

Zbigniew Michalczyk

Współczesne uzależnienia dzieci i młodzieży

Warszawa 2020

Zbigniew Michalczyk

Współczesne uzależnienia dzieci i młodzieży

**PUBLIKACJA ZOSTAŁA SFINANSOWANA ZE ŚRODKÓW
SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**



Zbigniew Michalczyk

Współczesne uzależnienia dzieci i młodzieży



MAZOWIECKIE CENTRUM
NEUROPSYCHIATRII

Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku

Warszawa 2020

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.
w Zagórzku k. Warszawy
www.centrumzagorze.pl
Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku
tel. 22 779 20 12, 22 468 26 60
e-mail: uzaleznienia@centrumzagorze.pl

© Copyright by Zbigniew Michalczyk, Warszawa 2020

ISBN 978-83-63016-40-1

Nakład: 500 egz.

Skład i druk:
Oficyna Drukarska Jacek Chmielewski,
01-142 Warszawa,
ul. Sokołowska 12A,
tel./fax 22 632 83 52,
info@oficyna-drukarska.pl

»» Spis treści

Podziękowania	6
Dedykacja	7
Wstęp	9
ROZDZIAŁ 1	
Uzależnienia chemiczne od substancji psychoaktywnych	11
1.1. Skala i rodzaj używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież	15
1.2. Skutki używania substancji psychoaktywnych	24
ROZDZIAŁ 2	
Uzależnienia behawioralne od nałogowych czynności	33
2.1. Skala i rodzaj stosowania nałogowych czynności przez dzieci i młodzież	38
2.2. Skutki stosowania nałogowych czynności	43
ROZDZIAŁ 3	
Podwójna diagnoza	48
3.1. Leczenie podwójnej diagnozy	52
ROZDZIAŁ 4	
Diagnoza, postępowanie i terapia	54
4.1. Diagnoza i postępowanie w sytuacji, kiedy dziecko nie zażywa substancji psychoaktywnych lub nałogowych czynności	55
4.2. Diagnoza i postępowanie w sytuacji, gdy dziecko używa substancji psychoaktywnych lub prezentuje nałogowe czynności	62
4.3. Metody psychoterapii uzależnień o potwierdzonej skuteczności	68
Przypadek Mateusza	90
Wykaz poradni i ośrodków	103
Literatura	105

»» Podziękowania

Składamy serdeczne podziękowania za wieloletnią pomoc
i wsparcie w naszej pracy
Samorządowi Województwa Mazowieckiego
Dyrekcji Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej

*Pacjenci i ich rodziny oraz kadra Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień
i Podwójnej Diagnozy dla Młodzieży w Otwocku*

*Książka jest dedykowana wspomnieniu
i pamięci wszystkich dzieci,
które poznałem, i tym, których nigdy nie spotkałem,
a już ich nie ma wśród nas w wyniku używania
substancji psychoaktywnych i braku miłości.*

*Kubie, Piotrkowi, Oli, Jankowi, Marzenie, Kasi,
Tomkowi, Zuzie, Adamowi, Darkowi,
Robertowi, Weronice
i Mikołajowi.*

Współczesne uzależnienia, w przypadku dzieci i młodzieży, dotyczą zarówno używania substancji psychoaktywnych (uzależnienie chemiczne) jak również złożonych i nawykowych czynności (uzależnienie behawioralne) oraz używania substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi (podwójna diagnoza).

Już od wielu lat uzależnienie jest istotnym problemem medycznym, psychologicznym i społecznym, a wśród dzieci i młodzieży również rozwojowym oraz wychowawczym. Rozwój uzależnienia chemicznego jest wynikiem regularnego używania substancji psychoaktywnych. Najczęściej używanymi substancjami przez dzieci i młodzież są środki legalne, takie jak: alkohol, nikotyna, leki i środki wziewne oraz te nielegalne w postaci marihuany i haszyszu, amfetaminy, ecstazy oraz nowych narkotyków określanych „dopalaczami”. Wszystkie związki psychoaktywne, niezależnie od charakterystycznych dla siebie cech, powodują zmiany w zachowaniu i procesach psychicznych, prowadząc ostatecznie do uzależnienia.

Natomiast w ostatniej dekadzie obserwujemy narastające problemy wynikające ze stosowania nałogowych czynności przez dzieci i młodzież. Nałóg czynnościowy charakteryzuje się tym, że osoba podejmuje zachowanie, które może jej przynosić przyjemność lub zniesienie przykrości. Kontynuuje to zachowanie w taki sposób, że prowokuje ono występowanie kluczowych symptomów, jakimi są powtarzające się niepowodzenie w kontrolowaniu tego zachowania oraz kontynuowanie zachowania pomimo negatywnych jego konsekwencji. Zachowaniom tym towarzyszy impulsja i kompulsja. Przy czym impulsja to poszukiwanie przyjemności lub szybkiej gratyfikacji, a kompulsja to zmniejszenie napięcia i odczucie ulgi oraz zredukowanie przykrych odczuć. Uzależnienia behawioralne, bo tak są określane nałogowe zachowania najczęściej występujące wśród dzieci i młodzieży, to problemy w korzystaniu z nowoczesnych technologii (smartfon, komputer, tablet, PS, PSP, X-Box), gry komputerowe, internet (portale społecznościowe, treści pornograficzne), ale również zakupy, ćwiczenia i zachowania autoterotyczne.

Dodatkowo coraz częściej stwierdzamy problem podwójnej diagnozy. Termin podwójna diagnoza dotyczy dzieci i młodzieży, które używają substancji psychoaktywnych i równolegle mają co najmniej drugie rozpoznanie z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży. Najczęściej współwystępujące zaburzenia psychiczne łącznie z używaniem substancji psychoaktywnych to zaburzenia lękowe, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia depresyjne i próby samobójcze, zaburzenia odżywiania, traumy, zespół Aspergera, ADHD i cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości.



Uzależnienie chemiczne od substancji psychoaktywnych

Uzależnienie chemiczne jest przewlekłym i nawracającym zaburzeniem obejmującym procesy psychiczne oraz somatyczne, a w szczególności jest zaburzeniem procesów motywacyjnych i emocjonalnych.

Uzależnienie charakteryzuje się utratą kontroli nad zachowaniem wyrażającym się przymusowym dążeniem do kontaktu z substancją psychoaktywną i jej zażywaniu. Bardzo istotnym elementem procesu uzależnienia jest zjawisko nawrotu, czyli poszukiwania substancji uzależniającej pod wpływem silnie awersyjnego stanu psychicznego, jakim jest przymus psychiczny. Objaw przymusu psychicznego jest najpoważniejszym problemem w psychoterapii uzależnień, gdyż leży on u podłoża kompulsywnego dążenia do kontaktu z substancją psychoaktywną. Jest również przyczyną powtarzających się nawrotów, zachowań konsumpcyjnych, poszukiwania i wykorzystania nagrody.

Proces rozwoju uzależnienia jest wielowątkowy i należy go rozumieć w aspekcie czynników biologicznych, psychologicznych jak też środowiskowych.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest złożonym, wieloaspektowym zjawiskiem.

W klasyfikacji chorób psychicznych uzależnienie zostało wyodrębnione jako oddzielna jednostka chorobowa.

Używanie substancji psychoaktywnych powoduje szerokie spektrum różnych zaburzeń psychicznych i zachowania. Według medycznej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 są to: używanie szkodliwe; zespół uzależnienia; ostre zatrucie; zespół abstynencyjny; zaburzenia psychootyczne; zespół amnestyczny; rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne oraz inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania; zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone. Jednak najczęściej występujące u dzieci i młodzieży to używanie szkodliwe, zespół uzależnienia i ostre zatrucie.

Używanie szkodliwe – kryteria diagnostyczne według ICD-10

1. Wystąpienie aktualnej szkody zdrowotnej somatycznej albo psychicznej, która została spowodowana używaniem substancji psychoaktywnej.
2. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych mimo wystąpienia negatywnych następstw społecznych, takich jak: konflikty z prawem, problemy w rodzinie, gorsze wyniki w nauce oraz krytyki i dezaprobaty ze strony otoczenia.
3. Stwierdzenie ostrego zatrucia po zażyciu substancji.

Stwierdzenie minimum jednego z ww. kryteriów diagnostycznych nie jest wystarczające do rozpoznania szkody zdrowotnej i oznaczenia kodem „używanie szkodliwe”.

Rozpoznanie „szkodliwe używanie” nie należy stosować w przypadku stwierdzenia uzależnienia, zaburzeń psychotycznych albo innych specyficznych zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych.

Zespół uzależnienia – kryteria diagnostyczne według ICD-10

1. Silne pragnienia przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania.
2. Trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości.
3. Fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji, w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych.
4. Stwierdzenie tolerancji, mianowicie w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe.
5. Z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych narastające zaniebdywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania.
6. Przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów takich jawnie szkodliwych następstw, jak: uszkodzenie wątroby w skutek intensywnego picia, stany obniżonego nastroju w wyniku okresów intensywnego

przyjmowania substancji albo polekowe upośledzenie funkcji poznawczych itp.

Należy dążyć do ustalenia, czy osoba przyjmująca substancję była lub mogła być świadoma rodzaju i rozmiarów szkód.

Na ostateczne stwierdzenie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej ww. cech lub objawów występujących łącznie przez pewien czas w ciągu ostatniego roku. W przypadku osób dorosłych pewien czas to minimum jeden miesiąc, a w przypadku dzieci i młodzieży przyjmuje się 14 dni.

Ostre zatrucie – kryteria diagnostyczne według ICD-10

Jest to stan nagłej i przemijającej intoksykacji, którego obraz kliniczny jest charakterystyczny dla danej grupy substancji psychoaktywnych. Może mieć następujące formy przebiegu: niepowikłane; z urazem lub innym uszkodzeniem ciała; z innymi powikłaniami medycznymi; z majaczeniem; z zaburzeniami spostrzegania; ze śpiączką; z drgawkami; zatrucie patologiczne.

Obecnie w przygotowaniu do wdrożenia jest jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD. ICD-11 ma obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku. Odpowiedzialność za zarządzanie czynnościami związanymi z rewizją rozdziału dotyczącego zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania została przydzielona Zakładowi Zdrowia Psychicznego i Uzależnień Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W nowej klasyfikacji uzależnienia znajdują się w grupie określonej „zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych” oraz podgrupie „zachowania uzależniające”.

Ogólna struktura tego rozdziału będzie wprowadzać rozróżnienie między zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, a zachowaniami uzależniającymi.

Wśród zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych zostaną dodane nowe substancje: syntetyczne kannabinoidy, leki przeciwłękowe, syntetyczne katynony, MDMA, ketamina i PCP. ICD-11 pozwoli na różnicowanie każdej grupy substancji z nieznacznymi zmianami dla poszczególnych substancji w zależności od konkretnych skutków każdego leku lub grupy leków. Na liście znajdują się także kody dla różnych aspektów klinicznych stosowania substancji psychoaktywnych.

Aspekty kliniczne zaburzeń w związku z używaniem substancji psychoaktywnych zaproponowane w ICD-11 na przykładzie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu.

Typy zaburzeń.

1. Nietrzeźwość.
2. Szkodliwe używanie alkoholu.
3. Uzależnienie od alkoholu.
4. Alkoholowy zespół abstynencyjny.
5. Delirium alkoholowe.
6. Wywołane alkoholem zaburzenie psychotyczne.
7. Wywołane alkoholem zaburzenia nastroju.
8. Wywołane alkoholem zaburzenia lękowe.
9. Wywołane alkoholem dysfunkcje seksualne.
10. Wywołane alkoholem zaburzenia snu.
11. Ośpienie wywołane alkoholem.
12. Amnezja spowodowana używaniem alkoholu.
13. Pojedynczy epizod nadużycia alkoholu.

Podgrupa „Zachowania uzależniające” zawiera teraz „Uprawianie hazardu” i „Uzależnienie od gier”, które przekłada się na nowo zdefiniowane zaburzenie psychiczne charakteryzujące się zaburzeniami kontroli gier, zwiększającym się pierwszeństwem gier w stosunku do innych działań do tego stopnia, że gry dominują nad innymi zainteresowaniami oraz codziennymi czynnościami, a także kontynuacją gry mimo wystąpienia negatywnych skutków. Warunkiem jest tu znaczne upośledzenie funkcjonowania społecznego, które trwa przez 12 miesięcy, chyba że objawy są bardzo poważne i w takim przypadku kryterium czasowe może ulec skróceniu. ICD-11 wprowadza zatem rodzaj uzależnienia od internetu, który ma również zastosowanie do nadmiernych nawyków związanych z graniem offline.

Drugą i równoległą obowiązującą klasyfikacją medyczną jest Klasyfikacja DSM-5 – podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, który klasyfikuje dziesięć odrębnych grup substancji. Zaleca się odrębne kodowanie każdej substancji z odnotowaniem nie tylko grupy substancji, lecz także konkretnej nazwy farmakologicznej. W rozdziale dotyczącym uzależnień i zaburzeń związanych z substancjami

zamieszczono też patologiczny hazard i gry komputerowe, wskazując aktywację układu nagrody jako wspólny mianownik problemów. Według klasyfikacji DSM-5 zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi dzieli się na:

1. Zaburzenia używania substancji.
2. Zaburzenia wywołane substancją, do których należą:
 - zatrucie,
 - odstawienie,
 - inne zaburzenia psychiczne wywołane substancją/lekiem (w tym: zaburzenia psychotyczne, afektywne, depresyjne, lękowe, obsesyjno-kompulsyjne, snu, dysfunkcje seksualne, majaczenie i zaburzenia neuropoznawcze).

Zaburzenia używania substancji zastąpiły określenie „uzależnienia”, głównie z powodu niepewnej definicji i potencjalnie negatywnych powiązań. Słowo „uzależnienie” nie jest w klasyfikacji DSM-5 używane jako pojęcie diagnostyczne. Stawiając rozpoznanie „zaburzenia używania danej substancji”, należy określić stopień ciężkości problemu w zależności od liczby występujących objawów zawartych w kryteriach diagnostycznych.

1.1. Skala i rodzaj używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież

Poniżej zostały zaprezentowane wyniki aktualnych badań dotyczące rodzaju i rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.

Badania metodą ESPAD

Badania ESPAD rozpoczęto w naszym kraju już w 1995 roku i od tego czasu są regularnie realizowane, a raporty z wynikami ukazują się co 4 lata. Badania są realizowane w ramach międzynarodowego projektu „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD). Ostatni raport ukazał się w 2020 roku ze zrealizowanych wiosną 2019 roku ogólnopolskich badań ankietowych dotyczących używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Badania zostały przeprowadzone na próbie reprezentatywnej młodszej młodzieży w wieku 15–16 lat i starszej młodzieży w wieku 17–18 lat.

Prezentacja wyników dotyczących zażywania substancji psychoaktywnych

Substancje legalne

Alkohol

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 80,0% uczniów z młodszej grupy i 92,8% uczniów ze starszej grupy. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 46,7% 15–16-latków i 76,1% 17–18-latków. Najczęściej wybieranym napojem alkoholowym wśród całej młodzieży jest piwo, a najmniej wino. Wysoki odsetek badanych przynajmniej raz przekracza próg nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, chociaż raz upiło się 11,3% uczniów z młodszej grupy i 18,8% ze starszej grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 66,7% uczniów młodszych i 43,4% uczniów starszych.

Picie napojów alkoholowych jest nieznacznie bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt, chociaż niektóre wskaźniki picia są już takie same.

Nikotyna

Używanie tytoniu znajduje się na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia używania substancji przez młodzież. Chociaż raz w życiu paliło nikotynę 49,9% młodszych uczniów i 65,5% uczniów ze starszej grupy. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem paliło 23,0% uczniów z grupy młodziej i 35,5% ze starszej.

Palenie tytoniu jest obecnie podobnie rozpowszechnione wśród dziewcząt, jak wśród chłopców.

Leki

Przyjmowanie leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza zajmuje pozycje po alkoholu, nikotynie i konopiach ze względu na rozpowszechnienie. Chociaż raz w życiu leki w celach nieterapeutycznych były zażywane przez 15,1% uczniów z młodziej kohorty i 18,3% ze starszej kohorty.

Sięganie po leki jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Substancje wziewne

Zażywanie substancji wziewnych plasuje się na poziomie 8,6% wśród młodszych uczniów i 6,9% wśród uczniów starszych.

Substancje nielegalne

Marihuana i haszysz

Przetwory konopi w postaci marihuany i haszyszu chociaż raz w ciągu całego życia używało 21,4% młodszych uczniów i 37,2% starszych uczniów. Okazjonalnie w okresie ostatnich 12 miesięcy w młodszej grupie używa konopi ponad 16,7% uczniów, a w grupie starszej – 29,6%.

W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem 9,0% uczniów młodszych i 15,1% uczniów starszych używało marihuany lub haszyszu.

Do problemowych użytkowników marihuany lub haszyszu zaliczyć można 5,2% uczniów młodszej kohorty i 6,7% uczniów ze starszej kohorty.

Amfetamina

Pod względem rozpowszechnienia używanie amfetaminy wśród uczniów młodszych jest na poziomie 4,2%, a wśród uczniów starszych 4,7%.

Ecstasy

Kiedykolwiek w życiu używało ecstasy, osoby z młodszej grupy 3,3%, a starszej 5,1%.

LSD lub inne halucynogeny

Używanie kiedykolwiek w życiu jest na poziomie 3,2% w przypadku młodszej grupy, a 4,2% w przypadku starszej grupy.

Nowe substancje psychoaktywne (dopalacze)

Używanie wśród młodszej młodzieży jest na poziomie 5,2%, a wśród starszej na poziomie 5,3% (używanie kiedykolwiek tych substancji). Odsetek w młodszej kohorcie, którzy sięgali po „dopalacze” w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, wyniósł 2,5%. W starszej kohorcie takich uczniów było 2,2%. Używanie nowych substancji psychoaktywnych jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Wyniki badania ESPAD 2019 wskazują na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych niż legalnych, zwłaszcza alkoholu i tytoniu. Większość badanych nigdy po substancje nielegalne nie sięgała. Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Używanie substancji psychoaktywnych przez Pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku w latach 2012–2017

Prezentacja zestawień statystycznych dotyczących rodzaju substancji i ich zażywania.

Tabela 1. Liczba i procent osób w grupie kobiet i mężczyzn

Płeć	Liczba osób	Procent
Chłopcy	138	63,3
Dziewczęta	80	36,7
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 2. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie alkoholu

Alkohol	Liczba osób	Procent
Nie	13	6,0
Tak	205	94,0
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 3. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie nikotyny

Nikotyna	Liczba osób	Procent
Nie	24	11,0
Tak	194	89,0
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 4. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie kanabinoli

Kanabinole	Liczba osób	Procent
Nie	20	9,2
Tak	194	90,8
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 5. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie amfetaminy

Amfetamina	Liczba osób	Procent
Nie	80	36,7
Tak	138	63,3
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 6. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie „dopalaczy”

Dopalacze	Liczba osób	Procent
Nie	142	65,1
Tak	76	34,9
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 7. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie mefedronu

Mefedron	Liczba osób	Procent
Nie	145	66,5
Tak	73	33,5
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 8. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie środków halucynogennych

Środki halucynogenne	Liczba osób	Procent
Nie	180	82,6
Tak	38	17,4
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 9. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie ecstasy

Ecstasy	Liczba osób	Procent
Nie	191	87,6
Tak	27	12,4
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 10. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie kokainy

Kokaina	Liczba osób	Procent
Nie	175	80,3
Tak	43	19,7
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 11. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie heroiny

Heroina	Liczba osób	Procent
Nie	215	98,6
Tak	3	1,4
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 12. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie morfina i innych opiatów

Morfina i inne opiaty	Liczba osób	Procent
Nie	210	96,3
Tak	8	3,7
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 13. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie accodinu i innych leków

Accodin i inne leki	Liczba osób	Procent
Nie	156	71,6
Tak	62	28,4
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 14. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie aerozoli i rozpuszczalników

Aerozole i rozpuszczalniki	Liczba osób	Procent
Nie	199	91,3
Tak	19	8,7
Ogółem	153	100,0

Badania własne.

Tabela 15. Statystyki opisowe dotyczące wieku rozpoczęcia przyjmowania danej substancji psychoaktywnej

Substancja	Średnia	Odczylenie standardowe	Wartość minimalna	Wartość maksymalna	Skośność	Kurtoza
Alkohol	12,69	1,93	1	18	-1,457	6,768
Nikotyna	12,42	2,29	6	19	-0,678	0,574
Kanabinoles	13,68	1,62	8	18	-0,101	0,599
Amfetamina	14,64	1,48	10	20	-0,150	1,416
Dopalacze	14,91	1,55	10	18	-0,570	1,269
Mefedron	14,94	1,33	12	18	0,104	-0,516
Środki halucynogenne	15,16	1,33	10	18	-1,333	5,431
Ecstasy	15,50	1,58	13	20	0,658	1,467
Kokaina	15,28	1,26	12	18	-0,484	0,153
Heroina	15,00	1,41	14	16	–	–
Morfina/opiaty	15,13	1,55	13	18	0,644	0,592
Accodin i inne leki	15,05	1,42	11	18	-0,126	-0,144
Aerozole i rozpuszczalniki	13,95	1,96	9	18	-0,514	1,795

* Wyniki obliczone dla różnych liczebności, ze względu na to, iż nie osoby badane zażywały różnych rodzajów substancji psychoaktywnych.

Badania własne.

Tabela 16. Statystyki opisowe dotyczące ilości przyjmowanych substancji psychoaktywnych

Substancja	Średnia	Odczylenie standardowe	Wartość minimalna	Wartość maksymalna	Skośność	Kurtoza
Alkohol [SJA/tydz]	72,13	56,12	10,8	274,4	1,613	2,524
Nikotyna [szt/doba]	17,10	9,35	3,0	60,0	1,739	5,254
Kanabinole [g/doba]	1,68	1,90	0,3	11,0	3,057	11,285
Amfetamina [g/doba]	1,97	1,77	0,1	7,0	1,409	1,540
Dopalacze [g/doba]	2,06	2,08	0,5	7,0	2,399	6,214
Mefedron [g/doba]	1,97	1,33	0,1	5,0	0,588	-0,523
Ecstasy [tab/doba]	3,63	1,11	2,5	5,0	0,482	-1,700
Kokaina [g/doba]	1,04	1,01	0,3	3,0	1,978	4,222
Accodin i inne leki [tabl./doba]	30,87	16,59	3,0	65,0	0,435	-0,418

* Wyniki obliczone dla różnych liczebności, ze względu na to, iż nie osoby badane zażywały różne rodzaje substancji psychoaktywnych.

Badania własne.

Tabela 17. Częstości i procent osób ze względu na występowanie problemu uzależnienia w rodzinie badanego

Inne leki	Liczba osób	Procent
Nie	136	62,4
Tak	82	37,6
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 18. Częstości i procent osób ze względu na rodzaj rodziny pochodzenia

Rodzina pochodzenia	Liczba osób	Procent
Pełna	100	45,9
Niepełna	118	54,1
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Podsumowując oba źródła wyników badań należy stwierdzić, że wyżej przedstawione źródła wiedzy na temat substancji psychoaktywnych zażywanych przez dzieci i młodzież w znaczącym zakresie się pokrywają. Zatem model zażywania przez nich substancji psychoaktywnych, ze względu na rodzaj i ilość, można przedstawić następująco.

1. Inne substancje są wybierane przez dzieci i młodzież na dokonywanie inicjacji z substancjami psychoaktywnymi, a są to alkohol i nikotyna już w 12 r.ż. Natomiast inne substancje psychoaktywne, po inicjacji w 13 r.ż. (kanabinole), w 14–15 r.ż. (psychostymulatory) powodują rozwój uzależnienia. Prawdopodobnie wynika to z faktu legalności, dostępności i akceptacji społecznej dla spożywania alkoholu i nikotyny.
2. Obecnie dzieci i młodzież przede wszystkim uzależniają się od grupy substancji, w której skład wchodzi cztery podstawowe substancje. Pierwszą stanowią kanabinole używane głównie w postaci palonej marihuany i haszyszu, ale również dopalacze w postaci syntetycznych kanabinoli. Druga grupa to psychostymulatory takie jak amfetamina i mefedron oraz metamfetamina i kokaina. Kolejna grupa to alkohol, który jeżeli chodzi o rozpowszechnienie nieregularnego spożywania oraz wieku inicjacji jest na pierwszym miejscu. Alkohol najczęściej spożywany przez dzieci i młodzież to piwo, a najrzadziej to wino. Ostatnia grupa to nikotyna palona przede wszystkim w postaci papierosów i e-papierosów, ale również przyjmowana jako tabaka. Nikotyna jest na drugim miejscu pod względem częstości używania i wieku inicjacji oraz jest substancją, która najczęściej jest zażywana łącznie z innymi substancjami psychoaktywnymi.

Dodatkowo dzieci i młodzież sięgają po leki oraz substancje wziewne, które stosują w celu odurzenia się, co w konsekwencji też może prowadzić do uzależnienia.

Leki zażywane przez dzieci i młodzież można podzielić na trzy grupy. Pierwszą stanowią leki ogólnie dostępne i są to głównie paracetamol, ibuprofen, etopiryna itp. Są one zażywane w dużych ilościach w celu zmiany swojej świadomości. Drugą grupę stanowią leki, które w swym składzie zawierają pseudoefedrynę lub pseudokodeinę czego przykładem może być accodin. Można go kupić bez recepty i jest najbardziej rozpowszechnionym lekiem w tej grupie. Trzecią grupę stanowią leki uspokajające, nasenne i przeciwbólowe. Najczęściej są to benzodiazepiny i leki zawierające opioidy, które można kupić wyłącznie na receptę z przepisu lekarza.

Używanie leków jest wyraźnie bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż chłopców.

Substancje lotne to kolejna grupa substancji wybierana przez młodzież w celu odurzania się. Są to silne związki chemiczne, które działają depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy. Po zażyciu w postaci inhalowania się występuje euforia z tendencją do fantazjowania oraz omamy wzrokowe. Grupa tych substancji jest bardzo liczna i łatwo dostępna. Środki te występują w każdym gospodarstwie domowym w postaci rozpuszczalników, klejów, gazu z zapalniczek, odświeżaczy powietrza, markerach do pisania, korektorach zawierających płynną toksyczną substancję itp.

3. Kolejny wniosek mówi o tendencji lekkiego spadku używania alkoholu przez dzieci i młodzież. Natomiast stan używania innych, głównie nielegalnych substancji psychoaktywnych, utrzymuje się na bardzo podobnym poziomie.
4. Faktem jest również spostrzeżenie dotyczące zacierania się ilościowej różnicy zażywania substancji psychoaktywnych ze względu na płeć. Jeszcze dekadę temu stosunek ten wynosił około 30% dziewcząt do 70% chłopców. Obecnie proporcje wyraźnie zacierają się. Od kilku lat w spożyciu alkoholu i nikotyny, a obecnie też w zażywaniu innych substancji psychoaktywnych. Zauważyć to można również analizując osoby ze względu na płeć zgłaszające się na terapię do Ośrodka w Otwocku. Obecnie te proporcje są podobne. Natomiast jeszcze 3 lata temu proporcje te wynosiły 60% chłopcy i 40% dziewczęta. Ta tendencja jest wyraźna i utrzymuje się od 2016 roku.

1.2. Skutki używania substancji psychoaktywnych

Poniżej zostały zaprezentowane trzy główne grupy substancji nielegalnych zażywanych przez młodzież w kontekście konsekwencji ich zażywania oraz indywidualne zmiany w obszarze psychologicznym, zmiany w zachowaniu, wyglądzie i konsekwencje prawne.

1. Substancje psychoaktywne – kanabinoły (marihuana, haszysz, skun oraz nowe substancje psychoaktywne „dopalacze” o działaniu podobnym do marihuany). Substancje te występują w postaci suszu roślinnego lub mieszanek ziołowych połączonych z syntetycznymi kanabinolami. Są to tetrahydrokanna-

binole (THC), główny składnik psychoaktywny marihuany. Zażywanie odbywa się poprzez palenie w skrętach, szklanych fiškach, fajkach i fajach wodnych, ale coraz częściej w e-papierosach. Roztwór inhalacyjny (tzw. liquid) używany w e-papierosach składa się z glikolu propylenowego, gliceryny, aromatów i nikotyny w różnym stężeniu (od 0 do 36 mg/ml). Jednak coraz częściej roztwór ten zawiera różne stężenie syntetycznych kanabinoli lub innych „dopalaczy”. Syntetyczne kanabinole określane są jako nawozy do roślin i występują pod różnymi nazwami handlowymi, np. „Spice”, „Sztynny Misza”, „Mocarz”.

Syntetyczne kanabinole stanowią grupę substancji, która obejmuje zarówno związki naturalnie występujące w konopiach siewnych (*cannabis sativa*), ale także ich syntetyczne analogi lub metabolity. Są to zawsze związki chemiczne oddziałujące na receptory kannabinoidowe w mózgu. Część tych substancji ma działanie wielokrotnie silniejsze od naturalnego THC, występującego w marihuanie, dlatego są szczególnie groźne. Dodatkowo ich działanie nigdy nie jest do końca przewidywalne. Kupowane mieszanki mogą mieć za każdym razem inną zawartość kannabinoidów i nie można przewidzieć, z jaką mocą może działać taka sama dawka oraz jakie może powodować skutki.

Zażywanie kanabinoli może prowadzić do pojawienia się silnych efektów toksycznych, a w szczególności powodują: nudności, zawroty głowy, zaburzenia funkcji układu krążenia, uszkodzenia nerek, zmiany w układzie oddechowym, zaburzenia koordynacji ruchowej, napady lęku, paniki, apatię, zaburzenia nastroju, depresje oraz występowanie psychoz wymagających leczenia psychiatrycznego.

Objawy występujące w trakcie używania

Psychiczne: poprawa samopoczucia, wielomówność, czasami zamazana mowa, zaburzenia percepcji, trudności z pamięcią i koncentracją, nadwrażliwość zmysłowa, halucynacje i stany psychotyczne.

Fizyczne: bóle głowy, żołądka, zębów, bezsenność, wymioty, napady drgawkowe, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zwiększenie apetytu.

Objawy po odstawieniu

Irytacja, złość, agresja, pobudzenie psychoruchowe, niepokój, urojenia prześladowcze o różnym nasileniu i obrazie, depersonalizacja, omamy, zaburzenia świadomości, lęk, skrócenie i splotenie snu, ból głowy i w klatce piersiowej, brak apetytu, zaburzenia funkcji układu krążenia, uszkodzenia nerek i zmiany w układzie oddechowym.

Długotrwałe lub intensywne używanie

Zaburzenia psychotyczne, chwiejność emocjonalna, ogólna pobudliwość i drażliwość, czasami agresywność, wewnętrzny niepokój, zespół amotywacyjny, ograniczenie kontaktów z ludźmi, zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, zaburzenia w przyswajaniu nowych wiadomości, upośledzenie zdolności rozwiązywania problemów i planowania przyszłości, zanik zainteresowań, zaburzenia percepcji czasu, doznań, krytycyzmu, lęk. Występowanie dolegliwości i chorób ze strony układu oddechowego w postaci bólu gardła, silnego kaszlu, duszności, zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, zaburzenia w układzie krwionośnym, zmniejszenie apetytu, pocenie się, przede wszystkim w nocy, zaburzenia snu, nadwrażliwość na ból. W przypadku długotrwałego stosowania istnieje wysokie ryzyko rozwoju uzależnienia.

2. Substancje psychoaktywne o działaniu psychostymulującym (amfetamina, metamfetamina, ecstazy, kokaina i nowe substancje psychoaktywne „dopalacze” o działaniu psychostymulującym). Substancje te najczęściej występują w postaci proszku, kryształków, tabletek, pigułek, kapsułek, roztworów. Zażywanie odbywa się poprzez aplikowanie donosowo, poprzez wciąganie postaci sproszkowanej i wchłanianie przez błony śluzowe nosa lub doustnie w postaci tabletek i roztworów. Występuje również przyjmowanie iniekcyjne, ale najczęściej tylko w zaawansowanym procesie rozwoju uzależnienia. Nowe substancje psychoaktywne o działaniu psychostymulującym w sprzedaży oferowane są jako sole do kąpeli czy pigułki piorące, nazwane np. „kokolino”, „fumky” oraz jako odczynniki chemiczne. Przez sprzedawców są reklamowane jako produkty zwiększające energię i poprawiające nastrój. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, typowymi przedstawicielami tej grupy są syntetyczne katynony (mefedron, metafedron, pentedron, bufedron, brefedron). Syntetyczne katynony to strukturalne analogi katynonu, alkaloidu o działaniu psychostymulującym i empatogennym.

Zażywanie środków psychostymulujących i pochodnych katynonu prowadzi do pojawienia się silnych efektów toksycznych, w szczególności upośledzenia funkcji układu sercowo-naczyniowego w postaci podwyższenia ciśnienia tętniczego krwi, zaburzeń rytmu serca, utraty przytomności, a nawet zatrzymaniem krążenia. Niebezpieczne są również ze względu na możliwość wystąpienia zaburzeń neurologicznych i zaburzeń psychotycznych, którym towarzyszą halucynacje i urojenia.

Objawy występujące w trakcie używania

Psychiczne: podwyższenie nastroju, brak lęku, euforia czasami z drażliwością, wzmoczenie napędu psychoruchowego, przyływ energii, poczucie mocy, przyspieszenie mowy, krótkotrwała poprawa koncentracji uwagi.

Fizyczne: brak potrzeby snu, zniesienie uczucia zmęczenia, obniżone łaknienie, przyspieszona czynność serca i szybki oddech, podwyższone ciśnienie krwi, nadmierna potliwość, zaczerwienienie skóry, wysypka, suchość w ustach, wysięk z nosa.

Objawy po odstawieniu

Lęk, nastrój depresyjny, spowolnienie psychiczne, uczucie zmęczenia i apatii, drażliwość, niepokój, zespoły majaczeniowe, omamy, zespoły urojeniowe, zwiększone zapotrzebowanie na sen.

Długotrwałe lub intensywne używanie

Stany depresyjne nawet z próbami samobójczymi, zaburzenia funkcjonowania społecznego, urojenia, w tym urojenia prześladowcze, halucynacje i paranoje, przypominające objawy schizofrenii. Krwawienia z nosa, zniszczenie błony śluzowej, przedziurawienie lub aseptyczna martwica przegrody nosowej, kaszel, chrypka, duszność, zaburzenia termoregulacji, odwodnienie organizmu. W przypadku przedawkowania może wystąpić zespół neuroleptyczny objawiający się hipertermią, drgawkami, śpiączką, a nawet śmiercią. Szczególnie niebezpieczne jest przyjmowanie syntetycznych katynonów przez osoby cierpiące na choroby układu krążenia, takie jak: choroba niedokrwienna serca, arytmia lub nadciśnienie tętnicze. Substancje te mogą wywołać migotanie komór serca także u osób zdrowych. Zaburzenia układu krążenia wzmocnione działaniem substancji z grupy psychostymulatorów może skończyć się nawet śmiercią. W przypadku długotrwałego używania powodują rozwój zespołu uzależnienia.

3. Substancje psychoaktywne o działaniu halucynogennym (LSD, meskalina, grzyby halucynogenne). Występują w postaci małych kawałków papieru, tekturek, bibulek nasączonych substancjami o działaniu halucynogennym i w postaci płynu. Głównie są zażywane doustnie, sporadycznie w postaci iniekcji. Nowe substancje psychoaktywne „dopalacze” o działaniu halucynogennym to najczęściej związki chemiczne z grupy tryptamin i fenyloetyloamin, działające podobnie jak tradycyjne narkotyki halucynogenne. Ich cechą jest silne

oddziaływanie na ośrodkowy układ nerwowy (OUN) już w bardzo niewielkich ilościach i dlatego łatwo je przedawkować. Dodatkowo spośród wszystkich substancji psychoaktywnych to substancje halucynogenne mogą mieć najbardziej nieprzewidywalny wpływ na psychikę.

Zażywanie substancji halucynogennych jest wysoce toksyczne i może prowadzić do przewlekłych zaburzeń psychicznych, utrzymujących się nawet po długim okresie abstynencji od nich.

Objawy występujące w trakcie używania

Psychiczne: halucynacje wzrokowe i słuchowe, niepokój, silne pobudzenie psychoruchowe, wahania nastroju, lęk, panika, dramatyczne wizje.

Fizyczne: wymioty, bezsenność, przyspieszona czynność serca, podwyższone ciśnienie krwi, wzrost temperatury ciała, przyspieszony puls, trudności w oddychaniu, sztywność mięśni, nudności, uszkodzenie nerek.

Długotrwałe lub intensywne używanie

Częściowa lub całkowita utrata kontroli nad własnym zachowaniem, a nawet życiem, wysokie ryzyko śmiertelnego zatrucia, trudności psychiczne, głównie z obszaru zaburzeń psychotycznych z intensywnymi halucynacjami i urojeniami oraz prawdopodobieństwo prób samobójczych.

Indywidualne zmiany w sferze psychologicznej, w zachowaniu, wyglądzie i konsekwencje prawne wywoływane używaniem substancji psychoaktywnych

Zmiany psychologiczne

- Niechęć do podejmowania działania, pogłębiające się trudności, kłamiwość, wyobcowanie, izolowanie się, gburowatość, a nawet brutalność, zmienność nastroju (nigdy nie wiadomo, co zrobi dziecko, bywa nieprzewidywalne).
- Dzieci są bardziej drażliwe, skryte, wrogo nastawione, odmawiają współpracy, depresyjne, zamknięte w sobie, smutne, ponure, reagujące złością, przewrażliwione, nerwowe, lękowe, roztargnione, oddalają się od bliskich i ważnych osób.
- Na próby rozmów o substancjach dzieci reagują wrogością i broni się zaprzeczając.

- Brak dojrzałości. Potrzeba uzyskiwania natychmiastowego skutku w postaci zadowolenia, zawężone widzenie trudności i ich rozwiązań, skupianie się wyłącznie na sobie i własnym zadowoleniu.
- Konflikt z rodzicami i rodzeństwem. Unikanie kontaktów i rozmów z rodziną, nieprzedstawianie nowych znajomych, poczucie odrębności dziecka, myśli, iż rozmowy na temat jego przeżyć są możliwe tylko z innymi osobami używającymi substancje.
- Kontakty koleżeńskie. Urywają się dotychczasowe znajomości, dzieci stają w obronie używania substancji przez innych, szukają towarzystwa osób uzależnionych, często dobierają sobie starszych lub młodszych kolegów.
- Brak pozytywnego działania. Maleje zainteresowanie nabywaniem wiedzy i umiejętności, bierna postawa, utrata zainteresowania szkołą, sportem i ulubionymi zajęciami.
- Niska samoocena. Rozwija się poczucie beznadziejności i bezradności, mężczy poczucie winy, dziecko czuje się smutne, pokrzywdzone i wystraszone, wycofuje się ze swojego środowiska i zamyka w sobie, nie daje sobie rady w zajęciach wymagających wysiłku fizycznego. Jest znudzone, zniechęcone złymi wynikami w szkole, traci szacunek do samego siebie, pesymistycznie patrzy na swoją przyszłość.
- Zaprzeczanie. Dziecko neguje fakt, iż substancje psychoaktywne są szkodliwe, obciąża winą za własne postępowanie innych, wytyka innym błędy, krytykuje sposób życia dorosłych, broni przywilejów młodzieży, twierdzi, iż konsumpcja narkotyków jest powszechna i nawet społecznie aprobowana, wytykając rodzicom zacofanie.
- Kłamstwo. Dziecko udziela mętnych, wymijających i niekonkretnych odpowiedzi, np., że przechowuje narkotyki dla kogoś, kłamie w kwestii trudności w szkole, gdy z domu zaczynają ginąć pieniądze i wartościowe przedmioty.
- Poczucie krzywdy. Czasem towarzyszy dziecku lęk, że ktoś je prześladowa, obawia się, iż zostanie przyłapane na zażywaniu substancji.
- Zaczyna być nieadekwatnie pewne siebie, uczestniczy w niebezpiecznych sytuacjach. Buntuje się na wszelkie normy i prawo.
- Ma „słomiany zapal”, nie jest wytrwała, żyje chwilą, nie ma planów i celów, jest obojętne.
- Zachowuje się coraz gwałtowniej i agresywniej, znieważa innych słownie i posuwa się do rękoczynów, w złości niszczy i rozbija przedmioty, zadaje sobie ból poprzez akty autoagresji.

- Dziecko nie widzi nadziei na zmianę, może pojawić się próba samobójcza jako ostatnie wołanie o pomoc.

Zmiany w zachowaniu

- Zmiana rytmu snu, nawyków żywieniowych, porzucanie starych przyjaźni i ulubionych zajęć, nawiązywanie kontaktów z osobami, które mają takie same problemy, pogłębiają się trudności w szkole.
- Spóźnianie się. Spóźnia się do szkoły i na inne zajęcia, coraz później wraca do domu, traci poczucie czasu.
- Zaczynają się nieuzasadnione nieobecności, dziecko wymyka się z domu, nie wraca na noc, nie potrafi wytłumaczyć się z czasu spędzonego poza domem, zamyka się na długie godziny w swoim pokoju.
- Przestaje wypełniać swoje obowiązki domowe, staje się leniwe, ma nieporządek w pokoju, zapomina o uroczystościach rodzinnych i odmawia uczestniczenia w nich.
- Ukrywa nowych znajomych przed rodzicami, odbiera dziwne telefony o dziwnych porach.
- Z dnia na dzień stają się popularne i ważne dla innych, czasami za sprawą handlu substancjami.
- Zmiana nawyków żywieniowych, wyraźny przypływ apetytu jak i nagła utrata łaknienia, spadek wagi ciała.
- Rozregulowanie rytmu dnia i nocy, sen przez większość dnia, aktywność w nocy.
- Wynoszenie z domu rzeczy na sprzedaż, stałe chowanie czegoś przed domownikami, z domu znika alkohol i leki.
- Zaczyna używać przekleństw, slangu i terminów związanych z zażywaniem narkotyków.
- Wygląd pokoju zaczyna się różnić, często wietrzy pokój, używa kadzideł, odświeżaczy, nie życzy sobie wchodzenia rodziców do swego pokoju, ma skrytki.
- Szczególne zainteresowanie młodzieżową muzyką i koncertami, czasem dzieci utożsamiają się z grupami muzycznymi, których członkowie nadużywają różnych substancji psychoaktywnych. Koncerty jeśli nie są ściśle nadzorowane, stwarzają okazję do handlu i odurzania się narkotykami.
- Problemy ze szkołą, nie odrabia lekcji, ma gorsze stopnie, spóźnia się na lekcje, zasypia na nich, wagaruje, lekceważy nauczycieli, usiłuje źle nastawić rodziców do nauczycieli i szkoły, przerywa szkołę lub zostaje z niej usunięte.

Zmiany w wyglądzie

- Pogarsza się stan zdrowia, następuje spadek masy ciała, przeziębienia, grypa, bóle żołądka, zmęczenie, przewlekły kaszel, bóle klatki piersiowej, częste zachorowania, bóle głowy, złe samopoczucie rano, częstsze obrażenia w następstwie wypadków lub pobicia.
- Odbiegające od normy rozwojowej zahamowanie wzrostu, nagły i potężny przyrost masy mięśniowej w związku z przyjmowaniem sterydów anabolicznych, ogólny spadek energii, utrata dotychczasowych zainteresowań, bulimia, nieregularne miesiączkowanie.
- Wygląd oczu dziecka. Przekrwione, napuchnięte lub szklane, rozszerzone lub zwężone źrenice niereagujące na światło, opadające powieki, oznaki senności, brak kontroli nad ruchami gałek ocznych, zamazane lub podwójne widzenie, objawy zapalne, może pojawić się oczopląs, czyli niekontrolowane ruchy gałek ocznych, niemożność skupienia wzroku przez dziecko na obserwowanym obiekcie, unika kontaktu wzrokowego.
- Pojawiają się zaczerwienienia i krosty wokół nozdrzy, kichanie, objawy uczulenia lub kataru, krwawienie z nosa.
- Zmiany w obrębie jamy ustnej, suchość w ustach, częste obлизywanie warg językiem, oddech z zapachem trudnym do zidentyfikowania i kaszel.
- Zmiany na skórze, ślady po wstrzyknięciach wzdłuż żył, zakładanie bluzek z długim rękawem nawet, gdy jest ciepło, tatuaże lub ślady po aktach autoagresji, nienaturalnie blade palce, nadmierna potliwość, zimna i wilgotna skóra, pieczenie skóry, pojawienie się trądziku, napięta i obrzmiała skóra, czerwone plamy na ciele, ściemnienie skóry, podwyższona temperatura ciała.
- Kłopoty z poruszaniem się, powolny chód, niezdarność, zawroty głowy, zachwiania równowagi.
- Zmiana ubioru, nowa fryzura, stroje, koszulki z nadrukiem o charakterze narkotycznym, mniejsza dbałość o higienę osobistą, niechlujny wygląd, brudne włosy i ubranie.

Konsekwencje prawne

Obowiązujące w naszym kraju prawo, dotyczące substancji psychoaktywnych, reguluje Ustawa o Przeciwdziałaniu Narkomanii oraz Ustawa o Inspekcji Sanitarnej. Wykaz wszystkich nowych substancji psychoaktywnych publikowany jest w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia. Od dnia 21 sierpnia

2018 roku obowiązuje ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Nowe przepisy stanowią, że za samo posiadanie znacznych ilości substancji psychoaktywnych grozi kara nawet do 3 lat więzienia, za handel nimi nawet do 12 lat, a za posiadanie zabronionych substancji grozi grzywna lub kara ograniczenia, albo pozbawienia wolności do 3 lat. Nowelizacja ustawy wprowadziła nowe mechanizmy, które wykorzystają prawo karne przeciwko producentom i sprzedawcom wszystkich nielegalnych substancji psychoaktywnych, w tym również „dopalaczy”. W takiej sytuacji konsekwencje prawne wyglądają następująco:

- posiadanie substancji zagrożone jest karą więzienia do lat 3,
- posiadanie znacznej ilości substancji zagrożone jest karą więzienia do lat 5 i grzywną,
- produkcja substancji zagrożona jest karą więzienia do lat 3,
- w przypadku produkcji znacznej ilości nielegalnych substancji przestępstwo zagrożone jest grzywną i karą więzienia na czas nie krótszy niż od lat 3,
- handel substancjami zagrożony jest karą więzienia do lat 10,
- udzielanie lub nakłanianie do użycia substancji zagrożone jest karą więzienia do lat 5.

Jednak w praktyce łamanie obowiązującego prawa, przez dziecko zażywające nielegalne substancje, związane jest bardzo często z nielegalną formą pozyskiwania środków pieniężnych na ich zakup. Młodzi ludzie decydują się na wynoszenie wartościowych rzeczy z domu, okradając swoich bliskich. Dokonują kradzieży, rozbojów, zajmują się produkcją i handlem narkotyków, a także prostytuują się w zamian za pieniądze lub bezpośrednio za narkotyki. Używanie substancji przez dzieci i młodzież zawsze jest związane z demoralizacją, o czym decydują sądy rodzinne na podstawie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. W konsekwencji dziecko może być skierowane do Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego. W sytuacji, kiedy sąd ma wątpliwości, co do przyczyn takiego funkcjonowania, może osobę nieletnią skierować w celu obserwacji i diagnozy do Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie. Natomiast osoby nieletnie i już uzależnione powinny być kierowane na przymusowe leczenie z powodu uzależnienia na mocy art. 70 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.



Uzależnienia behawioralne od nałogowych czynności

Obecnie, obok uzależnień chemicznych, obserwujemy dynamicznie rozwijające się zagrożenia związane uzależnieniami behawioralnymi. W literaturze określanymi też jako: uzależnienia czynnościowe, nałóg, zależność od zachowań, uzależnienie nie chemiczne lub toksykomania bez substancji. Nowe uzależnienia, choć faktycznie historia prac nad uzależnieniami behawioralnymi sięga lat czterdziestych ubiegłego wieku, absorbują rodziców, nauczycieli, wychowawców, psychologów i lekarzy ze względu na narastający problem uzależnień głównie od nowoczesnych technologii wśród dzieci i młodzieży.

Jako pierwszy, już w 1945 r. psychoanalityk Otto Fenichel w swoim dziele *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (Teorie psychoanalityczne neuroz) wprowadził pojęcie uzależnienia czynnościowego. Autor ten jest uważany za inicjatora opracowania kategorii „zaburzeń kontroli impulsów” w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM.

W 1975 r. amerykański psychoterapeuta Stanton Peele, zajmujący się uzależnieniem od seksu, w swojej książce *Love and addiction* (Miłość i uzależnienie) kontynuował pracę nad badaniem uzależnień czynnościowych, jednak nie zaproponował on konkretnych symptomów i kryteriów w tym zakresie.

Dopiero w 1990 r. Aviel Goodman przedstawił pierwsze precyzyjne kryteria uzależnień behawioralnych, odnosząc się do ogólnej koncepcji uzależnień i kryteriów diagnostycznych z DSM-III-R. Według Goodmana, nałóg czynnościowy charakteryzuje się tym, że osoba podejmuje zachowanie, które może przynieść przyjemność lub zniesienie przykrości i odczuć ulgę. Dalej kontynuuje to zachowanie w taki sposób, że prowokuje ono występowanie kluczowych symptomów, jakimi są powtarzające się niepowodzenie w kontrolowaniu tego zachowania i dochodzi do utraty kontroli. Kontynuuje to zachowanie również pomimo negatywnych jego konsekwencji.

Według autora, nałóg czynnościowy to impulsja i kompulsja. Przy czym impulsja to poszukiwanie przyjemności lub szybkiej gratyfikacji, a kompulsja to zmniejszenie napięcia i odczucie ulgi oraz zredukowanie przykrych odczuć.

Kryteria nałogowych zaburzeń zaproponowane przez Goodmana to:

1. Niezdolność oparcia się impulsom popychającym do określonego zachowania.
2. Poczucie narastającego napięcia pojawiającego się tuż przed rozpoczęciem zachowania.
3. Przyjemność i ulga doświadczane podczas wykonywania zachowania.
4. Poczucie utraty kontroli podczas wykonywania zachowania.
5. Obecność przynajmniej pięciu spośród dziewięciu kryteriów:
 - Częste zaabsorbowanie zachowaniem lub przygotowywaniem go.
 - Intensywność i trwanie epizodów zachowania przewyższające znacząco poziom pierwotnie pożądanego.
 - Powtarzające się bezskuteczne próby ograniczenia, kontrolowania lub zaprzestania zachowania.
 - Poświęcanie dużej ilości czasu na przygotowywanie zachowania, jego podejmowanie lub powrót do niego.
 - Częste zaniedbywanie obowiązków zawodowych, szkolnych, akademickich, rodzinnych, społecznych z powodu zachowania.
 - Poświęcanie aktywności społecznej, zawodowej czy rekreacyjnej na rzecz zachowania.
 - Kontynuowanie zachowania pomimo świadomości doświadczania lub nasilania się trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym.
 - Wzrost tolerancji, czyli potrzeba zwiększania intensywności lub częstotliwości zachowania, aby osiągnąć pożądanego efektu lub też zmniejszenie nasilenia doznań wywołanych przez zachowanie o tej samej intensywności, co wcześniej.
 - Niepokój lub zdenerwowanie w sytuacji uniemożliwiającej podjęcie zachowania.
6. Niektóre elementy składowe syndromu trwają dłużej niż jeden miesiąc lub powtarzają się na przestrzeni dłuższego okresu.

Kolejnym badaczem zajmującym się uzależnieniami behawioralnymi, a przede wszystkim patologicznym hazardem, jest Marc Griffiths. W 1997 r. zaproponował własne kryteria uzależnień czynnościowych, pomijając uznane klasyfikacje zaburzeń, i dokonał ich podziału na uzależnienie czynnościowe

aktywne (np. hazard) i uzależnienie czynnościowe bierne (np. oglądanie telewizji).

Kryteria zachowań mające charakter uzależnienia zaproponowane przez Griffithsa to:

1. Dominacja – określone zachowanie staje się aktywnością najważniejszą i dominującą w życiu osoby. Dominuje ono w jej myśleniu (zaabsorbowanie i zniekształcenia poznawcze), w jej uczuciach (np. odczucie braku) oraz w jej zachowaniu (zaniedbywanie aktywności społecznej).
2. Zmiana nastroju – stanowi konsekwencję kontynuowania zachowania oraz może być strategią radzenia sobie (podekscytowanie, poczucie odezwania się).
3. Tolerancja – czas trwania wykonywania zachowania musi wzrastać w celu uzyskania pożądanej satysfakcji.
4. Objawy odstawienia – nieprzyjemne odczucia psychiczne (depresyjność, zirytowanie) lub objawy fizyczne (np. drżenie ciała).
5. Konflikty – o charakterze interpersonalnym lub intrapsychicznym (między pragnieniem, by nie ulec napięciu wywołanemu przez uzależnienie od zachowania, a psychiczną potrzebą poddania się temu zachowaniu).
6. Nawrót – tendencja powracania do wykonywania zachowania po okresie zaprzestania go lub podejmowanie prób kontrolowania go.

Aktualnie uzależnienia behawioralne zajmują coraz więcej uwagi Światowej Organizacji Zdrowia i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ma to odzwierciedlenie w najnowszych rewizjach międzynarodowych klasyfikacji: ICD-11 i DSM-5.

Zarówno w ICD-11 i DSM-5 uzależnienie od hazardu, jak i uzależnienie od gier komputerowych, co jest poważnym problemem dzieci i młodzieży, są określane jako jednostki nozologiczne. Pozostałe formy uzależnień, np. uzależnienie od internetu czy telefonu, wprawdzie nie doczekały się jeszcze odrębnych kryteriów, ale pozostają w obszarze dalszej obserwacji i prowadzenia badań w tym zakresie.

Zaburzenie grania w gry online lub offline według kryteriów ICD-11 to zachowania charakteryzujące się utrwalonym lub powtarzającym się wzorcem z obawami w postaci:

1. Ograniczonej kontroli nad graniem (np. w takich aspektach jak: początek, częstotliwość intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst gry).

2. Zwiększenia priorytetu grania w kontekście innych czynności (gra ma pierwszeństwo przed zainteresowaniami i codziennymi aktywnościami).
3. Kontynuacji lub eskalacji nawyku grania pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji (wzorzec zachowania jest wystarczająco nasilony, aby spowodować poważne upośledzenie w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania).

Zaburzenie grania w gry komputerowe według kryteriów DSM-5 to występowanie u danej osoby pięciu spośród dziewięciu przedstawionych poniżej kryteriów:

1. Zaabsorbowanie lub obsesja na punkcie gier internetowych – dana osoba korzysta z internetu przez kilka godzin dziennie, do późna lub dopóki ktoś jej nie przerwie, odczuwa przymus wykonywania danej czynności (grania, zdobycia określonej liczby punktów, osiągnięcia czegoś).
2. Objawy odstawienne – dana osoba odczuwa niepokój, złe samopoczucie, dolegliwości fizyczne, gdy nie gra w gry internetowe.
3. Wzrastająca tolerancja na określone czynności – dana osoba musi coraz więcej czasu spędzać, grając w gry (np. odczuwa konieczność ciągłego korzystania z komputera, tabletu lub telefonu, często sięga po smartfon, sprawdza wszystko w internecie).
4. Niemożność modyfikacji zachowania – próby powstrzymania się od uzależniającej e-czynności lub jej ograniczenia kończą się niepowodzeniem (dana osoba nie może powstrzymać się od grania w gry internetowe, nie potrafi zrezygnować z robienia tego codziennie).
5. Utrata innych zainteresowań – z powodu zaangażowania w e-czynność dana osoba traci motywację do podejmowania innych aktywności życiowych, takich jak np. pasje, rozwijanie zainteresowań.
6. Kontynuacja mimo świadomości negatywnych konsekwencji – dana osoba nadal nadużywa gier internetowych, choć wie, że wpływają one ujemnie na jej codzienne funkcjonowanie (np. powodując poczucie braku czasu i motywacji do realizowania ważnych zadań i wykonywania obowiązków).
7. Ukrywanie prawdy – dana osoba okłamuje innych na temat ilości czasu, który poświęca na granie w gry internetowe.
8. Odczuwanie ulgi – dana osoba używa gier internetowych w celu złagodzenia niepokoju lub poczucia winy – jest to jej sposób na „ucieczkę” od trudności.

9. Problemy w życiu osobistym – ujawnia się negatywny wpływ uzależniającej e-czynności na różne aspekty życia (dana osoba traci albo naraża na rozpad związek z inną osobą lub rezygnuje z wykorzystania okazji do stworzenia związku ze względu na zaangażowanie w gry internetowe, zaniedbuje obowiązki szkolne i domowe, pojawiają się problemy zdrowotne np. senność, nadpobudliwość oraz kłopoty finansowe).

Wstępnej diagnozy dziecka w kontekście uzależnienia behawioralnego można dokonać na podstawie obserwacji jego funkcjonowania w domu, szkole i w czasie wolnym. Obserwacje tą należy uzupełnić rozmową z dzieckiem i jego rodzicami, a jak jest to możliwe również z nauczycielami, pedagogiem szkolnym i wychowawcą klasy.

Wstępne rozpoznanie ma na celu sprawdzenie funkcjonowania dziecka w czterech podstawowych obszarach.

1. Uwaga. Trudności pojawiają się wówczas, kiedy dziecka myśli, uwaga i jego zachowanie koncentrują się przede wszystkim na tym, by grać w grę komputerową lub na innej czynności behawioralnej. Przez to nie może myśleć o zadanych lekcjach, codziennych obowiązkach, ale też innych przyjemnościach. Taki stan określamy mianem zaabsorbowania i skierowanie całej uwagi na wykonywanie tej czynności.
2. Czas. Trudności pojawiają się, gdy dziecko poświęca na grę lub inną czynność behawioralną coraz większą ilość czasu i jest ona większa niż dwie godziny na dobę. Wynika to z faktu, że granie w takich samych ramach czasowych jak kiedyś nie pozwala dziecku już osiągnąć wystarczającego poziomu zadowolenia, satysfakcji i odniesienia sukcesu. Pojawia się zjawisko tolerancji, które dla wykonywania danej czynności wzrasta.
3. Nastrój. Trudności pojawiają się, gdy zaangażowanie się dziecka w grę lub wykonywanie innych czynności behawioralnych pozwala uniknąć mu trudnych sytuacji i stresu przez nie wywołanych. Wówczas unika nieprzyjemnych emocji, dyskomfortu psychicznego lub myślenia o czymś trudnym i nieprzyjemnym. Poprzez zaangażowanie się w dane czynności i zachowania dziecko modyfikuje swój nastrój tak, by nie czuć się źle.
4. Konsekwencje. Objawem trudności w wyniku grania przez dziecko lub wykonywania innych czynności behawioralnych jest występowanie negatywnych konsekwencji w obszarze zdrowotnym, rozwojowym, społecznym i rodzinnym. Gdy dziecko głównie gra i myśli o graniu, to mniej czasu i energii poświęca na obowiązki domowe, relacje rodzinne,

obowiązki szkolne, naukę, odpoczynek, sen, spotkania ze znajomymi, rozwój zainteresowań.

Symptomy uzależnień behawioralnych dzieci i młodzieży

1. Czynność szybko staje się nawykowa oraz absorbująca myśli i uwagę dziecka.
2. Czynność wykonywana jest regularnie, stereotypowo oraz coraz częściej i dłużej.
3. Zachowanie dziecka ma charakter impulsywny i kompulsywny regulując jego nastrój.
4. Nałogowe zachowanie wywołuje konsekwencje zdrowotne, rozwojowe oraz w obszarze pełnionych przez dziecko ról społecznych, roli dziecka i ucznia.
5. Trudno dziecku jest zaprzestać wykonywania tej czynności trwale i całkowicie.

Główne formy i rodzaje uzależnień behawioralnych

1. Patologiczny hazard (gry w kasynie, bingo, automaty, lotto, losy na loterii, loterie audiotele, kupony „zdrapki”, gry w karty, zakłady na wyścigach konnych, gry internetowe).
2. Uzależnienie od nowoczesnych technologii (smartfon, tablet, komputer, PS, PSP, X-Box).
3. Uzależnienie od internetu (uzależnienie od gier internetowych, uzależnienie od informacji, uzależnienie od treści pornograficznych, uzależnienie od kontaktu z drugim człowiekiem).
4. Uzależnienie od telewizji.
5. Uzależnienie od ćwiczeń.
6. Uzależnienie od zakupów.
7. Uzależnienie od pracy.
8. Uzależnienie od seksu.
9. Uzależnienie od jedzenia.

2.1. Skala i rodzaj stosowania nałogowych czynności przez dzieci i młodzież

Poniżej zostały zaprezentowane dwa źródła aktualnych badań dotyczących rodzaju i rozpowszechnienia stosowania nałogowych czynności wśród dzieci i młodzieży.

Badania metodologią ESPAD, Raport z 2020 roku

Korzystanie z mediów społecznościowych i gier wideo

W grupie młodszej młodzieży w wieku 15–16 lat korzysta z mediów społecznościowych 2–3 godziny dziennie 30,1%, mniej osób poświęca na tę aktywność 4–5 godzin i jest to 20,2%. W przypadku typowego dnia weekendowego, dominują dwie grupy badanych: frakcja korzystająca ponad 6 godzin dziennie to 26,4% oraz korzystająca 2–3 godzin to 24,6%.

W starszej grupie młodzieży w wieku 17–18 lat, w typowym dniu szkolnym, największy odsetek uczniów poświęca na korzystanie z mediów społecznościowych 2–3 godzin dziennie i jest to 33,7% lub 4–5 godzin dziennie i wynosi 20,4%. W trakcie weekendu dominuje korzystanie z mediów społecznościowych 2–3 godzin dziennie (27,2%), 4–5 godzin dziennie (25,7%) lub 6 godzin i więcej (25,2%).

Gry na urządzeniach elektronicznych

W młodszej i starszej grupie młodzieży najliczniejsze frakcje stanowili badani, którzy w ogóle nie korzystali z gier na urządzeniach elektronicznych. Wśród młodszej grupy stanowili oni 29,8%, zaś wśród uczniów starszych 35,3%.

Przez wszystkie 7 dni tygodnia grało 20,1% uczniów młodszych i 15,0% uczniów starszych.

Analiza typowego dnia szkolnego w młodszej kohorcie graczy ujawnia najliczniejszą frakcję badanych, którzy grali 2–3 godzin dziennie (20,0%), mniej osób poświęcało na tę aktywność ok. pół godziny (17,2%). W przypadku typowego dnia weekendowego dominuje korzystanie badanych grających 2–3 godzin (19,5%).

W starszej kohorcie, w typowym dniu szkolnym, największy odsetek graczy poświęcał na grę 2–3 godzin dziennie (17,7%) lub co najwyżej pół godziny dziennie (17,1%). W trakcie weekendu dominuje korzystanie z gier 2–3 godzin dziennie (16,3%).

Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak komputer, smartfon, konsola. W młodszej grupie 21,7% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, iż poświęcają na tę aktywność za dużo czasu, 17,1% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 9,0% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetki są niższe, 14,0% uczniów uważa, że spędza za dużo czasu na graniu, takiego zdania jest 16,5% ich rodziców, a 6% ma zły humor, gdy nie może grać.

Gry hazardowe

Wśród młodszej grupy doświadczenia z grami na pieniądze ma 18,2% badanych, zaś w starszej kohorcie – 21,4% badanych. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 5,5% młodszych uczniów i 7,9% starszych uczniów.

W młodszej kohorcie największą popularnością cieszyły się gry w karty lub kości (9,6%). Na drugim miejscu lokują się loterie (np. bingo, lotto) – 8,5%, a na trzecim – zakłady sportowe (7,4%). Najczęściej w te gry respondenci grali raz na miesiąc lub rzadziej.

W starszej kohorcie największą popularnością cieszyły się zakłady sportowe (10,2%), a następnie loterie (9,5%) oraz gry w karty lub kości (9,0%). We wszystkie te gry respondenci grali najczęściej raz na miesiąc lub rzadziej.

W obu kohortach najmniejszą popularnością cieszyły się automaty (odpowiednio – 5,5 i 5,1%) na których najczęściej grano również raz w miesiącu.

Gry hazardowe w internecie nie cieszą się dużą popularnością wśród młodzieży. Jak wynika z danych, 7,8% respondentów z młodszej kohorty i około 9,6% ze starszej używało internetu do grania w gry hazardowe. Wśród młodszej grupy 4,1% uczniów, zaś w starszej kohorcie 9,6% uczniów zawsze, bądź przeważnie uprawia hazard z wykorzystaniem internetu.

Projekt badawczy „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019”. Raport CBOS z 2019 roku

Hazard

W 2019 roku grający na pieniądze stanowili 37,1% populacji. Polacy najczęściej grają w gry Totalizatora Sportowego (27,4,0%). Na kolejnym miejscu, ze znacznie słabszym wynikiem, plasują się zdraпки i jest to 16,3,0%, a dalej loterie lub konkursy SMS-owe w ilości 6,3% i automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi 3,8%. 32,8% grających Polaków w wieku 15+ gra bez ryzyka uzależnienia, 2,7% charakteryzuje się niskim poziomem ryzyka uzależnienia, 0,9% poziomem umiarkowanym i tyle samo 0,9% gra na pieniądze w sposób wysoce ryzykowny (patologiczny hazard). Liczbę Polaków w wieku 15+ uprawiających obecnie patologiczny hazard szacuje się na 27 073 osoby.

Symptomy problemu z hazardem częściej mają:

- mężczyźni niż kobiety,
- nieletni poniżej 18 roku życia i ludzie bardzo młodzi w wieku 18–24 lat,
- osoby z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym niż lepiej wykształceni,
- osoby oceniające swoją sytuację materialną jako złą niż oceniający ją jako średnią lub dobrą.

Wśród przyczyn podejmowania gier hazardowych na pierwszym miejscu znajdują się powody finansowe (chęć wygrania pieniędzy – dużych, małych, jakichkolwiek) i zachowania rozrywkowe. Zdecydowana większość grających na pieniądze definiuje się jako osoby, które w żadnym sensie nie czują się nałogowymi graczami i jest to 97,0%. Natomiast 8,4% graczy nie jest świadoma, że sposób uprawiania przez nich hazardu można zaliczyć do ryzykownego lub patologicznego stylu gry.

Zakupy – zakupoholizm

Symptomy kompulsywnego kupowania, przejawia obecnie 3,7% populacji Polaków od 15 roku życia (w liczbach bezwzględnych jest to ponad milion osób). Wśród ogółu osób określonych jako mające problem z zakupami niemal 74,2% stanowią kobiety. Problem ten dotyczy ludzi młodych w wieku 15–34 lat i są to dwie trzecie, czyli 66,6%, w tym najmłodszy, którzy stanowią aż 22,0%. Osoby wykazujące symptomy uzależnienia od zakupów istotnie częściej niż niemający tego rodzaju problemu kupują odzież, obuwie dla siebie lub innej osoby oraz kosmetyki i perfumy najczęściej w galeriach handlowych i w sklepach internetowych.

Internet – siecioholizm

Problem z uzależnieniem od internetu dotyczy obecnie 0,03% badanej populacji, co stanowi 0,04% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od niego jest 1,4% ogółu badanych, co stanowi 1,9% korzystających z internetu. W liczbach bezwzględnych jest to szacunkowo około 465 000 osób.

Najbardziej zagrożeni są niepełnoletni i osoby bardzo młode. Ponad połowa z nich nie ukończyła jeszcze 25 roku życia, podczas gdy wśród przeciętnych użytkowników internetu ta grupa wiekowa stanowi mniej niż jedną piątą. Wśród najmłodszych badanych użytkowników, czyli osób w wieku 15–17 lat, 8,0% z nich wykazuje zagrożenie uzależnieniem, bądź uzależnienie od sieci, natomiast wśród użytkowników z grupy wiekowej 18–24 lata zagrożonych uzależnieniem jest 4,2%.

Telefon – fonoholizm

Fonoholizm jest specyfiką charakterystyczną dla ludzi młodych, odsetek osób zdradzających symptomy uzależnienia wśród młodych dorosłych w wieku 18–24 lat i wynosi 17,6% i jest wyższy niż wśród nastolatków w przedziale wiekowym 15–17 lat, który stanowi 16,4%), a niewiele ustępują im pod tym względem osoby w przedziale wiekowym 25–34 lat i jest na poziomie 12,2%.

Ryzykowne zachowania związane z korzystaniem z telefonu komórkowego są ściśle związane z rodzajem użytkowanego aparatu. Symptomy fonoholizmu zdecydowanie częściej charakteryzują użytkowników smartfonów, z dostępem do internetu, niż osoby korzystające z telefonów tradycyjnych.

Większy potencjał uzależniający wydaje się mieć korzystanie przez telefon z mediów społecznościowych. W grupie osób zdradzających objawy fonoholizmu 4,5% stanowią uzależnieni jednocześnie od mediów społecznościowych.

Media społecznościowe

Z mediów społecznościowych korzysta blisko połowa, czyli 47,7% populacji w wieku powyżej 15 roku życia i blisko dwóch na trzech internautów i jest to 64,3%.

Pod względem liczby użytkowników najpopularniejszym portalem jest Facebook, a na kolejnych miejscach plasują się YouTube i Instagram. Facebook jest jednocześnie wymieniany przez więcej niż trzech na czterech badanych jako medium, z którego korzystają najczęściej, i stanowi to 77,2%.

W sposób ryzykowny z mediów społecznościowych korzysta 3,1% użytkowników (szacunkowo jest to ponad 160 000 osób), a widocznie wyższy odsetek zanotowano wśród mężczyzn, najmłodszych badanych i mieszkańców największych miast.

Udział osób należących do grupy ryzyka był również wyższy wśród korzystających z Twittera (8,6%), Snapchata (5,4%) i Instagramu (4,6%) oraz wśród badanych zarejestrowanych, w co najmniej trzech serwisach. Liczni użytkownicy w zasadzie nie wylogowują się z użytkowanych serwisów i stanowi to 42,8%. Jest to szczególnie charakterystyczne dla osób z grupy ryzyka, w której stale online pozostaje więcej niż trzech na czterech użytkowników, co stanowi 77,9%.

Osoby z grup ryzyka spędzają w mediach społecznościowych przeciętnie około 6,5 godziny dziennie, podczas gdy użytkownicy spoza tej kategorii niecałe 2 godziny dziennie.

Urządzenia mobilne

Obecnie 33% dzieci pomiędzy 12 a 23 miesiącem życia spędza średnio dziennie 44 minuty, korzystając z urządzeń mobilnych.

Natomiast 70% dzieci między 2 a 5 rokiem życia dziennie średnio spędza 49 minut, korzystając z urządzeń mobilnych.

Podsumowując wyniki przedstawionych badań, należy stwierdzić, że najczęściej występujące uzależnienia behawioralne wśród dzieci i młodzieży mają związek z używaniem nowoczesnych technologii i są to najczęściej: telefony typu smartfon, internet dostępny w komputerze i mobilnych urządzeniach oraz gry komputerowe online i offline.

2.2. Skutki stosowania natłogowych czynności

Skutki psychospołeczne i rozwojowe oraz konsekwencje prawne

Uzależnienie od smartfonu (fonoholizm)

Należy przyjąć, że dziś wszystkie dzieci mają telefon komórkowy, a zdecydowana większość intensywnie go wykorzystuje na poziomie 16%, przejawiając symptomy uzależnienia. Młodzi ludzie aktywnie łączą się z internetem, gdziekolwiek jest taka możliwość. W sytuacji braku urządzenia czują niepokój, większość takich osób wróci do domu, gdy zapomni telefonu nawet, gdy grozi to spóźnieniem do szkoły. Dzieci pozornie zaspokajając sobie w ten sposób poczucie bezpieczeństwa, wykazują oznaki fobii społecznych, mają trudności z podtrzymaniem realnej rozmowy. Boją się lub nie umieją wyrażać siebie, a telefon im to umożliwia bez ryzyka doświadczenia odrzucenia. Nowe modele urządzeń podnoszą ich pozorne poczucie wartości i pozycję w grupie rówieśniczej.

Uzależnienie od komputera i internetu (siecioholizm)

Poprzez bogactwo informacji, możliwość nawiązywania kontaktów za pomocą portali społecznościowych (Facebook, Twitter, Instagram, Messenger, Whatsapp) spowodowało, że 4–5 godzin dziennie 20% młodzieży korzysta z nich. Wykorzystywanie internetu w dydaktyce doprowadziło do tego, że komputer i inne mobilne urządzenia są w każdym domu. Zjawisko to z jednej strony pozwala dzieciom budować jedność z innymi nastolatkami, z drugiej

strony stanowi realne zagrożenie różnych nadużyć oraz zaburza prawidłowy rozwój. Dzieci często bez ograniczeń i kontroli dorosłych eksplorują przestrzeń internetową. Te bardziej zagubione i nieśmiałe, przejawiające lęk w kontaktach rzeczywistych, będąc samotnym mogą z większym powodzeniem funkcjonować w sieci, nawiązując przez wiele godzin pozorne kontakty międzyludzkie. Mechanizm ten w konsekwencji jeszcze bardziej oddala te osoby od realnych kontaktów z rówieśnikami i znajomymi i głębiej upośledza umiejętności społeczne przydatne poza siecią. Szacuje się, że ok. 10% dzieci i młodzieży przejawia symptomy uzależnienia od sieci.

Uzależnienie od gier komputerowych online lub offline

Gry komputerowe są zaliczane przez młodzież do bardzo atrakcyjnej formy spędzania wolnego czasu i co najmniej przez 2, 3 godziny dziennie gra ok. 20% nastolatków. Gry komputerowe, oprócz rozwijania zdolności koordynacji wzrokowej, refleksu, logicznego i przestrzennego myślenia, mogą zawierać przekaz destrukcyjny. Takie zjawiska, będące elementami gier jak promowanie agresji, brutalności, przemocy i otrzymywania za to nagrody (przejście na wyższy poziom gry), u części grających mogą wywoływać mniejszą wrażliwość emocjonalną. Brak konsekwencji takich wirtualnych czynów może wypaczać wartości kształtowane w dojrzewającym młodym człowieku. Z kolei obrazy i animacje erotyczne bardzo często przekraczają granice kształtującej się młodszej seksualności. Młodzież eksperymentując z różnymi zachowaniami, również w sferze intymnej, poszukuje stymulacji, zaspokaja swoją ciekawość, wchodzi w rozmowy o tematyce erotycznej z przypadkowymi osobami. Prowadzić to może do regularnego korzystania z pornografii internetowej, która może być obiektem nadużycia lub też nadużywać innych.

Konsekwencje prawne

Zachowania i aktywność w internecie może być cyberprzemocą i ostatecznie zastać zakwalifikowana jako przestępstwa z artykułów kodeksu karnego i kodeksu wykroczeń.

Art. 190 kk (groźba popełnienia przestępstwa)

§ 1. Kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę,

że będzie spełniona, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Art. 191 kk (zmuszanie do określonego zachowania)

§ 1. Kto stosuje przemoc wobec osoby lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 202 kk (pornografia)

§ 1. Kto publicznie prezentuje treści pornograficzne w taki sposób, że może to narzucić ich odbiór osobie, która tego sobie nie życzy, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do jednego roku.

Art. 212 kk (zniesławienie)

§ 1. Kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega grzywnie, karze ograniczenia albo pozbawienia wolności do roku.

§ 2. Jeżeli sprawca dopuszcza się czynu określonego w § 1 za pomocą środków masowego komunikowania, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Art. 216 kk (zniewaga)

§ 1. Kto znieważa inną osobę w jej obecności albo choćby pod jej nieobecność, lecz publicznie lub w zamiarze, aby zniewaga do osoby tej dotarła, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.

§ 2. Kto znieważa inną osobę za pomocą środków masowego komunikowania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 267 kk (naruszenie tajemnicy korespondencji)

§ 1. Kto bez uprawnienia uzyskuje informację dla niego nieprzeznaczoną, otwierając zamknięte pismo, podłączając się do przewodu służącego do przekazywania informacji lub przełamując elektroniczne, magnetyczne albo inne szczególne jej zabezpieczenie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto w celu uzyskania informacji, do której nie jest uprawniony, zakłada lub posługuje się urządzeniem podsłuchowym, wizualnym albo innym urządzeniem specjalnym.

§ 3. Tej samej karze podlega, kto informację uzyskaną w sposób określony w § 1 lub 2 ujawnia innej osobie.

Art. 268 kk (niszczenie informacji, danych informatycznych)

§ 1. Kto, nie będąc do tego uprawnionym, niszczy, uszkadza, usuwa lub zmienia zapis istotnej informacji albo w inny sposób udaremnia lub znacznie utrudnia osobie uprawnionej zapoznanie się z nią, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 dotyczy zapisu na komputerowym nośniku informacji, sprawca podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3. Kto, dopuszczając się czynu określonego w § 1 lub 2, wyrządza znaczną szkodę majątkową, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Art. 269 kk (przestępstwa komputerowe, zakłócenia pracy systemu komputerowego)

§ 1. Kto, na komputerowym nośniku informacji, niszczy, uszkadza, usuwa lub zmienia zapis o szczególnym znaczeniu dla obronności kraju, bezpieczeństwa w komunikacji, funkcjonowania administracji rządowej, innego organu państwowego lub administracji samorządowej albo zakłóca lub uniemożliwia automatyczne gromadzenie lub przekazywanie takich informacji, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto dopuszcza się czynu określonego w § 1, niszcząc albo wymieniając nośnik informacji lub niszcząc albo uszkadzając urządzenie służące automatycznemu przetwarzaniu, gromadzeniu lub przesyłaniu informacji lub jako wykroczenie z art. 107 Kodeksu Wykroczeń (złośliwe nękanie).

Przestępstwa z art. 212 kk (zniesławienie) i 216 kk (zniewaga) ścigane są z oskarżenia prywatnego – skargę można wnieść za pośrednictwem policji (art. 488 kpk).

Zasady bezpiecznego korzystania z internetu

1. Należy mieć ograniczone zaufanie do osób poznanych w internecie poprzez komunikatory i fora społecznościowe. Nigdy nie ma pewności, kto jest po drugiej stronie łącza i jakie ma intencje.
2. Nie należy podawać swoich danych, jak też danych swojej rodziny (np. adresu, numeru telefonu, hasła, adresu szkoły itd.). Istnieje możliwość, że ktoś wykorzysta je w celach np. kradzieży.
3. Należy dbać o komputer poprzez nieprzynoszenie obcych plików, wchodzenie na nieznanne strony itd.). Występuje wówczas ryzyko zainfekowania komputera, możliwość pobrania plików, których pobrać nie chcemy.

4. Nie należy wypełniać ankiet, potwierdzać, wyrażać zgody na przesyłanie np. smsów, gier, nawet, jeżeli oznaczone jest to jako „bezpłatne”.
5. Nie należy nikogo obrażać, poniżać, a należy przestrzegać norm i zasad obowiązujących w realnym świecie. Poczucie anonimowości nie oznacza, że zamieszczane przez siebie treści są nie do odkrycia i ustalenia tożsamości.
6. Nie należy umawiać się z osobami poznanymi przez internet, o tego typu pomysły zawsze należy informować rodziców lub inną osobę dorosłą i zaufaną.
7. Nie można kopiować, ściągać materiałów bez zgody ich właściciela. Takie praktyki są przestępstwem, bo piosenki i filmy mają prawa autorskie.
8. W sytuacji, kiedy ktoś wysłał Ci niewłaściwe treści lub zdjęcia zawsze poinformuj o tym rodziców lub inną osobę dorosłą.
9. Należy pamiętać o tym, że nie wszystkie informacje w internecie są prawdziwe. W takich sytuacjach zawsze należy dopytać rodziców lub korzystać ze stron profesjonalnych rekomendowanych przez urzędy państwowe lub inne uznane organizacje.



» Rozdział 3.

Podwójna diagnoza

W obszarze różnych trudności rozwojowych i psychicznych dzieci i młodzieży współwystępowanie różnych zaburzeń i chorób jest częste. Sprawia to, że stawia się dwa rozpoznania, a czasami nawet więcej diagnoz klinicznych. Ze względu na rozpowszechnienie objawów psychopatologicznych, przeprowadzono w tej grupie wiekowej wiele badań klinicznych. Wynika z nich, że współzachorowalność u dzieci i młodzieży jest rzeczywiście częsta i nie ogranicza się do populacji klinicznej oraz poważnych zaburzeń. Współwystępowanie zaburzeń jest dwukrotnie wyższe niż to wynikałoby z przypadkowej zbieżności obu diagnoz. Spowodowane jest to tym, że wystąpienie jednego zaburzenia psychicznego zwiększa ryzyko drugiego lub dwa różne zaburzenia mogą charakteryzować się podobnymi czynnikami ryzyka albo zaburzenia rozpatrywane jako dwie odrębne kategorie mogą być ostatecznie jednym problemem o bardziej złożonej symptomatologii.

Określenie podwójna diagnoza odnosi się do dzieci i młodzieży, u których równolegle występuje zażywanie substancji psychoaktywnych i inne zaburzenia z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży. Współwystępowanie dwóch lub więcej zaburzeń może dotyczyć również współlistnienia uzależnień od dwóch lub więcej substancji czy częstego występowania zaburzeń somatycznych u osób z uzależnieniem, jednak takich sytuacji klinicznych nie uznajemy za podwójną diagnozę. Termin podwójnej diagnozy rezerwujemy wyłącznie dla występowania uzależnienia z dodatkowym zaburzeniem psychicznym lub zachowania rozpoznaniem według klinicznych kryteriów diagnostycznych ICD lub DSM.

Obecnie jest wiele hipotez na temat związku pomiędzy współwystępowaniem uzależnienia z innymi zaburzeniami psychicznymi, jednak ostatecznie pozostaje więcej pytań niż pewnych odpowiedzi. Jedna z hipotez definiuje, że nadużywanie substancji psychoaktywnych pełni funkcję mechanizmu spustowego bądź jest przyczyną zaburzeń psychicznych u osób podatnych na zachorowanie. Inna twierdzi, że zażywanie substancji psychoaktywnych jest wtórne do choroby psychicznej i może stanowić próbę samoleczenia choroby bądź

objawów niepożądanych w wyniku przyjmowania leków psychotropowych. Kolejna zakłada, że współwystępowanie zaburzeń psychicznych i nadużywanie substancji psychoaktywnych może być wypadkową interakcji dwóch niezwiązanych z sobą etiopatogenetycznie zaburzeń, dla których szczyt zachorowań dotyczy tej samej populacji (adolescenci i młodzi mężczyźni).

Szukając odpowiedzi na pytanie, dlaczego wśród chorych na schizofrenię częściej niż w populacji ogólnej występują uzależnienia od substancji psychoaktywnych, prowadzono badania mające na celu porównanie organicznych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Badania wykonane rezonansem magnetycznym wykazały, że nieprawidłowości obrazu mózgu były częstsze u tych chorych ze schizofrenią, którzy nie nadużywali substancji psychoaktywnych niż u pacjentów z podwójną diagnozą. Wysznuo więc tezę, że chorzy z podwójną diagnozą stanowią podgrupę ze schizofrenią, u których w momencie rozpoczęcia choroby rzadziej niż u innych stwierdza się organiczne nieprawidłowości w budowie mózgu. Wyniki te są zgodne z niektórymi wcześniejszymi badaniami wskazującymi na ogólnie wyższy poziom funkcjonowania u pacjentów z podwójną diagnozą w porównaniu z chorymi tylko na schizofrenię.

Poniżej zostały przedstawione dane statystyczne dotyczące leczenia Pacjentów z podwójną diagnozą w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku z lat 2012–2017.

Tabela 19. Częstości i procent osób w grupie kobiet i mężczyzn

Płeć	Liczba osób	Procent
Chłopcy	138	63,3
Dziewczęta	80	36,7
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 20. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze hospitalizacje psychiatryczne

Wcześniejsze hospitalizacje psychiatryczne	Liczba osób	Procent
Nie	119	54,6
Tak	99	45,4
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 21. Częstości i procent osób ze względu na liczbę hospitalizacji psychiatrycznych

Wcześniejsze hospitalizacje psychiatryczne	Liczba osób	Procent
0	119	54,6
1	54	24,8
2	29	13,3
3	12	5,5
4	1	0,5
5	2	0,9
6	1	0,5
ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 22. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze próby samobójcze

Wcześniejsze próby samobójcze	Liczba osób	Procent
Nie	175	80,3
Tak	43	19,7
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 23. Częstości i procent osób ze względu na stosowanie leków stabilizujących nastrój

Leki stabilizujące nastrój	Liczba osób	Procent
Nie	184	84,4
Tak	34	15,6
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 24. Częstości i procent osób ze względu na stosowanie neuroleptyków atypowych

Neuroleptyki atypowe	Liczba osób	Procent
Nie	142	65,1
Tak	76	34,9
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 25. Częstości i procent osób ze względu na stosowanie leków uspokajających

Leki uspokajające	Liczba osób	Procent
Nie	201	92,2
Tak	17	7,8
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 26. Częstości i procent osób ze względu na stosowanie leków przeciwdepresyjnych

Przeciwdepresanty	Liczba osób	Procent
Nie	172	78,9
Tak	46	21,1
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 27. Częstości i procent osób ze względu na stosowanie leków psychostymulujących

Psychostymulanty	Liczba osób	Procent
Nie	206	94,5
Tak	12	5,5
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 28. Częstości i procent osób ze względu na stosowanie neuroleptyków typowych

Neuroleptyki typowe	Liczba osób	Procent
Nie	215	98,6
Tak	3	1,4
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Tabela 29. Częstości i procent osób ze względu na stosowanie innych leków

Inne leki	Liczba osób	Procent
Nie	180	82,6
Tak	38	17,4
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Z przedstawionych zestawień statystycznych wynika, że ponad 44% pacjentów było choć raz hospitalizowanych na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży w wyniku zaburzeń psychicznych lub zagrożenia życia z powodu tendencji lub podejmowanych prób samobójczych. Połowa z tej grupy była choć raz hospitalizowana, a jedna osoba nawet sześciokrotnie. Ponad 19% osób leczonych podejmowało próby samobójcze w przeszłości.

Bezwzględne leczenie farmakologiczne zaburzeń psychicznych wymagało u większości pacjentów na stałe lub doraźnie. Najczęściej używane leki to neuroleptyki atypowe zlecone dla 34,9% pacjentów, leki przeciwdepresyjne 21,1%, leki uspokajające 7,8%, leki psychostymulujące 5,5%, neuroleptyki typowe 1,4% oraz inne leki ogólnomedyczne 17,4%.

Najczęściej współwystępujące zaburzenia psychiczne łącznie z używaniem substancji psychoaktywnych to: zaburzenia lękowe, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia depresyjne i próby samobójcze, zaburzenia odżywiania, traumy, zespół Aspergera i ADHD oraz nieprawidłowo kształtująca się osobowość lub zaburzenia osobowości.

3.1. Leczenie podwójnej diagnozy

Postępowanie terapeutyczne w przypadku dzieci i młodzieży z podwójną diagnozą może być prowadzone przy użyciu jednej z czterech form terapii. Model sekwencyjny zakłada, że leczymy w pierwszej kolejności zaburzenie poważniejsze w przebiegu. Model równoległy rekomenduje równoczesne leczenie dwóch zaburzeń, ale przez dwie inne placówki i specjalistów. Model stopniowania uzależnienia intensywność leczenia od nasilenia problemów pacjenta i jego kosztów. Model zintegrowany polega na równoległym leczeniu uzależnienia i zaburzeń psychicznych przez tę samą placówkę i jeden zespół specjalistów. To

ostatnie podejście jest najbardziej przekonujące i poparte badaniami potwierdzającymi jego skuteczność.

Jednak obecnie takie leczenie jest mało dostępne w lecznictwie uzależnień. Trudność wynika z niedoskonałego systemu opieki medycznej, a w tym lecznictwa uzależnień w naszym kraju.

Obecnie system zapewnia głównie dostępność, niestety pomijając weryfikację stosowanych form leczenia i ich skuteczność. Płatnik w postaci NFZ przekazuje podmiotom leczniczym środki, licząc liczbę osobodni lub porad. Pomija się weryfikację metod i form pracy z pacjentem oraz ewaluację efektów ich stosowania. Placówki leczenia uzależnień nie są przygotowane, bo nie mają takich możliwości, do leczenia pacjentów z podwójną diagnozą. Tacy pacjenci najczęściej kierowani są do poradni zdrowia psychicznego, a w przypadku ostrych zaburzeń psychiatrycznych i zagrożenia życia do szpitali psychiatrycznych. Kiedy jednak specjaliści odkrywają, że pacjent zażywa substancje psychoaktywne, to wówczas jest on odsyłany do leczenia uzależnienia w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym. A kiedy z kolei specjaliści zajmujący się terapią uzależnień zorientują się, że pacjent ma poważną chorobę psychiczną, to okazuje się, że ich kompetencje są niewystarczające. W efekcie brak jest wysoce specjalistycznych placówek, gdzie można by leczyć pacjentów z podwójną diagnozą w jednorodnych grupach ze względu na rodzaj przyjmowanej substancji psychoaktywnej i kategorii współistniejących zaburzeń psychicznych oraz wiek.

Młodzi pacjenci z podwójną diagnozą wciąż testują skuteczność systemów terapeutycznych i wymuszają na nas tworzenie coraz bardziej profesjonalnych ofert terapeutycznych. Pacjenci uzależnieni zmuszają nas do łączenia dotychczasowych umiejętności nabytych w modelu leczenia uzależnień i w modelu lecznictwa psychiatrycznego. W konsekwencji powstają takie ośrodki jako odpowiedź na rzeczywiste zapotrzebowanie młodzieży z podwójną diagnozą.

Obecnie w Polsce funkcjonują dwa oddziały szpitalne leczenia dzieci i młodzieży z podwójną diagnozą w modelu zintegrowanym. Jeden znajduje się w Mazowieckim Szpitalu w Garwolinie, a drugi to Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku, Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórzku k. Warszawy. Dodatkowo funkcjonuje jeszcze kilka Ośrodków Leczenia Uzależnień Młodzieży niebędących szpitalami, ale również przyjmujących na terapię młode osoby z podwójną diagnozą.



» Rozdział 4.

Diagnoza, postępowanie i terapia

Planowanie strategii postępowania i dalej terapii wobec dzieci i młodzieży używającej substancji psychoaktywnych lub stosujących nałogowe czynności powinno być spójne z dwoma podstawowymi klasyfikacjami. Pierwsza jest związana z poziomem profilaktyki uzależnień, a według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest to:

- profilaktyka uniwersalna,
- profilaktyka selektywna,
- profilaktyka wskazująca.

Druga natomiast jest związana z etapem procesu rozwoju używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń przez nie wywoływanych, według kryteriów obowiązujących klasyfikacji medycznych ICD I DSM. Zaawansowanie rozwoju procesu używania przez dziecko substancji psychoaktywnych można również określić z perspektywy rozwojowej. Wówczas przebiega ono w trzech następujących etapach:

I etap – Norma rozwojowa (używanie substancji psychoaktywnych jako zaspokajanie potrzeb rozwojowych i jest incydentalne lub eksperymentalne).

II etap – Wbrew dorosłym (używanie substancji psychoaktywnych powoduje szkody, ale zauważalne tylko przez rodzinę i otoczenie oraz szkołę).

III etap – Tożsamość (używanie substancji psychoaktywnych prowadzi do rozwoju procesu przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej).

Prowadząc diagnozę niezbędną do planowania terapii należy równocześnie określić, z jakiego poziomu profilaktyki będziemy używać oddziaływań i strategii profilaktycznych przy wyraźnym uwzględnieniu poziomu rozwoju używania substancji i nałogowych czynności konkretnego dziecka oraz adekwatnie do tego etapu planować dalsze postępowanie terapeutyczne.

Poziom oddziaływań profilaktycznych lub terapii, poprzedzony diagnozą, można określić według czterostopniowej skali dziecka w kontekście używania substancji psychoaktywnych lub nałogowych czynności:

Poziom I – Dziecko nie zażywające substancji psychoaktywnych/nałogowych czynności.

Poziom II – Dziecko eksperymentujące z substancjami psychoaktywnymi/nałogowymi czynnościami.

Poziom III – Dziecko zażywające problemowo substancje psychoaktywne/nałogowe czynności.

Poziom IV – Dziecko uzależnione od substancji psychoaktywnych/nałogowych czynności.

4.1. Diagnoza i postępowanie w sytuacji kiedy dziecko nie zażywa substancji psychoaktywnych lub nałogowych czynności

W przypadku dzieci niezażywających substancji psychoaktywnych lub niestosujących nałogowych czynności, głównym celem jest utrzymywanie tego stanu lub opóźnianie wieku inicjacji. Dlatego na tym etapie bardzo ważna jest diagnoza czynników chroniących i ich wzmacnianie przez rodziców, środowisko szkolne i konstruktywną grupę rówieśniczą.

Czynnikami chroniącymi określamy wszystkie elementy zmniejszające prawdopodobieństwo wystąpienia u jednostki zachowań problemowych, a w tym te elementy, które zmniejszają oddziaływanie czynników ryzyka. Natomiast czynnikami ryzyka są wszystkie elementy, które zwiększają ryzyko wystąpienia zachowań problemowych i w konsekwencji stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania jednostki.

Listy czynników chroniących jak i ryzyka bywają długie i różnorodne oraz różnie oceniana jest ich hierarchia ważności. W specjalistycznym piśmiennictwie można znaleźć ponad 30 czynników ryzyka i ponad 20 czynników chroniących.

Różne są też stanowiska co do rzeczywistego wpływu czynników ryzyka i czynników chroniących. Jedni badacze uważają, że są to inne czynniki, a drudzy, że rozwój czynników chroniących automatycznie redukuje czynniki ryzyka i ich wpływ na sięganie po substancje psychoaktywne w przypadku dzieci i młodzieży.

Jednak w ostatnich latach to głównie czynniki chroniące są w obszarze zainteresowań badaczy. Wynika to przede wszystkim ze względu na skuteczność podejmowanych oddziaływań. Dziś już wiemy, że bardziej skuteczne działania są te, które promują zdrowie i prozdrowotny tryb życia, niż te sto-

sowane w przeszłości, które skierowane były na redukcję problemów i walkę z patologią.

Początek badań nad czynnikami chroniącymi datuje się na drugą połowę lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Wówczas to powstała koncepcja rezyliencji (ang. *resilience*). Koncepcja ta zrodziła się w wyniku obserwacji rozwoju dzieci i młodzieży wzrastających w niekorzystnych warunkach życiowych.

Teoria ta wyjaśnia fenomen dobrego przystosowania się dzieci i młodzieży mimo wzrastania w bardzo niekorzystnych warunkach życia lub narażenia na chroniczny stres i traumatyczne doświadczenia. Wyróżnia się trzy grupy procesów należących do zjawiska rezyliencji:

1. Funkcjonowanie znacznie lepsze niż można było się tego spodziewać na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka.
2. Utrzymywanie się dobrego funkcjonowania, pomimo występowania stresujących doświadczeń.
3. Dochodzenie do zdrowia po przeżyciu traumatycznych wydarzeń.

Należy też wspomnieć, że od tego momentu uwaga wielu badaczy, reprezentujących różne dziedziny naukowe, skoncentrowana na czynnikach ryzyka, przeniosła się na rozpoznawanie czynników i mechanizmów chroniących (Werner, 1993; Rutter, 1979; Garmezy, 1985). Dziś koncepcja rezyliencji rozumiana jest jako dynamiczny proces, nierozdzielnie związany z rozwojem, wyjaśniany udaną adaptacją na płaszczyźnie osobistej, pomimo okoliczności lub destrukcyjnych wydarzeń życiowych, uważanych zwykle za czynniki ryzyka w dziedzinie adaptacji.

Badacze z nurtu rezyliencji w poszukiwaniu zrozumienia jak działają czynniki chroniące określili modele działania tych czynników. Garmezy i wsp. przedstawili trzy modele, które w późniejszym czasie zostały uzupełnione przez Fergusona i Zimmermana o kolejne dwa.

Modele działania czynników chroniących

1. Model równoważenia ryzyka, czynniki – wysoka inteligencja dziecka i wysoki status socjoekonomiczny rodziny, bezpośrednio oddziałują na zachowanie i funkcjonowanie dziecka w szkole, równoważąc wpływ czynników ryzyka – wysoki poziom stresu w rodzinie związany z negatywnymi wydarzeniami, chorobami rodziców i innymi trudnościami.
2. Model redukcowania ryzyka, zakłada, że czynniki chroniące mają interaktywny charakter. Aktywizują się pod wpływem ekspozycji na czynniki ryzyka. Ich działanie polega na tym, że wchodzi w interakcję z czynnikami ryzyka i zmniejszają ich wpływ na zachowanie.

3. Model uodporniania na ryzyko, umiarkowany poziom ryzyka – umiarkowany poziom stresu w rodzinie może uodpornić i przygotować jednostkę do nowych i trudniejszych wyzwań. Według tego modelu, zbyt mały i zbyt duży poziom ryzyka jest niekorzystny dla zdrowego rozwoju.
4. Model stabilizujący ryzyko, obecność czynnika chroniącego redukuje wpływ ryzyka i utrzymuje częstość niepożądanego zachowania na stałym niskim poziomie i stabilizuje je.
5. Model względnie redukujący ryzyko, obecność czynnika chroniącego redukuje częstość niepożądanego zachowania, ale nie jest w stanie utrzymać go na stałym niskim poziomie.

Z kolei inny badacz – E. Werner, badając losy pojedynczych osób – określił trzy kategorie czynników chroniących:

1. Czynniki związane z indywidualnymi predyspozycjami dziecka, powodującymi odporność na przeciwności losu. Dzieci, które były aktywne, niezależne, chętne do zabawy z innymi, łatwo nawiązujące kontakt z innymi, a ok. 10 r.ż. towarzyskie, skoncentrowane na nauce, kontrolujące swoje impulsy, dobrze rozwiązujące trudności, chętnie angażujące się w dodatkowe zajęcia. Okazało się, że w wieku 17–18 lat były bardziej wewnątrzsterowne, miały bardziej pozytywny obraz siebie, większą motywację osiągnięć, były bardziej odpowiedzialne niż rówieśnicy podatni na czynniki ryzyka.
2. Czynniki związane z cechami środowiska rodzinnego to przede wszystkim niewielka rodzina, mniej niż czworo dzieci, kompetentna matka, bliska więź emocjonalna z matką lub inną osobą dorosłą z rodziny.
3. Czynniki związane z cechami pozarodzinnego środowiska społecznego. Źródłem ochrony, dla tych dzieci, w okresie dojrzewania, były bliskie i trwałe przyjaźnie z rówieśnikami, dobre kontakty z rodzicami przyjaciół, pochodzących ze stabilnych dobrze funkcjonujących rodzin, wsparcie i pomoc okazywana przez życzliwych nauczycieli, sąsiadów.

Dziś większość badaczy jest zgodna co do kwalifikowania czynników chroniących w pięć podstawowych grup. Są to czynniki w postaci zmiennych związanych z jednostką, rodziną, grupą rówieśniczą, szkołą i kontekstem społeczno-kulturowym.

1. Zmienne związane z jednostką

Do czynników chroniących zaliczamy: – dobre procesy i funkcje poznawcze zapewniające umiejętność uczenia się, werbalizacji, koncentracji uwagi;

– cechy temperamentu w postaci zdolności adaptacyjnych, witalności i towarzyskości; – emocji i procesów motywacyjnych w postaci radzenia sobie z emocjami, wewnętrzną kontrolą impulsów, automotywacją w realizacji celów; – konstruktywnym radzeniem sobie ze stresem i rozwiązywaniem trudnych sytuacji; – niskim poziomem lęku jako cechy i adekwatnym poziomem lęku jako stanu; – pozytywny obraz własnej osoby w postaci adekwatnej samooceny i dystansu do siebie, wiary we własne możliwości, poczucia sprawczości, optymizm; – umiejętności społeczne w postaci komunikowania się z innymi, rozwiązywania trudności i konfliktów, nawiązywania i utrzymywania znajomości; – obiektywną wiedzę na temat substancji psychoaktywnych i nałogowych czynności oraz krytyczną postawę wobec nich.

2. Zmienne związane z rodziną

Do czynników chroniących zaliczamy: – konstruktywnie funkcjonujący systemem rodziny, gdzie każdy pełni adekwatne role; – bliskie relacje rodzinne, w postaci więzi emocjonalnych z matką, ojcem i rodzeństwem; – dobrą i otwartą komunikację; – jasne zasady funkcjonowania w rodzinie; – monitorowanie czasu wolnego dziecka; – modelowanie przez rodziców prozdrowotnego trybu życia; – brak zgody rodziców na zażywanie substancji uzależniających; – zaangażowanie rodzica w sprawy szkolne i rozwój zainteresowań dziecka; – opieka i adekwatna kontrola rodziców czasu wolnego ich dzieci.

3. Zmienne związane z grupą rówieśniczą

Do czynników chroniących zaliczamy: – wysoką autonomię i niską socjotropię; – przynależność do konstruktywnej grupy rówieśniczej np. sekcji sportowej, grupy muzycznej lub teatralnej, klubu młodzieżowego, wolontariatu itp.; – akceptację i bezpieczeństwo w grupie rówieśniczej; – zaangażowanie w sprawy grupy w postaci wspólnych spotkań, wyjazdów; – brak akceptacji rówieśników do zażywania substancji psychoaktywnych; – akceptację norm społecznych i poszanowanie prawa.

4. Zmienne związane ze szkołą

Do czynników chroniących zaliczamy: – naukę i sposób prowadzenia lekcji w przyjaznej i życzliwej atmosferze, brak generowania niepotrzebnego lęku i napięcia przez nauczycieli; – spójność funkcjonowania pracowników szkoły z prozdrowotnym trybem życia, np. niepalenie papierosów na terenie szkoły; – zainteresowanie nauką szkolną i aspiracje edukacyjne w postaci systematycz-

nej nauki i dobrych wyników; – atrakcyjny sposób prowadzenia lekcji; – otwartość i życzliwość pracowników szkoły; – wysokie kompetencje nauczycieli i wychowawców; – rozwiniętą infrastrukturę w szkole w postaci boisk, siłowni, sali gimnastycznej oraz zajęcia pozalekcyjne prowadzone na terenie szkole; – akceptację innych uczniów i bezpieczeństwo w grupie klasowej.

5. Zmienne związane z kontekstem społeczno-kulturowym

Do czynników chroniących zaliczamy: – przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo, promujące prozdrowotny tryb życia; – ograniczoną dostępność do substancji psychoaktywnych; – bliskość i dostęp do klubów, kina, teatru, ale też placówek pomocowych; – praktyk religijnych; – poszanowanie prawa, norm i wartości; – angażowanie się rodziny w działania prospołeczne; – czynniki związane z pozytywnym działaniem mediów i popkultury; – dostęp do internetu i nowoczesnych technologii, adekwatny do wieku oraz potrzeb rozwojowych.

Należy zatem przyjąć, że dobra diagnoza i rozwój czynników chroniących automatycznie redukuje czynniki ryzyka. Prawdopodobieństwo ochrony przed zażyciem substancji psychoaktywnej lub nałogowymi czynnościami jest większe, im więcej czynników chroniących oddziałuje na dzieci oraz im bardziej są one konstruktywne i dłużej trwa ich oddziaływanie. Rola, jaką mogą odegrać wspomniane czynniki, zależy również od wieku dziecka, jego fazy rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

Zadaniem rodziców, wychowawców i profilaktyki realizowanej w szkole powinno być inicjowanie działań, które wprowadzą pożądane zmiany w funkcjonowaniu dziecka. Aby ten cel osiągnąć, warto szybko i starannie diagnozować, a dalej rozwijać i wzmacniać, przede wszystkim, czynniki chroniące, co w konsekwencji będzie redukować czynniki ryzyka. A to z kolei przełoży się na rzeczywistą ochronę dzieci i młodzieży przed zażywaniem substancji psychoaktywnych i nałogowymi czynnościami.

Zarówno rodzice, wychowawcy i nauczyciele mogą stosować skuteczne postawy i zachowania, które mają na celu zapobieganie lub opóźnianie zagrożeń związanych z uzależnieniami chemicznymi jak i behawioralnymi. Można wymienić siedem podstawowych obszarów oddziaływań realizowanych w domu jak i w szkole.

- 1. Budowanie konstruktywnej relacji z dzieckiem.** Ważne jest, by rodzic widział, słyszał i czuł swoje dziecko. Jeżeli te warunki będą zachowane,

to nawet jeżeli dziecko zażyje jakąś substancję, rodzic dowie się o tym pierwszy i dalej adekwatnie będzie mógł reagować.

2. **Świadomość własnych emocji i reakcji dorosłych w sytuacjach rodzinnych i szkolnych.** Traktowanie dziecka z szacunkiem i po partnersku, oczywiście adekwatnie do jego wieku, możliwości rozwojowych i zgodnie z obowiązującym prawem. Okazywać życzliwe wsparcie przede wszystkim w trudnych sytuacjach zamiast generowania stresu, strachu i poczucia winy.
3. **Świadome modelowanie.** Konstruktywne modelowanie polegające na przeanalizowaniu własnego stylu funkcjonowania i radzenia sobie z trudnościami, a w tym również spożywanie alkoholu, paleniu papierosów, korzystanie z komputera i smartfonu. Rozmowa z dzieckiem na temat własnych wyborów, dotyczących na przykład okazjonalnego picia alkoholu. Jeżeli rodzice lub wychowawcy używają alkoholu świadomie, w umiarkowany sposób mogą przekazać dziecku powody i zasady jakimi się kierują.
4. **Edukowanie dziecka na temat substancji psychoaktywnych i nałogowych czynności oraz skutków ich działania.** Rodzic i nauczyciele zdobywają wiedzę w tym zakresie, korzystając z różnych sytuacji życiowych, np. widok pijanej osoby, informacje o wypadkach samochodowych spowodowanych przez pijanych kierowców, przekazują dziecku obiektywne informacje na temat konsekwencji uzależnień chemicznych i behawioralnych, jednak nie w formie straszenia i generowania lęku.
5. **Ustalenie zasad obowiązujących w rodzinie i w szkole, w sprawie używania substancji psychoaktywnych i korzystania z internetu, komputera, telefonu i konsekwencji ich przekroczenia.** Takie zasady powinny zostać wypracowane wspólnie przez rodziców lub wychowawców i dziecko. Natomiast nie będzie to działało, gdy te ustalenia nie będą konsekwentnie przestrzegane. Wypracowane zasady powinny obowiązywać zarówno dzieci jak i rodziców.
6. **Przygotowanie dziecka do radzenia sobie z presją rówieśników.** Rodzic i wychowawca prowadzi rozmowy z dzieckiem o sytuacjach związanych z proponowaniem substancji psychoaktywnych i pomaga dziecku przygotować pomysły dobrych rozwiązań. Jak dziecko może się zachować w takiej sytuacji. W szkole podczas zajęć z wychowawcą można prowadzić na ten temat zajęcia warsztatowe.
7. **Uczenie konstruktywnych sposobów spędzania czasu i rozwijanie zainteresowań dziecka jako ważna alternatywa do sięgania po sub-**

stancje psychoaktywne i nadmierowe korzystanie z nowoczesnych technologii. Warto dostrzegać i wyzalać potencjał dziecka, jego spontaniczności, uczyć go mądrej odwagi i wzmacniać naturalne predyspozycje. Nawet jeżeli dziecko szybko zrezygnuje z jakiegoś zainteresowania, to należy mu pomóc w znalezieniu innego obszaru, gdzie będzie mogło się realizować i rozwijać.

Jednocześnie należy unikać strategii nieskutecznych w postaci przyjmowania przez rodzica lub wychowawcę postawy moralizującego prelegenta, generatora lęku i strachu, kontrolera, egzekutora lub bezradnego i bezsilnego dorosłego.

W konsekwencji dobrej diagnozy, czyli rozpoznania i dalej postępowania, w przypadku dzieci wolnych od uzależnień jest wspieranie ich w sytuacjach kryzysowych poprzez podejmowanie działań interwencyjnych.

Strategie interwencyjne kierowane są do dzieci i młodzieży przeżywających liczne trudności rozwojowe, co jest już wystarczającym powodem, by kwalifikować je do grupy podwyższonego ryzyka. Interwencję podejmujemy w sytuacji, kiedy dziecko zachowuje się niewłaściwie, łamie reguły obowiązujące w na przykład szkole, nie wywiązuje się ze swoich obowiązków. Celem interwencji jest rozwiązanie trudności i powstrzymanie niewłaściwych zachowań. Zgodnie z systemowym ujęciem, skuteczna interwencja powinna być wielokierunkowa, obejmować wszystkie osoby zaangażowane w trudność lub mogące pomóc w jej rozwiązaniu. Interwencja może przyjąć formę rozmów, budowania motywacji do zmiany swojego zachowania oraz postępowania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Działania te należą do podstawowych i najważniejszych działań w ramach profilaktyki selektywnej. Na tym poziomie oddziaływań współwystępuje wiele trudności i u każdego dziecka istnieje specyficzny zestaw czynników ryzyka. Programy wczesnej interwencji wymagają znacznej indywidualizacji podejścia, co uniemożliwia stosowanie jednolitych form i metod oddziaływania. Stwarza to jednocześnie trudności przy ocenie ich skuteczności.

W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się dwa warunki skuteczności programów wczesnej interwencji. Pierwszy jest związany z profesjonalizmem i właściwymi cechami osobowości osoby udzielającej pomocy, gdzie bardzo ważna jest wiarygodność i zaufanie. Drugi to pozyskanie i włączenie rodziców w rozwiązanie kryzysowej sytuacji. Jest to ważne dlatego, że zachowania

ryzykowne wiążą się z procesami zachodzącymi w rodzinie, a skuteczność pomocy zależy w znacznym stopniu od zmiany jego sytuacji rodzinnej. Uważa się, że treningi umiejętności wychowawczych dla rodziców, których dzieci przeżywają trudności rozwojowe lub przejawiają zaburzenia zachowania, znacznie podnoszą efektywność działań interwencyjnych.

4.2. Diagnoza i postępowanie w sytuacji, gdy dziecko używa substancji psychoaktywnych lub prezentuje nałogowe czynności

Sytuacja kiedy dziecko eksperymentalnie bądź już regularnie sięga po substancje psychoaktywne lub przejawia nałogowe zachowania, wymaga reakcji i konkretnych działań. Postępowanie to powinno być adekwatne do stopnia zaawansowania procesu rozwoju uzależnienia, który przebiega w trzech etapach już wcześniej przedstawionych. Jednak bez względu na stopień uzależnienia zawsze to rodzic jest osobą, która może najwięcej. Jest do tego najbardziej uprawniony, a kompetencje może rozwijać pracując pod okiem specjalisty. Są trzy podstawowe powody, dla których to rodzic jako pierwszy powinien zgłosić się do wychowawcy, pedagoga i ostatecznie specjalisty psychoterapii uzależnień dzieci i młodzieży. Po pierwsze – określić stopień zaawansowania uzależnienia dziecka. Na spotkaniu rodzica ze specjalistą należy przedstawić wszystkie swoje spostrzeżenia. Wówczas specjalista będzie mógł się do nich odnieść i dokonać wstępnej oceny stopnia zaawansowania uzależnienia dziecka. Czy sam rodzic potrafi określić, na jakim etapie uzależnienia jest jego dziecko? – raczej nie. Oczywiście wskazana jest obecność dziecka na takim spotkaniu i docelowo do tego należy dążyć, ale nie jest ta obecność na pierwszym spotkaniu bezwzględna. Po drugie – wypracować, adekwatnie do rozwoju uzależnienia, strategię postępowania z dzieckiem i dalej nabyć kompetencji do jej realizacji. Na spotkaniu, a raczej kolejnych spotkaniach, rodzica ze specjalistą taką strategię postępowania należy wypracować. Kolejne spotkania koncentrować się będą na nabywaniu przez rodziców kompetencji do ich realizacji. Czy sam rodzic potrafi takie postępowanie określić i bez wsparcia je realizować? – raczej nie. Po trzecie – dobra adekwatną do cech dziecka i stopnia uzależnienia interwencję albo terapię. Na spotkaniu ze specjalistą rodzic dowiaduje się o różnych formach terapii, łącznie z trybem sądowego przymusu leczenia dziecka z powodu uzależnienia. Czy sam rodzic będzie potrafił to zrobić? – raczej nie. Odpowiedzialność za powodzenie lub niepowodzenie terapii uzależnionego

dziecka spoczywa przede wszystkim na rodzicu, specjaliście i samym dziecku oraz instytucjach takich, jak: szkoła, policja czy sąd rodzinny (rodzice – 30%; specjalista lub ośrodek – 30%; dziecko – 30%; inne osoby, instytucje oraz placówki – 10%). Niestety praktyka pokazuje, że to rodzic jest często najsłabszym ogniwem całego systemu pomocy.

Odpowiedzialność i zaangażowanie rodzica to przede wszystkim zrozumienie sytuacji rodziny i dziecka, nabycie i stosowanie nowych kompetencji, a konkretnie tych destrukcyjnych. Czasami również własna terapia z powodu osobistych trudności, trudnych relacji rodzinnych, a czasami własnego uzależnienia. Można stwierdzić, że: „jeżeli chcesz pomóc własnemu dziecku, to zacznij od siebie”.

Odpowiedzialność i zaangażowanie specjalisty to przede wszystkim wsparcie, zrozumienie i zaufanie oraz kompetencje i profesjonalizm polegający na stosowaniu psychoterapii przy wykorzystaniu metod o potwierdzonej empirycznie skuteczności.

Odpowiedzialność i zaangażowanie dziecka to przede wszystkim branie, adekwatnej do wieku, odpowiedzialności za swoje zachowanie i proces psychoterapii.

Odpowiedzialność i zaangażowanie instytucji, takich jak: szkoła, policja czy sąd, zgodnie z kompetencjami i obowiązującym prawem.

Etapy rozwoju procesu zaawansowania uzależnienia dziecka – diagnoza i adekwatne postępowanie

I Etap – Norma rozwojowa (używanie substancji psychoaktywnych lub nalożowych czynności jako zaspokajanie potrzeb rozwojowych)

Rozwojowe używanie substancji psychoaktywnych lub nalożowych czynności jest zachowaniem ukierunkowanym na cel i pełni ważne funkcje w rozwoju nastolatka, wynika z potrzeb rozwojowych dziecka.

1. Poznanie stanu odurzenia i poznanie reakcji własnego organizmu w odpowiedzi na to, jak na mnie działa dana substancja.
2. Potrzeba przynależności do grupy rówieśniczej, doświadczenie identyfikacji, czyli robię to, co inni, by przynależać do określonej grupy, aby być akceptowanym i uniknąć lęku przed wyśmianiem, upokorzeniem i dalekimi odrzuceniem. To są prawdziwe obawy nastolatka.
3. Potrzeba wyrażenia i zademonstrowania sobie, swojej autonomii osobom znaczącym, a równocześnie manifestacja opozycyjnej postawy wo-

bec świata dorosłych, na przykład poprzez zażycie substancji psychoaktywnej.

4. Potrzeba osiągnięcia wyższego poziomu rozwoju poprzez podejmowanie zachowań zarezerwowanych dla dorosłych w postaci palenia papierosów, picia alkoholu, a często też zażywania narkotyków.
5. Brak wystarczająco rozwiniętych umiejętności psychospołecznych uniemożliwia nastolatkowi radzenie sobie ze stresem, lękiem i obawami związanymi z niepowodzeniami szkolnymi lub trudnościami rodzinnymi, wymusza zażywanie substancji psychoaktywnych lub ucieczkę w wirtualną rzeczywistość (gry komputerowe, internet).

Na tym etapie używanie jest eksperymentalne, bez własnej motywacji w poszukiwaniu sytuacji i okoliczności do zażycia substancji. Nie widać też zmian w zachowaniu dziecka. Nie ma również obiektywnych strat z zażywania substancji, z wyjątkiem zatrucia organizmu, w wyniku zażycia np. nowych substancji psychoaktywnych. Pojawiają się incydentalne sygnały świadczące o tym, że dziecko zażyło substancję psychoaktywną. Może się zdarzyć, że dziecko wróciło do domu w stanie wskazującym na spożycie alkohol lub narkotyku.

Strategia postępowania to przede wszystkim rozmowy, stawianie granic i formułowanie oczekiwań i konsultacja u specjalisty.

Rozmowa z dzieckiem powinna koncentrować się na zrozumieniu zachowania dziecka, postawieniu granic i sformułowaniu oczekiwań na przyszłość, a nie na wykazaniu winy i ocenie. Jeżeli sytuacja zdarzyła się w szkole, powinni zostać powiadomieni rodzice dziecka. Dobrze żeby rozmowa przebiegała w atmosferze życzliwości i troski o dziecko.

Przykładowy przebieg rozmowy:

1. Zagwarantuj sobie odpowiednie miejsce i czas na rozmowę. Okaż, że masz dobre intencje.

Chcę z tobą porozmawiać, ponieważ martwię się o Ciebie. Zależy mi na tym, żeby Cię zrozumieć i pomóc. Nie pomogę Ci kiedy nic mi nie powiesz.

2. Przedstaw trudność, opisz słowami niewłaściwe zachowanie dotyczące zażycia narkotyku lub nałogowych zachowań. Poproś dziecko o przedstawienie własnego punktu widzenia.

Chciałabym usłyszeć, jak Ty widzisz tę sytuację.

3. Streść i podsumuj stanowisko dziecka w celu sprawdzenia, czy dobrze je rozumiałaś.
Z tego, co powiedziałaś zrozumiałam, że...
4. Jeżeli dziecko uzna trudność, należy okazać zrozumienie, wsparcie i zaproponować pomoc w jego rozwiązywaniu. Po ustaleniu wspólnych faktów, w sprawie np. zażycia substancji, należy przedstawić oczekiwania dotyczące niezazywania substancji w przyszłości.
5. Jeżeli dziecko zaprzecza istnieniu trudności, można poinformować o swojej trosce oraz adekwatnych konsekwencjach, jeżeli takie zachowanie powtórzy się. Należy też ponownie wyrazić swoje oczekiwania i gotowość pomocy na przykład w formie strategii „otwartych drzwi”.
Jesteś dla mnie ważny i gdybyś uznał, że jednak potrzebujesz pomocy, zawsze możesz do mnie przyjść... Jestem twoją mamą, Kocham Cię.
6. Zarówno w jednej, jak i drugiej sytuacji zalecany jest kontakt ze specjalistą w celu wsparcia i określenia dalszego postępowania.

II Etap – Wbrew dorosłym (używanie substancji psychoaktywnych lub nałogowych czynności powodujące szkody, ale zauważalne tylko przez rodzinę i otoczenie oraz szkołę)

Zażywanie substancji lub nałogowych czynności staje się trudne dla rodziny, najbliższych, przyjaciół i nauczycieli. To oni w pierwszej kolejności martwią się i nie akceptują zachowania dziecka. Nauczyciele są w trudnej sytuacji i często nie wiedzą, jak adekwatnie postępować. Rodzice w pierwszej kolejności obwiniają siebie nawzajem: „*Jak ty go wychowałaś?*”; – „*Ciebie nigdy nie ma w domu, wszystko jest na mojej głowie*” i równocześnie obwiniają dziecko – „*Jak ono może tak postępować, przecież ma wszystko*”. Obwinia się też inne osoby, głównie rówieśników oraz szkołę i nauczycieli tam pracujących. Po tym trudnym i pełnym emocji czasie, część rodziców zaczyna szukać pomocy. Na tym etapie rozwoju uzależnienia, pojawia się już związek przyczynowo-skutkowy i własna motywacja w dążeniu do zdobycia np. jakiejś substancji. Pojawiają się pierwsze obiektywne straty zauważalne przez rodziców i najbliższe otoczenie. Dziecko pije alkohol, pali papierosy, zażywa narkotyki, pojawiają się zmiany w zachowaniu i zaniedbywanie konstruktywnych form spędzania wolnego czasu. Rozpoczyna się proces wypadania z roli dziecka i ucznia. Jednak na tym etapie dziecko nie postrzega zażywania substancji jako coś złego, a własne trudności jako konsekwencje zażywania.

W tej fazie rozwoju uzależnienia dziecko spełnia kryteria medyczne używania szkodliwej substancji psychoaktywnych i kwalifikuje się wraz z rodziną do specjalistycznej opieki.



Strategia postępowania to oddziaływania wychowawcze, kontakt terapeutyczny, rodzina pod opieką specjalisty (rodzice i dziecko)

III Etap – Tożsamość (używanie substancji psychoaktywnych lub nałogowych czynności jako proces przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej)

Stan po zażyciu substancji lub wykonywanie nałogowej czynności staje się częścią tożsamości kształtującej się na tym etapie rozwojowym. Młoda osoba adaptacyjnie wykorzystuje swój stan na przykład po zażyciu substancji w radzeniu sobie z trudnymi emocjami, zaniżoną oceną i lękiem oraz sytuacjach społecznych głównie w kontaktach z rówieśnikami. Historia używania substancji psychoaktywnych sięga co najmniej ostatniego roku, regularnie je zażywa, w ciągach trwających minimum przez 14 dni. Dawki zażywanych substancji jak i częstotliwość zażywania znacząco wzrosły w odniesieniu do wcześniejszego etapu. Na tym etapie dochodzi do wypadnięcia z roli dziecka i ucznia. Braku realizacji swoich zainteresowań i alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu. Pojawiają się konflikty z prawem. Podejmowane są pierwsze nieudane próby terapii. Aktywność i motywacja w działaniu dziecka wynika głównie z potrzeby zdobycia substancji. Uwaga i myślenie są skierowane na sytuacje wokół używania substancji. Otoczenie wie i werbalizuje fakt zażywania substancji. Środowisko rówieśnicze to, przede wszystkim, osoby używające substancji uzależniających. Dziecko ma subiektywne przekonanie, że wszyscy zażywają narkotyki. Na tym etapie dziecko spostrzega pierwsze konsekwencje brania narkotyków w postaci utraty kontroli nad zażywaniem substancji, trudności w rodzinie i szkole, ale też zdrowotne i prawne. Dziecko spełnia kryteria medyczne zespołu uzależnienia.

Strategia postępowania to specjalistyczna terapia dziecka i praca z rodziną. W sytuacji kiedy dziecko nie chce podjąć terapii, należy rozważyć procedurę sądowego przymusu leczenia.

Dostępne formy terapii uzależnionego dziecka to terapia ambulatoryjna w poradni lub terapia stacjonarna w ośrodku. Wskazane jest, by terapia dziecka zawsze rozpoczynała się w poradni. Jednak kiedy taka forma terapii nie przy-

nosi efektów, wówczas należy rozważyć zmianę formy leczenia na terapię w stacjonarnym ośrodku. W jego wyborze ważne jest, by kierować się merytorycznymi kryteriami i specyfiką dziecka, a nie np. czasem oczekiwania na wolne miejsce w ośrodku. Te kryteria to głównie: – metody prowadzenia terapii, efekty i skuteczność leczenia, kwalifikacje zespołu merytorycznego, poddawanie własnej pracy superwizji, czy ośrodek zapewnia obowiązek szkolny. W sytuacji kiedy i ta forma terapii zawodzi, należy rozważyć sądowy przymus leczenia w celu ochrony zdrowia, a nawet życia uzależnionego dziecka.

Takie postępowanie reguluje Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. Artykuł 30 Ustawy określa:

1. Na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu, sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację.
2. Czasu przymusowego leczenia i rehabilitacji nie określa się z góry, nie może on być jednak dłuższy niż 2 lata.
3. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat, przed zakończeniem przymusowego leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia lub rehabilitacji, łącznie nie dłuższy jednak niż 2 lata.
4. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1, toczy się według przepisów o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Część osób nieletnich, a uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie trafia na terapię tylko, najczęściej z powodu zaawansowanej demoralizacji lub popełnienia czynu karalnego, do zakładów poprawczych lub placówek typu MOW lub MOS.

W takiej sytuacji postępowanie określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Na podstawie art. 29 ust. 2 pkt 1 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zarządza się, co następuje:

§ 1 Rozporządzenia.

1. Leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych prowadzi się w oddzielnych zakładach poprawczych resocjalizacyjno-terapeutycznych, zwanych dalej „zakładami resocjalizacyjno-terapeutycznymi”.

2. Leczenie, o którym mowa w ust. 1, nie obejmuje detoksykacji, leczenia substytucyjnego oraz postępowania wymagającego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej.

Tabela 30. Częstości i procent osób ze względu na nakaz sądowy leczenia, sprawy toczące się przed sądem oraz groźbę wszczęcia takich spraw

Sprawy sądowe (m.in. nakaz sądowy leczenia)	Liczba osób	Procent
Nie	168	77,1
Tak	50	22,9
Ogółem	218	100,0

Badania własne.

Z przedstawionych danych statystycznych wynika, że uzależniona młodzież w ponad 22% trafiła na terapię stacjonarną do Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku pod wpływem postępowania sądowego w sprawie przymusowego leczenia.

Podsumowując, należy zwrócić szczególną uwagę na bardzo ważną rolę rodziców w postępowaniu z dzieckiem używającym substancji psychoaktywnych lub nałogowych czynności. W trosce o dziecko i całą rodzinę zawsze zalecana jest konsultacja u specjalisty psychoterapii uzależnień dzieci i młodzieży, a jak zachodzi taka potrzeba również u specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży.

4.3. Metody psychoterapii uzależnień o potwierdzonej naukowo skuteczności

Dziecko będące w zaawansowanym etapie używania substancji psychoaktywnych lub nałogowych czynności bezwzględnie wymaga specjalistycznej pomocy. Taką opieką powinno zostać objęte zarówno dziecko, jak i cała jego rodzina. Obecnie zdarza się, że już 12-letnie dzieci spełniają kryteria zespołu uzależnienia i są pacjentami placówek zajmujących się leczeniem uzależnienia dzieci i młodzieży.

Profesjonalna psychoterapia uzależnień dzieci i młodzieży bez względu na formę jej realizacji powinna być przeprowadzana metodami o potwierdzonej naukowo skuteczności. Zaliczamy do nich:

- terapię poznawczo-behawioralną,
- dialog motywujący,
- interwencję kryzysową,
- terapię rozwojową i zajęciową,
- wielowymiarową terapię rodzin,
- funkcjonalną terapię rodzin,
- wielosystemową terapię rodzin,
- krótką, strategiczną terapię rodzin,
- behawioralną terapię rodzin,
- farmakoterapię.

Jednak w Polsce dostępne metody psychoterapii dzieci i młodzieży uzależnionej to przede wszystkim interwencja kryzysowa, dialog motywujący, terapia poznawczo-behawioralna i farmakoterapia jako metoda wspomagająca.

Interwencja kryzysowa

W strategii profilaktyki interwencyjnej celem jest wspieranie w sytuacjach kryzysowych osób mających trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów osobistych. Elementem interwencji jest towarzyszenie ludziom w krytycznych momentach ich życia. Jej podstawowe techniki to sesje interwencyjne, poradnictwo i doradztwo. Interwencja, jako forma pomocy profilaktycznej i psychologicznej, polega na kontakcie terapeutycznym, skoncentrowanym na problemie wywołującym kryzys, czasowo ograniczonym, w którym dochodzi do konfrontacji osoby z kryzysem i do jego rozwiązania. Redukcja symptomów i przywrócenie równowagi psychicznej zapobiega dalszej dezorganizacji. Zapoznając się z teorią i praktyką interwencji kryzysowej, należy ustalić znaczenia takich terminów jak kryzys i interwencja kryzysowa. Potocznie kryzys rozumie się jako okres przełomu, przesilenia, decydujących zmian. Tak więc kryzys to moment rozstrzygający, punkt zwrotny, okres przełomu.

Interwencja profilaktyczna w przypadku zagrożenia uzależnieniem chemicznym czy behawioralnym powinna dotyczyć wspierania dzieci będących w sytuacjach kryzysowych. Wówczas strategię interwencyjną kierowaną do dzieci i młodzieży przeżywających liczne trudności rozwojowe, co jest już wystarczającym powodem, by kwalifikować je do grupy podwyższonego ryzyka. Interwencję podejmujemy w sytuacji, kiedy dziecko zachowuje się niewłaściwie, łamie reguły obowiązujące w szkole, nie wywiązuje się ze swoich obowiązków. Celem interwencji jest rozwiązanie trudności i powstrzymanie niewłaściwych zachowań.

Zgodnie z systemowym ujęciem, skuteczna interwencja powinna być wielokierunkowa, obejmować wszystkie osoby zaangażowane w trudność lub mogące pomóc w jej rozwiązaniu. Interwencja może przyjąć formę rozmów, budowania własnej motywacji do zmiany swojego zachowania lub motywacji zewnętrznej na podstawie obowiązujących normy i przepisów prawa.

Działania te należą do podstawowych i najważniejszych działań w ramach profilaktyki selektywnej. Na tym poziomie oddziaływań współwystępuje wiele trudności i u każdego dziecka istnieje specyficzny zestaw czynników ryzyka. Programy wczesnej interwencji wymagają znacznej indywidualizacji podejścia, co uniemożliwia stosowanie jednolitych form i metod oddziaływania. Stwarza to jednocześnie trudności przy ocenie ich skuteczności.

W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się dwa warunki skuteczności programów wczesnej interwencji. Pierwszy jest związany z profesjonalizmem i właściwymi cechami osobowości osoby udzielającej pomocy, gdzie bardzo ważna jest wiarygodność i zaufanie. Drugi, to pozyskanie i włączenie rodziców w rozwiązanie kryzysowej sytuacji. Jest to ważne dlatego, że zachowania ryzykowne wiążą się z procesami zachodzącymi w rodzinie, a skuteczność pomocy, wobec dziecka, zależy w znacznym stopniu od zmiany jego sytuacji rodzinnej. Uważa się, że treningi umiejętności wychowawczych dla rodziców, których dzieci przeżywają trudności rozwojowe lub przejawiają zaburzenia zachowania, znacznie podnoszą efektywność działań interwencyjnych.

Poniżej przedstawiona została propozycja przeprowadzenia pierwszego spotkania interwencyjnego z rodziną, w której dziecko używa substancji psychoaktywnych, z zaangażowaniem szkoły.

Spotkanie interwencyjne może się odbyć na terenie szkoły, ale też w innym miejscu, np. w placówce prowadzonej przez organizację pozarządową. Zależy to od tego, gdzie taka sytuacja została zidentyfikowana. Praktyka jednak pokazuje, że najczęściej jest to szkoła lub inna placówka oświatowa. Osoba, która może przeprowadzić takie spotkania, nie musi być, zawsze profesjonalistą w danej dziedzinie i może to, być oprócz psychologa, pedagoga, terapeuty również wychowawca klasy, ale też dyrektor szkoły. Jednak zawsze bardzo ważne jest to by ta osoba lub osoby były co najmniej neutralne wobec dziecka i rodziny, a jeszcze lepiej, by ta osoba była dla nich ważna. W przedstawionej poniżej sytuacji będzie to szkoła, a osobami prowadzącymi spotkanie bę-

dzie dyrektor i wychowawczyni. Jeżeli jest to możliwe, w spotkaniu z rodziną powinny uczestniczyć dwie osoby, zwłaszcza, kiedy nie do końca czujemy się pewnie w obszarze uzależnień. Na przykład jedną może być wychowawca klasy, a drugą pedagog lub inna osoba, np. psycholog, nauczyciel, a czasami warto, by to był dyrektor szkoły. Najlepiej jest, kiedy tą drugą osobą jest nauczyciel, którego uczeń lubi lub dobrze z tego przedmiotu się uczy, ponieważ podczas spotkania może udzielić pozytywnych informacji, a to jest bardzo istotne podczas takiego spotkania. W sytuacji kiedy w spotkaniu z rodziną uczestniczą dwie osoby, ważne jest, by jedna osoba prowadziła to spotkanie, a druga była wsparciem dla prowadzącego rozmowę. Konieczne jest, by do takiego spotkania się przygotować. Zebrać fakty, o których wiemy, zastanowić się nad tym, co chcemy powiedzieć, spróbować odpowiedzieć sobie na pytanie: w jakim systemie funkcjonuje ta rodzina, kto jakie role w niej pełni? Zebrać pozytywne informacje o rodzinie i rzecz bardzo ważna, trzeba ustalić, co ma być celem takiego spotkania. Oczywiście cel musi być adekwatny do danej sytuacji i okoliczności, w której się znajdujemy. Na przykład jeżeli jest to szkoła, to nie należy próbować diagnozować trudności rodziny czy uzależnienia dziecka. Nie należy wchodzić w rolę psychoterapeuty i proponować psychoterapię w warunkach szkolnych. Należy bronić się przed efektem „napadania na rodziców”. Warto też pamiętać o tym, co może czuć zaproszona na spotkanie rodzina i jej poszczególni członkowie. Spostrzegać też to, co czuje rodzina i jej poszczególni członkowie podczas prowadzonej rozmowy, a zwłaszcza w tym przypadku nasz uczeń. Przekonanie, że i tak nic z tego nie będzie jest błędne. Bardzo często rodzice na terenie szkoły nie chcą się otwierać i też nie zawsze chcą dzielić się ze szkołą swoimi trudnościami i mają do tego prawo. Jednak nie musi to znaczyć, że lekceważą trudności np. zażywanie przez ich dziecko narkotyki. Ponad 50% rodzin z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne, zgłasza się do poradni zajmujących się pomocą w obszarze uzależnień i twierdzi, że właśnie pod wpływem rozmowy z nauczycielem lub spotkania w szkole trafili do poradni. To tylko nam się wydaje, że kiedy podczas takiego spotkania rodzice przyjmują postawę obronną poprzez zaprzeczanie, bronienie i usprawiedliwianie swojego dziecka lub agresję kierowaną w stronę prowadzących i całej szkoły, to spotkanie nie spełniło swojego celu. Zapewniam, że dla większości rodziców jest to też bardzo trudna sytuacja, ponieważ są często pogubieni, a nierzadko po prostu przerażeni. Reagują milczeniem, bo nie wiedzą, co powiedzieć, albo reagują mocno emocjonalnie. Wypowiadają oskarżenia pod adresem szkoły i konkretnych nauczycieli. Jednak zasługują na wyrozumiałość i wsparcie. To,

że zachowują się tak, a nie inaczej, to nie dlatego, że chcą nam zaszkodzić tylko dlatego, że często po prostu nie potrafią inaczej. Pamiętajmy, że oni też mieli swoich rodziców, środowisko, w którym wzrastali i uczyli się do szkół i nie zawsze wszystkie te obszary wpływały na nich konstruktywnie. To, że czasami nam trudno w kontakcie z rodzicami, to przede wszystkim objaw tego, że im też może być zwyczajnie i po ludzku bardzo trudno.

Ważna wskazówka dotycząca prowadzenia rozmów. Zawsze warto rozpocząć rozmowę z całą rodziną, po to, by poznać wersję każdej ze stron. To daje możliwość usłyszenia przez wszystkich zainteresowanych opinii i stanowiska innych. W sytuacji kiedy decydujemy się na rozmowę w innym składzie, zawsze warto rozpocząć rozmowę od dziecka. Kiedy jest tak, że na początku zaczynamy rozmowę tylko z rodzicami lub rodzicem, dziecko za drzwiami myśli: „Znów rozmawiają o mnie beze mnie”. Wtedy jego nastawienie jest negatywnie wzmacniane.

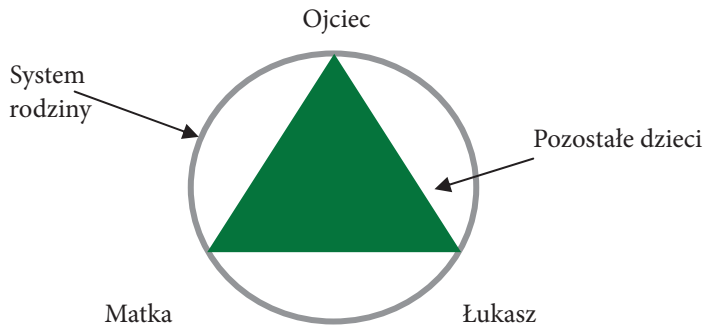
Warto też pamiętać, że szkoła, czy inna placówka, musi działać w obszarze swoich kompetencji i obszarze prawa. Nie należy wchodzić w rolę terapeuty uzależnień czy podejmować się diagnozowania rodziny czy innych trudności. Musimy pamiętać, że zawsze, kiedy w grę wchodzi zagrożenie zdrowia czy życia dziecka, musimy podjąć odpowiednie działania, które często są regulowane przez prawo. Nie należy wchodzić z dzieckiem w koalicję przeciw rodzicom lub obiecywać, że nikomu nic nie powiemy. Zawsze taki jasny komunikat powinno dziecko otrzymać na początku spotkania: *Chcę ci powiedzieć, że jeżeli sprawy, o których mi powiesz będą stanowić zagrożenie dla twojego lub innych osób zdrowia bądź życia, to będę musiała je przekazać odpowiednim osobom, bo nie mogę pozwolić by ci się działa krzywdą i tak też stanowi prawo.*

Wówczas samo dziecko ma możliwość decydowania, czy chce powiedzieć, czy nie i jakie treści to będą. Z doświadczenia wynika, że dzieci najczęściej mówią, bo chcą pomocy od nas dorosłych.

Opis rodziny

Wychowują trójkę dorastających dzieci. Mieszkają w dużym mieszkaniu. On dużo pracuje i dobrze zarabia, ona z wyższym wykształceniem pracowała krótko przed urodzeniem pierwszego dziecka. Mąż konsekwentnie od lat wydziela żonie pieniądze. Kwota, którą otrzymuje, jest zawsze uzależniona od jej i dzieci zachowania wobec niego. Znajomi dobrze wiedzą, kto rządzi w tym domu. Najstarszy syn, Łukasz, lat 16, jest uczniem szkoły średniej. Słabo się uczy i potrafi być agresywny wobec innych. Dyrekcja szkoły wie, że wcześniej

zażywał narkotyki, sam się do tego przyznał. Przyjmowany do technikum twierdził, że już z tym skończył i to też był warunek przyjęcia go do szkoły. Jednak jego zachowanie jak i wygląd wskazują na to, że dalej zażywa narkotyki. Cała rodzina, na prośbę pana dyrektora, pojawiła się na spotkaniu w szkole.



Spotkanie prowadzi pan dyrektor, który poprosił swoją koleżankę, wychowawczynię Łukasza, o towarzyszenie mu w tym spotkaniu. Cel, jaki sobie założył, to przede wszystkim przekazanie spostrzeżeń, które ma na temat funkcjonowania Łukasza w szkole oraz nawiązanie do faktu, że wcześniej zażywał narkotyki. Oboje prowadzących też wiedzą, że system funkcjonowanie rodziny wygląda tak, że ojciec jest wyrazistą osobą decydującą prawie o wszystkim, bardzo dobrze zarabia, a żona nie pracuje, zajmuje się domem i dziećmi.

Przebieg spotkania

Spotkanie może odbywać się w gabinecie dyrektora. Ważne jest, by wszyscy uczestnicy spotkania mogli swobodnie siedzieć i tak, by wszyscy mogli siebie widzieć, np. wokół stołu do spotkań, który często w gabinetach dyrektorów się znajduje. Czas trwania spotkania do 50 minut.

Pan dyrektor rozpoczyna rozmowę. Najpierw przedstawia się i swoją koleżankę, a dalej dziękuje rodzinie za przybycie. Podaje powód spotkania, czyli to, że jest zaniepokojony o Łukasza, dlatego chciałby podzielić się swoimi spostrzeżeniami i wysłuchać jego opinii oraz na koniec określić czy, a jak tak, to w jaki sposób szkoła może pomóc w tej sytuacji.

Dalej powinna pojawić się przestrzeń dla rodziców i Łukasza, by mogli się odnieść do powodów spotkania i jego przebiegu, który też powinien być na początku zaproponowany przez dyrektora. Kiedy sytuacja i powód spotkania

jest jasny, bez względu na reakcję rodziców, kontynuujemy rozmowę. W takich sytuacjach bardzo często ojcowie wyrażają swoje niezadowolenie, na przykład twierdzą, że syn nie jest już dzieckiem i to on powinien brać sam całą odpowiedzialność za swoje obowiązki i zachowanie, a jak nie, to będzie miał ograniczone dawanie pieniędzy. Matki w takich sytuacjach najczęściej milczą i są wycofane.

Dalej dyrektor dzieli się z rodziną swoimi spostrzeżeniami, kierując informacje w formie pytania w kierunku Łukasza: *Łukaszu, powiedz mi, o co chodzi, od jakiegoś czasu widzę i mam informacje od innych nauczycieli, że twoje zachowanie, ale też wygląd są niepokojące. Nie będę ukrywał, że pierwsze o czym pomyślałem to narkotyki. Że może nie do końca tak jest, jak mówiłeś, że narkotyki w twoim wypadku to przeszłość. Co ty na to?* Najczęściej w takiej sytuacji jest tak, że dziecko milczy, nie chce, głównie w obecności ojca, o tym mówić. Wówczas jest dobrze zaproponować, żeby rodzice wyszli z gabinetu, a dyrektor bez rodziców prowadził dalej rozmowę, ponawiając swoje pytanie. Dzieci w takiej sytuacji przyjmują dwie najczęstsze postawy. Pierwsza to zaprzeczają wszystkiemu. I wówczas szkole nie pozostaje nic innego jak obserwować dalszy rozwój sytuacji, który najczęściej jest taki, że fakt zażywania narkotyków się potwierdza i dziecko przestaje uczęszczać do szkoły. Druga to kiedy dziecko poczuje, że intencje szkoły są autentyczne i uchroni go przed trudnymi reakcjami ze strony ojca, co w praktyce jest niemożliwe, przyznaje się do zażywania narkotyków.

Załóżmy, że Łukasz wybrał tę drugą możliwość. Wówczas dyrektor deklaruje pomoc i wsparcie ze strony szkoły, jednak na pewnych warunkach. Pierwszy warunek to, że zgłosi się do poradni i rozpocznie terapię, a szkoła będzie mogła monitorować jego obecności na terapii, nie treść pracy terapeutycznej. Drugi to rodzice też się zgłoszą do poradni w celu ich wsparcia w zakresie rozumienia i postępowania z dzieckiem używającym substancji. Trzeci to ustali z nauczycielami przedmiotów, z których ma złe oceny, co musi zrobić, by je poprawić i w jakim czasie. W takiej sytuacji szkoła lub inna placówka może z młodą osobą podpisać kontrakt, tj. sporządzić pisemną umowę na realizację wyżej ustalonych zobowiązań.

Kiedy dziecko akceptuje te warunki, prócz oczywiście zgłoszenia się do poradni rodziców, dyrektor mówi: *Teraz poprosimy twoich rodziców i przedstawimy im to, na co się umówiliśmy. Chcesz im to sam powiedzieć czy mam zrobić to ja?* Najczęściej dzieci wybierają drugi wariant. Najlepiej, żeby dziecko poprosiło rodziców z korytarza i kiedy wszyscy już siedzą, dyrektor przedstawia to co usta-

lono: *Po pierwsze chcę państwu powiedzieć, że Łukasz zachował się poważnie, odpowiedzialnie i adekwatnie do swojego wieku – przyznał, że zażywa narkotyki. Po drugie chcę powiedzieć, że razem z Łukaszem i panią wychowawczynią ustaliliśmy, że zgłosi się do poradni i tam rozpocznie terapię, a my ze strony szkoły będziemy monitorować czy regularnie uczęszcza na spotkania. Dodatkowo zobowiązał się do ustalenia z nauczycielami zakresu materiału, jaki ma poprawić i w jakim czasie. Państwa też byśmy chcieli poprosić, byście zgłosili się do poradni w celu wsparcia i dowiedzenia się jak dalej postępować z synem. Co państwo na to?*

W tym momencie nie wolno zapomnieć o przekazaniu pozytywnych informacji na temat ucznia, np. pochwalić go za to, że zachował się odpowiedzialnie i dojrzałe, mówiąc wprost o swoich trudnościach i deklarując rozpoczęcie pracy nad sobą. Na pewno też pani wychowawczyni może się podzielić pozytywnymi spostrzeżeniami na temat Łukasza.

W takiej sytuacji najczęstsza pierwsza reakcja wygląda tak, że ojciec wyraża swoje niezadowolenie z faktu, że syn zażywa narkotyki, a on musi chodzić do jakiejś poradni i dodaje różne groźby kierowane w stronę dziecka. Mamy natomiast są bliższe gotowości uczęszczania do poradni. W praktyce wygląda to tak, że ojcowie w poradni się nie pojawiają natomiast mamy owszem i to już jest dobry początek. Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, dyrektor może zadać pytanie: *Czy my jako szkoła możemy coś jeszcze dla Państwa zrobić?* Natomiast pani wychowawczyni może zadeklarować Łukaszowi swoją pomoc, oczywiście w obszarze swoich wychowawczych kompetencji. Wskazane jest też skierować pozytywne komunikaty w stronę mamy i ojca oraz całej rodziny, na przykład dyrektor może powiedzieć: *Chcę powiedzieć, że wasza obecność na tym spotkaniu to dla nas bardzo ważny komunikat, który mówi, że możemy współpracować i bardzo wam zależy na zdrowiu i edukacji waszego dziecka.*

Dalej należy dodać: *Dodatkowo chcemy z koleżanką przekazać Państwu kontakt do poradni, w której pracują specjaliści zajmujący się udzielaniem pomocy dla młodzieży używającej substancje uzależniające i ich rodzin. Warto tam się wybrać chociażby po to, by specjalista mógł wypowiedzieć się na ten temat i dalej, w zależności od wyniku tego spotkania, odpowiedzieć wam, co możecie zrobić i jak postępować.*

Na zakończenie spotkania należy się upewnić, czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich. Kontakt do poradni należy przekazać w formie ulotki lub innej papierowej wersji, nie należy się ograniczyć tylko do przekazania informacji słownej.

Na zakończenie spotkania dziękujemy za przybycie i poświęcony czas.

W przedstawionym przebiegu spotkania został główny cel osiągnięty, a nawet więcej. Oczywiście szkoła powinna być zaangażowana w dalsze postępowanie z Łukaszem, zgodnie z ustaleniami. Natomiast główna praca z rodziną i Łukaszem powinna być przeniesiona do poradni ze specjalistyczną pomocą.

Postępowanie interwencyjne na podstawie obowiązującego prawa

W sytuacji kiedy dziecko jest uzależnione od substancji psychoaktywnych i nie chce się poddać terapii, wtedy postępowanie reguluje Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r., artykuł 30.

Część osób nieletnich, a uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie trafia na terapię tylko, najczęściej z powodu zaawansowanej demoralizacji lub popełnienia czynu karalnego, do Zakładów Poprawczych lub Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych.

W takiej sytuacji postępowanie określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich.

Natomiast zachowania i aktywność w internecie może być cyberprzemocą i ostatecznie zastać zakwalifikowana jako przestępstwa z artykułów Kodeksu Karnego lub Kodeksu Wykroczeń.

Dialog Motywujący

Zgodnie z definicją opracowaną przez autorów koncepcji (Miller, Rollnick, 1991), Dialog Motywujący (DM) jest skoncentrowanym na kliencie stylem doradztwa (sposobem komunikacji) ukierunkowanym na wydobywanie z klienta motywacji do zmiany zachowania poprzez zbadanie i rozwiązanie ambiwalencji wobec zmiany. Nie jest on zestawem technik, które mają zastosowanie wobec klienta, ale jego istota wyraża się w określonej filozofii komunikowania się z klientem (Rollnick, Miller, 1995). Filozofia Dialogu Motywującego wyraża się w co najmniej kilku założeniach (Miller, Rollnick, 2009):

- Motywacja do zmiany zachowania nie jest narzucona czy „zainstalowana” przez kogokolwiek, lecz jest „wydobyta” z klienta.

- Terapeuta aktywnie wspiera klienta i ułatwia mu przeanalizować i rozwiązać ambiwalentny stosunek do zmiany.
- Relacja między klientem a terapeutą jest bliższa relacji partnerskiej niż relacji ekspert–klient. Natomiast głównymi zasadami wywiadu motywującego są:
 - wyrażanie empatii/refleksyjne słuchanie/odzwierciedlanie;
 - pogłębianie rozbieżności;
 - unikanie udowadniania i podążanie za oporem;
 - wspieranie poczucia własnej skuteczności.



Efektywność DM została potwierdzona w licznych badaniach naukowych w odniesieniu do osób problemowo używających substancji psychoaktywnych czy pragnących zmienić swoje zachowania na bardziej sprzyjające zdrowemu stylowi życia. Na stałe jest wykorzystywany w terapii osób uzależnionych. Widocznym efektem stosowania DM może być nie tylko podjęcie decyzji o zmianie zachowania, ale także poprawa wskaźników retencji w pierwszym okresie terapii (Carroll, 2006). Naukowej weryfikacji poddano także niektóre z modyfikacji DM, w szczególności podejście „wzmacniania motywacji do zmiany”, które porównywano z modelem uczenia nowych umiejętności oraz modelem opartym na 12 krokach AA. Wyniki projektu MATCH potwierdziły skuteczność wszystkich powyższych podejść, nie uprzywilejowując żadnego z nich (Miller, 1995). Dialog motywujący jest skoncentrowany przede wszystkim na budowaniu wewnętrznej motywacji klienta. Oparty jest na podejściu humanistycznym, terapii systemowej, terapii poznawczo-behawioralnej, psychologii inspiracji i psychologii motywacji. Może on stanowić samodzielny element oddziaływań, jak i dobry wstęp do uczestnictwa klienta w innych, dłuższych oddziaływaniach terapeutycznych wykorzystujących dostępne modele leczenia.

Elementy składowe Dialogu Motywującego

Zasady Dialogu Motywującego:

- Wyrażanie empatii;
- Wspieranie poczucia własnej sprawczości;
- Rozwijanie rozbieżności;
- Podążanie za oporem.

Narzędzia – OARS w DM.

O – (*Open questions*) Pytania otwarte.

A – (*Affirmation*) Dowartościowania.

R – (*Reflective listening*) Odzwierciedlanie.

S – (*Summarizing*) Podsumowania.

Język zmiany to wywoływanie zmiany, interwencja terapeutyczna charakterystyczna dla DM. Wszystko, co klient wypowiada i jest argumentem za zmianą, nazywamy językiem zmiany. Wydobywanie języka zmiany:

- Zadawanie pytań wydobywających;
- Badanie skrajności;
- Patrzenie w przeszłość;
- Patrzenie w przyszłość;
- Skala ważności/ufności/gotowości.

Duch DM, czyli tak zwana jego „melodia”:

- Partnerstwo – „DM przeprowadza się «dla» osoby i «z» nią”;
- Akceptacja – to bezwarunkowa wartość, trafna empatia, dowartościowanie, autonomia.
- Współczucie – postawa współczująca to aktywne wspieranie dobra innej osoby, stawianie na pierwszym miejscu jej potrzeb.
- Wydobywanie – „Ty masz to, czego potrzebujesz i razem to znajdziemy”. Wydobywanie polega na odszukaniu mocnych stron klienta i jego zasobów, a nie skupianie się na jego deficytach.

Cztery procesy w DM

Angażowanie.

- Istotne jest w trakcie całej pracy z drugą osobą.
- To stworzenie atmosfery współpracy, w której gotowość pracy klienta będzie ulegać wzmocnieniu.
- Okazywanie szacunku i zaufania.
- Odwoływanie się do systemu wartości.
- Terapeuta nie jako przeciwnik lecz partner.
- Pytania dotyczące celów i wartości.
- Pytania o informacje zwrotne.

Ukierunkowywanie.

- Ukierunkowywanie w DM, to ciągły proces poszukiwania i podtrzymywania kierunku;
- To klient decyduje, czy i jak dążyć do zmiany, nie można mu tego prawa odebrać;

- Nie zawsze celem jest udzielenie porady, ale raczej wspieranie zmiany.

Wywoływanie.

- Wywoływanie i wzmacnianie wewnętrznej motywacji do zmiany;
- Wzmacnianie wiary we własną skuteczność;
- Dochodzenie do własnej koncepcji zmiany klienta.

Planowanie.

Planowanie obejmuje zarówno rozwijanie zobowiązania do zmiany, jak i sformułowanie konkretnego planu działania.

Dialog Motywacyjny jest oparty na dowodach naukowych i metodach rozmowy używanych w profilaktyce i terapii, które mają na celu zwiększenie motywacji do zmiany u osób z różnymi uzależnieniami lub innymi problemami związanymi z wyborem stylu życia. W DM zwraca się uwagę na fakt, że zmiany nawyków i stylu życia są często trudne do wykonania. Upomnienia lub jednokierunkowe informacje o zagrożeniach i negatywnych konsekwencjach nie zawsze przynoszą pożądany efekt, jak chodzi o zmiany sprzyjające zdrowym stylowi życia. Motywacyjny wywiad jest metodą rozmowy, która jest zorientowana na klienta oraz jest skupiony na zainicjowaniu motywacji do zmian zachowań, poprzez uświadomienie, odkrywanie i rozwiązywanie ambiwalencji. Terapeuta słucha, stara się wykazać zrozumienie dla perspektyw klienta, spodziewa się, że klienta sam znajdzie i dojdzie do własnych odpowiedzi. Również, aby klient brał odpowiedzialność za własne życie i podejmował własne decyzje. Terapeuta dąży do tego, aby śledzić drogę klienta oraz pracować nad oporem za pomocą poszczególnych technik werbalnych. W odniesieniu do uzależnień, często osoby z taką problematyką zdają sobie sprawę, że to, co robią, przynosi negatywne konsekwencje. Możliwe, że rodzina lub bliskie osoby w otoczeniu mogły wykazać swoje niezadowolenie, osoba uzależniona starała się zmienić, ale bez powodzenia. Dialog Motywacyjny ma swoje podłoże teoretyczne i korzenie w psychologii humanistycznej, która zakłada, że ludzie, którzy są traktowani z pozytywną niepodzielną uwagą, będą zachęceni do znalezienia własnej wewnętrznej motywacji do zmiany. Dlatego postawa terapeuty jest bardzo istotna jako narzędzie służące pomocą w zachęcaniu klienta do własnych rozwiązań i aktywnych decyzji o własnym życiu. Aby to osiągnąć, wymagane jest aktywne i skoncentrowane słuchanie, także podejście powinno być pełne akceptacji i szczerości. Słuchacz niemoralizujący i wykazujący empatie chce zrozumieć, a nie wykazywać, gotowe rozwiązania, oraz potwierdzać to, co on/ona słyszy na przykład: „Nie powiem ci, co zrobić, chcę zrozumieć, w jaki sposób myślisz

i jakie są twoje uczucia związane z tym tematem”. To nie znaczy, że dawanie klientowi rady zawsze jest spostrzegane jako coś błędnego, ale rada powinna być sformułowana bardziej jako ostrożna sugestia, na przykład: „Czy zgadzasz się na to, że opowiem tobie o jednej rzeczy, nad którą się zastanawiam i która pomogła wielu osobom w twojej sytuacji?”. To, że DM jest metodą zorientowaną na klienta, oznacza, że terapeuta jest zachęcający i potwierdza wykonane kroki klienta w drodze do zmiany oraz pokazuje, że wierzy w zdolność danej osoby do wykonania zmiany. Metodologia jest odpowiednia, gdy rozmowa ma na celu zachęcanie innej osoby do zmiany zachowania w określonym kierunku, bez wzbudzania oporu. W różnych strategiach użytych w DM tworzą się możliwości dla terapeuty, aby za pomocą własnego rozumowania i procesów myślenia klienta, zachęcić do decyzji dotyczących zmian. DM składa się z wielu różnych elementów, które mogą być łączone i stosowane w elastyczny sposób. Nacisk na rozmowę w motywacyjnym duchu jest podstawowym elementem w tej technice terapeutycznej, co oznacza pewne podejście. Niektóre kluczowe pojęcia specyficzne dla DM to: współpraca, autonomia oraz strategie używane w celu wywołania i zachęcania rozmowy o zmianach. Jak różne techniki DM mogą być użyte we wstępie do rozmowy jest opisane w przykładzie poniżej.

Prezentacja.

Aby być w stanie pomóc tobie, muszę zrozumieć, w jaki sposób myślisz. Więc może chciałbyś zacząć od tego, aby mi opowiedzieć...

Aktywne słuchanie.

Podstawą w DM jest aktywne słuchanie, które ma na celu i jest przeznaczone, aby przede wszystkim zrozumieć, jak młodzież spostrzega swoją sytuację, a następnie spróbować zbadać myśli oraz wyobrażenia na temat problemów i rozwiązań. Aktywne słuchanie jest potężnym i skutecznym sposobem używanym do efektywnego zbudowania relacji oraz klimatu sprzyjającego współpracy. Młodzież czuje się rozumiana i odczuwa, że słuchacz jest zainteresowany i przejmuje się nim. Zanim młodzi ludzie czują się zrozumiani, trudno będzie iść do przodu w pozytywny sposób. Aktywne słuchanie składa się z trzech elementów:

- otwarte pytania,
- słuchanie odzwierciedlające,
- podsumowania.

Pytania otwarte.

Otwarte pytanie określa się tym, że nie można odpowiedzieć tak lub nie, lecz które prowadzi do tego, aby młodzi ludzie mogli sami opowiedzieć używa-

jąc własnych słów, co jest najważniejsze dla nich. Często jest to pomocne, aby rozpocząć zwrotami, używając pytań zawierających: „Kiedy?”, „Gdzie?”, „Jak?” i „Co?”. Pytań, które zawierają: „Dlaczego”, należy używać z dużą ostrożnością, ponieważ często sprawiają, że ludzie czują się zaskarżeni i chcą się bronić. Aby zachęcić młodzież do opowiedzenia swojej historii, można użyć następujących przykładowych pytań otwartych: „Czy masz chęć mi opowiedzieć jak twoja sytuacja wygląda ...?”, „...” Jak spostrzegasz temat: granie ...?, „Ile zajmujesz się tym ...?”, „I jak się czujesz poza tym w swoim życiu... .. jak to wygląda.. ...na przykład sytuacja w szkole i w domu?”

Słuchaj.

Pozwól młodej osobie opowiedzieć, nie przerywając jej i słuchając z pełnym skupieniem. Poczekaj, aż nastąpi cisza ze strony młodej osoby, następnie zadaj pytania, które są potrzebne, aby mieć większe zrozumienie dla opowiedzianej historii. Postaraj się od czasu do czasu podsumować to, co młoda osoba opowiedziała. Kontakt wzrokowy, pozytywne potwierdzenie oraz wyraźne werbalne odnoszenia/odzwierciedlanie są narzędziami aktywnego słuchania.

Odzwierciedlanie – podsumowania.

W DM odzwierciedlanie składa się z dwóch typów odzwierciedleń/refleksji oraz techniki, której funkcja w wielu aspektach przypomina odzwierciedlanie/refleksję, ale która ma na celu streszczenie opowieści.

Prosta refleksja/odzwierciedlenie.

Polega na tym, aby odzwierciedlić jedno słowo, zdanie lub część zdania. Stwórz sformułowania za pomocą własnych słów.

Złożone refleksje/odzwierciedlenie.

Tutaj staramy się odzwierciedlać złożoność oraz podstawowe uczucie i głębszy sens opowieści. W złożonej refleksji staje się też jasne, jeśli terapeuta złapał i zrozumiał bardziej subtelny wymiar w tym, co młoda osoba powiedziała. Czasami złożone refleksje nie są potwierdzone przez młodzież, co oznacza, że terapeuta powinien zachęcać i wspierać, aby opowiadanie było kontynuowane. Podsumowanie oznacza, aby opowiedzieć to, co jest najważniejsze w całej historii. Terapeuta powinien znaleźć miejsce zarówno dla faktów, jak i uczuć.

Najbardziej odpowiedni moment, aby wykonać podsumowanie jest, gdy wydaje nam się, że opowieść dobiegła do końca, temat został wyczerpany oraz, gdy jest czas na zakończenie rozmowy. Streszczenia są również dobrą techniką w celu wyjaśnienia lub wzmocnienia tego, co zostało powiedziane lub aby przejść dalej w rozmowie.

Terapia poznawczo-behawioralna

Psychoterapia poznawczo-behawioralna, zwana także terapią kognitywno-behawioralną (*cognitive-behavioral therapy* – CBT), jest metodą leczenia zaburzeń psychicznych, trudności emocjonalnych, uzależnień oraz trudnych zachowań. Charakteryzuje się ustrukturalizowanym i zorientowanym na określone cele i trudności sposobem współpracy terapeuty i klienta. W porównaniu z innymi rodzajami psychoterapii, jest określana jako metoda krótkoterminowa, ponieważ trwa zwykle od kilkunastu do kilkudziesięciu spotkań realizowanych raz w tygodniu. Choć pierwotnie powstała z myślą o leczeniu depresji, jest z powodzeniem stosowana także w leczeniu innych zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, zaburzeń osobowości, odżywiania, zaburzeniach psychotycznych oraz profilaktyce i terapii uzależnień. Jej skuteczność w terapii różnych problemów psychicznych wykazano w bardzo dużej ilości wiarygodnych badań klinicznych. U podstaw terapii poznawczo-behawioralnej leży założenie, że poprzez zmianę dezadaptacyjnego (błédnego, rodzącego cierpienie) sposobu myślenia można uzyskać zmianę nastroju i zachowania. Terapeuta stosuje techniki CBT, aby pomóc klientowi zweryfikować własne wzorce myślenia i własne przekonania oraz zastąpić „błédy w myśleniu” bardziej realistycznymi i efektywnymi myślami, redukując w rezultacie dyskomfort i ograniczając samoograniczające zachowania. Terapia poznawczo-behawioralna pozwala zastąpić niesprawdzające się sposoby radzenia sobie, myślenia, odczuwania i zachowania się bardziej użytecznymi, bardziej „sprzyjającymi właścicielowi”. CBT zakłada, że „posiadane” sposoby reagowania myślami, uczuciami i zachowaniami zostały wyuczone w toku rozwoju jednostki, a w związku z tym możliwe jest oduczenie się ich w sprzyjających okolicznościach lub nauczenie się nowych sposobów funkcjonowania. Mówiąc prościej, każdy może się nauczyć myśleć o sobie, świecie, innych ludziach w sposób bardziej sprzyjający jego dobremu codziennemu funkcjonowaniu.

Terapeuta poznawczo-behawioralny posługuje się w pracy z klientem różnymi technikami CBT, do których należą m.in.: Dialog sokratejski, Zapis myśli, Zadania domowe, Ekspozycja, Przeformułowanie poznawcze.

Dialog sokratejski – metoda polegająca na umiejętnym zadawaniu pytań przez terapeutę, w sposób umożliwiający klientowi samodzielne zidentyfikowanie błédów lub zafałszowań we własnym myśleniu. Metoda nawiązuje do greckiego filozofa Sokratesa, który zasłynął między innymi z charakterystycznego sposobu dyskusowania z rozmówcami, których poglądów nie podzielał.

Poprzez samo zadawanie pytań pozwalał im odkryć błędy logiczne we własnym rozumowaniu.

Zapis myśli – metoda polegająca na rozwinięciu umiejętności bardziej uważnego, świadomego i zdystansowanego przyglądania się własnym myślom w celu samodzielnego identyfikowania błędów i zniekształceń w ich treści. Uwzględnia systematyczne spisywanie myśli w określony sposób i ich ustrukturyowaną analizę.

Zadania domowe – pomagają w sposób empiryczny (doświadczalny) badać i weryfikować posiadane przekonania. Na przykład, jeśli ktoś jest głęboko przekonany, że z powodu wstydu nie potrafi inicjować rozmowy z innymi, może wspólnie z terapeutą ustalić zadanie, by zapytać 5 przypadkowych osób o godzinę, pogodę, drogę itp. Zadania pomagają także utrwalać i rozwijać nowe umiejętności i sposoby radzenia sobie.

Ekspozycja – w przypadku zaburzeń lękowych, ekspozycja oznacza świadome, planowane i celowe narażenie się na obiekt lęku (np. pająka, uczucie duszności, przebywanie w zamkniętym pomieszczeniu), by odczuć się lękowej reakcji, oswoić lęk i nauczyć się reagować w bardziej adaptacyjny sposób. Ekspozycja może przyjąć formę tzw. systematycznej desensytyzacji, czyli stopniowego, kontrolowanego osławiania lękotwórczego obiektu.

Przeformułowanie poznawcze – polega na stopniowym zastępowaniu „starych, niefunkcyjnych” przekonań bardziej adekwatnymi i służącymi danej osobie. Motorem przeformułowania przekonania może być, między innymi, dialog sokratejski, ekspozycja lub inny eksperyment behawioralny.

Można powiedzieć, że w ramach terapii poznawczo-behawioralnej terapeuta i klient działają jak zespół badawczy i wspólnie poszukują nieoptymalnych sposobów myślenia, czucia i zachowania się oraz sposobów najskuteczniejszej i najlepszej dla klienta ich zmiany.

Podstawy poznawczo-behawioralnej terapii uzależnień

Model powstawania uzależnienia oparty jest na koncepcji społecznego uczenia się Alberta Bandury, choć inne ujęcia mogą być dobrym rozszerzeniem proponowanego modelu. Terapia uzależnień to identyfikacja i modyfikacja podstawowych przekonań, które wywołują pragnienie używania substancji psychoaktywnych lub grania w gry komputerowe. Identyfikacja i modyfikacja podstawowych przekonań prowadzi do zmniejszania się chęci do zażywania substancji, a także do zmiany przykrych stanów emocjonalnych często doświadczanych przez klientów, zwłaszcza tych wywołujących niejednokrotnie

głód środka i jego konsumpcję. Kolejny cel terapii, to wyuczenie klienta technik poznawczych i behawioralnych, które ułatwią mu utrzymywanie abstynencji. Istotna jest pomoc klientowi w rozwoju własnego (osiągniętego między innymi poprzez utrzymywanie abstynencji) tylko przez niego stanowionego, indywidualnego stylu życia. Wśród najczęściej wymienianych przekonań wywołujących pragnienie zażywania lub grania podaje się między innymi:

- Wiare, że substancja jest niezbędna, aby nie stracić psychicznej lub emocjonalnej równowagi.
- Przeświadczenie, że substancja poprawia zdolności społeczne i intelektualne.
- Oczekiwanie, iż prawdziwą przyjemność i odprężenie można osiągnąć tylko poprzez użycie substancji psychoaktywnej.
- Wiare, że dzięki substancji ma się więcej energii i można więcej dokonać.
- Oczekiwanie efektów uspokajających.
- Oczekiwanie, iż po zażyciu substancji zniknie nuda, lęk, napięcie i depresja.
- Przekonanie, że głód substancji, jeśli mu się nie ulegnie, będzie wzrastać i powodować coraz to gorsze samopoczucie.

Aby zidentyfikować typowe dla konkretnego klienta przekonania prowadzące do nadużywania lub grania (powstają one najczęściej na bazie posiadanych już przez klientów dysfunkcyjnych podstawowych przekonań), tworzy się indywidualne studium przypadku. Jest ono podstawą dalszej pracy z klientem. Tworząc studium przypadku, terapeuta próbuje odpowiedzieć na takie pytania jak:

- Dlaczego klient w ogóle zaczął problemowo używać substancji lub grać w gry komputerowe?
- Jakie zdarzenia miały miejsce od pierwszych symptomów do uzależnienia?
- Dlaczego klient nie był w stanie sam zaprzestać używania lub grania?
- Jak powstały jego przekonania?
- Jak wyglądało życie klienta przed uzależnieniem?
- Jakie są najczęstsze sytuacje prowadzące do używania?

W tworzeniu studium przypadku podstawową metodą jest oczywiście dokładny wywiad, ale stosuje się również metody testowe i kwestionariuszowe. Mogą one przybliżyć terapeutę świat przeżyć i myśli klienta, a także przyczynić się do wykrycia zaburzeń towarzyszących (depresji, zaburzeń lękowych, osobowości), które występują u znacznego odsetka uzależnionych klientów, a bez leczenia, których niemożliwa jest skuteczna pomoc.

Przebieg terapii

Terapia uzależnień w ujęciu Becka i wsp. jest terapią indywidualną, zorientowaną na cel, składającą się z szeregu (najczęściej 5–20) ustrukturalizowanych sesji terapeutycznych. W czasie każdej sesji ocenia się aktualny stan klienta, jego funkcjonowanie od czasu ostatniego spotkania, realizację zadań domowych (są one bardzo ważną częścią terapii). Podstawową metodą stosowaną w trakcie każdej sesji jest Dialog sokratejski, a więc kierowana rozmowa, w której terapeuci używają specjalnie dobranych pytań, przemyśleń, podsumowań i hipotez po to, aby identyfikować automatyczne myśli klienta, krytycznie je oceniać i sprawdzać. Umiejętnie stosowany Dialog sokratejski prowadzi powoli do zmiany dotychczasowego sposobu myślenia i wymaga racjonalnych rozstrzygnięć, dzięki czemu osoba uzależniona zaczyna zwracać uwagę na ważne dla siebie informacje i inaczej interpretować dotychczasowe przeżycia. Sesja kończy się sformułowaniem zadania domowego, które klient ma wykonać do następnego spotkania.

Dla prowadzonej terapii ważne jest, aby już na jej początku dokładnie wytłumaczyć klientowi, na czym polega istota pracy terapeutycznej (praca nad automatycznymi myślami i przekonaniem prowadzącymi do brania lub grania). W dalszej części terapii, klientów zapoznaje się z poznawczym modelem powstawania uzależnienia tak, aby móc się do niego odwoływać w trakcie terapii, a zwłaszcza w odniesieniu do zapobiegania nawrotom używania substancji lub nałogowym czynnościom.

Techniki stosowane w terapii

W trakcie terapii stosuje się szereg różnorodnych technik poznawczych i behawioralnych. Do najczęściej stosowanych metod poznawczych należy dokładna analiza zalet i wad zarówno używania środka, jak i abstynencji. Chodzi tu między innymi o modyfikację specyficznego dla pacjentów uzależnionych sposobu myślenia, polegającego na minimalizacji wad używania środków lub grania i maksymalizacji zalet zażywania substancji lub grania. Cały czas pracuje się nad modyfikacją typowych dla konkretnego klienta przekonań prowadzących do używania substancji lub grania. Jednym z celów tej pracy jest zmiana atrybucji. Klienci spostrzegający dotąd swoje używanie, jako następstwo czynników zewnętrznych (np. namowy kolegów, zła sytuacja w szkole), uczą się przypisywać sobie samym odpowiedzialność za własne decyzje.

Uczy się ich również prowadzenia dziennika myśli, w którym zapisywać mają (w formie zadań domowych) konkretne sytuacje, automatyczne myśli, które pojawiają się w tych sytuacjach, towarzyszące im emocje, a także nowe,

racjonalne myśli i ich następstwa. Ważne, by w trakcie każdej sesji zwrócić uwagę i próbować modyfikować inne, podstawowe dla klienta przekonania, które wprawdzie nie są bezpośrednio związane z używaniem substancji lub graniem, jednak pełniąc destrukcyjną rolę w życiu osoby uzależnionej pośrednio przyczyniają się do ich używania, a czasami są tego używania pierwotną przyczyną. Chodzi tu o przekonania typu: „jestem przegrany”, „moje życie pogrąży się w coraz większym chaosie”, „i tak wszystko jest bez sensu”, „nie zasługuję na nic dobrego”, „nic dobrze nie robię”, „nic mi się nie udaje”, „nikt nie troszczy się o to, co ze mną będzie” itp.

Metodami behawioralnymi są różnorodne eksperymenty z zachowaniami (przeprowadzane zarówno w ramach sesji w postaci odgrywania scenek, jak i w życiu), uczenie klienta relaksacji i prowadzenia sensownej aktywności (planowanie aktywności). Mają one być praktycznym ćwiczeniem nowo wyuczonych zachowań i reakcji. Odbywa się to oczywiście zgodnie z zasadą stopniowania trudności.

Niezwykle ważną częścią terapii jest uczenie klienta rozpoznawania i kontroli „wyzwalaczy”, a więc takich czynników i okoliczności, które tworzą podwyższone i rzeczywiste ryzyko (w rozumieniu aktywacji przekonań specyficznych dla uzależnienia) powrotu do zażywania lub grania. Należy podkreślić, że sytuacje same w sobie zawsze są obojętne, a jedynie człowiek nadaje im znaczenie. Dla każdego to znaczenie może być inne, toteż nie sposób sformułować zaleceń dla wszystkich, możliwe jest jedynie rozpoznanie indywidualnych czynników ryzyka (przykładowo: dla jednych będzie to spotkanie ze znajomymi, dla innych pozostawanie samemu w domu). Celem jest wykształcenie umiejętności zwracania uwagi na te czynniki i modyfikacja myślenia o nich. Z realizacją tego celu łączy się uczenie radzenia sobie z głodem substancji w taki sposób, aby jego pojawienie się nie prowadziło do „wpadki” lub nawrotu (pod pojęciem „nawrót” rozumie się pełny powrót do poprzedniego wzorca używania substancji i towarzyszących mu zachowań, pod pojęciem „wpadki” pojedyncze złamanie abstynencji, które może, ale nie musi zakończyć się nawrotem). Najczęściej stosowanymi technikami radzenia sobie z przymusem jest odwracanie uwagi, zatrzymywanie myśli, metody wyobrażeniowe (negatywne wyobrażenia następstw złamania abstynencji, pozytywne związane z trzeźwością, fantazje o radzeniu sobie), techniki aktywacyjne i relaksacyjne.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna jest oparta na założeniu, że uczucia i zachowania są spowodowane przez człowieka myśli, a nie są wynikiem i reakcją na bodźce zewnętrzne, takie jak ludzie, sytuacje i wydarzenia.

Sytuacja – myśl – emocje – zachowania

Ludziom trudno jest zmieniać działające na nich czynniki zewnętrzne, ale mogą zmienić sposób myślenia o nich i dalej jak się czują i jak się zachowują. W profilaktyce i terapii uzależnień celem terapii poznawczo-behawioralnej jest nauczenie młodych ludzi rozpoznać sytuacje, które najprawdopodobniej prowadzą do używania substancji psychoaktywnych. Również konstruktywnie rozwiązywać inne trudności i deficyty oraz korygować destrukcyjne zachowanie, które w konsekwencji też mogą prowadzić do uzależnień lub warunkować inne zaburzenia. Ważne jest zatem, w jaki sposób ludzie interpretują swoje życiowe doświadczenia, jak postrzegają siebie, jakie człowiek ma poczucie własnej wartości, pewności siebie, czy jest samodzielny, czy potrafi odnaleźć się w zastanej rzeczywistości.

Terapia uzależnień w nurcie poznawczo-behawioralnym rozwinęła się na bazie teorii społecznego uczenia się, z których można wymienić teorie: Dollarda i Millera, Akersa, Rottera oraz Bandury. Zgodnie z ich założeniami, uzależnienia młodzieży są społecznie wyuczonym zachowaniem oraz kształtują się i utrwalają na skutek modelowania, czyli obserwacji i naśladowania osób ważnych i atrakcyjnych (rodzice, rówieśnicy, postaci kultury masowej). Modele poznawcze (Ellis, 1973; Beck, 1976) zakładają, że, większość zakłóceń powstaje na podstawie błędnych treści poznawczych i błędnego poznawczego przetwarzania oraz kluczowe znaczenie ma rozpoznanie i zmiana schematów poznawczych podtrzymujących uzależnienie oraz motywowanie do zmiany zachowania. Główny sposób postępowania to: identyfikacja i modyfikacja nieprzystosowawczych przekonań i myśli oraz uczenie się nowych wzorów reakcji emocjonalnych i zachowania poprzez treningi asertywności, treningi umiejętności społecznych, treningi konstruktywnych zachowań oraz modelowanie. Terapia uzależnień to w znacznym stopniu praca nad nawrotami choroby. Model poznawczo-behawioralny nawrotu choroby (Marlatt, Gordon) zakłada, że zachowania związane z uzależnieniem to wyuczone destrukcyjne zachowania, „złe nawyki”. Stres jest istotnym czynnikiem ryzyka w uzależnieniu i nawrotach choroby. W nawrocie najważniejsze procesy to:

- poczucie własnej skuteczności (im niższe tym większe prawdopodobieństwo nawrotu),
- oczekiwania, co do pozytywnych efektów (im wyższe tym większe prawdopodobieństwo nawrotu),
- wewnętrzna atrybucja przyczyn (przypisywanie sobie trwałych ogólnych cech osobistych uniemożliwiających poradzenie sobie z trudną sytuacją).

Treningi zapobiegania nawrotom choroby są zatem ukierunkowane na wzmocnienie poczucia własnej skuteczności, weryfikację oczekiwań względem używania substancji oraz zmianę atrybucji przyczyn nawrotu. Treningi nawrotów choroby powinny stanowić standardową procedurę w procesie leczenia uzależnień.

Do głównych etapów psychoterapii poznawczo-behawioralnej młodzieży uzależnionej chemicznie lub behawioralnie zaliczamy edukację informacyjną, analizę funkcyjną, naukę umiejętności psychospołecznych jak i pracę nad nawrotem. Analiza funkcyjna nakierowana jest na zidentyfikowanie myśli, uczuć i okoliczności towarzyszących używaniu substancji lub zachowaniom czynnościowym. Analiza funkcyjna we wczesnym okresie terapii ułatwia klientowi i terapeucie określić wyznaczniki, sytuacje wysokiego ryzyka, prowadzącego do destrukcyjnych zachowań, zwiększając wgląd w przyczyny uzależnienia. W późniejszym okresie terapii analiza służy identyfikacji tych sytuacji, które – pomimo postępów w leczeniu – nadal stanowią problem.

Terapia poznawczo-behawioralna jest wysoko zindywidualizowanym programem leczenia uzależnień poprzez zmianę starych nawyków związanych z rozwojem uzależnienia. Często zdarza się, że u podstaw uzależnienia leżą interindywidualne lub intraindywidualne problemy, którym klient nie potrafi sprostać. Może być kilka powodów braku umiejętności radzenia sobie z problemami:

- osobą określoną repertuar działań zaradczych, ale zanim je uruchomi funkcjonuje destrukcyjnie,
- inne sposoby radzenia ustępują miejsca destrukcyjnym nawykom,
- indywidualna zdolność do radzenia sobie z problemami mogła ulec osłabieniu w wyniku zaburzeń o podłożu psychicznym.

Z uwagi na fakt, iż osoby uzależnione stanowią heterogeniczną grupę, cechującą się dużą różnorodnością problemów, celem terapii jest zapoznanie klientów z możliwie najszerszym wachlarzem sposobów radzenia sobie. Klienci poznają kolejne sposoby, ćwiczą je, aż do momentu włączenia ich do własnego repertuaru działań. Dodatkowym atutem terapii jest dostosowanie programu do indywidualnych problemów. Klienci poznają zatem specyficzne (stosowane w określonych sytuacjach) oraz ogólne (o szerokim zastosowaniu) strategie radzenia sobie. Poznawczo-behawioralna terapia wyposaża w umiejętności, które nie tylko pozwalają na zerwanie z uzależnieniem, ale również mogą być użyteczne po zakończeniu terapii. Terapia obejmuje kilka zadań, które mają istotne znaczenie dla powodzenia terapii:

- podtrzymuje motywację zerwania z uzależnieniem. W tym celu należy dokonać wnikliwej analizy własnej decyzji, tj. ustalić listę zysków i strat związanych z decyzją o np. zaprzestaniu używania marihuany lub komputera,
- uczy sposobów radzenia sobie. Nauczenie klienta jak rozpoznawać niebezpieczne sytuacje i efektywnie radzić sobie (stanowi istotę terapii),
- zmiana nawyków. Terapia skupia się na zmianie nawyków, które są odpowiedzialne za mechanizm uzależnień,
- uczy kontrolować nieprzyjemne impulsy. Trening dotyczy również technik rozpoznawania radzenia sobie w sytuacjach wzrastającego zespołu abstynencyjnego,
- podnosi zdolności interpersonalne. Terapia obejmuje doskonalenie umiejętności interpersonalnych i poznawania strategii budowania więzi oraz wsparcia społecznego.



»» Przypadek Mateusza

I. Dane demograficzne

Mateusz lat 16, uczeń I kl. liceum, którą powtarza. Obecnie mieszka z matką i młodszą o trzy lata siostrą, w trzypokojowym mieszkaniu, w bloku na jednym z warszawskich osiedli. Rodzice od kilku miesięcy pozostają w separacji. Ojciec nie utrzymuje regularnego kontaktu z dziećmi, jednak częściej kontaktuje się z córką. Matka ma wyższe wykształcenie, jest nauczycielką, wychowana w niepełnej rodzinie. Ojciec ma średnie wykształcenie, pracuje w branży budowlanej, pochodzi z rodziny, gdzie jego ojciec często nadużywał alkoholu i były trudne relacje w rodzinie. W wywiadzie rodzinne obciążenie uzależnieniem.

II. Diagnoza

Diagnoza według ICD 10:

Mateusz spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem kilku substancji psychoaktywnych. Ma rozpoznanie zespołu uzależnienia od kilku substancji psychoaktywnych F 19.2. Na powyższe rozpoznanie składa się: Zespół uzależnienia F 15.2 (amfetamina, mefedron); Używanie szkodliwe kanabinoli F 12.1 (marihuana); Zespół uzależnienia od nikotyny F 17.2 (papierosy i e-papierosy).

Mateusz ze względu na rozwój procesu uzależnienia znajduje się na III etapie w III-stopniowej skali, na co wskazują następujące kryteria: – przyjmowanie substancji regularnie i w ciągach; – własna aktywność i uwaga w kierunku zdobywania SPA; – złe funkcjonowanie w roli ucznia; – negatywny stosunek do obowiązków domowych; – osadzenie w grupie toksycznych znajomych; – zaburzone zachowanie; – konflikt z prawem (zatrzymany przez policję w sytuacji posiadania 2 gramów marihuany). Dodatkowo zaniedbania wynikające z braku łaknienia i utrzymywania higieny osobistej.

III. Wyniki testów psychologicznych (2019)

1. Skala Inteligencji Stanford-Binet 5.

Skala pełna w normie, na poziomie przeciętnym.

Skala słowna na poziomie przeciętnym w górnej jej granicy.

Skala bezsłowna na poziomie przeciętnym.

2. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI.
Lęk jako stan, w chwili badania, bardzo wysoki, a jako cecha wysoki.
3. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI.

Mateusz ogólnie ma bardzo niską samoocenę i jest niepewny siebie. Ma trudności w podejmowaniu decyzji, wycofuje się z aktywności, unika trudnych sytuacji. Często doświadcza wewnętrznych konfliktów i trudno mu wyobrazić sobie swoją przyszłość i to, kim chce zostać w przyszłości.

IV. Aktualne problemy i radzenie sobie z nimi

1. Trudności w utrzymywaniu abstynencji. Bezsilność wobec łamania abstynencji od amfetaminy i innych psychostymulatorów – kłamstwa, manipulacje, pożyczanie pieniędzy na zakup SPA oraz nieudane próby terapii z powodu uzależnienia.
2. Lęk i obawa przed konsekwencjami prawnymi z tytułu sprawy sądowej za posiadanie marihuany i demoralizacji. Sposób radzenia sobie w tej sytuacji to unikanie badania biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia co ma spowodować odroczenie rozprawy sądowej i konsekwencji z tego tytułu. Zażywanie psychostymulatorów.
3. Zaniżona samoocena i brak wewnętrznej sterowności swoim zachowaniem. Wysoka socjotropia, brak autonomii oraz umiejętności w postawie i zachowaniach asertywnych. Uleganie namowom osób zażywającym substancje. Zażywania substancji jako sposób na unikanie i odcinanie się o negatywnego myślenia o sobie.
4. Poczucie winy z powodu niespełniania oczekiwań matki związanych z wynikami w nauce oraz bycie odpowiedzialnym i jej wspieraniem. Unikanie sprawdzianów w szkole kiedy czuje się niewystarczająco przygotowany i zażywanie psychostymulatorów w celu poprawy wyników szkolnych oraz by być silnym. Sen w ciągu dnia, unikanie rozmów z matką i wychowawcą w szkole na temat złego funkcjonowania, spędzanie czasu z grupą toksycznych znajomych.
5. Potrzeba przynależności i akceptacji. Utożsamianie się z toksyczną grupą rówieśniczą, w której jest akceptowany i rozumiany, kosztem zażywania i organizowania substancji psychoaktywnych.

V. Profil rozwojowy

Informacje z wywiadów przeprowadzonych z Mateuszem i jego matką.
Rozwój – teoria rozwoju psychospołecznego człowieka wg Eriksona.

1. Niemowlęstwo 0–1 r.ż. (ufność – nieufność).

Mateusz urodził się w rodzinie, gdzie rodzice byli w bardzo dobrych relacjach, był dzieckiem oczekiwanym. Przez pierwsze dwa lata życia matka zajmowała się nim będąc na urlopie wychowawczym. Doznał opieki, rozwijał się prawidłowo – sen, przyjmowanie pokarmu i wydalanie, ząbkowanie.

2. Wczesne dzieciństwo 2–3 r.ż. (autonomia – wstyd i zwątpienie).

W tym okresie Mateusz miał ograniczaną samodzielność przez matkę, głównie poprzez jej nadopieczności i kontrolujące działania. W 3 r.ż. matka wróciła do pracy na kilka miesięcy, do urodzenia się jego siostry. Ze strony ojca zaczęły pojawiać się pierwsze komunikaty krytyczne i oceniające jego zachowanie. Relacje pomiędzy rodzicami uległy pogorszeniu. Pod koniec 3 r.ż. urodziła się jego młodsza siostra.

3. Wiek zabaw 4–5 r.ż. (inicjatywa –poczucie winy).

Po urodzeniu się siostry, ojciec więcej czasu i uwagi kierował w jej stronę, faworyzował ją. Natomiast Mateusza znacznie częściej krytykował i oceniał, rzadko go chwalił. Było to powodem kłótni między rodzicami. Z tego tytułu też doświadczał niepowodzeń, które prowadziły do poczucia winy i lęku przed karą stosowaną przez ojca. W 5 r.ż. matka wróciła na stałe do pracy w szkole. Bez większego powodzenia zaczęła uczyć syna pisania i czytania. Mateusz zaczął uczęszczać do przedszkola. W tym czasie ojciec utracił pracę, zaczął nadużywać alkoholu i częściej stosował kary, też fizyczne, wobec Mateusza.

4. Wiek szkolny 6–12 r.ż. (pracowitość – poczucie niższości).

Edukację szkolną Mateusz rozpoczął w 6 r.ż. z inicjatywy matki przy braku aprobaty męża. W okresie nauczania początkowego odstawał od innych uczniów w klasie. Szybko zniechęcał się przy pierwszych, drobnych niepowodzeniach. Wolno się uczył, co też przekładało się na słabsze niż oczekiwane przez matkę wyniki w nauce, pomimo systematycznej nauki z matką w domu. Nie utrzymywał kontaktów z kolegami ze szkoły, unikał wszelkich dodatkowych zajęć organizowanych przez szkołę. Nie lubił przebywać w domu, bo matka stale mówiła o nauce i oczekiwała, by odrabiał lekcje kontrolując go, a ojciec, gdy był w domu, czas poświęcał córce lub kłócił się z żoną, a jego częściej krytykował niż chwalił. Wymykał się z domu i czas spędzał na osiedlu z kolegami w mało konstruktywny sposób lub w domu. Gdy przebywał w domu, to głównie korzystał z komputera. Ojciec po półrocznej przerwie wrócił do stałej pracy. Relacje między rodzicami były już wyraźnie naderwane z powodu odmiennych metod wychowawczych, nadużywania alkoholu i zaistniałych aktów przemocy fizycznej stosowanych przez męża, oraz trudności finansowych. W konsekwencji rodzice dużo uwagi i czasu kierowali w stronę swoich problemów, czasami

wciągając w to dzieci, które coraz częściej doświadczają trudnych do zrozumienia przez siebie sytuacji.

5. Adolescencja 13–18 r. ż. (tożsamość – rozproszenie tożsamości).

Szkołę podstawową Mateusz ukończył ze średnio napisanym egzaminem końcowym. Rozpoczął naukę w liceum. W I klasie zaczął opuszczać zajęcia szkolne i więcej czasu spędzał na osiedlu, przebywając w kontkulturowej grupie rówieśniczej. W 13 r.ż. zaczął eksperymentalnie palić papierosy i spożywał alkohol, incydentalnie zapalił marihuanę. W tym okresie nasiliły się konfliktowe relacje między rodzicami. Kontakty z matką ograniczały się do realizacji jej oczekiwań względem nauki oraz jej wspierania. Relacja z ojcem została zerwana. Wobec syna reagował głównie krytyką i często porównywał go do młodszej córki, która nie sprawiała trudności wychowawczych i była dobrą uczennicą. Mateusz z siostrą miał słaby kontakt głównie dlatego, że mało z nią przebywał i był do niej porównywany. W 15 r.ż. regularnie, 1–2 razy w tygodniu, palił marihuanę. Wtedy też zerwane zostały relacje między rodzicami i w konsekwencji doszło do ich separacji, ojciec wyprowadził się z domu. Mateusz zaczął nieregularnie zażywać psychostymulatory, głównie amfetaminę i mefedron. Nauka w okresie liceum przebiegała na niskim poziomie. Ostatecznie w wyniku dużej absencji i słabych wyników w nauce, jako jedyny z klasy, nie otrzymał promocji do II kl. liceum. Po rozpoczęciu nowego roku szkolnego (powtarzana I kl.) zaczął regularnie zażywać amfetaminę naprzemiennie z mefedronem. Został zatrzymany przez policję w konsekwencji posiadania 2 gramów marihuany. Mateusz utożsamia się z grupą rówieśniczą, w której normą są konflikty z prawem, zażywanie SPA, negatywny stosunek do szkoły i rodziny oraz opozycyjna postawa wobec ogólnie przyjętych norm funkcjonowania społecznego. W tym okresie Mateusz zaczął otrzymywać z różnych źródeł (matka, szkoła, sąsiedzi) negatywne informacje na temat swojego funkcjonowania.

Ważne wydarzenia:

1. Ciągła i częsta krytyka i uwaga ojca skierowana głównie na destrukcyjne zachowania.
2. Stale zawyżone oczekiwania matki względem osiągnięć szkolnych, przedwczesne rozpoczęcie edukacji szkolnej.
3. Separacja rodziców i wcześniej konfliktowe ich relacje, nadużywanie alkoholu i przemoc ze strony ojca.
4. Trudności w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych: autonomia – wstyd i zwątpienie; inicjatywa – poczucie winy; pracowitość – poczucie niższości.
5. Toksyczna grupa rówieśnicza, rozwój w kierunku przyjęcia negatywnej tożsamości.

VI. Profil poznawczy

1. Typowe aktualne problemy i sytuacje problemowe.

Sprawa sądowa; – separacja rodziców; – powtarzanie I kl. liceum, niespełnienie oczekiwań matki; – zależność od toksycznej grupy rówieśniczej; – łamanie abstynencji od SPA.

Myśli automatyczne:

Znowu zrobiłem źle; Zawiodłem matkę; Lepiej nic nie robić, bo i tak zrobię to źle i zostanę skrytykowany; Nie zasługuję na pochwały i dobre traktowanie; Wszyscy są lepsi ode mnie i nigdy im nie dorównam; Inni mogą dalej zażywać narkotyki; Jak nie będę palił marihuany, to koledzy odwrócą się ode mnie; Jak przestanę brać amfetaminę, to nie poprawię się w nauce i będę słaby.

Emocje:

Smutek, lęk, obawa, przerażenie, bezsilność, poczucie winy.

2. Podstawowe przekonania.

Wszystko źle robię, jestem zły, jestem gorszy od innych. Jestem niekompetentny.

3. Przekonania pośredniczące.

Jeśli coś zrobię idealnie, to zasłużę na pochwałę.

Jeżeli zrobię wszystko, czego się od de mnie oczekuje, to ludzie będą mnie akceptować.

Jak bym był doskonały, to bym zasługiwał na nagrody i dobre traktowanie.

Dzięki paleniu marihuany, mam kolegów, którzy mnie akceptują.

Jak zażyję amfetaminę, to lepiej będę się uczył i będę silny.

4. Zniekształcenia poznawcze.

Mateusz stosuje szereg różnych zniekształceń poznawczych takich jak:

– Myślenie czarno-białe; – Etykietowanie; – Personalizacja; – Wybiórcza uwaga, skupianie się na negatywach; – Odrzucanie pozytywów; – Czytanie w myślach; – Emocjonalne uzasadnienie.

VII. Integracja i konceptualizacja profilu poznawczego i rozwojowego

1. Obraz siebie i innych.

Od najmłodszych lat Mateusz, kiedy zrobił coś źle i później bez powodu, doświadczał częstej oceny i krytyki, a nawet kilkakrotnie przemocy fizycznej ze strony ojca, który swoją uwagę kierował głównie na destrukcyjne zachowania syna i tym samym je wzmacniał. Takie postępowanie doprowadziło Mateusza do przekonania, że wszystko, co robi, jest źle i on sam jest zły.

- Nieadekwatne, zawyżone oczekiwania matki względem osiągnięć szkolnych i przedwczesnie rozpoczęta nauka szkolna jak i porównywanie Mateusza z lepiej uczącą się siostrą zrodziło przekonanie, że jest niekompetentny i wszyscy inni są lepsi.
2. Interakcja wydarzeń życiowych i poznawczych schematów.
Sprawa sądowa za posiadanie marihuany uruchomiła kluczowe przekonanie „wszystko co robię, jest złe, jestem zły”.
Sytuacja związana z nieotrzymaniem promocji do II klasy liceum jako jedyna osoba w klasie uruchomiła przekonanie „jestem niekompetentny, wszyscy są lepsi od de mnie”.
 3. Strategie kompensacyjne i strategie radzenia sobie.
Unikanie sytuacji trudnych, np. badania przez biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia lub opuszczanie dni nauki kiedy ma być sprawdzian w szkole, by nie doświadczać negatywnej oceny, porażki i odroczyć poniesienie konsekwencji.
Nie warto podejmować starań, bo i tak się nie uda.
Zażywanie substancji. Palenie marihuany było warunkiem przynależności do grupy rówieśniczej, bycie takim jak inni, akceptowanym i rozumianym. Zażywanie amfetaminy i innych psychostymulatorów dawało nadzieję na lepszą naukę, siłę, wspieranie matki i spełnianie jej oczekiwań.
Warto palić marihuanę, bo wtedy mam kolegów i jestem taki jak oni. Żeby poprawić wyniki w nauce i wspierać mamę, muszę zażywać amfetaminę.
 4. Rozwój i podtrzymywanie procesu uzależnienia.
Domena biologiczna: rodzinne obciążenie problemem uzależnienia, wysoka tolerancja na substancje psychoaktywne. Domena psychologiczna: wysoki lęk jako stan i cecha, zaniżona samoocena, niskie kompetencje psychospołeczne, głównie w obszarze asertywnej postawy. Domena społeczna i środowiskowa: trudna sytuacja rodzinna, separacja rodziców. Niepowodzenia szkolne i niespełnione oczekiwania matki. Przynależność i identyfikacja z toksyczną grupą rówieśniczą oraz brak alternatywnej grupy odniesienia.
Myśli specyficzne dla uzależnienia: „marihuana daje mi kolegów, którzy mnie akceptują, nie oceniają”, „amfetamina jest jedyną możliwością, by poprawić się w nauce i mieć siłę, by zadowolić matkę”.

VIII. Obszary do pracy terapeutycznej

1. Budowanie własnej, wewnętrznej motywacji do uczestnictwa w terapii i dalej pracy nad sobą w nurcie dialogu motywującego.

2. Praca nad uzależnieniem w modelu poznawczo-behawioralnym.
3. Praca z lękiem i obniżanie lęku jako stanu według protokołu pracy z zaburzeniami lękowymi na podstawie protokołu poznawczo-behawioralnego.
4. Praca w obszarze urealniania obrazu własnej samooceny i korekta przyjmowanej negatywnej tożsamości metodą dialogu motywacyjnego i terapii poznawczo-behawioralnej.
5. Praca nad poprawą relacji z rodziną i konstruktywnymi relacjami rówieśniczymi poprzez sesje terapii rodzinnej i korekcyjną grupę rówieśniczą.
6. Rozwój konstruktywnych zainteresowań i określenie swoich zasobów poprzez uczestnictwo w zajęciach terapii rozwojowej (muzykoterapia, arteterapia, terapia przez sport, terapia zajęciowa).

Wstępny plan terapii uzależnień przewidziany na 10 sesji

Sesja 1: Praca nad rozumieniem modelu poznawczego.

Metody:

Psychoedukacja, prezentacja, praca domowa.

Sesja 2 i 3: Praca nad podtrzymywaniem i wzmacnianiem motywacji do uczestnictwa w terapii. Monitorowanie i planowanie aktywności.

Metody:

Arkusze zysków i strat z tytułu zażywania SPA i jego bilans. Analiza zalet i strat z terapii. Arkusz dziennego planu aktywności. Dialog sokratejski.

Sesja 4 i 5: Praca nad podtrzymywaniem wczesnej abstynencji.

Metody:

Zapis i analiza, w celu zrozumienia, związku pomiędzy sytuacjami, myślami automatycznymi, emocjami, przymusem zażycia substancji, zachowaniem. Dziennik myśli. Dialog sokratejski.

Sesja 6: Praca nad specyfiką uzależnienia i utrzymywaniem abstynencji.

Metoda:

Identyfikacja i modyfikacja przekonań specyficznych dla uzależnienia. Technika opadającej strzały. Dialog sokratejski.

Sesja 7 i 8: Praca nad konstruktywnym radzeniem sobie w sytuacji kontaktu z osobami zażywającymi narkotyki. Wyjście z takiej sytuacji nie łamiąc abstynencji.

Metody:

Sześciostopniowy plan rozwiązywania problemów. Dialog sokratejski.

Sesja 9: Praca nad budowaniem asertywnych zachowań, odmawianie zażycia narkotyku.

Metoda:

Trening umiejętności społecznych, głównie w obszarze zachowań asertywnych.

Sesja 10: Praca nad nawrotem. Podsumowanie pracy i weryfikacja nabytych umiejętności

Metoda:

Sporządzenie mapy sygnałów ostrzegawczych i wyzwalaczy.

Praca z Mateuszem i jego rodzicami trwała prawie dwa lata i przechodziła kilka etapów, których ogólny zarys został przedstawiony poniżej.

Etap pierwszy – Mateusz lat 15

Mateusz po raz pierwszy wraz z mamą zgłosił się do poradni uzależnień w wieku 15 lat. Specjalista psychoterapii uzależnień przeprowadził pierwsze spotkanie według następującego schematu. Spotkanie rozpoczął od wysłuchania obojga razem. Zapytał o powody zgłoszenia się do poradni. Mama Mateusza wypowiedziała niepokojące sygnały zachowania syna, które mogą świadczyć o zażywaniu przez niego marihuany, ale też spożywania alkoholu i palenia papierosów. Mateusz, już w momencie kiedy mama przedstawiała swoje spostrzeżenia, protestował i zaprzeczał. Mama powiedziała o tym, że Mateusz przestał interesować się szkołą, co przełożyło się na nieobecności, gorsze oceny i też wychowawczyni sygnalizowała, że coś niepokojącego z Mateuszem się dzieje. W domu jak jest to zamyka się w swoim pokoju i nie spędza czasu z innymi domownikami, nie jada wspólnych posiłków. Bardzo dużo czasu, jeszcze do niedawna spędzał głównie w internecie i grając w gry komputerowe, a obecnie czas spędza poza domem. Tydzień temu, jak wcześniej wróciła z pracy, Mateusz był z kolegami w domu i czuła jakiś dziwny zapach przypominający dym papierosowy, ale znacząco inny. Zaczął się spotykać ze znajomymi, których rodziców nie znają, gdy jest poza domem ma wyłączony telefon. Miesiąc temu wrócił do domu i czuć było od niego alkohol, a tata znalazł w kieszeni jego kurtki zapalniczkę i paczkę papierosów oraz e-papierosa. Gdy mama zakończyła swoją wypowiedź, Mateusz jednym zdaniem zaprzeczył temu, co mama powiedziała. Powiedział, że to ona z ojcem mają problem, a nie on oraz że to oni potrzebują terapii.

Specjalista poprosił mamę o zgodę na to, żeby mógł zostać sam z Mateuszem i z nim porozmawiać, na co mama się zgodziła i wyszła. Na pytanie specjalisty co o tym sądzi, Mateusz kontynuował swoje stanowisko twierdząc, że niczego nie zażywa i to rodzice mają problemy. W domu są awantury, kłótnie, a ojciec faworyzuje jego siostrę, a jego wciąż się czepia. Na pytanie, czy chciałby

przyjść do poradni na kilka spotkań, po namyśle powiedział, że czemu nie i że sam pan się przekona, że ze mną nic się nie dzieje, zobaczy pan, że nie jestem uzależniony.

Po rozmowie z Mateuszem specjalista poprosił mamę i w obecności Mateusza przedstawił swoje stanowisko. Powiedział, że sygnały, które mama przedstawiła są niepokojące i mogą świadczyć o tym, że Mateusz używa różnych substancji. Jednak by to móc stwierdzić ostatecznie, potrzebuje jeszcze kilku spotkań z Mateuszem. Powiedział, że Mateusz się na te spotkania zgodził, co też potwierdził i zapytał mamę, czy to akceptuje. Dodał, że zaleca również spotkania z innym specjalistą dla rodziców w celu nabycia większej ich wiedzy i świadomości w tym co z ich dzieckiem może się dziać. Mama dwie propozycje zaakceptowała, wtrącając jednak, że nie wie, czy mąż będzie mógł przychodzić, ponieważ bardzo dużo pracuje.

Specjalista podziękował za spotkanie, stwierdził, że jeżeli mąż nie będzie mógł, to by przychodziła sama. Na koniec poprosił o zapisanie w rejestracji Mateusza do niego na kolejne spotkanie, a rodziców do innego specjalisty w przyszłym tygodniu, co też uczyniła.

Drugie spotkanie.

Mateusz na spotkanie ze specjalistą się nie pojawił. W tym samym dniu w poradni pojawiła się mama, która stwierdziła, że Mateusz odmówił przyścia na wizytę podobnie jak jej mąż. Natomiast sama ona nie widzi sensu, by też przychodziła z nadzieją, że to może zbyt pochopne wnioski wyciągane wobec Mateusza. Że to taki wiek i może mu minie. Specjalista próbował przekonać mamę, żeby jednak kontynuowała spotkania. Jeżeli jednak nie, to gdy pojawią się kolejne niepokojące zachowania syna, to ponownie może do poradni się zgłosić.

Mama nie pojawiła się na kolejne wizyty w poradni.

Etap drugi – Mateusz lat 15,5

Tym razem oboje rodziców i Mateusz, jednak w innej Poradni Leczenia Uzależnień, pojawili się na wizycie. Specjalista prowadzący spotkanie zastosował podobny schemat jak poprzedni. Zaprosił całą trójkę do przedstawienia powodów zgłoszenia się. Rodzice przedstawili swoje wcześniejsze spostrzeżenia dodając, że od pierwszej wizyty sprzed pół roku sytuacja znacząco się pogorszyła. Powiedzieli, że teraz już są pewni, że ich syn zażywa narkotyki i regularnie pali papierosy. W szkole jest zdecydowanie gorzej. W domu jest wulgarny i dziwnie pobudzony. Ostatnio zginęło 100 zł ojcu z portfela, a wcześniej siostrze ze skarbonki 50 zł. Tydzień temu został wraz z dwójką kolegów

zatrzymany przez policję, która znalazła u nich 2 gramy marihuany i puste „samarki” z białym osadem na dnie oraz paczkę papierosów. W konsekwencji policja zgłosiła sprawę do sądu o posiadanie nielegalnej substancji. Jako powód zgłoszenia się do poradni podali troskę o syna i skierowanie ich przez policję.

Mateusz do części wypowiedzianych zarzutów się zgodził, ale stwierdził równocześnie, że dziś wszyscy młodzi ludzie palą marihuanę, a wkrótce i tak będzie legalna. A co do policji to po prostu miał pecha. Przyznał, że popala marihuanę i pali papierosy, natomiast „twardych” narkotyków nie tyka, bo to nie dla niego i on nie jest głupi.

Specjalista odnosząc się do wypowiedzi stwierdził, że wygląda na to, iż potrzebna będzie stała opieka rodziny w Poradni. Jednak chciałby jeszcze porozmawiać z Mateuszem sam. Rodzice przystali na propozycję specjalisty. Specjalista pozostając sam na sam z Mateuszem dopytywał o jego sytuację rodzinną, szkolną, rówieśniczą oraz historię używania substancji. Mateusz przyznał mu, że już w wieku 13 lat próbował alkoholu i papierosów, a rodzice dopiero po dwóch latach zorientowali się, że pije i pali. Byli zajęci młodszą córką i kłótniami między sobą. Stwierdził, że nie lubi swojej siostry, a ojca nienawidzi, tylko z matką może porozmawiać. Dodał, że pali nieregularnie marihuanę, ale „twardych” narkotyków nie zażywa, tylko raz spróbował mefedronu. Na pytanie specjalisty o terapię w tutejszej poradni stwierdził, że nie jest mu potrzebna, że sam się „ogarnie”, ale nie chce mieć „przypału” z policją i sądem, dlatego zgadza się na terapię.

Specjalista poprosił rodziców Mateusza i przedstawił strategię dalszego postępowania z Mateuszem i rodzicami. zaproponował indywidualną terapię z Mateuszem raz w tygodniu i do wyboru dla rodziców: grupa dla rodziców lub konsultacje indywidualne, ale zaznaczył, że rekomenduje równocześnie dwie formy pomocy dla rodziców. Mateusz potwierdził swoje uczestnictwo w terapii, a rodzice wybrali indywidualne konsultacje u specjalisty.

Mateusz regularnie pojawiał się na spotkaniach przez 6 tygodni. Przez kolejne tygodnie stawał się na spotkaniach nieregularnie. A po trzech miesiącach przestał przychodzić do Poradni. Rodzice w dwóch pierwszych spotkaniach uczestniczyli wspólnie. Od kolejnego już sama matka. Po trzech miesiącach regularnego uczestnictwa w spotkaniach ze specjalistą stwierdziła, że sytuacja drastycznie się pogorszyła. Jej relacje z mężem są bardzo trudne i myślą o separacji, cierpi na tym ich córka, a Mateusz jest w złym stanie. Przestał chodzić do szkoły, znika na noc z domy, wygląda bardzo źle. Powiedziała, że jest załamana, nie ma już siły, nie wie, co dalej robić i tak naprawdę to ona sama potrzebuje pomocy.

Etap trzeci – Mateusz lat 16

Mateusz po raz pierwszy uznał, że potrzebuje pomocy i zwrócił się z tym do mamy. Przyznał się mamie, że obecnie regularnie zażywa amfetaminę, mefdron i inne narkotyki. Ma poważne problemy ze względu na długi, a w szkole jeden z rodziców zgłosił do szkoły i na policję, że sprzedał jego synowi narkotyki. Po telefonicznej konsultacji ze specjalistą, ustalone zostało spotkanie całej rodziny (rodzice, córka i Mateusz) w poradni, do której wcześniej uczęszczali. Podczas spotkania specjalista zainicjował rozmowę na temat obecnej sytuacji rodziny ich relacji i wpływu zażywania substancji przez Mateusza na pozostałych członków rodziny. Podczas spotkania zostało wypowiedzianych wiele trudnych informacji do siebie nawzajem. Towarzyszyło temu dużo trudnych emocji. Po tej części specjalista zaproponował rozmowę na temat zasobów rodziny i sposobów na rozwiązanie tej kryzysowej sytuacji. W konsekwencji Mateusz zobowiązał się do ponownego rozpoczęcia terapii indywidualnej w poradni. Rodzice zgłosili gotowość regularnego uczestnictwa w oddzielnych indywidualnych konsultacjach i w miarę możliwości uczestnictwa w grupie dla rodziców. Małżonkowie podjęli też decyzję o separacji, mąż zdeklarował, iż się wyprowadzi z domu. Specjalista dodatkowo zaproponował spotkania całej rodziny raz w miesiącu w celu oceny bieżącej sytuacji i efektów terapii lub i ich braku. Dodatkowo dodał, że w przypadku braku efektów terapii Mateusza i dalszego zażywania przez niego substancji będzie rekomendował terapię w warunkach stacjonarnych dla Mateusza. Na co sam Mateusz, jego mama i siostra zareagowali przerażeniem i wyrazili brak swojej gotowości na takie rozwiązanie. Natomiast ojciec przyjął ten pomysł z aprobatą sugerując, że należało tak postąpić już wcześniej, to może by nie doszło do takiej sytuacji.

Mateusz rozpoczął regularne spotkania ze specjalistą, jednak nie udawało mu się utrzymywać abstynencji od substancji. Kilka razy na spotkania przychodził pod ich wpływem i spotkania były przerywane. Twierdził, że on chce i się stara jednak namowy uzależnionych kolegów i przymus, jaki ma w sobie, są silniejsze od niego. W takiej sytuacji specjalista rozpoczął pracę nad oswojeniem Mateusza do zmiany jego formy terapii. Z terapii w poradni na terapię stacjonarną w ośrodku. Mateusz deklaratywnie twierdził, że jest to dobry pomysł, ale po kilku kolejnych spotkaniach zaprzestał przychodzenia na terapię.

Mama regularnie uczestniczyła w swoich indywidualnych spotkaniach. Pracowała nad własnymi osobistymi trudnościami oraz budowaniem gotowości do umieszczenia syna w ośrodku stacjonarnym, a nawet, gdy zajdzie taka potrzeba, to również w sądzie i postanowienie sądu o przymusie leczenia jej syna.

Ojciec pojawił się na kilku spotkaniach, jednak od momentu wyprowadzenia się z domu zaprzestał przychodzenia do poradni.

Siostra Mateusza bardzo dużo czasu zaczęła spędzać w domu głównie ucząc się kosztom rozwoju swoich dotychczasowych zainteresowań i spotkań z koleżankami.

Etap czwarty – Mateusz lat 16,5

Rodzice wspólnie i zgodnie podjęli decyzję o rozpoczęciu sądowej procedury dotyczącej sądowego przymusu leczenia ich syna z powodu uzależnienia. Odbyło się posiedzenie sądu z udziałem rodziców i Mateusza. Przewodniczący sędzia po rozpoznaniu sprawy, bez wątpliwości wydał postanowienie w sprawie skierowania Mateusza do stacjonarnej placówki leczenia uzależnień dla młodzieży. Dodał również, kierując słowa wprost do Mateusza, że daje mu szansę na podjęcie terapii w ośrodku, który sam sobie wybierze. Jednak kiedy tego nie uczyni w ciągu miesiąca, to wówczas zostanie skierowany do ośrodka zamkniętego o wzmocnionym zabezpieczeniu i wówczas jego pobyt w tej placówce może trwać do ukończenia przez niego 18 roku życia, o czym ostatecznie będzie decydował wyłącznie sąd.

Mateusz pod wpływem czynników zewnętrznych w postaci postanowienia sądu, wpływu rodziców i siostry, trudności ze szkołą, problemów wynikających z długów, które ma, podjął decyzję o szukaniu dla siebie ośrodka. W tej kwestii pomogli mu bardzo rodzice dokonując rozeznania wśród dostępnych ośrodków w naszym kraju. Po trzech tygodniach Mateusz został przyjęty do stacjonarnego Ośrodka Terapii Uzależnień dla Młodzieży.

Pierwszy miesiąc jego pobytu tam był bardzo trudny. Prawie codziennie budząc się rano zadawał sobie pytania: Co ja tu robię?, Jak wytrwać do wieczora?, Jak żyć z tymi ludźmi? Jednak miesięczny okres adaptacji Mateusza w Ośrodku został rozwiązany pomyślnie. Mateusz został w nim. Choć jego dylematy nie zniknęły całkowicie. Raz częściej raz rzadziej wracały do niego. W drugim miesiącu pobytu zaczął dostrzegać pierwsze korzyści z pobytu. Dotyczyły one przede wszystkim tego, że już dwa miesiące utrzymuje abstynencję od wszystkich używek i da się z tym żyć. Zauważył również, że dorośli, a głównie dorośli mężczyźni, potrafią chwalić, doceniać i pozwalają na żarty z siebie.

W kolejnych miesiącach pobytu zaczął rozumieć lepiej siebie, z jakich powodów się uzależnił, że ma prawo wyboru, że coraz więcej rzeczy mu wychodzi i ma wpływ na to, co robi.

W czwartym miesiącu pobytu Mateusz zrobił sobie bilans strat i zysków z dotychczasowego pobytu w Ośrodku. Jako straty wskazał: ograniczony dostęp

do nowoczesnych technologii, za mało swobody, regulamin, monotony plan dnia, wciąż ci sami ludzie, a nie za wszystkimi przepada, mało czasu wolnego i intymności, ale też ostrożność w relacjach z dziewczynami.

Jako korzyści wskazał: poczucie bezpieczeństwa, określone i przewidywalne zasady funkcjonowania, swobodna i życzliwa atmosfera modelowana przez kadre, odczuwalne działanie terapii, dowartościowywanie i chwalenie, możliwość rozwoju zainteresowań, poprawę relacji z rodziną. Mateusz w ośrodku zaczął regularnie ćwiczyć na siłowni, wrócił też do uprawiania innych sportów oraz, co było jego marzeniem, w studiu nagrań nagrywa swoje własne teksty. Jest zadowolony z obecnych relacji z rodziną. Z mamą pogłębił więź, ojca zaczął akceptować i lepiej rozumieć, bo wie, jakich on miał własnych rodziców, a o siostrze mówi, że da się z nią porozmawiać i martwi się o nią. Mateusz też uważa, że ma bardzo zaangażowaną i mądrą terapeutkę, z którą ma normalną relację jakiej nigdy wcześniej nie miał z nikim. Jest ona przy nim, kiedy odnosi sukcesu, ale przede wszystkim wspiera go i jest z nim, kiedy ponosi porażki i cierpi. Mówi, że Maja jest dla niego autorytetem i że kiedyś chciałby mieć taką dziewczynę, a potem może i żonę. Mateusz zaczął myśleć o swojej przyszłości.

Mateusz w ośrodku jest już pięć miesięcy. Został mu tylko miesiąc do ukończenia podstawowego programu pracy nad swoim uzależnieniem. Jednak zastanawia się nad pozostaniem w ośrodku i kontynuowaniem terapii nad swoimi osobistymi i rozwojowymi trudnościami przez kolejne kilka miesięcy. Ośrodek, w którym jest, daje taką możliwość.

Przypadek Mateusza, mimo dramatycznego początku, daje nadzieję i w konsekwencji jest optymistyczny. Jednak nie zawsze tak przebiega postępowanie z uzależnionym dzieckiem.

Zwłaszcza, kiedy dziecko, prócz uzależnienia, ma jeszcze współistniejące zaburzenia psychiczne. Czasami jest to mniej dramatyczna historia kończąca się pozytywnie, jednak często, zdecydowanie za często, te dramaty pomimo podejmowanych prób pomocy i terapii nie ustępują. Niestety zdarza się również tak, że dziecko umiera w wyniku przedawkowania lub czynu samobójczego.



» Wykaz Poradni i Ośrodków – placówek udzielających pomocy dzieciom i młodzieży w obszarze uzależnień oraz ich rodzinom

Obecnie w Polsce znajduje się w każdym większym mieście co najmniej jedna placówka/poradnia leczenia uzależnień dzieci i młodzieży. Jest ponad 20 stacjonarnych ośrodków terapii i wychowania dla dzieci i młodzieży, prowadzących terapię uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wśród nich jest kilka stacjonarnych ośrodków, które przyjmują młodych pacjentów z podwójną diagnozą. Są również dwa ośrodki funkcjonujące w warunkach szpitalnych dla dzieci i młodzieży z podwójną diagnozą.

Wykaz niektórych placówek udzielających profesjonalnej pomocy dla dzieci i młodzieży używających substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin:

1. Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży, ul. Jana Kochanowskiego 27/29, 05-400 Otwock, tel. 22 779 20 12, 22 468 26 60
2. Ośrodek Rehabilitacji i Terapii Psychiatrycznej dla Osób z Podwójną Diagnozą, al. Legionów 11, 08-400 Garwolin, tel. 25 684 32 13
3. Poradnia Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży, ul. Dzielna 7, 01-154 Warszawa, tel. 22 468 25 47
4. Młodzieżowa Poradnia Profilaktyki i Terapii POZA ILUZJĄ, ul. Jarosława Dąbrowskiego 75 A, 02-586, Warszawa, tel. 22 844 94 61
5. Ośrodek Rozwoju Rodziny dla Rodzin i Młodzieży, Warszawa, tel. 692 409 197
6. Fundacja Konstruktynego Rozwoju, ul. Władysława Czaplickiego 7, 05-400 Otwock, tel. 22 779 70 98
7. Powiślańska Fundacja Społeczna, ul. Mokotowska 55, 00-001 Warszawa, tel. 22 625 77 82
8. Poradnia Profilaktyki Społecznej, ul. Xawerego Dunikowskiego 4, 00-001 Warszawa, tel. 22 644 95 15

Poradnia leczenia hazardu i innych uzależnień behawioralnych on-line udziela porad psychologicznych osobom mającym problem z hazardem i innymi uzależnieniami behawioralnymi oraz ich bliskim pod adresem (www.uzaleznieniabehaviorlane.pl; www.uzaleznienie.org.pl).

Pełen wykaz placówek zajmujących się leczeniem osób uzależnionych w Polsce znajduje się na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: www.kbpn.gov.pl

Strona Uzależnienia Behawioralne: www.uzaleznieniabehawioralne.pl

Baza rekomendowanych programów profilaktycznych: www.programyrekomendowane.pl

Baza rekomendowanych programów profilaktycznych: www.programyrekomendowane.pl

Strona Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: www.kbpn.gov.pl

Strona Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: www.parpa.pl.

Strona Ośrodka Rozwoju Edukacji: www.ore.edu.pl/2015/03/profilaktykauzaleznien

Portal Efektywnej Profilaktyki: www.profnet.org.pl



- Bandura A., *Teoria społecznego uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Badura-Madej W., *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej: poradnik dla pracowników socjalnych*, Wydawca Interart 1996.
- Beck A., Wright F., Newman C., Liese B., *Terapia Poznawcza Uzależnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Bardziejewska M., Brzezińska A., Hermanowski Sz., *Osiągnięcia i zagrożenia dla rozwoju młodzieży w okresie dorastania* (w:) A. Brzezińska, E. Hornowska (red.) *Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
- Borrell-Carrio F., Suchman A.L., Epstein R.M., *The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry*, "Annals of Family Medicine" 2004, vol. 2.
- Cantwell R., Brewin J., Glazebrook C., Dalkin T., Fox R., Medley I., Harrison G., *Prevalence of substance misuse in first - episode psychosis*, "British Journal of Psychiatry" 1999.
- Chmielewska K., Baran H., *Zaburzenia Psychiczne i Zaburzenia Zachowania Spowodowane Przyjmowaniem Substancji Psychoaktywnych*, Stowarzyszenie Profesjonalistów Psychoterapii i Psychoedukacji „Wspólna”, Warszawa 2006.
- Chmielewska K., Baran-Furga M., *Zaburzenia Psychiczne*, CPR, Warszawa 1998.
- Dimoff T., Carper S., *Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki*, Elma Books, Warszawa 1994.
- Fenichel O., *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton and Company, New York 1945.
- Fergus S., Zimmerman M., *Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk*, "Annual Review of Public Health" 2005.
- Gaebel W., Zielasek J., Reed G., *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*, „Psychiatr. Pol.” 2017, 51 (2), s. 169–195.
- Gałecki P., Święcicki Ł. (red.), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5**, Desk Reference, Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
- Garmezy N., Masten A.S., Tellegen A., *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology*, "Child Development" 1984.
- Gaś Z.B., *Profilaktyka w szkole* (w:) *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, CMPPP, Warszawa 1997.
- Gaś Z.B., *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998.
- Goodman A., *Addiction: definition and implications*, "British Journal of Addiction" 1990, nr 85.

- Griffiths M., *Does internet and computer addiction exist? Some case study evidence*, dokument zaprezentowany podczas spotkania z okazji 105. rocznicy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w Chicago, 1997.
- Griffiths M., *Gry i hazard: uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, GWP, Gdańsk 2004.
- Hawkins J.D., Graham J., Maguin E., Abbot R., Hill K., Catalano, R., *Exploring the Effects of Age of Alcohol Use Initiation and Psychological Risk Factors on Subsequent Alcohol Misuse*, "Journal of Studies on Alcohol" 1997.
- Jabłoński P., Bukowska B., Czabała C. (red.) (2012), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Koczurowska, J., *Psychoterapia dzieci i młodzieży*, za: Brounstein i Zweig (1999); Centre for Addiction and Mental Health (1999); National Institute on Drug Abuse (2003); Hogan (2000). Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Jarczyńska J. (red.), *Uzależnienia behawioralne i Zachowania Problemowe Młodzieży. Teoria, Diagnoza, Profilaktyka, Terapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2014.
- Junik W., *Resilience. Teoria – Badania – Profilaktyka*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2011.
- Kazdin A., *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*, „Nowiny Psychologiczne” 1996, nr 2.
- Kazdin A., Weisz J. (red.), *Psychoterapia Dzieci i Młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Latka A., Gąsiorowski W., *Narkotyki – Podstawowe rodzaje i opis*. Stowarzyszenie „KARAN”, Warszawa 1997.
- Lelonek-Kuleta B., *Uzależnienie od czynności – zdefiniowanie pojęcia, specyfika problemu oraz kierunki diagnozy*, Serwis Informacyjny NARKOMANIA 2012, nr 1 (57).
- Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B., *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*, "Child Development" 2000.
- Mann K., Fauth-Bühler M., Higuchi S., Potenza M.N., Saunders J.B., *Pathological gambling: A behavioral addiction*. "World Psychiatry" 2016, nr 15, s. 297–298.
- Michalczuk Z.: *Czynniki chroniące dzieci i młodzież przed sięganiem po substancje psychoaktywne*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2019, nr 1.
- Michalczuk Z., *Używanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania*, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, wydanie II, Warszawa 2018, s. 99–102.
- Michalczuk Z., *Program Psychoterapii Rozwojowej Adolescentów z Podwójną Diagnozą*, Otwock 2009.
- Michalczuk Z., *Program Terapii Dzieci i Młodzieży Uzależnionych od Alkoholu i Osób Współuzależnionych*, Otwock 2010.
- Miller P.M. (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
- Miller W.R., Zweben A., DiClemente C., Rychtarik R., *Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień*, cz. II, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1995.

- Miller W.R., *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2009.
- Miller W.R., Rollnick S., *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Warszawa 2010.
- Ogińska-Bulik N., *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość*, Difin, Warszawa 2010.
- Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., *Profilaktyka i wczesna interwencja* (w:) A. Hejda (red.), K. Okulicz-Kozaryn, *Zapobieganie narkomanii w gminie: zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii*, Kraj. Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.
- Ostaszewski K., *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży* (w:) J. Mazur, I. Tabak, A. Małkowska-Szkutnik, K. Ostaszewski, H. Kołoto, A. Zielska, A. Kowalewska (red.), *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*, Raport z badań HBSC2006, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008, s. 19–45.
- Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa 2003.
- Peele S., Brodsky A., *Love and addiction*, Taplinger, New York 1977.
- Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000.
- Rogala-Obłękowska J., *Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii*. Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Warszawa 2002.
- Rogala-Obłękowska J., *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*, Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Warszawa 1999.
- Rowicka, M., *Skuteczna Profilaktyka Uzależnień Behawioralnych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2019.
- Schneier F.R., Siris S.G.: *A review of psychoactive substance use and abuse in schizofrenia. Patterns of drug choice*. “Journal of Substance Abuse Treatment” 1987.
- Sierosławski J., *Wzory używania narkotyków wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie*, „Alkoholizm i Narkomania” 1996, nr 4 (25).
- Sierosławski J., *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania*, KBPN, Szczecin 2011.
- Thille, Z., Zgierski L., *Toksykomanie – zagadnienia społeczne i kliniczne*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976.
- Vitaro F., Carbonneau R., Assaad J.-M., *Les enfants de parents affectés d'une dépendance. Problemes et résilience*, Presses de l' Université du Québec, Québec 2006.
- Werner E., *Protective factors and individual resilience* (w:) Shonkoff J., Meisels S. (red.): *Handbook of Early Childhood Intervention*, Cambridge University Press 2000.
- Werner E.E., *Overcoming the odds*, “Developmental and Behavioral Pediatrics” 1994.
- Zisook S., Heaton R., Moranville J., Kuck J., Jernigan T., Braff D., *Past substance abuse and clinical course of schizofrenia*, “American Journal of Psychiatry” 1992.

Raporty, klasyfikacje i strony internetowe

ESPAD 2020, Sierosławski, J., „*Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną*” – *Raport z ogólnopolskich badań ankietowych realizowanych w 2019 roku*”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii; Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD 2020, Warszawa 2020.

Projekt badawczy „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019”, CBOS, Warszawa 2019.

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Strona internetowa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – www.kbpn.gov.pl.

Strona internetowa Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – www.parpa.pl



