

2023/2

VOL. 26

STUDIA PAEDAGOGICA
I G N A T I A N A

Spi

Wydawca

Instytut Nauk o Wychowaniu
Wydział Pedagogiczny
Akademia Ignatianum
w Krakowie
ul. Kopernika 26
31-501 Kraków

e-ISSN 2450-5366

Deklaracja:
od roku 2022
czasopismo ukazuje się
jedynie w wersji elektronicznej

Informacje dla autorów
[https://apcz.umk.pl/
SPI/about](https://apcz.umk.pl/SPI/about)

Projekt okładki
Lesław Sławiński – PHOTO
DESIGN

Opracowanie graficzne
Marta Majewska

Skład
Piotr Druciarek

System antyplagiatowy:
weryfikacja artykułów
w systemie iThenticate.com

Zespół redakcyjny

Redaktor naczelny: Dr hab. Andrzej Paweł Bieś SJ, prof. AIK (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska); Zastępca redaktora naczelnego: Dr Krzysztof Biel SJ (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska); Sekretarz: Dr Marzena Chrost (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska)

Rada Naukowa

Prof. Evelyne Charlier (Université de Namur, Namur, Belgia); Prof. Leonardo Franchi (University of Glasgow, Wielka Brytania); Prof. dr hab. Krzysztof Jakubiak (Uniwersytet Gdański, Polska); Dr hab. Iwona Jazukiewicz, prof. US (Uniwersytet Szczeciński, Polska); Prof. Marcin Kazmierczak (Universidad Abat Oliba CEU, Barcelona, Hiszpania); Prof. dr hab. Jerzy Kochanowicz (Akademia WSB, Polska); Prof. dr hab. Zbigniew Jan Marek SJ (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska); Prof. dr hab. Władysława Szulakiewicz (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska); Prof. Juan Carlos Torre Puente (Universidad Pontificia Comillas, Madryt, Hiszpania)

Redaktorzy tematyczni

Dr Cintia Carreira Zafra (Universidad Abat Oliba CEU, Barcelona, Hiszpania); Dr Joan D.A. Juanola Cadena (Universidad Abat Oliba CEU, Barcelona, Hiszpania); Dr hab. Anna Królikowska, prof. AIK (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska); Dr hab. Justyna Kuształ, prof. UJ (Uniwersytet Jagielloński, Polska); Prof. dr Jorge Martínez Lucena (Universidad Abat Oliba CEU, Barcelona, Hiszpania); Dr hab. Beata Topij-Stempińska, prof. AIK (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska); Dr Estera Twardowska-Staszek (Akademia Ignatianum w Krakowie, Polska)

Redaktor tematyczny bieżącego numeru

Dr hab. Justyna Kuształ, prof. UJ

Redaktor statystyczny

Jolanta Staniak

Redaktorzy językowi

Dr Roman Małecki (język polski); Ludmiła Hilton (język angielski)



Dofinansowano ze środków budżetu państwa w ramach programu „Rozwój czasopism naukowych” (Nr RCN/SN/0398/2021/1)

Pedagodzy o nowych uzależnieniach

Educators About New Addictions

Spis treści

Justyna Kusztal Wprowadzenie	9
Justyna Kusztal Introduction	13
ARTYKUŁY I ROZPRAWY	
Sonia Dzierżyńska-Breś „Nowe uzależnienia” – wprowadzenie w tematykę uzależnień behawioralnych	19
Lidia Wawryk Znaczenie diagnozy Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów w sprawach nieletnich uzależnionych od internetu i gier komputerowych oraz ujawniających cechy nieprzystosowania społecznego	41
Edyta Sielicka Podstawa programowa jako szansa wspierania profilaktyki zachowań ryzykownych uczniów szkoły podstawowej w świetle koncepcji <i>resilience</i>	67
Robert Opora Model uzależnienia w rozumieniu filozofii grup samopomocowych a terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu napadowego objadania się	87
Małgorzata Piasecka Emil Podolak Oddziaływania terapeutyczne wobec osób z uzależnieniem w jednostkach penitencjarnych	103

RAPORTY Z BADAŃ

- 125 Ewa Krzyżak-Szymańska
Andrzej Szymański
Physical Exercise Addiction Among Students Based on the EDS-R Scale
Adapted for Poland
- 145 Martyna Kotyśko
Internet Gaming Disorder wśród polskiej młodzieży – analiza profili
latentnych symptomów zaburzenia
- 171 Monika Zięciak
Wiedza kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków
wychowawczych w zakresie uzależnień nieletnich
- 195 Marta Pięta-Chrystofiak
Damian Brohs
Zjawisko zażywania muchomora czerwonego (*amanita muscaria*)
wśród uczestników internetowych grup dyskusyjnych
- 223 Anna Michalczyk
Poczucie samotności i obniżony poziom samooceny w kontekście
ryzyka uzależnienia od internetu wśród słyszących i niesłyszących
adolescentów

RECENZJE

- 249 Monika Kaźmierczak
Budowanie (po)mostów w dyskursie o jąkaniu
Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu.
Wydanie polskie rozszerzone, red. K. Węsierska, H. Sønsterud, Agere
Aude, Chorzów 2021, ss. 672

Contents

Justyna Kusztal
Introduction 13

ARTICLES AND DISSERTATIONS

Sonia Dzierżyńska-Breś
“New Addiction”: An Introduction to the Subject
of Behavioral Addictions 19

Lidia Wawryk
The Importance of the Diagnoses of Advisory
Teams of Court Experts in Cases of Minors Addicted
to the Internet and Computer Games and Showing Signs
of Social Maladjustment 41

Edyta Sielicka
The Core Curriculum as an Opportunity
to Prevent Risky Behavior in Elementary School Pupils
in Light of the Concept of Resilience 67

Robert Opora
The “Addiction Model” in the Sense of Philosophy of Self-help
Support Groups and Cognitive Behavioral Therapy
in the Treatment of Binge Eating 87

Małgorzata Piasecka
Emil Podolak
Therapeutic Interventions for Addicts in Prisons 103

CASE REPORTS

Ewa Krzyżak-Szymańska
Andrzej Szymański
Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych wśród studentów
na podstawie adaptowanej do polskich warunków Skali EDS-R 125

- Martyna Kotyśko
Internet Gaming Disorder Among Polish Adolescents: A Latent Profile
145 Analysis of Disorder Symptoms
- Monika Zięciak
Knowledge of Underage Addiction Among the Teaching Staff of Youth
171 Educational Centers
- Marta Pięta-Chrystofiak
Damian Brohs
Red Fly Agaric (*Amanita muscaria*) Consumption Among the Participants
195 of Internet Discussion Groups
- Anna Michalczyk
Feelings of Loneliness and Reduced Self-Esteem in the Context
223 of Internet Addiction Risk Among Hearing and Hearing-Impaired
Adolescents

REVIEWS

- Monika Kaźmierczak
Bridging the Gap in the Discourse on Stuttering
- Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jękaniu*
[Dialogue Without Barriers: Comprehensive Management of Stuttering].
Polish extended edition, eds. K. Węsierska, H. Sønsterud, Agere Aude,
249 Chorzów 2021, pp. 672

Wprowadzenie

„Nowe uzależnienia” to kategoria niejednolita, bardzo szeroka i trudna do zdefiniowania. Trudno też jednoznacznie określić, czy jest to tylko powszechnie używane pojęcie, mieszczące w sobie wiele zaburzeń zachowania, czy już „domknięta” ilościowo lub w miarę jednoznacznie określona jakościowo grupa właściwości zachowania człowieka. „Nowe uzależnienia”, nazywane też często uzależnieniami behawioralnymi, mogą dotyczyć nieprawidłowych wzorców wykonywania czynności czy prezentowania zachowań, trudno jednak stwierdzić, czy ich katalog jest raz na zawsze ustalony i zamknięty.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11 uwzględnia bowiem tylko dwa: zaburzenia uprawiania hazardu i zaburzenia związane z gramami. Są one dobrze opisane w literaturze, rozpoznane w badaniach diagnostycznych, natomiast koncepcje je wyjaśniające wydają się uniwersalne, często bowiem odwołują się do czynników ryzyka lub czynników chroniących, leżących u podstaw wielu zachowań ryzykownych, zaburzeń w zachowaniu czy uzależnień. Na poziomie obserwowalnym „nowe uzależnienia” przejawiają te same cechy kliniczne co tradycyjne, w miarę głęboko rozpoznane obecnie uzależnienia od substancji, a wśród nich: pragnienie wykonywania określonych czynności, upośledzenie kontroli nad zachowaniem, tolerancję i cel, jakim może być abstynencja.

Zaproszenie do publikowania artykułów w niniejszym numerze naszego czasopisma zostało skierowane przede wszystkim do pedagogów, ale na jego łamach obecnie publikują także psychologowie,

terapeuci, profilaktycy, czynni nauczyciele i naukowcy, czyli ci wszyscy, którzy w pracy zawodowej i refleksji naukowej zajmują się wychowaniem, edukacją i profilaktyką zachowań ryzykownych, zaburzeń, a także terapią uzależnień.

W bieżącym zeszycie naszego czasopisma znalazły się opracowania teoretyczne i raporty badawcze. Artykuły tu zgromadzone koncentrują się na wybranym zagadnieniu, nie wyczerpują całościowo problematyki „nowych uzależnień”, co pokazuje, że kategoria ta ciągle wymaga badań naukowych – diagnostycznych i weryfikacyjnych, a także budowania na ich podstawie koncepcji i teorii naukowych. Poszukiwanie odpowiedzi na pytania o uwarunkowania, symptomy, a następnie o najskuteczniejsze sposoby zapobiegania zachowaniom ryzykownym, zaburzeniom czy uzależnieniom oraz ich leczeniem, wydaje się bowiem ważne dla wszystkich osób zaangażowanych w ten współczesny problem społeczny.

W zeszycie umieszczono 10 artykułów naukowych, tak przeglądowych, jak i badawczych, odwołujących się do różnych koncepcji teoretycznych i sięgających do różnych paradygmatów metodologicznych oraz strategii badawczych. Dominują wśród nich badania ilościowe, ale pogłębione analizy jakościowe znajdują także istotne miejsce.

Artykuły uporządkowano koncepcyjnie w ten sposób, aby wychodząc od ustaleń pojęciowych i zdefiniowania problemu, kierować się ku zagadnieniom szczegółowym dotyczącym etiologii, symptomatologii i mechanizmów leżących u podstaw nowych uzależnień, by następnie opisać działania profilaktyczne i terapeutyczne adresowane do młodzieży i dorosłych zagrożonych uzależnieniem lub już borykających się z uzależnieniem behawioralnym.

Dział pierwszy czasopisma (Artykuły i rozprawy) zawiera pięć tekstów opartych na analizie danych zastanych, czyli na przeglądzie literatury (Sonia Dzierżyńska-Breś, *„Nowe uzależnienia” – wprowadzenie w tematykę uzależnień behawioralnych*; Robert Opora, *Model uzależnienia w rozumieniu filozofii grup samopomocowych a terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu napadowego objadania się*) bądź na analizie dokumentów formalnych (Lidia Wawryk, *Znaczenie diagnozy Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów w sprawach nieletnich uzależnionych od internetu i gier komputerowych oraz ujawniających cechy nieprzystosowania społecznego*; Edyta Sielicka, *Podstawa programowa jako szansa wspierania profilaktyki zachowań ryzykownych uczniów*

szkoły podstawowej w świetle koncepcji „resilience”) czy programów profilaktyki i terapii (Małgorzata Piasecka, Emil Podolak, *Oddziaływania terapeutyczne wobec osób z uzależnieniem w jednostkach penitencjarnych*).

Dział Raporty z badań zawiera pięć artykułów opartych na badaniach empirycznych, najczęściej korelacyjnych, dotyczących wybranych, nie tylko behawioralnych uzależnień (Ewa Krzyżak-Szymańska, Andrzej Szymański, *Physical Exercise Addiction Among Students Based on EDS-R Scale Adapted for Polish Context*; Martyna Kotyśko, „Internet Gaming Disorder” wśród polskiej młodzieży – analiza profili latentnych symptomów zaburzenia; Monika Zięciak, *Wiedza kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków wychowawczych w zakresie uzależnień nieletnich*; Marta Pięta-Chrystoffiak, Damian Brohs, *Zjawisko zażywania muchomora czerwonego (amanita muscaria) wśród uczestników internetowych grup dyskusyjnych*; Anna Michalczyk, *Poczucie samotności i obniżony poziom samooceny w kontekście ryzyka uzależnienia od internetu wśród słyszających i niesłyszających adolescentów*) oraz działań profilaktycznych i terapeutycznych podejmowanych bądź rekomendowanych do realizacji w obszarze zapobiegania i leczenia uzależnień.

W zeszycie zamieszczono także recenzję publikacji wieloautorskiej dotyczącej kompleksowej interwencji logopedycznej w jąkananiu.

Jako redaktor tematyczny bieżącego zeszytu pragnę podziękować zespołowi redakcyjnemu „Studia Paedagogica Ignatiana” za powierzenie mi tego odpowiedzialnego zadania, któremu starałam się w pełni sprostać. Wyrazy wdzięczności kieruję też w stronę P.T. Recenzentów, bez których zaangażowania merytorycznego i poświęcenia czasu ten zeszyc czasopisma nie mógłby powstać. Czytelnikom zaś, pedagogom, psychologom, terapeutom i specjalistom w zakresie profilaktyki, a także studentom, życzę inspirującej lektury oraz owocnych działań badawczych i praktycznych w zakresie diagnozy, profilaktyki i terapii „nowych uzależnień”.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr hab. Justyna Kuształ, prof. UJ
 Uniwersytet Jagielloński
 Instytut Pedagogiki
 e-mail: justyna.kusztal@uj.edu.pl

Introduction

“New addictions” is a heterogeneous category that is very broad and difficult to define. It is also difficult to unequivocally determine whether it is only a commonly used term that encompasses many behavioral disorders, or whether it is a fixed group of human behaviors that are relatively unambiguously defined. “New addictions”—also often called behavioral addictions—may refer to incorrect patterns of activities or behaviors, but it is difficult to say whether the category has been enumerated once and for all.

The International Classification of Diseases ICD-11 includes only two: gambling disorders and gaming disorders. They are well described in the literature and recognized in diagnostic studies. The concepts that explain them seem to be universal, as they often refer to risk factors or protective factors underlying many addictive behaviors, behavioral disorders, or addictions. New addictions are observed to exhibit the same clinical features as traditional, now relatively well-known substance addictions, including the desire to perform certain activities, impaired behavioral control or tolerance, and the goal of abstinence.

We invited primarily educators to publish articles in this issue, but psychologists, therapists, prevention specialists, active teachers, and scientists were also welcome—i.e., all those who in their professional work and scientific reflections deal with upbringing, education, the prevention of addictive behaviors and disorders, and addiction therapy. The current issue of our journal includes theoretical studies and research reports. The articles collected here focus on a selected issue, but do not cover all the issues of new addictions

in their entirety. This shows that the topic still requires scientific research: diagnostic and verification tests, as well as scientific concepts and theories based on them. The conditions and symptoms of addictive behaviors, disorders, or addictions—and then the most effective ways to prevent and treat them—should be sought because it seems important for all people involved in this contemporary social problem.

The present issue contains 10 scientific articles—both reviews and research—referring to various theoretical concepts and using various methodological paradigms and research strategies. Quantitative research predominates, but in-depth qualitative analyses also find an important place. The articles are organized so as to flow from conceptual findings and definitions of the problem, through detailed issues regarding the etiology, symptomatology, and mechanisms underlying new addictions, to descriptions of prevention and therapies addressed to adolescents and adults at risk of addiction or already struggling with behavioral addiction.

The first section of the journal (Articles and Dissertations) contains five texts based on prevention and treatment programs (Małgorzata Piasecka & Emil Podolak, *Oddziaływania terapeutyczne wobec osób z uzależnieniem w jednostkach penitencjarnych* [Therapeutic Interventions for Addicts in Prisons]), on analyses of existing data, i.e., literature reviews (Sonia Dzierżyńska-Breś, „*Nowe uzależnienia*” – *wprowadzenie w tematykę uzależnień behawioralnych* [“New Addiction”: An Introduction to the Subject of Behavioral Addictions] and Robert Opora, *Model uzależnienia w rozumieniu filozofii grup samopomocowych a terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu napadowego objadania się* [The “Addiction Model” in the Sense of Philosophy of Self-Help Support Groups and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Binge Eating]), or on the analysis of official documents (Lidia Wawryk, *Znaczenie diagnozy Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów w sprawach nieletnich uzależnionych od internetu i gier komputerowych oraz ujawniających cechy nieprzystosowania społecznego* [The Importance of the Diagnoses of Advisory Teams of Court Experts in Cases of Minors Addicted to the Internet and Computer Games and Showing Signs of Social Maladjustment] and Edyta Sielicka, *Podstawa programowa jako szansa wspierania profilaktyki zachowań ryzykownych uczniów szkoły podstawowej w świetle koncepcji „resilience”* [The Core Curriculum as an Opportunity to Prevent Risky Behavior in Elementary School Pupils in Light of the Concept of Resilience]).

The Research Reports section contains five articles based on empirical research, most often correlational, concerning selected—not only behavioral—addictions, as well as preventive and therapeutic activities undertaken or recommended for addiction (Ewa Krzyżak-Szymańska & Andrzej Szymański, *Physical Exercise Addiction Among Students Based on the EDS-R Scale Adapted for Poland*; Martyna Kotyśko, „Internet Gaming Disorder” wśród polskiej młodzieży – analiza profili latentnych symptomów zaburzenia [Internet Gaming Disorder Among Polish Adolescents: A Latent Profile Analysis of Disorder Symptoms]; Monika Zięciak, *Wiedza kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków wychowawczych w zakresie uzależnień nieletnich* [Knowledge of Underage Addiction Among the Teaching Staff of Youth Educational Centers]; Marta Pięta-Chrystofiak & Damian Brohs, *Zjawisko zżycia muchomora czerwonego (amanita muscaria) wśród uczestników internetowych grup dyskusyjnych* [Red Fly Agaric (*Amanita muscaria*) Consumption Among the Participants of Internet Discussion Groups]; and Anna Michalczyk, *Poczucie samotności i obniżony poziom samooceny w kontekście ryzyka uzależnienia od Internetu wśród słyszących i niesłyszących adolescentów* [Feelings of Loneliness and Reduced Self-Esteem in the Context of Internet Addiction Risk Among Hearing and Hearing-Impaired Adolescents]).

The issue also includes a review of a multi-author publication on a comprehensive speech therapy intervention for stuttering.

As the thematic editor of the current issue, I would like to thank the editorial team of *Studia Paedagogica Ignatiana* for entrusting me with this responsible task, which I have tried to fully meet. I am also grateful to P.T. Reviewers, without whose substantial dedication and time commitment, this issue could not have been created. Readers, educators, psychologists, therapists, students, and specialists in the field of prevention: I wish you inspiring reading and fruitful research and practice in the field of diagnosing, preventing, and treating “new addictions.”

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Justyna Kuształ
 Jagiellonian University
 Institute of Education
 e-mail: justyna.kuształ@uj.edu.pl

Artykuły i rozprawy

SPI Vol. 26, 2023/2 / e-ISSN 2450-5366

Articles and
dissertations

Sonia Dzierżyńska-Breś
ORCID: 0000-0002-7722-4753
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

„Nowe uzależnienia” — wprowadzenie w tematykę uzależnień behawioralnych

“New Addiction”: An Introduction to the Subject
of Behavioral Addictions

ABSTRACT

The conceptualization of the term “addiction” has been the subject of great debate for decades. Because the term is associated with drug use or alcohol consumption, it is not surprising that most official definitions focus on substances. Despite this, there is a growing trend that sees a range of behaviors as potentially addictive. These “new addictions” include such behaviors as gambling, playing video games, shopping, and using the Internet or social networks. The purpose of the article is to discuss the definitions and understandings of the term that can be found in the literature against the background of contemporary knowledge. The considerations in the article are divided into three parts: the first reviews the terms and classifications related to new addictions, while the second highlights the differences and similarities between activity addictions and substance addictions, and the final part provides a brief overview of behavioral addictions.

KEYWORDS

new addictions,
behavioral
dependency, action
addiction, substance
addiction, addiction

SŁOWA KLUCZOWE

nowe uzależnienia,
uzależnienia
behawioralne,
uzależnienia
czynnościowe,
uzależnienia od
substancji, nałóg

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.001
Nadesłano: 25.02.2023
Zaakceptowano: 17.04.2023

ABSTRAKT

Konceptualizacja terminu „uzależnienie” jest od dziesięcioleci przedmiotem wielkiej debaty. Dla wielu osób pojęcie to wiąże się z zażywaniem narkotyków lub pić alkoholu. Jednak w ostatnich dekadach coraz powszechniejszy staje się nurt, który postrzega szereg zachowań jako potencjalnie uzależniające. Do tych „nowych uzależnień” włącza się takie zachowania jak: hazard, gry wideo, zakupy, korzystanie z internetu czy sieci społecznościowych. Celem artykułu jest przedstawienie i omówienie dostępnych w literaturze definicji i sposobów rozumienia pojęcia „nowe uzależnienia” na tle współczesnej wiedzy. Rozważania zawarte w artykule zostały podzielone na trzy części. W pierwszej dokonano przeglądu terminów i aktualnych kryteriów związanych z nowymi uzależnieniami. Druga część dotyczy różnic i podobieństw pomiędzy uzależnieniami od czynności a uzależnieniami od substancji. W ostatniej zawarto krótki przegląd uzależnień behawioralnych.

Wprowadzenie

Termin „uzależnienie” powszechnie kojarzony jest z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, głównie alkoholu, narkotyków oraz tytoniu. Jednak w ostatnich dekadach odnotowano pojawienie się nowych, złożonych zachowań, które polegają na wykonywaniu nałogowych czynności. Swoim przebiegiem i symptomami są podobne do mechanizmu uzależnienia. Różnica polega na tym, że ich przedmiotem nie jest substancja chemiczna. Specjaliści zajmujący się terapią uzależnień zaczęli zwracać uwagę na sam proces powstawania problemu i związane z nim zachowania (Lelonek-Kuleta 2015: 98). W literaturze pojawiły się określenia: nowe uzależnienia (*new addictions*), uzależnienia behawioralne (*behavioral dependancy*) czy też uzależnienia od czynności (*action addiction*). W dużym uproszczeniu oznaczają one zachowania nałogowe, których jednostka nie jest w stanie zaprzestać, pomimo że zaburzają wiele obszarów jej funkcjonowania (Ogińska-Bulik 2010). Nowe uzależnienia są terminem traktowanym potocznie, stosuje się go po to, by podkreślić odrębność od „starych” nałogów związanych z używaniem substancji (Guerreschi 2005). Określenie „uzależnienia behawioralne” ma na celu podkreślenie podobieństwa do uzależnień od substancji. Pojęcie „uzależnienie od czynności” stosowane jest

rzadko, głównie po to, by zaakcentować addytywny, a jednocześnie niepowiązany z używaniem substancji charakter grupy zjawisk (Ogińska-Bulik 2010; Habrat 2016). Ta różnorodność terminologiczna od dawna jest przedmiotem dyskusji. W paradygmacie medycznym postuluje się wyraźne rozgraniczenie terminów: uzależnienie i nałóg. Wnioskuje się, by pierwszy z nich stosować jedynie w odniesieniu do zaburzeń psychicznych wywołanych używaniem substancji psychoaktywnych. Paradygmat społeczny proponuje terminy: uzależnienie behawioralne lub uzależnienie od czynności (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21).

W niniejszym artykule będę posługiwała się terminem uzależnienie behawioralne na określenie zaangażowania jednostki w aktywność, która skutkuje negatywnymi konsekwencjami. Zostało to podyktowane kilkoma względami popartymi dotychczasowym stanem wiedzy i ustaleniami empirycznymi (zob.: Cierpiałkowska, Sęk 2016; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). Objawy i mechanizmy zarówno uzależnień substancjalnych, jak i behawioralnych wykazują istotne podobieństwo. Co charakterystyczne, współwystępują one ze sobą lub też w przypadku prób utrzymania abstynencji mogą się „wymieniać”, np. uzależnienie od środków psychoaktywnych na nałogową czynność. Termin uzależnienia behawioralne jest powszechnie stosowany w piśmiennictwie naukowym oraz popularnonaukowym i na stałe wpisał się w świadomość społeczną (zob. Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Nowe uzależnienia są tematem słabo opisanym w kryteriach diagnostycznych, a ich etiologia jest niedostatecznie rozpoznana. Stąd też na ten moment niewiele wiadomo o skutecznych oddziaływaniach profilaktycznych czy terapeutycznych w tym obszarze. Nie mniej złożony charakter uzależnień behawioralnych oraz współwystępowanie wraz z nimi innych problemów psychicznych są ważnym powodem, by zająć się tym tematem. W niniejszym artykule w pierwszej kolejności zaprezentowano na tle dotychczasowej wiedzy o uzależnieniach ustalenia definicyjne dotyczące ogólnej problematyki nowych uzależnień, a następnie dokonano zestawienia wybranych uzależnień behawioralnych.

Uzależnienia behawioralne – ustalenia definicyjne i kryteria diagnostyczne

Przedstawiciele nauk medycznych i społecznych toczą dyskusję dotyczącą poprawności terminologii stosowanej w tym obszarze. Do tej pory wyłoniły się dwa wiodące problemy. Jeden z nich dotyczy sfery symptomatologicznej, odnoszącej się do objawów, które pozwalają zidentyfikować daną klasę zaburzeń. Drugi związany jest z kwestią wyjaśniania, jakie patologiczne mechanizmy prowadzą do powstawania i podtrzymywania zaburzeń (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 20). Efektem tych rozważań są obecnie trzy wiodące stanowiska:

1. Zachowania związane z czynnościami są podobne i mogą odnosić się do kategorii uzależnień. Istotny nacisk spoczywa tu na nomenklaturze i zastosowanym języku opisu. O szkodliwych zachowaniach myśli się zarówno w kategorii uzależnienia (*dependence*), jak i nałogu (*addiction*). Termin uzależnienie w tym rozumieniu odwołuje się do uzależnień wywołanych przez substancje psychoaktywne. Natomiast pojęcia nałogu używa się w przypadku zależności od czynności. W języku polskim termin nałóg używany był w terminologii medycznej, a jego rozumienie jest zbieżne z tym, jak współcześnie wyjaśnia się definicję uzależnienia (Lelonek-Kuleta 2015: 98; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21).
2. Uzależnienia behawioralne mają wspólne cechy z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi. To, co je łączy, to funkcja jaką spełniają podejmowane czynności. Mają one rozładować napięcie i niepokój odczuwany przez jednostkę. Różnica pomiędzy nimi dotyczy tego, że te pierwsze są ukierunkowane na cel, którego spełnienie prowadzi do przyjemności. Zachowania obsesyjno-kompulsywne nie są nastawione na osiągnięcie konkretnych rezultatów, tylko na radzeniu sobie z negatywnymi emocjami. Osoby, które kompulsywnie angażują się w czynności, odczuwają przymus ich wykonywania i powtarzania. Są tym stanem przeciążone, ale nie mogą go zakończyć.
3. O uzależnieniach behawioralnych możemy myśleć w kategorii zaburzeń kontroli impulsów. Podyktowane jest to przede wszystkim podobieństwem objawów, mechanizmów oraz

współwystępowaniem uzależnień od substancji i czynności (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21–22). Na podłożu psychologii klinicznej uzależnienia behawioralne uznaje się za: „stan, w którym osoba uskarża się na brak możliwości, pomimo podejmowania prób zapanowania nad swoimi myślami i zachowaniami oraz ich skontrolowania, cierpi z powodu różnych problemów, ekonomicznych, interpersonalnych, zdrowotnych – wynikających z kompulsywnego powtarzania tych czynności, a także ma poczucie bezradności i bezsilności wobec problemu” (Cierpiałkowska, Sęk 2016: 391).

Przywołane tu stanowiska nie wykluczają się wzajemnie. Po raz pierwszy zauważono związek pomiędzy impulsywnością a kompulsywnością w badaniach nad uzależnieniami od substancji (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 44). Impulsywność odgrywa kluczową rolę w początkowych etapach procesu uzależnienia w postaci skłonności do poszukiwania krótkoterminowych korzyści. W późniejszych stadiach związanych z powtarzalnością rozwijają się kompulsywne nawyki przyjmowania substancji. Podobnie ma to miejsce przy uzależnieniach behawioralnych. Impulsywność ma rolę inicjującą nałogowe zachowanie (np. chęć uzyskania przyjemności), a kompulsywność – wspierającą powtarzanie (np. łagodzenie napięcia). Niemniej zależność pomiędzy impulsywnością a kompulsywnością jako mechanizmem uzależnień behawioralnych nadal pozostaje w sferze poszukiwań badawczych (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Za autora pierwszej definicji opartej na kryteriach diagnostycznych uznaje się Aviela Goodmana (Goodman 1990). Brzmi ona następująco: „Nałóg jest procesem, w którym zachowanie będące źródłem przyjemności lub pozwalające uciec od wewnętrznego dyskomfortu występuje według wzorca charakteryzującego się: (1) powracającą niezdolnością do kontrolowania zachowania (bezsilność), (2) kontynuowaniem zachowania pomimo znaczących negatywnych jego konsekwencji” (Goodman 1990: 1404). Swoje kryteria sformułował on na podstawie DSM-3-R, bezpośrednio nawiązując do koncepcji uzależnień, podkreślając przy tym psychiczny i behawioralny aspekt problemu. Jego założenie, pomimo że uzyskało uznanie w praktyce, do dziś nie posiada statusu oficjalnego narzędzia klinicznego.

Tabela 1. Kryteria uzależnień behawioralnych według Aviela Goodmana

Goodman (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Powtarzające się niepowodzenia powstrzymania impulsów do angażowania się w specyficzne zachowania. • Narastające poczucie napięcia bezpośrednio przed podjęciem danego zachowania. • Przyjemność lub ulga w czasie wykonywania danej czynności. • Poczucie braku kontroli nad angażowaniem się w daną czynność. • Wystąpienie pięciu z następujących objawów: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Częste zaabsorbowanie zachowaniem lub czynnościami przygotowującymi do danego zachowania. ▪ Angażowanie się w dane zachowanie (pod względem częstotliwości i czasu trwania) znacznie przekraczające zamierzony poziom. ▪ Powtarzające się próby zmniejszenia częstotliwości kontroli lub zaprzestania danego zachowania. ▪ Poświęcenie coraz większej ilości czasu na aktywności związane z danym zachowaniem. ▪ Coraz większe angażowanie się w dane zachowanie kosztem zaniedbywania obowiązków domowych, zawodowych, szkolnych czy społecznych. ▪ Rezygnacja lub ograniczenie ważnych działań społecznych, zawodowych i rekreacyjnych z powodu zaangażowania w dane zachowanie. ▪ Kontynuowanie danego zachowania mimo doświadczania trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym wynikających z danego zachowania lub zaostrzających się z jego powodu. ▪ Tolerancja: potrzeba zwiększania częstotliwości lub intensywności danego zachowania ▪ w celu uzyskania takiej samej przyjemności lub ulgi jak wcześniej. ▪ Niepokój lub zdenerwowanie, gdy nie można podjąć danego zachowania. • Utrzymanie się symptomów dłużej niż przez miesiąc lub ich powtarzanie się w dłuższym okresie.

Źródło: Na podstawie – Goodman 1990; Lelonek-Kuleta 2015: 99.

Autorem innego, popularnego sześcioczynnikowego modelu, którego kryteria wskazują na uzależnienie czynnościowe jest Mark Griffiths (2004). Według niego diagnoza uzależnienia jest uwarunkowana wypełnieniem wszystkich z nich. Granicą pomiędzy pasją i zaangażowaniem w daną czynność a uzależnieniem od niej jest odizolowanie osoby uzależnionej z codziennego życia i cierpienie, które jej to sprawia.

Tabela 2. Kryteria uzależnień behawioralnych według Marka Griffithsa

Griffiths (2004)
<ul style="list-style-type: none"> • Wyrazistość emocjonalnego podporządkowania – zachowanie staje się aktywnością najważniejszą w życiu osoby. Dominuje w myśleniu, emocjach oraz zachowaniu. • Zmiana nastroju – dążenie do zachowania może być strategią radzenia sobie z trudnościami. • Tolerancja dawkowania – zachowanie musi być wykonane z coraz większą intensywnością, aby dostarczyć pożądaną satysfakcji. • Objawy odstawienia – nieprzyjemnie odczucia psychiczne lub objawy fizyczne w sytuacji braku realizacji danego zachowania. • Konflikty o charakterze interpersonalnym lub intrapsychnym jako konsekwencja wykonania zachowania. • Nawrót – tendencja powracania do wykonania zachowania po okresie zaprzestania lub kontrolowania go.

Źródło: Na podstawie – Pospiszyl 2020: 243.

Lidia Cierpiałkowska na podstawie analizy opisanych w literaturze przedmiotu kryteriów diagnostycznych przyjęła następujące kryteria operacyjne (Tabela 3). Do diagnozy uzależnienia behawioralnego również w tym przypadku konieczne jest wystąpienie wszystkich pięciu objawów.

Tabela 3. Kryteria operacyjne uzależnień behawioralnych według Ireny Grzegorzewskiej i Lidii Cierpiałkowskiej

Grzegorzewska, Cierpiałkowska (2018)
<ul style="list-style-type: none"> • Podejmowanie danej aktywności w celu zmiany samopoczucia: uzyskania przyjemności, zmniejszenia bólu, wzrostu energii, uspokojenia lub w fazie końcowej zachowania zdolności do funkcjonowania (efekt tolerancji). • Wraz z upływem czasu konieczność zintensyfikowania danej czynności w celu osiągnięcia pożądanego/akceptowanego stanu. • Utrata kontroli nad ilością, częstotliwością i czasem wykonania pewnych czynności. • Pojawienie się symptomów odstawiennych, jeśli wykonanie danej czynności jest gwałtownie skrócone, ograniczone lub niemożliwe do zrealizowania. • Nasilenie negatywnych konsekwencji wynikających z przekroczenia czasu poświęcanego na wykonywanie danej aktywności, co jest bezpośrednim lub pośrednim wskaźnikiem utraty kontroli.

Źródło: Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 34.

W praktyce terminy związane z uzależnieniem od czynności i próby kategoryzacji tego zjawiska pojawiają się już od dość dawna (Lelonek-Kuleta 2015; Habrat 2016; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). Biorąc pod uwagę mnogość czynności, które mogą się stać nałogiem, wydaje się konieczne kliniczne oraz naukowe usystematyzowanie uzależnień behawioralnych. Dopiero klasyfikacja

DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association 2013) uwzględniła hazard patologiczny jako zaburzenie i nałóg niezwiązany z substancjami (*non-substance related disorder*). Wprowadzenie pojęcie zaburzenia (*disorder*) usystematyzowało naukową refleksję nad nasileniem zachowań uzależniających. Od używania normalnego, nadużywania (DSM-4), używania szkodliwego (ICD-10), do uzależnienia (zarówno od substancji, jak i zachowań), co pozwoliło na uspojnienie tego obszaru badań (Lelonek-Kuleta 2014: 16) – przeciwieństwie do poprzednich wydań DSM-3 oraz DSM-4, w których hazard patologiczny zaliczono do grupy zaburzeń impulsów. W obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10, Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (nowa wersja ICD-11 weszła w życie 1 stycznia 2022 roku, ale nie ma jeszcze polskiej wersji językowej, do tego momentu obowiązują klasyfikacje zawarte w poprzedniej edycji), termin uzależnienie behawioralne nie występował lub był ujmowany w kategorii zaburzeń kontroli impulsów lub zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

„Nowe” i „stare” uzależnienia

Rozpatrując uzależnienia od substancji oraz uzależnienia od czynności pod kątem podobieństw i różnic, trzeba spojrzeć na te zagadnienia również pod kątem medycznym. Przede wszystkim, jeśli zjawisko zalicza się do kategorii medycznej, to wypracowywane są kryteria diagnostyczne i profilaktyczne oraz naprawcze procedury postępowania. Ma to swoje pozytywne, jak i negatywne konsekwencje. Sprowadzając uzależnienie behawioralne do uproszczonych kategorii fizjologicznych i psychologicznych, pomija się wielowymiarowe ujęcie tego zagadnienia. Pod względem mechanizmów psychologicznych i uwarunkowań zjawiska te są do siebie podobne. Natomiast społeczny obraz tych zjawisk, ich spostrzeganie w środowisku, stygmatyzowanie i wykluczenie, wystąpienie szkód społecznych (konflikt z prawem, utrata pracy, konflikty w rodzinie itp.) czy dostępność profilaktyki oraz leczenia znacząco się różnią. Przekłada się to na szeroki wachlarz konsekwencji, które odczuwa uzależniona jednostka i jej bliscy, a tym samym na wsparcie, które otrzymuje w procesie zdrowienia.

Z drugiej strony za ujęciem uzależnień behawioralnych od strony medycznej przemawia fakt, że różne organy państwa kierują duże nakłady finansowe na wdrażanie strategii naprawczych. Warunkiem uznania danego zjawiska za zagadnienie medyczne jest fakt istnienia czynnika patogenicznego. Nie ma to miejsca jednak w wypadku uzależnień behawioralnych. Są one oparte na naturalnych mechanizmach fizjologicznych. Na utrwalenie danego zachowania wpływają bodźce, które je wzmacniają i nagradzają (przyjemność), oraz te, które warunkują negatywnie (brak nagrody). Jest to proces odwracalny (Habrata 2016: 21).

Wielu badaczy (np.: Ogińska-Bulik 2010; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018) podkreśla słabości i nieprawidłowości metodologiczne w ujęciu pojęciowym uzależnień behawioralnych. Ponadto trudno się oprzeć wrażeniu, że kryteria części z nich są przez analogię naciągane do kryteriów istniejących już uzależnień od substancji. Ich interpretacja wpisuje się bardziej w model nomotetyczny, polegający na wyjaśnianiu głównie w zakresie poszukiwanych ogólnych praw i teorii, niż model idiograficzny, w którym dane zjawiska są dobrze wyjaśnione przez potwierdzoną doświadczeniem teorię (Habrata 2016: 22).

Wraz z rozwojem wiedzy dotyczącej psychologicznych i neurobiologicznych mechanizmów nałogów wskazano na podobieństwa pomiędzy uzależnieniami od substancji a nałogami behawioralnymi. Na gruncie biologicznym zainteresowano się podstawami wyuczonych zachowań. Wskazano na wspólne, neuronalne drogi rozwoju uzależnień. Przede wszystkim podkreślono funkcję tzw. ośrodka nagrody oraz potwierdzono rolę układu dopaminergicznego i opioidowego w mechanizmach pozytywnego wzmacniania, a układu serotonergicznego w mechanizmach protekcyjnych (Lelonek-Kuleta 2015: 101; Habrata 2016: 33). Nieliczne badania w obszarze genetyki także potwierdzają, że uzależnienia od substancji i uzależnianie behawioralne mają wspólną patogenezę, a skłonność do nich może być dziedziczona (Lelonek-Kuleta 2015: 101).

Obecnie obowiązujące kryteria diagnostyczne termin uzależnienie wyjaśniają jako sumę zachowań nałogowych (z komponentami psychologicznymi i ich biologicznymi podstawami) oraz biologicznych uwarunkowań farmakologicznych (zmieniona tolerancja i objawy abstynencyjne). W ten sposób termin ten odnosi się tylko do nadużywania substancji psychoaktywnych.

Przedmiot szczególnej dyskusji w odniesieniu do uzależnień behawioralnych stanowią objawy abstynencyjne. Symptomy, które pojawiają się w wyniku uniemożliwienia wykonania danej czynności, są podobne do objawów zespołu odstawiennego, ale mają niespecyficzny charakter. Mogą być m.in. przejawem frustracji i występować w postaci lęku, drażliwości czy niepokoju. Natomiast objawy ugruntowane w kryteriach są typowe dla odstawienia danej substancji, np. wzmożona senność, zwiększony apetyt w przypadku uzależnienia od kokainy (Habrat 2016: 34). Zatem w uzależnieniach behawioralnych ograniczają się one do sfery psychicznej. W przypadku uzależnienia od środków psychoaktywnych mają różnorodny przebieg chorobowy zależny od przyjętej danej substancji. Wstępnym etapem w leczeniu uzależnień chemicznych jest detoksykacja, której nie przeprowadza się przy uzależnieniach behawioralnych. W efekcie klasyfikacja DSM-5 wprowadziła kategorię zaburzeń nałogowych, które objęły: zaburzenia używania substancji oraz zaburzenia uprawiania hazardu, co z jednej strony podkreśla ich podobieństwo pod względem mechanizmów, a z drugiej – wskazuje odrębności (osobne podkategorie).

Cierpiałkowska scharakteryzowała dwa najważniejsze nurty traktujące o naturze uzależnień. Przedstawiciele pierwszego z nich traktują je jako syndrom, a drugiego – jako proces (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 35–41). Model wieloczynnikowy jest jednym z najpopularniejszych modeli wyjaśniania genezy rozwoju uzależnień (Lelonek-Kuleta 2015: 101). Jego główne założenie opiera się na tezie, że uzależnienia mają to samo podłoże. Z jednej strony tworzą je złożone i zintegrowane czynniki biopsychospołeczne, z drugiej – konteksty neurobiologiczne i psychologiczne, które zwiększają podatność danej jednostki na uzależnienia. Dlatego też traktowane są jako syndrom o wielu obliczach, tak substancjalnych, jak i behawioralnych. Koncepcja ta znajduje swoje odbicie w prowadzonych badaniach i potwierdza się m.in. w pracach naukowych dotyczących współwystępowania uzależnień ze sobą, jak i zastępowania jednego obiektu uzależnień innym. Zarzuca się jej jednak zbyt skoncentrowanie na diagnozie, przy zaniedbaniu analizy procesów psychologicznych odpowiedzialnych za rozwój zjawiska (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Model traktujący uzależnienia jako proces również wskazuje na rolę uzależnień substancjalnych, które w tym przypadku są jednym

z wielu czynników ryzyka skorelowanych z uzależnieniami behawioralnymi. W tym podejściu jednostka w sposób celowy angażuje się w dane zachowanie. Jej celem jest osiągnięcie przyjemności. Samo uzależnienie rozwija się stopniowo. Towarzyszą mu czynniki ryzyka oraz współwystępujące z nimi sytuacje problemowe. Takie ujęcie pozwala zidentyfikować te procesy psychologiczne, które są specyficzne dla rozwoju konkretnego uzależnienia. Zatem umożliwia konstruowanie interwencji opartych na dowodach naukowych, co jest nieocenione dla efektywności terapii i oddziaływań stosowanych w praktyce (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Niezależnie od tego, czy przedmiotem uzależnienia jest substancja czy zachowanie, wnosi ono w życie osoby nim dotkniętej cierpienie i to w zasadzie w każdej sferze życia. Co istotne, konsekwencje uzależnienia możemy rozpatrywać zarówno w zakresie indywidualnym, rodzinnym, jak i szerzej – w perspektywie całego społeczeństwa (Włodarczyk 2020: 40). Dochodzi do zrywania więzi społecznych, utraty kompetencji społecznych, relacje zostają zaburzone, a uzależniona jednostka zaczyna coraz bardziej się izolować od ludzi. Skutki omawianego zjawiska współwystępują, tworząc nowe problemy oraz wzmacniając się nawzajem.

Wybrane typy „nowych uzależnień”

Przemiany społeczno-kulturowe wyzwają we współczesnym społeczeństwie silną potrzebę posiadania i intensywnych doznań. Mniej liczą się przeżycia, a bardziej sposób, w jaki zostaną one utrwalone, np. na portalach społecznościowych. Paradoksem naszych czasów jest życie w świecie pełnym dóbr i wyborów przy jednoczesnym doświadczaniu ubóstwa relacji. Słabną więzi, tym samym osłabia się ludzka zdolność do tolerowania różnego rodzaju stresorów. Szukając regulacji, sposobów radzenia ze stresem, jednostka zwraca się w stronę czynności, które pomogą jej zredukować złe samopoczucie. W tej części artykułu omówione zostaną wybrane nowe uzależnienia. Kryterium ich doboru zostało podyktowane formalną klasyfikacją DSM-5. Uzależnienie od hazardu pojawiło się tu w kategorii zaburzeń używania substancji i nałogów. Problemowe korzystanie z internetu uznano za potencjalnie możliwe do włączenia do tej kategorii, a uzależnienie od gier internetowych za wymagające dalszych badań.

Za inne rozważane uzależnienia, w kategorii których nie znaleziono satysfakcjonujących na ten moment dowodów, przyjęto: uzależnienie od zakupów, seksu i ćwiczeń fizycznych (w tym artykule omówione zostanie uzależnienie od zakupów).

Hazard. Po raz pierwszy został uznany za jednostkę chorobową i pojawił się w klasyfikacji DSM-5 z 2000 roku w kategorii zaburzeń kontroli impulsów (Panasiuk K., Panasiuk B. 2016). Hazard patologiczny zdefiniowano jako postępujące i przewlekłe zaburzenie, które obejmuje nieustanny brak zdolności do opierania się impulsom do hazardu oraz zakłóca lub szkodzi dążeniom osobistym, rodzinnym lub zawodowym (Kusztal, Piasecka, Nastazjak 2021: 18). Obecnie w najnowszych kryteriach DSM-5 wprowadzonych w 2013 roku hazard znalazł się w kategorii zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi i nałogami (Tabela 4). Zaburzenie hazardowe traktowane jest jako kontinuum, w którym od liczby zidentyfikowanych objawów zależy jego nasilenie. O łagodnym nasileniu zaburzenia decyduje pojawienie się 4–5 kryteriów, umiarkowane nasilenie zaburzenia: 6–7 kryteriów, nasilenie znaczne: 8–9 kryteriów. O wczesnej remisji natomiast świadczy brak objawów przez 3–12 miesięcy, a przy utrzymującej się remisji czas ten wydłuża się powyżej 12 miesięcy.

Tabela 4. Kryteria diagnostyczne hazardu według DSM-5

Kryteria diagnostyczne DSM-5	
A.	Utrwalone lub nawracające problematyczne zachowania hazardowe, prowadzące do klinicznie znaczącej szkodliwości lub negatywnego stresu, na co wskazują cztery lub więcej z niżej opisanych zachowań przejawianych przez osobę w okresie minionych 12 miesięcy: <ol style="list-style-type: none"> 1. Odczuwa potrzebę grania za coraz większe sumy pieniędzy w celu osiągnięcia pożądanego poziomu ekscytacji. 2. Jest niespokojna lub rozdrażniona, poirytowana przy podejmowaniu prób ograniczenia lub zaprzestania grania w gry hazardowe. 3. Podejmuje nieudane próby kontrolowania, ograniczania i zaprzestania hazardu. 4. Jest pochłonięta hazardem. 5. Gra często, gdy odczuwa negatywny stres. 6. Przegrawszy pieniądze, często wraca do gry innego dnia, by wyrównać rachunki. 7. Kłamie, by ukryć stopień zaangażowania w hazard. 8. Z powodu hazardu naraża lub traci znaczące relacje, pracę, edukacyjne lub zawodowe możliwości. 9. Popada w zależność od ludzi, od których może pozyskać pieniądze niezbędne do poprawienia własnej sytuacji finansowej spowodowanej zaangażowaniem w hazard.
B.	Zachowanie hazardowe nie jest lepiej wyjaśnione występowaniem epizodu maniakalnego.

Źródło: Na podstawie – Panasiuk K., Panasiuk B. 2016: 93.

Obowiązująca w Europie klasyfikacja ICD-10 w starszej i ICD-11 w nowej wersji również odniosły się do hazardu (Tabela 5). W klasyfikacji ICD-10 patologiczny hazard umieszczono w grupie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w podkategorii zaburzenia nawyków i popędów. Zdefiniowano go jako „częste, powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszenia norm oraz zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych” (Pużyński, Wciórka 2000: 178). Wprowadzenie klasyfikacji ICD-11 (w Polsce do momentu tłumaczenia, obowiązują kryteria ICD-10) przyniosło ważną zmianę. Pojawił się podrozdział zaburzenia związane z używaniem substancji lub nałogowymi zachowaniami (*disorders due to substance use or addictive behaviours*), w którym rozrózono zaburzenia spowodowane używaniem substancji od tych wywołanych nałogowymi zachowaniami. W drugiej z grup umieszczono zaburzenie używania hazardu i zaburzenie związane z graniem. Zaburzenie stwierdza się w momencie, gdy zachowania związane z hazardem i inne cechy są widoczne przez co najmniej 12 miesięcy, chociaż czas trwania może zostać skrócony, jeśli wszystkie wymagania diagnostyczne są spełnione, a objawy poważne.

Tabela 5. Kryteria diagnostyczne hazardu według ICD-10 i ICD 11

ICD-10	ICD-11
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost napędu związanego z poszukiwaniem środka uzależniającego. 2. Wzrost tolerancji na działanie środka (stopniowe obniżanie przyjemności przy dostarczaniu takiej samej dawki lub potrzeba zwiększania ilości środka dla uzyskania podobnej przyjemności jak na początku). 3. Kompulsywna potrzeba grania, kosztem zdrowia i otoczenia. 4. Osłabienie woli. 5. Obsesja grania i natręctwa myślowe utrzymujące się i nawracające nawet przy wieloletniej abstynencji. 6. Samooszukiwanie się, stosowanie usprawiedliwień i innych mechanizmów obronnych ułatwiających podjęcie gry. 7. Wyniszczenie fizyczne, brak zainteresowania środowiskiem niezwiązanym z hazardem. 8. Wypalenie emocjonalne. 	<p>Wzorec uporczywych lub powtarzających się zachowań związanych z hazardem, które mogą być podejmowane online lub offline. Zachowania te odznaczają się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. upośledzoną kontrolą nad hazardem (biorąc pod uwagę np. początek grania hazardowego, jego częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst), 2. zwiększeniem priorytetu nadanego hazardowi w takim stopniu, że zyskał on pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami żywymi i codziennymi czynnościami, 3. kontynuacją lub eskalacją hazardu pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie – Pospiszył 2020 oraz Kusztal, Piasecka, Nastajczak 2021.

W procesie rozwoju uzależnienia od hazardu wyróżnia się najczęściej na trzy etapy (por. Woronowicz 2009: 468, Panasiuk K., Panasiuk B. 2016: 95–98, Pospiszyl 2020: 311). Pierwszy z nich określany jest fazą zwycięstwa. Na tym etapie wygrana wywołuje uczucie triumfu, a sam grający ryzykuje coraz większe sumy, licząc na powodzenie. Punktem zwrotnym tej fazy jest wchodzenie w obsesję zwaną „epizodem wielkiej wygranej”. Kolejny etap – faza utraty – prowadzi do ambiwalentnego uczucia. Z jednej strony pojawia się chęć rezygnacji, z drugiej myślenie życzeniowe o możliwości kolejnej wygranej. Hazardzistę ta wizja pochłania. Gra tylko po to, by się odegrać oraz odzyskać utracone pieniądze. Postępowanie uzależnionego zaczyna stwarzać problemy w różnych obszarach życia (rodzinne, zawodowe itp.). Faza trzecia – faza desperacji – rozpoczyna się w momencie, kiedy wszystkie manipulacje i mechanizmy obronne przestają działać. Hazardzista odczuwa konsekwencje swojego postępowania, za które musi ponieść odpowiedzialność. Ten etap jest często momentem zwrotnym – uzależniony zwraca się po pomoc.

Według badania CBOS z 2017 roku w Polsce do nałogowego hazardu przyznało się 0,4% graczy (CBOS 2017). W tej grupie zdecydowanie przeważają mężczyźni, tylko 1/3 z nich to kobiety. Nie bez znaczenia jest tu również wiek. Młodzież najczęściej wybiera automaty, natomiast młodzi dorośli (20–35 lat) grę w kasynach. Ponad połowa uzależnionych od hazardu swoją przygodę z grą rozpoczyna pomiędzy 10 a 14 rokiem życia. Jak wynika z badań, dużą popularnością wśród Polaków cieszy się e-hazard. Najczęstszą jego formą są zakłady sportowe (Lelonek-Kuleta i in. 2020). Oszacowanie stopnia rozpowszechnienia problemów z hazardem jest trudne, a analiza dostępnych badań daje niejednoznaczne wyniki. Najwięcej informacji dotyczących poziomu występowania zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu pochodzi m.in. ze Stanów Zjednoczonych, Norwegii i Kanady. W zależności od miejsca badania i użytego narzędzia diagnostycznego procent osób uzależnionych od hazardu w populacji waha się w granicach 0.1–2 (Grzegorzewska, Cierpiatowska 2018: 153).

Problematyczne korzystanie z internetu. Internet stał się integralną częścią życia, miejscem pracy oraz źródłem gratyfikacji. Niestety, to, co przynosi nam korzyści, może również nam szkodzić. Problematyczne korzystanie z internetu swoim zasięgiem obejmuje

wiele różnych czynności takich jak: surfowanie po sieci, hazard w sieci, cyberseks, zakupy w sieci, kompulsywne poszukiwanie informacji oraz nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych. Z punktu widzenia wielu badaczy (por. np. Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 211) nie stanowi on źródła uzależnienia sam w sobie, ale jedynie pośredniczy w rozwoju uzależnień od niektórych czynności. Zgodne jest to ze współczesnym stanowiskiem, które zakłada, że określenie „uzależnienie od internetu” jest skrótem myślowym odnoszącym się do podejmowania w jego przestrzeni różnych ryzykownych zachowań o charakterze nałogowym. Obecnie uznaje się, że szkodliwe korzystanie z sieci obejmuje: (1) szkodliwe granie, (2) szkodliwe zaangażowanie seksualne, (3) nadmierne i szkodliwe poszukiwanie informacji, (4) kompulsywne zachowania, (5) nadmierne i szkodliwe zaangażowanie społeczne (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 211–212).

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne rozważyło włączenie diagnozy patologicznego korzystania z sieci do klasyfikacji DSM-5. Zaproponowano uwzględnienie czterech kryteriów istotnych dla zdiagnozowania problemu: (1) nadmierne używanie, często kojarzone z utratą poczucia czasu lub zaniedbaniem podstawowych potrzeb, (2) wycofanie, w tym uczucie złości, napięcia i/lub przygnębienia w przypadku braku dostępu do komputera, (3) zmiana tolerancji, korzystanie z coraz większą częstotliwością z komputera, w tym również manifestowanie potrzeby posiadania coraz lepszego sprzętu komputerowego, większej liczby programów oraz dłuższego korzystania z sieci oraz (4) negatywne następstwa obejmujące kłótnie, kłamanie, słabe wyniki w pracy/nauce, społeczną izolację i zmęczenie (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 212–213). Klasyfikacja DSM-5 z 2013 roku nie ujęła jednak uzależnienia od internetu jako zaburzenia. Mimo braku jednostki nozologicznej w oficjalnych klasyfikacjach, badacze proponują własne kryteria diagnostyczne. W literaturze za jednego z pierwszych badaczy zajmujących się tym zjawiskiem uważa się Ivana K. Goldberga. Zdefiniował on uzależnienie jako sytuację, w której ludzie nadużywają internetu, co wiąże się z wieloma negatywnymi konsekwencjami fizycznymi i psychicznymi (Barłóg 2015). Zidentyfikował również objawy, na podstawie których można stwierdzić wystąpienie tego problemu (Tabela 6).

Tabela 6. Kryteria uzależnienia od Internetu według Ivana K. Goldberga

Goldberg
<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancja – coraz mniejszy poziom satysfakcji wynikającej z korzystania z internetu przez taką samą ilość czasu, co prowadzi do potrzeby coraz dłuższego przebywania w sieci. • Zespół abstynencyjny – pojawia się już po kilku dniach od zaprzestania korzystania z sieci. O zespole abstynencyjnym możemy mówić, gdy pojawią się przynajmniej dwa objawy z następującej listy: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pobudzenie psychoruchowe, ▪ lęk, ▪ obsesyjne myśli o internecie i tym, co się w nim dzieje, ▪ obniżenie nastroju, ▪ fantazje i marzenia związane z internetem, ▪ dowolne bądź mimowolne poruszanie palcami w sposób charakterystyczny dla korzystania z klawiatury komputerowej. <p>W celu redukcji objawów zespołu abstynencyjnego osoba zaczyna ponownie korzystać z sieci.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korzystanie z sieci internetowej w czasie dłuższym od planowanego. • Pojawienie się potrzeby przerwania lub ograniczenia korzystania z internetu, próby te są jednak nieudane. • Poświęcenie dużej ilości czasu na czynności związane z internetem (porządkowanie materiałów internetowych, czytanie książek o internecie). • Zmniejszenie lub zrezygnowanie z aktywności zawodowej, społecznej lub rekreacyjnej na rzecz korzystania z internetu. • Dalsze korzystanie z internetu, pomimo świadomości rozwijających się problemów fizycznych, społecznych i psychologicznych. <p>○ uzależnieniu możemy mówić, gdy pojawią się minimum trzy objawy z powyższej listy.</p>

Źródło: Na podstawie – Barłóg 2015.

Fazy rozwoju uzależnienia od mediów najlepiej opisano w kontekście nałogowego korzystania z internetu, jednak mogą one się również odnosić do uzależnienia od gier internetowych. Sam proces uzależnienia podzielono na cztery fazy, z których każda wiąże się z wystąpieniem momentu krytycznego (zob. Panasiuk K., Panasiuk B. 2017: 69–70). Pierwszy etap zwany zaangażowaniem to okazjonalne korzystaniem z internetu, które służy jakiemuś konkretnemu celowi, np. wyszukiwaniu materiałów do nauki bądź pracy. Czas spędzony na tym zadaniu jeszcze nie narusza naturalnego rytmu życia. Kolejno następuje przejście od korzystania okazjonalnego do kolejnego etapu – zastępowania.

Użytkowanie sieci staje się regularne. Dzieje się tak kosztem czasu przeznaczanego na inne zajęcia. Osoba zaczyna się izolować społecznie, traci zainteresowanie innymi obszarami życia. Narastają problemy, które coraz trudniej będzie jej rozwiązać. Etap trzeci to ucieczka. Pojawia się utrata kontroli. Osoba uzależniona wchodzi w konflikty z bliskimi, manipuluje otoczeniem. Ucieka w świat

wirtualny. Ostatni etap (desperacja) jest próbą powrotu do normalności. W wyniku okoliczności zewnętrznych osoba uzależniona nie ma już możliwości stosowania mechanizmów ucieczkowych i zaczyna szukać pomocy (zob. Panasiuk K., Panasiuk B. 2017: 69–70; Pospiszyl 2020: 303–304).

Wyniki badań dotyczące uzależnienia od internetu przedstawiają raczej skalę samego zjawiska niż rzetelną ocenę problemu. Różnią się znacznie w zależności od badanej kultury i społeczeństwa. Stosowana metodologia nie jest jednolita. Część badań prowadzona jest na reprezentatywnych populacjach za pomocą ankiet zamieszczonych w sieci, część trafia w postaci kwestionariuszy do określonych grup. Badania z 2001 roku wskazały, że 10% Europejczyków przyznaje się do nałogowego korzystania z internetu lub uważa się za osoby uzależnione. Należy przy tym zauważyć, że na początku XXI wieku z internetu korzystało 17% Polaków, a w latach 2019–2020 odsetek ten wzrósł do prawie 85% (Pospiszyl 2020: 305). Dlatego można szacować, że aktualnie liczba osób uzależnionych od tego medium jest wyższa. Niemniej patrząc na różnorodność metodologiczną, urozmaicenie stosowanych narzędzi badawczych, kontekst społeczno-kulturowy oraz dynamiczny rozwój samej sieci, wydaje się, że wskaźniki uzależnienia mogą być zarówno przeszacowane, jak i niedoszacowane, w zależności od badanej grupy (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 216).

Uzależnienie od gier internetowych. W amerykańskiej klasyfikacji DSM-5 termin *internet gaming disorder* pojawił się na określenie zaburzenia związanego z korzystaniem z gier jako problem wymagający dalszych badań (Cyrklaff-Gorczyca, Kruszewski 2018). Według propozycji zawartej w klasyfikacji DSM-5 można wyodrębnić dziewięć kryteriów diagnostycznych uzależnienia od gier komputerowych (Tabela 7). W przeciągu 12 miesięcy musi pojawić się co najmniej 5 z wymienionych objawów, by można było postawić diagnozę.

Tabela 7. Prawdopodobne kryteria diagnostyczne uzależnienie od gier komputerowych

Propozycja według klasyfikacji DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Zaabsorbowanie graniem. • Symptomy odstawienia, gdy granie nie jest możliwe. • Tolerancja jako potrzeba coraz większego zaangażowania się w granie. • Nieudane próby przejęcia kontroli nad graniem. • Utrata zainteresowań wcześniejszymi przyjemnościami i aktywnościami jako konsekwencja nadmiernego grania. • Dalsze zaangażowanie się w gry mimo negatywnych tego konsekwencji. • Oszukiwanie rodziny, terapeutów oraz innych osób na temat czasu poświęconego na granie, kłamanie. • Granie jako sposób na ucieczkę od problemów lub na regulowanie nastroju. • Ryzyko utraty lub utrata relacji interpersonalnych, pracy, szkoły bądź kariery z powodu nadmiernego grania.

Źródło: Na podstawie – Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 190.

Nowa klasyfikacja ICD-11 również uwzględniła to uzależnienie jako *gaming disorder*. Znalazło się ono w podgrupie „zachowania uzależniające”. Oznacza: „zaburzenie kontroli gier oraz zwiększające się znaczenie grania nad innymi działaniami do tego stopnia, że granie dominuje nad innymi aktywnościami codziennymi i zainteresowaniami, a także kontynuacją lub eskalacją grania pomimo występowania negatywnych konsekwencji, które za sobą niesie” (Cyrklaff-Gorczyca, Kruszewski 2018: 47). To, co decyduje o zakwalifikowaniu danego zachowania jako uzależnienia od grania, to 12-miesięczny okres (w przypadku poważnych objawów ramy czasowe ulegają skróceniu), podczas którego następuje znaczne upośledzenie funkcjonowania w ważnej sferze życia.

Coraz więcej młodych osób sięga po nowe technologie także po to, by grać. Wśród pedagogów, psychologów, nauczycieli i rodziców rozwija się debata nad skutkami tego zjawiska. Nie ma tu prostej odpowiedzi. Z jednej strony w literaturze wskazuje się na korzystne oddziaływanie nowych technologii, takie jak rozwój umiejętności wzrokowo-przestrzennych, przyrost wiedzy oraz umiejętności czytania, liczenia, znajomości języków obcych, kształtowanie postaw społecznych. Z drugiej strony zauważa się zatracanie się w grze, brak kontroli nad czasem spędzonym na graniu, przy ignorowaniu innych aktywności oraz doświadczaniu wielu negatywnych konsekwencji prowadzących do uzależnienia (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 184–185). Gry mogą stanowić ucieczkę od rzeczywistości

pełnej konfliktów, negatywnych emocji czy też braku poczucia własnej wartości. Według badań przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie europejskich nastolatków (Muller i in. 2015) odsetki młodzieży (14–17 lat) uzależnionej od gier komputerowych kształtują się w poszczególnych krajach następująco: Grecja – 2,5%, Polska – 2,0%, Islandia – 1,8%, Niemcy – 1,6%, Rumunia – 1,3%, Holandia – 1,0%, Hiszpania – 0,6% (Muller i in. 2015).

Nałogowe kupowanie. Badacze nie są zgodni co do tego, do jakiej kategorii zaburzeń psychicznych zalicza się niekontrolowane robienie zakupów. Najczęściej wymienia się tutaj cztery rodzaje zaburzeń: zaburzenie kontroli impulsów, zaburzenie nastroju, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz uzależnienia behawioralne, z czego największą uwagę zwrócono na dwa ostatnie. Termin „nałogowe kupowanie” nie doczekał się jeszcze obowiązującej definicji. Tego rodzaju czynności można określić jako „pozostający poza kontrolą przymus kupowania, niekorzystnie wpływający na funkcjonowanie jednostki” (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 314–315). Nałogowe kupowanie nie zostało sklasyfikowane w obowiązujących kryteriach diagnostycznych. Natomiast według nieobowiązujących kryteriów m.in. Helgi Dittmar (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 316) niepohamowana potrzeba jest kluczowym symptomem odróżniającym normalne kupowanie od patologicznego. Nałogowe kupowanie pociąga też za sobą negatywne konsekwencje dotyczące różnych sfer życia. Z perspektywy mechanizmów uzależnienia o nałogowym kupowaniu możemy mówić, gdy wystąpią trzy z następujących objawów: „(1) poczucie przymusu i/lub silna potrzeba dokonywania zakupów, (2) upośledzenie kontroli nad powstrzymaniem się od zakupów oraz nad długością i częstotliwością czasu poświęcanego na zakupy, (3) doświadczanie niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia przy próbach ograniczenia możliwości dokonywania zakupów oraz ustępowanie tych stanów z chwilą pojawienia się możliwości realizowania planów zakupowych, (4) spędzanie coraz większej ilości czasu na zakupach w celu uzyskania zadowolenia lub dobrego samopoczucia, które poprzednio osiągnane było w krótszym czasie, (5) postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz dokonywania zakupów i zdobywania na nie środków finansowych, (6) kontynuowanie zakupów mimo szkodliwych następstw, o których wiadomo, że

mają związek z ich dokonywaniem” (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 317).

Badania nad rozpowszechnieniem zakupoholizmu pokazują, że w Europie problem ten dotyczy 1–10% populacji, natomiast w Stanach Zjednoczonych – 6% (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). W Polsce według analizy wyników uzyskanych przez CBOS około 4% osób powyżej 15. roku życia zmagają się z problemem kompulsywnego kupowania. W większości są to osoby płci żeńskiej do 24. roku życia (CBOS 2015). Problem ten zazwyczaj dotyka ludzi młodych, czego przyczyn, zwłaszcza na Zachodzie, można upatrywać w bogatej ofercie różnego rodzaju dóbr, możliwości ich wyboru, łatwości dostępu oraz w kulturze spędzania wolnego czasu w galeriach handlowych (Ogińska-Bulik 2016).

Zakończenie

Omawiane powyżej takie terminy jak: uzależnienia behawioralne, uzależnienia od czynności, nowe uzależnienia na stałe wpisały się w literaturę przedmiotu i w praktykę. Ma to swoje pozytywne aspekty, ogranicza bowiem kontrowersje związane ze zbyt szerokim używaniem terminu uzależnienie oraz akcentuje negatywne konsekwencje angażowania się człowieka w czynności, które pozostają poza jego kontrolą. Z drugiej strony uzależnienie jest pojęciem budzącym negatywne, często stygmatyzujące skojarzenia. Nadmierne i lekceważące stosowanie tego pojęcia w stosunku do konkretnych form aktywności może rodzić wiele nieporozumień i patologizować codzienne życie. Uproszczone opisy ludzkich zachowań mogą skutkować niedocenieniem rzeczywistych zagrożeń. Najlepiej zbadanym zjawiskiem pod kątem uzależnień behawioralnych na ten moment jest hazard. Przy obecnym stanie wiedzy, a zwłaszcza przy braku zwalidowanych kryteriów diagnostycznych oraz podłużnych badań, jest jeszcze za wcześnie, aby uznać inne uzależnienia behawioralne za pełnoprawne, niezależne zaburzenia, a tym bardziej klasyfikowanie ich jako podobnych do uzależnień od substancji, a nie jako zaburzeń kontroli impulsów. Potrzebnych jest więcej dowodów naukowych, by poszerzyć wiedzę o uzależnieniach behawioralnych do poziomu wiedzy o uzależnieniach od substancji.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5th edition, Washington (DC): American Psychiatric Publishing.
- Barłóg M. (2015). *Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty*, „Hygeia Public Health”, t. 50, nr 1, s. 197–202.
- Cierpiąkowska L., Sęk H. (2016). *Naukowe i społeczne wyzwania dla psychologii klinicznej*, „Roczniki Psychologiczne”, t. 19, nr 3, s. 401–436.
- Cyrklaff-Gorczyca M., Kruszewski T. (2018). *Uzależnienie od gier internetowych – opis badania i propozycja korekty postaw*, „Rozprawy Społeczne”, t. 12, nr 4, s. 46–55.
- Goodman A. (1990). *Addiction Definition and Implications*, „British Journal of Addiction”, t. 85, nr 11, s. 1403–1408.
- Griffiths M.D. (2004). *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, przeł. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grzegorzewska I., Cierpiąkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Guerreschi C. (2005). *Nowe uzależnienia*, przeł. A. Wiczorek-Niebielska, Kraków: Wydawnictwo Salwator.
- Habrat B. (2016). *Nalogi behawioralne*, [w:] B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nalogi behawioralne*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 15–83.
- Kusztal J., Piasecka M., Nastazjak A. (2021). *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lelonek-Kuleta B. (2015). *Uzależnienia behawioralne na tle współczesnej wiedzy o uzależnieniach*, „Studia Społeczne”, t. 12, nr 1, s. 97–103.
- Lelonek-Kuleta B., Bartczuk R., Wiechetek M., Chwaszcz J., Niewiadomska I. (2020). *The Prevalence of E-Gambling and of Problem E-Gambling in Poland*, „Journal of Environmental Research and Public Health”, t. 17, nr 2, art. 404.
- Muller K.W., Janikian M., Dreier M., Wolfing K., Beutel M.E., Tzavara C., Tsitsika A. (2015). *Regular Gaming Behavior and Internet Gaming Disorder in European Adolescents: Results from a Cross-national Representative Survey of Prevalence, Predictors, and Psychopathological Correlates*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, t. 24, nr 5, s. 565–574.
- Ogińska-Bulik N. (2010). *Uzależnienia od czynności. Mit czy rzeczywistość?*, Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik N. (2016). *Kompulsywne kupowanie*, [w:] B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nalogi behawioralne*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 379–406.

- Pospiszyl I. (2020). *Patologie społeczne i problemy społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Vesalius.
- Włodarczyk E. (2020). *Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy*, [w:] H. Karaszewska (red.), *Człowiek w pułapce problemów. Psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i pozainstytucjonalne sposoby ich rozwiązania*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 31–59.
- Woronowicz B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań–Warszawa: Media Rodzina, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.

Netografia

- CBOS (2015). *Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... Uzależnienia od zachowań*, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_076_15.PDF [dostęp: 20.02.2023].
- CBOS (2017). *Hazard. Komunikat z badań*, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_068_17.PDF [dostęp: 1.02.2023].
- Lelonek-Kuleta B. (2014). *Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne*, <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/7064?show=full> [dostęp: 20.02.2023]
- Panasiuk K., Panasiuk B. (2016). *Patologiczny hazard – możliwości rozpoznania i leczenia*, https://www.colloquium.elsite.eu/images/numery/XXIII/KP_BP.pdf&cd=1&chl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b-d [dostęp: 2.02.2023].
- Panasiuk K., Panasiuk B. (2017). *Uzależnienie od komputera i internetu – wybrane problemy*, <https://colloquium.amw.gdynia.pl/index.php/colloquium/article/view/466/353> [dostęp: 2.02.2023].

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Sonia Dzierżyńska-Breś
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Studiów Edukacyjnych
e-mail: sonia.d@amu.edu.pl

Lidia Wawryk
ORCID: 0000-0002-8837-4052
Uniwersytet Zielonogórski

Znaczenie diagnozy Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów w sprawach nieletnich uzależnionych od internetu i gier komputerowych oraz ujawniających cechy nieprzystosowania społecznego

The Importance of the Diagnoses of Advisory
Teams of Court Experts in Cases of Minors Addicted
to the Internet and Computer Games and Showing
Signs of Social Maladjustment

ABSTRACT

The article analyzes the significance of the diagnoses of Advisory Teams of Court Experts (ATCE) against minors addicted to the Internet and computer games and showing signs of social maladjustment. The purpose of the article is to assess the importance of the ATCE diagnoses in cases of minors revealing such symptoms. The research was based on the method of individual cases; two opinions were selected for analysis from among the few available. The technique of

KEYWORDS

social maladjustment, delinquency, Internet addiction, computer game addiction, system of resocialization of minors, Advisory Teams of Court Experts, diagnosis of minors

SŁOWA KLUCZOWE

nieprzystosowanie społeczne, uzależnienie od internetu, uzależnienie od gier komputerowych, system resocjalizacji nieletnich, opiniodawczy zespół sądowych specjalistów, diagnoza nieletnich

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.002
Nadesłano: 16.02.2023
Zaakceptowano: 17.04.2023

document analysis was used on the ATCE opinions. The main problem was to identify the role of the ATCE in diagnosing and designing interventions for minors with signs of maladjustment and delinquency and overlapping addiction to the Internet and computer games. The analysis revealed the causes of abnormal behavior in minors and the mechanisms of disorders and made it possible to select adequate measures against them.

ABSTRAKT

W artykule podjęto analizy dotyczące znaczenia diagnozy Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów (OZSS) wobec nieletnich uzależnionych od internetu oraz gier komputerowych i ujawniających cechy nieprzystosowania społecznego. Celem artykułu jest ocena znaczenia diagnozy dokonywanej w OZSS w przypadku nieletnich ujawniających takie symptomy. Badania oparto na metodzie indywidualnych przypadków – do analizy wybrano dwie opinie spośród nielicznych w tej tematyce. Zastosowano technikę analizy dokumentów – opinii OZSS. Głównym problemem było rozpoznanie roli OZSS w dokonywaniu diagnozy i projektowaniu oddziaływań wobec nieletnich z przejawami demoralizacji i nakładającego się uzależnienia od internetu i gier komputerowych. Dokonane analizy pozwoliły rozpoznać przyczyny nieprawidłowego zachowania nieletnich, wychwycić mechanizmy zaburzeń oraz dobrać wobec nich adekwatne środki.

Wprowadzenie

Celem artykułu jest ocena znaczenia diagnozy dokonywanej w Opiniodawczych Zespołach Sądowych Specjalistów w przypadku nieletnich ujawniających objawy uzależnienia od internetu i gier komputerowych oraz objawy nieprzystosowania społecznego. Przybliżenie roli OZSS w zakresie diagnozy nieletnich wymagało najpierw umocowania teoretycznego – zarysowania problemu uzależnienia od internetu i gier komputerowych, przedstawienia istoty niedostosowania społecznego i jego przejawów, scharakteryzowania systemu postępowania z nieletnimi. W artykule zostaną przedstawione i poddane analizie diagnozy pozostających w zainteresowaniu sądu nieletnich z objawami uzależnienia od internetu i gier komputerowych oraz przejawami nieprzystosowania społecznego.

Wybrane obszary uzależnienia od internetu i gier komputerowych

Uzależnienie od internetu i gier komputerowych zalicza się do tzw. uzależnień behawioralnych. Terminem „uzależnienie behawioralne” określa się czynności nałogowe, powtarzane mimo ich wyraźnej szkodliwości dla codziennego funkcjonowania w różnych sferach życia oraz charakteryzujące się silnym pragnieniem lub wewnętrznym przymusem ich podejmowania (tzw. głód) z coraz większą częstotliwością (zwiększanie tolerancji), a także z narastającymi trudnościami w kontrolowaniu zachowań z nimi związanych (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 23). Dokonując przeglądu literatury z zakresu uzależnień behawioralnych, wskazuje się na złożone przyczyny: biologiczne (genetyczne/neurologiczne), psychologiczne (indywidualne) oraz społeczne (makro- i mikrospołeczne) powodujące tak zwane nowe uzależnienia.

W niniejszym artykule przybliżę zjawisko uzależnienia od internetu i gier komputerowych. Problem ten eksplorowany jest w badaniach naukowych w Polsce od kilkunastu lat (por.: Kaliszewska 2005, 2007; Izdebska 2008; Bednarek, Andrzejewska 2009; Majchrzak, Ogińska-Bulik 2010; Pyżalski 2012; Jędrzejko, Rosik, Kowalski 2015; Rowicka 2015; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). Uzależnienie internetowe – IAD (*Internet Addiction Disorder*) często jest zamiennie nazywane zespołem uzależnienia od internetu (*Internet Addiction Syndrome – IAS*), WWW-holizmem, internetoholizmem, cyberuzależnieniem, siecihoizmem (*netpholizm*), siecioletnością (*netaddiction*), patologicznym używaniem internetu (*pathological Internet use*), cyberzależnością (*cyberaddiction*), nadmiernym używaniem internetu czy też internetozależnością, siecioletnością, cybernałogiem (Bębas 2012: 332; Klimczak 2012: 62, Pyżalski 2012: 93). Badania CBOS z roku 2021 dotyczące korzystania przez młodzież z internetu wskazują na wzrost natężenia zjawiska w porównaniu do danych z roku 2018 roku. Wynika z nich, że ponad jedna czwarta badanych (26%) to nastolatki o umiarkowanym poziomie ryzyka nadużywania internetu, natomiast co dwudziesty badany (5%) przejawia poważniejsze symptomy uzależnienia (Felisiak, Omyła-Rudzka 2022: 203).

Kimberly Young wyróżnia następujące podtypy uzależnienia związanego z komputerem: (1) erotomanię internetową (*cybersexual addiction*), czyli oglądanie filmów i zdjęć o charakterze pornograficznym, uczestniczenie w czatach o tematyce seksualnej, (2) socjomanię internetową, t.j. uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych (*cyber-relationship addiction*), czyli uzależnienie od uczestniczenia w chat-roomach, grupach dyskusyjnych, poczty elektronicznej, (3) uzależnienie od sieci internetowej (*net compulsions*), (4) uzależnienie od gier hazardowych, (5) przymus pobierania informacji (*information overload*), tj. poszukiwanie nowych informacji, przeszukiwanie baz danych oraz (6) uzależnienie od komputera (*computer addiction*) (Woronowicz 2009: 477–478; Ogińska-Bulik 2010: 55, Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 212). Uzależnienie od gier komputerowych odnosi się do grania w gry jednoosobowe (np. symulacyjne, strategiczne, RPG) oraz gry wieloosobowe – MMOs, fabularne (MMORPGs), strzelanki z perspektywy pierwszej osoby (MMOFPSs), strategiczne gry czasu rzeczywistego (MMORTSs) oraz inne (np. e-sport, RPG) (Taper 2010: 169–173; Taper i Klimczak 2010: 83–86, Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 188).

Prekursorami analiz nałogowego korzystania z internetu byli Kimberly S. Young i Mark Griffiths. Young wytypowała kryteria uzależnienia od internetu: zaabsorbowanie internetem, potrzeba spędzania większej ilości czasu w sieci, próby ograniczenia spędzanego czasu online, symptomy odstawienia w sytuacji braku dostępu do komputera, trudności z zarządzaniem czasem, trudności w funkcjonowaniu społecznym, zaniżanie ilości czasu spędzanego w sieci, modyfikacja nastroju poprzez korzystanie z internetu (Young 1998; por. Griffiths 1998; Griffiths 2004: 11–12; za: Rowicka 2015: 7–8). Tao i in. (2007) przedstawili cykliczny neuropsychologiczny model łańcuchowy uzależnienia od internetu wyszczególniając w nim: popęd pierwotny, doświadczenie euforyczne, tolerancję, abstynencję, pasywne radzenie sobie, efekt lawinowy (za: Young i in. 2017: 25). Do kryteriów uzależnienia od internetu (DSM-5) należą: nadmierne zaangażowanie w aktywności związane z siecią (powiązane z utratą poczucia czasu oraz zaniedbywaniem podstawowych potrzeb); symptomy odstawienia, w tym uczucie złości, napięcia i/lub stanów depresyjnych, gdy nie ma dostępu do sieci; zmiana tolerancji (wzrastające zaangażowanie w sieć); potrzeba posiadania lepszego komputera

(lepszego wyposażenia i programów) oraz zwiększanie czasu korzystania z sieci; negatywne konsekwencje nadmiernego korzystania z internetu, w tym konflikty, kłótnie, słabe wyniki w szkole lub pracy, izolacja społeczna, zmęczenie. Kryteria uzależnienia od gier komputerowych (DSM-5) są następujące: zaabsorbowanie graniem; symptomy odstawienia, gdy granie jest niemożliwe; tolerancja/potrzeba coraz większego angażowania się w granie; nieudane próby przejścia kontroli nad graniem; utrata zainteresowań poprzednimi przyjemnościami i aktywnościami jako konsekwencja nadmiernego grania; dalsze angażowanie się w gry mimo negatywnych konsekwencji; oszukiwanie rodziny, terapeutów oraz innych osób na temat czasu poświęconego na granie; kłamanie, ukrywanie; granie jako ucieczka od problemów lub sposób regulowania nastroju; ryzyko utraty lub utrata relacji interpersonalnych w pracy, szkole, zagrożenie rozwoju kariery z powodu nadmiernego grania (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 190, 213).

Podsumowując, osoba uzależniona ponosi szereg konsekwencji uzależnienia: (1) konsekwencje społeczne – zaburzenia relacji społecznych, wzrastające wyizolowanie społeczne/samotność, zaniedbywanie obowiązków szkolnych, zaniedbywanie społecznych aktywności, problemy finansowe, (2) konsekwencje podmiotowo-psychologiczne – dysregulacja emocjonalna i utrata kontroli nad zachowaniem, zaburzenia poczucia własnej tożsamości, irytacja i rozdrażnienie, wzrost napięcia i lęku społecznego, zaburzenia potrzeb seksualnych, zaburzenia poznawcze (np. obsesyjne myślenie o internecie), zawężenie zainteresowań, zmiany w zakresie umiejętności komunikacyjnych oraz (3) konsekwencje fizyczne – problemy ze snem, padaczka fotogenna, halucynacje słuchowe, problemy ze skórą, stawami i mięśniami, RSI – urazy wskutek przeciążenia mięśni i ścięgien (Kaliszewska 2007: 38–39; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 198–199).

Niekiedy symptomy i konsekwencje uzależnienia od internetu i gier komputerowych splatają się z innymi niekorzystnymi objawami określanymi jako objawy nieprzystosowania społecznego, których istotę przedstawię poniżej. W artykule traktuję je rozdzielnie, nie wiążę przejawów uzależnienia z przejawami nieprzystosowania społecznego.

Istota nieprzystosowania społecznego

Zjawisko niedostosowania/nieprzystosowania społecznego młodzieży od lat pozostaje przedmiotem analiz teoretycznych i praktycznych. W Polsce tematykę tę podejmowało wielu autorów (zob. np.: Grzegorzewska 1959; Konopnicki 1971; Ostrihańska 1997; Pospiszyl, Żabczyńska 1985; Makowski 1994; Pytka, Zacharuk 1998, 2014; Urban 2000, 2001, 2008; Pytka 2000; Konopczyński 2006, 2014; Siemionow 2011; Opora 2016; Opora, Piechowicz, Jeziarska 2017). Cechą charakterystyczną zachowań nieprzystosowanych jest to, że są one nabywane w ciągu całego życia, jednak w pewnym okresie, im większa ich koncentracja w czasie (np. w okresie dorastania) oraz im więcej niekorzystnych zachowań tworzy jeden zwarty system zachowań, tym większa jest skłonność jednostki do niewłaściwego funkcjonowania i zachowań dysfunkcyjnych (Jessor 2014: 241). Do typowych symptomów nieprzystosowania społecznego w obszarze rodziny należą: ucieczki z domu, konfliktowość, nieadekwatne relacje z członkami rodziny, bunt, niewywiązywanie się z obowiązków domowych; w obszarze szkolnym: lenistwo szkolne, niepowodzenia szkolne, łamanie regulaminu szkolnego, konflikty z nauczycielami i kolegami, wagarowanie, brak prac domowych; w obszarze grupy rówieśniczej: przebywanie w zdemoralizowanym towarzystwie, przynależność do subkultur, agresja w stosunku do rówieśników, pobicia, bójk, izolacja i odrzucenie przez rówieśników; w relacji do samego siebie: samouszkodzenia, alkoholizowanie się, palenie papierosów, prostytutka, promiskuityzm, uzależnienia lekowe, toksykomania (Konaszewski, Kwadrans 2018: 59–60). Lesław Pytka wskazuje na złożoność nieprzystosowania społecznego, które można opisywać z różnych perspektyw jako: odmianę społecznego rozwoju dziecka, skutkującą negatywnie dla niego oraz jego otoczenia społecznego; rodzaj zaburzeń zachowania, wynikający z negatywnych uwarunkowań środowiskowych i nierównowagi procesów w ośrodkowym układzie nerwowym; niepodatność dzieci i młodzieży na typowe metody wychowawcze, co skłania rodziców i instytucje wychowawcze do poszukiwania specjalnych oddziaływań wychowawczych, medycznych-psychologicznych; zaburzenia charakterologiczne, powodujące duże trudności z dostosowaniem się do obowiązujących norm społecznych oraz realizacji życiowych zadań dzieci i młodzieży; zaburzenia

emocjonalne, których wyrazem są zakłócenia we współżyciu z innymi ludźmi; zespoły powtarzających się, utrwalonych zachowań, związanych z nieprzestrzeganiem elementarnych zasad postępowania uznanych za obowiązujące dla młodzieży w danym wieku (Pytka 2000, za: Rode i in. 2020: 102).

Z uczniami przejawiającymi objawy nieprzystosowania społecznego lub uzależnienia od internetu i gier komputerowych mają do czynienia m.in. pracownicy szkół, którzy podejmują różnorodne metody zapobiegania im i niwelowania ich. Niekiedy działania te są niewystarczające, młodzież wykazuje zaawansowane oznaki uzależnienia, co skutkuje „wkręcaniem się” w dalszą spiralę zachowań nieprzystosowanych społecznie. Na tym etapie wskazane jest uruchomienie ścieżki oddziaływań prowadzonych przez sąd, wynikającej z ustawodawstwa stosowanego wobec nieletnich, dokonania trafnej diagnozy i sprofilowania oddziaływań, co opiszę poniżej.

Regulacje prawne dotyczące nieletnich. Rola Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów w systemie resocjalizacji nieletnich

Przez niemal 40 lat obowiązywała w Polsce Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Podejmując wątek regulacji prawnych, odnośę się do zmian w ustawodawstwie wobec nieletnich, obowiązujących od czerwca 2022 roku, wynikających z nowej Ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. Wobec postaw i zachowań nieletnich ujawniających cechy nieprzystosowania społecznego na gruncie prawnym używa się określenia „demoralizacja”, która zwykle była definiowana przykładowo jako trwała tendencja do określonego zachowania – naruszania norm, które są społecznie akceptowane, ale także wielokrotnych, niepojedynczych zachowań odbiegających od przyjętych reguł moralnych (Eichstaedt 2008: 37). W obowiązującej ustawie w art. 2 przewidziane działania wobec nieletniego podejmuje się w przypadkach, gdy wykazuje on przejawy demoralizacji lub dopuścił się czynu karalnego. Zaś w art. 3.1 i 3.2 został podkreślony aspekt, że w sprawie nieletniego należy się kierować przede wszystkim jego dobrem, dążąc do osiągnięcia korzystnych zmian w osobowości i zachowaniu oraz zmierzać w miarę potrzeby

do prawidłowego spełniania przez rodziców lub opiekunów ich obowiązków wobec nieletniego, uwzględniając przy tym interes społeczny. W postępowaniu bierze się pod uwagę właściwości i warunki osobiste nieletniego, w szczególności wiek, stan zdrowia, poziom rozwoju psychicznego i fizycznego, cechy charakteru oraz sytuację rodzinną, warunki wychowawcze i charakter środowiska, przyczyny i stopień demoralizacji, w tym rodzaj czynu zabronionego, a także sposób i okoliczności jego popełnienia oraz rodzaj czynu karalnego (Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich 2022). Ustawodawca podkreśla m.in. potrzebę dbałości o dobro nieletniego, a także wskazuje na konieczność zindywidualizowania działań, co ma odzwierciedlenie w potrzebie poznania nieletniego, jego środowiska oraz wskazuje na wymóg postępowania zgodnego z tą zasadą (Włodarczyk-Madejska 2018b). Z zasadą tą wiąże się dobór odpowiednich środków oddziaływania wobec nieletniego, które mają spełniać cel wychowawczy, a zatem pozytywnie wpływać na niego (Klaus 2009: 77).

W ustawie podkreśla się, że każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego ma społeczny obowiązek przeciwdziałania temu, a przede wszystkim zawiadomienia o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkołę, sąd rodzinny, policję lub inny właściwy organ. Przejawy świadczące o demoralizacji opisane zostały w art. 4 § 1: dopuszczenie się czynu zabronionego, naruszanie zasad współżycia społecznego, uchylanie się od obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki, używanie alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, ich prekursorów, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, zwanych dalej „substancją psychoaktywną”, uprawianie nierządu. W art. 6 i art. 7 ustawy uszczegółowiono też środki, które można zastosować wobec nieletnich (Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich 2022).

Dokonując doboru właściwych środków w postępowaniu z nieletnimi sąd może się posilkować współpracą z instytucjami pomocniczymi. Jedną z nich, odgrywającą ważne znaczenie w dokonywaniu diagnozy m.in. nieletnich ujawniających cechy nieprzystosowania społecznego i demoralizacji, a także profilowania oddziaływań wobec nieletnich, jest Opiniodawczy Zespół Sądowych Specjalistów (OZSS). Historia działania OZSS sięga roku 1967 (dawna nazwa:

Ośrodki Diagnostyczno-Selekcyjne, ulegała ona kilkakrotnie zmianom). Przed rokiem 1976 istniała już w Polsce tradycja badań, które prowadziły poradnie psychologiczne i wychowawczo-psychologiczne. Niemniej wraz z zaistnieniem ośrodków można było wszechstronnie scharakteryzować osoby badane (Sokołowska 1977: 29). W 1978 roku rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości nastąpiła kolejna zmiana polegająca nie tylko na zmianie nazwy ośrodków, ale także rozszerzeniu ich zadań, określeniu podległości i zasad funkcjonowania. Od tego czasu ośrodki nosiły nazwę Rodzinnych Ośrodków Diagnostyczno-Konsultacyjnych (RODK), były wyspecjalizowanymi placówkami dokonującymi diagnozy, opieki specjalistycznej, poradnictwa w sprawach opiekuńczych i karnych dotyczących nieletnich oraz w sprawach rodzinnych (Ostrowska 2008: 232–233). Diagnostowanie powiązane było z zasadą indywidualizacji, co wiązało się z przeprowadzeniem stosownych badań osobopoznawczych. Założenie indywidualizacji obejmowało kryteria podmiotowe, przedmiotowe i środowiskowe, które sąd był zobowiązany uwzględniać na każdym etapie postępowania, a zwłaszcza przy orzekaniu środków wobec nieletniego (Grześkowiak i in. 1984: 20–21). Wielu autorów podjęło też analizy dotyczące wnikliwości i rzetelności prowadzonego procesu diagnostycznego, m.in. Krystyna Ostrowska i Ewa Milewska (1986) oraz Stanisław Nieuciński (1985). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 maja 1983 r., ośrodki te podlegały sądom, na terenie których się znajdowały RODK. Przeprowadzały one badania psychologiczne, pedagogiczne, lekarskie i środowiskowe, wydawały opinie o nieletnich i małoletnich, a także o ich rodzicach i opiekunach, prowadziły poradnictwo rodzinne, sprawowały specjalistyczną opiekę nad nieletnimi i małoletnimi, udzielały specjalistycznej pomocy zakładom poprawczym i schroniskom dla nieletnich (Stańdo-Kawecka 2000: 252; Witucki 2022: 36–37). Według Pawła Ostaszewskiego (2010: 10) jednym z głównych celów postępowania w sprawach nieletnich było zaprojektowanie najlepszego sposobu oddziaływania na nieletniego. Podejmowane działania wynikały też z ówczesnie obowiązującej Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, a przede wszystkim z art. 25 tejże ustawy, z którego wynikało, że w razie potrzeby uzyskania kompleksowej diagnozy osobowości nieletniego, wymagającej wiedzy pedagogicznej, psychologicznej lub medycznej, oraz określenia właściwych kierunków oddziaływania na

nioletniego, sąd rodzinny może się zwrócić o wydanie opinii m.in. do rodzinnego ośrodka diagnostyczno-konsultacyjnego. Opinia taka obligatoryjnie była wydawana przed orzeczeniem sądu o umieszczeniu nieletniego w placówkach, co wynikało z art. 25 § 2 (Bojarski, Skrętowicz 2011). Przeprowadzone badania wskazują, że w ponad 80% przypadków orzeczenia sądów rodzinnych były zbieżne z propozycjami tych ośrodków (Bojarski, Skrętowicz 2011: 117).

Od 2015 roku podstawa prawna funkcjonowania rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych (Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 sierpnia 2001 r. w sprawie organizacji i zakresu działania rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych), zgodnie z Wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2015 r. (U 6/13), została uznana za niezgodną z art. 84 § 3 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (u.p.n.) oraz z art. 92 ust. 1 Konstytucji. Dlatego na mocy Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów, z dniem 1 stycznia 2016 roku ośrodki te zostały przekształcone w opiniodawcze zespoły sądowych specjalistów (OZSS) (Włodarczyk-Madejska 2018b: 242). Obowiązującą dziś ustawą, która reguluje funkcjonowanie OZSS, jest więc Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów (Dz.U. 2015, poz. 1418). Z artykułu 1.1 tejże ustawy wynika, że (1) OZSS działają w sądach okręgowych, zwane są dalej „zespołami”, których zadaniem jest sporządzanie na zlecenie sądu lub prokuratora opinii w sprawach rodzinnych i opiekuńczych oraz w sprawach nieletnich na podstawie przeprowadzonych badań psychologicznych, pedagogicznych lub lekarskich. (2) Zespoły na zlecenie sądu prowadzą także mediacje, przeprowadzają wywiady środowiskowe w sprawach nieletnich oraz prowadzą poradnictwo specjalistyczne dla małoletnich, nieletnich i ich rodzin. (3) Zespoły mogą współdziałać z placówkami wykonującymi orzeczenia sądu. Artykuł 2.1 określa skład zespołu, do którego wchodzi specjaliści w zakresie psychologii, pedagogiki, pediatrii, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych, psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. W artykule 3.1 określono, że zespół sporządza opinie dla sądów i prokuratorów w obszarze właściwości sądu okręgowego, w którym działa, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach może sporządzić opinię dla sądów i prokuratorów spoza jego obszaru (Ustawa z dnia

5 sierpnia 2015 r. o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów). Ważnym aspektem było też ustandaryzowanie metodologii opiniowania poprzez Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 1 lutego 2016 r. w sprawie standardów metodologii opiniowania w opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów (Dz.Urz. 2016, poz. 76 z późn. zm.). Każdorazowo zakres opinii wyznacza teza dowodowa, a w sprawach nieletnich powinna ona zawierać także określenie poziomu demoralizacji nieletniego oraz wydanie zaleceń dalszych oddziaływań na nieletniego (Rode i in. 2020: 44).

Z badań Justyny Włodarczyk-Madejskiej z lat 2015–2016 wynika, że wobec nieletnich, wobec których sądy zastosowały najsurowsze środki wynikające z art. 6 u.p.n., wydając orzeczenia sądy dysponowały w 99% wypadków opinią diagnostyczną (zgodnie z art. 25 § 2 u.p.n.). Opinie były wydawane też w innych sytuacjach, gdy np. nieletni wykazywał zaburzenia psychiczne, sprawiał szczególne problemy wychowawcze wskazujące na zaburzenia lub gdy była potrzeba szczegółowej diagnozy problemów nieletniego (Włodarczyk-Madejska 2017; 2018b: 171, 180). Z badań przeprowadzonych m.in. w grupie sędziów wynika, że uznali oni opinię diagnostyczną za najbardziej pomocny dowód w procesie decyzyjnym (87,7%). Z innych badań wynika, że stopień zbieżności wydanych orzeczeń z sugestią zespołu diagnostycznego wynosił 80% (Włodarczyk-Madejska 2018b: 214; 2019: 192). Jak wynika z analizy literatury, zdarzało się też, że podejmowano badania, które wykazały sygnałne wykorzystanie opinii diagnostycznej w podejmowanych decyzjach wobec nieletnich przez sądy (por. Strzembosz 1984; Kołakowska-Przełomiec 1990; Woźniakowska-Fajst 2010). Niemniej Włodarczyk-Madejska podkreśla niezbędność funkcjonowania zespołów diagnostycznych dla całego wymiaru sprawiedliwości i znaczenie tych badań oraz wydanych na ich podstawie opinii dla procesu orzekania oraz podejmowania oddziaływań wobec nieletniego/małoletniego i jego środowiska wychowawczego (Włodarczyk-Madejska 2017: 71).

W OZSS poddaje się więc diagnozie funkcjonowanie nastolatka, który ujawnia symptomy nieprzystosowania społecznego. Zdarza się też, że oprócz symptomów nieprzystosowania nieletni wykazują inne problemy, np. różnego rodzaju zaburzenia, w tym uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ale również coraz częściej uzależnienia behawioralne, m.in. uzależnienie od internetu czy gier

komputerowych. Indywidualna diagnoza różnorodnych obszarów funkcjonowania nieletniego, pozwala określić dopasowane wobec niego postępowanie.

Przykłady indywidualnych przypadków nieletnich diagnozowanych w OZSS ujawniających symptomy nieprzystosowania społecznego/demoralizacji oraz przejawy uzależnienia od internetu/gier komputerowych

Poniżej prezentuję przykładowe diagnozy nieletnich nieprzystosowanych społecznie i ujawniających cechy uzależnienia od internetu/gier komputerowych udostępnione na potrzeby artykułu przez kierownika Opiniodawczego Zespołu Sądowych Specjalistów w Zielonej Górze. Nie dysponowałam własnymi diagnozami nieletnich wykonanych w roku 2022, bowiem nastolatkomie tacy diagnozowani są sporadycznie. Diagnozy te zostały wykonane przed czerwcem 2022 roku, czyli jeszcze według wymogów Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich. Były one nielicznymi diagnozami dotyczącymi nieletnich uzależnionych od internetu/gier komputerowych. Zostały wybrane celowo, zanonimizowano dane (w analizach użyto fikcyjnych imion), uogólniono informacje. W głównej mierze wykorzystano wyłącznie część pedagogiczną, wybiórczo część psychologiczną (wyłącznie w celu uzupełnienia informacji) oraz wnioski. W dokonaniu diagnoz posilkowano się analizą akt, wywiadem z rodzicem, nieletnim, obserwacją oraz pedagogicznymi i psychologicznymi testami diagnostycznymi.

Dokonane diagnozy odnosiły się do tezy sądowej dotyczącej ustalenia stopnia demoralizacji nieletnich, przyczyn ich nieprawidłowego funkcjonowania, wskazania rodzaju środka wychowawczego, który wobec nich powinien być zastosowany. Analiza wybranych przypadków pozwoliła poznać funkcjonowanie nieletnich w różnych obszarach, m.in. w rodzinnym i szkolnym, wyłonić przyczyny i objawy nieprzystosowania społecznego – w tych przypadkach uchylanie się/nieprawidłowe realizowanie obowiązku szkolnego (co w wyniku analiz okazało się skutkiem rozwijającego się uzależnienia od internetu), konieczności wskazania podjęcia oddziaływań leczniczych, a nie wyłącznie stosowania środków wychowawczych. Badania

oparto na metodzie indywidualnych przypadków, z zastosowaniem techniki analizy dokumentów. Głównym problemem było rozpoznanie roli OZSS w dokonywaniu diagnozy i projektowaniu oddziaływań wobec nieletnich z przejawami demoralizacji i nakładającego się uzależnienia od internetu i gier komputerowych. Celem niniejszego artykułu była ocena znaczenia roli OZSS w diagnostyce w zakresie objawów nieprzystosowania społecznego i uzależnienia od internetu oraz gier komputerowych, przede wszystkim wychwycenie przyczyn i mechanizmów funkcjonowania nieletnich, a także trajektorii rozwoju uzależnienia i podanie wskazań do postępowania z nieletnimi.

Charakterystyka indywidualnych przypadków

Przypadek 1: Bartosz, lat 17

Sytuacja rodzinna: Nieletni pochodzi z trwającego kilka lat związku nieformalnego. Związek jego rodziców był niestabilny, zakończył się, gdy nieletni miał ok. dwa lata, ojciec nadużywał alkoholu. Ojciec doraźnie funkcjonował w jego życiu, w ostatnich latach chłopak nie miał z nim kontaktu. Matka nieletniego kilkakrotnie wiązała się z nowymi parterami. Za pierwszego partnera wyszła za mąż, z tego związku pochodzi przyrodni, młodszy brat nieletniego, z którym ma on zaburzone relacje. Ojczym był dla niego bliską osobą, ale związek matki zakończył się rozwodem. Kolejny partner matki nie akceptował nieletniego, stosował wobec niego przemoc psychiczną. Aktualnie matka chłopaka zamieszkuje u kolejnego partnera, z którym przyrodni brat ma dobre relacje, natomiast nieletni pozostaje z nim w konflikcie. Matka nie akceptuje emocjonalnie syna, pozostaje wobec niego zdystansowana, nie ma na niego wpływu wychowawczego.

Funkcjonowanie szkolne, przejawy niedostosowania i podjęte działania: Nieletni naukę w szkole podstawowej rozpoczął rok wcześniej, ukończył ją bez opóźnień organizacyjnych. Rozpoczął naukę w technikum, początkowo realizował obowiązek szkolny, z czasem opuszczał lekcje, nie uczył się. W kolejnym roku szkolnym, z uwagi na ograniczenia pandemiczne, nie realizował nauki w trybie zdalnym, co było przyczyną braku promocji. Podjął ponownie formalnie naukę w klasie II, jednak w semestrze zimowym

otrzymał wiele ocen niedostatecznych. Przeszedł badania w poradni psychologiczno-pedagogicznej w związku z zamiarem rozpoczęcia nauki w liceum społecznym. Nie doszło do tego w wyniku zaniedbań matki. Sąd wszczął postępowanie wyjaśniające z uwagi na to, że nieletni nie poddawał się oddziaływaniom wychowawczym matki oraz nie realizował obowiązków szkolnych. Pod koniec roku został objęty nadzorem kuratora sądowego na czas trwania postępowania.

Objawy uzależnienia: W trakcie nauki zdalnej przestał się logować na lekcje, czas spędzał w internecie na graniu. Był agresywny wobec matki w sytuacji prób ograniczania przez nią dostępu do komputera. Zaniedbywał się higienicznie, ujawniał całkowite zaburzenie rytmu snu i czuwania. Coraz bardziej wycofywał się z aktywności społecznej, ograniczał kontakty, a od około roku większość dnia spędzał w łóżku, cały niemal czas grając na komputerze, reagował agresją w sytuacji prób ograniczenia tej aktywności. Nieletni korzystał ze spotkań z terapeutą w ośrodku profilaktyki i terapii, ale przerwał terapię. Uczęszczał do psychiatry. Zalecono mu farmakoterapię, którą też ostatecznie odstawił. Był leczony psychiatrycznie w trybie stacjonarnym w szpitalu z rozpoznaniem „innych zaburzeń nawyków i popędów (impulsów) – uzależnienie od gier” (F 63.8). Po opuszczeniu szpitala krótkotrwale realizował zalecenia lekarskie (kontynuacja leczenia psychiatrycznego, farmakoterapii, psychoterapii). Nie był monitorowany przez matkę w tym zakresie. Chłopak ukrywa informacje dotyczące uzależnienia od internetu. Nie pali papierosów, nie spożywa alkoholu, nie zażywa narkotyków. Nie podejmował prób samobójczych.

Style funkcjonowania: W sferze edukacyjnej jest rozleniwiony intelektualnie, niezorganizowany, bez zainteresowań poznawczych. Jest introwertywny, bierno-pasywny w zakresie stylu funkcjonowania, niechętny do nawiązywania i podtrzymywania relacji. W relacjach z rówieśnikami z obawy przed odrzuceniem traktuje ich z wyższością, arogancją. Brakuje mu empatii, dlatego ma problemy z nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji z innymi osobami. W środowisku domowym funkcjonuje na uboczu zrekonstruowanej rodziny, izoluje się, ucieka w świat wirtualny. Posiada skłonności do przeżywania stanów obniżonego nastroju, a w sytuacjach nasilenia negatywnych emocji może być agresywny. Nauczył się w procesie socjalizacji kontrolować sytuacje życiowe, nawiązywać relacje oparte

na strachu, obrażaniu się i upokarzaniu, bronić swoich potrzeb i praw oraz unikać realizowania obowiązków i stosowania się do oczekiwań dorosłych, których nie obdarza autorytetem wychowawczym.

Wnioski: Nieletni ujawnia przeciętny poziom demoralizacji, bez symptomów aspołecznego funkcjonowania. Nieprawidłowe funkcjonowanie związane jest z jego ograniczonym pod względem stymulacji rozwojem, niewłaściwym od dzieciństwa procesem socjalizacji, zaniedbaniami emocjonalnymi i wychowawczymi, niskimi kompetencjami poznawczymi, szkolnymi i społecznymi. Ważnym źródłem pierwotnych przyczyn takiego właśnie funkcjonowania nieletniego jest rodzina, którą postrzega jako środowisko pełne napięć i konfliktów. Na formowanie się takich relacji niewątpliwie piętno odcisnęło jego dzieciństwo, brak ojca biologicznego, niestabilne związki partnerskie matki z mężczyznami, do których oczekiwań on jako dziecko musiał się dostosować. Partnerzy matki odchodzili, co negatywnie rzutowało na jego rozwój emocjonalny i uczenie się tworzenia prawidłowych więzi emocjonalnych z innymi osobami. Okres dorastania uwypuklił wadliwe nawyki i cechy rozwoju poznawczego i osobowościowego nieletniego, które w pewnym zakresie przyczyniły się do jego niewłaściwego funkcjonowania szkolnego i społecznego.

Oddziaływania wychowawcze wobec nieletniego powinny być ukierunkowane na zorganizowanie jego codziennej aktywności i trybu życia, w tym okresowego odseparowania od dostępu do internetu, zachęcania do podjęcia innych aktywności. Wymaga stałej kontroli zachowania i aktywności oraz zmiany trybu życia, przy ewentualnym ambulatoryjnym leczeniu psychiatrycznym i wsparciu psychologicznym. Optymalnym środkiem wychowawczym w obecnej sytuacji życiowej nieletniego będzie rozważenie umieszczenia w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym. Wymaga także podjęcia w trybie pilnym terapii uzależnień behawioralnych i pomocy specjalistycznej w tym zakresie.

Przypadek 2: Adam, lat 15

Sytuacja rodzinna: Nieletni jest jedynym dzieckiem, pochodzącym ze związku małżeńskiego, który zakończył się rozwodem. Nieletni po rozstaniu rodziców zamieszkiwał z matką, okresowo spotykał się z ojcem. Ostatecznie przeniósł się do ojca, do mieszkania,

w którym rodzice zamieszkiwali przed rozpadem rodziny. Rodzice ustalili opiekę naprzemienną nad chłopakiem. Oboje rodzice posiadają wykształcenie wyższe, pracują zawodowo. Nie ujawniają nieprawidłowości w swoim zachowaniu, zadowolająco zabezpieczają warunki bytowe. Nie mają wpływu rodzicielskiego na funkcjonowanie społeczne i szkolne nieletniego, który wymknął im się spod ich kontroli wychowawczej i w wielu aspektach życia społecznego samostanowi o sobie, ma problemy szkolne oraz w funkcjonowaniu społecznym.

Funkcjonowanie szkolne, przejawy niedostosowania i podjęte działania: W szkole podstawowej funkcjonował prawidłowo w zakresie nauki szkolnej, jak i funkcjonowania w grupie rówieśniczej. Problemy w funkcjonowaniu szkolnym zaczęły się ujawniać dopiero w okresie realizowania nauki zdalnej w klasie VIII, co zbiegło się z rozpadem rodziny nieletniego. Chłopiec opuszczał zajęcia szkolne – nie logował się na zajęcia zdalne, nie pracował na lekcjach, nie odrabiał prac domowych. Skutkowało to brakiem promocji i nieukończeniem szkoły podstawowej oraz spowodowało wszczęcie postępowania wyjaśniającego po piśmie pracowników szkoły chłopca do sądu. Nieletni, oprócz problemów w nauce, lekceważenia obowiązku szkolnego, ujawniał negatywne zachowania względem matki, nauczycieli i personelu szkoły. Rodzice byli bezradni wobec takiego sposobu funkcjonowania syna. Został objęty nadzorem kuratora sądowego na czas trwania postępowania w sprawie. Nadal nie realizował obowiązku szkolnego, ponownie zagrożony był brakiem promocji i nieukończeniem szkoły podstawowej. Na wniosek kuratora rodzice poddali nieletniego badaniom w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego i umieszczenia nieletniego w młodzieżowym ośrodku socjoterapii, co ostatecznie nastąpiło i w efekcie umożliwiło nieletniemu ukończenie szkoły podstawowej.

Objawy uzależnienia: Chłopak nie uczestniczy w żadnych zajęciach dodatkowych, nie podejmuje aktywności poza światem wirtualnym. W internecie spędza gros czasu – podejmuje kontakty online, potrafi grać po 7 godzin dziennie. Reaguje impulsywnie i obronnie na próby odstawienia od komputera, zrezygnował z jakichkolwiek zajęć dodatkowych. Ma zakłócony rytm dobowy, sypia do godzin południowych, jedynie spotyka się z kolegami na

terenie miasta. Zaprzecza swoim problemom, umniejsza je. Reaguje obronnie i nie czuje się odpowiedzialny za konsekwencje swojego zachowania. Ujawnia zmiany nastroju – od apatii, rozdrażnienia po agresywność. Przyznaje, że ma za sobą eksperymenty z alkoholem i papierosami. Nie dokonywał samookaleczeń, nie ma na swoim koncie czynów karalnych.

Style funkcjonowania: W zakresie osiągnięć szkolnych nieletni nie wykorzystuje swoich potencjalnych zdolności i zasobów intelektualnych, nie ma motywacji do nauki i osiągnięć szkolnych. Lekceważy normy i zasady współżycia społecznego. Nieletni ujawnia zaburzenia zachowania i emocji, wewnętrzne konflikty wieku dojrzewania. Tłumi negatywne emocje, jest opozycyjnie nastawiony wobec dorosłych, ma obawy przed opuszczeniem, przyszłością, „ucieka” w świat wirtualny. Znacząca dla funkcjonowania nieletniego jest jego sytuacja rodzinna – wychowuje się w rodzinie rozbitej, przebywa naprzemiennie z rodzicami. Relacje nieletniego z matką są zaburzone i napięte pod względem emocjonalnym, lekceważy ją oraz kieruje pretensje do ojca, dąży do samodecydowania o sobie. Nie uznaje autorytetów wychowawczych – przyjmuje postawę opozycyjną, oceniającą, a wobec matki także konfrontacyjną słownie i fizycznie. Rozpad małżeństwa rodziców, zaburzone relacje pomiędzy nimi, brak spójności wychowawczej – wszystko to niewątpliwie naruszyło i tak kruchą emocjonalnie psychikę nieletniego.

Wnioski: Przyczyny niewłaściwego funkcjonowania nieletniego wynikają z czynników emocjonalnych i społecznych (sytuacja rodzinna), tłumionych negatywnych emocji gniewu i złości oraz ze zmiany trybu życia i zaburzeń w funkcjonowaniu codziennym związanych z niekontrolowanym, kompulsywnym korzystaniem z komputera i wycofaniem się z innych form aktywności typowych dla jego wieku.

Właściwym rozwiązaniem wychowawczym będzie utrzymanie wobec nieletniego nadzoru kuratora sądowego i zobowiązanie nieletniego do uczęszczania na zajęcia do kuratorskiego ośrodka pracy z młodzieżą oraz do udziału w wolontariacie. Wskazana jest także diagnoza w zakresie podjęcia terapii uzależnienia od internetu/gier komputerowych.

Konkluzje ogólne

Dokonując analizy opinii nieletnich z przejawami demoralizacji oraz symptomami uzależnienia od internetu i gier komputerowych, należy stwierdzić, że zostały one dokonane zgodnie z zasadą kierowania się dobrem nieletniego oraz zastosowania zasady indywidualizacji w trakcie wykonywania diagnozy i w profilowaniu oddziaływań wobec nieletnich. Zebrane informacje pozwoliły stwierdzić, że w przypadku Bartosza, pomimo wsparcia edukacyjnego i wychowawczego ze strony pedagogów w szkole oraz nadzoru kuratora sądowego, nie poprawił on swojego funkcjonowania. Nie posiadał żadnej strategii rozwiązywania swoich problemów szkolnych. Spędzał wiele godzin w internecie, grając w gry komputerowe. Występowały u niego objawy uzależnienia w sferze behawioralnej (od internetu) oraz zaburzenia w sferze motywacyjnej, wolicjonalnej i społeczno-emocjonalnej. Podjęte próby leczenia psychiatrycznego i terapii nie okazały się skuteczne. Nastolatek nie respektował autorytetów wychowawczych. Pozostawał osamotniony w rodzinie, nie miał osób bliskich, zamykał się w swoim świecie. Diagnozowany Adam to nastolatek o dobrych predyspozycjach intelektualnych, których nie wykorzystywał w procesie edukacji i rozwoju osobistego ze względu na zaburzenia zachowania i problemy w funkcjonowaniu emocjonalnym, motywacyjnym i wolicjonalnym. Ujawniał cechy uzależnienia behawioralnego od komputera, skutkujące wycofaniem się z innych form aktywności życiowej i funkcjonowania społecznego. Podlegał procesowi demoralizacji, gdyż jego zachowanie odbiegało od obowiązujących norm i zasad funkcjonowania emocjonalnego i społecznego dla osoby w jego wieku.

Dokonane analizy ukazują powiązanie symptomów uzależnienia, które należy traktować jako przyczyny nieprzystosowania społecznego. Ponadto całościowa analiza funkcjonowania nieletnich pozwoliła na uwypuklenie przyczyn ich funkcjonowania. W obydwu przypadkach dotyczyło to pierwotnego źródła zaburzeń wynikającego m.in. z predyspozycji osobowych i nieprawidłowo funkcjonującego środowiska rodzinnego. Na takie powiązanie i zależność wskazują badania Heleny Kołakowskiej-Przełomiec (1978: 319–343), która podkreśla, że to głównie niewłaściwa atmosfera życia rodzinnego (antagonizmy i konflikty w rodzinie, rozbitcie rodziny, konkubinaty,

alkoholizm, niewłaściwy czy nawet wrogi stosunek do dzieci) przyczynia się do nieprzystosowania dziecka. Kolejnym czynnikiem jest m.in. brak dostatecznej opieki i kontroli, zainteresowania sprawami dziecka, brak właściwych wzorców. Dodatkowo nieprawidłowe postawy rodzicielskie, np. niekonsekwencja i rygorizm stosowany wobec dzieci, powodują u nich powstawanie poczucia lęku, krzywdy, frustracji. Ostatnim ogniwem może być dostarczanie dziecku złych wzorców (niski poziom moralny, demoralizacja rodziny, przestępczość). Obie diagnozy wykazały rozwój syndromu niedostosowania społecznego u nieletnich, który w ujęciu Lesława Pytki kształtuje się od negatywnych reakcji na niewłaściwe oddziaływania otoczenia związane z niezaspokojeniem potrzeb rozwojowych jednostki (zachowania reaktywne), utrwalanie się negatywnych reakcji wobec otoczenia społecznego na niezaspokojenie potrzeb rozwojowych jednostki (zaburzenia), po autonomizację, identyfikację i ukształtowanie się negatywnej, antagonistyczno-destruktywnej tożsamości (niedostosowanie) (Wysocka 2008: 28; por. Pytka 1993).

Zakończenie

Przed adolescentami stoi dziś wiele wyzwań związanych z dorastaniem we współczesnym świecie radykalnych przemian. Kluczowe dla tego okresu życia zadanie, czyli ukształtowanie dojrzałej, autonomicznej tożsamości, realizowane jest na podstawie wzorców czerpanych w znacznym stopniu z internetu, do którego współczesny nastolatek przeniósł większość swoich spraw. Lata 2020 i 2021 (pandemia COVID-19) pokazały, że także edukacja może w jakimś ograniczonym stopniu funkcjonować w sieci. Aktywne, czasochłonne, często nadmierne uczestniczenie w świecie wirtualnym, wraz z jego portalami społecznościowymi, angażującymi grami online – wszystko to należy uznać za naturalną konsekwencję, a także znak czasu dorastania w realiach kultury ponowoczesności kształtowanej niebywałym postępem technologii komunikacyjnych (Siemionow 2022: 23). Taki sposób funkcjonowania może sprzyjać pogłębianiu różnych problemów, z którymi borykają się nastolatki, co niewątpliwie było bardziej zauważalne w czasie pandemii. Zobrazowane w artykule przypadki nieletnich pomogły ukazać splot przejawów demoralizacji, co skutkowało u nich problemami z realizacją obowiązku szkolnego,

konfliktami rodzinnymi, nierespektowaniem autorytetów, a także cechami uzależnienia: nadmiernym zaangażowaniem w aktywności związane z siecią (zauważalna utrata poczucia czasu oraz zaniebywanie podstawowych potrzeb), symptomami odstawienia (złość, napięcie i/lub stany depresyjne, gdy nie ma dostępu do sieci), wzrastającym zaangażowaniem w sieć (zmianą tolerancji), zwiększaniem ilości czasu korzystania z sieci oraz negatywnymi konsekwencjami nadmiernego korzystania z internetu, w tym konfliktami, kłótniami, słabymi wynikami w szkole, izolacją społeczną, zmęczeniem. Problemy te leżą też u źródeł rozwoju demoralizacji nieletnich, gdyż w obu analizowanych przypadkach pierwotnym problemem było środowisko rodzinne. Jak zaznacza Aneta Paszkiewicz, skutki nieprawidłowo funkcjonującej rodziny ponosi najczęściej sam nieletni. Nie radząc sobie z różnymi trudnościami, nie mając wystarczającego wsparcia ze strony najbliższych, popada w różnorakie konflikty i uzależnienia, które czasami noszą znamiona demoralizacji – wszystko to powoduje konieczność podjęcia wobec niego oddziaływań resocjalizacyjnych. Nieletni niejednokrotnie działają pod wpływem chwilowych impulsów, nad którymi – ze względu na nie w pełni ukształtowaną jeszcze osobowość – nie są w stanie zapanować. Jeżeli doda się do tego zaniebdania w zakresie oddziaływań wychowawczych ze strony środowiska rodzinnego, można zauważyć, że sami nieletni sprawcy są często ofiarami warunków, w jakich żyją (Paszkiewicz 2015: 13). Według Joanny Jezińskiej i Justyny Siemionow nieletni z zaburzeniami zachowania to „wytwór patologii systemu rodzinnego”, co stanowi informację o problemie rodziny (jej dysfunkcji jako systemu), a celem zachowań dewiacyjnych przejawianych przez młodzież jest często uzyskanie uwagi ze strony rodziców. Niestety w przypadku młodzieży niedostosowanej społecznie to wołanie o pomoc, czyli o troskę, opiekę i zaangażowanie ze strony rodziców, bardzo często pozostaje bez odpowiedzi. Potęguje to dysfunkcyjne zachowania oraz zwiększa cierpienie odczuwane przez nieletniego (Jezińska, Siemionow 2020: 66–67). Podjęcie działań sądowych, a przede wszystkim znaczenie wnikliwej diagnozy, jaka dokonywana jest w OZSS, uwidacznia jak istotne jest określenie przyczyn, stopnia demoralizacji oraz wskazania propozycji odnośnie do zastosowania właściwego środka wychowawczego, leczniczego lub poprawczego, takiego, „którego zastosowanie będzie najlepiej oddziaływać na wymiar resocjalizacyjny nieletniego”

(Andrzejewski 2022: 145). Nieprzystosowanie społeczne jest kategorią złożoną, dlatego konieczna jest analiza cech i właściwości osoby niedostosowanej społecznie i jej środowiska społecznego, co wymaga przyjęcia różnych perspektyw teoretycznych – psychologicznej, pedagogicznej i socjologicznej (społecznej), które wykorzystywane łącznie pozwolą szerzej zrozumieć i wyjaśnić wadliwość przebiegu procesów socjalizacyjno-wychowawczych, co wpisuje się w ujęcie komplementarne (interdyscyplinarne) (Wysocka 2008: 308). Nowe kierunki badań wskazują też na potrzebę uwzględniania w modelu diagnozy demoralizacji nieletnich czynników ryzyka i czynników ochronnych, odwołujących się do teorii prężności lub podatności, które nie tylko pomagają w wyjaśnianiu zachowań o cechach demoralizacji, lecz także pozwalają przez akcentowanie czynników ochronnych, np. indywidualnych oraz tkwiących w rodzinie, zasugerować możliwości ich wzmacniania. Pozwalają także określić możliwości i kierunki rozwoju nieletniego (lub ich ograniczenia), uwzględniając tym samym perspektywę jego postępowania w przyszłości. Propozycje oddziaływań terapeutycznych, wychowawczych czy resocjalizacyjnych są mocnym atutem w modelu diagnozy nieletniego (Rode i in. 2020: 172).

Bibliografia

- Andrzejewski M. (2022). *Rola OZSS w sprawach nieletnich*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka”, t. 21, nr 2, s. 135–157.
- Bednarek J., Andrzejewska A. (red.) (2009), *Cyberswiat – możliwości i zagrożenia*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Bębas S. (2012). *Patologie i zagrożenia w sieci*, [w:] S. Bębas, J. Plis, J. Bednarek (red.), *Patologie w cyberswiecie*, Radom: Wydawnictwo WSH, s. 329–345.
- Bojarski T., Skrętowicz E. (2011). *Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Komentarz*. Warszawa: LexisNexis.
- Eichstaedt K. (2008). *Postępowanie przed sądem w sprawach nieletnich*, Warszawa: Difin.
- Felisiak M., Omyła-Rudzka M. (2022). *Zainteresowania i aktywności*, [w:] M. Grabowska, M. Gwiazda (red.), *Młodzież 2021. Opinie i diagnozy*, nr 49, Warszawa: CBOS, s. 175–207.
- Griffiths M. (1998). *Internet Addiction: Does It Really Exist?*, [w:] J. Gackenbach (red.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal and Transpersonal Applications*, New York: Academic Press, s. 61–75.

- Griffiths M. (2004). *Gry i hazard. Uzależnienia w okresie dorastania*, przeł. A. Sawicka-Chrapkowicz, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grzegorzewska M. (1959). *Pedagogika specjalna*, Warszawa: Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzeszkowiak K., Krukowski A., Patulski W., Warzocha E. (1984). *Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Komentarz*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Izdebska J. (2008). *Media elektroniczne – kreujące obraz rodziny i dziecka*, Białystok: Trans Humana.
- Jessor R. (2014). *Problem Behavior Theory: A Half-Century of Research on Adolescent Behavior and Development*, [w:] R.M. Lerner, A.C. Petersen, R.K. Silbereisen, J. Brooks-Gunn (red.), *The Developmental Science of Adolescence: History Through Autobiography*, New York–London: Psychology Press, s. 239–256.
- Jezierska J., Siemionow J. (2020). *Teoretyczne i praktyczne wymiary procesu resocjalizacji nieletnich*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Jędrzejko M.Z., Rosik B.P., Kowalski M. (2015), *Dlaczego i jak ludzie się uzależniają i co z tym dalej będzie*, [w:] M.Z. Jędrzejko, M. Kowalski, B.P. Rosik (red.), *Uzależnienia behawioralne. Wybrane aspekty*, Pułtusk–Warszawa: Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza Aspra-JR, s. 313–337.
- Kaliszewska K. (2005). *Psychologiczna charakterystyka zjawiska nadmiernego używania internetu*, „Edukacja. Badania. Studia. Innowacje”, nr 4(92), s. 115–125.
- Kaliszewska K. (2007). *Nadmierne używanie internetu. Charakterystyka psychologiczna*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Klaus W. (2009). *Dziecko przed sądem. Wymiar sprawiedliwości wobec przestępczości młodszych nieletnich*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Klimczak M. (2012). *Uzależnienie młodzieży od internetu jako problem wychowawczy i moralny*, Olsztyn: Studio Poligrafii Komputerowej „SQL”.
- Kołąkowska-Przełomiec H. (1978). *Środowisko rodzinne w świetle badań kryminologicznych*, [w:] J. Jasiński (red.), *Zagadnienia nieprzystosowania społecznego i przestępczości w Polsce*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, s. 319–343.
- Kołąkowska-Przełomiec H. (1990). *Nieletni sprawcy zbrodni (początki kariery przestępczej)*, Warszawa: Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego.
- Konaszewski K., Kwadrans Ł. (2018). *Zasoby osobiste młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Uwarunkowania środowiskowe*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Konopczyński M. (2006). *Metody twórczej resocjalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konopczyński M. (2014). *Pedagogika resocjalizacyjna. W stronę działań kreujących*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Konopnicki J. (1971). *Niedostosowanie społeczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Makowski A. (1994). *Niedostosowanie społeczne młodzieży i jej resocjalizacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Majchrzak P., Ogińska-Bulik N. (2010). *Uzależnienie od Internetu*, Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Nieuciński S. (1985). *Psychologiczna diagnoza a ekspertyza psychologiczna dla potrzeb sądu. Analiza makrostrukturalna*, [w:] *Diagnoza psychologiczna rozpoznawana przez sądy rodzinne. Materiały na sympozjum*, Kraków: Instytut Badania Prawa Sądowego, Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Sąd Wojewódzki w Krakowie, s. 128–152.
- Ogińska-Bulik N. (2010). *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Warszawa: Difin.
- Opora R. (2016). *Ewolucja niedostosowania społecznego jako rezultat zmian w zakresie odporności psychicznej i zniekształceń poznawczych*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Opora R., Piechowicz M., Jezierska J. (2017). *Współczesne modele i strategie resocjalizacji*, Warszawa: Difin.
- Ostaszewski P. (2010). *Opinie diagnostyczne w sprawach nieletnich*, https://iws.gov.pl/wp-content/uploads/2018/08/IWS_Ostaszewski-P._145_Nieletni-opinie-diagnostyczne.pdf [dostęp: 11.04.2023].
- Ostrihańska Z. (1997). *Losy uczniów nieprzystosowanych społecznie*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Ostrowska K. (2008). *Pedagogika resocjalizacyjna. W kierunku nowej specjalności psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne „Fraszka”.
- Ostrowska K., Milewska E. (1986). *Diagnozowanie psychologiczne w kryminologii. Przewodnik metodyczny*, Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Paszkiewicz A. (2015). *Warunki skutecznej pracy wychowawczej z dziećmi i młodzieżą niedostosowanymi społecznie*, Warszawa: Difin.
- Pospiszyl K., Żabczyńska E. (1985). *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Pytka L. (1993). *Nieprzystosowanie społeczne i jego odmiany*, [w:] W. Pomykała (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa: Fundacja Innowacja, s. 453–457.
- Pytka L. (2000). *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Pytka, L., Zacharuk T. (1998). *Zaburzenia przystosowania społecznego dzieci i młodzieży. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*, Siedlce: Wydawnictwa Uczelniane Wyższej Szkoły Rolniczo-Pedagogicznej.

- Pytka L., Zacharuk T. (2014). *Zaburzenia przystosowania społecznego: elementy pedagogiki reintegracyjnej i edukacji inkluzyjnej*, Siedlce: Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- Pyżalski J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Rode D., Dukała K., Kabzińska J., Zalewska-Łunkiewicz K. (2020). *Kliniczna psychologia sądowa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rowicka M. (2015). *Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka*, Warszawa: Fundacja Praesterno.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 sierpnia 2001 r. w sprawie organizacji i zakresu działania rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych, (Dz.U. 2001, nr 97 poz. 1063), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20010971063> [dostęp: 22.05.2023].
- Siemionow J. (2011). *Niedostosowanie społeczne nieletnich. Działania, zmiana, efektywność*, Warszawa: Difin.
- Siemionow J. (2022). *Resocjalizacja młodzieży niedostosowanej społecznie jako proces wspierania rozwoju psychospołecznego oraz kształtowania potencjałów*, Warszawa: Difin.
- Sokołowska A. (1977). *Psychologiczna ekspertyza sądowa w sprawach dzieci i młodzieży*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Stańdo-Kawecka B. (2000). *Prawne podstawy resocjalizacji*, Kraków: Kantor Wydawniczy „Zakamycze”.
- Strzembosz A. (1984). *Postępowanie w sprawach nieletnich w prawie polskim*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Tao R., Ying L., Yue XD., Hao X. (2007). *Internet Addiction: Exploration and Intervention*, Shanghai: Shanghai People's Press.
- Taper A. (2010). *Gry komputerowe – nowe źródło patologii zaburzeń wśród dzieci i młodzieży*, [w:] M. Jędrzejko, D. Sarzała (red.), *Człowiek i uzależnienia*, Pułtusk-Warszawa: Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, s. 167–193.
- Taper A., Klimczak J. (2010). *Świat gier komputerowych i sieciowych*, [w:] J. Klimczak, M. Jędrzejko (red.), *Człowiek w wielkiej sieci (nowe multimedia – źródło zaburzeń wychowawczych i uzależnień)*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Fundacja Pedagogium, s. 81–117.
- Urban B. (2000). *Zachowania dewiacyjne młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Urban B. (2001). *Pedagogika osób niedostosowanych społecznie*, [w:] W. Dyk-cik (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 301–310.
- Urban B. (2008). *Zaburzenia w zachowaniu i niedostosowanie społeczne w świetle współczesnych wyników badań*, [w:] B. Urban, J.M. Stanik (red.), *Resocjalizacja*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 136–167.

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. 2010, nr 33, poz. 178), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19820350228/U/D19820228Lj.pdf>, [dostęp: 2.02.2023].
- Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów (Dz.U. 2015, poz. 1418), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001418> [dostęp: 2.02.2023].
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. 2022, poz. 1700), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001700/U/D20221700Lj.pdf> [dostęp: 2.02.2023].
- Witucki B. (2022). *Funkcja ochronna i prewencyjna opinii OZSS w wypadku zagrożenia dobra dziecka*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka”, t. 21, nr 2, s. 35–56.
- Woźniakowska-Fajst D. (2010). *Nieletnie. Niebezpieczne, niegrzeczne, niegroźne?*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Włodarczyk-Madejska J. (2017). *Efektywność opiniodawczych zespołów sądowych specjalistów*, Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, https://iws.gov.pl/wp-content/uploads/2021/11/2017_Analizy-416-JWlodarczyk-Madejska-Efektywnosc-OZSS.pdf [dostęp: 22.05.2023].
- Włodarczyk-Madejska J. (2018a). *Efektywność opiniodawczych zespołów sądowych specjalistów*, „Prawo w Działaniu”, t. 33, s. 242–296.
- Włodarczyk-Madejska J. (2018b). *Współpraca sądu dla nieletnich z instytucjami pomocniczymi w procesie orzekania*, „Archiwum Kryminologii”, t. 40, s. 153–219.
- Włodarczyk-Madejska J. (2019). *Zbieranie danych o nieletnim w praktyce polskich sądów*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, t. 53, s. 183–198.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2015 r., (U 6/13), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001784> [dostęp: 22.05.2023].
- Young K. (1998). *Caught in the Net*, New York: John Wiley & Sons.
- Young K.S., Yue X.D., Ying L. (2017). *Oszacowanie występowania i etiologiczne modele uzależnienia od Internetu*, [w:] K.S. Young, C. Nabucco de Abreau (red.), *Uzależnienie od internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla terapeutów i lekarzy*, przeł. M. Jastrzębski, Zamość: Fundacja Dolce Vita, s. 17–34.
- Woronowicz B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Wysocka E. (2008). *Diagnoza w resocjalizacji. Obszary problemowe i modele rozwiązań w ujęciu psychopedagogicznym*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 1 lutego 2016 r. w sprawie standardów metodologii opiniowania w opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów (Dz. Urz. 2016, poz. 76 z późn. zm.), <https://www.infor.pl/akt-prawny/U06.2016.013.0000076,metryka,zarzad>



zenie-ministra-sprawiedliwosci-w-sprawie-ustalenia-standardow-
metodologii-opiniowania-w-opiniodawczych-zespolach-sadowych-
-specjalistow.html [dostęp: 2.02.2023 r.].

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Lidia Wawryk
Uniwersytet Zielonogórski
Instytut Pedagogiki
e-mail: lwawryk@uz.zgora.pl

Edyta Sielicka
ORCID: 0000-0002-8704-9290
Uniwersytet Szczeciński

Podstawa programowa jako szansa wspierania profilaktyki zachowań ryzykownych uczniów szkoły podstawowej w świetle koncepcji *resilience*

The Core Curriculum as an Opportunity to
Prevent Risky Behavior in Elementary School Pupils
in Light of the Concept of Resilience

ABSTRACT

The effectiveness of addiction prevention aimed at children and adolescents currently seems to stir up a lot of emotions and calls to verify its theoretical background. The shift from defensive prevention to positive prevention is becoming successful, yet remains insufficient in education. An interesting approach to the process of preventing addiction in children and adolescents is the concept of resilience, which posits that the individual resilience of a person helps them positively adapt or persist in difficult situations, which are considered risky for their proper functioning. At the same time, the lack of awareness about addiction among children and adolescents and the rising threats posed by young people's use of substances and adoption of addictive activities suggests that the schools should be one of the first

KEYWORDS

resilience, prevention
in schools, addiction,
risky behavior, core
curriculum

SŁOWA KLUCZOWE

koncepcja resilience,
profilaktyka szkolna,
uzależnienia,
zachowania
ryzykowne, podstawa
programowa

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.003
Nadesłano: 28.02.2023
Zaakceptowano: 28.04.2023

sites of systemic solutions for support and prevention. Based on these assumptions, the author analyzed the general education core curriculum for pupils in years IV–VII of elementary school, in order to verify its goals and educational content in relation to the established indicators for building resilience in students. The results illustrate a lack of consistency or connections between the various educational goals and content, which indicates an inability of schools to consciously design educational content to strengthen pupils' individual resources of resilience.

ABSTRAKT

Skuteczność profilaktyki uzależnień, kierowanej do dzieci i młodzieży, wydaje się obecnie budzić wiele emocji i prowokować do weryfikowania jej teoretycznych źródeł. Rezygnacja z profilaktyki defensywnej na rzecz profilaktyki pozytywnej wydaje się być w edukacji procesem już dokonanym, jednak niewystarczającym. Interesującym podejściem do procesu przeciwdziałania uzależnieniom dzieci i młodzieży jest koncepcja *resilience*. Zakłada ona indywidualną i swoistą odporność osoby, która wpływa na jej pozytywną adaptację lub trwanie w sytuacjach przeciwności i trudności, które uznane są za ryzykowane dla jej właściwego funkcjonowania. Jednocześnie niska wiedza dzieci i młodzieży na temat uzależnień, wzrost zagrożeń wynikających z zażywania przez młodych ludzi substancji i podejmowania działań uzależniających przekonują, że to właśnie szkoła powinna być jednym z pierwszych ogniw systemowych rozwiązań w zakresie wsparcia i profilaktyki. Mając to na uwadze, autorka dokonała analizy podstawy programowej kształcenia ogólnego dla uczniów klasy IV–VII szkoły podstawowej pod kątem weryfikacji celów i treści kształcenia w niej zawartych w odniesieniu do przyjętych wskaźników budowania postawy *resilience* u uczniów. Uzyskane wyniki obrazują brak spójności i powiązań pomiędzy poszczególnymi celami i treściami kształcenia, co wskazuje na niski potencjał szkoły w świadomym projektowaniu treści edukacyjnych wzmacniających indywidualne zasoby odpornościowe uczniów.

Wprowadzenie

Ogólnopolskie badania dotyczące podejmowania przez polskich uczniów zachowań ryzykownych zdecydowanie powinny budzić pedagogiczny niepokój. W roku 2019 zrealizowano międzynarodowy projekt badawczy pod nazwą „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD), którego celem było reprezentatywne

badanie ankietowe uczniów klas III ówczesnych szkół gimnazjalnych (wiek 15–16 lat) oraz uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17–18 lat) naszego kraju (Sierosławski 2020). Jego wyniki wskazują, że najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród dzieci i młodzieży jest alkohol – chociaż jeden raz w ciągu swojego życia alkohol piło 80,0% uczniów z młodszej grupy (15–16 lat) i 92,8% uczniów ze starszej grupy (17–18 lat). Niepokojący jest również niski wiek inicjacji alkoholowej i narkotykowej w Polsce. Badania wskazują, że już jedenastolatki, dwunastolatki sięgają po alkohol – średni wiek inicjacji alkoholowej wynosi 12,5 lat (Wojcieszek i in. 2021: 52). Jest to zatem okres II etapu edukacji podstawowej. Ponadto, chociaż jeden raz w życiu paliło 49,9% uczniów z badanej młodszej grupy wiekowej i 65,5% uczniów ze starszej grupy. Doświadczenia z przyjmowaniem leków uspakajających lub nasennych ma 15,1% uczniów z młodszej grupy badanej i 18,3% z grupy starszej. Ponadto 21,4% młodszych uczniów i 37,0% starszych uczniów chociaż jeden raz używało marihuany lub haszyszu (Sierosławski 2020). Autor Raportu twierdzi także, że na podstawie badań można szacować, iż około 2% młodzieży może być zagrożone hazardem problemowym (Sierosławski 2020). Dane te uzupełnia Raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę opublikowany w 2019 roku, który opisuje dane z badań ankietowych przeprowadzonych na grupie 1017 nastolatków. Wśród badanej grupy 11,9% respondentów to osoby problematycznie używające internetu, 11,4% to osoby z częściowymi objawami problematycznego używania internetu, a 0,5% z nasilonymi objawami. Wyniki te różnicują się ze względu na płeć i wiek – problematyczni użytkownicy internetu to częściej dziewczęta niż chłopcy (13,9% vs 9,3%; $p < 0,05$), to także częściej starsi respondenci (15–17 lat) niż młodszy (12–14 lat; 15,0% vs 9,5%; $p < 0,05$) (Makaruk, Włodarczyk, Skoneczna 2019: 30). Także pozostałe z dostępnych badań realizowanych w Polsce prezentują zbieżne dane, które budzą niepokój dotyczący zagrożeń dzieci i młodzieży związanych z uzależnieniami¹, przy czym wskazują one także

1 Wykazy dostępnych raportów na temat problematyki uzależnień dzieci i młodzieży prowadzą: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/raporty-z-badan>, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomani: <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880>, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom: <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/do-pobrania/>.

na inne obszary zagrożeń mniej rozpoznanych, jak uzależnienia od seksu, ćwiczeń, nauki.

Wzmacnianie *resilience* jako zadanie profilaktyczne

Świadomość małej skuteczności dotychczas realizowanych działań profilaktycznych oraz rosnąca wiedza z zakresu edukacji zdrowia, psychologii zdrowia czy też neurodydaktyki wzmacniają potrzebę poszukiwania skuteczniejszych form przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym. Na szczególną uwagę wydaje się zasługiwać postulat projektowania działań profilaktycznych z wykorzystaniem koncepcji *resilience*. Samo pojęcie *resilience* zostało wprowadzone przez Crawforda Stanleya Hollinga początkowo jako koncepcja, która miała pomóc w zrozumieniu zdolności ekosystemów do utrzymywania się w pierwotnym stanie mimo ulegania perturbacjom, a zatem także w zrozumieniu uwarunkowań ich stabilności (Holling 1973: 14). W psychologii i psychiatrii pojęcie to wzbudziło zainteresowanie w odniesieniu do badań skupionych wokół uwarunkowań rozwoju dzieci i młodzieży z doświadczeniami sytuacji trudnych, traumatycznych, a pojawiło się po raz pierwszy w opracowaniach Normana Garmezege (1985), Emmy E. Werner (1989), Michaela Ruttera (1987). Następnie badane przez interdyscyplinarne zespoły ewoluowało (Walker i in. 2004; Folke i in. 2010) i zostało poddane próbom operacjonalizacji w wielu pracach naukowych (Cicchetti, Garmezy 1993; Luthar, Cicchetti 2000; Rutter 2006; Herrman i in. 2011, Southwick i in. 2014). Obecnie brak jest zgody na przyjęcie i powszechne uznanie jednej definicji operacyjnej pojęcia *resilience*, jednak przeważnie naukowcy są zgodni, że jest ono rozumiane jako swoista odporność, która odnosi się do pozytywnej adaptacji lub zdolności do utrzymania bądź odzyskania zdrowia psychicznego pomimo doświadczania przeciwności, które stanowią zwiększone ryzyko dla funkcjonowania jednostki (Rutter 2006, Herrman i in. 2011, Wysocka 2012). Pojęcie *resilience* różni się od pojęcia zdrowia psychicznego czy kompetencji społecznej głównie koncentracją wokół indywidualnych różnic w odpowiedziach na porównywalne doświadczenia. Oznacza to, że postawa charakteryzowana jako *resilience* powinna być rozpatrywana jako dynamiczny proces (Rutter 2000: 651; Luthar, Cicchetti 2000: 858; Masten 2014: 9), w powiązaniu z indywidualną trajektorią

doświadczeń (Rutter 2000, 2006). Zatem przyjmuje się, że wpływa na możliwości indywidualnego radzenia sobie osób w sytuacjach trudnych, dostosowywania się do zmieniających warunków i przyjmowania konstruktywnych sposobów radzenia sobie z pojawiającymi się przeciwnościami. W ujęciu procesualnym *resilience* nie jest więc cechą statystyczną i wymaga wieloobszarowej perspektywy badawczej (Cicchetti, Garmezy 1993: 499; Masten 2014: 10). Wskazuje się wiele czynników wpływających na *resilience*, w tym cechy biologiczne, psychologiczne, dyspozycje, ale także wsparcie społeczne czy też uczestnictwo w systemach społecznych takich jak rodzina, szkoła, przyjaciele i otoczenie (Herrman i in. 2011). Wydaje się więc, że czynniki wpływające na rozwój odporności można uznać za analogiczne do tych, które promują zdrowie psychiczne (Herrman i in. 2011), choć nadal ich wpływ rozpatrywany będzie w toku indywidualnych doświadczeń. Warto tu jednak wspomnieć o wyłaniającej się koncepcji *ego-resiliency*, postrzegającej *resiliency* jako właściwości jednostki (cechy stałe) i zasób osobisty (Block J.H., Block J. 1980). Koncepcja ta posłużyła do opracowania kwestionariusza pomiaru Ego-Resiliency Scale, uznawanego za jeden z rzetelnych pomiarów psychometrycznych (ER89) (Block, Kremen 1996), chętnie wykorzystywanego przez część badaczy zajmujących się zagadnieniami *resiliency* i *resilience* (Kołodziej-Zaleska, Przybyła-Basista 2018: 161).

Na gruncie polskiej nauki brak jest jednomyślności w odniesieniu do właściwego tłumaczenia pojęcia *resilience* (Heszen, Sęk 2007: 395). Aby zatem uniknąć wątpliwości metodologicznych i jednocześnie niepokoju związanego z nadinterpretacją najczęściej używanego tłumaczenia, tj. terminu odporność² (Luthar, Cicchetti 2000: 862), przyjmując procesualną perspektywę za Krzysztofem Ostaszewskim (Ostaszewski 2014), postanowiłam używać angielskiej wersji pojęcia *resilience*. W przyszłości wydaje się jednak słuszny postulat przyjęcia w polskiej metodologii badań pojęcia rezyliencji (Junik 2011).

Przyjęta koncepcja, choć głównie badana w odniesieniu do dzieci i młodzieży doświadczających długotrwałych stresów, traum i sytuacji

2 Pojęcie „odporności” zdaniem Suniyi S. Luthar oraz Dante Cicchettiego w postnaukowych interpretacjach można rozumieć jako wytrzymałość, która błędnie rozumiana może prowadzić do przełożenia działań w kierunku wzmacniania wytrwałości jako cechy zbiorczej lub przerzucenia uważności na cechy osobowe (Luthar, Cicchetti, 2000: 862).

trudnych, np. ubóstwa, przemocy, braku opieki rodzicielskiej, katastrof (Werner 1995, Rutter 2006, Masten 2014) niesie też ważne implikacje dla strategii interwencyjnych, działań profilaktycznych oraz terapeutycznych (Rutter 2006: 3), także w kontekście profilaktyki uzależnień. Myślenie o projektowaniu profilaktyki uzależnień wykorzystujących koncepcję *resilience* wpisuje się w powszechnie uznawaną za efektywną profilaktykę pozytywną (Borucka, Ostaszewski 2008; Szymańska 2015: 31). Bazuje ona bowiem na wzmacnianiu potencjału osób, co jest zgodne ze strategiami wspierającymi procesy *resilience* (Rutter 2000; Junik 2011), szczególnie ze strategią opartą na pozytywnych doświadczeniach, które neutralizują lub kompensują ryzyko (Rutter 2000; Junik 2011). Jednocześnie warto podkreślić, że nie stoi ona w sprzeczności z dotychczas promowaną koncepcją ryzyka i ochrony, nadaje jej jednak nowy, indywidualny wymiar (Rutter 2006). *Resilience* jako pozytywna adaptacja w sytuacjach ryzyka wpływa na realizację strategii radzenia sobie ze stresem i trudnościami, a zatem może także zapobiegać aktywowaniu mechanizmów uzależnień. Jednocześnie warto pamiętać, że również dzieci o wysokim poziomie *resilience* potrzebują wsparcia i mogą być podatne na trudności w różnych momentach życia (Cicchetti, Garmezy 1993: 500).

Przestrzenie kształcenia ogólnego w perspektywie koncepcji *resilience*

Szkoła odgrywa znaczącą rolę w życiu dzieci i młodzieży, może być miejscem ich rozwoju i wzrostu emocjonalnego, społecznego i intelektualnego, ale też źródłem trudnych przeżyć oraz traum. Jest systemowo zaprojektowaną przestrzenią wzajemnych wpływów dorosłych i dzieci, a zatem oczekuje się, że każde z podejmowanych w jej obrębie działań będzie świadomie ukierunkowane na wzmacnianie potencjałów wszystkich jej uczestników. Ramy edukacji realizowanej w systemie szkolnym wyznacza Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2017, poz. 59), w której wskazano, że działalność szkoły w zakresie edukacyjnym określona jest przez szkolne zestawy programów nauczania oraz program wychowawczo-profilaktyczny szkoły. Ustawę uzupełnia Rozporządzenie

Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 marca 2017 r. w sprawie ramowych planów nauczania dla publicznych szkół (Dz.U. 2017 poz. 703). Należy zaznaczyć, że programy profilaktyczne opracowywane są samodzielnie przez poszczególne szkoły na podstawie corocznej diagnozy potrzeb (Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, art. 26.2), a zatem ich jakość i sposób realizacji wynika zarówno z potrzeb, jak i potencjału, a także możliwości i zasobów szkół. W związku z tym można uznać, że dokumentem standaryzującym działania edukacyjne na terenie całej Polski jest zestaw programów nauczania, które zawarte zostały w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2017, poz. 356). Podstawa programowa zawiera „zestawy celów kształcenia i treści nauczania, w tym umiejętności, opisane w formie ogólnych i szczegółowych wymagań dotyczących wiedzy i umiejętności, które powinien posiadać uczeń po zakończeniu określonego etapu edukacyjnego oraz zadania wychowawczo-profilaktyczne szkoły” (Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, art. 4, pkt 24) – jest zatem ona zbiorem wymagań, celów i treści, które dla nauczyciela wyznaczają obowiązkowy zakres podejmowanych przez niego zadań edukacyjnych w obszarach nauczanego przedmiotu.

Uznając teorię procesualnej koncepcji *resilience* jako wartościową w procesie projektowania profilaktyki zachowań ryzykownych, postanowiłam odpowiedzieć na problem badawczy, który został sformułowany jako pytanie o zakres budowania i wzmacniania procesów i mechanizmów *resilience* u uczniów II etapu szkoły podstawowej w oparciu o cele i treści programowe realizowane w szkole. W związku z tym poddałam analizie zapisy celów i treści kształcenia zawarte w Podstawie programowej nauczanych przedmiotów pod kątem obecności w nich zapisów pozwalających lub obligujących nauczyciela do realizacji treści wzmacniających czynniki budujące procesy *resilience* uczniów.

Przeprowadzona analiza skupiła się na celach i zakresie treści przedmiotowych realizowanych w klasach IV–VIII. Etap ten obejmuje edukacją uczniów w wieku 9–14 lat, czyli tuż przed okresem rozwoju zachowań ryzykownych związanych z używaniem substancji uzależniających lub podejmowaniem działań ryzykownych oraz dla części uczniów przed okresem ich inicjacji, co założono w odniesieniu do wcześniej prezentowanych danych. W tym okresie nauczania zmienia się wcześniej realizowany system prowadzenia zajęć lekcyjnych z nauczania zintegrowanego na nauczanie w systemie lekcyjno-przedmiotowym. Uczniowie w klasie IV spędzają w szkole 24 godziny lekcyjne podczas zajęć przedmiotowych, w klasach V–VI – 25 godzin lekcyjnych, VII – 32 godziny, a uczniowie klas VIII – 31 godzin lekcyjnych. Są one dominującą strukturalnie formą funkcjonowania ucznia w szkole (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 marca 2017 r. w sprawie ramowych planów nauczania dla publicznych szkół, zał. 1) i dla wielu pedagogów stanowią główne zadanie edukacyjne.

W pierwszym etapie projektowania analizy wyłoniono na podstawie literatury przedmiotu czynniki chroniące, które uznano za znaczące w procesie wzmacniania *resilience*. W dalszym toku odniesiono wyłonione protektory do obszarów edukacji szkolnej, w wyniku czego z głównych grup czynników chroniących (relacje rodzinne, kompetencje osobiste, kompetencje społeczne, wsparcie społeczne, struktury osobowości – zob. Friborg i in. 2003) postanowiono odrzucić te, które odnoszą się do obszarów niezakończonych do realizacji w przestrzeni szkoły. Kolejny etap zakładał odniesienie wyłonionych czynników do wskaźników przyjętych w powszechnie używanej Resilience Scale (RS) (Ahern i in. 2006). W procesie weryfikacji zdecydowano się przyjąć w badaniu następujące wskaźniki:

1. wzmacnianie umiejętności i wartości, które pozwalają na wykorzystanie talentów i zdolności (Werner 1995: 83),
2. budowanie pozytywnego obrazu siebie, dobra samoocena (Emery, Forehand 1996: 40, 42),
3. zachęcanie do pokonywania trudności, budowanie wiary we własne siły (Werner 1995: 82, 83),
4. wzmacnianie rozwoju poprzez wpajanie pozytywnych wartości, w tym związanych ze zdrowiem i dobrostanem (www.resiliencecenter.com),

5. rozwijanie poczucia własnej wartości i skuteczności (Werner 1995: 82; Rutter 1993: 629; Masten, Best, Garmezy 1990: 431),
6. wzmacnianie sieci wsparcia rówieśniczego (Werner 1995: 83; Michel 2014: 106).

Poszerzono także prowadzone analizy o identyfikację w celach i treściach kształcenia bezpośrednich odniesień do wiedzy z zakresu mechanizmów uzależnień (A), zagrożeń wynikających z zażywania substancji uzależniających (B) oraz do tematyki zachowań z pogranicza uzależnień behawioralnych, przemocowych oraz seksualnych (C) (Kania 2016: 113). Wyniki analizy umieszczone w przygotowanej poniżej Tabeli 1.

Tabela 1. Analiza celów i treści kształcenia w klasach IV–VII w odniesieniu do wskaźników czynników chroniących (1–6), wzmacniających proces budowania mechanizmów *resilience* u uczniów.

Przedmiot ³	Cele kształcenia/wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Treści bezpośrednie/wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Klasa	Treści pośrednie/wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Klasa
Język polski	IV. Samokształcenie IV.5 (1)			IV.2 (1) IV.4 (1) IV.5 (1)	VII–VIII
Język obcy nowożytny				XI (6)	IV–VIII
Muzyka					IV–VII
Plastyka	II. Doskonalenie umiejętności plastycznych – ekspresja twórcza przejawiająca się w działaniach indywidualnych i zespołowych (1) (6)				IV–VII
Historia					V–VII

³ W poniższym zestawieniu nie poddano analizie przedmiotów, które choć zawierają się w podstawach programowych, to nie są obowiązkowe, co oznacza, że nie można ich traktować jako obligatoryjnie obejmujących swoimi celami i treściami kształcenia wszystkich uczniów. Są nimi: Wychowanie do życia w rodzinie, Etyka, Język mniejszości narodowej lub etnicznej, Język regionalny – język kaszubski.

Przedmiot ³	Cele kształcenia/wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Treści bezpośrednie/ wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Klasa	Treści pośrednie/ wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Klasa
Wiedza o społeczeństwie	II. Rozumienie siebie oraz rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów: II.1 (5), II.2 (1), II.3 (4), II.4 (4), II.6 (4), II.7 (4), II.8 (3) III. Komunikowanie i współdziałanie: III.1 (5), III.2 (5), III.3 (6), III.4 (6), III.5 (5)	V.1–2 (C) VIII.5 (C)		I.1–6 (2, 5, 6) II.1–2 (4) III.3 (3, 5) III.5 (1) IV.1–7 (4, 5) V.1–2 (3) VIII.5 (4, 5) IX. 1–5 (3, 4, 5)	VIII
Przyroda	III. Kształtowanie postaw – wychowanie: III.5 (5), III.6 (6)	V.8 (A, B)	IV	IV.6 (4,5) V.1 (4,5) V.10 (4,5)	IV
Geografia	III. Kształtowanie postaw: III.1 (1), III.4 (4), III.9 (5)				V–VIII
Biologia	V. Znajomość uwarunkowań zdrowia człowieka: V.1 (5) VI. Postawa wobec przyrody i środowiska: VI.2 (5)	III.7.5 (A, B) III.9.6 (A, B) IV.3 (B)	VII VII	III.9.4 (3)	VII
Chemia		IX.2 (B)	VII– VIII		V–VIII
Fizyka					VII– VIII
Matematyka					IV–VIII
Informatyka	IV. Rozwijanie kompetencji społecznych, takich jak komunikacja i współpraca w grupie, w tym w środowiskach wirtualnych, udział w projektach zespołowych oraz zarządzanie projektami (6) V. Przestrzeganie prawa i zasad bezpieczeństwa. (...) ocena zagrożeń związanych z technologią i ich uwzględnienie dla bezpieczeństwa swojego i innych (C)	V.1 (C) V.3 (C)	IV–VI IV–VI	IV.2 (6) IV.1 (6) IV.4 (1)	IV–VI VII– VIII VII– VIII
Technika	V. Rozwijanie kreatywności technicznej: V.1–3 (1, 5)			I.5 (6)	IV–VI

Przedmiot ³	Cele kształcenia/wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Treści bezpośrednie/ wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Klasa	Treści pośrednie/ wskaźniki czynników chroniących (1–6)	Klasa
Wychowanie fizyczne	IV. Kształtowanie umiejętności rozumienia związku aktywności fizycznej ze zdrowiem oraz praktykowania zachowań prozdrowotnych (4, 5)	IV.3 (A, B) IV.4 (A, B, C)	VII–VIII	IV.1.1 (5), IV.1.5 (5) IV.1 (4) IV.2 (2, 3, 4) Kompetencje społeczne (1, 2, 3, 4, 5, 6)	IV–VI IV–VI VII–VIII IV–VIII
Edukacja dla bezpieczeństwa	IV. Kształtowanie postaw indywidualnych i społecznych sprzyjających zdrowiu (5)			IV.1–7 (3, 4, 5)	VIII

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej... (Dz.U. 2017, poz. 356).

Skupienie się na celach i treściach kształcenia w prezentowanej analizie wynika z założenia ich obligatoryjnego charakteru. Wielu autorów zwraca uwagę, że wpływ na wsparcie indywidualnego procesu *resilience* ma wiele czynników, w tym funkcjonowanie uczniów w szkole, budzenie ich potencjału, klimat szkoły (Garmezy 1993; Skuza, Pierścińska-Maruszewska 2014), przygotowanie kadry pedagogicznej i jej poziom relacyjności z uczniami (Herrman i in. 2011: 260) czy też poczucie sukcesu edukacyjnego. Czynniki te wskazują na potrzebę myślenia o szkole w kategoriach systemowych działań oraz wzajemnie na siebie wpływających uwarunkowań. W tym systemie dominującą strukturalnie formą kontaktu i realizacji zadań edukacyjnych są zajęcia lekcyjne – stąd wydaje się zasadna analiza ich ram formalnych, które mają znaczący wpływ na perspektywę wielkoobszarowego myślenia o edukacji szkolnej. Analiza celów i treści kształcenia Podstawy programowej dla klas IV–VIII w odniesieniu do wybranych wskaźników budowania *resilience* zwraca uwagę na brak spójności i korelacji pomiędzy celami i treściami kształcenia. Założone cele tylko w poszczególnych przedmiotach mają swoją reprezentację w treściach kształcenia, natomiast treści często nie

mają umocowania w celach. Niespójność ta dotyczy także sposobu konstruowania programów poszczególnych przedmiotów i powiązań między nimi, szczególnie w obszarach związanych z kształtowaniem postaw, rozwijaniem umiejętności czy kompetencji społecznych. Ich fragmentaryczność powoduje brak systemowej równowagi w myśleniu o edukacji szkolnej wpisującej się w całościowy rozwój uczniów i odpowiadającej na ich potrzeby. Także warstwa językowa zapisów wskazuje na brak wspomnianej spójności – na etapie projektowania zapisów nie stworzono siatki pojęciowej, która mogłaby służyć do korelacji międzyprzedmiotowej, przykładem może być tutaj niespójność w formułowaniu lub braku formułowania celów odnoszących się do postaw.

Mimo tych metodologicznych trudności, można w przyjętych celach i treściach kształcenia zidentyfikować poszczególne zapisy, które w toku analizy zostały odniesione do budowania procesu *resilience*. Odniesienia te można głównie identyfikować ze wskaźnikami wzmacniania umiejętności i wartości, które pozwalają na wykorzystanie talentów i zdolności (1), rozwijaniem poczucia własnej wartości i skuteczności (5) oraz wzmacnianiem sieci wsparcia rówieśniczego (6). Należy jednak zaznaczyć, że także tutaj zauważalny jest brak spójności pomiędzy celami i treściami kształcenia w danych przedmiotach. Tylko w treściach kształcenia Wiedzy o społeczeństwie i Wychowania fizycznego widać odniesienia do zapisów skupionych wokół budowania poczucia własnej wartości (2), w ograniczonym stopniu zidentyfikowane zostały zapisy dotyczące zachęcania do pokonywania trudności (3) (Tabela 2).

Tabela 2. Analiza celów i treści kształcenia w klasach IV–VII z podziałem na wskaźniki czynników chroniących wzmacniających proces budowania *resilience* uczniów

Wskaźniki	Cele	Treści	Klasa
(1) wzmacnianie umiejętności i wartości, które pozwalają na wykorzystanie talentów i zdolności	Język polski	Język polski	VII–VIII
	Plastyka		IV–VII
	Wiedza o społeczeństwie	Wiedza o społeczeństwie	VIII
	Geografia		V–VIII
		Informatyka	VII–VIII
	Technika		IV–VI
		Wychowanie fizyczne	IV–VIII

Wskaźniki	Cele	Treści	Klasa
(2) budowanie pozytywnego obrazu siebie		Wiedza o społeczeństwie	VIII
		Wychowanie fizyczne	IV–VIII
(3) zachęcanie do pokonywania trudności	Wiedza o społeczeństwie	Wiedza o społeczeństwie	VIII
		Biologia	VII
		Wychowanie fizyczne	IV–VIII
		Edukacja dla bezpieczeństwa	VIII
(4) wzmacnianie rozwoju poprzez wpajanie pozytywnych wartości	Wiedza o społeczeństwie	Wiedza o społeczeństwie	VIII
	Przyroda	Przyroda	IV
	Geografia		V–VIII
	Wychowanie fizyczne	Wychowanie fizyczne	IV–VIII
(5) rozwijanie poczucia własnej wartości i skuteczności	Wiedza o społeczeństwie	Wiedza o społeczeństwie	VIII
	Przyroda	Przyroda	IV
	Geografia		V–VIII
	Biologia		VII
	Technika		IV–VI
	Wychowanie fizyczne	Wychowanie fizyczne	IV–VIII
	Edukacja dla bezpieczeństwa	Edukacja dla bezpieczeństwa	VIII
(6) wzmacnia sieci wsparcia rówieśniczego	Plastyka		IV–VII
	Wiedza o społeczeństwie	Wiedza o społeczeństwie	VIII
	Przyroda		IV
	Informatyka	Informatyka	IV–VIII
		Technika	IV–VII
	Wychowanie fizyczne	Wychowanie fizyczne	IV–VIII
		Język obcy nowożytny	IV–VIII

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z analiz, jedynie przedmiot Wychowanie fizycznie uwzględniła w swoich zapisach odniesienie wprost do rozwoju kompetencji społecznych, jest to też jeden z dwóch przedmiotów, który realizuje wszystkie badane wskaźniki. Drugim z przedmiotów je realizującym jest Wiedza o społeczeństwie. Warto jeszcze nadmienić, że Wychowanie fizyczne jest przedmiotem, na którym realizowane

są także treści kształcenia bezpośrednio odnoszące się do wiedzy z zakresu mechanizmów uzależnień, zagrożeń wynikających z zażywania substancji uzależniających oraz tematyki zachowań z pogranicza uzależnień behawioralnych, przemocowych oraz seksualnych. Treści te są również poruszane na lekcjach Przyrody, Chemii oraz, w zakresie zagrożeń behawioralnych, na lekcjach Informatyki i Wiedzy o społeczeństwie.

We wstępie do Podstaw programowych zwraca uwagę komentarz wskazujący na wartość edukacji zdrowotnej dla realizowanej profilaktyki szkolnej. Nie funkcjonuje jednak ona jako odrębny przedmiot, jej treści wpisane zostały właśnie w przedmiot Wychowanie fizyczne oraz w Edukację dla bezpieczeństwa. We wstępnych zapisach podkreślono również wartości i znaczenie wykorzystywania w procesie edukacji metody projektu jako metody wzmacniającej komunikację w grupie, umiejętności społeczne oraz twórcze i konstruktywne rozwiązywanie trudności (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej...).

W odniesieniu do badanego problemu znaczące wydaje się także przypisanie określonych celów i treści do poszczególnych grup wiekowych uczniów (klas) – cele i treści identyfikowane jako wzmacniające budowanie procesu *resilience* w dominującej większości zaczynają być eksponowane dopiero na etapie edukacji klas VII–VIII. Jest to okres rozwojowy, w którym już trwa lub rozpoczyna się eksperymentowanie ze środkami uzależniającymi, a zatem jest to czas wzrostu skali podejmowanych zachowań ryzykownych. Na tym etapie edukacyjnym należy raczej oczekiwać dodatkowych działań związanych z profilaktyką selektywną, która powinna realizować założenia poszczególnych programów wychowawczo-profilaktycznych dostosowanych do potrzeb określonych szkół. Natomiast zarówno w celach, jak i treściach kształcenia ogólnego zapisy wskazujące na potrzebę realizacji treści wzmacniających rozwój wszystkich sfer życia uczniów, w tym także tych, które budują *resilience*, powinny być obligatoryjne na wszystkich etapach kształcenia. Ich brak wydaje się znaczący, szczególnie, że wagę tego postulatu podkreśla analiza celów ogólnych podstawy programowej, które zostały zawarte we wstępie podstaw programowych. Wskazują one na świadomości twórców ram programowych potrzeby postrzegania rozwoju ucznia przez wszystkie sfery jego funkcjonowania (Rozporządzenie Ministra

Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej...). Niestety przeprowadzona analiza nie wykazała świadomej i planowej konsekwencji w realizacji tego postulatu, jednocześnie zwróciła uwagę na braki w powiązaniu celów i treści kształcenia, które nie pozwalają na przyjęcie w realizowanych działaniach edukacyjnych spójnej koncepcji myślenia o rozwoju człowieka. W odniesieniu do założonego problemu badawczego w trakcie analiz udało się zidentyfikować treści wskazujące na potencjał szkoły we wzmacnianiu procesu budowania *resilience*, jednak jego znaczne ograniczenie wynika z faktu, że odnosi się on do poszczególnych, pojedynczych zapisów celów i/lub treści kształcenia, a nie opiera się – jak wspomniano wyżej – na spójnej, teoretycznej koncepcji wsparcia rozwoju młodego człowieka.

Zakończenie

Pierwszym i podstawowym źródłem doświadczeń dzieci i młodzieży jest środowisko rodzinne, natomiast pierwszą przestrzenią systemowych, obowiązkowych rozwiązań ukierunkowanych na wsparcie dzieci jest szkoła. Emmy E. Werner wskazuje na dobrze funkcjonujące systemy szkolne jako na istotne ognisko zewnętrznego systemu wsparcia (Werner 1989: 80), natomiast Małgorzata Michel (Michel 2014: 120) zwraca uwagę na wyjątkową wagę aplikowalności koncepcji *resilience* do praktyki działań, także na płaszczyźnie profilaktyki społecznej i resocjalizacji. Zainteresowanie, jakie rośnie wokół wykorzystania koncepcji *resilience* w praktyce pedagogicznej (Junik 2011; Borucka, Pisarska 2012; Michel 2014; Ostaszewski 2014), w tym także w profilaktyce szkolnej, zdaje się przekonywać o coraz szerszym odkrywaniu jej wartości. Przy założeniu, że jednymi z czynników aktywujących mechanizmy uzależniania są sytuacje podwyższonego ryzyka, deficyt praktycznych umiejętności życiowych i destrukcyjna orientacja życiowa (Mellibruda 1997: 81), budowanie i wzmacnianie *resilience* może stanowić istotną formę wsparcia i przeciwdziałania uzależnieniom. Wzmacnianie procesu, dzięki któremu osoba nabywa umiejętności korzystania z wewnętrznych i zewnętrznych zasobów, po to, aby osiągnąć pozytywną adaptację, mimo napotykaných trudności, wpływa przecież na reedukację lub neutralizację ryzyka zagrożenia jego integralnego funkcjonowania

(Michel 2014: 106). Jednak jej implementacja do działań pedagogicznych wymaga świadomego pogłębiania wiedzy z zakresu uwarunkowań jej kształtowania, dynamiki i czynników wzmacniających *resilience* u uczniów. Nade wszystko wymagałaby jednak uznania potrzeby tworzenia i realizacji wszystkich działań edukacyjnych, w tym tworzenia podstaw programowych opracowanych w oparciu o wybraną, spójną koncepcję naukową. Nadałaby ona wszystkim zakładanym działaniom, także kształceniu przedmiotowemu, spójny kierunek wspierania rozwoju młodego człowieka.

Bibliografia

- Ahern N.R., Kiehl E.M., Lou Sole M., Byers J. (2006). *A Review of Instruments Measuring Resilience*, „Issues in Comprehensive Pediatric Nursing”, t. 29, nr 2, s. 103–125, doi:10.1080/01460860600677643.
- Block J.H., Block J. (1980). *The Role of Ego-Control and Ego-Resiliency in the Origination of Behavior*, [w:] W.A. Collins (red.), *Development of Cognition, Affect, and Social Relations* (The Minnesota Symposia on Child Psychology, vol. 13), London–New York: Psychology Press, Taylor & Francis Group, s. 39–101, doi:10.4324/9781315803029.
- Block J.H., Kremen A.M. (1996). *IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness*, „Journal of Personality and Social Psychology”, t. 70, nr 2, s. 346–361, doi: 10.1037//0022-3514.70.2.349.
- Borucka A., Ostaszewski K. (2008). *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, t. 12, nr 2, cz. 1, s. 587–597.
- Borucka A., Pisarska A. (2012). *Koncepcja resilience – czyli jak pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Cicchetti D., Garmezy N. (1993). *Prospects and Promises in the Study of Resilience*, „Development and Psychopathology”, t. 5, nr 4, s. 497–502, doi:10.1017/S0954579400006118.
- Emery R.E., Forehand R. (1996). *Parental Divorce and Children's Well-Being: A Focus on Resilience*, [w:] R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy, Rutter M. (red.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Interventions*, Cambridge: Cambridge University Press, s. 64–99.
- Folke C., Carpenter S.R., Walker B., Scheffer M., Chapin T., Rockström J. (2010). *Resilience Thinking Integrating Resilience, Adaptability and Transformability*, „Ecology and Society”, t. 15, nr 4, art. 20, doi:10.5751/ES-03610-150420.

- Friborg O., Hjerdal O., Rosenvinge J.H., Martinussen M. (2003). *A New Rating Scale for Adult Resilience: What are the Central Protective Resources Behind Healthy Adjustment?*, „International Journal of Methods in Psychiatric Research”, t. 12, nr 2, s. 65–76, doi: 10.1002/mpr.143.
- Garmezy N. (1985). *Stress-resistant Children: The Search for Protective Factors*, [w:] J.E. Stevenson (red.), *Recent Research in Developmental Psychopathology* (Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement, nr 4), Oxford: Pergamon Press, s. 213–233.
- Garmezy N. (1993). *Children in Poverty: Resilience Despite Risk*, „Psychiatry”, t. 56, nr 1, s. 127–136. doi:10.1080/00332747.1993.11024627.
- Herrman H., Stewart D.E., Diaz-Granados N., Berger E.L., Jackson B., Yuen T. (2011). *What is Resilience?*, „The Canadian Journal of Psychiatry”, t. 56, nr 5, s. 258–265, doi:10.1177/070674371105600504.
- Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holling C.S. (1973). *Resilience and Stability of Ecological Systems*, „Annual Review of Ecology and Systematics”, t. 4, nr 1, s. 1–23, doi:10.1146/annurev.es.04.110173.000245.
- Junik W. (red). (2011). *Resilience. Teoria – badania – praktyka*, Warszawa: Parpamedia. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Kania S. (2016). *Analiza transakcyjna w budowaniu klimatu szkoły – w poszukiwaniu pozytywnej profilaktyki zachowań ryzykownych*, „Edukacyjna Analiza Transakcyjna”, nr 5, s. 111–121, doi:10.16926/eat.2016.05.07.
- Kołodziej-Zaleska A., Przybyła-Basista H. (2018). *Ego-resiliency jako zasób osobisty – narzędzie pomiaru i jego wykorzystanie w badaniach interdyscyplinarnych*, „Czasopismo Psychologiczne”, t. 24, nr 1, s. 159–170, doi:10.14691/CPPJ.24.1.159.
- Luthar S.S., Cicchetti D. (2000). *The Construct of Resilience: Implications for Interventions and Social Policies*, „Development and Psychopathology”, t. 12, nr 4, s. 857–885, doi:10.1111/1467-8624.00164.
- Makaruk K., Włodarczyk J., Skoneczna P. (2019). *Problematyczne używanie internetu przez młodzież. Raport z badań*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Masten A.S. (2014). *Global Perspectives on Resilience in Children and Youth*, „Child Development”, t. 85, nr 1, s. 6–20, doi:10.1111/cdev.12205.
- Masten A.S., Best K.M., Garmezy N. (1990). *Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity*, „Development and Psychopathology”, t. 2, nr 4, s. 425–444, doi:10.1017/S0954579400005812.
- Mellibruda J. (1997). *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, t. 3, nr 28, s. 277–306.
- Michel M. (2014). *Wzmacnianie czynników chroniących w tworzeniu bezpiecznej przestrzeni szkoły w programach liderów rówieśniczych w kontekście koncepcji resilience*, „Resocjalizacja Polska”, nr 6, s. 101–120.

- Ostaszewski K. (2014). *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2017, poz. 356).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 marca 2017 r. w sprawie ramowych planów nauczania dla publicznych szkół (Dz.U. 2017, poz. 703).
- Rutter M. (1987). *Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms*, „American Journal of Orthopsychiatry”, t. 57, nr 3, s. 316–331, doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x.
- Rutter M. (1993). *Resilience: Some Conceptual Considerations*, „Social Work”, t. 14, nr 8, s. 626–631, doi:10.1016/1054-139x(93)90196-v.
- Rutter M. (2000). *Resilience Reconsidered: Conceptual Considerations, Empirical Findings, and Policy Implications*, [w:] J.P. Shonkoff, S.J. Meisels (red.), *Handbook of Early Childhood Intervention*, Cambridge: Cambridge University Press, s. 651–682, doi:10.1017/CBO9780511529320.030.
- Rutter M. (2006). *Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding*, „Annals of the New York Academy of Sciences”, t. 1094, nr 1, s. 1–12, doi:10.1196/annals.1376.002.
- Sierosławski J. (2020). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Skuza A., Pierścińska-Maruszewska A. (2014). *Klimat społeczny szkoły jako jeden z czynników chroniących – wzmacniających oddziaływania profilaktyczne (w kontekście koncepcji resilience)*, „Resocjalizacja Polska”, nr 6, s. 89–100.
- Southwick S.M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., Yehuda R. (2014). *Resilience Definitions, Theory, and Challenges: Interdisciplinary Perspectives*, „European Journal of Psychotraumatology”, t. 5, nr 1, art. 25338, doi:10.3402/ejpt.v5.25338.
- Szymańska J. (2015). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2016, poz. 59).

- Walker B., Holling C.S., Carpenter S.R., Kinzig A. (2004). *Resilience, Adaptability and Transformability in Social-ecological Systems*, „Ecology and Society”, t. 9, nr 2, doi:10.5751/ES-00650-090205.
- Werner E.E. (1989). *High-risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years*, „American Journal of Orthopsychiatry”, t. 59, nr 1, s. 72–81, doi:10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x.
- Werner E.E. (1995). *Resilience in Development*, „Current Directions in Psychological Science”, t. 4, nr 3, s. 81–84, doi:10.1111/1467-8721.ep1077232.
- Wojcieszek M.R., Piekarz I., Maciaszek S., Wojcieszek K.A. (2021). *Summative Evaluation of the “Debate” Programme for Alcohol Related Problems Prevention – Pilot Study*, „Alcoholism and Drug Addiction / Alkoholizm i Narkomania”, t. 34, nr 1, s. 51–68, doi:10.5114/ain.2021.107710.
- Wysocka E. (2012). *Koncepcja „resilience” jako podstawa teoretyczna identyfikacji zaburzeń w przystosowaniu i działań profilaktycznych*, [w:] B. Urban, M. Konopczyński (red.), *Profilaktyka i probacja w środowisku*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Netografia

- <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880> [dostęp: 20.02.2023].
- <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/raporty-z-badan> [dostęp: 22.02.2023].
- <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/do-pobrania/> [dostęp: 20.02.2023].
- www.resiliencecenter.com [dostęp: 22.02.2023].

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Edyta Sielicka
 Uniwersytet Szczeciński
 Instytut Pedagogiki
 e-mail: edyta.sielicka@usz.edu.pl

Robert Opora
ORCID: 0000-0002-1560-4136
Uniwersytet Gdański

Model uzależnienia w rozumieniu filozofii grup samopomocowych a terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu napadowego objadania się

The “Addiction Model” in the Sense of Philosophy of Self-help Support Groups and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Binge Eating

ABSTRACT

Addictions may appear in many normal and even everyday human behaviors. Mechanisms typical of addiction can also be seen in other disorders identified in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5): binge eating, for example.

The article points out the similarities between the symptoms of binge eating and addiction to psychoactive substances. The traditional understanding of addiction is adopted, referring to the philosophy of self-help groups and the strategic and structural concept. Next, the differences between these disorders are discussed. The article then presents the differences between the adopted model of addiction and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating. Reference is also made to research on the mechanisms underlying

KEYWORDS

binge eating, addition, therapy, control, clinical differences

SŁOWA KLUCZOWE

napadowe objadanie się, uzależnienie, terapia, kontrola, różnice kliniczne

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.004
Nadesłano: 16.02.2023
Zaakceptowano: 13.04.2023

the disorder. Subsequently, based on the described differences, the implications for therapy in people with binge eating disorder are presented. These differences primarily concern cognitive, affective, and behavioral aspects.

For the purposes of the article, the diagnostic criteria for binge eating disorder and for alcohol use disorders presented in the DSM-5 are used. In addition, an analysis of the literature on the subject was carried out and the collected information was supplemented with observations from the author's clinical practice.

ABSTRAKT

Uzależnienia mogą się pojawiać w obszarze wielu ludzkich zachowań, które należą do normalnego, a nawet podstawowego dla życia sposobu postępowania. Mechanizmy typowe dla uzależnienia mogą być dostrzegane również w innych zaburzeniach wskazanych w DSM-5. Jednym z nich jest napadowe objadanie się.

W artykule wskazano na podobieństwa między objawami napadowego objadania się a uzależnieniem od środków psychoaktywnych. Przyjęto tradycyjne rozumienie uzależnienia nawiązujące do filozofii grup samopomocowych oraz koncepcji strategiczno-strukturalnej. Najpierw omówione zostały różnice między tymi zaburzeniami. Następnie przedstawiono różnice między przyjętym „tradycyjnym modelem uzależnienia” a terapią poznawczo-behawioralną w leczeniu napadowego objadania się. Odwołano się również do badań nad mechanizmami leżącymi u podłoża dyskutowanych zaburzeń. W dalszej kolejności na podstawie opisanych różnic zostały przedstawione implikacje do terapii osób z napadowym objadaniem się. Różnice te przede wszystkim dotyczyły aspektów poznawczych, afektywnych i behawioralnych.

Na potrzeby realizacji celu sformułowanego w artykule posłużono się kryteriami diagnostycznymi zaburzenia z napadami objadania się oraz kryteriami diagnostycznymi zaburzeń związanymi z używaniem alkoholu przedstawione w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM-5. Ponadto przeprowadzono analizę literatury z zakresu poruszanych zagadnień. Zebrane informacje uzupełniono o obserwacje pochodzące z własnej praktyki klinicznej.

Wprowadzenie

Współcześnie wzrasta liczba obserwacji i badań wskazujących na powszechność występowania różnorodnych uzależnień nazywanych w potocznym języku nałogami (Cierpiałkowska 2018). Coraz częściej, nie tylko w specjalistycznych placówkach terapeutycznych, ale w rozmowach codziennych i w mediach pojawiają się słowa „alkoholizm”, „narkomania”, „lekomania”, „nikotynizm”, „seksoholizm”, „pracoholizm”. Najbardziej znane rodzaje tych schorzeń związane są z zażywaniem środków odurzających, które wywierają wpływ na stany psychiczne. Niektórzy uważają, że uzależnienia ograniczają się tylko do patologicznego zażywania tych i podobnych substancji. Tymczasem okazuje się, że uzależnienie rozumiane jako poważne i niebezpieczne zaburzenie zdrowia jednostki może się pojawić także w obszarze wielu zachowań, które należą do normalnego, a nawet podstawowego dla życia sposobu postępowania. Tak więc, w pewnych okolicznościach, nałogową i niebezpieczną formę mogą przyjmować zachowania związane z życiem seksualnym, z wykonywaniem pracy, z ćwiczeniami fizycznymi, z uprawianiem gier czy też odżywianiem. Zapewne w przypadku tych zaburzeń można znaleźć wspólne mianowniki, co jednocześnie nie wyklucza obecności różniących ich elementów.

Celem artykułu jest wskazanie na podobieństwa i różnice między zaburzeniem związanym z używaniem substancji psychoaktywnej a wprowadzonym do DSM-5 nowym zaburzeniem określanym mianem napadowego objadania się. W artykule przyjęto tradycyjne rozumienie uzależnienia nawiązujące do filozofii grup samopomocowych oraz koncepcji strategiczno-strukturalnej.

W dalszej części analizy przedstawiono różnice między przyjętym modelem uzależnienia a terapią poznawczo-behawioralną w leczeniu napadowego objadania się. W tym celu odwołano się do badań nad mechanizmami leżącymi u podłoża dyskutowanych zaburzeń. Poznanie tych zależności ma charakter aplikacyjny, gdyż może być istotne dla leczenia problemów związanych z napadowym objadaniem się.

W obliczu przyjętych założeń pojawia się pytanie, czy jeśli nawet napadowe objadanie się samo w sobie nie jest uzależnieniem, to czy istniejące między nim a nadużywaniem środków odurzających

podobieństwa mogą wskazywać na potencjalną zależność? Czy oba te problemy mogą być rezultatem tych samych stanowiących ich podstawę zaburzeń?

Zaburzenia napadowego objadania się są nowo wyodrębnionym zaburzeniem odżywiania się, ujętym w najnowszym Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM-5. Zaburzenie cechuje się nawracającą utratą kontroli nad ilością i sposobem jedzenia, a także ponoszeniem konsekwencji psychicznych wynikających z przejadania się.

Według klasyfikacji DSM-5 do podstawowych kryteriów napadowego objadania się zaliczamy:

- A. Powtarzające się epizody niepohamowanego jedzenia.
- B. Współwystępowanie z powyższym przynajmniej czterech z następujących objawów:
 1. jedzenie dużo szybsze niż normalnie,
 2. jedzenie aż do nieprzyjemnego uczucia pełności,
 3. jedzenie dużych porcji, pomimo nieodczuwania fizycznego głodu,
 4. jedzenie w samotności z powodu wstydu/zakłopotania jedzeniem,
 5. odczuwanie wstrętu do siebie, depresji lub winy po przejedzeniu.
- C. Wyraźne cierpienie dotyczące niepohamowanego jedzenia.
- D. Występowanie niepohamowanego jedzenia co najmniej jeden raz w tygodniu przez trzy miesiące.
- E. Brak powtarzających się czynności kompensacyjnych w związku niepohamowanym jedzeniem.

Zaburzenia z napadami objadania się rozpoznaje się pośród 15,7–40% otyłych osób. W populacji ogólnej odsetek ten jest znacznie niższy i wynosi 1,12 – 6,6% (Bok-Sosnowska 2017). W środowisku naukowym i klinicznym, ze względu na pewną analogię do uzależnienia od alkoholu, można się spotkać z myśleniem o napadowym objadaniu się jak o uzależnieniu od alkoholu. Klinicyści i badacze od wielu lat spierają się o definicję uzależnienia. Zgodnie z DSM-5 zaburzenie związane z używaniem substancji psychoaktywnej jest definiowane jako podstawowe zachowanie osób, które niewłaściwie używają substancji. Należy podkreślić, że w DSM-5 kryteria zaburzenia związanego z używaniem alkoholu są takie same, jak

każdego innego zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. W znowelizowanej wersji DSM-5 mamy do czynienia z zaburzeniem związanym z używaniem alkoholu z podziałem na stopnie ciężkości w zależności od ilości zaobserwowanych objawów w ostatnich 12 miesiącach. Do symptomów zaburzenia związanego z używaniem alkoholu zaliczamy:

- spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano,
- uporczywe pragnienie picia alkoholu albo towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia,
- poświęcanie dużej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i likwidowaniem negatywnych skutków,
- głód alkoholu lub silna potrzeba picia,
- nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, szkole czy w domu,
- spożywanie alkoholu pomimo ciągłych i nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu,
- ograniczanie czy porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych,
- powtarzające się spożywanie alkoholu w sytuacjach, w których jest to ryzykowne (np. prowadzenie samochodu lub obsługiwanie maszyn przez osobę znajdującą się pod wpływem alkoholu),
- spożywanie alkoholu pomimo ciągłych bądź nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych działaniem alkoholu,
- ujawnienie się tolerancji na alkohol związanej z potrzebą spożycia istotnie większej ilości alkoholu celem osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu,
- występowanie charakterystycznych objawów abstynencyjnych spowodowanych przerwaniem picia bądź zredukowaniem alkoholu lub picie alkoholu/przyjmowanie substancji o podobnym działaniu z zamiarem złagodzenia albo uniknięcia objawów abstynencyjnych.

Metoda

Na potrzeby realizacji celu sformułowanego w artykule wykorzystano kryteria diagnostyczne zaburzenia z napadami objadania się oraz kryteria diagnostyczne zaburzeń związanych z używaniem alkoholu zawartych w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM-5. Ponadto przeprowadzono analizę literatury z zakresu poruszanych zagadnień. Zebrane informacje uzupełniono o obserwacje pochodzące z własnej praktyki klinicznej.

Na wstępie wskazano na podobieństwa między objawami napadowego objadania się a uzależnieniem od środków odurzających. Następnie omówione zostały różnice między tymi zaburzeniami. W kolejnym kroku przedstawiono różnice między „tradycyjnym modelem uzależnienia” a terapią poznawczo-behawioralną w leczeniu napadowego objadania się. Również odwołano się do badań nad mechanizmami leżącymi u podłoża dyskutowanych zaburzeń. W dalszej kolejności na podstawie opisanych różnic zostały sformułowane sugestie do terapii osób z napadowym objadaniem się.

Dyskusja

Istnieją teorie zakładające, że kompulsywne objadanie się zawiera trzy aspekty: fizyczny, emocjonalny i duchowy (Pawłowska, Kalka 2015). Przyjmują one, że kompulsywne objadanie, podobnie jak uzależnienie, można powstrzymać, ale nie wyleczyć. „Tradycyjny model uzależnienia” w leczeniu objadania kompulsywnego nawiązuje do fizjologicznego mechanizmu występującego również w uzależnieniu od alkoholu. Osoby doświadczające kompulsywnego objadania się zwykle mają biologiczną skłonność do pewnych pokarmów, co sprawia, że się od nich uzależniają. Nie potrafią kontrolować ich jedzenia, w efekcie konsumpcja tych pokarmów coraz bardziej wzrasta. Ze względu na biologiczne uwarunkowanie tego problemu całkowite jego wyleczenie nie jest możliwe. Osoby takie raczej muszą zaakceptować swoją skłonność i dostosować do niej swoje życie.

Z kolei pojęcie uzależnienia jest współcześnie stosowane w przypadkowy i mało precyzyjny sposób w odniesieniu do prawie każdej formy powtarzalnego zachowania (Wilson, Zandberg 2012). Przez

to traci ono na wartości. Posługiwanie się nim w tak swobodny sposób sugeruje, że każdy człowiek posiada jakiś nałóg.

Między tradycyjnym uzależnieniem od środków odurzających a napadowym objadaniem się można dostrzec podobieństwa, co może prowadzić do myślenia o napadowym objadaniu się jako uzależnieniu. W przypadku napadowego objadania się, podobnie jak i uzależnieniu od środków odurzających, mamy do czynienia z odczuwaniem przez człowieka pragnienia lub chęci angażowania się w to zachowanie. Obserwujemy również w obu przypadkach utratę kontroli nad zachowaniem, nieodparte i powracające myśli na temat tego zachowania. Każde z tych zachowań może zostać wykorzystane jako sposób pozbycia się nieprzyjemnych emocji. Dodatkowo osoby doświadczające omawianych dolegliwości zaprzeczają powstającym problemom i usiłują je ukrywać. Mimo doświadczanych szkód nie są w stanie powstrzymać się od tego zachowania. Zwykle przejawia się to w nieudanych próbach poradzenia sobie z doświadczanym problemem.

Przedstawione podobieństwa nie oznaczają, że zachowania te są takie same. Koncentrowanie się wyłącznie na podobieństwach może prowadzić do pomijania różnic istotnych dla ich zrozumienia oraz terapii.

Pierwszą znaczącą różnicą między napadowym objadaniem się a uzależnieniem od środków odurzających, na jaką można wskazać, jest fakt, że napadowe objadanie się nie polega na spożywaniu określonego rodzaju pokarmów. Osoby cierpiące na napadowe objadanie się nie przedkładają wybranych pokarmów nad inne (Hebebrand, Albayrak i in. 2014). Zapewne gdyby zaburzenie to było uzależnieniem u danej osoby, przedkładałaby ona wybrane pokarmy nad inne. Podstawowym objawem zaburzenia przejawiającego się napadowym objadaniem się jest ilość, a nie rodzaj spożywanego pokarmu.

Kolejną różnicą jest istnienie w przypadku napadowego objadania się determinacji do rygorystycznego kontrolowania spożywanych pokarmów. Natomiast osoby uzależnione od alkoholu nie są wewnętrznie zdeterminowane do jego unikania, co prowadzi do utraty nad nim kontroli (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2013). Stopień, w jakim osoba uzależniona czuje się gotowa do zmiany, zależy od wpływu wewnętrznych i zewnętrznych czynników motywacyjnych, co sprawia, że przechodzi ona przez określone

fazy gotowości do zmiany (Holt, Kranitz, Cooney 2013). Można stwierdzić, że w kontekście uzależnień, podobnie jak w przypadku utraty wagi, prawdziwym wyzwaniem jest utrzymanie zmian. Istnieją różnorodne grupy samopomocy, których celem jest pomoc osobom uzależnionym w procesie zmiany. Różnią się one między sobą pod względem stopnia nacisku jaki kładą na abstynencję. Za największą i najpopularniejszą instytucję samopomocy w kontekście uzależnień uznaje się grupy bazujące na programie dwunastu kroków (Miller, Forcehimes, Zweben 2022). W ich programach odstawowym celem terapii uzależnień jest wzbudzenie determinacji do powstrzymania się od uzależniających zachowań (Miller, Forcehimes, Zweben 2022). W przypadku napadowego objadania się zwykle, kiedy dana osoba zgłasza się po pomoc, owa determinacja jest już obecna w postaci chęci do rygorystycznego kontrolowania pokarmów (Ziauddeen, Farooqi, Fletcher 2012). Wówczas sami pacjenci często twierdzą, że „chcą kontrolować swoją kontrolę”. Nieodparta chęć kontrolowania spożywanego jedzenia sama w sobie stanowi problem, ponieważ podtrzymuje napadowe objadanie się (Gearhardt, White, Potenza 2011).

Dodatkową różnicą, jaką można wskazać między napadowym objadaniem się a uzależnieniem od środków odurzających, jest odczuwanie strachu przez osoby objadające się przed zaangażowaniem się w to zachowanie. Chęci uzyskania mniejszej wagi ciała większości problemów z napadowym objadaniem się towarzyszy przecenianie znaczenia własnej figury i wagi (Łuszczynska 2016). Poczucie własnej wartości jest kształtowane przede wszystkim na podstawie własnego wyglądu i wagi. Obserwowane spadki wagi działają nagradzająco i sprzyjają stosowaniu stałej i rygorystycznej diety. W rezultacie prowadzi to do umocnienia zaburzenia. W przypadku uzależnienia od środków odurzających nie obserwujemy podobnego mechanizmu. Osoby uzależnione od środków odurzających nie sięgają po nie z tego powodu, że pragną ich uniknąć. Zazwyczaj ich proces powrotu do zdrowia rzadko sprowadza się do jednego postanowienia, które nigdy nie zostaje złamane. Najczęściej obserwujemy coraz dłuższe okresy abstynencji przerywane coraz krótszymi i mniej intensywnymi epizodami używania substancji (Klingemann H., Klingemann J. 2013). Natomiast osoby cierpiące na napadowe objadanie się objadają się ze względu na silne pragnienie ograniczenia tego zachowania (Fairburn 2013).

W związku z powyższym, można dostrzec, że u podstaw napadowego objadania się i uzależnienia od środków odurzających leżą odmienne mechanizmy. Oznacza to, że w przypadku tych zaburzeń należy podejmować inne oddziaływania terapeutyczne. W większości problemów związanych z napadowym objadaniem się terapia powinna być skoncentrowana na powściągnięciu samokontroli. Natomiast w terapii uzależnień należy skoncentrować się na jej wzmocnieniu.

Warto podkreślić, że część osób przejawiających zaburzenia napadowego objadania się nie odchudza się w szczególnie intensywny sposób. U nich napady objadania się nie muszą być wywołane stosowaniem diety lub też może to mieć mniejsze znaczenie. Dostrzega się, że większe znaczenie mają prawdopodobnie problemy radzenia sobie ze stresem (Kupeli, Norton i in. 2017). Pozwala to wnioskować, że między mechanizmami wywołującymi napady objadania się a tymi prowadzącymi do uzależnienia od alkoholu może istnieć pewna zależność. Wydaje się, że kluczową rolę w rozpowszechnianiu się nałogów odgrywa dążenie do uzyskania kontroli nad stanem swoich uczuć w celu złagodzenia cierpienia i zapewnienia sobie poczucia przyjemności (Miller, Forchimes, Zweben 2022). Obecność tego dążenia w życiu człowieka wydaje się zrozumiała, ale niektóre sposoby jego realizacji mogą prowadzić do poważnych zagrożeń. Nadmiernie eksploatowane sposoby służące do uzyskania panowania nad stanem własnych uczuć mogą się przekształcać w pułapki nałogów. Człowiek staje się niewolnikiem tych sposobów – traci zdolności do dowolnego ich używania i to one używają jego. Te współczesne sposoby prowadzące do osiągnięcia „szczęścia” można podzielić na dwie kategorie: używki (alkohol, leki, narkotyki, papierosy) oraz pewne zachowania (jedzenie, praca, seks, rozrywka, gry, ćwiczenia fizyczne). Gdy uporczywe poszukiwanie szczęścia coraz częściej utożsamiane z dążeniem do uzyskiwania przyjemności zaczyna dominować w życiu jednostki – wtedy przyjemność odsłania swoją drugą stronę i zamienia się w przymusowe i rozpaczliwe próby łagodzenia cierpienia. Tak więc natarczywe sięganie po przyjemność prowadzi człowieka do cierpienia, którego nie można uniknąć inaczej, jak przez powtarzanie czynności, które mu cierpienie sprawia (Linehan 2016).

Badania wskazują, że spożywanie alkoholu przez osoby z zaburzeniami napadowego objadania się jest podwyższone, jednak wynik ten jest trudny do zinterpretowania, gdyż nie różni się on od wskaźnika

nadużywania alkoholu przez osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi (Karacie i in. 2011). Podobnie wygląda sytuacja z występowaniem problemów z odżywianiem się u osób uzależnionych od środków odurzających. Dostrzega się podwyższony wskaźnik tych problemów u osób uzależnionych, jednak można stwierdzić, że jest on niespecyficzny, gdyż tego rodzaju problemy występują również u osób z innymi zaburzeniami psychicznymi takimi jak stany lękowe czy depresja (Ziauddeen, Farooqi, Fletcher 2012).

Istnieją badania pokazujące występowanie podwyższonego wskaźnika nadużywania środków odurzających wśród członków rodziny osób doświadczających zaburzeń odżywiania, jednak również podobnie jak we wspomnianych powyżej badaniach wskaźnik ten nie jest wyższy niż w przypadku członków rodzin osób z innymi zaburzeniami psychicznymi (Kupeli i in. 2017). Pozwala to wnioskować, że różnią się one mechanizmem leżącym u ich podstaw. Gdyby były one takie same, to obserwowane byłyby różnice między omawianymi w podjętych badaniach zaburzeniami a pozostałymi zaburzeniami psychicznymi.

Również interesujący jest moment występowania omawianych zaburzeń oraz ich kolejność. Badania sugerują, że wśród osób uzależnionych od środków odurzających zwykle najpierw występują zaburzenia odżywiania (Fairburn 2013). Rezultat tych badań jest przewidywalny, gdyż problemy z odżywianiem zwykle pojawiają się we wcześniejszym okresie życia w porównaniu z problemami wynikającymi z używania środków odurzających. Jednak oba problemy mogą współwystępować. Wówczas leczenie tych osób może być trudniejsze (Fairburn 2013). Terapia takich pacjentów wymaga holistycznego podejścia i zwrócenia uwagi, czy pozbycie się jednego zaburzenia nie wpływa negatywnie na współwystępujący problem. Podjęte badania nad terapią osób z zaburzeniami odżywiania i spożywaniem przez nich alkoholu pokazały, że osoby doświadczające zaburzeń odżywiania podobnie reagują na trapię poznawczo-behawioralną niezależnie od ilości spożywanego alkoholu. Dodatkowo w trakcie terapii u większości osób nadużywających alkoholu obniżyło się spożycie alkoholu do granic normy (Kupeli i in. 2017). U osób, u których wzrosło spożycie alkoholu w czasie terapii zaburzeń odżywiania, dostrzeżono, że mimo poprawy w zakresie sposobu odżywiania się osoby te również słabo funkcjonowały w innych obszarach życia (Kupeli i in. 2017). Wskazuje to na fakt, że nie pojawił się efekt substytucji symptomu.

Leczenie napadowego objadania się a model oparty na tradycyjnej terapii uzależnień

Zasady terapii uzależnień oparte na programie dwunastu kroków różnią się od terapii napadowego objadania się, która okazuje się przynosić pozytywne efekty. Przyjmując, że u podstaw napadowego objadania się leżą odmienne mechanizmy od tych będących u podstaw uzależnienia od środków odurzających, to należy stosować inne zasady leczenia. Osoby przyjmujące model terapii napadowego objadania się oparty na tradycyjnym podejściu do uzależnienia zalecają również wykorzystywanie programu dwunastu kroków przeznaczonego dla anonimowych alkoholików, w którym zmieniają słowo „alkohol” i „alkoholik” na „jedzenie” i „kompulsywny żarłok”. Uważają, że leczenie powinno wykorzystywać dorobek grup Anonimowych Alkoholików. Podejście to odbiega od terapii poznawczo-behawioralnej napadowego objadania się, która aktualnie posiada opinię najbardziej skutecznej. Różnice te dotyczą czterech kwestii.

W programie dwunastu kroków zakłada się, że zaburzenie odżywiania jest chorobą, której nie można wyleczyć. Na wzór filozofii Anonimowych Alkoholików przyjmuje się, że zaburzenie odżywiania jest chorobą postępującą, nieustannie się pogarszającą. Natomiast model terapii poznawczo-behawioralnej zakłada, że większość ludzi z dolegliwościami napadowego objadania się może powrócić do zdrowia (Fairburn 2008).

Kolejnym założeniem programu dwunastu kroków jest stwierdzenie, że najważniejsza jest natychmiastowa abstynencja. Kładzie on silny nacisk na jak najszybsze zaprzestanie objadania się. Na potrzeby osiągnięcia tego celu może być wykorzystywana presja grupy. Wiąże się to z otrzymywaniem pochwał przez osoby utrzymujące wstrzemięźliwość, a te, które nie były w stanie jej utrzymać, doświadczają społecznych sankcji, np. są pozbawiane głosu, a nawet mogą być poproszone o opuszczenie spotkania.

Według idei terapii poznawczo-behawioralnej natychmiastowe powstrzymanie objadania się jest nierealistyczne i mało prawdopodobne do osiągnięcia. Nacisk na abstynencję jest działaniem niehumanitarnym i irracjonalnym. Jeśli nawet są osoby, które potrafią poradzić sobie z doświadczanym problemem za pomocą dobrej rady i wsparcia, to są też takie, którym się to nie udaje. Potrzebują one więcej czasu.

Terapia poznawczo-behawioralna nie wymaga natychmiastowego zaprzestania objadania się. Natomiast terapia napadowego objadania się w ujęciu „tradycyjnego modelu uzależnień” przyjmuje za najlepszą strategię osiągnięcia wstrzemięźliwości całkowite, dożywotnie unikanie toksycznych pokarmów, które prowadzą do objadania się. Z kolei według podejścia poznawczo-behawioralnego taka strategia bardziej zachęca do jedzenia niż sprzyja unikaniu go. Przekonanie o tym, że niektóre pokarmy skłaniają ludzi do objadania się jest nieuzasadnione. Podejmowane badania i praktyka kliniczna wskazują, że to właśnie próby unikania określonego rodzaju pokarmów sprawiają, iż osoby przejawiają tendencję do objadania się (Ziauddeen, Farooqi, Fletcher 2012). Z tego powodu podczas terapii poznawczo-behawioralnej dąży się do wyeliminowania unikania jedzenia zamiast zachęcania do niego. Według założeń opartych na „tradycyjnym modelu uzależnienia” doprowadziłoby to do dalszego objadania się. Badania wskazują na istnienie odwrotnej zależności między dążeniem do rygorystycznego unikania jedzenia a objadaniem się (Fairburn 2013).

Warto zaznaczyć, iż do niedawna w terapii uzależnień przyjmowano, że nie można mieć częściowej kontroli nad doświadczanym uzależnieniem (Klingemann H., Klingemann J. 2013). Podchodzono do niej w sposób zerojedynkowy. Oznaczało to, że albo się ją ma, albo nie ma. Koncepcja upośledzenia kontroli, początkowo rozumiana wyłącznie jako trudność w powstrzymaniu się od picia, przeszła długą drogę rozwoju. Publikacja znowelizowanej wersji DSM-5 przyniosła znaczące zmiany w dziedzinie uzależnień. Według jej autorów zaburzenie używania alkoholu niesłusznie było uważane za stan nieuleczalny. Rozumienie używania alkoholu jako nasilającego się procesu umożliwiło określenie stopnia zaawansowania zaburzenia, którego głównym aspektem jest upośledzona kontrola. WHO wprowadziła kryteria uzależnienia od alkoholu do postaci elastycznych ścieżek. Jego diagnoza wymaga obecności dwóch lub trzech głównych cech, a jedną z nich jest upośledzona kontrola używania substancji. Dotyczy ona ilości spożywanego alkoholu, okoliczności oraz momentu rozpoczynania lub zakończenia picia. Często towarzyszy temu subiektywna, silna potrzeba, czyli głód alkoholu. W związku z powyższym znajomość zjawiska oraz określanie stopnia nasilenia upośledzenia kontroli stały się ważną umiejętnością z punktu widzenia praktyki klinicznej (Modrzyński 2019).

Posługiwanie się przekonaniem obowiązującym do czasu obowiązywania klasyfikacji DSM-4 w kontekście leczenia napadowego objadania się generowało myślenie, że jedzenie jest albo bezpieczne, albo szkodliwe. Podobnie albo się jest abstynentem, albo nie jest. Takie myślenie w terapii poznawczo-behawioralnej uznaje się za zniekształcenie poznawcze będące problemem, który wymaga rozwiązania. Nastawienie typu „wszystko albo nic” sprawia, że każde niepowodzenie jest postrzegane jako nawrót zaburzenia, a nie jako „krok wstecz”. W rezultacie, kiedy osoba ulegnie słabości, wówczas od razu bezzasadnie zniechęca się i poddaje.

Warto podkreślić, że osobom napadowo objadającym się przekonanie typu „wszystko albo nic” utrudnia codzienne życie i dotyczy różnych jego aspektów. Dlatego biorąc pod uwagę, że mimo wprowadzonych zmian w DSM-5 nadal w społeczeństwie pozostaje zakorzenione wcześniejsze myślenie o uzależnieniu, to uzasadniona wydaje się pomoc w rozpoznaniu tego schematu myślenia w celu jego wyeliminowania, a nie wzmacniania.

Podsumowanie

Dla niektórych osób napad objadania się jest zwykłym odstępstwem od diety czy brakiem umiaru. Są jednak takie osoby, które postrzegają je jako częściową lub całkowitą utratę kontroli. Zapewne napadowe objadanie się stanowi problem wielu osób, jednak mimo to ich wiedza na ten temat wydaje się być niewystarczająca. Stanowi to źródło wielu niejasności i odmiennych spojrzeń na leczenie. Niewątpliwie „tradycyjny model terapii uzależnień” jest znacznie bardziej złożony i obejmuje wiele więcej aspektów i interwencji niż te przedstawione w artykule. Posiada on wiele zalet, do których przede wszystkim należy zaliczyć długoterminowe wsparcie oraz poczucie przynależności. Dodatkowo przejrzystość jego założeń sprawia, że niektórzy uznają go za atrakcyjny. Jednak o realizowanej terapii powinna decydować nie forma przekazu, lecz jej skuteczność. Zastosowanie „tradycyjnego modelu uzależnień” w terapii napadowego objadania się nie zostało dotąd poddane w pełni ewaluacji w przeciwieństwie do innych form terapii. Za jedną z najlepiej przebadanych form terapii napadowego objadania uznaje się terapię poznawczo-behawioralną. Uważa się ją za odpowiednią metodę leczenia

problemów z napadowym objadaniem się, ponieważ jej poznawcze elementy odnoszą się do poznawczych aspektów tych problemów, takich jak przecenianie znaczenia figury i wagi, reguł dietetycznych oraz dychotomicznego myślenia, natomiast jej behawioralne elementy odnoszą się do zaburzonego sposobu odżywiania się.

Bibliografia

- Bok-Sosnowska M. (2017). *Kryteria różnicowe Zaburzenia z napadami objadania się i Uzależnienia od pożywienia w kontekście przyczyn otyłości oraz jej leczenia*, „Psychiatria Polska”, t. 51, nr 2, s. 247–259, doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/62824.
- Cierpiakowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fairburn Ch.G. (2008). *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*, przeł. M. Stec, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Fairburn Ch.G. (2013). *Jak pokonać objadanie się*, przeł. B. Radwan, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gearhardt A.N., White M.A., Potenza M.N. (2011). *Binge Eating Disorder and Food Addiction*, „Current Drug Abuse Reviews”, t. 4, nr 3, s. 201–207, doi:10.2174/1874473711104030201.
- Hebebrand J., Albayrak O., Adan R., J. Antel, C. Dieguez, J. de Jong, G. Leng, J. Menzies, J.G. Mercer, M. Murphy, G. van der Plasse, S.L. Dickson (2014). *Eating Addiction, Rather Than “Food Addiction”, Better Captures Addictive-like Eating Behavior*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews”, t. 47, s. 295–306, doi:10.1016/j.neubiorev.2014.08.016
- Holt L., Kranitz L., Cooney N. (2013). *Ocena czynników poznawczych i behawioralnych*, [w:] P. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 131–148.
- Karacie M., Wales J.A., Arcelus J., Palmer R.L., Cooper Z., Fairburn C.G. (2011). *Changes in Alcohol Intake in Response to Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders*, „Behaviour Research and Therapy”, t. 49, nr 9, s. 573–577, doi:10.1016/j.brat.2011.05.011.
- Klingemann H., Klingemann J. (2013). *Czy terapia jest koniecznością?*, [w:] P. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 268–286.
- Kupeli N., Norton S., Chilcot J., Campbell I.C., Schmidt U.H., Troop N.A. (2017). *Affect Systems, Changes in Body Mass Index, Disordered Eating and Stress: An 18-month Longitudinal Study in Women*, „Health Psychology and Behavioral Medicine”, t. 5, nr 1, s. 214–228, doi:10.1080/21642850.2017.1316667.

- Linehan M. (2016). *Terapia dialektyczno-behawioralna*, przeł. R. Andruszko, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łuszczczyńska A. (2016). *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2013). *Integracyjna terapia uzależnień*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Miller W., Forcehimes A., Zweben A. (2022). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, przeł. M. Cierpisz, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Modrzyński R. (2019). *Uposledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu w ujęciu DSM-5. Implikacje dla praktyki klinicznej*, „Polskie Forum Psychologiczne”, t. 24, nr 2, s. 241–255, doi:10.14656/PFP20190206.
- Pawłowska M., Kalka D. (2015). *Poznawczo-motywacyjny model otyłości. Mechanizmy motywacyjne i inklinacje poznawcze w przetwarzaniu obrazów pożywienia przez osoby z nadmierną wagą*, „Psychiatria Polska”, nr 49(5), s. 983–991, <https://doi.org/10.12740/PP/30860>.
- Wilson G.T., Zandberg L.J. (2012). *Cognitive-behavioral Guided Self-help for Eating Disorders: Effectiveness and Scalability*, „Clinical Psychology Review”, t. 32, nr 4, s. 343–357, doi:10.1016/j.cpr.2012.03.001.
- Ziauddeen H., Farooqi I.S., Fletcher P.C. (2012). *Obesity and the Brain: How Convincing is the Addiction Model?*, „Nature Review Neuroscience”, t. 13, nr 4, s. 279–286, doi:10.1038/nrn3212.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr hab. Robert Opora, prof. UG
Uniwersytet Gdański
Instytut Pedagogiki
e-mail: robert.opora@ug.edu.pl

Małgorzata Piasecka
ORCID: 0000-0001-9532-489X
Uniwersytet Jagielloński

Emil Podolak
ORCID: 0009-0005-4932-8263
Centralny Zarząd Służby Więziennej

Oddziaływania terapeutyczne wobec osób z uzależnieniem w jednostkach penitencjarnych

Therapeutic Interventions for Addicts in Prisons

ABSTRACT

The phenomenon of drug addiction is prevalent among prisoners. The lack of therapeutic or adequate interventions for addicts can be a risk factor for recidivism. Therefore, it is important follow methods that have been documented as effective. The purpose of this article is to present the results of an analysis of foundational data on therapeutic programs conducted in prison wards and targeting drug addicts, including those addicted to new psychoactive substances. The results of the research focus on identifying individual elements of the programs resulting from their structure and the level of inclusion of interventions documented as effective in addiction therapy. The conclusions and recommendations from the desk research lead to recommendations for improving penitentiary practice.

KEYWORDS

new psychoactive substances, drugs, addiction, prison, therapy, interventions

SŁOWA KLUCZOWE

nowe substancje psychoaktywne, narkotyki, uzależnienie, jednostki penitencjarne, terapia, interwencje

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.005
Nadesłano: 5.03.2023
Zaakceptowano: 28.04.2023

ABSTRAKT

Zjawisko uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym tzw. dopalaczy, występuje wśród osób pozbawionych wolności. Brak oddziaływań terapeutycznych lub nieadekwatne oddziaływania skierowane do osób z uzależnieniem mogą stanowić czynniki ryzyka recydywy penitencjarnej. Dlatego ważne jest, aby działania prowadzone w tym zakresie opierały się na metodach udokumentowanych jako skuteczne. Celem artykułu jest prezentacja wyników badań prowadzonych na podstawie analizy danych zastanych dotyczących programów terapeutycznych wdrażanych na oddziałach w jednostkach penitencjarnych i skierowanych do osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w tym od nowych substancji psychoaktywnych. Wyniki badań koncentrują się na identyfikacji poszczególnych elementów programów wynikających z przyjętej ich struktury oraz poziomu uwzględnienia oddziaływań udokumentowanych jako skutecznie w terapii uzależnień. Wnioski i zalecenia wypływające z przeprowadzonych badań źródeł wtórnych pozwalają na wyprowadzenie rekomendacji dla doskonalenia praktyki penitencjarnej.

Wprowadzenie

Uzależnienie od środków psychoaktywnych innych niż alkohol, w tym od nowych substancji psychoaktywnych (NSP), jest identyfikowane wśród osób pozbawionych wolności. Ponadto osoby te są w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia zjawisk określanych jako uzależnienia. Badania wskazują na znacznie większe nasilenie ryzykownego, jak i szkodliwego używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol czy uzależnienia wśród osób pozbawionych wolności w stosunku do populacji ogólnej (por. Pape, Lobmaier, Bukten 2022; Van de Baan i in. 2021; Haviv, Hasisi 2019; Fernandes, Simon 2017; Fazel, Yoon, Hayes 2017; Bronson i in. 2017; Kouyoumdjian i in. 2014). Z kolei osoby sięgające po substancje psychoaktywne, w tym NSP, w sposób ryzykowny, szkodliwy, lub od nich uzależnione, są bardziej narażone na ponowne popełnienie czynu przestępczego w porównaniu z osobami, które nie zażywają substancji psychoaktywnych (Lokdam, Stavseth, Bukten 2022: 1).

Współwystępowanie zachowań przestępczych z uzależnieniem od narkotyków i/lub NSP ma różnorodny charakter. Zarówno

uzależnienie może prowadzić do przestępczości, jak i działalność przestępcza może prowokować zażywanie substancji psychoaktywnych. Nie zawsze jednak możliwe jest jasne określenie kierunku współwystępowania, wówczas związek ten będzie miał charakter dwukierunkowy lub nieokreślony (por. Banks, Waughb 2019: 339).

Zależność pomiędzy przyjmowaniem substancji psychoaktywnych a zachowaniem przestępczym możemy także rozpatrywać w kontekście sytuacji związanej z wejściem w konflikt z prawem. Wówczas wyróżnimy co najmniej trzy związki: (1) bezpośredni związek czynu przestępczego z potrzebą zdobycia narkotyku (kradzież, rozbój itp., ale też uczestnictwo w procederze dotyczącym produkcji lub sprzedaży środków odurzających zakazanych prawem), (2) zażycie substancji psychoaktywnej w celu wzmocnienia motywacji do popełnienia przestępstwa (sprawca czynu przestępczego używa środka w celu złagodzenia lęku, stresu czy też większego pobudzenia agresji), (3) zażycie narkotyku wspomaga działanie w czynie przestępczym, ale jego wystąpienie nie jest planowane i uświadomione (np. spowodowanie wypadku śmiertelnego, impulsywne zabójstwo, rozbój czy gwałt) (Hołyst 2016: 471).

Skoro uzależnienie od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w tym NSP, wśród osób pozbawionych wolności jest dynamicznym czynnikiem ryzyka powrotu do przestępczości (por. Andrews, Bonta 2010; Wójcik 2013), to istotne jest projektowanie i wdrażanie skutecznych oddziaływań terapeutycznych skierowanych do tej grupy osób. Zatem proponowane rozwiązania powinny być oparte na dowodach naukowych, zgodnie z założeniami nurtu *evidence-based practice* (por. Barczykowska, Dzierżyńska-Breś 2013: 132–136; Muskała 2016: 93–97) oraz dostosowane do kontekstu społeczno-kulturowego, w którym są wdrażane.

Oddziaływania terapeutyczne w jednostkach penitencjarnych w Polsce

Służba Więzienna jako formacja podlegająca Ministrowi Sprawiedliwości ma precyzyjnie określone zadania w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom od narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych. Należą do nich między innymi „prowadzenie oddziaływań

penitencjarnych i resocjalizacyjnych wobec osób skazanych na karę pozbawienia wolności, przede wszystkim przez organizowanie pracy sprzyjającej zdobywaniu kwalifikacji zawodowych, nauczania, zajęć kulturalno-oświatowych, zajęć z zakresu kultury fizycznej i sportu oraz specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych” (Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 roku o Służbie Więziennej, art. 2, ust. 2, pkt 1). Jak wynika z przytoczonego wyżej fragmentu ustawy o Służbie Więziennej, do zadań tej formacji należy przede wszystkim prowadzenie oddziaływań resocjalizacyjnych oraz terapeutycznych, obejmujących także osoby z uzależnieniem od nowych substancji psychoaktywnych. Realizacja tych czynności w jednostkach penitencjarnych jest obowiązkiem, który wpisał się w rzeczywistość polskiego więziennictwa. W ramach szerokich oddziaływań prowadzonych w jednostkach penitencjarnych są także te z zakresu profilaktyki, krótkich interwencji czy leczenia medycznego. Ponadto Służba Więzienna, wypełniając obowiązek zapewnienia porządku i bezpieczeństwa (por. Ustawa o Służbie Więziennej z dnia 9 kwietnia 2010 roku, art. 2, ust. 2, pkt 6) w zakładach karnych i aresztach śledczych, podejmuje również szereg działań nakierowanych na przeciwdziałanie przenikaniu substancji psychoaktywnych do jednostek penitencjarnych. Tego rodzaju przedsięwzięcia prowadzi się poprzez działania ochronne, takie jak: kontrola osób wchodzących na teren jednostek penitencjarnych, kontrola przedmiotów i paczek adresowanych do osób pozbawionych wolności, kontrola cel mieszkalnych i innych pomieszczeń, w których przebywają osoby osadzone, a także wykonywanie testów na obecność substancji psychoaktywnych w organizmie.

Podsumowując, Służba Więzienna realizuje zadania w zakresie ograniczania popytu, podaży oraz redukcji szkód, prowadząc m.in. działania prewencyjne i resocjalizacyjne.

Do istotnych osiągnięć polskiego więziennictwa należy rozbudowany system terapeutyczny wykonywania kary pozbawienia wolności (por. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy 1997, art. 81). Biorąc pod uwagę fakt, że zakłady karne i areszty śledcze, jako instytucje państwowe funkcjonują w oparciu o konkretne akty prawne, również system terapeutyczny został szczegółowo ujęty w przepisach w randze ustawy, rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości oraz aktów prawnych Dyrektora Generalnego Służby Więziennej. W związku z tym należy wspomnieć o pięciu

najistotniejszych dokumentach, które formalnie regulują kwestie związane z terapią uzależnień w zakładach karnych: (1) Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku (z późn. zm.) – Kodeks karny wykonawczy, (2) Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 roku (z późn. zm.) w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, (3) Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, (4) Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 roku w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, (5) Zarządzenie Nr 85/2020 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 5 listopada 2020 roku w sprawie wymagań kwalifikacyjnych do zajmowania stanowisk w działach penitencjarnych i terapeutycznych oraz w Domach Matki i Dziecka.

Powyższe akty prawne regulują funkcjonowanie systemu terapeutycznego w polskim więziennictwie m.in. w zakresie: realizacji terapii uzależnień w wyodrębnionych oddziałach terapeutycznych w zakładach karnych, specjalizacji oddziałów terapeutycznych (np. oddziały dla osób z uzależnieniem od alkoholu, oddziały dla osób z uzależnieniem od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych), wymaganych stanowisk w oddziale terapeutycznym, struktury programu terapeutycznego, kwalifikacji kadry oddziałów terapeutycznych.

Oddziaływania prowadzone wobec osób z uzależnieniem od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych, w tym NSP, polegają na prowadzeniu podstawowej psychoterapii uzależnień w formie programu standardowego, który trwa sześć miesięcy. Zgodnie z Zarządzeniem Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej czas ten może zostać wydłużony lub skrócony o nie więcej niż 1/3 (Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 roku, § 75). Jednocześnie możliwe jest wypisanie skazanego z oddziału terapeutycznego przed ukończeniem terapii, jeśli nie przejawia motywacji oraz prowadzone były wobec niego nasilone oddziaływania motywujące przez minimum 30

dni (Zarządzenie 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 roku, § 73), a także jeśli pomimo prowadzenia oddziaływań psychokorekcyjnych w poważnym stopniu zaburza przebieg zajęć grupowych albo zagraża innym uczestnikom terapii (Zarządzenie 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej 2016, § 74).

Do oddziałów terapeutycznych kierowane są osoby pozbawione wolności, m.in. z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, które wymagają oddziaływania specjalistycznego (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy 1997, art. 96). Skierowanie to dobywa się w trzech trybach: (1) na mocy decyzji komisji penitencjarnej – w przypadku wyrażenia zgody przez skazanego. (2) postanowieniem sądu penitencjarnego – w przypadku braku zgody skazanego (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy 1997, art. 117), (3) orzeczonego systemu terapeutycznego w wyroku skazującym przez sąd karny (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny 1997, art. 62).

W polskich zakładach karnych i aresztach śledczych funkcjonuje 17 oddziałów terapeutycznych dla osób z uzależnieniem od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych o łącznej liczbie miejsc 688 (Tabela 1).

Tabela 1. Położenie, przeznaczenie i pojemność oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych

L.p.	Oddział	Przeznaczenie*	Pojemność oddziału
1.	Brzeg ZK	R-1/t	56
2.	Elbląg AŚ	R-1/t	39
3.	Lubliniec OZ	P, M, R-1/t, P, M, R-2/t (kobiety)	36
4.	Łowicz ZK	R-1/t, R-2/t	42
5.	Kielce AŚ	R-1/t, R-2/t	38
6.	Kłodzko ZK	R-1/t, R-2/t	26
7.	Krzywaniec ZK	R-1/t, R-2/t	34
8.	Nowogard ZK	R-1/t, R-2/t	47
9.	Przemysł ZK	M-1/t, P-1/t	30
10.	Rawicz ZK	M-1/t, P-1/t	48
11.	Rzeszów ZK	R-1/t, R-2/t	41

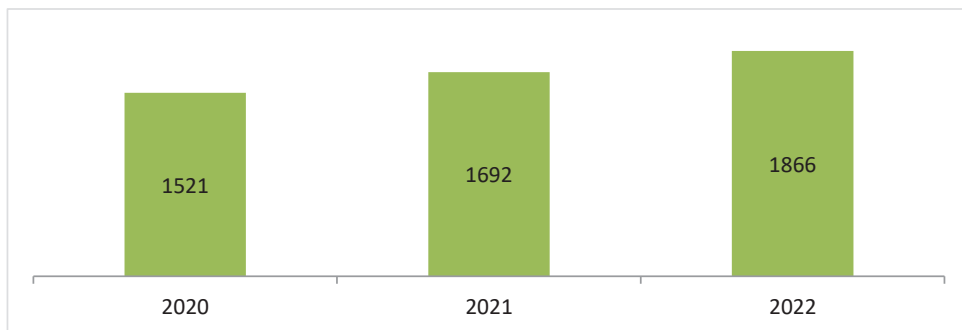
L.p.	Oddział	Przeznaczenie*	Pojemność oddziału
12.	Suwałki AŚ	M-2/t, P-2/t	49
13.	Warszawa-Służewiec AŚ	P, M-1/t, P, M-2/t	36
14.	Wierchowo ZK	M-1/t, P-1/t	40
15.	Włocławek ZK	P, M-1/t; P, M-2/t	40
16.	Wrocław ZK nr 1	M-1/t, P-1/t	50
17.	Wronki ZK	R-1/t	36
Ogółem			688

*R – recydywiści penitencjarni, P – odbywający karę po raz pierwszy, M – młodociani (do 21 r.ż.), *1 – zakład karny typu zamkniętego, 2 – zakład karny typu półotwartego, *t – terapeutyczny system wykonywania kary pozbawienia wolności

Źródło: Opracowanie własne (Emil Podolak) na podstawie danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej (CZSW).

Według danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej w 2022 roku liczba osób skazanych objętych terapią uzależnienia od narkotyków, w tym nowych substancji psychoaktywnych, wyniosła 1866. W porównaniu do lat poprzednich liczba ta znacznie wzrosła i stanowi najwyższą wartość z dotychczas odnotowanych (dane CZSW) (Wykres 1). Wynika to ze zwiększenia liczby miejsc w ramach poszczególnych oddziałów.

Wykres 1. Liczba osób skazanych z uzależnieniem od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych objętych oddziaływaniami terapeutycznymi

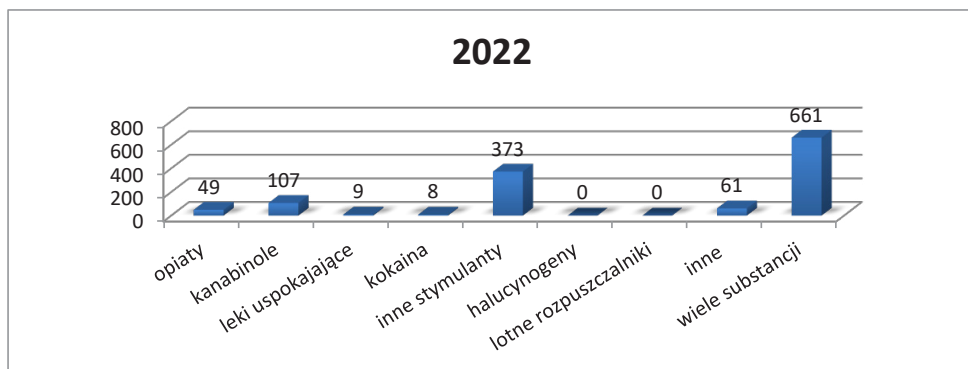


Źródło: Opracowanie własne (Emil Podolak) na podstawie danych CZSW.

Średnio w 2022 roku na jeden oddział terapeutyczny przypadało ok. 110 osób skazanych objętych terapią. Pomimo zwiększenia w ostatnich latach liczby miejsc w oddziałach terapeutycznych, potrzeby w zakresie terapii osób pozbawionych wolności z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w tym NSP, w dalszym ciągu są znaczne. Liczba osób skazanych skierowanych do oddziałów terapeutycznych na koniec roku 2022 wyniosła 1674, a czas oczekiwania na przyjęcie to ok. 13 miesięcy (dane CZSW).

Szczegółowa analiza dostępnych danych dotyczących uzależnienia od poszczególnych substancji wykazała, że dominującą grupę stanowią osoby skazane z uzależnieniem od kilku substancji psychoaktywnych – w 2022 roku było ich 661. W przypadku osób z uzależnieniem od jednego środka największą grupę stanowiły osoby z uzależnieniem od stymulantów – 373, kolejno od kanabinoli – 107 oraz od opiatów – 49 (Wykres 2). Rozkład ten był podobny do tego w poprzednich latach.

Wykres 2. Rozkład osób skazanych z uzależnieniem w zależności od rodzaju substancji w poszczególnych latach

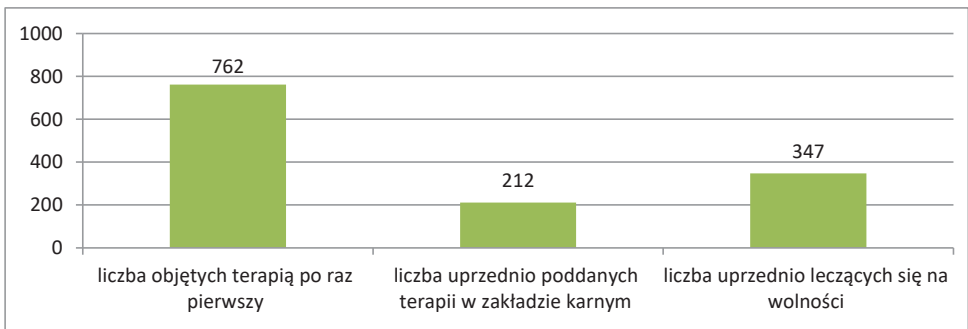


Źródło: Opracowanie własne (Emil Podolak) na podstawie danych CZSW.

Wart odnotowania jest fakt, że w ostatnich latach spada liczba osób przyjmujących środki określone kategorią „inne”, do których zaliczamy nowe substancje psychoaktywne. W 2022 roku ich liczba zmniejszyła się do 61, przy liczbie 94 w roku poprzednim (dane CZSW). Tendencja spadkowa dotycząca NSP jest spójna z tą, którą odnotowujemy w ostatnich latach w populacji ogólnej w Polsce (por. Małczewski, Jabłoński 2020: 25).

Z danych dotyczących historii terapii osób osadzonych wynika, że choć dominuje odsetek tych, którzy po raz pierwszy zostali objęci terapią uzależnień, to znajduje się wśród nich także grupa osób, które mają już za sobą doświadczenia związane z wcześniejszą terapią (Wykres 3). Osób pozbawionych wolności, które brały udział w terapii w przeszłości w 2022 roku, było łącznie 559. Stanowiły one zatem ok. 42% wszystkich osób skazanych objętych terapią.

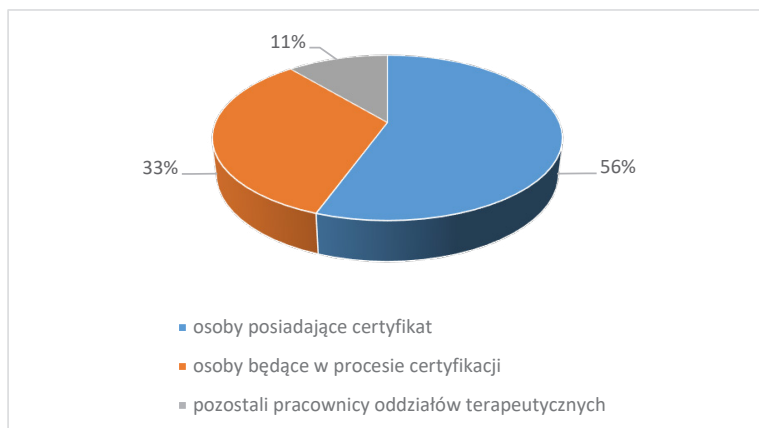
Wykres 3. Rozkład osób pozbawionych wolności z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol ze względu na wcześniej przeżytą terapię



Źródło: Opracowanie własne (Emil Podolak) na podstawie danych CZSW.

Kadrę oddziałów terapeutycznych dla osób skazanych z uzależnieniem od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych na dzień 31.12.2022 roku stanowiły łącznie 83 osoby. Wśród tej liczby 17 etatów zajmują kierownicy oddziałów, pozostali to terapeuci, psycholodzy i wychowawcy. Spośród wyżej wymienionej kadry 45 osób posiada certyfikat psychoterapeuty uzależnień, 27 kolejnych pracowników jest w trakcie procesu certyfikacji, 2 osoby rozpoczną szkolenie w najbliższym czasie. Pozostałą część personelu oddziałów stanowią wychowawcy, którzy nie prowadzą oddziaływań terapeutycznych i w przypadku których szkolenie zawodowe w zakresie terapii uzależnień ma charakter fakultatywny (Wykres 4).

Wykres 4. Struktura kwalifikacji pracowników więziennych oddziałów terapeutycznych dla osób skazanych z uzależnieniem od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych (na dzień 31.12.2022 r.)



Źródło: Opracowanie własne (Emil Podolak) na podstawie danych CZSW.

Programy terapeutyczne dla osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol – wyniki analizy danych zastanych

Skuteczne programy terapeutyczne realizowane w jednostkach penitencjarnych będą nie tylko przyczyniały się do ograniczania nawrotów w kontekście uzależnienia, ale także do zmniejszania ryzyka powrotu do przestępczości. Stąd istotne jest, aby były one konstruowane i implementowane zgodnie ze współczesną wiedzą opartą na dowodach naukowych (por. Miller 2013).

Programy oddziałów terapeutycznych funkcjonujących w jednostkach penitencjarnych obejmują swoim zakresem trzy wymiary stanowiące hierarchiczną całość: (1) makro – rozumiany jako filozofia, która odnosi się do myślenia o przestępczości i readaptacji osób osadzonych w zakładach karnych razem z regulacjami prawnym, (2) mezo – dotyczy programu terapeutycznego danego oddziału, w którym określona jest tematyka zajęć oraz metody i techniki ich prowadzenia) oraz (3) mikro – dotyczy relacji terapeutycznej pomiędzy pacjentem i terapeutą w kontekście penitencjarnym (Głowik 2012: 322; por. Głowik 2007). Programy terapeutyczne poszczególnych oddziałów są tworzone przez ich zespoły terapeutyczne z zachowaniem obowiązkowej struktury

wynikającej z wcześniej wskazanych regulacji prawnych. Programy powinny bazować na rozwiązaniach udokumentowanych jako skuteczne w toku badań naukowych, co jest weryfikowane na poziomie centralnym, gdyż każdy program terapeutyczny jest zatwierdzany przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej (por. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości 2003, § 19, ust. 2).

Celem przeprowadzonych badań było określenie ram konstrukcyjnych programów terapeutycznych skierowanych do osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, prowadzonych w jednostkach penitencjarnych na terenie kraju, a także poziomu uwzględnienia oddziaływań udokumentowanych jako skuteczne w terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w tym od nowych substancji psychoaktywnych.

Postawiono następujące pytania badawcze: (1) Jakie są założenia merytoryczne, cele, metody oddziaływań i sposoby pomiaru efektów wskazane w programach terapeutycznych w oddziałach skierowanych do osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol? (2) W jakim stopniu programy uwzględniają oddziaływania z zakresu kategorii wyróżnionych jako istotne z punktu widzenia skuteczności terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol?

Zastosowano metodę analizy danych zastanych w odniesieniu do treści 17 programów oddziałów terapeutycznych dla osób pozbawionych wolności i z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (narkotyków i/lub NSP). Analizę danych zastanych podzielono na dwa etapy.

W pierwszym kroku treści 17 programów oddziałów terapeutycznych zostały poddane analizie pod kątem następujących kategorii (zgodnie z § 19.1. Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych): (1) „założenia merytoryczne i organizacyjne oraz szczegółowe cele programu, (2) metody i techniki oddziaływania, (3) harmonogram realizacji i czas trwania programu, (4) określenie sposobów pomiaru efektów oraz kryteriów realizacji celów programu” (por. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych).

W kolejnym kroku analiza programów oddziałów terapeutycznych została dokonana pod kątem wskaźników skuteczności terapii uzależnienia uzyskanych w trakcie badań przeprowadzonych w latach 2016–2017 w ramach projektu „Określenie na drodze metaanalizy wskaźników skuteczności terapii uzależnienia od narkotyków realizowanego ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii”¹ (Karteczka-Świątek, Opozda-Suder, Piasecka, Sztuka, Szwejka 2017: 39–40). Wśród tych wskaźników zostały wyróżnione jako podstawowe abstynencja oraz ukończenie terapii. Ponadto w toku syntezy narracyjnej wyodrębniono dodatkowe wskaźniki skuteczności terapii, które zostały zgrupowane w czterech kategoriach: (1) status medyczny: dolegliwości zdrowotne, dotkliwość skutków uzależnienia, problemy psychiatryczne, (2) zdrowie psychiczne: poziom motywacji, nasilenie pragnienia/przymusu zażywania narkotyków, poziom poczucia własnej skuteczności, poziom impulsywności, (3) funkcjonowanie społeczne: relacje społeczne, relacje rodzinne, zatrudnienie, edukacja, (4) sytuacja prawna: popełnienie przestępstwa, środek izolacyjny (Karteczka-Świątek, Opozda-Suder, Piasecka, Sztuka, Szwejka 2017: 39–40). Niniejsza analiza dotyczyła dwóch z wyróżnionych kategorii jako takich, na które jest możliwość oddziaływania w trakcie realizacji oddziaływań terapeutycznych, a mianowicie: zdrowie psychiczne i funkcjonowanie społeczne.

Analiza programów terapeutycznych pod kątem ich założeń merytorycznych wykazała, że zdecydowana większość (16 programów) bazowała na więcej niż jednym ujęciu teoretycznym. Autorzy programów w założeniach teoretycznych odwoływali się do: (1) podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach – jeden program został w całości oparty na tym podejściu (por. Berg, Miller 2000; De Jong, Berg 2007; Szczepkowski 2009, 2016; Ratner, George, Iveson 2017; Piasecka, Piątek 2023), pozostałe programy opierały się na: (2) podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach, dialogu motywującym (por. Miller, Rollnick 2014; Arkowitz, Miller, Rollnick 2017; Naar, Safren 2020) oraz transteoretycznym modelu zmiany (por. Prochaska, DiClemente 1983; Del Rio Szupszynski, De Ávila 2021), (3) cztery programy w złożeniach merytorycznych odwoływały się do transteoretycznego modelu zmiany oraz założeń dialogu motywującego, (4) jeden

1 Obecne Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

program zakładał eklektyczny model pracy terapeutycznej, łączący różne podejścia, w tym: poznawczo-behawioralne, podejście psychodynamiczne oraz transteoretyczny model zmiany (por. Prochaska, Norcross 2006), (5) pozostałe programy łączyły tradycyjne myślenie o terapii osób z uzależnieniem w oparciu o model Minnesota (por. Rachowska 2016), terapię strategiczno-strukturalną (por. Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006) z terapią poznawczo-behawioralną (m.in. teorią społecznego uczenia się Alberta Bandury – por. Bandura 1977), poznawczą koncepcją nawrotu Marlatta i Gordon (por. Marlatt, Gordon 1985) oraz założeniami zawartymi w terapii poznawczej uzależnień Aarona T. Becka (por. Beck i in. 2007), transteoretycznym modelem zmiany czy podejściem motywującym. Najczęściej wykorzystywanym w założeniach merytorycznych jako podstawa teoretyczna prowadzonych oddziaływań był transteoretyczny model zmiany. Był on wskazany w 16 z 17 analizowanych programach.

Cele analizowanych programów terapeutycznych w głównej mierze oscylowały wokół kształtowania wiedzy, umiejętności i postaw związanych z prowadzeniem zdrowego stylu życia, w tym utrzymania abstynencji oraz przestrzegania norm prawnych. W celach szczegółowych twórcy programów podkreślali także rolę: wzmacniania motywacji do powstrzymania się od zażywania substancji psychoaktywnych, zmiany irracjonalnych przekonań dotyczących sięgania po substancje psychoaktywne, wzmacniania poczucia odpowiedzialności za proces zdrowienia, wzmacniania wiedzy/świadomości dotyczącej uzależnienia, jego objawów, radzenia sobie z mechanizmami uzależnienia oraz przymusem/pragnieniem zażywania narkotyków itp., wzmacniania/nabywania umiejętności psychospołecznych, w tym: radzenia sobie z emocjami, komunikacji interpersonalnej, zwracania się o pomoc, radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania własnych zasobów i słabych stron, konstruktywnego gospodarowania czasem wolnym, formułowania i wyrażania komunikatów asertywnych, budowania sieci wsparcia itp., zapobiegania nawrotom choroby, poprawy relacji interpersonalnych, wzmocnienia więzi rodzinnych, wzmacniania poczucia własnej wartości, budowania społecznie akceptowanego systemu wartości, celów i zainteresowań, wzmacniania rozwoju duchowości czy refleksyjności. Ponadto w programach przewiduje się opracowanie indywidualnych planów terapii po uprzednio przeprowadzonej diagnozie.

Analizowane programy miały w swojej ofercie zbliżony zakres metod oddziaływań terapeutycznych, a wśród nich wyróżniano: terapię indywidualną, terapię grupową, treningi umiejętności, treningi zapobiegania nawrotom, współpracę z rodzinami i osobami bliskimi, zajęcia relaksacyjne, zajęcia kulturalno-oświatowe, zajęcia sportowe, pracę na rzecz oddziału terapeutycznego, mityngi grup samopomocowych.

Czas trwania poszczególnych programów został określony zgodnie z dyspozycją § 75 Zarządzenia Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej i wynosił sześć miesięcy. Jednocześnie wskazywano także, że czas ten może być skrócony lub wydłużony nie więcej niż o 1/3 czasu trwania programu, a także – powołując się na § 73 i § 74 powyższego zarządzenia – że w szczególnych przypadkach istnieje możliwość wypisania osoby skazanej z oddziału terapeutycznego przed ukończeniem terapii, jeśli, po pierwsze, nie wykazuje motywacji do terapii i prowadzono wobec niej intensywne oddziaływania motywujące przez minimum 30 dni, po drugie – swoim zachowaniem zaburza przebieg zajęć grupowych lub stanowi zagrożenie dla innych uczestników terapii.

Wszystkie programy zawierały także taki sam sposób pomiaru efektów oraz kryteriów realizacji celów programu, zgodnie z zaleceniami Biura Penitencjarnego CZSW. Wskazywano ewaluację wyniku w schemacie pretest (przed rozpoczęciem terapii lub w początkowym jej okresie) – posttest (na zakończenie terapii), po wcześniejszym uzyskaniu zgodny badanego na udział w badaniach. Metodą był sondaż diagnostyczny przeprowadzany z wykorzystaniem wystandaryzowanych i autorskich narzędzi. Ponadto, w celu weryfikacji utrzymania abstynencji oraz uchwycenia zmian w podstawowych obszarach funkcjonowania, zakładano przeprowadzenie pomiaru po 24 miesiącach od ukończenia terapii. Pomiar ten przeprowadzany miał być w trybie korespondencyjnym przy wykorzystaniu autorskiego narzędzia. Dodatkowo jeden z programów zakładał także realizację ewaluacji procesu z wykorzystaniem ankiety ewaluacyjnej oraz arkusza obserwacji własnego autorstwa.

Dodatkowo wszystkie analizowane programy zawierały w swojej strukturze punkt: zidentyfikowane czynniki ryzyka, których zmiana będzie prowadzić do zmniejszenia ryzyka powrotu do przestępstwa.

Kolejny etap analizy programów terapeutycznych został przeprowadzony pod kątem dwóch kategorii wskaźników skuteczności: (1) zdrowie psychiczne (poziom motywacji, pragnienie/przymus zażywania narkotyków, poczucie własnej skuteczności, poziom impulsywności), (2) funkcjonowanie społeczne (relacje społeczne, relacje rodzinne).

W zakresie kategorii zdrowia psychicznego wyniki analizy wskazują, że wszystkie programy ukierunkowane są na wzmacnianie motywacji do zmiany, zawierają treści związane ze wzrostem wiedzy i umiejętności w zakresie rozpoznania przymusu/pragnienia zażywania i wypracowania skutecznych sposobów radzenia sobie z nim. Natomiast kolejny obszar w kategorii zdrowia psychicznego dotyczący wzmacniania poczucia własnej skuteczności nie był zagospodarowany w tak oczywisty sposób. W dwóch programach akcentowano wprost znaczenie pracy nad poczuciem skuteczności, w pozostałych poczucie skuteczności było kształtowane pośrednio poprzez wzmacnianie różnorodnych umiejętności. Podobnie prezentowała się kategoria dotycząca impulsywności: dwa programy zawierały treści dotyczące impulsywności, pozostałe kładły nacisk na radzenie sobie z emocjami, które mogą być podstawą zachowań impulsywnych.

W obszarze funkcjonowania społecznego zmiany w obszarze relacji społecznych, w tym rodzinnych, są uwzględniane we wszystkich analizowanych programach. Ma to miejsce głównie poprzez: analizę dotychczasowych relacji, analizę wpływu sięgania po substancje psychoaktywne na relacje społeczne, analizę pożądanych zmian w relacjach, budowanie sieci wsparcia, kształtowanie umiejętności współpracy, sposoby rozwiązywania konfliktów, spotkania z bliskimi.

Wnioski i rekomendacje dotyczące programów terapeutycznych skierowanych do osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol realizowanych w jednostkach penitencjarnych

Analizowane programy terapeutyczne mają jasną i spójną strukturę wynikającą z § 19.1. Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach

śledczych. Ponadto wszystkie programy zawierają listę zidentyfikowanych czynników ryzyka, których zmiana będzie prowadzić do zmniejszenia ryzyka powrotu do przestępstwa. Istotne dla metodyki wdrażania poszczególnych działań w ramach programów jest to, że wszystkie analizowane programy zawierają szczegółowe scenariusze poszczególnych zajęć. Poziom poprawności ich opracowania jest zróżnicowany.

Programy w założeniach merytorycznych opierają się na koncepcjach udokumentowanych jako skuteczne w terapii uzależnień (m.in. podejście poznawczo-behawioralne, dialog motywujący). Wyraźnie widać aktualizację założeń merytorycznych w łączeniu spojrzenia tradycyjnego ze współczesną wiedzą opartą na dowodach naukowych. Wszystkie programy mają określone cele główne oraz cele szczegółowe. Założone metody oddziaływań łączą w sobie metody terapeutyczne z pozostałymi oddziaływaniami realizowanymi w jednostkach penitencjarnych. Czas trwania oddziaływań jest określony, a jego modyfikacja wynika z regulacji prawnych. Wszystkie programy w założeniach mają opisany sposób pomiaru efektów – ewaluacja wyniku w schemacie pretest – posttest.

Treści merytoryczne programów są bezpośrednio ukierunkowane na wzmacnianie motywacji do zmiany, rozpoznawanie i wypracowanie skutecznych sposobów radzenia sobie z przymusem zażywania, wzmacnianie konstruktywnych relacji społecznych. Treści merytoryczne programów są pośrednio ukierunkowane na: wzmacnianie poczucia skuteczności poprzez kształtowanie różnego rodzaju umiejętności (wyjątek stanowią dwa programy uwzględniające tematykę skuteczności), radzenie sobie z impulsywnością poprzez kształtowanie umiejętności rozpoznawania i wyrażania w sposób konstruktywny emocji mogących powodować zachowania impulsywne (wyjątek stanowią dwa programy uwzględniające tematykę impulsywności).

Na podstawie przeprowadzonej analizy programów terapeutycznych wyprowadzono rekomendacje. Po pierwsze, rekomenduje się utrzymanie prawidłowo założonej struktury programów uwzględniającej m.in.: założenia merytoryczne i organizacyjne, cele programu, metody oddziaływań, czas trwania programu, pomiar efektów programu.

Po drugie, na poziomie poszczególnych programów zaleca się dalszą aktualizację założeń merytorycznych z wykorzystaniem podejść

udokumentowanych jako skuteczne, weryfikację celów w zakresie konstrukcji zgodnie z przyjętymi standardami, a także doskonalenie programów w kontekście spójności pomiędzy sobą ich poszczególnych elementów.

Po trzecie, zaleca się prowadzenie oprócz ewaluacji wyniku ewaluacji procesu w celu określenia czy ewentualny brak skuteczności oddziaływań terapeutycznych nie jest wynikiem błędów, odstępstw, modyfikacji na etapie wdrażania programów terapeutycznych (por. Piasecka, Kuształ, Piątek 2022).

Po czwarte, warto podjąć refleksję nad rozszerzeniem identyfikacji czynników o czynniki chroniące przed powrotem do przestępstwa i tym samym ograniczających prawdopodobieństwo wystąpienia recydywy penitencjarnej.

Bibliografia

- Andrews D.A., Bonta J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct*, New Providence (NJ): Anderson Publishing.
- Arkowitz H., Miller W.R., Rollnick S. (2017). *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych*, przeł. M. Kapera, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bandura A. (1977). *A Social Learning Theory*, Englewood-Cliffs (NJ): Prentice Hall.
- Banks J., Waughbs D. (2019). *A Taxonomy of Gambling-Related Crime*, „International Gambling Studies”, t. 19, nr 2, s. 339–357.
- Barczykowska A., Dzierżyńska-Breś S. (2013). *Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (evidence based practice)*, „Resocjalizacja Polska”, nr 4, s. 131–152.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*, przeł. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Berg I.K., Miller S.D. (2000). *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu*, przeł. M. Pawlikowska, Łódź: Wydawnictwo Galaktyka.
- Bronson J., Stroop J., Zimmer S., Berzofsky M. (2017). *Drug Use, Dependence, and Abuse Among State Prisoners and Jail Inmates, 2007–2009*. Washington (DC): Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice.
- De Jong P., Berg I.K. (2007). *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik*, przeł. M. Izdebski, Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Del Rio Szupszynski K.P., De Ávila A.C. (2021). *The Transtheoretical Model of Behavior Change: Prochaska and DiClemente's Model*, [w:] A.L. Andrade

- i in. (red.), *Psychology of Substance Abuse: Psychotherapy, Clinical Management and Social Intervention*, Berlin: Springer, s. 205–216.
- Fazel S., Yoon I.A., Hayes A.J. (2017). *Substance Use Disorders in Prisoners: An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis in Recently Incarcerated Men and Women*, „Addiction”, nr 112(10), s. 1725–1739.
- Fernandes P.P., Simon C. (2017). *Substance Psychoactive Use in Prison: A Retrospective Qualitative Study*, „Psychotropes”, nr 23(2), s. 35–56.
- Głowik T. (2007). *Relacje terapeutyczne w więzieniu – spotkanie personalne*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych”, nr 1, s. 369–379.
- Głowik T. (2012). *Specyfika terapii w izolacji penitencjarnej*, [w:] P. Jabłoński, B. Bukowska, C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, s. 313–330.
- Haviv N., Hasisi B. (2019). *Prison Addiction Program and the Role of Integrative Treatment and Program Completion on Recidivism*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology”, nr 63(15–16), s. 2741–2770.
- Hołyst B. (2016). *Kryminologia*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Karteczka-Świątek K., Opozda-Suder S., Piasecka M., Sztuka M., Szejwka Ł. (2017). *Określenie na drodze metaanalizy wskaźników skuteczności terapii uzależnienia od narkotyków*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Pedagogiki, https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1155208 [dostęp: 27.02.2023].
- Kouyoumdjian F.G., Calzavara L.M., Kiefer L., Main C., Bondy S.J. (2014). *Drug Use Prior to Incarceration and Associated Socio-behavioural Factors Among Males in a Provincial Correctional Facility in Ontario, Canada*, „Canadian Journal of Public Health”, nr 105(3), s. 198–202.
- Lokdam N.T., Stavseth M.R., Bukten A. (2022). *Drug Use and Re-imprisonment: A Prospective Study of the Norwegian Offender Mental Health and Addiction (NorMA) Cohort*, „Drug and Alcohol Dependence Reports”, nr 5, s. 1–7.
- Malczewski A., Jabłoński P. (2020). *Raport o stanie narkomanii w Polsce, 2020*, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1837081 [dostęp: 27.02.2023].
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, New York: Guilford Press.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Miller P.M. (2013). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, przeł. E. Józefowicz, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Miller W., Rollnick S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, przeł. R. Andruszko, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Muskała M. (2016). „Odstąpienie od przestępczości” w teorii i praktyce resocjalizacyjnej, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Naar S., Safren S.A. (2020). *Dialog motywujący i terapia poznawczo-behawioralna*, przeł. J. Okuniewski, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pape H., Lobmaier P., Bukten A. (2022). *An Evaluation of Eight Short Versions of the Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT): A Prison Population Study*, „In Drug and Alcohol Dependence Reports”, nr 3, s. 1–6.
- Piasecka M., Kuształ J., Piątek K. (2022). *Ewaluacja w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Piasecka M., Piątek K. (2023). *Wzmacnianie zasobów osób pozbawionych wolności z zaburzeniami uprawiania hazardu w perspektywie podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach*, [w:]: B. Majerek, A. Domagała-Kręciach, M. Lubińska-Bogacka (red.), *Kategorie (nie)obecne w edukacji resocjalizacyjnej, penitencjarnej i postpenitencjarnej*, Kraków: Wydawnictwo «scriptum», s. 168–177.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983). *Stages and Processes of Self-change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, nr 51(3), s. 390–395.
- Prochaska J.O., Norcross J.C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne: analiza transteoretyczna*, przeł. D. Golec, A. Tanalska-Duleba, M. Zakrzewski, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Rachowska E. (2016). *Model Minnesota*, [w:]: P. Jabłoński, B. Bukowska, C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, s. 199–206.
- Ratner H., George E., Iveson Ch. (2017). *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu 100 najważniejszych tez, założeń i technik*, przeł. K. Pawłusiów, Łódź: Wydawnictwo Poligraf.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 roku w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. 2012, poz. 1409; 2022 r. poz. 2529).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz.U. 2007, nr 5, poz. 40).
- Szczepkowski J. (2009). *Praca na wyjątkach na podstawie modelu terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach*, [w:]: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.), *Terapia w resocjalizacji. Ujęcie praktyczne*, cz. 2, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 53–76.

- Szczepkowski J. (2016). *Resocjalizacja młodzieży uzależnionej oparta na potencjalach. W poszukiwaniu rozwiązań instytucjonalnych*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz.U. 2022, poz. 1138, 1726, 1855, 2339 oraz 2600, z 2023 r., poz. 289).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 2023, poz. 127).
- Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 roku o Służbie Więziennej (Dz.U. 2022, poz. 2470, z 2023 r., poz. 240 oraz 347).
- Van de Baan F.C., Montanari L., Royuela L., Lemmens P.H. (2021). *Prevalence of Illicit Drug Use Before Imprisonment in Europe: Results From a Comprehensive Literature Review*, „Drugs: Education, Prevention and Policy”, nr 29, s. 1–12.
- Wójcik D. (2013). *Stosowanie w postępowaniu karnym narzędzi diagnostyczno-prognostycznych służących oszacowaniu ryzyka powrotności do przestępstwa*, „Prawo w Działaniu”, t. 16, s. 59–102.
- Zarządzenie Nr 19/16 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 14 kwietnia 2016 roku w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych oraz oddziałów penitencjarnych, <https://edu.cossw.pl/file/redir.php?id=5752> [dostęp: 23.02.2023].
- Zarządzenie Nr 85/2020 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 5 listopada 2020 roku w sprawie wymagań kwalifikacyjnych do zajmowania stanowisk w działach penitencjarnych i terapeutycznych oraz w Domach Matki i Dziecka (akt prawny wewnętrzny SW).

ADRESY DO KORESPONDENCJI

Dr Małgorzata Piasecka
Uniwersytet Jagielloński
Instytut Pedagogiki
e-mail: malgorzata.piasecka@uj.edu.pl

Mgr Emil Podolak
Centralny Zarząd Służby Więziennej
Biuro Penitencjarne
e-mail: emil.podolak@sw.gov.pl

Raporty z badań

SPI Vol. 26, 2023/2 / e-ISSN 2450-5366

Case Reports

Ewa Krzyżak-Szymańska

ORCID: 0000-0002-7752-9266

Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach

Andrzej Szymański

ORCID: 0000-0002-3787-6474

Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach

Physical Exercise Addiction Among Students Based on the EDS-R Scale Adapted for Poland

Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych wśród studentów na podstawie adaptowanej do polskich warunków Skali EDS-R

ABSTRACT

The purpose of the research was to adapt the Exercise Dependence Scale – Revised (EDS-R) by H.A. Hausenblas and D. Symons Downs to the Polish context and to evaluate the exercise addiction rate among students. The research was conducted online with 290 interviewees aged 19–23 years. Factor analysis confirmed the 7-factor structure of the EDS-R test and its good internal consistency. All the subscales were characterized by adequate reliability. To evaluate scale's accuracy, the correlation between the EDS-R scale and a question concerning the number of hours of exercise per week was measured. The number of hours spent exercising per week was favorably connected with all of the subscales of the EDS-R. Those results were confirmed by differential analysis. Based on the EDS-R test, the participants were classified as (1) at risk of exercise addiction (5.5%), (2) not

Case Reports

KEYWORDS

health security, behavior addictions, exercise addiction, EDS-R scale, students

SŁOWA KLUCZOWE

bezpieczeństwo zdrowotne, uzależnienia behawioralne, uzależnienie od ćwiczeń fizycznych, Skala EDS-R, studenci

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.006

Submitted: 16.04.2023

Accepted: 28.04.2023

Raporty z badań

addicted (symptomatic group) (72.8%) and (3) not addicted (asymptomatic) (21.7%). The material presented in the article may contribute to further research using the Polish adaptation of the EDS-R scale in different populations (e.g., due to different physical activities undertaken by the exercisers).

ABSTRAKT

Celem podjętych badań była adaptacja testu ESD-R autorstwa H.A. Hausenblas i D. Symons Downs do polskich warunków oraz ocena skali występowania uzależnienia od ćwiczeń fizycznych wśród studentów. Badania przeprowadzono online. Objęły one 290 osób w wieku od 19 do 23 lat. Stosując analizę czynnikową, potwierdzono strukturę 7-czynnikową skali ESD-R i dobrą jej wewnętrzną spójność. Wszystkie podskale charakteryzowały się dobrą rzetelnością. Do oceny trafności kryterialnej skali zastosowano pomiar korelacji między skalą ESD-R a pytaniem dotyczącym tygodniowej liczby godzin wykonywania ćwiczeń fizycznych przez respondenta. Liczba godzin uprawiania ćwiczeń w tygodniu była dodatnio powiązana ze wszystkimi podskalami ESD-R. Wyniki te potwierdziły także analizy różnicowe. Na podstawie testu ESD-R uczestnicy zostali sklasyfikowani jako: (1) zagrożeni uzależnieniem od ćwiczeń fizycznych (5,5%), (2) nieuzależnieni (grupa objawowa) (78,3%) oraz (3) nieuzależnieni (grupa bezobjawowa) (21,7%). Prezentowany materiał może się przyczynić do dalszych badań z wykorzystaniem polskiej adaptacji skali ESD-R w różnych populacjach (np. ze względu na różne aktywności fizyczne podejmowane przez ćwiczących).

Introduction

One of the basic human needs is the need for security, which researchers describe in various spheres of human activities (Jaworska 2019). They pay attention to social, economic and health security and describe these areas in the context of civilization and technological threats. According to researches (Mucha B., Mucha M. 2021) the pandemic period, social isolation and remote working resulted in a gradual decrease in physical activity and an increase of sedentary behaviors of people. This state of affairs sparked a discussion about the norms of physical activity of a health-promoting nature and the risks of both inactivity and addiction to it.

Furthermore, in health education the attention is paid to the statement that physical activity is every man's obligation to his body (Jegier et al. 2005). It is emphasized as well, that regular physical effort¹ which is adequate to the age and fitness of an individual strengthens his or her physical fitness, condition and mobility. There is no doubt among researchers that balanced physical effort causes beneficial adaptive changes in all the systems of human organism, it influences positively the metabolism, mental health, ageing processes and it prevents the development of chronic diseases. Therefore, it can be said that exercising is treated as health related phenomenon and the exercise recommendation is the common element of education promoting health (King et al. 2012).

The scientific reports also indicate that physical activity of some people may adopt the form of central element of their lifestyle becoming addictive or even pathological behavior. Then we deal with the activity which does not lead to keeping healthy lifestyle, it simply becomes harmful. Such physical activity connects usually with excessive physical effort and extreme concern for own appearance, negligence or exhaustion of organism, keeping the physical activity despite the experienced pain or physical disability and with the neglect of duties connected with work, education and family. This state is defined in literature as: habitual involvement in regular exercise, excessive exercise, exercise addiction, compulsive exercise, addiction to exercise, addiction to physical effort, obsessive exercise, exercise overuse (Habrat 2016).

Karolina Piątek indicates that the most appropriate term to describe the phenomenon is "behavioral disorder" and the term "behavioral addiction" should be used when identifying a phenomenon associated with a significant intensification of symptoms of a given disorder is recognized as a disease entity (Piasecka et al. 2022).

1 According to recommendations of World Health Organization (WHO) the recommended levels of physical activity for healthy adult aged 18–64 which positively influences the health of an individual should consist of 150–300 minutes of moderate-intensity effort throughout the week or 75–150 minutes of vigorous-intensity per week or the equivalent combination of both. Additionally, adults should do at least moderate-intensity exercise that strengthens their muscles at least two days a week (WHO 2020).

Sometimes, the obsessive physical exercise is defined as bigorexia. However, this term relates more to distorted perception of own body, which may or may not lead to excessive engagement in physical exercise of an individual. The exercise addiction may also be the result of other conditions (problems), particularly eating disorders (Rowicka 2015).

Initially, the addictive exercising was treated as “positive dependence” (Glasser 1976) indicating the favorable results of physical exercise and positive relation between the amount of exercise and the individual’s health. It was connected with psychological and physiological benefits for human organism: strong pleasure experience, the feeling of gaining mental strength and going beyond own ability limits. However, it did not take long to notice (based on empirical research) that excessive exercise may lead not only to body injuries but also to negligence of the most important everyday duties. In clinical extreme cases, the excessive exercise was identified as the new form of addiction (Griffiths 1996). It was connected with the compulsive and addictive realization of activity, neuroadaptation (withdrawal symptoms and tolerance) and unfavorable consequences (exercising in spite of the medical contraindications) (Brevers et al. 2022; Martyniak et al. 2021).

Despite the fact that some forms of specified activity are presented as the actions of addictive nature, it is worth noticing that there is no direct reflection of it in ICD classification (ICD-11 2018) nor in DSM classification (APA 2013). This in turn causes that exercise addiction criteria are being set referring to the definition of addictive behavior or the criteria of dependent engagement in physical activity are created on the basis of classifications listed above (Manea et al. 2018). The representative of the first approach is among others: Mark D. Griffiths, who defined the following factors in exercise addiction:

1. Exercising becomes a priority as regards to other activities, which results in the individual’s thoughts and behavior preoccupation with exercise (salience).
2. The mood of an individual is modified by the physical exercise (mood modification).
3. There is a necessity of increasing the amount of actions in order to achieve the results faster (tolerance).

4. There are unpleasant emotional states or physical experiences in the situation of exercise interruption or its sudden reduction, such as: irritability, bad mood (the symptoms of withdrawal).
5. There are interpersonal conflicts between the exercise dependent and the surrounding (the conflicts with other forms of activity, internal conflicts).
6. There is a tendency to return to previous behavior patterns even after many years of withdrawal or controlling them (recurrence) (Griffiths 1996).

On the basis of substance addiction guidelines defined in DSM, David de Coverley Veale (1987) was the first to prepare diagnostic criteria of excessive physical activity. In his classification of “exercise addiction” he distinguished the following characteristics:

- a. The limitation of repertoire of exercises leading to stereotype pattern of training which takes place regularly, at least once a day.
- b. The engagement in exercise consisting of focusing on the physical activity at the expense of others in order to keep the exercise pattern.
- c. The increasing tolerance—increase of amount of exercise done in the following years.
- d. The withdrawal symptoms connected with mood disorders in case of exercise interruption or limited access to it.
- e. The delay or avoiding of the withdrawal symptoms by further exercising.
- f. The subjective awareness of exercise compulsion.
- g. The impulsive return to previous exercise pattern after the longer period of no exercise at all.

Similar situation is with Heather A. Hausenblas and Danielle Symons Downs (2002) who used DSM classification. They defined compulsive physical exercise as the multidimensional adaptive disorder of physical exercise leading to clinically significant disabilities or distress. They indicated that addiction of negative pattern of exercise appears when we have to do with three or more symptoms among seven diagnostic criteria below.

1. Tolerance—identified as a need of increased amount of physical exercise in order to achieve desired effect or the decreasing result of exercise while keeping the same workout intensity.

2. Withdrawal—characterized by such symptoms as: anxiety and fatigue in the condition of keeping the same level of activity and intensity or the lack of physical exercise.
3. Intention effect—the intended result relates to duration or the amount of physical effort which is expected (frequently there is a higher intensity than intended).
4. Lack of control over exercise usability or exercise as a whole—consists of the unsuccessful trials of exercise interruption or exercise control.
5. Time—the increase of amount of time devoted to physical activity.
6. Reduction of other activities—the interruption or decrease of social, professional, or recreational activity because of exercise.
7. Continuation—the continuation of exercise despite the knowledge about permanent or recurring problems caused by or increased by physical activity.

The evaluation of range of exercising addiction is not an easy assignment. It results from various diagnostic criteria used by researchers and the cultural diversity of this phenomenon (Habrát 2016). The fact that most of the research was based on the environment of regularly exercising people neither aids the evaluation. As a result, there is a significant scope of achieved outcomes. They indicate that addictive exercise concerns 3% to 30% of exercising people (Rowicka 2015). In the total population, the amount is estimated as 5% (Szabo, Griffiths 2007).

At present, the most exploited diagnostic and surveying tools used to measure the rate of exercise engagement are: Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ) (Thompson, Pasma 1991), Exercise Addiction Inventory (EAI) (Terry et al. 2004), Commitment to Exercise Scale (CES) (Davis et al. 1993) and Exercise Dependence Scale (EDS) (Hausenblas, Downs 2002). The last of the tools in the modified version of the EDS-R is currently the only instrument that uses the symptoms of substance addiction specified in the DSM classification. Thanks to it there is a possibility to divide the respondents into three groups: (1) people at-risk of exercise addiction, (2) not addicted—symptomatic group, (3) not addicted—asymptomatic. EDS-R as a tool with good psychometric properties was translated into various languages and it is used in many countries, such as:

Portugal (Lindwall, Palmeira 2009), Spain (Sicilia, González-Cutre 2011), Italy (Costa et al. 2012), Hungary (Mónok et al. 2012) and France (Allegre et al. 2006).

Method

Participants

The research was conducted with the participation of 290 people aged 19–23 (the mean age was $M=20.71$, with standard deviation of $SD=1.06$). More than half of the respondents i.e. 54.1% (157 people) were males, and the other part i.e. 45.9% (133 people) were females. All of the interviewees were the students of The Jerzy Kukuczka Academy of Physical Education in Katowice. The choice of research was intentional.

Based on EDS-R test, the participants were classified as:

- at-risk of exercise addiction ($n=16$: male=11, female=5),
- not addicted (symptomatic group) ($n=211$: male=116, female=95),
- not addicted (asymptomatic group) ($n=63$: male=30, female=33).

Measures

The research was conducted with the use of diagnostic opinion poll method. It was divided into two stages.

The first one adaptation of Exercise Dependence Scale Revised² (EDR-R) by H.A. Hausenblas and D. Symons Downs³ to Polish context.

The EDS-R scale consists of 21 statements (Table 1) on which the respondent issues the opinions on the basis of 6 level scale from 1 (never) to 6 (always). The EDS-R test was translated into Polish and then translated back into English (back translation). The translation

2 Due to changes in the nomenclature of behavioral addictions in the English language, the word “dependence” was replaced by the word “addiction” (DSM-5).

3 Ibidem.

was done carefully and thoroughly with elements of modification where the literal translation was impossible. All of the scale questions were kept in the adapted tool. In the range of tool adaptation, the adequacy of questions essence as regards to the Polish cultural context and questions understanding by young adults, i.e. students were examined. The tool consists of 7 subscales. They refer to 7 diagnostic criteria of addiction.

Table 1. Descriptive statistics for The Exercise Dependence Scale Revised individual items and factor analysis. English and Polish version of the EDS-R

Subscales EDS-R and individual items	M	SD	Skewness	Kurtosis	Factor loading
Withdrawal ($\alpha=0.71$)					
1. Ćwiczę, aby uniknąć uczucia irytacji. / I exercise to avoid feeling irritable.	3.06	1.41	.156	-.696	.809
8. Wykonuję ćwiczenia, aby uniknąć uczucia niepokoju. / I exercise to avoid feeling anxious.	2.64	1.44	.407	-1.016	.967
15. Wykonuję ćwiczenia, aby uniknąć uczucia napięcia. / I exercise to avoid feeling tense.	2.98	1.29	.206	-.679	.827
Continuance ($\alpha=0.80$)					
2. Ćwiczę pomimo powtarzających się problemów fizycznych. / I exercise despite recurring physical problems.	3.09	1.47	.212	-.842	.872
9. Wykonuję ćwiczenia, nawet gdy mam kontuzję. / I exercise when injured.	2.64	1.44	.407	-1.016	.967
16. Ćwiczę regularnie, nawet gdy mam poważne problemy fizyczne. / I exercise despite persistent physical problems.	2.48	1.39	.748	-.284	.780
Tolerance ($\alpha=0.76$)					
3. Ciągłe zwiększam intensywność ćwiczeń, aby osiągnąć zamierzone efekty/korzyści. / I continually increase my exercise intensity to achieve the desired effects/benefits.	3.58	1.39	-.158	-.666	.796
10. Utrzymuję stałą częstotliwość ćwiczeń, aby osiągnąć pożądane efekty/korzyści. / I continually increase my exercise frequency to achieve the desired effects/benefits.	3.56	1.38	-.127	-.711	.767
17. Nieustannie zwiększam czas i intensywność ćwiczenia. / I continually increase my exercise duration to achieve the desired effects/benefits.	2.70	1.21	.373	-.568	.790

Subscales EDS-R and individual items	M	SD	Skewness	Kurtosis	Factor loading
Lack of control ($\alpha=0.80$)					
4. Nie mogę zredukować czasu ćwiczeń. / I am unable to reduce how long I exercise.	2.63	1.31	.598	-.207	.701
11. Nie potrafię zmniejszyć częstotliwości ćwiczeń. / I am unable to reduce how often I exercise.	2.67	1.42	.734	-.189	.835
18. Nie mogę zredukować intensywności ćwiczeń. / I am unable to reduce how intense I exercise.	2.46	1.22	.652	-.105	.825
Reduction in other activities ($\alpha=0.82$)					
5. Wolę ćwiczyć niż spędzać czas z rodziną/ przyjaciółmi. / I would rather exercise than spend time with family/friends.	2.56	1.31	.477	-.594	.726
12. Myślę o ćwiczeniach, kiedy powinienem/ powinnam koncentrować na szkole/pracy. / I think about exercise when I should be concentrating on school/work.	2.57	1.43	.704	-.339	.739
19. Decyduję się ćwiczyć, nawet gdy jest to kosztem czasu z rodziną. / I choose to exercise so that I can get out of spending time with family/friends.	2.46	1.29	.405	-.887	.843
Time ($\alpha=0.90$)					
6. Spędzam dużo czasu na ćwiczeniach. / I spend a lot of time exercising.	3.12	1.31	.202	-.448	.759
13. Spędzam większość wolnego czasu ćwicząc. / I spend most of my free time exercising.	2.83	1.38	.571	-.330	.779
20. Sporo czasu spędzam ćwicząc. / A great deal of my time is spent exercising.	3.12	1.37	.220	-.710	.786
Intention ($\alpha=0.91$)					
7. Wykonuję ćwiczenia dłużej niż zamierzałem/am. / I exercise longer than I intend.	2.87	1.25	.250	-.678	.855
14. Gdy ćwiczę, robię to dłużej niż zamierzałem/ am. / I exercise longer than I expect.	2.87	1.35	.316	-.718	.820
21. Ćwiczę dłużej niż planuję. / I exercise longer than I plan.	2.83	1.33	.240	-.906	.796

Source: Own study.

The second stage of research process enabled the definition of exercise addiction distribution among students of Academy of Physical Education in Katowice, based on adapted scale (EDS-R). In the research, apart from the EDS-R scale, there was also used the

questionnaire including: the profile of respondents' physical activity, which distinguished among others: the amount of respondent exercising hours per week and the experienced results of excessive physical activity. Additionally, questionnaire included questions concerning satisfaction of life in the aspects of education, joy of living, family, friends, free time and life in general. The tool also provided the statistical part with socio-demographic data of respondents- meaning gender, age, place of living and the education level of parents.

Design and procedures

The research was conducted with the use of online questionnaire placed on the Webankieta platform. The respondents were given the link to the questionnaire and with the use of it they accessed the online version. The organizers of the research presented respondents the aim of it, i.e. the adaptation of EDS-R test to Polish context and the description of the excessive physical activities among students. The choice of respondents was intentional, and it applied to the students in Academy of Physical Education in Katowice⁴ who agreed to take part in the research. The research was carried out in 2020.

Statistical Analysis

To analyze and prepare the statistical results, the following methods were used:

- to evaluate reliability of the tool/scale—the method of test's internal consistency was used (α -Cronbach's coefficient),
- to evaluate criteria accuracy of EDS-R scale—the measure of correlation between scale and the question concerning the number of exercising hours per week for a respondent was used.

In the research, the procedure of results calculation was realized: the general result and the subscales' result were calculated according to the procedure presented by authors of EDS-R scale. Making use of this algorithm enabled:

4 Research students were educated at the Faculty of Sport and Tourism Management and did not practice sport professionally.

1. The calculation of total and subscale mean results for EDS-R scale. The high result indicates more symptoms dependent on the physical exercise.
2. The classification of the participants into groups: (1) at-risk of exercise addiction, (2) not addicted (symptomatic), (3) not addicted (asymptomatic).

The affiliation to group of people at-risk of exercise addiction is submitted to operationalization through the result 5 or 6. The respondents, who obtained points between 3 and 4 are classified as nondependent (symptomatic group). And finally, the people with result 1-2 are classified as not addicted (asymptomatic group)⁵.

The statistical analysis of the research was made with the use of statistic suite SPSS, ver. 26.

Results

The results presenting psychometric characteristics of EDS-R can be found in Table 1 and Table 2. As it is shown in before mentioned tables, the particular positions and subscales of EDS-R kept permissible skewness ($< | 2 |$) and kurtosis ($< | 1.5 |$). The respondents achieved the highest results in *Tolerance* subscale ($M=9.83$), and the lowest result in the subscale: *Reduction in other activities* ($M=7.59$). The individual total results were located between 21 to 109 points. The correlations between each factor and the global measure of behavior addiction fluctuate between 0.56 to 0.92 with $p<0.01$.

Table 2. Descriptive statistics and correlations of the Exercise Dependence Scale Subscales and number of hours of exercises per week

<i>Subscales</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Ske</i>	<i>Kur</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
1. Withdrawal	8.68	3.279	.013	-.803	–							
2. Continuance	8.21	3.614	.362	-.784	.790	–						
3. Tolerance	9.83	3.277	-.198	-.282	.633	.561	–					
4. Lack of control	7.76	3.343	.418	-.249	.677	.638	.561	–				

5 Ibidem.

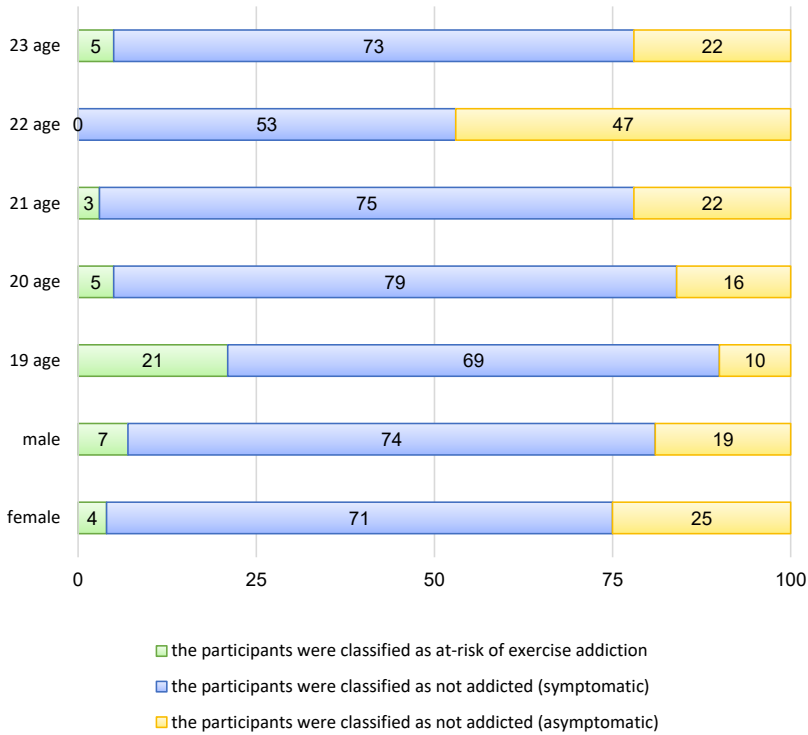
Subscales	M	SD	Ske	Kur	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Reduction in other activities	7.59	3.456	.486	-.443	.636	.683	.594	.672	-			
6. Time	9.07	3.705	.326	-.239	.656	.677	.702	.619	.790	-		
7. Intention	8.56	3.615	.235	-.752	.598	.588	.655	.605	.678	.767	-	
8. Total addiction	59.71	20.420	.051	-.350	.845	.841	.797	.809	.861	.890	.835	$\alpha=0.93$
Number of hours of exercises per week	3.12	1.371	.220	-.710	.603	.634	.656	.576	.747	.924	.696	.826

Source: Own study.

The internal analyses were conducted for the Polish version of EDS-R. The factor analysis confirmed 7-factor structure of the scale and its good internal consistency. All of the subscales were characterized by adequate reliability calculated with the use of α -Cronbach's coefficient (Table 1). To evaluate scale's accuracy criterion, the correlation between the EDS-R scale and the question concerning the number of exercising hours per week for a respondent was used. The number of exercising hours per week was favorably connected with all of the subscales of EDS-R. Those results were confirmed by the differential analyses as well. In the group of people at risk of exercise addiction the mean equaled to 4.83 (SD=1.29), in the group of not addicted (symptomatic) 3.09 (SD=1.02) and in the group correctly using physical exercise (not addicted—asymptomatic) the mean equaled to 1.51 (SD=0.88). The statistical analysis with the use of Kruskal-Wallis test by rank indicated significant differences between the groups as regards to the frequency of exercise, chi-square (2)=35.29; $p<0.001$. Those differences were confirmed by Jonckheere-Terpstra test, $J-T = -7.14$; $p<0.001$.

Within the framework of presented research, the scale of respondents' addictive exercising was defined. It was established that 5.5% of respondents are at risk of exercise addiction, 72.8% are not addicted (symptomatic) and 21.7% appropriately use exercises (not addicted—asymptomatic). The division of respondents as regards to gender and age is shown in Figure 1.

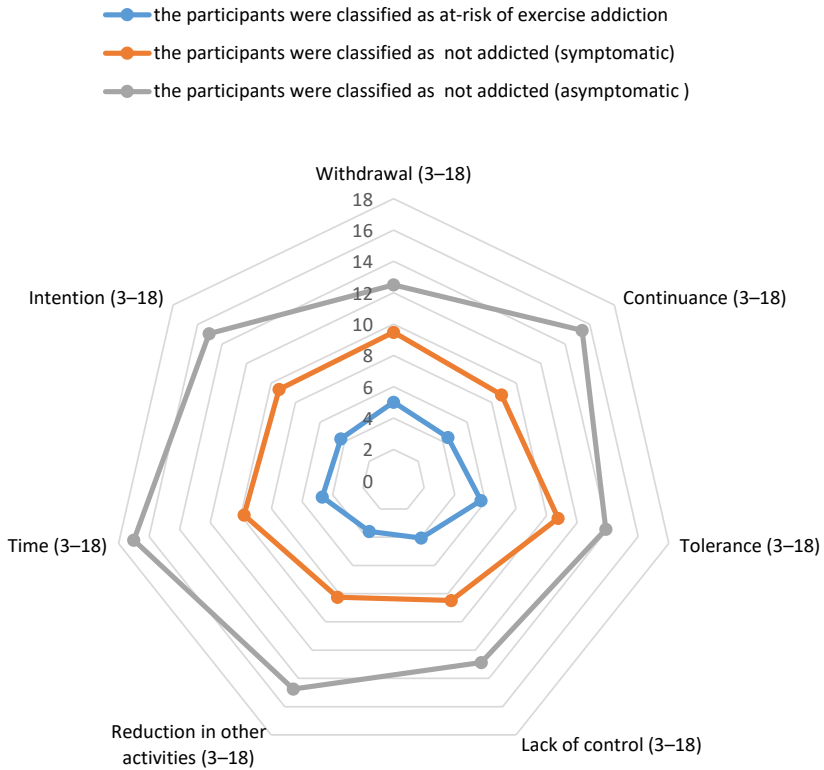
Figure 1. Exercise Addiction Scale by respondents divided on gender and age



Source: Own study.

It was examined whether the gender is statistically significant to differentiate the level of respondents' addictive exercising. The test of independence of two variables was conducted- Chi-square. It was established that gender is statistically significant when it comes to influence on the level of addiction. The strength of this connection is high, and V-Cramer equals to 0.569. Similarly, the age is statistically significant when it comes to differentiation of respondents' addictive exercising. However, the relationship between age and the level of addiction is very weak. Pearson's correlation coefficient is $r=0.17$; $p<0.05$. Subsequently, the results in particular subscales with the division into three groups were examined (see Figure 2).

Figure 2. The number of points obtained by the respondents in EDS-R subscale with the division for categories of physical exercises involvement



Source: Own study.

It was established that in the highest degree, the respondents (regardless of what is their engagement in physical exercise) show addiction symptoms in the aspect of toleration change, which manifests itself in the necessity of increasing the exercise amount in order to achieve the expected result or in the decrease of exercise effects while keeping the same intensity. Additionally, it results from the gathered data that along with the intensification of addictive exercising more time is spent on this kind of activity while other forms of activities are reduced and frequently physical activity in the form

of exercise is continued despite the knowledge about permanent or recurring problems caused or increased by physical activity.

Next, taking into consideration the results of EDS-R test, the respondents were divided into two exercising groups- functional and dysfunctional. Dysfunctional group consisted of two respondents' categories, i.e. at-risk of exercise addiction and no addiction symptomatic.

The EDS-R test authors, isolated 7 subscales concerning various aspects of physical exercise overuse. The mean results of subscales of the discussed scale for the functional and dysfunctional exercisers are shown in Table 3.

Table 3. Mean ESD-R subscales results among practitioners in a functional and dysfunctional way

Subscales ESD-R	Functional practitioners			Dysfunctional practitioners		
	mean	SE	Significance in the general results of the test	mean	SE	Significance in the general results of the test
Withdrawal (3–18)	5.02	.227	16%	9.70	.189	14%
Continuance (3–18)	4.43	.160	14%	9.26	.222	14%
Tolerance (3–18)	5.71	.294	18%	10.98	.165	16%
Lack of control (3–18)	4.06	.171	13%	8.79	.198	13%
Reduction in other activities (3–18)	3.59	.117	11%	8.70	.203	13%
Time (3–18)	4.67	.218	15%	10.30	.208	15%
Intention (3–18)	4.30	.167	13%	9.74	.207	15%
Total addiction (21–126)	31.78	1.036	100%	67.46	1.022	100%

Source: Own study.

When analyzing the results, the percentage share of particular subscales in the general test result is especially important. The biggest difference concerns the *Intention* subscale (the significance increases in the general test result from 13% for functional group to 15% for dysfunctional group) and *Reduction in other activities* (the significance increase in the general test result from 11% to 13% for dysfunctional group). On this basis, the conclusion is that dysfunctional group pays attention to achieving the expected result of exercise at the cost

of other activities, simply because they increase the amount of time devoted to exercise or the amount of physical effort.

The question about the self-assessment of respondents was asked as well, it regarded the results of the undertaken excessive physical exercise. In the dysfunctional group (N=227), 2/3 of the group (i.e. 152 people) identify the impairment as regards to friendships, social and professional life which means that an individual withdraws from other activities, chooses exercise over meeting friends and in consequence the friendly relations are worsened. Almost half of them (i.e. 108 people) indicate the health impairments resulting from exercising despite the injury or bad health state. The same number of people describe constant thinking about exercise and the lack of ability to reduce or control such kind of behavior.

To examine whether there is the relation between dysfunctional physical exercise and life's satisfaction, the respondents were asked about the satisfaction of some of life's areas (i.e. the achievements in studying, joy of life, family, friends, free time, and life in general. The classification of answers in this question is as follows: 5—very satisfied, 4—satisfied, 3—neutral, 2—dissatisfied, 1—very dissatisfied). There was possibility to achieve maximally 5 points for each answer in each area from the given answers. In dysfunctional group of exercisers mean results of researched life's aspects were significantly lower ($p < 0.01$) in comparison to mean results achieved by group with functional physical exercise use. Additionally, none of the means achieved value 4 (satisfied), and the worst results were obtained in the area connected with achievements in studying ($M=3.11$; $SD=1.05$) and in the satisfaction of joy of life ($M=3.5$; $SD=1.17$).

Discussion

The aim of this study was the commencement of the process of EDS-R validation in Polish context and the definition of the phenomenon's scale (namely the phenomenon of the overuse of physical exercise) among students of Academy of Physical Education in Katowice. It was established that Polish adaptation of EDS-R indicates good psychometric properties, and it can be used as a screen testing tool of existence of addictive exercising symptoms (exercise addiction symptoms).

Based on the EDS-R test, participants were classified as: respondents at-risk of exercise addiction (5.5%), not addicted (symptomatic group) (72.8%) and not addicted (asymptomatic) (21.7%). The presented material may contribute to further research using the Polish adaptation of the EDS-R scale in different populations (e.g., due to different physical activities undertaken by the exercisers).

The obtained results confirm the previous research and show similar results as achieved by the original English version of EDS-R. The frequency of existence of people at-risk of exercise addiction (5.5% in the present study) is comparable to research results from other countries. For example, in American sample the respondents being at-risk of exercise addiction fluctuated from 3.6 to 5% of the sample (Symons Downs et al. 2004). Similarly, Magnus Lindwall and Antonio Palmeira (2011) stated that the frequency of existence of exercise addiction was 9.2% in Swedish sample and 5.2% in Portugal sample.

The presented material shows that physical activity performed by human's contrary to accepted standards (WHO standards) may pose a threat to their health safety and cause long-term negative physical, mental and social effects.

Limitations

The performed tests do not solve the problem of determining the symptoms of the described disorder. The first step in this direction (according to Attila Szabo) may be the description of behavioral disorders in the "Addictive Disorders" section of the DSM-5, which is potentially useful as a model for researching exercise addiction, while taking into account the typical symptoms of addictions (Szabo et al. 2015).

Future research should be based on in-depth interviews with people who are at risk for exercise addiction and focus not only on the symptoms of the disorder but also on its causes. An adapted EDS-R tool may allow for the selection of people for this type of activity.

Bibliography

- Allegre B., Souville M., Therme P., Griffiths M. (2006). "Definitions and Measures of Exercise Dependence," *Addiction Research & Theory*, vol. 14, no. 6, pp. 631–646, <https://doi.org/10.1080/16066350600903302>.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*, Washington–London: American Psychiatric Publishing.
- Brevers D., Maurage P., Kohut T., Perales J.C., Billieux J. (2022). "On the Pitfalls of Conceptualizing Excessive Physical Exercise as an Addictive Disorder: Commentary on Dinardi et al.," *Journal of Behavioral Addictions*, vol. 11, no. 2, pp. 234–239, <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00001>.
- Costa S., Cuzzocrea F., Hausenblas H.A., Larcán R., Oliva P. (2012). "Psychometric Examination and Factorial Validity of the Exercise Dependence Scale–Revised in Italian exercisers," *Journal of Behavioral Addictions*, vol. 1, no. 4, pp. 186–190, <https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.009>.
- Davis C., Brewer H., Ratusny D. (1993). "Behavioral Frequency and Psychological Commitment: Necessary Concepts in the Study of Excessive Exercising," *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 16, no. 6, pp. 611–628, <https://doi.org/10.1007/BF00844722>.
- de Coverley Veale D.M. (1987). "Exercise Dependence," *British Journal of Addiction*, vol. 82, no. 7, pp. 735–740, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01539.x>.
- Glasser W. (1976). *Positive Addiction*, New York: Harper & Row.
- Griffiths M.D. (1996). "Behavioural Addictions: An Issue for Everybody?," *Journal of Workplace Learning*, vol. 8, no. 3, pp. 19–25.
- Habrat B. (2016). "Nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych," in: B. Habrat (ed.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, pp. 407–422.
- Hausenblas H.A., Downs D.S. (2002). "How Much is Too Much? The Development and Validation of the Exercise Dependence Scale," *Psychology & Health*, vol. 17, no. 4, pp. 387–404, <https://doi.org/10.1080/0887044022000004894>.
- ICD-11 (2018). *World Health Organization, International classification of diseases, 11th revision (ICD-11)*, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> [access: 01.02.2023].
- Jaworska M. (2019). *Socjologia bezpieczeństwa. Wybrane problemy*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Jegier A., Nazar K., Dziak A. (eds.) (2005). *Medycyna sportowa*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej.
- King N.A., Horner K., Hills A.P., Byrne N.M., Wood R.E., Bryant E., Caudwell P., Finlayson G., Gibbons C., Hopkins M., Martins C., Blundell J.E. (2012). "Exercise, Appetite and Weight Management: Understanding the Compensatory Responses in Eating Behaviour and How They Contribute to Variability in Exercise-induced Weight Loss,"

- British Journal of Sports Medicine*, vol. 46, no. 5, pp. 315–322, <https://doi.org/10.1136/bjism.2010.082495>.
- Lindwall M., Palmeira A. (2009). “Factorial Validity and Invariance Testing of the Exercise Dependence Scale-Revised in Swedish and Portuguese Exercisers,” *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, vol. 13, no. 3, pp. 166–179, <https://doi.org/10.1080/10913670903050313>.
- Manea M.M., Milea B.S., Câmpean A. (2018). “Problematic Exercise: A New Behavioral Addiction,” *Palestrica of the Third Millennium Civilization & Sport*, vol. 19, no. 1, pp. 37–44, <https://doi.org/10.26659/pm3.2018.19.1.37>.
- Martyniak E., Wyszomirska J., Krzystanek M., Piekarska-Bugiel K., Stolarczyk A. (2021). “Co za dużo, to niezdrowo. Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych: Zjawisko, kryteria diagnostyczne, etiologia, terapia, wyzwania badawcze,” *Psychiatria Polska*, vol. 55, no. 6, pp. 1357–1372, <https://doi.org/10.12740/PP/127499>.
- Mónok K., Berczik K., Urbán R., Szabo A., Griffiths M.D., Farkas J., Magi A., Eisinger A., Kurimay T., Kökönyei G., Kun B., Paksi B., Demetrovics Z. (2012). “Psychometric Properties and Concurrent Validity of Two Exercise Addiction Measures: A Population Wide Study,” *Psychology of Sport and Exercise*, vol. 13, no. 6, pp. 739–746, <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.06.003>.
- Mucha B., Mucha M. (2021). “Aktywność fizyczna w dobie pandemii COVID-19,” in W. Nowak K. Szalonka (eds.), *Zdrowie i style życia: Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, pp. 385–397.
- Piasecka M., Piątek K., Kuształ J. (2022). *Ewaluacja w profilaktyce i terapii. Zaburzeń behawioralnych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Rowicka M. (2015). *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*, Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno.
- Sicilia A., González-Cutre D. (2011). “Dependence and Physical Exercise: Spanish Validation of the Exercise Dependence Scale-Revised (EDS-R),” *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 14, no. 1, pp. 421–431, https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.38.
- Szabo A., Griffiths M.D. (2007). “Exercise Addiction in British Sport Science Students,” *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 5, no. 5, pp. 25–28, <https://doi.org/10.1007/s11469-006-9050-8>.
- Szabo A., Griffiths M.D., de La Vega Marcos R., Mervó B., Demetrovics Z. (2015). “Methodological and Conceptual Limitations in Exercise Addiction Research,” *The Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 88, no. 3, pp. 303–308.
- Terry A., Szabo A., Griffiths M. (2004). “The Exercise Addiction Inventory: A New Brief Screening Tool,” *Addiction Research & Theory*, vol. 12, no. 5, pp. 489–499, <https://doi.org/10.1080/16066350310001637363>.



- Thompson J., Pasman L. (1991). "The Obligatory Exercise Questionnaire," *Behavior Therapy*, vol. 14, pp. 137.
- WHO (2020). *WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*, Geneva: World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [access: 12.02.2023].

ADDRESSES FOR CORRESPONDENCE

Ewa Krzyżak-Szymańska
Academy of Physical Education in Katowice
Faculty of Sport and Tourism Management
e-mail: e.krzyzak-szymanska@awf.katowice.pl

Andrzej Szymański
Academy of Physical Education in Katowice
Faculty of Sport and Tourism Management
e-mail: a.szymanski@awf.katowice.pl

Martyna Kotyśko
ORCID: 0000-0001-6771-5121
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Internet Gaming Disorder wśród polskiej młodzieży – analiza profili latentnych symptomów zaburzenia

Internet Gaming Disorder Among Polish Adolescents: A Latent Profile Analysis of Disorder Symptoms

ABSTRACT

Gaming is an activity enjoyed by adolescents, but it can be associated with the risk of developing Internet Gaming Disorder (IGD). The aim of the study was to determine what profiles can be distinguished among adolescents from two Polish voivodeships based on the presence of the nine IGD symptoms. The study included 623 students (57.9% boys) from elementary schools (years V–VII) and junior high schools (years II and III) who declared that they played video games. To measure IGD, The Internet Gaming Disorder Scale 9 – Short Form (IGDS9-SF) was used; the other variables in the study were obtained using a self-administered questionnaire. A latent profile analysis of all IGD symptoms distinguished four profiles, defined as Problem-Free Players, Experiencing Withdrawal Symptoms and Escaping, Experiencing Negative Consequences and Escaping, and Preoccupied and Escaping. A symptom regarding escape from negative emotions was revealed in each group. Significant differences between the profiles

KEYWORDS

internet gaming disorder, games, adolescents, latent profile analysis, symptoms

SŁOWA KLUCZOWE

zaburzenie korzystania z gier internetowych, gry, adolescenci, analiza profili latentnych, symptomy

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.007
Nadesłano: 6.03.2023
Zaakceptowano: 16.05.2023

were noted for parental control of gaming time and gender, but not for developmental stage. Time spent gaming primarily differentiated the profile of Problem-Free Players from the other groups. Further analysis of the prevalence of IGD symptoms among young players is necessary to better understand the phenomenon in this population.

ABSTRAKT

Granie w gry jest aktywnością chętnie podejmowaną przez młodzież, jednak może się wiązać z ryzykiem wystąpienia zaburzenia korzystania z gier internetowych (ang. *Internet Gaming Disorder* – IGD). Celem badania było ustalenie, jakie profile można wyodrębnić wśród nastolatków z dwóch polskich województw na podstawie występowania dziewięciu symptomów IGD. W badaniu wzięło udział 623 uczniów (57,9% chłopców) ze szkół podstawowych (klasy V–VII) i gimnazjum (klasy II i III), którzy zadeklarowali granie w gry wideo. Do pomiaru IGD wykorzystano *The Internet Gaming Disorder Scale 9 – Short Form* (IGDS9-SF), a pozostałe zmienne uwzględnione w badaniu pozyskano za pomocą własnej ankiety. Przeprowadzona analiza profili latentnych wszystkich symptomów IGD pozwoliła na wyodrębnienie czterech profili określonych jako: Bezproblemowi gracze, Doświadczający objawów odstawienia i uciekający, Doświadczający negatywnych konsekwencji i uciekający oraz Zaabsorbowani i uciekający. Ucieczka od negatywnych emocji była symptomem, który ujawniał się w każdej grupie. Istotne różnice między profilami odnotowano dla kontroli czasu grania przez rodziców oraz płci, natomiast nie ze względu na fazę rozwoju. Czas poświęcany na granie różnicował przede wszystkim profil bezproblemowych graczy od pozostałych grup. Dalsza analiza występowania symptomów IGD wśród młodych graczy jest niezbędna do zrozumienia specyfiki tego zjawiska we wspomnianej grupie.

Wprowadzenie

Aktywność związana z grami komputerowymi, zarówno offline jak i online, stanowi istotną przestrzeń funkcjonowania ludzi z różnych grup wiekowych. Przychody rynku gier wideo określone w roku 2022 wyniosły ok. 320 miliardów dolarów, z czego największe generują gry online na urządzenia mobilne (Statista 2022b). Informacje o globalnej liczbie graczy wskazują, że jest ich już ponad 3 miliardy (Statista 2022a). Dane z 2022 roku dotyczące polskich

użytkowników internetu, w przedziale wiekowym od 15 do 65 lat pokazują, że wśród nich 67% określa siebie jako graczy (Polish Gamers 2022 2022). Podobny raport został opracowany dla dzieci i młodzieży w wieku 9–15 lat (Polish Gamers KIDS 2022 2022). Wśród nich 85% zadeklarowało granie w gry, a odsetek deklarujących aktywność w grach i/lub ich oglądanie wyniósł 88%. W grupie wiekowej 9–12 lat granie i/lub oglądanie było aktywnością podejmowaną przez 87% dziewcząt i 91% chłopców, zaś w grupie 13–15 lat było to 80% dziewcząt i 93% chłopców. Wśród form spędzania wolnego czasu we wspomnianej grupie wiekowej na pierwszym i trzecim miejscu jest granie, przy czym pierwsze miejsce zajmuje granie przy użyciu telefonu/smartfonu, a trzecie wykorzystanie do tego celu komputera bądź konsoli (Polish Gamers KIDS 2022 2022).

Granie traktowane jako zaburzenie

Granie w gry stało się obiektem zainteresowania badaczy i klinicyстів jako aktywność, która może przyjmować postać problemowego korzystania lub uzależnienia. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 w sekcji III informuje o zaburzeniu określanym w języku angielskim jako *Internet Gaming Disorder* (IGD), czyli zaburzeniu korzystania z gier internetowych, jako o zagadnieniu wymagającym dalszych badań (American Psychiatric Association 2013). W najnowszej klasyfikacji ICD-11 pojawiają się dwa zaburzenia bezpośrednio związane z grami. Są to *Gaming Disorder* (GD), w języku polskim ujmowane jako zaburzenie gamingowe lub zaburzenie grania (World Health Organization 2019a) oraz *Hazardous Gaming*, czyli ryzykowne granie (World Health Organization 2019b).

IGD jest ujmowane w DSM-5 jako: „uporczywe i powracające korzystanie z internetu, którego celem jest korzystanie z gier, często razem z innymi graczami, prowadzące do szkód lub dystresu (ang. *impairment or distress*) istotnych z klinicznego punktu widzenia” (American Psychiatric Association 2013, za: Izdebski 2019: 149). We wspomnianej klasyfikacji zawarto dziewięć kryteriów, które mogą służyć do identyfikacji IGD. Hasłowo można je opisać jako: zaabsorbowanie grami, symptomy odstawienia, wzrost tolerancji, utratę kontroli, utratę zainteresowań ze względu na gry, kontynuowanie

pomimo problemów, oszukiwanie rodziny lub innych osób w kwestii czasu spędzanego na graniu, ucieczkę od negatywnego nastroju oraz ryzyko narażenia na utratę lub utratę pracy bądź relacji ze względu na gry. Zaburzenie może zostać rozpoznane, jeśli wystąpi pięć z dziewięciu kryteriów na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy (American Psychiatric Association 2013).

Rozpowszechnienie zaburzenia korzystania z gier internetowych (*Internet Gaming Disorder*) wśród młodzieży i czynniki rodzinne mające z nim związek

Badania prowadzone nad IGD wśród młodzieży raportują zróżnicowane dane na temat rozpowszechnienia tego zaburzenia, co może być podyktowane rodzajem prowadzonych badań (populacyjne *vs* wyłącznie gracze), a także wykorzystanym narzędziem do pomiaru zaburzenia. Wśród irańskich adolescentów procent osób określonych jako uzależnione od gier wyniósł 2,4% (Lin i in. 2019). Zbliżone wartości wystąpiły wśród słoweńskich uczniów szkół podstawowych (Pontes, Macur, Griffiths 2016). Wyższy odsetek został odnotowany wśród tajwańskiej młodzieży grającej w gry – 3,1% (Chiu, Pan, Lin 2018). Wskaźniki oscylujące wokół 9% i wyższe odnotowano w badaniach koreańskich (Kim i in. 2018), holenderskich (van den Eijnden i in. 2018) i szwedzkich (Vadlin i in. 2015). Polskie dane na temat rozpowszechnienia IGD wśród młodzieży szkolnej (Michalak i in. 2019) świadczą o tym, że mniej niż 1% uczniów spełnia kryteria zaburzenia. Metaanaliza badań nad IGD przeprowadzona przez australijski zespół badawczy (Stevens i in. 2021) wskazała, że zaburzenie występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet w proporcji 2,5:1.

Wśród zmiennych traktowanych jako czynniki ryzyka bądź chroniące przed wystąpieniem zaburzenia wśród dzieci i adolescentów znajdują się również te, które leżą po stronie otoczenia rodzinnego. W badaniach przeprowadzonych przez Céline Bonnaire i Oliviera Phana (2017) wykazano, że wśród istotnych predyktorów IGD (ujemne związki), dotyczących obszaru funkcjonowania rodzinnego i działań rodziców względem grania dziecka, można wskazać m.in. zakazywanie grania, ustalanie zasad dotyczących grania, graniu w nocy (jako przejaw braku kontroli rodziców) i siłę związku w rodzinie.

Jakościowe badania zrealizowane przez Irene Wong i Millicent Lam (2016) jako czynniki ryzyka dla ujawnienia się zaburzonego grania wskazują takie zmienne związane z rodziną, jak postrzegana aprobata rodziców względem aktywności dziecka w grach, brak kontroli rodziców odnośnie do grania dziecka i słabe związki rodzinne.

Wykorzystanie podejścia skoncentrowanego na osobie w badaniach nad *Internet Gaming Disorder*

Badania prowadzone nad IGD bądź GD koncentrują się w głównej mierze na określeniu skali rozpowszechnienia zjawiska w różnych grupach społecznych, a także na ustaleniu jego istotnych korelatów. Badacze tego zagadnienia podejmują również analizy, które zamiast na zmiennych koncentrują się na osobie. Przykładem jest wykorzystanie analizy profili (ang. *Latent Profile Analysis* – LPA) i klas latentnych (*Latent Class Analysis* – LCA), w których klasyfikacja odbywa się w oparciu o model (Bergman, Wångby 2014). Dzięki ich zastosowaniu można dokonać pogrupowania np. osób ze względu na ich wzajemne podobieństwo w zakresie zestawu określonych zmiennych ilościowych, jak w LPA, czy jakościowych, jak w LCA.

W badaniach, w których użyte zostaje podejście skoncentrowane na osobie, IGD jest traktowane jako element do stworzenia profilu razem z innymi zmiennymi wśród dorosłych (np. Kovacs i in. 2022) oraz adolescentów (np. Cerniglia i in. 2019). Sprawdzana jest również możliwość wyłonienia profili bądź klas w oparciu o symptomy zaburzenia (np. Siste i in. 2019; Chang i in. 2022). Liczba identyfikowanych profili/klas różni się, wynosząc zazwyczaj od trzech (m.in. Pápay i in. 2014; Siste i in. 2019) przez cztery (np. Chang i in. 2022) do pięciu (np. Myrseth, Notalears 2018). Wyłonione rozwiązania są opisywane ze względu na natężenie symptomów lub prawdopodobieństwo ich obecności w danej grupie, a następnie porównywane ze sobą ze względu na inne zmienne. Pozwala to na lepsze zrozumienie specyfiki wyodrębnionych profili/klas i osób, które je tworzą, co nie jest możliwe w przypadku zastosowania wyłącznie analiz skoncentrowanych na zmiennych.

Metoda

Cel badawczy

Celem przeprowadzonej analizy było ustalenie jakie profile można wyodrębnić wśród nastolatków z dwóch polskich województw na podstawie występowania symptomów zaburzenia korzystania z gier internetowych (*Internet Gaming Disorder*). Działanie to było podsygnowane doniesieniami z badań wskazującymi, że nie wszystkie symptomy, zarówno wśród dorosłych (Király i in. 2017; Schivinski i in. 2018; Pontes i in. 2019), jak i nastolatków (Macur, Pontes 2021), występują z taką samą częstością i natężeniem oraz mają odmienną moc prognostyczną dla rozpoznania zaburzenia. Ze względu na eksploracyjny charakter analiz podjęto próbę określenia, czy wśród wyodrębnionych profili występują różnice w działaniach rodziców w ramach kontroli rodzicielskiej pod względem czasu grania dziecka oraz pod względem charakterystyk socjodemograficznych, w tym fazy rozwoju, a także czasu spędzanego na graniu w dni powszednie oraz w weekend.

Uczestnicy i procedura

Próbę osób badanych stanowili uczniowie szkół podstawowych i gimnazjów (które w czasie realizacji badania funkcjonowały jeszcze w ramach polskiego systemu edukacji) w wieku 10–18 lat. Prezentowane informacje stanowią element projektu „Zaburzenie korzystania z gier internetowych – charakterystyka i rozpowszechnienie zjawiska oraz jego psychologiczne korelaty wśród uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i warmińsko-mazurskiego”¹. Badanie było przeprowadzone w formie papierowej w pierwszej połowie 2018 roku w dwóch województwach: kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim. Dobór prób badawczych miał charakter losowy. W pierwszym kroku w obu województwach rozlosowano po cztery powiaty (łącznie osiem powiatów),

1 Zadanie publiczne współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz ze środków Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Umowa nr 165/HBK/2018.

w ramach których następnie losowano dwie placówki z listy wszystkich szkół – szkołę podstawową i gimnazjum (w każdym z wylosowanych powiatów). Łącznie działania przeprowadzono w 16 różnych placówkach (osiem szkół podstawowych i osiem gimnazjów).

W badaniach wzięli udział uczniowie klas V, VI i VII szkoły podstawowej, zaś w gimnazjach byli to uczniowie II i III klas. Osoby realizujące badanie docierały osobiście do wylosowanych placówek po uzyskaniu zgody od dyrekcji szkół. Na początku każdego spotkania z uczniami realizatorzy badania informowali uczniów o celu badań, ich anonimowości oraz o tym, że wypełnienie kwestionariuszy nie jest na ocenę. Wskazano uczniom, że udział w badaniu jest dobrowolny i mogą zrezygnować w dowolnym momencie bez konsekwencji. Wypełnienie narzędzi badawczych odbywało się w obecności wyłącznie realizatorów badania, którzy w razie potrzeby odpowiadali na pytania i wyjaśniali wątpliwości uczniów.

W projekcie zastosowano dwa różne zestawy narzędzi badawczych, natomiast w niniejszym opracowaniu analizie poddano informacje wyłącznie od uczniów, którzy wypełnili narzędzie *The Internet Gaming Disorder Scale 9 – Short Form* (Pontes, Griffiths 2015) i wybrali odpowiedź „Tak” w pytaniu „Czy grasz w gry wideo?”. Było to początkowo 635 uczniów, jednak po weryfikacji kompletności informacji z analizy wykluczono 12 uczestników. Ostatecznie w analizach uwzględniono 623 uczniów, dla których średnia wieku wyniosła $M=13,5\pm 1,16$. W próbie było istotnie więcej chłopców w porównaniu z dziewczętami. Pod względem liczebności przeważali uczniowie szkoły podstawowej, jednak liczba uczniów przebadanych na różnych poziomach klas była do siebie zbliżona. Najwięcej uczestników badania było na etapie wczesnej fazy dorastania, zaś najmniej przypadają na środkowy wiek szkolny. Ponad 58% ankietowanych wskazało, że ich rodzice/opiekunowie interesują się w jakie grają gry, natomiast ponad 65% odpowiedziało, że ich rodzice/opiekunowie kontrolują czas, jaki mogą poświęcać na granie (Tabela 1).

Tabela 1. Zmienne socjodemograficzne i dotyczące grania w analizowanej próbie (N=623)

Zmienne	Kategorie	n (%)	χ^2	p
Płeć	Chłopcy	361 (57,9)	15,73	<0,001
	Dziewczęta	262 (42,1)		
Typ szkoły	Szkoła podstawowa (SP)	385 (61,8)	34,69	<0,001
	Gimnazjum (GIM)	238 (38,2)		
Poziom klasy	V SP	127 (20,4)	6,3	0,178
	VI SP	131 (21,0)		
	VII SP	126 (20,2)		
	II GIM	138 (22,2)		
	III GIM	101 (16,2)		
Faza rozwoju	Środkowy wiek szkolny	62 (10,0)	228,7	<0,001
	Wczesna faza dorastania	369 (59,2)		
	Późna faza dorastania	192 (30,8)		
Zainteresowanie rodziców tym, w jakie gry gra dziecko*	Tak	363 (58,4)	17,39	<0,001
	Nie	259 (41,6)		
Kontrola rodziców czasu grania dziecka	Tak	410 (65,8)	62,24	<0,001
	Nie	213 (34,2)		

Źródło: Opracowanie własne.

*Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie, dlatego liczebność zbiorcza w tym pytaniu wynosi N=622.

Narzędzia badawcze

Podstawową zmienną analizowaną w niniejszym opracowaniu było zaburzenie korzystania z gier internetowych (*Internet Gaming Disorder*), mierzone za pomocą *The Internet Gaming Disorder Scale 9 – Short Form* (IGDS9-SF) (Pontes, Griffiths 2015) w polskiej wersji opracowanej przez Pawła Izdebskiego, Mateusza Baranowicza,

Martynę Kotyśko i Macieja Michalaka (Izdebski 2019). Wśród zmiennych uwzględnionych w analizie znalazły się dwa aspekty związane z działaniami rodziców względem grania dziecka: zainteresowanie grami, w jakie gra dziecko oraz kontrola czasu spędzanego przez dziecko na graniu. Zmiennymi socjodemograficznymi ujętymi w ramach porównań były płeć oraz faza rozwoju. Do analiz włączono również czas poświęcany przez młodzież na granie.

The Internet Gaming Disorder Scale 9 – Short Form (Pontes, Griffiths 2015) służy do pomiaru zaburzenia korzystania z gier internetowych. Uwzględnia 9 kryteriów, które stanowią bazę dla potencjalnej diagnozy problemu. Skala została skonstruowana w taki sposób, aby poszczególne pytania odnosiły się do konkretnego kryterium. Z tego powodu uczestnik badania odpowiada na 9 pytań dotyczących jego/jej zachowań i doświadczeń związanych z graniem na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy. Odpowiedzi są udzielane na skali Likerta: 1=nie, 2=rzadko, 3=czasami, 4=często, 5=bardzo często. Zakres wyników zawiera się w przedziale od 9 do 45 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe natężenie problemu. Współczynnik alfa Cronbacha w przedstawianym pomiarze wyniósł $\alpha=0,74$.

W ramach danych gromadzonych w badaniu do analizy wybrano dwa pytania dotyczące postrzeganych działań rodziców/opiekunów względem aktywności związanej z graniem dziecka. Pierwsze zadane pytanie dotyczyło określenia przez uczestnika badania, czy rodzice/opiekunowie są zainteresowani, w jakie gry gra (odpowiedzi kodowane jako 0=Nie, 1=Tak). Drugie pytanie zadane respondentom dotyczyło kontroli przez dorosłych (rodziców/opiekunów) czasu poświęcanego przez dziecko na granie (odpowiedzi kodowane jako 0=Nie, 1=Tak). Zmienne socjodemograficzne, które zostały wybrane do analizy w ramach niniejszego opracowania ze względu na ich powiązanie z aktywnością w grach, to płeć (kodowane jako 0=chłopcy, 1=dziewczynki) i etap rozwojowy. Podstawą podziału próby osób badanych na fazy rozwoju był *Niezbędnik dobrego nauczyciela* pod redakcją prof. dr hab. Anny Izabeli Brzezińskiej. Jako przedstawiciele środkowego wieku szkolnego 8/9–11/12 lat (Rękosiewicz, Jankowski 2014) włączono uczniów w wieku 10 i 11 lat. Kolejną grupę przypadającą na etap wczesnej fazy dorastania: 11/12–14/15 lat (Piotrowski, Ziółkowska, Wojciechowska 2014) stanowili w badaniu uczniowie w wieku 12–14 lat. Ostatnia grupa to przedstawiciele późnej fazy

dorastania: 14/15–19/20 (Piotrowski, Wojciechowska, Ziółkowska 2014), w której znaleźli się uczniowie w wieku 15–17 lat. Uczestnicy badania mieli również określić i wpisać, ile czasu średnio w ciągu dnia (w godzinach) poświęcają na granie, z rozróżnieniem na dni nauki szkolnej i weekendy.

Analiza danych

Podstawową analizą wykonaną na zgromadzonych danych była analiza profili latentnych (ang. *Latent Profile Analysis*, LPA) dla 9 itemów skali IGDS9-SF. LPA umożliwia wyodrębnienie profili grupujących uczestników ze względu na podobieństwo ich odpowiedzi na pytania/wskaźniki. Analizę przeprowadzono w środowisku R (v. 4.2.0; R Core Team 2022) z wykorzystaniem pakietu tidyLPA (Rosenberg i in. 2018). Modele o różnej liczbie profili zostały ze sobą porównane, a do wytypowania najlepszego modelu posłużono się następującymi wskaźnikami (Nylund, Asparouhov, Muthén 2007): kryterium informacyjne Akaike (ang. *Akaike Information Criterion*, AIC), Bayesowskie kryterium informacyjne Schwartza (ang. *Bayesian Information Criterion*, BIC) oraz Bayesowskie kryterium informacyjne skorygowane ze względu na liczebność próby (ang. *Sample Size Adjusted BIC*, SABIC). Im lepsze dopasowanie modelu o konkretnej liczbie profili, tym wartość wymienionych wskaźników powinna być niższa na tle pozostałych rozwiązań. Wartość p dla testu ilorazu wiarygodności z użyciem metody bootstrap (ang. *Bootstrap Likelihood Ratio Test*, BLRT) wspiera wybór rozwiązania o określonej liczbie profili. W tym przypadku wartość p wyższa niż 0,05 sugeruje wybór rozwiązania o mniejszej liczbie profili względem analizowanego rozwiązania. W ramach pakietu tidyLPA uzyskać można informację o minimalnej liczbie obserwacji (osób) uwzględnionych w wyodrębnionych profilach – informacja ta jest oznaczana jako N_{Min} (Rosenberg i in. 2018). Wybrane rozwiązanie powinno zawierać obserwacje w każdym z profili, zatem wartość 0 dla tego wskaźnika jest czymś niepożądanym. Ostatnim parametrem wspomagającym proces wyboru liczby profili jest entropia. Im wyższa wartość tego parametru, tym lepiej, przy czym powinna być ona wyższa niż 0,8 (Muthén L.K., Muthén B.O. 2007).

Oprogramowanie IBM SPSS Statistics (wersja 28) zostało wykorzystane do wyliczenia współczynnika alfa Cronbacha dla skali IGDS9-SF oraz do porównania liczebności w ramach opisu próby osób badanych (test chi kwadrat). Ten sam test zastosowano również do porównania profili ze względu na zmienne socjodemograficzne i związane z zainteresowaniem rodziców w co gra ich dziecko oraz kontrolą czasu jego grania. Współczynnik V Craméra posłużył do określenia wielkości efektu zidentyfikowanej zależności. Średni czas poświęcany na graniu w ramach profili został porównany z wykorzystaniem ANOVY Kruskala-Wallisa (ze względu na brak rozkładu normalnego).

Wyniki

Analiza profili latentnych

Analiza profili latentnych uwzględniała dziewięć zmiennych będących pozycjami skali IGDS9-SF. Przetestowano modele zakładające równość wariancji wewnątrz profili i brak kowariancji między profilami (Rosenberg i in. 2018). Porównania objęły rozwiązania z wyodrębnieniem od jednego do ośmiu profili (Tabela 2). Model z czterema profilami uzyskał najlepsze wskaźniki spośród pozostałych – najniższe wartości AIC, BIC oraz SABIC, a także najwyższą wartość entropii. Wartość p dla BLRT przy rozwiązaniu z pięcioma profilami była nieistotna statystycznie, co sugeruje wybór rozwiązania o mniejszej liczbie profili. Ze względu na powyższe rezultaty to właśnie model z czterema profilami został wytypowany jako docelowy.

Tabela 2. Wskaźniki dopasowania modelu dla rozwiązań uwzględniających od jednego do ośmiu profili w ramach analizy LPA

Model	AIC	BIC	SABIC	Entropia	N_Min	BLRT_p
Jeden profil	14788,25	14868,07	14810,92	1,00	1,00	-
Dwa profile	13962,01	14086,18	13997,28	0,88	0,24	< 0,01
Trzy profile	13425,41	13593,92	13473,27	0,92	0,06	< 0,01
Cztery profile*	13287,21	13500,06	13347,67	0,92	0,06	< 0,01
Pięć profili	13307,22	13564,42	13380,28	0,63	0,00	1,0
Sześć profili	13327,12	13628,67	13412,78	0,55	0,00	< 0,01

Model	AIC	BIC	SABIC	Entropia	N_Min	BLRT_p
Siedem profili	13196,29	13542,19	13294,55	0,59	0,00	< 0,01
Osiem profili	13216,26	13606,50	13327,11	0,51	0,00	0,2

Źródło: Opracowanie własne.

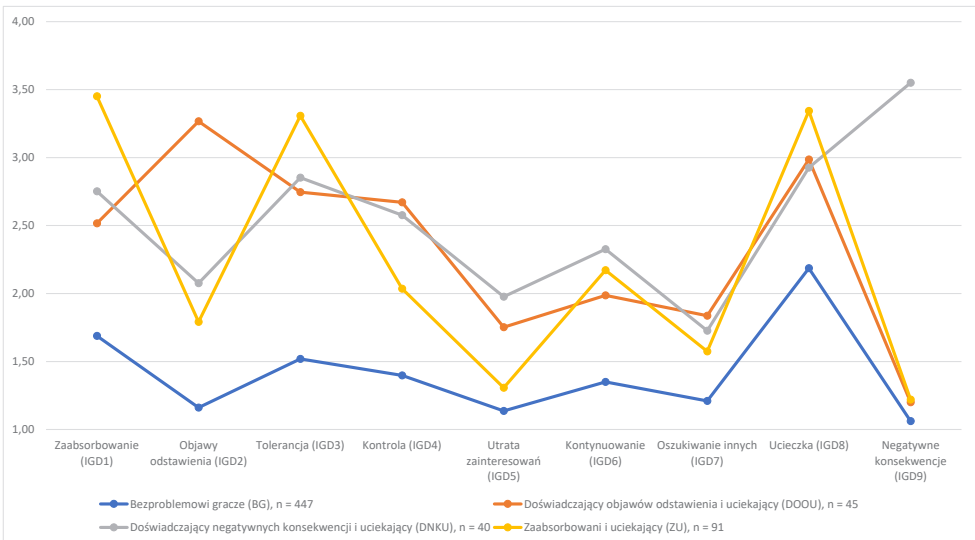
AIC – kryterium informacyjne Akaike, BIC – kryterium informacyjne Bayesa, SABIC – Bayesowskie kryterium informacyjne skorygowane ze względu na wielkość próby, N_Min - najmniejsza liczba obserwacji w ramach profilu, BLRT_p – Wartość p dla testu ilorazu wiarygodności z użyciem metody bootstrap.

* Model wybrany jako najlepszy.

Charakterystyka wyłonionych profili

Wykres 1 przedstawia graficznie profile wyłonione w analizie LPA, a także dokładne wartości średnie odnotowane w ramach profili dla wszystkich dziewięciu itemów skali IGDS9-SF. Wykorzystane w badaniu narzędzie zakłada skalę odpowiedzi od 1 do 5. Należy zauważyć, że średnie wyniki dla wszystkich itemów nie przekroczyły wartości 4.

Wykres 1. Model z czterema profilami wyłoniony w ramach LPA, uwzględniający średnie dla dziewięciu itemów skali IGDS9-SF



Źródło: Opracowanie własne.

Profil 1 obejmuje największą liczbę osób badanych 71,7% ($n=447$) i można go opisać jako „Bezproblemowych graczy” – BG. Ich średnie wyniki w zakresie poszczególnych symptomów są najniższe w porównaniu z pozostałymi trzema profilami. Należy jednak wskazać, że symptom dotyczący ucieczki od problemów i uwolnienia się od negatywnych emocji – IGD8 w skali IGDS9-SF – był dominujący w tym profilu, choć nadal niższy niż w profilach 2, 3 oraz 4. Nawet jeśli grupa BG nie doświadcza symptomów zaburzenia korzystania z gier internetowych w sposób intensywny, to regulacja nastroju poprzez gry, mająca uwolnić jednostkę od negatywnych emocji, jest czymś, co młodzi gracze identyfikują u siebie, choć w niskim natężeniu.

Profil 2 zawiera w sobie 4,2% badanej próby ($n=45$). Na tle pozostałych profili odznacza się najwyższym wynikiem w zakresie pozycji IGD2, która dotyczy doświadczania symptomów odstawienia w odniesieniu do zaprzestania aktywności w grach bądź próby jej ograniczenia. Drugi najwyższy wynik w tym profilu dotyczy uwolnienia się od negatywnych emocji (IGD8). Profil ten zostanie nazwany właśnie ze względu na tę właściwość jako „Doświadczający objawów odstawienia i uciekający” – DOOU.

Profil 3 jest najmniej liczny (6,4%, $n= 0$), a wyróżnia go średnia dla IGD9. Item ten dotyczy symptomu związanego z doświadczaniem negatywnych konsekwencji na skutek zaangażowania się w gry. Również w tym profilu ucieczka lub uwolnienie się od negatywnych emocji jest drugim co do intensywności objawem, choć na zbliżonym poziomie jak tolerancja (IGD3) oraz zaabsorbowanie (IGD1). Uczniowie tworzący ten profil będą określani zatem jako doświadczający „Doświadczający negatywnych konsekwencji i uciekający” – DNKU.

Ostatni, profil 4, charakteryzuje układ wyników w zakresie trzech symptomów: zaabsorbowania (IGD1), tolerancji (IGD3) oraz ucieczka bądź uwolnienie się od negatywnych emocji (IGD8) przy jednoczesnych niskich wartościach w zakresie pozostałych objawów. Profil ten liczy 91 osób (14,6%) i zostanie opisany jako „Zaabsorbowani i uciekający” – ZU.

Przyglądając się symptomom zaburzenia korzystania z gier internetowych jako całości, można dostrzec, że symptom związany z negatywnymi konsekwencjami wynikającymi z grania (IGD9) był obecny wyłącznie w profilu DNKU (w pozostałych profilach praktycznie się nie pojawiał). Podobna sytuacja zaistniała w odniesieniu

do objawów odstawienia (IGD2) ujawniających się wyłącznie w profilu DOOU. Nieudane prób kontroli grania (IGD4) ujawniły się, choć nie jako wiodące, w profilach DNKU i ZU. Symptomy IGD5 („Utrata zainteresowań”), IGD6 („Kontynuowanie pomimo problemów”) oraz IGD7 („Oszukiwanie dotyczące czasu grania”) miały bardzo zbliżony układ w każdym z profili.

Porównanie profili

Wyłonione profile porównano ze sobą (Tabela 3) ze względu na dwie zmienne odnoszące się do działań rodziców względem grania w gry: zainteresowanie grami, w które gra dziecko i kontrola czasu grania. Nie odnotowano istotnych różnic dla zmiennej dotyczącej zainteresowania rodziców grami, w które gra dziecko ($p > 0,05$). Natomiast między profilami wystąpiły różnice dotyczące zmiennej związanej z postrzeganą przez dziecko kontrolą czasu grania przez rodziców/opiekunów. W profilu NKU, w porównaniu z profilami BG i DOOU, było więcej uczniów wskazujących, że ich rodzice nie kontrolują czasu, jaki mogą przeznaczać na gry. Wielkość efektu dla tej prawidłowości mierzona współczynnikiem V Craméra była niska.

Różnice między profilami zidentyfikowano również w zakresie płci (Tabela 3). Zaabsorbowani uciekający (ZU) to w przewadze chłopcy i jest ich w tym profilu istotnie więcej niż w profilach BG i DOOU, ale na podobnym poziomie jak w profilu DNKU. Wielkość efektu dla ujawnionej relacji była przeciętna. Nie odnotowano istotnych różnic w proporcjach przedstawicieli poszczególnych faz rozwojowych ze względu na przynależność do profilu. W każdym profilu najliczniej reprezentowani byli uczniowie, których rozwój przypadał na fazę wczesnego dorastania. Wyniki ANOVY Kruskala-Wallisa w zakresie czasu spędzanego na graniu średnio w dzień nauki szkolnej oraz w weekend wskazują na obecność różnic między profilami (szczegółowe dane w Tabeli 3). Dotyczą one przede wszystkim grupy BG, która uzyskuje niższe średnie wyniki w porównaniu z DNKU i ZU.

Tabela 3. Porównanie profili ze względu na działania rodziców względem grania w gry przez dziecko, zmienne socjodemograficzne oraz czas poświęcany na gry przez dziecko

Zmienne	BG, n (%)	DOOU, n (%)	DNKU, n (%)	ZU, n (%)	χ^2	H
Działania rodziców – Zainteresowanie grami						
Tak	259 ^a (58,1)	28 ^a (62,2)	19 ^a (47,5)	57 ^a (62,6)	2,92 ^{ni.}	–
Nie	187 ^a (41,9)	17 ^a (37,8)	21 ^a (52,5)	34 ^a (37,4)		
Działania rodziców – Kontrola czasu grania						
Tak	304 ^b (68,0)	34 ^b (75,6)	18 ^a (45,0)	54 ^{ab} (59,3)	12,25 ^{**}	–
Nie	143 ^b (32,0)	11 ^b (24,4)	22 ^a (55,0)	37 ^{ab} (40,7)		
Płeć						
Mężczyźni	234 ^a (52,3)	26 ^a (57,8)	26 ^{ab} (65,0)	75 ^b (82,4)	28,93 ^{***}	–
Kobiety	213 ^a (47,7)	19 ^a (42,2)	14 ^{ab} (35,0)	16 ^b (17,6)		
Faza rozwoju						
Średni wiek szkolny	45 ^a (10,1)	7 ^a (15,6)	6 ^a (15,0)	4 ^a (4,4)	12,26 ^{ni.}	–
Wczesna faza dorastania	262 ^a (58,6)	31 ^a (68,9)	18 ^a (45,0)	58 ^a (63,7)		
Późna faza dorastania	140 ^a (31,3)	7 ^a (15,6)	16 ^a (40,0)	29 ^a (31,9)		
Czas poświęcany na gry; średnia ranga (średnia)						
W dzień nauki szkolnej (n = 532)	244,22 ^b (2,12)	287,14 ^{ab} (2,62)	319,42 ^a (3,03)	334,84 ^a (3,11)	–	30,09 ^{***}
W weekend (n = 604)	270,77 ^b (3,53)	339,43 ^{ab} (4,41)	392,38 ^a (5,64)	407,15 ^a (5,56)	–	58,04 ^{***}

Źródło: Opracowanie własne.

BG = Bezproblemowi gracze, DOOU = Doświadczający objawów odstawienia i uciekający, DNKU = Doświadczający negatywne konsekwencje i uciekający, ZU = Zaabsorbowani uciekający, H = statystyka testu Kruskala-Wallis.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.i. – wynik nieistotny statystycznie

Wartości w wierszach oznaczone odmiennymi literami różnią się od siebie istotnie na poziomie $p < 0,05$.

Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach wyodrębnione zostały cztery profile na podstawie ekspresji dziewięciu symptomów zaburzenia korzystania z gier internetowych (*Internet Gaming Disorder*, IGD). Zmiennymi, które można uznać za kształtujące układy w profilach, były następujące symptomy IGD: zaabsorbowanie grami, objawy odstawienia, tolerancja, ucieczka od negatywnych emocji oraz doświadczanie negatywnych konsekwencji wynikających z grania. Symptomy takie jak: utrata kontroli, utrata dotychczasowych zainteresowań, kontynuowanie pomimo problemów i oszukiwanie dotyczące czasu spędzanego na graniu, nie wyznaczały specyfiki profili.

Odnosząc uzyskane dane do badań uwzględniających analizę symptomów IGD z wykorzystaniem podejścia skoncentrowanego na osobie, można zauważyć podobieństwo w zakresie liczby wyodrębnionych profili/klas. Również cztery klasy zidentyfikowała Orsolya Király ze współpracownikami (2017) w badaniach prowadzonych wśród dorosłych graczy. W ich badaniu pojawiła się grupa, w której nie występowały objawy IGD (ok. 75% osób badanych). Można ją porównać do grupy bezproblemowych graczy (BG) z badania własnego, będącej również najbardziej liczną spośród pozostałych. W badaniu Király i in. (2017) pojawiła się grupa (11,2%), która charakteryzowała się zaabsorbowaniem, kontynuowaniem pomimo szkód i ucieczką od negatywnych emocji. Zbliżonym pod względem układu zmiennych w badaniu własnym jest grupa „Zaabsorbowanych uciekających” – ZU, z tą różnicą, że w ZU występuje nasilenie w zakresie symptomu tolerancja, natomiast w badaniu Király i in. (2017) jest to kontynuowanie pomimo szkód.

Rozwiązanie z czterema klasami uzyskano także w badaniach Chi Ian Chang i współpracowników (2022), przeprowadzonych wśród chińskich nastolatków w okresie pandemii COVID-19. Wśród wyłonionych przez tych badaczy klas podobieństwo można dostrzec między graczami normatywnymi, wśród których symptomy IGD praktycznie nie występują, a profilem BG z przeprowadzonej własnej analizy. Inne profile wyodrębnione w tym badaniu (Gracze okazjonalni, Gracze problemowi oraz Gracze uzależnieni) nie są zbliżone do tych zidentyfikowanych w analizie przeprowadzonej na polskich danych. Może to wynikać z różnic w okresie prowadzonych badań:

realizacja w 2020 roku w okresie pandemii COVID-19 w Chinach w porównaniu z rokiem 2018, w którym przeprowadzono polskie badania. Nie bez znaczenia pozostaje również to, że IGD występuje w większym natężeniu w krajach Wschodniej Azji (Paulus i in. 2018). Dodatkowo przyczyną różnic może być zastosowanie w badaniu Chang i in. (2022) odmiennej analizy – LCA oraz innego narzędzia badawczego do pomiaru IGD, które uwzględnia jedynie odpowiedzi „Tak” i „Nie”. Symptomami, które uzyskiwały najniższe prawdopodobieństwo wystąpienia w tym badaniu we wszystkich klasach, z wyjątkiem grupy uzależnionej, były utrata zainteresowań, oszukiwanie innych oraz negatywne konsekwencje w postaci np. utraty ważnej relacji. W przypadku analizy własnej również te symptomy, z wyjątkiem negatywnych konsekwencji, które zdominowały profil DNKU, były najmniej nasilone.

Cztery wyłonione w badaniu profile porównano ze sobą ze względu na pięć zmiennych: (1) zainteresowanie rodziców w co gra dziecko (tak *vs* nie), (2) kontrola czasu grania (tak *vs* nie), (3) płeć (chłopcy *vs* dziewczęta), (4) faza rozwoju (średni wiek szkolny, wczesna faza dorastania, późna faza dorastania) oraz (5) czas spędzany na graniu w gry – w dni nauki szkolnej i w weekendy (zmienna ilościowa). Subiektywne przekonanie uczniów odnośnie do zainteresowania ich rodziców/opiekunów grami, w które grają, okazało się nie różnicować wyodrębnionych grup. Z wyjątkiem profilu DNKU – „Doświadczający negatywnych konsekwencji i uciekający” – uczniowie w ponad połowie przypadków wskazywali, że ich rodzice interesują się grami, w które grają. Zastanawiający jest fakt, że w grupie BG ok. 40% uczestników badania wskazało, że ze strony rodziców takiego zainteresowania nie ma. Może to być podyktowane incydentalnym graniem w gry przez uczniów, które np. odbywa się poza domem lub na urządzeniach niebędących własnością dziecka.

Istotne różnice odnotowano w odniesieniu do profili i subiektywnego odczucia związanego z kontrolą czasu, jaki dziecko może przeznaczać na granie. Profil DNKU istotnie różnił się od pozostałych tym, że przeważało w nim wskazanie, że rodzice nie kontrolują czasu grania dziecka. Aspekt dotyczący kontroli czasu grania i zasad związanych z graniem w innych badaniach (Bonnaire, Phan 2017) był istotnym predyktorem IGD. Profil DNKU może zatem wymagać szczególnej uwagi ze względu na fakt, że dominujący jest w nim

objaw w postaci negatywnych konsekwencji wynikających z grania, np. doświadczanie problemów w szkole.

Badania nad zjawiskiem IGD wskazują na wyższy odsetek mężczyzn wśród osób, które można określić jako doświadczające tego zaburzenia (Stevens i in. 2021). W przypadku badań własnych w każdym profilu proporcja chłopców była wyższa niż dziewcząt – ze względu na przewagę chłopców uczestniczących w badaniu. Jednak w ramach porównania profili dominujący pod względem proporcji chłopców był profil „Zaabsorbowanych uciekających” – ZU (82,4 vs 17,6%). W profilu tym, poza przejawami symptomów zaabsorbowania grami i uciekania od negatywnych stanów emocjonalnych, obecny jest wzrost tolerancji, czyli potrzeba spędzania większej ilości czasu na graniu, by uzyskać przyjemność z gry. Jednak porównania uwzględniające średni czas spędzany na graniu, zarówno w dni nauki szkolnej, jak i w weekendy, nie wykazały różnic między profilem ZU a profilami DOOU czy DNKU. Dodatkowo w badaniu Király i in. (2017) moc dyskryminacyjna dla kryteriów IGD dotyczących zaabsorbowania i ucieczki była niższa od pozostałych. Symptom ucieczki od negatywnych emocji miał również niższą moc dyskryminacyjną w badaniu Bruno Schivinskigo i in. (2018).

Czas przeznaczony na granie jest zmienną uwzględnianą w badaniach nad IGD, gdzie profile/klasę identyfikowane jako uzależnione bądź znajdujące się w grupie ryzyka (m.in. Pápay i in. 2013; Pontes i in. 2014; Siste i in. 2022) przeznaczają większą ilość czasu na graniu w porównaniu z grupami bezproblemowymi bądź grającymi okazjonalnie. W przeprowadzonej analizie grupa BG różniła się istotnie czasem grania w dni nauki szkolnej oraz w weekendy od grup DNKU oraz ZU. Zaś grupy DNKU, ZU oraz DOOU nie różniły się wzajemnie od siebie. Brak podobieństwa tych trzech profili względem grup wyłanianych w innych badaniach i obecnych w nich prawidłowości związanych z czasem grania może wymagać dodatkowych działań badawczych, które pomogą lepiej zrozumieć relację między czasem grania a obecnością symptomów IGD wśród młodzieży.

Ograniczenia badań, implikacje praktyczne i wskazania do dalszych badań

Przedstawione badania nie są wolne od ograniczeń. Jednym z nich jest kwestionariuszowa forma gromadzenia danych dotyczących

IGD, która nie do końca pozwala na dokładne zrozumienie sytuacji osoby badanej. Ma to dodatkowe znaczenie w przypadku badań realizowanych grupowo, w których uczniowie mogą nie chcieć ujawnić jakichś swoich doświadczeń, wiedząc, że ktoś może dostrzec wybraną przez nich odpowiedź. Udzielanie odpowiedzi przez młodszych badanych dotyczących występowania u nich objawów IGD wymaga dużej świadomości swoich działań i emocji, a także uwzględnienia szerokiej perspektywy czasowej jaką stanowi ostatnie 12 miesięcy. Kolejnym ograniczeniem może być rozpatrywanie symptomów bez określenia, czy spełnione jest kryterium dla IGD, biorąc pod uwagę to, że inne badania z wykorzystaniem podejścia skoncentrowanego na osobie, np. analiza profili czy klas latentnych, takie działania uwzględniały. Posiadanie wyłącznie jednego źródła informacji, jakim byli sami uczniowie, również należy wskazać jako ograniczenie. Uwzględnienie w badaniach zewnętrznego źródła informacji w postaci odpowiedzi rodziców/opiekunów mogłoby stanowić istotne uzupełnienie danych nie tylko na temat IGD, ale również działań rodziców względem grania dziecka. Dodatkowo należałoby dokonać rozróżnienia między działaniami podejmowanymi przez każde z rodziców/opiekunów, zamiast traktować ich, jak to miało miejsce w analizowanym badaniu, jako jedność, co pozwoliłoby na ujawnienie niezgodności np. w zakresie kontroli rodzicielskiej czasu grania. Jako ostatnie z ograniczeń należy wskazać okres pandemii COVID-19 i jej wpływ na zmianę w zakresie aktywności dzieci i młodzieży w przestrzeni online, w tym na korzystanie z gier internetowych. Analizy własne prowadzone były na danych zgromadzonych w 2018 roku, zatem nie uwzględniają okresu pandemii, który w sposób negatywny wpłynął na funkcjonowanie najmłodszych członków społeczeństwa. Z tego względu wskazane jest powtórzenie badań, w szczególności na reprezentatywnej próbie, które będą pozwalały na ocenę obecności symptomów IGD wśród polskich nastolatków oraz staną się podstawą do wyłonienia aktualnych profili graczy.

Wyodrębnione w analizie własnej profile uczniów grających w gry mogą pomóc w lepszym zrozumieniu zjawiska zaburzenia korzystania z gier internetowych. Symptodem, który ujawniał się w każdym profilu, była ucieczka od negatywnych emocji. Gry mogą stanowić zatem swoistą przestrzeń do regulacji emocji wśród młodszych graczy, co może wymagać wsparcia ze strony osób dorosłych. Jak pokazują

badania Soyeon Lee i współpracowników (2022) postrzeganie przez matki gier jako pozytywnej aktywności stanowiło czynnik ochronny przed rozwojem IGD, a przeciwne stanowisko było istotnym czynnikiem ryzyka. Wskazanie rodzicom znaczenia ich postaw względem grania dziecka w gry może stanowić pomost dla wzajemnego zrozumienia w obszarze tej aktywności, ale również uświadomić, że regulacja tej aktywności z ich strony może uchronić dzieci przed rozwojem potencjalnego zaburzenia.

Choć same kryteria IGD są poddawane analizom dotyczącym jakości ich wykorzystania w diagnozie (Király i in. 2017; Schivinski i in. 2018; Pontes i in. 2019), to brakuje tego rodzaju analiz wśród najmłodszych graczy. Realizacja badań w tym obszarze pozwoliłaby na porównanie, czy stosowanie jednolitych kryteriów względem dorosłych i młodzieży daje podobne rozwiązania. Wydaje się to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę rozwój technologiczny i fakt, że wśród młodzieży odsetek osób grających wynosi ponad 85% (Polish Gamers KIDS 2022 2022).

Podsumowanie

W badaniu własnym wyodrębnione zostały profile różniące się od siebie pod względem wiodących kryteriów IGD. Najliczniejszą grupę stanowili bezproblemowi gracze (BG – 71,7%), zaś najmniej liczną był profil DOOU – Doświadczający objawów odstawienia i uciekający, liczący 4,2% uczestników badania. W każdym profilu dostrzegalne były przejawy symptomu związanego z ucieczką bądź uwolnieniem się od negatywnych emocji. Między profilami odnotowano różnicę tylko dla jednej z dwóch zmiennych związanych z postawami rodziców/opiekunów względem grania dziecka, a była to kontrola czasu grania. Nie wystąpiły różnice dotyczące zainteresowania, w jakie gry gra dziecko. Płeć również istotnie różnicowała profile, a tym, który różnił się istotnie od pozostałych był profil Zaabsorbowanych uciekających – ZU, w którym było najwięcej chłopców. Proporcja przedstawicieli poszczególnych faz rozwojowych nie różniła się między profilami. Czas przeznaczony na granie był istotnie niższy wśród bezproblemowych graczy w porównaniu z uczniami z grup Zaabsorbowanych i uciekających oraz Doświadczających negatywnych konsekwencji i uciekających.

* * *

Autorka artykułu składa serdeczne podziękowania członkom zespołu badawczego, z którymi wspólnie realizowała projekt: dr. Maciejowi Michalakowi, prof. dr. hab. Pawłowi Izdebskiemu, dr. Kin-dze Sobieralskiej-Michalak, dr. Karolinie Stence (obecnie Juszczyk) oraz dr. Jarosławowi Ocalewskiemu. Autorka dziękuje również Deo-nowi Tullett-Prado za mentoring w zakresie analiz statystycznych.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*, <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Bergman L.R., Wångby M. (2014). *The Person-oriented Approach: A Short Theoretical and Practical Guide*, „Eesti Haridusteaduste Ajakiri. Estonian Journal of Education”, t. 2, nr 1, s. 29–49, doi:10.12697/eha.2014.2.1.02b.
- Bonnaire C., Phan O. (2017). *Relationships Between Parental Attitudes, Family Functioning and Internet Gaming Disorder in Adolescents Attending School*, „Psychiatry Research”, t. 255, s. 104–110, <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.030>.
- Cerniglia L., Griffiths M.D., Cimino S., De Palo V., Monacis L., Sinatra M., Tambelli R. (2019). *A Latent Profile Approach for the Study of Internet Gaming Disorder, Social Media Addiction, and Psychopathology in a Normative Sample of Adolescents*, „Psychology Research and Behavior Management”, t. 12, s. 651–659, <https://doi.org/10.2147/PRBM.S211873>.
- Chang C.I., Fong Sit H., Chao T., Chen C., Shen J., Cao B., Montag C., Elhai J.D., Hall B.J. (2022). *Exploring Subtypes and Correlates of Internet Gaming Disorder Severity Among Adolescents During COVID-19 in China: A Latent Class Analysis*, „Current Psychology”, s. 1–12. Advance online publication, <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03133-8>.
- Chiu Y.-C., Pan Y.-C., Lin Y.-H. (2018). *Chinese Adaptation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test and Prevalence Estimate of Internet Gaming Disorder Among Adolescents in Taiwan*, „Journal of Behavioral Addictions”, t. 7, nr 3, s. 719–726, <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.92>.
- Izdebski P. (2019). *Internet i gry internetowe. Osobisty rozwój czy ryzyko patologii zachowania?*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kim E., Yim H.W., Jeong H., Jo S.J., Lee H.K., Son H.J., Han H.H. (2018). *The Association Between Aggression and Risk of Internet Gaming Disorder in Korean Adolescents: The Mediation Effect of Father-Adolescent Communication Style*, „Epidemiology and Health”, t. 40, e2018039, <https://doi.org/10.4178/epih.e2018039>.

- Király O., Slecza P., Pontes H.M., Urbán R., Griffiths M.D., Demetrovics Z. (2017). *Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and Evaluation of the Nine DSM-5 Internet Gaming Disorder Criteria*, „Addictive Behaviors”, t. 64, s. 253–260, <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.005>.
- Kovacs J., Zarate D., de Sena Collier G., Tran T.T.D., Stavropoulos V. (2022). *Disordered Gaming: The Role of a Gamer's Distress Profile*, „Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement”. Advance online publication, <https://doi.org/10.1037/cbs0000335>.
- Lee S., Yoo S.K., Son Y.D., Kim S.M., Han D.H. (2022). *Effect of Parental Perception on the Prevalence of Adolescent Internet Gaming Disorder During the COVID-19 Pandemic*, „Psychiatry Investigation”, t. 19, nr 5, s. 348–355, <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0260>.
- Lin C.-Y., Imani V., Broström A., Årestedt K., Pakpour A.H., Griffiths M.D. (2019). *Evaluating the Psychometric Properties of the 7-Item Persian Game Addiction Scale for Iranian Adolescents*, „Frontiers in Psychology”, t. 10, art. 149, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00149>.
- Macur M., Pontes H.M. (2021). *Internet Gaming Disorder in Adolescence: Investigating Profiles and Associated Risk Factors*, „BMC Public Health”, t. 21, nr 1, art. 1547, <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11394-4>.
- Michalak M., Kotyśko M., Izdebski P., Sobieralska-Michalak K., Ocalewski J., Stenka K. (2019). *Zaburzenie korzystania z gier internetowych – charakterystyka i rozpowszechnienie zjawiska oraz jego psychologiczne korelaty wśród uczniów szkoły podstawowej i gimnazjum na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i warmińsko-mazurskiego*, https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=15&res_id=8845133 [dostęp: 1.03.2023].
- Muthén L.K., Muthén B.O. (2007). *Re: What Is a Good Value of Entropy* [komentarz online], <http://www.statmodel.com/discussion/messages/13/2562.html?1237580237> [dostęp: 1.03.2023]
- Myrseth H., Notelaers G. (2018). *A Latent Class Approach for Classifying the Problem and Disordered Gamers in a Group of Adolescence*, „Frontiers in Psychology”, t. 9, art. 2273, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02273>.
- Nylund K.L., Asparouhov T., Muthén B.O. (2007). *Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study*, „Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal”, t. 14, nr 4, s. 535–569, <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>.
- Paulus F.W., Ohmann S., von Gontard A., Popow C. (2018). *Internet Gaming Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review*, „Developmental Medicine and Child Neurology”, t. 60, nr 7, s. 645–659, <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>.
- Pápay O., Urbán R., Griffiths M.D., Nagygyörgy K., Farkas J., Kökönyei G., Felvinczi K., Oláh A., Elekes Z., Demetrovics Z. (2013). *Psychometric*

- Properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short-form and Prevalence of Problematic Online Gaming in a National Sample of Adolescents*, „Cyberpsychology, Behavior and Social Networking”, t. 16, nr 5, s. 340–348, <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0484>.
- Piotrowski K., Wojciechowska J., Ziółkowska B. (2014). *Rozwój nastolatka. Późna faza dorastania*, [w:] A. Brzezińska (red.), *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, t. 6, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych, http://produkty.ibe.edu.pl/docs/ndn/NDN_Rozwoj_dziecka_6_Pozna_faza_dorastania.pdf [dostęp 12.05.2023].
- Piotrowski K., Ziółkowska B., Wojciechowska J. (2014). *Rozwój nastolatka. Wczesna faza dorastania*, [w:] A. Brzezińska (red.), *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, t. 5, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych, http://produkty.ibe.edu.pl/docs/ndn/NDN_Rozwoj_dziecka_5_Wczesna_faza_dorastania.pdf [dostęp 12.05.2023].
- Polish Gamers 2022 (2022). https://polishgamers.com/wp-content/uploads/2022/10/Raport_2022_short.pdf [dostęp: 1.03.2023].
- Polish Gamers KIDS 2022 (2022). https://polishgamers.com/wp-content/uploads/2022/10/RaportKIDS_2022_demo.pdf [dostęp: 1.03.2023].
- Pontes H.M., Király O., Demetrovics Z., Griffiths M.D. (2014). *The Conceptualisation and Measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The Development of the IGD-20 Test*, „PLOS ONE”, t. 9, nr 10, e110137, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110137>.
- Pontes H.M., Griffiths M.D. (2015). *Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and Validation of a Short Psychometric Scale*, „Computers in Human Behavior”, t. 45, s. 137–143, <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>.
- Pontes H.M., Macur M., Griffiths M.D. (2016). *Internet Gaming Disorder Among Slovenian Primary Schoolchildren: Findings From a Nationally Representative Sample of Adolescents*, „Journal of Behavioral Addictions”, t. 5, nr 2, s. 304–310, <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.042>.
- Pontes H.M., Schivinski B., Brzozowska-Woś M., Stavropoulos V. (2019). *Looser Clinical Criteria for Gaming Disorder May Hinder Future Efforts to Devise an Efficient Diagnostic Approach: A Tree-Based Model Study*, „Journal of Clinical Medicine”, t. 8, nr 10, art. 1730, <https://doi.org/10.3390/jcm8101730>.
- R Core Team (2022). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, <https://www.R-project.org/> [dostęp: 1.03.2022].
- Rękosiewicz M., Jankowski P. (2014). *Rozwój dziecka. Środkowy wiek szkolny*, [w:] A. Brzezińska (red.), *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, t. 4, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych, http://produkty.ibe.edu.pl/docs/ndn/NDN_Rozwoj_dziecka_4_Srodkowy_wiek_szkolny.pdf [dostęp: 12.05.2023].

- Rosenberg J., Beymer P., Anderson D., Schmidt J. (2018). *tidyLPA: An R Package to Easily Carry Out Latent Profile Analysis (LPA) Using Open-Source or Commercial Software*, „Journal of Open Source Software”, t. 3, nr 30, art. 978, <https://doi.org/10.21105/joss.00978>.
- Schivinski B., Brzozowska-Woś M., Buchanan E.M., Griffiths M.D., Pontes H.M. (2018). *Psychometric Assessment of the Internet Gaming Disorder Diagnostic Criteria: An Item Response Theory Study*, „Addictive Behaviors Reports”, t. 8, s. 176–184, <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.06.004>.
- Siste K., Hanafi E., Sen L.T., Damayanti R., Beatrice E., Ismail R.. (2022). *Psychometric Properties of the Indonesian Ten-Item Internet Gaming Disorder Test and a Latent Class Analysis of Gamer Population Among Youths*, „PLOS ONE”, t. 17, nr 6, e0269528, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269528>.
- Statista (2022a). *Number of Video Game Users Worldwide 2017–2027*. <https://www.statista.com/statistics/748044/number-video-gamers-world/> [dostęp: 1.03.2023].
- Statista (2022b). *Video Games – Worldwide*, <https://www.statista.com/outlook/dmo/digital-media/video-games/worldwide#revenue> [dostęp: 1.03.2023].
- Stevens M.W., Dorstyn D., Delfabbro P.H., King D.L. (2021). *Global Prevalence of Gaming Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Australian & New Zealand Journal of Psychiatry”, t. 55, nr 6, s. 553–568, <https://doi.org/10.1177/0004867420962851>.
- Vadlin S., Åslund C., Rehn M., Nilsson K.W. (2015). *Psychometric Evaluation of the Adolescent and Parent Versions of the Gaming Addiction Identification Test (GAIT)*, „Scandinavian Journal of Psychology”, t. 56, nr 6, s. 726–735, <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/sjop.12250>.
- van den Eijnden R., Koning I., Doornwaard S., van Gorp F., ter Bogt T. (2018). *The Impact of Heavy and Disordered Use of Games and Social Media on Adolescents’ Psychological, Social, and School Functioning*, „Journal of Behavioral Addictions”, t. 7, nr 3, s. 697–706, <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.65>.
- Wong I.L., Lam M.P. (2016). *Gaming Behavior and Addiction Among Hong Kong Adolescents*, „Asian Journal of Gambling Issues and Public Health”, t. 6, nr 1, art. 6, <https://doi.org/10.1186/s40405-016-0016-x>.
- World Health Organization (2019a). 6C51 Gaming disorder. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentify%2f1448597234> [dostęp: 1.03.2023].
- World Health Organization (2019b). QE22 Hazardous gaming. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentify%2f1586542716> [dostęp: 1.03.2023].

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Martyna Kotyśko
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Wydział Nauk Społecznych
e-mail: martyna.kotysko@uwm.edu.pl

Monika Zięciak
ORCID: 0000-0002-9204-1402
Uniwersytet Szczeciński

Wiedza kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków wychowawczych w zakresie uzależnień nieletnich

Knowledge of Underage Addiction Among
the Teaching Staff of Youth Educational Centers

ABSTRACT

The main objective of the research was to determine the knowledge among the teaching staff of youth educational centers (YEC) about substance addiction and behavioral addiction, as well as responses to the manifestations of addiction. The research followed a qualitative strategy. The data was collected through in-depth interviews with 17 employees from three randomly selected YECs (one for girls and two for boys).

The collected data indicate that the teaching staff of YECs has insufficient knowledge to work with addicted minors. Despite their capabilities, they do not diagnose addictions and do not organize activities to support young people in coping with their problems. This is related to a lack of competence, the belief that such tasks are not their responsibility, and the perception of these activities as ineffective and insufficient.

KEYWORDS

educator, addictions
to psychoactive
substances,
behavioral addictions,
rehabilitation, minors

SŁOWA KLUCZOWE

pedagog, uzależnienia
od substancji
psychoaktywnych,
uzależnienia
behawioralne,
resocjalizacja, nieletni

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.008
Nadesłano: 27.03.2023
Zaakceptowano: 28.04.2023

Therefore, it is recommended that the teaching staff of YECs develop their knowledge and skills by participating in certification courses, training programs, and workshops on addictions (substance and behavioral); using basic diagnostic techniques, the principles of assisting in crisis intervention, and the methods of motivational dialogue; and studying the literature and consulting and supervising cases with specialists.

ABSTRAKT

Głównym celem badań było rozpoznanie wiedzy kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) na temat uzależnień nieletnich od substancji oraz uzależnień behawioralnych, jak i sposobów reagowania przez nich na doświadczane przejawy uzależnień. Badania przeprowadzono w strategii jakościowej. Dane zebrano za pomocą wywiadów pogłębionych przeprowadzonych z 17 pracownikami z trzech losowo wybranych młodzieżowych ośrodków wychowawczych (jeden dla dziewcząt i dwa dla chłopców).

Zebrane dane wskazują, że kadra pedagogiczna posiada niewystarczającą wiedzę wymaganą do pracy z uzależnionymi nieletnimi. Pomimo posiadanych możliwości, nie diagnozuje uzależnień i nie organizuje działań wspierających młodzież w radzeniu sobie z tym problemem. Wynika to z braku kompetencji, przekonania, że ww. zadania nie należą do obowiązków badanej kadry, a także z postrzegania tych czynności jako nieskutecznych i niewystarczających.

Dlatego zaleca się, aby kadra pedagogiczna MOW rozwijała swoją wiedzę i umiejętności poprzez: uczestniczenie w certyfikacyjnych kursach, szkoleniach, warsztatach dotyczących uzależnień od substancji i uzależnień behawioralnych, posługiwanie się podstawowymi technikami diagnozy, przestrzeganie zasad udzielania pomocy w trakcie interwencji kryzysowej, posługiwanie się metodami dialogu motywującego, studiowanie literatury oraz konsultowanie i superwizowanie przypadków ze specjalistami.

Stopień uzależnień nieletnich przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych

Używanie substancji psychoaktywnych jest jednym z najczęściej przejawianych zachowań ryzykownych wśród podopiecznych Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych (MOW) i Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii (MOS). Z badań wynika, że większość

przebywających tam wychowanków nie tylko przyznaje się do sporadycznego spożywania alkoholu, ale ponad 70% z nich upija się systematycznie przebywając poza placówką. Prawie 60% młodszych (12–15 lat) i 70% starszych (16–19 lat) w ostatnim roku paliło papierosy codziennie, a wśród użytkowników substancji narkotycznych znalazło się aż 63,5% młodszych i 75% starszych wychowanków. Najpowszechniej używanymi substancjami były przetwory konopi, amfetamina, ecstasy/MDMA i nowe substancje psychoaktywne (NSP), czyli tzw. dopalacze. Wyniki badań wskazują, że wychowankowie MOW sięgają po używki znacznie częściej niż ich rówieśnicy z MOS i szkół publicznych. Ponadto dziewczęta z młodszej grupy wiekowej częściej niż chłopcy sięgają po takie substancje jak alkohol, stymulanty, NSP, kodeina czy leki psychotropowe (Pisarska, Bobrowski, Greń, Ostaszewski 2019: 302; Ostaszewski, Bobrowski, Greń, Pisarska 2019: 339–340; Greń, Bobrowski, Ostaszewski, Pisarska 2019: 274, 276, 278).

Rozpowszechnienie używania alkoholu przez nieletnich z placówek resocjalizacyjnych potwierdzają również inne badania (Greń, Bobrowski, Ostaszewski, Pisarska 2019: 29). Wynika z nich, że 90,6% nieletnich w ciągu ostatnich 12 miesięcy piło alkohol, 81,3% upijało się, a 51% przyznało, że będąc pod wpływem alkoholu podejmowało inne zachowania ryzykowne. Stosowanie przez wychowanków MOW substancji psychoaktywnych potwierdzają również badania Michała Kranca (2018: 40) przeprowadzone w trzech placówkach województwa małopolskiego w grupie 115 wychowanków, z których wynika, że 70% młodzieży używa alkoholu, 84% papierosów, a z narkotyków korzysta 50% badanej populacji.

Wszyscy podopieczni MOW (N=60) badani przez Arkadiusza Kamińskiego (2018: 43) eksperymentowali z różnego rodzaju substancjami psychoaktywnymi; 95% paliło papierosy – większość z nich nałogowo, 88% spożywało alkohol, a 83% w przyznało się do palenia marihuany. Amfetaminę i dopalacze zażywało 53% podopiecznych. Przeprowadzone przez tego samego autora badania w roku 2015 na grupie 120 podopiecznych trzech placówek resocjalizacyjnych (MOW) wykazały, że 40% z nich stanowią wychowankowie „szkodliwie” zażywający substancji psychoaktywnych. Są to podopieczni z diagnozą zaburzeń mieszanych, spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych ze wskazaniem do ambulatoryjnej terapii uzależnień (Kamiński 2018: 44).

Z przeprowadzonych przez Karinę Szafrąską (2018) badań jakościowych wynika, że zdecydowana większość wychowanków MOW deklaruje uzależnienie od co najmniej jednej substancji psychoaktywnej. Dominują osoby uzależnione od alkoholu, nikotyny, marihuany oraz narkotyków (93,5%), a 80% z nich deklaruje uzależnienie od dopalaczy. Aż 54% respondentów nie widzi zagrożenia w sporadycznym zażywaniu narkotyków (Szpringer, Wojciechowska, Orczykowski 2015: 375).

Nie ulega zatem wątpliwości, że młodzież niedostosowana społecznie przebywająca w MOW, o ile jeszcze nie jest uzależniona, to na pewno należy do grupy wysokiego ryzyka.

Pomimo rozpowszechniania wiedzy na temat zagrożeń związanych z nałogowym korzystaniem np. telefonu, internetu, mediów społecznościowych, gier komputerowych (np. Jarczyńska, Orzechowska 2014; Celebucka, Jarczyńska 2014; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018; Griiffths 2004; Guerreschi 2006; Woronowicz 2021; Piasecka, Kuształ, Piątek 2022), nadal niewystarczająca jest liczba badań empirycznych dotyczących uzależnień behawioralnych nieletnich przebywających w MOW, co wskazuje na taką potrzebę.

Opierając się na klasyfikacji uzależnień behawioralnych według Ireny Grzegorzewskiej i Lidii Cierpiałkowskiej (2018) (uzależnienie od hazardu, uzależnienie związane z korzystaniem z nowych technologii i „światem wirtualnym”, szkodliwe zachowania dotyczące kształtowania ciała, szkodliwe jedzenie wysokokalorycznych posiłków, szkodliwe zachowania odnoszące się do robienia zakupów, model uzależnienia od seksu i pornografii, szkodliwe i nałogowe wykonywanie pracy), dokonano przeglądu badań z ostatnich lat przeprowadzonych w grupie dorastającej młodzieży.

Wyniki badań nad uzależnieniem od e-czynności autorstwa Małgorzaty Styśko-Kunkowskiej i Grażyny Wąsowicz (2013–2014) wskazują, że wśród adolescentów (13–19 lat; N=1000) największy jest odsetek młodzieży o wysokim stopniu zagrożenia uzależnieniem od Internetu, 24% populacji korzysta z tego medium w celu redukcji napięcia. W przypadku 29% odnotowuje się zagrożenie uzależnieniem od e-gier. Niewiele ponad 14% młodzieży zadeklarowało granie w gry na pieniądze lub żetony, a 15%, a 15,5% – obstawianie zakładów (np. sportowych). 70% nastolatków korzysta ze sklepów internetowych i w tej grupie u zdecydowanej większości (82,6%) stwierdzono średni lub wysoki stopień zagrożenia uzależnieniem. Korzystanie

z Facebooka i innych portali społecznościowych zadeklarowało ponad 930 osób, a wśród 95% z nich stwierdzono co najmniej średni stopień zagrożenia uzależnieniem.

Z przeprowadzonych badań Katarzyny Warzechy (2015–2016) na grupie młodzieży śląskiej (N=2669; 13–20 lat) wynika, że jest ona bardzo dobrze wyposażona w nowoczesne środki komunikacji (telefon, smartfon, tablet, konsole, dostęp do internetu). Zdarza się jednak, że młodzi ludzie używają ich w sposób niewłaściwy i problematyczny – 11,73% uczniów szkół gimnazjalnych to osoby zagrożone lub problemowo korzystające z internetu, 5,72% gimnazjalistów i 6,48% uczniów szkół ponadgimnazjalnych gra w gry hazardowe problemowo lub są graczami ryzykownymi. 8,10% uczniów gimnazjum i 9,27% młodzieży śląskiej ze szkół średnich gra problemowo lub wykazuje symptomy nadużywania gier komputerowych. Najwięcej, bo aż 40,4% badanej populacji szkół ponadgimnazjalnych, to osoby uzależnione lub zagrożone uzależnieniem od telefonu komórkowego. Badania ogólnopolskie przeprowadzone na grupie 22 tys. uczniów przez Fundację Dbam o Mój Zasięg wskazują, że około 3% nastolatków w Polsce posiada symptomy pełnego fonoholizmu (Dębski 2016). Z kolei wyniki badań z Krakowa (N=680; 2017 rok) przeprowadzone przy użyciu skróconej wersji testu Kimberly Young wskazują na 9,8% osób zagrożonych problematycznym używaniem internetu. Pełne symptomy posiada o wiele mniejszy (2,2%) odsetek respondentów (Mróz, Solecki 2017).

Polskie badania EU Kids Online 2018 (N=1249; wiek 9–17 lat; z całej Polski), ujawniły, że 20% młodzieży zrezygnowało z posiłku lub snu na rzecz korzystania z internetu. Około 13% przyznało się, że powodem korzystania z internetu przynajmniej raz dziennie jest nuda, a około 8% badanych rezygnuje ze spotkań z bliskimi i rodziną lub zaniedbuje naukę, aby mieć więcej czasu na korzystanie z sieci. Z kolei blisko 19% młodych ludzi w dzień weekendowy korzysta z internetu więcej niż 6 godzin (Pyżalski, Zdrodowska, Tomczyk, Abramczuk 2019: 22). Warto dodać, że opublikowane w 2019 roku badania – NASK Nastolatki 3.0 – wskazują, że nastolatki korzystają samodzielnie z internetu już od 7. roku życia (Bochenek, Lange 2019: 6). Przyniesione wyniki badań jednoznacznie wskazują, że istnieje realne zagrożenie rozwoju nowych uzależnień w pokoleniu dorastających współcześnie nastolatków.

Znaczenie kompetencji pedagogów resocjalizacyjnych do pracy z osobami uzależnionymi

Nieletni przebywający w ośrodkach resocjalizacyjnych używają w większości substancji psychoaktywnych i narażeni są na nierozpoznane dotąd w tej grupie zjawisko uzależnień behawioralnych. W świetle tej wiedzy należy przyjąć, że podejmowane w MOW oddziaływania resocjalizacyjne nie będą skuteczne, jeśli nie uwzględnia specyfiki funkcjonowania uzależnionych wychowanków. Brak specjalistycznych działań kadry MOW, ukierunkowanych na radzenie sobie z tym problemem, potwierdzają badania przeprowadzone wśród byłych wychowanków (Sikora, Szczepanik 2015: 100; Cieślakowska-Ryczko, Dobińska 2019: 119). Używanie substancji psychoaktywnych bądź nałogowe podejmowanie czynności to najczęściej występujące bariery utrudniające pomyślną readaptację społeczną. Często uniemożliwiają one podejmowanie dalszej nauki, odpowiedzialne wywiązywanie się z powierzonych w miejscu pracy obowiązków, załatwianie spraw w urzędach czy placówkach leczniczych. W konsekwencji prowadzą do wykluczenia społecznego, bezrobocia, bezdomności (Czapnik-Jurak 2019: 3, 59), a nawet przestępczości (Kilińska-Pękacz 2020: 232–245). Dlatego ważne jest, aby kadra pedagogiczna MOW posiadała:

1. umiejętności i wiedzę z zakresu diagnozowania uzależnienia (kryteriów diagnostycznych, używania ryzykownego, szkodliwego i nałogowego, rozpoznawania symptomów uzależnień behawioralnych). Za niezbędne uznać należy posługiwanie się podstawowymi testami diagnostycznymi (AUDIT, MAST, CAGE – Fudała 2009: 45–47), alkomatem, testami kasetkowymi sprawdzającymi obecność narkotyków wykrywanych w moczu, jak i testami diagnostycznymi pozwalającymi rozpoznać pierwsze objawy uzależnień behawioralnych (Bandurska 2019);
2. umiejętności i wiedzę z zakresu projektowania oddziaływań profilaktycznych (np. „nowe uzależnienia”, ryzyko substytucyjnego używania innych substancji i podejmowania zachowań ryzykownych, używanie legalnych środków do odurzania się);
3. umiejętności i wiedzę z zakresu planowania pracy resocjalizacyjnej z osobą uzależnioną (np. mechanizmy uzależnienia się, nawrót, radzenie sobie z objawami abstynencyjnymi,

- umiejętności formułowania zaleceń metodycznych do pracy psychokorekcyjnej, projektowanie oddziaływań w obszarze poczucia własnej wartości, treningu radzenia sobie z agresją, treningu umiejętności społecznych, rozwijania poczucia sprawstwa, treningów relaksacyjnych, rozwiązywania konfliktów);
4. wiedzę i umiejętności z zakresu prowadzenia indywidualnych rozmów wspierających, motywujących do zmiany, podjęcia leczenia, podtrzymujących uczestniczenie w terapii (np. dialog motywujący).

Bez pogłębionej wiedzy na temat uzależnień kadra pedagogiczna staje się bezradna wobec problemów związanych z uzależnieniami wychowanków. Dotychczas przeprowadzone badania pokazują, że nauczyciele szkół publicznych są niewystarczająco przygotowani do prowadzenia oddziaływań profilaktycznych z zakresu podejmowanych przez młodzież zachowań ryzykownych (Kusztal, Piasecka, Nastaszak, Piec 2021).

W MOW sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że dyrektorzy tych placówek nie mają obowiązku zatrudniania terapeutów, a w procesie kształcenia psychologów temat uzależnień poruszany jest zazwyczaj w ograniczonym zakresie. W obliczu tak rozpowszechnionego problemu używania substancji psychoaktywnych oferowana w placówkach resocjalizacyjnych pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest niewystarczająca (na dzień 31 marca 2021 roku na jednego psychologa przypadało od 1 do 53 wychowanków, a na jednego pedagoga od 16 do 44 podopiecznych MOW) (Raport NIK 2021). Wsparciem w diagnozowaniu i pracy z uzależnionymi wychowankami mogłoby być utworzenie specjalistycznych, leczniczo-wychowawczych ośrodków z przeznaczeniem dla wychowanków wymagających terapii uzależnień, o co postulowała Najwyższa Izba Kontroli (Raport NIK 2021). Jednak tego rodzaju placówek nadal nie utworzono, a pracownicy MOW mogą liczyć tylko na wsparcie organizacji pozarządowych lub instytucji leczniczych, np. poradni uzależnień, oddziałów ambulatoryjnych czy ośrodków typu MONAR. Otrzymanie tam pomocy wiąże się niestety z długim czasem oczekiwania i wymaga podjęcia odpowiednich procedur, co dodatkowo odsuwa w czasie rozpoczęcie terapii przez nieletniego (wniosek do sądu, diagnoza uzależnienia, zgoda opiekuna prawnego, negatywny wynik testu na obecność narkotyków, dojazd do ośrodków).

Logika dotychczasowego wywodu wskazuje zatem, że posiadanie przez pedagogów resocjalizacyjnych kompetencji do pracy z osobami uzależnionymi może znacząco przyczynić się do szybszego rozpoznania problemu uzależnień i uzyskania specjalistycznej pomocy terapeutycznej. Natomiast wskazane wyżej umiejętności mogą pomóc w zindywidualizowaniu oddziaływań resocjalizacyjnych i projektowaniu form pomocy adekwatnych do potrzeb i sposobu funkcjonowania osób uzależnionych.

Założenia metodologiczne i przebieg badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było rozpoznanie wiedzy kadry pedagogicznej dotyczącej pracy z uzależnionymi wychowankami przebywającymi w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych. Główny problem badawczy sformułowano następująco: Jaka jest wiedza kadry pedagogicznej do pracy z uzależnionymi wychowankami przebywającymi w MOW? Sformułowano również szereg szczegółowych problemów badawczych:

1. Jak kadra pedagogiczna MOW rozumie zjawisko uzależnień?
2. Na jakie przejawy uzależnień nieletnich zwraca uwagę?
3. Od czego są uzależnieni nieletni przebywający w MOW?
4. Jakie są przyczyny uzależniania się nieletnich?
5. W jaki sposób można skutecznie pomagać uzależnionym wychowankom?
6. Z jakich źródeł kadra pedagogiczna MOW czerpie wiedzę na temat uzależnień?
7. Jakie znaczenie dla kadry pedagogicznej MOW ma wiedza o uzależnieniach nieletnich?

Badania przeprowadzono w strategii jakościowej, a dane zebrano dzięki przeprowadzeniu wywiadów pogłębionych, ustrukturyzowanych (Konecki 2011). Grupę badawczą stanowiło 10 wychowawców, trzech dyrektorów, dwóch pedagogów i dwóch psychologów z trzech losowo wybranych młodzieżowych ośrodków wychowawczych (jednego dla dziewcząt i dwóch dla chłopców). Badania zostały przeprowadzone w styczniu 2023 roku. Wzięło w nich udział 13 kobiet i czterech mężczyzn w wieku od 25 do 66 lat. Rozmowy z pracownikami odbywały się w kontakcie bezpośrednim, w warunkach zapewniających komfort i poufność na terenie MOW. Wypowiedzi

rozmówców, za ich zgodą, były skrupulatnie notowane podczas prowadzonych wywiadów.

Wyniki badań własnych

Kadra pedagogiczna z młodzieżowych ośrodków wychowawczych rozumie uzależnienie jako ograniczenie wolności człowieka i skoncentrowanie swojego życia na zażywaniu substancji narkotycznych bądź na uporczywym powtarzaniu czynności (np. używania telefonu), pomimo związanych z tym negatywnych konsekwencji. Jest to też jakiś sposób na radzenie sobie z trudnymi emocjami.

Uzależnienie ja rozumiem w taki sposób, że w sytuacji trudnej dziecko, jeżeli sobie nie radzi, to sięga po jakąś formę wspomagania. Wtedy jest jemu lepiej znieść sytuację trudną, co wcale nie znaczy, że tę sytuację rozwiązuje (Wychowawca_1).

Wychowawcom trudno było zdefiniować precyzyjnie, co oznacza dla nich uzależnienie i wówczas unikali odpowiedzi, opowiadając o swoich doświadczeniach z uzależnionymi w prywatnych kontaktach. Zdarzało się również, że zamiast definiowania zjawiska wymieniali jego przyczyny, skutki, rodzaje znanych środków uzależniających oraz wybrane elementy procesu uzależniania się. Co więcej, uzależnienie od substancji psychoaktywnych traktowali jako „normalne”, a uzależnienie od czynności jako „namacalne, behawioralne, inne i raczej niegroźne”. Zaskakujące okazało się także porównanie uzależnienia do „opętania, więzienia lub przyjemności”. Ostatnie określenie, jak się okazało w dalszej części wywiadu, wynikało z własnych doświadczeń rozmówcy z uzależnieniem od alkoholu i telefonu.

Uzależnienie prowadzi do tego, że staje się numerem jeden w życiu, a wszystkie inne działania są na dalszym planie i podporządkowane temu zjawisku (Wychowawca_4).

Uzależnienie jest brakiem wolności wyboru, opętaniem, czymś, co nas ogranicza, kojarzy mi się z więzieniem (Wychowawca_3).

Nieletni, zdaniem kadry pedagogicznej, uzależniają się, odczuwając przyjemność wynikającą z zażycia narkotyku lub wykonywania jakiejś czynności. Uzależnienie jest też dla rozmówców równoznaczne z przymusem ciągłego przyjmowania substancji.

To jest bardzo proste. Odczuwa się przyjemność po usłyszeniu, po zobaczeniu, po odczuciu. Jest to uczucie na tyle przyjemne, że je powtarzamy (Wychowawca_3).

Gdyby był uzależniony, to musiałby teraz w ośrodku cały czas brać (Wychowawca_6).

Kadrze pedagogicznej trudno było precyzyjnie wyjaśnić istotę i kryteria uzależnienia. Analiza zebranych wypowiedzi wskazuje na brak wiedzy merytorycznej pozwalającej na odróżnienie poszczególnych faz rozwoju tego zjawiska (eksperymentowanie, zażywanie okazjonalne, zażywanie regularne, uzależnienie). Wydaje się, że sformułowane przez wychowawców opisy najbliższe są ostatniej fazie uzależnienia, co świadczyłoby o tym, że pierwsze niepokojące sygnały związane z zachowaniem nieletnich są najczęściej zupełnie pomijane. Tylko jeden z rozmówców zwrócił uwagę na związek stosowania substancji lub powtarzania czynności z przeżywaniem trudnych stanów emocjonalnych. Bagatelizowano też uzależnienia behawioralne, które wychowawcom wydają się mniej niebezpieczne niż stosowanie środków psychoaktywnych.

Diagnozowanie uzależnienia przez kadrę pedagogiczną MOW

Podstawą rozpoznawania problemu uzależnień jest dla pracowników pedagogicznych MOW obserwacja zachowania nieletniego, które wskazuje na nadmierne pobudzenie, ospałość, nadmierny apetyt lub jego brak, smutek lub zadowolenie (śmiech), tiki nerwowe, gwałtowne połykanie śliny, konieczność bycia w ciągłym ruchu, agresję, brak kontroli nad zachowaniem, bełkoczącą mowę, prowadzenie rozmów o doświadczeniach z używaniem narkotyków. Poszukując wskaźników uzależnienia, wychowawcy skupiają się na twarzy wychowanków, a w szczególności na oczach, sprawdzając czy mają źrenice rozszerzone, czy zwężone, ewentualnie „błędny wzrok”. Uwagę zwracają objawy odstawienia, np. trzęsące ręce, rozdrażnienie, pobudzenie, trudności w nawiązywaniu kontaktu. Czasem wykorzystywane są do tego treści zamieszczane przez nieletnich w mediach społecznościowych (zdjęcia i ich opisy). Ostatecznie jednak są zgodni, że warunkiem dobrze postawionej diagnozy jest wszechstronna znajomość podopiecznych wynikająca z prowadzonych z nimi rozmów

i obserwacji oraz z analizy dokumentacji. Dosyć często powtarzały się jednak wypowiedzi świadczące o tym, że kadra pedagogiczna nie ma narzędzi ani wiedzy do rozpoznawania uzależnienia i jedynie specjaliści, tzn. terapeuci uzależnień, mogą zdiagnozować wychowanka (choć i to rozwiązanie budziło wątpliwości).

Nie wiem, czy da się rozpoznać, czy ktoś jest uzależniony. Oni bardzo się z tym kryją. On dużo nie pije, on nie jest uzależniony, on nie potrzebuje (Wychowawca_6).

Za kuriozalną uznać należy sytuację w jednym z ośrodków, w którym, pomimo wiedzy o uzależnieniu wychowanka, nie podjęto wobec niego żadnych oddziaływań specjalistycznych. Równie zaskakujące było ignorowanie zażywania środków psychoaktywnych przez nieletnich podczas przepustek lub pomimo uzasadnionego podejrzenia używania ich na terenie placówki. W żadnym ośrodku nie prowadzono systematycznej kontroli obecności środków psychoaktywnych u wychowanków zarówno podczas pobytu, jak i po powrocie z urlopowania do placówki resocjalizacyjnej.

On bierze podczas przepustek. Są często przerwy i wtedy na przepustkach sobie ulżą (Wychowawca_6).

To widać po wakacjach, jakie są chude, rozbite. Myślę, że faktycznie większość, gdyby można było je sprawdzić, to coś by wyszło (Psycholog_1).

Od komputera jest uzależniony, i jak jedzie do domu, to tam notorycznie gra (Wychowawca_10).

Wolę, żeby chłopiec wziął papierosa i poszedł, zapalił do łazienki po cichu, po kryjomu, niż oficjalnie mam z nim wyjść na fajkę (Wychowawca_10).

Czasami wiem, że na terenie ośrodka są narkotyki. Nie wiem, jak temu zapobiegać (Pedagog_1).

Uregulowania prawne obowiązujące od września 2022 roku pozwalają na przeprowadzanie wśród wychowanków testów na obecność narkotyków. Bariere w ich realizacji dla kadry pedagogicznej stanowią finanse (placówek nie stać na zakup dużej liczby multitestów – jedna sztuka to koszt ok. 30–40zł), procedury, biurokracja, a także stres związany z umiejętnością poprawnego odczytania wyniku testu.

Robiłam test, pierwszy raz co prawda, ale zgodnie z instrukcją. Odczytałam wynik i był niejednoznaczny, ale uznałam, że jest pozytywny. Skonsultowałam się z innymi i uznaliśmy, że podejmujemy procedury. Później przyszła X i powiedziała, że wynik jest negatywny i za wcześnie podjęliśmy decyzję o informowaniu sądu, rodziców. Skończyło się to strasznym konfliktem (Wychowawca_9).

Obecnie nie są robione, bo jesteśmy leniwi – wychowawcy (Pedagog_2).

Przeprowadzanie testów wśród wychowanków na zawartość w organizmach środków odurzających powinno się odbywać z poszanowaniem godności i intymności nieletnich. Tymczasem obawa przed manipulacją wychowanków prowadzi do łamania ich praw.

Ja już robiłam testy narkotykowe, wiem, jak się to robi, ale u mnie nie ma czegoś takiego, że wychowanek się zamyka w toalecie. Ma nasikać przy mnie. Ja wiem, że mogą różne sztuczki wykonywać, na tyle mam już doświadczenia, że wiem (Pedagog_2).

Rodzaje uzależnień wśród nieletnich

Nieletni w opinii kadry mogą się uzależnić od wszystkiego, jednak najczęściej jest to alkohol, papierosy, narkotyki, telefon i internet. Rzadziej ich zdaniem wychowankowie uzależniają się od hazardu, gier komputerowych czy seksu. Rozmówcy zwracali też uwagę na uzależnienie nieletnich od energetyków oraz środków wziewnych (dezodorantów, gazu). Ponadto z relacji wychowawców wynikało, że dziewczęta w odróżnieniu od chłopców nałogowo korzystają ze środków przeciwbólowych, wykazują emocjonalną zależność od partnerów oraz od aprobaty w mediach społecznościowych.

Występowanie tego typu zjawiska wśród wychowanek MOW wychowawcy tłumaczyli znaczeniem jakie ma dla nich korzystanie z telefonu, internetu i mediów społecznościowych w kształtowaniu tożsamości społecznej i osobowej oraz zaspokajaniem potrzeby akceptacji.

Uzależniają się nawet od poklasku ludzi; od lajków dziwnych, bo w tej chwili młodzież ma silną potrzebę akceptacji. Ale posunięte jest to do jakiegoś absurdu – ktoś mi nie dał serduszek czy czegoś tam, no to idę się zabić (Wychowawczyni_3).

Kadra pedagogiczna MOW jest też świadoma, że brak dostępu do środków odurzających (wśród osób najbardziej uzależnionych) prowadzi do niebezpiecznych eksperymentów z wykorzystaniem gałki muszkatołowej, gazu z zapalniczek, kurzu oraz leków psychotropowych. Stosowane są również metody wprowadzania organizmu w stan omdlenia, tzw. „duszki”. Polega to na wydychaniu powietrza z płuc w pozycji leżącej, przy jednoczesnym naciskaniu na brzuch i klatkę piersiową.

Przyczyny uzależniania się nieletnich w opinii kadry pedagogicznej MOW

Używanie substancji psychoaktywnych przez wychowanków wynika zdaniem kadry pedagogicznej z ich problemów rodzinnych i traumatycznych doświadczeń. Wśród uwarunkowań zewnętrznych wskazują także na utrzymywanie kontaktów z rówieśnikami używającymi narkotyków, którzy odpowiadają na ich niezaspokojone potrzeby akceptacji, przynależności i poczucia bezpieczeństwa. Poza tym wychowawcy upatrują przyczyn uzależnień w cechach osobowościowych nieletnich (niska samoocena, brak refleksji nad skutkami podejmowanych działań, ciekawość, potrzeba redukcji doświadczanego napięcia, a także brak umiejętności bezpiecznego radzenia sobie z trudnymi emocjami).

W swoich wypowiedziach kadra pedagogiczna zwracała również uwagę na rezygnację nieletnich z rozwiązywania problemów, których doświadczają w swoich rodzinach i relacjach z rówieśnikami.

Bo najłatwiej uciec od problemu, które życie przed nimi stawia. Bo najłatwiej odreagować wszystkie frustracje, które w dzieciaku się nagromadzą. To jest podstarzowa sprawa. Po co się borykać, no rozwiązywanie problemów kosztuje (Wychowawca_1).

Formy pomocy oferowane osobom uzależnionym

Z przeprowadzonych badań wynika, że w sytuacjach wyjątkowych, wobec silnie uzależnionych nieletnich, stosowana jest pomoc specjalistów, zarówno w celu zdiagnozowania, jak i rozpoczęcia terapii. Wychowawcy twierdzą, że wychowankowie kierowani są

wówczas do instytucji zajmujących się profilaktyką i terapią uzależnień, ponieważ w ośrodkach brakuje kadry posiadającej odpowiednie do tego kwalifikacje. Dotyczy to jednak nielicznych, ponieważ utrudniają to ich zdaniem, takie bariery jak dojazd wychowanków do placówki leczenia uzależnień, rozwiązania organizacyjne w MOW (brak czasu z uwagi na podejmowanie innych działań, brak pracownika, który mógłby pojechać na spotkania terapeutyczne z dziećmi, brak transportu, przerywanie terapii z powodu wyjazdów młodzieży do domów rodzinnych (ferie, święta, wakacje) oraz brak wiary w skuteczność podejmowanych przez placówkę leczniczą oddziaływań.

Są takie przypadki, że jak dziewczyna nie chce się leczyć to zwracamy się do sądu o przymusowe leczenie. W większości jednak przypadków dziewczyna wyraża taką wolę (Pedagog_01).

Mam wrażenie, że ta organizacja nie działa. Nie tworzy się tam nic trwałego – system dwunastu sesji nie złatwia niczego (Wychowawca_7).

Są też sytuacje, w których nie podejmuje się żadnych działań zorientowanych na profilaktykę i leczenie uzależnień z uwagi na brak wsparcia instytucji leczniczych, postrzeganie ośrodków, np. MONAR, jako miejsc niebezpiecznych dla młodzieży i przekonanie o konieczności stosowania farmakologii w leczeniu uzależnionych wychowanków.

Ja nie mam znikąd pomocy. [...] Do MONAR-ów to bym nie skierowała, bo tam seks, drugs and rock and roll (Dyrektor_3).

W opinii członków kadry pedagogicznej mogą oni wspierać swoich podopiecznych w wychodzeniu z uzależnienia poprzez ich kontrolowanie, prowadzenie rozmów indywidualnych (motywowanie do podjęcia terapii, do pracy nad sobą), organizowanie zajęć/warsztatów (zorientowanych na poszerzenie wiedzy, wzrost samooceny, rozwój umiejętności, kompetencji), otoczenie opieką, zrozumieniem, bliskością oraz stosując takie metody, jak zakłady czy wywołując lęk przed śmiercią. Są sytuacje, w których wychowankowie sami zgłaszają potrzebę podjęcia terapii uzależnień i wtedy wspieranie nieletniego przez wychowawcę w wytrwaniu w podjętej decyzji jest niezbędne.

Zdarza się jednak, że na organizowanie wyżej wymienionych oddziaływań nie ma czasu, warunków, brakuje wiedzy, a czasem motywacji.

Większość zamiata pod dywan ten problem (Dyrektor_3).

Nie wiem, czy ludziom uzależnionym można skutecznie udzielić pomocy. Żaden narkoman, którego znałam, nie wyszedł z narkotyków (Wychowawca_4).

Ja nie znam żadnych metod. Nie jestem terapeutą uzależnień (Wychowawca_5).

Nie ma czasu na pracę terapeutyczną. My jesteśmy pomiędzy organizacją dnia codziennego, kontrolą przebiegu, a zapewnieniem bezpieczeństwa (Wychowawca_1).

Zdaniem kadry pedagogicznej, adekwatnym rozwiązaniem problemu uzależnień wychowanków MOW byłoby zatrudnienie w placówce terapeuty uzależnień lub stworzenie specjalistycznych placówek dla młodzieży niedostosowanej społecznie i uzależnionej.

Do każdej grupy wychowawczej powinien być jeden terapeuta wychowawca. Bo, żeby dziecku pomóc, żeby zrobić terapeutyczną robotę, to trzeba czasami dziecko rozgrzebać. Na to trzeba mieć czas, miejsce spój. Pracując w grupie, nie można tego zrobić (Wychowawca_1).

W opinii badanych na efektywność działań podejmowanych w zakresie profilaktyki uzależnień najbardziej wpływa współpraca całej kadry pedagogicznej MOW ze specjalistami.

Psycholog, psychiatra i oddział uzależnień. Bo to nie jest tak, że terapeuta sobie usiądzie i pogada. Potrzebny jest cały zespół ludzi, który otoczy wychowanka opieką (Dyrektor_2).

Źródła wiedzy o uzależnieniach

Wiedzę na temat uzależnień kadra MOW czerpie przede wszystkim z internetu, telewizji, własnego doświadczenia, z rozmów z wychowankami oraz ich obserwacji. Pozyskiwanie informacji odbywa się w sposób przypadkowy, zatem i rzetelność przyswajanych treści może budzić wiele zastrzeżeń.

Nie, no bez przesady, albo mi coś włączy w internecie, albo jak jest taka potrzeba, żeby coś doczytać (Wychowawczyni_3)

Książki? Ja jestem już na takim etapie, że książek nie czytam. Może jakiś tam film, ale też niekoniecznie, bardziej z takich przypadków z życia się uczyć; znajomi, znajomego, także z pracy i z rodziny mojej (Wychowawca_8).

Zdarzają się wypowiedzi badanych świadczące o korzystaniu z literatury, szkoleń, webinarów oraz o ukończeniu studiów podyplomowych. Przy podejmowaniu decyzji o udziale w tego typu formach szkolenia duże znaczenia mają dla wychowawców treści zawarte w programie oraz kwalifikacje i doświadczenie prowadzącego.

Koleżanka wysłała mi taki tekst, który mi otworzył oczy, a może utwierdził mnie w przekonaniu, że dzieci wyjeżdżając na przepustki cpają ze swoim towarzystwem (Wychowawca_4).

Z wypowiedzi dyrektorów badanych placówek wynika jednak, że kadra pedagogiczna przejawia znikome zainteresowanie szkoleniami poświęcanymi uzależnieniom.

Znaczenie kompetencji specjalistycznych w zakresie uzależnień – w opinii kadry MOW

W deklaracjach kadry pedagogicznej MOW posiadanie kompetencji specjalistycznych związanych z uzależnieniami pomaga w podejmowaniu oddziaływań resocjalizacyjnych adekwatnych do sytuacji i potrzeb nieletnich. Dzięki temu łatwiej jest o zachowanie spokoju w sytuacjach kryzysowych i zapewnienie sobie poczucia bezpieczeństwa.

Dla mnie ważne jest, aby wiedzieć, jak mogę skutecznie udzielić pomocy mojemu wychowankowi. Świadomość, że wiem, jak zachować się, jakie działania podjąć w najtrudniejszych sytuacjach jakie mogę sobie wyobrazić, powoduje, że czuje się lepiej, spokojniej (Pedagog_2).

Ważne jest dla mnie moje poczucie bezpieczeństwa. Postanowiłem zadbać o siebie (Wychowawca_1).

Wnioski i interpretacja badań własnych

Kadra pedagogiczna nieprecyzyjnie opisuje problem uzależnienia. Z zebranych wypowiedzi wynika, że identyfikuje to zjawisko głównie z substancjami psychoaktywnymi i skutkami ich zażywania

widocznymi w ostatniej fazie rozwoju nałogu. Świadczy to o posiadaniu przez badanych niewystarczającej wiedzy o uzależnieniach, co znajduje swoje odzwierciedlenie w ignorowaniu pierwszych symptomów rozwoju tego zjawiska, a bagatelizowanie uzależnień behawioralnych świadczy o niskiej znajomości zagrożeń związanych z nałogowym korzystaniem z telefonu, internetu czy gier komputerowych.

Badani pracownicy MOW do rozpoznawania uzależnienia nieletnich wykorzystują przede wszystkim obserwację. Podczas diagnozy zwracają uwagę na wygląd i zachowanie wychowanka podkreślając, że znajomość podopiecznego (np. sytuacji rodzinnej, doświadczanych trudności, cech charakteru, deficytów) jest dla nich jednym z ważniejszych symptomów posiadanego problemu.

Z jednej strony kadra pedagogiczna jest zdania, że ma narzędzi i wystarczającej wiedzy do przeprowadzania profesjonalnej diagnozy, a z drugiej – pomimo możliwości rozpoznania obecności substancji psychoaktywnych za pomocą testów narkotykowych – rzadko z nich korzysta lub robi to w sposób naruszający prawa nieletnich. Najczęściej tłumaczone jest to brakiem środków na zakup testów, niską motywacją do przeprowadzania całej procedury, która wiąże się z dodatkową biurokracją i stresem, brakiem wiedzy i umiejętności niezbędnych do prawidłowego przeprowadzenia badania.

Z zebranych wypowiedzi wynika, że kadra pedagogiczna ma wiedzę o problemach nieletnich związanych z używaniem substancji psychoaktywnych lub kompulsywnym wykonywaniem czynności (np. korzystanie z internetu, telefonu, gier komputerowych) przejawianych zarówno w MOW, jak i podczas udzielanych przepustek. Działania zorientowane na pomoc w radzeniu sobie z tymi trudnościami podejmowane są jednak tylko w wyjątkowych sytuacjach.

Zdaniem kadry pedagogicznej, młodzież przebywająca w placówkach resocjalizacyjnych może się uzależnić od wszystkiego. Jednak najczęściej wymieniane są: alkohol, papierosy, narkotyki, telefon i internet. Badani zauważają też, że wychowankowie często korzystają z leków, energetyków, środków wziewnych (dezodoranty, gaz), mediów społecznościowych oraz są silnie przywiązani do kontaktów z partnerami. Warto dodać, że w świadomości badanych brak dostępu do środków psychoaktywnych prowadzi nieletnich do poszukiwania innych, niebezpiecznych form wprowadzania organizmu w stan odurzenia.

Zastanawiające jest, że z jednej strony badani skarżą się na brak narzędzi i wiedzy potrzebnych do diagnozowania uzależnień, a z drugiej z łatwością wymieniają substancje/czynności, od których wychowankowie są lub mogą się uzależnić. Posługując się jedynie metodą obserwacji, nie dążą do stosowania bardziej wiarygodnych metod diagnostycznych, takich jak proste testy przesiewowe, które znaleźć można w podręcznikach metodycznych (np. Bandurska 2019), internecie czy też do badania alkomatem lub testami narkotykowymi. Może to wynikać z przekonania kadry pedagogicznej, że diagnozowanie problemu uzależnienia nie należy do ich obowiązków. Tymczasem zatrudnieni w ośrodkach pedagodzy są bardzo często jedynymi osobami w życiu wychowanków, którzy mogą dostrzec problem uzależnienia. Wychowawcy przebywają z nieletnimi podczas dyżurów po kilka godzin i to właśnie ich uważność na wszelkie niepokojące zachowania oraz chęć współpracy ze specjalistami mogą pomóc w podjęciu interwencji zapobiegającej rozwojowi uzależnienia. Dodajmy też, że bagatelizowanie tego problemu może prowadzić w konsekwencji do podejmowania innych zachowań ryzykownych.

Młodzież przebywająca w placówkach resocjalizacyjnych w opinii badanych uzależnia się w wyniku doświadczanych traum, problemów rodzinnych oraz kontaktów z osobami, które używają substancji. Duże znaczenie w tym procesie odgrywają takie cechy wychowanków jak: niska samoocena, wysoki poziom lęku, brak refleksji nad podejmowanym działaniem, ciekawość oraz nieumiejętność bezpiecznego radzenia sobie z trudnymi emocjami.

Zdaniem badanych do udzielania skutecznej pomocy uzależnionym wychowankom niezbędna jest współpraca ze specjalistami (terapeutami i psychologami). Wynika to z jednej strony z przygotowania profesjonalnej diagnozy, z drugiej z kwalifikacji do prowadzenia terapii. Przeszkodą w korzystaniu z tego rodzaju wsparcia jest jednak dla nich przekonanie o nieefektywności terapii w ośrodkach leczniczych oraz założenie, że udzielenie skutecznej pomocy uzależnionym musi polegać na leczeniu farmakologicznym.

Zapobieganie uzależnieniom wychowanków jest realizowane przez wychowawców przede wszystkim poprzez straszenie przykrymi konsekwencjami, prowadzenie rozmów indywidualnych, organizowanie warsztatów/szkoleń oraz udzielanie im wsparcia emocjonalnego. Podjęcie wymienionych działań wiąże się jednak z takimi

ograniczeniami jak: brak czasu, warunków, wiedzy oraz motywacji do angażowania się w działania, które w przekonaniu kadry pedagogicznej są mało skuteczne. Zdaniem badanych, najlepszym rozwiązaniem w poradzeniu sobie z uzależnieniami nieletnich byłoby zatrudnienie w MOW terapeutów uzależnień bądź stworzenie placówek specjalistycznych dla osób niedostosowanych społecznie i uzależnionych.

Badani pracownicy ośrodków resocjalizacyjnych dla młodzieży wymieniają przyczyny uzależnień swoich wychowanków zgodnie z literaturą przedmiotu (np. Pająk 2020: 27; Jędrzejko, Jabłoński 2012: 42–49; Szymaniak 2019: 229–230; Bobrowski, Greń, Ostaszewski, Pisarska 2019: 329–330). Prawidłowo też szacują skalę osób uzależnionych i wykazujących podatność na uzależnienie się. Zwracają również na potrzebę zapewnienia nieletnim profesjonalnej pomocy terapeutycznej. Zaskakujące jest natomiast, dlaczego kadra pedagogiczna, pomimo posiadanej na ten temat wiedzy, rzadko korzysta z takiej pomocy i dlaczego nie podejmuje czynności wzmacniających efekty terapii bądź integrujących je ze zmianami zachodzącymi w wychowankach w procesie resocjalizacji. Z jednej strony może to wynikać z ujawnionego w badaniach przekonania, że uzależnienie jest nieuleczalne, a wszelkie podejmowane w tym zakresie działania – nieskuteczne. Z drugiej strony może się to wiązać z silnie zarysowaną tendencją do stygmatyzowania wychowanków, wynikającego z obarczania ich winą za uwikłanie się w problem z uzależnieniem (Granosik, Gulczyńska, Szczepanik 2014).

Badani pedagodzy i wychowawcy poszerzają swoją wiedzę i umiejętności związane z uzależnieniami dzięki informacjom czerpanym z telewizji, internetu, odwołując się przy tym do własnego doświadczenia oraz obserwacji zachowań młodzieży. Niechętnie sięgają po bardziej rzetelne źródła wiedzy, tj. literaturę naukową, profesjonalne szkolenia czy studia podyplomowe.

Uważają, że rozwijanie kompetencji związanych z uzależnieniami nieletnich jest ważne, jednak bardziej wynika to z potrzeby zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa na wypadek pojawienia się związanych z tym sytuacji kryzysowych niż z troski o zdrowie nieletnich i chęci udzielenia im skutecznej pomocy.

Rekomendacje i zalecenia

W dalszych badaniach należy się zająć diagnozowaniem rozmiarów i uwarunkowań uzależnień behawioralnych wśród nieletnich przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i zbadać, jakie są możliwości ograniczania ich rozwoju. Warto przy tym zwrócić uwagę na rozpoznawanie czynników decydujących o skuteczności stosowanych oddziaływań, czyli warunki i metod ewaluacji podejmowanych w tym względzie oddziaływań.

Zaleca się, aby kadra pedagogiczna MOW rozwijała swoją wiedzę i doskonaliła umiejętności poprzez uczestnictwo w certyfikacyjnych kursach, szkoleniach i warsztatach dotyczących uzależnień (chemicznych i behawioralnych). Programy takich szkoleń powinny obejmować znajomość posługiwania się technikami diagnostycznymi, znajomość zasad i metod interwencji kryzysowej, stosowania dialogu motywującego. Pomocne w podnoszeniu jakości profilaktyki uzależnień w MOW byłoby omawianie pracy z uzależnionymi wychowanymi przez wychowawców na superwizjach ze specjalistami od terapii uzależnień.

Bibliografia

- Bandurska M. (red.) (2019). *Wsparcie zdrowia psychicznego uczniów. Materiały do profilaktyki, diagnozy i interwencji dla nauczycieli, wychowawców i pedagogów*, Poznań: Forum.
- Bobrowski J.K., Greń J., Ostaszewski K., Pisarska A. (2019). Czynniki warunkujące picie alkoholu wśród podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych, „Alkohol i Narkomania”, nr 32(4), s. 317–336.
- Bochenek M., Lange R. (2019). *Nastolatki 3.0 – raport z ogólnopolskiego badania uczniów*, Warszawa: Państwowy Instytut Badawczy, <https://www.nask.pl/pl/raporty/raporty/4295,RAPORT-Z-BADAN-NASTOLATKI-30-2021.html> [dostęp: 4.02.2023].
- Celebucka J., Jarczyńska J. (2014). *Hazard wśród młodzieży – rozpoznanie, profilaktyka, terapia*, [w:] J. Jarczyńska (red.), *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria. Diagnoza. Profilaktyka. Terapia*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 72–93.
- Cieślukowska-Ryczko A., Dobińska G. (2019). *Wspieranie procesu usamodzielniania byłych wychowanków placówek wychowawczych i resocjalizacyjnych. Doświadczenia uczestników projektu mieszkań treningowych*, „Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne”, nr 2(9), s. 109–126.

- Czapnik-Jurak M. (2019). *Warszawska diagnoza sytuacji mieszkaniowej młodzieży w wieku 17–25 lat zagrożonej lub dotkniętej bezdomnością – raport z badania*, Warszawa: Fundacja po Drogie.
- Dębski M. (2016). *Nalagowe korzystanie z telefonów komórkowych. Szczegółowa charakterystyka zjawiska fonoholizmu w Polsce. Raport z badań*, Gdynia: Fundacja Dbam o Mój Z@sięg, Uniwersytet Gdański.
- Fudała J. (2009). *Rozpoznawanie osób pijących alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy*, [w:] B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, s. 37–58.
- Granosik M., Gulczyńska A., Szczepanik R. (2014). *Klimat społeczny instytucji wychowawczych i jego uwarunkowania. Perspektywa pracowników i wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) i socjoterapii (MOS)*, [w:] J.E. Kowalska (red.), *Zapobieganie wykluczeniu z systemu edukacji dzieci i młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Perspektywa pedagogiczna*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 13–71.
- Greń J., Bobrowski J.K., Ostaszewski K., Pisarska A. (2019). *Rozpowszechnianie używania substancji psychoaktywnych wśród podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 32(4), s. 267–290.
- Griiffths M. (2004). *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, przeł. A. Sawicka-Chrapkowicz, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Guerreschi C. (2006). *Nowe uzależnienia*, przeł. A. Wieczorek-Niebielska, Kraków: Wydawnictwo Salwator.
- Jarczyńska J., Orzechowska A. (2014). *Siecioholizm i fonoholizm zagrożeniem dla współczesnej młodzieży*, [w:] J. Jarczyńska (red.), *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria. Diagnoza. Profilaktyka. Terapia*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 121–146.
- Jędrzejko M., Jabłoński P. (2012). *Narkotyki i środki zastępcze*, Warszawa–Dąbrowa Górnicza: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Wyższa Szkoła Biznesu.
- Kamiński A. (2018). *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez podopiecznych młodzieżowych ośrodków wychowawczych*, [w:] A. Kamiński, M. Dobijański (red.), *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, Warszawa: Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny SIM, s. 35–46.
- Kilińska-Pękacz A. (2020). *Przestępstwa narkotykowe popełniane przez nieletnich oraz środki wychowawcze orzekane wobec nich*, [w:] E.W. Pływaczewski, E. Jurgielewicz-Delegacz, D. Dajnowicz-Piesiecka (red.), *Przestępczość XXI wieku. Szanse i wyzwania dla kryminologii*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska, s. 232–246.

- Konecki K.T. (2011). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kranc M. (2018). *Metodyka procesu resocjalizacji w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kusztal J., Piasecka M., Nastazjak A., Piec M. (2021). *Wzmacnianie współpracy podmiotów edukacji w zakresie profilaktyki szkolnej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Mról A., Solecki R. (2017). *Postawy rodziców wobec aktywności nastolatków w internecie w percepcji uczniów*, „E-mentor”, nr 4(71), s. 19–24.
- Ostaszewski K., Bobrowski K.J., Greń J., Pisarska A. (2019). *Nasilone zachowania ryzykowne wśród podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 32(4), s. 291–316.
- Pająk A. (2020). *Zażywanie środków psychoaktywnych przez nieletnich*, „Pedagogika Rodziny”, nr 10(3), s. 21–35.
- Piasecka M., Kusztal J., Piątek K. (2022). *Ewaluacja w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pisarska A., Bobrowski J.K., Greń J., Ostaszewski K. (2019). *Badania młodzieży z ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych – wyniki i rekomendacje dla praktyki w opinii personelu tych ośrodków*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 32(4), s. 337–354.
- Pyzalski J., Zdrodowska A., Tomczyk Ł., Abramczuk K. (2019). *Polskie badanie EU Kids Online*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Raport NIK (2021). *Funkcjonowanie młodzieżowych ośrodków wychowawczych*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25720,vp,28493.pdf> [dostęp: 2.03.2023]
- Sikora A., Szczepanik R. (2015). *Pozytywna integracja społeczna – systemowe narzędzia wsparcia, praca wychowawcza, resocjalizacyjna, socjalna*, [w:] A. Sikora (red.), *Program pozytywnej integracji społecznej młodzieży opuszczającej placówki resocjalizacyjne*, Warszawa: Fundacja po Drugie, s. 88–111.
- Styśko-Kunkowska M., Wąsowicz G. (2013–2014). *Raport uzależnienia od e-czynności wśród młodzieży: diagnoza i determinanty*, Warszawa, <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/raport.-uzaleznienia-od-e-czynnosci-wsrod-mlodziezy.pdf> [dostęp: 4.02.2023].
- Szafrańska K. (2018). *Kształtowanie się celów życiowych nastolatków w pieczy instytucjonalnej. Model ontologiczno-gnozeologiczny*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Szpringer M., Wojciechowska M., Orczykowski T. (2015). *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież gimnazjalną z Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych jako błędne pojmowanie dobrostanu*, „Zdrowie i Dobrostan”, nr 2, s. 363–381.

- Szymaniak K. (2019). *Młodzież w obliczu problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych – profilaktyka*, „Krakowskie Studia Małopolskie”, nr 24, s. 228–239.
- Warzecha K. (2019). *Charakterystyka zjawiska hazardu i patologicznego używania Internetu wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Raport merytoryczny z wykonania działań dofinansowywanych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w okresie 2.03.2015–31.10.2016*, Katowice, https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/wp-content/uploads/2019/06/Raport-_UE_2018-KBPN.pdf [dostęp: 5.02.2023].
- Woronowicz B.T. (2021). *Zachowania, które mogą zranić. O uzależnieniach behawioralnych i nie tylko*, Poznań: Media Rodzina.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Monika Zięciak
Uniwersytet Szczeciński
Instytut Pedagogiki
e-mail: monika.zieciak@usz.edu.pl

Marta Pięta-Chrystofiak
ORCID: 0000-0001-9019-7473
Uniwersytet Gdański

Damian Brohs
ORCID: 0000-0002-6863-1445
Uniwersytet Gdański

Zjawisko zażywania muchomora czerwonego (*amanita muscaria*) wśród uczestników internetowych grup dyskusyjnych

Red Fly Agaric (*Amanita muscaria*) Consumption Among the Participants of Internet Discussion Groups

ABSTRACT

Red fly agaric is one of the most recognizable species of mushrooms. Although the knowledge of its toxicity is common in Polish society, a rise in its recreational use has been observed in recent years. The aim of the study is to describe the phenomenon of fly agaric consumption and to characterize its enthusiasts in the context of individual and social conditions. The study was conducted using a proprietary questionnaire with questions about red fly agaric usage, issues related to mental health, and sociodemographic data. A total of 95 respondents were qualified for the research sample: 32 women,

KEYWORDS

red fly agaric,
mushrooms,
psychoactive
substances, narcotics,
intoxication,
hallucinogens

SŁOWA KLUCZOWE

muchomor czerwony,
grzyby, substancje
psychoaktywne,
środki odurzające,
intoksykacja,
halucynogeny

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.009

Nadesłano: 11.01.2023

Zaakceptowano: 28.04.2023

60 men, and three people who declared a gender other than binary. They were divided into two groups: experimenters (OE) and regular red fly agaric users (OU). The frequency, form, dosage, and place of fly agaric consumption among the respondents was determined, as well as the circumstances of and sources for acquiring the substance. The subjects noted the effects—direct and long-term—of taking fly agaric. The results show that the use of psychoactive substances is constantly developing and that the changing trends make it necessary to reflect on the support system for people with addiction problems.

ABSTRAKT

Muchomor czerwony to jeden z najbardziej rozpoznawalnych gatunków grzybów i chociaż wiedza o jego toksyczności w polskim społeczeństwie jest powszechna, to w ostatnich latach obserwujemy zjawisko jego rekreacyjnego zażywania. Celem badania było dokonanie opisu tego zjawiska i scharakteryzowanie uczestników internetowych grup dyskusyjnych w kontekście indywidualnych i społecznych uwarunkowań używania tego grzyba. Badanie zostało przeprowadzone przy wykorzystaniu opracowanej na potrzeby badania ankiety, zawierającej pytania dotyczące: zjawiska zażywania muchomora czerwonego, kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym oraz danych socjodemograficznych respondentów. Do próby badawczej zakwalifikowano 95 osób: 32 kobiety, 60 mężczyzn oraz trzy osoby, które zadeklarowały inną płć. Zostały one przydzielone do dwóch grup: osób eksperymentujących (OE) i osób używających muchomora czerwonego regularnie (OU). Zebrane dane pozwoliły określić z jaką częstotliwością, w jakiej formie i dawkach oraz w jakich okolicznościach przyjmują i z jakich źródeł pozyskują go badani. Ustalono jakie efekty zażywania, bezpośrednie i długotrwałe, obserwują u siebie badani. Uzyskane wyniki pokazują, że stosowanie substancji psychoaktywnych jest stale rozwijającym się zjawiskiem, a zmieniające się w nim trendy stwarzają konieczność podjęcia refleksji nad systemem wsparcia dla osób z problemem uzależnienia.

Wprowadzenie

Muchomor czerwony (łac. *amanita muscaria*, ang. *fly agaric*), ze względu na między innymi na charakterystyczny wygląd, jest jednym z najbardziej rozpoznawalnych gatunków grzybów, a wiedza o jego

toksyczności w naszym społeczeństwie jest powszechna. Zaskakujące są zatem doniesienia dotyczące „mody na jedzenie muchomorów” pojawiające się jako reakcja na posty zamieszczane w mediach społecznościowych przez tzw. influencerów (Marcinek 2022). O szkodliwych następstwach promocji jego spożywania świadczy fakt, że niedługo po pierwszych publikacjach o nowym trendzie pojawiły się informacje o zatruciach tym grzybem, zakończonych hospitalizacją na oddziałach intensywnej terapii (Trela 2022).

Zażywanie muchomora czerwonego nie jest wyłącznie współczesnym trendem czy nowym zjawiskiem. Szamani oraz kapłani zażywali rośliny oraz grzyby określane jako enteogeny (gr. *en* „w”, *theós* „bóg”) w celu wprowadzenia się w trans (Crocq 2007). *Amanita muscaria* był używany już 4 tys. lat temu w Azji Środkowej podczas rytuałów religijnych. Również w starożytnych Indiach odgrywał duże znaczenie jako składnik Somy – świętego napoju spożywanego w celach sakralnych. Także na Syberii grzyb ten znany był jej mieszkańcom (Chwaluk, Przybysz 2015). W zależności od regionu jego używanie było albo motywowane wyłącznie medycznie i religijnie, albo miało charakter powszechny. Muchomora czerwonego, po jego odpowiednim przygotowaniu, wykorzystywano również na terenach dziewiętnastowiecznej Polski. Miał on zastosowanie głównie jako trutka na muchy (co odzwierciedla etymologia nazwy jego gatunku), a w medycynie ludowej był wykorzystywany w leczeniu reumatyzmu i czerwonki (Trojanowska 2001).

Muchomor czerwony zawiera liczne związki chemiczne, jednakże substancjami odpowiedzialnymi za efekty psychoaktywne są głównie muscymol oraz kwas ibotenowy. Ze względu na swoją budowę, naśladują one kluczowe neuroprzekazniki, czyli substancje odpowiedzialne za przesyłanie sygnałów między komórkami nerwowymi w synapsie. Muscymol imitując hamujący kwas γ -aminomasłowy (GABA) jest agonistą receptora GABA-A oraz częściowo GABA-C (Johnston 2014). Jego spożycie powoduje oszołomienie i senność (Beuhler 2016: 2116). Natomiast kwas ibotenowy naśladuje pobudzający glutaminian poprzez łączenie się z receptorem NMDA, wywołując zmiany percepcji (Johnston i in. 2009). W wyniku dekarboksylacji spontanicznie w kwaśnym środowisku żołądka, wątrobie i mózgu (Nielsen i in. 1985) lub poprzez suszenie, następuje jego przekształcenie w muscymol (Chwaluk, Przybysz 2015). Ten ostatni nie

wywołuje tak niebezpiecznych efektów jak swój prekursor w postaci napadów padaczkowych czy też zmian w mózgu przypominających te w chorobie Alzheimera (Stebelska 2013).

W statystykach rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych nie wyróżnia się odrębnej kategorii dla używania muchomora czerwonego, włączany jest do innej grupy substancji – na ogół halucynogennych. W Europejskim raporcie narkotykowym – ESPAD (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2022) posłużono się ogólną kategorią grzybów halucynogennych, których użytkowanie w populacji młodych dorosłych (15–34 lata) w państwach europejskich wahało się od 1% do mniejszych wartości. Warto jednak podkreślić, że muchomor czerwony oddziałuje na ośrodkowy układ nerwowy człowieka inaczej niż grzyby zawierające psylocybinę, stąd zasadne wydaje się wyodrębnienie dla muchomorów oraz innych grzybów osobnych kategorii. Przedstawione w Raporcie o stanie narkomanii w Polsce (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2020) wyniki ogólnopolskich badań prowadzonych na generalnej populacji w wieku 15–64 lat również wskazują na stosunkowo niski odsetek konsumpcji w tym zakresie. Do używania substancji halucynogennych (innych niż LSD) przynajmniej raz w życiu przyznaje się 0,9% badanych, a w ciągu roku poprzedzającego badanie – zaledwie 0,1%.

W Polsce, mimo że obserwuje się zjawisko rekreacyjnego używania muchomora czerwonego, przypadki intoksykacji nim nie pojawiają się często w praktyce lekarskiej i stanowią niewielki odsetek zatruc grzybami w ogóle (Chwałuk, Przybysz 2015: 95). Ciężkie zatrucia muchomorem czerwonym są rzadkością, te śmiertelne dotyczą niewielkiego odsetka przypadków i są zależne od ilości wchłoniętej toksyny. Zazwyczaj czas trwania objawów klinicznych po zatruciu wynosi od 8 do 24 godzin, zdarza się jednak, że utrzymują się one do 5 dni. Pierwsze objawy mogą wystąpić już po 15 minutach od spożycia muchomora w postaci zaburzeń żołądkowo-jelitowych, m.in. wymiotów, biegunki, bólu brzucha. Od 30 minut do 2 godzin po spożyciu muchomora pojawiają się ogólne osłabienie i splątanie, zawroty głowy, dezorientacja, suchość w ustach, rozszerzenie źrenic, szum w uszach oraz halucynacje wzrokowe i słuchowe (Marciniak i in. 2010: 590–591; Mikaszewska-Sokolewicz i in. 2016: 182). Po około dwóch godzinach następują zmęczenie i senność, przechodzące

w głęboki sen, który na ogół kończy zatrucie. W cięższych przypadkach objawy dodatkowo obejmują narastające pobudzenie psychoruchowe, napięcie mięśniowe, drgawki, uderzenia gorąca, podwyższoną temperaturę ciała do 40°C. W tych skrajnie ciężkich przypadkach zatrucie może się zakończyć śpiączką lub niewydolnością oddechową prowadzącą do śmierci (Michelot, Melendez-Howell 2003: 132; Mikaszewska-Sokolewicz i in. 2016: 182).

Pomimo tego, że muchomor czerwony jest zażywany przez ludzi od wieków, dostęp do internetu spopularyzował to zjawisko. Osoby, które ze względu na brak dostępu do „tradycyjnych narkotyków” poszukują sposobów na odurzenie się, na forach internetowych poświęconych tej tematyce mogą uzyskać od innych uczestników szereg informacji w tym zakresie, także o charakterze instruktażu. Co istotne, udostępniane w sieci treści, dotyczące rzekomych właściwości leczniczych muchomora czerwonego, często nie są w żaden sposób potwierdzone empirycznie czy też weryfikowane. Niepokojący w tym kontekście jest również fakt, że produkty zawierające w składzie muchomora czerwonego i reklamowane jako środek homeopatyczny na wiele chorób można zakupić na jednej z największych platform e-handlu w Polsce – po wpisaniu frazy *amanita muscaria* bez większych trudności znajdziemy ponad 100 takich ofert.

Metodologia badań własnych

Celem badania było dokonanie opisu zjawiska zażywania muchomora czerwonego i scharakteryzowanie jego użytkowników wśród członków internetowych grup dyskusyjnych w kontekście ich indywidualnych i społecznych uwarunkowań. Jego realizacja pozwoli na określenie kierunku przyszłych badań w celu jego dokładniejszego poznania.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest częstotliwość zażywania muchomora czerwonego wśród osób badanych?
2. W jakich formach i dawkach badani zażywają muchomora czerwonego?
3. W jakich miejscach i okolicznościach osoby badane pozyskują i zażywają muchomora czerwonego?

4. Jaki jest wiek inicjacji badanych z zażyciem muchomora czerwonego i jakie są jej przyczyny?
5. Jakie są przyczyny zażywania muchomora czerwonego?
6. Jakie bezpośrednie i długotrwałe efekty badani odczuwają po zażyciu muchomora czerwonego?
7. Jakie są źródła wiedzy badanych na temat muchomora czerwonego, jego przygotowania i dawkowania?
8. Jaka jest częstotliwość zażywania innych substancji psychoaktywnych wśród użytkowników muchomora czerwonego?

Procedura, metoda i narzędzia badawcze

Badanie miało charakter ilościowy. Zostało przeprowadzone wśród uczestników polskich grup dyskusyjnych w mediach społecznościowych oraz forów internetowych liczących od 400 do 43000 członków. Grupy, w których po uzyskaniu zgody administratorów publikowano informacje na temat prowadzonych badań, wybrano ze względu na podejmowaną w nich tematykę: używania muchomora czerwonego oraz innych substancji psychoaktywnych, medycyny alternatywnej i zielarstwa. Ich dobór należy określić jako przypadkowy.

Badanie zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano w nim przygotowaną na potrzeby badań, za pośrednictwem platformy MS Forms, ankietę. Użyta platforma pozwala na przesłanie wyłącznie uzupełnionych w pełni formularzy w zakresie pytań zamkniętych. Braki lub niepełne dane w odpowiedziach wystąpiły jedynie w przypadku pytań otwartych.

Ankieta składała się z trzech części. Pierwsza odnosiła się do danych socjodemograficznych – płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, statusu związku, aktywności zawodowej oraz liczby dzieci. Druga część ankiety dotyczyła zjawiska zażywania muchomora czerwonego. Zawarto tu zarówno pytania jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz pytania otwarte. Badani pytani byli o częstotliwość zażywania muchomora czerwonego, dawkowanie i formy przyjmowania go, zatrucia, źródła dostępu i wydatki na zakup muchomora, przyczyny jego zażywania, wiek i przyczyny pierwszego zażycia muchomora czerwonego, bezpośrednie i długotrwałe efekty zażycia muchomora czerwonego, a także źródła wiedzy

o muchomorze czerwonym, jego dawkowaniu i przygotowywaniu. W trzeciej części ankiety badanych pytano o kwestie związane ze zdrowiem psychicznym, przede wszystkim posiadania zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych i sposobów radzenia sobie z nimi, używania substancji psychoaktywnych oraz leczenia pod kątem uzależnienia od nich. Wykorzystano w tym celu pytania jednokrotnego wyboru oraz pytania otwarte.

Przed rozpoczęciem badania każda osoba otrzymywała informację dotyczącą celu badania i procedury jego przeprowadzenia. Każdorazowo uzyskiwano świadomą zgodę na udział w badaniu. Uczestnictwo w nim miało charakter dobrowolny.

Do analizy statystycznej posłużył program SPSS. W tym celu odpowiedzi na pytania otwarte zostały zakodowane w kategorii. W badaniu wykorzystano podstawowe statystyki opisowe. Do porównania poziomu zmiennych ilościowych w badanych grupach użyto testu U Manna-Whitneya, a do wykrycia istotnych różnic w zakresie zmiennych jakościowych wykorzystano test χ^2 . W przypadku, gdy liczebność oczekiwana była mniejsza niż 5, zastosowano test χ^2 z poprawką Yatesa na ciągłość. Do określenia siły zależności między częstotliwością zażywania a badanymi charakterystykami posłużyła statystyka V Craméra. W badaniu przyjęto poziom istotności na poziomie α Cronbacha=0,05, a użyte testy były dwustronne.

Charakterystyka próby badawczej

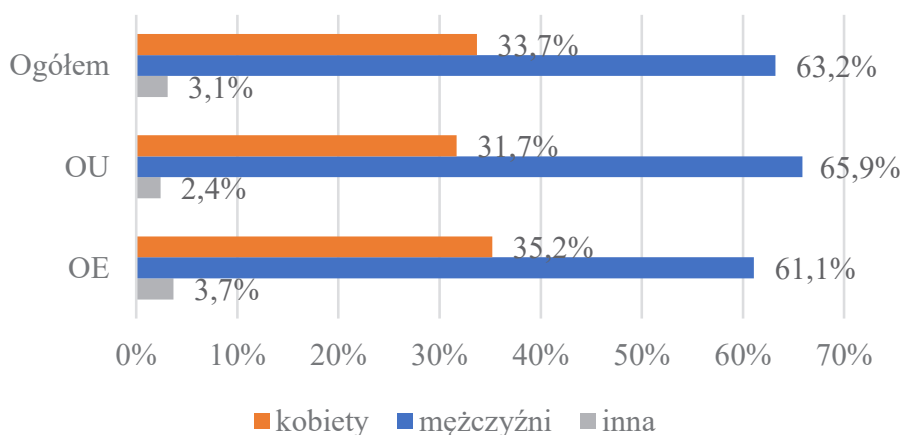
Dobór próby miał charakter nieprobabilistyczny, ochotniczy. W badaniu wzięło udział 125 osób. Z zebranych ankiet odrzucono 30 (37,5%) ze względu na niespełnienie warunków formalnych, jakim było zażycie muchomora czerwonego przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy i bycie osobą pełnoletnią.

Do próby badawczej zakwalifikowano 95 osób: 32 kobiety, 60 mężczyzn oraz trzy osoby, które zadeklarowały płeć inną niż żeńska lub męska. Badani zostali przydzieleni do dwóch grup: osób eksperymentujących, zażywających muchomora czerwonego sporadycznie (OE) i osób używających go regularnie (OU). Kryterium włączającym do określonej grupy była deklaracja dotycząca częstotliwości zażywania muchomora czerwonego. Grupę OE stanowiły osoby, które zażywają muchomora czerwonego raz lub kilka razy

w roku, natomiast grupę OU – osoby, które zażywają muchomorą czerwonego przynajmniej kilka razy w miesiącu.

Do grupy OE zakwalifikowano 54 osoby: 19 kobiet, 33 mężczyzn i dwie osoby, identyfikujące się z inną niż wymienione płcią, a do grupy OU 41 osób: 13 kobiet i 27 mężczyzn oraz jedną osobę, deklarującą inną niż wskazane płeć. Większość osób badanych w całej próbie, jak również wśród osób eksperymentujących zażywających muchomorą czerwonego sporadycznie oraz tych używających go regularnie stanowią mężczyźni (Wykres 1). Taki rozkład płci w badanej próbie i jej podgrupach wpisuje się ogólnoeuropejskie tendencje i odpowiada wynikom prezentowanym w Europejskim raporcie narkotykowym (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2022).

Wykres 1. Struktura próby badawczej pod względem płci

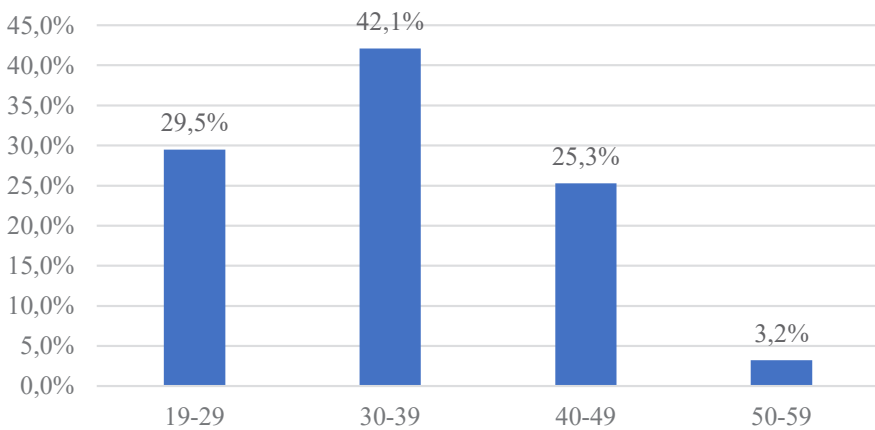


Źródło: Opracowanie własne.

Wiek badanych w całej próbie badawczej waha się od 19 do 55 lat. Najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 30–39 lat. Najmłodsza kobieta wśród badanych ma 23 lata, najstarsza 49 lat. Wiek badanych mężczyzn waha się od 20 do 55 lat. Natomiast wśród osób, które identyfikują się z inną niż żeńską lub męską płcią, najmłodsza ma 19 lat, najstarsza 37 lat. Dane dotyczące struktury wieku w badanej próbie zostały zaprezentowane na Wykresie 2.

Średni wiek badanych w grupie osób eksperymentujących, zażywających muchomora czerwonego sporadycznie (OE) wynosi 32,22 ($SD=8,25$) i waha się od 19 do 55 lat. W grupie osób zażywających muchomor regularnie (OU) średni wiek to 37,44 ($SD=6,85$), badani mają od 23 do 55 lat. Grupy OE i OU różnią się istotnie statystycznie pod względem wieku ($Z=8,78$; $p<0,01$).

Wykres 2. Struktura próby badawczej pod względem wieku



Źródło: Opracowanie własne.

Osoby badane w większości zamieszkują duże miasta powyżej 150 tys. mieszkańców. Co trzeci respondent mieszka w mieście do 150 tys. mieszkańców. Około 1/5 badanych stanowią mieszkańcy wsi. Zdecydowana większość osób badanych (około 90%) to osoby pracujące. Około 17% badanych uczy się lub studiuje. Część z nich jednocześnie wykonuje prace zarobkowe. Osoby bezrobotne i na rencie stanowią najmniejszy odsetek wśród badanych. Ponad połowa badanych to osoby z wykształceniem wyższym. Nieco mniejszy odsetek stanowią osoby z wykształceniem średnim – około 40%. Osoby z wykształceniem zawodowym to jedynie około 6%. Najmniej badanych ma wykształcenie podstawowe – 2,5%. Niski odsetek osób z wykształceniem podstawowym najprawdopodobniej wynika z faktu, że do badania kwalifikowano jedynie osoby pełnoletnie.

Największy odsetek badanych stanowią osoby żyjące w związkach partnerskich – około 37%. Niemal co trzeci badany jest w związku małżeńskim, natomiast około 30% deklaruje, że nie pozostaje w żadnym związku. Osoby eksperymentujące (OE) różnią się od osób używających regularnie (OU) w zakresie pozostawania w relacji romantycznej ($\chi^2(2)=10,11$; $p<0,01$). Osoby z grupy OE częściej żyją w związkach partnerskich (50%), zaś osoby z grupy OU częściej deklarują brak partnera (39%). Siłę tej zależności należy interpretować jako umiarkowaną ($V=0,33$). Większość (około 58%) wśród badanych stanowią osoby bezdzietne. Co piąty badany ma dwoje dzieci, a około 15% jest rodzicem jedynaka. Najmniejszy odsetek (mniej niż 6%) to osoby z trójką lub większą liczbą dzieci (Tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna uczestników badań

Zmienna	Statystyka	Liczba badanych					
		OE		OU		Ogółem	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
miejsce zamieszkania	wieś	12	22,2	8	19,5	25	20,7
	miasto do 150 tys.	16	29,6	16	39	38	31,4
	miasto od 150 tys.	26	48,1	17	41,5	58	47,9
aktywność zawodowa	bezrobotny/a	5	9,3	2	4,9	11	9,1
	uczeń/uczennica, student/ka	8	14,8	6	14,6	21	17,4
	pracujący/a	48	88,9	38	92,7	105	86,8
	rencista/ka	2	3,7	0	0	2	1,7
wykształcenie	podstawowe	3	5,6	0	0	3	2,5
	zawodowe	3	5,6	4	9,8	8	6,6
	średnie	22	40,7	12	29,3	47	38,8
	wyższe	26	48,1	25	61	63	52,1
status związku	brak partnera/partnerki	10	18,5	16	39	36	29,8
	partner/partnerka	27	50	8	19,5	45	37,2
	żona/mąż	17	31,5	17	41,5	40	33,1
liczba dzieci	brak	35	64,8	17	41,5	70	57,9
	1	8	14,8	7	17,1	19	15,7
	2	7	13,0	14	34,1	25	20,7
	3 i więcej	4	7,4	3	7,3	7	5,8

Źródło: Opracowanie własne.

W całej badanej próbie użytkowników muchomora czerwonego odnotowano około 18% osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi. Co piąta osoba z grupy osób zażywających regularnie deklaruje, że otrzymała taką diagnozę, w grupie osób eksperymentujących odsetek ten jest podobny i wynosi 17%. Co dziesiąty badany ma zdiagnozowane zaburzenia lękowe, a około 8% depresję. Są to najczęstsze diagnozy w całej próbie oraz w grupie osób eksperymentujących, jak i zażywających regularnie (Tabela 2).

Tabela 2. Diagnozy zaburzeń psychicznych

Zaburzenie/Choroba psychiczna	OE	OU	Ogółem
zaburzenia lękowe	11,1%	7,3%	9,5%
depresja	9,3%	7,3%	8,4%
zaburzenie osobowości typu borderline	3,7%	2,4%	3,2%
CHAD	1,9%	0%	1,1%
zaburzenia odżywiania	0%	2,4%	1,1%
zaburzenia adaptacyjne	1,9%	0%	1,1%
schizofrenia	1,9%	0%	1,1%

Źródło: Opracowanie własne.

Badani ze zdiagnozowanym zaburzeniem psychicznym najczęściej korzystają w tym zakresie z farmakoterapii i psychoterapii. Około 35% próbuje radzić sobie z zaburzeniem poprzez autoterapię – samoleczenie. Nieco mniejszy odsetek badanych wskazuje na medytację – 23,5%, zdrowe odżywianie – około 18% czy kontakt z naturą – około 6%, a zatem przystosowawcze, konstruktywne formy radzenia sobie z problemem. Badani decydują się też na korzystanie z nieprzystosowawczych sposobów radzenia sobie z zaburzeniem psychicznym, około 30% zażywa muchomora czerwonego, około 18% psychodeliki (Tabela 3).

Tabela 3. Sposoby radzenia sobie z zaburzeniem psychicznym

Sposoby radzenia sobie	OE	OU	Ogółem
farmakoterapia	55,6%	50%	52,9%
psychoterapia	44,4%	37,5%	41,2%
autoterapia	44,4%	25%	35,3%

zażywanie czerwonego muchomora czerwonego	22,2%	37,5%	29,4%
medytacja	22,2%	25%	23,5%
zdrowe odżywianie	33,3%	0%	17,6%
zażywanie psychodelików	22,2%	12,5%	17,6%
kontakt z naturą	11,1%	0%	5,9%

Źródło: Opracowanie własne.

Prezentacja uzyskanych wyników

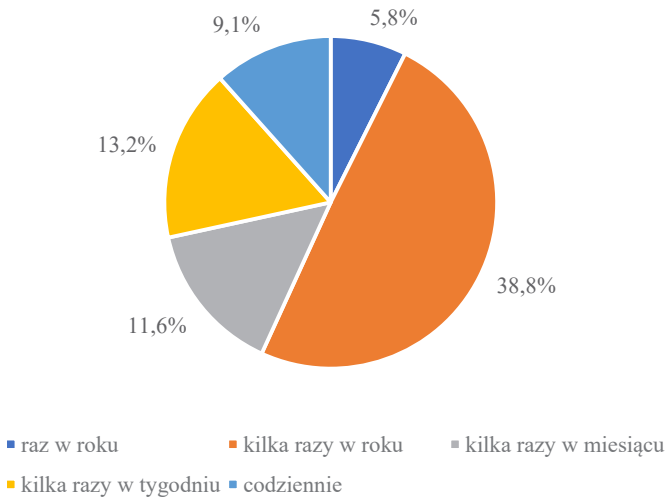
Analiza materiału badawczego polegała na opisanu wybranych charakterystyk zjawiska zażywania muchomora czerwonego w całej próbie oraz w wyodrębnionych grupach: osób eksperymentujących, zażywających muchomora czerwonego sporadycznie (OE) i osób używających muchomora czerwonego regularnie (OU).

W toku analiz statystycznych nie wykazano zależności między częstotliwością spożywania muchomora czerwonego a większością badanych charakterystyk, w związku z czym zrezygnowano z prezentacji tych rezultatów, które nie ukazują istotnych różnic statystycznych w tym zakresie.

Częstotliwość zażywania muchomora czerwonego

Z analizy zebranego materiału badawczego wynika, że większość badanych to osoby zażywające muchomora czerwonego kilka razy w roku. Podobne pod względem liczebności są grupy badanych używające go kilka razy w miesiącu i kilka razy w tygodniu. Codziennie muchomora czerwonego zażywa natomiast niemal co dziesiąty badany. Najmniejszy odsetek w próbie badawczej stanowią osoby, które zażywają muchomora raz w roku. Wyniki zaprezentowano na poniższym wykresie (Wykres 3).

Wykres 3. Częstotliwość zażywania muchomora czerwonego

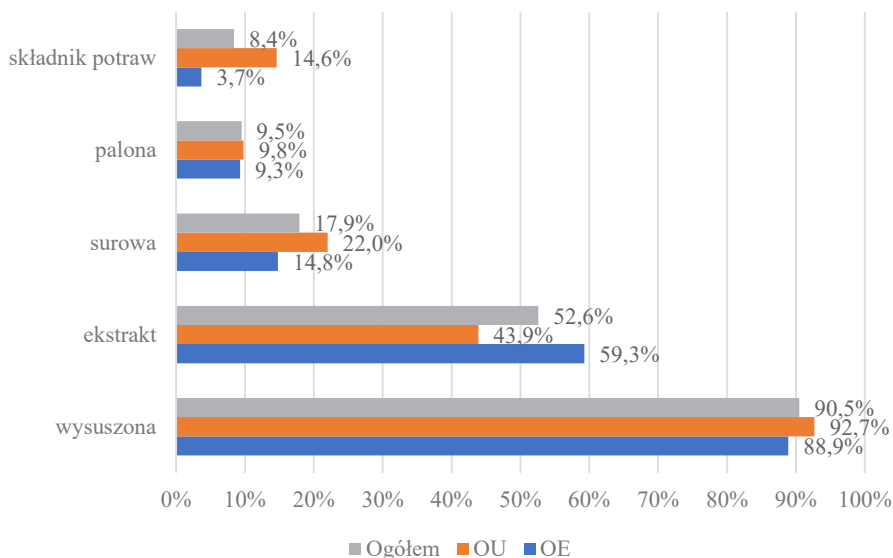


Źródło: Opracowanie własne.

Formy zażywania i dawkowanie muchomora czerwonego

Większość badanych spożywa muchomora czerwonego w formie wysuszonej. Surowe owocniki spożywa około 18%. Nieco ponad połowa respondentów pije specjalnie przygotowany ekstrakt. Najmniej popularnymi formami zażywania są palenie oraz dodawanie grzybów do potraw.

Wykres 4. Formy zażywania muchomora czerwonego



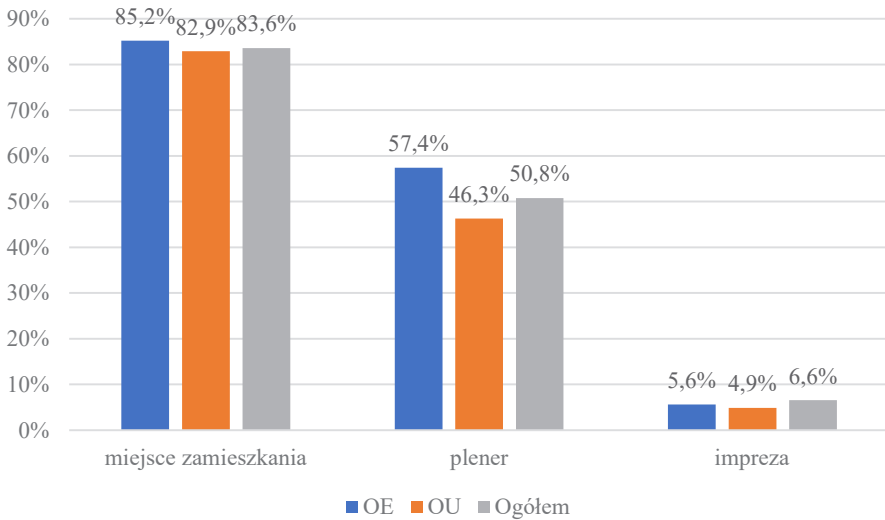
Źródło: Opracowanie własne.

Próbowano także określić minimalne, średnie oraz maksymalne dawki muchomora czerwonego, jakie zażywają badani. Z uwagi na fakt, że ponad połowa badanych miała trudność z określeniem dawkowania, a pozostałe osoby posługiwały się różnymi jednostkami, nie przeprowadzono analiz statystycznych. Respondenci, oprócz dawek określonych w gramach, stosowali jednostki takie jak: kapelusze („4 średnie kapelusze”), łyżeczki („czubata łyżeczka”), krople („5 kropli”) czy intuicyjnie („zawsze na oko”).

Miejsca oraz okoliczności pozyskiwania i zażywania muchomora czerwonego

Najczęściej badani zażywają muchomora czerwonego w miejscu zamieszkania – domu lub mieszkaniu. Nieco ponad połowa respondentów zadeklarowała, że spożywa grzyby w plenerze. Najbardziej wskazywanym miejscem są punkty rozrywki, tj. kluby, puby, bary (Wykres 5).

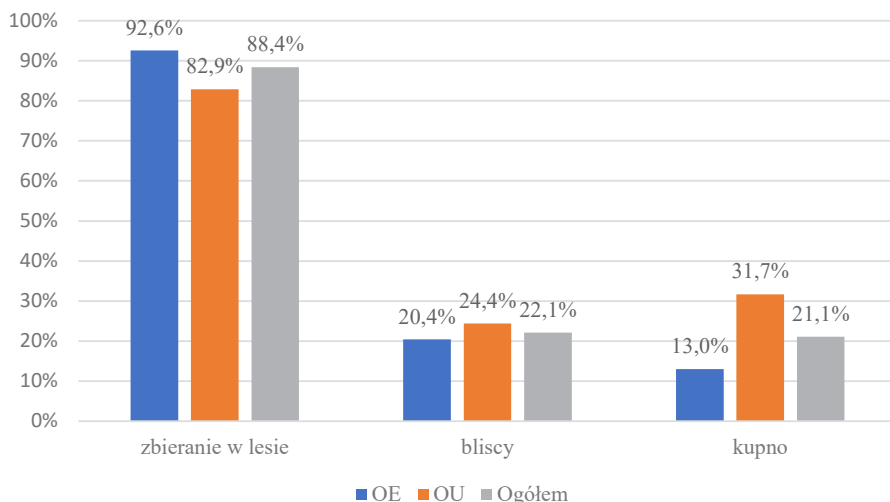
Wykres 5. Miejsce zażywania muchomora czerwonego



Źródło: Opracowanie własne.

Większość badanych zadeklarowała, że zbiera muchomora czerwonego samodzielnie w lesie. Około 22% respondentów otrzymuje go od bliskich – rodziny, przyjaciół, znajomych. Co piąty użytkownik dokonuje jego zakupu, a osoby używające sporadycznie różnią się istotnie od osób eksperymentujących w tym zakresie ($\chi^2(2)=4,93$; $p<0,05$). Co trzecia osoba z grupy OU deklaruje kupno grzybów, a w grupie OE – jeden na ośmiu badanych. Siła tej zależności jest słaba ($V=0,23$). Szczegółowe dane zaprezentowano na wykresie 6.

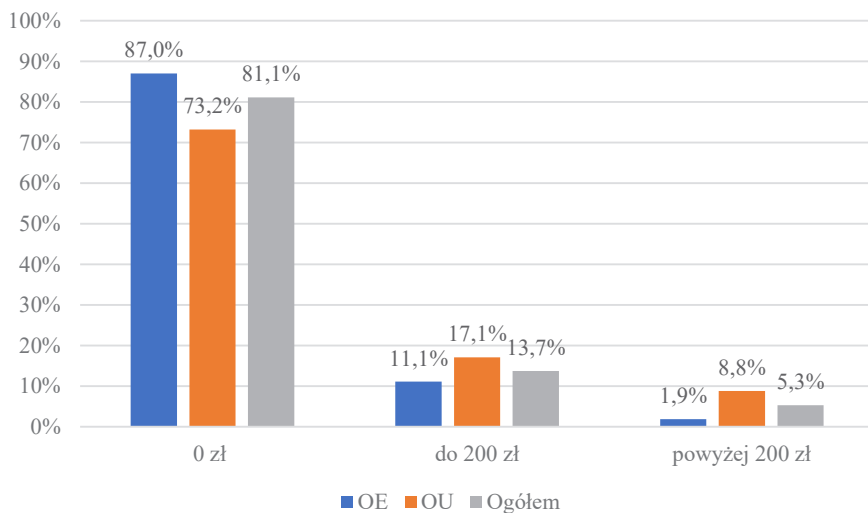
Wykres 6. Źródła pozyskiwania muchomora czerwonego



Źródło: Opracowanie własne.

Większość badanych nie wydaje pieniędzy na zakup muchomora czerwonego, gdyż pozyskują go samodzielnie. Jeśli dokonują jego zakupu, częściej poświęcają na to rocznie do 200 zł niż powyżej 200 zł (5,3%).

Wykres 7. Roczne wydatki przeznaczone na zakup muchomora czerwonego



Źródło: Opracowanie własne.

Wiek inicjacji zażycia muchomora czerwonego i przyczyny pierwszego zażycia

Kolejnym analizowanym aspektem był wiek inicjacji zażycia muchomora czerwonego. Ponad połowa badanych (około 61%) z całej próby uzyskała wyniki niższe niż średnia. W grupie osób używających go sporadycznie wynik poniżej średniej uzyskała ponad połowa badanych (około 56%) i jest to wynik wyższy niż w grupie użytkowników regularnych, w której odsetek osób z wiekiem poniżej średniej wyniósł około 48%. Wykazano istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie średniego wieku pierwszego spożycia muchomora czerwonego (Tabela 4).

Tabela 4. Wiek inicjacji w zażyciu muchomora czerwonego

Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
OE	28,56	8,28	14	49	14,1	<0,001
OU	35,48	7,31	13	50		
Ogółem	31,5	8,56	13	50		

Źródło: Opracowanie własne.

Połowa osób badanych pierwszy raz próbowała muchomora czerwonego z ciekawości. Co czwarty kierował się w tym zakresie oczekiwanymi potencjalnymi efektami leczniczymi, jakie przypisuje się suplementowaniu muchomora czerwonego, co piąty – realizacją swoich potrzeb duchowych, a co dziesiąty chęcią zwiększenia swoich możliwości umysłowych (Tabela 5).

Tabela 5. Przyczyny pierwszego zażycia muchomora czerwonego

Przyczyny inicjacji	OE	OU	Ogółem
ciekawość	50%	51,2%	50,5%
efekty lecznicze	25,9%	19,5%	23,2%
potrzeby duchowe	18,5%	26,8%	22,1%
zwiększenie możliwości umysłu	9,3%	12,2%	10,5%
przyjemność	9,3%	0%	5,3%
presja otoczenia	7%	0%	4,2%
kłopoty w życiu osobistym	1,9%	2,4%	2,1%

Źródło: Opracowanie własne.

Przyczyny zażywania muchomora czerwonego

Najczęstszą wskazywaną w całej próbie przyczyną zażywania muchomora czerwonego są oczekiwane efekty lecznicze, potrzeby duchowe oraz zwiększenie możliwości umysłu. Połowa badanych wśród przyczyn zażywania wskazuje ciekawość, a około 33% – odprężenie. Poszukiwanie przyjemności jest przyczyną deklarowaną przez co czwartej respondenta. 16% badanych zażywa muchomora czerwonego ze względu na problemy w życiu osobistym. Najrzadziej (zaledwie 3% badanych) dokonuje atrybucji swojego zażywania w odniesieniu do presji otoczenia (Tabela 6).

Tabela 6. Przyczyny zażywania muchomora czerwonego

Przyczyny	OE	OU	Ogółem
efekty lecznicze	70,4%	87,8%	77,9%
potrzeby duchowe	75,9%	73,2%	74,7%
zwiększenie możliwości umysłu	72,2%	75,6%	73,7%
ciekawość	53,7%	43,9%	49,5%
odprężenie	24,1%	43,9%	32,6%
przyjemność	31,5%	19,5%	26,3%
kłopoty w życiu osobistym	9,3%	24,4%	15,8%
presja otoczenia	3,7%	2,4%	3,2%

Źródło: Opracowanie własne.

Osoby eksperymentujące różnią się istotnie statystycznie od osób zażywających regularnie w zakresie przyczyn zażywania muchomora czerwonego. Ze względu na efekty lecznicze spożywa go około 88% badanych z grupy OU, a w grupie OE odsetek ten wynosi około 70% ($\chi^2(7)=4,11; p<0,05$). Uzyskano również istotne różnice międzygrupowe w zakresie odprężenia ($\chi^2(7)=4,17; p<0,05$) – w grupie OU około 44% deklaruje ten motyw, a w grupie OE jest to co czwarty respondent. Atrybucje przyczyn zażywania w odniesieniu do kłopotów w życiu osobistym również okazały się istotne statystycznie ($\chi^2(7)=4,01; p<0,05$) – w grupie OU jest to jeden na czterech badanych, a w grupie OE jest to co dziesiąty użytkownik. Wielkość efektu dla powyższych zależności wynosi $V=0,21$, co oznacza, że siła wykazanych miar jest słaba.

Bezpośrednie i długotrwałe efekty po zażyciu muchomora czerwonego

Wśród efektów obserwowanych bezpośrednio, do kilku godzin po zażyciu muchomora (tabela 7), jak i tych długotrwałych (Tabela 8) badani częściej wskazują na efekty pozytywne. W tym aspekcie, w odniesieniu do bezpośrednich następstw, najczęściej deklarują zwiększony wgląd w siebie, odprężenie oraz zwiększenie możliwości umysłu. Co czwarty respondent wskazuje poprawę nastroju, co szósty energię i motywację, a co siódmy efekty somatyczne. W przypadku pozytywnych efektów długotrwałych badani najczęściej obserwują poprawę zdrowia psychicznego. Co trzeci użytkownik wskazuje wśród tych efektów zwiększenie możliwości umysłu, a nieco mniej badanych – rozwój duchowy. Co piąty respondent obserwuje u siebie spokój, a niewiele mniej respondentów – poprawę zdrowia somatycznego.

Badani w większości nie dostrzegają u siebie negatywnych, bezpośrednich i długotrwałych efektów spożywania muchomora czerwonego. Połowa respondentów nie zaobserwowała negatywnych następstw bezpośrednio po zażyciu muchomora czerwonego. Co czwarty użytkownik deklaruje problemy gastryczne, a około 13% – objawy somatyczne, inne niż problemy gastryczne. Co dziesiąta osoba odczuwa senność, a nieco mniej badanych – lęk. Najrzadszymi obserwowanymi efektami są osłabienie funkcji poznawczych oraz zjawisko *bad trip* (zła podróż), czyli stan psychiczny po zażyciu substancji psychodelicznych określany jako negatywne doświadczenie przejawiające się między innymi w występowaniu nieprzyjemnych halucynacji, którym towarzyszą silne lęki i panika (Motyka, Marcinkowski 2014: 508). Zdecydowana większość badanych (około 90%) nie obserwuje też negatywnych, długotrwałych efektów zażywania muchomora czerwonego. Około 4% odczuwa dyskomfort psychiczny. Niesmak w ustach deklaruje około 2% respondentów i odsetek ten jest taki sam dla osłabienia funkcji poznawczych (Tabela 7).

Tabela 7. Bezpośrednie efekty zażycia muchomora czerwonego

Zaobserwowane efekty bezpośrednie							
Pozytywne				Negatywne			
	OE	OU	Ogółem		OE	OU	Ogółem
zwiększony wgląd w siebie	40,7%	48,8%	44,2%	brak	48,1%	51,2%	49,5%
odprężenie	44,4%	41,5%	43,2%	problemy gastryczne	33,3%	14,6%	25,3%
zwiększenie możliwości umysłu	48,1%	34,1%	42,1%	inne objawy somatyczne	13%	12,2%	12,6%
poprawa nastroju	27,8%	24,4%	26,3%	senność	9,3%	9,8%	9,5%
energia i motywacja	16,7%	17,1%	16,8%	lęk	7,4%	9,8%	8,4%
efekty somatyczne	14,8%	14,6%	14,7%	osłabienie funkcji poznawczych	3,7%	2,4%	3,2%
zmiany percepcji	9,3%	12,2%	10,5%	bad trip	0%	4,9%	2,1%

Źródło: Opracowanie własne.

Wykazano jedną istotną różnicę między osobami eksperymentującymi a używającymi regularnie w zakresie negatywnych efektów obserwowanych bezpośrednio po zażyciu muchomora czerwonego. Dotyczy ona deklarowania problemów gastrycznych ($\chi^2(6)=4,32$; $p<0,05$) – jedna na trzy osoby z grupy OE wskazała na takie problemy, a w grupie OU – jedna na siedem. Siłę tej zależności należy interpretować jako słabą ($V=0,21$).

Tabela 8. Długotrwałe efekty zażywania muchomora czerwonego

Zaobserwowane efekty długotrwałe							
Pozytywne				Negatywne			
	OE	OU	Ogółem		OE	OU	Ogółem
poprawa zdrowia psychicznego	38,9%	43,9%	41,1%	brak	96,3%	80,5%	89,5%
zwiększenie możliwości umysłu	24,1%	46,3%	33,7%	dyskomfort psychiczny	0%	9,8%	4,2%
rozwój duchowy	31,5%	31,7%	31,6%	niesmak w ustach	0%	4,9%	2,1%
spokój	22,2%	14,6%	18,9%	osłabienie funkcji poznawczych	1,9%	2,4%	2,1%

Zaobserwowane efekty długotrwałe							
	Pozytywne			Negatywne			
	OE	OU	Ogółem		OE	OU	Ogółem
poprawa zdrowia somatycznego	16,7%	19,5%	17,9%	problemy gastryczne	0%	2,4%	1,1%
energia i motywacja	11,1%	7,3%	9,5%	senność	0%	2,4%	1,1%

Źródło: Opracowanie własne.

W zakresie efektów długotrwałych grupy różnią się między sobą jeśli chodzi o wskazywanie zwiększenia możliwości umysłu ($\chi^2(5)=5,17$; $p<0,05$) oraz brak negatywnych następstw zażywania muchomora czerwonego ($\chi^2(5)$, z poprawką Yatesa=4,62; $p<0,05$). W przypadku tego pierwszego, około połowa osób używających regularnie oraz co czwarta osoba eksperymentująca deklaruje te następstwa. Brak długotrwałych negatywnych konsekwencji używania deklaruje większość badanych w obu grupach – około 96% osób z grupy OE oraz około 81% z grupy OU. Wielkość efektu wyniosła odpowiednio $V=0,23$ i $V=0,26$, co oznacza, że opisane zależności są słabe.

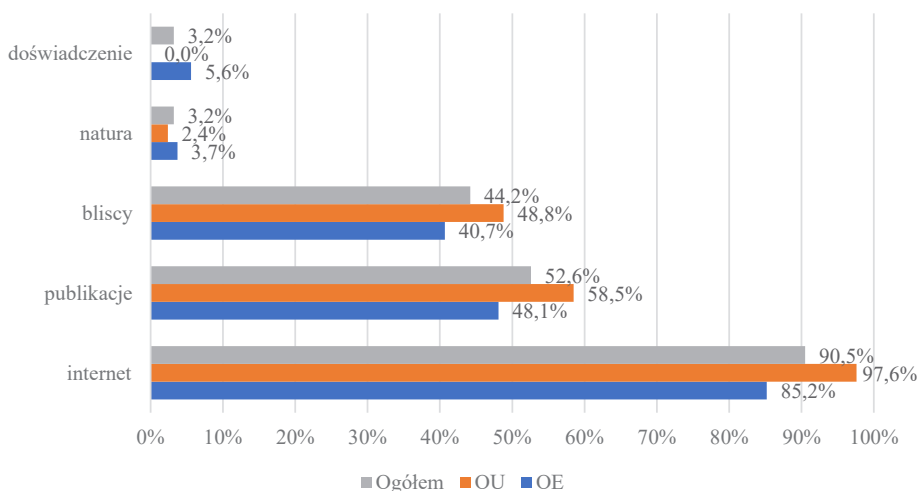
Badani w kontekście następstw zażywania muchomora czerwonego zostali zapytani także o subiektywne poczucie utraty kontroli nad zażywaniem muchomora czerwonego. Utratę kontroli odczuwa około 23% badanych. W tym miejscu należy także wspomnieć o zatruciach muchomorem czerwonym. Co dziesiąty respondent stwierdził, że zdarzyło mu się zatruć muchomorem czerwonym (9%). Stosunkowo niski odsetek zatruć może wynikać z jednej strony z relatywnie małej toksyczności muchomora czerwonego, z drugiej natomiast – z wiedzy badanych odnośnie do dawek, które mają im pozwolić na uniknięcie ciężkich zatruć oraz dekarboksylacji kwasu ibotenowego w muscymol w wyniku suszenia (Chwałuk, Przybysz 2015: 95).

Źródła wiedzy badanych na temat muchomora czerwonego, jego przygotowania i dawkowania

Zdecydowana większość badanych czerpie wiedzę na temat muchomora czerwonego z internetu. Drugim najczęstszym źródłem są publikacje naukowe, z których korzysta około połowa respondentów. Bliscy – przyjaciele, rodzina, znajomi – stanowią dla około 44%

źródło wiedzy na temat grzyba. Najbardziej respondenci wskazywali „naturę” i doświadczanie (Wykres 8).

Wykres 8. Źródła wiedzy o muchomorze czerwonym



Źródło: Opracowanie własne.

W kwestii wiedzy o dawkowaniu muchomora czerwonego badani również czerpią wiedzę głównie z internetu, co trzeci badany czerpie wiedzę od swoich bliskich, a około 28% – z publikacji naukowych. Co piąty respondent wskazuje jako źródło wiedzy swoje własne doświadczanie. Również w przypadku wiedzy o przygotowywaniu muchomora czerwonego internet również jest najczęstszym źródłem. Z publikacji naukowych korzysta w tym zakresie około 39%, a 37% badanych z wiedzy osób im bliskich.

Częstotliwość zażywania innych substancji psychoaktywnych wśród użytkowników muchomora czerwonego

Najbardziej popularną substancją psychoaktywną wśród użytkowników muchomora czerwonego jest marihuana, którą zażywa około 85% respondentów, z czego co siódmy zażywa ją codziennie. Wyniki kształtują się tu podobnie do spożywania alkoholu i kofeiny, które zażywa około 84% respondentów. Użytkownicy muchomora

czerwonego częściej sięgają po psychodeliki niż stymulanty. Najrzadziej zażywają depresanty, takie jak GHB (4%) i benzodiazepiny (9%).

Zdecydowana większość (92%) eksperymentujących użytkowników muchomora czerwonego zażywa marihuanę, natomiast alkohol spożywa około 84% respondentów. Natomiast w przypadku osób zażywających regularnie najczęściej wybieranymi substancjami są: kofeina, którą zażywają wszyscy respondenci, alkohol, odsetek osób spożywających go jest taki sam jak w grupie OE, a także marihuana, której zażywanie deklaruje 78% badanych.

Tabela 9. Zażywanie wybranych substancji psychoaktywnych

Substancja	Nigdy	Raz w roku lub rzadziej	Kilka razy w roku	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
marihuana	14,7%	22,1%	14,7%	17,9%	15,8%	14,7%
alkohol	15,8%	8,4%	33,7%	29,5%	10,5%	2,1%
kofeina	15,8%	2,1%	9,5%	18,9%	21,1%	32,6%
psylocybina	27,4%	32,6%	36,8%	2,1%	0%	1,1%
nikotyna	36,8%	10,5%	10,5%	3,2%	9,5%	29,5%
LSD	42,1%	42,1%	14,7%	1,1%	0%	0%
MDMA	50,5%	33,7%	15,8%	0%	0%	0%
DMT	58,9%	33,7%	7,4%	0%	0%	0%
kokaina	66,3%	26,3%	7,4%	0%	0%	0%
amfetamina	72,6%	15,8%	8,4%	2,1%	1,1%	0%
mefedron	81,1%	15,8%	1,1%	2,1%	0%	0%
meskalina	83,2%	16,8%	0%	0%	0%	0%
ketamina	87,4%	6,3%	4,2%	2,1%	0%	0%
opiaty	89,5%	6,3%	1,1%	2,1%	0%	1,1%
benzodiazepiny	90,5%	8,4%	0%	1,1%	0%	0%
benzydamina	92,6%	7,4%	0%	0%	0%	0%
GHB	95,8%	3,2%	1,1%	0%	0%	0%

Źródło: Opracowanie własne.

Badanych zapytano w tym kontekście również o kwestie leczenia i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych w ośrodkach stacjonarnych i placówkach ambulatoryjnych w przeszłości lub obecnie. W całej próbie odsetek osób korzystających z programów leczenia i terapii uzależnień wynosi 7,4%. Co dziesiąty badany z grupy osób zażywających regularnie jest uczestnikiem takich programów, a wśród osób eksperymentujących jest to około 6%.

Wnioski i implikacje praktyczne

W ostatnich kilkunastu latach w Polsce obserwuje się zjawisko rekreacyjnego zażywania muchomora czerwonego, chociaż jego zakres jest co prawda stosunkowo niewielki (por. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2022). Jednocześnie pojawiają się badania wskazujące na niepokojącą tendencję wśród osób używających substancji psychoaktywnych, będącą jednym z niepożądanych skutków krajowej polityki antynarkotykowej. Chodzi tu o poszukiwane nowych, niezakazanych prawem i niedrogich środków odurzających (Barwina i in. 2014: 77). Muchomor czerwony jako naturalne, dostępne, bezpłatne i legalne źródło substancji psychoaktywnych zdaje się wpisywać w ten trend.

Uzyskane wyniki badań wskazują, że wśród osób zażywających muchomora czerwonego sporadycznie i regularnie większość stanowią mężczyźni w wieku 19–49 lat. Są oni mieszkańcami małych i dużych miast. Mają wykształcenie średnie lub wyższe. Zdecydowana większość z nich pracuje, część dodatkowo uczy się lub studiuje. Żyją w związkach partnerskich lub małżeńskich, większość z nich nie ma dzieci. Niemal co piąty z nich ma zdiagnozowane choroby lub zaburzenia psychiczne – najczęściej zaburzenia lękowe lub depresję, z którą radzi sobie przy wsparciu farmakoterapii i psychoterapii, samoleczenia oraz zażywania muchomora czerwonego.

Użytkownicy muchomora czerwonego w większości zażywają go kilka razy w roku. Ich wzorce używania muchomora jako substancji psychoaktywnej można określić jako rekreacyjne i wspomagające funkcjonowanie w różnych rolach życiowych – zawodowych, rodzinnych i społecznych (por. Czabała 2008: 4–5). Najczęściej spożywają go w miejscu zamieszkania, w formie wysuszonej lub specjalnie przygotowanego ekstraktu. Na ogół pozyskują go samodzielnie – nie

ponoszą zatem kosztów jego zakupu. Wiedzę na temat jego działania, dawkowania i przygotowywania pozyskują z internetu, od bliskich lub z publikacji naukowych. Pierwszy raz na ogół próbowali muchomora czerwonego z ciekawości lub dla oczekiwanych efektów leczniczych, które stanowią zresztą, obok potrzeb duchowych i zwiększenia możliwości umysłu, motywy dalszego jego używania. Skupiają się głównie na pozytywnych efektach, jakie wywołuje, nie dostrzegając przy tym aspektów negatywnych. Może to wynikać z pozytywnych oczekiwań, jakie przypisują działaniu muchomora czerwonego, kierując się nimi przy decyzji o jego zażyciu. Warto tu także zauważyć, że wśród osób badanych niemal co piąta deklaruje zdiagnozowane zaburzenie psychiczne, które może stanowić przyczynę sięgania po środki psychoaktywne. W tym kontekście substancja psychoaktywna stosowana jest przez osobę jako bardziej lub mniej świadoma próba samoleczenia, łagodzenia objawów zaburzenia lub w przypadku osób stosujących farmakoterapię – zmniejszania niepożądanych objawów po stosowanych środkach (Błachut i in. 2013: 336; Just, Ogłodek 2013: 299). Jedynie co piąty z nich odczuwa, że stracił kontrolę nad zażywaniem, a co dziesiątemu zdarzyło się nim zatruć. Należy jednak podkreślić, że przedstawione tu analizy dotyczą wyłącznie badanych z wybranych internetowych grup dyskusyjnych, nie można ich zatem ekstrapolować na całą populację użytkowników muchomorów w Polsce.

Stosowanie substancji psychoaktywnych to niezwykle dynamicznie rozwijające się zjawisko. Stale zmieniające się trendy stwarzają konieczność zintegrowania istniejącego systemu wsparcia i poszukiwania nowych jego form oraz zmian w podejściu do samego problemu. Używanie środków odurzających nie dotyczy wyłącznie dzieci i młodzieży czy osób z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym, ale także wykształconych i pracujących dorosłych. W tym kontekście ważne są regularne nowelizacje prawa, które będą podążały za współczesnymi trendami i ewaluacja dotychczas stosowanych strategii profilaktycznych. Oprócz realizowanych działań państwa na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia, ważny jest kontekst aktualnego stylu życia oraz determinanty podejmowania różnych zachowań ryzykownych przez ludzi, a mogących mieć wpływ na stan ich zdrowia.

Bibliografia

- Barwina M., Habrat B., Sein Anand J. (2014). *Nadużywanie benzydamin, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 27, s. 77–87.*
- Beuhler M.C. (2016). *Overview of Mushroom Poisoning*, [w:] J. Brent, K. Burkhart, P. Dargan, B. Hatten, B. Megarbane, R. Palmer (red.), *Critical Care Toxicology*, Edinburgh: Springer, Cham, s. 2103–2128.
- Błachut M., Badura-Brzoza K., Jarzab M., Gorczyca P., Hese R.T. (2013). *Podwójna diagnoza u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych*, „Psychiatria Polska”, t. 47, nr 2, s. 335–352.
- Chwałuk P., Przybysz I. (2015). *Intoksykacje muchomorem czerwonym w Polsce – nowa tendencja na scenie narkotykowej czy współczesna adaptacja obcych tradycji? Przegląd literatury i doniesienie kliniczne*, „Etnobiologia Polska”, nr 5, s. 89–98.
- Crocq M.A. (2007). *Historical and Cultural Aspects of Man's Relationship with Addictive Drugs*, „Dialogues in Clinical Neuroscience”, t. 9, nr 4, s. 355–361.
- Czabała C. (2008). *Typologia pacjentów korzystających z instytucjonalnej pomocy w związku z używaniem narkotyków*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, t. 43, nr 4, s. 3–6.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022). *Europejski raport narkotykowy 2022: Tendencje i osiągnięcia*, Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej.
- Johnston G.A.R. (2014). *Muscimol as an Ionotropic GABA Receptor Agonist*, „Neurochemical Research”, t. 39, nr 10, s. 1942–1947.
- Johnston G.A.R., Chebib M., Duke R., Fernandez S., Hanrahan J., Hinton T. (2009). *Herbal Products and GABA Receptors*, „Encyclopedia of Neuroscience”, nr 4, s. 1095–1101.
- Just M., Ogłodek E. (2013). *Pacjent z rozpoznaniem zapalenia trzustki oraz „podwójnej diagnozy”*, „Polski Merkuriusz Lekarski”, t. 34, nr 203, s. 298–301.
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2020). *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020*, Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Marciniak B., Ferenc T., Kusowska J., Ciechwierz J., Kowalczyk E. (2010). *Zatrucie wybranymi grzybami o działaniu neurotypowym i halucynogennym*, „Medycyna Pracy”, t. 61, nr 5, s. 583–595.
- Michelot D., Melendez-Howell L.M. (2003). *Amanita muscaria: Chemistry, Biology, Toxicology, and Ethnomycology*, „Mycological Research”, t. 107, nr 2, s. 131–146.
- Mikaszewska-Sokolewicz M.A., Pankowska S., Janiak M., Pruszczyk P., Łazowski T., Jankowski K. (2016). *Coma in the Course of Severe Poisoning After Consumption of Red Fly Agaric (Amanita muscaria)*, „Acta Biochimica Polonica”, t. 63, nr 1, s. 181–182.

- Motyka M., Marcinkowski J.T. (2014). *Nowe metody odurzania się. Cz. I: Leki dostępne bez recepty wykorzystywane w celach narkotycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 95, nr 3, s. 504–511.
- Nielsen E., Schousboe A., Hansen S.H., Krosggaard-Larsen P. (1985). *Excitatory Amino Acids: Studies on the Biochemical and Chemical Stability of Ibotenic Acid and Related Compounds*, „Journal of Neurochemistry”, t. 45, nr, s. 725–731.
- Stebelska K. (2013). *Fungal Hallucinogens Psilocin, Ibotenic Acid, and Muscimol*, „Therapeutic Drug Monitoring”, t. 35, nr 4, s. 420–442.
- Trojanowska A. (2001). *O leczniczym użyciu grzybów w XIX wieku*, „Analecta” t. 10, nr 2, s. 111–127.

Netografia

- Marcinek M. (2022). *Niebezpieczny trend w mediach społecznościowych. Chodzi o trujące muchomory*, <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C1454002%2Cniebezpieczny-trend-w-mediach-spolescnosciowych-chodzi-o-trujace-muchomory> [dostęp: 14.12.2022].
- Trela K. (2022). *Łódź. Trzy osoby trafiły na OIOM po zatruciu muchomorem. „Było to spożycie celowe, w celu odurzenia”*, <https://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/7,114883,29027663,loz-trzy-osoby-trafily-na-oiom-po-zatruciu-muchomorem-bylo.html> [dostęp: 14.12.2022].

ADRESY DO KORESPONDENCJI

Marta Pięta-Chrystofiak
 Uniwersytet Gdański
 Instytut Pedagogiki
 e-mail: marta.pieta@ug.edu.pl

Damian Brohs
 Uniwersytet Gdański
 Instytut Psychologii
 e-mail: d.brohs.736@studms.ug.edu.pl

Poczucie samotności i obniżony poziom samooceny w kontekście ryzyka uzależnienia od internetu wśród słyszących i niesłyszących adolescentów¹

Feelings of Loneliness and Reduced Self-Esteem in the Context of Internet Addiction Risk Among Hearing and Hearing-Impaired Adolescents

ABSTRACT

The article presents the results of a study conducted on two groups of adolescents aged 15–18, based on an assessment of risky behaviors presented during internet use. The purpose of the research

KEYWORDS

adolescents, internet, addiction, risk, loneliness, self-esteem

SŁOWA KLUCZOWE

adolescenci, internet, uzależnienie, ryzyko, samotność, samoocena

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.010
Nadesłano: 20.03.2023
Zaakceptowano: 16.05.2023

- 1 W opracowaniu wykorzystano wyniki badań przedstawione w mojej publikacji pt. *Wirtualne oblicza samotności. Ryzykowne zachowania w sieci wśród słyszącej i niesłyszącej młodzieży*, Kraków 2022, s. 99–150, dotyczącej wybranych uwarunkowań ryzykownych zachowań w sieci wśród młodzieży słyszącej i młodzieży z uszkodzonym narządem słuchu. W niniejszym tekście przedstawiono jedynie część wyników dotyczących poczucia samotności i obniżonego poziomu własnej wartości respondentów oraz autorskie refleksje nawiązujące do tematyki bieżącego opracowania.

was to assess the correlation between feelings of loneliness among both hearing and hearing-impaired adolescents and risky Internet use, which increases the risk of Internet addiction. Three tools were used to gather the data: the Questionnaire of Intrapersonal, Interpersonal and Attitudes Toward the World by Bartłomiej Golek and Ewa Wysocka (2011), the Polish adaptation of the Rate of Loneliness by Jenny de Jong Gierveld and Theo van Tilburg (Grygiel et al. 2011), and the Polish adaptation of the Questionnaire of Problematic Internet Use by Kimberly Young (Poprawa 2012). The results clearly indicate a correlation between higher levels of loneliness, lower levels of self-esteem, and the tendency to engage in risky online behavior among hearing-impaired adolescents.

ABSTRAKT

Artykuł przedstawia wyniki badań przeprowadzonych w dwóch grupach adolescentów w wieku 15–18 lat, zmierzających do oceny ryzykownych zachowań prezentowanych w trakcie korzystania z internetu. Celem przeprowadzonych badań była ocena korelacji pomiędzy poczuciem osamotnienia wśród słyszących adolescentów i adolescentów z wadą słuchu a ryzykownym korzystaniem z internetu, które zwiększa ryzyko uzależnienia od tego medium. Do zgromadzenia danych posłużyły trzy narzędzia: Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata, autorstwa Bartłomieja Gołka i Ewy Wysockiej (2011), Skala Poczucia Samotności, autorstwa Jenny de Jong Gierveld i Theo van Tilburga (2006, polska adaptacja: Grygiel i in. 2012) oraz Kwestionariusz Problematycznego Używania Internetu (PUI), autorstwa Kimberly Young (1996, polska adaptacja: Poprawa 2012). Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazały na fakt istnienia korelacji pomiędzy podwyższonym poziomem poczucia samotności, niższym poziomem samooceny a tendencją do ryzykownych zachowań w sieci wśród adolescentów z wadą słuchu.

Samotność XXI wieku

Na przestrzeni minionych lat społeczne rozumienie samotności przeszło swoistą ewolucję. Wydaje się, że samotność XXI wieku może mieć nieco inne oblicze niż w przeszłości – to, co jeszcze do niedawna rozpatrywano w kategoriach typowego doświadczenia ludzi starszych, schorowanych i wyizolowanych, dzisiaj zdaje się być

także doświadczeniem znacznie młodszych osób (por. Fabiś 2017: 279–297; Kramkowska 2016: 41–42; Dołęga 2003; Wasilewska 2010; Wrótniak 2018). Przeobrażenia społeczne i zmiany, których doświadczamy, zdają się przynosić nie tylko korzyści, ale także być źródłem licznych trudności. Zdaniem Stanisława Kawuli (Kawula 1999), współczesne społeczeństwo mierzy się z licznymi problemami i wyzwaniem. Niestabilny rynek pracy, ryzyko jej utraty czy coraz częstsza konieczność rozłąki wynikająca z motywów ekonomicznych to niewielka zaledwie część zmian, która zarysowała się na przestrzeni minionych lat (Zamorska 2014).

Czym jednak jest samotność i jak należy ją rozumieć w kontekście społecznym? Istnieje wiele definicji i prób ujęcia tego, jak należy rozpatrywać to zjawisko. Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto ujęcie prezentowane przez tę część badawczy zjawiska (por: Rembowski 1991; Gajda 1987; Łopatkowa 1983), którzy stawiają znak równości pomiędzy samotnością a osamotnieniem.

Samotność można rozpatrywać zatem jako stan psychiczny, w którym jednostka odczuwa brak satysfakcji płynącej z relacji społecznych, w związku z tym może się u niej pojawiać subiektywne poczucie izolacji, wyłączenia z grupy i osamotnienia (Śliwak, Reizer, Partyka 2015). Co interesujące, to subiektywne poczucie może towarzyszyć zarówno ludziom faktycznie pozbawionym kontaktów społecznych, jak i tym, którzy w swoim codziennym życiu otaczają się najbliższą rodziną czy gronem przyjaciół (Wrótniak 2020). Stan ten może mieć różną intensywność i może wpływać na różne aspekty codziennego funkcjonowania, począwszy od relacji społecznych poprzez funkcjonowanie zawodowe aż do ogólnego stanu zdrowia danego człowieka (Weiss 1973). Odczuwanie samotności może skutkować wieloma konsekwencjami, z których główne dotyczyć będą zdrowia emocjonalnego. Stany depresyjne, lęk, smutek czy bezradność wpływają znacząco na podniesienie poziomu stresu, który z kolei negatywnie rzutuje na ogólny stan zdrowia. Ponadto, wśród osób doświadczających osamotnienia zdecydowanie częściej obserwuje się uogólnione trudności z budowaniem i podtrzymywaniem satysfakcjonujących relacji społecznych. Ich konsekwencją może być z kolei obniżona wydajność i gorsze funkcjonowanie na płaszczyźnie zawodowej, gdyż w ślad za wyżej wymienionymi trudnościami mogą się pojawiać kłopoty z koncentracją, podejmowaniem decyzji,

a także utrzymaniem odpowiedniego poziomu motywacji i zaangażowania w wykonywanie czynności (Qualter i in. 2010). Skutkiem samotności może się wreszcie okazać niemający odzwierciedlenia w rzeczywistości obraz samego siebie. Dzieje się tak z uwagi na to, że pełnowymiarowe samopoznanie ma miejsce niejednokrotnie dopiero w kontaktach z drugim człowiekiem i w doświadczeniach płynących z bycia częścią społeczeństwa. Żłudne wyobrażenia o sobie samym mogą się zawierać zarówno w zbyt wygórowanym poczuciu własnej wartości, jak i w kwestionowaniu własnej wartości jako jednostki (Wałęjko 2007). Interesujące wydają się być także rozważania dotyczące korelacji zjawiska samotności z płcią. Zdaniem badaczy, jakość relacji o charakterze przyjacielskim jest wyższa u dziewcząt niż u chłopców, zaś posiadanie przyjaciela płci przeciwnej wzmacnia samotność u chłopców w przeciwieństwie do respondentek płci żeńskiej (Humenny, Grygiel, Dolata 2018). Samotność przestaje być zatem jedynie osobistą sytuacją konkretnego człowieka, a staje się swego rodzaju zagadnieniem społecznym.

Specyfika funkcjonowania społecznego niesłyszących adolescentów

Ujęcie definicyjne osób z uszkodzonym narządem słuchu stanowi od wielu lat wśród badaczy przedmiot licznych dyskusji. Inna bowiem zarysowuje się percepcja tego zjawiska w ujęciu medycznym, językowym czy pedagogicznym. Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto koncepcję obecną w surdopedagogice, która podkreśla jej korelacje z funkcjonowaniem społeczno-emocjonalnym, poziomem samooceny, ogólną jakością życia i tożsamością osoby głuchej i słabosłyszącej (Kobosko 2014).

Rozwój społeczny to kontynuacja szeregu zmian zachodzących w rozwoju motorycznym, fizycznym, emocjonalnym i intelektualnym dziecka. W pierwszych etapach rozwoju największy wpływ na kształtowanie się sfery społecznej ma wspomniane wcześniej najbliższe otoczenie dziecka, przede wszystkim zaś środowisko rodzinne. Dzięki kontaktom i więziom z najbliższymi uczy się ono budowania relacji z drugim człowiekiem, a także nabywa podstawowych umiejętności interpersonalnych. To, co buduje kompetencje emocjonalne

i społeczne, to – zdaniem Christophera Murraya i Marka T. Greenberga (2001) – odpowiednio wysoki poziom kompetencji komunikacyjnych, odpowiedni poziom motywacji, rozumienie uczuć i potrzeb (zarówno swoich jak i innych), umiejętność samokontroli, elastyczność w dostosowywaniu swoich zachowań do różnych sytuacji, umiejętność korzystania z pomocy, a także oferowania jej innym ludziom. Dzięki załączkom zdolności komunikacyjnych i motorycznych już w okresie poniemowlęcym rozpoczynają się pierwsze próby inicjowania kontaktu z otoczeniem. Dochodzi wówczas do pierwszych interakcji twarzą w twarz, prób naśladowania mimiki rodzica czy wykonywania prostych gestów, aby zwrócić jego uwagę. Z biegiem czasu dynamiczny rozwój motoryczny i językowy pozwala dziecku inicjować kontakty na coraz szerszą skalę – nie tylko z rodzicami, ale także z rówieśnikami czy rodzeństwem. Przełomowym etapem dla rozwoju wyżej wymienionych umiejętności jest okres przedszkolny. Jeśli na tym etapie pojawiają się trudności z komunikowaniem swoich potrzeb, nawiązywaniem relacji i rozumieniem emocji, trudności te będą najprawdopodobniej narastać w kolejnych latach i rzutować na dalsze funkcjonowanie dziecka w niemal każdym obszarze. Relacje z rówieśnikami są bowiem naturalną sposobnością do rozwijania niezbędnych w życiu dorosłym kompetencji społecznych.

W perspektywie zaspokajania potrzeb dziecka i zapewniania mu prawidłowych warunków do szeroko rozumianego rozwoju ważne jest, aby miało ono szansę dorastać w zróżnicowanym środowisku, w towarzystwie wielu różnych osób, by mogło podejmować różnorodne aktywności czy nawiązywać zróżnicowane kontakty, zarówno z rówieśnikami, jak i osobami dorosłymi. Niezbędna jest prawidłowa więź emocjonalna z osobami dorosłymi oraz poczucie bezpieczeństwa i stałości. To właśnie osoba dorosła przekazuje dziecku wiedzę na temat funkcjonowania w otaczającym je świecie (nie zawsze wyłącznie na drodze werbalnej), uczy je interpretować i kategoryzować zdobyte doświadczenia. Dzieje się tak, ponieważ dziecko dopiero z biegiem czasu uczy się samokontroli i samoocenia, co da mu podstawy do właściwej interpretacji przeżytych wydarzeń. Innymi słowy, pierwsze doświadczenia płynące z otaczającego świata docierają do dziecka niejako przez filtr osoby dorosłej, najczęściej rodzica (Schaffer 2005).

W licznych badaniach dotyczących specyfiki funkcjonowania dzieci głuchych podkreśla się, jak dużą trudność sprawia im rozumienie punktu widzenia drugiej osoby i wyciąganie z niego wniosków. Zjawisko to tłumaczone jest za pomocą znanej koncepcji teorii umysłu (ang. *theory of mind*). Koncentruje się ona wokół umiejętności adekwatnego zachowania się człowieka w nowej dla niego sytuacji i elastycznego dostosowywania swoich zachowań do potrzeb wynikających z bieżącej sytuacji. Jednym słowem, teoria umysłu opiera się na umiejętności wybiegania poza własny i znany tylko sobie punkt widzenia i domyślania się o co chodzi współ rozmówcy. Deficyty w tym obszarze będą skutkowały znacznym pogorszeniem funkcjonowania dziecka na płaszczyźnie społecznej. Istnieje bowiem ryzyko, że zamknie się ono w swoich bezpiecznych i przewidywalnych schematach, aby uniknąć lęku, poczucia dyskomfortu i napięcia emocjonalnego w kontaktach międzyludzkich. Wszelkie trudności powstałe w tym obszarze mogą więc powodować problemy w zrozumieniu zasad naprzemienności obowiązujących w interakcji, uważności na niewerbalne komunikaty płynące od współ rozmówcy, używania metafor, rozumienia zabarwienia emocjonalnego wypowiedzi czy rozumienia technik manipulacji słowem (Wiśniewska 2018). Badania dowiodły, że w zależności od tego, w jakich rodzinach i w jakim środowisku wychowywały się głuche dzieci, dostrzec można wyraźne różnice w zakresie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Głuche dzieci i nastolatki, które wychowywały się w słyszących rodzinach, prezentują zwykle gorszy stopień przystosowania niż głuche dzieci dorastające w głuchych rodzinach. Ponadto są one narażone na liczne problemy psychiczne, które mogą się manifestować w panowaniu nad emocjami, samoocenie i obrazie samego siebie czy wspomnianych wcześniej kompetencjach społecznych (Calderon, Greenberg 2003).

Regulacja emocjonalna u dzieci z wadą słuchu charakteryzuje się wyraźną impulsywnością i trudnościami w jej kontrolowaniu, czasem także impulsywną agresją. Pomimo działań zmierzających do tego, aby nauczyć dzieci głuche właściwie rozpoznawać swoje emocje i adekwatnie na nie reagować, zwykle pozytywne rezultaty takich oddziaływań skupiają się wokół słownictwa i terminologii związanej z emocjami, nie zaś faktycznej umiejętności ich rozpoznawania. U większości dzieci głuchych obserwuje się więc tendencję

do dominowania negatywnych emocji oraz obniżonego poziomu samooceny. Czynniki te sprzyjają hamowaniu umiejętności werbalizowania doświadczanych przez nie emocji, która to jest niezbędna w procesie ich właściwego regulowania (Dyck, Denver 2003).

U większości dzieci i młodzieży z wadą słuchu obraz własnego „ja” i wynikająca z niego samoocena są negatywne i najczęściej nieadekwatne do rzeczywistości. Często w takiej sytuacji pojawia się dodatkowo poczucie samotności, wyobcowania i izolacji. Zdarza się jednak, że poziom samoakceptacji i obraz samego siebie bywa nadmiernie zawyżony. To z kolei stosunkowo często wiąże się z zaburzeniami narcystycznymi, częstszymi u głuchej młodzieży niż u ich słyszących rówieśników. To właśnie w tej grupie częściej obserwujemy zaburzenia zachowania, czyli tendencje do podejmowania zachowań ryzykownych, potrzebę szukania silnych bodźców, agresję wobec ludzi i zwierząt, kradzieże, oszustwa, niszczenie mienia, a także nieco poważniejsze – zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Jak wskazują badania, dzieci i młodzież z wadą słuchu częściej bywają odrzucane przez rówieśników i stają się podmiotem przykrych sytuacji związanych z wyśmiewaniem czy piętnowaniem ich głuchoty. Długofalowe zachowania o takim charakterze mogą prowadzić do wtórnych zaburzeń emocjonalnych, powstania fobii społecznej, nerwic czy innych zaburzeń psychicznych (Kobosko, Glanc 2021). Warto zaznaczyć przy tym, że obecna wiedza na temat osób z wadą słuchu pozwala podkreślić rosnącą heterogeniczność tej grupy. Specyfika ich funkcjonowania różnić się będzie bowiem w zależności od głębokości wady słuchu, jej przyczyn, a także od czasu jej odkrycia i wdrożonych oddziaływań terapeutycznych. Biorąc pod uwagę te zmienne, całość populacji osób z wadą słuchu można podzielić na ponad 100 mniejszych grup, co w rzeczywistości podkreśla jej niejednorodność (Domagała-Zyśk 2014).

Poczucie samotności a ryzyko uzależnień

Jak wspomniano powyżej, okres adolescencji jest bardzo specyficznym czasem w życiu młodego człowieka. Z jednej strony piętrzące się oczekiwania społeczne, nowe wyzwania i obowiązki, podejmowanie nieznanych dotąd ról społecznych, z drugiej zaś ciągła zależność od najbliższej rodziny i wciąż niepełna jeszcze samodzielność.

Kontrastując ten specyficzny moment życia z dynamiką wielu zmian społecznych, nie dziwi, że w wypadku wielu młodych ludzi nieradzących sobie z presją środowiska społecznego pojawiają się zachowania i tendencje o charakterze ucieczkowym. Mogą się okazać nimi zachowania autodestrukcyjne w formie bezpośredniej (np. autoagresja, zachowania skierowane przeciwko zdrowiu lub życiu) lub pośredniej (np. zachowania o charakterze ryzykownym, impulsywnym, zaniedbywanie własnych potrzeb i stanu zdrowia, a także skłonność do popadania w uzależnienia) (Wasilewska-Ostrowska 2018).

Wiodące koncepcje dotyczące ryzyka uzależnienia oscylują wokół dwóch najbardziej popularnych stanowisk: modelu biopsychospołecznego uzależnień oraz koncepcji czynników chroniących i czynników ryzyka. Pierwszy z nich skupia się wokół teorii zakładającej, że na proces uzależnienia składają się czynniki biologiczne (np. predyspozycje genetyczne czy aspekty neurobiologiczne), czynniki psychologiczne (elementy emocjonalne, poznawcze i behawioralne), a także czynniki społeczne (np. specyfika środowiska rodzinnego, rówieśniczego oraz szeroko rozumianego społeczeństwa). W kontekście neurobiologii wskazać należy na rolę serotoniny i dopaminy, które stymulują ośrodek nagrody w mózgu w trakcie wykonywania czynności dających poczucie satysfakcji i spełnienia. Czynności te mogą mieć charakter regulujący negatywne emocje i choć w ogólnym rozrachunku mogą się okazać niekorzystne lub nawet szkodliwe, będą odbierane przez mózg jako pożądane, a tym samym pojawi się dążenie do ich regularnego powtarzania. Grupa czynników psychologicznych zawiera indywidualne uwarunkowania osobowościowe: podatność na stres, cechy charakteru czy temperament. Ten ostatni odgrywa znaczącą rolę w doświadczaniu potrzeby różnych doznań, a to właśnie szeroko rozumiane doznania towarzyszą utrwalaniu się pewnych nawykowych zachowań. W grupie czynników społecznych odnajdziemy natomiast wzorce socjalizacji tworzone na przestrzeni lat przez rodziców, bliską rodzinę, przyjaciół, znajomych czy innych znaczących w naszym życiu osób. Jeśli we wzorcach tych znajdują się pewne deficyty, np. niewłaściwe strategie radzenia sobie ze stresem, brak rozumienia własnych i cudzych emocji czy kłopoty w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji, będą one swego rodzaju podatnym gruntem na powstawanie i utrwalanie się zachowań o charakterze nawykowym (Soo-Hyun i in. 2017).

Koncepcja czynników chroniących i czynników ryzyka wyszczególnia natomiast następujące obszary:

- środowisko rodzinne (szczególnie relacje i związki z bliskimi osobami),
- środowisko pozarodzinne (m.in. rówieśnicze),
- środowisko szkolne, związane z miejscem zamieszkania,
- zasoby, cechy, umiejętności i zdolności indywidualne.

Wszelkie nieprawidłowości wynikające z zaburzeń w relacjach w poszczególnych obszarach mogą przybliżać młodą osobą do zachowań o charakterze uzależnienia (Jessor 1991). Opierając się na dotychczasowej wiedzy dotyczącej specyfiki rozwoju społecznych osób z wadą słuchu, a także z trudnościami komunikacyjnymi, które temu rozwojowi towarzyszą, uzasadnione zdaje się przyjrzenie się zagadnieniu prezentowania ryzykownych zachowań podejmowanych w tej grupie adolescentów, mogących prowadzić do mechanizmu uzależnienia.

Analiza wyników badań

W badaniu dotyczącym różnic w ryzykownych zachowaniach w trakcie korzystania z internetu w grupie słyszących i niesłyszących adolescentów posłużono się narzędziami do zbierania danych o charakterze ilościowym (metody testowania oraz ankiety): narzędzie autorstwa Ryszarda Poprawy Test Problematicznego Używania Internetu (PUI) (2012), będącego autorską adaptacją Internet Addiction Test Kimberly Young, Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata Bartłomieja Gołka i Ewy Wysockiej, Skalę do Pomiaru Poczucia Samotności Jenny de Jong Gierveld i Theo van Tilburga (polska adaptacja: Paweł Grygiel, Grzegorz Humenny, Sławomir Rębisz, Piotr Świtaj, Justyna Sikorska) oraz kwestionariusz ankiety dotyczący poczucia otrzymanego wsparcia ze strony najbliższego otoczenia.

Test PUI składa się z 37 itemów odnoszących się do poszukiwania wrażeń w sieci, ucieczki od realnych problemów życia, dążenia do zaspokojenia sfrustrowanych potrzeb, wzmocnienia Ja i kompensacji własnych słabości poprzez nadmierną aktywność w internecie. Respondenci za pomocą 5-stopniowej skali odnosili się prezentowanych im twierdzeń, oceniając stopień ich prawdziwości w odniesieniu

do własnego postępowania. Główne symptomy dotyczące problematycznego użytkowania internetu (PUI) skoncentrowane są wokół nasilających się trudności w zakresie regulowania własnej aktywności w internecie, przymusu korzystania z niego, doświadczania zmian w zakresie nastroju pod wpływem ograniczania aktywności w sieci, zaniedbania innych istotnych obowiązków na rzecz spędzania czasu w świecie wirtualnym czy niedostrzegania długofalowych, negatywnych konsekwencji spędzania w internecie czasu deklarowanego przez respondenta. W ramach drugiego narzędzia (Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata) twierdzenia, do których odnosili się respondenci, skategoryzowano w kilka obszarów:

1. wsparcie społeczne *vs* doświadczanie obojętności innych ludzi (oraz ujęte dodatkowo docenianie – poczucie niedocenienia),
2. poczucie bezpieczeństwa *vs* poczucie zagrożenia ze strony innych,
3. działanie na rzecz innych i towarzyskość *vs* egocentryzm i potrzeba izolowania się,
4. agresywność *vs* brak agresji,
5. obraz świata – przekonania na temat jego sensowności i przychylność wobec ludzi,
6. obraz życia – przekonania na temat skuteczności własnych działań i możliwości kontrolowania przebiegu swojego życia (Michalczyk 2022).

W obszarze pierwszym skupiono się na zachowaniach respondentów w określonych sieciach społecznych, np. doświadczanie wsparcia emocjonalnego (mogą być nim komunikaty zapewniające o aprobachcie, akceptacji, sympatii czy szacunku), doświadczanie wsparcia wartościującego (zapewnienia o ważnej roli jednostki na tle całej grupy, np. „Dzięki tobie, dobrze nam poszło” itp.), doświadczanie wsparcia instrumentalnego (np. udzielenie konkretnej pomocy rzeczowej lub/i finansowej) i doświadczanie wsparcia informacyjnego (np. udzielanie konkretnej rady w sytuacji potrzeby rozwiązania jakiegoś problemu) (Kmieciak-Baran 2000). W tę kategorię włączono także poczucie bycia docenianym lub niedocenianym przez innych.

W obszarze drugim prezentowany rodzaj potrzeby ma zdaniem Christophera A. Murraya charakter złożony z trzech komponentów: potrzeby poczucia bezpieczeństwa społecznego, fizycznego

i psychicznego. Potrzeba bezpieczeństwa to jedna z ważniejszych, a zarazem podstawowych potrzeb rozwojowych, której zaspokojenie lub jego brak będzie determinować dalsze relacje i kontakty zawierane z innymi osobami na przestrzeni całego życia (Gołek, Wysocka 2011).

W trzecim obszarze respondent będzie miał potrzebę doświadczania altruizmu, pomocy w sferze materialnej lub duchowej, dzielenia się z innymi, zaangażowania społecznego czy skupiania się na dobru wspólnym. Wspólną cechą zachowań prospołecznych jest ich bezinteresowność oraz idealistyczne poświęcenie na rzecz innych osób, grup, społeczności.

Obszar czwarty określa zachowania nacechowane negatywnymi emocjami i skierowane na określoną osobę bądź grupę osób (wówczas mowa o agresji interpersonalnej) lub na przedmioty nieożywione. Mogą one przybierać formę słownego i/lub fizycznego ataku, który stanowi upust dla frustrujących wydarzeń, w których uczestniczy dana jednostka.

Obszar piąty wiąże się z przekonaniem, że świat jest sensowny, przyjazny, właściwie zorganizowany i w zdecydowanej większości przypadków przychylny wobec żyjących w nim ludzi. Są to przekonania, które budują prywatny światopogląd danej jednostki oraz nastawienie względem życia.

W obszarze szóstym głównym założeniem jest natomiast koncepcja, że to właśnie człowiek, a nie co innego, jest motorem napędowym wszystkich zaistniałych zdarzeń, co wiąże się z odczuwaniem potrzeby kontroli. Zaspokojenie jej jest niezwykle ważne do osiągnięcia równowagi psychicznej i umiejętnego radzenia sobie w trudnych emocjonalnie sytuacjach.

Skala do pomiaru poczucia samotności zawierała 11 stwierdzeń pozytywnych i negatywnych, do których odnosili się respondenci, chcąc scharakteryzować swoje samopoczucie dotyczące subiektywnego odczuwania osamotnienia i wyizolowania.

Badana grupa respondentów składała się z 75 słyszących i 75 niesłyszących adolescentów w przedziale wiekowym 15–18 lat, uczęszczających do szkół z internatem na terenie województw małopolskiego, wielkopolskiego i podkarpackiego. Stopień uszkodzenia słuchu w grupie niesłyszących adolescentów pozostawał w przedziale od lekkiego do głębokiego niedosłuchu.

Tabela 1. Analiza różnic między dziewczętami i chłopcami w grupie słyszących respondentów

Zmienna zależna	Średnie		Odch. St.		t	p
	K	M	K	M		
KNIS SPI	15,61	16,10	1,89	1,87	,37	,546
KNIS SF	16,17	17,49	1,78	1,89	,01	,917
KNIS SSM	14,58	15,51	1,75	1,79	,03	,862
KNIS SCH	14,69	15,21	1,83	1,73	,04	,846
KNIS WS	17,00	17,72	2,39	1,81	3,29	,074
KNIS BZA	16,03	16,69	2,44	1,42	11,89	,001
KNIS PROS	15,17	16,46	2,65	1,67	5,79	,019
KNIS BAGR	12,25	12,72	1,61	2,49	8,58	,005
KNIS SZS	13,47	12,10	1,44	1,82	,44	,508
KNIS PrzS	13,31	12,46	1,82	2,35	2,29	,134
KNIS PoczS	15,64	15,77	1,84	1,84	,11	,740
KNIS BPB	14,42	15,44	2,71	2,09	2,66	,107
KNIS SGS	61,06	64,31	5,25	4,54	,05	,827
KNIS FI	60,44	63,59	7,16	4,16	9,87	,002
KNIS IWM	33,03	34,41	4,37	2,36	14,18	<,001
KNIS JWI	27,42	29,18	3,40	3,09	,51	,479
KNIS ObrS	26,78	24,56	2,21	2,85	4,87	,031
KNIS OZ	30,06	31,21	4,02	3,11	2,48	,119
SPS Neg. emocje	10,86	11,56	1,15	1,96	7,64	,007
SPS Poz. społ.	19,78	19,21	,90	1,96	4,41	,039
SPS ogólny	14,81	16,62	1,97	4,26	3,70	,058
PUI	29,00	27,28	11,60	18,79	10,89	,001

Skróty użyte w obliczeniach dotyczących narzędzi oznaczają następujące obszary tematyczne uwzględnione w opisanych narzędziach: KNIS – Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata, SPI – sfera poznawczo-intelektualna, SF – sfera fizyczna, SSM – sfera społeczno-moralna, SCH – sfera charakterologiczna, WS – wsparcie od innych, BZA – brak poczucia zagrożenia, PROS – prospołeczność, BAGR – brak agresywności, SZS – sensowność i zorganizowanie świata, PrzS – przychylność świata, PoczS – poczucie skuteczności, BPB – brak poczucia bezradności, SGS – sfera globalnej samooceny, FI – funkcjonowanie interpersonalne, IWM – inni wobec mnie, JWI – ja wobec innych, ObrS – obraz świata, OZ – obraz życia, SPS Neg. emocje – negatywne emocje, SPS Poz. społ. – pozycja społeczna, SPS ogólny – ogólny poziom poczucia samotności, PUI – obszar problematycznego użytkowania internetu.

Źródło: Michalczyk 2022: 100–101.

Analizując dane zawarte w tabeli 1, można zauważyć, że dziewczęta uzyskiwały w porównaniu do chłopców istotnie wyższe statystycznie wyniki w zakresie obrazu świata (KNIIS ObrS), tj. 26,78 punktów w przypadku kobiet i 24,56 w przypadku mężczyzn, w zakresie pozycji społecznej (SPS Poz. społ.), tj. 19,78 punktów (K) i 19,21 punktów (M) oraz w zakresie problematycznego użytkowania internetu (PUI) – 29,00 punktów (K) i 27,28 punktów (M). Chłopcy natomiast uzyskali istotnie wyższe wyniki w porównaniu do dziewcząt w zakresie braku poczucia zagrożenia (KNIIS BZA), tj. 16,69 punktów (kobiety 16,03 punkty); prospołeczności (KNIIS PROS), tj. 16,46 punkty (M) i 15,17 punkty (K); braku agresywności (KNIIS BAGR), tj. 12,72 punktów (M), 12,25 punktów (K); funkcjonowania interpersonalnego (KNIIS FI), tj. 63,59 punktów u mężczyzn (M), 60,44 punktów u kobiet (K); w obszarze „inni wobec mnie” (KNIIS IWM), tj. 34,41 punktów (M) i 33,03 punktów (K) oraz w obszarze negatywnych emocji (SPS Neg. emocje), tj. 11,56 punktów (M) i 10,86 punktów (K). W ogólnym wyniku charakterystyczne jest uzyskanie przez przedstawicieli obu płci wysokiej liczby punktów w sferze ogólnej samooceny oraz samooceny w sferze fizycznej. Oznacza to, że obie grupy postrzegają siebie jako osoby atrakcyjne i charakteryzują się dość wysoką samooceną ogólną. W analizie widoczny jest również brak dużych rozbieżności w uzyskanych punktach pomiędzy grupą mężczyzn i kobiet w wymienionych obszarach. Oznacza to, że nie zarysowują się tu szczególnie duże różnice w kwestii funkcjonowania obu płci w ujętych przez narzędzie sferach.

Tabela 2. Analiza różnic między dziewczętami i chłopcami w grupie respondentów z uszkodzeniem słuchu

Zmienna zależna	Średnie		Odch. St.		t	p
	K	M	K	M		
KNIIS SPI	11,78	10,89	2,23	1,74	1,93	,057
KNIIS SF	13,08	13,13	2,07	2,30	-,10	,921
KNIIS SSM	12,57	11,87	1,85	2,33	1,44	,155
KNIIS SCH	13,16	13,18	2,41	2,10	-,04	,966
KNIIS WS	10,32	10,11	1,68	2,33	,47	,643
KNIIS BZA	10,84	10,74	1,89	2,48	,20	,844
KNIIS PROS	13,81	15,47	2,07	2,81	-2,92	,005

Zmienna zależna	Średnie		Odch. St.		t	p
	K	M	K	M		
KNiIS BAGR	8,43	8,68	1,44	1,79	-0,67	,505
KNiIS SZS	9,59	9,87	1,88	2,12	-0,59	,556
KNiIS PrzS	9,65	8,50	1,87	2,41	2,30	,024
KNiIS PoczS	12,76	13,95	1,80	2,01	-2,70	,009
KNiIS BPB	10,32	11,47	2,07	2,04	-2,42	,018
KNiIS SGS	50,59	49,08	5,21	4,38	1,36	,177
KNiIS FI	43,41	45,00	3,01	5,27	-1,60	,113
KNiIS IWM	21,16	20,84	2,56	4,00	,41	,682
KNiIS JWI	22,24	24,16	2,23	3,24	-2,97	,004
KNiIS ObrS	19,24	18,37	2,88	3,57	1,17	,247
KNiIS OZ	23,08	25,42	2,82	3,26	-3,32	,001
SPS Neg. emocje	19,22	19,24	2,33	1,92	-0,04	,967
SPS Poz. społ.	12,35	12,74	2,15	2,06	-0,79	,431
SPS ogólny	40,49	40,08	4,32	5,05	,38	,709
PUI	84,57	72,21	6,58	11,70	5,62	<,001

Źródło: Michalczyk 2022: 102.

Poddając analizie uzyskane wyniki, nasuwa się spostrzeżenie, że dziewczęta z uszkodzeniem słuchu uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki w sferze przychylności świata (KNiIS PrzS), tj. 9,65 punktów (K), 8,50 punktów (M), oraz w wynikach kwestionariusza PUI, tj. 84,57 punktów (K), 72,21 punktów (M). W przypadku chłopców widoczne są natomiast wyższe wyniki w zakresie prospołeczności (KNiIS PROS), tj. 15,47 punktów (M), 13,81 punktów (K); poczucia skuteczności (KNiIS PoczS), tj. 13,95 punktów (M), 12,76 punktów (K), braku poczucia bezradności (KNiIS BPB), tj. 11,47 punktów (M), 10,32 punktów (K); sfery „ja wobec innych” (KNiIS JWI), tj. 24,16 punktów (M), 22,24 punktów (K) oraz obrazu życia (KNiIS OZ), tj. 25,42 punktów (M), 23,08 punktów (K).

Różnice w zakresie kryterium uszkodzenia słuchu lub jego braku u respondentów tej samej płci przedstawiają dane zamieszczone w tabeli 3.

Tabela 3. Analiza różnic pomiędzy grupą respondentek z uszkodzeniem słuchu i grupą słyszących respondentek (dziewczęta)

Zmienna zależna	Średnie		Odch. St.		t	p
	S	NS	S	NS		
KNIIS SPI	15,61	11,78	1,89	2,23	7,92	<,001
KNIIS SF	16,17	13,08	1,78	2,07	6,81	<,001
KNIIS SSM	14,58	12,57	1,75	1,85	4,79	<,001
KNIIS SCH	14,69	13,16	1,83	2,41	3,05	,003
KNIIS WS	17,00	10,32	2,39	1,68	13,82	<,001
KNIIS BZA	16,03	10,84	2,44	1,89	10,16	<,001
KNIIS PROS	15,17	13,81	2,65	2,07	2,44	,017
KNIIS BAGR	12,25	8,43	1,61	1,44	10,67	<,001
KNIIS SZS	13,47	9,59	1,44	1,88	9,87	<,001
KNIIS PrzS	13,31	9,65	1,82	1,87	8,46	<,001
KNIIS PoczS	15,64	12,76	1,84	1,80	6,77	<,001
KNIIS BPB	14,42	10,32	2,71	2,07	7,27	<,001
KNIIS SGS	61,06	50,59	5,25	5,21	8,54	<,001
KNIIS FI	60,44	43,41	7,16	3,01	13,32	<,001
KNIIS IWM	33,03	21,16	4,37	2,56	14,20	<,001
KNIIS JWI	27,42	22,24	3,40	2,23	7,71	<,001
KNIIS ObrS	26,78	19,24	2,21	2,88	12,52	<,001
KNIIS OZ	30,06	23,08	4,02	2,82	8,60	<,001
SPS Neg. emocje	10,86	19,22	1,15	2,33	-19,31	<,001
SPS Poz. społ.	19,78	12,35	,90	2,15	19,16	<,001
SPS ogólny	14,81	40,49	1,97	4,32	-32,50	<,001
PUI	29,00	84,57	11,60	6,58	-25,26	<,001

§ – słyszący, NS – niesłyszący

Źródło: Michalczyk 2022: 103–104.

Analizując dane ujęte w tabeli 3, nasuwa się wniosek, że wszystkie różnice między słyszącymi i niesłyszącymi respondentkami były bardzo istotne statystycznie. Grupa dziewcząt z uszkodzonym słuchem uzyskała niższe wartości w niemal każdym obszarze użytych kwestionariuszy.

Największe różnice dotyczyły kolejno: funkcjonowania interpersonalnego (KNIIS FI) – 43,41 punktów (NS), 60,44 punktów (S);

sfery globalnej samooceny (KNIIS SGS) – 50,59 punktów (NS) i punktów 61,06 (S) czy poczucia otrzymywania wsparcia od innych (KNIIS WI) – 17,00 punktów (S) i 10,32 punktów (NS). Jedynie w przypadku trzech obszarów: ogólny obszar ryzykownych zachowań w sieci (PUI), ogólny poziom samotności (SPS) oraz obszar odczuwania negatywnych emocji (SPS) wyniki dziewcząt z uszkodzonym słuchem okazały się znacznie wyższe.

Tabela 4. Analiza różnic pomiędzy grupą respondentów z uszkodzeniem słuchu i grupą słyszących respondentów (chłopcy)

Zmienna zależna	Średnie		Odch. St.		t	p
	S	NS	S	NS		
KNIIS SPI	16,10	10,89	1,87	1,74	12,64	< ,001
KNIIS SF	17,49	13,13	1,89	2,30	9,08	< ,001
KNIIS SSM	15,51	11,87	1,79	2,33	7,72	< ,001
KNIIS SCH	15,21	13,18	1,73	2,10	4,60	< ,001
KNIIS WS	17,72	10,11	1,81	2,33	16,03	< ,001
KNIIS BZA	16,69	10,74	1,42	2,48	12,98	< ,001
KNIIS PROS	16,46	15,47	1,67	2,81	1,88	,064
KNIIS BAGR	12,72	8,68	2,49	1,79	8,14	< ,001
KNIIS SZS	12,10	9,87	1,82	2,12	4,97	< ,001
KNIIS PrzS	12,46	8,50	2,35	2,41	7,30	< ,001
KNIIS PoczS	15,77	13,95	1,84	2,01	4,15	< ,001
KNIIS BPB	15,44	11,47	2,09	2,04	8,43	< ,001
KNIIS SGS	64,31	49,08	4,54	4,38	14,98	< ,001
KNIIS FI	63,59	45,00	4,16	5,27	17,20	< ,001
KNIIS IWM	34,41	20,84	2,36	4,00	18,17	< ,001
KNIIS JWI	29,18	24,16	3,09	3,24	6,96	< ,001
KNIIS ObrS	24,56	18,37	2,85	3,57	8,44	< ,001
KNIIS OZ	31,21	25,42	3,11	3,26	7,97	< ,001
SPS Neg. emocje	11,56	19,24	1,96	1,92	-17,35	< ,001
SPS Poz. społ.	19,21	12,74	1,96	2,06	14,10	< ,001
SPS ogólny	16,62	40,08	4,26	5,05	-22,07	< ,001
PUI	27,28	72,21	18,79	11,70	-12,55	< ,001

S- słyszący, NS – niesłyszący

Źródło: Michalczyk 2022: 104–105.

Analizując dane zawarte w tabeli 4, można zauważyć, że podobnie jak w przypadku zestawienia wyników obu grup dziewcząt, to słyszący respondenci płci męskiej osiągnęli wyższe wyniki niemal we wszystkich obszarach użytych kwestionariuszy. Jest to szczególnie dobrze widoczne w przypadku sfery globalnej samooceny (KNIIS SGS) – 64,31 punktów (S) i 49,08 punktów (NS) oraz funkcjonowania interpersonalnego (KNIIS FI) – 63,59 punktów (S) i 45,00 punktów (NS). Natomiast w przypadku dwóch innych obszarów proporcje te okazały się całkowicie odwrócone – problematyczne użytkowanie internetu (PUI): respondenci z uszkodzonym słuchem uzyskali aż 72,21 punktów, podczas gdy grupa słyszących respondentów zaledwie 27,28; ogólne poczucie samotności (SPS ogólny) – 40,08 punktów (NS) i 16,62 punktów (S) oraz obszar negatywnych emocji (SPS Neg. emocje) – 19,24 punktów (NS) i 11,56 (S).

Tabela 5. Analiza różnic pomiędzy grupą respondentów z uszkodzeniem słuchu i grupą słyszących respondentów w zakresie poczucia otrzymywanego wsparcia

Jak często w ciągu minionego roku miałeś/aś poczucie zrozumienia i wsparcia od:	Słyszący						Niesłyszący					
	rzadko		często		zawsze lub prawie zawsze		rzadko		często		zawsze lub prawie zawsze	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
rodziców	23	31	40	53	12	16	56	75	11	15	8	10
rodzeństwa lub innych członków rodziny	19	24	36	48	21	28	47	62	14	19	14	19
znajomych i przyjaciół	17	23	12	16	46	61	13	17	29	39	33	44
nauczycieli i wychowawców	33	44	30	40	12	16	43	57	20	27	12	16

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy przedstawionych danych wynika, że w przypadku respondentów z wadą słuchu subiektywne poczucie wsparcia jest zdecydowanie niższe niż u słyszących rówieśników. Szczególnie wyraźnie różnica ta zarysowuje się w kontekście rodziców, innych członków rodziny oraz nauczycieli i wychowawców.

Biorąc pod uwagę płeć oraz występowanie wady słuchu lub jej brak, różnice w grupie dziewcząt słyszących i dziewcząt z uszkodzonym słuchem okazały się bardzo istotne statystycznie. Największa

dysproporcja dotyczy jednak problematycznego użytkowania internetu oraz ogólnego poczucia samotności – przewagę w tych wskaźnikach uzyskały dziewczęta z uszkodzonym słuchem. Porównując natomiast różnice pomiędzy obiema grupami chłopców, większość wniosków kształtuje się w analogiczny sposób: największa dysproporcja dotyczy ponownie problematycznego użytkowania internetu oraz ogólnego poczucia samotności „na korzyść” grupy respondentów z uszkodzonym słuchem.

Analizując korelacje między wiekiem a zmiennymi kwestionariuszowymi w grupie słyszących adolescentów, dostrzec można istotne statystycznie zależności:

1. wraz ze wzrostem wieku wzrasta także brak agresywności ($,56^{**}$ w skali Pearsona),
2. im wyższy wiek, tym niższy stopień sensowności i zorganizowania świata ($-,27^*$ w skali Pearsona),
3. im wyższy wiek respondentów, tym wzrasta poziom obszaru „ja wobec innych” ($,33^*$ w skali Pearsona),
4. im wyższy wiek, tym niższy poziom obrazu świata ($-,33^{**}$ w skali Pearsona).

Z kolei w grupie respondentów z uszkodzonym słuchem zależności te kształtują się nieco inaczej:

1. im wyższy wiek, tym niższy poziom samooceny w sferze fizycznej ($-,35^{**}$ w skali Pearsona),
2. im wyższy wiek, tym niższy poziom samooceny charakterologicznej ($-,37^{**}$ w skali Pearsona),
3. im wyższy wiek, tym niższy poziom prospołeczności ($-,26^*$ w skali Pearsona),
4. im wyższy wiek, tym niższy poziom globalnej samooceny ($-,40^{**}$ w skali Pearsona),
5. im wyższy wiek, tym niższy poziom w sferze „ja wobec innych” ($-,32^{**}$ w skali Pearsona),
6. im wyższy wiek, tym niższy poziom problematycznego użytkowania internetu ($-,23^*$ w skali Pearsona).

W grupie respondentów z uszkodzonym słuchem przeanalizowano również korelację pomiędzy zmiennymi kwestionariuszowymi a stopniem uszkodzenia słuchu. Istotna statystycznie okazała się jedna zależność – im wyższy stopień niedosłuchu, tym niższe poczucie osamotnienia ($-,26^*$ w skali Pearsona).

Wnioski i postulaty

Przedstawione wyniki badań wskazały jednoznacznie na istotny problem związany z ryzykiem uzależnienia młodzieży od korzystania z internetu. O zjawisku tym mówi się coraz częściej w mediach, w szkołach, tematykę tę podejmują także poradniki dla rodziców czy nauczycieli, jednak w dużej mierze przestrogi w nich zawarte dotyczą słyszającej młodzieży. Tymczasem, jak wskazują zaprezentowane wyniki badań, to właśnie młodzież z uszkodzonym narządem słuchu jest w grupie znacznie wyższego ryzyka dotyczącego problematycznego korzystania z internetu, które z biegiem czasu może się przeobrazić w rzeczywiste uzależnienie od tego medium. Przyczyn takiego stanu rzeczy może być znacznie więcej, jednak w kontekście przedstawionych wyników badań szczególnie mocno zarysowuje się tu zjawisko samotności młodzieży z uszkodzonym słuchem. W odniesieniu do wychowawców i nauczycieli pracujących z młodzieżą z uszkodzonym słuchem należy zwrócić szczególną uwagę na wzbudzenie przez nich u swoich podopiecznych poczucia bezpieczeństwa i zaufania. To często wychowawca internatu lub nauczyciel prowadzący jest osobą, która z oczywistych względów spędza z uczniem większą część jego czasu. Jest zatem bardzo ważne, aby cechować się uważnością w kwestii wszelkich zmian w zachowaniu czy nastrojach i być wrażliwym na ewentualne symptomy świadczące o pogłębiającym się poczuciu samotności i wyizolowania. W przypadku rodziców jedną z kluczowych kwestii jest umiejętność nawiązania rzeczywistego dialogu ze swoim dzieckiem. Niezwykle ważne jest, aby to właśnie dom rodzinny był dla adolescenta synonimem bezpiecznej przystani, w której zawsze może liczyć na potrzebne wsparcie, pomoc i zrozumienie, niezależnie od zaistniałej sytuacji. Pomocne w tej kwestii może się okazać wspólne spędzanie czasu na ciekawych zajęciach i aktywnościach dostosowanych do wieku i zainteresowań nastolatka. Zbyt infantylne propozycje mogą bowiem się spotkać ze zniechęceniem i zrażaniem się do takich aktywności, co jest szczególnie ryzykowne w kontekście poczucia samotności. Może się wówczas pojawić przekonanie o byciu traktowanym jak dziecko i o braku zrozumienia przez otoczenie odczuwanych problemów. Inną, równie ważną wskazówką, która może się okazać szczególnie pomocna w dzisiejszych czasach, jest potrzeba wdrożenia rodziców i opiekunów w świat

nowoczesnych technologii. Bardzo częstym zjawiskiem jest bowiem całkowite niezrozumienie i odcięcie się rodzica od wirtualnego świata, w którym jego dziecko funkcjonuje oraz traktowanie internetu jako największego niebezpieczeństwa, do którego należy podchodzić z rezerwą i niechęcią. W ramach zacieśniania więzi i profilaktyki poczucia samotności uzasadnione mogłoby być podtrzymywanie kontaktu z najbliższymi właśnie za pomocą internetu, co może być szczególnie użyteczne w przypadku uczniów uczęszczających do szkół z internatem.

W kontekście omówionych powyżej wniosków powinna wybrzmieć szczególnie wyraźnie jeszcze jedna kwestia. Postrzeganie internetu jako przyczyny uzależnienia i upatrywanie w nim wyłącznie negatywnego oddziaływania jest zdecydowanie zbyt dużym uproszczeniem. Uzależnienie od internetu, zakupów, hazardu, jedzenia czy sportów ekstremalnych jest jedynie objawem znacznie głębszego problemu, u podstaw którego mogą leżeć kwestie związane z poczuciem samotności, choć nie jest to ich jedyne możliwe wyjaśnienie. To w gestii osób dorosłych, a szczególnie rodziców, leży konieczność rozeznania przyczyn i mechanizmów takich zachowań i w razie potrzeby odpowiednie reagowanie polegające na zajęciu się rzeczywistą istotą problemu.

Bibliografia

- Calderon R. Greenberg M.T. (2003). *Social and Emotional Development of Deaf Children: Family, School and Program Effects*, [w:] M. Marschark, P.E. Spencer (red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education*, New York: Oxford University Press, s. 177–189.
- CBOS (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego/patologicznego oraz innych uzależnień behawioralnych*, Warszawa: CBOS.
- De Jong Gierveld J., Broese van Groenou M., Hoogendoorn A.W., Smit J.H. (2009). *Quality of Marriages in Later Life and Emotional and Social Loneliness*, „*Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*”, t. 64, nr 4, s. 497–506.
- Dołęga Z. (2003). *Samotność młodzieży – analiza teoretyczna i studia empiryczne*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Domagała-Zyśk E. (2014). *Specyfika prowadzenia badań naukowych wśród osób niesłyszących i słabosłyszących*, [w:] W. Otrębski, G. Wiącek (red.),

- Przepis na rehabilitację. Metodologie i metody w badaniach i transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej*, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 85–96.
- Dyck M.J., Denver E. (2003). *Can the Emotion Recognition Ability of Deaf Children Be Enhanced? A Pilot Study*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, t. 8, nr 3, s. 348–356.
- Fabiś A. (2017). *Troski i niepokoje egzystencjalne ludzi dojrzałych*, [w:] A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 279–297.
- Gajda J. (1987). *Samotność i kultura*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Gołek B., Wysocka E. (2011). *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIŚ). Podręcznik testu – wersja dla uczniów szkoły gimnazjalnej*, Kraków: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne.
- Grygiel P., Humenny G., Rebisz S., Świtaj P., Sikorska-Grygiel J. (2012). *Validating the Polish Adaptation of the 11-Item De Jong Gierveld Loneliness Scale*, „European Journal of Psychological Assessment”, t. 29, nr 2, s. 129–139.
- Humenny G., Grygiel P., Dolata R. (2018). *Płeć, ocena jakości relacji przyjacielskich a samotność wczesnych adolescentów*, [w:] B. Niemierka, M.K. Szmigel (red.), *Wspomaganie rozwoju kompetencji diagnostycznych nauczycieli*, Kraków: Grupa Tomaami, s. 117–142.
- Jessor R. (1991). *Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action*, „Journal of Adolescent Health”, t. 12, nr 8, s. 597–605.
- Kawula S. (1999). *Rodziny ryzyka*, [w:] D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 244–247.
- Kmiecik-Baran K. (2000). *Młodość i przemoc. Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kobosko J. (2014). *Psychologiczne implikacje głuchoty dziecka w rodzinie i środowisku szkolnym*, [w:] *Edukacja głuchych. Materiały konferencyjne*, Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich, s. 41–63, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Edukacja_gluchych_materiały_konferencyjne.pdf [dostęp: 22.04.2023].
- Kobosko J., Ganc M. (2021). *Jakość życia rodzin z małym dzieckiem głuchym w obszarze otrzymywanego wsparcia i relacji społecznych z perspektywy matek (FQOLS-2006)*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, nr 2(52), s. 75–97.
- Kramkowska E. (2016). *Człowiek stary jako ofiara przemocy w rodzinie*. Gdańsk–Białystok: Wydawnictwo Naukowe Katedra; Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku.

- Łopatkowa M. (1983). *Samotność dziecka*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Michałczyk A. (2022). *Wirtualne oblicza samotności. Rzykowne zachowania w sieci wśród słyszczącej i niesłyszczącej młodzieży*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum w Krakowie.
- Murray C., Greenberg M.T. (2001). *Relationships with Teachers and Bonds with School: Social Emotional Adjustment Correlates for Children with and without Disabilities*, „Psychology in the Schools”, t. 38, nr 1, s. 25–41.
- Poprawa R. (2012). *Problematyczne używanie internetu – symptomy i metoda diagnozy. Badania wśród dorastającej młodzieży*, „Psychologia Jakości Życia” t. 11, nr 1, s. 57–82.
- Rembowski J. (1991). *Psychologiczne badania nad samotnością*, „Psychologia Wychowawcza”, t. 5, s. 409–416.
- Qualter P., Brown S.L., Munn P., Rotenberg K.J. (2010). *Childhood Loneliness as a Predictor of Adolescent Depressive Symptoms: An 8-year Longitudinal Study*, „European Child & Adolescent Psychiatry”, t. 19, nr 6, 493–501.
- Schaffer H.R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*, przeł. M. Białęcka-Pikul, K. Sikora, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Soo-Hyun P., Mi Ran C., Su Min K., Sol Hee B., Ji-Won C., Jin-Young K., Dai-Jin K. (2017). *An Association Study of Taq1A ANKK1 and C957T and – 141C DRD2 Polymorphisms in Adults with Internet Gaming Disorder: A Pilot Study*, „Annals of General Psychiatry”, t. 16, art. 45, s. 161–168.
- Śliwak J., Reizer U., Partyka J. (2015). *Poczucie osamotnienia a przystosowanie społeczne*, „Studia Socialia Cracoviensia”, t. 7, nr 1(12), s. 61–78.
- Wałęjko M. (2007). *Samotność a osamotnienie – osobowe stany egzystencjalne człowieka. Analiza etyczno-metafizyczna*, „Roczniki Nauk Społecznych”, t. 35, nr 2, s. 45–66.
- Wasilewska K.M. (2010). *Samotność młodzieży*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej.
- Wasilewska-Ostrowska K. (2018). *Chroniczna samotność jako czynnik ryzyka zachowań autodestrukcyjnych wśród młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka”, t. 17, nr 3, s. 63–74.
- Weiss R.S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*, Cambridge (MA): MIT Press.
- Wiśniewska D. (2018). *Teoria umysłu u dzieci głuchych – przegląd badań*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 13, s. 55–69.
- Wrótniak J. (2018). *Poczucie samotności młodzieży w dobie portali społecznościowych*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, t. 573, nr 8, s. 51–59.
- Wrótniak J. (2020). *Samotność młodych ludzi w opinii studentów*, „Horyzonty Wychowania”, t. 19, nr 52, s. 93–104.

- Young K.S. (1996). *Psychology of Computer Use: XL. Addictive Use of the Internet: A Case that Breaks the Stereotype*, „Psychological Reports”, t. 79, nr 3, s. 899–902.
- Zamorska K. (2014). *Wartości polityki społecznej w zderzeniu ze zmianami w obszarze pracy*, [w:] M. Makuch (red.), *Współczesny rynek pracy. Zatrudnienie i bezrobocie w XXI wieku*, Wrocław: Wydawnictwo CEdu, s. 19–33.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Anna Michalczyk
Akademia Ignatianum w Krakowie
Instytut Nauk o Wychowaniu
e-mail: anna.michalczyk@ignatianum.edu.pl

Recenzje

SPI Vol. 26, 2023/2 / e-ISSN 2450-5366

Reviews

Monika Kaźmierczak
ORCID: 0000-0003-4396-3627
Uniwersytet Łódzki

Budowanie (po)mostów w dyskursie o jąkanii

Bridging the Gap in the Discourse on Stuttering

Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkanii. Wydanie polskie rozszerzone,
red. K. Węsierska, H. Sønsterud, Agere Aude,
Chorzów 2021, ss. 672

Polski rynek wydawniczy przez lata systematycznie jest uzupełniany różnego typu publikacjami na temat jąkania. Wystarczy wspomnieć o m.in. następujących pozycjach książkowych z ostatnich 15 lat: Maria Fańciszevska, *Jąkanie. Wypowiedzi dialogowe i monologowe osób jąkających się* (2020); Agata Sakwerda, *Spokojnie, to tylko jąkanie* (2020); Zbigniew Tarkowski i Agnieszka Okraśńska, *Jąkanie w wieku szkolnym* (2020); Carl W. Dell Jr., *Terapia jąkania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, przeł. Lucyna Jankowska-Szafarska (2019); *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, red. Katarzyna Węsierska i Mikołaj Witkowski (t. 2, 2019); *Zaburzenia płynności mowy*, red. Katarzyna Węsierska i Katarzyna Gawel (2018); *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkanii*, red. Kamil Kupiec, Lucyna Jankowska-Szafarska, Beata Suligowska i Roman Kara (2017); Jolanta Góral-Półrola, *Jąkanie. Analiza procesu komunikacji słownej* (2016); *Zaburzenia płynności*



SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

mowy – teoria i praktyka, red. Katarzyna Węsierska (t. 1, 2015); Barry Guitar i Theodore J. Peters, *Dobór metod terapii jąkania. Przewodnik dla logopedów*, przeł. Katarzyna Gawęł (2014); Peter Schneider, *Kto-kto-robí hu-hu-hu?*, przeł. Małgorzata Kądzioła (2014); Elaine Kelman i Alison Nicholas, *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesno-dziecięcym*, przeł. Małgorzata Kądzioła (2013); Eelco de Geus, *Czasami po prostu się jąkam. Książka dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat*, przeł. Marta Węsierska (2013); Zbigniew Tarkowski, *Psychosomatyka jąkania* (2007); Mieczysław Chęciek, *Jąkanie – diagnoza, terapia, program* (2007). Przywołane publikacje naukowe i popularnonaukowe, oprócz licznych artykułów naukowych, stanowią bogate źródło wiedzy o jąkaniu dla logopedów, lekarzy, psychologów, pedagogów, nauczycieli, rodziców, samych osób doświadczających jąkania oraz studentów przygotowujących się do pracy z klientem/pacjentem/uczniem jąkającym się.

Książka *Dialog bez barier*, podręcznik, z którym polski czytelnik może się zapoznawać od końca 2021 roku, stanowi kolejną interesującą pozycję na temat tego zaburzenia płynności mowy. We wstępie do publikacji dwukrotnie zostało podane, że polsko-norweska kooperacja oraz zaproszenie do współpracy międzynarodowego grona doskonałych specjalistów (z Australii, Belgii, Grecji, Kanady, Libanu, Malty, Niemiec, Polski, USA oraz z Wielkiej Brytanii) – to przepis na podręcznik „wyjątkowy” (s. 9 i 10). Weryfikacja tej narzuconej tezy ostatecznie może prowadzić tylko do jednego wniosku: Tak, to jest niezwykła książka! Dlaczego?

Słowo wstępne redaktorek Katarzyny Węsierskiej i Hildy Sønsterud stanowi swoiste zaproszenie do rozmowy o jąkaniu, a zamieszczona na początku książki prezentacja sylwetek 35 autorów: 11 polskich oraz 24 zagranicznych hołduje dobrej tradycji zaprezentowania wszystkich interlokutorów jeszcze przed podjęciem przedmiotowej dyskusji. Dzięki takiemu zabiegowi tytułowy „dialog bez barier” zostaje zainicjowany również na linii czytelnik–autorzy, czytelnik–redaktorki. By odbiorca poczuł się pełnoprawnym i aktywnym uczestnikiem rozważań, na końcu książki pozostawiono mu „Miejsce na notatki” (ss. 19), które – wprowadzone własnoręcznie przez refleksyjnego czytelnika – mogą nadbudować treść książki o nowe uwagi, może też kolejne pytania na temat jąkania, inne od tych kontrolnych, zamieszczanych pod każdym rozdziałem podręcznika.

Wrażenie na odbiorcy robiła już elektroniczna wersja książki, dostępna bezpłatnie (*sic!*) na stronie LOGOLab (<https://www.logolab.edu.pl/>), obecnie na rynku jest dostępna również tradycyjna książka papierowa. Informacje o kolejnych rozdziałach podręcznika, zespole redakcyjnym oraz tłumaczkach są prezentowane od stycznia 2022 roku na facebookowej stronie „LOGOLab. Dobra komunikacja” (<https://www.facebook.com/groups/logolab>). To jednocześnie przegląd zawartości i ujawnianie pewnych tajemnic z działań redakcyjno-wydawniczych, potwierdzający tytaniczną pracę wszystkich osób zaangażowanych w wydanie tej dwutomowej publikacji (w języku polskim i angielskim) oraz w projekt realizowany przez Uniwersytet Śląski w Katowicach, Norweski Uniwersytet Arktyczny w Tromsø oraz Fundację Wiedzy i Dialogu Społecznego Agere Aude. Z niektórymi zagadnieniami uwzględnionymi w podręczniku wcześniej mieli szansę zapoznać się uczestnicy Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka. Edycja IV” (2021).

Pierwsze rozdziały podręcznika odwołują się do głównych kierunków refleksji podejmowanych w najnowszej literaturze balbuto-logopedycznej, ale też pedagogicznej, psychologicznej czy medycznej (por. np. Kaźmierczak 2018; Węsierska, Krawczyk 2017; Moćko, Węsierska 2015; Błachnio, Przepiórka 2013; Humeniuk 2012; Stecko 2012; Sommer i in. 2002): teoria a praktyka logopedyczna, wieloaspektowość jąkania, stawianie się skutecznym terapeutą, poradnictwo dla klientów i ich najbliższego otoczenia, społeczne postawy wobec jąkania, akceptacja jąkania, jakość życia z jąkaniem.

Lekturę ponad 650 stron otwierają dwa dopełniające się wzajemnie rozdziały: pt. *Między badaniami naukowymi a praktyką logopedyczną: w kierunku zintegrowanej terapii mowy i języka*, napisany przez badaczki z Norwegii, Kirsten Costain i Hildę Sønsterud, oraz pt. *Jak się stać skutecznym logopedą specjalizującym się w zaburzeniach płynności mowy?* Kurta Eggersa, koordynatora European Clinical Specialization in Fluency Disorders – ECSF (www.ecsf.eu). Podkreślane w obu tekstach podmiotowe spojrzenie, uwzględniające potrzeby i zasoby jąkających się, jest uzasadnione szczególnie w świetle współczesnych rozważań o praktyce opartej na dowodach (*Evidence-Based Practice* – EBP), której założenia stanowiły jeden z drogowskazów prac nad całą publikacją (s. 9): praktyka skutecznego logopedy jest

oparta na dowodach z badań naukowych, zaś cele terapii wyznaczone wspólnie przez klinicystę i klienta, którzy zawierają przymierze terapeutyczne.

Na pytania o to, w jaki sposób pomagać i wspierać klienta oraz jego najbliższe otoczenie, na jakich zasadach organizować poradnictwo logopedyczne (p)odpowiedzi daje już rozdział 3. Interdyscyplinarny, logopedyczno-psychologiczno-językoznawczy zespół Ewy Ficek, Barbary Jeziorczak oraz Katarzyny Węsierskiej wypracował zuniifikowane wytyczne dotyczące postaw oraz umiejętności komunikacyjnych podmiotów, które tworzą przymierze terapeutyczne: logopedów, osób z najbliższego otoczenia jąkających się i samych klientów (w różnym wieku). Kolejny rozdział Mary Weidner oraz Kennetha O. St. Louisa częściowo poszerza i dopełnia omówione wcześniej kwestie, ale inicjuje też dyskusję na temat poprawy jakości życia osób jąkających się w przestrzeni społecznej. Scharakteryzowanych siedem kroków planu interwencyjnego, ukierunkowanego na modyfikację postaw wobec jąkania, to swoisty elementarz każdego ambasadora zmian. Szczegółowej oceny ABC, tj. aspektów afektywnych, behawioralnych i kognitywnych (ang. *Affective, Behavioral, Cognitive* – ABC) jąkania w diagnozie logopedycznej dokonała amerykańska badaczka Martine Vanryckeghem w rozdziale 6.

Co niezwykle cenne, w polskojęzycznym podręczniku ukazana jest zarówno polska perspektywa badania i kształtowania płynności mówienia, jak też propozycje działań wypracowane w innych krajach. W efekcie tak prowadzonego „dialogu bez granic” oraz wzajemnej wymiany doświadczeń czytelnik znajdzie tu szeroki wachlarz praktycznych podpowiedzi programów, metod, technik i narzędzi do oceny czynników ABC związanych z jąkaniem, np.: *Zestaw technik służących do oceny zachowania (The Behavior Assessment Battery – BAB)*, *Test do badania postaw wobec jąkania dla dorosłych (The Communication Attitude Test for Adults Who Stutter – BigCAT)*, *Test do badania postaw związanych z jąkaniem u dzieci w wieku szkolnym (The Communication Attitude Test for Schoolage Children Who Stutter – CAT)*, *Test do badania postaw związanych z jąkaniem u dzieci w wieku przedszkolnym (The Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter – KiddyCAT)*, *Skala do samooceny osoby jąkającej się Wright i Ayre (The Wright and Ayre Stuttering Self Rating Scale – WASSP)*, *Ocena całościowa doświadczenia osoby jąkającej*

się (*The Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – OASES*), *Skala lęku przed negatywną ewaluacją (Fear of Negative Evaluation Scale – FNES)*, *Erickson S24*; *Niekorzystne myśli i przekonania dotyczące jąkania (Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering – UTBAS/UTBAS6)*, *Skala pomiaru poczucia własnej skuteczności u osób dorosłych jękających się (The SelfEfficacy Scale for Adult Stutterers – SESAS)*, *Skala pomiaru poczucia własnej skuteczności u nastolatków (Self Efficacy Scale for Adolescents – SEA)*, jak też podpowiedzi do terapii, np.: *Camperdown*, *KIDS*, *Lexipontix*, *Wielowymiarowa zindywidualizowana terapia jąkania (Multidimensional Individualized Stuttering Therapy – MIST)*, *Modyfikacja jąkania (jąkanie bardziej płynne)*, *Terapia akceptacji i zaangażowania (Acceptance and Commitment Therapy – ACT)*. Już zaprezentowane wyliczenie (w wyborze) przywoływanych w podręczniku programów, metod, technik, narzędzi oraz strategii robi wrażenie, a cała książka jest nasyciona wieloma przykładami i podpowiedziami zarówno dla badaczy, jak też praktyków, co zachęca do lektury każdego, kto czuje potrzebę dopełnienia swojej wiedzy oraz poszerzenia warsztatu. Bogate zestawienia bibliograficzne, w tym literatury zalecanej po każdym rozdziale – to kolejny cenny element podręcznika.

Jak zostało podkreślone, autorzy rozdziałów nie skupiają się tylko na przedmiocie, tj. zaburzeniu płynności mowy, jakim jest jąkanie, nie tylko na metodach, technikach, strategiach czy możliwych formach postępowania logopedycznego – choć to bardzo cenne informacje. W narracji książki zdaje się dominować założenie: „Najpierw człowiek!” To ono przyświeca współczesnej interwencji logopedycznej w jąkanii. Autorzy podręcznika szeroko zastanawiają się nad relacjami międzyludzkimi, budowaniem przymierza terapeutycznego, podniesieniem jakości życia osoby z doświadczeniem jąkania.

Na pytanie, czy śmiech i humor mogą się stać istotnymi składowymi terapii jąkania, odpowiadają Erik X. Raj (rozdz. 19) oraz Joseph Agius (rozdz. 20). O identyfikacji, odwróceniu, otwartym i świadomym jąkanii się czy redukowaniu strategii unikania piszą Hilda Sønsterud (rozdz. 16) oraz terapeutki z osobistym doświadczeniem jąkania, Carolyn Cheasman i Rachel Everard (rozdz. 5). W zestawieniu z rozdziałem pt. *Mobbing doświadczany przez jękające się dzieci: sposoby radzenia sobie z tym zjawiskiem oraz działania prewencyjne*, autorstwa Marty Węsierskiej, Marilyn Langevin

i Katarzyny Węsierskiej, rozważania dotyczące akceptacji i tolerancji wybrzmiewają jeszcze wyraźniej. Co więcej, wskazane tu konkretne propozycje, takie jak na przykład popularne w Polsce warsztaty LOGOLab czy program *InterACT*, poszerzają wachlarz działań możliwych także w ramach profilaktyki logopedycznej i pedagogicznej. Wraz z wytycznymi do diagnozy oraz różnych form terapii: indywidualnej, grupowej, samopomocy czy autoterapii, faktycznie tworzą obraz kompleksowej interwencji logopedycznej w jękananiu – jak wskazane jest w podtytule publikacji – interwencji opartej na najnowszych badaniach naukowych, wskazaniach wypracowanych również w zespołach wielospecjalistycznych oraz międzynarodowych, uwzględniających mono- czy bilingwalność (por. rozdz. 17) klientów z doświadczeniem jękania.

Oddany do rąk czytelnika podręcznik *Dialog bez barier* to prezentacja filarów, na których (z)budowane są (po)mosty w dyskursie o jękananiu: pomiędzy klientami a terapeutami, klientami a ich rodzicami, rodzicami a terapeutami, praktykami a badaczami, redaktorami a autorami rozdziałów, wreszcie pomiędzy autorami i redaktorami a czytelnikami. Solidnym fundamentem są tu z pewnością: multidyscyplinarność, wieloaspektowość, zaangażowanie, rzetelność, esencjonalność, nowoczesność i aktualność wiedzy, krytycyzm, refleksyjność, otwartość oraz respektowanie podmiotowości każdego z uczestników dialogu czytelniczego oraz procesu profilaktyczno-diagnostyczno-terapeutycznego w jękananiu. Aż chce się postulować: oby takich podręczników jak najwięcej! Szkoda, że anglojęzyczna wersja, która właśnie się ukazała, nie obejmie rozdziałów napisanych tylko przez polskich autorów, są to bowiem opracowania godne rozpowszechnienia także na forum międzynarodowym.

Bibliografia

- Błachnio A., Przepiórka A. (2013). *Podejście psychologiczne w terapii jękania*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 13, nr 2, s. 121–125.
- Chęć M. (2007). *Jękanie – diagnoza, terapia, program*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Dell C.W Jr. (2019). *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, przeł. L. Jankowska-Szafarska, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Fąciszczyńska M. (2020). *Jękanie. Wypowiedzi dialogowe i narracyjne osób jękanujących się*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

- De Geus E. (2013). *Czasami po prostu się jąkam. Książka dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat*, przeł. M. Węsierska, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Góral-Półrola J. (2016). *Jąkanie. Analiza procesu komunikacji słownej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Guitar B., Peters T.J. (2014). *Dobór metod terapii jąkania. Przewodnik dla logopedów*, przeł. K. Gawęł, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Humeniuk E. (2012). *Biologiczne i psychiczne aspekty jąkania*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
- Każmierczak M. (2018). *Jąkający się na maturze ustnej. Przygotowanie, przebieg egzaminu*, „Forum Logopedyczne”, nr 26, s. 175–186.
- Kelman E., Nicholas A. (2013). *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym*, przeł. M. Kądzioła, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Kupiec K., Jankowska-Szafarska L., Suligowska B., Kara R. (red.) (2017). *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkaniu*, Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Moćko N., Węsierska K. (2015). *Sytuacja dziecka jąkającego się w przedszkolu i w szkole*, [w:] A. Guzy, M. Wójcik-Dudek, B. Niesporek-Szamburska (red.), *Szkola bez barier. O trudnościach w nauczaniu i uczeniu się*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 79–98.
- Sakwerda A. (2020). *Spokojnie, to tylko jąkanie!*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Schneider P. (2014). *Kto-kto-kto robi hu-hu-hu?*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Sommer M., Koch M., Paulus W., Weiller C., Buchel Ch. (2002). *Disconnection of Speech-Relevant Brain Areas in Persistent Developmental Stuttering*, „Lancet”, t. 360, nr 9330, s. 380–384, doi:10.1016/S0140-6736(02)09610-1.
- Stecko E. (2012). *Jąkanie uwarunkowane obniżoną aktywnością histydzady*, Warszawa: Wydawnictwo ES.
- Tarkowski Z. (2007). *Psychosomatyka jąkania. Dlaczego osoby jąkające się mówią płynnie*, Lublin: Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tarkowski Z., Okraśińska A. (2020). *Jąkanie w wieku szkolnym. Terapia metodą Tarkowskiego*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Węsierska K. (red.) (2015). *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, t. 1, Niezdrowice–Katowice: Komlogo Piotr Gruba, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Węsierska K., Gawęł K. (red.) (2018). *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Węsierska K., Krawczyk A. (2017). *Wsparcie dziecka jąkającego się w środowisku edukacyjnym*, [w:] A. Mysza, K.I. Bienkowska, I. Marczykowska (red.), *Głos – język – komunikacja*, t. 4: *Funkcjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 13–30.



Węsierska K., Witkowski M. (2019). *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Netografia

European Clinical Specialization in Fluency Disorders, <http://www.ecsf.eu/> [dostęp: 8.07.2022].

LOGOLab. Dobra komunikacja, <https://www.facebook.com/groups/logolab> [dostęp: 8.07.2022].

Międzynarodowa Konferencja Logopedyczna „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka. Edycja IV”, <https://www.konferencja-zpm.edu.pl/pl/program-3/> [dostęp: 8.07.2022].

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Monika Kaźmierczak
Uniwersytet Łódzki
Instytut Filologii Polskiej i Logopedii
e-mail: monika.kazmierczak@uni.lodz.pl

Dane kontaktowe do redakcji czasopisma

ADRES:

Redakcja „Studia Paedagogica Ignatiana”
Kwartalnik Wydziału Pedagogicznego
Akademii Ignatianum w Krakowie
ul. Kopernika 26
31-501 Kraków
e-mail: redakcja.spi@ignatianum.edu.pl

REDAKTOR NACZELNY:

dr hab. Andrzej Paweł Bieś SJ, prof. AIK
e-mail: andrzej.bies@ignatianum.edu.pl

ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO:

dr Krzysztof Biel SJ
e-mail: krzysztof.biel@ignatianum.edu.pl

SEKRETARZ REDAKCJI:

dr Marzena Chrost
e-mail: marzena.chrost@ignatianum.edu.pl

DANE KONTAKTOWE WYDAWNICTWA:

Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum w Krakowie
ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków
Tel. 12 39 99 620; faks 12 39 99 501
e-mail: wydawnictwo@ignatianum.edu.pl
www.wydawnictwo.ignatianum.edu.pl

Plany wydawnicze

- 2023, vol. 26, nr 3: Starzenie się społeczeństw
Termin nadsyłania tekstów: 30.04.2023
- 2023, vol. 26, nr 4: Edukacja i religia
Termin nadsyłania tekstów: 30.06.2023
- 2024, vol. 27, no. 1: Resilience in Our Society: How to Build Opportunities For Growth [issue in English]
Papers submission deadline: 29.09.2023