objawy abstynencyjne stają się bardzo silne i zróżnicowane, gdy ogólny stan zdrowia znacznie się pogarsza, gdy jednostka wyobcowuje się całkowicie z normalnej aktywności życiowej i dotychczasowych społecznych kontaktów, można i trzeba łagodzić skutki nałogu, natomiast starania o wycofanie się z niego są już poważnie utrudnione.

Spośród 52 badanych, którym udało się wycofać z nałogu, tylko 4, czyli 8% osiągnęło ten cel poprzez długoterminowy pobyt w ośrodku Monaru, natomiast 48, tzn. 92% doszło do takiego rezultatu na innej drodze, mianowicie dzięki dobroczynnemu oddziaływaniu tzw. czynników ochraniających. Dlatego w ciągu kilku lat zażywania należy intensywnie wspomagać te czynniki, które stwarzają jednostce szanse wycofania się z nałogu, ale których wpływ z biegiem czasu — niestety — maleje.

Skoro rodzice naszych badanych okazali się w większości ludźmi zaradnymi, dbającymi o własną pozycję społeczno-zawodową i o poziom życia rodziny, skoro w większości nie są bynajmniej ludźmi zdemoralizowanymi, wtedy zaś, gdy sprawa zażywania przez ich syna lub córkę wychodzi na światło dzienne, skłonni są energicznie temu przeciwdziałać, to kwestia instruktazu pedagogicznego tych rodziców staje się szczególnie ważna i obiecująca. Inteligencja i względna zamożność tych rodziców rokują pomyślnie gdy tylko zostaną oni zaopatrzeni w stosowną wiedzę,

jak należy postępować w tego rodzaju sytuacjach, jak łagodzić trudności przystosowawcze syna lub córki związane z wiekiem dorastania. W przeciwnym razie ich dobre w intencjach, ale całkowicie intuicyjne działanie okazuje się niejednokrotnie mało przydatne, a czasem nawet — szkodliwe (zaostrenie konfliktu domowego, uczynienie atmosfery domowej jeszcze trudniejszej do zniesienia dla danego chłopca czy dziewczyny, wyrzucenie z domu itp.). W związku z takim możliwym rozwojem wydarzeń należy popierać a nawet inicjować organizowanie się stowarzyszeń samopomocowych rodziców młodzieży uzależnionej, bowiem w ten sposób rodzice mogą przekazywać sobie wzajemnie różne informacje i doświadczenia z tego zakresu. Należy także ułatwiać kontakty rodziców a także żon narkomanów z poradniami i ośrodkami zajmującymi się leczeniem osób uzależnionych.

Niezależnie od stosownego ukierunkowania aktywności rodziców należy stworzyć właściwe możliwości terapeutyczno-rehabilitacyjne dla różnych kategorii młodych osób uzależnionych od środków narkotycznych. W szczególności należy zwiększyć różnorodność postępowania z osobami uzależnionymi przez stworzenie długoterminowych ośrodków leczniczo-rehabilitacyjnych pozostających w gestii służby zdrowia obok istniejących już ośrodków Monaru. Ośrodki te powinny znajdować się z dala od stałego miejsca zamieszkania osób tam przebywających ze względu na konieczność ograniczenia ich kontaktów z dotychczasowym środowiskiem. Rygory obowiązujące w ośrodkach Monaru przekraczają niejednokrotnie fizyczne możliwości młodych dziewcząt i chłopców, którzy mają nadszarpnięte zdrowie kilkuletnim lub dłuższym zażywaniem środków narkotycznych.

Krótkoterminowe hospitalizacje służące detoksykacji pacjenta, zmierzające do uwolnienia go od głębokiej zależności fizycznej a nawet stawiające sobie za cel wytworzenie w nim pragnienia całkowitego wycofania się z nałogu, są sensowne tylko w ciągu początkowych kilku lat zażywania, ponieważ w tym czasie można jeszcze wspomóc siły odpornościowe tkwiące w organizmie i otoczeniu danej jednostki. Działanie takimi środkami w stosunku do jednostek, które zażywają np. ok. 10 lat, mija się z celem i jest tylko wykorzystywane, a często także manipulowane przez nich dla doraźnych celów (osłabienie objawów abstynencyjnych w okresie braku „towaru”, uniknięcie postępowania karnego itp.). Nie kwestionujemy bynajmniej potrzeby łagodzenia skutków zaawansowanego uzależnienia — medycyna nie odwraca się przecież od osób przewlekłe chorych, których szanse wyleczenia są nieduże — jednak za równie ważne w stosunku do takich jednostek uważamy długoterminowe traktowanie leczniczo-rehabilitacyjne w odpowiednich ośrodkach Monaru lub innych, zmierzające do uwolnienia ich od nałogu.

W świetle wyników niniejszych badań należy zwrócić uwagę na stosunkowo liczną kategorię chłopców i dziewcząt, którzy w wieku 20—25 lat wycofali się z systematycznego zażywania, ale mają w następnych latach różnie niełatwe problemy życiowe wywołane lub zaostrzone uprzednim okresem intoksykacji. Jednostki te powinny być objęte ze strony stosownych placówek — chociażby tej samej poradni, w której się poprzednio leczyli — opieką medyczno-socjalną, która utrzymałaby pozytywny trend abstynencji, ułatwiła rozwiązanie różnych problemów zdrowotnych i innych nękających daną jednostkę (rodzinę) i zapobiegła nawrotom choroby.