



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 3 (83) 2018

NR 3

2018

SPIS TREŚCI

Prawo

ASPEKTY PRAWNE ZASAD PROWADZENIA W SZKOŁACH I PLACÓWKACH SYSTEMU OŚWIATY DZIAŁALNOŚCI WYCHOWAWCZEJ, EDUKACYJNEJ, INFORMACYJNEJ I PROFILAKTYCZNEJ W CELU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Katarzyna Syroka-Marczewska 1

Leczenie, redukcja szkód

SOJUSZ TERAPEUTYCZNY A EFEKTYWNOŚĆ TERAPII OSÓB Z ZABURZENIAMI ZACHOWANIA ZWIĄZANYMI Z HAZARDEM

Lidia Cierpiałkowska 6

Profilaktyka

PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY – DZIEDZINA INTERDYSCYPLINARNA

Maria Deptuła 12

ROLA RODZICÓW W ZAPOBIEGANIU NADUŻYWANIA PRZEZ DZIECI NOWYCH TECHNOLOGII CYFROWYCH

Andrzej Szymański, Ewa Krzyżak-Szymańska 17

SPORT A PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH MŁODZIEŻY

Maja Vogt-Kostecka, Dawid Drożdżikowski 22

Uzależnienia behawioralne

BINGE-WATCHING

Robert Rejniak 27

Leczenie, redukcja szkód

SUBSTYTUCJA JAKO METODA POMOCY OSOBOM Z PROBLEMEM NARKOTYKOWYM

Jacek Gąsiorowski 32

EWALUACJA PROGRAMU CANDIS – WYNIKI BADAŃ ILOŚCIOWYCH

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska, Janusz Sierosławski 35

Badania, raporty

PROBLEM NARKOTYKÓW ORAZ NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W KRAJACH BAŁTYCKICH

Artur Malczewski 43

Internet

APLIKACJE SPRAWDZAJĄCE SPRAWNOŚĆ FUNKCJONOWANIA CZŁOWIEKA

POD WPŁYWEM ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH I PSYCHOTROPOWYCH III i IV okładka

Podstawą dla wszelkich działań podejmowanych w szkole w zakresie profilaktyki uzależnień powinna być diagnoza dotycząca występujących w tym środowisku czynników chroniących i czynników ryzyka. Nowe rozporządzenie ministra edukacji narodowej ze stycznia 2018 roku, zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii, wprowadziło obowiązek corocznego opracowywania diagnozy w terminie do 30 dni od dnia rozpoczęcia roku szkolnego.

ASPEKTY PRAWNE ZASAD PROWADZENIA W SZKOŁACH I PLACÓWKACH SYSTEMU OŚWIATY DZIAŁALNOŚCI WYCHOWAWCZEJ, EDUKACYJNEJ, INFORMACYJNEJ I PROFILAKTYCZNEJ W CELU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Uwagi ogólne

Osoby, które sięgają po narkotyki, wkraczają na niebezpieczną ścieżkę, która rozpoczynając się okazjonalnym używaniem narkotyku, może się zakończyć uzależnieniem¹, niosącym ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne, społeczne, zawodowe, a także problemy z prawem (nie tylko z powodu faktu, że w świetle polskiego prawa nieuprawnione posiadanie każdej ilości narkotyku lub substancji psychotropowej² jest przestępstwem, ale też dlatego, że potrzeba zdobycia środków na narkotyki popycha wielu ludzi do popełniania czynów zabronionych)³.

Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii realizują organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego. Mają je także m.in. przedszkola, szkoły, szkoły wyższe, jednostki organizacyjne wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej i inne placówki systemu oświaty.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, ministrowie właściwi do spraw oświaty i wychowania, zdrowia, spraw wewnętrznych, administracji publicznej, transportu, minister obrony narodowej oraz minister sprawiedliwości (każdy w zakresie swojego działania), są obowiązani rozwijać i popierać działalność edukacyjną oraz profilaktyczną, podejmowaną w celu informowania społeczeństwa o szkodliwości narkomanii. Wspomniane organy są obowiązane także prowadzić działalność wychowawczą, edukacyjną,

informacyjną i profilaktyczną, polegającą na promocii zdrowego stylu życia oraz wspieraniu działań ogólnokrajowych i lokalnych organizacji oraz inicjatyw społecznych w przedmiotowym zakresie. Mając na względzie dobro dzieci i młodzieży, minister właściwy do spraw oświaty i wychowania, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określa, w drodze rozporządzenia, zakres i formy prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej (art. 22 ust. 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii).

Warto zwrócić uwagę, że 26 stycznia 2018 roku weszły w życie nowe przepisy, tj. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii⁴ (dalej: Rozporządzenie), które zastąpiło akt prawny z 2015 roku. Przedmiotem niniejszego opracowania będzie analiza prawna tego rozporządzenia.

Doprecyzowanie pojęć

Ustawodawca, zmieniając przepisy, doprecyzował, że działalność w szkołach i placówkach systemu oświaty

obejmuje działania uprzedzające, oparte na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, mające na celu przeciwdziałanie pojawianiu się zachowań ryzykownych związanych z używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych przez uczniów i wychowanków, charakteryzujących się nieprzestrzeganiem przyjętych dla danego wieku zwyczajowych norm i wymagań, niosących ryzyko negatywnych konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego ucznia lub wychowanka oraz jego otoczenia społecznego (§ 1 Rozporządzenia).

Działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i profilaktyczna obejmuje promocję zdrowia psychicznego oraz zdrowego stylu życia. Istotne jest także informowanie o szkodliwości środków i substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii. Ważne jest wprowadzanie problematyki zapobiegania narkomanii do programów wychowawczych w szkołach i innych jednostkach organizacyjnych systemu oświaty. Zdarzają się sytuacje, w których jesteśmy w stanie zidentyfikować środowiska zagrożone uzależnieniem i wówczas niezbędne jest prowadzenie działalności profilaktycznej. Przeciwdziałanie narkomanii jest to aktywność podejmowana zarówno w obszarze ogólnokrajowym, jak i lokalnym poprzez m.in. wspieranie inicjatyw społecznych.

W omawianym Rozporządzeniu wprowadzono zmiany w zakresie działalności wychowawczej i profilaktycznej, pozostawiając zakres działalności edukacyjnej i informacyjnej bez zmian (uznając, że dotychczasowe brzmienie przepisów jest dopracowane).

Zgodnie z treścią § 2 ust. 2 pkt 7 Rozporządzenia działalność wychowawcza obejmuje, oprócz dotychczasowej, w szczególności także kształtowanie u uczniów i wychowanków postaw prospołecznych, w tym przez możliwość udziału w działaniach z zakresu wolontariatu, sprzyjających aktywnemu uczestnictwu uczniów w życiu społecznym.

Jeżeli chodzi o działalność profilaktyczną w szkołach i placówkach, dookreślono dwa obszary, obejmujące w szczególności (§ 5 ust. 3 pkt 1 i 5 Rozporządzenia): a) realizowanie wśród uczniów i wychowanków oraz ich rodziców lub opiekunów dostosowanych do potrzeb indywidualnych i grupowych programów zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego,

o którym mowa w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii – dobór odpowiedniego programu uzależnia się od celu profilaktycznego, który wynika z uprzednio przeprowadzonej diagnozy w zakresie występujących w środowisku szkolnym czynników chroniących i czynników ryzyka⁵, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych,

b) włączanie, w razie potrzeby, w indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny, działań z zakresu przeciwdziałania używaniu środków i substancji, czyli środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych, np. dopalaczy.

Profilaktyka – czym jest?

Termin „profilaktyka” rozumiany jest jako działania mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, zwłaszcza chorobom⁶. „Można także przyjąć, że profilaktyka to działanie, które ma na celu zapobieganie pojawieniu się lub rozwojowi niekorzystnego zjawiska. Jest też jednym ze sposobów reagowania na zjawiska społeczne, które oceniane są jako szkodliwe i niepożądane. Ta ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowania wysiłków w celu ich eliminacji lub choćby ograniczenia. Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie. Głównie z tego względu jest znacznie bardziej opłacalna niż kosztowne działania zaradcze, konieczne w sytuacji, gdy wzrasta skala niepożądanych zjawisk. Zgodnie z takim rozumieniem profilaktyka używania substancji psychoaktywnych to zmniejszanie ryzyka ich używania poprzez opóźnienie lub przeciwdziałanie inicjacji, niedopuszczanie do poszerzania się kręgu osób – szczególnie ludzi młodych – eksperymentujących z legalnymi i nielegalnymi substancjami. Inna definicja przedstawia profilaktykę uzależnień również jako zmniejszanie strat związanych z używaniem środków odurzających poprzez ograniczanie do minimum potencjalnych szkód, jakich mogą doznawać osoby używające substancji psychoaktywnych. W tym najszerszym ujęciu profilaktyka pojmowana

jest jako postępowanie zapobiegające różnorodnym problemom, które towarzyszą używaniu substancji psychoaktywnych”⁷.

W celu przeciwdziałania narkomanii niezbędna jest kooperacja wielu podmiotów. Nawet najlepiej napisane przepisy nie będą same działać w życiu codziennym. Bez wątplenia potrzebna jest aktywność i zaangażowanie ludzi. Zgodnie z treścią § 6 ust. 1 Rozporządzenia szkoła i placówka powinna współpracować m.in. z: a) jednostkami samorządu terytorialnego, b) poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, c) placówkami doskonalenia nauczycieli, d) podmiotami realizującymi świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, e) państwowymi wojewódzkimi i państwowymi powiatowymi inspektorami sanitarnymi, f) Policją, g) pracodawcami, h) podmiotami leczniczymi i innymi działającymi w ochronie zdrowia (np. szpitale), i) organizacjami pozarządowymi (np. fundacje, stowarzyszenia), w tym organizacjami harcerskimi,

Czynniki chroniące i czynniki ryzyka

Nowe brzmienie przepisów doprecyzowało ponadto zapisy § 6 ust. 2 Rozporządzenia dotyczące opracowania diagnozy w zakresie występujących w środowisku szkolnym czynników chroniących i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych, dotyczą uczniów lub wychowanków, rodziców lub opiekunów, nauczycieli, wychowawców i innych pracowników szkoły lub placówki.

Wśród wielu prób wyjaśnienia przyczyn i następstw zachowań ryzykownych na szczególną uwagę zasługują teorie czynników ryzyka i czynników chroniących. J.D. Hawkins (amerykański badacz działań profilaktycznych) zestawiał ze sobą cechy, sytuacje i warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych i nazwał je czynnikami ryzyka. Stwierdził, że niektóre cechy jednostki i środowiska sprzyjają powstawaniu zachowań, które niosą wysokie ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego i psychicznego, jak i dla otoczenia społecznego człowieka⁸.

Do najpoważniejszych zachowań ryzykownych zalicza się: używanie alkoholu i innych środków psychoak-

tywnych, wczesną aktywność seksualną, zachowania agresywne i przestępcze, porzucenie nauki szkolnej, ucieczki z domu.

Z drugiej strony badacze wyliczają czynniki, które zwiększają odporność człowieka na działanie czynników ryzyka. Są to cechy, sytuacje, warunki przeciwdziałające zachowaniom ryzykownym. Określa się je jako czynniki chroniące, czyli właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny człowieka i zwiększa jego odporność na działanie czynników ryzyka⁹.

Listy czynników ryzyka i czynników chroniących bywają różnorodne. Zmieniają się wraz z ogólnymi zmianami obyczajowymi i kulturowymi społeczeństw. Za najważniejsze czynniki chroniące na ogół uważa się¹⁰:

- silną więź emocjonalną z rodzicami,
- ogólnie pozytywne relacje z dorosłymi (posiadanie autorytetów),
- zainteresowanie nauką szkolną i aspiracje edukacyjne,
- regularne praktyki religijne,
- poszanowanie prawa, norm i wartości,
- przynależność do pozytywnej grupy społecznej,
- angażowanie się w działania prospołeczne.

Ogólnymi czynnikami ryzyka są:

- brak więzi w rodzinie (konflikty, prezentowane przez rodziców zachowania dysfunkcyjne, niekonsekwencja lub brak dyscypliny wychowawczej),
- negatywne relacje ze znaczącymi osobami dorosłymi,
- niepowodzenia w nauce szkolnej i związane z tym faktem brak wiary we własne siły,
- odrzucenie religii i powszechnie obowiązujących norm i wartości,
- buntowniczość, zachowania aspołeczne,
- przynależność do negatywnej grupy, uleganie negatywnej presji rówieśniczej,
- angażowanie się w zachowania ryzykowne (np. odu-
rzanie się).

Prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań ryzykownych jest tym większe, im więcej czynników ryzyka oddziałuje na dzieci i młodzież oraz im bardziej są one szkodliwe i dłużej trwa ich działanie. Rola, jaką mogą odegrać wspomniane czynniki, zależy również od wieku dziecka, jego fazy rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

Zdaniem A. Pisarskiej szkoła ma istotne znaczenie jako czynnik chroniący młodzież przed niepożądanymi zachowaniami¹¹. „Podkreślana jest zwłaszcza waga

klimatu szkoły oraz wsparcia ze strony nauczycieli. W badaniach brane są pod uwagę takie aspekty klimatu szkoły, jak dobre relacje w grupach rówieśniczych oraz pomiędzy uczniami i ich nauczycielami, a także uczestnictwo rodziców w życiu szkoły. Ważnym elementem pozytywnego klimatu szkoły jest włączanie uczniów w podejmowanie istotnych dla nich decyzji. Klimat tworzą również sprzyjające bezpieczeństwu zasady i normy szkolne oraz konsekwentne ich przestrzeganie. Wsparcie ze strony nauczycieli odnosi się do procesu edukacji oraz zapewnienia uczniom bezpieczeństwa. W zakresie edukacji polega ono na tworzeniu warunków dla osiągania sukcesów w nauce oraz nagradzaniu tych osiągnięć, a także docenianiu samodzielnego myślenia i zaangażowania uczniów. Zapewnieniu bezpieczeństwa, poza wspomnianymi normami i zasadami, służą także zapobieganie agresji rówieśniczej, dyskryminacji i nietolerancji, budowanie wzajemnego zaufania oraz zaangażowanie nauczycieli w rozwiązywanie konfliktów pomiędzy uczniami¹².

Profilaktyka narkomanii jest jednym z zadań szkoły, przyczyniających się do zwiększenia bezpieczeństwa uczniów. Większość szkół podejmuje działania zmniejszające ryzyko używania narkotyków. Niestety, nie we wszystkich placówkach prowadzone działania są efektywne. Świadczą o tym wnioski Najwyższej Izby Kontroli (dalej: NIK), zawarte w raporcie „Informacja o wynikach kontroli profilaktyki narkomanii w szkołach”¹³. W opinii NIK szkolna profilaktyka narkomanii jest mało skuteczna. Powodem takiej sytuacji jest niedocenianie wagi problemu przez dyrektorów szkół oraz brak odpowiedniej diagnozy¹⁴.

Badanie z 2015 roku w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ESPAD) pozwoliło na pomiar czynników chroniących i czynników ryzyka używania substancji psychoaktywnych przez młodzież¹⁵. Jak czytamy: „jednym z podstawowych czynników ryzyka sięgnięcia przez nastolatka po substancje psychoaktywne jest ich wysoka dostępność. Brak dostępu do substancji ma walor chroniący. (...) Jednym z czynników ryzyka po stronie popytu na substancje psychoaktywne jest obracanie się w kręgach użytkowników takich substancji. Zwłaszcza, gdy kontakty towarzyskie lub przyjacielskie ograniczają się do osób, które palą tytoń, piją alkohol lub używają narkotyków ryzyko przejścia takiego wzoru zachowań jest dość wysokie (...). Innym czynnikiem wpływającym na zachowania w obszarze

substancji psychoaktywnych są przekonania o ryzyku konsekwencji zdrowotnych oraz innych szkód związanych z ich używaniem. Można założyć, iż w przypadku większości młodzieży przekonanie co do dużego ryzyka szkód w wyniku używania substancji będzie sprzyjać ich unikaniu, zaś przekonaniu o ich nieszkodliwości będzie sprzyjać podejmowanie decyzji o sięganiu po nie. W tym sensie przekonania te mogą stanowić czynnik ryzyka bądź być czynnikiem chroniącym. Młodzież zdaje się prawidłowo identyfikować poziom zagrożenia związany z różnymi wzorami używania substancji psychoaktywnych, chociaż niepokój może budzić niedocenianie ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi. (...) Istotnym czynnikiem sprzyjającym używaniu substancji psychoaktywnych są oczekiwania wobec tych substancji. Młodzież spodziewa się raczej konsekwencji pozytywnych picia alkoholu i palenia marihuany niż skutków negatywnych. Takie wzory antycypacji stanowią istotny czynnik ryzyka używania substancji, stanowiąc wyzwanie dla działań profilaktycznych. Programy edukacyjne skierowane na zmianę tych oczekiwań mogą przyczynić się do zmniejszenia rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez młodzież”¹⁶. W raporcie z 2017 roku pt. „Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce” znajdują się bardziej szczegółowe informacje¹⁷.

„Planując działania dostosowane do potrzeb i możliwości psychofizycznych uczniów, należy rozpoczynać od diagnozy. W celu urealnienia sytuacji wychowawczej, a w efekcie profilaktycznej, można korzystać z wielu źródeł, np. lokalnej diagnozy problemów, przeprowadzonej w gronie społeczności szkolnej. Najczęściej szkoła korzysta wówczas z ankiet przeznaczonych do badania problemowych zachowań uczniów, przygotowanych przez wychowawców lub szkolnych specjalistów. Warto również znać wyniki diagnoz ogólnopolskich – badań ankietowych realizowanych przez wyspecjalizowane placówki badawcze, jak Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) czy Instytut Psychiatrii i Neurologii, prowadzący np. „Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Innych Substancji Psychoaktywnych” („European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs” – ESPAD) lub też Instytut Matki i Dziecka, który zajmuje się międzynarodowymi badaniami nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej („Health Behaviour in School-Aged Children” – HBSC). Badania te mają charakter cyklicz-

ny i ukazują najważniejsze trendy używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży. Kolejnym źródłem informacji o realnym zagrożeniu są sygnały ostrzegawcze, które mogą występować pojedynczo (we wczesnej fazie zagrożenia) lub jako kilka oznak równolegle. Są to wszelkie zmiany (specyficzne lub niespecyficzne) bądź zjawiska dotyczące najczęściej konkretnych uczniów. Z uwagi na mało specyficzne oznaki I fazy zażywania substancji psychoaktywnych mogą one świadczyć również o ogólnych problemach nastolatków²¹⁸.

Diagnoza na pierwszym miejscu

Warto podkreślić, że w Rozporządzeniu wprowadzono obowiązek corocznego opracowywania diagnozy w terminie do 30 dni od dnia rozpoczęcia roku szkolnego. Wprowadzono także modyfikacje w § 1 ust. 2 i w § 7 ust. 7 Rozporządzenia, zwracając uwagę na to, że działania uprzedzające powinny być oparte na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności. Wskazano także, kto może brać udział w działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej wśród uczniów i wychowanków, ich rodziców oraz nauczycieli, wychowawców i innych pracowników szkoły i placówki w celu przeciwdziałania narkomanii.

Jak już wspomniano, do oceny zagrożeń nauczyciele mogą wykorzystać różnorodne narzędzia diagnostyczne. W praktyce szkolnej powszechnie stosowane są: obserwacja, wywiad, rozmowa, analiza wytworów uczniów, ankieta, analiza dokumentów szkolnych.

W § 7 ust. 8 Rozporządzenia doprecyzowano zadania nauczyciela lub wychowawcy w zakresie podejmowanych działań dotyczących przeciwdziałania narkomanii, wskazując na wykorzystywanie aktywnych metod pracy oraz określając, z kim należy w tym zakresie współpracować. Podobnie jak przed nowelizacją Rozporządzenia, nauczyciel lub wychowawca podejmuje działania w uzgodnieniu z dyrektorem szkoły lub placówki.

Zmiany w przepisach wprowadziły konkretne terminy, tj. do 25 lutego 2018 roku szkoły i placówki były zobowiązane do uzupełnienia diagnozy w zakresie występujących w środowisku szkolnym czynników chroniących i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych, diagnoza dotycząca uczniów lub wychowanków, rodziców lub opiekunów, nauczycieli, wychowawców

i innych pracowników szkoły lub placówki, opracowana we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, podmiotami realizującymi świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, państwowymi wojewódzkimi i państwowymi powiatowymi inspektorami sanitarnymi, Policją, pracodawcami, podmiotami, o których mowa w art. 5 ust. 3 ustawy, podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 1 i art. 86 ust. 1 ustawy – Prawo oświatowe¹⁹, lub podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 2 i art. 5 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym²⁰.

Ponadto w terminie do 27 marca 2018 roku szkoły i placówki musiały uzupełnić program wychowawczo-profilaktyczny szkoły lub placówki, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy Prawo oświatowe o diagnozę w zakresie zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych.

Uwagi końcowe

Podstawą dla wszelkich działań podejmowanych w szkole powinna być diagnoza w zakresie występujących w tym środowisku czynników chroniących i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych, dotycząca uczniów lub wychowanków, rodziców lub opiekunów, nauczycieli, wychowawców i innych pracowników szkoły lub placówki, opracowywana we współpracy z wymienionymi podmiotami, w każdym roku szkolnym, w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia roku szkolnego. Wprowadzone zmiany należy ocenić pozytywnie. Kluczowe jednak dla kompleksowej oceny nowych przepisów będzie ich funkcjonowanie w praktyce.

Przypisy

¹ Zgodnie z treścią art. 1 pkt 29 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2005 Nr 179 poz. 1485 z późn. zm. (dalej: Ustawa) uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych to zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charaktery-

- zujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem.
- ² Zgodnie z treścią art. 1 pkt 25 Ustawy, substancją psychotropową jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do Ustawy.
- ³ Strona Ministerstwa Sprawiedliwości, <https://www.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-narkomanii/>, dostęp z dnia 12.08.2018 r.
- ⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii, Dz.U. 2018 poz. 214.
- ⁵ Czynniki chroniące to indywidualne cechy i zachowania uczniów lub wychowanków, cechy środowiska społecznego i efekty ich wzajemnego oddziaływania, których występowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny ucznia lub wychowanka i zwiększa jego odporność na działanie czynników ryzyka, czynniki ryzyka to indywidualne cechy i zachowania uczniów lub wychowanków, cechy środowiska społecznego i efekty ich wzajemnego oddziaływania, które wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia zachowań ryzykownych stanowiących zagrożenie dla ich prawidłowego rozwoju, zdrowia, bezpieczeństwa lub funkcjonowania społecznego.
- ⁶ Słownik Języka Polskiego, <https://sjp.pwn.pl/sjp/profilaktyka;2572547>, dostęp z dnia 12.08.2018 r.
- ⁷ D. Macander, „Profilaktyka uzależnień w szkole”, <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/profilaktyka-uzaleznien-w-szkole/>, dostęp z dnia 12.08.2018 r.

- ⁸ K. Ostaszewski, „Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych”, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003, s. 45 i n.
- ⁹ Ibidem.
- ¹⁰ Z.B. Gaś, „Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja”, MENiS, Warszawa 2003; K. Ostaszewski, „Nowe definicje poziomów profilaktyki”, Remedium, nr 7-8, 2005, J. Szymańska, „Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki”, CMPPP, Warszawa 2002, J. Szymańska, J. Zamecka, „Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki” (w:) Świątkiewicz G. (red.), „Profilaktyka w środowisku lokalnym”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
- ¹¹ A. Pisarska, „Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z ryzykownymi i problemowymi zachowaniami młodzieży kilka wskazówek” (w:) D. Macander (red.), „Ryzyko używania narkotyków przez młodzież”, Warszawa 2014, s. 39.
- ¹² Ibidem, s. 40.
- ¹³ Dostęp do wyników kontroli – <https://www.nik.gov.pl/plik/id,5334,vp,6917.pdf>
- ¹⁴ E. Zamecka, „Profilaktyka narkomanii w szkole”, Warszawa 2015, s. 3.
- ¹⁵ J. Sierosławski, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.”, Warszawa 2016, s. 118.
- ¹⁶ Ibidem.
- ¹⁷ <http://fdds.pl/wp-content/uploads/2017/07/dziesielicza.pdf>, dostęp z dnia 12.08.2018 r.
- ¹⁸ D. Macander, „Zadania szkoły w zapobieganiu używania narkotyków przez młodzież” (w:) D. Macander (red.), „Ryzyko używania narkotyków przez młodzież”, Warszawa 2014, s. 46.
- ¹⁹ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59).
- ²⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916).

Aktualna wiedza w zakresie czynników wpływających na efektywność terapii zaburzeń i problemów psychicznych wskazuje, że najistotniejsze znaczenie mają specyficzne i wspólne czynniki leczące, których wpływ zmienia się na różnych etapach i w różnych typach leczenia.

SOJUSZ TERAPEUTYCZNY A EFEKTYWNOŚĆ TERAPII OSÓB Z ZABURZENIAMI ZACHOWANIA ZWIĄZANYMI Z HAZARDEM

Lidia Cierpiąłkowska
Instytut Psychologii
Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu

Wprowadzenie

W ostatnich dwudziestu latach obserwuje się ogromny wysiłek wielu badaczy, zmierzający do stwierdzenia nie tylko efektywności, ale także opłacalności (*efficiency*) stosowania różnych typów psychoterapii oraz wielomodułowych programów terapeutycznych w leczeniu całego spektrum zaburzeń psychicznych. Obecnie poznanie czynników wpływających na efektywność psychoterapii

zaburzeń psychicznych i zachowania, w tym zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i zaburzeń niesubstancjalnych, to jedno z najważniejszych wyzwań podejmowanych zarówno w nurcie badań *evidence-based practice* (EBP), jak i w obszarze różnych podejść do psychoterapii. W leczeniu uzależnień i szkodliwych zachowań podkreśla się konieczność wypracowania standardów, które powinny powstać na podstawie rzetelnych

badan na określonych grupach pacjentów, leczonych w konkretnych, np. ambulatoryjnych lub stacjonarnych, warunkach.

Aktualna wiedza w zakresie czynników wpływających na efektywność terapii zaburzeń i problemów psychicznych wskazuje, że najistotniejsze znaczenie mają specyficzne i wspólne czynniki leczące, których wpływ zmienia się na różnych etapach i w różnych typach leczenia. **Czynniki specyficzne** to procedury, strategie i interwencje wypracowane przez konkretne szkoły psychoterapii (np. psychodynamiczną – wolne skojarzenia, poznawczo-behawioralną – dialog sokratejski czy behawioralną – desensytyzacja), natomiast **czynniki wspólne** działają w relacji terapeutycznej i związane są głównie z siłą przymierza terapeutycznego między pacjentem a terapeutą. Na podstawie metaanaliz wielu badań stwierdzono, że na efektywność różnych psychoterapii z podobną siłą wpływają, obok specyficznych czynników leczących (25% wariacji), uaktywnianych przez konkretne strategie i procedury charakterystyczne dla określonej szkoły terapeutycznej, wspólne czynniki leczące aktywowane w relacji terapeutycznej (28% wariacji) (Lipsey, Wilson, 2001; Czabała, 2006). Co więcej, zaobserwowano, że różnice w efektywności oddziaływań pomiędzy certyfikowanymi terapeutami różnych szkół psychoterapii w standardowych sytuacjach terapeutycznych są niewielkie (por. badania typu *efficacy*), natomiast znacznie różnią się między sobą, gdy pacjent lub jego sytuacja osobista jest niestandardowa (por. badania *effectiveness*), np. w przypadku pacjentów z podwójnym rozpoznaniem (uzależnienie od alkoholu i zaburzenia zachowania związane z hazardem lub zaburzenia osobowości), podejmujących leczenie kolejny raz, w okresie późnej dorosłości, o niskim statusie społecznym) (Okiishi i in., 2003; Lutz i in., 2007). Poniżej przedstawiam trzy grupy zagadnień: 1) jak definiuje się sojusz terapeutyczny oraz jakie obserwuje się jego fluktuacje, ze szczególnym zwróceniem uwagi na załamanie się jego siły do takiego stopnia, że występuje niebezpieczeństwo przerwania terapii; 2) jakie znaczenie dla efektywności terapii uzależnień, w tym zaburzeń związanych z hazardem, ma siła sojuszu terapeutycznego, w końcu 3) jakie kompetencje terapeutów są istotne dla oceny i naprawy sojuszu terapeutycznego w procesie leczenia¹. Ze względu na niewielką liczbę badań nad wpływem sojuszu terapeu-

tycznego na efektywność terapii osób z zaburzeniami zachowania związanymi z hazardem, zachodzi konieczność, w celu zaprezentowania pewnych zjawisk, odnoszenia się do wiedzy pochodzącej z badań nad osobami uzależnionymi od alkoholu oraz pacjentów z innymi zaburzeniami psychicznymi i zachowania.

Koncepcje sojuszu terapeutycznego i jego fluktuacji

Jakkolwiek prekursorem koncepcji i znaczenia relacji i sojuszu terapeutycznego był Zygmunta Freud (Freud, 1912/1958), to wszystkie szkoły psychoterapii uznawały ich wpływ na przebieg i efektywność leczenia. Współcześnie w podejściu psychodynamicznym akcentuje się znaczenie przeniesienia pozytywnego i świadomie działającego ego pacjenta, współpracującego z terapeutą na rzecz zmiany (Moore, Fine, 1996), w podejściu poznawczo-behawioralnym podkreśla się nagradzającą funkcję terapeuty w procesie uczenia się przez pacjenta bardziej adaptacyjnych przekonań i zachowań (Raue, Goldfried, 1994), zaś w terapii humanistycznej uwypukla się wpływ zdolności do empatii, bezwarunkowej akceptacji i poziomu kongruencji terapeuty (Rogers, 1951). Różnice między koncepcjami sojuszu terapeutycznego i co za tym idzie stosowaniem różnych narzędzi do jego pomiaru powodowało, że wyniki badań uzyskiwane przez poszczególne szkoły psychoterapii były nieporównywalne. Istotnym zadaniem stało się stworzenie takiej koncepcji czy modelu sojuszu, który miałby charakter bardziej uniwersalny i transteoretyczny.

Wraz z rozwojem koncepcji terapii transteoretycznej Prochaski i DiClemente (Prochaska, DiClemente, 1983) pojawiły się różne próby transteoretycznego zdefiniowania relacji i sojuszu terapeutycznego. Powszechne uznanie zdobyła transteoretyczna koncepcja sojuszu terapeutycznego Edwarda Bordina (Bordin, 1979, 1994), która jednocześnie stała się źródłem pomysłów na nowe narzędzia badawcze (np. Working Alliance Inventory, WAI; Horvath) (Horvath, Symonds, 1991; Horvath, 1994), co umożliwiało prowadzenie badań i porównanie uzyskanych wyników. Bordin zakładał, że rozwój przymierza terapeutycznego jest niezbędny we wszystkich rodzajach i formach psychoterapii, chociaż poziom porozumienia między klientem a terapeutą, co do trzech wyodrębnionych

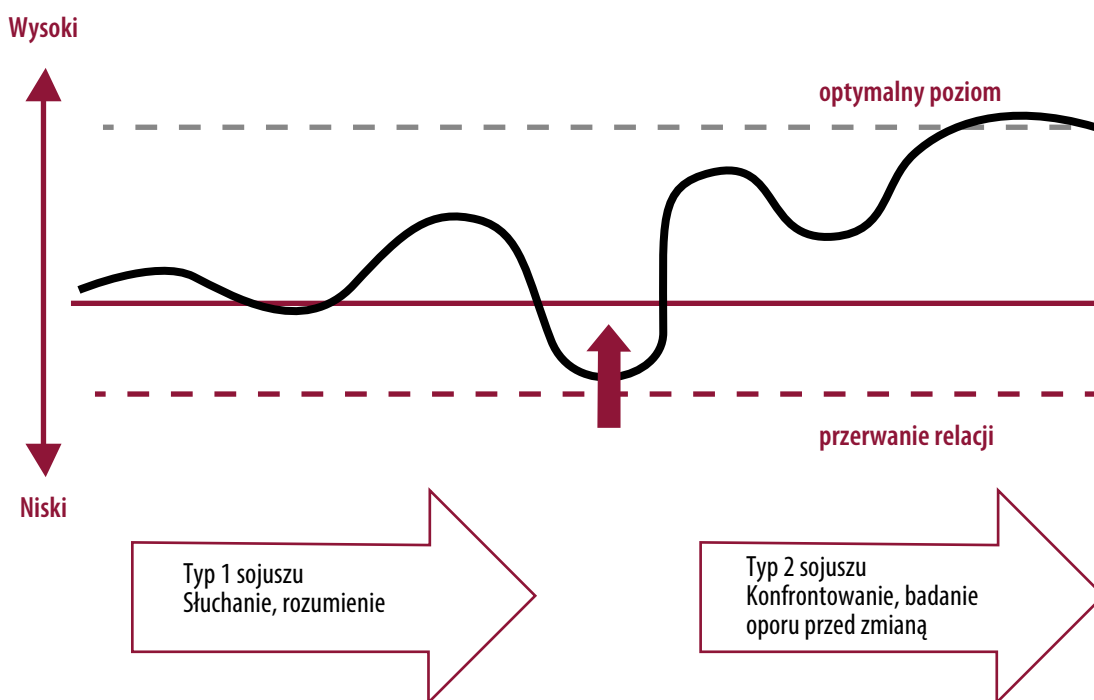
aspektów, tj. więzi, celów i zadań terapii, traktowany jest odmiennie. W konsekwencji ich wpływ na skuteczność terapii różni się w zależności od podejścia. Siła i jakość pracującego przymierza terapeutycznego jest, zdaniem Bordina, wyznaczona poziomem współpracy klienta z terapeutą, która zdeterminowana jest: 1) siłą więzi między nimi (afektywny komponent przymierza – poczucie bycia lubianym, akceptowanym i rozumianym); 2) poziomem współuczestnictwa klienta w uzgodnieniu ważniejszych celów terapii (komponent poznawczy) oraz 3) poziomem uzgodnienia ważniejszych zadań koniecznych do osiągnięcia celów zmiany. Siła więzi, poziom uzgodnionych celów oraz stopień akceptacji zadań ważnych dla postępów terapii stanowią o zaangażowaniu klienta (i terapeuty) w pracę nad zmianą samego siebie. Ustalanie celów terapii odbywa się w procesie negocjacji, przy znaczącym współudziale pacjenta, natomiast zadania terapeutyczne określa zazwyczaj terapeuta, ponieważ pozostają one w ścisłym związku z założeniami szkoły psychoterapii. Na przykład w terapii poznawczo-behawioralnej wykonywanie zadań domowych przez pacjenta wpływa bardziej na skuteczność leczenia niż w psychoterapii psychodynamicznej.

Nasilenie pracującego na rzecz zmiany sojuszu terapeutycznego między pacjentem a terapeutą fluktuuje w przebiegu leczenia – raz ma większą, innym razem

mniej silną, co zależy od różnych czynników po stronie pacjenta, terapeuty i kontekstu społecznego, w jakim odbywa się leczenie. Zmienność siły sojuszu w przebiegu terapii jest zjawiskiem naturalnym, niemniej jej poziom nie powinien przekraczać pewnych wartości, ponieważ zbyt niski prowadzi do zerwania relacji terapeutycznej, zbyt wysoki jest zazwyczaj związany z idealizacją terapeuty przez pacjenta i/lub odwrotnie i hamuje procesy zmiany (Cierpiąłkowska, 2017, 2008).

Zaobserwowano, że występuje pewna ogólna prawidłowość w zmianie siły sojuszu w zależności od etapu terapii i stosowanych interwencji terapeutycznych (por. rys. 1). Prawidłowości te opisali Luborsky wraz ze współpracownikami (Luborsky i in., 1975), twierdząc, że należy wyodrębnić dwa typy przymierza terapeutycznego: typ 1 – pojawia się od pierwszych sesji i oparty jest na doświadczaniu przez pacjenta terapeuty jako osoby rozumiejącej, wspierającej i przynoszącej ulgę w cierpieniu; typ 2 – występuje zazwyczaj po kilku sesjach (po wprowadzeniu przez terapeutę interwencji prowadzących do zmiany) i łączy się u pacjenta z pojawieniem się większego zaangażowania i współpracy na rzecz zmiany oraz poczucia odpowiedzialności za osiągnięte efekty leczenia. Niektórzy terapeuci i badacze wskazują, że fluktuacja przymierza w przebiegu terapii różnych

Rys. 1. Fluktuacja sojuszu terapeutycznego w procesie terapii.



zaburzeń psychicznych i zachowania ma raczej kształt litery V – na początku może być wysoka, następnie spada, żeby znowu wzrosnąć (Safran i in., 2011).

O ile interwencje terapeuty polegające na słuchaniu i rozumieniu wzmacniają siłę przymierza, to interwencje skutkujące poszerzeniem i pogłębieniem świadomości, zwykle polegające na odzwierciedlaniu, konfrontacji czy interpretacji, często najpierw ją osłabiają, a dopiero później wzmacniają (gdy pacjent uzna, że interwencje te nie są skierowane przeciwko niemu i zauważy konkretne efekty terapii). Żeby siła sojuszu nie uległa zbyt niemu osłabieniu, terapeuta powinien posiadać umiejętności konieczne do adekwatnej oceny i monitorowania, a jeśli zajdzie taka potrzeba, naprawiania przymierza, gdy jest ono zbyt słabe (Bachelor, 2002; Safran i in., 2011). Ważne jest poznanie przez terapeutę cech pacjentów, którzy mają większe lub mniejsze trudności (ograniczenia) bycia w relacji terapeutycznej wtedy, gdy nie doświadczają pełnego zrozumienia i akceptacji (Meissner, 2007).

Siła sojuszu terapeutycznego a efektywność terapii uzależnień

Zdaniem Petry Meier i współpracowników (Meier i in., 2005) związek między efektami leczenia uzależnień a sojuszem terapeutycznym jest prawdopodobnie bardziej złożony niż w leczeniu innych zaburzeń psychicznych. Wzmacniający efekt siły sojuszu terapeutycznego, choćby w postaci utrzymywania relacji z terapeutą rozumiejącym i akceptującym, nieustannie konkuruje z efektem wzmacniającym środka psychoaktywnego lub szkodliwego, nałogowego zachowania, np. zachowań związanych z hazardem. Aktualnie prowadzi się coraz więcej badań nad wpływem sojuszu na efekty terapii, niemniej nadal znacznie częściej prowadzone są one na osobach uzależnionych od substancji psychoaktywnych niż pacjentach z uzależnieniami behawioralnymi (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018). Biorąc pod uwagę fakt, że w wielu przypadkach osoby z zaburzeniami związanymi z hazardem mają w różnym stopniu nasilone zaburzenia używania substancji psychoaktywnych, uzasadnione wydaje się ekstrapolowanie niektórych wyników badań na terapię patologicznego hazardu. Ponowne analizy wyników badań projektu MATCH pokazały, że sojusz terapeutyczny okazał się

istotnym predyktorem wyników leczenia pacjentów uzależnionych od alkoholu w okresie pierwszego roku po jego zakończeniu (Connors i in., 1997; Ilgen i in., 2006).

Badania nad skutecznością leczenia osób z zaburzeniami związanymi z hazardem pokazują, że około 70% pacjentów realizuje ustalenia poczynione wspólnie z terapeutą przez około pół roku, 50% około roku, zaś 30% w okresie dwóch lat. Obserwowane zmiany obejmowały m.in.: 1) ograniczenie szkód związanych z hazardem w formie np. mniejszej częstotliwości uprawiania hazardu lub siły doświadczanego pragnienia grania; 2) większe poczucie zdrowia psychicznego i dobrostanu w postaci np. obniżenia poziomu lęku, depresji lub wzrostu poczucia jakości życia; 3) poprawę funkcjonowania psychospołecznego, zwłaszcza w rolach rodzinnych (Lopez Viets i in., 1997).

Badania nad czynnikami związanymi z problemem leczenia uzależnień i szkodliwych zachowań koncentrują się głównie na weryfikowaniu wpływu cech klientów, takich jak: zmienne demograficzne, sposób uprawiania hazardu i nasilenie zaburzeń z nim związanych oraz zdrowie psychiczne. Ostatnie metaanalizy wielu badań nad efektywnością terapii zaburzeń zachowania związanych z hazardem, przeprowadzone przez Stephanie Merkouris i współpracowników (Merkouris i in., 2016), pokazały, że najistotniejszymi predyktorami zarówno po upływie krótkiego (3 do 6 miesięcy po terapii), średniego (9 do 12 miesięcy po terapii), jak i długiego (24 i więcej miesięcy po terapii) czasu po zakończeniu terapii okazała się płeć męska i niski poziom objawów depresji. Poza tym starszy wiek, niski stopień przejawów zaburzeń związanych z hazardem i używaniem alkoholu oraz większa liczba odbytych sesji terapeutycznych. Zakończenie terapii w ustalonym czasie pozostawało w istotnych związkach z zatrudnieniem, pochodzeniem etnicznym, brakiem zadłużenia związanego z hazardem, niektórymi cechami osobowości i byciem w stadium dokonywania zmian w terapii (Prochaska i in., 1992). Analiza wielu badań nad efektywnością psychoterapii pokazała, że koncentrują się one bardziej na wyjaśnieniu uwarunkowań niepowodzeń niż sukcesów pacjentów leczących się z powodu zaburzeń zachowania związanych z hazardem, co skutkuje brakiem wiedzy na temat optymalizowania efektów terapii.

W przedstawionych powyżej rezultatach badań nad efektywnością terapii osób z zaburzeniami związanymi z hazardem niewiele było informacji na temat znaczenia relacji czy sojuszu terapeutycznego. Większość metaanaliz potwierdza w umiarkowanym stopniu wpływ wspólnych czynników leczących na efekty terapii zaburzeń związanych z hazardem (Dowling i in., 2011). Australijskie badania Sereny Smith wraz ze współpracownikami (Smith i in., 2004), przeprowadzone na grupie 150 osób z zaburzeniami związanymi z hazardem, pokazały, że jakość relacji terapeutycznej była najsilniejszym predyktorem osiągniętego pożądanego poziomu rozwiązania wszystkich problemów przez pacjentów, poza stanem zdrowia fizycznego. Jakość relacji terapeutycznej pozostawała w silnym związku ze zmianami w sposobie uprawiania hazardu, umiejętnościami komunikowania się z innymi, radzenia sobie ze stresem, poczucia własnej wartości i samoświadomości. Podobne rezultaty uzyskali Nick Dowling i Sanja Cosic, które pokazały, że siła sojuszu oceniana zarówno przez pacjenta, jak i terapeutę (co było zaskakującym rezultatem) były najsilniejszymi predyktorami zmiany zachowań związanych z hazardem i funkcjonowania psychospołecznego w różnych obszarach życia (przy kontrolowaniu innych zmiennych związanych z leczeniem, np. liczba odbytych sesji czy zaangażowanie w proces leczenia).

Badania nad związkami siły sojuszu terapeutycznego i skutecznością terapii osób uzależnionych od alkoholu i hazardu pokazują kilka istotnych prawidłowości, z których najważniejsze to:

- 1) występuje niski stopień zgodności między oceną siły sojuszu terapeutycznego przez terapeutę i pacjenta uzależnionego od alkoholu (podobne rezultaty uzyskano także w psychoterapii innych zaburzeń psychicznych);
- 2) siła sojuszu oceniana przez pacjentów jest trafilniejszym predyktorem efektów terapii w postaci liczby dni abstynencji niż ocena przez terapeutę; jednak zgodność w ocenie siły sojuszu terapeuty i pacjenta jest podobnie silnym predyktorem;
- 3) fluktuacje siły sojuszu terapeutycznego są zjawiskiem „naturalnym”, najważniejsze jest, aby ten poziom nie był zbyt niski lub wysoki, oba poziomy sojuszu stwarzają niebezpieczeństwo zerwania relacji terapeutycznej.

Zagrożenie przerwania terapii – cechy pacjentów i terapeutów a siła sojuszu terapeutycznego

W ostatnich latach pojawia się coraz więcej studiów i badań nad zjawiskiem zerwania sojuszu terapeutycznego przez pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi i zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem współwystępowania zaburzeń osobowości. Jest to zjawisko bardziej powszechne niż się wielu badaczom wydawało. Ważne jest rozróżnienie między istotnym osłabieniem (tzw. pęknięciem) sojuszu a jego przerwaniem, które powoduje zerwanie relacji i terapii. Około 37% pacjentów i 56% terapeutów zgłasza, że doszło do przerwania leczenia w czasie pierwszych sześciu sesji. Terapeuci na każdym etapie psychoterapii zgłaszają więcej niż pacjenci przypadków zerwania terapii, a ich nasilenie pozostaje w istotnym związku z ich umiejętnościami interpersonalnymi (Muran i in., 2009). W polskich badaniach nad siłą przymierza terapeutycznego okazało się, że po 8 sesjach terapii doszło do zerwania relacji i terapii u około 45% osób uzależnionych od alkoholu (Cierpiałkowska, Zakrzewska, 2017).

W modelu załamania się sojuszu terapeutycznego Jeremy Safran i Christopher Muran (Safran i in., 2006) wyodrębnili dwa wzorce zachowania się pacjentów: wycofanie się z relacji oraz podjęcie konfrontacji i walki z terapeutą. Wycofanie się może przyjąć bardziej lub mniej bezpośredni charakter: od niedzielenia się ważnymi informacjami (np. z powodu lęku, strachu, poczucia upokorzenia podczas przeżywania bezradności), po „zagadywanie”, poruszanie banalnych tematów i aktywne unikanie dzielenia się ważnymi doświadczeniami. Wzorec konfrontacji przejawia się skargami pacjenta na brak postępów, jawną krytyką terapeuty za stosowane interwencje lub ich brak. Konfrontacje bywają też bardzo dramatyczne i burzliwe, połączone z ekspresją negatywnych emocji w postaci gniewu, wściekłości, a także formułowania różnych gróźb pod adresem terapeuty. Ten ostatni wzorec jest najczęściej związany ze współwystępowaniem zaburzenia osobowości borderline, narcystycznej lub psychopatycznej. Na siłę sojuszu terapeutycznego w przypadku osób uzależnionych od alkoholu wpływają pozytywnie takie cechy, jak: dominacja bezpiecznego nad pozabezpieczanym wzorcem przywiązania, wyższy poziom tolerancji na stres i odraczanie gratyfikacji, gotowość do zmiany

i pozytywna ocena uzyskanych efektów terapii. Negatywne związki z siłą przymierza zaobserwowano w grupie osób uzależnionych z tendencją do podwyższania samooceny w sytuacji porażki, charakteryzującej się ambiwalentnym lub zdezorganizowanym stylem przywiązania, nasiloną impulsywnością oraz poczuciem presji i przymusu w procesie terapii. Te ostatnie były stwierdzane także w grupie pacjentów z zaburzeniami związanymi z hazardem (Ilgen i in., 2006; Smith i in., 2004; Martin i in., 2000).

Gdy dochodzi do istotnego osłabienia siły sojuszu terapeutycznego, konieczne jest jego wzmocnienie lub odbudowa. Naprawa sojuszu terapeutycznego wymaga większych umiejętności interpersonalnych ze strony terapeuty niż tylko jego utrzymanie na określonym poziomie. Wśród cech sprzyjających utrzymaniu odpowiedniego poziomu przymierza terapeutycznego najczęściej wymienia się z jednej strony uważność, zaangażowanie i empatyczność, z drugiej, tendencje do dominacji i dogmatyczności. Podkreśla się też istotne znaczenie poczucia dobrostanu i komfortu podczas prowadzenia terapii (Cooper, 2010). Niewiele wiemy na temat umiejętności terapeutów do odbudowy przymierza terapeutycznego. W przebiegu procesu załamania się sojuszu zarówno u terapeuty, jak i pacjenta pojawiają się silne, negatywne emocje, a standardowe, dobrze mu znane strategie postępowania często są nietrafione i szybko okazują się bezużyteczne. Zazwyczaj uaktywnia się wówczas u terapeuty przeciwprzeniesienie, które powoduje usztywnienie wzorców zachowań. W takich sytuacjach obserwuje się pojawienie się terapeutycznych gier transakcyjnych, w których terapeuta i pacjent zajmują naprzemiennie pozycje Ratownika, Prześladowcy i Ofiary. Terapeuta potrzebuje wówczas dostępu do dwóch najważniejszych umiejętności: po pierwsze monitorowanie własnych stanów mentalnych i emocjonalnych – odróżnienia umysłu własnego od umysłu pacjenta; po drugie, świadomości tendencji do błędów wnioskowania (na bazie przeciwprzeniesienia) i interwencji opartych na refleksji nad własnym udziałem w załamaniu się przymierza.

Ważne kompetencje terapeutów i zasady postępowania

W związku z potrzebą uczenia terapeutów zajmujących się leczeniem pacjentów cierpiących z powodu różnych problemów psychicznych trafnej oceny i odbudowy siły przymierza terapeutycznego opracowano specjalistyczne

szkolenia w tym zakresie. Safran wraz ze współpracownikami (Safran i in., 2011) stworzyli zasady postępowania terapeutycznego w obliczu załamującego się sojuszu terapeutycznego. Zalecają oni terapeutom rozważyć i uwzględnić w interwencjach skoncentrowanie się na niektórych z poniżej opisanych kwestiach:

1. Uzasadniać potrzebę i ważność podjęcia psychoterapii przez pacjenta. Wskazywać na załamanie się sojuszu jako przejawu wzorca zachowań autodestrukcyjnych w relacjach z ludźmi.
2. Rozważyć podjęcie negocjacji nad zadaniami lub celami terapii. Załamanie się sojuszu może być spowodowane nietrafnym rozpoznaniem problemów pacjenta i celów terapii.
3. Zwrócić uwagę na ewentualne nieporozumienia, które mogły zajść w relacji pacjenta z terapeutą. Rozpoznać ewentualne zaistniałe, negatywne emocje i doświadczenia pacjenta w relacji z terapeutą, które mogą osłabiać siłę sojuszu terapeutycznego.
4. Rozważyć i poddać analizie tematy relacyjne związane z osłabieniem sojuszu. Mogą być związane z uczuciami i przekonaniami pobudzonymi u pacjenta przez konkretne interwencje, np. interpretację czy konfrontację.
5. Połączyć załamanie sojuszu i relacji terapeutycznej z podobnymi wzorcami relacji i funkcjonowania z innymi ludźmi w życiu pacjenta.
6. Spójrzeć na załamanie sojuszu jako próbę uaktywnienia i doświadczenia przez pacjenta nowych sposobów funkcjonowania w relacjach interpersonalnych – przejaw eksploracji.

Opisanie i wyjaśnienie uwarunkowań związków przymierza terapeutycznego z efektywnością terapii u osób z zaburzeniami związanymi z hazardem wymaga dalszych, pogłębionych badań. Ich rezultaty mogą w znaczącym stopniu wpłynąć na optymalizowanie umiejętności terapeutów w zakresie odbudowania osłabiającej się siły przymierza.

Przypisy

- ¹ Analizę zjawiska sojuszu terapeutycznego i jego wpływu na efektywność terapii osób uzależnionych od alkoholu i hazardu dokonano, odwołując się głównie do tych nurtów terapii, które są uznawane za najbardziej skuteczne w leczeniu uzależnień, czyli terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), terapii motywującej oraz integracyjnych.

Bibliografia do artykułu znajduje się w redakcji.

W uprawianiu profilaktyki jako nauki i praktyki społecznej splatają się teorie naukowe i wyniki badań z różnych dyscyplin naukowych. Coraz częściej badania i oddziaływania profilaktyczne projektują zespoły złożone z lekarzy, psychologów, socjologów i pedagogów.

PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY – DZIEDZINA INTERDYSCYPLINARNA

Maria Deptuła

Katedra Pedagogiki Opiekuńczej i Profilaktyki Społecznej

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Na początku lat 90. ubiegłego wieku w dyskusji panelowej na konferencji w Waszyngtonie z udziałem Johna D. Coie, Normana F. Watta, Stephena G. Westa, J. Dawida Hawkinsa, Joan R. Asarnow, Howarda J. Markmana, Sharon L. Ramey, Myrny B. Shure i Beverly Long, opublikowanej w 1993 roku w czasopiśmie naukowym *American Psychologist*, a w języku polskim trzy lata później (Coie i in., 1996), narodziło się nowe spojrzenie na uprawianie profilaktyki jako nauki i praktyki. Zdefiniowano profilaktykę jako działalność zmierzającą do zapobiegania najbardziej dokuczliwym dysfunkcjom człowieka, łagodzenia ich, eliminowania lub redukowania przyczyn zaburzeń. Przed profilaktyką postawiono zadanie badania „zwiastunów choroby lub zdrowia, zwanych odpowiednio *czynniki ryzyka* (*risk factors*) oraz *czynniki chroniącymi* (*protective factors*) (Coie i in., 1996, s. 16). Zmienne, które „wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia, większym nasileniem i dłuższym czasem trwania istotnych problemów dotyczących zdrowia psychicznego”, nazwano czynnikami ryzyka. Mianem czynników chroniących określono warunki zwiększające „odporność człowieka na czynniki ryzyka i zaburzenia” (Coie i in., 1996, s. 16).

Z nauk medycznych czerpiemy wiedzę o wpływie substancji psychoaktywnych na organizm człowieka i jego funkcjonowanie. Na gruncie tej dyscypliny powstał m.in. medyczny opis mechanizmu uzależniania się. Nauki medyczne są podstawą promocji zdrowia i profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży.

Te dwie kategorie organizują od wielu lat nie tylko badania i działania w obszarze profilaktyki zdrowia psychicznego, ale też dotyczące profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Przyjmuję za

Krzysztofem Ostaszewskim (2014, s. 31-32 i 61-63), że termin zachowania ryzykowne obejmuje dwie wcześniej używane przez naukowców kategorie opisu: zachowania problemowe (budzące niepokój dorosłych i wywołujące próby przeciwdziałania im, takie jak np. palenie papierosów, używanie substancji psychoaktywnych, termin wprowadzony przez Richarda Jessora i Shirley Jessor) oraz kategorię zachowania antyzdrowotne, do których zalicza się niezdrową

wą dietę, brak aktywności fizycznej, lekceważenie zasad bezpieczeństwa i higieny (Ostaszewski, 2014, s. 61-63). Uzasadnieniem dla tej decyzji jest w przypadku obu tych grup zachowań wysokie prawdopodobieństwo negatywnych konsekwencji dla zdrowia, bezpieczeństwa i prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży.

Jestem przekonana, że działalność profilaktyczna powinna opierać się na naukowych podstawach, a nie wyłącznie na intuicji osób, które ją podejmują. W dyskusjach z praktykami często podnoszony jest argument, że profilaktyka oparta na naukowych podstawach rozwija się zbyt wolno, nie odpowiada na

potrzeby wynikające z szybko zmieniającej się rzeczywistości, w której przychodzi im działać. Myślę, że nie jest aż tak źle z profilaktyką opartą na naukowych podstawach. Powolny rozwój wynika ze specyfiki tej dziedziny – nie bardzo można ją uprawiać w ramach jednej dyscypliny naukowej. Celem tego artykułu jest zasygnalizowanie związków profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży z innymi dyscyplinami naukowymi.

Interdyscyplinarność profilaktyki

Interdyscyplinarność profilaktyki jako nauki i jako praktycznej działalności wynika nie tylko z faktu zlokalizowania czynników ryzyka i czynników chroniących w obszarach będących zgodnie z tradycją przedmiotem badań różnych dyscyplin naukowych (w jednostce, w jej rodzinie i interakcjach między członkami rodziny, środowisku szkolnym, rówieśniczym czy sąsiedzkim oraz we wzorcach kultury). Wskazuje na to także definicja zmiennych indywidualnych, czyli związanych z jednostką, sformułowana w raporcie Kennetha J. Shera dotyczącym czynników ryzyka nadmiernego picia alkoholu w toku całego życia danej osoby. Zmienne indywidualne to „zmienne psychologiczne, odnoszące się do zakresu indywidualnych różnic w predyspozycjach (np. tem-

perament i osobowość), wzorcach zachowania (np. nonkonformizm, antyspołeczność), stanie emocjonalnym (lęk, depresja), motywacjach (skłonności lub przyczyny angażowania się w rozmaite zachowania), umiejętnościach (np. zdolności fizyczne, poznawcze i społeczne) oraz postawach i przekonaniach (np. sposób przewidywania skutków własnych działań, samodzielność, przyjęte normy)” (Sher, 1997, s. 72). W tej definicji spleta się wiele wątków badanych i opisywanych przez różne dyscypliny i subdyscypliny naukowe. Związki te podkreśla także twierdzenie, że: „zmienne indywidualne mogą być bezpośrednim lub pośrednim rezultatem czynników środowiskowych (np. wystawienia na działanie behawioralnych czynników teratogennych¹ w okresie prenatalnym, metod wychowawczych, negatywnych wydarzeń życiowych, wpływów rówieśników) i (lub) mogą prowadzić do szeregu środowiskowych skutków (np. raczej surowej niż łagodnej kontroli rodzicielskiej, różnego rodzaju wpływów rówieśniczych, odrzucenia społecznego, niepowodzeń szkolnych)” (Sher, 1977, s. 72). Autor zwraca też uwagę na istnienie dowodów świadczących o tym, że większość zmiennych indywidualnych będących przedmiotem badań prowadzonych w celu zrozumienia uwarunkowań procesu nadmiernego picia alkoholu podlega zarówno wpływom genetycznym, jak i środowiskowym (Sher, 1977, s. 72).

Rycina 1. Interdyscyplinarny charakter profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży.



Źródło: Opracowanie własne.

Związki profilaktyki z innymi dyscyplinami

Dyscypliny naukowe, które przede wszystkim dostarczają podstaw teoretycznych dla badań w dziedzinie profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży oraz działalności profilaktycznej przedstawiono na rycinie 1.1.

Śledzenie wkładu poszczególnych dyscyplin i subdyscyplin naukowych w powstawanie teorii wyjaśniających zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży, konstruowanie projektów badań diagnostycznych i projektów oddziaływań profilaktycznych oraz badanie ich skuteczności to zadanie niewątpliwie ciekawe, ale nie mieszczące się w ramach tego artykułu. Z tego powodu przedstawiono poniżej tylko kilka przykładów.

Związki profilaktyki z filozofią

U podstaw każdego projektu badań i działań w dziedzinie profilaktyki leżą założenia dotyczące natury człowieka, jego praw, granic wolności. Wyznaczają one zjawiska poddawane badaniom, na które próbujemy wpływać oraz decydują o sposobach badania i sposobach działania, nawet wtedy, kiedy autorzy projektu badań czy działań nie piszą o nich wprost. Te założenia można odsłonić, analizując opis projektów badań i działań podejmowanych w celach profilaktycznych. Jest to jednak dość trudny i rzadko podejmowany sposób ich odczytywania. Najłatwiej dostrzec założenia leżące u podstaw wyboru strategii poznawania rzeczywistości – strategii ilościowej i jakościowej. Strategia ilościowa pozwala nam zobaczyć ogólne prawidłowości, jakościowa dostarcza wiedzy o indywidualnych doświadczeniach osób badanych i zjawiskach zachodzących w danym miejscu i czasie (Rubacha, 2008). Trudniej odkryć założenia o naturze człowieka i mechanizmach zmiany jego wiedzy, przekonań i zachowań ukryte w programach profilaktycznych. Trzeba się bardzo uważnie przyglądać deklarowanym celom oddziaływań, ich związkom z proponowanymi w programie sposobami działania i uwagom metodycznym pod kątem ich zgodności z przyjętymi założeniami nie tylko co do natury człowieka i jego rozwoju, ale też pod kątem etycznym, zgodnie z zasadą „przede wszystkim nie szkodzić”.

Wydaje się, że programy profilaktyczne realizowane w praktyce, a niemające rekomendacji instytucji wy-

specjalizowanych w ocenie oddziaływań, mają często charakter eklektyczny. Niesie to znaczne ryzyko niespójności teoretycznej i metodycznej projektu oddziaływań. Brak teoretycznych związków celu głównego i celów szczegółowych oraz celów szczegółowych i sposobów oddziaływania może prowadzić do nieskuteczności² oddziaływań, a niewłaściwie przeprowadzona ewaluacja nie przyniesie prawdziwej wiedzy o osiągniętych efektach. Nieskuteczne działanie oznacza nie tylko straty finansowe, stratę czasu zaangażowanych w nie ludzi, jest także wątpliwe etycznie, bowiem nie spełnia obietnicy danej ludziom biorącym w nim udział oraz instytucjom, które je sfinansowały.

Związki profilaktyki z naukami medycznymi

Z nauk medycznych czerpiemy wiedzę o wpływie substancji psychoaktywnych – zwłaszcza nikotyny, alkoholu i narkotyków – na organizm człowieka i jego funkcjonowanie. Na gruncie tej dyscypliny powstał między innymi medyczny opis mechanizmu uzależniania się. Dzięki neurofizjologii dysponujemy wiedzą o biologicznych uwarunkowaniach obserwowanej podatności i odporności na czynniki ryzyka. Subdyscypliny medycyny dostarczają nam wiedzy o tym, co służy zdrowiu, w tym zwłaszcza zdrowiu psychicznemu. Nauki medyczne są podstawą zarówno promocji zdrowia, jak i profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Dzięki badaniom nad wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na rozwój płodu lepiej rozumiemy zagrożenia stąd wynikające, mamy więcej argumentów uzasadniających podejmowanie działań profilaktycznych, możemy też organizować bardziej adekwatne wsparcie dla dzieci, których matki nie utrzymały abstynencji w czasie ciąży.

Związki profilaktyki z psychologią

Psychologia dostarcza nam wiedzy o specyfice rozwoju od wczesnego dzieciństwa do okresu dorostania, o czynnikach chroniących i czynnikach ryzyka w poszczególnych okresach życia, o indywidualnych i środowiskowych uwarunkowaniach eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi, systematycznego ich używania, uzależnienia. Wyniki badań nad kształtowaniem się i zmianą postaw prozdrowotnych, mechanizmami wpływu społecznego na

jednostki i grupy społeczne są podstawą teoretyczną programów oddziaływań profilaktycznych. Psychologia dostarcza też profilaktykom teorii niezbędnych do definiowania i opisu zjawisk, na które chcemy oddziaływać, by osłabiać wpływ czynników ryzyka bądź je eliminować, wzmacniać wpływ czynników chroniących oraz tworzyć ludziom warunki do zmiany zachowania.

Teorie psychologiczne i wyniki badań psychologicznych są podstawą formułowania celów działań profilaktycznych oraz ich uszczegółowienia, dobierania sposobów ich osiągnięcia w działalności profilaktycznej i ewaluacji oddziaływań. Psychologowie są autorami bądź współautorami wielu programów profilaktycznych znajdujących się w bazie programów rekomendowanych³ lub ich adaptacji do warunków polskich („Spójrz inaczej”, „Przyjaciele Zippiego”, „Program Domowych Detektywów Jaś i Małgosia na tropie”, „Fantastyczne możliwości”, „Szkolna interwencja profilaktyczna” i innych).

Zdarza się, niestety, w działaniach profilaktycznych nie poddawanych ocenie specjalistów z zakresu profilaktyki opartej na naukowych podstawach (inaczej mówiąc funkcjonujących bez rekomendacji), że stan założony w celu głównym – np. opóźnienie inicjacji alkoholowej lub przeciwdziałanie zjawisku odrzucenia rówieśniczego – nie może zostać osiągnięty z powodu braku wystarczającej wiedzy o uwarunkowaniach wczesnej inicjacji /odrzućenia rówieśniczego i okolicznościach, które z prawdopodobieństwem wyższym od przeciętnego mogą wywołać zmiany korzystne dla rozwoju osoby. Nieodpowiedni dobór sposobów działania może nie tylko nie przynieść założonych w celach zmian, ale także doprowadzić do niezamierzonych niekorzystnych efektów ubocznych. Bardzo rzadko prowadzi się badania nad niezamierzonymi negatywnymi skutkami oddziaływań profilaktycznych, jednak wiadomo, że takie ryzyko istnieje. Przykładowo łączenie dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi w małe grupy w celu udzielania im pomocy, może umacniać więź między nimi i osłabiać ich motywację do nawiązywania relacji z rówieśnikami nastawionymi prospołecznie, dzięki zmianie sposobu zachowywania się w kontakcie z nimi. Możliwe jest także utrwalanie przez uczestników zajęć zachowań negatywnych poprzez nagradzanie ich uwagą czy śmiechem, naśladowaniem. W literaturze dotyczącej pomagania dzieciom z problemami eksternalizacyjnymi są informacje na

temat skutecznych sposobów kontrolowania ryzyka jatrogennych, czyli niekorzystnych dla uczestników, efektów oddziaływań adresowanych do grup ryzyka (por. Deptuła, 2013).

Inną przyczyną niepowodzenia oddziaływań profilaktycznych (zwłaszcza adresowanych do grup zagrożonych) może być brak właściwej diagnozy przyczyn zjawiska uwzględnianego w celach oddziaływań profilaktycznych z powodu zastosowania wadliwych narzędzi badawczych (o niskiej lub nieustalonej rzetelności, trafności) lub procedur prowadzenia badań diagnostycznych.

Związki profilaktyki z socjologią

Wiedza o procesach społecznych – np. o socjalizacji, w tym o socjalizacji do używania substancji psychoaktywnych, specyfice młodzieży jako grupy społecznej i specyfice danego pokolenia rodziców, funkcjonowaniu instytucji, takich jak np. przedszkole czy szkoła – gromadzona w wyniku badań socjologicznych, pomaga w planowaniu polityki społecznej w dziedzinie ochrony zdrowia i profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Badania empiryczne prowadzące do konstruowania modelu środowiskowych uwarunkowań ryzykownych zachowań jakiejś grupy społecznej (por. m.in. Fatyga, Rogala-Obłękowska, 2002) pozwalają formułować bardziej adekwatne cele działań profilaktycznych, dzięki lepszemu rozumieniu ich adresatów, kultury, z którą się identyfikują.

Socjologiczne badania środowisk, w których realizowany jest program profilaktyczny – realizatorów programu i jego odbiorców oraz próby uchwycenia ich wzajemnych interakcji dostarczają wiedzy niezbędnej do korygowania programu i sposobu wprowadzania go do praktyki społecznej. Dzięki takim badaniom można lepiej czuć nad implementacją programu profilaktycznego, modyfikować treści programu i stosowane metody pracy. Można dokładniej określić kryteria, które powinni spełniać jego realizatorzy i udoskonalać metody ich przygotowywania do realizacji programu oraz podejmować decyzje o konieczności udzielania im wsparcia w czasie jego realizacji. Przykładem takich badań jest projekt zrealizowany przez Barbarę Fatygę, Grażynę Fuldorską, Marcina J. Sochockiego, Krzysztofa A. Wojcieszka (2000).

Związki profilaktyki z pedagogiką

Pedagogika gromadzi wiedzę o procesach celowego wpływu na dzieci i młodzież – wychowania, o skuteczności oddziaływań profilaktyczno-wychowawczych i jej uwarunkowaniach. Wyniki badań nad środowiskiem rodzinnym i szkolnym, w tym zwłaszcza nad tkwiącym w nich potencjałem i występujących dysfunkcjach, są niezbędne dla projektowania i ewaluacji działań profilaktycznych. Na gruncie pedagogiki powstają programy profilaktyczne (por. m.in. Zabłocka, 2008; Herzberg, 2012; Poćwiardowska 2013; Deptuła, Borsich, 2017) oraz adaptacje programów opracowanych w innych krajach (por. m.in. Smogorzewska, Szumski, 2015). Pedagodzy prowadzą również badania nad zachowaniami ryzykownymi młodzieży i ich uwarunkowaniami (por. m.in. Ostaszewski, 2003; 2014; Jarczyńska, 2009; 2016; Pyżalski, 2012) oraz badania skuteczności programów profilaktycznych opracowanych przez inne osoby (por. m.in. Deptuła, 1997; Ostaszewski, 2003).

W uprawianiu profilaktyki jako nauki oraz jako praktyki społecznej splatają się teorie naukowe i wyniki badań z różnych dyscyplin naukowych. Coraz częściej badania i oddziaływania profilaktyczne projektują zespoły złożone z lekarzy, psychologów, socjologów i pedagogów. Im bardziej będziemy świadomi teoretycznych założeń projektowanych badań i działań w obszarze profilaktyki, im większą wagę będziemy przywiązywali do analizowania empirycznych dowodów skuteczności każdej oferty działania, tym większe szanse na skuteczną i efektywną profilaktykę zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży i minimalizowanie ryzyka niezamierzonych efektów niekorzystnych. Z uwagi na to, że jest to wiedza wysoce specjalistyczna, którą ciągle trzeba aktualizować, warto kierować się opiniami zespołu ekspertów, który tworzy listę programów rekomendowanych.

Przypisy

- ¹ Czynniki teratogeny – powodujący powstanie „nienormalności, potworności w organizmach ludzkich i zwierzęcych” (Słownik wyrazów obcych, 1978, s. 754).
- ² Szerzej na ten temat: Krzysztof Bobrowski, Krzysztof Ostaszewski (2008).
- ³ System rekomendacji w Polsce utworzyły cztery kluczowe dla profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży instytucje: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (wszystkie podlegają ministrowi

zdrowia) oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji (podlega ministrowi edukacji). Patrz: <http://programyrekommendowane.pl/>.

Bibliografia

- Bobrowski K., Ostaszewski K., Polityka i profilaktyka. Bariery w rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy (w:) K. Okulicz, K. Ostaszewski (red.), Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce (53-74), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.
- Deptuła M., Szanse rozwoju psychospołecznego dzieci w zmieniającej się szkole, Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1997.
- Deptuła M., Odrzucenie rówieśnicze. Profilaktyka i terapia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Deptuła M., Borsich S., „Niebieskoocy” w naszej szkole – przezwyciężanie stereotypów drogą do tworzenia uczniom lepszych warunków rozwoju w klasie szkolnej, „Studia Edukacyjne”, 2017, 46.
- Fatyga B., Fluderska G., Sochocki M., Wojcieszek K. A., Społeczny świat Drugiego Elementarza, „Zeszyty Profilaktyki Problemowej”, nr 2, Warszawa: „Toret” Sp. z o. o., Warszawa 2000.
- Fatyga B., Rogala-Obłękowska J., Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
- Herzberg M., Pomaganie dzieciom nie lubianym przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych. Program zajęć w małej grupie dla uczniów klas IV-V, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2012, <http://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/2633> (pозyskano: 12.07.2017).
- Jarczyńska J., Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009.
- Jarczyńska J., Zaangażowanie w hazard młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej. Diagnoza zjawiska i jego uwarunkowań, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2016.
- Ostaszewski K., Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- Ostaszewski K., Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resiliencji, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2014.
- Poćwiardowska B., Wspomaganie rozwoju kompetencji wychowawczych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2013.
- Pyżalski J., Agresja i cyberbullying jako nowe zachowania ryzykowne młodzieży, wyd. 2, Kraków: Impuls, Kraków 2012.
- Sher K.J., Czynniki ryzyka na poziomie indywidualnym (w:) R. Zucker, F. Boyd, J. Howard (red.), Powstawanie problemów alkoholowych. Biologiczne, psychospołeczne i socjologiczne czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu (s. 71-93), tłum., Zespół: P. Beręsewicz, A. Bidziński, A. Czernuszenko, J. Kotlicka, Ł. Święcki, M. Wójcik, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997.
- Smogorzewska J., Szumski G., Rozwijanie kompetencji społecznych dzieci przedszkolnych. Teoria, metodyka, praktyka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015.
- Zabłocka M., Przezwyciężanie nieśmiałości u dzieci, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2008.

Doniesienia o negatywnych skutkach wynikających z nadmiernego użytkowania nowych technologii cyfrowych przez dzieci coraz częściej niepokoją rodziców, ale równie często ich dezorientują. Z jednej strony otrzymują oni od ekspertów informacje o konieczności ograniczania czasu kontaktu dzieci z TIK, z drugiej zaś docierają do nich kontrargumenty i informacje, że ich dziecko będzie niekonkurencyjne i opóźnione wobec rówieśników, jeśli nie będzie wyposażone w najnowsze technologiczne gadżety.

ROLA RODZICÓW W ZAPOBIEGANIU NADUŻYWANIA PRZEZ DZIECI NOWYCH TECHNOLOGII CYFROWYCH

Andrzej Szymański

Zakład Bezpieczeństwa i Porządku Publicznego

Ewa Krzyżak-Szymańska

Zakład Edukacji dla Bezpieczeństwa

Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

Niezależnie od tego, co mówi się na temat współczesnej rodziny i zachodzących w niej przemian, stanowi ona ciągle konstytutywne ogniwo w funkcjonowaniu każdej cywilizacji. W stosunku do jakiejkolwiek innej zbiorowości rodzina odgrywa nieustannie kluczową rolę, odpowiadając za utrzymanie ciągłości biologicznej i przekaz dziedzictwa kulturowego. Jej pozycja i przypisane zadania powodują również, że jest jedną z najbardziej cenionych w życiu wartości oraz grupą, bez której nie może prawidłowo rozwijać się żadne społeczeństwo. Tezę tę udowadnia zarówno historia rozwoju ludzkości, prowadzone badania naukowe, jak i realizowane społeczne sondaże. Z tych ostatnich wyczytać możemy choćby to, że Polacy uważają rodzinę za najważniejszy kwantyfikatory swojego szczęścia. Równocześnie za najodpowiedniejszy dla siebie model rodziny uznają małżeństwo z dziećmi, a przy tym ponad jedna czwarta z nas chciałaby żyć w dużej rodzinie wielopokoleniowej (CBOS, 2013). Z perspektywy statystycznej, według danych z ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego, w Polsce było 10 972 547 rodzin. Wychowywało się w nich ponad 7 mln dzieci do lat 18, które stanowią niespełna 19% ogółu ludności (GUS, 2014). Co niepokojące, udział dzieci i młodzieży w ogólnej populacji maleje nieprzerwanie od lat 90. ubiegłego wieku (GUS, 2015).

Nowe technologie cyfrowe – nowe problemy

Na trudną sytuację demograficzną współczesnej polskiej rodziny nakładają się także inne zagrożenia. Są one związane z postępującym kryzysem kompresji trwałości małżeństwa, pojawieniem się nowych form życia rodzinno-małżeńskiego czy też osłabieniem idei familiocentryzmu. Obok tych instytucjonalnie węzłowych zagadnień istnieją również inne problemy. Oddziałują one na funkcjonalną stabilność rodziny oraz wpływają na proces jej erozji. Jednym z takich negatywnych czynników są nowe uzależnienia.

W uzależnieniach tych, zwanych także behawioralnymi, substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli, a ich przedmiotem są zachowania lub działania z reguły akceptowane społecznie (Guerreschi, 2010). Do katalogu tego typu zachowań można zaliczyć szereg czynności, gdzie w skrajnych ich formach dochodzi do nadmiernego zaangażowania się danej jednostki w ich realizację. Działaniu temu towarzyszy utrata kontroli połączona z psychicznym pragnieniem kontynuowania podjętej aktywności, pomimo występowania wielu negatywnych następstw.

We wskazanej grupie uzależnień coraz częściej mówi się o uzależnieniach technologicznych. Pomijając samą kwestię zastosowanej w tym zakresie terminologii, co do której wśród praktyków i teoretyków brak jest pełnej

zgody – można powiedzieć, iż nowe technologie cyfrowe ośwładnęły nasz glob znacznie prędzej niż wynalazki ery przesyłowej. Efektywnie przy tym zmieniają one przestrzeń wymiany informacji, czyniąc swój podstawowy produkt (sieć internetową), ważnym środowiskiem życia człowieka. Wystarczy powiedzieć, że użytkowanie internetu i telefonu komórkowego dla większości ludzi stało się codziennością i życiową koniecznością. Prawie połowa światowej populacji korzysta z sieci, a 2/3 z nas jest abonentami urządzeń mobilnych. Powszechność użytkowania internetu i urządzeń mobilnych odnotowuje się także w Polsce. Nowe technologie informacyjno-komunikacyjne (TIK) nieprzerwanie towarzyszą nam zarówno w pracy, nauce, jak i w czasie wolnym. Chętnie angażujemy je do robienia zakupów, realizowania transakcji finansowych, rozrywki czy szukania informacji. Rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych, jakich jesteśmy naoczniymi świadkami, jest źródłem niezliczonych pozytywnych przykładów i przemian w naszym codziennym funkcjonowaniu. Dzięki wirtualnej rzeczywistości jesteśmy w stanie pokonać wiele barier: geograficznych, społecznych i ludzkich. Równocześnie cyfrowe urządzenia zespolone z siecią ofensywnie wkroczyły nie tylko do życia dorosłych konsumentów, ale również, a może przede wszystkim, w świat pokolenia najmłodszych jej odbiorców. Pełnią one tam społecznie i wychowawczo coraz bardziej doniosłą rolę, będąc równolegle ważnym narzędziem procesu ich kształcenia i rozwoju (Krzyżak-Szymańska, Szymański, 2013). Niektórzy naukowcy wskazują wręcz, że doświadczenia zdobyte przez młodych użytkowników w cyberprzestrzeni, bardziej wpływają na ich socjalizację i kreowanie własnej tożsamości, niż te sytuacje, których doznają oni w rzeczywistej bezpośredniej interakcji (Pyżalski, Klichowski, 2014).

Jak już zaznaczono, szczególnymi odbiorcami nowych technologii są nastolatki. Pokolenie to, często nazywane pokoleniem cyfrowych tubylców, nie zna świata bez komputerów i internetu. Nowe technologie traktują ufnie i obsługują różne urządzenia intuicyjnie. Naturalnym stanem rzeczy jest dla nich posiadanie cyfrowych urządzeń jako przedmiotów codziennego użytku o charakterze osobistym. Jednocześnie prowadzone badania dowodzą, że w bezpośrednim otoczeniu tego rodzaju konsumentów znajduje się co najmniej kilka urządzeń cyfrowych (Krzyżak-Szymańska, Kowalkowska, Szymański, 2016). Do najważniejszych z nich zaliczają oni

smartfon i tablet. W gronie młodzieży szkolnej skutkuje to permanentnym i wielogodzinnym ich kontaktem z multimediami. Ciągły związek z zaawansowaną technologią – komputerami, smartfonami, gramy wideo czy wyszukiwarkami nie pozostaje bez wpływu na to, jak cyfrowi tubylcy postrzegają otaczający ich świat, jakich dokonują wyborów i kim się stają.

Od swoich nieco bardziej dorosłych kolegów nie odstają również użytkownicy TIK w wieku do 6 lat. W grupie tej z urządzeń mobilnych (smartfona, tableta, przenośnej konsoli) korzysta 43% dzieci rocznych i dwuletnich. W przypadku trzy- i czterolatków ten udział wynosi – 62%, a dla kategorii starszaków – 84% (Bąk, 2015a). Są one dla nich źródłem niespotykanej do tej pory ilości doświadczeń i emocji, stymulują proces uczenia się i rozwoju poznawczego oraz stanowią atrakcyjne narzędzie zabawy. Niestety z badań wynika także i to, że urządzenia te mają również swoją ciemną stronę. Wykazano m.in., że istnieje związek między intensywnym korzystaniem z mediów a możliwością uzależnienia się, obniżoną koncentracją, gorszymi wynikami w nauce czy zwiększonym ryzykiem aspołecznych zachowań i otyłością. Zwrócono także uwagę, iż liczba godzin spędzanych przed ekranami urządzeń elektronicznych ogranicza u adolescentów czas poświęcany na inne, ważne z perspektywy rozwoju, aktywności: ruchowe, społeczne i edukacyjne (Bąk, 2015b). Że wpływa to na ich empatię i na upośledzenie prawidłowego odczytywania i interpretowania uczuć innych osób oraz negatywnie odbija się na sposobie zarządzania swoją prywatnością. Naukowcy wskazują także na zjawisko wykrystalizowania się w grupie cyfrowych tubylców nowej formy generacji, nazywanej pokoleniem aplikacji App generation. W opinii H. Gardnera i K. Daviesa (2013), w generacji tej działanie podporządkowane jest algorytmowi proponowanemu przez programy aplikacyjne. Rzuca to na zmiany funkcjonowania nastolatków i stałą potrzebę z ich strony zdalnej kontroli otaczającej rzeczywistości.

Rodzicielstwo w cyfrowej erze

Doniesienia o negatywnych skutkach wynikających z nadmiernego użytkowania nowych technologii cyfrowych wśród dzieci coraz częściej niepokoją rodziców, ale równie często ich dezorientują. Z jednej strony otrzymują oni od ekspertów informacje o konieczności ograniczania czasu kontaktu dzieci z TIK, z drugiej zaś

docierają do nich kontrargumenty i informacje, że ich dziecko będzie niekonkurencyjne i opóźnione wobec rówieśników, jeśli nie będzie wyposażone w najnowsze technologiczne gadżety. Z tego też względu pojawiają się u nich liczne wątpliwości, jak wychowawczo oddziaływać na swoje dzieci, jakich udzielić im porad i wsparcia, by w pełni bezpiecznie mogły one korzystać z istniejących technologicznych rozwiązań.

Na te i inne podobne obawy nie ma jednej uniwersalnej recepty, nie ma też jednego właściwego modelu rodzicielstwa gwarantującego sukces wychowawczy w zakresie nowych mediów. Można mówić tu bardziej o pewnych zasadach czy też wskazówkach, których systematyczne wdrażanie w rodzinie może pomóc w ograniczeniu niezdrowej fascynacji dziecka technologiczną karuzelą łakoci. Jedną z takich zasad jest autentyczność rodzica. Wiąże się to z koniecznością bycia obiektywnym i wiarygodnym w tym, co mówi się do dziecka, do czego zachęca i przed czym chce go się chronić lub czego mu się zakazuje. Brak takiej wiarygodności, wynikający z podwójnej moralności według klucza – tobie zabraniam, a sam to robię, jest szybko wychwycone przez dziecko jako baczny obserwatora ważnych dla jego życia dyrektyw. Zachwianie wiary w autorytet socjalizacyjnego modelu powoduje, że „znaczący inny” będący wzorem do naśladowania, traci swój atrybut filtra, przez pryzmat którego jednostka chce postrzegać otaczającą go rzeczywistość. Zatem rodzice powinni szczególnie zadbać o dostarczenie dzieciom wartościowych zachowań społecznych nie tylko w świecie off-line, ale i on-line. Ważną tu kwestią jest przede wszystkim podniesienie przez opiekuna oczu znad własnych ekranowych urządzeń i dostrzeżenie swojego dziecka oraz jego potrzeb psychicznych, takich jak: potrzeba kontaktu emocjonalnego, akceptacji, uznania, sukcesu czy bezpieczeństwa. Równocześnie rodzice powinni przeanalizować swoje zachowania związane z użytkowaniem nowych technologii cyfrowych i świadomie powielać zachowania, które chcą, aby dziecko wykonywało w przyszłości oraz unikać zachowań polegających na nałogowym używaniu urządzeń technologicznych.

Innym błędem, który zdarza się rodzicom ery haj-tech, jest nieuważne słuchanie dzieci i przejawiana nadopiekuńczość. Z perspektywy dziecka, jego rodzice źle rozumieją świat technologiczny, w którym przyszło mu dorastać i w którym jest ono zanurzone. Dla niego jest to naturalne środowisko życia i funkcjonowania

społecznego. Internet, komputer, telefon i inne tego typu urządzenia nie tylko pośredniczą w interakcji pomiędzy dzieckiem a jego otoczeniem, ale stały się także ważnym podmiotem tej interakcji. Ewentualna groźba ograniczenia dostępu powoduje u dziecka strach przed utratą tego, co najcenniejsze, co decyduje, kim jest, jak jest postrzegane w grupie. Mówienie przy tym, że urządzenia technologiczne mu szkodzą, że są niebezpieczne, że uzależniają – w ocenie dziecka wynikają z braku obiektywizmu i są jedynie niepotrzebnym moralizowaniem ze strony dorosłych. Tego rodzaju napominaniu nie pomaga także fakt, że często towarzyszy mu atmosfera konfliktu domowego oraz złych emocji. Stosowane wówczas metody, takie jak groźba, przekupstwo, porównywanie, krytyka, sarkazm, poniżanie jest nieefektywne i prowadzi do eskalacji problemu. Dlatego w dawanych radach rodzicielskich, nakazach i zakazach dzieci nie widzą głębszego sensu, szczególnie że uważają je za obstrukcyjne i nierealne do wykonania. Praktyczniej jest więc, aby rodzice zamiast ograniczać dostęp do urządzeń lub ciągle mówić o ich szkodliwości, bardziej pomagali dzieciom zrozumieć różne ich strony i wynikające z tego skutki oraz konsekwencje, często bardzo odległe. By zwracali uwagę, nie ile dziecko przebywa w kontakcie z TIK, ale co ich podopieczni robią on-line i dlaczego to robią. Można więc powiedzieć, że zadaniem dorosłych jest tutaj stopniowe wprowadzanie dziecka i towarzyszenie mu we wchodzeniu do świata urządzeń technologicznych oraz bycie uważnym rodzicem. Oznacza to nie tylko obserwację dziecka i koncentrację na realizowanych celach wychowawczych, ale polega na budowaniu porozumienia z dzieckiem opartym na fundamencie wzajemnego zaufania i szacunku (Dziemidowicz, Wojtas, Wojtasik, 2017). Oprócz dobrej woli potrzebna jest tu także rozmowa na temat tego, jak zachowywać się w sieci i z czego i jak może dziecko korzystać. W prowadzonym dialogu należy zachęcać dziecko do współpracy, okazując chęć zrozumienia jego potrzeb i powodów realizowanych aktywności. Należy też powstrzymywać się od kategoriernego negowania jego nietrafnych wyborów i starać się skłaniać go do refleksji w związku z TIK. Ważne jest, by w tym działaniu opiekunowie uwzględnili również kontekst życia dziecka: jego wiek, płeć, osobowość, otoczenie społeczne oraz inne ważne rozwojowo uwarunkowania i czynniki kulturowe. Dopiero na tej podstawie powinniśmy wyznaczać dziecku granicę tego, co mu wolno i tego, do czego

musi się zastosować, a czego musi unikać. Nakreślonym granicom powinien towarzyszyć rozumny monitoring ich przestrzegania. Rodzic nie może mieć przy tym obaw, że jego dziecko jest większym ekspertem w obsłudze urządzeń mobilnych niż on sam. To też ważny moment w życiu każdego dorosłego, który powinien być gotowy na to, aby zaakceptować ewentualny fakt utraty swojej dominującej pozycji „nieomylnego”, na rzecz dostrzeżenia w dziecku przynajmniej partnera, jeżeli nie osoby, która na wielu zagadnieniach w obsłudze TIK zna się lepiej i posiada większe kompetencje. Nie można też jednak zbyt precyzyjnie przeceniać umiejętności dziecka. Swobodna bowiem obsługa urządzeń nie jest równoznaczna z posiadaniem wiedzy na temat społecznych aspektów bezpieczeństwa wynikających z użytkowania TIK. Natomiast, jeśli zdarzy się, że dziecko rzeczywiście staje się domowym ekspertem w tłumaczeniu, jak działają otaczające nas urządzenia cyfrowe, nie należy w tym dostrzegać niczego złego czy uwłaczającego godności

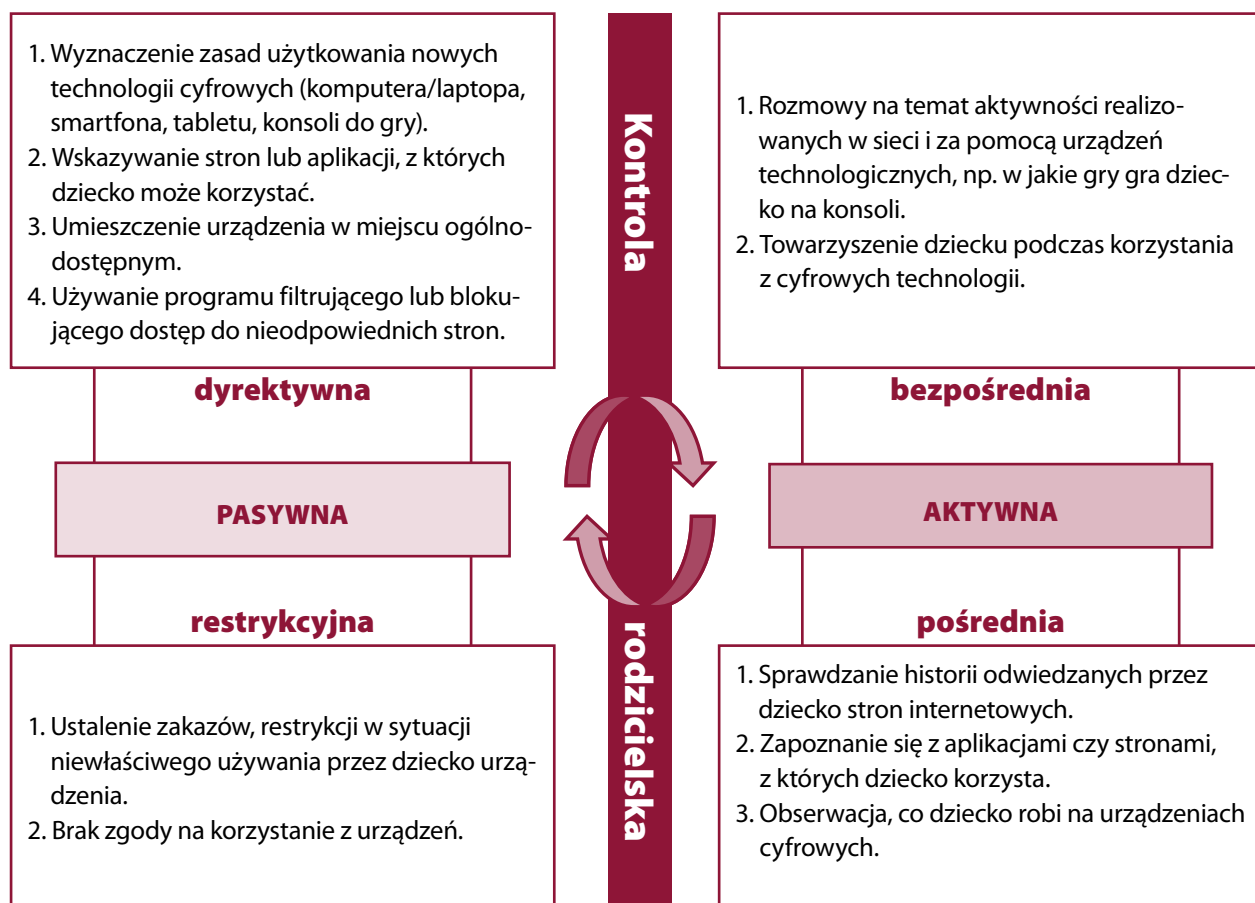
rodzica. Dobrze jest to potraktować jako ważne przeżycie i moment ugruntowania łączących rodzinę więzi. Skutek może być tu taki, że dziecko chętniej będzie chciało się dzielić swoimi doświadczeniami i szukać okazji do wspólnego spędzania czasu z opiekunami.

Pomimo że głównym zadaniem dorosłych wobec dzieci jest opieka nad nimi, to rodzice w ramach swojego oddziaływania starają się nie tylko zapewnić im względną stabilizację ekonomiczną i psychiczną, ale również próbują sterować zachowaniami swoich podopiecznych. Zadanie to jest realizowane poprzez sprawowanie kontroli rodzicielskiej.

W przypadku dostępu dzieci do urządzeń cyfrowych charakter tej kontroli może mieć, zdaniem E. Krzyżak-Szymańskiej, postać kontroli rodzicielskiej pasywnej lub kontroli rodzicielskiej aktywnej (patrz rys. 1).

Zwykle rodzice korzystają z form kontroli o charakterze pasywnym. I chociaż większość dorosłych deklaruje, że rozmawia ze swoimi dziećmi o zagrożeniach płyną-

Rys. 1. Formy kontroli rodzicielskiej stosowane w zakresie dostępu dzieci i młodzieży do urządzeń cyfrowych.



Źródło: Opracowanie za E. Krzyżak-Szymańską, „Uzależnienia technologiczne wśród dzieci i młodzieży. Teoria. Profilaktyka. Terapia – wybrane zagadnienia”, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2018.

cych z sieci, to z ogólnopolskich badań zrealizowanych w 2017 roku na grupie 3943 uczniach w wieku 11-18 lat wynika, że w grupie młodszych respondentów u połowy z nich nie istnieją w domu żadne zasady dotyczące bezpieczeństwa on-line. W przypadku młodzieży 17-18 lat odsetek ten osiągnął jeszcze większą wartość – 76%. Młodzi użytkownicy internetu komunikują również, że na ich urządzeniach mobilnych nie został zainstalowany żaden moduł lub program ochrony rodzicielskiej. W 44% przypadkach ankietowani uczniowie poinformowali jednocześnie, że ich rodzice stosują czasowe zakazy korzystania z sieci oraz, że tylko niekiedy opiekunowie ograniczają im czas dostępu do internetu (Makaruk, Włodarczyk, Michalski, 2017). To alarmujące dane, biorąc pod uwagę, jak dużo czasu dzieci spędzają on-line. Wyniki te równocześnie uwiadcniają potrzebę pracy rodziców nad swoją wiedzą z zakresu metod i sposobu wykorzystania kontroli rodzicielskiej, jej roli w prawidłowym rozwoju podopiecznych oraz konieczności jej wdrażania w codziennym życiu.

Rola rodziców w przeciwdziałaniu nadużywaniu TIK obejmuje również kwestie nieprzeceniania zastępczych wartości wychowawczych tych technologii. Wprawdzie filmiki wideo, gry i różne aplikacje, z pozoru ułatwiają walkę z szarą codziennością i pozwalają opiekunom na doraźne zyskanie w kontakcie z małym dzieckiem chwili wytchnienia, to jednak, jeżeli są stosowane rutynowo, jako swoiste wypełniacze czasu, praktycznie zamiast pomagać – utrudniają rodzicom właściwe poznanie dziecka i zaburzają czynnik bliskości. W efekcie niosą za sobą ryzyko zubożenia jego rozwojowych aktywności, które kształtują się na podłożu bezpośredniego kontaktu z dorosłymi osobami. Dlatego każdy rodzic powinien pamiętać, że przysłowiowy „święty spokój” nie powinien być następstwem pogorszenia jakości skutecznego kontaktu z dzieckiem. Równocześnie nasza chorobliwa fascynacja funkcją łączenia się z każdego miejsca z dzieckiem, stałą możliwością obserwacji jego poczynąń skutkuje na dalszym jego etapie społecznego funkcjonowania zagubieniem i brakiem u niego odczuwania potrzeby decyzyjności.

Świadome rodzicielstwo wymaga także, aby w sytuacjach, w których uznajemy, że nasze dziecko wykazuje problemy w nadmiernym korzystaniu z TIK, reagować na te objawy. Warto wtedy szukać pomocy u specjalistów od uzależnień behawioralnych i psychologów dziecięcych. Po poradę specjalisty na pewno warto sięgnąć, gdy dziecko:

- staje się drażliwe, ma złe samopoczucie, jest nadpobudliwe lub ma obniżony nastrój przy braku możliwości korzystania z komputera, internetu czy smartfona bądź innych urządzeń mobilnych,
- rezygnuje z wcześniej podejmowanych aktywności i zawęża tę aktywność do działań w sieci,
- czuje się bezpiecznie tylko przy komputerze lub w trakcie korzystania z urządzeń mobilnych,
- ma trudności w nawiązywaniu kontaktów bezpośrednich, izoluje się od przyjaciół i rodziny, rozładowuje napięcie emocjonalne poprzez urządzenia cyfrowe zintegrowane z siecią,
- w wyniku użytkowania TIK ma problemy z nauką, narusza regulamin szkolny, wagaruje,
- wykazuje brak kontroli nad czasem spędzanym w internecie i na tym tle pojawiają się konflikty rodzinne.

Bibliografia

- Bąk A., „Jak małe dzieci korzystają z urządzeń mobilnych? Raport na podstawie danych zebranych od rodziców”, Dziecko Krzywdzone. Teoria-Badania-Praktyka 3(2015b).
- Bąk A., „Korzystanie z urządzeń mobilnych przez małe dzieci w Polsce”, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2015a.
- CBOS komunikat z badań nr 33, „Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie”, Warszawa 2013.
- Dziemidowicz E., Wojtas M., Wojtasik Ł., „Uważni rodzice. Jak być uważnym rodzicem i dbać o bezpieczeństwo dziecka online”, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
- Gardner H., Davies K., „The App Generation. How today's youth navigate identity, intimacy, and imagination in a digital world”, Wyd. Yale University Press, New Heaven and London 2013.
- Guerreschi C., „Nowe uzależnienia”, Wyd. Salwador, Kraków 2010.
- GUS, „Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna”, Warszawa 2015.
- GUS, „Gospodarstwa domowe i rodziny. Charakterystyka demograficzna”. Warszawa 2014.
- Krzyżak-Szymańska E., Kowalkowska J., Szymański A., „Zagrożenia dzieci i młodzieży w sieci – cyberproblemy, diagnoza i profilaktyka. Vademecum nauczyciela”, Wyd. GWSH, Katowice 2016.
- Krzyżak-Szymańska E., Szymański A., „Profilaktyka nowych uzależnień wśród dzieci i młodzieży. Zarys problematyki”, Wyd. GWSH, Katowice 2013.
- Krzyżak-Szymańska E., „Uzależnienia technologiczne wśród dzieci i młodzieży. Teoria. Profilaktyka. Terapia – Wybrane zagadnienia”, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2018.
- Makaruk K., Włodarczyk J., Michalski P., „Kontakt dzieci i młodzieży z pornografią. Raport z badań”, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
- Pyżalski J., Klichowski M., „Technologie informacyjno-komunikacyjne a dzieci w wieku przedszkolnym – model szans i zagrożeń” (w:) J. Morbitzer, E. Musiał (red.), „Człowiek-media-edukacja”, Wyd. Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków 2014.

Sport tradycyjnie jest postrzegany jako aktywność niosąca ze sobą pozytywne wartości dla rozwoju i dobrostanu człowieka. Z taką opinią spotykamy się zwłaszcza w polskich opracowaniach na temat sportu i wychowania¹. Jednocześnie wielu, przede wszystkim zagranicznych autorów podkreśla, że liczba badań empirycznych potwierdzających wartość sportu jako środka profilaktycznego czy szerzej wychowawczego – jest niewystarczająca². Pogląd ten koegzystuje przy tym z przekonaniem o wyjątkowej wartości sportu w wychowaniu moralnym³.

SPORT A PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH MŁODZIEŻY

Maja Vogt-Kostecka

Dawid Drożdżikowski

Fundacja Centrum Działań Profilaktycznych

Pytanie o sport jako narzędzie pozytywnego oddziaływania na młodzież

Z pozytywnego wartościowania sportu wyprowadza się nawet jego definicję, jak przykładowo ta, którą proponuje Badaśńska: „Sport jest świadomą, dobrowolną działalnością człowieka, podejmowaną głównie dla zaspokojenia potrzeb zabawy, popisu, walki, a także wewnętrznego doskonalenia się na drodze systematycznego rozwoju cech fizycznych, umysłowych i wolicjonalnych”⁴.

Taki sposób definiowania sportu, przeważający w polskiej literaturze z zakresu wychowania fizycznego, właściwie uniemożliwia stawianie pytań, prowadzenie badań czy snucie rozważań na temat możliwego szkodliwego oddziaływania zajęć sportowych na ich uczestników. Sport jest przez wielu autorów apriorycznie uznawany za uniwersalne narzędzie właściwego oddziaływania na młodzież. Piszą oni na przykład, że „można potraktować go [sport] jako środek wychowania, czyli przez wykorzystanie odpowiednich norm i praw, którymi rządzi się sport, wpływamy na wielostronny rozwój sportowca, a jednocześnie osiągamy nadrzędne cele wychowania”⁵. Na podstawie tak budowanej wiedzy o oddziaływaniu sportu na dzieci i młodzież powstają programy wychowawcze mające na celu oddziaływania wychowawcze czy profilaktyczne finansowane i aktywnie promowane przez różne podmioty, w tym również z sektora publicznego⁶. W sprzeczności z taką percepcją sportu stoją wyniki wielu badań nad konkretnymi zachowaniami ryzykownymi obserwowanymi u młodzieży, w których sport pojawia się jako jeden z czynników wpływających na rozwój młodzieży. Dobrym przykładem są tutaj prace

dotyczące korelacji pomiędzy uczestnictwem w zorganizowanych zajęciach sportowych a popularnością palenia papierosów czy picia alkoholu wśród młodzieży⁷. Sugerują one, że deklarowane sięganie po wymienione używki jest wyższe wśród młodzieży uprawiającej jakiś sport w porównaniu z tymi, którzy tego nie robią. Na taką zależność zwraca również uwagę PARPA, zalecając w swoich rekomendacjach bardzo ostrożne wykorzystywanie sportu w programach przeciwdziałających uzależnieniom wśród młodzieży.

Przeprowadzony przegląd literatury przedmiotu pozwala zaryzykować więc tezę, że sport ma prawdopodobny (jednak wciąż nie ma na ten temat wystarczającej liczby badań) wpływ na pozytywny rozwój młodzieży, natomiast w przypadku konkretnych zachowań problemowych może być czynnikiem je utrwalającym, dlatego nie jest wskazane traktowanie uczestnictwa w zajęciach sportowych jako uniwersalnej profilaktyki zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży.

Koncepcja czynników chroniących i czynników ryzyka

Współczesne badania z zakresu profilaktyki uzależnień coraz częściej zwracają uwagę na konieczność identyfikowania istotnych czynników chroniących młodych ludzi przed angażowaniem się w zachowania problemowe. „Działanie czynników chroniących jest najważniejszym obszarem zainteresowań badaczy tworzących i rozwijających koncepcję *resilience*, w myśl której czynniki chroniące mogą niwelować negatywne działanie ryzyka i związane są z większą odpornością

jednostki”⁸. O możliwości wyodrębnienia czynników, które mogą działać ochronnie na młodzież żyjącą nawet w trudnych i wydawałoby się predestynujących do zachowań ryzykownych warunkach, pisze się od lat 70. XX wieku. Wtedy to zauważono, że przyszłość młodzieży nie jest prosto determinowana przez warunki, w których ona dorasta. Czynniki chroniące są definiowane jako własności indywidualne, relacje z ludźmi oraz zasoby środowiska, które mogą neutralizować działanie czynników ryzyka. „Czynniki chroniące rozpatruje się najczęściej w kilku obszarach. Są to:

- cechy, umiejętności i zdolności indywidualne,
- wspierające relacje z osobami bliskimi,
- pozytywne cechy środowiska rodzinnego,
- wsparcie płynące ze środowiska pozarodzinnego,
- cechy środowiska lokalnego i miejsca zamieszkania (zasoby do wykorzystania)”⁹.

Czynniki ryzyka to właściwości środowiska przeciwstawne wobec czynników chroniących. Definiowane są jako „właściwości indywidualne, cechy środowiska społecznego i efekty ich interakcji, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powstawania nieprawidłowości, zaburzeń, chorób lub przedwczesnej śmierci”¹⁰. Znajomość czynników ryzyka pozwala przewidywać nieprawidłowości, które będą się pojawiać w trakcie zaburzanego przez nie procesu (w opisywanym tutaj przypadku, w trakcie dorastania dzieci i młodzieży). Koncepcja czynników ryzyka i czynników chroniących jest dziś powszechnie wykorzystywana w opracowywaniu programów i działań zapobiegających niechcianym zjawiskom społecznym. Jednym z takich zastosowań są programy profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Początkowo większą uwagę badacze i praktycy skupiali na ograniczaniu czynników ryzyka, obecnie dużą wagę przywiązuje się do wzmocnienia i rozwijania czynników chroniących.

Definiowanie pozytywnego rozwoju jako braku zjawisk problemowych czy wyeliminowanie czynników ryzyka niesie ze sobą wiele ograniczeń. Myślenie o ludziach w kategoriach istnienia problemów bądź nie jest błędem, powinniśmy analizować ich możliwości. Brak problemów nie jest przecież jednoznaczny ze szczęśliwym, wartościowym i spełnionym życiem¹¹. Najwyraźniej widać to na przykładzie niezwykle istotnego dla młodzieży i koniecznego dla jej rozwoju udziału w życiu społecznym¹². W przypadku używania alkoholu duża aktywność społeczna młodego człowieka jest czynni-

kiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia tego problemu. Jednocześnie poczucie przynależności społecznej i bliskich więzi z rówieśnikami znacząco poprawia jakość życia i samoocenę młodego człowieka. A te należą do czynników chroniących przed uzależnieniem. Na poziomie grupowym – istnienie dobrze zintegrowanych grup młodzieży z różnych środowisk działa pozytywnie na całość takiej grupy, przy czym należy spodziewać się, że integracja grupy będzie przebiegać poprzez przyswajanie sobie wartości płynących z tych różnych środowisk. Tylko w ten sposób grupa może być w pełni demokratyczna i równa. To zjawisko niesie jednak pojawienie się czynników ryzyka w tej grupie.

Być może należy pogodzić się z faktem, że wspieranie pozytywnego rozwoju młodzieży niesie ze sobą pewne niemożliwe do pełnego wyeliminowania ryzyko zetknięcia się młodzieży z zachowaniami trudnymi. Można szukać sposobów jego ograniczenia (najskuteczniejszym jak wskazują badania naukowe jest odpowiednie przygotowanie trenerów, tak by mogli stać się mentorami młodych ludzi i potrafili tworzyć z nimi demokratyczne relacje¹³), ale zupełne wyeliminowanie ryzyka jest niemożliwe.

Przy takim rozumieniu zagadnienia udziału młodzieży w zorganizowanych zajęciach sportowych nie można mówić o prostym, jednoznacznym wiązaniu ich z ochroną przed uzależnieniem lub przeciwnie z narażaniem na zachowania ryzykowne. Problematyka jest dużo bardziej złożona. Sport nie jest ani remedium na uzależnienie, ani jego aktywatorem.

Wartości płynące z zajęć sportowych jako jeden z możliwych czynników chroniących

Zajęcia sportowe wspierają rozwój dzieci i młodzieży poprzez pozytywny wpływ, przede wszystkim na:

- cechy indywidualne dzieci i młodzieży, rozwój zdolności, umiejętności i przekonań,
- wsparcie ze strony środowiska pozarodzinnego.

Pośrednio mogą również oddziaływać na:

- wspierające relacje z bliskimi osobami (dziecko może dzielić pasję z rodzicem, budując z nim w ten sposób relację; przy czym trzeba pamiętać, że jednak najważniejsza i najbardziej znacząca dla rozwoju jest relacja pierwszego przywiązania do podstawowego opiekuna,

która jest nawiązywana przez dziecko w pierwszych miesiącach życia).

Do cech indywidualnych, które wzmacnia sport, zaliczamy:

- naukę nowych umiejętności (oprócz umiejętności związanych z konkretną dyscypliną sportu, sport podnosi ogólną sprawność umysłową i fizyczną; wykazano, że stopień zaspokojenia potrzeby kompetencji w największym stopniu był związany z poziomem podejmowanej aktywności fizycznej),
- rozwój pozytywnie wartościowanych cech charakteru,
- pewność siebie,
- samokontrolę,
- wytrwałość/siłę woli (zasoby ego do kontroli zachowań),
- samodzielność,
- zdolność do podejmowania dużego wysiłku fizycznego i psychicznego,
- umiejętność dostosowania się do zasad i reguł społecznych,
- umiejętność współdziałania,
- obowiązkowość,
- naukę zasad moralnych obecnych w sporcie, w tym:
 - zasada fair play,
 - uczciwość,
 - reguły prowadzenia walki bez zawiści i z wzajemnym zrozumieniem,
- sport oddziałuje pozytywnie na zdrowie fizyczne dzieci i młodzieży, a dobry stan zdrowia jest czynnikiem chroniącym przed wieloma problemami społecznymi i psychicznymi,
- zajęcia sportowe dają możliwość przeżywania pozytywnych emocji i uczą metod rozładowania emocjonalnego w społecznie akceptowany sposób. Do wsparcia środowiska pozarodzinnego (inkluzyjna społeczna) związanego ze sportem można zaliczyć:
- lepsze kontakty z rówieśnikami (przy czym trzeba pamiętać, że ten czynnik może nieść ze sobą niebezpieczeństwo „społecznego stosowania używek”),
- istnienie dodatkowych osób znaczących w otoczeniu dziecka (trenerzy), co jest szczególnie ważne w przypadku dzieci z rodzin niezapewniających dzieciom właściwego wsparcia,
- możliwość rozszerzania znaczącej dla dziecka grupy o kolejne osoby, wraz ze wzrostem kompetencji sportowych¹⁴.

Jak sport może wpływać na używanie substancji psychoaktywnych?

Prowadzone od kilkudziesięciu lat badania naukowe dość regularnie pokazują, że młodzi sportowcy częściej niż młodzież nieuprawiająca sportu korzysta z używek, zwłaszcza alkoholu¹⁵. Na przykład przegląd 34 badań wykonany przez Lisha i Sussmana dowodzi, że uprawianie sportu zwiększa prawdopodobieństwo używania alkoholu, a zmniejsza palenia papierosów i brania narkotyków przez młodzież. Inna metaanaliza 17 długoterminowych badań z całego świata wykazała, że uprawianie sportu zwiększa prawdopodobieństwo używania alkoholu (potwierdza to 82% badań), a zmniejsza palenia papierosów i zażywania narkotyków, zwłaszcza innych niż marihuana w obserwowanych grupach młodzieży¹⁶. Prezentowane wyniki badań traktują najczęściej sport jako ogólną, jednolitą kategorię, nie robiąc rozróżnienia między poszczególnymi dyscyplinami czy rodzajami sportu, stopniem zaangażowania w nie ćwiczącej młodzieży, płci, wieku czy pochodzenia zawodników. Te opracowania, które przyglądają się problemowi bardziej szczegółowo, zwłaszcza opisy konkretnych przypadków, zwracają uwagę na możliwość bardzo różnego oddziaływania sportu na uprawiającą go młodzież¹⁷.

Szczegółowe analizy dotyczące wpływu różnych rodzajów sportu na częstość sięgania po używki przez młodzież wskazują chyba najbardziej jednoznacznie na konieczność poświęcenia większej uwagi temu zagadnieniu wśród młodzieży uprawiającej sporadycznie najbardziej popularne w danym kraju sporty zespołowe. Ta grupa jest zgodnie z wynikami powtarzanych w różnych miejscach i czasie badań najbardziej narażona na kontakt z alkoholem i (z mniejszym prawdopodobieństwem) marihuaną. Istotne jest tutaj słowo „sporadycznie” – opisywany związek nie dotyczy bowiem sportowców trenujących regularnie, przynajmniej kilka razy w tygodniu. Do badań wykazujących wyraźnie te związki należy badanie Jasona Forda, wskazujące, że w USA najwięcej alkoholu piją młodzi hokeiści i młode piłkarki, najmniej – zawodnicy i zawodniczki startujący w biegach przełajowych¹⁸. Do mniej wyraźnie zaznaczających ten związek należą wszystkie te, mówiące, że zawodnicy sportów drużynowych piją więcej alkoholu niż zawodnicy sportów indywidualnych¹⁹. Jako najbezpieczniejsze pod względem stosowania używek przez zawodników jawią się indywidualne sporty wytrzymałościowe (aczkolwiek

na przekór tym danym stają informacje o szczególnym narażeniu ich zawodników na kontakt z środkami dopingującymi)²⁰.

Ważnymi zagadnieniami związanymi ze sportem i uzależnieniami są też leżące na marginesie prowadzonych tutaj rozważań związki sportu i różnego typu wspomaganie wyników sportowych za pomocą środków medycznych, czyli możliwie szeroko rozumianego doping (niekoniecznie tego zabronionego) oraz z innej strony współpraca między klubami sportowymi a sponsorującymi je producentami alkoholu. Młodzież uprawiająca sport, interesująca się nim, jest bardzo często zaangażowana również w kibicowanie ulubionym drużynom. Kibicowanie jest natomiast społecznym rytuałem z udziałem alkoholu. Na budowanie pozytywnych skojarzeń piwa z rozgrywkami sportowymi agencje marketingowe przeznaczają olbrzymie pieniądze, ale zwyczaj picia alkoholu w trakcie podziwiania wydarzeń sportowych znany był już w starożytności²¹. W USA rocznie na reklamy alkoholu w trakcie programów jego producenci wydają 540 mln dolarów. Wszystkie badania nad zaangażowanymi kibicami wskazują, że sięgają oni po alkohol częściej niż inne grupy, częściej też upijają się i zachowują po alkoholu niebezpiecznie dla siebie i innych. Rozróżnienie między wpływem na młodego człowieka w zakresie stosowania używek, jego fascynacji drużyną, której kibicuje, a udziałem w rozgrywkach sportowych, w których sam uczestniczy, okazuje się często niemożliwe. Pytanie o używki i inne wpływające na ciało i psychikę substancje stosowane przez młodzież w celu poprawiania wyników w sporcie, jest równie skomplikowane. Gdzie używki stają się dopingiem, a gdzie doping zastępuje używki? Jak bardzo szkodliwe dla najmłodszych użytkowników mogą być wszelkiego typu suplementy stosowane przez dorosłych sportowców i czy można nazywać je w pewnych kontekstach używkami? Pytania te czekają na odpowiedzi i opracowania²².

Powyższe ustalenia jednoznacznie wskazują, że trudno jest wyodrębnić wśród dyscyplin sportowych te bardziej i mniej wskazane w programach profilaktyki uzależnień przygotowywanych dla młodzieży. Wydaje się, że dane wskazujące na częstsze stosowanie używek przez trenującą sporty młodzież należy wiązać raczej ze społecznym wymiarem sportu, a nie szczególnymi walorami technicznymi tej czy innej dyscypliny. Przeprowadzone wśród zawodników badania wskazują, że

to, jak często sięgają oni po alkohol i inne używki zależy przede wszystkim od tego, jak często robią to ich koledzy i koleżanki z drużyny²³. Najistotniejszy jest więc w tym wypadku wpływ grupy koleżeńskej, rówieśniczej, jaką jest dla nich drużyna czy klub sportowy, a nie rodzaj uprawianego sportu. Ważne jest też spostrzeżenie wiążące sporadyczne uprawianie popularnych sportów z największym prawdopodobieństwem sięgania po używki przez młodzież. Tak uprawiany sport jest zazwyczaj przede wszystkim spotkaniem towarzyskim, nie towarzysząc mu reguły, nie ma ustalonego schematu działania ani mentorów, którzy wspieraliby dążących do osiągania dobrych wyników zawodników. A te cechy są tymi, które zapewniają pozytywny wpływ zajęć sportowych na młodzież, o czym pisał Mahoney²⁴. Grupy zbierających się raz po raz w celu „pogrania w piłkę” młodych ludzi wydają się być właśnie tymi, które analizowane przez badaczy sportu dadzą obraz sportu jako działania zagrażającego młodzieży używaniem alkoholu i narkotyków. W tym przypadku prewencja powinna dotyczyć tworzenia trwałych, działających systematycznie i przy wsparciu dorosłych drużyn sportowych. Bez większego znaczenia będzie, czy drużyny te będą ćwiczyć karate, grać w piłkę nożną czy tenisa stołowego.

Sport dla rozwoju społecznego

Jednym z modeli wykorzystania sportu w zapobieganiu trudnym zachowaniom nastolatków i dzieci są na Zachodzie programy Sport for Social Development, w Stanach Zjednoczonych funkcjonujące pod nazwą Sports-Based Youth Development. Programy te są oparte na koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży.

Poprzez sport można rozwijać różne umiejętności potrzebne w życiu. Wymienia się tutaj najczęściej: silną wolę, zdolność komunikacji i współdziałania, radzenie sobie z konfliktami, opanowywanie emocji, akceptację zależności od innych czy przestrzegania reguł. Wpływ udziału w zajęciach sportowych na życie codzienne jest zależny od wielu czynników, przy czym jednym z decydujących jest relacja z dorosłymi prowadzącymi te zajęcia. Innym ważnym czynnikiem jest grupa dzieci, która ćwiczy wspólnie, relacje, jakie się między nimi tworzą. Joseph Mahoney zauważył, że dobre programy sportowe silnie akcentują zasady i przestrzeganie reguł. Skuteczny program profilaktyczny oparty na sporcie powinien zawierać:

- podkreślanie wagi osiągniętych umiejętności i możliwość śledzenia i oceny ich rozwoju,
- regularny grafik zajęć,
- stałą opiekę dorosłych,
- stałe zasady postępowania,
- informacje zwrotne na temat postępów i błędów dzieci i młodzieży²⁵.

Inne badania podkreśliły wagę tworzenia stałej struktury zajęć sportowych, które mają mieć zadanie profilaktyczne oraz wagę włączania w zajęcia osób o wyższych umiejętnościach niż większość grupy.

Rząd Wielkiej Brytanii w swojej ocenie opisał to tak: „okazało się, że samo uprawianie sportu nie prowadzi do zmniejszenia się ilości zachowań ryzykownych wśród młodzieży. Programy odnoszące sukces zawsze zawierają elementy wspierające całościowy rozwój młodych”²⁶. Szczególnie skuteczne są te działania, w których dużą uwagę poświęcono analizie potrzeb konkretnej grupy, do której są skierowane. Programy są więc dopasowywane do zgłaszanych potrzeb, a nauka zasad wybranej dyscypliny pozostaje zagadnieniem drugorzędym. To właśnie skupienie się na indywidualnej sytuacji, w której program będzie prowadzony, powinno być ważniejsze niż dopracowywanie sportowych zagadnień, to bowiem dopasowanie do konkretnych potrzeb jest decydującym walorem takich programów.

Jakość programów profilaktycznych ocenia się nie tylko analizując ich treść, ale przede wszystkim badając to, w jaki sposób zostały przeprowadzone, poprzez ich ewaluację.

Aktualna wiedza naukowa na temat sportu jako działania profilaktycznego po okresie krytyki wykorzystania go w tym zakresie, dostrzega potencjalny pozytywny wpływ angażowania się młodzieży w zajęcia sportowe na obniżenie ryzyka wystąpienia u niej zachowań ryzykownych, w tym pojawienia się uzależnień. Do dziś użyteczne są uwagi Waltera Schafera poczynione w artykule opartym na poważnych badaniach empirycznych, wyróżniające pięć możliwych sposobów, na jakie sport może ochronnie oddziaływać na młodzież:

- drużyny sportowe umożliwiają mieszanie się ze sobą chętnych do udziału w treningach pochodzących z różnych środowisk. Dzięki temu możliwe jest przekazywanie sobie wzajemnie pozytywnych wzorców zachowań oraz poczucia wzajemnej akceptacji i przynależności,

- sport pozwala odnosić sukcesy i budować pewność siebie młodzieży, pomimo porażek w nauce szkolnej; jest alternatywą dla narzuconej społecznie ścieżki budowania kariery poprzez wiedzę, która nie jest dostępna dla wszystkich,
- sport wzmacnia wolę i uczy samodyscypliny,
- zajęcia sportowe chronią przed nudą,
- sport zapewnia możliwość przeżywania silnych emocji indywidualnie i w grupie. Daje możliwość przeżycia przygody, poza nieustanną kontrolą dorosłych²⁷.

Wymóg badania skuteczności programów profilaktycznych funkcjonujący na Zachodzie doprowadził do wypracowania zasad, których przestrzeganie jest dziś powszechne w trakcie ich tworzenia. Jedną z nich jest ostrożne używanie zajęć sportowych jako działania profilaktycznego. Powodem do szczegółowego przyjrzenia się związkowi sportu i używek były doniesienia o częstszym ich używaniu przez osoby związane w różny sposób ze sportem, które pojawiały się w badaniach empirycznych od lat 70. XX wieku²⁸. Towarzyszyły im doniesienia o możliwym wspieraniu zachowań przemocowych w grupach chłopców trenujących sporty zespołowe. Doprowadziło to do zakwestionowania opartego na potocznych przekonaniach poglądu, że sport jest świetnym narzędziem wychowawczym, uczącym wartości społecznych i dlatego idealnie nadaje się do działań profilaktycznych.

Współcześnie programy używające sportu jako narzędzia wychowującego młodzież i wspierającego ją w rozwoju, budowane są w oparciu o przekonanie, że harmonijny rozwój jest czymś innym niż prostym eliminowaniem zachowań problemowych. Oparte są na doświadczeniach czerpanych z wcześniej przeprowadzanych działań profilaktycznych i ich ewaluacji, a także najnowszych doniesieniach naukowych. Wydaje się więc, że sport rozumiany jako uniwersalna strategia profilaktyczna schodzi obecnie – by posłużyć się sportową metaforą – do szatni.

Przypisy

¹ Zob. A. Bodasińska, „Czysta gra w sporcie i życiu codziennym”, ZWWF, Biała Podlaska 2007, J. Saska-Dymnicka, „Sport młodzieżowy kuźnią charakteru i postaw prospołecznych”, Sport i rekreacja a wyzwania współczesnej cywilizacji, nr 78, 2011, s. 113-125.

² T. Blackshaw, I. Long, What's the Big Idea? A critical exploration of the concept of social capital and its incorporation into leisure policy discourse, Journal Leisure Studies nr 24, 2005, F. Coalter, „The Social Benefits of Sport An Overview to Inform the Community Planning Process”, Sport Scotland Research Report no. 98, 2000, T. Kay, „Developing through sport: evidencing sport impacts on young people”, Sport in Society, nr 12, 2009.

- ³ T. Kay, S. Bradbury, „Youth sport volunteering: developing social capital?”, *Education and Society*, nr 14, 2009.
- ⁴ A. Bodańska, „Czysta gra w sporcie i życiu codziennym”, ZWWF, Biała Podlaska 2007.
- ⁵ I. Dudzik, „Determinanty zachowań rekreacyjnych młodzieży w średnim wieku szkolnym”, *Sport i rekreacja a wyzwania współczesnej cywilizacji*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 689, 2011, s. 258.
- ⁶ Dla przykładu program „Przeciwdziałanie poprzez sport agresji i patologii wśród dzieci i młodzieży” prowadzony z inicjatywy Ministerstwo Sportu i Turystyki oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na terenie całej Polski w 2014 roku.
- ⁷ Por. L.G. Escobedo, S.E. Marcus, D. Holtzman, G.A. Giovino, „Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students”, 1993, za: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/404389>; M.P. Schweltnus, W.A. Derman, „Social Drugs and Sports Performance: Alcohol, Caffeine, and Nicotine”, *International Sport Med. Journal*, 2000.
- ⁸ M. Wójcik, „Czynniki ryzyka czy czynniki chroniące młodzież?”, za: <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/czynniki-ryzyka-czy-czynniki-chroniace-mlodziez/> (08.11.2017).
- ⁹ http://www.parpa.pl/download/Raport_IPiN_2009_07MAC_popr%20final.pdf
- ¹⁰ Tamże.
- ¹¹ Tamże.
- ¹² Z raportu PARPA: „Mimo oczekiwanego ochronnego działania, postrzegane przez gimnazjalistów wsparcie emocjonalne przyjaciół zarówno w pierwszych, jak i w drugich klasach było pozytywnie związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz z przejawianiem agresji werbalnej wobec nauczycieli w szkole”.
- ¹³ P. Cuijpers, „Three Decades of Drug Prevention Research”, *Drugs: Education Prevention and Policy*, 7, 2009.
- ¹⁴ P. Cuijpers, „Three Decades of Drug Prevention Research, w: *Drugs: Education Prevention and Policy*”, 7, 2009.
- ¹⁵ T.F. Nelson, H. Wechsler, „What We Have Learned From the Harvard School of Public Health College Alcohol Study: Focusing Attention on College Student Alcohol Consumption and the Environmental Conditions”, *Journal of Studies on alcohol and drugs*, 7, 2008; L.D. Johnston, P.M. O'Malley, J.G. Bachman, National Survey Results on Drug Use From the Monitoring the Future Study, 1975–1995, część II, College Students and Young Adults, US Dept of Health and Human Services; NIH Publication number 98, 1997.
- ¹⁶ N.E. Lisha, S. Sussman, „Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: A review”, *Addictive Behaviors*, nr 35, 2010, s. 399–407.
- ¹⁷ Tamże.
- ¹⁸ J.A. Ford, „Substance Use Among College Athletes: A Comparison Based on Sport/Team Affiliation”, *Journal of American College Health*, nr 55, 2007.
- ¹⁹ F. Lorente, M. Souvilleb, J. Griffett, L. Grélota, „Participation in sports and alcohol consumption among French adolescents”, *Addictive Behaviors*, nr 29, 2004, s. 941–946.
- ²⁰ P. Peretti-Watel, V. Guagliardo, P. Verger, J. Pruvost, P. Mignon, Y. Obadia, „Sporting activity and drug use: alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes”, *Addiction. Society for the Study of Addiction*, nr 98, 2009.
- ²¹ A. Schwell, N. Szogs, M. Kowalska, M. Buchowski (red.), „New ethnographies of football in Europe: People, passions, politics, Basingstoke: Palgrave Macmillan 2016, s. 1–17.
- ²² E.R. Weitzman, T.F. Nelson, H. Wechsler, „Taking Up Binge Drinking in College: The Influences of Person, Social Group, and Environment”, *Journal of Adolescent Health*, nr 32, 2003, s. 26–35.
- ²³ T. Wichstrøm, L. Wichstrøm, „Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use?”, *Addiction Society for the Study of Addiction*, 12, 2008.
- ²⁴ L. Mahoney, H. Stattin, „Leisure activities and adolescent anti-social behavior: the role of structure and social context”, *Journal of Adolescence*, 4, 2000.
- ²⁵ J.L. Mahoney, H. Stattin, „Leisure activities and adolescent anti-social behavior: the role of structure and social context”, *Journal of Adolescence*, 4, 2000.
- ²⁶ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/251118/185.pdf, 2002 (10.11.2017).
- ²⁷ W.E. Schafer, „Some Social Sources and Consequences of Inter-scholastic Athletics: The Case of Participation and Delinquency”, *Social Problems*, nr 4, 1969, s. 63–81.
- ²⁸ P. Dimeo, „Drugs, Alcohol and Sport: A Critical History”, Routledge, 2007.

Zainteresowanie serialami jest zjawiskiem powszechnym, lecz niekoniecznie niebezpiecznym. Większość ludzi zna umiar, potrafi dawkować odcinki i kontrolować czas przeznaczony na tę czynność. Jest jednak pewna grupa osób, która ma skłonności do tego, aby oglądanie seriali przybrało charakter problemowy. Jest duże prawdopodobieństwo, że jest to ta sama grupa, która ma skłonności do innych uzależnień behawioralnych, już nieco zbadanych i opisanych w literaturze fachowej.

BINGE-WATCHING

Robert Rejniak

Psychoterapeuta, specjalista terapii uzależnień

Serie w naszym życiu

Do momentu zmian ustrojowych w naszym kraju nie mieliśmy zbyt wielu możliwości uzależnienia od telewizji czy konkretnie od seriali. Pokolenie 40-latków pamięta jeszcze czasy, gdy w publicznej telewizji były dwa kanały – w tygodniu czynne od popołudnia, w soboty i niedziele cały dzień, a oferta programów była bardzo uboga. Dlatego też trudno się dziwić, że jeśli w tamtych latach

na topie była „Niewolnica Isaura” czy „W labiryncie”, to były one rekordy popularności.

Po roku 1990 rozpoczęły swoją działalność nowe stacje, zarówno polskie, jak i zagraniczne, które dynamicznie rozwijały i nadal rozwijają swoje propozycje. Powstały liczne kanały tematyczne, a telewizje kablowe i platformy cyfrowe kusiły klientów coraz bogatszą, bardziej atrakcyjną i przede wszystkim całodobową ofertą programową. Ważnym obszarem wpływającym na oglądalność oraz

na pozyskiwanie sponsorów i reklamodawców było posiadanie oferty filmowej i serialowej.

Niemal wszyscy pamiętamy „Dynastię”, „Modę na sukces” czy seriale z Ameryki Południowej. Losy bohaterów były przedmiotem dyskusji sąsiadek podczas przedpołudniowej kawy, rozmów telefonicznych kuzynek, a nierzadko harmonogram dnia był podporządkowany godzinie, o której dany serial był nadawany. Trzeba było szybko ogarnąć dom, zrobić obiad, wyprać, przerwać lub zakończyć naprawę auta w garażu czy pracę w ogrodzie. Jeśli była to niedziela, tuż po obiedzie w naszych domach gościli „Złotopolscy”, później „Klan”, „M jak Miłość” i wiele innych. Również oferta dla młodych odbiorców była ciekawa: „Beverly Hills 90210”, „Przyjaciele” czy seriale komediowe znajdowały rzesze swoich wielbicieli. Dzięki popularności danego serialu pojawiały się nowe gwiazdy, nowi aktorzy, którzy jednocześnie stawali się celebrytami.

Z niecierpliwością były oczekiwane kolejne odcinki, które z początku były emitowane raz, może dwa razy w tygodniu, potem kilka razy, aż do codziennych emisji o stałej porze. Zadziwia również obecnie popularność seriali fabularyzowanych, których odcinki nie są ze sobą powiązane, w których występują aktorzy-amatorzy, a ich producenci (często na zlecenie stacji) potrafią trafiać w oczekiwania telewidzów.

Stacje stały się też producentami seriali, które stawały się wizytówką czy nawet flagowym produktem, świadczącym o poziomie i atrakcyjności stacji.

Internetowy świat seriali – Jurassic Park

Z czasem coraz większe znaczenie dla oglądalności seriali zaczął odgrywać internet. W sieci powstały olbrzymie platformy, zawierające bardzo duże oferty seriali, podzielonych na sezony, a coraz większą popularność zaczęły zyskiwać seriale posiadające ciekawą fabułę, wymagającą od widza zaangażowania intelektualnego i psychologicznego.

Przeglądając jedną z takich platform, doliczyłem się ponad 2500 seriali, z których każdy miał kilka sezonów (średnio 3), w każdym sezonie było co najmniej 8-10 odcinków. Odcinek trwa 45-55 min. W dużym uproszczeniu daje to ponad 60 tys. godzin oglądania. Gdyby zostawić minimum 8 godzin na dobę z prze-

znaczeniem na sen, jedzenie, toaletę, i tylko oglądać – zajęłoby to ponad 10 lat.

Seriale obejmują swym zasięgiem w zasadzie każdą dziedzinę życia. Mamy tematy obyczajowe, medyczne, romanse, thrillery, horrory, komedie, narkotyki, uzależnienia, historię, przygodę, fikcję historyczną, kryminał, sensację, fantasy, fantastykę, parapsychologię, psychologię, pedagogikę, świat nauki czy serie o wampirach i wilkołakach... Lista jest wciąż otwarta. Duża część była i nadal jest emitowana w telewizji, sporo jednak dostępnych jest wyłącznie w sieci. W połączeniu z nowymi tworam – platformami produkcyjnymi, seriale stworzyły potężny, niezbadany świat, którego pełne poznanie wymaga systematycznej i nieprzerwanej eksploracji w celu poznania jego tajników. Trudno mi się oprzeć wrażeniu, że internauta na początku może doznać szoku i zadziwienia, a następnie wielkiego zainteresowania, zaciekawienia i zaangażowania w nową przygodę, a nawet stracić kontrolę nad czasem, który tej przygodzie poświęca.

Powszechność internetu daje nieograniczone wręcz możliwości dostępu do seriali. Od kilku lat można obserwować zjawisko oglądania seriali w sposób kompulsywny, seryjnie, po kilka lub nawet kilkanaście odcinków na raz. Zjawisko takie zostało nazwane *binge-watching*, co w wolnym tłumaczeniu oznaczał oglądania, żarłoczne oglądanie. O zjawisku tym zaczęło się mówić niedługo po powstaniu ogromnych przedsiębiorstw serialowych, jak np. Netflix, Amazon i innych. Nie znaczy to, że wcześniej nie było możliwości seryjnego oglądania. Już pod koniec lat 90. w Polsce nie trzeba było czekać do następnego tygodnia na emisję kolejnego odcinka, ponieważ można go było zdobyć na kasetach VHS, a później płytach DVD (również pirackie wersje).

Zjawisko *binge-watching* stało się na tyle powszechne, że jego badaniem zainteresowali się również naukowcy. Już wiele lat temu w swojej książce o neuroplastyczności mózgu psychiatra Norman Doidge, zauważył, że kompulsywne oglądanie seriali może być związane z wewnętrzną potrzebą emocjonalnego przeżywania różnych wydarzeń z ulubionymi bohaterami serialu. Inne badania wskazują na związek między kompulsywnym oglądaniem a szkodami psychicznymi i zdrowotnymi, które mogą temu towarzyszyć. Naukowcy udowodnili duże powiązanie *binge-watching* z depresją; wyniki kolejnych wskazują na zaburzenia związane z relacjami

między ludźmi, problemami z otyłością, objadaniem się, brakiem ruchu itd.

Sporo z tych rzeczy mogę potwierdzić na podstawie obserwacji ze swojej praktyki terapeutycznej, gdyż już wiele lat temu zdarzało mi się usłyszeć z ust pacjentek i pacjentów opinie i nawiązania do życia serialowych bohaterów. Niekiedy wiązało się to ze sferą marzeń dotyczących stylu życia, doświadczeń, poznawania świata, idealizacji mężczyzn, kobiet, ich cech charakteru itp.

Zwłaszcza te wcześniejsze serie miały pewien prosty, tradycyjny, lecz bardzo pożądan schemat, m.in. czarno-białe widzenie rzeczywistości. Bardzo łatwo było zauważyć, kto jest dobry, a kto zły. Kto jest prawy, a kto przebiegły, kto wprowadza zło, a kto z nim walczy.

Intrygująca fabuła wyzwaniem dla widza

Produkowane obecnie serie mają bardzo często ciekawą fabułę, do tego skomplikowaną, a jego bohaterowie często są niejednoznaczni. Co wydaje się być o wiele ciekawsze, wciągające i wymagające koncentracji oraz zaangażowania. Nikt z nas przecież nie jest świętym ani szatanem, krystalicznie dobry lub ewidentnie zły. Być może przeżywanie rzeczy, które na ekranie robi bohater, sprawia, że łatwiej można się identyfikować z mocnymi i słabymi stronami bohatera, który czasem ulega pokusom, a czasem zadziwia swoją odwagą i prawością.

Gdyby jednak pozostać przy tym, że wybieram sobie historię z jakiegoś obszaru, który mi odpowiada, np. serial science-fiction lub historyczny („Lucyfer”, „Wikingowie”), to może się okazać, że jest to inspiracja do pogłębiania swojej wiedzy lub sprawdzenia już posiadanej. Kiedy natomiast bohaterem jest osoba obdarzona wyjątkowym darem (mocą), a czasem jednocześnie zaburzeniem („Most nad Sundem”, „Good doctor”, „Defenders”), to możemy kibicować czy obserwować, jak te możliwości wpływają na jakość jej życia.

Niektóre serie potrafią tak zaciekać i zaangażować widza, że ten nie tylko jest w stanie obejrzeć cały sezon za jednym razem, ale poszukuje dodatkowej wiedzy, aby lepiej zgłębić temat, zrozumieć go, umiejscowić w czasie i przestrzeni. Sporo seriali jest skierowanych do konkretnych odbiorców. Istnieją serie, które szczególnie oglądają przedstawiciele konkretnych zawodów, osoby

z określonymi zainteresowaniami. Serie medyczne mogą jednocześnie pokazywać zarówno prawdę, profesjonalizm i szczegółową wiedzę medyczną, a z drugiej strony realizm i tęsknotę za ideałem oraz marzeniami, jak powinna wyglądać służba zdrowia. Są serie, które cieszą się wielką popularnością wśród psychologów, nauczycieli, pedagogów. Czasem dają możliwość podglądania warsztatu pracy, inspirują do różnych pomysłów lub właśnie poszerzają wiedzę z zakresu psychologii, wychowania dzieci, dydaktyki itp. Do takich możemy zaliczyć: „Trzynaście powodów”, „Atypowy”, „Good doctor” czy „Black Mirror”.

Są serie pasjonujące ludzi z zacięciem historycznym, którzy uwielbiają rozwiązywać zagadki, interesują się zjawiskami paranormalnymi. W części z nich fabuła oparta jest na treści znanych książek („Gra o tron”, „Upadek królestwa”), inne są inspirowane powieściami przygodowymi sprzed nawet kilkuset lat („Piraci”). Ważnym elementem fabuły stały się również legendy, np. nordyckie, celtyckie, indiańskie czy słowiańskie.

Co ze skutkami kompulsywnego oglądania?

Analizując powyższe, można by powiedzieć, że jeśli oglądanie dotyczyłoby tylko jednego serialu (czy wąskiej grupy), to takie podejście miałoby nawet charakter rozwijający i oglądanie nawet kilku odcinków na raz nie miałoby żadnych negatywnych następstw. Zachowanie umiaru w poświęcaniu czasu na oglądanie, np. jeden odcinek wieczorem czy kilka w weekend, nie byłoby niepokojące.

Być może jest z tym zachowaniem podobnie jak z używaniem alkoholu. Większość ludzi pije go w sytuacjach towarzyskich, kontrolując ilość, czas i miejsce spożywania, ale część pić nie powinna i pić nie może, ponieważ traci kontrolę i picie sprawia im dużo problemów w życiu. Wygląda na to, że podobnie jest z oglądaniem seriali. Zainteresowanie nimi jest zjawiskiem powszechnym, lecz niekoniecznie niebezpiecznym. Większość ludzi zna umiar, potrafi dawkować odcinki i kontrolować czas przeznaczony na tę czynność. Jest jednak pewna grupa osób, która ma skłonności do tego, aby oglądanie seriali przybrało charakter problemowy. Jest duże prawdopodobieństwo, że jest to ta sama grupa, która ma skłonności do innych uzależnień behawioralnych, już nieco zbadanych i opisanych w literaturze fachowej.

Zjawisko *binge-watching* obserwuję również w swojej pracy wśród klientów uzależnionych od substancji chemicznych (alkohol, narkotyki).

Kto może mieć problem z *binge-watching*?

Platforma Netflix monitoruje, analizuje, a nawet robi badania wśród swoich odbiorców. Badany jest czas, który ludzie spędzają on-line, oglądając seriale, prowadzona jest statystyka popularności poszczególnych serii, odnotowuje się liczbę pobrań, powstał ranking najpopularniejszych seriali, który jest na bieżąco aktualizowany itd. Dodatkowo internauci wymieniają się informacjami dotyczącymi zarówno technicznej strony seriali (HD, HDR, 4K, dolby surround), jakości łączy internetowych, szybkości pobrań, personalizacji napisów, jak i samej fabuły i recenzji. O dziwo, dużą popularnością cieszą się również seriale o fatalnej opinii, idiotycznej wręcz fabule, prymitywnej technice, które są oglądane z powodu właśnie tej „chały”, aby móc się irtować, wyżyć w hejtowaniu, pożartować czy wydrwić itd. Niektórzy mówią, że istnieje coś takiego jak „oglądanie ironiczne”. Popularność zdobywają też youtuberzy, którzy zawodowo zajmują się oglądaniem wszystkich seriali, zarówno tych świetnych, jak i szmirowatych, a następnie wydają opinie i piszą recenzje, wyłapują niedociągnięcia, sprzeczności czy szczegóły mające ośmieszyć lub faworyzować dany serial.

Monitoring platform prowadzony wśród swoich klientów to z jednej strony działania marketingowe, mające na celu badanie popytu, dostosowanie oferty do potrzeb i oczekiwań, z drugiej zaś, jak każda profesjonalna firma (taką jest Netflix), potrafi przestrzegać przed „przeżegnaniem” innymi zagrożeniami. Dzięki tym obserwacjom zauważono całkiem niedawno, iż z *binge-watching* wyodrębniło się zjawisko-córka – *race-watching*, polegające na kompulsywnym oglądaniu całego sezonu w jak najkrótszym czasie, czyli ściganie się, kto najszybciej od momentu premiery obejrzy całą serię lub zmieści się w 24 godzinach. Rywalizacja ta ma charakter przypominający rywalizację sportową, a raczej e-sportową, jak w przypadku gier i rankingu najlepszych graczy. Tutaj możemy wyłonić pierwszą grupę osób zagrożonych skutkami nadmiernego oglądania seriali.

Serialowi pozeracze

Osoby, które żyją światem seriali, bohaterami, nowościami, które na bieżąco śledzą zapowiedzi, premiery i inne informacje z tym związane, udzielają się na forach, wydają opinie i przede wszystkim oglądają, spędzając przed ekranem dziesiątki godzin tygodniowo, mając aplikacje na swoich smartfonach, tabletach. Wykorzystują każdą chwilę, aby obejrzeć kolejny odcinek, w autobusie, tramwaju, pociągu, samolocie, zakładając słuchawki w kolejce do lekarza, a nawet w pracy, kiedy tylko nie ma szefa, czy w toalecie. Problem zaczyna się wtedy, gdy pojawiają się konsekwencje takiego zachowania.

W swojej praktyce terapeutycznej obserwuję trend, że w przypadku pewnej grupy osób, kompulsywne oglądanie seriali może spowodować zdecydowanie bardziej negatywne skutki. Ta grupa to odbiorcy z predyspozycjami do uzależnień w ogóle. W dużym uproszczeniu można ich podzielić na dwie grupy:

- **bierni gracze**

Dzieci i młodzież, którzy borykają się z różnymi uzależnieniami behawioralnymi. Zjawisko *binge-watching* bardzo mocno towarzyszy młodym chłopcom uzależnionym od gier komputerowych, którzy często pod presją rodziców poddają się terapii z tego uzależnienia jako przyczyny różnych problemów, zarówno emocjonalnych i społecznych związanych z relacjami w realnym życiu, jak i problemów związanych ze szkołą (pogorszenie wyników, kłopoty z koncentracją i pamięcią).

Nadmierne przebywanie przed ekranem komputera, tabletu czy smartfona spowodowało, że nawet w sytuacji odcięcia od możliwości grania, taka osoba bardzo łatwo zamienia lub przeskakuje na oglądanie seriali, byleby tylko spędzać czas przed ekranem, co w efekcie niewiele zmienia w stylu życia i funkcjonowania tego młodego człowieka. Spędzał czas przed ekranem i nadal to robi, tyle że wcześniej miał poczucie kontroli nad tym, co się dzieje na ekranie, scenariuszem, postacią w grze, którą kierował, jej zachowaniami i czynami, a w przypadku oglądania seriali jest „tylko” biernym obserwatorem. Jednak oglądanie odcinków w jednym ciągu rekompensuje te braki zdecydowanie większym zaangażowaniem emocjonalnym w życie bohatera lub bohaterów. Innymi słowy, w przypadku osób uzależnionych

behawioralnie od gier komputerowych jest to zamiennik, złudne wytłumaczenie, dające alibi dla oglądania w zamian za rezygnację z gry komputerowej. Wielu rodziców na sesjach rodzinnych zwracało uwagę na to, że ich syn co prawda nie gra w gry, ale za to non stop ogląda seriale, nawet całą noc i trudno mu zebrać się i funkcjonować w normalnym życiu szkolnym i rodzinnym.

• wypełniacze życia

Druga grupa, którą zaobserwowałem w swojej praktyce, to klienci uzależnieni od środków psychoaktywnych, alkoholu i narkotyków, którzy na skutek zmian, które wprowadzają w swoim życiu dotyczących również ograniczenia lub rezygnacji z życia towarzyskiego, często właśnie w taki kompulsywny sposób radzą sobie z samotnością czy nudą. Zaangażowanie w serial i życie jego bohaterów niejednokrotnie daje iluzję ciekawego i pełnego przygód życia. Dodam również, że w przypadku tych osób nierzadko jest to fascynacja serialami, w których życie bohaterów krąży wokół narkotyków („Narcos”, „Breaking bad”), w których bohaterowie również są niejednoznaczni w swojej postawie – robią „złe rzeczy”, lecz jednocześnie fascynują swoją inteligencją i przebiegłością. Na skutek odrzucenia używek i stylu życia z nimi związanego pozostaje pewna pustka, która dość szybko zostaje wypełniona życiem serialowych bohaterów.

Kiedy *binge-watching* staje się problemem?

Podobnie jak w przypadku innych uzależnień, także i w *binge-watching* można zaobserwować grupę pewnych zachowań i uczuć świadczących o tym, że styl oglądania zaczyna wpływać na jakość funkcjonowania społecznego i dyskomfort psychiczny jednostki. Należą do nich:

1. Utrata kontroli nad czasem oglądania. Systematycznie wzrasta liczba godzin spędzonych na oglądaniu seriali, do tego stopnia, że dana osoba jest w stanie nie pójść do szkoły/pracy, spóźnia się lub zrywa z zajęć, zaczyna oszukiwać otoczenie, aby tylko spędzić kolejną godzinę na oglądaniu.
2. Niedotrzymywanie obietnic dawanych samemu sobie (np. tylko jeden odcinek, a są trzy, cztery i więcej), oglądanie staje się wehikułem czasu
- zaczynam oglądać wieczorem i już jest świt – 4 rano. Do pracy mam na 7.00.
3. Odczuwanie rozdrażnienia, a nawet złość, kiedy coś lub ktoś przeszkadza lub uniemożliwia obejrzenie serialu (brak internetu, zbyt wolny internet, sprzeciw rodzica, partnera).
4. Uczucie smutku, niepewności, niepokoju, obniżonego nastroju w sytuacji zakończenia odcinka, całego sezonu oraz z powodu faktu, że trzeba czekać tydzień lub nawet pół roku na kontynuację.
5. Zaniedbywanie innych zainteresowań i obowiązków na rzecz oglądania (szkoła, praca, sport, hobby).
6. Izolowanie się od przyjaciół, znajomych, rodziny – unikanie spotkań towarzyskich, niechęć do przebywania z przyjaciółmi, rodziną, domownikami, wspólnych posiłków itd. na rzecz oglądania.
7. Konflikty z bliskimi osobami, nawet kiedy oficjalnie nie dotyczą oglądania, ostatecznie sprawiają satysfakcję z powodu „świętego spokoju” i możliwości komfortowego obejrzenia kolejnego odcinka/odcinków.
8. Zaniedbywanie wyglądu, higieny, oglądanie seriali podczas wykonywania czynności fizjologicznych.
9. Zaniedbywanie diety, niedbanie o regularność posiłków, notoryczne zamawianie fast foodów, jedzenie chipsów, kompulsywne zjadanie słodczy podczas oglądania serialu.
10. Spadek kondycji fizycznej, pogorszenie wzroku, wzrost wagi, ociężałość, zmęczenie, niechęć do aktywności, brak energii, apatia, które chwilowo ustępują na rzecz pobudzenia na myśl o możliwości obejrzenia nowego odcinka ukochanej serii.

Jeśli zauważamy, że z powyższej listy coś nam pasuje do naszego klienta, choćby kilka rzeczy, to może warto się zastanowić, czy oglądanie nie staje się w jego przypadku problemem. Może warto zrobić przerwę? Bardziej zdyscyplinować zachowania związane z oglądaniem? Może dla przeciwwagi trochę więcej się ruszać, zacząć dbać o dietę i zdrowie.

Powyższy artykuł w wersji skróconej ukazał się w miesięczniku „Charaktery”, nr 6/2018.

Idealny algorytm postępowania wobec osoby uzależnionej od opiatów powinien zakładać próbę rozpoczęcia leczenia w systemie drug free (tzn. w ośrodku stacjonarnym). W przypadku niepowodzenia – substytucję buprenorfiną, w przypadku niepowodzenia – metadon, dalej – morfinę o przedłużonym uwalnianiu, a dla pacjentów, u których zawiodły wszystkie opcje, program heroinowy.

SUBSTYTUCJA JAKO METODA POMOCY OSOBOM Z PROBLEMEM NARKOTYKOWYM¹

Jacek Gąsiorowski
Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

Metadon

Substytucja lekowa jest jednym z najskuteczniejszych sposobów ograniczania szkód zdrowotnych związanych z dożywym przyjmowaniem opiatów. Lekiem najczęściej w tym celu stosowanym jest metadon. Jest to syntetyczna pochodna heroiny, lek pobudzający receptory opioidowe w mózgu (całkowity agonista receptorów opioidowych). Lek ten przyjmuje się doustnie, a jego stężenie we krwi utrzymuje się od 24 do 36 godzin (w przypadku heroiny 3 do 6 godzin), co pozwala na dawkowanie w postaci pojedynczej dawki dobowej. Średnia indywidualna dawka metadonu wynosi od 60 do 120 mg (choć indywidualne zapotrzebowanie pacjentów może być różne – od 5 do ponad 200 mg na dobę). Jest lekiem bezpiecznym, najczęstsze działania niepożądane to: wzmożona potliwość, zaparcia, nadmierna senność lub zaburzenia snu, zaburzenia życia seksualnego i koncentracji. Określenie „leczenie metadonem” jest mylące. Metadon nie jest lekiem, który leczy z uzależnienia. Określeniem poprawnym jest „substytucja metadonowa”. Podając codziennie pacjentowi indywidualnie dla niego ustaloną dawkę metadonu, zastępuje się heroinę, likwidując objawy abs-

tynencyjne, zmniejszając głód narkotyku i umożliwiając pacjentowi normalne życie bez konieczności dożywego przyjmowania opiatów. Pacjent jest jednak w dalszym ciągu uzależniony od opiatów. Substytucja metadonem utrzymuje go w uzależnieniu, jednak jest to uzależnienie „bezpieczne”, kontrolowane. Zamiast ulicznej nielegalnej heroiny, pacjent otrzymuje czysty, legalny lek,

pod kontrolą lekarską. W przypadku przerwania podawania metadonu pacjent najprawdopodobniej wróci do brania heroiny. Ogromne znaczenie ma fakt doustnego przyjmowania metadonu – pacjent nie ma już objawów abstynencyjnych, nie ma w związku z tym potrzeby kilkukrotnego w ciągu doby wykonywania iniekcji. Cenną cechą metadonu jest również ta, że – w odróżnieniu od heroiny – nie daje on euforii. Pacjent programu metadonowego w odbiorze zewnętrznym jest człowiekiem trzeźwym, który może pracować, prowadzić samochód, normalnie kontaktować się z ludźmi. W re-

Metadon nie jest jedynym lekiem stosowanym obecnie w Polsce w substytucji u osób uzależnionych od opiatów. Wśród innych najważniejszym środkiem jest buprenorfina – stosowana w postaci tabletek podjęzykowych. W porównaniu z metadonem jest lekiem bezpieczniejszym, rzadziej powoduje senność i depresję układu oddechowego.

dukcji szkód zdrowotnych największe znaczenie mają programy metadonowe polegające na długoterminowej stabilizacji pacjenta uzależnionego (podtrzymanie, *maintenance*) – substytucja stałymi lub zwiększającymi dawkami metadonu przez okres powyżej 6 miesięcy. W praktyce nie określa się długości trwania substytucji

metadonowej, zakładając, że w przypadku niektórych pacjentów będzie to leczenie dożywotnie. Substytucja metadonem powoduje zaprzestanie lub zmniejszenie nielegalnego brania narkotyków przez uczestniczące w niej osoby. W programie metadonowym we Wrocławiu odsetek dodatnich wyników badania moczu na obecność metabolitów narkotyków w grupie 55 pacjentów nie przekracza średnio 10% miesięcznie. Ważną korzyścią z takiej formy redukcji szkód jest ograniczenie kryminalnych zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków, zmniejszenie liczby zgonów związanych z narkomanią. Ostatecznym celem jest powrót osoby uzależnionej do społeczeństwa. Oczywiście, przypadki używania narkotyków wśród osób poddanych substytucji są częste, jednak należy pamiętać o tym, że jest to wyłącznie okazjonalne „dobieranie” – co kilka dni, tygodni, w mniejszych dawkach, a nie branie na zasadzie ciągu narkotykowego. Ważnym, ale nie najważniejszym elementem substytucji metadonem są działania terapeutyczne prowadzone z uczestniczącymi w niej pacjentami. Często jest to możliwe po raz pierwszy od kilku lat, gdyż substytucja metadonem wytwarza u wielu pacjentów sytuację, w której po raz pierwszy od kilku lat nie są oni przez dłuższy czas pod wpływem narkotyków. Stąd też jest możliwość nawiązania z nimi kontaktu, możliwość oddziaływań terapeutycznych, które w pierwszej kolejności powinny być nakierowane na motywowanie pacjentów do unikania brania nielegalnych narkotyków, na uczenie ich normalnego życia, również – choć jest to cel drugorzędny z medycznego punktu widzenia – na leczenie uzależnienia i zmierzanie w kierunku całkowitej abstynencji, także od metadonu. Najważniejszym celem substytucji metadonem jest redukcja szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem narkotyków. Substytucja metadonem umożliwia poprawę stanu zdrowia osób uzależnionych (zajęcie się problemami zdrowotnymi, np. leczenie ropni, leczenie gruźlicy, leczenie stomatologiczne) oraz zmniejszenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych związanych z nielegalnym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (HIV, HBV, HCV). W przypadku osób już zakażonych HIV, program metadonowy umożliwia włączenie terapii antyretrowirusowej, daje możliwość przewlekłego monitorowania naturalnego przebiegu zakażenia oraz możliwość leczenia zakażeń oportunistycznych. Możliwa staje się również profilaktyka zakażeń, np. szczepienia profilaktyczne

(p/HBV, HAV, p/grypie, p/Streptococcus pneumoniae, p/Haemophilus influenzae).

W Polsce programy metadonowe rozwijają się bardzo powoli, z uwagi, przede wszystkim, na niezwykle restrykcyjne i nieprzystosowane do współczesnych standardów europejskich przepisy. Programy są dostępne w kilkunastu miastach w Polsce.

Inne leki i ograniczenia substytucji

Metadon nie jest jedynym lekiem stosowanym obecnie w Polsce w substytucji u osób uzależnionych od opiatów. Wśród innych najważniejszym środkiem jest buprenorfina – stosowana w postaci tabletek podjęzykowych. Buprenorfina likwiduje objawy abstynencyjne po odstawieniu opiatów, zmniejsza głód heroiny, nie wywołuje euforii. W porównaniu z metadonem jest lekiem bezpieczniejszym, rzadziej powoduje senność i depresję układu oddechowego. Sposób dawkowania, właściwości farmakologiczne i profil bezpieczeństwa buprenorfiny (lek bezpieczniejszy od metadonu w przypadku przedawkowania, z uwagi na swój charakter częściowego antagonisty receptorów opioidowych) powodują, że jest to lek, który pacjentom daje więcej swobody – nie ma konieczności codziennego zgłaszania się w poradni w celu otrzymania leku, jak ma to miejsce w przypadku metadonu. Stąd też jest dobrym substytutem dla pacjentów lepiej funkcjonujących, zarówno w wymiarze indywidualnym (utrzymywanie w czasie leczenia abstynencji od nielegalnych narkotyków), jak i społecznym (praca, rodzina).

Inne leki stosowane w substytucji osób uzależnionych od opiatów to m.in.: kodeina, morfina o przedłużonym uwalnianiu, heroína. Najwięcej kontrowersji budzą programy heroinowe. Są one przeznaczone dla pacjentów, którzy nie byli w stanie utrzymać się w programie substytucji metadonowej (odsetek takich osób ocenia się nawet na 20%) i dla których nie było już żadnej innej opcji terapeutycznej w zakresie redukcji szkód. Pacjenci uczestniczący w programie heroinowym otrzymują w placówce służby zdrowia iniekcje z czystej syntetycznej heroiny 2-4 razy dziennie. Rezultaty są bardzo dobre. Liczba pacjentów, którzy utrzymują się przez długi czas w leczeniu, jest zwykle wysoka, w większości przypadków obserwuje się pełny powrót pacjentów do prawidłowego funkcjonowania tak w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Brak jest łącznych

danych na temat skuteczności substytucji lekowej osób uzależnionych od opiatów w polskich programach substytucyjnych. Problemem jest również brak ustalonej jednolitej definicji skuteczności substytucji. Dla części pacjentów efektem leczenia jest całkowita abstynencja od jakichkolwiek środków odurzających, włącznie z alkoholem, dla innych jedynym efektem, który udaje się osiągnąć, jest zmniejszenie częstotliwości dożylnego przyjmowania heroiny. W obu tych przypadkach można mówić o skutecznym leczeniu. Jeśli skuteczność substytucji mierzyć odsetkiem pacjentów pozostających w leczeniu po roku, to np. w ośrodku wrocławskim osiąga on około 70%, po 10 latach około 50%.

Nierozwiązanym dotychczas problemem terapii substytucyjnej w Polsce jest stosunkowo niska dostępność. Ośrodki oferujące ten typ leczenia zwykle są zlokalizowane w dużych miastach – aby prowadzenie tego typu działalności było opłacalne, konieczne jest objęcie leczeniem dużej liczby pacjentów, którą można znaleźć wyłącznie w dużych ośrodkach miejskich. Ośrodek, który chce prowadzić substytucję musi spełnić szereg wygórowanych i kosztownych warunków kadrowych i lokalowych, co przy niewystarczającym finansowaniu wyklucza raczej możliwość prowadzenia tego typu działalności przez małe podmioty w małych ośrodkach, np. na wsi. Osoby uzależnione od opioidów mieszkające daleko od dużych miast, właściwie pozbawione są w Polsce możliwości skorzystania z substytucji.

Leki stosowane w substytucji, mogą być wykorzystywane również do prowadzenia detoksykacji osób uzależnionych od opioidów. Leki te stosuje się wówczas w stopniowo zmniejszanych dawkach przez kilka tygodni. Czyni to detoksykację doświadczeniem znacznie mniej bolesnym i przykrym dla pacjenta, zwiększa również szanse na ukończenie detoksykacji i skierowanie pacjenta do innych form leczenia.

Idealny algorytm postępowania wobec osoby uzależnionej od opiatów powinien zakładać próbę rozpoczęcia leczenia w systemie drug free (tzn. w ośrodku stacjonarnym). W przypadku niepowodzenia – substytucję buprenorfiną, w przypadku niepowodzenia – metadon, dalej – morfinę o przedłużonym uwalnianiu, a dla pacjentów, u których zawiodły wszystkie opcje, program heroinowy.

Pewne ograniczone zastosowanie w leczeniu osób uzależnionych od opioidów może mieć również naltrekson, będący antagonistą receptorów opioidowych.

Może on być stosowany w leczeniu podtrzymującym u uzależnionych od heroiny. Lek łączy się z receptorami opioidowymi, prowadząc do zniesienia euforyzującego działania opioidów. Pozwala on na pokonanie głodu psychicznego na wczesnym etapie uzależnienia. Może być skuteczny u osób dobrze przystosowanych do życia, funkcjonujących jeszcze w swych rolach rodzinnych i społecznych. Jego zastosowanie można rozważyć u pacjentów, którzy zakończyli leczenie w ośrodku – jako lek ułatwiający utrzymanie abstynencji, również u pacjentów z podwójną diagnozą.

Wartość substytucji

Wszystkie programy leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opiatów przynoszą ogromne korzyści społeczne. Należy pamiętać o tym, że osoby uzależnione zakażone HIV, HCV, HBV, prątkami gruźlicy stanowią główne źródło transmisji tych zakażeń na populację ogólną. Stąd też zmniejszenie częstości tych zakażeń w grupie osób uzależnionych oraz ich leczenie ma korzystny wpływ również na sytuację zdrowotną populacji ogólnej. Możliwość zapobiegania i wczesnego leczenia różnych schorzeń (np. zakażenia HIV) u pacjentów programów substytucyjnych zmniejsza nakłady na leczenie powikłań i późnych stadiów tych chorób (np. AIDS). Dobrze funkcjonujące programy substytucyjne wpływają na ograniczenie rynku narkotykowego w miejscu swego działania (brak popytu na narkotyki zmniejsza ich podaż), a tym samym na zmniejszenie częstości różnego rodzaju aktywności kryminalnej, która jest nierozzerwalnie związana z narkomanią (handel narkotykami, kradzieże, prostytutka, rozboje, napady, zabójstwa). Według danych National Institute on Drug Abuse, każdy 1 dolar przeznaczony na leczenie metadonem przynosi 7 dolarów oszczędności kosztów związanych z działaniami kryminalnymi. A jeśli doliczy się koszty opieki zdrowotnej, stosunek uzyskanych oszczędności w wydatkach publicznych do poniesionych kosztów wynosi 12:1.

Przypisy

¹ Pierwodruk: „Budowanie lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii. Podręcznik dla JST”, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018.

Celem artykułu jest analiza wpływu programu „Candis” na utrzymywanie motywacji do terapii i gotowość do zmiany, stan zdrowia psychicznego i fizycznego, funkcjonowanie społeczne oraz na zasoby osobiste, społeczne i finansowe wspierające proces zdrowienia.

EWALUACJA PROGRAMU CANDIS – WYNIKI BADAŃ ILOŚCIOWYCH

Łukasz Wieczorek

Katarzyna Dąbrowska

Janusz Sierośławski

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Program „Candis” to zindywidualizowany, krótkoterminowy program terapeutyczny przeznaczony dla osób powyżej 16. roku życia, które chcą ograniczyć używanie konopi lub w ogóle z nich zrezygnować.

Założenia programu oparte są na dialogu motywującym, opracowanym przez amerykańskich psychologów Millera i Rollnicka (2002), oraz na podejściu behawioralno-poznawczym. Dialog motywujący to raczej filozofia pracy z pacjentem niż metoda terapii. W tym podejściu pacjent traktowany jest podmiotowo, a rola terapeuty polega na wzmocnieniu w pacjencie gotowości do zmiany oraz rozpoznaniu jego zasobów psychicznych i społecznych. To pacjent decyduje, przy wsparciu terapeuty, o celach leczenia. Z kolei metody behawioralno-poznawcze odwołują się do założenia, że w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych istotną rolę odgrywa proces „uczenia się”. Dlatego w terapii ważne jest, aby pacjent rozpoznał te mechanizmy, które w jego przypadku doprowadziły do uzależnienia oraz nabył umiejętności radzenia sobie z problemami w inny sposób, nie wymagający sięgania po substancje psychoaktywne. „Cele terapii »Candis«” to:

- rozpoznanie swoich problemów związanych z używaniem konopi,
- zaakceptowanie terapii i regularne uczestniczenie w leczeniu,
- dążenie do abstynencji lub redukcji używania jako najważniejszego celu leczenia,
- całkowite zaprzestanie lub ograniczenie używania konopi,
- pozostawanie w abstynencji przy zastosowaniu działań profilaktycznych zapobiegających nawrotom,
- nauczenie się adekwatnego i skutecznego rozwiązywania problemów psychologicznych i społecznych”.

Materiał i metoda

Prezentowane wyniki zostały opracowane na podstawie ewaluacji programu „Candis”, przeprowadzonej na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii sfinansowanej z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

W ramach ewaluacji wykorzystano metody ilościowe i jakościowe. Prezentowany materiał pochodzi z badań ilościowych.

Dobór uczestników do badania był celowy (*purposive sampling*). Jego istotą jest to, że próbę stanowią respondenci, którzy według badacza dostarczają pełnych i wyczerpujących informacji z punktu widzenia postawionych celów badania. Prowadzący badanie dobiera uczestników na podstawie ogólnej znajomości badanego zjawiska (Wasilewska, 2008). Z uwagi na zasięg programu badanie było prowadzone w całej Polsce.

Wśród uczestników programu „Candis” wyróżniono dwie grupy. W każdej grupie przeprowadzono dwa pomiary:

1. W pierwszej grupie pomiar został dokonany na początku programu (pre-test) i w momencie jego zakończenia (post-test).
2. W drugiej grupie pomiar został dokonany na końcu programu (post-test) i po trzech miesiącach od momentu jego ukończenia (follow-up). Na zakończenie programu uczestnicy byli również pytani o ich sytuację „wyjściową” w zakresie przyjmowania substancji i doświadczanych problemów – metoda retrospekcji (pre-test ex post).

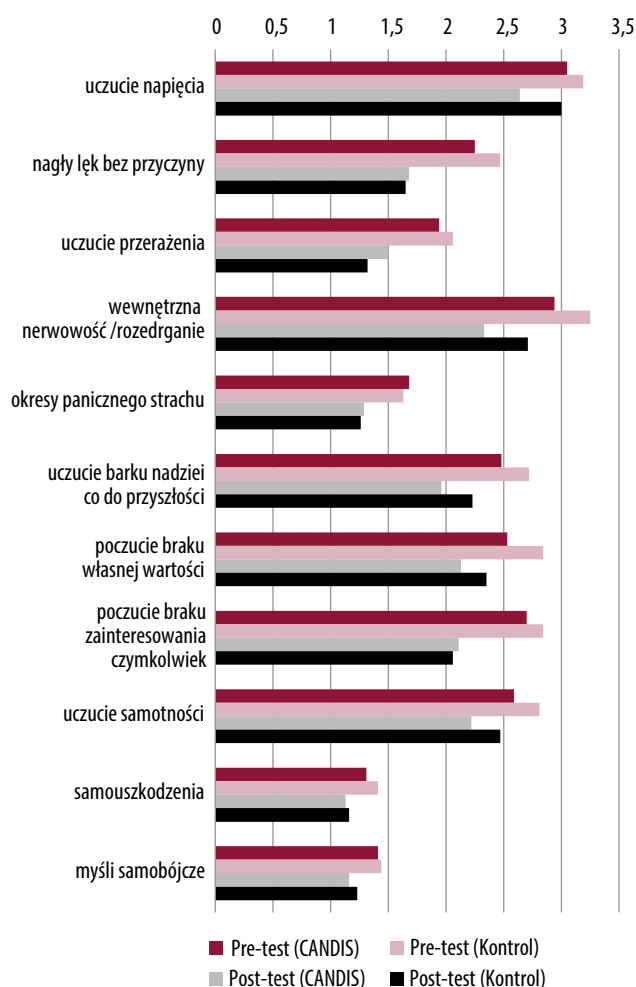
Grupę kontrolną stanowili użytkownicy marihuany, którzy podjęli leczenie w innych programach niż „Candis”. W tej grupie przeprowadzono dwa pomiary: pre-test w momencie zgłoszenia do placówki i post-test

po trzech miesiącach od zgłoszenia. W grupie kontrolnej nie prowadzono pomiaru po trzech miesiącach od zakończenia leczenia (follow-up).

Przyjęcie takiego schematu badania było związane z krótkim okresem realizacji projektu. Mimo swoich ograniczeń, jego atutem było to, że pozwolił on na dotarcie do użytkowników będących na różnych etapach leczenia, jak również do osób, które podjęły inne formy leczenia niż program „Candis”.

W badaniach ilościowych zostały wykorzystane ankiety, które były wypełniane przez respondentów. W ankiecie znalazły się pytania dotyczące między innymi wzorów używania różnych substancji psychoaktywnych (kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w ostatnich 30 dniach), historii leczenia, gotowości do zmian w życiu, sytuacji zdrowotnej, funkcjonowania społecznego. Do badań wykorzystano również istniejące kwestionariusze:

Wykres 1. Porównanie stanu zdrowia psychicznego badanych w momencie wejścia do programu i jego ukończenia w grupie „Candis” i grupie kontrolnej.



1. pytania odnoszące się do gotowości do zmiany pochodziły z kwestionariusza gotowości do zmiany autorstwa Heather i współ. (1991),
2. pytania odnoszące się do sytuacji zdrowotnej oraz funkcjonowania społecznego pochodziły z kwestionariusza MAP (*Maudsley Addiction Profile*) (Hornowska, 2006),
3. pytania odnoszące się do zasobów zostały zainspirowane kwestionariuszem *The questionnaire about the process of recovery*, autorstwa Neil i współ. (2009),
4. pytania odnoszące się do postrzegania leczenia pochodziły z kwestionariusza percepcji leczenia (*Treatment Perceptions Questionnaire – TPQ*) autorstwa Marsden i współ. (1998).

Oprócz tego we wszystkich ankietach zebrano podstawowe dane socjodemograficzne, takie jak wiek, płeć, sytuacja mieszkaniowa, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa, źródła utrzymania.

Na prowadzenie badań terenowych otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej (nr 16/2017), działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Wyniki

Materiał badawczy

W tabeli 1 zestawiono liczebności w poszczególnych grupach. Pierwsza grupa, licząca 80 osób, to pacjenci, w przypadku których bez żadnych wątpliwości połączono dane z pre-testu i post-testu. Analiza tych danych pozwoliła odpowiedzieć na pytanie o efekty programu obserwowane w momencie sfinalizowania leczenia.

Druga grupa to 29 badanych, dla których udało się połączyć dane z post-testu z danymi z badania po ok. 3 miesiącach od zakończenia leczenia (follow-up). Na ich podstawie omówiono odroczony efekt leczenia.

Tabela 1. Grupy sformowane do analiz.

Grupy sformowane do analiz	Liczba respondentów
CANDIS: pre-test połączony z post-testem	80
CANDIS: post-test połączony z follow-up	29
CANDIS: post-test obejmujący obie grupy z post-testem	170
Grupa kontrolna: pre-test połączony z post-testem	32

Na trzecia grupę, liczącą 170 osób, składają się badani, którzy wypełnili post-test, niezależnie od tego, czy uczestniczyli wcześniej w pre-teście, czy też nie. Analiza tak sformowanej grupy pozwoliła odpowiedzieć na pytania o ocenę realizacji programu w opiniach pacjentów.

Oczekiwane rezultaty leczenia

Badani, podejmując leczenie, formułowali różne oczekiwania co do jego rezultatów, niezależnie od celów stawianych przez program terapeutyczny. Zgodnie z przewidywaniami, pacjenci programu „Candis” najczęściej jako cel leczenia wybierali ograniczanie używania przetworów konopi (60,8%), zaś pacjenci z grupy kontrolnej abstynencję od przetworów konopi (64,5%). Z kolei w grupie kontrolnej znacznie częściej niż w grupie respondentów z programu „Candis” badani przyjmowali za cel utrzymywanie abstynencji od innych substancji – odpowiednio 41,9% i 24,4%. W grupie kontrolnej znacznie częściej niż w grupie „Candis” wskazywano na poprawę relacji z rodziną

Tabela 2. Oczekiwane rezultaty (osiągnięcia) leczenia – można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź (odsetek badanych).

	Grupa „Candis”	Grupa kontrolna
1. ograniczenie używania przetworów konopi	60,8	41,9
2. ograniczenie używania innych substancji	15,2	9,7
3. abstynencja od przetworów konopi	48,1	64,5
4. abstynencja od innych substancji	24,4	41,9
5. poprawa relacji z rodziną	47,4	58,1
6. poprawa relacji z przyjaciółmi	21,8	32,3
7. poprawa funkcjonowania w pracy/w szkole	33,3	35,5
8. poprawa stanu zdrowia somatycznego	23,1	22,6
9. poprawa stanu zdrowia psychicznego	47,4	41,9
10. uniknięcie konsekwencji prawnych	28,2	25,8

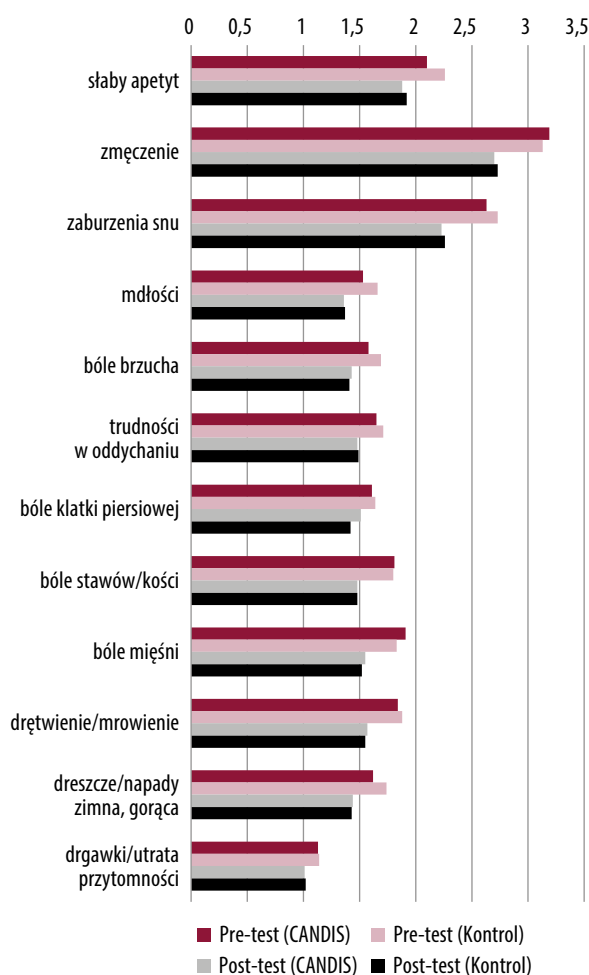
oraz z przyjaciółmi jako oczekiwany rezultat leczenia. Z kolei respondenci uczestniczący w programie „Candis” częściej oczekiwali poprawy stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz uniknięcia konsekwencji prawnych.

Porównanie wyników uzyskanych w pre-teście oraz w post-teście

Stan zdrowia psychicznego i fizycznego

Jako jedną z miar efektów programu przyjęto zmianę w odpowiedziach na pytania o symptomy problemów psychicznych. Występowanie każdego z 10 symptomów oceniane było przez badanych w pre-teście oraz w post-teście na pięciostopniowej skali częstotliwości ich występowania, od nigdy (1) do zawsze (5). Wyniki w postaci średnich zestawiono na wykresie 1.

Wykres 2. Porównanie stanu zdrowia fizycznego badanych w momencie wejścia do programu i jego ukończenia w grupie „Candis” i grupie kontrolnej.



W przypadku każdego z symptomów obserwujemy w post-teście niższe średnie niż w pre-teście. Wszystkie różnice między wynikami w pierwszym pomiarze i w powtórny są istotne statystycznie. Oznacza to, iż częstotliwość każdego z symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego wedle ocen respondentów uległa zmniejszeniu. Największą względną poprawę zaobserwowano w przypadku napadów nagłego lęku bez przyczyny oraz okresów panicznego strachu.

W grupie kontrolnej również zaobserwowano spadek wszystkich symptomów. Jednak w przypadku uczucia napięcia, uczucia samotności oraz myśli samobójczych spadek ten nie jest istotny statystycznie, co wynika zapewne ze znacznie mniejszej liczebności próby. W grupie kontrolnej największe względne spadki odnotowano w przypadku nagłego lęku bez przyczyny oraz uczucia braku nadziei co do przyszłości.

Analogiczna pięciostopniowa skala posłużyła do oceny występowania objawów zaburzeń zdrowia fizycznego. Wyniki w postaci średnich uzyskane w pre-teście i post-teście prezentuje wykres 2. W przypadku wszystkich objawów w drugim pomiarze uzyskano niższe średnie częstości występowania. Jednak nie wszystkie różnice

są na tyle znaczne, aby uzyskać istotność statystyczną. Istotną poprawę wśród pacjentów programu „Candis” uzyskano w przypadku następujących objawów: zmęczenie, zaburzenia snu, bóle stawów/kości, bóle mięśni, drętwienie/mrowienie, drgawki/utrata przytomności. Zestawienie zmian w grupie „Candis” ze zmianami w grupie kontrolnej sugeruje, iż podobnie jak przy ocenach zdrowia psychicznego, w obu grupach nastąpiło zmniejszenie częstotliwości występowania symptomów zaburzeń. W grupie kontrolnej różnice istotne statystycznie występują częściowo przy tych samych objawach, co w grupie „Candis”, częściowo zaś przy innych. Te z istotnymi różnicami to: słaby apetyt, zaburzenia snu, mdłości, bóle brzucha, bóle klatki piersiowej, drętwienie/mrowienie oraz dreszcze/napady zimna, gorąca. Największy spadek częstotliwości symptomów według deklaracji respondentów z tej grupy dotyczy bólów klatki piersiowej oraz dreszczy/napadów zimna, gorąca.

Zmiany w funkcjonowaniu społecznym

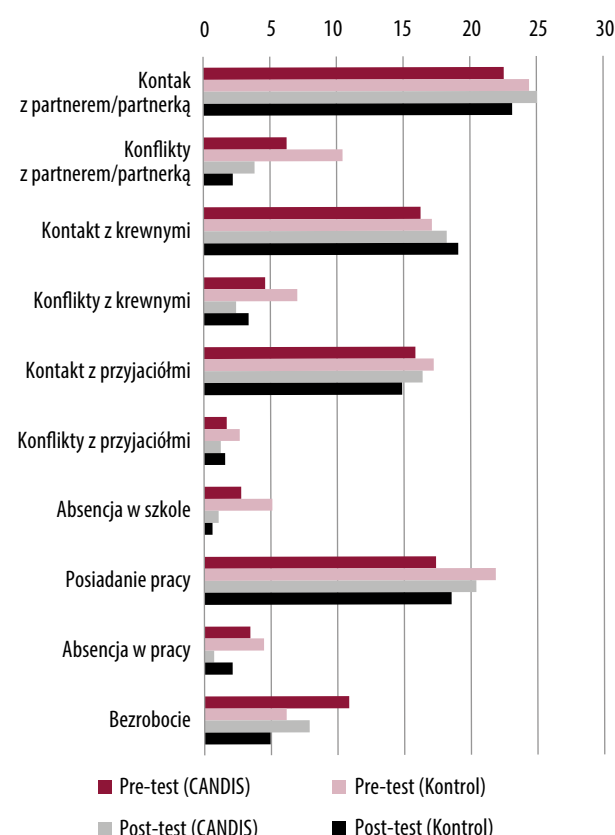
Funkcjonowanie społeczne przed podjęciem leczenia w programie „Candis” oraz po jego ukończeniu badano, pytając o liczbę dni w czasie ostatnich 30 dni, w których badany doświadczał pozytywnych bądź negatywnych przejawów funkcjonowania społecznego. Na wykresie 3 zaprezentowano średnie liczby dni z pozytywnymi i negatywnymi doświadczeniami odnotowane w pierwszym i drugim pomiarze.

W grupie pacjentów leczących się w programie „Candis” w przypadku wszystkich analizowanych doświadczeń negatywnych nastąpiło zmniejszenie częstotliwości, zaś w przypadku wszystkich pozytywnych – zwiększenie. Istotne statystycznie zmiany odnotowano w przypadku liczby dni z konfliktami zarówno z najbliższymi, jak i w gronie dalszej rodziny. W sposób istotny statystycznie zwiększyła się liczba dni, podczas których respondenci wykonywali pracę oraz zmniejszyła się liczba dni na bezrobociu.

W grupie kontrolnej spotykamy więcej różnic istotnych statystycznie. Dotyczą one wszystkich wskaźników poza trzema, tj. utrzymywania kontaktów z partnerem lub partnerką, kontaktów z krewnymi oraz pozostawaniu na bezrobociu.

W przypadku niektórych wskaźników funkcjonowania społecznego obserwujemy odmienne tendencje

Wykres 3. Funkcjonowanie społeczne wg pre-testu i post-testu w grupie „Candis” i grupie kontrolnej.



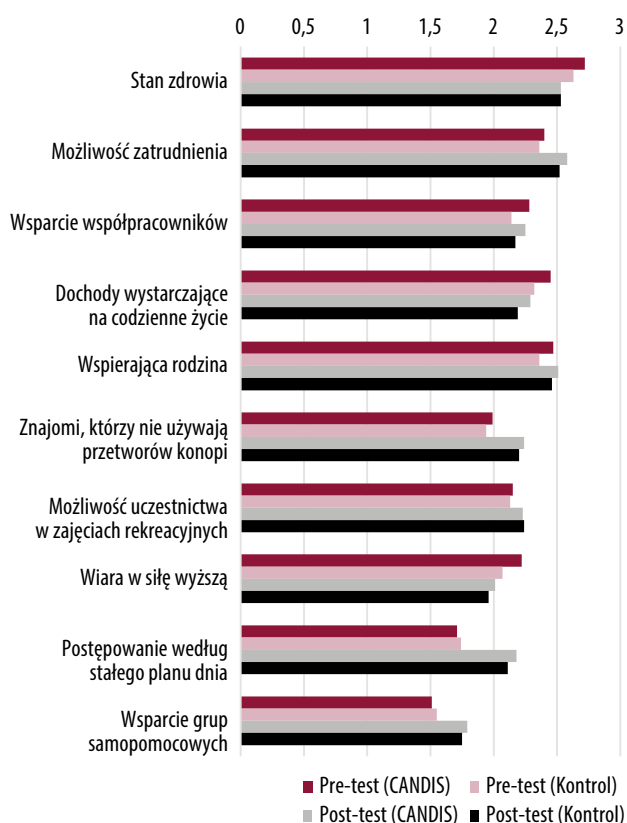
w grupie „Candis” i grupie kontrolnej. W tej pierwszej zwiększyła się średnia liczba kontaktów z partnerem lub partnerką, podczas gdy w tej drugiej spadała. Podobnie jest w przypadku kontaktów z przyjaciółmi oraz absencji w pracy lub szkole. Trzeba tu jednak wprowadzić zastrzeżenie, iż nie wszystkie te zmiany są istotne statystycznie.

W sumie wydaje się, iż w grupie pacjentów programu „Candis” korzystne zmiany lokują się w obszarze konfliktów oraz zatrudnienia. Z kolei w grupie kontrolnej obserwuje się pogorszenie w obszarze posiadania pracy, natomiast poprawa nastąpiła w zakresie absencji w szkole i w pracy.

W badaniu proszono również o ocenę zasobów osobistych, społecznych oraz finansowych, które mogą wspierać proces zdrowienia. Oceny dokonywane były na trzystopniowej skali od złej oceny (1) do dobrej oceny (3). Średnie ocen z pre-testu i post-testu zestawiono na wykresie 4.

W grupie respondentów uczestniczących w programie „Candis”, spośród dziesięciu zasobów zmiany istotne statystycznie zaobserwowano w przypadku czterech.

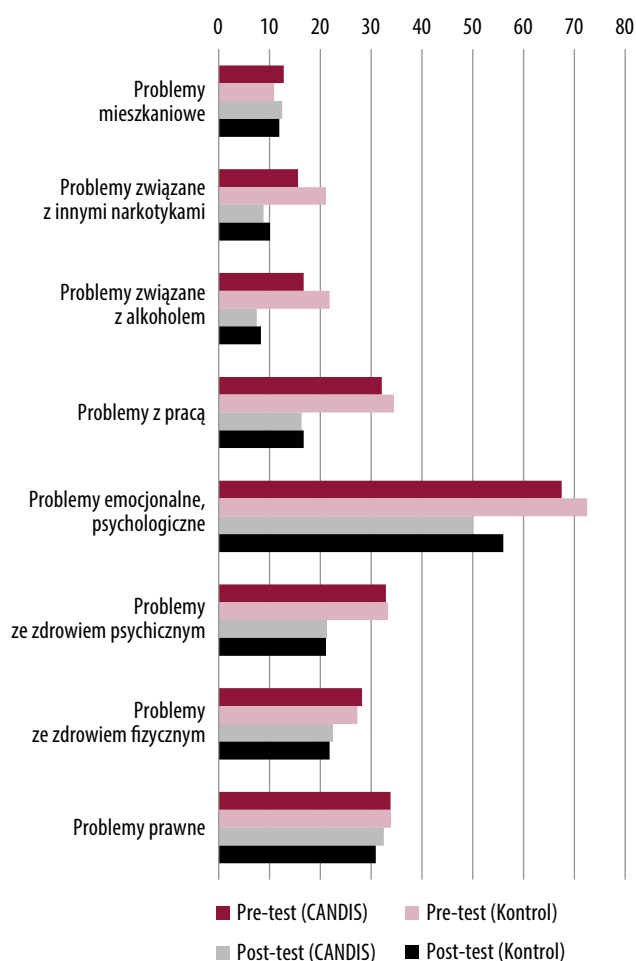
Wykres 4. Zasoby osobiste, społeczne oraz finansowe wspierające proces zdrowienia – wyniki pre-testu i post-testu w grupie „Candis” i grupie kontrolnej.



Znacząco zwiększyły się: możliwość zatrudnienia, posiadanie znajomych, którzy nie używają przetworów konopi, postępowanie według stałego planu dnia oraz wsparcie grup samopomocowych. Porównanie zmian w grupie „Candis” ze zmianami w grupie kontrolnej ujawnia podobne tendencje w obu grupach.

Badani byli też proszeni o wybranie problemów, z którymi borykają się obecnie. Jak wynika z danych zamieszczonych na wykresie 5, w drugim pomiarze respondenci rzadziej niż w pierwszym pomiarze wymieniali: problemy emocjonalne i psychologiczne, problemy związane z innymi narkotykami i z alkoholem oraz problemy związane z pracą. Podobny kierunek zmian w zakresie problemów doświadczanych przez badanych przed i po leczeniu zaobserwowano także w grupie kontrolnej.

Wykres 5. Problemy, z jakimi borykają się respondenci – wyniki pre-testu i post-testu w grupie „Candis” i grupie kontrolnej.



Porównanie wyników uzyskanych w post-teście oraz follow-up

Stan zdrowia psychicznego i fizycznego

Dane zaprezentowane na wykresie 6 przekonują, iż wszystkie symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego są w istotny statystycznie sposób niższe w follow-up niż w post-teście. Jedynym wyjątkiem są samouszkodzenia, które już w post-teście były na bardzo niskim poziomie. W ich przypadku także odnotowuje się spadek, ale nie jest on istotny statystycznie. Warto zauważyć, iż w przypadku większości objawów spadek jest większy niż odnotowany wcześniej między pre-testem a post-testem. Porównanie stanu zdrowia fizycznego dokonane na wykresie 7 wskazuje na silny spadek częstości występowania większości symptomów. Brak statystycznie

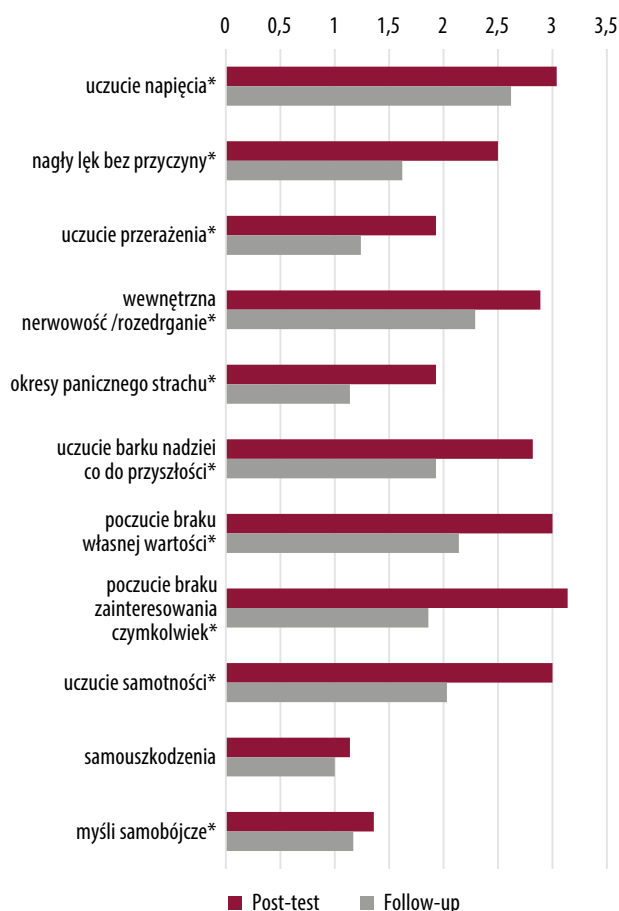
istotnych różnic odnosi się tylko do słabego apetytu, zmęczenia oraz drgawek lub utraty przytomności. Tu także w przypadku większości objawów spadek jest większy niż odnotowany wcześniej między pre-testem a post-testem.

Analiza porównawcza wyników uzyskanych w post-teście i follow-up oznacza, iż obserwowane wcześniej pozytywne efekty programu w zakresie zdrowia psychicznego oraz fizycznego po trzech miesiącach nie tylko utrzymują się, ale ulegają dalszemu wzmocnieniu.

Zmiany w funkcjonowaniu społecznym

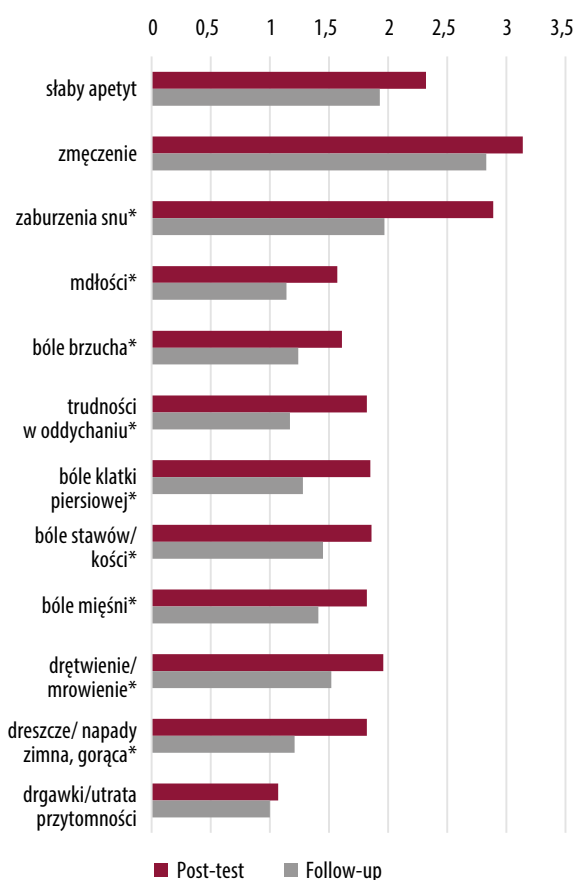
Porównując wyniki uzyskane w pomiarze na etapie post-testu i follow up, także w tym obszarze można zaobserwować utrzymanie pozytywnego efektu programu po trzech miesiącach od jego ukończenia. Dodatkowo

Wykres 6. Porównanie stanu zdrowia psychicznego badanych w momencie ukończenia programu oraz po trzech miesiącach.



* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05 (test t dla par związanych).

Wykres 7. Porównanie stanu zdrowia fizycznego badanych w momencie ukończenia programu oraz po trzech miesiącach.



* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05 (test t dla par związanych).

w zakresie kontaktów towarzyskich nastąpiło istotne statystycznie polepszenie, nie notowane przy porównaniu pre-testu z post-testem.

Także w obszarze zasobów osobistych, społecznych i finansowych wspierających proces zdrowienia można zaobserwować ich wzrost. W sposób istotny statystycznie wzrosły takie zasoby, jak możliwość zatrudnienia, wsparcie współpracowników, znajomi, którzy nie używają przetworów konopi oraz postępowanie według stałego planu dania.

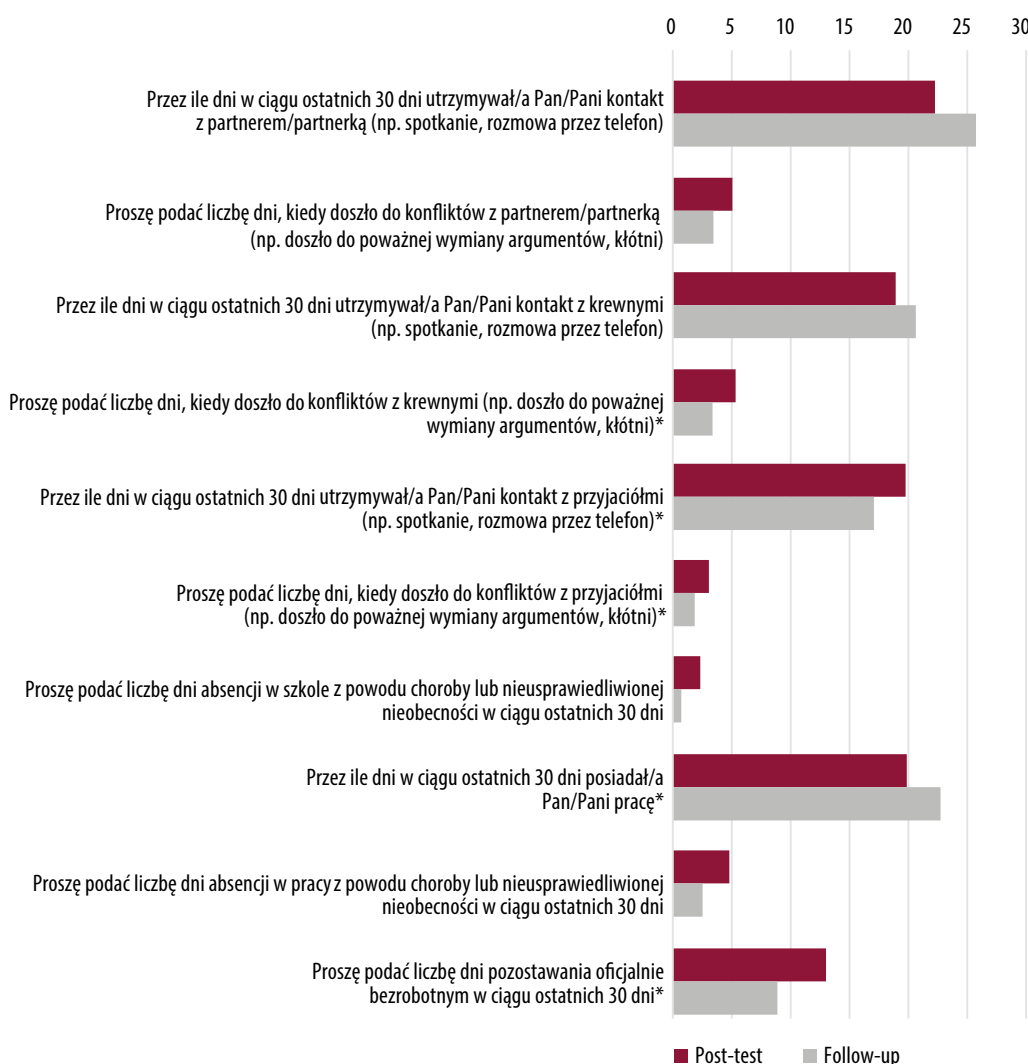
Po trzech miesiącach od ukończenia programu badani borykają się z mniejszą liczbą problemów niż w momencie jego ukończenia. Wyraźnie spadła liczba badanych, którzy mają problemy z pracą, problemy psychologiczne lub emocjonalne, problemy ze zdrowiem psychicznym oraz fizycznym. Mniej badanych ma też problemy prawne. Trzeba podkreślić, iż w tym ostatnim przypadku

nie notowano różnic między pre-testem a post-testem. Wydaje się zatem, iż ten efekt programu ma charakter odroczony, ujawnia się dopiero po pewnym czasie od ukończenia programu.

Podsumowanie

Przedstawione wyniki pochodzą z pierwszej ewaluacji programu „Candis” przeprowadzonej w Polsce. Porównanie wyników pre-testu i post-testu w grupie pacjentów uczestniczących w programie „Candis” sugeruje poprawę zdrowia psychicznego, zwłaszcza ograniczenie zaburzeń lękowych. Uczestnictwo w programie przyczynia się także do ograniczenia występowania symptomów zaburzeń zdrowia fizycznego, a także poprawę funkcjonowania społecznego oraz zasobów sprzyjających leczeniu. Również w grupie kontrolnej odnotowano poprawę

Wykres 8. Funkcjonowanie społeczne wg post-testu i follow-up.



* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05 (test t dla par związanych).

wszystkich wskaźników. Porównanie wyników post-testu i trzymiesięcznego follow-up w grupie pacjentów programu „Candis” sugeruje nie tylko stabilizację wyników uzyskanych w post-teście, ale w wielu wymiarach dalszą ich poprawę.

Mimo różnego rodzaju ograniczeń badania (krótki czas realizacji ewaluacji, skomplikowany schemat badania, wydawanie ankiet przez realizatorów) wyniki pokazują, że program „Candis” ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne jego uczestników. Cieszy, że zarówno wyniki ewaluacji funkcjonowania „Candis”, jak i programów nieukierunkowanych specyficznie na problem konopi realizowanych w poradniach przyniosły pozytywne rezultaty, gdyż programy te kierowane są do nieco innej grupy odbiorców.

Prowadzenie ewaluacji programu w przyszłości pozwoli na monitorowanie jego skuteczności oraz kontrolę jakości prowadzonych oddziaływań.

Wykres 9. Zasoby osobiste, społeczne oraz finansowe wspierające proces zdrowienia – wyniki post-testu i follow-up.



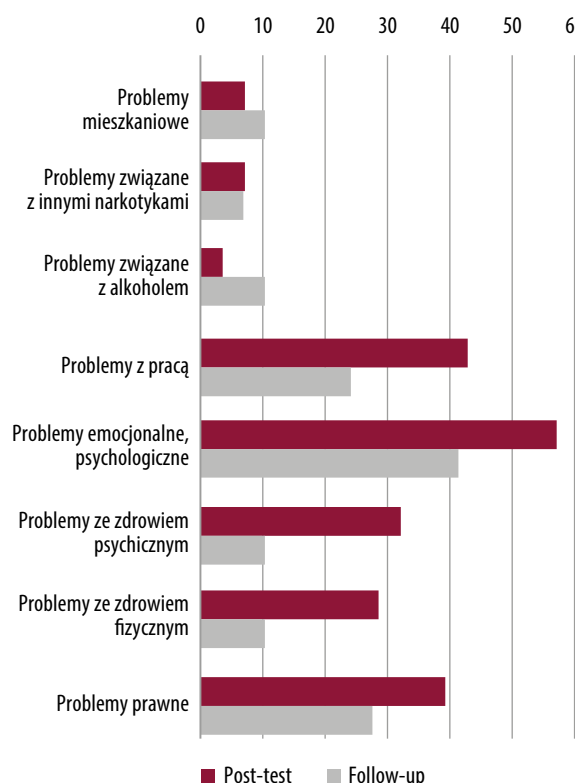
* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05 (test t dla par związanych).

Badanie zostało sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia (umowa numer: 74/H1/MK/2017).

Bibliografia

- Heather N., Gold R., Rollnick S., „Readiness to Change Questionnaire: User's Manual” technical Report 15. Kensington, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1991.
- Hornowska A., „Kwestionariusz MAP (Maudsley Addiction Profile) i jego wykorzystanie w obszarze uzależnień”, Serwis Informacyjny Narkomania, 2 (33), 2006.
- Marsden J., Bacchus L., Stewart D. Griffiths P. Clarke K., Gossop M. & Strang J., „The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ): A brief questionnaire for assessing service satisfaction (unpublished manuscript)”, National Addiction Centre, London 1998.
- Miller W., Rollnick S., „Motivational Interviewing: Preparing People for Change”. Guilford Press, 2002.
- Neil S.T., Kilbride M., Pitt L., Welford M., Nothard S., Sellwood W. & Morrison A.P., „The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR): A research instrument developed in collaboration with service users”, Psychosis, 1, 2009, DOI: 10.1080/17522430902913450.
- Wasilewska E., „Statystyka opisowa nie tylko dla socjologów”, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008.
- strona internetowa CANDIS: <http://www.Candisprogram.pl/>

Wykres 10. Problemy, z jakimi borykają się respondenci – wyniki post-testu i follow-up.



W czasie tegorocznej konferencji¹ dla jednostek samorządu terytorialnego jedna z sesji dotyczyła problematyki narkotyków i „dopalaczy” w krajach bałtyckich. Mimo że wobec Litwy, Łotwy oraz Estonii stosowane jest jedno określenie – kraje bałtyckie, to jednak państwa te różnią się od siebie pod względem wielu czynników, w tym również sytuacji w obszarze narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych.

PROBLEM NARKOTYKÓW ORAZ NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W KRAJACH BAŁTYCKICH

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Używanie narkotyków na Łotwie

Prelegentka z Łotwy² przedstawiła najnowsze dane dotyczące sytuacji w tym kraju. Według ostatnich badań skala używania narkotyków w 2015 roku wśród osób w wieku 15-64 lata wyniosła na Łotwie 23% i był to wskaźnik niższy o 5 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2007 (28%). Wskaźnik aktualnego używania narkotyków (w ciągu ostatniego roku) to 4,6%. Wśród młodych dorosłych (15-34 lata) odsetki rozpowszechnienia używania narkotyków były niższe niż w całej populacji badanych osób i wyniosły 11% w 2015 roku i 16% w 2007 roku. Skala używania narkotyków jest o wiele wyższa w wybranych grupach niż w całym społeczeństwie, dlatego też na Łotwie prowadzone są badania w określonych grupach, które mogą być adresatami konkretnych działań z zakresu redukcji popytu. Z badań przeprowadzonych w 2016 roku wśród osób uczestniczących w imprezach w klubach i dyskotekach wynika, że 60% respondentów z tej grupy używało narkotyków kiedykolwiek w życiu. Wśród badanych dominowały marihuana (57%), syntetyczne kannabinoidy „spice” (12%) i amfetamina 12%. W grupie młodzieży odnotowujemy niższe wskaźniki niż w populacji generalnej: 19% badanych w szkołach używało różnych nielegalnych substancji psychoaktywnych. Podobnie jak w przypadku badań wśród uczestników klubów i dyskotek najbardziej popularnymi substancjami była marihuana (17%) i syntetyczne kannabinoidy „spice” (9,5%), na trzecim miejscu znalazło się LSD (3,7%). Spice to nazwa „dopalaczy”, które były sprzedawane jako mieszanka ziołowa zawierająca syntetyczne kannabinoidy. Przedstawione wyniki pochodzą z badania ESPAD, prze-

prowadzonego wśród młodzieży szkolnej w wieku 15-16 lat w 2015 roku³. Sytuację na Łotwie można porównać do innych krajów bałtyckich, ponieważ w nich również zostały przeprowadzone badania ESPAD.

Rok wcześniej zostały przeprowadzone na Łotwie badania wśród osób osadzonych w więzieniach. Do używania narkotyków w tej grupie przyznało się 69% osób. Najbardziej popularną substancją była marihuana, którą używało 63% badanych, na kolejnych miejscach znalazły się amfetamina (46%) oraz leki uspokajające i przeciwbólowe (39%).

Problemy związane z używaniem narkotyków na Łotwie

Łotwa stosuje wiele wskaźników pozwalających na opisanie problemów związanych z używaniem narkotyków. Według ostatniego oszacowania z 2017 roku na Łotwie było około 13 305 problemowych użytkowników narkotyków (wskaźnik 10,3 osoby na 1000 mieszkańców). Wyższe wskaźniki w UE odnotowała tylko Portugalia ze wskaźnikiem 10,7 osób na 1000 mieszkańców. Na Łotwie przeprowadzono również szacowanie liczby osób używających narkotyków w zastrzykach. W 2017 roku odnotowano około 7700 iniekcyjnych użytkowników narkotyków i był to spadek w stosunku do 2011 roku (10 034). Analizując skalę problemów związanych z używaniem narkotyków, w 2017 roku odnotowano 18 zgonów z powodu narkotyków, czyli taką samą liczbę jak w 2016 roku, a liczba nowych osób zakażonych wirusem HIV wyniosła 62 (spadek z 88 przypadków w 2015 roku). Leczenie na Łotwie było spowodowane najczęściej używaniem heroiny (42%), na drugim miejscu

była marihuana (22%), a na trzecim amfetaminy (16%). W 2017 roku odnotowano rekordową liczbę interwencji medycznych z powodu użycia narkotyków. W tym roku doszło do około 4000 interwencji, w przypadku 2780 osób zatrucia były spowodowane opiatami.

Rynek narkotykowy na Łotwie

W 2016 roku wykryto niewielkie laboratorium produkujące metamfetaminę na Łotwie. Metamfetamina jest substancją, która obok amfetaminy jest najbardziej popularnym stymulantem na Łotwie. W 2016 roku zabezpieczono 16,7 kg metamfetaminy i 1,7 kg amfetaminy. Najwięcej zabezpieczono jednak kokainy, bo aż 33,7 kg. Największe konfiskaty odnotowano w przypadku marihuany 44,4 kg. Liczba wykrytych miejsc, gdzie uprawiane były konopie indyjskie, bardzo wzrosła w latach 2011–2016, ale liczba roślin zniszczonych w ostatnich latach znacznie się zmniejszyła, biorąc pod uwagę niewielki rozmiar tych miejsc. Dane z organów ścigania wskazują na szereg nielegalnych szlaków przemytu narkotyków. Syntetyczne środki stymulujące (amfetamina, metamfetamina, MDMA/ecstasy) są dostarczane na Łotwę z Litwy, Holandii, Belgii i Niemiec, do konsumpcji krajowej i do dalszej dystrybucji do sąsiednich krajów skandynawskich. Marihuana jest importowana z Holandii, Wielkiej Brytanii i Niemiec, a haszysz, pochodzący z Afryki Północnej, trafia na Łotwę z innych krajów UE, zwykle w drodze do Rosji. Kokaina, pochodząca z Ameryki Południowej, dociera na Łotwę z innych krajów europejskich drogą lądową, lotniczą lub pocztową. Heroina przybywa na Łotwę głównie drogą lądową z Rosji i Białorusi, nowe substancje psychoaktywne z Azji. Ogólnie można powiedzieć, że nielegalne narkotyki są przemycane przez łotewską granicę drogą lądową, różnymi rodzajami pojazdów, koleją, a także drogą powietrzną i przez porty morskie. Istnieją dowody na to, że nielegalne substancje są coraz częściej przesyłane pocztą lub w ramach dostaw kurierskich.

Nowe substancje psychoaktywne na Łotwie

Analizując sytuację na Łotwie, warto odnieść się do problemu nowych substancji psychoaktywnych, ponieważ Łotwa była w grupie kilku krajów z mocną

rozbudowaną siecią sprzedaży tego typu substancji. W przeciwieństwie do innych krajów bałtyckich na Łotwie powstało wiele sklepów sprzedających tego typu substancje. Kraj ten rozpoczął walkę z „dopalaczami” od wprowadzenia rozwiązań z zakresu prawa generycznego w 2013 roku (17 grup substancji) i wprowadzenia czasowej kontroli nowych substancji pojawiających się na rynku. Podobnie jak w Polsce, zastosowano też prawo administracyjne. Na podstawie decyzji łotewskiego Focal Pointa NSP obejmowane były czasową kontrolą nawet w ciągu kilku dni. Za złamanie czasowego zakazu groziły kary finansowe. Sprzedawcy ignorowali czasowy zakaz sprzedaży NSP, i podobnie jak w Polsce, nie płacili nakładanych na nich kar. W związku z rozwojem rynku NSP i wzrostem zgonów z powodu NSP w kwietniu 2014 roku wprowadzono nowe przepisy, nakładając odpowiedzialność karną za naruszenie tymczasowego zakazu sprzedaży nowych substancji psychoaktywnych, co pozwoliło na zamknięcie sklepów i zmniejszenie problemów zdrowotnych. W 2014 roku odnotowano rekordową liczbę zabezpieczonych nowych substancji psychoaktywnych – 1379, która w następnych latach się zmniejszyła (tabela 1).

Używanie narkotyków w Estonii

Wyniki badania w populacji generalnej w Estonii odnotowują używanie narkotyków na poziomie 13,6% w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15-34 lata (dane z 2008 roku). Najbardziej popularną substancją według tych badań jest marihuana (13,6% używających) (ostatni rok populacja 15-34 lata). Nie jest zatem zaskakujące, że najbardziej rozpowszechnioną substancją wśród młodzieży jest również marihuana, której wskaźnik z badań ESPAD 2015 był wyższy od średniej badania ESPAD 2015. 25% badanych uczniów w Estonii deklarowało używanie marihuany (średnia ESPAD dla wszystkich krajów biorących udział w projekcie wyniosła 16%), a na drugim miejscu były

Tabela 1. Liczba zabezpieczeń NSP w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania.

Rok	Estonia	Litwa	Łotwa
2014	134	132	1379
2015	194	252	643
2016	688	439	467
2017	218	426	371

środki wziewne z odsetkiem 13% (średnia badania 7%). Wyniki badania ESPAD wskazują na najwyższe obok Polski wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych w Europie przez estońską młodzież.

Problemy związane z używaniem narkotyków w Estonii

Estonia ma najwyższy wskaźnik zgonów z powodu narkotyków w Europie, w szczególności z powodu używania fentanyli. W 2016 roku odnotowano 114 zgonów, co daje wskaźnik 9,06 przypadków na 100 tys. mieszkańców. W 2015 roku liczba zgonów wyniosła 88, ale w 2014 była większa – 98 osób. Rekordowym rokiem był 2012 z 170 zgonami. W przypadku zakażeń HIV z powodu iniekcyjnego przyjmowania narkotyków w Estonii odnotowywany jest trend spadkowy. W 2016 roku zarejestrowano 30 nowych zakażeń, a w 2014 roku 67. W rekordowym roku 2010 było 118 zakażeń. Dla 2016 roku wskaźnik zakażeń wynosi 30 przypadków na milion mieszkańców. Popularność opioidów ma swoje odbicie w danych dotyczących zgłaszalności do leczenia: 93% osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków zgłasza używanie opioidów jako najbardziej problemową substancję, na drugim miejscu są amfetaminy (4%). Estonia nie posiada informacji na temat szacunkowej liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków, jednak dane dotyczące osób podejmujących leczenie pokazują, że jest to grupa dominująca wśród osób często sięgających po narkotyki. 69% osób podejmujących leczenie z powodu opioidów przyjmowało je w iniekcjach. O skali używania iniekcyjnego w Estonii, jak również zasięgu działań z zakresu redukcji szkód, świadczy liczba rozdane go sprzętu do iniekcji. W ramach programów wymiany igieł i strzykawek w 2016 roku rozdano ponad 2 mln strzykawek.

Tabela 2. Przypadki zdiagnozowanego zakażenia HIV związane z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcji (ECDC) w 2016 roku.

Kraj	Liczba przypadków na milion osób – wskaźnik	Liczba przypadków
Estonia	22,8	30
Łotwa	31,5	62
Litwa	28,7	83

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018).

Estoński rynek narkotykowy

Estonia jest głównie uważana za kraj tranzytowy dla przemytu nielegalnych substancji do krajów skandynawskich i Rosji. W Estonii produkuje się amfetaminę i gamma-hydroksymaślan (GHB), a także uprawia się konopie, choć w bardzo małych ilościach. Zorganizowane grupy przestępcze nadal odgrywają istotną rolę, w ostatnich latach znacznie wzrosła sprzedaż nielegalnych narkotyków za pośrednictwem internetu, w szczególności sieci darknet. Narkotyki i inne substancje psychoaktywne są przemywane do kraju za pośrednictwem poczty; fentanyl i nowe analogi fentanylu są coraz częściej dostarczane za pomocą poczty oraz przesyłek kurierskich. Fentanyl, który jest sprawcą wielu zatruć w Estonii, jest przemywany z Rosji i Chin, a nowe analogi fentanylu docierają do Estonii z Chin. Marihuana trafia do Estonii z Holandii, a syntetyczne narkotyki (amfetamina oraz metamfetamina) przemywane są z Holandii, Litwy i Polski. Na rynku narkotykowym w Estonii dominują marihuana, GHB, metamfetamina oraz fentanylny. W 2016 roku największe ilości zabezpieczonych narkotyków dotyczyły haszyszu 548 kg (w 2015 było to aż 812 kg). Jednym z priorytetów estońskiej policji jest walka z rynkiem fentanyli. W efekcie prowadzonych działań przeciwko dilerom i hurtownikom tego narkotyku w 2016 roku zabezpieczono 700 g fentanylu oraz nowych analogów fentanylu.

Nowe substancje psychoaktywne w Estonii

Nowym zjawiskiem w Estonii jest pojawienie się na rynku narkotykowym nowych fentanyli: 41% zabezpieczonych przez policję fentanyli to były właśnie nowe fentanylny, takie jak: acrylfentanyl (130 g), furanylfentanyl (81,6g) and carfentanyl (71,7 g) ocfentanyl (1,01 g), para-fluorofentanyl (0,91 g) i para-flouroisobutyrylfentanyl (0,12 g). Są one znacznie bardziej niebezpieczne niż opiaty. Do próby oceny skali zjawiska nowych substancji psychoaktywnych wykorzystywane są dane z badań populacyjnych lub wybranych grup. Do używania kiedykolwiek w życiu nowych substancji psychoaktywnych przyznało się 10% badanych uczniów w wieku 15-16 lat (badanie ESPAD z 2015 roku). Jest to najwyższy wskaźnik wśród krajów biorących udział w badaniach ESPAD. Polska również odnotowała rozpowszechnienie używania na poziomie 10%, wszystkie inne kraje

miały niższe wskaźniki. Warto jednak zauważyć, że dane z innych źródeł nie potwierdzają wysokiego poziomu używania nowych substancji psychoaktywnych w Estonii. Jedynym wyjątkiem są nowe fentanyl, które są jednak używane przede wszystkim przez osoby zażywające narkotyki w iniekcjach, które są uzależnione od opioidów. Badanie EuroBarometr, zlecone przez Komisję Europejską, a wykonane na reprezentatywnej grupie osób w wieku 15-24 lata, pokazuje, że nowe substancje psychoaktywne są używane w Estonii na poziomie średniej europejskiej. W 2011 roku wskaźnik ten wyniósł 6%, podczas gdy średnia to 8%. Łotwa, co potwierdzają inne dane, miała wysokie wskaźniki używania NSP i odnotowała wskaźnik na poziomie 9% w obu pomiarach (w 2011 i w 2014 roku). W 2011 roku była na drugim miejscu w UE razem z Polską.

Używanie narkotyków i związane z tym problemy na Litwie

Ostatnie reprezentatywne badania w populacji generalnej na Litwie zostały przeprowadzone w 2016 roku. Kiedykolwiek w życiu narkotyków używało 11,5% badanych w wieku 15-64 lata, co jest wskaźnikiem o połowę mniejszym w stosunku do Łotwy (23%). Do używania narkotyków w ciągu ostatniego roku przyznało się 3,1% badanych, a ostatniego miesiąca 1,3%. Najbardziej popularną substancją wśród badanych była marihuana 10,8% (wiek respondentów 15-64 lata), w grupie osób 15-34 lata odsetek ten wyniósł 6%. Badania przeprowadzone wśród młodzieży szkolnej w ramach projektu ESPAD w 2015 roku wskazały, że 18% 15-16-latków z Litwy używało marihuany kiedykolwiek w życiu (średnia ESPAD 16%). Na drugim miejscu były substancje wziewne z odsetkiem 8% (średnia ESPAD 7%). Wyniki dla Litwy są zatem trochę wyższe niż średnia ze wszystkich badanych krajów i plasują się pomiędzy wynikami innych krajów bałtyckich,

ponieważ używanie marihuany zadeklarowało 17% badanych na Łotwie i aż 25% w Estonii.

Przyjrzyjmy się osobom, które podejmują leczenie z powodu narkotyków, czyli takim, które często sięgały po nielegalne substancje psychoaktywne. Analizując dane dotyczące zgłaszalności dla leczenia z powodu narkotyków z placówek leczniczych na Litwie, widać, że najczęściej osoby podejmują leczenie z powodu opioidów (tabela 3). Ostatnie dostępne dane dotyczą roku 2016. Wskaźnik osób leczonych z powodu opioidów wynosił 86% i był niższy niż w Estonii, ale wyższy niż na Łotwie. Wśród osób podejmujących leczenie z powodu uzależnienia od opioidów 85% przyjmowało je w drodze iniekcji. Na drugim miejscu znalazła się marihuana, ze wskaźnikiem 7%. Odsetki są o wiele niższe niż w przypadku opioidów, ale i tak wyższe niż w Estonii, gdzie odnotowano tylko 1% osób leczących się z powodu marihuany. W przypadku tego narkotyku najczęściej leczenie podejmowały osoby na Łotwie, była to co piąta osoba zgłaszająca się do leczenia (22%). Z niepokojących zjawisk warto odnotować rosnącą liczbę zgonów z powodu zażywania narkotyków na Litwie: w 2014 roku było to 87 osób, a w 2015 roku 115. Ostatnie dane z 2016 roku to niewielki spadek do 109 przypadków. Wskaźnik zgonów jest niższy niż w Estonii, gdzie wyniósł 132 przypadki na milion osób. Na Łotwie wskaźnik ten wyniósł 14 osób na milion mieszkańców.

W ramach monitorowania problemu narkotykowego zbierane są na Litwie również dane dotyczące przedawkowań związanych z narkotykami, które nie spowodowały zgonu. W 2016 roku odnotowano 520 przypadków przedawkowań, co oznacza spadek w porównaniu do roku 2015. W przypadku zakażeń wirusem HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach od 2014 roku co roku wzrasta liczba nowych zakażeń – z 38 w 2014 roku do 44 w 2015 roku, a według ostatnich danych aż do 83 w 2016 roku. Mimo niepokojącej tendencji nadal najwyższe wskaźniki wśród krajów bałtyckich ma Łotwa (31,5 przypadków na milion mieszkańców). Jak już wspomniano, opioidy są główną substancją, z powodu której osoby podejmują

Tabela 3. Odsetek osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków według substancji w 2016 roku – dane TDI.

Kraj	Marihuana	Amfetaminy	Kokaina	Heroina	Opioidy	Stymulanty	Inne
Estonia	1	4	0	-	93	-	1
Łotwa	22	16	1	42	-	-	20
Litwa	7	-	1	-	86	3	3

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018).

leczenie na Litwie. Jest to przede wszystkim heroina. Szacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów wskazuje na około 7500, z tego 1231 jest w leczeniu substytucyjnym, co oznacza, że około 16% osób uzależnionych od opioidów korzysta z tego typu leczenia. Jest to podobny odsetek użytkowników opioidów objętych leczeniem substytucyjnym jak w Polsce.

Rynek narkotykowy na Litwie

Na Litwie w 2016 roku odnotowano największą liczbę zabezpieczeń narkotyków w ciągu ostatnich 10 lat, bo aż 1425, z tego konfiskaty marihuany dotyczyły 654 przypadków, w o wiele mniejszym stopniu konfiskowano haszysz (54 zabezpieczenia). Ale ilość zabezpieczonego haszyszu stanowiła największy wskaźnik – 550 kg, podczas gdy marihuany zabezpieczono o wiele mniej, bo 67,6 kg. W 2016 roku odnotowano rekordowe zabezpieczenia heroiny, bo aż 27,8 kg, w 2015 roku było to 1,8 kg. Takie ilości zabezpieczonej heroiny były efektem powołania specjalnej grupy policyjne w Wilnie, która miała za zadanie zwalczanie handlu heroiną.

Litwa, podobnie jak Estonia i Łotwa, jest krajem tranzytowym handlu nielegalnymi substancjami między krajami Europy Zachodniej, Europy Wschodniej i Skandynawii, głównie drogą lądową. Metamfetamina jest najpowszechniejszą nielegalną substancją produkowaną na Litwie. Jest ona przeznaczona na rynek krajowy i do przemytu do innych krajów. Jednak dane z lecznictwa wskazują, że w przypadku stymulantów osoby na Litwie podejmują leczenie głównie z powodu amfetaminy. Metamfetamina

jest dostarczana do krajów skandynawskich, Białorusi, Rosji i Wielkiej Brytanii drogą lądową lub promem. W 2016 roku wykryto trzy laboratoria do produkcji metamfetaminy na Litwie. Małe ilości konopi indyjskich uprawiane są na Litwie, głównie w sztucznych warunkach. Jednak według danych za 2016 roku nie wykryto nielegalnych upraw marihuany na Litwie. Marihuana przemycana jest na Litwę z Holandii lub Hiszpanii, głównie w tranzycie. Niektóre syntetyczne środki stymulujące, w szczególności tabletki MDMA/ecstasy, w ostatnich latach były dostarczane z Holandii, Belgii i Polski. W przypadku Polski był to najprawdopodobniej tranzyt, ponieważ nasz kraj nie jest producentem MDMA. Nowe substancje psychoaktywne (NSP) docierają na Litwę, podobnie jak do innych krajów bałtyckich, z Chin i Holandii, głównie pocztą kurierską w bardzo niewielkich ilościach. Nie ma otwartej sprzedaży tych substancji na Litwie, tak jak to było do 2014 roku na Łotwie.

Heroina jest przemycana na Litwę z krajów Azji Środkowej przez Rosję i Białoruś, często w celu dalszego tranzytu do krajów Europy Zachodniej. Kłajpeda, która jest portem morskim, pozostaje jednym z głównych punktów przemytu kokainy, chociaż coraz częściej wykorzystywane są inne sposoby przemytu substancji, np. drogi lądowe, poczta lub droga powietrzna. Większość kokainy skonfiskowanej na Litwie pochodzi z Wielkiej Brytanii, Holandii lub Niemiec i jest przeznaczona dla Rosji lub innych krajów europejskich. Warto odnotować, że usługi kurierskie pocztowe i kurierskie są coraz częściej wykorzystywane do transportu niewielkich ilości nielegalnych narkotyków, takich jak MDMA czy amfetamina. Podobne tendencje odnotowane zostały w innych krajach bałtyckich,

Tabela 4. Liczba i ilość zabezpieczonych narkotyków w 2016 roku.

Kraj	Heroina		Kokaina		Amfetaminy		MDMA		Haszysz		Marihuana		Konopie indyjskie (rośliny)	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	kg	liczba	kg	liczba	kg	liczba	tabletki (kg)	liczba	kg	liczba	kg	liczba	rośliny (kg)	liczba
Estonia	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449	548	22	46	575	bd (79)	28
Łotwa	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180	3	96	44	872	bd (50)	22
Litwa	28	296	3	67	10	253	bd (8)	101	551	54	68	654	bd (bd)	0

Legenda:

1 – skonfiskowana ilość

2 – liczba konfiskat

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018).

gdzie rośnie rola przesyłek kurierskich oraz pocztowych w przemyśle narkotyków oraz nowych substancji psychoaktywnych. Jednym z wyzwań w kontroli podaży substancji psychoaktywnych na Litwie jest pojawienie się coraz większych transportów GBL. Po wprowadzeniu mechanizmów kontrolnych wobec GBL w Polsce i na Łotwie odnotowano wzrost transportów tej substancji na Litwę. Jest ona prekursorem GHB, ale może być również używana do odurzania się.

Rozwiązania prawne oraz sytuacja dotycząca NSP na Litwie

W czasie lipcowej międzynarodowej konferencji prelegentka z Litwy⁴ przedstawiła działania prawne dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. Litwa wprowadziła rozwiązania z zakresu prawa generycznego w 2010 roku jako nowy element do istniejącego wcześniej systemu prawnego opartego na delegalizacji poszczególnych substancji na drodze prawa indywidualnego. W ramach legislacji jest 9 grup generycznych. Podobne rozwiązania prawne w sierpniu 2018 roku wprowadziła Polska, uzupełniając istniejące prawo indywidualne o cztery grupy generyczne nowych substancji psychoaktywnych. Ponadto powołana została na Litwie międzyministerialna grupa robocza zajmująca się oceną ryzyka nowych substancji psychoaktywnych, która spotyka się 2-3 razy w roku. Z doświadczeń litewskich wynika, że blisko połowa substancji psychoaktywnych jest kontrolowana na podstawie prawa generycznego. W 2016 roku ocenie zespołu poddano 86 substancji, a kontrolą dodatkowo objęto 48 na mocy prawa generycznego. W 2017 roku kontrolą objęto 25 substancji psychoaktywnych, a 22 były nielegalne na mocy prawa generycznego. W 2017 roku na Litwie dokonano 441 zabezpieczeń nowych substancji psychoaktywnych. Było to niewiele więcej niż w roku 2016 (433), ale kilkakrotnie więcej niż w roku 2015 (62 przypadki). Warto zwrócić uwagę na wzrost liczby zabezpieczeń carfentanylu z 44 w 2015 roku do 124 w 2017 roku. Litwa jest krajem z niewielkimi wskaźnikami używania nowych substancji psychoaktywnych, jednak dane z badań ESPAD pokazują na wskaźnik zbliżony do poziomu europejskiego. 5% badanej młodzieży zadeklarowało używanie nowych substancji psychoaktywnych, gdy w przypadku średniej europejskiej wskaźnik ten wyniósł 4%. Badanie EuroBarometr zlecone do realizacji przez Komisję Europejską na reprezentatywnych grupach osób w wieku 15-24 lata w UE

pokazuje, że nowe substancje psychoaktywne nie są tak bardzo rozpowszechnione na Litwie. W obydwu pomiarach wskaźniki dla Litwy nie przekraczały średniej europejskiej. W obydwu pomiarach odsetek użytkowników nowych substancji psychoaktywnych na Litwie wyniósł 5%, gdy średnia dla UE w 2011 roku to 8%, a w 2014 roku – 5%. Analizę sytuacji dotyczącej nowych substancji psychoaktywnych uzupełniają informacje dotyczące zabezpieczeń. Dane z Systemu Wczesnego Ostrzegania pokazują, że na Litwie w 2017 roku odnotowano najwięcej konfiskat nowych substancji psychoaktywnych wśród krajów bałtyckich – 426, jest to dwa razy więcej niż w Estonii. Warto jednak zwrócić uwagę, że w 2016 roku w Estonii zabezpieczeń było ponad 600, a na Litwie nigdy nie osiągnięto tak wysokich wskaźników zabezpieczeń NSP jak w innych krajach bałtyckich.

Przypisy

- ¹ II Międzynarodowa Konferencja Przeciwdziałanie Narkomanii na Poziomie Lokalnym, Warszawa, 16-17 lipca 2018 r., organizatorzy: Res Humanae i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- ² Agnese Zile-Visberga, „Narkotyki oraz nowe substancje psychoaktywne na Łotwie”, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Łotwa, wystąpienie podczas ww. konferencji.
- ³ ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- ⁴ Rasa Povilanskienė, Rima Mačiūnienė, Nowe substancje psychoaktywne. Prawodawstwo i ocena ryzyka na Litwie, Departament Kontroli Tytoniu, Narkotyków oraz Alkoholu. Litwa – prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie Narkomanii na Poziomie Lokalnym, Warszawa, 16-17 lipca 2018 roku.

Bibliografia

- Zile-Visberga A., „Narkotyki oraz nowe substancje psychoaktywne na Łotwie”, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Łotwa – prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie Narkomanii na Poziomie Lokalnym, Warszawa, 16-17 lipca 2018 rok.
- Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2018
- Drug market and crime workbook Estonia (2017) EMCDDA
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2018), Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- EMCDDA (2018) Country Drug Report 2018 – Estonia.
- EMCDDA (2018) Country Drug Report 2018 – Latvia.
- EMCDDA (2018) Country Drug Report 2018 – Lithuania.
- ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Harms and harm reduction workbook, Lithuania (2017) EMCDDA.
- Povilanskienė R., Rima Mačiūnienė R., „Nowe substancje psychoaktywne. Prawodawstwo i ocena ryzyka na Litwie”, Departament Kontroli Tytoniu, Narkotyków oraz Alkoholu. Litwa – prezentacja na II Międzynarodowej Konferencji Przeciwdziałanie Narkomanii na Poziomie Lokalnym, Warszawa, 16-17 lipca 2018 roku.

APLIKACJE SPRAWDZAJĄCE SPRAWNOŚĆ FUNKCJONOWANIA CZŁOWIEKA POD WPŁYWEM ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH I PSYCHOTROPOWYCH

Legalizacja marihuany w niektórych stanach USA wiąże się z istotnym negatywnym skutkiem, jakim jest wzrost liczby wypadków na drogach z udziałem osób pod wpływem tego narkotyku. Administracja i instytucje badawcze, pomimo kilkunastoletniej już historii szerokiego dostępu do konopi, nadal borykają się z problemem rzetelnej oceny wpływu THC na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych.

Trudność polega na tym, że samo wykrycie aktywnego składnika cannabis bądź jego metabolitów we krwi czy ślinie nie przekłada się w sposób powtarzalny na poziom obniżenia sprawności danej osoby. Podobnie jest w przypadku innych substancji, np. leków lub nieznanych środków psychoaktywnych.

W tej sytuacji przydatne mogą się okazać aplikacje, które potrafiłyby wskazać ewentualne zaburzenia kognitywno-behawioralne kierowcy. Na Uniwersytecie Columbia trwają prace nad aplikacją na tablety, którą mogłyby wykorzystywać organy ścigania (prawdopodobnie w połączeniu z testami fizjologicznymi) – od kilku lat prowadzone są m.in. testy na symulatorach i torach eksperymentalnych przy użyciu marihuany o różnej zawartości THC i placebo.

Aplikacja taka już istnieje do użytku indywidualnego. Nazywa się **DRUID**, a jej autorem jest **Michael Milburn**, profesor psychologii, specjalista m.in. w zakresie badań ilościowych na Uniwersytecie Massachusetts.

ZASADA DZIAŁANIA aplikacji jest prosta: na podstawie **4 testów** zręcznościowych oceniany jest poziom odstępstwa od wcześniej ustalonej dla użytkownika normy.

Zadania testowe wykorzystują elementy gier wideo:

- koordynacja ręka-oko,
- szybkość podejmowania decyzji,
- wymóg koncentracji,
- działania w rozpraszającym środowisku.

Kolejne zadania są punktowane i ocenia się następujące aspekty:

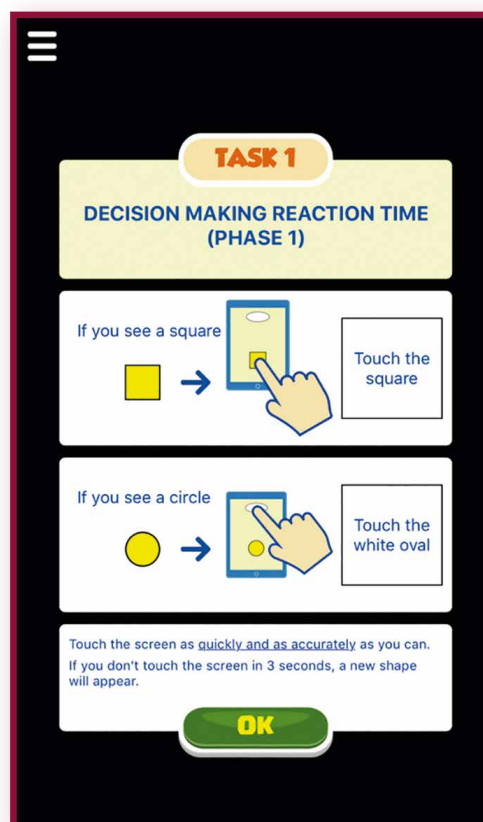
- czas reakcji i poprawność decyzji,
- śledzenie ruchu,
- ocenę upływu czasu,
- i na końcu zdolność utrzymania równowagi.

Ważnym elementem jest **ustalenie normy użytkownika** – poziomu bazowego (baseline) – czyli średniej liczby punktów, jakie zdobywa on bez użycia substancji psychoaktywnych. Punkty wskazują poziom błędu, co oznacza, że niższy wynik jest lepszy. Średni wynik bazowy wynosi ok. 40 punktów.

Na początku używania aplikacji proponowane jest treningowe przejście przez aplikację, aby zapoznać się z używanymi technikami i właściwie określić indywidualny dla każdego poziom bazowy.

Następnie ustala się normy poprzez kilkukrotne wykonanie już właściwych zadań – aplikacja jako normę przyjmuje uśrednione wyniki 10 ostatnich testów „bazowych”, co oznacza, że w przypadku nabierania wprawy w zadaniach można dostosowywać poziom normy.

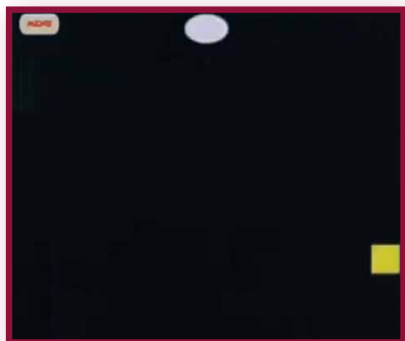
Po ustaleniu normy użytkownik może sprawdzić wpływ substancji na swoją sprawność, przechodząc te same zadania. Aplikacja wskazuje odstępstwo od normy. Zazwyczaj uzyskanie 55 punktów oznacza już stan osłabienia funkcji kognitywnych, taki stan jest porównywalny z posiadaniem 0,8 promila alkoholu we krwi.



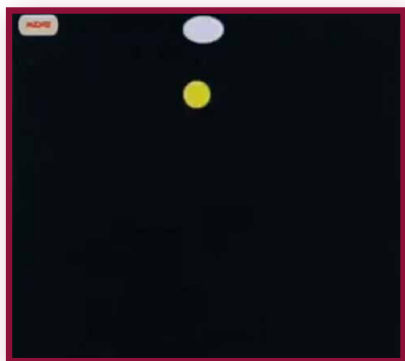
Instrukcja wykonania zadania.

PRZEBIEG TESTU

ZADANIE 1. CZAS REAKCJI I PODEJMOWANIE DECYZJI



Na ekranie widnieje stały punkt kontrolny (szary owal), a w przypadkowych miejscach co chwila pojawiają się na pół sekundy figury: koło lub kwadrat. Jeśli pojawił się kwadrat, trzeba go jak najszybciej dotknąć; jeśli koło, należy dotknąć punktu kontrolnego.

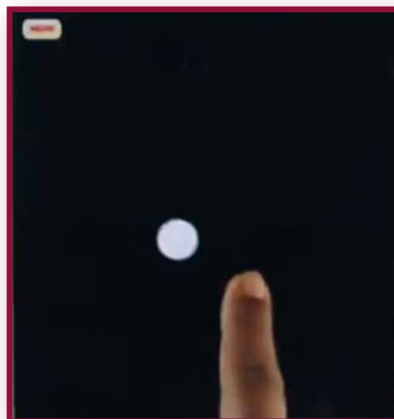


ZADANIE 2. CZAS REAKCJI I OCENA UPŁYWU CZASU



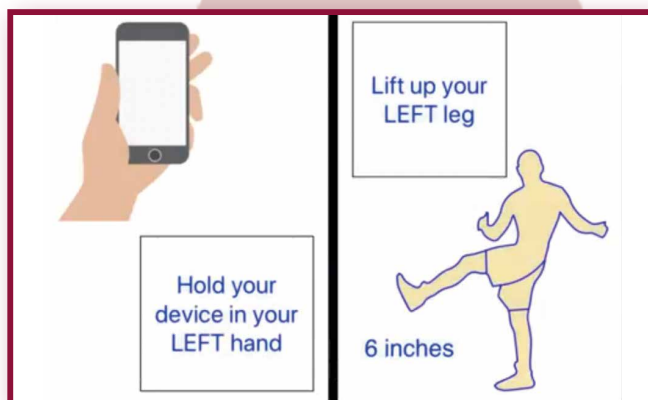
Użytkownik uruchamia zadanie klikając na START, natępnie dotyka ekranu tam, gdzie pojawi się figura. Po upływie 60 sekund należy kliknąć STOP – do użytkownika należy ocena, kiedy ten czas minął.

ZADANIE 3. ŚLEDZENIE RUCHU



Na ekranie pojawia się figura, która zaczyna się poruszać w sposób przypadkowy. Należy podążać za nią palcem.

ZADANIE 4. RÓWNOWAGA



Zadanie wykorzystuje czujnik ruchu w smartfonie/tablecie. Użytkownik staje na 30 sekund na jednej nodze i ma za zadanie jak najstabilniej utrzymać telefon w ręku. Następnie powtarza zadanie na drugiej nodze.

Na stronie aplikacji: www.druidapp.com znajdują się filmy instruktażowe i liczne materiały prasowe. Koszt aplikacji wynosi 1 dolar.

Redakcja



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
www.kbpn.gov.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz
Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,
Danuta Muszyńska, Artur Malczewski

Redakcja:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30, 00-023 Warszawa
tel.: 22 621 27 98
e-mail: biuro@praesterno.pl
www.praesterno.pl

Egzemplarz bezpłatny
Numery archiwalne na stronie:
www.sin.praesterno.pl