



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 4 (92) 2020

NR 4

2020

SPIIS TREŚCI

Profilaktyka

PROFILAKTYKA W ZINTEGROWANYM REJESTRZE KWALIFIKACJI. SZANSA DLA JAKOŚCI

Bartosz Kehl 1

GOOD BEHAVIOR GAME W REALIACH POLSKIEJ SZKOŁY

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Katarzyna Kocoń-Rychter 6

Analiza

DWA KODY DWA ŚWIATY: JAK RZECZYWISTOŚĆ WIRTUALNA VS REALNA WPŁYWA NA NASZE OCENIANIE

Anna Szuster 13

Uzależnienia behawioralne

CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA PROBLEMOWEGO UŻYWANIA INTERNETU PRZEZ MŁODZIEŻ UCZĄCĄ SIĘ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU LEKKIM

Ewa Krzyżak-Szymańska, Andrzej Szymański 17

Leczenie, redukcja szkód

OGRANICZANIE SZKÓD ZDROWOTNYCH I PRACA Z UŻYTKOWNIKAMI NARKOTYKÓW W DOBIE PANDEMII COVID-19

Bartosz Michalewski 26

BO KAŻDY PIJAK TO ZŁODZIEJ! PROBLEM STYGMATYZACJI I DESTYGMATYZACJI OSÓB UZALEŻNIONYCH

Marcin Szulc 31

Badania, raporty

ZWIĄZEK POMIĘDZY GRANIEM W GRY KOMPUTEROWE A HAZARDEM – PRZEGLĄD LITERATURY

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 37

ZRÓŻNICOWANIE TERYTORIALNE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE. CZĘŚĆ I

Artur Malczewski 43

Internet

INTERNETOWE ARCHIWUM KONFERENCJI okładka IV

Jednym z kluczowych elementów, który wpływa na realizację programów profilaktycznych, jest, oprócz dobrze zaprojektowanego programu, odpowiednie przygotowanie realizatorów do jego prowadzenia w środowisku szkolnym lub lokalnym. W praktyce ten poziom przygotowania okazuje się być bardzo różny, a niekiedy znikomy. Brak jednolitej ścieżki szkoleniowej i brak możliwości weryfikacji czy formalnego potwierdzenia kompetencji osób realizujących profilaktykę jest poważnym problemem.

PROFILAKTYKA W ZINTEGROWANYM REJESTRZE KWALIFIKACJI. SZANSA DLA JAKOŚCI

Bartosz Kehl

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Przestrzeń dla skutecznej profilaktyki

W Polsce od ponad 10 lat działa i rozwija się System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego. Baza liczy obecnie 24 programy (aktualnie trwa procedura rozpatrywania kolejnych wniosków). W tym roku mija 9 lat od opublikowania przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS). Stanowią one przewodnik, którego można używać do planowania i wdrażania programów profilaktycznych opartych na naukowych podstawach. Standardy upowszechniane są z powodzeniem na szeroką skalę. W 2018 roku EMCDDA wraz z WHO wydało drugą, zaktualizowaną edycję publikacji. Przywołując te fakty, warto podkreślić, że Europa dysponuje ogromnym dorobkiem w dziedzinie profilaktyki. Niemały wkład w ten dorobek mają polscy naukowcy i eksperci. W praktyce pozwoliło to na przygotowanie przestrzeni do realizacji profilaktyki o dobrej jakości, opartej na podstawach naukowych lub/i o potwierdzonej skuteczności. Wyrazem tego jest organizowanie konferencji i szkoleń dla przedstawicieli środowisk pracujących w obszarze profilaktyki uzależnień. Głównym ich celem jest upowszechnianie wiedzy o standardach jakości w profilaktyce. Decydentów przygotowuje się do tego, by świadomie i odpowiedzialnie dysponowali środkami publicznymi, uwzględniając jakość proponowanych działań profilaktycznych. Praktyków takie szkolenia, oprócz nowej wiedzy, mają wyposażać w umiejętności

niezbędne do realizacji programów o dobrej jakości oraz do monitorowania i oceny ich skuteczności. W miarę upływu lat coraz powszechniejsza staje się wiedza w tym zakresie. Wskazuje na to wzrost liczby realizowanych programów rekomendowanych¹, rosnąca liczba nowych realizatorów, wzrost środków przeznaczanych na programy profilaktyczne o naukowych podstawach czy potwierdzonej skuteczności oraz rosnąca liczba dobrej jakości programów realizowanych w szkołach.

Działania profilaktyczne niskiej jakości

Dane krajowe² pokazują jednak, że nadal realizowane są na dość dużą skalę programy, które nie podlegały badaniom ewaluacyjnym, a więc są działaniami o niepotwierdzonej skuteczności. Często działania te opierają się wręcz na strategiach, które mają udokumentowaną nieskuteczność, bywa też, że oparte są tylko na własnym doświadczeniu i przekonaniu. Osoby realizujące takie działania czy je finansujące, chociaż prawdopodobnie kierują się dobrymi intencjami, to niestety nieraz niewłaściwie wydatkują środki publiczne, wspierając działania, które mogą okazać się wręcz szkodliwe dla odbiorców.

Kompetencje realizatorów a bezpieczeństwo dzieci i młodzieży

Jednym z kluczowych elementów, który wpływa na realizację programów profilaktycznych, jest, oprócz dobrze zaprojektowanego programu, odpowiednie przygoto-

wanie realizatorów do jego prowadzenia w środowisku szkolnym lub lokalnym. W praktyce ten poziom przygotowania okazuje się być bardzo różny, a niekiedy znikomy. Decydenci, grantodawcy, a także dyrektorzy szkół, świetlic itp. nie zawsze mają możliwość rzeczywistej weryfikacji kompetencji osób, które będą realizowały działania na ich terenie. Możliwym punktem odniesienia jest udokumentowane przygotowanie do prowadzenia jednego z programów rekomendowanych. Jednak realizatorów tychże programów, jak i samych programów znajdujących się w bazie programów rekomendowanych nie jest jeszcze wystarczająco dużo, by zapewnić dostęp do odpowiedniej oferty wszystkim potrzebującym. Brak jednolitej ścieżki szkoleniowej, brak możliwości weryfikacji czy formalnego potwierdzenia kompetencji osób realizujących profilaktykę jawi się tutaj jako poważny problem. Braki te powodują, że profilaktykę mogą realizować również osoby nieprzygotowane lub nieodpowiednio przygotowane – niekompetentne. Oprócz wiedzy dyrektora (nauczycieli, pedagogów) czy innych decydentów, nie ma obecnie skutecznych narzędzi, które mogłyby służyć wykluczeniu działań szkodliwych w danej placówce (np. szkole). Na dyrektora danej placówki, jego wiedzy i decyzji spoczywa ogromna odpowiedzialność za jakość działań profilaktycznych, których odbiorcami są dzieci i młodzież. Należy oczywiście nadal upowszechniać odpowiednią wiedzę, aby decyzje były świadome i uwzględniające to, co w profilaktyce aktualne. Jednak działając w wielu obszarach profilaktyki – zarówno tej skierowanej do całych populacji dzieci i młodzieży, bez względu na stopień indywidulowanego ryzyka wystąpienia zachowań problemowych, jak i tej adresowanej do grup zwiększonego ryzyka – warto zabezpieczyć ten obszar również na inne sposoby.

Zabezpieczyć profilaktykę i odbiorców

Jednym ze sposobów zabezpieczenia profilaktyki dobrej jakości (podobnie jak w obszarze psychoterapii) jest ustalenie kryteriów, które musi spełniać osoba ją realizująca. Uregulowanie kompetencji dających możliwość realizacji profilaktyki może rodzić różne emocje. Jednak przede wszystkim trzeba mieć na uwadze dobro bezpośrednich odbiorców działań, czyli dzieci i młodzieży. Dlatego też po wielu latach, rozmowach, konsultacjach na ten temat w gronie realizatorów oraz ekspertów ds. profilaktyki

wyklarowała się wyraźna potrzeba, by uregulować tę przestrzeń. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii postanowiło podjąć się tego zadania i umożliwić realizatorom profilaktyki uznanie swoich kompetencji oraz potwierdzenie ich na drodze walidacji/egzaminu. Dzięki temu standardy jakości w profilaktyce będą w Polsce jasno określone, powstanie narzędzie dla decydentów do podejmowania dobrych decyzji, ale przede wszystkim chronione będzie bezpieczeństwo bezpośrednich odbiorców: dzieci i młodzieży.

Wspólna sprawa, wspólne działanie

Zarówno bezpośredni odbiorcy, jak i instytucje państwowe, decydenci, szkoły, organizacje pozarządowe, a także realizatorzy – wszyscy zaangażowani w realizację profilaktyki uzależnień na jakimś etapie muszą sobie odpowiedzieć na pytanie: które działania służą ochronie zdrowia i bezpieczeństwa oraz kto powinien je realizować? W interesie wszystkich wymienionych grup jest znalezienie odpowiedzi na to trudne pytanie. W związku z tym Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii postanowiło wyjść naprzeciw potrzebom środowiska odpowiedzialnego za realizowanie działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży i spróbować określić kompetencje osób realizujących działania z zakresu profilaktyki uzależnień. Podobne zadanie zostało już wykonane przez KBPN w obszarze leczenia uzależnień w postaci stworzonego systemu, który służy przygotowaniu i certyfikacji specjalistów psychoterapii uzależnień.

W roku 2017 Krajowe Biuro rozpoczęło konkretne prace, mające na celu umożliwienie weryfikacji kompetencji osób realizujących/odpowiedzialnych za profilaktykę uzależnień. W latach 2018–2019 zleciło ono w ramach konkursu realizację projektu „Specjalistyczne szkolenie w zakresie profilaktyki uzależnień – program pilotażowy”. Pewnego rodzaju podsumowaniem uzyskanych przez ten czas doświadczeń oraz przestrzeni do konsultacji było ogólnopolskie spotkanie ekspertów zorganizowane jesienią 2019 roku. Najważniejsze wnioski na tym etapie to:

- traktowanie profilaktyki uzależnień łącznie: jako dziedziny nauki zajmującej się problemem używania *różnych substancji psychoaktywnych (legalnych i nielegalnych)*, jak i *zachowań* mogących prowadzić do uzależnienia oraz

- sformułowanie konkretnego zestawu umiejętności wraz z kryteriami ich weryfikacji dla osób mających realizować profilaktykę uzależnień.

Dobór narzędzi

Wybór narzędzia do uregulowania kwestii realizacji profilaktyki nie był prosty, a poszukiwania trwały kilka lat. Najodpowiedniejszym rozwiązaniem okazał się Zintegrowany System Kwalifikacji (ZSK), wdrażany w Polsce na mocy Ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji i uruchomiony w sierpniu 2016 roku. System ten jest zbiorem zasad, standardów, nowych funkcji i ról oraz procedur regulujących sposób działania różnych podmiotów (osób i instytucji) związanych z nadawaniem *kwalifikacji* oraz zapewnianiem ich jakości. Przy użyciu ZSK możliwe jest opisanie *kwalifikacji*, czyli wiedzy i umiejętności w konkretnym zakresie, które zostały sprawdzone i potwierdzone. Podmiotem uprawnionym do nadawania *kwalifikacji* (sprawdzenia i potwierdzenia) jest konkretna Instytucja Certyfikująca (IC). System precyzyjnie określa, jakie podmioty mogą zostać taką instytucją. Celem opisu *kwalifikacji* jest włączenie jej do Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji (ZRK). ZRK to publiczny rejestr obejmujący różne rodzaje *kwalifikacji* nadawanych w Polsce. Mamy zatem następującą ścieżkę dojścia do potwierdzenia kompetencji: w Rejestrze określony jest zakres wiedzy i umiejętności (*kwalifikacja*), jakie należy posiadać, żeby w wyniku ich weryfikacji (walidacji) móc otrzymać dokument potwierdzający posiadanie tychże umiejętności i wiedzy (*kwalifikacji*). Z powyższego wynika, że Zintegrowany System Kwalifikacji nie określa wytycznych i **sposobu dojścia** do posiadanej wiedzy i umiejętności. Istotne natomiast jest to, **jakie konkretnie umiejętności i wiedzę dana osoba posiada** oraz czy zostaną one pozytywnie zweryfikowane w procesie walidacji. W przypadku systemu certyfikacji na psychoterapeutę uzależnień mamy do czynienia z nieco innym systemem. Tam bowiem **określona jest również ścieżka dojścia** do uzyskanych kompetencji, a następnie (element wspólny z ZSK) egzamin potwierdzający nabycie tychże kompetencji. Dlatego też niezmiernie istotne jest, by *kwalifikacja* została opisana w sposób bardzo przemyślany i precyzyjny. Odpowiedni opis *kwalifikacji* da nam pewność, że osoba posiadająca wskazaną wiedzę i umiejętności

– jest kompetentna do wykonywania danych działań. A na tym właśnie nam zależy. Precyzyjny opis *kwalifikacji* służy również temu, by osoba pragnąca potwierdzić swoje kompetencje, mogła odpowiednio przygotować się do walidacji. Jednak **droga przygotowania się do potwierdzenia kwalifikacji jest otwarta** (nie została wskazana wytycznymi ZSK). Takie rozwiązanie oznacza, że do walidacji może przystąpić każdy, niezależnie, czy korzystał z formalnej ścieżki kształcenia lub szkolenia. W ZSK **najistotniejsze jest potwierdzenie** posiadanych kompetencji, wiedzy, **efektów** uczenia się – czyli podsumowując: *kwalifikacji*. Jest tutaj możliwość określenia warunków, jakie musi spełniać osoba przystępująca do walidacji, jednak ZSK promuje szeroki do niej dostęp.

Należy wspomnieć, że *kwalifikacje* umieszczone w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji, przypisane są do konkretnego poziomu w Polskiej Ramie Kwalifikacji (PRK). W Polsce jest to opis ośmiu wyodrębnionych poziomów, odpowiadających poziomom europejskich ram *kwalifikacji*. Każdy z poziomów jest opisywany za pomocą ogólnych stwierdzeń charakteryzujących wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, które muszą spełniać osoby posiadające *kwalifikacje* danego poziomu³. Warto zauważyć, że w Polską Ramę Kwalifikacji wpisuje się system oświaty i szkolnictwa wyższego, np. poziomowi 6 odpowiada dyplom licencjata/inżyniera.

Wpisanie *kwalifikacji* do Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji odbywa się za pośrednictwem specjalnego portalu i zgodnie z art. 20. 1. ustawy o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji. Oceny wniosku, w tym przypisania do odpowiedniego poziomu PRK, dokonuje minister. W przypadku profilaktyki uzależnień jest to minister właściwy do spraw zdrowia. Dobrze jest zweryfikować, czy ministerstwo widzi potrzebę włączenia danej *kwalifikacji* do ZRK. Wstępna konsultacja w przypadku profilaktyki uzależnień wypadła pozytywnie.

Dobór zespołu

Odpowiedzialne i skuteczne rozwiązanie ważnego społecznie oraz trudnego organizacyjnie problemu wymaga przemyślanego doboru odpowiednich narzędzi oraz kompetentnych partnerów. Dlatego też Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w pierwszej kolejności nawiązało współpracę z Instytutem Badań

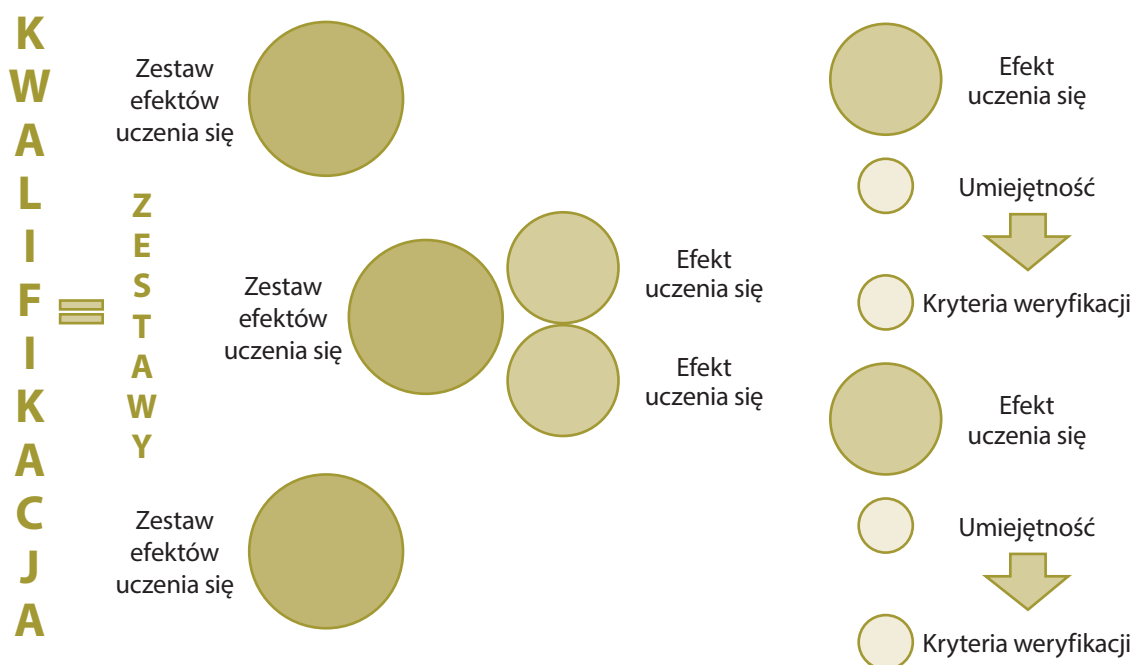
Edukacji (IBE). Jest to instytut badawczy, funkcjonujący pod nadzorem Ministerstwa Edukacji Narodowej, który jest odpowiedzialny m.in. za rozwój Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK). Jednym z zadań Instytutu jest wspieranie podmiotów włączających kwalifikacje do Systemu.

Wydaje się oczywiste, że do istotnych prac w zakresie profilaktyki problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych należy włączyć instytucję, której celem jest m.in. inicjowanie i doskonalenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w Polsce. Zatem do wsparcia merytorycznego oraz zaangażowania w prace nad opisem *kwalifikacji dla profilaktyki* Krajowe Biuro zaprosiło ekspertów z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która wcześniej była zaangażowana we wdrażanie Systemu Rekomendacji. Staranne wypełnienie wniosku oraz opis kwalifikacji zgodny ze standardami to procedura skomplikowana i czasochłonna. Nieoceniona w tym procesie okazała się pomoc przedstawicieli Instytutu Badań Edukacyjnych. Prace nad opisem *kwalifikacji dla profilaktyki* rozpoczęły się na początku roku 2020 i prowadzone były przez zespół przedstawicieli IBE, KBPN oraz PARPA. Jego prace utrudniła znacząco sytuacja w kraju związana z pandemią Covid-19. Spotkania zostały przeniesione w przestrzeń wirtualną, jednak pomimo trudności, efekty pracy są jak najbardziej realne.

Zintegrowany System Kwalifikacji dla profilaktyki

Oczekiwania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wobec Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji doprowadziły do podjęcia decyzji o zaplanowaniu opisu nie jednej, ogólnej kwalifikacji, a trzech-czterech. Po licznych konsultacjach zespół zidentyfikował obszary, które powinny zostać uregulowane: realizacja uniwersalnej profilaktyki uzależnień, selektywnej profilaktyki uzależnień, działania związane z realizacją profilaktyki na poziomie lokalnym oraz obszar dotyczący projektowania/tworzenia profesjonalnych programów profilaktycznych. Każdy obszar to odrębna kwalifikacja. W pierwszej kolejności postanowiono zająć się obszarem uniwersalnej profilaktyki uzależnień – biorąc pod uwagę najszerszą grupę odbiorców tych działań (szczególnie dzieci i młodzież) oraz najliczniejszą grupę potencjalnych realizatorów (osoby chętne do potwierdzenia kwalifikacji, np. nauczyciele).

W wyniku konsultacji z przedstawicielami IBE ustalono, że kwalifikacja, której opisu podejmie się zespół, będzie *kwalifikacją rynkową*, czyli nieuregulowaną dotychczas przepisami prawa. Zgodnie z art. 2 pkt 8 ustawy o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, kwalifikację definiuje się jako: *zestaw efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych, nabytych w edukacji formalnej, edukacji pozaformalnej lub poprzez*



uczenie się nieformalne, zgodnych z ustalonymi dla danej kwalifikacji wymaganiami, których osiągnięcie zostało sprawdzone w walidacji oraz formalnie potwierdzone przez uprawniony podmiot certyfikujący. Powyższą definicję można przedstawić przy pomocy schematu (s. 4). Po zapoznaniu się z procedurami, standardami wypełniania wniosku oraz językiem używanym przy opisie kwalifikacji zespół podjął pracę nad formułowaniem kompetencji niezbędnych u osoby realizującej profilaktykę uzależnień na poziomie uniwersalnym. Zostały więc określone efekty uczenia się w obszarze wiedzy i umiejętności. Wymagana wiedza z zakresu profilaktyki obejmuje obszary: epidemiologii zachowań ryzykownych; zagadnień związanych z rozwojem człowieka; przepisów prawa; dotyczące modeli teoretycznych wyjaśniających mechanizmy zachowań ryzykownych; strategii profilaktycznych; czynników ryzyka i chroniących; klimatu społecznego miejsca, w którym są realizowane działania profilaktyczne; poziomów profilaktyki i standardów jakości w profilaktyce zachowań ryzykownych. Do każdego z obszarów zostały sformułowane kryteria ich weryfikacji, czyli wskaźniki potwierdzające wiedzę w danym zakresie.

Drugim obszarem są praktyczne umiejętności planowania i realizacji działań profilaktycznych, takie jak: umiejętność pracy z grupą i prowadzenia zajęć; przygotowanie zarysu programu profilaktycznego czy raportu z jego realizacji.

Można powiedzieć, że tematem, do którego w toku prac zespół wracał najczęściej, była nazwa kwalifikacji. Aktualna jej wersja, po wielu dyskusjach, otrzymała następującą formę: realizacja działań uniwersalnej profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i zachowań prowadzących do uzależnień behawioralnych.

Wymogi

Walidacja w Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji to: *identyfikowanie, dokumentowanie i weryfikacja tego, czego się uczymy*. Dostęp do niej jest co do zasady otwarty, nie wskazuje się wymogów dotyczących ukończonego kształcenia formalnego. Jednak biorąc pod uwagę, jak odpowiedzialne zadanie stoi przed osobami mającymi realizować profilaktykę uzależnień, warto jest określić minimalne warunki, jakie musi spełniać osoba, która chce przystąpić do walidacji. Dlatego też od takiej osoby będzie wymagane: posiadanie kwalifikacji pełnej z VI

poziomem PRK, zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego, zrealizowanie minimum 50 godzin zajęć profilaktycznych.

Na poziomie wypełniania wniosku należy również określić wymagania dotyczące walidacji i podmiotów przeprowadzających walidację. W tym przypadku mamy wskazane do zastosowania następujące metody: test teoretyczny, rozmowa z komisją (wywiad swobodny), analiza dowodów i deklaracji, prezentacja. Określone zostały również kompetencje komisji weryfikacyjnej. Wymogi dotyczące podmiotów przeprowadzających walidację i certyfikowanie kwalifikacji rynkowych włączonych do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji oraz zasady uzyskiwania uprawnień do certyfikowania szczegółowo określa rozdział 4 ustawy o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji⁴.

Podsumowanie

Prace nad opisem kwalifikacji dla profilaktyki uzależnień realizowanej na poziomie uniwersalnym zostały ukończone. Trwa etap weryfikacji wniosku przez wewnętrznych ekspertów IBE. Dalsze procedury uruchamiane są systematycznie. Kolejnym krokiem (niezależne od procedur) będzie przeprowadzenie konsultacji społecznych ze środowiskiem osób zajmujących się profilaktyką w Polsce. Również minister właściwy do spraw zdrowia, zanim wyda decyzję o włączeniu kwalifikacji do Rejestru, przekaze wniosek do oceny formalnej i merytorycznej, na drodze określonej w ustawie o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji⁵. Opisy kolejnych kwalifikacji planuje się na rok 2021 i istnieje duża szansa, że prace nad nimi przebiegną sprawniej niż nad opisem pierwszej kwalifikacji.

Przypisy

- ¹ Tabela 5.1a str. 51-53 PARPA G1 Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w danym roku <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>
- ² Tabela 5.3 str. 56-58 PARPA G1 Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w danym roku <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>
- ³ https://www.kwalifikacje.gov.pl/images/Publikacje/Polska_Rama_Kwalifikacji_-_poradnik_u%C5%BCytkownika_wydanie_II_1.pdf
- ⁴ https://www.kwalifikacje.gov.pl/images/downloads/materia%C5%82y_do_serwisu_ZSK/rozne/Ustawa_o_ZSK_na_portal_tekst_ujednolicony_wg stanu_na_01.09.2019.docx
- ⁵ http://www.kwalifikacje.gov.pl/images/Publikacje/Wlaczanie_kwalifikacji_do_zsk.pdf

Good Behavior Game, w polskiej adaptacji nosząca tytuł Gra w Dobre Zachowanie, to program profilaktyki uniwersalnej dla dzieci rozpoczynających edukację szkolną, opracowany w Stanach Zjednoczonych ponad pół wieku temu. W listopadzie 2020 roku został on uznany za program rekomendowany w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego.

GOOD BEHAVIOR GAME W REALIACH POLSKIEJ SZKOŁY

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Katarzyna Kocoń-Rychter

Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu

Polska szkoła A.D. 2020

W polskim szkolnictwie dzieje się dużo. Zmieniają się nazwy ministerstw i nazwiska ministrów odpowiedzialnych za edukację. Kolejni ministrowie przeprowadzają kolejne reformy. Zmienia się system z 8-letniej szkoły podstawowej, na 6-letnią i z powrotem. Raz do szkoły idą 6-latkowie, raz 7-latkowie. Jednak to, co nie zmienia się od blisko 200 lat, to sam model edukacji. Model pruski, zgodnie z którym szkoła kształci ludzi posłusznych, podporządkowanych i oddanych (Salomonowicz, 1987). I może nie byłoby to specjalnie zagrażające, gdyby nie fakt, iż żyjemy w czasach, w których postęp technologiczny jest największy w historii, wiedzę można zdobyć w ciągu kilku sekund, jednak niezwykle przydatną umiejętnością jest jej wyszukiwanie i oddzielanie „ziarna od plew”. Do wyszukiwania rzetelnych informacji niezbędne są umiejętności myślenia analitycznego, logicznego, przy czynowo-skutkowego. Przydatna jest też umiejętność współpracy i dostosowywania się do zmiennych warunków zewnętrznych. A do tego model pruski już nie pasuje. Odkryli to rodzice dzieci, którzy coraz bardziej gromadnie zabierają potomków na edukację domową (co pandemia COVID-19 jeszcze nasiliła). W 2019 roku w Polsce w ramach edukacji domowej rocznie uczyło się ponad 12 tys. dzieci¹. W bieżącym roku liczba ta prawdopodobnie wzrośnie. Gdy dodamy do tego wszystkiego jeszcze coraz gorszą pozycję nauczycieli – mierzących się na co dzień z „nieposłusznymi” uczniami, roszczeniowymi rodzicami, wymogami biurokratycznymi, spadającym prestiżem ich zawodu i brakiem wsparcia ze strony kolegów i koleżanek z pracy, uzyskamy obraz nierokujący dobrze dla rozwoju dzieci i młodzieży.

Co więcej, polska psychiatria jest w bardzo słabej kondycji i biorąc pod uwagę niewiele ponad 400 psychiatrów dziecięcych na całą Polskę, w dużo lepszej nie będzie. Dlatego tak ważne jest podejmowanie działań profilaktycznych i to adresowanych do jak najmłodszych grup wiekowych. W Polsce jest dostępnych wiele programów profilaktycznych, jednak znaczna ich część nie posiada naukowych podstaw ani nie jest poddawana rzetelnym badaniom ewaluacyjnym (Pietrzak, 2020). Te nieliczne, przeznaczone dla dzieci w wieku przedszkolnym i/lub młodszoszkolnym, które powstały na bazie współczesnej wiedzy naukowej (Przyjaciele Zippiego, Epsilon, Spójrz Inaczej dla klas I-III)², mają przede wszystkim na celu wspieranie prawidłowego rozwoju i rozwijanie umiejętności psychospołecznych dzieci tak, aby umiały radzić sobie w sytuacjach trudnych, a w przyszłości mogły dobrze funkcjonować i unikać zachowań ryzykownych.

Cele i założenia Good Behavior Game

Podobne są też cele programu Good Behavior Game (GBG) w polskiej adaptacji noszącego tytuł Gra w Dobre Zachowanie³. Jest to program profilaktyki uniwersalnej dla dzieci rozpoczynających edukację szkolną, opracowany w Stanach Zjednoczonych ponad pół wieku temu (Barrish i in., 1969)⁴. W listopadzie 2020 roku Gra w Dobre Zachowanie została uznana za program rekomendowany w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego. Program promuje pozytywne zachowania uczniów (oparte na poszanowaniu zasad, współpracy, wzajemnej pomocy i życzliwości) i równocześnie eliminuje zachowania niepożądane (agresywne, niezgodne

z zasadami i poleceniami nauczyciela), co wpływa na lepsze funkcjonowanie wszystkich dzieci w klasie, a szczególnie tych, które są zagrożone niedostosowaniem społecznym. W dłuższej perspektywie czasowej – umiejętności społeczne nabyte w ramach Gry w Dobrze ZachowaniA są czynnikiem chroniącym przed używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami i innymi zachowaniami problemowymi. Cele szczegółowe GBG obejmują:

- poprawę umiejętności współpracy i wzajemnej pomocy w grupie,
- wdrożenie dzieci do uważnego słuchania instrukcji i porządku w działaniu,
- wsparcie nauczyciela w zakresie monitorowania działań i zarządzania klasą.

Cele te wynikają bezpośrednio z teorii, na jakich opiera się program. Pierwsza z nich – teoria biegu życia/pól społecznych (*life course/social field theory*; Kellam i in., 1976) wskazuje, że na każdym etapie rozwoju spotykamy ludzi, którzy spontanicznie i naturalnie nas oceniają. Przez to pomagają nam określić, jakich zachowań się od nas oczekuje, jakie zadania życiowe powinniśmy realizować i czy robimy to jak należy. Umiejętności zdobyte w jednej dziedzinie społecznej, takiej jak klasa szkolna, pomagają uczniom odnosić sukcesy w innych dziedzinach społecznych, takich jak kolejne etapy edukacji, rodzina, miejsce pracy itd. W szkole takimi naturalnymi osobami oceniającymi, są nauczyciele i rówieśnicy, którzy pomagają uczniom określić, jakie umiejętności muszą nabyć, aby odnieść sukces w klasie i dobrze sobie też radzić w przyszłości.

Z kolei psychologia behawioralna wskazuje, że zachowania pożądane utrwalają się poprzez bezpośrednie ich nagradzanie, natomiast zachowania niepożądane są eliminowane przez ponoszenie konsekwencji i uczenie się na błędach. Dlatego uczniowie, którzy przestrzegają zasad w szkole, są w ramach GBG nagradzani, a ci którzy łamią zasady – nie. Treningowi przestrzegania zasad sprzyjają współzależności grupowe (GBG opiera się na grach realizowanych zawsze zespołowo, a nie indywidualnie) – kiedy wszyscy w zespole dobrze sobie radzą z przestrzeganiem zasad, wszyscy wygrywają, a gdy ktoś się wyłamuje – przegrywa grupa.

Jak się Gra w Dobrze ZachowaniA?

W przeciwieństwie do innych szkolnych programów profilaktycznych GBG nie wprowadza nowych treści do podstawy programowej i nie wymaga dodatkowych godzin lekcyjnych (których zawsze w szkole brakuje). Jest to

raczej strategia działania nauczyciela – zarządzania przez niego zachowaniem klasy i nauką uczniów. Poprzez grę nauczyciel kształtuje zachowania i postawy uczniów. Grę najlepiej jest wprowadzać od I klasy szkoły podstawowej, ale może być ona realizowana również w kolejnych latach nauczania wczesnoszkolnego.

Gra jest oparta na czterech kluczowych elementach:

1. Zasady klasowe – są cztery zasady, których uczniowie powinni przestrzegać w czasie gry: 1) Pracujemy cicho i spokojnie; 2) Jesteśmy wobec siebie uprzejmi; 3) Opuszczamy nasze miejsca tylko za pozwoleniem; 4) Postępujemy zgodnie z poleceniami.
2. Praca w zespołach – uczniowie grają w 3-7-osobowych zespołach, dobranych tak, by w każdym z nich znalazły się i dziewczynki, i chłopcy, dzieci różniące się pod względem zachowania, cech osobowościowych, zdolności itp.
3. Monitorowanie – nauczyciel w czasie gry nie udziela uczniom żadnych wskazówek, ale monitoruje ich zachowania oraz przestrzeganie przez nich zasad. Ponadto uczniowie mają za zadanie obserwować zachowania własne i kolegów, a co najważniejsze – nauczyciel systematycznie monitoruje i krytycznie analizuje własne działania!
4. Wzmocnienia pozytywne – zespół może „wygrać”, jeżeli wszyscy jego członkowie przestrzegają zasad lub „przegrać” – jeżeli złamią zasady więcej niż cztery razy w czasie jednej gry. Po zakończeniu każdej gry następuje ogłoszenie i uhonorowanie zwycięskich zespołów oraz nagrodzenie wygranych. Nagrody mogą mieć charakter zarówno materialny, jak i niematerialny.

W trakcie gry zespoły wykonują zadania, które tak czy inaczej nauczyciel musi zrealizować w czasie zajęć szkolnych, np. śpiewanie piosenki, kaligrafia konkretnej literki, kolorowanie, rozwiązywanie zadań matematycznych itp. Z biegiem czasu, gdy nauczyciel i uczniowie nabierają praktyki, GBG ewoluje od gry wysoce przewidywalnej w czasie i występowaniu z natychmiastowym wzmocnieniem aż do nieprzewidywalności z odroczonym wzmocnieniem (Kocień-Rychter i wsp., 2019).

Przygotowanie nauczycieli do gry

Sama Gra w Dobrze ZachowaniA wydaje się prosta. Jednak jej dobre prowadzenie i umiejętne stosowanie jako narzędzia kształtowania zachowania uczniów wymaga starannych

przygotowań. Nauczyciele, którzy chcą ze swoją klasą Grać w Dobre ZachowaniA, biorą udział w 2-dniowym szkoleniu (zwykle na początku roku szkolnego) i w 1-dniowych warsztatach po kilku miesiącach prowadzenia Gry (zwykle na początku semestru letniego). W międzyczasie nauczyciel systematycznie spotyka się z coachem (co 2 tyg. w I semestrze i co 4 tyg. w II semestrze) omawiając własne doświadczenia z gier. Podstawą analizy tych doświadczeń są specjalne „Arkusze analizy działań nauczyciela”, które każdy z nich samodzielnie wypełnia.

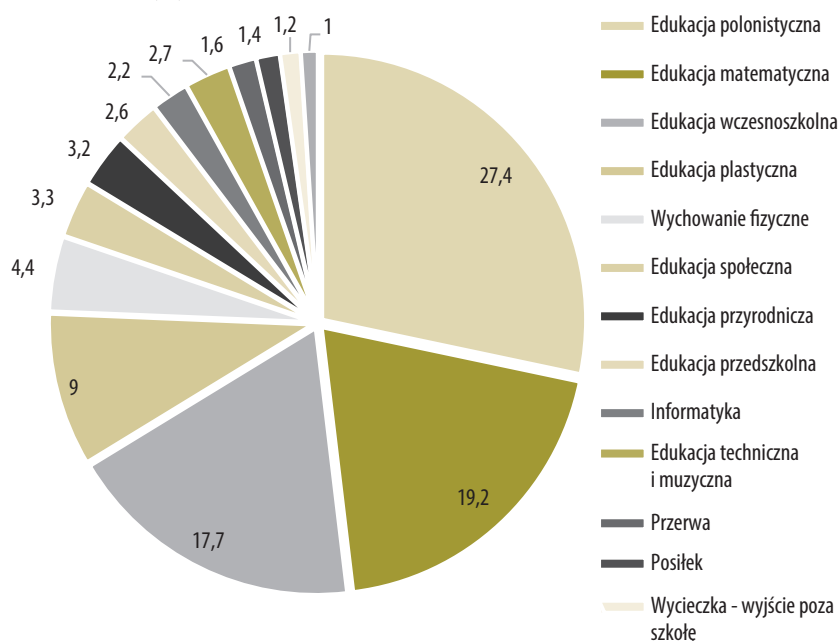
GBG w polskich szkołach

Doświadczenia zebrane w ramach realizacji trzyletniego projektu adaptacji GBG do polskich szkół pozwalają opisać, jak ten program jest w naszym kraju realizowany i jak się rozwija w ciągu roku szkolnego⁵. W ciągu dwóch lat realizacji projektu 84 nauczycieli wypełniało systematycznie tzw. tabele wyników. Są to krótkie formularze, w których nauczyciel odnotowywał podstawowe informacje na temat każdej gry (datę, godzinę rozpoczęcia, czas trwania gry, przedmiot/zajęcia, w ramach których odbyła się gra i zasady, które zostały złamane przez każdy zespół w czasie trwania gry). W pierwszym roku nauczyciele biorący udział w projekcie wypełnili

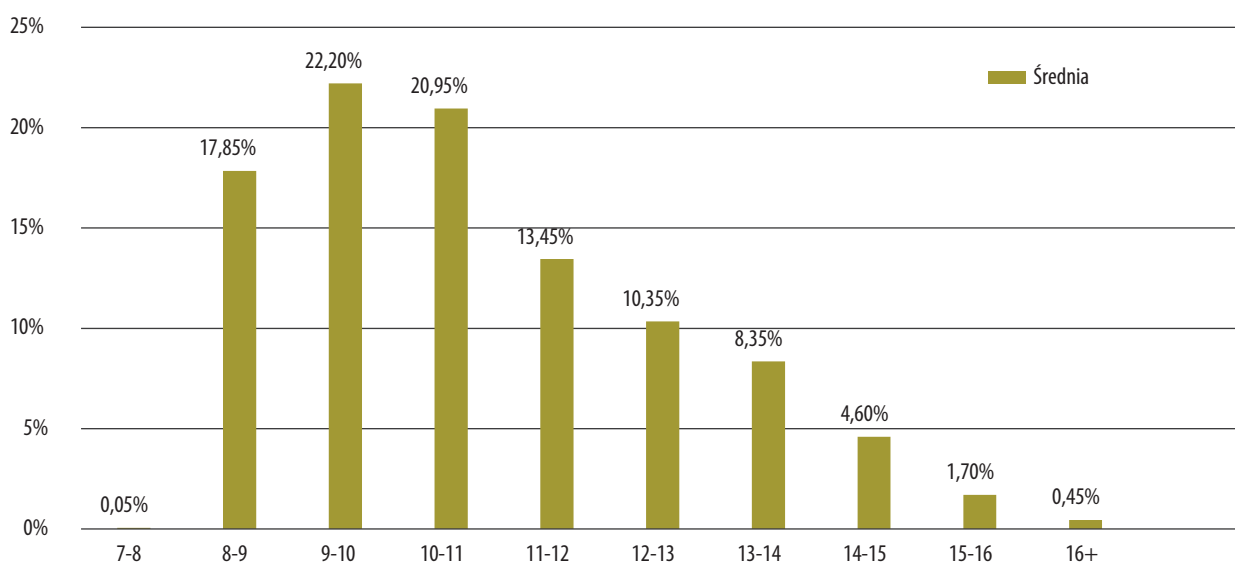
sumarycznie 1458 tabel, a w drugim – 2639. Średnio nauczyciele raportowali 47 gier, przy czym minimalna liczba zaraportowanych gier to 3, a maksymalna 133.

Poniżej prezentujemy uśrednione dane z „tabel wyników”. Na ich podstawie można stwierdzić, że najczęściej nauczyciele Grali w Dobre ZachowaniA w czasie edukacji polonistycznej, matematycznej i zajęciach, które sami określali ogólnym mianem edukacji wczesnoszkolnej (wykres 1). Zdarzały się też gry w mniej oczywistych okolicznościach, takich jak przerwy, posiłki lub wycieczki.

Wykres 1. Zestawienie przedmiotów, na których prowadzona jest Gra w Dobre ZachowaniA (%).



Wykres 2. Godziny, w jakich prowadzone są Gry w Dobre ZachowaniA.



Najczęściej nauczyciele rozpoczynali Gry w Dobrze ZachowaniA pomiędzy godziną 9 a 11 rano (wykres 2). Im późniejsze godziny, tym mniej „grania”, bo też i lekcje w klasach 1-3, kończą się zwykle wczesnym popołudniem, a późniejsze godziny gier odpowiadają zwykle szczególnym okolicznościom – np. wycieczkom.

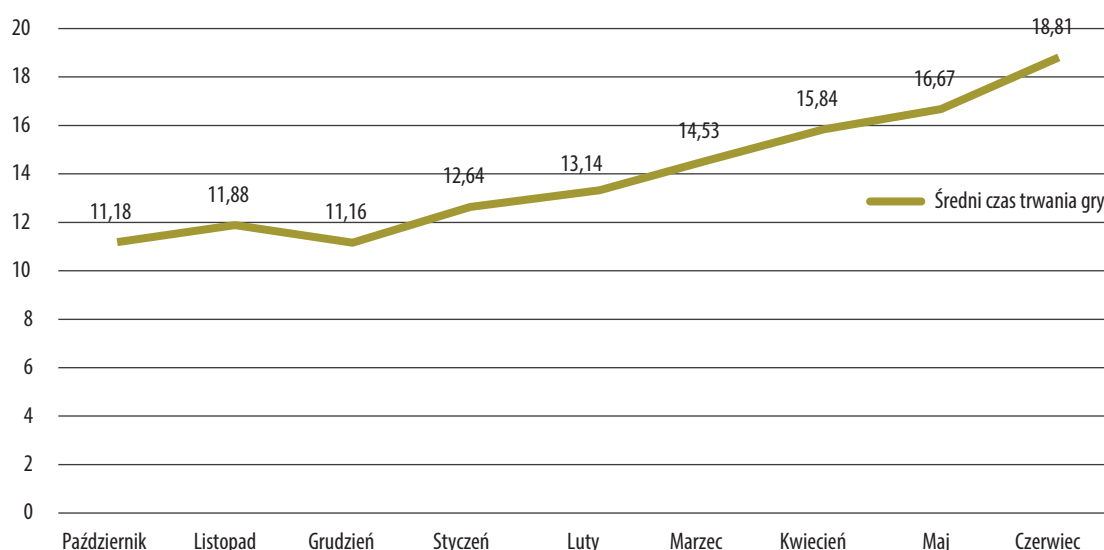
Szczegółowa analiza gier podejmowanych w różnych miesiącach na różnych przedmiotach wskazuje, że:

- na początku roku szkolnego większość gier odbywała się na zajęciach ogólnie określanych przez nauczycieli jako „edukacja wczesnoszkolna”. Natomiast z biegiem czasu nauczyciele zaczęli bardziej szczegółowo wyodrębniać/opisywać przedmioty, na których prowadzili gry,

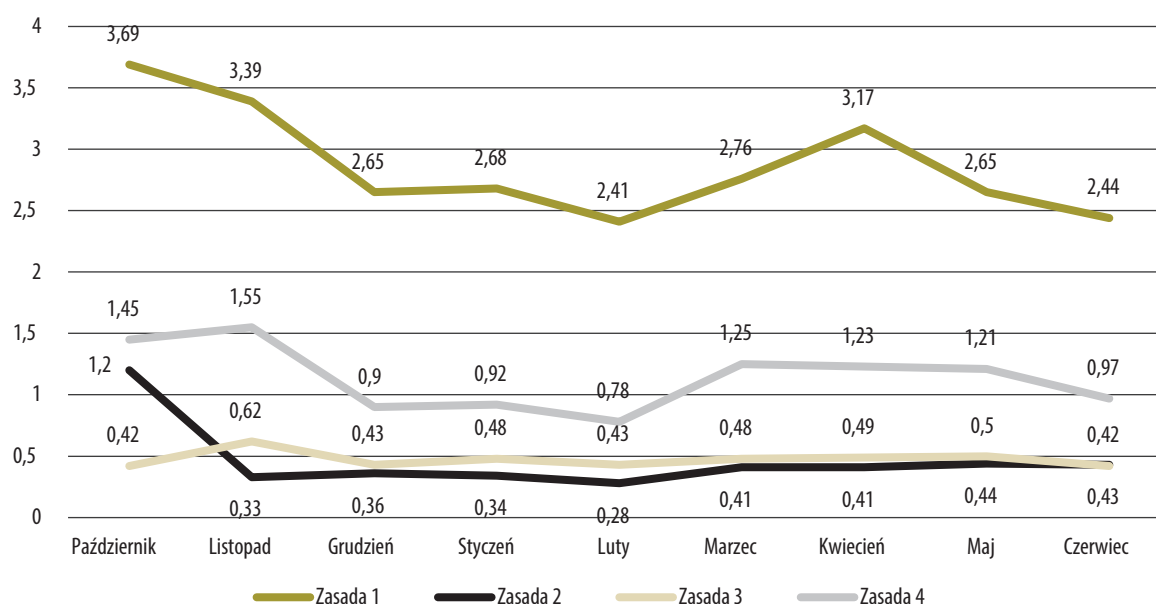
- bardzo niewielu nauczycieli decydowało się na organizowanie gier na przerwie czy w trakcie posiłku, jednak wraz z upływem roku szkolnego liczba gier podczas przerwy i posiłku rosła,
- liczba gier realizowanych na wychowaniu fizycznym rosła wraz z upływem roku szkolnego (może to wskazywać na większą gotowość nauczycieli do podejmowania gier na bardziej wymagających przedmiotach lub na to, że zauważyli, iż „granie” ułatwia utrzymanie porządku tam, gdzie dzieci mogą być bardziej ruchliwe)⁶.

Czas trwania gier, zgodnie z założeniami programu, wydłużał się w ciągu roku szkolnego. W październiku

Wykres 3. Średni czas trwania gier w kolejnych miesiącach roku szkolnego.



Wykres 4. Liczba naruszeń zasad GBG – dynamika zmian w trakcie roku szkolnego.



niku średni czas gry wynosił nieco ponad 11 minut, a w czerwcu – niemal 19 minut (wykres 3).

Stosowanie się do zasad przez uczniów

Najczęściej łamaną zasadą była zasada 1, związana z pracą w ciszy (wykres 4). Najrzadziej łamana, poza samym początkiem roku szkolnego, była zasada 2 dotycząca bycia uprzejmym dla siebie nawzajem. Analiza dynamiki zmian wskazuje, że generalnie w semestrze zimowym stopniowo malała częstość naruszania przez uczniów zasady 1 (Pracujemy cicho i spokojnie) i zasady 4 (Postępujemy zgodnie z poleceniami). Natomiast na początku semestru letniego (może w efekcie pewnego rozprężenia po feriach zimowych) można zauważyć lekki regres, chociaż w kolejnych miesiącach częstość naruszania tych zasad znowu malała. W przypadku zasady 3 (Opuszczamy nasze miejsca tylko za pozwoleniem) można powiedzieć, że dzieci na ogół jej nie łamały.

Zgodnie z założeniami programu, jeżeli w trakcie gry grupa straci nie więcej niż 4 punkty – wygrywa, a wszyscy jej członkowie dostają nagrodę. Zebrane wyniki gier wskazują, że zdecydowanie częściej zespoły wygrywały, niż przegrywały w GBG (wykres 5). Można powiedzieć, że dzieci naprawdę się starały, by dobrze się zachowywać.

Autorefleksja nauczycieli związana z prowadzeniem Gier w Dobre ZachowaniA

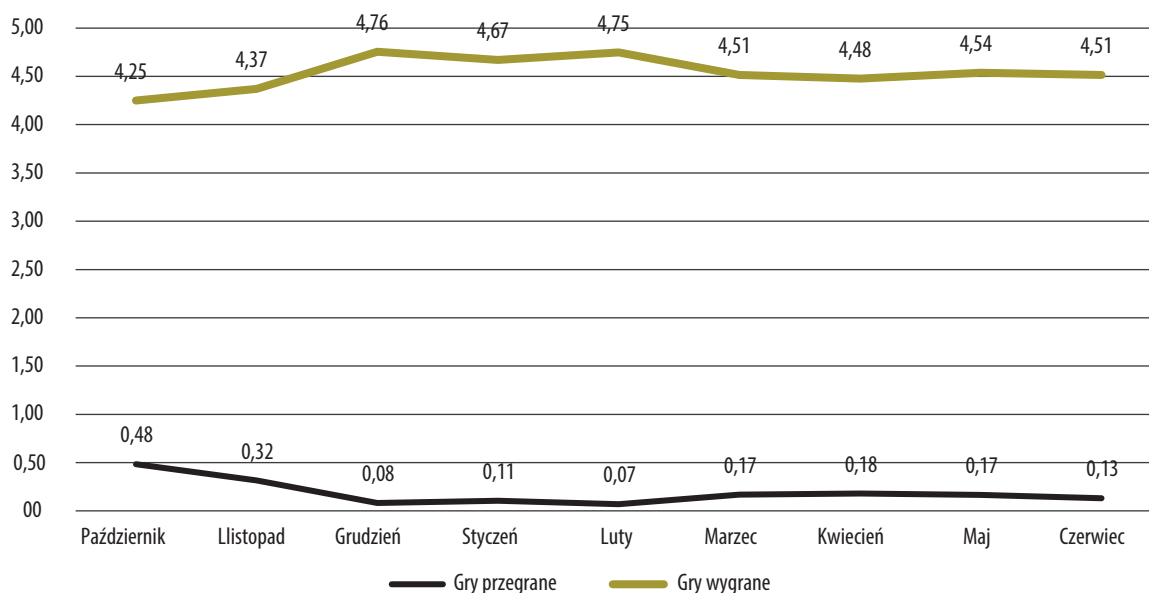
Poza „tabelami wyników” poszczególnych gier, niezwykle cennym źródłem wiedzy na temat wprowadzania GBG do polskich szkół są dane ze wspomnianych wcześniej „Arkuszy analizy działań nauczyciela”. Arkusz ten jest przede wszystkim narzędziem skłaniającym nauczycieli do autorefleksji. Pozwala określić obszary (odpowiadające kluczowym elementom GBG), w których nauczyciel może się rozwijać. Nauczyciel zaznacza w arkuszu, czy w czasie ostatniej gry (lub kilku gier), wprowadzając jej poszczególne elementy, zrobił wszystko zgodnie z zasadami (albo – wręcz modelowo!), czy też coś mógłby zrobić lepiej. Wnioski z arkuszy to też materiał do cyklicznych rozmów nauczyciela z coachem w pierwszym (szkoleniowym) roku pracy z GBG.

W ramach projektu adaptacji GBG do polskich szkół, średnio każdy nauczyciel wypełnił 8,5 arkusza analizy działań w ciągu roku szkolnego. Najczęściej nauczyciele wypełniali arkusze raz na dwa tygodnie. Część arkuszy wypełniana była samodzielnie przez nauczycieli, a nad częścią pracowali oni razem z coachami.

Arkusz analizy działań nauczyciela jest podzielony na sześć bloków tematycznych, pozwalających na autoocenę:

1. Postępowania w czasie gry (m.in. wyznaczenie odpowiednich zadań do wykonania w trakcie gry; ogłoszenie rozpoczęcia gry; stałe monitorowanie zachowania uczniów).

Wykres 5. Średnie częstości wygranych i przegranych Gier w Dobre ZachowaniA przez poszczególne zespoły – dynamika zmian w trakcie roku szkolnego.



2. Wprowadzania i wyjaśniania zasad klasowych (m.in. dostarczenie każdemu uczniowi kopii zasad obowiązujących w trakcie gry; wyjaśnienie zasad wraz z przykładami i sprawdzenie ich zrozumienia).
3. Ustalania składu zespołów (m.in. regularne sprawdzanie stanu zespołów pod względem proporcji płci i zróżnicowania możliwości).
4. Zarządzania pozytywnymi wzmocnieniami (m.in. uświadomienie uczniom zależności między ich zachowaniem a oczekiwaniami i przestrzeganiem zasad klasowych).
5. Kreowania pozytywnego zachowania w klasie (m.in. właściwe zorganizowanie sali, umożliwiające efektywne zarządzanie klasą; monitorowanie stosowania zasad właściwego zachowania poza GBG).
6. Monitorowania zachowania uczniów poprzez analizę wyników GBG (m.in. przeglądanie zapisów w tabeli wyników i arkusza działań nauczyciela w celu analizowania danych; używanie wyników do dokonywania zmian i planowania dalszych działań w GBG)⁷.

Analiza arkuszy wypełnianych przez nauczycieli w kolejnych miesiącach roku szkolnego wskazuje na ogólną tendencję wzrostową samooceny w czasie 10 miesięcy realizacji programu w klasie szkolnej (wykres 6). Konsekwentnie, przez cały okres sprawdzania gier, wzrasta przekonanie nauczycieli o tym, że potrafią dobrze realizować podstawowe elementy programu, takie jak wprowadzanie i wyjaśnianie zasad klasowych, ustalanie składu zespołów i zarządzanie

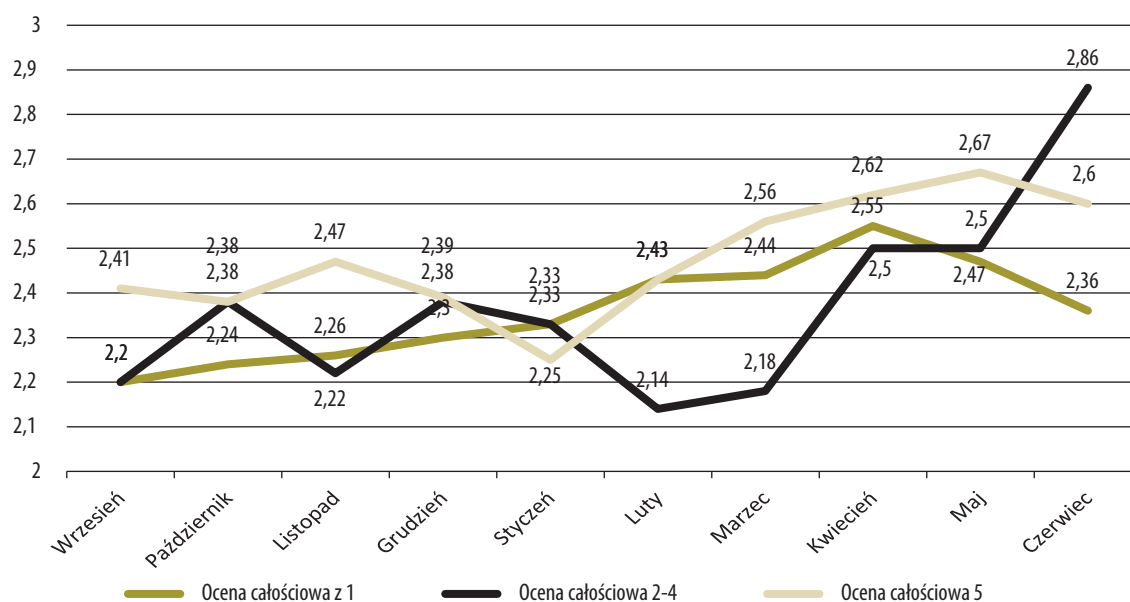
pozytywnymi wzmocnieniami (obszary 2-4). Natomiast, jeśli chodzi o przekonanie nauczycieli o własnych umiejętnościach w zakresie postępowania w czasie gry (obszar 1) i kreowanie dobrych zachowań uczniów (obszar 5), następuje zastanawiający spadek samooceny pod koniec roku szkolnego (jednak ze względu na wcześniejszy przyrost umiejętności w tych zakresach, końcowy wynik w obu obszarach i tak jest znacznie wyższy niż początkowa samoocena). Te wyniki wymagają dalszych analiz w celu dobrego zrozumienia opisanego trendu. Na podstawie obecnie dostępnych danych można zaryzykować twierdzenie, że ma to związek z wzrastającą pod koniec roku szkolnego tendencją do eksperymentowania z Grami nie tylko w czasie typowych zajęć w klasie, ale również w okolicznościach, które mogą być trudniejsze dla uzyskania dobrych zachowań uczniów (np. WF, wycieczki itp.).

Podsumowanie

Na podstawie doświadczeń zebranych w ramach realizacji projektu adaptacji GBG do polskich szkół można stwierdzić, że program ten dobrze wpisuje się w nasz system oświaty. Nie rewolucjonizuje obowiązującego modelu edukacji – ale nadaje mu bardziej humanitarny wymiar. Ułatwia utrzymanie ładu i porządku w klasie, ale nie metodami siłowymi tylko poprzez zabawę, która sprawia, że uczniowie sami chcą się dobrze zachowywać.

Opinie zebrane od realizatorów programu potwierdzają, że jest on bardzo lubiany przez uczniów, doceniany przez

Wykres 6. Dynamika zmian w czasie kolejnych miesięcy realizacji projektu w zakresie oceny własnej w poszczególnych obszarach.



rodziców, a nauczycielom ułatwia pracę (Kocoń-Rychter i wsp., 2019). Zaprezentowane powyżej informacje na temat realizacji programu w klasach wskazują też, że Gra w Dobre ZachowanieA pozwala nauczycielom rozwijać własne kompetencje zawodowe, co niewątpliwie jest związane z procedurą, która niemal wymusza na nauczycielach autorefleksję nad tym, jak pracują z uczniami. Taka krytyczna analiza własnego postępowania wydaje się być niezwykle ważna dla rozwoju zawodowego nauczycieli. Zwłaszcza że w pierwszym szkoleniowym roku realizacji programu wspierają ją systematyczne, indywidualne spotkania z coachem. Chociaż systematyczne monitorowanie własnych działań przez nauczyciela jest niewątpliwie przydatne merytorycznie, to wiąże się też z dodatkowym czasem, jaki trzeba poświęcić na wypełnianie arkuszy i spotkania z coachem. Decydując się na szkolenie dla realizatorów Gry w Dobre ZachowanieA trzeba mieć świadomość, że szkolenie to jest procesem całorocznym i nie ogranicza się jedynie do udziału w trzydniowym treningu (dwa dni na początku roku szkolnego i jeden dzień uzupełniający), jednak z perspektywy efektów, jakie można dzięki temu osiągnąć w szkole i pozytywnego wpływu programu na dalszy rozwój uczestników (Embr, 2002; Mackenzi i in., 2008; Wilcox i in., 2008; Leflot i in., 2010; Kellam i in., 2008a, 2008b, 2014; Poduska i in., 2008; Tingstrom i in., 2006; Groves i Austin, 2019), warto ten wysiłek podjąć.

Przypisy

- ¹ <http://edukacjadomowa.pl/dane-dotyczace-liczby-osob-nauczanych-domowo-w-podziale-na-typ-szkoly-i-wojewodztwo/>
- ² <https://programyrekommendowane.pl>
- ³ Adaptacja polska GBG powstała w ramach finansowania z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 projektu realizowanego przez Fundację Ukryte Skrzydła, a koordynowanego przez Stanisława Banasia. Autorkami adaptacji są: Zasuńska M., Jagiełło-Wolsza A., Sołtys Z. (red.) oraz zespół w składzie: Sołtys Z., Jagiełło-Wolsza A., Zasuńska M., Kwatera A., Hołuj U., Żurawska M., Sukiennik A.
- ⁴ Od tego czasu jest realizowany i rekomendowany w wielu krajach na świecie. (m.in. w USA, Belgii, Holandii, Irlandii, Wielkiej Brytanii, Estonii, Brazylii (https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/good-behaviour-game_en; <https://goodbehaviorgame.air.org/>).
- ⁵ Szczegółowy opis badań, jakie były prowadzone w ramach projektu adaptacji GBG: Kocoń-Rychter K. Sprawozdanie z ewaluacji programu Good Behavior Game, 2019 (niepublikowany maszynopis dostępny w PARPA).
- ⁶ Z przeprowadzonych analiz jakościowych wynika, że zadania, jakie dzieci dostawały w ramach gier na wychowaniu fizycznym, związane były często z utrzymaniem porządku w czasie przygotowywania się do lekcji (np. ze zmianą stroju, zejściem do szatni). Inna pula zadań związana była z zadaniami typowo sportowymi, jak rozgrzewka, gra w piłkę, wyścigi, przewroty, różne gry ruchowe, a także zabawy swobodne na świeżym powietrzu.
- ⁷ Ten obszar nie był przez nauczycieli oceniany całościowo, a tylko osobno w każdym z podpunktów. Dlatego też nie jest on uwzględniony na wykresie 6.

Bibliografia

- Barrish H.H., Saunders M., Wolf M.M. (1969), Good behavior game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2 (2): 119-24.
- Embr D.D. (2002), The Good Behavior Game: a best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 5 (4): 273-297.
- Groves E.A., Austin J.L., (2019), Does the Good Behavior Game evoke negative peer pressure? Analyses in primary and secondary classrooms. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 52, (1): 3-16.
- Kellam S.G., Branch J.D., Agrawal K.C., Ensminger M.E. (1976), *Mental Health and Going to School: The Woodlawn Program of Assessment, Early Intervention, and Evaluation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kellam S.G., Reid J., Balster R.L. (red.), (2008a), Effects of a universal classroom behavior program in first and second grades on young adult problem outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 2008, 95(Suppl1): S1-S4.
- Kellam S.G., Brown, C.H., Poduska J.M., Ialongo N.S., Wang W., Toyinbo P., Petras H., Ford C., Windham A., Wilcox H.C. (2008b), Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 1 (95), 5-28.
- Kellam S.G., Wang W., Mackenzie A.C.L., Brown C.H., Danielle, Ompad D.C., Or F., Ialongo N.S., Poduska J.M., Windham A. (2014), The Impact of the Good Behavior Game, a Universal Classroom-Based Preventive Intervention in First and Second Grades, on High-Risk Sexual Behaviors and Drug Abuse and Dependence Disorders into Young Adulthood. *Prevention Science*, 15 (1): 6-18.
- Kocoń-Rychter K., Ferdyn E., Kwatera A., Okulicz-Kozaryn, K. (2019), Good Behavior Game – alternatywa dla tradycyjnych metod zarządzania klasą. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika* 20/2019, s. 165-177.
- Leflot G., van Lier P.A.C., Onghena P., Colpin H. (2010), The role of teacher behavior management in the development of disruptive behaviors: An intervention study with the Good Behavior Game. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(6):869-882.
- Mackenzie A.C., Lurye I., Kellam S.G. (2008), History and evolution of the Good Behavior Game. Supplementary material for: Kellam, S.G., et al., 2008. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 1 (95): 5-28.
- Pietrzak S. (2020), Sukcesy i wyzwania w implementacji dobrej profilaktyki, *Świat Problemów*, 6 2020, <http://www.swiatproblemow.pl/sukcesy-i-wyzwania-w-implementacji-dobrej-profilaktyki/>
- Poduska J., Kellam S.G., Wang W., Brown C.H., Ialongo N., Toyinbo P., (2008), Impact of the Good Behavior Game, a Universal Classroom-Based Behavior Intervention, on Young Adult Service Use for Problems with Emotions, Behavior, or Drugs or Alcohol. *Drug Alcohol and Dependence*, 95 (Suppl 1), 29-44.
- Salmonowicz S. (1987), *Prusy. Dzieje państwa i społeczeństwa*, Wydawnictwo Poznańskie.
- Tingstrom D. H., Sterling-Turner H. E., Wilczynski S.M. (2006), The Good Behavior Game: 1969-2002. *Behavior Modification*, 30 (2), 225-253.
- Wilcox H.C., Kellam S.G., Poduska C.H., Ialongo N.S., Wang W., Anthony J.C. (2008), The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (Suppl 1), 60-73.

Badania psychologów, neurobiologów czy projektantów stron internetowych prowadzą do podobnych wniosków: środowisko online sprzyja pobieżnemu czytaniu, powierzchownej nauce, obniża efektywność zapamiętywania, upośledza głębokie przetwarzanie, wprowadza chaos w proces myślenia. Przestrzeń cyfrowa czyni także obserwatora bardziej pobłażliwym na sytuacje przekraczania i łamania norm.

DWA KODY DWA ŚWIATY: JAK RZECZYWISTOŚĆ WIRTUALNA VS REALNA WPŁYWA NA NASZE OCENIANIE

Anna Szuster
Wydział Psychologii
Uniwersytet Warszawski

Niespotykany wcześniej rozwój technologii, w szczególności cyfrowej, i jej powszechność zaciera granice między wirtualnym a realnym wymiarem życia.

Mimo wzajemnego przenikania się tych dwóch kontekstów, człowiek nieco inaczej zachowuje się w każdej z tych przestrzeni, innych używa narzędzi (Small, Vorgan, 2011, Pyżalski, 2012, Carr, 2013, Barlińska, Szuster, 2013). Dobrym przykładem może być zjawisko agresji, które w świecie cyfrowym przyjmuje postać cyberprzemocy. Otóż badania pokazują systematyczny wzrost cyberprzemocy rówieśniczej, przy obserwowanym braku wzrostu przemocy w rzeczywistości realnej. Wygląda więc na to, że to kontekst cyfrowy nasila przemoc rówieśniczą.

Wpływ kontekstu cyfrowego na ludzkie funkcjonowanie

Rzeczywistość online, zwana również cyberprzestrzenią, to świat kreowany przez narzędzia cyfrowe, w szczególności wykorzystujące techniki komputerowe. Nie jest to prosta suma programów komputerowych, systemów oprogramowania, sieci i czynności w niej wykonywanych – cyberprzestrzeń stanowi środowisko, w którym funkcjonują ludzie, tworzą się relacje interpersonalne, generowane są procesy społeczne. Jest to równoległy świat nieistniejący w wymiarze geograficznym, a w sensie fizycznym zbudowany z cyfrowo zapisanego kodu (Wasilewski, 2013).

Kontakty międzyludzkie w cyberprzestrzeni różnią się od tych w świecie rzeczywistym. Komunikacja w sieci ma pośredni charakter. Ograniczony jest bowiem przekaz niewerbalny: percepcja mowy ciała, intonacja

głosu, ekspresja mimiczna (Argyle, 2001). Elementy te zubożają spostrzeganie rozmówcy i zrozumienie generowanego przez niego przekazu (Doliński, 2013), zmniejszają płynność i efektywność komunikacji. Zatem w kontakcie online znacząco ograniczony jest dostęp do tych uniwersalnych bodźców, pochodnych komunikacji niewerbalnej dostępnych w kontakcie bezpośrednim, które modyfikują interakcje i indywidualne zachowania. Choć narzędzia technologiczne dopełniają i rozwijają nasze zdolności wrodzone, zwiększają kontrolę nad sobą i środowiskiem (Doidge, 2007), to ich używanie modyfikuje funkcjonowanie umysłu. Wykorzystywane przez ludzi technologie można podzielić na cztery kategorie, w zależności od sposobu, w jaki wzmacniają nasze możliwości. Pierwsza kategoria obejmuje urządzenia wzmacniające siłę fizyczną i sprawność poruszania się (pojazdy). Drugą stanowią urządzenia poprawiające efektywność naszych zmysłów, jak na przykład mikroskop. Trzecia kategoria obejmuje technologie wspomagające naturę, aby jak najlepiej zaspokajała potrzeby człowieka (wykorzystywanie GMO). Czwartą stanowią technologie intelektualne, które wspierają nasze funkcjonowanie mentalne w poszukiwaniu i klasyfikacji informacji oraz formułowaniu idei. Historycznym przykładem tych technologii są pismo, mapa, liczydło oraz książka. Do tej kategorii należy także cyberprzestrzeń (Carr, 2013).

Fantastyczna właściwość mózgu – neuroplastyczność

Hipoteza Freuda wskazująca na możliwość zmiany połączeń między neuronami zależnie od indywidualnych

doświadczeń (Doidge, 2007), znalazła wsparcie w późniejszych badaniach neurologów (Kossut, 2019). Potwierdzenie intuicji wielkiego psychoanalityka, wskazujących na neuroplastyczność mózgu, w pełni potwierdziło adaptacyjny charakter tego biologicznego organu. Neuroplastyczność to niezwykła właściwość, która sprawia, że mózg dopasowuje się do właściwości środowiska czy narzędzi, którymi posługuje się jego „właściciel”. Wielokrotne wykonywanie jakiegos zadania aktywuje grupy tych samych neuronów, które wzmacniają i utrwalają połączenia synaptyczne. Neuroplastyczność ujawnia się na poziomie neuronalnym silniejszymi połączeniami między komórkami, które są jednocześnie aktywizowane (Naisbitt, Naisbitt, Phillips, 2013).

Posługiwanie się narzędziami cyfrowymi bardziej niż innymi, których dotychczas człowiek używał, potwierdza tę neuroplastyczność mózgu. Ograniczenie kontaktu z siecią czy dostępu do narzędzi cyfrowych generuje dyskomfort, narusza bowiem utrwalony także na poziomie neuronalnym nawyk. Jego przejawem może być coraz powszechniej obserwowane zjawisko: lęk przed byciem poza kontaktem (*Fear of Missing Out* – FOMO) czy uzależnienia behawioralne od technologii cyfrowych. Ten pierwszy pojawia się wcześniej, wyprzedzając niejako realne ograniczenie kontaktu. To rodzaj reakcji alarmowej na ograniczenie, które potencjalnie może nastąpić. Już sama myśl o pozostawaniu poza kontaktem z innymi, a w konsekwencji utrata czegoś potencjalnie ważnego – wzbudza lęk. Umysł jest tak uwarunkowany stałym kontaktem z kontekstem cyfrowym, że reaguje „obronnie” lękiem.

Jak pokazują ogólnopolskie badania zrealizowane przez panel badawczy Ariadna, nie jest to zjawisko marginalne. FOMO, rodzaj wszechogarniającego lęku, że inne osoby w danym momencie przeżywają bardzo satysfakcjonujące doświadczenia, w których ja nie uczestniczę (Przybylski i in., 2013), dotyczy 16% internautów, 65% należy do grupy średnio sfomowanej, a 19% do grupy o najniższym FOMO. Wskazuje to, że na FOMO cierpi kilka milionów polskich użytkowników portali internetowych od 15. roku życia (Jupowicz-Ginalska, Jasiewicz, Kisilowska, Baran, Wysocki, 2019).

Specyfika wpływu przestrzeni internetu na funkcjonowanie mózgu

Badania psychologów, neurobiologów czy projektantów stron internetowych prowadzą do podobnych

wniosków: środowisko online sprzyja pobieżnemu czytaniu, powierzchownej nauce, obniża efektywność zapamiętywania, upośledza głębokie przetwarzanie, wprowadza chaos w proces myślenia (Carr, 2013). Przestrzeń cyfrowa jest źródłem nieustannej i najczęściej niekontrolowanej przez podmiot ekspozycji na ogromną ilość bodźców, które są odbierane i rejestrowane przez mózg często poza świadomością czy kontrolą. To angażuje zasoby poznawcze, ograniczając zarazem zdolność selektywnego kierowania uwagi i ograniczania percepcji bodźców niekoniecznych, zbędnych z punktu widzenia aktualnych potrzeb podmiotu. W większości docierają one za pośrednictwem wzroku, ale nie brakuje sygnałów uzyskiwanych za pośrednictwem słuchu, jak również dotyku, gdy korzystamy z klawiatury, touchpadu czy też myszy. Ten wielomodalny odbiór bodźców multiplikuje ich ilość, nasilając automatyczne strategie ich przetwarzania.

Czytanie tekstu w internecie angażuje odmienne mechanizmy neuronalne niż te wykorzystywane podczas czytania offline. Na przykład, gdy komunikacja zdominowana jest przez krótkie wiadomości tekstowe, ogranicza to posługiwanie się pełnymi zdaniami (Small, Vorgan 2011). W jednym z badań zaobserwowano, że korzystanie i nabywanie swobody w obsłudze przeglądarek internetowych uaktywnia u osób korzystających z nich grzbietowo-boczną korę przedczołową, która pozostawała nieaktywna u osób, które wcześniej nie miały z nimi styczności. Badanie wykazało również, że aktywność mózgu podczas korzystania ze stron internetowych jest inna niż podczas czytania tekstu linearnego w postaci książki. Podczas czytania książki zaobserwowano aktywność ośrodków związanych z zapamiętywaniem, lingwistyką oraz przetwarzaniem sygnałów wzrokowych, natomiast podczas korzystania z internetu aktywne okazały się również obszary związane z podejmowaniem decyzji oraz rozwiązywaniem problemów (Small, Moody, Siddarth, Bookheimer, 2009). Wskazuje to, że funkcjonowanie w rzeczywistości wirtualnej angażuje więcej obszarów w mózgu, więc stanowi niejako trening poznawczy, który jednak utrwała wielozadaniowość i przerzutność uwagi. Skutkuje to przeciążeniem i przypomina powrót do średniowiecznego odczytywania tekstu ciągłego, które polegało na dekodowaniu informacji bez jej interpretacji. W rezultacie ograniczeniu podlega zdolność głębokiego czytania (np. czytania ze zrozumieniem),

która wymaga większej koncentracji. Przeglądanie stron, otwieranie hiperlinków i przeskakiwanie między kolejnymi miejscami w sieci sprawia, że na poziomie poznawczym człowiek zaledwie odszyfrowuje informację, nie zagłębiając się w jej znaczenie, przekaz i wartość (Wolf, 2007).

Te ustalenia potwierdzają specyfikę przetwarzania informacji czy szerzej poznawczego funkcjonowania w przestrzeni cyfrowej. Powstaje pytanie: czy to zmienia nasze społeczne funkcjonowanie?

Specyfika społecznego funkcjonowania w internecie

Internet, który uznawany jest za najbardziej reprezentatywną egzemplifikację nowych mediów (Szpunar, 2010), wykorzystywany jest w wielu obszarach życia. Wymiana informacji online umożliwia wykorzystanie internetu zarówno do celów biznesowych, jak i społecznych, komunikacji czy publikowania własnych dzieł w postaci blogów, zdjęć, filmów czy podcastów. Interaktywność internetu spowodowała, że stał się miejscem spotkań, rozmów, ale również flirtów czy też sporów. Badania wskazują, że ilość czasu spędzanego w internecie gwałtownie wzrasta, a komunikacja wykorzystująca krótkie wiadomości tekstowe wypiera inne formy komunikowania się, włączając w to dialog bezpośredni. Jednocześnie maleje czas poświęcany na czytanie książek i czasopism (Carr, 2013) offline. Dostępność internetu sprzyja uniwersalizacji i unifikacji. Znosi bariery związane zarówno z czasem, jak i przestrzenią.

Internet to także, a może przede wszystkim, narzędzie komunikacji specyficznej, bo zapośredniczonej przez komputer. Komunikacja tekstowa wciąż odgrywa tu dominującą rolę (Krejtz, Zajac, 2009). Zarazem wskazuje się na jej specyfikę w kontekście przestrzeni internetu. Przejawia się ona w dialogowości, której specyfiką jest równoczesność zacierająca rolę nadawcy i odbiorcy, spontaniczności, upodabniającej komunikację pisaną do mówionej, kolokwialności, czyli w stosowaniu form niwelujących status społeczny rozmówców, a także sytuacyjności, multimedialności – polegającej na możliwości łączenia tekstu z obrazem lub dźwiękiem. Hipertekstowość komunikacji internetowej wyraża się w powiązaniu tekstu z innymi danymi, a hierarchiczność przekłada się na możliwości sortowania

tematycznego treści. Ponadto cechuje się automatyzacją, ze względu na możliwość reedycji i kopiowania tekstów. Także pośrednia forma kontaktu pozbawia bezpośredniego dostępu do informacji zwrotnej, co sprawia, że inaczej spostrzegani są inni oraz własna osoba. Poczucie anonimowości wywołuje dezindywidualizację, redukuje poczucie odpowiedzialności (Chrisopherson, 2007). To ogranicza zaangażowanie czy wysiłek wkładany w pracę grupową (Williams, Harkins, Latane, 1981), a także prowadzi do cyberrozhamowania, polegającego na nieodczuwaniu ograniczeń i hamulców dla zachowań nieaprobowanych (Suler, 2004).

Taki kontekst sieci sprzyja eksperymentowaniu z tożsamością (szczególnie młodych ludzi). Udawanie innej osoby jest dość rozpowszechnione (Grzenia, 2007). Część psychologów uważa, że takie eksperymentowanie z cudzą tożsamością stanowi ważny element rozwoju człowieka, pomagając w przezwyciężaniu kryzysów rozwojowych (Wallace, 2005). Inni podkreślają negatywne konsekwencje polegające na unikaniu ponoszenia realnej odpowiedzialności za swoje czyny (Nikitorowicz, 2003).

Wydaje się więc, że złudzenie rzeczywistości wywołane przez grę znaków, obrazów, tekstów oraz dźwięków dostępnych w internecie wypiera realne doświadczenia jego użytkowników. Funkcjonują oni w „hiperrzeczywistości” (Cybal-Michalska, 2007), w której obowiązują odmienne reguły, odmienne normy, zmieniają się także kryteria wartościowania i oceniania innych ludzi i zjawisk społecznych.

Wiele przemawia za tym, że narzędzia cyfrowe oraz przestrzeń cyfrowa modyfikują sposób funkcjonowania umysłu, wpływają na dynamikę i przebieg procesów poznawczych: sprzyjają przerzutności uwagi, nasilają fragmentaryczność przetwarzania informacji, zmniejszają efektywność zapamiętywania, utrudniają głębokie przetwarzanie tekstu – obniżają efektywność uczenia się (Desmurget, 2019; Carr, 2010; Small, Vorgan, 2008). Pewne cechy oprogramowania oraz nadmiar informacji w sieci marginalizują refleksyjne działanie, osłabiając wpływ podmiotu na przebieg procesów poznawczych i ocenę wyników (Ledzińska, 2012). Takie obciążenie procesów uwagi i pamięci prowadzące do osłabienia lub utraty kontroli poznawczej i metapoznawczej, może stymulować impulsywność, tak charakterystyczną dla okresu adolescencji.

Opisany wpływ przestrzeni i narzędzi cyfrowych na przetwarzanie informacji dotyczy bardziej formalnych niż treściowych aspektów funkcjonowania. Wydaje się jednak, że zmiana formalnych aspektów funkcjonowania nieuchronnie wpływa na zmianę treści ocen, jakości decyzji i kryteriów, które stanowią podstawę wartościowania. Impulsywność i przerzutność uwagi czyni dostępnymi najbardziej powierzchowne, proste treści, ograniczając pogłębioną refleksję i namysł nad np. oceną sytuacji.

O ile badania potwierdzają specyfikę neuronalnej aktywności mózgu i procesów poznawczych, to nie dysponujemy danymi, które wskazywałyby, że kontekst cyfrowy wpływa także na treść ocen, sądów, a także wartościowanie czy spostrzeganie emocji. Tak więc luka dotyczy badań, które porównywałyby oceny, spostrzeganie czy wartościowanie tych samych zdarzeń lub sytuacji, które różnią się jednym aspektem: kontekstem, w którym są realizowane – realnym vs cyfrowym.

Tak więc celem badania była odpowiedź na pytanie o to, czy ten sam akt agresji realizowany w internecie będzie oceniany przez młodych uczestników badania inaczej niż ten realizowany w świecie realnym.

W badaniu eksperymentalnym konfrontowaliśmy uczestników – uczniów szkół średnich – z opisem identycznej sytuacji hejtu i agresji wobec kolegi z klasy, która miała miejsce bądź na portalu społecznościowym, bądź w klasie. Agresja nie była sprowokowana, a chłopak był nią ewidentnie skrzywdzony. Następnie prosiliśmy o ocenę nasilenia emocji, jakie bohater przeżywa, ocenę całej sytuacji w różnych wymiarach – na ile jest krzywdząca, trudna, szkodliwa, ważna, na jak długo zostanie zapamiętana. Uczestnicy oceniali także zachowania sprawców: na ile były one agresywne, niewłaściwe, nieakceptowalne, impulsywne, podporządkowane grupie.

Rezultaty analiz potwierdziły nasze przypuszczenia. Kontekst, w jakim realizowane jest zachowanie, wpływa na ocenę zarówno sytuacji, jak i zachowania. Oceny agresywnego zachowania rówieśników oraz całej sytuacji były mniej surowe, gdy zdarzenie miało miejsce w rzeczywistości online. Kolejne rezultaty ujawniły, że emocje o większym nasileniu przypisywano zarówno sprawcy, jak i ofierze, gdy zdarzenie rozgrywało się w środowisku offline (Staszek, 2020). Wskazuje to, że warunki online sprzyjają spostrzeganiu i przypisywaniu

mniejszej emocjonalności. Jest to spójne z obserwacją nauczycieli, że młodzież, angażując się w cyberprzemoc (czy to wspierając ją, czy będąc sprawcami), nie ma świadomości cierpienia innych, co więcej, uważa, że to ofiary nie rozumieją, że to „taka zabawa” i wszyscy w nią się bawią (Pyżalski, Plichta, Barlińska, Szuster w recenzji).

Odpowiedzialne za tę odmienną spostrzegania czyichś emocji są warunki sieci. Ograniczenia w zakresie komunikacji, brak bezpośredniego kontaktu, dystans, brak dostępności mimicznych i behawioralnych aspektów zachowania sprawiają, że odbiór emocji partnera jest ograniczony.

Jednak nasze badanie pokazało coś więcej. Warto przypomnieć, że w całości było realizowane przez komputer – żeby wziąć udział w badaniu, uczestnicy logowali się do sieci i posługiwali się narzędziami cyfrowymi. Tak więc to nie rodzaj narzędzia, którym posługiwali się uczestnicy, wpłynął na sposób wartościowania i oceniania sytuacji oraz doświadczanych przez bohaterów zdarzenia emocji, ale to, czy zdarzenie ułożone było w sieci, czy w klasie. Za stwierdzone różnice odpowiedzialny był więc jedynie wirtualny bądź realny kontekst, w jakim rozgrywało się zdarzenie. To wystarczyło, aby uruchomić odmienne sposoby oceniania i wartościowania społecznego zdarzenia. Pokazuje zarazem, że poprzedzanie ocen informacją dotyczącą, gdzie ma miejsce zachowanie, wystarczy do uruchomienia odrębnych „patternów”, wzorców oceniania, wartościowania czy spostrzegania emocjonalności, które następnie są przypisywane sytuacji, zachowaniom czy uczestnikom relacji.

Potwierdza to intuicję, że przestrzeń cyfrowa czyni obserwatora bardziej pobłażliwym na sytuacje przekraczania i łamania norm. Zapośredniczony charakter zachowań „łagodzi” ich oceny: tak jakby kradzież internetowa była mniej konkretna, kłamstwo mniej znaczące, a zelzenie kogoś mniej dolegliwe w warunkach sieci. To pokazuje, że kontakt zapośredniczony przez przestrzeń cyfrową jest odbierany inaczej, szczególnie przez młodych ludzi. Tak jak gdyby nie wydarzał się naprawdę. W konsekwencji także doświadczane emocje były mniej dojmujące. Taki sposób spostrzegania tego, co dzieje się w sieci, w dużej mierze tłumaczy powszechność cyberprzemocy rówieśniczej, a szczególnie jej bezrefleksyjne wspieranie przez świadków.

Bibliografia jest dostępna w redakcji.

Z badań wynika, że uczniowie niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim, bez względu na poziom kształcenia, w którym uczestniczą (podstawowy i ponadpodstawowy), są aktywnymi użytkownikami sieci. Prawie co drugi dysfunkcjonalnie korzysta z internetu; z czego co szósty wykazuje symptomy uzależnienia od sieci, a co czwarty – jest zagrożony tym zjawiskiem.

CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA PROBLEMOWEGO UŻYWANIA INTERNETU PRZEZ MŁODZIEŻ UCZĄCĄ SIĘ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU LEKKIM

Ewa Krzyżak-Szymańska, Andrzej Szymański
Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

Wprowadzenie

Współczesne młode pokolenie powszechnie korzysta z nowych technologii cyfrowych, a w szczególności z zasobów internetu. Jego życie codzienne nie tylko oscyluje wokół różnych urządzeń i usług cyfrowych, ale w dużej mierze ulokowane jest w cyfrowym ekosystemie. To w nim odbywa się rozwój jednostki i przebiega proces socjalizacji. Takie cechy, jak: płeć, miejsce zamieszkania, status społeczny czy poziom i rodzaj niepełnosprawności nie odgrywają już decydującego wpływu na dostęp do cyfrowego świata i coraz rzadziej w tych obszarach możemy mówić o wykluczeniu cyfrowym.

Badacze, zmierzając do określenia zagrożeń, jakie niesie cyfrowy świat dla rozwoju dzieci i młodzieży, od kilku lat prowadzą badania mające na celu scharakteryzowanie zjawiska korzystania z nowych technologii cyfrowych przez dzieci i młodzież. Przedsięwzięcia te wskazują na wiele zagrożeń ze strony sieci, w tym m.in. na nadużywanie internetu, które może skutkować wystąpieniem nałogu (uzależnienia) technologicznego (Krzyżak-Szymańska, 2018).

Mimo że problemowe korzystanie z internetu¹ wprost nie zostało ujęte w klasyfikacjach chorób (DSM-5, ICD-10 czy ICD-11)², to naukowcy starają się egzemplifikować konkretne symptomy jego występowania. Dodatkowo, od kilku lat toczy się debata, czy nałogowe (problemowe) korzystanie z sieci można identyfikować jako uzależnienie behawioralne, czy można traktować go jako osobną jednostkę zaburzeń, czy wreszcie, czy można wskazać, że jest to konsekwencja innych zaburzeń, np. kontroli impulsów czy ADHA. Prekursorka

badania w zakresie uzależnienia od internetu – K. Young, wzorując się na kryteriach patologicznego hazardu, wskazała na osiem kryteriów występowania tego uzależnienia:

1. Zaabsorbowanie siecią.
2. Potrzeba spędzania coraz większej ilości czasu w internecie.
3. Nieudane próby ograniczania czasu i częstotliwości korzystania z sieci.
4. Symptomy odstawienne w sytuacji, gdy występuje brak dostępu do internetu.
5. Problemy z właściwym zagospodarowaniem czasu.
6. Trudności w funkcjonowaniu społecznym.
7. Zaniżanie czasu spędzanego na aktywnościach online.
8. Modyfikacja nastroju poprzez korzystanie z sieci (Young, 2017).

Biorąc pod uwagę powyżej opisane problemy dotyczące jednoznacznego określenia symptomów problemowego korzystania z internetu, próbuje się oceniać skalę zjawiska zarówno w przestrzeni makro-, jak i mikrospołecznej. W populacji generalnej polskich uczniów szacuje się, że problem nałogowego korzystania (uzależnienia) z internetu dotyczy od około jednego do kilku procent tej grupy, w zależności od przyjętej metodologii badań i zastosowanego narzędzia pomiarowego. Na przykład w badaniach prowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w 2019 roku wśród uczniów w wieku 12-17 lat stwierdzono, że prawie 12% badanych dysfunkcjonalnie korzysta z sieci, w tym 0,5% z nich ma symptomy uzależnienia, a 11,4% jest zagrożonych tym zjawiskiem (Makaruk i in., 2019). Ze względu na stały

i dynamiczny rozwój nowych technologii cyfrowych zjawisko to wymaga ciągłego monitorowania i charakteryzowania jego zmian – zarówno jakościowych, jak i ilościowych. W dotychczasowych opisach analizowanego zjawiska brak jest badań odnoszących się do używania nowych mediów przez uczniów niepełnosprawnych intelektualnie. Natomiast te, które przeprowadzono, obejmują przede wszystkim osoby z niepełnosprawnościami fizycznymi i skupiają się na utrudnieniach w dostępie do sieci lub korzyściach, jakie daje TIK niepełnosprawnym użytkownikom (Seale & Chadwick, 2017). Wobec braku badań z przedmiotowej tematyki należy zwrócić uwagę na badania zjawiska nadużywania internetu w grupie młodych dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim prowadzonych przez C. Jenaro (Jenaro i in., 2018). Aby określić poziom nadużywania internetu, w badaniach tych wykorzystano testy przesiewowe. Takie podejście do problemu pozwala w bardziej przejrzysty sposób przyjrzeć się zjawisku. Ustalono w nich, że 27,3% badanych niepełnosprawnych i 7,8% pełnosprawnych miało symptomy nałogowego używania internetu (w tym 9,3% niepełnosprawnych i 1,4 % pełnosprawnych posiadało symptomy uzależnienia). W polskich warunkach badań takich nie prowadzono, co stało się przyczynkiem do zaprogramowania i zrealizowania poniżej prezentowanych badań.

Wyniki badań

Założenia organizacyjne i metodologiczne badań

Badania pt. „Charakterystyka zjawiska problemowego używania internetu oraz telefonu komórkowego przez młodzież uczącą się z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim” zrealizowała Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach w ramach projektu badawczego, współfinansowanego przez Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych (umowa nr 360/HE/2018 oraz nr 8/HEK/2019). Jednocześnie realizowane badania mieściły się w ramach zadania 5.5. Narodowego Programu Zdrowia, obejmującego między innymi badania naukowe dotyczące uzależnień behawioralnych. Zrealizowano je w 2019 roku. Objęły one swym zasięgiem szkoły specjalne z województwa śląskiego i opolskiego, które spełniały warunki założone w projekcie (między innymi uwzględniono zgodę dyrektora placówki na przeprowadzenie badań), a konkretnie

uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim³ na poziomie:

- kształcenia podstawowego – tj. uczniów uczęszczających do VII lub VIII klasy szkoły specjalnej oraz III klasy gimnazjum specjalnego i
- kształcenia ponadpodstawowego – tj. uczniów klas I i II branżowej szkoły pierwszego stopnia oraz III klasy zasadniczej szkoły zawodowej specjalnej.

Projekt miał na celu między innymi scharakteryzowanie zjawiska problemowego używania internetu przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, uczącą się w ramach szkolnictwa specjalnego.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W jej ramach wykorzystano technikę ankiety. Kwestionariusz ankiety obejmował pytania z zakresu specyfiki używania przez badanych uczniów nowych technologii cyfrowych, znajomości zagrożeń w sieci, kontroli rodzicielskiej w obszarze używania przez respondentów nowych mediów oraz zawierał pytania o dane socjodemograficzne osoby badanej.

Ponadto w badaniach zastosowano test przesiewowy IAT autorstwa K. Young (Test Problemowego Używania Internetu, Young 1998) w polskiej adaptacji Fundacji Dzieci Niczyje (obecnie Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę). Był on podstawą określenia skali problemowego korzystania z internetu w badanej próbie. W ramach realizowanej koncepcji badań test ten poddano procesowi walidacji, tak aby był on adekwatny do pomiaru zjawiska w grupie uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim. Metodologia badania, przygotowane narzędzia badawcze oraz procedura badania zostały przedłożone do oceny Komisji Bioetycznej funkcjonującej przy Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach i dopuszczone do użycia.

Próba badawcza

Badania właściwe objęły 66 szkół specjalnych. Próbę badawczą stanowiła młodzież w wieku od 12 do 21 lat. Dobór osób do próby był całościowy. Łącznie w badaniu udział wzięło 1463 uczniów, w tym 746 ze szkoły specjalnej podstawowej i gimnazjum specjalnego oraz 717 uczniów z branżowej szkoły I stopnia i zasadniczej szkoły zawodowej specjalnej (patrz tabela 1).

Analizując uzyskane dane w badanej próbie, do szkoły podstawowej i gimnazjum uczęszczało 330 dziewcząt i 416 chłopców. W przypadku branżowej szkoły I stopnia i zasadniczej szkoły zawodowej grupa ta stanowiła odpowiednio 314

Tabela 1. Liczba badanych uczniów z podziałem na typ placówki edukacyjnej.

Liczba uczniów	N	%
Szkoła podstawowa i gimnazjum	746	51,0
Branżowa szkoła I stopnia i szkoła zawodowa specjalna	717	49,0
Ogółem	1463	100,0

Źródło: Obliczenia własne.

uczennic i 403 uczniów. W obu typach placówek dziewczęta stanowiły 44%, a chłopcy 56% badanej populacji.

Respondenci to głównie uczniowie mieszkający w miastach (72,3%). Ponad połowa respondentów (55,7%) wychowuje się w rodzinie pełnej. Badani uczniowie to osoby, które z reguły posiadają rodzeństwo. W ogólnej próbie tylko 16,5% ankietowanych osób było jedynakami. Analizując sytuację zawodową rodziców, stwierdzono, że co piąty rodzic (20%) nie pracuje.

Inicjacja technologiczna

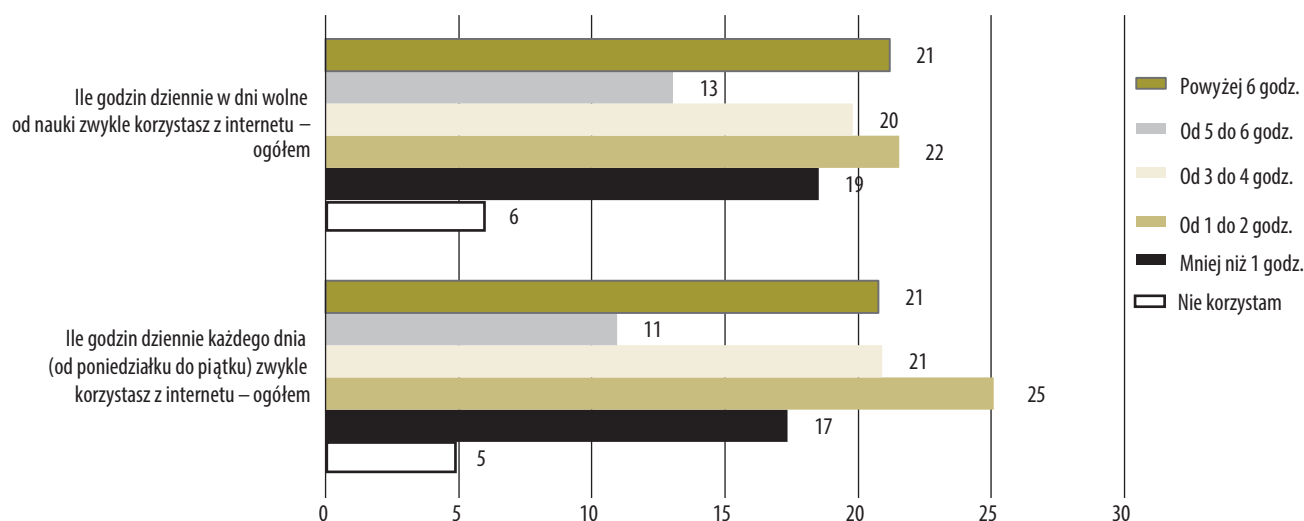
Pierwsze kroki w sieci mają duże znaczenie w rozwoju uzależnienia technologicznego, szczególnie wtedy, gdy młody człowiek nie jest właściwie przygotowany do samodzielnego penetrowania zasobów online. W przypadku uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim szkoła realizuje taką samą podstawę programową w zakresie kompetencji cyfrowych jak w przypadku uczniów pełnosprawnych.

W ramach badań sprawdzono, kiedy przedstawiciele badanej grupy rozpoczynają samodzielne korzystanie z sieci. Ustalono, że w przypadku internetu badany uczeń rozpoczyna samodzielne korzystanie z niego w wieku 11 lat i 2 miesięcy. Widać też, że uczniowie dysfunkcjonalnie korzystający z sieci znacznie wcześniej podejmują samodzielne kroki w sieci (w wieku 10 lat i 4 miesięcy) niż badani funkcyjnie z niej korzystający (w wieku 11 lat i 1 miesiąca). Ponadto stwierdzono, że uczniowie uczący się w szkole ponadpodstawowej specjalnej mieli istotnie statystycznie wyższy wiek inicjacji (11 lat i 7 miesięcy) niż uczniowie z poziomu specjalnego kształcenia podstawowego (10 lat i 7 miesięcy).

Czas i miejsce korzystania z sieci przez respondentów

Jednym z symptomów nałogowego korzystania z internetu jest czas korzystania z tego medium. Dlatego też w badaniach ustalono, ile godzin dziennie (w dni powszednie i w czasie wolnym od nauki) uczniowie korzystają z sieci. Dane w tym zakresie prezentuje rys. 1.

Jak wynika z zebranych danych, co trzeci badany uczeń zarówno w dni nauki, jak i dni wolne od szkoły przeznacza ponad 5 godzin dziennie na korzystanie z sieci. Podczas podjętych analiz nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy uczniami szkoły podstawowej i uczniami szkoły ponadpodstawowej w zakresie czasu przeznaczanego na świat online. Natomiast różnice takie stwierdzono (zarówno w ciągu dnia powszedniego, jak i dni wolne od nauki) pomiędzy uczniami mieszkającymi w mieście

Rys. 1. Czas poświęcany przez respondentów w dni powszednie i święta na używanie internetu (%).

Źródło: Badania własne.

a uczniami mieszkającymi na wsi. To uczniowie mieszkający w mieście korzystają dłużej z internetu niż ich rówieśnicy mieszkający na wsi.

Statystycznie istotny związek stwierdzono także między uzyskanym przez respondenta ogólnym wynikiem testu IAT a liczbą godzin przeznaczanych na użytkowanie sieci zarówno w dni nauki, jak i w dni wolne od niej.

Badana grupa młodzieży niepełnosprawnej tak jak młodzież pełnosprawna jest pokoleniem mobilnym, w którym prym w korzystaniu z sieci wiedzie telefon komórkowy (smartfon). Badani deklarują, że najczęściej łączą się z siecią przebywając w domu za pomocą telefonu komórkowego (61% badanych). 19% uczniów wykorzystuje do tego celu laptop, a 11% komputer stacjonarny. Natomiast 3% uczniów deklaruje korzystanie z sieci poprzez konsolę do gier, a pozostali stosują do tego celu inne urządzenia, np. tablet. Zauważono, że w sytuacji, gdy respondenci wychodzą z domu, nie zmieniają swoich preferencji co do najbardziej użytecznego narzędzia do korzystania z sieci, tj. telefonu komórkowego. 75% z nich właśnie tak traktuje smartfon, 9% korzysta z innych urządzeń, łącząc się z siecią poza domem, a 16% nie podejmuje w ogóle żadnej aktywności online.

Jak wynika z zebranych danych, uczniowie szkoły ponadpodstawowej (81%) istotnie statystycznie częściej niż uczniowie szkoły podstawowej (69%) wskazują telefon komórkowy w przypadku wyboru urządzenia do łączenia się z siecią poza domem.

Dodatkowo, analizując związek płci z najczęstszym wyborem urządzenia do łączenia z siecią, wskazać należy na występowanie istotnie statystycznego (choć słabego)

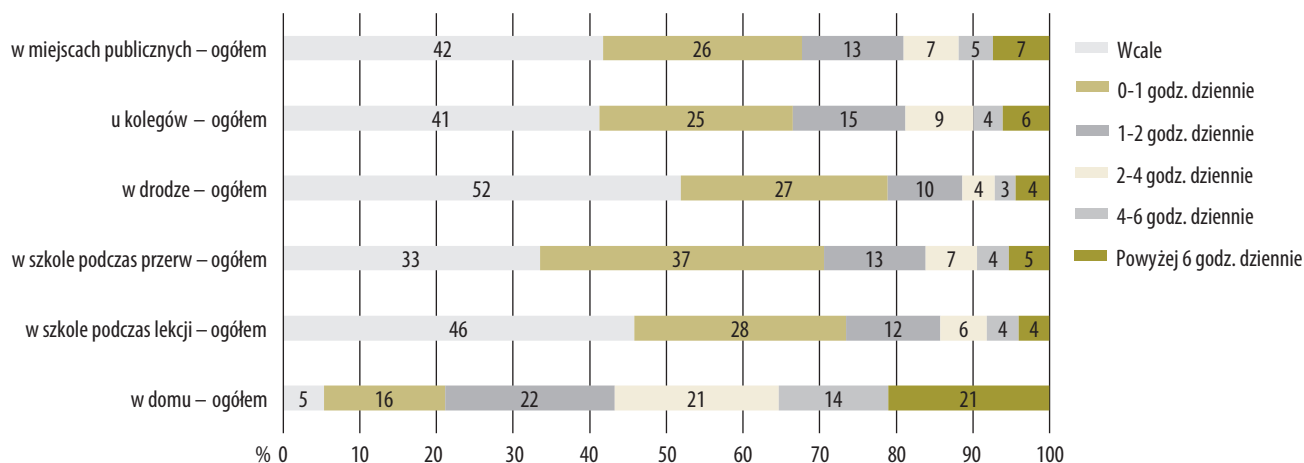
związku pomiędzy wyborem urządzenia do łączenia się z internetem w domu. Dziewczęta (71%) częściej niż chłopcy (53%) do tego celu wybierają telefon komórkowy. Natomiast chłopcy (21%) częściej niż dziewczęta (16%) korzystają z laptopa.

W sytuacji przebywania respondentów poza domem nie stwierdzono istotnego statystycznie związku między wyborem urządzenia do łączenia z siecią a płcią badanego. Co ciekawe, miejsce zamieszkania respondenta, tj. wieś lub miasto, nie miało istotnego statystycznie związku z rodzajem wybieranego przez badanego ucznia niepełnosprawnego urządzenia do łączenia z siecią.

W ramach badań dodatkowo określono miejsca, w którym badani uczniowie najwięcej czasu spędzają na korzystaniu z sieci.

Największe zaangażowanie czasowe w korzystanie z sieci obserwuje się w środowisku domowym. Tylko 5% badanych w ogóle nie korzysta z sieci w domu, 38% przeznacza na sieć 2 godziny dziennie, 35% respondentów spędza online od 2 do 6 godzin, a 21% badanych poświęca ponad 6 godzin dziennie na aktywności w sieci. Kolejnym miejscem, w którym młodzież chętnie korzysta z internetu, łącząc się z nim za pomocą smartfona – jest szkoła. Tylko co trzeci badany uczeń szkoły specjalnej nie korzysta z sieci podczas przerw, a co drugi nie robi tego podczas lekcji. Badani uczniowie nie stronią również od mobilnego internetu w drodze do szkoły – 48% z nich umiła sobie ten czas korzystaniem z sieci. Ponadto ponad połowa badanych deklaruje, że wychodząc do kolegów, będąc w ich towarzystwie, przebywając w różnych miejscach publicznych – korzysta z internetu.

Rys. 2. Czas korzystania przez respondentów z internetu w ciągu dnia w określonych miejscach (%).



Źródło: Badania własne.

Aktywności online badanych

Prowadzone badania dowiodły, że dzieci i młodzież niepełnosprawna w stopniu lekkim powszechnie korzystają z różnorodnych aktywności online. Najczęściej (codziennie lub prawie codziennie) odwiedzają serwisy społecznościowe (61% badanych), słuchają muzyki online (59% respondentów), komunikują się ze znajomymi (58% uczniów) czy przysyłają wiadomości (56% badanych). Natomiast najrzadziej (w tej kategorii analitycznej) respondenci przeglądają strony i serwisy związane z seksem (11% respondentów), prowadzą własny blog lub stronę internetową (11% badanych) oraz czytają różnego rodzaju wiadomości w sieci (12% uczniów). Dane z analizowanego obszaru prezentuje rys. 3.

Z badań wynika, że badani uczniowie szkół specjalnych na poziomie ponadpodstawowym istotnie statystycznie częściej korzystają z zasobów sieci niż ich młodszy koledzy ze szkoły podstawowej. Widoczne różnice stwierdzono przede wszystkim w zakresie wykorzystywania sieci do:

9. Odrabiania zadań szkolnych oraz do nauki. Internet do tego celu (codziennie lub prawie codziennie) wykorzystuje 31% uczniów szkoły podstawowej i 36% uczniów szkoły ponadpodstawowej.
10. Przeglądania serwisów z informacjami. Internet do tego celu (codziennie lub prawie codziennie)

wykorzystuje 25% uczniów szkoły podstawowej i 32% uczniów szkoły ponadpodstawowej.

11. Słuchania muzyki lub radia online. Internet do tego celu (codziennie lub prawie codziennie) wykorzystuje 55% uczniów szkoły podstawowej i 62% uczniów szkoły ponadpodstawowej.
12. Odwiedzania serwisów społecznościowych. Internet do tego celu (codziennie lub prawie codziennie) wykorzystuje 59% uczniów szkoły podstawowej i 62% uczniów szkoły ponadpodstawowej.
13. Przeglądania stron dotyczących swoich zainteresowań. Internet do tego celu (codziennie lub prawie codziennie) wykorzystuje 31% uczniów szkoły podstawowej i 38% uczniów szkoły ponadpodstawowej.
14. Szukania informacji dotyczących wydarzeń w społeczności lokalnej – najbliższym otoczeniu respondentów. Internet do tego celu (przynajmniej kilka razy w tygodniu) wykorzystuje 22% uczniów szkoły podstawowej i 29% uczniów szkoły ponadpodstawowej.

W ramach badań stwierdzono także różnice istotne statystycznie pomiędzy dziewczętami i chłopcami w zakresie następujących aktywności online:

1. Grania w gry online. Internet do tego celu (codziennie lub prawie codziennie) wykorzystuje 17% dziewcząt i 41% chłopców.

Rys. 3. Aktywności online badanych, które były deklarowane jako podejmowane codziennie lub prawie codziennie (%).



Źródło: Badania własne.

- Przeglądania stron lub serwisów związanych z seksem. Internet do tego celu (codziennie lub prawie codziennie) wykorzystuje 8% dziewcząt i 14% chłopców.
- Korzystania ze stron obejmujących informacje o ich zainteresowaniach/hobby. Internet do tego celu (codziennie lub prawie codziennie) wykorzystuje 29% dziewcząt i 39% chłopców.

Natomiast płeć nie była zmienną istotnie statystycznie różnicującą takie aktywności online, jak: wykorzystywanie internetu do odrabiania lekcji, uczestniczenia w czatach lub forach dyskusyjnych, słuchania muzyki lub radia, oglądania telewizji lub filmów.

Na uwagę zasługuje również fakt, że stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy korzystaniem z internetu do nauki i odrabiania lekcji pomiędzy uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim mieszkającymi na wsi i w mieście. To uczniowie z miasta (34%) częściej niż ich koledzy mieszkający na wsi (31%) wykorzystują internet do odrabiania lekcji i nauki szkolnej.

Skala zjawiska problemowego korzystania z internetu

W badaniach zjawiska problemowego korzystania z internetu przez uczniów niepełnosprawnych intelektualnie wykorzystano test przesiewowy Internet Addiction Test (IAT) autorstwa K. Young w polskiej adaptacji Fundacji Dzieci Niczyje (obecnie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę). Test składał się z 20 itemów, a respondenci mieli

możliwość wskazania częstotliwości, z jaką obserwują u siebie wymienione w poszczególnych twierdzeniach testowych zachowania. Na podstawie ogólnego wyniku z testu IAT (od 0 do 100 pkt) wyznaczono cztery grupy użytkowników internetu:

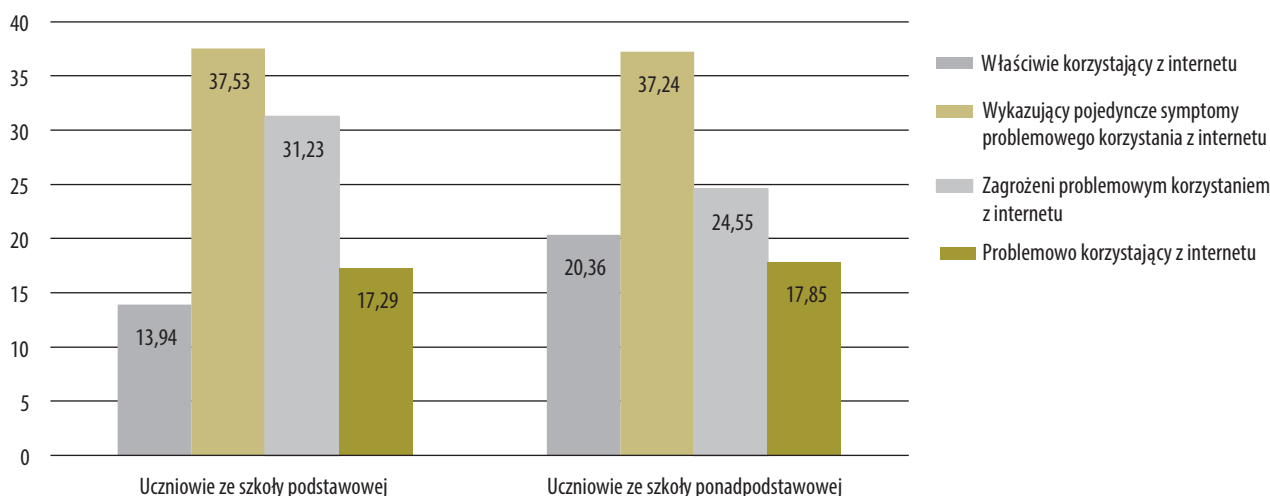
- Właściwie korzystających z internetu (0-14 pkt).
- Wykazujących pojedyncze symptomy problemowego korzystania z internetu (15-36 pkt).
- Zagrożonych problemowym korzystaniem z internetu (37-57 pkt).
- Problemowo korzystających z internetu (58-100 pkt).

Ustalono, że ponad połowa badanych (tj. 54%) funkcjonalnie (prawidłowo) korzysta z internetu, natomiast pozostałych 46% używa go dysfunkcjonalnie.

Szacowana wartość średnia testu IAT w zbiorowości badanych uczniów wynosiła 36,03 przy ocenie średniego błędu szacunku wynoszącego 0,5658. Stąd ocena średniego względnego błędu szacunku wynosiła 1,57%. W badaniach oszacowano, że odsetek badanych uczniów:

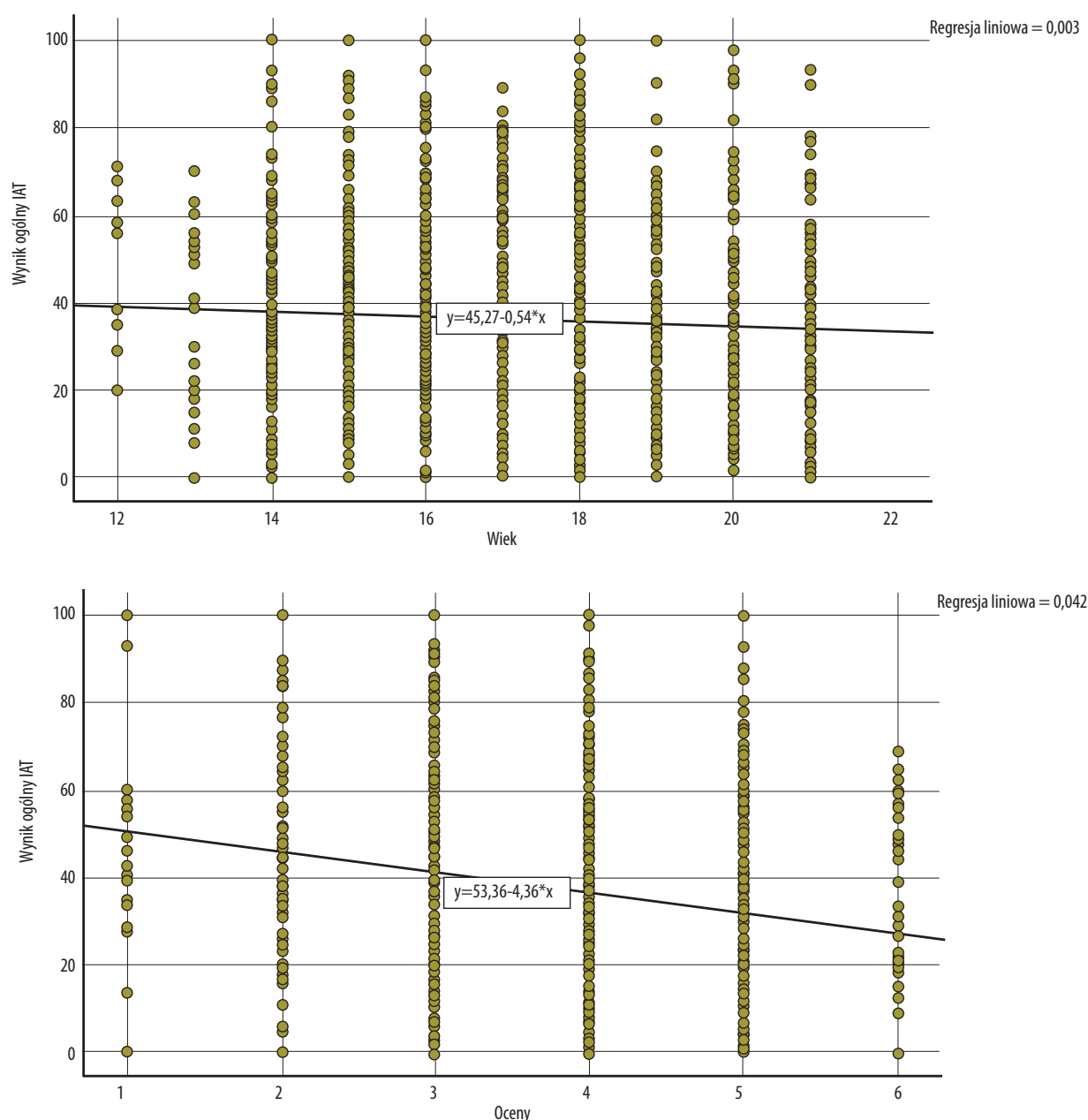
- Właściwie korzystających z internetu to 17,09% (ocena średniego błędu szacunku: 1,85%).
- Wykazujących pojedyncze symptomy problemowego korzystania z internetu to 37,39% (ocena średniego błędu szacunku: 1,05%).
- Zagrożonych problemowym korzystaniem z internetu to 27,96% (ocena średniego błędu szacunku: 0,64%).
- Problemowo korzystających z internetu to 17,57% (ocena średniego błędu szacunku: 1,00%).

Rys. 4. Oszacowanie frakcji uczniów problemowo korzystających z internetu na podstawie testu K. Young Internet Addiction Test (IAT) według płci i typu szkoły (%).



Źródło: Badania własne.

Rys. 5. Macierzowy wykres rozrzutu pomiędzy wiekiem i ocenami szkolnymi a wynikiem ogólnym testu IAT.



Źródło: Badania własne.

Ponadto ustalono, że wyniki testu IAT dla młodzieży ze szkoły podstawowej były istotnie statystycznie wyższe niż dla młodzieży ze szkoły ponadpodstawowej (rys. 4). Dodatkowo stwierdzono, że oszacowanie średniego wyniku testu u chłopców jest podobne do wyniku dziewcząt.

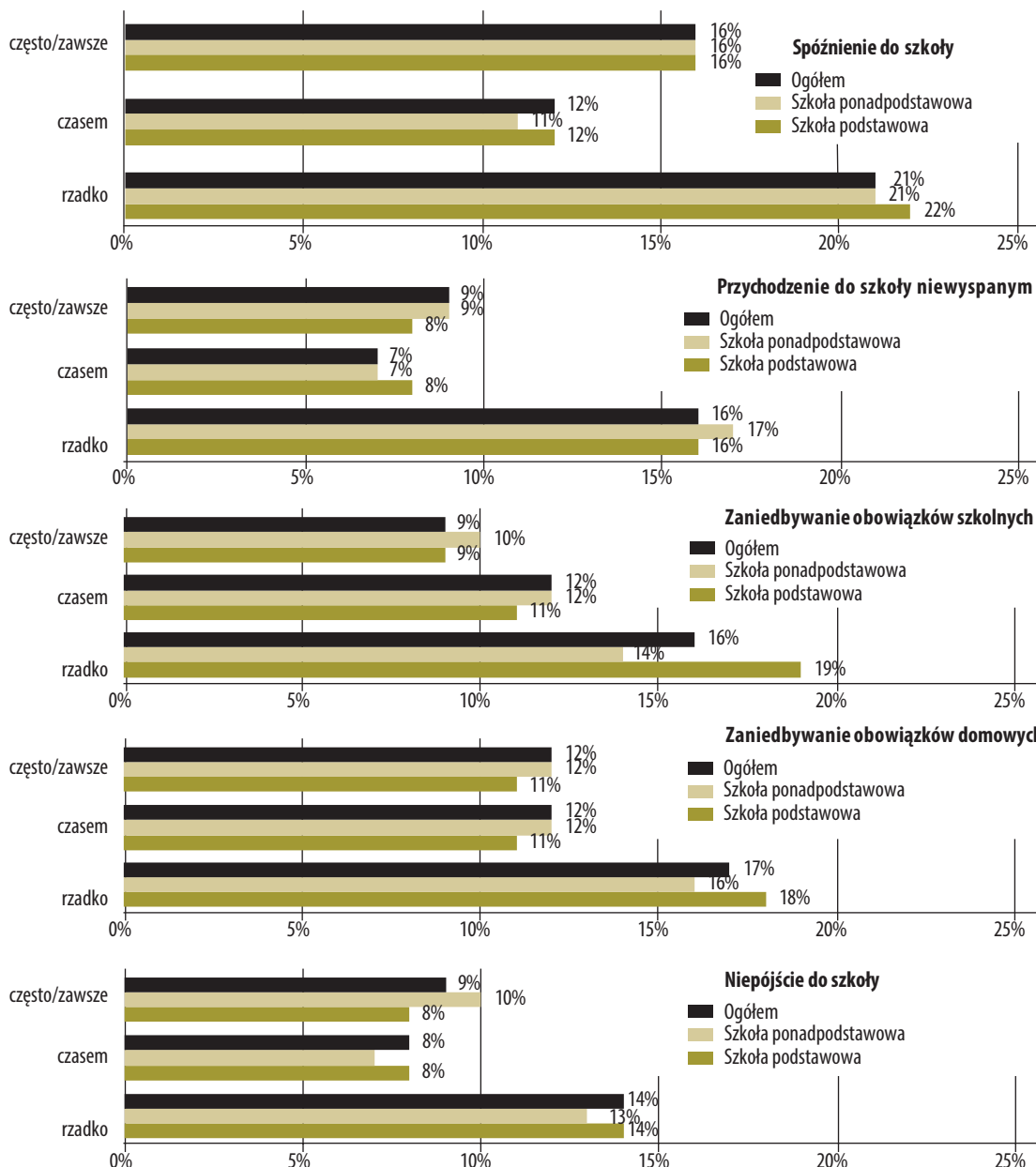
Ponadto w ramach badań stwierdzono istotną statystycznie (choć słabą) korelację pomiędzy ogólnym wynikiem testu IAT a wiekiem badanych. Ogólny wynik testu IAT wraz ze wzrostem wieku spada. Ponadto analiza wyników dała podstawy do stwierdzenia słabej, ujemnej istotnej korelacji pomiędzy wynikami IAT a ocenami szkolnymi

uzyskiwanymi przez badanych uczniów. Przy wzroście ogólnego wyniku z testu IAT oceny istotnie statystycznie pogarszały się (rys. 5).

W ramach prezentowanej koncepcji badawczej uczniowie dokonywali również samooceny w kwestii negatywnych skutków nadużywania internetu, telefonu komórkowego czy gier, które dostrzegali u siebie. Zwrócono uwagę przede wszystkim na skutki, które dotyczyły funkcjonowania społecznego badanych⁴.

Ustalono, że 9% badanych, którzy co najmniej kilka razy w tygodniu korzystają z internetu, spóźniało się do szkoły

Rys. 6. Skutki nadużywania nowych technologii cyfrowych przez respondentów z podziałem na poziom edukacyjny, na którym uczą się badani (%).



Źródło: Badania własne.

lub w ogóle do niej nie chodziło. Tyle samo chodziło do szkoły, ale byli oni w niej niewyspani i zaniedbywali swoje obowiązki. Natomiast 12% respondentów ocenia, że w wyniku nadużywania nowych technologii cyfrowych przynajmniej kilka razy w tygodniu zaniedbuje swoje obowiązki domowe. W ramach omawianych skutków nadużywania internetu stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy dziewczętami i chłopcami. Dotyczyły one:

- zaniedbywania swoich obowiązków szkolnych z powodu nadużywania nowych technologii cyfrowych, dziewczęta rzadziej niż chłopcy zaniedbywały te obowiązki (62% dziewcząt i 54% chłopców nigdy nie zaniedbywało obowiązków w szkole),
- zaniedbywania swoich obowiązków domowych z powodu nadużywania nowych technologii cyfrowych, dziewczęta rzadziej niż chłopcy zaniedbywały te

obowiązków (58% dziewcząt i 51% chłopców nigdy nie zaniedbywało obowiązków domowych),

- opuszczania zajęć w szkole z powodu nadużywania nowych technologii cyfrowych, dziewczęta rzadziej niż chłopcy opuszczali zajęcia szkolne (69% dziewcząt i 60% chłopców nigdy nie opuszczało zajęć w szkole).

Ponadto stwierdzono istotne statystycznie różnice w obszarze spóźniania się do szkoły z powodu nadużywania nowych technologii cyfrowych między uczniami mieszkającymi w mieście i na wsi. To uczniowie mieszkający w mieście (58% nigdy nie odnotowało wymienionego skutku) częściej niż ich koledzy mieszkający na wsi (74% nigdy nie odnotowało wymienionego skutku) spóźniali się do szkoły.

Dodatkowo ustalono, że wraz ze wzrostem liczby punktów z testu IAT rośnie również częstotliwość odczuwania skutków nadużywania nowych technologii cyfrowych przez respondentów. Istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy częstotliwością odczuwania przez respondenta wszystkich wymienionych skutków a uzyskanym przez niego wynikiem ogólnym z testu IAT. Ustalono, że zależności te są dodatnie o umiarkowanej sile (za wyjątkiem skutków: spóźniania się do szkoły i niechodzenia do szkoły, gdzie zależności są słabe).

Podsumowanie

Świat sieci dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim nie jest oderwany od świata ich pełnosprawnych rówieśników. Równie intensywnie eksploatują oni przestrzeń online w poszukiwaniu doznań i rozrywki. Coraz częściej spędzanie czasu w internecie jest dla nich codziennością, polygonem doświadczeń życiowych czy rekompensatą niedostatków.

Prezentowany projekt wypełnił lukę w badaniach nad zjawiskiem problemowego korzystania z internetu w populacji uczniów – niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim. Obszar podjętych badań był istotny nie tylko ze względu na charakterystykę korzystania z sieci przez dzieci i młodzież niepełnosprawną intelektualnie, ale również dlatego, że daje podstawy do przygotowania oraz wdrożenia oddziaływań edukacyjnych i profilaktycznych w tej grupie odbiorców nowych mediów.

Z badań wynika, że uczniowie niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim bez względu na poziom kształcenia, w którym uczestniczą (podstawowy i ponadpodstawowy), są aktywnymi użytkownikami sieci. Prawie co drugi badany dysfunkcjonalnie korzysta z internetu; z czego co

szósty – wykazuje symptomy uzależnienia od sieci, a co czwarty – jest zagrożony tym zjawiskiem.

Ustalono, że w wyniku nadużywania sieci badani uczniowie spóźniają się do szkoły lub w ogóle do niej nie idą. Ci z kolei, którzy biorą udział w procesie edukacji, są niewyspani i trudno jest im aktywnie uczestniczyć w zajęciach szkolnych. Dodatkowo respondenci dostrzegają związek pomiędzy oddaniem się bezgranicznemu życiu online a zaniedbywaniem przez nich obowiązków szkolnych i domowych.

Przypisy

- ¹ Pojęcie „problemowe korzystanie z internetu” stosowane jest zamiennie z takimi pojęciami, jak: nałogowe korzystanie z internetu, problematyczne korzystanie z sieci czy wreszcie uzależnienie od internetu. Na bazie zmian zaproponowanych w zakresie hazardu w klasyfikacji DSM-5 coraz częściej dla określenia opisywanego zjawiska używa się terminu zaburzenia korzystania z internetu lub tzw. uzależnienie od internetu (Habrata, 2016).
- ² W klasyfikacji DSM-5 oraz ICD-11 nie uwzględniono problemowego korzystania z internetu jako uzależnienia behawioralnego przede wszystkim z powodu braku zgody naukowców w zakresie definicji pojęcia, właściwości metod oceny zaburzenia oraz zbyt szerokiego zakresu e-czynności, które mogą być potencjalnie uzależniające. Natomiast już w DSM-5 wskazano na potencjalne zaburzenie jednej z aktywności online, tj. zaburzenie grania w gry komputerowe, a w ICD-11 wprowadzono to zaburzenie jako jednostkę chorobową (APA, 2013; ICD-11, 2018).
- ³ W ramach prezentowanych badań realizowano również badanie rodziców uczniów biorących udział w projekcie. Badania te były realizowane w formie papierowej.
- ⁴ Analizie poddano odpowiedzi respondentów o największej częstotliwości występowania, tj. często (kilka razy w tygodniu) oraz zawsze (codziennie lub prawie codziennie).

Bibliografia

- APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Publishing, 2013.
- Habrata B., „Koncepcje teoretyczne i pozycja nozologiczna tak zwanych nałogów behawioralnych” (w:) Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016.
- ICD-11, (2018). WHO. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Jenaro C., Flores N., Cruz M., Pérez M.C., Vega V. & Torres V.A., „Internet and cell phone usage patterns among young adults with intellectual disabilities”, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 31(2), 259-272, 2018.
- Krzyżak-Szymańska E., „Uzależnienia technologiczne wśród dzieci i młodzieży. Teoria, profilaktyka, terapia – wybrane zagadnienia”, Impuls, Warszawa 2018.
- Makaruk K., Włodarczyk J. & Skonecka P., „Problematyczne używanie internetu przez dzieci”, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2019.
- Seale J. & Chadwick D., „How does risk mediate the ability of adolescents and adults with intellectual and developmental disabilities to live a normal life by using the Internet?”, Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 11(1), 2017.
- Young K., „Diagnoza kliniczna klientów uzależnionych od Internetu (w:) Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla terapeutów i lekarzy”, Fundacja Dolce Vita, 2017.

Artykuł poświęcony jest działalności krakowskiego drop-in w czasach pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Pierwsza jego część przedstawia praktyczne aspekty redukcji szkód, na czym polega praca drop-in i jakie usługi oferuje on swoim klientom. Druga zaś opisuje rzeczywistość drop-in w czasie lockdownu oraz w okresie letnio-jesiennym 2020 roku.

OGRANICZANIE SZKÓD ZDROWOTNYCH I PRACA Z UŻYTKOWNIKAMI NARKOTYKÓW W DOBIE PANDEMII COVID-19

Bartosz Michalewski

Centrum drop-in w Krakowie

Redukcja szkód w praktyce

Głównym założeniem programów redukcji szkód jest dostosowanie oddziaływań do aktualnych potrzeb odbiorców, elastyczność w podejściu do każdego z nich oraz niewymaganie od nich natychmiastowego porzucenia szkodliwych dla nich zwyczajów.

Podstawowymi działaniami z zakresu redukcji szkód są:

- programy wymiany igieł i strzykawek;
- terapia substytucyjna;
- programy informacyjne dotyczące bezpieczniejszych sposobów używania substancji (np. partyworking);
- prowadzenie pokoiw konsumpcyjnych;
- dystrybucja naloksonu wśród osób uzależnionych od opioidów;
- świetlice drop-in.

Programy wymiany igieł i strzykawek zakładają rozdawanie osobom przyjmującym narkotyki dożylnie sterylnych materiałów do iniekcji. Zabieg ten ma na celu zminimalizowanie ryzyka zakażenia się przez nich HIV i HCV. Osoby pobierające sprzęt iniekcyjny mogą wyrzucić zużytą przez siebie igłę i strzykawkę do specjalnego pojemnika, który później zostanie przekazany do utylizacji. Dzięki temu mniej zużytych materiałów iniekcyjnych rozrzucających jest po bramach, wyrzucanych do studzienek kanalizacyjnych czy do zwykłych koszy na śmieci. Dzięki tym działaniom ograniczane jest ryzyko zakłucia się zużytą igłą przez przypadkowe osoby.

Z kolei programy substytucyjne skierowane są do osób uzależnionych od heroiny i innych opiatów, które choć chcą poprawić jakość swego życia, nie decydują się na wybór całkowitej abstynencji. Podając im substancje, takie jak metadon lub buprenorfina skutecznie zwalczą się spowodowany brakiem opiatów zespół odstawienny,

nie doprowadzając przy tym do efektu odurzenia. Dzięki programom substytucyjnym pacjenci mogą powrócić do pełnienia ról społecznych pomimo uzależnienia, które z pomocą lekarza przepisującego receptę na substytut bądź wydającego go w przyszpitalnej poradni utrzymywane jest pod kontrolą.

Programy informacyjne dotyczące bezpieczniejszych sposobów używania substancji, połączone zwykle z rozdawaniem prezerwatyw i edukacją seksualną, są szczególną formą oddziaływań z zakresu redukcji szkód, kierowane są bowiem nie do osób uzależnionych, ale do rekreacyjnych użytkowników narkotyków. Programy takie nie mają na celu „promowania” brania narkotyków. Wychodzą z założenia, że wiele osób sięga po nie niezależnie od ryzyka, dlatego należy ograniczać mogące wystąpić potencjalne szkody, poprzez edukowanie ich na temat działania przyjmowanych substancji czy opiekowanie się osobami, które na skutek przyjęcia niebezpiecznej dawki substancji psychoaktywnej czują się niekomfortowo.

Pokoje konsumpcyjne (funkcjonujące czasem jako pokoje iniekcyjne, pokoje bezpiecznej iniekcji – nazwy te nie uwzględniają jednak możliwości przyjęcia narkotyku inną drogą niż iniekcja, dlatego zastępowane są określeniem *drug consumption room*) to miejsca, w których osoba używająca narkotyków (głównie dożylnie, choć nie tylko) może w sterylnych warunkach i pod opieką i nadzorem wykwalifikowanego personelu, przyjąć przyniesione przez siebie narkotyki. Zadaniem takich miejsc jest zmniejszenie liczby śmiertelnych przedawkowań – w pokojach konsumpcyjnych dochodzi do nich bardzo rzadko, żeby nie powiedzieć – nigdy. Obecnie w Polsce nie jest prowadzony żaden tego typu projekt.

Dystrybucja naloksonu wśród osób używających opiatów wynika z konstatacji, że świadkami przedawkowań są najczęściej inne osoby uzależnione. W związku z tym, to właśnie one mają możliwość zareagowania odpowiednio szybko, żeby przedawkowanie nie doprowadziło do zgonu. Podany na czas nalokson blokuje działanie opiatów, sprawiając, że osoba, która przyjęła nawet dużą ich ilość, momentalnie trzeźwieje. Obecnie w Polsce nalokson dostępny jest wyłącznie dla służb medycznych.

Czym jest drop-in Krakowska 19?

Krakowski drop-in funkcjonuje od 2017 roku, prowadząc działania w paradygmacie redukcji szkód. Korzystają z niego osoby uzależnione od narkotyków i szkodliwie używające, również ci, którzy pozostają poza systemem leczenia bądź są leczeni, ale nie utrzymują abstynencji. Wśród klientów projektu dużą grupę stanowią osoby w kryzysie bezdomności, bezrobotne, często żyjące poniżej minimum socjalnego.

drop-in jest programem niskoprogowym, w którym wymagania stawiane odbiorcom są dopasowane do ich aktualnej sytuacji życiowej i poziomu uzależnienia. Od klientów nie wymaga się trzeźwości, nie wymusza na nich deklaracji rozpoczęcia leczenia, nie moralizuje się i nie poucza ich, ustawiając poprzeczkę wymagań w punkcie, który jest akceptowalny dla nich, a przy tym nie narusza podstawowych norm współżycia społecznego. Przebywając w drop-in nie można zachowywać się agresywnie – użycie przemocy fizycznej wiąże się z długotrwałym zakazem wstępu, nie można kupować ani sprzedawać narkotyków, należy reagować na polecenia personelu (które dotyczą zwykle kwestii porządku i bezpieczeństwa). Powyższe wymagania koncentrują się na zapewnieniu wszystkim odbiorcom komfortu i bezpieczeństwa korzystania z drop-in, nie zaś na oczekiwaniu od nich natychmiastowej, głębokiej zmiany stylu życia. Oferowany w drop-in serwis obejmuje wydawanie sterylnych igieł, strzykawek, innych materiałów do iniekcji, a także środków opatrunkowych. W pierwszej połowie 2020 roku drop-in wydał 21 513 jednorazowych igieł i 13 978 strzykawek oraz 3361 sztuk pojemników z wodą do iniekcji o pojemności 5 ml i 4619 nasączonych spirytusem wacików do dezynfekcji i oczyszczania skóry. Równoległe z dystrybucją tych materiałów pracownicy serwisu edukowali klientów na temat bezpiecznej iniekcji, a także korelacji między korzystaniem z nie-

sterylnych igieł i strzykawek a możliwością transmisji HIV i HCV.

Liczby wydanych materiałów iniekcyjnych uległy zmniejszeniu w stosunku do analogicznego okresu z roku 2019 (w pierwszym półroczu 2019 roku było to 30 411 igieł, 19 128 strzykawek), co wynika z przypadającego na pierwszą połowę 2020 roku lockdownu i czasowej zmiany trybu funkcjonowania drop-in.

Równocześnie, aby zredukować do minimum ilość użytego sprzętu iniekcyjnego, którego klienci pozbywają się bez odpowiedniego zabezpieczenia, np. wyrzucając do kosza na śmieci lub porzucając w miejscach publicznych, w drop-in zainstalowane są odpowiednio oznaczone pojemniki, do których klienci mogą w bezpieczny i higieniczny sposób wyrzucić zużyte igły i strzykawki. Następnie pojemniki te oddawane są do utylizacji. W pierwszej połowie 2020 roku zutylizowano w ten sposób 20 166 igieł i 12 582 strzykawek.

Nieodzownym elementem serwisu drop-in jest informowanie klientów o przysługujących im usługach dostępnych na terenie Krakowa, np. miejsca noclegowe, punkty, w których można zjeść ciepły posiłek, otrzymać odzież, umyć się, skonsultować z lekarzem, również będąc nieubezpieczonym. Ponadto dzięki bliskiej współpracy z MOPS, w szczególności z jego krakowskim działem pomocy bezdomnym, klienci są kierowani do konkretnych pracowników socjalnych, dobrze zaznajomionych z ich problematyką. Osoby, które nie potrafią odnaleźć się w kontaktach z przedstawicielami instytucji pomocowych czy lekarzami, mogą liczyć na asystencję pracowników drop-in.

W przypadku popadnięcia w konflikt z prawem, klienci mają możliwość bezpłatnej konsultacji z prawnikiem. Dostępność tej usługi wynika z faktu, iż tryb życia wielu z nich wiąże się z popełnianiem przestępstw związanych zarówno z posiadaniem narkotyków na własny użytek, jak i innego rodzaju przestępstw, np. drobne kradzieże, zadłużenia alimentacyjne, niespłacone kredyty itp. Nierozwiązane problemy prawne, wiszące jak miecz Damoklesa nad klientami, stanowią poważną przeszkodę w ich powrocie do pełnienia ról społecznych, zniechęcają do podejmowania wysiłków na rzecz poprawy własnego losu. Dlatego oferowanie im pomocy prawnej jest tak ważne.

W drop-in klient ma możliwość przetestowania się pod kątem obecności przeciwciał HCV w organizmie i uzyskania pomocy we wdrożeniu stosownego leczenia,

jeżeli wynik testu okaże się pozytywny. Wirus żółtaczkowy typu C przez wiele lat był trudny do wyleczenia, przez co zakażone nim osoby uzależnione, opierając się na fałszywych przekonaniach, podchodzą do leczenia z dużym dystansem. Edukowanie ich w zakresie nowych form farmakoterapii, testowanie oraz udzielanie pomocy w kierowaniu na leczenie jest dla programów redukcji szkód w Polsce ważnym wyzwaniem.

Ponieważ znaczną część odbiorców programu stanowią osoby w kryzysie bezdomności, oferowane są im usługi, takie jak łazienka, pralnia, dostęp do łazienki, dzięki którym mogą zadbać o higienę. Mają także możliwość przespania się w ciągu dnia (drop-in nie jest czynny całodobowo). Usługa ta wychodzi naprzeciw zwłaszcza tym osobom, u których ze względu na nadużywanie psychostymulantów występują zaburzenia rytmu dobowego, mogące doprowadzić do wystąpienia stanów psychiatrycznych.

Fundamentalnym elementem serwisu jest bycie dla odbiorców „bezpieczną przystanią”, to znaczy zapewnienie im warunków, w których mogą w komfortowy, bezpieczny sposób spędzić czas, a także, znaleźć wspierające środowisko, za sprawą którego poczuliby się akceptowani i traktowani w godny sposób. „Bezpieczna przystań”, w której klienci rzeczywiście czują się komfortowo, to nie tylko fizycznie wyznaczona przestrzeń – sala świetlicowa, w której mogą usiąść bez obawy, że ktoś ich przepędzi, ale przede wszystkim ich osobiste relacje z pracownikami i wolontariuszami projektu. Relacje te są kwestią absolutnie kluczową dla funkcjonowania drop-in! Sprawiają, że nie jest on dla odbiorców sztywną instytucją, do której przychodzą z lękiem i wychodzą, gdy załatwią swoje sprawy, ale namiastką więzi społecznych.

Wśród głównych szkód wynikających ze splotu uzależnienia i bezdomności wymienić należy nie tylko trudności zdrowotne, ale i towarzyszące uzależnionym poczucie osamotnienia, wykluczenia i zaszczucia. Jednocześnie niemoc satysfakcjonującego kształtowania własnego losu, doznane utraty i porażki, jak również doświadczenie kontaktu z instytucjami pomocowymi traktującymi ich „jak dzieci”, odbierają im poczucie sprawstwa. Elementy te bywają często równie istotną przeszkodą w powrocie do społeczeństwa, jak uzależnienie od środków psychoaktywnych samo w sobie. Dlatego właśnie kontakt z pracownikami i wolontariuszami projektu jest tak ważny.

Drop-in w lockdownie

Wiosenny lockdown, który był niełatwym doświadczeniem dla większości społeczeństwa, dla osób bezdomnych i uzależnionych stanowił przeżycie traumatyzujące. Samotne przesiadywanie na opustoszałych ulicach i placach, tułanie się po wymarłym mieście wzmagały w nich poczucie opuszczenia, potęgowały lęk i rozgoryczenie. W ten melancholijny obraz wpisało się, spowodowane względami bezpieczeństwa, zamknięcie drzwi drop-in przed klientami i zmiana sposobu pracy na znany z dyżurów nocnych w aptekach „tryb okienny”, to znaczy kontaktowanie się z klientami głównie przez okno w drzwiach zewnętrznych, przez które wydawane były im środki do iniekcji, gorące napoje, posiłki, materiały higieniczne i opatrunkowe. Wstrzymane zostały wszystkie usługi, które wiązałyby się z wejściem klienta do środka. Wyjścia do klientów odbywały się w ścisłym reżimie sanitarnym, z zachowaniem kilkumetrowego odstępu, w maskach i rękawiczkach, przez co trudno było uniknąć wrażenia międzyludzkiego dystansu.

Sercem drop-in, podstawą jego działania były zawsze osobiste relacje pracowników z klientami, „bezpieczna przystań”, do której osoby uzależnione przychodzili nie tylko po igłę, strzykawkę i ciepłą kawę, ale także po swobodną atmosferę i komfort bycia w miejscu, w którym czułyby się jak u siebie. W momencie, w którym drop-in rozpoczął pracę w „trybie okiennym”, zapewnienie klientom choćby namiastki klimatu świetlicy sprzed pandemii stało się ogromnym wyzwaniem.

Niezwykle utrudnione okazało się zapobieganie samotności odbiorców projektu. Rozmowa przez okienko bywała niekomfortowa, a spotkanie na zewnątrz obciążone ryzykiem braku intymności. Pomimo tego, pracownicy i wolontariusze wychodzili przed drop-in i zabierali klientów na spacer po Kazimierzu, w trakcie których rozmawiali z nimi, oczywiście zachowując wymagany dystans.

Ze względu na to, że lockdown gruntownie zmienił mapę serwisów pomocowych w Krakowie, jedną z podstawowych funkcji drop-in stało się przekazywanie klientom informacji o wszystkich bieżących zmianach w systemie: gdzie i kiedy mogą otrzymać ciepły posiłek, gdzie i na jakich zasadach wziąć prysznic, którą z nagłych spraw urzędowych mogą nadal załatwić i jak, a z którą powinni poczekać na lepsze czasy. Świetlica z zasady, od początku swojego istnienia, pełniła rolę punktu informacyjnego,

jednakże dopiero w trakcie trwania lockdownu ten aspekt wysunął się na plan pierwszy.

Zmiana warunków życia klientów pociągnęła za sobą zmianę oferowanego im w drop-in serwisu. Zważywszy na utrudnienia w dostępie do oferowanego w innych miejscach darmowego wyżywienia, a także utratę przez klientów źródeł dochodu (zarówno legalnych, jak i nielegalnych), placówka rozpoczęła wydawanie im bezpłatnych, ciepłych posiłków. W okresie od marca do czerwca 2020 roku drop-in wydał 918 obiadów. Serwis ten, poza praktyczną rolę – nakarmienia osób, które nie zawsze mają, co jeść – miał na celu zaproponowanie im czegoś, co niosłoby ze sobą symbolikę ciepła i gościnności, a więc tego, po co wielu z nich przychodziło do drop-in, a o co, przy zamkniętych drzwiach, było bardzo trudno.

Kolejną nową funkcją stała się dystrybucja butelek z płynem do dezynfekcji, rękawiczek jednorazowych, a także maseczek, które w pierwszych tygodniach pandemii drop-in otrzymywał od osób solidaryzujących się z klientami, później zaś były one szyte przez wolontariuszy projektu. W pierwszej połowie 2020 roku do rąk klientów trafiły 133 butelki z płynem dezynfekującym, 129 par rękawiczek jednorazowych i 231 maseczek ochronnych.

Towarzysząc klientom w nowych realiach, pracownicy zyskali dostęp do aktualnych informacji na temat zmian sceny narkotykowej, dokonujących się w trakcie lockdownu. drop-in stał się hubem komunikacyjnym, zbierającym informacje od klientów i dla klientów. Uzyskane informacje okazały się cenne i zaskakujące. Klienci opowiadali o:

- Wzroście popularności morfiny, benzodiazepin i innych narkotyków dostępnych w aptekach na receptę. Nie ma bezpośrednich dowodów na korelację tego trendu z przejściem służby zdrowia na tryb online i wystawianiem e-recept, niemniej w opisach klientów pojawiały się sugestie, że taka korelacja występuje.
- Nikłej dostępności heroiny w Krakowie. W czasie lockdownu brązowa heroina była dostępna jedynie dla wybranych osób – zaprzyjaźnionych z nielicznymi dilerami mającymi ją w swojej ofercie.
- Zwiększonej dostępności amfetaminy, która przez kilka poprzednich lat była, zdaniem klientów, ograniczona, zaś w czasie zaostrzenia restrykcji spowodowanych pandemią wzrosła, jednak jakość tego narkotyku była bardzo niska.

- Ograniczonym dostępie do syntetycznych katynonów – przed pandemią niezwykle popularnych wśród klientów drop-in. Spadek podaży mógł być powiązany z zamknięciem granic.
- Powrocie popularności tak zwanych „przeróbek”, czyli metkatynonu pozyskiwanego z zawierających pseudoefedrynę leków bez recepty, poprzez syntezę na bazie nadmanganianu potasu. W jej trakcie wytrącany jest mangan, który docierając do mózgu, może wywoływać efekty podobne do choroby Parkinsona.
- Znaczącym wzroście używania syntetycznych kannabinoidów w grupie dawnych użytkowników opioidów, w tym pacjentów krakowskiego programu metadonowego.
- Wzroście popularności metadonu i buprenorfiny pochodzących z czarnego rynku.

Powyższe informacje uzyskaliśmy w okresie między marcem a czerwcem 2020 roku.

Podsumowując ten okres należy zauważyć, że choć łączna liczba wizyt w drop-in była mniejsza niż w analogicznym okresie rok wcześniej (2604 w pierwszej połowie 2020 roku do 3411 w pierwszej połowie 2019 roku), to jednak udało się zrealizować główne cele przyświecające zmianie trybu funkcjonowania projektu, to znaczy zachowano wszelkie procedury bezpieczeństwa, dzięki czemu drop-in nie stał się ogniskiem zakażeń, a to, biorąc pod uwagę ogólnie zły stan zdrowia wielu klientów, mogłoby przynieść tragiczne rezultaty. Przy tym, mimo ograniczenia serwisu, klienci mieli poczucie, że drop-in ich nie porzucił, nadal o nich dba, zaś powrót do normalności jest tylko kwestią czasu.

Letnie odmrożenie, czyli częściowy powrót do normalności

Drzwi drop-in otworzyły się przed klientami w maju 2020 roku. Niestety, ze względów sanitarno-epidemiologicznych niemożliwe było funkcjonowanie projektu w takim trybie, w jakim był realizowany przed pandemią. Pojawiły się konstrukcje z pleksi-glasu, oddzielające przeznaczoną dla klientów część świetlicową od dyżurki pracowniczej, wprowadzono przerwy na dezynfekcję, ograniczono liczbę osób mogących przebywać na świetlicy. Wszyscy obowiązkowo nosili maseczki ochronne. Obostrzenia te wynikały z obowiązku zachowania dystansu w ograniczonej przestrzeni drop-in.

Każdej z osób przekraczającej drzwi wejściowe mierzono temperaturę, a także wypełniano z nią ankietę, mającą ustalić, czy w ostatnich dniach nie wystąpiły u niej żadne z objawów infekcji koronawirusa. Wchodzący do lokalu obowiązkowo dezynfekowali dłonie. Ponadto odkażane były wszystkie powierzchnie i przedmioty, z którymi klienci i pracownicy mieli kontakt.

Pomimo zachowywania norm sanitarnych, korzystanie z części serwisu drop-in było utrudnione. W dziennej sypialni, w której wcześniej mogły spać dwie osoby, ograniczono miejsca do jednego. Łazienka i pralnia otwierane były stopniowo, zostały wprowadzone limity korzystania z nich, bowiem wiązało się ono z gruntownym i czasochłonnym odkażaniem całego pomieszczenia.

Ze względu na ograniczenie liczby osób na sali, wprowadzony został system rotacyjny, w ramach którego klienci mieli zagwarantowane miejsce na świetlicy przez godzinę, po czym musieli ustąpić kolejnym osobom, żeby możliwe było codzienne obsłużenie wszystkich, którzy tego potrzebują.

Dla podniesienia poziomu bezpieczeństwa drop-in oferował klientom możliwość bezpłatnego przetestowania się pod kątem obecności przeciwciał wirusa SARS-CoV-2 (testy placówka otrzymała od sanepidu). Testowanie klientów połączone było z edukacją na temat sposobów redukcji ryzyka zakażenia.

Kontynuowano wydawanie ciepłych posiłków, zapakowanych, ze względów higienicznych, w jednorazowe opakowania. Wydawane były maseczki jedno- i wielorazowe, szyte w zorganizowanej na tyłach lokalu pracowni. Wydawano również dozowniki z płynem dezynfekcyjnym i zestawy rękawiczek jednorazowych. Otwarcie drzwi przed klientami i nowy tryb ich przebywania w świetlicy, choć bardzo poszerzył ofertę drop-in w stosunku do tej z lockdownu, przyniósł ze sobą także i trudności. Okazało się bowiem, że konieczność egzekwowania od klientów przestrzegania reżimu sanitarnego i skrócenie czasu pobytu w placówce przypadającego na klienta, zmuszają dyżurujących do koncentrowania się na kwestiach porządkowych, co w znaczący sposób zmienia sposób pracy w drop-in, przesuwając akcenty z aspektów relacyjnych na egzekwowanie ustalonych norm.

Najczęściej zgłaszanymi przez pracowników trudnościami związanymi z nowym trybem działania drop-in były:

- Niedogodności w budowaniu relacji z klientami związane z koniecznością egzekwowania od nich nowych reguł, pilnowania porządku (np. noszenia maseczek).

Niełatwo im było odnaleźć balans między budowaniem relacji z klientami a przestrzeganiem zasad.

- Nastąpiło przesunięcie niektórych zadań z klientów (przed pandemią sami robili sobie kawę, herbatę) na pracowników, którzy musieli skupić się bardziej na wydawaniu jedzenia i napojów, a mniej na utrzymywaniu więzi międzyludzkich.
- Fizyczne odgródzenie od klientów i podział na osoby za i przed kontuarem budował poczucie większego niż wcześniej formalizmu.
- Ukrywające mimikę maski to powszechny problem osób pracujących z ludźmi (psychologów, terapeutów, nauczycieli) i dotknął on także zespół drop-in.
- Na skutek ograniczenia osób na sali, mniej klientów mogło skorzystać z serwisu, a pracownicy niejednokrotnie musieli ich wypraszać. Część z nich traktowała to jako personalną ujmę, bywali zirytowani i rozżaleni, co było trudnym doznaniem nie tylko dla nich, ale i dla pracowników.

Oprócz kłopotów związanych bezpośrednio z pracą z klientami w nowych warunkach, pracownicy zgłaszali również trudności związane z relacjami w zespole. Wielu z nich nie spotykało się w pracy przez kilka tygodni ze względu na zmniejszenie liczby osób na dyżurach. Niełatwe było również odbywanie zebrań, supervizji i innych spotkań w formie online.

Jak więc widać, trudy pandemii dały się we znaki zarówno klientom, jak i zespołowi drop-in. Pomimo tego projekt cały czas działa, dostosowując się do zmiennych warunków i przyjmuje kolejne osoby uzależnione.

Dane liczbowe podane w tekście pochodzą z podsumowań statystycznych drop-in Krakowska 19 za rok 2019 i pierwsze półrocze 2020 roku.

Bibliografia

- Malczewski A., „Epidemia COVID-19 a system pomocy osobom uzależnionym”, Serwis Informacyjny Uzależnienia, 2(90), 2020.
- Marlatt A., „Harm reduction: come as you are”, Addictive Behaviors, 21(6), 1996.
- Wodowski G., „Wyzwania współczesnej sceny narkotykowej w kontekście filozofii redukcji szkód” (w: „Lokalne strategie rozwiązywania problemu narkomanii”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Polska Sieć Polityki Narkotykowej, Warszawa 2018.

Poglądy na używanie i nadużywanie substancji zmieniały się na przestrzeni dziejów i kultur. Stosunek do osób uzależnionych pozostawał jednak niezmienny, były one stygmatyzowane, potępiane, a ich zachowanie oceniano z perspektywy moralnej jako grzech pijaństwa. Stygmatyzacja osób uzależnionych z pewnością utrudnia im wyjście z nałogu i nadal sytuuje w obrębie marginesu społecznego.

BO KAŻDY PIJAK TO ZŁODZIEJ! PROBLEM STYGMATYZACJI I DESTYGMATYZACJI OSÓB UZALEŻNIONYCH

Marcin Szulc

Zakład Psychologii Osobowości i Psychologii Sądowej
Uniwersytet Gdański

Problem stygmatyzacji osób, których obraz odbiega od oczekiwań społeczeństwa, jest powszechny i wcale nienowowy. Naznaczeniu społecznemu podlegają grupy mniejszościowe, nie dysponujące wystarczającymi zasobami i pozycją, aby się temu przeciwstawić. Osoby chore, niepełnosprawne, reprezentujące odmienny styl życia i orientacji seksualnej, były piętnowane i izolowane od reszty społeczeństwa. Uzależnienie jest jednym z najbardziej stygmatyzowanych zjawisk na świecie (Corrigan i in., 2009; Schomerus i in., 2011; Sorsdahl i in., 2012). W badaniach przeprowadzonych przez WHO w 14 krajach, uzależnienie od alkoholu i narkotyków zostało umieszczone przez respondentów na szczycie najbardziej potępianych zjawisk (Room i in., 2001). Nie ma też wątpliwości, że osoby uzależnione od narkotyków ponoszą szczególnie dotkliwe konsekwencje naznaczenia (Adlaf i in., 2009). Stygmatyzacja osób uzależnionych jest jednym z istotnych czynników utrudniających pacjentowi wyjście z nałogu i poszukiwanie pomocy (Żulewska-Sak, Dąbrowska, 2005; Bielińska i in., 2013). Celem artykułu jest omówienie mechanizmu stygmatyzacji osób uzależnionych oraz sposobów na odwrócenie tego szkodliwego procesu.

Postawy wobec używania i nadużywania substancji psychoaktywnych z perspektywy historycznej

Postawy wobec osób nadużywających i uzależnionych bardzo często wynikają z miejsca, jakie zajmują sub-

stancje psychoaktywne w danej kulturze. Poglądy na stosowanie używek w dziejach były zróżnicowane. Analiza źródeł historycznych wskazuje, że entuzjazm i pochwała pijaństwa przeplatały się z krytycyzmem, a nawet potępieniem, które w konsekwencji zrodziło potrzebę stworzenia często surowych regulacji prawnych wraz z nierzadko pełną okrucieństwa ich egzekucją.

W starożytnym Egipcie piwo, którego ważenia nauczał według wierzeń sam Ozyrys, było napojem narodowym i powszechnie nadużywanym aż do zatrucia, zwłaszcza przez wyższe sfery. Na przykład w grobie znajdującym się w miejscowości Paheri naścienny rysunek przedstawia elegancką damę, która podaje służącemu pusty kielich i mówi: *daj mi osiemnaście miarek wina, bym pokochała pić aż do pijaństwa* (Rosso, 2012, s. 257). Rozróżniano ponad 17 rodzajów piwa o różnych właściwościach (Rosso, 2012). Od 1500 roku p.n.e. Egipcjanie zaczęli dostrzegać konsekwencje jego nadużywania, które wyrazili w przestrodze: *Nie czyni się bezbronnym pijąc piwo w piwiarni, jeśli się przewracasz, połamiesz sobie kości i nikt nie pomoże Ci się podnieść (...). A Twój towarzysz powie: Na zewnątrz z tym pijakiem!* (Gossop, 1993, s. 16; Rosso, 2012, s. 260). Przestrogi te jednak nie przekonały króla Amasisa z XXVI dynastii Saite, panującego na przełomie VIII-VII wieku p.n.e., gdyż z powodu ciągłego upojenia alkoholowego nie mógł zajmować się sprawami państwowymi do tego stopnia, że wzbudzał powszechną krytykę i skargi wśród świąty. Współcześni badacze wyrażają całkiem serio przekonanie, że istotną rolę w degradacji i upadku imperium faraonów odegrało powszechne „święte pijaństwo” (Rosso, 2012).

W hinduizmie istnieją nie zakazy, lecz zalecenia dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Budda mówi: *Istnieje sześć niebezpieczeństw związanych z piciem alkoholu: utrata majątku, narastanie kłótni, utrata zdrowia, zła reputacja, robienie z siebie głupka i utrata inteligencji* (Maciejczyk, 2012, s. 18). Podkreśla, że intoksykacja prowadzi do nieuwagi, zaś złamanie piątej zasady może prowadzić do złamania pozostałych.

Na stronach Starego Testamentu znajdujemy taki oto fragment: *Noe był rolnikiem i on to pierwszy zasadził winnicę. Gdy potem napił się wina, odurzył się [nim] i leżał nagi w swym namiocie* (Księga Rodzaju, 9:20-1). Noego nikt nie karci za pijaństwo, gdyż uczynił je nieświadomie, odurzenie Noego jest prawdopodobnie pierwszym eksperymentem z winnicą. Jednak Biblia w innych miejscach potępia nadużywanie alkoholu, które jest szczególnie poniżające i piętnujące dla przywódców czy królów (Adamczyk, 2011).

Również w Talmudzie znajdziemy jasne wskazówki co do używania alkoholu: *Wino ma dwie cechy. Są to cechy spreczne. Gdy wina jest mało — jest dobre; gdy jest dużo — jest złe. Mało wina czyni ludzkie serce szczęśliwym. Otwiera serce na Torę. Dużo wina prowadzi do grzechu i bałwochwalstwa* (Maciejczyk, 2012, s. 14). Bezwzględnie zakazywano odprawiania obrzędów i nauczania nawet po niewielkiej dawce alkoholu. Mianem *szikur* (dosłownie: pijak) określano tego, *kto nie może rozmawiać z królem*. Taka osoba była wyłączona ze społeczności, niedostępne były dla niej żadne religijne ani społeczne funkcje (np. nie mogła być sędzią). Żydowskie prawo religijne zabraniało traktowania ludzi, którzy dokonali przestępstwa pod wpływem alkoholu w sposób ulgowy (Maciejczyk, 2012).

Starożytni Grecy w kontakcie z alkoholem przejawiali umiar i dyskryminację. Wyżej bowiem cenili wino niż piwo, uznając ten pierwszy napój za szlachetniejszy (Rosso, 2012). Republikański wódz Gajusz Mariusz pijał wino nierozcieńczone, co uznawane było powszechnie w krajach śródziemnomorskich za barbarzyństwo i objaw degeneracji alkoholowej. Taki styl picia szczególnie piętnował Platon (Faszczka, 2018; Gossop, 1993). Gdy chrześcijaństwo rozprzestrzeniło się po starożytnej Grecji, uczeni w Piśmie wskazywali na wątpliwą radość z picia i przestrzegali przed spożywaniem napojów alkoholowych wiodących do grzechu i szaleństwa: *Piwo okrada cię z całego ludzkiego szacunku, wpływa na twój umysł i jesteś do niczego jak zepsuty ster* (Rosso, 2012,

s. 260-261). W armii rzymskiej pijaństwo nie było formalnie złamaniem dyscypliny, jeśli nie prowadziło do negatywnych konsekwencji, jak np. zaniedbania obowiązków, które karano degradacją lub chłostą (Narloch, 2018). Nadużywanie alkoholu miało być jedną z przyczyn powszechnego braku dyscypliny pośród żołnierzy w okresie późnego Cesarstwa Rzymskiego. Z powodu pijaństwa piętnowano ich za gnuśność, wygodnictwo, tchórzostwo i zarzucano, że używają *kielichów cięższych niż miecze* (Narloch, 2018, s. 28).

Jezus przestrzega uczniów, by nie byli pijani w czasie jego drugiego przyjścia: *Uważajcie na siebie, aby wasze serca nie były ociężałe wskutek obżarstwa, pijaństwa i trosk doczesnych* (Ewangelia wg św. Łukasza 12 13, 42,45; Ewangelia wg św. Mateusza 24,49). Święty Paweł dodaje: *Dlatego nie bądźcie nierozsądni, ale rozumiejcie, jaka jest wola Pańska. Nie upijajcie się winem, które powoduje rozwiązłość, ale bądźcie pełni Ducha* (List do Efezjan 5,15-18).

W Arabii przedmuzułmańskiej wino było napojem bardzo popularnym i nie od razu zostało zakazane, a spożycie jego potępione (nie wszystkie szkoły zgadzają się z taką interpretacją). Koran ostrzega przed winem (*khamr*) i hazardem (*maisir*) w tej samej surze: *Będą ciebie pytać o wino i grę majsir. Powiedz: W nich jest wielki grzech i pewne korzyści dla ludzi, lecz grzech jest większy, niżeli korzyść z nich* (2, 219). Powody zakazu picia alkoholu w islamie są oczywiste: alkohol odbiera rozum, zaciera różnice „między niebem i ziemią, między żoną i matką”, nie pozwala odróżnić tego, co czyste od nieczystego. Drugi powód jest taki, że picie alkoholu jest powodem zakłócenia więzi społecznych (Fouquet, de Borde, 1990).

W 1378 roku osmański emir w Egipcie, Soudoun Sheik-houni, był tak zdeterminowany, aby wyeliminować używanie haszyszu, że rolników go uprawiających uwięził lub stracił, zaś osobom winnym konsumpcji wyrwał zęby (Crocq, 2007).

W średniowiecznej Anglii produkowano tzw. piwo kościelne, można było je spożywać na terenie kościoła. Wierni, wypijający największą jego ilość, uchodzili za szczególnie pobożnych (Fouquet, de Borde, 1990).

Na ziemiach polskich konsumpcja alkoholu była bardzo rozpowszechniona już w średniowieczu. Szczególnie niechlubnym zjawiskiem był przywilej propinacyjny. Z jednej strony przynosił istotne zyski szlachcie, z drugiej nakładał na chłopów obowiązek wypijania odgórnie

określonej ilości alkoholu w karczmie, która była własnością feudała. Prowadziło to do nadużywania alkoholu i było przyczyną rozpijania społeczeństwa. Na przełomie XVII i XVIII wieku, podczas sejmików szlacheckich, wódkę podawano od rana, a gdy gość opuszczał trzeźwy progi szlacheckiego domu, wystawiało to gospodarzowi jak najgorszą opinię „wędziskiszki” i „moderata” (Kitowicz, 1985, s. 290). Po raz pierwszy pojawiło się w Polsce pijaństwo jako zjawisko masowe.

Marcin Luter w kazaniu z 1534 roku nazwał alkohol „narodowym, nienasyconym diabłem”, zaś w Hesji nadawano specjalny order osobom, które nie upijały się wódką i ograniczały tylko do wina i piwa. W „Opisie obyczajów” autorstwa księdza Jędrzeja Kitowicza widnieje informacja, iż największym komplementem dla gospodarza było to, że żaden z gości nie opuścił uczty jako trzeźwy. Jan Tarnowski w dziele wydanym w 1558 roku przestrzega żołnierzy przed konsekwencjami nadmiernego picia, w wyniku którego uchybiają obowiązkowi, tracą formę, fundusze i nie mogą się utrzymać (Ptak, 2018). Król Władysław IV Waza (1595–1648) wprowadził karę śmierci wobec pijanych artylerzystów za samowolny wystrzał z działa lub moździerza, który spowodowałby straty w sprzęcie, alarm lub zamieszanie (Ptak, 2018). W 1610 roku w okupowanej przez Polaków Moskwie pewien pijany żołnierz oddał strzały do obrazu Matki Boskiej wymalowanego na ścianie. Po skardze bojarów do polskiego dowódcy na ten czyn, sprawcę surowo osądził sąd wojskowy i skazał na śmierć przez spalenie na stosie za bluźnierstwo, wcześniej poucinawszy mu ręce (Ptak, 2018). W czasach Jana Kazimierza (1648–1668) pijany oficer, który stawiał się na wartę, był pozbawiany stanowiska i na okres trzech miesięcy służył jako prosty żołnierz, a za sprzedaż pod zastaw barw i broni groziła kara śmierci. W czasach Augusta II (1697–1733) i Augusta III Sasa (1733–1763) nieumiarkowanie w picu urosło do rangi jednego z atrybutów wielkopańskości. W ten sposób obyczajowość pijacka wyszła z zamkniętego kręgu kultury ludycznej (Wilamowski, Wnęk, Zyblikiewicz, 1998). Stanisław August Poniatowski (1764–1795) nie akceptował pijaństwa (pił co najwyżej wino z wodą) (Dydała, 2012). Hetman Franciszek Ksawery Branicki tak odpowiedział królowi, gdy monarcha pouczał go w rozmowie o szkodliwości nadużywania trunków: *Gdybyś Wasza Królewska Mość pił jak ja, miałbyś w Polsce pewnie więcej przyjaciół niż teraz* (Wilamowski, Wnęk, Zyblikiewicz, 1998).

W 1634 roku car Michał Fiodorowicz Romanow wydał rozporządzenie zakazujące palenia tytoniu. Pod jego rządami za ten śmiertelny grzech palaczom groziło rozcięcie ust. Pod panowaniem osmańskiego sułtana Murada IV (1623–1640), za palenie tytoniu groziło ścięcie. Uchwalił on ustawę zakazującą nie tylko palenia, ale i spożywania alkoholu oraz kawy w całym Imperium Osmańskim pod groźbą śmierci, choć sam będąc prawdopodobnie uzależnionym, radośnie oddawał się zakazanym nawykom. Przebierał się w cywilne ubranie i nocą potajemnie przemierzał ulice w poszukiwaniu osób łamiących zakazy. Wyroki wymierzał najczęściej na miejscu i osobiście. W ciągu 5 z 17 lat rządów terroru z jego ręki zginęło 25 tys. osób. Zmarł w 1640 roku z powodu marskości wątroby spowodowanej nadużywaniem alkoholu (Philips, 2019).

Objętość artykułu ogranicza snuć szerszych dywagacji historycznych o stosunku społeczeństw i kultur wobec osób używających i nadużywających substancji psychoaktywnych. Jak widać było ono różnorodne, choć wspólnym mianownikiem jest raczej względna akceptacja spożywania umiarkowanego i potępienie nadużywania alkoholu, a zarazem zupełny brak troski o osoby uzależnione i ich odrzucenie społeczne. Nie inaczej sprawy mają się obecnie, a nawet występuje tu poważna sprzeczność. Z jednej bowiem strony alkohol jest powszechnie dostępny, używany i nadużywany, jest przedstawiany jako nieodzowny element dobrej zabawy. Powiedzenie *piątek, piąteczek, piątunio* oznacza raczej coś innego niż spędzenie wieczoru na oglądaniu filmu z paczką chipsów pod ręką. Do ryzykownego korzystania z tej używki zachęcają także niektóre gwiazdy popkultury. Na przykład w niektórych popularnych programach skierowanych do młodego odbiorcy, uczestnicy głównie upijają się i podejmują ryzykowne zachowania seksualne. Z drugiej jednak strony istnieje niemała grupa osób, które ponoszą poważne konsekwencje tego stanu rzeczy. Osoby uzależnione, oprócz zmagania się z chorobą, są też stygmatyzowane i usuwane poza nawias społeczeństwa jako osoby życiowo przegrane. Ponoszą zatem podwójną, a nawet potrójną stratę energetyczną na poziomie fizycznym, emocjonalnym i społecznym, związaną z samą chorobą i jej negatywnym odbiorem społecznym. Zachodzi tu podobna sytuacja jak w przypadku ofiar gwałtu, które ponoszą dodatkowe konsekwencje, doświadczając wtórnej wiktymizacji.

Stygmatyzacja osób z problemem uzależnienia

Jak wspomniano wcześniej, problem stygmatyzacji dotyka wiele różnych grup niedysponujących wystarczającymi zasobami i pozycją, aby się temu przeciwstawić. Bardzo często osoby przewlekłe chore doświadczają piętna wykluczenia społecznego. W średniowieczu trąd był postrzegany jako kara za grzechy, co prowadziło do stygmatyzacji chorych i umieszczania ich w leprozoriach (Brakel, Wim, 2003). Zabraniano im wchodzenia do kościołów, przebywania na targowiskach, dotykania czegokolwiek i korzystania ze wspólnego z osobami zdrowymi źródła wody pod groźbą śmierci. Musieli nasywać sobie literę L na odzieniu, stawać pod wiatr, gdy z kimś rozmawiają, a także używać specjalnych kołatek, które ostrzegały innych przed nimi (Jelonek i in., 2015). Stygmatyzacja wynika z uprzedzeń a te często biorą się ze stereotypów. Walter Lippman definiuje stereotyp jako *podzielane przez ludzi uproszczone opinie na temat grup i zjawisk społecznych* (Jarco, Dolińska, 2002, s. 9). Stereotypy cechują: nadmierne upraszczanie, nasycenie wartościowaniem, nadogólność (ukryte przekonanie o bezwyjątkowym podobieństwie wszystkich reprezentantów danej grupy) i niewielka podatność na zmiany (Weigl, 2002). Stereotypy różnią się tym od uprzedzeń, że nie wywołują gwałtownych emocji, mają raczej bierny charakter i nie muszą prowadzić do uprzedzeń (Pospiszyl, 2008). Na przykład stereotyp „nowojorskiego taksówkarza” nie wzbudza negatywnych emocji, a zaprezentowanie koledze nowego samochodu, nazywając go z dumą „oryginalnym japończykiem”, nosi w sobie cechy stereotypu pozytywnego. Oznacza bowiem posiadanie wysokiej jakości, zaawansowanego technicznie i niezawodnego produktu w odróżnieniu od innych egzemplarzy tej samej kategorii. Stereotyp może pełnić funkcję egotystyczną, służącą usprawiedliwianiu własnych działań lub zaniechań. Przekonanie, że przedstawiciele jakiejś grupy są np. brudni, biedni, uzależnieni, dlatego że są leniwi, głupi, albo sami sobie takie życie wybrali, zwalnia z działań na ich rzecz i poprawia własne samopoczucie przez zestawienie ze stereotypem dotyczącym własnej grupy (my jesteśmy mądrzejsi i lepsi) (Weigl, 2002). Bardzo często taki klasizm widoczny jest w mediach społecznościowych, gdy komentatorzy określają mianem leniów, pijaków i „patusów” beneficjentów programu Rodzina 500+. Co więcej, tym samym osobom często nie

przeszkadza pobieranie tego samego zasiłku. Stereotyp pełni także funkcję tożsamościową, może aktywizować przynależność społeczną i kształtować przekonanie, że myślę to samo, co inne osoby należące do mojej grupy. Ta funkcja pozwala zachować spójność grupy i daje poczucie bezpieczeństwa związane z przynależnością (Weigl, 2002).

Stereotypowy obraz osób uzależnionych i chorych psychicznie jest powszechnie obecny w mediach. W większości ukazywane są one w kontekście przemocy i nawrotów, a nie odniesionych w terapii sukcesów (Wahl, 1992; Wahl i in., 2003). Na przykład osoby oglądające film „Joker” w reżyserii Todda Phillipsa osiągnęły wyższy wynik w skali uprzedzeń wobec chorych psychicznie po seansie, niż widzowie po projekcji filmu „Terminator” (Scarf i in., 2020). Tytuły nagłówków prasowych: *Tego żuła znalazłem u mnie w łóżku, Otyli alkoholicy zostaną pozbawieni zasiłków, Skatował mnie syn narkoman, Na alkoholizm jest, na profilaktykę nie ma”, Narkoman i dewiant zgotował swojemu psu piekło, Narkoman nie ma emocji, Taniec na rurze i przyjaźń z narkomanem* podtrzymują negatywny obraz osób uzależnionych i przyczyniają się do ich dehumanizacji. Nieco lepiej traktowane są osoby z problemami psychicznymi. Choć w ciągu ostatnich lat poprawił się przedstawiany w prasie obraz chorych na depresję, to jednak nadal w negatywny sposób opisuje się osoby chore na schizofrenię. Najczęściej kojarzone są one ze stosowaniem przemocy i zagrożeniem dla bezpieczeństwa społecznego. Po zabójstwie prezydenta Gdańska Pawła Adamowicza wielokrotnie sugerowano, że sprawca cierpi na chorobę psychiczną, co w odbiorze społecznym pogłębiło i tak już stereotypową i krzywdzącą opinię na temat chorych oraz wywołało reakcję Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego¹.

Warto wspomnieć, że na 275 mln ludzi zażywających na świecie narkotyki około 31 mln cierpi na zaburzenia związane z ich stosowaniem (UNODC, 2018 – World Drug Report)². Okazuje się, że osoby uzależnione od narkotyków są silniej napiętnowane niż osoby chore psychicznie (Corrigan i in., 2009; Crisp i in., 2005; Singleton, 2010). Grupa osób uzależnionych nie jest także jednorodna pod względem napiętnowania i odrzucenia. Osoby uzależnione od narkotyków są silniej naznaczone niż osoby uzależnione od alkoholu, zaś uzależnieni od alkoholu są silniej odrzucani niż uzależnieni od tytoniu (Crisp i in., 2000; Cunningham i in., 1993). Uzależnienie od narkotyków wywołuje większe

pragnienie ukrycia się przed społeczeństwem niż nałogowe używanie papierosów czy otyłość (Phillips, Shaw, 2013). Część społeczeństwa (także pracownicy ochrony zdrowia) akceptuje strukturalną dyskryminację osób uzależnionych i żywi przekonanie, że powinny one mieć ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej (Merrill i in., 2002; Olsen i in., 2003; Henderson i in., 2008). Badając stosunek do grup naznaczonych społecznie zauważono, że badanych cechuje niższy poziom empatii, zrozumienia, litości i chęci pomocy, ale wyższy poziom irytacji, złości i wstrętu w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu niż wobec osób ze schizofrenią lub depresją. Kobiety, młodzież oraz osoby z wyższym wykształceniem cechuje natomiast mniejsza skłonność do stygmatyzacji osób uzależnionych niż pozostałych badanych (Sattler i in., 2017). Stopień stygmatyzacji jest związany z percepcją przyczyn choroby, czy w subiektywnej ocenie jednostka miała wpływ na jej uniknięcie. Rak w ich mniemaniu jest chorobą niezależną od woli jednostki, zaś choroba alkoholowa jest wynikiem podjęcia złego wyboru, mówiąc krótko: „mógł nie pić”. Wiele badań wskazuje także, że stygmatyzacja obniża efektywność leczenia i poszukiwania pomocy terapeutycznej. Problem ten jest uniwersalny i nie dotyczy tylko osób z problemem uzależnienia. Doświadczenie odrzucenia przez innych potwierdziło 87% badanych chorych psychicznie, a 50% całkowite zerwanie kontaktów towarzyskich z powodu choroby psychicznej (Cechnicki i in., 2011). Magdalena Podogrodzka-Niell i Magdalena Tyszkowska (2014) wyodrębniły czynniki społeczne, które mają wpływ na proces zdrowienia osób chorych psychicznie. Są to: odbiór społeczny chorego, przekaz medialny dotyczący choroby, sieć społeczna chorego, postawa oraz funkcjonowanie rodziny i bliskich, kariera zawodowa, a także działania samego chorego prowadzące do autostygmatyzacji. Właśnie autostygmatyzacja (nazywana często „drugą chorobą”) skutkuje obniżoną samooceną i jest główną przeszkodą w pełnieniu ról społecznych, w pracy i w życiu osobistym. Samoetykietowanie dotyczy także osób uzależnionych. Towarzyszy im przekonanie o zewnętrżsterowności, dehumanizacja, autodestrukcja, utrata wartości, autodewaluacja, brak szacunku do siebie, poczucie bezsilności, wstydu oraz poczucie winy (Corrigan i in., 2012; Bielińska i in., 2013). Warto zwrócić uwagę, że osoby stygmatyzowane są w pełni świadome takiego stosunku do niech, a nawet się go spodziewają, gdyż żyją wcześniej w społeczeństwie,

które cechuje negatywny stosunek do osób uzależnionych czy chorych psychicznie. Poprzez stygmatyzację osobom uzależnionym nadawana jest nowa, „gorsza” tożsamość, pociągająca za sobą ostracyzm, odrzucenie i odebranie dotychczasowego statusu. Konsekwencje stygmatyzacji dotyczą zdrowia fizycznego, psychicznego i relacji społecznych (Bielińska i in., 2013). Etykiety w stosunku do outsiderów mogą pochodzić z różnych stron: od swoich, od bliskich i od obserwatorów. Swoi to osoby uzależnione, podobnie stygmatyzowane. Jest to potencjalna grupa wsparcia, która poprzez pryzmat wspólnego losu i podobieństwa stylu życia daje poczucie bezpieczeństwa. Razem zażywają narkotyki albo wspólnie próbują radzić sobie z uzależnieniem i stygmatyzacją. Do grupy bliskich zaliczają się członkowie rodziny manifestujący różne reakcje: od chęci niesienia natychmiastowej i bezterminowej pomocy, czasowej izolacji aż po wykluczenie z własnego kręgu społecznego. Obserwatorzy to osoby niezwiązane bliższymi więzami, tacy jak sąsiedzi, pracownicy ochrony zdrowia, pracodawcy, terapeuci (Bielińska i in., 2013). Każda z tych grup może pełnić rolę pozytywną lub negatywną w wychodzeniu z nałogu. Z badań Łukasza Wierzchorka (2015) wynika, że dyskredytujące i stygmatyzujące dla badanych uzależnionych od alkoholu jest nie tylko nałogowe picie, ale także utrzymywanie abstynencji i leczenie w poradni odwykowej. Wizerunek osoby uzależnionej od alkoholu związany jest z niskim statusem społecznym i majątkowym, wyglądem oraz stylem życia, dlatego pacjenci zgłaszają się na leczenie w ostateczności. Jak twierdzą, dopiero wtedy otrzymują etykietę „alkoholika”, utrwalaną także przez terapeutów. Sami zaś terapeuci uważają, że również są dotknięci stygmatyzacją osób zatrudnionych w instytucjach gorszej kategorii.

Destygmatyzacja osób uzależnionych

Podtrzymywanie stereotypowego obrazu „alkoholika” i „narkomana” niszczy godność człowieka i niezbywalne prawo do szacunku oraz utrudnia proces wychodzenia z nałogu. Stygmatyzacja i ekskluzja społeczna osób uzależnionych narusza ich prawa człowieka, zaś koszty takiej postawy ponosi także społeczeństwo. Warto w tym miejscu odwołać się do słów Piotra Jabłońskiego, który przypomina, że „(...) naruszanie lub nieprzestrzeganie praw człowieka przynosi negatywne skutki zdrowotne zarówno dla osób używających substancji psychoak-

tywnych, jak i dla społeczności, w których osoby te żyją i funkcjonują (...)" (Jabłoński, 2014, s. 6). Powstaje zatem pytanie: co można zrobić, aby skutecznie przeciwdziałać stygmatyzacji osób uzależnionych? Istnieje kilka wcale nienowych postulatów, które powinny zostać wdrożone symultanicznie, warto je wymienić:

- Zmiana narracji w mediach, gdyż to one odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu negatywnego stereotypu i wzmacniają przekonania o zagrożeniach, jakie niosą osoby uzależnione (McLellan i in., 2000).
- Prowadzenie aktywnych kampanii destygmatyzujących osoby uzależnione poprzez spoty telewizyjne ze zdjęciami zwykłych osób, które się wyleczyły. Oczywistym warunkiem jest uzyskanie zgody byłych pacjentów na publiczne posłużenie się ich wizerunkiem. Odważną kampanię zaproponowała organizacja zajmująca się pomocą osobom uzależnionych i chorym ADAMHS3, w której wzięło udział czternaście osób po zakończeniu terapii, pozując na billboardach oraz w mediach społecznościowych na tle napisów: *Moja przeszłość mnie nie definiuje, Wyleczyłem się z choroby psychicznej i uzależnienia, Nie wstydę się swojej historii, Leczenie choroby psychicznej zwróciło mi szacunek dla siebie, Dzięki wyzdrowieniu z nałogu odkryłam nowe życie*⁴. W ten sposób można pokazać społeczeństwu, że uzależnienie jest chorobą przewlekłą, którą można skutecznie wyleczyć, a która dotyczy podobnych ludzi, tak samo inteligentnych, produktywnych, moralnych i posiadających podobne wady co ludzie zdrowi.
- Ważne jest zrozumienie, że uzależnienie nie jest problemem moralnym, związanym ze słabą wolą człowieka, tylko zdrowotnym. Oceniający przypisują osobom uzależnionym osobistą odpowiedzialność i winę za uzależnienie, choć wiadomo, że jest chorobą mózgu, wynikającą z dysfunkcji biologicznego mechanizmu poszukiwania przyjemności i nagrody (Crisp i in., 2005; Singleton, 2010; Leshner, 1997; Volkow, Li, 2005). Konsekwencją przyjęcia percepcji moralnej jest przekonanie, że mamy do czynienia z problemem wynikającym z osobistych nawyków i wyborów pacjenta. Uzależnienie od alkoholu jest rzadziej uznawane przez społeczeństwo za chorobę psychiczną w porównaniu z depresją i schizofrenią (Link i in., 1999). Okazuje się, że pacjenci uzależnieni dokonują zmiany stylu życia i przestrzegają zaleceń terapeutycznych na podobnym poziomie, jak czynią to pacjenci z innymi przewlekłymi schorzeniami, takimi jak nadciśnienie czy cukrzyca (McLellan i in., 2000). Trzeba zatem przekonać odbiorcę, że uzależnienie jest chorobą, a nie wyborem.
- Intensyfikacja kontaktów społecznych z osobami leczącymi się w ośrodkach. Wydaje się, że idea wolontariatu dla młodzieży byłaby tu bardzo użyteczna. Uprzedzenie pracowników społecznych uczestniczących w programie wymiany igieł i strzykawek słabło z czasem, dzięki budowaniu relacji i ściślejszemu kontaktowi. Rodziny, które doświadczyły życia z osobą uzależnioną, także lepiej rozumiały problem (Kulesza i in., 2013).
- Unikanie stygmatyzującego języka. W USA postuluje się zamianę słowa *addict* na *person with a substance drug disorder*. Skoro mówimy „osoba z zaburzeniami psychicznymi” lub „osoba z niepełnosprawnością”, nic nie stoi na przeszkodzie, aby zamiast mówić „alkoholicy” i „narkomani” używać określeń „osoby z uzależnieniem” albo „osoby z zaburzeniem związanym z używaniem substancji” (Kelly i in., 2016). Zamiast mówić „leczenie substytucyjne”, które sugeruje zastąpienie jednego narkotyku innym, można użyć sformułowania „leczenie wspomagane lekami”⁵. Zmiany językowe należy jednak czynić rozważnie i zwrócić się w tej sprawie do etyków i językoznawców, aby nie narazić poważnej sprawy na śmieszność z powodu tworzenia „potworków językowych”.
- Edukowanie lekarzy pierwszego kontaktu, którzy w zetknięciu z osobą uzależnioną od narkotyków mogą wyrażać postawy pesymistyczne i negatywne na temat schorzenia (Peckover, Chidlaw, 2007).
- Walka z piętnem strukturalnym. Przecistawianie się ograniczaniu dostępu do leczenia, oszczędzaniu na terapii uzależnień, traktowaniu przez państwo osób uzależnionych jak pacjentów drugiej kategorii (albo ostatniej potrzeby). Amerykańska wojna z narkotykami pogłębiła stygmatyzację i dyskryminację poprzez skojarzenie użytkowników z przestępczością, handlem, przemocą i etykietą wyrzutków społecznych (Bluthenthal i in., 2000). Serial „The Wire” („Prawo ulicy”) doskonale oddaje obraz sytuacji, w której polityczne i ekonomiczne interesy przedstawicieli władz oraz prawa w Baltimore utrudniają walkę z przestępczością narkotykową i systemową pomoc osobom dotkniętym uzależnieniem.

- Angażowanie pacjentów w inicjatywy użyteczne społecznie. Jest to inicjatywa dobrze znana i wykorzystywana już dawniej w społecznościach terapeutycznych. Warto znaleźć do tego odpowiednich sojuszników np. kościoły czy organizacje pozarządowe. Pacjenci mogą pomagać przy remontowaniu obiektów, wspierać sadowników w zbiorach itp., a tym samym odbudowywać reputację nie tylko swoją, ale i innych pacjentów.
- Zwiększenie liczby badań nad problemem stygmatyzacji pacjentów uzależnionych i sposobów przeciwdziałania. Z tej perspektywy niezwykle ważne jest badanie skuteczności działań prowadzących do destygmatyzacji.

stwa. Stygmatyzacja osób uzależnionych z pewnością utrudnia im wyjście z nałogu i sytuuje w obrębie marginesu społecznego. Istnieją metody destygmatyzacji, których skuteczność nie jest wprawdzie jednoznacznie dowiedziona w badaniach, ale wydają się obiecujące pod warunkiem konsekwentnego stosowania. Stygmatyzowanie, dyskryminowanie i prześladowanie jakiejkolwiek grupy społecznej ze względu na jej cechy wrodzone, płeć, orientację seksualną, wygląd, cechy psychiczne, nierówności społeczne, chorobę jest wstydlwym reliktem przeszłości i nie może być akceptowane na obecnym etapie rozwoju naukowego, społecznego i etycznego.

Bibliografia jest dostępna w redakcji.

Podsumowanie

Poglądy na używanie i nadużywanie substancji zmieniły się na przestrzeni dziejów i kultur. Stosunek do osób uzależnionych pozostawał jednak niezmienny, były one stygmatyzowane, potępiane, a ich zachowanie oceniano z perspektywy moralnej jako grzech pijań-

Przypisy

- ¹ https://psychiatria.org.pl/news,tekst,357,oswiadczenie_zarządu_głównego_polskiego_towarzystwa_psykiatrycznego
- ² <https://www.unodc.org/wdr2018/>
- ³ The Alcohol, Drug Addiction and Mental Health Services.
- ⁴ <https://plainpress.blog/2018/09/28/adamhs-reveals-new-billboard-and-social-media-campaigns/>
- ⁵ <https://www.whitehouse.gov/sites/whitehouse.gov/files/images/Memo%20-%20Changing%20Federal%20Terminology%20Regrading%20Substance%20Use%20and%20Substance%20Use%20Disorders.pdf>

Na świecie coraz więcej badań poświęconych jest ocenie związków między graniem w gry wideo i rozwojem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest często identyfikacja determinantów odpowiedzialnych za ryzyko wystąpienia zaburzeń oraz przechodzenia z grania w gry komputerowe do grania w gry hazardowe.

ZWIĄZEK POMIĘDZY GRANIEM W GRY KOMPUTEROWE A HAZARDEM – PRZEGLĄD LITERATURY

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Związek między graniem w gry wideo i hazardem niezmiennie wzbudza zainteresowanie badaczy. Granie w gry komputerowe może być czynnikiem ryzyka, który zwiększa szansę na wystąpienie zachowań problemowych związanych z hazardem (Teichert i współ., 2017). Oprócz gier hazardowych i wideo

istnieją różnego rodzaju hybrydy, łączące rozrywkę z doświadczeniami zbliżonymi do hazardu. Chodzi o oferowanie możliwości dzwonienia do telewizji i oddawania głosów, wygrywania nagród itp. Ponieważ odbiorcy płacą pieniądze (cena za połączenie), by coś zdobyć, może być to traktowane jako doświadczenie zbliżone do hazardu. Innym zjawiskiem są różnego rodzaju aukcje.

Zarówno granie w gry wideo, jak i granie w gry hazardowe wykorzystuje te same mechanizmy behawioralne w celu nagradzania za udział w grze oraz w celu wydłużania czasu poświęcanego na granie. Obecne w grach efekty dźwiękowe i wizualne przyczyniają się do pobudzenia, angażują te same narządy – rękę i oko, wymagają koncentracji i skupienia (McBride, Derevensky, 2016). Wiele współczesnych gier wideo zawiera elementy hazardu i gier losowych. Zwykle element hazardowy jest opcjonalny dla gracza, ale kuszący, gdyż dzięki niemu szybko zdobywa się upragniony efekt i zwiększa szansę na postęp w grze. Co istotne, gry hazardowe są umieszczane w kontekście gier opartych na umiejętnościach, co może dawać fałszywe złudzenie, że w grach hazardowych również liczą się głównie umiejętności (Monaghan i współ., 2008).

Poniżej prezentujemy dokonany przegląd literatury naukowej, którego celem była identyfikacja dotychczasowych badań nad związkami między graniem w gry wideo a graniem w gry hazardowe. Przeprowadzony przegląd został poświęcony graniu w gry komputerowe online i offline (w tym w gry typu Pay2Win) oraz związkom pomiędzy graniem w gry a występowaniem zaburzeń hazardowych. Przegląd obejmował lata 2010–2019. Do wyszukiwania publikacji wykorzystano dwie bazy artykułów: EBSCO oraz Web of Science. W każdej bazie użyto kombinacji słów kluczowych: *video games*, *gaming*, *online gaming* i *gambling*. Po przeczytaniu streszczeń do przeglądu zakwalifikowano 48 artykułów.

Wyniki przeglądu literatury

Czynniki, które przyczyniają się do zwiększenia częstotliwości grania w gry komputerowe i hazardowe

Wśród determinantów przyczyniających się do zwiększenia częstotliwości grania w gry komputerowe i hazardowe zidentyfikowane zostały takie, które pozwalają na używanie tych gier do zaspokajania potrzeb emocjonalnych, w celu odprężenia się, są związane z rozwojem nowych technologii, mechaniką gry, pojawieniem się wirtualnych pieniędzy (środków płatniczych), normalizacją zachowań związanych z hazardem. Są też takie czynniki, które są związane z rozwojem e-sportu i loot boxów, liberalizacją prawa hazardowego, rozwojem hazardu w internecie, czego rezultatem jest zwiększająca się dostępność tego typu gier.

1. Wymienne używanie gier komputerowych i hazardowych, aby zaspokoić potrzeby emocjonalne Gry wideo i gry hazardowe mogą zaspokajać podobne potrzeby emocjonalne i/lub zapewniać odprężenie. Dlatego osoby grające w gry wideo, mogą zacząć również uprawiać hazard, traktując go jako alternatywne źródło pobudzenia, podniecenia lub łagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych. Uprawianie hazardu lub granie w gry wideo staje się atrakcyjnym zajęciem, ponieważ zaspokaja biologiczną potrzebę podniecenia lub relaksu i pozwala na ucieczkę od rzeczywistości (King i współ., 2012). Osoby z trudnościami w regulacji emocji mogą się angażować w zachowania, takie jak granie w gry wideo czy hazardowe, aby regulować własne stany emocjonalne (McBride, Derevensky, 2016).

Badania pokazują, że osoby grające w gry hazardowe, z tych samych powodów sięgają po gry mające element społecznościowy (*social games*). Chcą doświadczyć tych samych emocji, których doświadczają grając w gry hazardowe, np. ekscytacji, zabawy, współzawodnictwa, załagodzenia stresu (Teichert i współ., 2017).

Granie w gry wideo może być związane z posiadaniem fałszywych oczekiwań wobec stopnia kontroli nad grami hazardowymi, zwłaszcza elektronicznymi formami hazardu. Ponieważ wiele gier wideo wymaga umiejętności i obrania jakiejś strategii, niektóre osoby mogą nabrać przekonania, że przez praktykę grania w gry wideo posiadli wystarczające umiejętności pozwalające na odniesienie sukcesu w grze hazardowej. Gracze mogą również nabierać takich przekonań, podejmując grę hazardową bez stawiania realnych pieniędzy. Tego typu gry często błędnie określają szanse na wygraną, np. niektóre kasyna online mają „darmowe gry”, które, jak wykazano, zawyżają szanse na wygraną (King i współ., 2012). Badania pokazują, że środowisko online sprzyja podejmowaniu ryzyka oraz osłabieniu kontroli (Gainsbury i współ., 2016).

2. Rozwój technologii Rozwój technologiczny w obszarze IT nie tyle zmienił środowisko (*content*) gier, np. poprzez oferowanie wyszukanych i wciągających obszarów, ile przyczynił się do zmiany sposobu, w jaki gracze grają w gry wideo (sposobu grania). Obecnie coraz większą popularnością cieszą się gry w sieci oraz współzawodnictwo z innymi graczami (Macey, Hamari, 2017). Gry wideo i gry hazardowe wydają się coraz bliższe sobie. Hazard jest stale digitalizowany i obecny w coraz

większej liczbie gier online, a gry wideo coraz częściej zawierają elementy tradycyjnych gier hazardowych. Ponadto obecność gier wideo i gier hazardowych na tych samych stronach internetowych sprawia, że ich dostępność jest większa. Rozwój technologiczny i umożliwienie obstawiania zakładów online dotyczących rywalizacji w ramach e-sportu stanowi kolejny przykład coraz ściślejszego powiązania gier i hazardu (Molde i współ., 2019).

3. Mechanika gry

Coraz popularniejsze modele biznesowe oparte na oferowaniu grania w gry wideo za darmo oraz włączaniu elementów społecznościowych wprowadziły do gier elementy hazardowe (Macey, Hamari, 2017). Wiele gier wideo oferuje nagrody pieniężne, koncentruje się na wygranych i pieniądzach, ale bez ich wypłat fizycznych (przelewów na konto). Poza tym w grach wideo zawarte są elementy mechaniki hazardu (zakładów losowych), gdzie gracz ponosi ryzyko związane z grą. Podobnie niektóre gry hazardowe zawierają aspekty społecznościowe, takie jak interaktywność i gra zespołowa oraz elementy wymagające umiejętności przydatnych w grach wideo (Teichert i współ., 2017).

Gry zawierające element społecznościowy, które polegają na wchodzeniu w interakcje (*social network games*), są najczęściej darmowe i nie pozwalają na otrzymywanie realnych pieniędzy za osiągnięcia. Jednak użytkownicy mogą poprawiać swoje wyniki, przeznaczając na to realne środki. Tego rodzaju gry są najczęściej połączone z serwisami społecznościowymi. Zachęcają one użytkowników do interakcji, jednak nie jest to element niezbędny. Jednym z najpopularniejszych typów gier zawierających element społecznościowy są gry symulujące gry hazardowe – kasyno, zakłady sportowe itp. (*social casino games*). Gry hazardowe online, zawierające elementy społecznościowe, replikują zasady obowiązujące w realnych grach hazardowych, np. wyniki zakładów bukmacherskich, element losowości, są darmowe, a wygrane są wypłacane w walucie, która poza grą nie ma żadnej wartości. Tak więc chociaż przypominają gry hazardowe, nie są według prawa tak klasyfikowane ani regulowane (Gainsbury i współ., 2016).

4. Wirtualne środki

Rozwój wirtualnych pieniędzy oraz możliwość zakupu towarów w sieci przyczynił się do powstania większych trudności w identyfikacji przez użytkowników elementów podobnych do hazardu w grach wideo. Użytkownik

nie musi wykorzystywać prawdziwych pieniędzy, aby móc uiszczać płatność w grze. Może to zrobić wirtualną walutą (Macey, Hamari, 2017).

5. Normalizacja zachowań związanych z hazardem

Osoby, które grają w gry zawierające elementy hazardu, np. gry typu *social casino games*, postrzegają hazard jako zachowanie akceptowalne, będące elementem codziennej aktywności, przez co rozwijają do niego pozytywne nastawienie przeniesione z pozytywnych doświadczeń z grami (Jacques i współ., 2016).

Oprócz tego obecność gier zawierających elementy hazardu na portalach społecznościowych, np. Facebook, przyczynia się do zapoznania się z tymi grami i do większej ich akceptacji. Większość gier dostępnych na Facebooku (54% spośród 100 najpopularniejszych wśród użytkowników) zawiera elementy hazardu. Stanowi to dodatkowy element, który może zachęcać do grania w gry hazardowe i narażać użytkowników na rozwój problemów. Najczęściej zawartość gier nawiązuje do grania na automatach. Ta gra hazardowa jest atrakcyjna w oczach użytkowników, a jednocześnie powoduje więcej szkód niż inne formy hazardu (Jacques i współ., 2016).

Również ten sam operator gier wideo i gier hazardowych sprawia, że gracze mają trudności w odróżnieniu, do której kategorii należy ich gra. Operatorzy tego typu gier są świadomi, że oferowanie przez nich podobnych gier wideo i gier hazardowych sprawia, że użytkownicy są bardziej do nich przywiązani (Jacques i współ., 2016).

6. E-sport

Istnieje wiele definicji e-sportu. Jedną z nich proponował Whalen (2013), opisując tę dziedzinę jako zorganizowane, często mające charakter współzawodnictwa, pokazy grania. Wraz z pojawieniem się e-sportu rodzi się motywacja finansowa do grania (Griffiths, 2017). Inne powody grania to pobudzenie, poszukiwanie wyzwań, chęć współzawodniczenia i poszukiwanie interakcji z innymi (Sherry i współ., 2006). E-sport ma cechy tradycyjnego sportu, a prowadzony jest w świecie gier komputerowych. Wszystko odbywa się w świecie wirtualnym, jednak obowiązują podziały na ligi i turnieje – jak w tradycyjnych rozgrywkach sportowych. W e-sporcie gry wideo są środowiskiem, gdzie odbywa się rozgrywka, a przejawem usportowienia (sportyfikacji) grania w gry komputerowe jest jego profesjonalizacja, wprowadzanie regulaminów rozgrywek, społeczności kibiców (fanów), transmisji

telewizyjnych oraz elementów hazardu, takich jak możliwość robienia zakładów (Macey, Hamari, 2019). Zakłady mogą przybrać tradycyjną formę, kiedy to gracz obstawiają wynik rozgrywki, jednak w przypadku e-sportu istnieje możliwość, aby to sami zawodnicy robili zakłady w rozgrywkach, w których uczestniczą (*player-versus-player*).

Griffiths (2017) postawił pytanie o podobieństwo między e-sportem a hazardem. Już w roku 1991 porównywał on granie na automatach do grania w gry komputerowe, wskazując na takie podobieństwa, jak: podobna charakterystyka demograficzna grup, charakterystyka samych gier i grania, podobne postrzeganie umiejętności potrzebnych do grania i podobne skutki nadmiernego grania. Na razie niewiele badań przeprowadzono na temat podobieństw pomiędzy e-sportem i hazardem.

7. Loot box

W wielu nowoczesnych grach użytkownicy mogą dokonywać mikropłatności w celu otwierania skrzynek z przedmiotami (loot box), których zawartość jest dobierana losowo. Oznacza to, że gracz, uiszczając opłatę za ich otwarcie, nie wie, co w nich będzie. Na przykład może się w nich znaleźć bardzo rzadki przedmiot, który poprawi wyniki gracza, jednak może to być także przedmiot zupełnie zwykły, który nie przyniesie graczowi żadnych korzyści. Przykładem tradycyjnej gry hazardowej, która ma charakter loot box, są zdrapek (Zendle, Cairns, 2019).

Płatności za możliwość otwarcia skrzynki są przede wszystkim dokonywane przy użyciu rzeczywistych pieniędzy. Jednak w grze dostępne są również „bezpłatne” skrzynki, które można otworzyć za pomocą waluty wykorzystywanej w danej grze lub jako nagrodę za osiągnięcia w grze. Te gry, w których dostępne są darmowe skrzynki, umożliwiają graczom zakup kolejnych – za prawdziwe pieniądze. Część gier uniemożliwia wymianę przedmiotów pozyskanych ze skrzynek, jednak są również takie, które to dopuszczają. W tej sytuacji gracz może wymienić uzyskany przedmiot na realne pieniądze bądź na inne przedmioty. W tym celu działają różne platformy handlowe powiązane z grą bądź znajdujące się poza nią (Macey, Hamari, 2019). Istnieje wiele podobieństw między loot boxami a hazardem, przede wszystkim związanych z ich losową naturą. Te podobieństwa mogą sprawiać, że osoby, u których występują zaburzenia hazardowe, wydają

duże kwoty na kupowanie skrzynek w grach wideo, podobnie jak wydawaliby je na granie w gry hazardowe (Zendle, Cairns, 2018).

8. Liberalizacja prawa hazardowego i rozwój hazardu online

Czynnikami, które sprzyjają przechodzeniu od grania w gry komputerowe do grania w gry hazardowe, jest coraz powszechniej obserwowana liberalizacja prawa hazardowego, zwiększająca między innymi dostępność gier hazardowych w internecie oraz na urządzeniach mobilnych (Macey, Hamari, 2017).

Oprócz tego, problemem jest regulacja prawna gier internetowych zawierających elementy hazardu oraz gier, które mogą zachęcać do przechodzenia od grania w gry komputerowe do grania w gry hazardowe. Na przykład niektóre gry hazardowe online, mające komponent społecznościowy (*social casino games*), wykraczają poza zakres regulacji charakterystycznych dla gier wideo i wymagają regulacji właściwej dla gier hazardowych.

Regulacja gier hazardowych online jest niezwykle ważna zarówno dla konsumentów, jak i operatorów. Produkty sklasyfikowane jako gry hazardowe podlegają dużej liczbie regulacji prawnych, a także opłat licencyjnych i podatków. Dla porównania, gry online podlegają niewielu ograniczeniom dotyczącym produktów konsumenckich (Teichert i współ., 2017).

9. Zwiększająca się dostępność gier hazardowych

W dzisiejszym świecie nie trzeba poszukiwać licencjonowanych miejsc, w których można uprawiać hazard. Można to robić bez problemu za pośrednictwem internetu w komputerze lub telefonie (Griffiths, 2007) czy za pośrednictwem telewizji interaktywnej (Griffiths, 2017). Można też uprawiać hazard, który jest częścią gier wideo (McMillen i Grabosky, 1998). Młodzi ludzie z racji tego, że doskonale orientują się w nowych technologiach, są szczególnie eksponowani na ofertę hazardową.

Na dostępność gier hazardowych ma wpływ również możliwość uprawiania hazardu bez użycia pieniędzy. McBride i Derevensky (2009) stwierdzili, że 75% dorosłych hazardzistów, którzy uprawiali hazard, grało w gry typu hazardowego bez użycia pieniędzy. Istnieją wersje online tradycyjnych gier hazardowych, w których nie wygrywa się pieniędzy. Jednak gracze mają możliwość wygrywania dużych kwot wirtualnych środków.

Gracze, grając w sieciach, konkurują między sobą, co podsyca zainteresowanie tymi grami.

Związek między graniem w gry komputerowe i większym rozpowszechnieniem uprawiania hazardu

1. Granie w gry komputerowe przyczynia się do rozwoju zaburzeń hazardowych

Sanders i Williams (2018) badali zależność między graniem w gry wideo i hazardem, poddając analizie dane uzyskane z badania na próbie 3942 Kanadyjczyków. 78,5% osób deklarujących granie w gry wideo w roku poprzedzającym badanie, zadeklarowało granie w gry hazardowe, podczas gdy 70,7% hazardzistów mówiło o graniu w gry wideo. Problemowi gracze obu typów gier mieli podobne charakterystyki demograficzne, więcej zaburzeń psychicznych i wyższy poziom impulsywności. Jednak problemowi gracze w gry wideo byli młodszy, mniej impulsywni, rzadziej mieli zaburzenia używania substancji, za to częściej cierpieli na depresję. Pomimo wspólnych cech, zjawisko nakładania się obydwu populacji ma umiarkowany zasięg: 10,5% z 466 problemowych hazardzistów miało problem z graniem w gry komputerowe, a 24,1% spośród 203 problemowych użytkowników gier wideo doświadczało również problemowego grania w gry hazardowe.

Mallorquí-Bagué i inni (2017) porównali 261 osób z zaburzeniami grania w internecie z 27 osobami z zaburzeniami hazardowymi. Obie grupy reprezentowały wyższy wskaźnik symptomów psychopatologicznych, niż obserwowany jest w populacji generalnej. Pierwsza grupa była jednak młodsza, jej członkowie częściej pozostawali bez pracy i byli singlami. Rzadziej mieli zaburzenia hazardowe, ale mieli wyższy wskaźnik BMI. Około 1/5 (19,4%) graczy w gry zawierające elementy hazardu z grupy *social casino games* jednocześnie uprawiała hazard z użyciem realnych pieniędzy. Częściej byli to mężczyźni (25,9% w porównaniu do 14,2% kobiet) oraz osoby młodsze i te, które w domu posługiwały się innym językiem niż język angielski (badanie było prowadzone w Australii). Respondenci z wykształceniem wyższym (34,6%) oraz studenci (27,5%) częściej uprawiali hazard w wyniku wcześniejszego grania w gry wideo zawierające elementy hazardu niż osoby z niższym wykształceniem (14,9%). Osoby, które z powodu grania w gry wideo z grupy *social casino*

games uprawiały hazard, były bardziej skłonne do angażowania się w jego każdą formę, z wyjątkiem gier losowych. Częściej uprawiali również gry hazardowe online oraz byli znacznie bardziej narażeni na wystąpienie problemowego grania (Gainsbury i współ., 2016). Gainsbury i współ. (2016) przytaczają badania, pokazujące, że młodzież grająca w gry zawierające elementy hazardu, w tym gry symulujące gry hazardowe (*social casino games*), wykazuje większe ryzyko, że w przyszłości będzie się angażować w hazard i doświadczać problemów hazardowych. Inne badania przytaczane przez autorów pokazują, że osoby, które uprawiają hazard online i grają w gry symulujące hazard, w większym stopniu angażowały się w hazard. Badania longitudinalne prowadzone w USA, pokazały, że wśród 409 graczy sięgających po gry symulujące gry hazardowe, którzy nigdy nie uprawiali hazardu, jedna czwarta zaczęła grać w gry hazardowe. Dokonywanie mikropłatności było jedynym istotnym statystycznie predykatorem przechodzenia z gier do hazardu.

W badaniu Macey i Hamari (2019) zaobserwowano, że widzowie, którzy są mocno zaangażowani w e-sport, chętniej biorą udział w grach hazardowych niż ci, którzy są mało lub umiarkowanie zaangażowani. Oznacza to, że istnieje związek między oglądaniem rozgrywek mających charakter e-sportu ze zwiększoną aktywnością hazardową. W tym samym badaniu autorzy zauważyli, że liczba respondentów, którzy zadeklarowali, że nie płacili za otwieranie skrzynek loot box, była niewielka. Jednocześnie stwierdzono, że znaczny odsetek (30,8%) korzysta z dodatków służących do personalizacji postaci i przedmiotów (*skins*) w celu uprawiania hazardu. Wśród osób, które płaciły za otwieranie skrzynek, odsetek tych, którzy następnie używali wymienionych dodatków w celu uprawiania hazardu, był dwukrotnie wyższy i wynosił 68,4%. Loot boxy są głównym źródłem pozyskiwania „skinów”, co jest dowodem na istnienie silnego związku między otwieraniem skrzynek i uprawianiem hazardu.

Zendle i Cairns (2018) dostrzegali, że istnieje silny związek między hazardem problemowym a używaniem loot boxów w grach wideo. Im bardziej zaawansowany problem z graniem, tym respondenci wydawali więcej pieniędzy na skrzynki. Najmniej wydawali gracze, u których nie występowały zaburzenia hazardowe, w dalszej kolejności gracze z lekkimi zaburzeniami, osoby z umiarkowanymi zaburzeniami hazardowymi,

a problemowi hazardziści wydawali najwięcej. Potwierdzają to wyniki kolejnych badań Zendle i Cairns (2019), gdzie osoby, u których nie występowały zaburzenia hazardowe, wydawały średnio miesięcznie 11 dolarów amerykańskich, osoby z lekkimi zaburzeniami wydawały około 22 dolarów, osoby z umiarkowanymi zaburzeniami hazardowymi wydawały około 28 dolarów, a problemowi hazardziści ponad 38 dolarów. Związek między występowaniem zaburzeń hazardowych i korzystaniem z loot boxów jest silniejszy niż w przypadku występowania zaburzeń hazardowych i depresji czy używania narkotyków. Jest porównywalny do współwystępowania zaburzeń hazardowych z uzależnieniem od alkoholu. Autorzy konkludują, że loot boxy mogą być furtką do rozwoju zaburzeń hazardowych wśród graczy w gry wideo. Jednak może być też tak, że już istniejące problemy z hazardem powodują, że ludzie wydają więcej pieniędzy na skrzynki. W takim przypadku obecność loot boxów w grach byłaby okazją dla operatorów gier do wykorzystania poważnych problemów psychologicznych swoich klientów w celu uzyskania ogromnych zysków pieniężnych (Zendle, Cairns, 2019).

Adachi i Willoughby (2013) zajęli się problemem agresji w powiązaniu z graniem w gry komputerowe i graniem w gry hazardowe oparte na zasadach współzawodnictwa. Młodzi ludzie w wieku 14-17 lat (n=1492) byli na przestrzeni czasu pytani o ich granie, a także zachowania agresywne. Osoby, które reprezentowały wyższy poziom grania zarówno w gry wideo, jak i hazardowe charakteryzował wyższy stopień agresji. Również osoby z wyższym poziomem agresji częściej sięgały po gry. Walther i współpracownicy (2012) do porównań włączyli również używanie substancji. Przeprowadzili oni badanie na próbie 2553 młodych ludzi (12-15 lat). Ich analizy wykazały, że o ile istnieje pozytywna korelacja między używaniem alkoholu, tytoniu i marihuany, o tyle korelacja pomiędzy problemowym graniem w gry i problemowym hazardem jest mniejsza. Problemowe granie w gry komputerowe współwystępowało z używaniem konopi, podczas gdy hazard współwystępował z używaniem wszystkich trzech substancji. Analiza wieloczynnikowa wykazała, że wysoka reaktywność/impulsywność pozostawała w związku zarówno z używaniem substancji, jak i graniem w gry komputerowe i hazardem. Specyficzne dla graczy komputerowych były agresja, ADHD, niska samoocena, fobia społeczna.

W konkluzjach autorzy stwierdzają, że osoby uprawiające hazard mają bardziej zbliżone charakterystyki do osób używających substancji psychoaktywnych.

2. Granie w gry komputerowe nie musi przyczyniać się do rozwoju zaburzeń hazardowych
- Badanie przeprowadzone w Australii, które diagnozowało powiązania pomiędzy hazardem a graniem w gry wideo, przyniosło rezultaty świadczące o tym, że związki między nimi nie są tak silne jak początkowo sądzono (Forrest, King, Delfabbro, 2016). Autorzy na bazie ustaleń z poprzednich badań postawili hipotezę, że wraz ze wzrostem częstotliwości grania w gry wideo może wzrastać zaangażowanie w gry hazardowe. Jednak częstotliwość grania w gry hazardowe nie korelowała statystycznie istotnie z częstotliwością uprawiania hazardu, niezależnie, czy z użyciem pieniędzy, czy bez ich użycia, np. możliwość grania za zdobyte wcześniej w grze punkty. Podobnie badania Macey i Hamari (2017), których celem była ocena związku między zaangażowaniem w gry wideo, e-sport a uprawianiem hazardu. Wyniki pokazują, że dopiero granie w gry wideo, które zostało ocenione jako problemowe, miało mały związek z występowaniem zaburzeń hazardowych. Z kolei zaangażowanie w e-sport jest silnie związane ze zwiększonym korzystaniem z gier hazardowych online oraz gier zawierających elementy hazardu oraz umiarkowanie związane z rozwojem problemowego hazardu. Zdaniem autorów badania wyniki wskazują, że współczesne gry wideo same w sobie nie przyczyniają się do rozwoju zaburzeń hazardowych. Ponadto autorzy kwestionują twierdzenie, że problemowe granie i hazard problemowy są powiązane. Zamiast tego wydaje się, że gry wideo są po prostu narzędziem, podobnie jak wiele innych działań, wykorzystywanym w celu zaspokojenia konkretnych potrzeb wynikających z uprawiania hazardu (Macey i Hamari, 2017).

Podsumowanie

Na świecie coraz więcej badań poświęconych jest ocenie związków między graniem w gry wideo i rozwojem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest często identyfikacja determinantów odpowiedzialnych za ryzyko wystąpienia zaburzeń oraz przechodzenia z grania w gry komputerowe do grania w gry hazardowe. Na podstawie przeglądu literatury zidentyfikowano szereg czynników

przyczyniających się do zwiększenia częstotliwości grania w gry komputerowe i hazardowe. Zaliczają się do nich te związane z możliwością zaspokajania potrzeb emocjonalnych, w celu odprężenia się, rozwojem nowych technologii, mechaniką gry, pojawieniem się wirtualnych środków płatniczych ułatwiających robienie zakupów, normalizacją zachowań związanych z hazardem. Są też takie czynniki, które związane są z rozwojem e-sportu i loot boxów, liberalizacją prawa hazardowego, rozwojem hazardu w internecie, a przez to zwiększającym się dostępem do tego typu gier.

Jest wiele badań wskazujących na związek między graniem w gry komputerowe a większym rozpowszechnieniem w graniu w gry hazardowe oraz rozwojem zaburzeń hazardowych. Związek ten jest wyjaśniany poprzez występowanie podobnych cech między graniem a hazardem oraz występującymi zaburzeniami poznawczymi, np. nadmiernie rozwiniętym poczuciem kontroli.

Na podstawie przeglądu literatury można sformułować rekomendacje, których celem byłoby ograniczenie ryzyka przechodzenia od grania w gry wideo do grania w gry hazardowe. Należy opracować strategię profilaktyczną podnoszącą świadomość, informującą i edukującą na

temat hazardu i zaburzeń hazardowych oraz związków z graniem w gry wideo. Strategia powinna uwzględniać objawy występowania zaburzeń hazardowych oraz wynikające z grania w gry wideo. Szczególny nacisk należy położyć na gry wideo, ponieważ ten sposób spędzania czasu jest bardziej rozpowszechniony niż hazard. Operatorzy gier muszą położyć większy nacisk na odpowiedzialność społeczną za strategie marketingowe, których celem jest sprzedaż gier oraz zachęty do zakupów w grze. W przypadku gier społecznościowych należy wprowadzić bardziej rygorystyczne środki weryfikacji wieku, szczególnie tam, gdzie młodzież ma dostęp do gier zawierających elementy hazardu, nawet jeśli te gry wykorzystują jedynie wirtualną walutę. Rodzice muszą również wziąć na siebie odpowiedzialność za umożliwienie dzieciom grania w gry społecznościowe lub instalowania gier na telefon. Rodzice powinni nadzorować wszystkie aplikacje instalowane na telefonach dzieci, nie udostępniać haseł do sklepów internetowych, usuwać zachowane w historii telefonu numery kart kredytowych i debetowych oraz rozmawiać z dziećmi o zakupach dodatków w grach.

Bibliografia jest dostępna w redakcji.

Analiza danych dotyczących problemu narkotykowego wskazuje na zróżnicowanie terytorialne skali zjawiska narkotyków oraz problemów związanych z ich używaniem. W ramach krajowego systemu monitorującego zbierane są dane dotyczące zjawiska używania narkotyków oraz działań z zakresu redukcji podaży i popytu w poszczególnych województwach. Od wielu lat rozwijany jest zarówno monitoring wojewódzki (sieć ekspertów wojewódzkich), jak i monitoring lokalny zjawiska narkomanii.

ZRÓŻNICOWANIE TERYTORIALNE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE. CZĘŚĆ I

Artur Malczewski

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

Przedmiotem niniejszego artykułu jest próba analizy zróżnicowania terytorialnego problemu narkotyków i narkomanii przede wszystkim na podstawie danych zbieranych przez instytucje centralne, takie jak np. Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego,

Komendę Główną Policji oraz kilka innych. W opracowaniu przedstawiono ostatnie dostępne dane za rok 2018 dotyczące problemów związanych z używaniem narkotyków – wskaźniki zgonów z powodu narkotyków oraz zakażeń HIV związanych z używaniem narkotyków

w iniekcjach. W obszarze rynku narkotykowego zastosowano trzy wskaźniki z 2019 roku: postępowania wszczęte, przestępstwa stwierdzone oraz osoby podejrzane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W analizie uwzględniono marginalizację osób z powodu używania narkotyków. Zastosowany został wskaźnik liczba osób objętych pomocą społeczną z powodu narkotyków (dane z 2019 roku). Skalę używania narkotyków w części województw przedstawiają odsetki użytkowników marihuany oraz „dopalaczy” wśród młodzieży szkolnej.

Zgony z powodu używania narkotyków

Informacje o zgonach z powodu narkotyków w Polsce uzyskiwane są z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Z ogólnej bazy zostały wyselekcjonowane kody ICD-10: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14. Najnowsze dane na temat bezpośrednich zgonów

Tabela 1. Liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków i wskaźnik zgonów na 100 tys. mieszkańców (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w 2018 roku wg województw.

Województwo	Liczba zgonów	Wskaźnik śmiertelności na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	15	0,52
Kujawsko-pomorskie	12	0,58
Lubelskie	2	0,09
Lubuskie	6	0,59
Łódzkie	21	0,85
Małopolskie	16	0,47
Mazowieckie	19	0,35
Opolskie	1	0,10
Podkarpackie	8	0,38
Podlaskie	4	0,34
Pomorskie	19	0,82
Śląskie	38	0,84
Świętokrzyskie	0	0,00
Warmińsko-mazurskie	16	1,12
Wielkopolskie	7	0,20
Zachodniopomorskie	15	0,88
Polska	199	0,52

Źródło: Główny Urząd Statystyczny – dane opracowane przez CINN KBPN.

dotyczą roku 2018. Są to przypadki osób, które umarły z powodu przedawkowania narkotyków. Omawiana statystyka nie obejmuje sytuacji, jeżeli ktoś zginął np. w wypadku samochodowym, będąc pod wpływem narkotyku. W 2018 roku odnotowano 199 zgonów w Polsce z powodu narkotyków, najwięcej w województwie śląskim (38 przypadków), łódzkim (21) i mazowieckim (19). Najmniej przypadków zgonów miało miejsce w województwie opolskim (1) i lubelskim (2). W 2018 roku nie odnotowano zgonów w województwie świętokrzyskim. Porównując sytuację w województwach i biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, najwyższe wskaźniki zgonów z powodu użycia narkotyku zarejestrowano w województwie zachodniopomorskim (0,88), śląskim (0,84) i pomorskim (0,82).

Zakażenia HIV z powodu używania narkotyków

Jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych związanych z narkotykami są choroby zakaźne.

Tabela 2. Zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2018 roku.

Województwo	Liczba	Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	1	0,03
Kujawsko-pomorskie	0	0,00
Lubelskie	0	0,00
Lubuskie	3	0,30
Łódzkie	0	0,00
Małopolskie	2	0,06
Mazowieckie	2	0,04
Opolskie	0	0,00
Podkarpackie	0	0,00
Podlaskie	0	0,00
Pomorskie	4	0,17
Śląskie	0	0,00
Świętokrzyskie	1	0,08
Warmińsko-mazurskie	4	0,28
Wielkopolskie	1	0,03
Zachodniopomorskie	0	0,00
Polska	18	0,05

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, stan na 31 marca 2019.

Ogólnopolskie dane o zgłoszonych do stacji sanitarno-epidemiologicznych zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS, w tym także w związku z używaniem narkotyków, są udostępniane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. W 2018 roku rozpoznano 1165 zakażeń HIV, w tym 18 przypadków wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Analizując sytuację w województwach, najwięcej przypadków, po 4, odnotowano w dwóch województwach: pomorskim i warmińsko-mazurskim. Porównując sytuację w województwach i biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, najwyższe wskaźniki odnotowujemy w województwie lubuskim (0,30) i warmińsko-mazurskim (0,28). W połowie województw nie odnotowano przypadków zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Tabela 3. Liczba osób uzależnionych od narkotyków objętych działaniami pomocy społecznej w 2019 roku i wskaźnik na 100 tys. mieszkańców.

Województwo	Liczba osób w rodzinach	Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	839	29
Kujawsko-pomorskie	510	24
Lubelskie	218	10
Lubuskie	259	25
Łódzkie	343	14
Małopolskie	168	5
Mazowieckie	1071	20
Opolskie	116	12
Podkarpackie	96	5
Podlaskie	124	10
Pomorskie	443	19
Śląskie	605	13
Świętokrzyskie	119	10
Warmińsko-mazurskie	329	23
Wielkopolskie	521	15
Zachodniopomorskie	405	24
Razem	6166	16

Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Pomoc społeczna z powodu narkotyków

Dane pomocy społecznej mogą posłużyć do próby określenia stopnia marginalizacji osób zażywających narkotyki w społeczeństwie. Warto jednak zgłosić zastrzeżenie, że te dane są również wskaźnikiem stopnia aktywności służb zajmujących się pomocą społeczną, tego, jak efektywnie pomoc ta trafia do osób jej potrzebujących. Największa liczba osób objętych pomocą społeczną z powodu narkotyków była w województwie mazowieckim (1071). Na drugim miejscu jest województwo dolnośląskie (839), a na trzecim śląskie (605). Najmniej osób otrzymało pomoc z powodu narkotyków w województwie podkarpackim (96). W przypadku wskaźnika na 100 tys. mieszkańców na pierwszym miejscu odnotowujemy województwo dolnośląskie (29), za nim jest województwo kujawsko-pomorskie (24) i zachodniopomorskie (24). Najniższe wskaźniki

Tabela 4. Liczba postępowań wszczętych z powodu narkotyków w 2019 roku i wskaźnik przestępczości na 100 tys. mieszkańców.

Województwo	Liczba postępowań	Wskaźnik przestępczości na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	4574	158
Kujawsko-pomorskie	1887	91
Lubelskie	1497	70
Lubuskie	1210	119
Łódzkie	1291	52
Małopolskie	2562	76
Mazowieckie	1347	25
Opolskie	834	84
Podkarpackie	771	36
Podlaskie	992	84
Pomorskie	2439	105
Śląskie	3554	78
Świętokrzyskie	691	55
Warmińsko-mazurskie	1099	77
Wielkopolskie	2899	83
Zachodniopomorskie	2063	121
CBSŁP	140	0
Razem	34 388	90

Źródło: Komenda Główna Policji.

rejestrujemy w przypadku województwa małopolskiego i podkarpackiego (5).

Przestępczość narkotykowa

Dane dotyczące liczby osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii pochodzą z Komendy Głównej Policji. W analizie przedstawionej w artykule uwzględniono trzy wskaźniki: przestępstwa stwierdzone¹, postępowania wszczęte oraz podejrzani². Dane policji dotyczące przypadków łamania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii pokazują skalę przestępczości narkotykowej, ale również są wyznacznikiem aktywności policji w zwalczaniu przestępczości narkotykowej. W tabelach 4-6 oprócz danych wojewódzkich znajdują się także statystyki Centralnego Biura Śledczego Policji, które dotyczą całego kraju. W 2019 roku odnotowano 34 388 postępowań wszczętych³ z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Najwięcej postępowań wszczęto w województwach: dolnośląskim (4574), śląskim (3554) i wielkopolskim (2899).

Tabela 5. Liczba przestępstw stwierdzonych z powodu narkotyków w 2019 roku i wskaźnik przestępczości na 100 tys. mieszkańców.

Województwo	Liczba przestępstw	Wskaźnik przestępczości na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	6612	228
Kujawsko-pomorskie	3506	168
Lubelskie	2665	125
Lubuskie	2017	198
Łódzkie	2901	117
Małopolskie	9693	286
Mazowieckie	8917	166
Opolskie	1940	196
Podkarpackie	1568	74
Podlaskie	1303	110
Pomorskie	2815	121
Śląskie	6409	141
Świętokrzyskie	1309	105
Warmińsko-mazurskie	1441	100
Wielkopolskie	8682	249
Zachodniopomorskie	3577	210
CBŚP	1476	4
Razem	66 831	174

Źródło: Komenda Główna Policji.

Biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, na czele rankingu uplasowało się województwo dolnośląskie – 158 postępowań z ustawy narkotykowej, na drugim miejscu zachodniopomorskie (121 postępowań), a trzecie było województwo lubuskie (119 postępowań). Najmniej postępowań odnotowano w województwie podkarpackim (771 wszczętych postępowań, wskaźnik 36 a 100 tys. mieszkańców).

Analizując dane dotyczące przestępstw stwierdzonych, otrzymujemy trochę inny obraz, ponieważ najwięcej przestępstw zarejestrowano w województwie małopolskim (9693), wielkopolskim (8682) i mazowieckim (8917). Najmniej przestępstw odnotowano w województwie podlaskim (1303). W przypadku wskaźnika na 100 tys. mieszkańców najwięcej przestępstw stwierdzono w województwie małopolskim (286), wielkopolskim (249) i dolnośląskim (228). Najmniej zaś odnotowano w województwie podkarpackim (74).

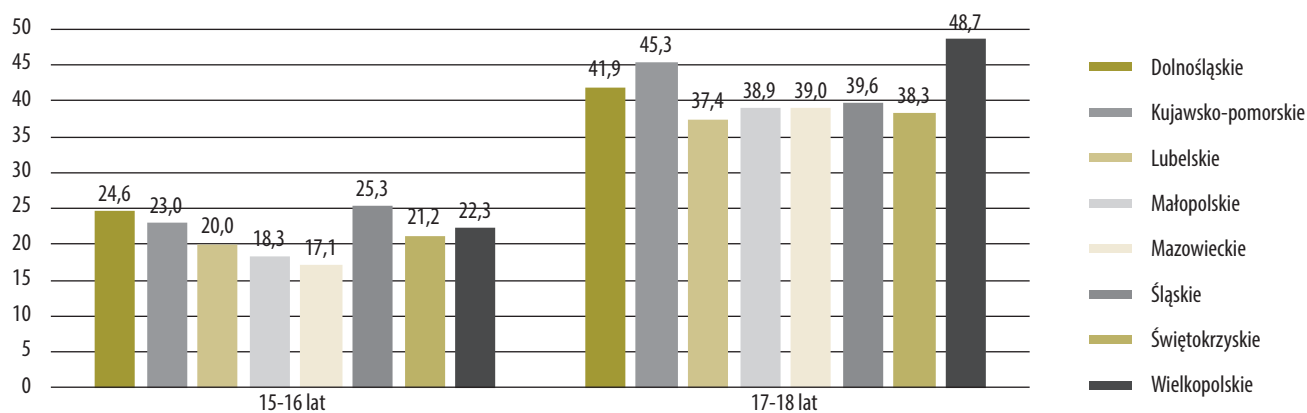
Ostatni wskaźnik dotyczy nie przestępstw, ale osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tabela 6. Liczba osób podejrzanych o popełnienie przestępstwa w 2019 roku z powodu narkotyków i wskaźnik na 100 tys. mieszkańców.

Województwo	Liczba osób podejrzanych	Wskaźnik przestępczości na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	4093	141
Kujawsko-pomorskie	1794	86
Lubelskie	1840	87
Lubuskie	893	88
Łódzkie	1229	50
Małopolskie	2603	77
Mazowieckie	6273	116
Opolskie	856	86
Podkarpackie	747	35
Podlaskie	929	78
Pomorskie	2000	86
Śląskie	3482	77
Świętokrzyskie	644	52
Warmińsko-mazurskie	937	65
Wielkopolskie	3156	90
Zachodniopomorskie	1669	98
CBŚP	717	2
Razem	33 862	88

Źródło: Komenda Główna Policji.

Wykres 1. Używanie marihuany i haszyszu kiedykolwiek w życiu (%) ESPAD 2019.



Źródło: Badania ESPAD w ośmiu województwach.

W 2019 roku było ich łącznie 33 862 osoby, z tego najwięcej w województwie mazowieckim (6273), dolnośląskim (4093) i śląskim (3482). Najmniej podejrzanych osób zarejestrowano w województwie świętokrzyskim – 644 osoby. Analizując wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, najwyższe wskaźniki dotyczą województwa dolnośląskiego (141), mazowieckiego (116) i zachodniopomorskiego (98).

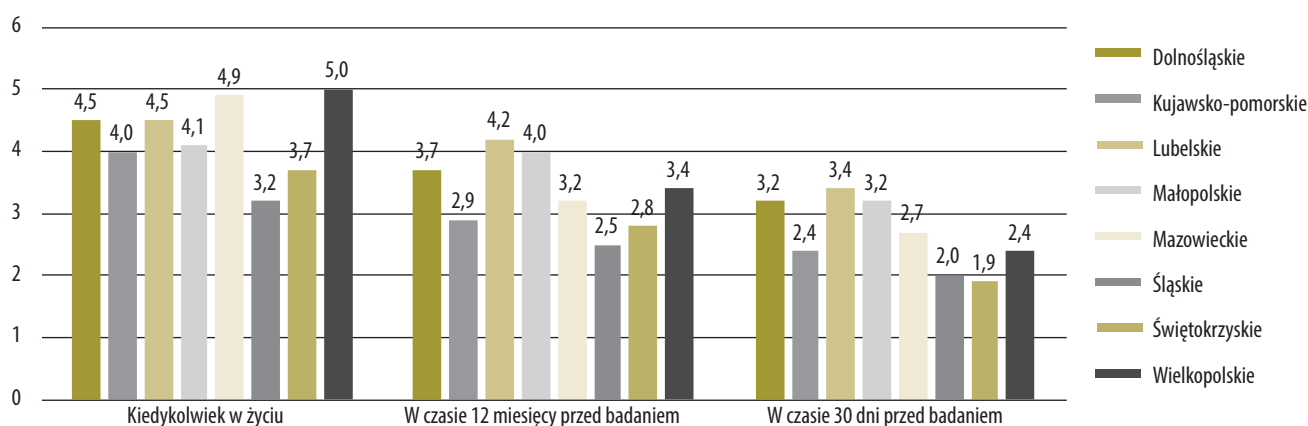
Rozpowszechnienie używania marihuany oraz „dopalaczy”

Jednym z podstawowych źródeł informacji o skali używania narkotyków są badania szkolne realizowane na

reprezentatywnych próbach. Ostatnia edycja ogólnopolskiego audytoryjnego badania ankietowego na temat używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną (reprezentatywna próba uczniów w wieku 15-16 lat oraz 17-18 lat), realizowanego w ramach międzynarodowego badania ESPAD, została przeprowadzona w 2019 roku na zlecenie Krajowego Biura i PARPA. Badanie na terenie ośmiu województw zostało zlecone przez jednostki samorządu terytorialnego, ale było przeprowadzone tą samą metodą, dlatego możemy porównywać wyniki badań wojewódzkich z ogólnopolskimi.

Do naszej analizy wybrałem dwie substancje: przetwory konopi (marihuana i haszysz) i „dopalacze” (nowe substancje psychoaktywne). Marihuana jest najbardziej

Wykres 2. Używanie nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”) kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (%) (15-16 lat) ESPAD.



Źródło: Badania ESPAD w ośmiu województwach.

rozpowszechnioną substancją, a „dopalacze” powodowały wiele zatruć w naszym kraju, więc warto przyjrzeć się, jak wyglądają różnice terytorialne w używaniu tych substancji, mimo że dostępne dane nie obejmują wszystkich województw. Na wykresie 1. przedstawiono rozpowszechnienie używania marihuany i haszyszu w ośmiu województwach, które zrealizowały próby regionalne w ramach projektu ESPAD. Najwięcej uczniów w wieku 15-16 lat, przyznających się do eksperymentów z marihuaną i haszyszem, odnotowano w województwie śląskim (25,3%) i dolnośląskim (24,6%), a najmniej w województwie mazowieckim (17,1%). Inne województwa są na pierwszym i drugim miejscu w przypadku starszej grupy wiekowej (17-18 lat). Najwięcej, bo 48,7% badanych sięgających po przetwory konopi, odnotowano w województwie wielkopolskim, niewiele mniej w województwie kujawsko-pomorskim – 45,3%. Odsetki dla całej badanej populacji (próba ogólnopolska) wyniosły 21% dla grupy uczniów w wieku 15-16 lat i 37,2% dla populacji 17-18 lat. Oznacza to, że w przypadku młodszej grupy wiekowej poniżej odsetka ogólnopolskiego były województwa lubelskie, małopolskie oraz mazowieckie, a w przypadku starszej grupy wiekowej żadne z przedstawionych województw nie miało odsetka mniejszego niż wynik ogólnopolski.

Na wykresie 2. przedstawiono wyniki badania ESPAD dla młodszej grupy wiekowej (15-16-latków) dotyczące używania nowych substancji psychoaktywnych (NSP), nazywanych potocznie „dopalaczami”. Kiedykolwiek w życiu używało nowych substancji psychoaktywnych

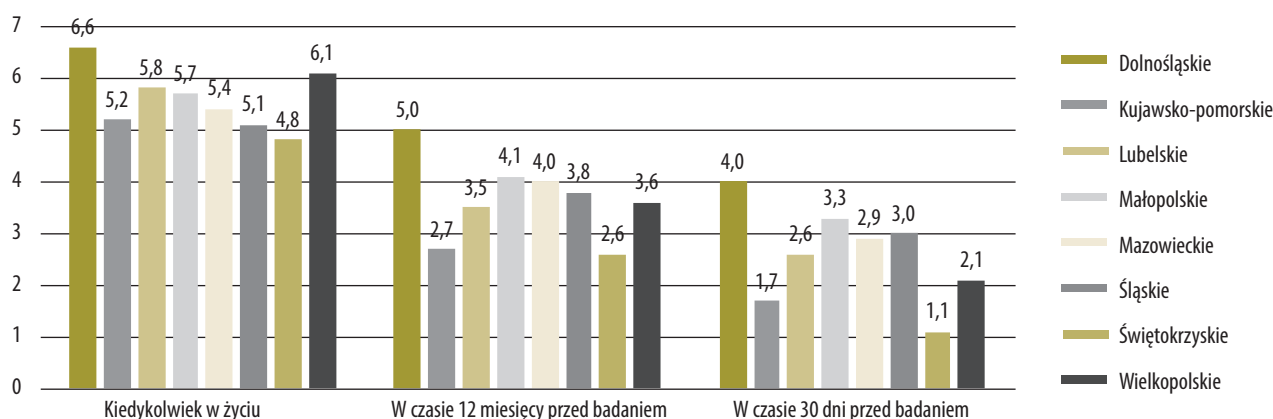
w tej grupie wiekowej 5,3% badanych, co oznacza, iż żadne z analizowanych województw nie miało odsetka wyższego niż dla całej Polski. W przypadku województwa mazowieckiego (4,9%) i wielkopolskiego (5%) odsetki były prawie na poziomie ogólnopolskim, a najniższy wskaźnik rozpowszechnienia używania nowych substancji psychoaktywnych odnotowano w województwie śląskim (3,2%). Odnosząc się do skali aktualnego używania (12 miesięcy), wskaźnik dla całej Polski wyniósł 3,5%; wśród analizowanych województw trzy miały wyższe odsetki, najwyższy rejestrujemy w województwie lubelskim – 4,2%. Najmniejsze wskaźniki mają województwa kujawsko-pomorskie (2,9%) i świętokrzyskie (2,5%).

W przypadku używania „dopalaczy” w ciągu ostatniego miesiąca odsetek dla całego kraju wyniósł 2,2%. Większość województw miała wyższe odsetki niż wskaźnik ogólnopolski. Najwyższą wartość odnotowano w województwie lubelskim – 3,4%.

Przypisy

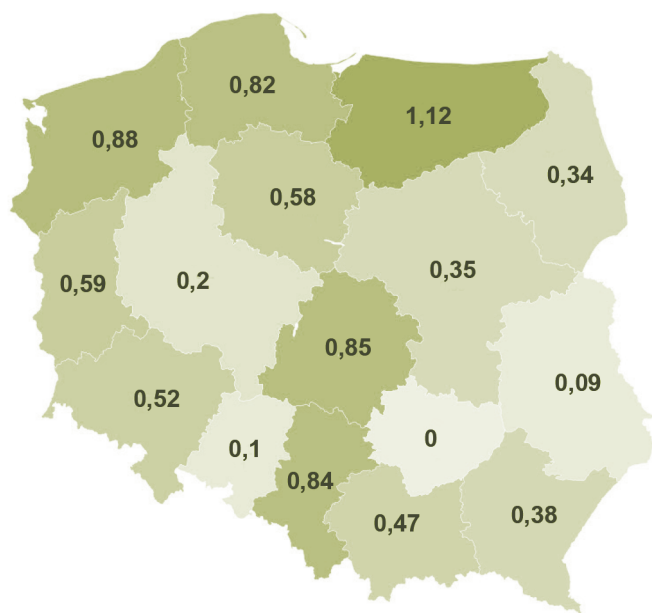
- ¹ Przestępstwo stwierdzone jest to zdarzenie, które w zakończonym postępowaniu przygotowawczym potwierdzono przez policję i prokuraturę, że jest to przestępstwo.
- ² W polskim postępowaniu karnym uczestnik postępowania definiowany jest w art. 71 § 1 k.p.k. jako osoba, wobec której wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów (art. 313 § 1 k.p.k.) albo której bez wydania takiego postanowienia postawiono zarzut w związku z rozpoczęciem przesłuchania w charakterze podejrzanego (zob. jednak art. 308 § 3 k.p.k.), źródło: Wikipedia.
- ³ Wszczęte postępowanie przygotowawcze jest to postępowanie (dochodzenie lub śledztwo) wszczęte przez jednostkę organizacyjną Policji w związku ze zdarzeniem, co do którego zachodzi podejrzenie, że jest przestępstwem albo jest wszczęte przez prokuraturę.

Wykres 3. Używanie nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”) kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (%) (17-18 lat) ESPAD.



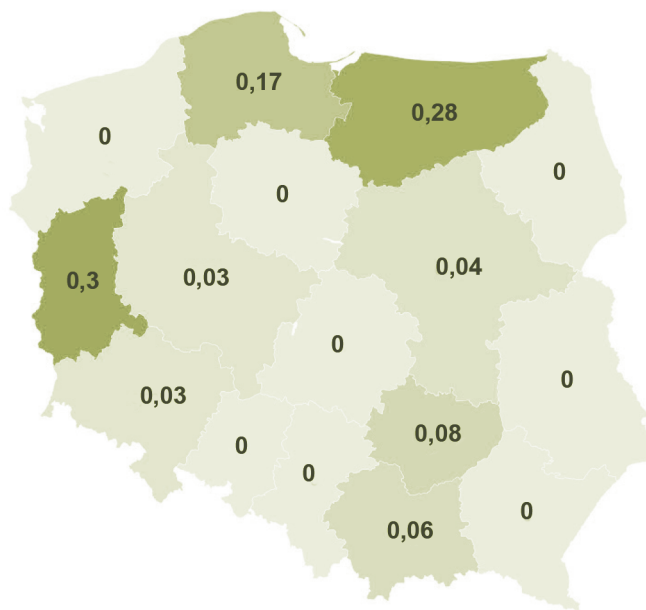
Źródło: Badania ESPAD w ośmiu województwach.

Mapa 1. Wskaźnik zgonów z powodu narkotyków na 100 tys. mieszkańców.



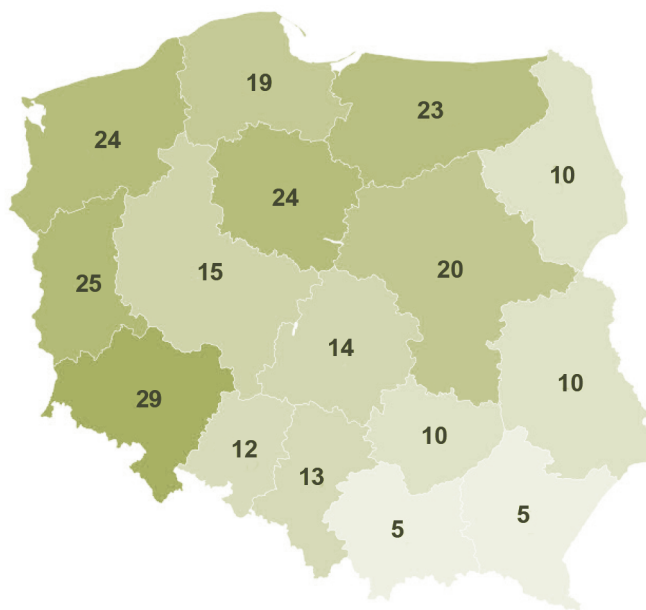
Źródło: Główny Urząd Statystyczny – dane opracowane przez CINN KBPN.

Mapa 2. Zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2018 roku – wskaźnik na 100 tys. mieszkańców.



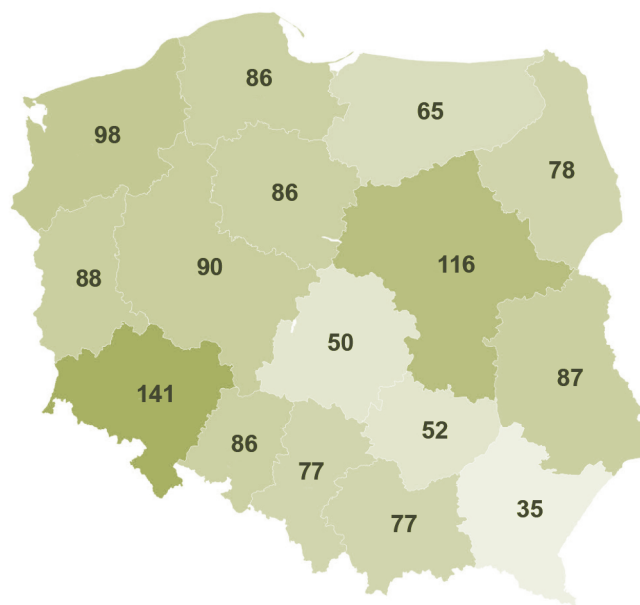
Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, stan na 31 marca 2019.

Mapa 3. Wskaźnik osób uzależnionych od narkotyków objętych działaniami pomocy społecznej na 100 tys. mieszkańców w 2019 roku.



Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Mapa 4. Wskaźnik podejrzanych o popełnienie przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na 100 tys. mieszkańców.



Źródło: Komenda Główna Policji.

INTERNETOWE ARCHIWUM KONFERENCJI



Dzięki materiałom zamieszczonym na stronie internetowej Fundacji Res Humanae (<http://reshumanae.org.pl>) możliwe jest obejrzenie przebiegu trzech ostatnich konferencji zleczanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowe Centrum ds. AIDS. Ze względu na sytuację epidemiologiczną, konferencje odbywały się wyłącznie w trybie online.

Orientację w materiałach konferencji „Patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne” zapewnia opublikowany program. Dostępnych jest osiem transmisji ze wszystkich sesji, łącznie prawie 12 godzin nagrań.

Studio konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” umożliwia obejrzenie transmisji z przebiegu trzydniowych obrad, prezentując 13,5 godziny nagrań. Obok filmów, dostępny jest raport z jednego z największych globalnych badań Positive Perspectives 2, prezentujących wyniki opisujące sytuację pacjentów zakażonych wirusem HIV. Udział wzięło w nim 2389 osób żyjących z wirusem HIV w 25 krajach.



W trakcie trzydniowej konferencji „Narkotyki – alkohol. Polityka, nauka i praktyka” zanotowano prawie tysiąc odsłon transmisji dziennie. Nagrania obejmują siedem sesji plenarnych, sześć równoległych sesji problemowych oraz dyskusję panelową. W sumie można obejrzeć prawie 18 godzin nagrań.



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

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

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

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

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