INNOWACJA
INTEGRACJA
INSPIRACJA

KIERUNKI ODPOWIEDZI NA ZJAWISKO UZALEŻNIEŃ

pod redakcją
Aleksandry Dymowskiej i Piotra Prósinowskiego

INNOWACJA
INTEGRACJA
INSPIRACJA

INNOWACJA
INTEGRACJA
INSPIRACJA

KIERUNKI ODPOWIEDZI NA ZJAWISKO UZALEŻNIEŃ

pod redakcją
Aleksandry Dymowskiej i Piotra Prósinowskiego

© Copyright by Authors
Kraków 2019

ISBN 978-83-66269-14-9

Recenzent:
dr Ewa Woydyłło-Osiatyńska

Redakcja Justyna Ostafin
Korekta Agnieszka Ziembińska
Skład Elżbieta Krok
Projekt okładki Libron

Grafika wykorzystana na okładce:
solarseven/shutterstock

Publikacja sfinansowana ze środków Gminy Miasta Gdyni

LIBRON

Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner
al. Daszyńskiego 21/13
31-537 Kraków
tel. 12 628 05 12
e-mail: office@libron.pl
www.libron.pl

Spis treści

Od recenzentki **7**

Piotr Prósinowski, Aleksandra Dymowska
Wstęp. O tworzeniu przestrzeni dla terapii i profilaktyki uzależnień oraz zachowań ryzykownych **9**

Joanna Cichowlas, Piotr Szypiorowski
Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Gdyni – charakterystyka i specyfika pracy **15**

Katarzyna Wiśniewska
Refleksje z pracy terapeutycznej. Gdyńskie i osobiste doświadczenia w pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu z deficytami poznawczymi, deficytem umiejętności psychospołecznych oraz innymi niepełnosprawnościami **37**

Natalia Paderewska
Cechy osobowości w kontekście doboru substancji psychoaktywnych **55**

Małgorzata Wojciechowska
Seksualność osób uzależnionych – koncepcja, praca, wsparcie **87**

Magdalena Jaroch-Lidzbarska
Psychoterapeuta uzależnień wobec problemu uzależnienia od seksu **101**

Aleksandra Dymowska
Seksualność w dorastaniu. O potrzebie edukacji seksualnej w wychowaniu ku zdrowiu **119**

Ewa Wiśniewska
Rodzicielskie strategie udostępniania małym dzieciom urządzeń ekranowych **143**

Piotr Prósinowski
Cyfrowe opowieści o problemie alkoholowym. O narracjach gier wideo na temat problemu (nad)używania alkoholu **165**

O Autorach **191**

Od recenzentki

Ta książka jest dla mnie koleżeńskim spotkaniem z osobami, które nie tylko zyskały moje uznanie za podejmowanie w pracy coraz to nowych wyzwań. Potrafiły one interesująco i kompetentnie przedstawić swój dorobek, wpływając twórczo i ożywczo na gotowość poszerzania zainteresowań zawodowych innych terapeutów.

Innowacja – integracja – inspiracja może się stać przewodnikiem po nowych rubieżach praktyk klinicznych w terapii uzależnień. To bowiem fakt, że już prawie nie ma „czystych" alkoholików, którzy byli głównymi pacjentami w początkach naszej terapii odwykowej. Tym ciekawsza jest to lektura, ponieważ odsłania dodatkowe problemy i rozpoznaje wcześniej pomijane przeszkody utrudniające ludziom wychodzenie z nałogu.

Z rozważań o mnożeniu się uzależnień związanych ze zmianą stylów życia i rozwojem nowoczesnej technologii wyłania się znacznie bardziej skomplikowany obraz rzeczywistości niż ten, który wciąż jeszcze jest zapisany w oficjalnych skryptach szkoleniowych dla terapeutów oraz w spisach refundowanych świadczeń przewidzianych dla placówek terapii uzależnień. W NFZ jeszcze panuje XX wiek, podczas gdy dzisiejsi pacjenci ciągną nas, terapeutów, w XXI wiek. Ci spośród nas, którzy nie ruszają się z miejsca i zostają z tyłu, przeżywają klęskę za klęską. Ich pacjenci po prostu nie trzeźwieją. Głoszą więc oni pogląd, że uzależnienia są problemem beznadziejnym. Faktycznie, ich podopieczni grzęzną w swoich nałogach, kompletnie bez szans na wyjście ku zdrowiu, ponieważ nikt nie stara się rozsupłać plątaniny zbyt wielu współwystępujących uzależnień i zaburzeń.

Terapeuci z gdyńskiego OPiTU postanowili natomiast podejść do owej plątaniny problemów w możliwie najlepszy sposób: rozkładając je na poszczególne elementy i zajmując się nimi zgodnie z odpowiednim fachowym przygotowaniem. Stąd mamy w zbiorze teksty o pracy z osobami z deficytami poznawczymi, o korelacji cech osobowości

z preferencjami dotyczącymi narkotyków, o seksualności osób uzależnionych, o nowych wyzwaniach dla profilaktyki szkolnej, o wpływie urządzeń ekranowych na dzieci czy o sposobie przedstawiania problemów alkoholowych w grach wideo. Z tej różnorodności wyłania się obraz pracy ośrodka w Gdyni, do którego sama chciałabym trafić, gdybym miała problem z własnym uzależnieniem.

Tymczasem przynajmniej opisane w książce doświadczenia postaram się przełożyć z jak najlepszym skutkiem na pogłębienie zrozumienia problemów moich własnych pacjentów i klientów.

I za to dziękuję kolegom z OPiTU w Gdyni.

Ewa Woydyłło-Osiatyńska
Warszawa, 26 czerwca 2019 r.

PIOTR PRÓSINOWSKI, ALEKSANDRA DYMOWSKA

Wstęp. O tworzeniu przestrzeni dla terapii i profilaktyki uzależnień oraz zachowań ryzykownych

Innowacja, integracja, inspiracja – trzy ważne słowa, które nie tylko określają to, jak może przebiegać wsparcie udzielane drugiej osobie, ale także definiują przyszłe działania pomocowe. Książka, którą mają Państwo w rękach, powstała w efekcie ważnego dla nas wydarzenia, którym była Konferencja XX-lecia Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni. Już sam jej tytuł (będący jednocześnie tytułem monografii) – „Innowacja, integracja, inspiracja. Kierunki odpowiedzi na zjawisko uzależnień" – skłania nas do zastanowienia się nad tym, jaka jest profilaktyka zachowań ryzykownych, dokąd zmierza terapia pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub behawioralnie oraz w jaki sposób dyskutuje się o udzielaniu pomocy osobom doświadczającym problemu uzależnienia.

Biorąc pod uwagę wszystkie działania podejmowane obecnie zarówno w Gdyni, jak i całej Polsce, widać pewną potrzebę tworzenia przestrzeni, która będzie sprzyjać wymianie doświadczeń między specjalistami zaangażowanymi w działania pomocowe oraz zdrowotne. Dlaczego? Wymaga tego dynamika naszego codziennego życia, które podlega ciągłym przekształceniom. Pojawiają się nowe substancje, nowe zachowania, technologie oraz strategie korzystania z nich, ale także nowe badania dotyczące psychologii, psychoterapii, pedagogiki, wychowania… Praca z drugim człowiekiem obliguje do uaktualniania wiedzy oraz

odpowiadania na nowe pytania i problemy, stąd dużą częścią działalności terapeutów oraz profilaktyków jest właśnie śledzenie nowych dyskursów oraz wyników badań.

Naszym celem jest realizowanie takiej metodyki pracy z pacjentem, która jest silnie ugruntowana w badaniach nad zjawiskiem uzależnienia. Dotyczy to nie tylko wspierania osób uzależnionych, ale także ich bliskich. Nałóg często wiąże się z myślami przyzwalającymi na korzystanie czy to z substancji psychoaktywnych, czy określonego repertuaru zachowań, jak w przypadku uzależnień behawioralnych. To, w jaki sposób proces psychoterapii zostanie zaplanowany, jakie cele zostaną wyznaczone i jaką aktywnością i zaangażowaniem afektywnym oraz poznawczym wykaże się pacjent, skłania terapeutów do refleksji nad jego życiem z wielu poziomów funkcjonowania. Jednym z nich jest także współfunkcjonowanie z innymi w społeczeństwie, budowanie dojrzałych i zdrowych relacji z innymi oraz bliskości i intymności. Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień prowadzi leczenie swoich pacjentów na trzech etapach: podstawowym, zaawansowanym i postrehabilitacji, a także wspiera bliskich osób uzależnionych – tych, którzy pochodzą z tzw. rodzin z problemem alkoholowym. To ważne, by w tym miejscu wspomnieć również o interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym, który tworzą specjaliści z doświadczeniem zawodowym i gotowością do pomocy. W naszym Ośrodku łączy się tym samym wiele podejść psychoterapeutycznych, jak i kierunków myślenia o pacjencie i jego doświadczeniach. Aktywny jest tutaj również Dział Profilaktyki, który wspiera mieszkańców Gdyni na wszystkich poziomach profilaktyki: uniwersalnym, selektywnym oraz wskazującym. Ośrodek organizuje liczne szkolenia dla profesjonalistów, wspiera zarówno środowisko szkolne, jak i rodzinne oraz samych młodych ludzi, którzy podejmują zachowania ryzykowne w obszarze uzależnień. Warto wspomnieć także o tym, że z inicjatywy Działu Profilaktyki Ośrodek realizuje również działalność badawczą i naukową, co z pewnością wpływa na dostosowywanie metodyki pracy terapeutycznej do aktualnych potrzeb pacjentów.

Biorąc pod uwagę powyższe, postanowiliśmy przygotować monografię, która porusza różne tematy związane z udzielaniem wsparcia i uwzględnia wielowątkowość pracy z drugim człowiekiem – między innymi dlatego, że także codzienność ludzi, których spotykamy

w gabinecie, sali czy na korytarzu, niekoniecznie dotyczy jedynie szukania bądź udzielania pomocy. To również wszystkie działania, które podejmujemy w wolnym czasie, pozwalające się spełniać i rozwijać. Właśnie to bogactwo różnic i różnorodności w kontekście doświadczania zupełnie innych bodźców i sytuacji widzimy jako potencjał wymuszający podmiotowe traktowanie się, niezależnie od stopnia specjalizacji. To także z tego powodu teksty, które Państwo znajdą w tejże książce, będą tak od siebie różne – mówią bowiem o tej mnogości kontekstów.

Zbiór tekstów otwiera praca napisana przez Joannę Cichowlas i Piotra Szypiorowskiego, która przybliża funkcjonowanie Dziennego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu, działającego w strukturze Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni. Pozwala to na dokładniejsze przyjrzenie się pracy specjalistów podejmujących problemy uzależnień. Oddział zajmuje się lecznictwem ambulatoryjnym, ukazując tym samym potrzebę wspierania pacjentów w dochodzeniu do zdrowia na co dzień. Spojrzenie terapeutów prezentuje Czytelnikom wielokontekstowość leczenia osób uzależnionych, wskazuje na możliwości w tej dziedzinie, ale i liczne trudności, z którymi zmaga się kadra specjalistów.

Następny tekst – którego autorką jest Katarzyna Wiśniewska, dyrektor Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień – to rozważania i refleksje z pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od alkoholu, z deficytami poznawczymi, deficytem umiejętności psychospołecznych oraz z innymi niepełnosprawnościami. Tekst wskazuje na problematykę leczenia pacjentów wymagających wsparcia w procesie powrotu do zdrowia, które zakładałoby rozumienie ich potrzeb, zwłaszcza z perspektywy terapeutycznej.

Natalia Paderewska przybliża tematykę doboru substancji psychoaktywnych w kontekście wybranych cech osobowości. Zakłada się, że ten kierunek spojrzenia na wybór substancji psychoaktywnych przez pacjentów może przyczynić się do bardziej skutecznego oddziaływania na nich, spójnego z motywacjami osób korzystających z tychże substancji. Artykuł przedstawia wyniki własnych badań, które zostały przeprowadzone w populacji klinicznej mężczyzn odbywających terapię w modelu społeczności terapeutycznej.

Kolejna autorka, Małgorzata Wojciechowska, dotyka ważnego tematu – seksualności osób uzależnionych. W tekście zwraca się szczególną uwagę na metodykę pracy terapeutycznej, ale i na gotowość terapeuty

do pracy w obszarze seksualności swoich pacjentów. Artykuł odnosi się do całościowego spojrzenia na proces zdrowienia osoby uzależnionej.

Nie jest to jedyna praca dotycząca tej sfery życia. Traktuje o niej także artykuł kolejnej autorki – Magdaleny Jaroch-Lidzbarskiej, która skupia się na temacie uzależnienia od seksu. Specyfika pracy z pacjentem uzależnionym behawioralnie niesie za sobą wiele trudności. Jedną z nich jest praca terapeutyczna w obszarze seksualności, która od terapeutów wymaga profesjonalnego przygotowania, znajomości dynamiki tego specyficznego uzależnienia, jak i technik leczenia, zwłaszcza poznawczo-behawioralnych.

O seksualności, ale w kontekście profilaktyki, edukacji i wychowania, pisze Aleksandra Dymowska, zwracając jednocześnie uwagę na rozwój technologiczny, który pozostaje w pewnej relacji ze zdobywaniem wiedzy o seksualności. Autorka w swojej pracy dostrzega potrzebę edukacji seksualnej w szkołach i odpowiedniego przygotowania wykładowców – nie tylko merytorycznego, ale i w zakresie potencjału wspierania w prawidłowym rozwoju psychoseksualnym młodych osób. Artykuł zawiera także fragmenty badań własnych, które w sposób szczególny eksponują potrzebę takiej edukacji.

Również dwa kolejne teksty mocno odnoszą się do tej kategorii. Pierwszy z nich, autorstwa Ewy Wiśniewskiej, analizuje rodzicielskie strategie udostępniania dzieciom urządzeń ekranowych. Praca zawiera liczne wskazówki na temat tego, w jaki sposób odnosić się do ryzyka uzależnień czy problemowego korzystania z urządzeń ekranowych. Tekst wykorzystuje dane na aktualnym poziomie użytkowania nowych technologii w Polsce, ale i na świecie.

Autorem artykułu zamykającego całą publikację jest Piotr Prósinowski, który porusza kwestię popkultury i portretowania przez gry wideo problemu alkoholowego, co pokazuje, w jaki sposób dzieła kultury popularnej włączają się w dyskusje o codziennych problemach i zjawiskach. Autor opisuje zaplecze kulturowe gier, które eksponują problem uzależnienia z wielu perspektyw. To praca ukazująca inny sposób przedstawiania uzależnienia – nie tylko graczom, ale i osobom pragnącym dowiedzieć się o grach nieco więcej.

Mamy nadzieję, że lektura tej książki zainspiruje Czytelników do poszukiwania nowych spojrzeń na proces profilaktyki uzależnień i leczenia

osób uzależnionych. Pragniemy przybliżyć Państwu specyfikę naszej pracy w Ośrodku, który działa w Gdyni już ponad 20 lat. Jesteśmy przekonani, że zaprezentowane w tym zbiorze prace odnoszą się do wspólnych doświadczeń terapeutów i profilaktyków, ukazując potrzebę ciągłego zgłębiania problemów i uwarunkowań otaczającego nas świata. Praca przy tworzeniu tej książki była dla nas ciekawym i rozwijającym doświadczeniem. Mamy nadzieję, że przyczyniliśmy się do tego, by zwrócić Państwa uwagę na profilaktykę i leczenie uzależnień.

JOANNA CICHOWLAS, PIOTR SZYPIOROWSKI
Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni

Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Gdyni – charakterystyka i specyfika pracy

Abstrakt: Artykuł stanowi opis przemian w podejściu do rozumienia uzależnienia dokonujących się w ostatnim dziesięcioleciu. W sposób całościowy i wyczerpujący przedstawia dostępne informacje na temat Dziennego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Gdyni. Jest próbą analizy zmian zachodzących w specyfice osób korzystających z oferowanej pomocy, a także dostosowania oferty terapeutycznej do aktualnych potrzeb. Autorzy podejmują refleksję nad możliwościami i ograniczeniami tej formy leczenia w realizacji świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnień.

SŁOWA KLUCZOWE: dzienny oddział, psychoterapia uzależnień, uzależnienie od alkoholu, uzależnienie mieszane, osoba uzależniona, trzeźwość, Narodowy Fundusz Zdrowia

Day Ward of Alcohol Addiction Therapy in Gdynia – characteristics and specificity of work

Abstract: The article is a description of the changes taking place over the last decades in the approach to understanding addiction. It provides comprehensive and comprehensive information on the daily Alcohol Dependence Therapy Department in Gdynia. It is an attempt to analyze changes in the specificity of people using the assistance offered, as well as to adapt the therapeutic offer to current needs. The authors reflect on the possibilities and the limitations of this form of treatment in the provision of addiction psychotherapy services.

KEYWORDS: day ward, psychotherapy of addictions, addiction to alcohol, mixed addiction, addicted person, sobriety, National Health Fund

Wstęp

W ciągu ostatnich dziesięcioleci możemy zaobserwować zmianę w podejściu do uzależnienia od alkoholu i w jego rozumieniu. Te zmiany kształtują się zarówno w myśleniu o uzależnieniu jako o chorobie, w postrzeganiu pacjenta jako osoby chorej, jak i – co warto podkreślić – w sposobie pomagania osobom dotkniętym uzależnieniem.

Opisywane zmiany rozumienia uzależnienia od alkoholu, a także ewoluujący profil pacjentów szukających dla siebie pomocy wymuszały również dostosowywanie się placówek realizujących świadczenia leczenia uzależnień. Rozwój dotyczył programów terapeutycznych, kadry i jej profesjonalnego przygotowania merytorycznego, a także instytucjonalnej gotowości na kolejne wyzwania. Niniejszy tekst stanowi całościowy opis funkcjonowania Dziennego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu, działającego w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, z wykorzystaniem teoretycznych podstaw psychoterapii uzależnień, a także prawnych aspektów funkcjonowania placówek lecznictwa uzależnień. Odnosi się zarówno do przekształceń w stosowanej terminologii, jak i kryteriach diagnostycznych, a następnie – metodach terapeutycznych.

W prezentowanym tekście przedstawiono również rodzaje placówek realizujących świadczenia w zakresie psychoterapii uzależnieni według podziału dokonanego na podstawie aktualnych aktów prawnych, ze szczególnym uwzględnieniem wymagań stawianych dziennym oddziałom terapii uzależnienia od alkoholu. Znaczną część pracy stanowi szczegółowy opis procedur stosowanych w gdyńskiej placówce, w tym – programu terapeutycznego i narzędzi wykorzystywanych w procesie leczenia. Poddano analizie dokumenty oddziału, co dało możliwość szerokiego spojrzenia na zmiany zachodzące w specyfice osób korzystających z oferowanej pomocy, a także na stopień dostosowania oferty i formy proponowanego leczenia do aktualnych potrzeb pacjentów. Artykuł stanowi próbę zbadania możliwości łączenia innowacyjności z tradycją na mocno ustrukturyzowanej płaszczyźnie, jaką jest psychoterapia uzależnienia realizowana w placówce finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Fot. 1. Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni – placówka przy ulicy Reja: Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia oraz Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu. Fot. Piotr Prósinowski

Uzależnienie od alkoholu

W miarę postępu badań, poszerzania wiedzy na temat uzależnienia następowało wprowadzanie korekt, dzięki którym kryteria diagnostyczne stawały się trafniejsze, rzetelniejsze i dokładniejsze. Przez wiele lat w praktyce klinicznej utrzymywał się termin „alkoholizm" – sam w sobie zawierał on zarówno szkody zdrowotne, których doświadczał pacjent, jak i wszystkie pozostałe zaburzenia, które można było obserwować u osoby uzależnionej. Takie rozumienie bardzo utrudniało rozróżnienie przyczyny i skutku[1].

[1] J. Mellibruda, *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania" 1997, nr 3, s. 277–278.

Stereotypowa osoba uzależniona to postać z czerwonym nosem, po rozwodzie, bez rodziny, zataczająca się, często brudna, zaniedbana, bez pieniędzy, a nawet bezdomna. Taki widok przedstawia sobą alkoholik zwykle już w ostatniej fazie tej choroby, w fazie chronicznej, która – niezatrzymana – może prowadzić do śmierci. Jednak choroba rozpoczyna się dużo wcześniej, a osoba uzależniona może mieć (i bardzo często ma) rodzinę, pracę, a nawet wysoko postawione stanowisko i funkcjonuje na co dzień jako czysta, schludna, zadbana. Zespół uzależnienia od alkoholu to choroba bez zasad i reguł. Tu nie ma taryfy ulgowej. Nałóg nie wybiera. Uzależnić może się każdy, bez względu na płeć, wykształcenie, status materialny, posiadanie rodziny itp.

Druga połowa lat 80. niosła za sobą zmiany. Zaczęło się ugruntowywać przekonanie, że do posiadanej wiedzy o uzależnieniu należy dodać jeszcze jeden niezwykle ważny czynnik w życiu pacjenta oraz w pracy klinicznej, którym jest powrót do picia mimo wiedzy o jego szkodliwości. Zaczęto poszerzać perspektywę, dostrzegać, że samo leczenie skoncentrowane tylko na rozwiązaniu problemu zdrowotnego, czyli niezdolności do utrzymywania abstynencji, to za mało[2].

Maree Teesson, Louisa Degenhardt oraz Wayne Hall w swojej publikacji zatytułowanej *Uzależnienia* prezentują następujący pogląd:

> uzależnienie od alkoholu jest jednym z zaburzeń psychicznych najczęściej rozpoznawanych podczas badań sondażowych, a u wielu osób współwystępują z nim zaburzenia lękowe i depresyjne. Osobę cierpiącą na „zaburzenia związane z używaniem alkoholu" (pojęcie to obejmuje nadużywanie i uzależnienie) charakteryzuje upośledzenie kontroli nad używaniem alkoholu. Zdobywanie go, przyjmowanie i regeneracja po jego używaniu zajmują jej nieproporcjonalnie dużo czasu, co więcej, osoba ta kontynuuje picie alkoholu, nawet gdy pojawiają się problemy, co do których jest świadoma, że wynikają właśnie z jego używania. U osób nadużywających alkoholu rozwija się tolerancja na jego działanie i aby osiągnąć pożądany efekt, potrzebują one coraz większych dawek, a nagłe przerwanie używania często prowadzi do wystąpienia zespołu abstynencyjnego. Doświadczają one również innych dolegliwości psychicznych i somatycznych, a używanie alkoholu ma zazwyczaj niekorzystny

[2] Ibidem.

wpływ na życie ich współmałżonków, dzieci oraz pozostałych członków rodziny, przyjaciół i współpracowników[3].

Światowa Organizacja Zdrowia już na początku lat 90. przedstawiła nową wersję systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania: ICD-10.

Do rozpoznania uzależnienia według systemu ICD-10 potrzebne jest stwierdzenie, że u pacjenta w czasie ostatniego roku wystąpiły co najmniej trzy objawy lub cechy spośród następujących:

a) silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu,
b) trudności kontrolowania zachowania związanego z piciem alkoholu, rozpoczynania, kończenia lub przyjmowanej ilości,
c) fizjologiczne objawy odstawienia alkoholu występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości pitego alkoholu albo używanie alkoholu w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia tych objawów,
d) potrzeba przyjmowania coraz większych dawek alkoholu w celu uzyskania skutków poprzednio powodowanych przez mniejsze dawki,
e) narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań z powodu picia alkoholu, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub picie alkoholu albo na odwracanie następstw jego działania,
f) picie mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw[4].

Reasumując: zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, poprzednio mającymi dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne). Wypicie alkoholu nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwalać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu uzależnienia.

---

3 M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Uzależnienia*, przeł. Z. Pelc, Gdańsk: GWP, 2005, s. 57.

4 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, przeł. C. Brykczyńska et al., Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1997, s. 62–63.

Pojawiają się one znacznie szybciej niż takie same objawy u osób poprzednio nieuzależnionych[5].

Warto dodać, że zespół uzależnienia od alkoholu jest chorobą przewlekłą. Może zakończyć się śmiercią, gdy jest nieleczony. Uzależnienia od alkoholu nie można wyleczyć całkowicie, dzięki decyzji o abstynencji możliwe jest jedynie zatrzymanie jego postępujących objawów, czyli zahamowanie rozwoju choroby oraz związanych z nią powikłań zdrowotnych.

Potwierdziło to rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 marca 1998 roku, które wskazywało jednoznacznie, że psychoterapia jest podstawową metodą w leczeniu uzależnienia do alkoholu. Było to odejście od dotychczasowego myślenia o leczeniu z „alkoholizmu" jako o „terapii odwykowej"[6]. Wytyczne sekcji psychofarmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami również wskazały psychoterapię jako główną metodę leczenia tego schorzenia, określając jednoznacznie wskazania oraz leki stosowane w farmakoterapii uzupełniającej lub w redukcji szkód.

Psychoterapia uzależnień

Terapia uzależnień to bardzo ważna forma psychoterapii. Uzależnienie od alkoholu jest problemem zarówno dla doświadczającego go człowieka, jak i dla całego jego otoczenia. Terapię uzależnień można określić jako zbiór wielu różnych oddziaływań psychoterapeutycznych. Do wspomnianych oddziaływań należy zaliczyć:

- psychoedukację,
- treningi umiejętności,
- uczenie nowych zachowań i postaw,
- psychoterapię indywidualną,
- psychoterapię grupową.

---

5 *Uzależnienie*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/uzaleznienie (dostęp: 5 lutego 2019).

6 J. Mellibruda, *Psychoterapia uzależnienia od alkoholu*, „Terapia Uzależnienia od Alkoholu" 1999, nr 2, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/63-terapia-uzalenienia-i-wspouzalenienia/354-psychoterapia-uzaleznienia-od-alkoholu.html (dostęp: 3 sierpnia 2019).

Do najbardziej znanych form psychoterapii uzależnień zaliczamy podejście strategiczno-strukturalne, opracowanie na podstawie koncepcji mechanizmów uzależnienia przez zespół pracowników i współpracowników Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości na czele z prof. Jerzym Mellibrudą opracował ten model psychoterapii. Było ono później praktykowane w wielu polskich placówkach zajmujących się psychoterapią uzależnień. Korzenie podejścia sięgają tzw. modelu Minnesota, a następnie behawioralno-poznawczego nurtu psychoterapii związanego z teorią uczenia społecznego oraz psychologii humanistycznej[7].

> Podejście strategiczno-strukturalne do psychoterapii uzależnienia oparte jest o założenie istnienia odrębnej specyfiki uzależnienia jako zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka i jego odmienności od innych zaburzeń emocjonalnych (...). Uzależnienie jest więc traktowane jako podstawowe zaburzenie, a nie objaw czy odmiana innych zaburzeń. Wynika z tego postulat stosowania oddziaływań psychoterapeutycznych specyficznych dla uzależnienia oraz korzystania z określonej koncepcji uzależnienia przy próbach rozumienia pacjenta w procesie terapii. Należy także pamiętać, że u części pacjentów mogą równocześnie występować inne poważne zaburzenia, które powinny być rozpoznawane w oparciu o metodykę tzw. podwójnej diagnozy[8].

Aspekty prawne psychoterapii uzależnień

Współcześnie podstawowym aktem prawnym regulującym kwestię leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Wskazuje ona, że „leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzi się w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia

7 Ibidem.
8 Ibidem.

stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne (…)"[9]. Gwarantuje ona również osobom uzależnionym od alkoholu darmowy dostęp do leczenia odwykowego[10].

Organizacja przedmiotowego systemu pomocy została szczegółowo określona w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu. W rozporządzeniu wyszczególniono następujące placówki leczenia uzależnienia od alkoholu: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia; poradnia leczenia uzależnień; całodobowy oddział albo stacjonarny ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu; całodobowy oddział albo stacjonarny ośrodek leczenia uzależnień; dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu; dzienny oddział leczenia uzależnień; oddział albo ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych; hostel dla osób uzależnionych od alkoholu[11].

Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu

Do głównych zadań dziennego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu należy diagnozowanie zaburzeń spowodowanych spożywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, a także zaburzeń nawyków i popędów. Co ważne, dzienny oddział w ramach swojego funkcjonowania jest również zobowiązany do diagnozowania zaburzeń

---

9 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230, art. 21, ust. 1.

10 Ibidem, ust. 3.

11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, Dz.U. 2018 poz. 2410. Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. 2012 poz. 734). Utraciło ono moc z dniem 31 grudnia 2018 r. na podstawie art. 10 pkt 2 Ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2017 poz. 2439).

występujących u członków rodzin pacjentów. Kolejnym z podstawowych zadań placówki jest realizacja programów psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu, również tych, które są ponadto uzależnione od innych substancji psychoaktywnych, oraz dla osób z zaburzeniami nawyków i popędów. Podobnie jak w poprzednio opisanym zadaniu dzienny oddział może także realizować programy psychoterapii dla członków rodzin tych pacjentów. Ponadto placówki te udzielają indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób pozostających w terapii. Świadczenia te odnoszą się w szczególności do leczenia szkód zdrowotnych wynikających z przedmiotowego problemu, a także do działań psychofarmakoterapeutycznych skoncentrowanych na współwystępujących zaburzeniach psychicznych. Ostatnim z wyróżnionych przez rozporządzenie Ministra Zdrowia zadań dziennego oddziału jest przygotowanie pacjenta do kontynuowania terapii[12].

Warunki realizacji świadczeń dziennych terapii uzależnienia od alkoholu określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień[13]. Załącznik numer 5 tego rozporządzenia wskazuje, że w skład personelu realizującego świadczenia powinien wchodzić:

1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii (równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 64 miejsca);
2) specjalista psychoterapii uzależnień (równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 64 miejsca);
3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba, która uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień oraz posiada status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla specjalisty psychoterapii uzależnień, potwierdzony odpowiednim zaświadczeniem (równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 16 miejsc);

---

12 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r...., § 7.

13 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. 2013 poz. 1386.

4) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień, lub osoba, która uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień, posiadająca status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla instruktora terapii uzależnień, potwierdzony odpowiednim zaświadczeniem (równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 32 miejsca);
5) psycholog (równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 64 miejsca)[14].

Przed rozpoczęciem leczenia

Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Gdyni mieści się w budynku Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, przy ulicy Mikołaja Reja 2a. Jego lokalizacja w centrum metropolii trójmiejskiej umożliwia pacjentom dogodny dojazd. Na potrzeby oddziału, który został utworzony w 2002 roku, przeznaczono trzy pomieszczenia: salę terapii grupowej, pokój kadry wraz z wydzieloną częścią gabinetu terapeutycznego, a także pomieszczenie socjalne dla pacjentów korzystających z terapii. Część świadczeń jest realizowana w gabinecie lekarza psychiatry, w tym samym budynku. W Dziennym Oddziale świadczeń terapeutycznych udziela czworo pracowników: jeden zatrudniony na stanowisku kierowniczym (specjalista psychoterapii uzależnień, psycholog) oraz trzy inne osoby udzielające świadczeń terapeutycznych (jedna z kwalifikacjami specjalisty psychoterapii uzależnień – pedagog – oraz dwie na etapie uzyskiwania odpowiednich kwalifikacji – pedagog i psycholog)[15]. Świadczeń medycznych udziela lekarz psychiatra. Liczba godzin świadczeń realizowanych przez terapeutów odpowiada równoważnikowi zatrudnienia w wymiarze dwóch etatów, co przewyższa minimalne wymogi stawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W pracy kadry terapeutycznej uczestniczą również wolontariusze – specjaliści

14 Ibidem.
15 Stan aktualny na dzień 31 marca 2019 r.

psychoterapii uzależnień na etapie certyfikacji, zdobywający doświadczenie w tutejszym oddziale. Kadra udzielająca świadczeń terapeutycznych w Dziennym Oddziale poddaje swoją pracę regularnej superwizji odbywającej się w siedzibie ośrodka, co dodatkowo podnosi wartość pracy merytorycznej terapeutów.

Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu funkcjonuje w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, i korzystanie z oferty przez pacjentów jest bezpłatne. Realizuje się tu pierwszy etap psychoterapii uzależnienia, umożliwiający kontynuowanie leczenia w kolejnych fazach terapii w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia. Czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia wynosi od jednego do siedmiu dni (w zależności od aktualnej liczby osób poddających w leczeniu). Przyjęcie do Dziennego Oddziału jest możliwe po wcześniejszym odbyciu konsultacji z terapeutą w Poradni, umówionej za pośrednictwem rejestracji ośrodka. Początkowe wizyty są częścią procesu diagnostycznego, po którym pacjent otrzymuje propozycję terapii – jej program jest adekwatny do głębokości uzależnienia, sposobu i częstotliwości korzystania z substancji uzależniających oraz poziomu ponoszonych szkód w różnych sferach życia. Gdy pacjent decyduje się na podjęcie leczenia w formie dziennego oddziału, zostaje wyznaczony termin rozpoczęcia terapii. Po zgłoszeniu się przyszłego uczestnika grupy w umówionym dniu w gabinecie Dziennego Oddziału jest on badany na obecność alkoholu w wydmuchiwanym powietrzu. Do rozpoczęcia leczenia niezbędny jest stan trzeźwości. Po rozpoczęciu zajęć grupowych, w których bierze udział nowo przyjęty pacjent, otrzymuje on *Osobisty przewodnik pacjenta*, stworzony przez zespół terapeutyczny Dziennego Oddziału, zawierający informacje niezbędne do terapii, opracowane na podstawie ogólnodostępnych materiałów, które funkcjonują w placówkach uzależnień. Stanowi to uzupełnienie opieki oferowanej przez zespół ze względu na ułatwienie pacjentowi samoobserwacji, rozumienia swoich zachowań, a także poznania, czym jest choroba oraz jakimi rządzi się ona prawami. Korzystanie z *Przewodnika* ułatwia uczestnikowi terapii przyjmowanie odpowiedzialności za wykonywanie zaleconego planu leczenia, wzmacnia jego zaangażowanie. W czasie pierwszych zajęć pacjent zapoznaje się z kontraktem, którego podpisanie jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na uczestnictwo w procesie psychoterapii

w warunkach Dziennego Oddziału oraz z akceptacją jego zasad. Przez pierwszy tydzień leczenia pacjent nie realizuje „Osobistego planu terapii". Jego zadaniem jest zapoznanie się z zasadami panującymi na Oddziale oraz wdrożenie w nie, a także nawiązanie relacji oraz zintegrowanie się z innymi członkami grupy. Od drugiego do ósmego tygodnia terapii pacjent realizuje zadania wynikające z „Osobistego planu terapii".

Podczas terapii w Dziennym Oddziale

Zorganizowane zajęcia terapeutyczne trwają sześć godzin, odbywają się pięć dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku. Każdy dzień rozpoczyna się zajęciami grupowymi, na których uczestnicy uczą się rozpoznawać u siebie głód substancji uzależniającej, dzielą się doświadczeniem poradzenia sobie z przymusem jej zażycia, a także dokonują prób rozpoznawania, nazywania i konstruktywnego przeżywania uczuć i stanów emocjonalnych. Jest to czas, kiedy z pomocą grupy terapeutycznej jej członkowie zdobywają umiejętności stosowania się w życiu codziennym do zaleceń dla osób zdrowiejących i trzeźwiejących. Grupa terapeutyczna Dziennego Oddziału funkcjonuje na zasadach otwartości, szczerości, dzielenia się swoimi uczuciami, unikania oceniania, skupienia uwagi na „tu i teraz". Pacjenci stosują zasady komunikowania się przez komunikaty zwrotne. Ich celem jest przekazanie rzeczowej informacji, która ma pomóc drugiej osobie w uzyskaniu wiedzy o tym, jak inni słuchają i spostrzegają jej działanie, co pomaga w zobaczeniu siebie z perspektywy uczestników grupy. Każdego dnia kilku uczestników terapii przedstawia przygotowane w formie pisemnej zadania terapeutyczne, wynikające z „Osobistego planu terapii". W ośmiotygodniowym cyklu leczenia pacjent prezentuje zazwyczaj siedem zadań. Służą one rozpoznawaniu i budowaniu motywacji do trwałej zmiany w życiu, autodiagnozie uzależnienia i określaniu aktualnej fazy choroby, skonfrontowaniu się przez pacjentów z destrukcją spowodowaną korzystaniem z substancji psychoaktywnych w różnych sferach życia, a także wzmocnieniu poczucia sprawczości, adekwatnej samooceny oraz przygotowaniu się do codziennego życia po ukończeniu terapii w Dziennym Oddziale. Uczestnicy wykonują również zadania codzienne, takie

jak: prowadzenie dziennika głodu alkoholowego, narkotykowego bądź hazardowego, dziennika uczuć, a także planowanie i rozliczanie dnia.

W ramach leczenia pacjenci poznają swoją chorobę i doświadczają zmian wprowadzanych w sferach przeżywania, myśli i zachowania. Dwa razy w tygodniu uczestniczą w tak zwanych mikrowykładach, czyli zajęciach pomagających poznawać własną chorobę przy wykorzystaniu metod aktywnych (w tym psychoedukacji). Poza zgłębianiem aspektów uzależnienia – jako chronicznej, postępującej i potencjalnie śmiertelnej choroby – i wpływu nałogowego korzystania z substancji na różne obszary życia (pracę, zdrowie, rodzinę) pacjenci poznają również psychologiczne mechanizmy uzależnienia. W zależności od indywidualnych potrzeb wynikających z procesu leczenia mogą również brać udział w organizowanych w ośrodku weekendowych warsztatach rozwijania i wzmacniania umiejętności społecznych. Istotnym składnikiem pracy terapeutycznej w Dziennym Oddziale jest wykorzystywanie elementów metody społeczności terapeutycznej. Na cotygodniowym spotkaniu, na którym jest obecna kadra terapeutyczna i wszyscy pacjenci, kształtują się umiejętności pozwalające wyrażać uczucia pojawiające się w codziennej relacji między uczestnikami terapii, a także w stosunku do terapeutów. Dzienny Oddział współpracuje również z ruchem samopomocowym Anonimowych Alkoholików. W cyklu pobytu każdego pacjenta organizowane jest spotkanie z aktywnymi członkami AA, którzy przychodzą do Oddziału i są uprzejmi dzielić się swoim doświadczeniem uczestniczenia w mityngach AA. Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą utworzoną w celu utrzymania własnej trzeźwości i wspomagania innych osób uzależnionych od alkoholu w jej osiąganiu. Podejścia do leczenia oparte na terapii coraz na ruchu samopomocowym nie wykluczają się nawzajem. Samopomoc wyróżnia to, że jest zawsze dostępna, bez konieczności czekania, umawiania się. Dlatego pacjenci powinni korzystać również z takiej formy powrotu do zdrowia.

W trakcie leczenia na Dziennym Oddziale pacjent poza sesjami grupowymi spotyka się z terapeutą na sesjach indywidualnych. W tym czasie omawia swoje trudności, wyznacza dalsze cele leczenia oraz sposoby ich osiągnięcia, a także ustala szczegóły realizacji zadań wyznaczonych w „Osobistym planie terapii". Pacjent w ramach pobytu na Dziennym Oddziale ma prawo do korzystania z wizyt psychiatrycznych. O ich

częstotliwości decyduje lekarz psychiatra, współpracujący z zespołem Oddziału. Po ukończeniu terapii w tej formie w przypadku decyzji pacjenta o kontynuowaniu leczenia powraca on do Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, mieszczącej się w tym samym budynku, gdzie kontynuuje terapię.

Analiza zebranego materiału

Część pracy ukazująca codzienność terapii uzależnienia realizowanej w Dziennym Oddziale ujawnia przede wszystkim spójność podejmowanych działań, zarówno w odniesieniu do tak zwyczajnych aspektów jak lokalizacja (bliskość Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu, Poradni Leczenia Uzależnień, dogodny dojazd), jak i szczegółowych elementów programu terapeutycznego, zapewniających pacjentom kompleksowe leczenie (opieka lekarza psychiatry, możliwość wykonania badań psychologicznych, leczenie uzależnień mieszanych). Gdy poddaje się analizie przedstawione aspekty funkcjonowania Dziennego Oddziału, może dziwić to, w jak skromnych warunkach lokalowych, a także przy jak nielicznym składzie osobowym kadry terapeutycznej działa ta instytucja. Przez ostatnie dziesięć lat (w okresie od 2009 do 2018 roku) do terapii w Dziennym Oddziale zgłosiło się łącznie 1299 pacjentów, co stanowi średnio 130 osób rozpoczynających leczenie każdego roku. Warto wspomnieć, że leczenie w warunkach dziennych trwa osiem tygodni, od poniedziałku do piątku. Każdy podopieczny potrzebuje zaangażowania i uwagi terapeutów, stwarzających bezpieczne warunki do ujawniania i budowania swojej motywacji do leczenia i zaprzestania nałogowych zachowań. Terapia jest możliwa, gdy powstaje przymierze i relacja terapeutyczna budowane na fundamencie stabilizacji i poczucia bezpieczeństwa pacjentów. Podejmują się oni leczenia uzależnienia, pozostając w relacji z terapeutą, dla którego podstawowym narzędziem pracy są oni sami – ich uczucia, myśli, zachowania. W okresach kiedy leczeniem jest zainteresowana większa liczba osób, występują trudności w utrzymywaniu stałego poziomu oddziaływań terapeutycznych ze względu na niski poziom zatrudnienia w Dziennym Oddziale. Dokonana w poprzednich podrozdziałach analiza udowadnia jednak,

że jest to problem dotyczący ogólnopolskich uwarunkowań prawnych, regulowanych przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które określa minimalne współczynniki zatrudnienia. Scharakteryzowana uciążliwość w połączeniu z niewielką przestrzenią wydzieloną w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień na potrzeby Dziennego Oddziału to podstawowe trudności w codziennym realizowaniu świadczeń przez zespół terapeutyczny. Analiza zgromadzonej dokumentacji, a przede wszystkim Ewidencji pacjentów dziennego oddziału ukazuje również tendencję spadkową w liczbie pacjentów rozpoczynających terapię. W 2009 roku były to 154 osoby, w 2010 roku – również 154 osoby, w 2011 roku – 129 osób, w 2012 roku – 130 osób, w 2013 roku – 116 osób, w 2014 roku – 123 osoby, w 2015 roku – 138 osób, w 2016 roku – 122 osoby, w 2017 roku – 125 osób, a w 2018 roku – 108 osób. Do głównych przyczyn zaistniałej sytuacji można zaliczyć obserwowany zmieniający się schemat korzystania z substancji uzależniających, a także niemożność rezygnacji przez pacjentów z życia zawodowego w okresie dwóch miesięcy trwania terapii. Ewidencja pokazuje również, że zmienia się struktura wiekowa osób rozpoczynających leczenie w Dziennym Oddziale. Obecnie coraz częściej o pomoc zwracają się ludzie młodzi, którzy nie ukończyli jeszcze 30 roku życia. Inną wyłaniającą się grupą są pacjenci, którzy mimo problemu uzależnienia zachowali wysoki stopień organizacji swojego życia. Można również zauważyć, że wzrasta liczba osób podejmujących psychoterapię uzależnienia przy jednoczesnym współwystępowaniu innych chorób i zaburzeń psychicznych. Należy więc wysnuć wniosek, że co prawda z każdym rokiem pacjentów w Dziennym Oddziale ubywa, ale za to mają oni coraz większe trudności z utrzymywaniem całkowitej abstynencji, a także z wprowadzaniem zmian w sferze zachowań, myślenia i przeżywania. Od czasu kiedy Dzienny Oddział zaczął funkcjonować, można zaobserwować wciąż zwiększającą się liczbę podopiecznych, u których współwystępują zaburzenia osobowości, takie jak osobowość chwiejna emocjonalnie bądź osobowość narcystyczna. Pacjenci z tego typu problemami wymagają sporej uwagi zespołu terapeutycznego i zindywidualizowanego programu leczenia. Dla Dziennego Oddziału problemem jest brak odpowiednich instytucji

oferujących specjalistyczną pomoc, do których pacjenci z takimi trudnościami mogliby zostać przekierowani. Te osoby wymagają zaangażowania całej kadry terapeutycznej, a także specjalistycznego przygotowania psychoterapeutycznego, wykraczającego poza kwalifikacje zawodowe certyfikowanych psychoterapeutów uzależnień. Warto podkreślić szczególną rolę środków finansowych pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na sprzedaż alkoholu, pozostających w dyspozycji miasta Gdyni, przeznaczanych między innymi na szkolenia zespołu terapeutycznego, a także superwizję kliniczną. Pomaga ona w stworzeniu przestrzeni do refleksji, aby móc się bezpiecznie przyglądać pracy z pacjentem, własnym reakcjom oraz relacji terapeutycznej z pacjentem. Wszystko to przyczynia się do podniesienia świadomości terapeuty i wzbogacenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Zmieniający się profil osób uzależnionych, u których w ostatnich dziesięciu latach coraz częściej rozpoznawane jest uzależnienie mieszane, a także patologiczny hazard, spowodował konieczność doboru kadry terapeutycznej charakteryzującej się interdyscyplinarnym podejściem. Integrowanie różnych technik i metod pracy oraz podejść terapeutycznych rozwija się dzięki zróżnicowaniu wykształcenia osób pracujących w Dziennym Oddziale. W skład zespołu klinicznego wchodzą zarówno psycholodzy, jak i pedagodzy, którzy posiadają doświadczenie w pracy klinicznej w takich miejscach, jak oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych czy stacjonarny ośrodek terapii uzależnień, a także prowadzą indywidualną praktykę psychoterapeutyczną, co znacznie poszerza perspektywę widzenia zaburzeń psychicznych pacjentów. Pracę zespołu wspomagają wolontariusze, którzy korzystają z akredytowanych szkoleń dla osób uczestniczących w procesie uzyskiwania kwalifikacji specjalistów psychoterapii uzależnień. Ubiegający się o certyfikat psychoterapeutów uzależnień zyskują w ten sposób możliwość pogłębiania wiedzy z zakresu profesjonalnej pomocy psychologicznej, ale także nabywają nowe umiejętności z zakresu pracy terapeuty z osobami uzależnionymi. Uczestnicząc w zajęciach terapeutycznych prowadzonych pod kierunkiem terapeutów, wolontariusze mogą się wykazać praktycznymi umiejętnościami stosowania technik terapeutycznych. Zespół terapeutyczny otrzymuje dzięki temu dodatkowe spostrzeżenia służące lepszemu rozumieniu procesów terapeutycznych zachodzących w grupie.

Znaczną korzyścią dla poziomu realizowanych świadczeń w Dziennym Oddziale jest współpraca z inną komórką leczniczą Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, którą stanowi Poradnia Leczenia Uzależnień. Współdziałanie odnosi się zarówno do zapewnienia profesjonalnej pomocy pacjentom, jak i wymiany doświadczeń w tym zakresie. Dominującym problemem w codziennej pracy w Dziennym Oddziale jest brak kadry medycznej (pielęgniarki), która mogłaby wspierać zespół w zakresie niezbędnych procedur innych niż terapeutyczne, związanych między innymi z przyjęciem pacjentów do Dziennego Oddziału (badanie stanu trzeźwości i użycia substancji psychoaktywnych), a także reagowaniem na ich bieżące potrzeby medyczne. Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje zatrudnienia osoby na takim stanowisku.

W Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, w skład którego wchodzi Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu, wdrożono system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami ISO 9001, co zostało potwierdzone wydaniem certyfikatu ISO 9001:2008. Oznacza to, że ukierunkowanie na klienta (pacjenta) i jego zadowolenie ze sposobu realizacji świadczeń w Dziennym Oddziale zostało sprawdzone i ocenione pozytywnie przez niezależną organizację. Do podstawowych korzyści z tego wynikających należy wzrost konkurencyjności ofert Dziennego Oddziału w konkursach Narodowego Funduszu Zdrowia, ale przede wszystkim zapewnienie stabilności i powtarzalności świadczonych usług, a także utrzymanie ładu organizacyjnego dzięki jednoznacznie określonym procedurom postępowania[16]. Dla pacjentów korzystających z leczenia w Dziennym Oddziale jest to gwarancja wysokiej jakości świadczonych usług. W trosce o bezpieczeństwo danych osobowych pacjentów, a także w celu zapewnienia ciągłości prowadzonej dokumentacji medycznej przez cały okres leczenia w ośrodku w 2018 roku stworzono pierwszą w województwie pomorskim elektroniczną dokumentację medyczną na potrzeby Dziennego Oddziału. Jej wdrożenie było odpowiedzią na rosnącą potrzebę usprawnienia procedur związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, sprawozdawczości,

---

16 *System Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami ISO 9001*, https://www.iso.org.pl/uslugi-zarzadzania/wdrazanie-systemow/zarzadzanie-jakoscia/iso-9001/ (dostęp: 10 marca 2019).

a także statystyki. Po roku funkcjonowania elektronicznej dokumentacji medycznej można stwierdzić, że pozwala ona zaoszczędzić czas i poświęcić go pacjentom. Poza wieloma udogodnieniami elektroniczna dokumentacja medyczna ułatwia przede wszystkim bieżące badanie realizacji programu terapeutycznego pacjentów. Wdrożenie zarówno systemu zarządzania jakością, jak i elektronicznej dokumentacji medycznej wydaje się świadczyć o otwartości zespołu terapeutycznego Dziennego Oddziału na udoskonalenia codziennej pracy, przy jednoczesnym poszanowaniu procesu terapeutycznego osób zgłaszających się po pomoc do ośrodka i skoncentrowaniu na nim. Przynajmniej raz w tygodniu terapeuci Dziennego Oddziału spotykają się na zebraniu klinicznym. Jest to czas dzielenia się spostrzeżeniami wynikającymi z obserwacji zmian wprowadzanych w swoim życiu przez pacjentów, które mają sprzyjać trzeźwieniu. Podczas takiego spotkania terapeuci analizują zachodzące zmiany procesów terapeutycznych, a także dokonują ewaluacji programów terapeutycznych. Omówione wnioski zostają zapisane w elektronicznej dokumentacji medycznej.

Analiza *Przewodnika dla pacjentów*, zmieniającego się programu terapeutycznego, a także rejestru przyjmowanych pacjentów i charakteru ich rozpoznanych zaburzeń zachowania, spowodowanych używaniem różnych substancji (alkoholu, narkotyków) bądź patologicznym hazardem, ukazuje drogę rozwoju i adekwatnego dostosowywania się Dziennego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu do bieżących potrzeb społeczeństwa. Oferta Oddziału wydaje się odpowiednia dla zdecydowanej większości osób zaniepokojonych rozwojem swojego nałogu, niezależnie od jego charakteru. Na przeszkodzie jednak stoją uwarunkowania prawne regulujące zakres rozpoznań chorobowych pacjentów, którzy mogą podjąć leczenie. Niemniej zespół Dziennego Oddziału dba o dostępność informacji o możliwości podjęcia leczenia i odbycia procesu diagnostycznego dla mieszkańców Gdyni – realizuje się to przez udzielanie wywiadów przybliżających specyfikę terapii w internetowym wydaniu serwisu informacyjnego Gdyni, a także umieszczanie niezbędnych wiadomości w tradycyjnym, papierowym wydaniu tego serwisu. Dzienny Oddział pozostaje w bliskiej współpracy z poradnią internetową „Por@dzimy" oraz Działem Profilaktyki OPiTU. W celu przybliżania specyfiki działalności Dziennego Oddziału w Internecie został

udostępniony film promocyjny Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień, który został stworzony z okazji XX-lecia Ośrodka. To tylko jeden z przykładów działań w przestrzeni cyfrowej mających uświadamiać społeczeństwu obecność ofert pomocowych i profilaktycznych.

Zakończenie

Jednym z ważniejszych celów powstania niniejszego artykułu było stworzenie całościowej charakterystyki funkcjonowania Dziennego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu. Dokonano tu wnikliwej analizy dokumentów określających procedury realizowanych świadczeń zdrowotnych, a także aktów prawnych, ustaw i rozporządzeń regulujących działalność Oddziału. Pozwoliło to na sprecyzowanie i opisanie trudności w codziennej pracy zespołu terapeutycznego, wynikających ze zmieniającej się specyfiki pacjentów, potrzeby stałego, wieloaspektowego rozwoju merytorycznego, ograniczeń formalnoprawnych, a także lokalowych. Praca nad niniejszym rozdziałem umożliwiła również zauważenie potencjału ukształtowanego przez doświadczenia modelu pracy w Dziennym Oddziale, i skoncentrowania się na nich. Przy okazji charakteryzowania codziennego funkcjonowania Oddziału wskazano na wartość, jaką stanowią procedury, normy i zasady, a także kontrakt terapeutyczny w procesie leczenia osób uzależnionych. Praktyka zespołu dowodzi, że leczenie wymaga zindywidualizowanego rozumienia pacjentów, gdyż uniwersalne oddziaływania terapeutyczne nie budują wystarczającej motywacji do wprowadzania stałych zmian w życiu. Kierowanie się holistycznym postrzeganiem problemów osób zwracających się po pomoc ułatwiło udzielanie jej pacjentom, których potrzeby są większe ze względu na specyfikę ich zaburzeń psychicznych (uzależnienia mieszane, patologiczny hazard, zaburzenia osobowości). Te doświadczenia pokazują, że wraz ze zmieniającym się charakterem problemów pacjenta ulega przemianie model pracy terapeutycznej. Na przeszkodzie stoją jednak aspekty formalnoprawne, nienadążające za nurtem zmian. Reasumując: niezbędne jest podjęcie ogólnopolskiej dyskusji umożliwiającej określenie kierunków zmian w przepisach regulujących terapię uzależnień. Warto podkreślić, że w momencie powstawania

niniejszego tekstu trwają prace nad zmianami w systemie pomocy osobom uzależnionym. Ważne jest, aby opracowywane rozwiązania realizowały najważniejszy cel, jakim jest efektywna i skuteczna pomoc osobom w potrzebie.

BIBLIOGRAFIA

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, red. S. Pużyński, J. Wciórka, przeł. C. Brykczyńska et al., Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1997.

Mellibruda J., *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania" 1997, nr 3.

Mellibruda J., *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania" 1997, nr 3/28.

Teesson M., Degenhardt L., Hall W., *Uzależnienia*, przeł. Z. Pelc, Gdańsk: GWP, 2005.

AKTY PRAWNE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi, Dz.U. 2012 poz. 734.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. 2013 poz. 1386.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, Dz.U. 2018 poz. 2410.

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230.

Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2017 poz. 2439.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

Mellibruda J., *Psychoterapia uzależnienia od alkoholu*, „Terapia Uzależnienia od Alkoholu" 1999, nr 2, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/63-terapia-uzalenienia-i-wspouzalenienia/354-psychoterapia-uzaleznienia-od-alkoholu.html (dostęp: 3 sierpnia 2019).

System Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami ISO 9001, https://www.iso.org.pl/uslugi-zarzadzania/wdrazanie-systemow/zarzadzanie-jakoscia/iso-9001/ (dostęp: 10 marca 2019).

Uzależnienie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/uzaleznienie (dostęp: 5 lutego 2019).

KATARZYNA WIŚNIEWSKA
Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni

Refleksje z pracy terapeutycznej. Gdyńskie i osobiste doświadczenia w pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu z deficytami poznawczymi, deficytem umiejętności psychospołecznych oraz innymi niepełnosprawnościami

Abstrakt: Praca terapeutyczna obfituje w różnego rodzaju doświadczenia, które budują nowe schematy działań, ale także skłaniają do refleksji. Niniejszy tekst jest przeniesieniem tychże doświadczeń i przemyśleń „na papier" w celu podkreślenia ważnych procesów terapeutycznych, takich jak budowanie relacji, zaufania oraz dążenia do zmiany. Całość została przedstawiona na przykładzie pracy z grupą pacjentów uzależnionych od alkoholu, z deficytami poznawczymi i deficytami umiejętności psychospołecznych.

SŁOWA KLUCZOWE: terapia, refleksje, uzależnienie, wsparcie, deficyty

Reflections on therapeutic work: Gdynia and personal experience of work with people addicted to alcohol with cognitive deficits, deficit of psycho-social skills and other disabilities

Abstract: Therapeutic work abounds in various kinds of experiences and thoughts them build new patterns of action, but also encourage reflection. This text is a transfer of these experiences and reflection "onto paper" to highlight important therapeutic processes, such as building relationships, trust and striving for change. The whole presented on the example of work with a group of patients with cognitive deficits and deficits in psychosocial abilities, addicted to alcohol.

KEYWORDS: therapy, reflection, addiction, support, deficits

Odkrywamy, że najważniejszą zdolnością,
jaką możemy posiąść, jest umiejętność
budowania relacji z drugim człowiekiem.

Jean Vanier[1]

W dotychczasowych programach nauczania psychoterapii uzależnień bardzo niewiele miejsca zajmowały kwestie pomocy terapeutycznej osobom uzależnionym i jednocześnie niepełnosprawnym intelektualnie lub obarczonym innymi niepełnosprawnościami. Mało dotychczas mówiło się na temat praktycznych metod leczenia uzależnionych, które będą pomocne w pracy z tą dość trudną grupą pacjentów, jaką są osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Obecnie jest coraz więcej międzyinstytucjonalnych spotkań szkoleniowych, na których omawia się i wypracowuje standardy leczenia tego typu osób.

W roku 2012 stworzyłam zajęcia dla takich osób według autorskiego, nieustannie aktualizowanego programu. Jego zręby powstały na bazie programu adresowanego do grupy pacjentów z podobnymi problemami, która była prowadzona w Ośrodku Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych[2] w Starogardzie Gdańskim. To wtedy dostrzegłam, że tego rodzaju praca wymaga wielkiego zaangażowania. Trzeba chcieć to robić i przynajmniej starać się rozumieć świat osób z niepełnosprawnością. Tutaj nawiążę do osobistego doświadczenia, które także budowało moje postrzeganie tej grupy – już w liceum i na studiach medycznych uczestniczyłam w kilku obozach dla osób niepełnosprawnych. Wyjazdy te wspominam z wielkim sentymentem. To podczas nich nauczyłam się, że osoby niepełnosprawne najlepiej czują się wtedy, gdy są traktowane tak samo jak ludzie w pełni sprawni. Gdy nie wykazujemy przy różnych okazjach ich niepełnosprawności i traktujemy ich jak każdą inną osobę. A przy tym ze wszystkich sił, wykorzystując wiedzę i empatię, staramy się dostosować otoczenie (czy terapię) do tego, by osoby niepełnosprawne mogły czuć się jak najbardziej swobodnie i naturalnie w naszym towarzystwie.

---

1 A. Hawlena Drożdżak, *Lekcja słabości – rozmowa z Jeanem Vanierem*, „eSPe" 2003, nr 62.

2 Obecnie Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień.

Oprócz kilkuletniego prowadzenia zajęć dla osób z deficytami zajmowałam się również terapią indywidualną osób niepełnosprawnych (z czego jedną osobą tylko w tej formie, ponieważ jej poziom funkcjonowania – niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym – nie pozwalał na uczestnictwo w grupie). Opiszę przebieg terapii tej osoby w dalszej części tekstu.

Praca z grupą dla osób z deficytami – charakterystyka i niuanse

Pacjenci kierowani do grupy dla osób z deficytami byli w przedziale wiekowym od 25 do 89 lat. Oprócz diagnozy uzależnienia od alkoholu miały dodatkowe rozpoznania, takie jak np.: stan po udarze mózgu (niedokrwiennym lub krwotocznym), encefalopatia Wernickego, zespół amnestyczny Korsakowa, stan po ostrym krwiaku półkuli mózgowej, schizofrenia rezydualna, stan po złamaniu kości ciemieniowej, organiczne zaburzenia nastroju i emocji, zaburzenia depresyjne, organiczne zaburzenia psychiczne, nadciśnienie tętnicze, stan po zawale mięśnia sercowego, marskość wątroby, alkoholowa choroba wątroby, nadczynność tarczycy, niedowłady kończyn, astma oskrzelowa i inne.

U części osób kierowanych do grupy zostały przeprowadzone badania psychologiczne pod kątem oceny sfery intelektualnej i poznawczej – z powodu coraz większego zapotrzebowania zaangażowany został psycholog wykonujący takie badania. Duża część osób funkcjonowała w sferze poznawczo-intelektualnej w przedziale poniżej normy dla ich wieku (możliwości intelektualne przeciętne lub poniżej przeciętnej). Osoby te miały różnego stopnia problemy z pamięcią (np. wzrokowo-przestrzenną, słuchową; bezpośrednią, operacyjną, świeżą i długotrwałą), z planowaniem i przewidywaniem skutków działań, wykazywały męczliwość uwagi, osłabienie sprawności psychomotorycznej oraz inne zaburzenia funkcji poznawczych, które sprawiały, że pacjenci nie kwalifikowali się do standardowego programu dla osób uzależnionych (np. jedna z osób osiągała niskie wyniki w zakresie funkcji wykonawczych, takich jak percepcja złożonego materiału wzrokowego oraz pamięci słuchowej, a jednocześnie wysokie w zakresie rozumowania abstrakcyjnego). Część z nich miała orzeczoną niepełnosprawność (w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym). Badań sfery

poznawczej i intelektualnej były dużą pomocą w prowadzeniu leczenia, ponieważ psycholog diagnosta określał potencjał pacjentów, na którym można bazować w pracy, oraz dziedziny funkcjonowania wymagające wsparcia, co umożliwiało dostosowanie oczekiwań do możliwości pacjentów. Diagnosta zwracał również uwagę na czasami trudne do wychwycenia w pracy z pacjentem zjawiska, np. to, że koncentracja pacjenta na funkcjonowaniu somatycznym może kamuflować deficyty poznawcze. Tylko jeden z około 40 pacjentów uczestniczących w spotkaniach grupy miał badanie MMPI (Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości). U żadnego z pacjentów nie zostały zdiagnozowane zaburzenia osobowości.

Historia rodzinna wielu członków grupy miała dramatyczny przebieg, np. jeden z nich urodził się w jednostce penitencjarnej, gdzie ktoś powiedział jego matce, że „skoro tu się urodził, to zapewne tu wróci". Niestety tak też się stało. Gdy poprosiłam tego pacjenta, by opowiedział mi jedno dobre zdarzenie z życia czy jeden dobry dzień, odpowiedział, że nie było żadnego.

Niektórzy pacjenci stosowali przemoc wobec członków rodziny, inni sami jej doświadczali. Były osoby, w których dzieciństwie rodzice pili alkohol. Nie były one jednak kierowane po terapii uzależnień – o ile ją ukończyły – na terapię dla osób z syndromem DDA (Dorosłego Dziecka Alkoholika), mimo że ten program terapeutyczny znajduje się między innymi w ofercie Poradni Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia OPiTU.

Część osób przerywała terapię z różnych powodów – przede wszystkim pacjenci niezmotywowani do leczenia, na samym początku, po jednym spotkaniu czy kilku. Niektóre osoby miały trudności z samodzielnym dojazdem (zdarzały się takie, które właśnie z tego powodu przerwały leczenie), inne były regularnie przywożone przez rodzinę lub znajomych, także z ośrodków dla bezdomnych. Osoby, które zawiązały sojusz terapeutyczny z terapeutą indywidualnym oraz „zakotwiczyły się" w terapii grupowej, zazwyczaj kończyły cały cykl terapii grupowej lub kontynuowały terapię. Najdłużej przebywał w grupie pacjent z ośrodka dla bezdomnych – na spotkania przychodził przez dwa lata. Niektórzy podopieczni mieli możliwość wzięcia udziału w wakacyjnej terapii dla rodzin, którą przez wiele lat Ośrodek miał w swojej ofercie (to leczenie było całkowicie finansowane przez gminę Gdynia). Terapia wakacyjna dawała możliwość wspólnego spędzenia czasu z rodziną w warunkach zarówno letniego odpoczynku, jak i programu terapeutycznego, który

stwarzał szansę nauki (od)budowania relacji, rozwiązywania konfliktów rodzinnych czy umiejętności wspólnego spędzania czasu.

W tabeli 1 przedstawiam w sposób poglądowy strukturę i program grupy, która uczestniczyła w tych zajęciach.

Pacjenci byli kierowani do grupy bezpośrednio przez terapeutę indywidualnego. Wcześniej jednak nierzadko byli wysyłani do Ośrodka przez sąd rejonowy w ramach realizacji Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (część osób była beneficjentami ośrodków dla bezdomnych), kuratorów społecznych, domy opieki. Pacjent po procesie diagnostycznym i przed rozpoczęciem terapii podpisywał *Kontrakt dla osób uzależnionych uczęszczających na grupę poranną*. W nazwie grupy umieszczonej w kontrakcie nie zawarto słów „dla osób z deficytami", żeby nie stygmatyzować pacjentów w procesie leczenia.

Terapeuta indywidualny spotykał się z pacjentem na sesji indywidualnej raz w tygodniu. Dopuszczalnych było sześć nieobecności na terapii grupowej w całym cyklu. Zajęcia grupowe odbywały się co tydzień w wymiarze dwóch godzin (porannych, najczęściej między 9.00 a 11.00), w formie otwartej, co oznacza, że do grupy na każdym etapie jej funkcjonowania może dołączyć nowa osoba.

Zauważyłam, że osoby z niepełnosprawnościami w większości wolą przychodzić rano (nie za wcześnie i nie za późno, najlepiej właśnie około 9.00). Myślę, że jest to związane z trybem życia, ponieważ większa część pacjentów biorących udział w zajęciach grupowych wstawała wcześnie rano i kładła się spać wczesnym wieczorem. Zapytani – odpowiadali najczęściej, że najlepiej pracuje im się rano. Wyjątkiem była np. osoba pracująca w systemie zmianowym, kiedy to po nocnej zmianie na zajęciach pacjent zasypiał, co można było odebrać jako sygnał zarówno determinacji, jak i przeciążenia. Po wnikliwszym wywiadzie okazało się, że ten pacjent chorował na cukrzycę i jego zasypianie miało również związek z poziomem cukru. *Notabene* przypadek ten zainspirował mnie do mierzenia pacjentom ciśnienia na zajęciach związanych ze zdrowiem. Okazało się, że wiele osób ma kłopoty z nadciśnieniem, dotychczas niediagnozowanym lub zaniedbanym wskutek nieprzyjmowania zaleconych leków. Dawało to okazję do podejmowania przez pacjentów decyzji w sprawie dbania o swoje zdrowie.

Tabela 1. Struktura i program opisywanej grupy

Struktura i program grupy
Czas trwania zajęć: około 10 miesięcy, 40 spotkań tematycznych (1 cykl – 40 tygodni). Czas trwania sesji grupowej: 2 godziny; charakter grupy: otwarty; liczba uczestników: do 15 osób.
Zakres tematów zajęć i umiejętności psychospołecznych grupy psychoedukacyjnej dla osób z deficytami poznawczymi: Uzależnienie od alkoholu jako choroba (cz. 1 i cz. 2). Objawy zespołu uzależnienia od alkoholu. Objawy głodu alkoholowego. Radzenie sobie z głodem alkoholowym (cz. 1 i cz. 2). Dlaczego warto trzeźwieć? Wyzwalacze głodu alkoholowego (cz. 1 i cz. 2). Spotkanie z Trzeźwym Alkoholikiem – członkiem ruchu Anonimowych Alkoholików. Odmawianie picia (cz. 1 i cz. 2). Wpływ alkoholu na organizm. Emocje i uczucia. Głód alkoholowy a nawrót. Sygnały ostrzegawcze (cz. 1 i cz. 2). Film – „Nazywam się Bill W." Program HALT. ABC racjonalnego myślenia. Uważność. Radzenie sobie z uświadamianiem, przeżywaniem i wyrażaniem złości (cz. 1 i cz. 2). Wpływ złości na picie alkoholu. Złość a zachowania agresywne. Przyjmowanie krytyki (cz. 1 i cz. 2). Wyrażanie krytyki (cz. 1 i cz. 2). Radzenie sobie z napięciem, relaksacja (cz. 1 i cz. 2). Rozwiązywanie problemów (cz. 1 i cz. 2). Jak zadbać o swój wygląd oraz zdrowie psychiczne i fizyczne. Plan zapobiegania nawrotom. Zajęcia sprawiające przyjemność. Radzenie sobie z rzuceniem palenia tytoniu – zajęcia dodatkowe.

Źródło: opracowanie OPiTU.

Przed rozpoczęciem każdych zajęć pacjenci byli badani alkomatem (przez pielęgniarkę), co niejednokrotnie pozwalało na wychwycenie tych będących pod wpływem alkoholu. Pacjent nie mógł w takim przypadku uczestniczyć w spotkaniu, był kierowany dodatkowo do terapeuty indywidualnego, a sytuacja przerwania abstynencji była omawiana na następnych zajęciach grupowych (o ile pacjent nie przerwał terapii).

Według moich obserwacji podstawową potrzebą tej grupy osób jest stabilna więź z terapeutą prowadzącym, zarówno w zakresie terapii indywidualnej, jak i grupowej.

Spotkania grupowe odbywały się w dniu, w którym akurat w tym czasie raz w miesiącu miała miejsce superwizja. Z tego powodu zdarzyło mi się próbować zorganizować alternatywną formę spotkania, w której uczestniczyłam tylko przez część trwania grupy, jednocześnie zapewniając jej uczestnikom różne zajęcia lub innego prowadzącego. Niestety, za każdym razem pacjenci wyrażali z tego powodu niezadowolenie.

Podczas jednych takich zajęć o zmienionej formule zaprosiłam zaprzyjaźnionego i współpracującego z Ośrodkiem członka Anonimowych Alkoholików (AA), który opowiadał o swojej historii poradzenia sobie z piciem alkoholu oraz o ofercie grup samopomocowych. Grupa, owszem, spokojnie wysłuchała gościa z AA, ale pytała, czemu mnie nie było, bo – jak mówili – „oni chcieli, żebym również tam była". Efektem zmian w prowadzeniu były niekiedy nietypowe dezorientacje pacjentów. Na przykład pacjentka po odwiedzinach przedstawiciela AA zapytała na kolejnym spotkaniu, gdzie jest terapeuta prowadzący (czyli zaproszony gość) i kim ja jestem. Przez dwa tygodnie zdążyła już zapomnieć, kto prowadzi grupę. Była to osoba ze szczególnie nasilonymi zaburzeniami pamięci.

Innym razem zaproponowałam pacjentom relaksację (ponieważ grupa bardzo lubiła ćwiczenia relaksacyjne i wizualizacyjne, które prowadziłam osobiście, i wydawało się, że może to być dla nich odpowiednia forma ćwiczeń). Włączyłam płytę relaksacyjną i na czas jej trwania wyszłam na superwizję do sąsiedniej sali. Niestety, niedługą chwilę później przyszedł po mnie przedstawiciel grupy, informując mnie, że płyta im się nie podoba, muzyka jest brzydka, głos prowadzącego źle brzmi i szkoda, że to nie ja prowadzę relaksację.

Oczywiście przypadki te (na szczęście sporadyczne) były podstawą do omówienia procesu, który wystąpił w grupie podczas moich nieobecności, możliwością do wypowiedzenia przez grupę frustrujących emocji, przyjęcia ich przeze mnie jako czegoś bardzo pożądanego (osoby te zazwyczaj z dużą trudnością mówią o uczuciach złości czy rozczarowania wobec terapeuty). W trakcie zajęć, w zależności od sytuacji, wprowadzałam ćwiczenia, które służyły maksymalnemu wykorzystaniu procesu terapeutycznego, np. proponowałam, aby każda osoba z grupy powiedziała mi, co czuła w tej sytuacji (w ogóle i wobec mnie – terapeuty), stosując komunikat „ja". Było to bardzo ważne ćwiczenie, później wielokroć powtarzane. Jednocześnie działania te pokazały, jak istotne są relacje w terapii oraz obecność prowadzącego grupę w doświadczaniu – nawet jeśli bezpośrednio nie skupiają się na dialogu czy wymianie doświadczeń z danym terapeutą.

Dla członków grupy przygotowałam materiały napisane o wiele mniej skomplikowanym językiem. Zresztą rozmowy i zadania z grupą czy mikrowykłady również prowadziłam językiem jak najbardziej zrozumiałym, zawsze upewniając się, że wszystko jest dla każdego jasne. Grupa po jakimś czasie nabrała odwagi, by dopytywać o wszystko, czego nie rozumie. Byłam zaskoczona, gdy po wielu miesiącach od mikrowykładu, w którym opowiadałam o tym, jak działa mózg u osoby uzależnionej, jedna z uczestniczek, z lekkim stopniem niepełnosprawności, dokładnie pamiętała bardzo wiele szczegółów, a przede wszystkim rozumiała, po co o tym mówiłam. Nadto stosowała się do wynikających z informacji zaleceń co do utrzymywania abstynencji. Odczuwałam wielką radość i dumę, zwłaszcza że była to też moja pacjentka indywidualna.

W tabeli 2. przedstawiam opis zajęć dotyczących głodu alkoholowego.

Tabela 2. Struktura i program zajęć na temat objawów głodu alkoholowego

Przykładowe uproszczone materiały – objawy głodu alkoholowego
Silna chęć wypicia alkoholu.
Sny alkoholowe.
Suchy kac.
Uczucie rozdrażnienia i napięcia.
Pogorszenie pamięci.
Ciągłe myśli, żeby się napić.
Większa liczba konfliktów.
Rozżalenie, użalanie się nad sobą.
Przypominanie sobie, jak było fajnie po alkoholu. Tęsknota za tym, żeby pić alkohol.
„Smak na alkohol", czucie jego zapachu lub smaku mimo że nie ma alkoholu w pobliżu.

Źródło: opracowanie OPiTU.

Pacjenci prowadzili uproszczony dzienniczek głodu, który od czasu do czasu był omawiany. W kontrakcie zawartym z podopiecznym umawialiśmy się na pełną abstynencję, choć sukcesem było już ograniczenie picia, a tym samym redukcja szkód powodowanych przez alkohol.

Realizując w grupie tematy, które dotyczyły konstruktywnych zachowań, wprowadzałam ćwiczenia w parach lub trójkach, ćwiczenie scenek (szczególnie w nauce asertywności czy komunikacji). Musiałam wcześniej przygotować pacjentów, aby nabrali odwagi na uczestniczenie w takiej formie zajęć. Przede wszystkim wstydzili się i obawiali, że coś zrobią nie tak, nie uda im się, że się ośmieszą itp. Na szczęście każdemu z nich udało się przełamywać obawy i opory, co skutkowało ich późniejszym zadowoleniem z siebie i pogłębieniem więzi grupowych.

Podczas spotkań pojawiły się także dyskusje na inne tematy – chociażby filmów. Warto tu przywołać zwłaszcza jeden konkretny przykład. Była to popularna animacja Disney Pixar pt. *W głowie się nie mieści*. Niejeden raz pacjenci Dziennego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu poruszali ten temat – chociażby z powodu tematyki filmu, czyli emocji. Ciekawe jest to, że uczestnikom tej konkretnej grupy nie podobała się animacja. Zwracali uwagę na kwestie techniczne, ale także widoczna była trudność w zrozumieniu abstrakcyjnej wymowy bajki

oraz zaakceptowaniu jej tempa (bardzo dużej ilości szybko zmieniających się bodźców).

Pacjenci przeżywali silne emocje, gdy któryś ze stałych uczestników grupy nie przychodził na zajęcia. Omawialiśmy za każdym razem ich uczucia i myśli z tym związane. Pacjenci dzwonili do siebie nawzajem, dowiadywali się, co dzieje się z kolegą, koleżanką, a gdy nieobecny przyszedł na następne spotkanie grupy, reszta uczestników opowiadała, jak przeżywała jego nieobecność. Te uczucia związane z absencjami były zdecydowanie silniej wyrażane niż w innych grupach w programie terapii podstawowej. Część osób kończących zajęcia wyrażała chęć uczestniczenia w grupie pogłębionej (jednak z różnych przyczyn, między innymi zbyt małej liczby osób, które kwalifikowały się do sprostania wymogom tej formy terapii, grupa pogłębiona dla tych pacjentów nie powstała).

W czasie trwania terapii grupowej pacjenci mogli uczestniczyć w trzech dziesięciogodzinnych maratonach, poświęconych tematom: „Radzenie sobie z głodem alkoholowym", „Komunikowanie się z drugim człowiekiem", „Trening asertywnych zachowań abstynenckich"[3]. Maratony prowadzili inni terapeuci z Ośrodka, dostosowując je do wymagań uczestników. Po zakończeniu każdego z nich omawialiśmy w zespole funkcjonowanie pacjentów na maratonie. W zdecydowanej większości pacjenci dobrze radzili sobie na tego rodzaju zajęciach, chętnie uczestniczyli w ćwiczeniach oraz podkreślali wartość takich zajęć dla ich trzeźwienia.

W trakcie trwania zajęć w grupie doświadczałam wiele serdeczności ze strony uczestników, okazywali ją również wobec siebie. Koresponduje to ze słowami Jeana Vaniera:

> osoby z niepełnosprawnością (…) bardzo szybko nawiązują relacje i (…) są bardzo otwarte. Każdego przyjmują i serdecznie witają[4].

---

3 Niezbędnym uzupełnieniem oferty terapeutycznej są maratony terapeutyczne. Są to weekendowe zajęcia o charakterze warsztatowym, umożliwiające pacjentom rozwój różnych umiejętności. Odbywają się w piątki i soboty. Finansowane są z dotacji Urzędu Miasta. Więcej zob.: *Broszura informacyjna OPiTU*, http://opitu.pl/wp-content/uploads/2018/07/Broszura-XX.pdf (dostęp: 15 kwietnia 2019).

4 A. Hawlena Drożdżak, *Lekcja słabości…*

Doświadczałam również ich szczególnej wrażliwości na stan mojego samopoczucia. Obserwowali, kiedy czuję się lepiej lub gorzej, i wyrażali w związku z tym swoje uczucia i myśli. Raz pacjent, który już od pewnego czasu uczestniczył w spotkaniach grupy, zapytał, co się ze mną dzieje, czy jestem zdrowa, bo on jest zaniepokojony. Okazało się, że przyszłam do pracy bez makijażu, co wzbudziło jego niepokój. Przez 20 lat pracy w Ośrodku żaden pacjent nie wyrażał swoich przeżyć związanych z tym, czy mam makijaż czy nie. Ta bezpośredniość z biegiem czasu stała się dla mnie naturalna i prowadząc inne grupy, dostrzegałam inną dynamikę i atmosferę tej grupy. Myślę jednak, że kwestie takie jak dostrzeganie zmian i wyrażanie zaniepokojenia wynikają ze wspólnie wypracowanego zaufania oraz regularnego i długiego czasu przebywania ze sobą. Oczywiście starałam się modelować zachowania, które można określić jako zdrowe, będąc jednocześnie w zgodzie z sobą (wewnętrzna zgoda jest dla mnie nieodzowna w prowadzeniu terapii). Na zajęciach staram się nigdy nie zapominać o postrzeganiu z metapoziomu tego, co się dzieje w grupie, o procesach mentalizacji (własnych i pacjentów) oraz o uważności na potrzeby grupy. Jak opisywałam w przykładach „pozostawienia" grupy, ta uważność została zaniedbana i zaniechana w momencie, gdy chciałam jednocześnie być na superwizji i zająć czymś sensownym grupę. Nie okazało się to jednak w pełni możliwe.

Wiele osób, które rozpoczęły terapię, nie ukończyło zajęć grupowych. Jednak byli i tacy, o czym wspomniałam wcześniej, którzy leczyli się za jej pomocą ponad obowiązkowy cykl dziesięciu miesięcy. Zależało to od decyzji terapeuty prowadzącego. Niektórzy pacjenci nie opuścili ani jednego zajęcia grupowego. Dotyczyło to zwłaszcza tych z silną motywacją, która na początku, jak to często bywa, była w głównej mierze zewnętrzna lub też wiązała się np. z tym, że od ukończenia terapii zależało to, czy pacjent będzie zakwalifikowany do przeszczepu wątroby. Wielu pacjentów wprowadziło bardzo duże zmiany w swoim życiu – stwierdzali to zarówno oni sami, koledzy z grupy oraz terapeuci indywidualni, jak i ja, jako terapeuta grupowy. Oczywiście bazową zmianą było u większości całkowite zaprzestanie picia alkoholu (lub ograniczenie picia i redukcja szkód). Wiele osób naprawiło bądź poprawiło relacje rodzinne, zadbało o swój stan zdrowia (np. pierwszy raz po

wielu latach trafiło do odpowiednich specjalistów, zmieniło dietę, zadbało o swój wygląd i higienę).

Odrębnym problemem zdrowotnym u części opisywanych osób było palenie tytoniu. Niektórzy byli uzależnieni od tytoniu, inni palili okazjonalnie. W zależności od potrzeb przeprowadzałam dodatkowe zajęcia tematyczne dotyczące palenia tytoniu, szkód zdrowotnych (w tym działania składników dymu tytoniowego na mózg), zysków i strat wynikających z palenia, motywacji do rzucenia palenia (to jedna z najważniejszych części zajęć). Część pacjentów zmniejszała częstotliwość palenia aż do całkowitego zaprzestania; część ograniczyła palenie; niektórzy pozostali w fazie kontemplacji lub prekontemplacji (etapy zmiany według transteoretycznego modelu zmiany Jamesa Prochaski i Carla DiClemente)[5].

Wielu pacjentów, którzy ukończyli zajęcia w tej grupie (a niektórzy z nich zaczynali je, gdy tylko powstała, tj. w 2012 roku), do dziś raz na jakiś czas odwiedza Ośrodek, aby „pokazać się", poinformować, że nie pije alkoholu, ma pracę lub ewentualnie „napije się piwa od czasu do czasu". Za każdym razem wyrażają wdzięczność wobec Ośrodka za udzieloną pomoc. Część pacjentów po ukończeniu terapii uczęszcza na spotkania grup Anonimowych Alkoholików. Jeden z pacjentów, który kilka lat utrzymuje abstynencję, bierze udział w programie „Ekspert przez doświadczenie", organizowanym przez gminę Gdynia w ramach Gminnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Niektórzy pacjenci, którzy przerwali pracę terapeutyczną w grupie, wracają do niej po długim czasie (najczęściej są już w o wiele gorszym stanie), zobowiązani do terapii przez sąd, skierowani przez GKRPA (Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) lub „przymuszeni" przez rodzinę. Osoby te poddają się leczeniu o wiele trudniej, często po raz kolejny je przerywają. W niniejszym tekście celowo unikam opisów pojedynczych przypadków, jednakże każda z osób, oprócz rozpoznanych jednostek chorobowych, ma swoją historię, bez której znajomości trudno jest udzielać właściwej pomocy, dostosowanej indywidualnie do danej osoby. Jedną z takich pacjentek, którym nie udało się pomóc, była kobieta na emeryturze – jej mąż, czynnie uzależniony

---

5 J.O. Prochaska, C.C. DiClemente, *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*, „Psychotherapy: Theory, Research & Practice" 1982, Vol. XIX, No. 3, s. 276–288.

od alkoholu, stosował wobec niej przemoc, przeszła również nadużycia seksualne (w czasie swojej młodości) oraz urazy głowy. Piła od około 18 roku życia. Niestety, prawdopodobnie stopień uszkodzenia mózgu – zarówno przez picie alkoholu przez 50 lat życia, jak i urazy, utraty przytomności (alkoholowe napady drgawkowe, stany po pobiciach) – uniemożliwił skuteczną pomoc. Pacjentka nie chciała przyjąć skierowania do ośrodka stacjonarnego, odmawiała również uczęszczania na mityngi AA.

Podsumowując: funkcjonowanie grupy dla osób z deficytami poznawczymi i umiejętności psychospołecznych (oraz osób z innymi niepełnosprawnościami, które nie mogą realizować standardowego programu leczenia uzależnień) jest bardzo potrzebne, ale stawia dodatkowe wymagania w dostosowaniu programu i sposobu prowadzenia do specyficznych potrzeb uczestników.

Doświadczenia gdyńskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień okazały się cenne i przydatne w tworzeniu przez Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień materiałów szkoleniowych dla osób pomagających tej grupie pacjentów w różnych instytucjach, również dla tych zajmujących się leczeniem osób z niepełnosprawnością intelektualną z towarzyszącym nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

Krótki opis półtorarocznej pracy z osobą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym

Pacjentka to 35-letnia kobieta, matka czworga dzieci (wszystkie zostały oddane do rodziny zastępczej), będąca pod opieką domu dla kobiet prowadzonego przez MOPS. Wychowana była w skrajnie niekorzystnych warunkach materialnych, zaniedbywano ją opiekuńczo i wychowawczo, doznawała przemocy w rodzinie pochodzenia. Mentalny poziom pacjentki odpowiadał osobie kilkunastoletniej. Szybko zorientowałam się, że bez współpracy z psychologiem i pedagogiem z Domu Pomocy Społecznej, w którym mieszkała, nie będzie możliwa owocna pomoc pacjentce. Odwiedziłam miejsce jej pobytu, zobaczyłam warunki, w jakich żyje, porozmawiałam z osobami, które na co dzień jej pomagały, ustaliłyśmy zasady współpracy, o których pacjentka wiedziała i na które wyraziła zgodę (również pisemnie).

Badanie sfery poznawczej u pacjentki wykazało globalne obniżenie możliwości intelektualnych. W opinii wydanej na podstawie Skali Inteligencji Wechslera WAIS-R (PL)[6] zostało potwierdzone występowanie u niej niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym; jako mocną stronę pacjentki określono rozumienie werbalne, zdolności reprodukcji przyswojonej wiedzy oraz rozpoznawania (mimo niskiego funkcjonowania tych sfer na tle innych deficytów ukształtowały się one nieco lepiej). Według opinii psychologa zwiększona stymulacja zewnętrzna nie dałaby większej możliwości rozwoju zdolności intelektualnych, natomiast niezbędne dla pacjentki było wsparcie społeczne. Bardzo słabe były u niej rozumienie sytuacji społecznych, norm i ich przyczyn oraz umiejętność tworzenia pojęć i abstrakcyjnego myślenia. Nieco lepiej kształtowała się koncentracja uwagi i zdolność logicznego myślenia. Dodatkowo pacjentka cierpiała od dzieciństwa na zespoły padaczkowe. Była również uzależniona od tytoniu. Po kilku miesiącach terapii nabrałam przekonania (ponieważ matka pacjentki najprawdopodobniej piła alkohol w czasie ciąży z pacjentką), że prawdopodobnie mamy do czynienia z zaburzeniami związanymi z FASD (ang. *fetal alcohol spectrum disorders*) – Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Rozwojowych[7], tłumaczonym także jako Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu[8]. Udało mi się uzyskać zgodę na przeprowadzenie diagnozy w punkcie FASD (obecnie Centrum Diagnozy i Terapii FASD), który działał na terenie Gdyni (punkt był przeznaczony dla dzieci i młodzieży). Konsultacje przeprowadził nieżyjący już doświadczony lekarz dr Krzysztof Liszcz, którego osobiście znałam od wielu lat i niezwykle ceniłam za fachowość i ogromne serce dla ludzi, szczególnie dla dzieci z FASD. Rozpoznanie po badaniu brzmiało: „Nieharmonijny i znacznie opóźniony rozwój psychoruchowy, upośledzający sprawność ustroju w stopniu miernym, upośledzenie umysłowe

---

6 Więcej: J. Brzeziński, M. Gaul, E. Hornowska, A. Jaworowska, A. Machowski, M. Zakrzewska, *Skala Inteligencji D. Wechslera dla dorosłych. Wersja zrewidowana – renormalizacja WAIS-R(PL)*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 2004.

7 Więcej: M. Klecka, M. Janas-Kozik, I. Krupka-Matuszczyk, *Rozwój diagnostyki poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych – przegląd narzędzi diagnostycznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna" 2010, vol. X, nr 4, s. 298–302.

8 A. Walat, A. Serafin, *Alkoholowy zespół płodowy w różnicowaniu z rzadkimi zespołami*, „Wszechświat" 2014, t. CXV, nr 4/6.

w stopniu umiarkowanym – w przebiegu Zaburzeń Neurorozwojowych Spowodowanych Alkoholem (ARND)". Doktor Liszcz dał mi parę prostych wskazówek i zaleceń, jak pomagać osobie z tego typu zaburzeniem. Otrzymałam od niego również książkę *Dziecko z FAS w szkole i w domu*[9].

Starałam się, jak mogłam, korzystać z tych wskazówek. Opracowałam dziesięciopunktowy dzienniczek głodu (który później wykorzystywałam też w grupie dla osób z deficytami), napisany bardzo dużą czcionką; wydrukowałam każdy objaw na osobnej kartce, osobno omawiałam każdy z nich na kolejnych sesjach. Podobnie potraktowałam program HALT (program zaczerpnięty z ruchu Anonimowych Alkoholików)[10]: na czterech kartkach narysowałam i napisałam po jednym zaleceniu. Każde omawiałam osobno. Często wracałam do tego i przypominałam. Po pewnym czasie pacjentka wszystko pamiętała i próbowała to stosować. Okazało się, że jest w stanie wiele rzeczy pamiętać, mimo kłopotów z koncentracją uwagi i pamięcią.

W trakcie półtorarocznej terapii pacjentka kilka razy napiła się jednorazowo alkoholu. Raz otrzymała pisemne napomnienie z DPS związane ze złamaniem abstynencji, a tym samym – regulaminu placówki, w której mieszkała. Zawsze omawiałyśmy te przypadki sięgania po alkohol. Najistotniejszą motywacją, aby nie sięgać po alkohol, był lęk pacjentki przed wyrzuceniem z placówki, którą bardzo sobie chwaliła. Wcześniej przebywała w innej, w innym mieście (swoim rodzinnym), do którego bardzo nie chciała wrócić.

Najistotniejszym chyba czynnikiem, który pomógł pacjentce trwać w terapii, była relacja terapeutyczna. Początkowo nie sądziłam, że może wytworzyć się między nami silna więź terapeutyczna. Pacjentka po około roku wspólnej pracy na jednej z sesji opowiedziała, że chciałaby, abym była jej mamą, że ma tęsknoty i marzenia, żebym uczesała jej włosy czy kupiła sukienkę do ślubu.

Relacja terapeutyczna pomiędzy mną a pacjentką była bazą do pozytywnych zmian, jakie kobieta poczyniła podczas całego trwania naszej

---

9 K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Kraków: Wydawnictwo Rubikon, 2011.

10 Więcej: *Zanim nas dopadnie. Co Anonimowi Alkoholicy robią, żeby nie pić?*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/872-zanim-nas-dopadnie-co-anonimowi-alkoholicy-robia-zeby-nie-pic.html (dostęp: 15 kwietnia 2019).

wspólnej pracy. Zakończyłyśmy terapię po półtora roku, kiedy to pacjentka ponad rok utrzymywała abstynencję od alkoholu. Po jakimś czasie zgłosiła się do poradni celem leczenia uzależnienia od tytoniu, jednak po superwizji i omówieniu jej przypadku na zebraniu zespołu klinicznego zdecydowałam, że nie należy rozpoczynać ponownie procesu terapeutycznego, i przekierowałam pacjentkę do naszej drugiej poradni, w której są leczone między innymi uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych. Dzięki tej terapii (trwającej cztery miesiące) znacznie ograniczyła palenie tytoniu.

Pacjentka czasami jeszcze po zakończonym leczeniu przychodziła do poradni odwiedzić mnie i panie z rejestracji. Opowiadała wtedy o sobie, jak się czuje, co u niej słychać. Jeszcze w czasie terapii zaczęła chodzić na mitingi AA, co kontynuuje nieprzerwanie od kilku lat. Znalazła grupę, z która się związała, czuje się tam potrzebna i akceptowana. Napady padaczkowe od kilku lat już u niej nie występują (od czasu kiedy zaczęła utrzymywać pełną abstynencję od alkoholu).

Uwagi końcowe

Moja wieloletnia praca z osobami z różnymi deficytami, również z niepełnosprawnością intelektualną, dała mi bardzo wiele satysfakcji oraz potwierdziła, że osobiście mogę się wiele nauczyć od tej grupy pacjentów, a ponadto – w większości są to ludzie, z którymi przebywanie staje się okazją do tworzenia prawdziwych, dobrych relacji. Niejednokrotnie to właśnie na nich opierały się pomoc i wspólna praca, co sprawiło, że stała się ona nie tylko szczersza, ale także bardziej adekwatna i otwarta na drugiego człowieka.

Rację miał Jean Vanier:

> Ludzie z niepełnosprawnością przypominają społeczeństwu, że jedyna ważna rzecz to budowanie więzi międzyludzkich, które dają ludziom siłę. Odkrywają, że największym skarbem jest miłość człowieka do człowieka[11].

[11] A. Hawlena Drożdżak, *Lekcja słabości…*

BIBLIOGRAFIA

Brzeziński J., Gaul M., Hornowska E., Jaworowska A., Machowski A., Zakrzewska M., *Skala Inteligencji D. Wechslera dla dorosłych. Wersja zrewidowana – renormalizacja WAIS-R(PL)*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 2004.

Hawlena Drożdżak A., *Lekcja słabości – rozmowa z Jeanem Vanierem*, „eSPe" 2003, nr 62.

Klecka M., Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., *Rozwój diagnostyki poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych – przegląd narzędzi diagnostycznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna" 2010, vol. X, nr 4.

Liszcz K., *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Kraków: Wydawnictwo Rubikon, 2011.

Prochaska J.O., DiClemente C.C., *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*, „Psychotherapy: Theory, Research & Practice" 1982, Vol. XIX, No. 3.

Walat A., Serafin A., *Alkoholowy zespół płodowy w różnicowaniu z rzadkimi zespołami*, „Wszechświat" 2014, t. CXV, nr 4/6.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

Broszura informacyjna OPiTU, http://opitu.pl/wp-content/uploads/2018/07/Broszura-XX.pdf (dostęp: 15 kwietnia 2019).

Zanim nas dopadnie. Co Anonimowi Alkoholicy robią, żeby nie pić?, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/872-zanim-nas-dopadnie-co-anonimowi-alkoholicy-robia-zeby-nie-pic.html (dostęp: 15 kwietnia 2019).

NATALIA PADEREWSKA
Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni

Cechy osobowości w kontekście doboru substancji psychoaktywnych

Abstrakt: Artykuł podejmuje zagadnienia doboru substancji psychoaktywnych przez młodych mężczyzn. Zaprezentowano w nim specyfikę poszczególnych kategorii substancji, objawy uzależnienia na przykładzie dwóch wybranych kategorii oraz zobrazowano badane cechy osobowości. Dyskurs dotyczący kontekstu przyjmowanych narkotyków został ukazany w obszarze twórczej resocjalizacji. W pracy przedstawiono przegląd badań z obszaru korelacji profili osobowości z przyjmowanymi substancjami psychoaktywnymi oraz wyniki badań własnych, prowadzonych z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza preferencji substancji psychoaktywnych. Celem artykułu była analiza występującej różnorodności doboru substancji psychoaktywnych.

SŁOWA KLUCZOWE: substancje psychoaktywne, cechy osobowości, psychoterapia, twórcza resocjalizacja, uzależnienie

Traits of personality in the context of the choice of psychoactive substances

Abstract: This publication concerns the selection of psychoactive substances by young men. Author presents – in this order – the specificity of individual categories of substances, symptoms of addiction on the example of two categories of substances and the presentation of the examined personality traits. The discourse on the context of accepted drugs has been presented in the area of Creative Resocialization. The author's original questionnaire of one's preference of psychoactive drugs was used in the research. A variety of research including an interconnection

between personality and a type of a taken psychoactive drug was presented in the thesis. The aim of the research was to address personality traits and their influence on the choice of psychoactive substances.

KEYWORDS: psychoactive substances, personality traits, psychotherapy, Creative Social Rehabilitation, addiction

Wprowadzenie

W jakim kierunku powinna się rozwijać psychoterapia uzależnień? To pytanie aktualnie budzi wiele wątpliwości, przede wszystkim ze względu na ograniczenia psychoterapii uzależnień, prowadzonej w konkretnym, ugruntowanym przez terapeutę nurcie psychoterapii. Obecnie w wielu sytuacjach wciąż dominuje przekonanie, że problem uzależnienia dotyka raczej sfer społecznych zaniedbanych i zagrożonych demoralizacją. Jednakże, jak wskazują liczne badania, na rozwinięcie się uzależnienia ma wpływ zdecydowanie więcej determinantów. Poza czynnikami kulturowymi czy społecznymi wpływ może mieć także np. indywidualny potencjał jednostki – ze szczególnym wskazaniem na cechy osobowości będące kluczowym aspektem w kontekście artykułu. Prezentując cechy osobowości, wykorzystano pięcioczynnikowy model osobowości autorstwa Paula Costy i Roberta McCrae, tzw. wielką piątkę. Teoria ta obejmuje pięć czynników osobowości: neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność. Zakłada się, że wyróżnione elementy istnieją realnie, są niezmienne, uniwersalne oraz biologicznie uwarunkowane[1].

Nierzadko narkotyki przyjmuje się nie tylko po to, żeby poczuć ich efekt działania, ale też np. po to, żeby („przypodobać się" komuś) zyskać aprobatę grupy, jej uznanie. Jak zauważył Stanton Peele, wspólnym mianownikiem przyjmowania substancji psychoaktywnych jest

[1] A. Beauvale, *Czynnikowe ujęcie osobowości (osobowość w świetle psychologii różnic indywidualnych)* [w:] *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości*, red. A. Gałdowa, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999, s. 235–255.

brak innych możliwości osiągnięcia satysfakcji[2] – zarówno fizycznych, jak i psychospołecznych.

Narkomania jest pojęciem trudnym do jednoznacznego zdefiniowania. Powodów jest wiele – przede wszystkim to mnogość jej postaci, różniących się chociażby rodzajem zażywanej substancji. Kwestią problematyczną przy definiowaniu narkomanii jest także zmienna w postaci osobowości człowieka przyjmującego substancje, jego temperamentu czy charakteru. Jak pisze Paweł Karpowicz, osoba uzależniona „staje się zniewolona, nie potrafi żyć bez narkotyków, tak jak nie potrafi oddychać bez powietrza"[3]. Narkotyki działają w taki sposób, że sprawiają przyjemność oraz poprawiają samopoczucie, często także podwyższają samoocenę, tłumią odczuwanie odrętwienia i bólu. Martien Kooyman natomiast ukazał uzależnienie jako nałóg, o którym pisze, że jest: „samo-trwającym, szkodliwym procesem, będącym wynikiem utraty kontroli nad adaptacyjnym zachowaniem, które wtedy staje się problemem"[4]. Mieczysław Wojciechowski uzależnienie definiuje odmiennie – jako włączenie narkotyku do metabolizmu komórkowego (staje się on elementem komórek organizmu)[5].

Kolejną próbę definicji uzależnienia podjął Philip Robson, pisząc, że:

> bycie uzależnionym to uwięzienie w następującym schemacie myślenia: przemożne jest pragnienie dokonania czegoś; jeśli uzależniony opiera się temu pragnieniu lub coś stanie mu na przeszkodzie, niepokój i zaabsorbowanie tym pragnieniem stale się wzmaga, realizacja zamiaru obniża napięcie, zaspokaja pragnienie i eliminuje potrzebę; wkrótce jednak pojawia się ona znowu[6].

---

2 A.T. Beck, F.D. Wright, C.F. Newman, B.S. Liese, *Terapia poznawcza uzależnień*, przeł. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007, s. 5.

3 P. Karpowicz, *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie? Duchowe aspekty leczenia uzależnienia*, Białystok: Instytut Wydawniczy „Kreator", 2002, s. 52.

4 M. Kooyman, *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Bliskość, rola rodziców i skuteczność terapii*, przeł. P. Nowocień, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2002, s. 27.

5 M. Wojciechowski, *Psychologia narkomanii, czyli Jak do tego dochodzi, że ktoś się uzależnia*, Warszawa: Laboratorium Psychologii Stosowanej, 1993, s. 123.

6 P. Robson, *Narkotyki*, przeł. C. Juda, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 1997, s. 163.

Mariusz Jędrzejko uzależnienie pojmuje jako „stan przewlekłej choroby, charakteryzujący się okresowymi stanami abstynencji i nawrotów. Jest to stan, w którym stajemy się niewolnikami substancji psychoaktywnej, a nasz organizm w pierwszej kolejności dąży do zaspokojenia «głodu» na nią”[7]. Inną definicję uzależnienia proponuje Krzysztof Zajączkowski, który stwierdza, że opiera się ono na interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną – uzależnionego charakteryzują zmiany zachowania oraz inne reakcje, do których zalicza się konieczność przyjmowania substancji w sposób ciągły bądź okresowy po to, aby poczuć wpływ substancji na psychikę lub uniknąć zespołu odstawiennego[8].

Przez Komisję Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia definicja uzależnienia została uściślona jako „stan okresowego lub chronicznego zatrucia, wywołany powtarzalnym wprowadzaniem narkotyku”. Natomiast cechy oznaczające nałóg jednostki zostały przedstawione w następujący sposób: „silne pragnienie lub nieodparta potrzeba dalszego brania narkotyku oraz zdobycia go za każdą cenę, tendencja zwiększania dawek w miarę zażywania, psychiczne i ogólne fizyczne uzależnienie od efektów narkotyków oraz skutki szkodliwe dla jednostki i społeczeństwa”[9]. Aktualnie przyjęta, akceptowalna i obowiązująca definicja zawiera się w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i można ją w skrócie przedstawić następująco: „uzależnienie jest przymusem używania substancji, zbędnej z medycznego punktu widzenia, która prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego”[10].

Odpowiedzią na uzależnienie w wielu przypadkach okazuje się psychoterapia, która – tak jak narkomania – może nabierać wielu znaczeń. Zazwyczaj definiowana jest indywidualnie – to, czym jest, jaki jest jej zakres działań, cel bądź rodzaj oczekiwanych zmian, bywa określane jednostkowo, w zależności od konkretnej sytuacji. Psychoterapia początkowo

---

7 *Narkomania – spojrzenie wielowymiarowe*, red. M. Jędrzejko, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2009, s. 33.

8 K. Zajączkowski, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 2005, s. 35–42.

9 Ibidem.

10 M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Uzależnienia*, przeł. Z. Pelc, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005, s. 17.

może dawać nadzieję, wsparcie i motywację. Nierzadko początek psychoterapii to stan pełen optymizmu. Warto jednak zaznaczyć, że proces terapeutyczny nie przebiega w sposób linearny, na etapie pogłębionej pracy (przemiany wewnętrznych mechanizmów uzależnienia) niezwykle istotna wydaje się znajomość dynamiki uzależnienia. Szczególną rolę odgrywają tutaj specyficzne zaburzenia procesów emocjonalnych, które polegają na automatycznym przekształcaniu się przykrych stanów emocjonalnych w pragnienie przyjęcia substancji psychoaktywnej. Opisane pragnienie zawiera w sobie jednocześnie nasycone lękiem dążenie do zakończenia stanu cierpienia oraz pokusę doświadczenia przyjemnej ulgi w momencie złagodzenia tego dyskomfortu narkotykiem.

Celem rozważań jest próba wykrystalizowania istotnych informacji, które mogą się okazać przydatne w zakresie zdrowia i psychoterapii uzależnień, usiłowanie skorelowania cech osobowości z rodzajem przyjmowanych substancji, a także wskazania konsekwencji społecznych, jakie pociąga za sobą używanie substancji psychoaktywnych.

Pierwszy „odlot". Specyfika substancji psychoaktywnych oraz ich oddziaływanie na organizm człowieka

Przyjmowania substancji psychoaktywnych po raz pierwszy często utożsamiane jest z czymś przyjemnym, relaksującym, ciekawym; pierwszorazowy użytkownik rzadko zastanawia się nad negatywnymi skutkami przewlekłego przyjmowania narkotyków.

Na podstawie obserwacji prowadzonych podczas zajęć warsztatowych z młodzieżą eksperymentującą z substancjami psychoaktywnymi (FreD goes net – Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni) można wnioskować, że najbardziej popularne wśród młodych osób inicjujących przyjmowanie substancji psychoaktywnych są kannabinole[11] oraz stymulanty. Młodzież, próbując substancji innych niż alkohol, chętnie sięga po te, które w pewnym stopniu są akceptowalne przez

[11] W pracy posługuję się pojęciem kannabinoli oraz kannabinoidów zamiennie – głównie ze względu na sposób działania tych substancji.

społeczeństwo, nierzadko traktowane także jako narkotyki rekreacyjne, niedające negatywnych objawów.

Wydaje się zasadne, że aby zbadać korelację występującą pomiędzy cechami osobowości a przyjmowanymi substancjami psychoaktywnymi, należy się przyjrzeć efektom towarzyszącym zażywaniu konkretnych narkotyków. Warto pamiętać, że działanie każdej substancji zależy od osoby ją przyjmującej, od oczekiwań wobec substancji i okoliczności, w których przyjmuje się narkotyk. Istotny jest także stopień czystości substancji, tj. ewentualna zawartość różnych domieszek w jej składzie[12].

Pisząc o okolicznościach, jakie towarzyszą przyjmowaniu substancji psychoaktywnych, warto ukazać istotę tzw. *set & setting*. Doktor Charles Grob w wywiadzie z Maciejem Lorencem tłumaczy: „gdy ludzie nie dbają o optymalne «nastawienie i otoczenie», mogą doświadczać niepożądanych reakcji psychologicznych"[13]. Oznacza to, że podczas zażywania substancji psychoaktywnych w niektórych przypadkach nastawienie psychiczne, okoliczności czy otoczenie okazują się niezwykle ważne, a zachwianie tych elementów może skutkować nieprzyjemnymi objawami natury psychicznej. Jako przykład może posłużyć tu uzależnienie dożylne, które charakteryzuje się tym, że w zależności od miejsca przyjmowania narkotyku powstają różne reakcje na tę samą dawkę.

Istotnym elementem różnicującym pierwszorazowego użytkownika substancji psychoaktywnych i osobę ich nadużywającą bądź od nich uzależnioną jest występowanie zjawiska tolerancji. Tolerancja charakteryzuje się potrzebą przyjmowania coraz większych dawek narkotyku w celu uzyskania oczekiwanego efektu jego działania. Regularne zażywanie substancji psychoaktywnych powoduje przystosowanie się organizmu do ciągle zmieniających się warunków. Tolerancja pozwala na utrzymanie „równowagi" neuroprzekaźnikowej mózgu, natomiast nagłe odstawienie bądź zmniejszenie ilości substancji zaburza tę „równowagę", co skutkuje występowaniem objawów abstynencyjnych[14].

---

12 P. Robson, *Narkotyki*, s. 28.

13 M. Lorenc, *Czy psychodeliki uratują świat?*, Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej, 2019, s. 86.

14 H. Baran-Furga, K. Steinbarth-Chmielewska, *Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych* [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. P. Jabłoński,

Występowanie zespołu objawów abstynencyjnych jest wyrazem neuroadaptacji centralnego układu nerwowego. Zespół odstawienny polega na pojawieniu się szeregu negatywnych objawów – zarówno psychicznych, jak i somatycznych – w sytuacji zaprzestania przyjmowania danego narkotyku bądź zmniejszenia jego dawek (w zależności od specyfiki substancji). Przebieg zespołu abstynencyjnego jest zależny od wielu czynników, przede wszystkim od rodzaju przyjmowanej substancji psychoaktywnej, ale także od wielkości dawki czy długości ostatniego ciągu[15].

Aby móc bliżej przyjrzeć się prezentowanym dalej zależnościom, poniżej została pokrótce przedstawiona specyfika działania konkretnych substancji psychoaktywnych. Narkotyki działają bowiem w różny i często także nieprzewidywalny sposób; niektóre wywołują produkcję dopaminy, inne zaś jedynie nie pozwalają, by szybko malała jej ilość w przestrzeniach służących komunikacji między neuronami. Ponadto często wpływają na poziom innych neuroprzekaźników i substancji w mózgu. Wśród praktyków najbardziej popularnym podziałem substancji psychoaktywnych[16] jest ten przedstawiony poniżej:

a) kannabinoidy,
b) stymulanty,
c) halucynogeny,
d) opiaty,
e) inhalanty,
f) nowe substancje psychoaktywne.

Poniżej opisano działanie poszczególnych rodzajów substancji psychoaktywnych.

a) Kannabinoidy

Kannabinoidy to substancje, które w Polsce są szczególnie rozpowszechnione oraz najłatwiej dostępne. Najbardziej znanym kannabinolem jest

---

B. Bukowska, J.C. Czabała, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2012, s. 54.

15 A. Bilikiewicz, *Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi* [w:] *Psychiatria*, t. 2: *Psychiatria kliniczna*, Wrocław: Urban & Partner, 2002, s. 198–208.

16 Materiały szkoleniowe – Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych, 2015.

marihuana. Z obserwacji prowadzonych podczas mojej praktyki zawodowej wynika, że w wielu przypadkach nie jest ona traktowana jak narkotyk ze względu na uznawanie jej za mało szkodliwą bądź całkowicie nieszkodliwą. Takie postrzeganie marihuany wydaje się naiwne, zwłaszcza w kontekście wiedzy dotyczącej jej faktycznego działania, powszechnie wiadomo bowiem, że łączy ona w sobie pewne cechy alkoholu, benzodiazepin, opiatów i halucynogenów, a to oznacza, że działa anksjolitycznie, uspokajająco, przeciwbólowo i psychodelicznie[17].

Działanie marihuany wśród pierwszorazowych użytkowników zazwyczaj objawia się w sposób łagodny. Najczęściej jest to lepsze samopoczucie, ogólne rozluźnienie, gadatliwość, lekkie zaburzenie poczucia czasu oraz bardzo często występujący wzrost łaknienia. Palenie marihuany powoduje odczuwanie silnego poczucia absurdu oraz wpływa na zmianę szeroko rozumianej percepcji rzeczywistości. Przyglądając się działaniu marihuany w zakresie somatyki, można odnotować, że jest ono stosunkowo łagodne (występują: delikatnie przyspieszone tętno, mniej wyraźna artykulacja, zaczerwienione oczy oraz nieznacznie obniżona temperatura ciała)[18].

b) Stymulanty

Kolejną kategorią substancji psychoaktywnych preferowaną przez sporą część młodych osób są stymulanty, które – jak sama nazwa wskazuje – stymulują człowieka do działania, pobudzają. Powszechnie są uważane za „narkotyk sukcesu", który między innymi pozwala na zaprezentowanie się w krótkim czasie z jak najlepszej strony.

Pierwszorazowy użytkownik stymulantów (tu: amfetaminy) może oczekiwać następujących objawów: przede wszystkim zwiększonej energii (objawiającej się pobudzeniem ruchowym), dobrego samopoczucia (które jest warunkowane działaniem euforyzującym stymulantów), gonitwy

---

17 B. Szukalski, *Charakterystyka środków psychoaktywnych* [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, s. 39.

18 W.R. Miller, A.A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, przeł. M. Cierpisz, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014, s. 60–61.

myśli, wzrostu pewności siebie, zmniejszonego apetytu, osłabienia potrzeby snu, a także wyostrzonej percepcji i koncentracji[19]. Co ciekawe i warte dokładniejszej analizy, zdaniem niektórych badaczy amfetamina wytwarza silną zależność psychiczną, a niekoniecznie fizyczną[20].

c) Halucynogeny

Kategoria substancji psychoaktywnych, która również silnie oddziałuje na ośrodkowy układ nerwowy, to halucynogeny – przez wielu, zarówno badaczy, jak i użytkowników, nazywane psychodelikami[21]. To substancje, które powodują diametralną zmianę stanu świadomości jednostki, pod ich wpływem zmienia się postrzeganie zarówno świata, jak i siebie samego[22]. „Cechą charakterystyczną tych substancji jest ich zdolność wywoływania głębokich zmian w percepcji zmysłowej, sposobie myślenia i przeżywania emocji bez równoczesnego przytępienia umysłu"[23].

Trudno pisać o stałych objawach występujących po zażyciu halucynogenów, jednak dominują one głównie w sferze psychicznej. Po przyjęciu LSD zazwyczaj są to indywidualne głębokie przeżycia, halucynacje, „wędrowanie w głąb siebie" albo „poznanie poprzez szeroką percepcję metapoziomu rzeczywistości". Wojciech Wanat wskazuje także na wywoływaną przez halucynogeny synestezję, którą opisuje jako: „zaburzenie czynności zmysłów, niejednokrotnie powodujące mieszanie odbieranych przez nie wrażeń, na przykład słyszy się kolory, a widzi dźwięki"[24]. Aktualnie nie dowiedziono, by halucynogeny powodowały zależność fizyczną.

d) Opiaty

Opiaty to jedne z najstarszych substancji psychoaktywnych (także najszybciej uzależniających). Z doświadczeń terapeutycznych wynika, że

---

19 B. Szukalski, *Charakterystyka środków psychoaktywnych*, s. 40–42.

20 B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań–Warszawa: Media Rodzina, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, 2009, s. 431.

21 M. Lorenc, *Czy psychodeliki uratują świat?*

22 W. Wanat, *Narkotyki i narkomania. Odlot donikąd*, Warszawa: Iskry, 1997, s. 102.

23 P. Robson, *Narkotyki*, s. 82.

24 W. Wanat, *Narkotyki i narkomania…*, s. 102.

co piąta osoba próbująca heroiny uzależni się od niej. Opiaty działają głównie przeciwbólowo, ale także przeciwlękowo. U osób je przyjmujących można zaobserwować brak oznak niepokoju, paniki i strachu. Pod wpływem heroiny osłabia się mechanizm „walcz lub uciekaj", charakterystyczne jest także wyraźne spowolnienie połączone z sennością, błoga apatia, obniżone łaknienie oraz tzw. stan niewrażliwości na przykre doznania[25].

e) Inhalanty

Inhalanty to jedyne substancje, które mają charakter lokalny – oznacza to, że najczęściej są przyjmowane przez bardzo młode, ubogie osoby – zazwyczaj pierwszych trzech klas szkoły podstawowej. Substancje te są mocno rozpowszechnione w tym środowisku głównie ze względu na łatwą dostępność oraz mały nakład finansowy potrzebny do ich uzyskania. Do inhalantów przyjmowanych w celu odurzenia się zaliczane są wszystkie popularne rozpuszczalniki, spreje, aerozole, kleje, farby, detergenty czy lakiery.

Po przyjęciu wziewnych substancji psychoaktywnych najczęściej występują krótkotrwałe stany euforyczne oraz charakterystyczna niezborność ruchowa. Towarzyszy temu uczucie rozluźnienia, czasem halucynacje, a niekiedy utrata kontaktu z rzeczywistością[26]. Specyficznym objawem działania inhalantów jest fakt, że wąchający ma wpływ na treść własnych doznań psychicznych, może doświadczać tzw. marzenia na jawie.

f) Nowe substancje psychoaktywne

„Dopalacze" to zwyczajowe określenie nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) definiuje powyższe substancje jako te, które nie zostały wymienione w konwencjach ONZ (z lat 1961 i 1971) o środkach odurzających i psychotropowych, a mogą stanowić porównywalne

25 B.T. Woronowicz, *Uzależnienia…*, s. 425–429.
26 W. Wanat, *Narkotyki i narkomania…*, s. 121–123.

z wymienionymi tam narkotykami zagrożenie dla zdrowia publicznego. Warto zaznaczyć, że konwencje ONZ aktualnie stanowią podwaliny światowej polityki narkotykowej. NSP można zatem utożsamiać z takimi substancjami odurzającymi zmieniającymi świadomość, których istnienia w czasie tworzenia konwencji nie przewidywano lub które istniały, ale nie przewidywano, że ludzie będą się nimi odurzać. W przeciwieństwie do opisywanych wcześniej narkotyków nowe substancje psychoaktywne nie zostały objęte kontrolą. Oznacza to, że nie zostały one prawnie zakwalifikowane jako narkotyki.

Obecnie dostępne źródła nie zawierają jednego oficjalnego systemu klasyfikacji NSP, jednak w raporcie EMCDDA wśród nowych substancji psychoaktywnych najczęściej wyodrębnia się syntetyczne kannabinoidy, opioidy, katynony oraz benzodiazepiny.

Te ostatnie to bez wątpienia jedne z najniebezpieczniejszych substancji psychoaktywnych. Z założenia pomocne w leczeniu napadów lęku panicznego bądź przy zaburzeniach snu. Stosowane są także w leczeniu objawów padaczki. Jednak coraz częściej przyjmuje się je w podwójnych, nierzadko też większych dawkach, np. w celu łagodzenia objawów abstynencyjnych opiatów bądź alkoholu, a czasem, wręcz przeciwnie – żeby wzmocnić ich działanie[27]. Przyjmowane samodzielnie[28], krótkotrwale powodują odprężenie, senność, złagodzenie stanów lękowych, niekiedy mogą powodować euforię[29]. Charakterystycznym objawem przy przewlekłym przyjmowaniu benzodiazepin jest bardzo szybko postępująca tolerancja. Oznacza to, że przy odstawianiu benzodiazepin należy robić to etapami, dawka powinna być zmniejszana stopniowo i bardzo powoli[30].

Według badań prowadzonych w ramach międzynarodowego projektu I-TREND („Internet tools for research in Europe on new drugs")[31] najliczniejszą grupę NSP stanowią syntetyczne kannabinoidy oraz katynony.

---

27 W.R. Miller, A.A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień…*, s. 57–58.

28 To jest: bez mieszania z innymi substancjami psychoaktywnymi.

29 W.R. Miller, A.A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień…*, s. 57–58.

30 H. Ashton, *Benzodiazepiny: jak działają, jak je odstawiać*, https://www.benzo.org.uk/polman/bzcha01.htm?fbclid=IwAR1wJ3qQNdOsyBIez9CVU1E2is9250kH1n3nmZhjQA49KZKuqgb5Y2Oig18 (dostęp: 11 czerwca 2019).

31 A. Malczewski, P. Sałustowicz, *I-TREND – badanie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych*, „Serwis Informacyjny Narkomania" 2015, nr 4, s. 18–21.

Katynony to organiczne związki chemiczne, alkaloidy wytwarzane przez czuwaliczkę jadalną. Wykazują strukturalne podobieństwo do efedryny, katyny i innych pochodnych amfetaminy, ich działanie opisuje się jako wyraźnie stymulujące[32].

Aktualnie najpopularniejszym stymulującym narkotykiem z rodzaju NSP jest mefedron, który silnie pobudza zarówno fizycznie, psychicznie, jak i seksualnie. Powoduje uczucie otwartości i sympatii nawet do nieznajomych ludzi, opisywane efekty po jego przyjęciu w sferze emocjonalno-społecznej są podobne do tych wywoływanych przez ecstasy. Charakterystycznym objawem wśród użytkowników mefedronu jest intensywne pocenie się, któremu towarzyszy zapach metabolizowanego narkotyku[33].

Fentanyl to przykład kolejnej substancji z kategorii NSP, a ściślej: substancji o działaniu opiatopodobnym[34]. Niejednokrotnie można się spotkać ze stwierdzeniem, że fentanyl jest 100 razy silniejszy od morfiny i uzależnia znacznie szybciej niż heroina. Powoduje tzw. błogostan, wyraźne rozluźnienie mięśni, znieczulenie, delikatną euforię oraz stan charakterystyczny dla innych opioidów; poczucie, że „zło zniknęło", że wszystkie dotychczasowe problemy zostały odsunięte. Specyficznym objawem fentanylu są sny w trakcie odurzania się nim, bowiem są one niezwykle realistyczne, a w niektórych przypadkach są to nawet w pełni świadome sny.

Substancje psychoaktywne towarzyszą człowiekowi od zarania, aktualne tempo ich rozwoju, stałe powstawanie nowych substancji psychoaktywnych, ich różnorodność oraz szybkość, z jaką pojawiają się na rynku, okazują się wyzwaniem w odniesieniu do ich monitorowania, jak i opracowywania skutecznych form oddziaływania psychoterapeutycznego.

Zaprezentowane powyżej objawy związane z przyjmowaniem konkretnych substancji psychoaktywnych pozwalają dostrzec przedstawiony

---

32 M. Urban, T. Rudecki, D. Wróblewski, J. Rabe-Jabłońska, *Zaburzenia psychotyczne związane z przewlekłym przyjmowaniem mefedronu. Opis przypadku*, „Psychiatria Polska" 2011, t. XLV, nr 3, s. 431–437.

33 Ibidem.

34 A. Malczewski, *Nowe substancje psychoaktywne na świecie – rynek coraz bardziej różnicowany*, „Serwis Informacyjny Uzależnienia" 2018, nr 2 (82).

dalej związek między doborem narkotyku, który wywołuje pożądany efekt, a prezentowanymi cechami osobowości. Na tym etapie zasadne wydaje się wyraźne zaznaczenie różnicy między objawami wywołanymi przez substancję psychoaktywną w przypadku jednorazowego, incydentalnego jej zażycia a sytuacją przewlekłego, regularnego przyjmowania narkotyku. Różnica ta została przybliżona w kolejnym fragmencie tekstu.

A co później? Konsekwencje długotrwałego przyjmowania narkotyków. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych – na przykładzie kannabinoli i stymulantów

Dlaczego ważne wydaje się badanie cech osobowości w kontekście doboru substancji psychoaktywnych, a dalej – uzależnienia? Może mieć to wpływ na proces terapeutyczny, a dokładniej – na formy oddziaływań w nim stosowane. Obecnie używane narkotyki stanowią bardziej różnorodną grupę niż kiedyś. Wśród osób przyjmujących substancje psychoaktywne powszechne jest jednoczesne przyjmowanie różnych substancji, a indywidualne modele konsumpcji obejmują używanie eksperymentalne, nadużywanie bądź uzależnienie. Przebieg uzależnienia w dużej mierze jest uwarunkowany wcześniej przyjmowanymi substancjami psychoaktywnymi. Poniżej została pokrótce opisana specyfika uzależnień na przykładzie uzależnień od substancji, które są najczęściej przyjmowane przez młode osoby, tj. kannabinoidów oraz stymulantów.

Marihuana często jest traktowana pobłażliwie przez społeczeństwo, większość objawów, które występują po jej odstawieniu, mylnie przypisuje się indywidualnym cechom osobowości. W przypadku uzależnienia od kannabinoli podczas procesu terapeutycznego należy uwzględnić skutki przewlekłego przyjmowania marihuany; najbardziej charakterystycznym objawem jest występowanie zespołu apatyczno-abulicznego[35], który polega na stopniowym i nierzadko niezauważalnym wycofywaniu się z życia towarzyskiego, zawodowego i społecznego. Przejawia się to brakiem chęci do jakiegokolwiek działania, osoba

35 D. Rosenhan, M. Seligman, E. Walker, *Psychopatologia*, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Warszawa: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2003, s. 673.

uzależniona jest otępiała, apatyczna, bierna, leniwa oraz niezainteresowana własnym wyglądem i celami życiowymi. Wielu uzależnionych ma także zaburzenia pamięci oraz słabą zdolność do przyswajania nowych informacji. Jest to nieodwracalny i trwały proces[36]. Osoby uzależnione od kannabinoli również często cierpią na napady paniki oraz psychozy lub mają poczucie, że są obserwowane czy śledzone. Philip Robson pisze także: „U osób zażywających wysokie dawki przez dłuższy czas, mogą pojawić się problemy natury psychotycznej, będące formą przedłużonej reakcji toksycznej"[37].

Nieco odmienną formą wydaje się uzależnienie od stymulantów, można nawet stwierdzić, że jest ono przeciwieństwem uzależnienia od kannabinoidów. Przebieg uzależnienia od stymulantów jest silny i wyraźnie zauważalny, nie można przypisać jego objawów cechom osobowości danej osoby. Już po zażyciu pierwszej dawki (a potem jej odstawieniu) występują głównie fizyczne, ale również psychiczne objawy zespołu odstawiennego. Dojmujące jest całościowe wycieńczenie organizmu, co jest spowodowane nieodwracalnym uszkodzeniem nerwów przenoszących dopaminę i drobnych naczyń krwionośnych w mózgu. Warto zwrócić także uwagę, że naczynia krwionośne w nosie ulegają zwężeniu z powodu ciągłego wcierania substancji psychoaktywnej przez błony śluzowe, co powoduje chroniczny katar, owrzodzenia, a nawet uszkodzenia chrząstki nosowej, której zmiana widocznie zniekształca obraz twarzy. Tak jak w przypadku palenia marihuany psychoza czy depresja mogą zostać zaostrzone przez stosowanie stymulantów, ale nie tylko – stymulanty mogą je także wywołać. Substancje te powodują myśli lękowe i samobójcze. Łatwo zmieniające się nastroje, słaba koncentracja, podejrzliwość czy bezsenność często towarzyszą osobom, które przez dłuższy czas zażywały stymulanty. Pisząc o substancjach stymulujących, warto wspomnieć o zjawisku „psychozy amfetaminowej" – może się ona pojawić wśród osób zarówno zażywających narkotyk po raz pierwszy, jak i przy wieloletnim uzależnieniu. Charakteryzuje się ostrymi halucynacjami wzrokowymi, słuchowymi oraz dotykowymi, towarzyszą jej także rozkojarzenie oraz manie prześladowcze. Osoby dotknięte psychozą

36 P. Robson, *Narkotyki*, s. 153–156.

37 Ibidem, s. 196.

często mówią bez sensu, drapią się, szczypią i po wielokroć powtarzają jedną czynność[38].

Warto bliżej przyjrzeć się zaburzeniom psychicznym, które zostały spowodowane przez narkotyki. Objawy chorób psychicznych można zaobserwować w działaniach niepożądanych większości substancji psychoaktywnych. Pracujący psychoterapeutycznie z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych wskazują wyraźną wzrostową tendencję do występowania objawów depresji klinicznej wśród uzależnionych (u ponad 60% osób po 20 roku życia)[39].

Większość narkotyków aktualnie dostępnych na rynku nasila procesy psychotyczne w organizmie. Wiele osób przyjmujących substancje psychoaktywne ulega epizodom psychotycznym, ze względu na nadwyrężenie mechanizmów osobowościowych kontrolujących odbiór i wysyłanie bodźców, co często prowadzi do późniejszych psychoz. Jednak nigdy nie wiadomo, która dawka danej substancji wywoła chorobę psychiczną, może być to zarówno pierwsza, jak i setna.

Wcześniej scharakteryzowana psychoza amfetaminowa to szeroko opisany objaw niepożądany wynikający z przyjmowania stymulantów. Jednak czy tylko amfetamina wpływa psychotycznie na organizm człowieka? Z pewnością nie, marihuana równie silnie oddziałuje na OUN, powoduje psychozę pomarihuanową, objawiającą się urojeniami prześladowczymi i ksobnymi oraz podejrzliwością wobec bliskich. Te urojenia powstają spontanicznie, a ich treść jest zależna od aktualnej sytuacji. Halucynogeny wywołują objawy psychotyczne przy każdym zażyciu, są to między innymi omamy słuchowe czy wzrokowe bądź urojenia, które mogą powrócić w postaci flashbacków[40] po wielu latach abstynencji[41].

---

38 Ibidem, s. 72–81.

39 Materiały szkoleniowe – Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych, 2015.

40 Flashback – powracanie przebytych doznań psychotycznych, np. spontaniczne doznawanie zniekształconego widzenia, objawów somatycznych lub intensywnych przeżyć emocjonalnych przez jednostkę, która w przeszłości przyjmowała halucynogeny bądź marihuanę. Flashbacki mają charakter epizodyczny, są krótkotrwałe (od kilku sekund do kilku godzin) i mogą być dokładnym odbiciem objawów występujących w czasie uprzednich epizodów przyjmowania substancji psychoaktywnych. Bywają wyzwalane przez zmęczenie, alkohol lub inne narkotyki.

41 A. Bilikiewicz, *Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi*, s. 194.

Jak łatwo można zauważyć, każda z wyżej wymienionych substancji psychoaktywnych silnie oddziałuje na organizm człowieka. Uzależnienie od jakiejkolwiek substancji powoduje wyraźne zmiany w psychice, funkcjonowaniu i rozumieniu świata. Szczególnie zagrożone wydają się osoby młode, które uzależniają się od narkotyków. Podczas psychoterapii nierzadko trudno dociec, w jakim stopniu problemy psychotyczne zwiększają ryzyko powstania problemów z narkotykami, a w jakim wynikają z przyjmowania substancji psychoaktywnych.

Istotną rolę w procesie dochodzenia do zdrowia osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych odgrywa czynne uczestniczenie w psychoterapii, której podstawę stanowi dobrowolność oraz gotowość do zmiany. To, w jaki sposób będą prowadzone działania, często zależy od samego psychoterapeuty, jego podejścia, wybranego nurtu psychoterapeutycznego, ale także od jego temperamentu oraz cech osobowości. Czy w tej sytuacji bez znaczenia jest osobowość pacjenta, w dalszej perspektywie stwarzająca możliwość aktywnego kooperowania w podróży zwanej psychoterapią?

Cechy osobowości – jednostkowe determinanty?

Przebieg uzależnienia w dużej mierze jest uwarunkowany substancjami psychoaktywnymi, które oddziałują na organizm człowieka. Przedstawione poniżej badania zwracają uwagę na aspekt, który nierzadko jest pomijany, mianowicie na dobór substancji psychoaktywnych przez użytkowników. W tej kwestii z pewnością wchodzi w grę mnogość czynników. Jednym z nich są naturalne predyspozycje jednostki uwarunkowane konkretnymi cechami osobowości.

Wiedza, umiejętności i temperament terapeuty to ważne, jednak nie jedyne elementy skutecznej psychoterapii. Tak samo istotną rolę odgrywa zarówno terapeuta, jak i pacjent, jego motywacja i nastawienie do zmiany, ale także przejawiane cechy osobowości. To, jak postrzega terapeutę – jego charakter, ale także sposób pracy – często skutkuje pozytywnym efektem terapii.

Od wielu lat badacze na całym świecie starają się określić elementy, które sprzyjają ryzykownym zachowaniom, oraz te, które chronią

przed nimi, a w konsekwencji – przed uzależnieniem. Poniżej przedstawione badania starają się ukazać pewne predyspozycje w kwestii przyjmowania określonych grup substancji psychoaktywnych. Zatem czy za czynnik ryzyka należy uznać pewien typ osobowości? O osobowości nałogowej można przeczytać, że najczęściej jest ona utożsamiana z nadmiernym popadaniem w skrajności – gniewem mieszającym się z ogromnym entuzjazmem, a także przytłaczającym smutkiem, który jest połączony z euforią. Ta niewyobrażalna amplituda uczuć przypomina emocjonalną sinusoidę, żadne uczucie nie jest uśrednione. Te elementy sprawiają, że jednostka z przejawami tzw. nałogowej osobowości stale doświadcza skrajnych emocji, które mogą okazać się wyniszczające[42]. Obecnie raczej ryzykowne wydaje się poszukiwanie jednego typu osobowości, który może determinować przyjmowanie substancji psychoaktywnych i pojawienie się uzależnienia. Zamiast tego istotne jest znalezienie cech, które zwiększają prawdopodobieństwo, że popadnie się w nałóg. W związku z tym badania koncentrują się na poszukiwaniu zależności między cechami osobowości a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych[43].

O temperamencie możemy przeczytać, że stanowi on zespół formalnych, względnie stałych cech zachowania, przejawiających się w poziomie energetycznym oraz w czasowych parametrach reakcji[44]. Można go określić jako indywidualną „naturę emocjonalną", uwzględniającą poziom energii, dominujący nastrój oraz wrażliwość na stymulację (na bodźce). Stanowi jeden z aspektów szerszego pojęcia, jakim jest osobowość, jest jej „biologiczną składową"[45]. Natomiast jako osobowość można rozumieć charakterystyczny, względnie stały sposób reagowania jednostki na środowisko społeczno-przyrodnicze, a także sposób wchodzenia z nim w interakcje[46].

---

42 L. Jampolsky, *Leczenie uzależnionej osobowości*, przeł. A. Wolnicka, Warszawa: Wydawnictwo „Czarna Owca", 2014.

43 Ibidem.

44 J. Strelau, *Temperament i typ układu nerwowego*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1974, s. 10.

45 J. Strelau, *Psychologia temperamentu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.

46 D. Cervone, L.A. Pervin, *Osobowość. Teoria i badania*, przeł. B. Majczyna et al., Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012.

Aby uspójnić rozumienie występujących w badaniu cech osobowości korelujących z wyborem konkretnych grup substancji psychoaktywnych, poniżej wyodrębniono badane obszary osobowości:

a) neurotyzm,
b) ekstrawersja,
c) otwartość na nowe doświadczenia,
d) ugodowość,
e) sumienność.

Podobnie jak w przypadku charakterystyki substancji, tak i tutaj poniżej zostały opisane poszczególne omawiane obszary osobowości.

a) Neurotyzm

Neurotyzm jest opisywany jako lękliwość, litowanie się nad sobą, wysokie napięcie, drażliwość, niestałość oraz zakłopotanie[47]. Neurotyk odczuwa permanentny lęk oraz wrogość ze strony świata, którego się obawia, często czuje zagrożenie, osamotnienie i bezradność. Ma niskie poczucie własnej wartości i nierealistyczny obraz świata i siebie. Nie wyczuwa nastroju i intencji innych ludzi, nie potrafi odróżnić komplementów szczerych od nieszczerych. Potrzebuje, aby wszyscy go lubili, a nad brakiem okazanej sympatii długo ubolewa. Neurotyzm to cecha osobowości będąca przeciwieństwem stabilności. Oznacza słabość emocjonalną, skłonność do łatwego reagowania silnymi emocjami, dużą nerwowość, a także predyspozycję do zaburzeń emocjonalnych[48].

b) Ekstrawersja

Ekstrawersja wyraża się w dużej aktywności, energii, asertywności, entuzjazmie, wyraźnym wychodzeniu naprzeciw oraz gadatliwości[49]. Ekstrawertycy najczęściej są utożsamiani z osobami, które łatwo nawiązu-

47 T. Mądrzycki, *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996, s. 39.

48 Z. Chlewiński, *Wprowadzenie do teorii osobowości H.J. Eysencka*, „Roczniki Filozoficzne" 1963, nr 4, s. 81–91.

49 T. Mądrzycki, *Osobowość jako system…*, s. 39.

ją kontakt z innymi ludźmi. W tym miejscu warto przytoczyć definicję Carla Gustava Junga, zgodnie z którą ekstrawersja to cecha osobowości z silnym ukierunkowaniem „na zewnątrz". Oznacza to, że ekstrawertycy mają skłonność do kierowania uwagi i zainteresowań na świat zewnętrzny, na otoczenie oraz innych ludzi, najczęściej poszukują przeżyć o charakterze społecznym. Charakteryzuje ich przede wszystkim łatwość w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi, silna potrzeba działania oraz aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym[50].

c) Otwartość na nowe doświadczenia

W kontekście otwartości na nowe doświadczenia często przedstawia się osoby oryginalne, mające szerokie zainteresowania, również artystyczne, wnikliwe oraz imaginatywne[51]. Osoby o dużej otwartości są ciekawe zjawisk świata zewnętrznego, jak i wewnętrznego, kreatywne, mają żywą i twórczą wyobraźnię, wykazują intelektualną ciekawość i zainteresowanie sztuką oraz przejawiają dużą wrażliwość estetyczną. Jednocześnie charakteryzują się niekonwencjonalnością, skłonnością do kwestionowania autorytetów, niezależnością w sądach i nastawieniem na odkrywanie nowych politycznych, społecznych oraz etycznych idei.

d) Ugodowość

Ugodowość to zespół cech, wśród których można wyróżnić uprzejmość, zdolność do wzbudzania sympatii, ufność, docenianie innych, wybaczanie im oraz hojność. To postawa charakteryzująca się gotowością do zawarcia ugody, wysokim oportunizmem oraz kompromisowością, nierzadko także uległością[52]. Osoby o dużej ugodowości są skłonne do udzielania pomocy innym i najczęściej postrzega się je jako szczere, altruistyczne, łagodne, skromne i uczuciowe w stosunku do innych ludzi.

---

50 C.S. Hall, G. Lindzey, J.B. Campbell, *Teorie osobowości*, przeł. J. Kowalczewska, J. Radzicki, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1998, s. 18.

51 T. Mądrzycki, *Osobowość jako system…*, s. 40.

52 Ibidem, s. 39.

e) Sumienność

Sumienność jest utożsamiana z efektywnością, dobrym zorganizowaniem, planowością, rzetelnością, odpowiedzialnością, dokładnością[53]. Osoby o dużej sumienności wykazują silną wolę, są zmotywowane do działania oraz wytrwałe w realizowaniu swoich celów. Przeważnie są też skrupulatne, obowiązkowe i rozważne.

Reasumując: wszelkie działania człowieka oraz sposób ich realizacji często nie zależą jedynie od warunków zewnętrznych, lecz także „od jego względnie stałych właściwości czy mechanizmów", czyli właśnie cech osobowości. Można zatem wnioskować, że przyjmowanie określonych substancji psychoaktywnych nierzadko jest warunkowane naturalnym, indywidualnym stylem funkcjonowania.

Warto zaznaczyć, że uzależnienie rozwija się także w kontekście historii danej osoby, doświadczanych problemów, wynikających z warunków życiowych, ale głównie – w związku z osobowością człowieka. Odpowiedź na pytanie, jakie czynniki spowodowały wystąpienie i rozwój uzależnienia, nigdy nie jest jednoznaczna, niemniej terapia wymaga uwzględnienia specyfiki życia każdego człowieka, a z pewnością w dużej mierze – profilu jego osobowości.

Badania w duchu twórczej resocjalizacji

Twórcza resocjalizacja jest koncepcją przeniesioną na grunt polski i tu rozwijaną przez prof. Marka Konopczyńskiego. Twórcza resocjalizacja to teoria, która zakłada zmianę zastanej sytuacji (w tym także sytuacji terapeutycznej) w sposób odmienny od powszechnie prezentowanych schematów resocjalizacyjnych[54]. Założenia tej metody w dużej mierze bazują na możliwości zmiany tożsamości człowieka poprzez wykreowanie jej przez „twórczego resocjalizatora". Nadrzędnym celem praktycznych zabiegów tej resocjalizacji jest przemiana tożsamo-

53 Ibidem.

54 M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji. Teoria i praktyka wychowawcza*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 2006, s. 13.

ści indywidualnej i społecznej przez „stymulowanie rozwoju struktur poznawczych i twórczych [człowieka] oraz wyposażenie [go] w nowe indywidualne i społeczne kompetencje”[55].

W pracy opierającej się na powyższych założeniach praktykę resocjalizacyjną realizuje się za pomocą zajęć teatralnych, sportowych, doświadczeń dramowych, plastycznych bądź muzycznych. Teoria ta zakłada, że wymienione zabiegi są w stanie wykreować „odmienne parametry osobowe”[56]. Są to tzw. kompetencje społeczne, czyli umiejętności pozwalające na realizację założonych wcześniej celów, również terapeutycznych, np. dotyczących abstynencji bądź ograniczenia przyjmowania substancji psychoaktywnych. Twórcza resocjalizacja za główny element działań korekcyjnych uważa „wewnętrzny rozwój człowieka”. Rozwój w ujęciu Konopczyńskiego nie jest rozumiany jako konkretna wiedza szkolna bądź dydaktyczne konstruowanie społecznie akceptowanych postaw, lecz jako odkrycie, a później rozwijanie własnych potencjałów i talentów. Ujmowana w ten sposób teoria bez wątpienia jest wyzwaniem pedagogicznym oraz psychoterapeutycznym. Pedagogika w klasycznym ujęciu poza akcentem ukierunkowanym na kwestie wychowania i kształcenia skupia się także na zbieraniu obiektywnych informacji o rzeczywistości oraz określeniu na ich podstawie prawidłowości odnoszących się do przyszłych zmian i przyszłego rozwoju rzeczywistości. Widząc pedagogikę jako poszukiwanie i dążenie do zmian, można poniekąd utożsamiać ją z psychoterapią, w której proces zmiany jest podstawą. Twórcza resocjalizacja po zmianie tożsamości zakłada etap „pożegnania przestępcy”. Tu Konopczyński jasno zaznacza, że eliminowanie elementów tożsamości odpowiedzialnych za „wadliwe” postawy (przez pedagogiczne zabiegi w większości oparte na korekcji bądź psychokorekcji) w sposób naturalny wyzwala w jednostce opór i niechęć. Autor teorii stara się zobrazować fakt, że sposobem, który nie wyzwala w człowieku tylu negatywnych emocji oraz nie powoduje tylu trudności, jest „zmiana przez rozwój”[57], tj. wyposażenie jednostki w nowe, indywidualne kompetencje, które w twórczej resocjalizacji są postrzegane

55 Ibidem.
56 Ibidem.
57 Ibidem, s. 17.

jako oczywista wartość dodana, a zarazem sprzyjają procesowi „żegnania się z przestępcą".

W tym procesie niezbędna jest osoba wychowawcy (tu: terapeuty), który niezmiennie dostarcza motywacji. „Rozstanie się z przestępcą rozpoczyna jednocześnie proces formowania się indywidualnych i społecznych parametrów nowego człowieka"[58] – pisze Konopczyński, odnosząc ten etap do psychoterapii; pacjent, który żegna się ze starymi schematami i określonym modelem funkcjonowania, tj. przyjmowania substancji psychoaktywnych, jednocześnie w procesie psychoterapeutycznym kreuje nowe indywidualne i społeczne kompetencje.

Twórcza resocjalizacja ujmuje zatem proces zmiany w kategoriach „kreatywnej zmiany", w efekcie ofiaruje człowiekowi nowe kompetencje i umiejętności społeczne, a następnie kreuje nowe tożsamości: indywidualną i społeczną.

Można uznać, że temat przeprowadzonych badań koresponduje z wyżej opisaną teorią twórczej resocjalizacji. Opiera się ona bowiem na pracy z osobą społecznie niedostosowaną (w tym – także uzależnioną od substancji psychoaktywnych) dzięki zastosowaniu metody indywidualnie dopasowanej do jednostki, tj. do potrzeb danej osoby.

Przez stosowanie metod opierających się na kreatywnej pracy, stymulujących rozwój oraz struktury poznawcze i twórcze terapia ma na celu przemianę tożsamości indywidualnej oraz wyposażenie jednostki w nowe indywidualne i społeczne kompetencje[59].

Próba zbadania preferencji doboru substancji psychoaktywnych, a także ich usystematyzowania i skategoryzowania wydaje się słuszna w perspektywie kreatywnej działalności resocjalizacyjnej prowadzonej za pomocą opracowanych wcześniej metod. Zdefiniowanie cech osobowości jednostki mających znaczenie w kontekście doboru narkotyku może służyć do trafnego dopasowania indywidualnych metod leczenia bądź wsparcia dla osób uzależnionych od konkretnych substancji psychoaktywnych.

Nadrzędnym celem badań było zwrócenie uwagi na różnorodność doboru substancji psychoaktywnych. Przeprowadzone badania w tej

---

58 Ibidem, s. 18.

59 *Współczesne modele i strategie resocjalizacji*, red. R. Opora, R. Breska, J. Jezierska, M. Piechowicz, Warszawa: Wydawnictwo Difin, 2017, s. 260–271.

pogłębionej perspektywie dążą do zidentyfikowania korelacji między wyborem narkotyku a dominującymi cechami osobowości.

Przebieg badania – zarys metodologiczny – wyniki

Z praktyki pracy w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, zarówno w Dziale Profilaktyki, jak i w Poradni Leczenia Uzależnień, wynikła potrzeba bliższego przyjrzenia się tematowi preferencji substancji psychoaktywnych. Ze względu na proces terapeutyczny, narzędzia oraz metody w nim stosowane kwestia doboru przyjmowanych narkotyków wydaje się niezwykle istotna.

Badanie było realizowane na przełomie lat 2017 i 2018 w sześciu ośrodkach leczenia uzależnień w Polsce. Populacja kliniczna obejmowała 140 pacjentów odbywających terapię w modelu społeczności terapeutycznej. W badaniu wzięli udział mężczyźni w wieku od 24 do 45 lat. Respondenci zostali przebadani kwestionariuszem preferencji substancji psychoaktywnych, skonstruowanym specjalnie na potrzeby badania. Kwestionariusz ten wskazywał sześć grup substancji psychoaktywnych, kolejno: kannabinoidy, stymulanty, opiaty, halucynogeny, benzodiazepiny oraz nowe substancje psychoaktywne. W badaniu została wykorzystana metoda rangowania, która dzięki pięciostopniowej skali Likerta[60] pozwoliła na poznanie częstotliwości przyjmowania poszczególnych grup substancji psychoaktywnych. Przy każdej kategorii substancji badany był proszony o określenie częstotliwości ich przyjmowania w ciągu ostatniego roku, z możliwością wyboru w kafeterii – od „bardzo często" do „bardzo rzadko". Badanie zostało przeprowadzone we współpracy ze specjalistami oraz instruktorami psychoterapii uzależnień.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że dominującą kategorią substancji psychoaktywnych są kannabinole. Ponadto wykazano tendencję do uzależnień od wielu grup substancji psychoaktywnych. Wyniki tych badań pokrywają się z najnowszym Europejskim raportem narkotykowym na rok 2019, który wskazuje, że najczęściej przyjmowanymi

---

60 R. Likert, *A Technique for the Measurement of Attitudes*, New York: The Science Press, 1932, s. 55.

substancjami psychoaktywnymi są konopie[61]. Analiza powyższych wyników, poszerzona o doświadczenia związane z własną praktyką psychoterapeutyczną, skłania do podjęcia dalszych, pogłębionych badań z tego zakresu, w szerszym kontekście. Jako kolejne pole badań można wskazać obszar doboru substancji psychoaktywnych w zależności od cech osobowości, czyli spróbować odpowiedzieć na pytanie: czy cechy osobowości mają wpływ na przyjmowanie konkretnej grupy substancji psychoaktywnych? Wiedza ta może się okazać pomocna przy konstruowaniu celu terapii, co może się przyczynić do jej pozytywnego zakończenia.

Badania te należy potraktować jako screening mający na celu wyodrębnienie i zdiagnozowanie użytkowników konkretnych grup substancji psychoaktywnych, a następnie – pogłębienie badań w celu analizowania zależności w sferze cech osobowości.

Przegląd badań na temat korelacji profili osobowości z używaniem substancji psychoaktywnych

Krótka analiza powyższych wyników skłania do przyjrzenia się polskim badaniom ukierunkowanym na kwestię korelacji cech osobowości z doborem substancji psychoaktywnych. Projekt prowadzony przez Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego pt. „Wzorce funkcjonowania psychospołecznego osób uzależnionych od alkoholu" jest jednym z istotniejszych badań z tego zakresu. Rozlegle ujmuje problem, zwracając uwagę na różnorodne korelacje między nasileniem używania alkoholu a cechami osobowości[62]. W wyniku przebadania 977 osób za pomocą Inwentarza Osobowości NEO PI-R[63] wykazano, że duża neurotyczność oraz

---

61 *Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia*, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001PLN_PDF.pdf (dostęp: 18 czerwca 2019).

62 B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski, J. Ryniak, J. Kasprzak, J. Nolbrzak-Drozd, A. Starowicz, *Profile osobowości w modelu Wielkiej Piątki u osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie*, „Alkoholizm i Narkomania" 2012, t. XXV, nr 2, s. 151–165.

63 Inwentarz Osobowości NEO PI-R – kwestionariusz do diagnozy cech osobowości zawartych w modelu pięcioczynnikowym, uwzględniający także poszczególne składniki każ-

mała sumienność związane są z problemowym piciem alkoholu oraz uzależnieniem od alkoholu[64]. Do pierwszej grupy zakwalifikowano osoby, których efekty psychoterapii mogą być trudno zauważalne, przede wszystkim ze względu na problemy z utrzymywaniem abstynencji. Stanowi to wyraźny sygnał dla specjalistów, że jest to grupa pacjentów, która daje gorsze rokowanie w leczeniu, a co za tym idzie wymaga zwiększonej uważności w procesie terapeutycznym. Duży odsetek osób z drugiej grupy wykazuje większą gotowość do podjęcia nowych celów oraz większą zdolność do działania. Odnosząc powyższe cechy do psychoterapii, można upatrywać w nich dużego potencjału głównie pod względem nieujawnionych trudności w przystosowaniu[65]. Analiza ta pozwala na bardziej wnikliwą realizację programu psychoterapii.

Publikacja Marii Mikołajczyk dotycząca korelatów osobowościowych używania substancji psychoaktywnych przez studentów[66] traktuje między innymi o przyjmowaniu narkotyków i leków w celach niemedycznych, odnosząc przy tym picie alkoholu oraz palenie tytoniu do konkretnych cech osobowości. Badania te zostały podjęte z inicjatywy Ogólnopolskiej Sieci Uczelni Wolnych od Uzależnień. Wzięły w nich udział 782 osoby. W projekcie zastosowano metodę korelacyjną opartą na kwestionariuszowym (Studenci 2005)[67] pomiarze zmiennych. Analiza wyników ukazała zależność między przyjmowaniem substancji

---

dej z cech „Wielkiej Piątki". Obejmuje on 240 twierdzeń, których prawdziwość badany ocenia w skali pięciostopniowej (od „całkowicie się nie zgadzam" do „całkowicie się zgadzam"). Odnoszą się one do pięciu czynników osobowości (skale), a w ramach każdego z nich – do sześciu składników (podskale). Są to: neurotyczność (lęk, agresywna wrogość, depresyjność, nadmierny krytycyzm, impulsywność i nadwrażliwość), ekstrawertyczność (serdeczność, towarzyskość, asertywność, aktywność, poszukiwanie doznań i emocje pozytywne), otwartość na doświadczenie (wyobraźnia, estetyka, uczucia, działanie, idee i wartości), ugodowość (zaufanie, prostolinijność, altruizm, ustępliwość, skromność i skłonność do rozczulania się), sumienność (kompetencja, skłonność do porządku, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplina i rozwaga).

64 B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski, J. Ryniak, J. Kasprzak, J. Nolbrzak-Drozd, A. Starowicz, *Profile osobowości…*, s. 151–165.

65 Ibidem.

66 M. Mikołajczyk, *Korelaty osobowościowe używania substancji psychoaktywnych przez studentów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2007, t. LXXXVIII, nr 3, s. 301–313.

67 Kwestionariusz opracowany w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego na podstawie ankiety przygotowanej przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Nar-

psychoaktywnych a niższą dojrzałością społeczną na poziomie zachowań i myślenia, słabszą tolerancją na frustrację, mniejszą zdolnością do odraczania gratyfikacji oraz słabszym poczuciem więzi emocjonalnych w rodzinie. Taka interpretacja pozwala na trafniejsze skonstruowanie programu oddziaływań psychoedukacyjnych oraz psychoterapeutycznych ograniczających ryzyko zdrowotne związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych[68].

Opracowanie raportu z badań dotyczących możliwości wykorzystania Kwestionariusza Temperamentu i Charakteru R.C. Cloningera w badaniu uzależnień od narkotyków[69] również wskazuje na osobowościowe determinanty przyjmowania substancji psychoaktywnych. W badaniu, w którym udział wzięło 56 osób, wykorzystano Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru (Temperament and Character Inventory – TCI)[70]. Spośród wymiarów opisujących temperament w modelu tym wyróżnia się: poszukiwanie nowości, tj. tendencję do aktywnego

kotykowych, rozszerzony o skalę do pomiaru samooceny, zaufania, stylów radzenia sobie i autorytaryzmu.

68 M. Mikołajczyk, *Korelaty osobowościowe…*, s. 301–313.

69 E. Hornowska, *Możliwość wykorzystania Kwestionariusza Temperamentu i Charakteru R.C. Cloningera w obszarze uzależnień od narkotyków. Raport*, Poznań 2003.

70 Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru (TCI – Temperament and Character Inventory) – operacjonalizacja psychobiologicznego modelu osobowości Cloningera, jest baterią skal wykorzystywanych do pomiaru różnych aspektów temperamentu i charakteru (R.C. Cloninger, T.R. Przybeck, D.M. Svrakic, R.D. Wetzel, *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*, St. Louis, Missouri: Washington University, Center for Psychobiology of Personality, 1994). Składa się z 240 twierdzeń, w odpowiedzi na które osoba badana wybiera jedną z dwóch możliwości: prawda lub fałsz. TCI mierzy następujące cztery podstawowe wymiary temperamentu: a) poszukiwanie nowości – tendencję do aktywnego reagowania na nowe bodźce, b) unikanie szkody – tendencję do hamowania działań w odpowiedzi na bodźce negatywne, c) uzależnienie od nagrody – skłonność do podtrzymywania zachowania w odpowiedzi na pozytywne wzmocnienia, d) wytrwałość – zdolność do samodzielnego podtrzymywania danego rodzaju aktywności, oraz trzy następujące wymiary charakteru, służące do pomiaru cech osobowości nabywanych w trakcie rozwoju osobniczego: e) samokierowanie – zdolność człowieka do kontrolowania, regulowania i dostosowania własnego zachowania w celu adaptacji do sytuacji, f) skłonność do współpracy – zdolność człowieka do identyfikacji i akceptacji zachowań innych osób, g) auto-transcendencja (zdolność do oderwania się od własnej osoby) – poczucie danej osoby, że jest ona częścią wszechświata (wymiar ten jest związany z duchowością).

reagowania na nowe bodźce; unikanie szkody, tj. tendencję do hamowania działań w odpowiedzi na bodźce negatywne; uzależnienie od nagrody, tj. skłonność do podtrzymywania zachowania w odpowiedzi na pozytywne wzmocnienia; oraz wytrwałość, tj. zdolność do samodzielnego podtrzymywania danego rodzaju aktywności. Do oceny charakteru służą kolejne trzy wymiary prezentowanego modelu osobowości, do których zalicza się: samokierowanie, skłonność do współpracy oraz autotranscendencję (zdolność do oderwania się od własnej osoby).

W psychologicznej charakterystyce temperamentu osób przyjmujących substancje psychoaktywne szczególnie istotne wydaje się duże zapotrzebowanie na stymulację. Świadczą o tym wysokie wyniki otrzymane na wszystkich podwymiarach skali poszukiwania nowości. Osoby te upodobały sobie zmienność i wysoką dynamikę życia. Męczy je monotonia, stabilność i wszelkie granice, dlatego też lubią je przekraczać, stawiać sobie coraz to nowe wyzwania. Łatwo ekscytują się wszelkimi nowościami, szczególnie takimi, które dostarczają silnych emocji lub stanowią ryzyko. Osoby te słabo kontrolują swoje odruchy, decyzje podejmują pochopnie, bazując na niekompletnej informacji, często jedynie na podstawie intuicji. Kiedy coś stanie im na przeszkodzie, mogą tracić nad sobą panowanie, otwarcie wyrażając gniew. Tendencję do wycofywania się w obliczu problemów czy frustracji potwierdzają niskie wyniki na skali wytrwałości. Osoby te mogą być postrzegane jako kapryśne, leniwe i nieaktywne. Najczęściej są usatysfakcjonowane tym, co osiągnęły, i rzadko dążą do czegoś lepszego[71].

Powyższe wyniki są zgodne z rezultatami innych badań, znanych z literatury[72], zgodnie z którymi osoby uzależnione charakteryzują się określonymi cechami temperamentu, zwiększającymi ich skłonność do

---

71 E. Hornowska, *Możliwość wykorzystania Kwestionariusza…*

72 Zob. A. Miklewska, *Związek temperamentu z zachowaniami agresywnymi i zagrożeniem uzależnieniem od alkoholu w świetle regulacyjnej teorii temperamentu J. Strelaua. Sprawozdanie z badań*, „Przegląd Psychologiczny" 2000, t. XLIII, nr 2, s. 173–190; J. Rogala-Obłękowska, *Narkotyki a młodzież* [w:] *Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych*, red. B. Fatyga, J. Rogala-Obłękowska, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2002, s. 185–336; J. Pałczyński, *Temperamentalne uwarunkowania zażywania marihuany i haszyszu*, Poznań: Instytut Psychologii UAM, 2002 (nieopublikowany maszynopis pracy magisterskiej).

poszukiwania dodatkowych źródeł stymulacji. Podjęte działania mają dostarczyć jednostce stymulacji, która pozwoli na utrzymanie optymalnego poziomu pobudzenia lub doprowadzenie niego. W tym kontekście przyjmowanie substancji psychoaktywnych można traktować jako formę aktywności stanowiącą dodatkowe źródło intensyfikacji doznań.

Uwagi końcowe

Stosowanie narkotyków powszechnie jest uznawane za jedną z przyczyn ogólnoświatowego obciążenia chorobami. Z ich przyjmowaniem nierzadko wiążą się przewlekłe i ostre problemy zdrowotne. Zapobieganie sięganiu po substancje psychoaktywne i innym zachowaniom ryzykownym łączącym się z nimi obejmuje szerokie spektrum działań, zarówno strategie środowiskowe, jak i uniwersalne, które są ukierunkowane na całe populacje. Aktualnie dostępne substancje psychoaktywne oraz zagrożenia z nimi związane nadal powodują problemy w dziedzinie zdrowia publicznego, stanowiąc jednocześnie wyzwanie dla decydentów. Zaprezentowana w artykule próba powiązania cech osobowości z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych może stanowić, w przyszłości, element rozwiązania wyżej nakreślonej sytuacji.

Wyniki prezentowanych badań, dotyczące korelacji wyboru rodzaju substancji psychoaktywnych oraz cech osobowości, jednoznacznie wykazują potencjał do wsparcia psychoterapii. Warto więc pogłębić i zintensyfikować badania w tym zakresie, zwracając szczególną uwagę na ich przydatność w profilaktyce i psychoterapii uzależnień. Obecnie pozwalają one jedynie na zdefiniowanie czynników osobowości mogących prowadzić do przyjmowania substancji psychoaktywnych, a także potencjalnych barier w leczeniu uzależnień. W związku z tym obszar ten wymaga dalszych rozważań teoretycznych i empirycznych, na których kanwie można by sformułować konkretne wnioski, pozwalające na wprowadzenie innowacji w procesie terapeutycznym.

BIBLIOGRAFIA

Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K., *Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych* [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2012.

Beauvale A., *Czynnikowe ujęcie osobowości (osobowość w świetle psychologii różnic indywidualnych)* [w:] *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości*, red. A. Gałdowa, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.

Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S., *Terapia poznawcza uzależnień*, przeł. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007.

Bętkowska-Korpała B., Gierowski J.K., Ryniak J., Kasprzak J., Nolbrzak-Drozd J., Starowicz A., *Profile osobowości w modelu Wielkiej Piątki u osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie*, „Alkoholizm i Narkomania" 2012, t. XXV, nr 2.

Bilikiewicz A., *Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi* [w:] *Psychiatria*, t. 2: *Psychiatria kliniczna*, Wrocław: Urban&Partner, 2002.

Cervone D., Pervin L.A., *Osobowość. Teoria i badania*, przeł. B. Majczyna et al., Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012.

Chlewiński Z., *Wprowadzenie do teorii osobowości H.J. Eysencka*, „Roczniki Filozoficzne" 1963, nr 4.

Cloninger R.C., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D., *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*, St. Louis, Missouri: Washington University, Center for Psychobiology of Personality, 1994.

Hall C.S., Lindzey G., Campbell J.B., *Teorie osobowości*, przeł. J. Kowalczewska, J. Radzicki, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1998.

Hornowska E., *Możliwość wykorzystania Kwestionariusza Temperamentu i Charakteru R.C. Cloningera w obszarze uzależnień od narkotyków. Raport*, Poznań 2003.

Jampolsky L., *Leczenie uzależnionej osobowości*, przeł. A. Wolnicka, Warszawa: Wydawnictwo „Czarna Owca", 2014.

Karpowicz P., *Narkotyki, Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie? Duchowe aspekty leczenia uzależnienia*, Białystok: Instytut Wydawniczy „Kreator", 2002.

Konopczyński M., *Metody twórczej resocjalizacji. Teoria i praktyka wychowawcza*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 2006.

Kooyman M., *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Bliskość, rola rodziców i skuteczność terapii*, przeł. P. Nowocień, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2002.

Likert R., *A Technique for the Measurement of Attitudes*, New York 1932.

Lorenc M., *Czy psychodeliki uratują świat?*, Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej, 2019.

Malczewski A., *Nowe substancje psychoaktywne na świecie – rynek coraz bardziej różnicowany*, „Serwis Informacyjny Uzależnienia" 2018, nr 2 (82).

Malczewski A., Sałustowicz P., *I-TREND – badanie dotyczące nowych substancji psychoaktywnych*, „Serwis Informacyjny Narkomania" 2015, nr 4.

Materiały szkoleniowe – Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych, 2015.

Mądrzycki T., *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996.

Miklewska A., *Związek temperamentu z zachowaniami agresywnymi i zagrożeniem uzależnieniem od alkoholu w świetle regulacyjnej teorii temperamentu J. Strelaua: Sprawozdanie z badań*, „Przegląd Psychologiczny" 2000, t. XLIII, nr 2.

Mikołajczyk M., *Korelaty osobowościowe używania substancji psychoaktywnych przez studentów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2007, t. LXXXVIII, nr 3.

Miller W.R., Forcehimes A.A., Zweben A., *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, przeł. M. Cierpisz, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014.

Narkomania – spojrzenie wielowymiarowe, red. M. Jędrzejko, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2009.

Pałczyński J., *Temperamentalne uwarunkowania zażywania marihuany i haszyszu*, Poznań: Instytut Psychologii UAM, 2002 (nieopublikowany maszynopis pracy magisterskiej).

Robson P., *Narkotyki*, przeł. C. Juda, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 1997.

Rogala-Obłękowska J., *Narkotyki a młodzież* [w:] *Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych*, red. B. Fatyga, J. Rogala-Obłękowska, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2002.

Rosenhan D., Seligman M., Walker E., *Psychopatologia*, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Warszawa: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2003.

Rybczyńska-Abdel Kawy D., Heine M., Karłyk-Ćwik A., *Współczesne wyzwania dla teorii i praktyki resocjalizacyjnej,* Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT": Toruń 2013, s. 40–45.

Stępień E., *Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży. Przegląd badań z lat 1997–2002*, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2004.

Strelau J., *Psychologia temperamentu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.

Strelau J., *Temperament i typ układu nerwowego*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1974.

Szukalski B., *Charakterystyka środków psychoaktywnych* [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2012.

Teesson M., Degenhardt L., Hall W., *Uzależnienia*, przeł. Z. Pelc, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.

Urban M., Rudecki T., Wróblewski D., Rabe-Jabłońska J., *Zaburzenia psychotyczne związane z przewlekłym przyjmowaniem mefedronu. Opis przypadku*, „Psychiatria Polska" 2011, t. XLV, nr 3.

Wanat W., *Narkotyki i narkomania. Odlot donikąd*, Warszawa: Iskry, 1997.

Wojciechowski M., *Psychologia narkomanii, czyli Jak do tego dochodzi, że ktoś się uzależnia*, Warszawa: Laboratorium Psychologii Stosowanej, 1993.

Woronowicz B.T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań–Warszawa: Media Rodzina, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, 2009.

Współczesne modele i strategie resocjalizacji, red. R. Opora, R. Breska, J. Jezierska, M. Piechowicz, Warszawa: Wydawnictwo Difin, 2017.

Zajączkowski K., *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 2005.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

Ashton H., *Benzodiazepiny: jak działają, jak je odstawiać*, https://www.benzo.org.uk/polman/bzcha01.htm?fbclid=IwAR1wJ3qQNdOsyBIez9CVU1E2is9250kH1n3nmZhjQA49KZKuqgb5Y2Oig18 (dostęp: 11 czerwca 2019).

Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001PLN_PDF.pdf (dostęp: 18 czerwca 2019).

Vetulani J., *Dlaczego mózg się uzależnia? Czy może się uzależnić od wszystkiego?*, Polityka.pl, https://www.polityka.pl/niezbednik/1540665,1,dlaczego-mozg-sie-uzaleznia-czy-moze-sie-uzaleznic-od-wszystkiego.read (dostęp: 24 kwietnia 2019).

MAŁGORZATA WOJCIECHOWSKA
Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni

Seksualność osób uzależnionych – koncepcja, praca, wsparcie

Abstrakt: Artykuł porusza tematykę pracy nad seksualnością pacjenta uzależnionego. Przedstawia krótko możliwe kierunki pracy przy pierwszych spotkaniach konsultacyjnych. Uwzględnia wyniki badań pracy nad seksualnością, a także doświadczenia własnej praktyki psychoterapeutycznej autorki w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni. Głównym tematem tekstu jest koncepcja seksualności pacjenta, wielowymiarowość problemu, a także możliwe sposoby wsparcia.

SŁOWA KLUCZOWE: seksualność, uzależnienie, psychoterapia, płeć

Sexuality of addicted people – concept, work, support

Abstract: The article discusses the topic of work on addicted patient's sexuality. Presented in brief directions of work at consultation meetings. This article deals with psychological work at Centers of Addiction Prevention and Therapy in Gdynia. The main topic is the concept of patient sexuality, multidimensionality of the problem, and possible directions are support.

KEYWORDS: sexuality, addiction, psychotherapy, sex

Seksualność jest tematem, który wywołuje naturalny opór. Trudność w myśleniu o sobie i innych jako o istotach seksualnych jest związana często z przekazem rodzinnym, kulturowym. Seksualność to ważny

obszar funkcjonowania każdego człowieka, determinowany przez kombinację czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych, pozostających w ciągłej interakcji, a pominięcie tego tematu czyni proces psychoterapii niepełnym.

Rozpatrując seksualność w kontekście rozwoju psychoseksualnego człowieka, należy zwrócić szczególną uwagę na dwie cechy, jakimi się ona charakteryzuje, stałość oraz zmienność. Przez stałość rozwoju rozumie się to, że seksualność jest atrybutem każdego człowieka. Zmienność oznacza, że podlega ona zmianom podczas cyklów życia danej osoby. Proces, jaki zachodzi w trakcie rozwoju, można podzielić na fazy, i tak jak człowiek inaczej odbiera świat, będąc dzieckiem, adolescentem czy osobą dorosłą, tak też inaczej przebiega jego rozwój związany z seksualnością.

Dlatego też najłatwiej opisywać rozwój seksualny, przyjmując perspektywę Miltona Hylanda Ericksona, psychiatry i jednego z twórców psychologii rozwoju *life-span*. Oznacza to, że rozwój dotyczy każdego wieku i dokonuje się etapami, a każdy etap wcześniejszy stanowi podłoże rozwoju etapu późniejszego.

Postrzeganie pacjenta jako istoty seksualnej w każdym okresie jego życia wydaje się niezwykle istotne w procesie psychoterapeutycznym. Etapy, na które dzieli się proces rozwoju – nie tylko psychoseksualnego – umożliwiają sprawdzenie, czy problem, z którym zgłasza się pacjent, jest odstępstwem od normy rozwojowej czy nie. Pominięcie tematu seksualności wydaje się niedostrzeganiem niezwykle ważnej sfery życia.

Fundamentem psychoterapii jest poznanie drugiego człowieka. Dzięki kompleksowej wiedzy na temat pacjenta psychoterapeuta umożliwia mu doświadczenie zrozumienia, wsparcia i akceptacji własnej osoby. Brak rozmowy na temat seksualności może być źródłem cierpienia, frustracji oraz napięcia u pacjenta. Dodatkowo następuje wzmocnione przekonanie, że trudności przeżywane w sferze seksualności są tak ogromne i wstydliwe, że z nikim (nawet z psychoterapeutą) nie można o nich rozmawiać. W pracy specjalisty psychoterapii uzależnień należy zwrócić uwagę na dodatkowe istnienie ryzyka rozładowania napięcia emocjonalnego, jakie narasta w pacjencie w sposób destruktywny, związany z uzależnieniem.

Doświadczenie własnej pracy psychoterapeutycznej w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni oraz rozmowy przeprowadzone

z psychologami, psychoterapeutami, specjalistami terapii uzależnień wskazują na często odczuwane zakłopotanie tą tematyką. Poczucie wstydu i braku kompetencji do pracy w tym obszarze sprawiają, że seksualność bywa tematem traktowanym pobieżnie lub nieświadomie pomijanym. Badania wskazują, że około 50% pacjentów deklaruje niezadowolenie ze swojego życia seksualnego. Pominięcie pytań dotyczących orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, sposobów radzenia sobie z popędem seksualnym oraz akceptacji swojej seksualności wydaje się istotnym przeoczeniem w procesie psychoterapii.

Dlaczego tak trudno jest rozmawiać o seksualności? Ambiwalencja, jaką można odczuwać, wydaje się związana ze sprzecznym przekazem – seksualność obecnie z jednej strony jest traktowana jako tabu, grzech, powód do wstydu, a z drugiej strony – przyjemność, sposób okazywania miłości i bliskości. Erotyzm płynący z przekazów medialnych zderza się z normami, takimi jak np. restrykcyjne przekonania religijne nakazujące skromność. Brak rozmowy o seksualności w trakcie psychoterapii powoduje, że często pacjenci nie wiedzą, z kim mogliby się swoimi rozterkami podzielić.

Można zakładać, że zadawanie pytań pacjentowi o jego seksualność już na pierwszym spotkaniu u psychologa, psychoterapeuty czy specjalisty psychoterapii uzależnień daje mu poczucie, że osoba pomagająca czuje się komfortowo w tej sferze i w razie potrzeby również ten temat może być przedyskutowany. Pojawia się jednak pytanie: czy specjalista psychoterapii uzależnień jest kompetentny, aby pracować z pacjentem w obszarze seksualności? Przy jakich trudnościach warto rozważyć przekierowanie pacjenta do innego specjalisty?

Seksualność – wielowymiarowość, wywiad wstępny, diagnoza

Seksualność najczęściej jest kojarzona z aktem współżycia lub seksapilem. Jednak jest ona bardziej złożona i posiada wiele wymiarów. Pierwszym wymiarem seksualności jest nasza płeć. Wiedza na ten temat wydaje się oczywista – rodzimy się płci żeńskiej lub męskiej. Od momentu narodzin i stwierdzenia płci rozpoczyna się proces związany z nabywaniem tożsamości płciowej (przypisywania roli). Jednak sam konstrukt

płci jest bardziej skomplikowany niż rozróżnienie, czy ktoś jest płci żeńskiej czy męskiej. Złożoność pojęcia płci przybliża teoria, która dzieli ją na 12 różnych aspektów:

1. *płeć genetyczna* – jest determinowana rodzajem chromosomów płciowych (u ludzi: mężczyźni – kariotyp 46,XY, kobiety – 46,XX, istnieją też kariotypy z zaburzoną konfiguracją chromosomów płciowych);
2. *płeć gonadalna* – określana na podstawie gonad (samce: jądra, samice: jajniki, ale mogą być też formy niezróżnicowane lub obojnacze);
3. *płeć genitalna* – określana na podstawie zewnętrznych narządów płciowych (mężczyźni – penis i moszna, kobiety – łechtaczka i wargi sromowe);
4. *płeć hormonalna* – jest określana na podstawie względnej ilości wydzielanych hormonów płciowych (androgeny przeważają u mężczyzn, a estrogeny u kobiet);
5. *płeć gonadoforyczna* – określana jest w zależności od pierwotnych dróg rozrodczych, prowadzących do gonad (u płci męskiej z przewodów Wolffa wykształcają się nasieniowody, a u płci żeńskiej z przewodów Müllera wytwarzane są jajowody);
6. *płeć germinatywna* – wytwarzanie gamet: komórek jajowych, plemników, bądź ich brak;
7. *płeć fenotypowa* – zależna od drugorzędowych cech płciowych, np. owłosienie ciała, piersi, wygląd zewnętrzny;
8. *płeć somatyczna* – obraz antropometryczny stosunków cielesnych oraz inne wyznaczniki;
9. *płeć mózgu* – różnice w budowie mózgu determinujące płeć psychiczną;
10. *płeć psychiczna* – stałe i niezmienne poczucie przynależności do jednej z płci, wcześnie się wykształca i jest niezmienna;
11. *płeć seksualna* – ze względu na pełnione role płciowe;
12. *płeć społeczna* (*gender*) – metrykalna i związana z pełnieniem danej roli płciowej na płaszczyźnie społecznej[1].

[1] M. Nowicka, *Interseksualizm – trzecia płeć* [w:] *Tabu seksuologii. [Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej]*, red. A. Jodko, Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica", 2008, s. 42–56,

Praca specjalisty psychoterapii uzależnień dotyczy jedynie kilku wymiarów płci, jednak wiedza na temat złożoności tego konstruktu umożliwia szersze widzenie problematyki, z jaką może się zgłosić pacjent. Jeśli dodamy, że każdy z 12 wymiarów dzieli się na wiele innych – np. płeć psychiczna składa się z identyfikacji płciowej, roli płciowej, orientacji seksualnej oraz różnic płciowych typu poznawczego – to dopiero po rozpoznaniu poszczególnych aspektów mamy szansę zrozumieć złożoność seksualności pacjenta. Dokładne jej zbadanie na etapie wywiadu wstępnego może pomóc w dalszym ustalaniu celów terapii.

Celem pracy specjalisty psychoterapii uzależnień jest zebranie informacji przede wszystkim dotyczących uzależnienia bądź relacji z osobą uzależnioną oraz zdiagnozowanie, jak zaawansowany jest zgłaszany problem. Wydaje się, że na tym etapie nie jest istotne rozumienie seksualności pacjenta, jednak kilka pytań wzbogacających podstawowy wywiad może być pierwszym etapem zawierania przymierza terapeutycznego i budowania komfortowej atmosfery umożliwiającej rozmowę o najtrudniejszych problemach. Analizowanie sytuacji za pomocą różnych teorii związanych z seksualnością może pomóc w rozumieniu złożoności seksualności pacjenta.

Użyteczna wydaje się teoria systemów seksuologicznych, opisana przez Urie Bronfenbrennera w roku 1994. Według tej teorii na naszą seksualność składa się wiele współwystępujących ze sobą systemów. Zakłada się, że najmniejszy, aczkolwiek najbardziej wpływowy na proces socjalizacji, jest *mikrosystem* rodzinny. Przekonania dotyczące seksualności są kształtowane przez role płciowe lub prezentowane zachowania seksualne, które dziecko obserwuje u swoich rodziców. Inne mikrosystemy mogą dotyczyć różnych grup społecznych, w których funkcjonujemy (np. rówieśnicy, partnerzy), a także czynników biologicznych (geny, gospodarka hormonalna czy charakterystyka układu neurologicznego danego człowieka). Mikrosystem wydaje się istotnie decydować o tym, w jaki sposób buduje się stopień zainteresowania seksem lub poziom pobudzenia seksualnego.

---

za: D. Cysarz, *Seksualność pacjenta jako wyzwanie w pracy psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego*, „Terapia Poznawczo-Behawioralna" 2014, nr 6: *Zaburzenia seksualne*, s. 1–20.

Drugim systemem seksuologicznym w myśl omawianej teorii jest *mezosystem*. Składa się on z licznych interakcji między mikrosystemami. Pacjent, budując relację z drugą osobą, łączy swój mikrosystem z mikrosystemem partnerki/partnera i w efekcie tworzy mezosystem. Analizując złożoność problemu pacjenta, warto brać pod uwagę to, co znajduje się w mezosystemie, ze względu na mogący występować konflikt między mikrosystemami pacjenta i jego partnerki/partnera.

Kolejnym systemem seksuologicznym jest *egzosystem*, na który składają się szkoła, opieka zdrowotna, obraz medialny seksu i seksualności oraz bliska przestrzeń pacjenta. W najprostszy sposób egzosystem można zbadać, pytając o państwo, w którym pacjent się wychował czy w którym obecnie żyje. Różnorodność postrzegania seksualności w obrębie miejsca, w jakim dorastamy, wydaje się mieć znaczący wpływ na specyfikę problemów.

Najszerszym czynnikiem kształtującym zachowania związane z seksualnością jest *makrosystem*. Składają się na niego kultura, płeć społeczna (gender) oraz religia. Wiedza na temat funkcjonowania pacjenta w tym systemie może być użyteczna w doborze narzędzi pracy. W myśl przekonań związanych z religią pacjent może nie być zainteresowany ćwiczeniem zachowań przekraczających normy religijne, a niebędących w sprzeczności z normami społecznymi obowiązującymi w środowisku pacjenta.

Ostatnim z systemów seksuologicznych jest *chronosystem*, związany z cyklem życia pacjenta. Składają się na niego: obecny wiek, wiek inicjacji seksualnej, menopauza, dorastanie dzieci, starzenie się rodziców itp. Perspektywa, która pojawia się, gdy bierze się pod uwagę istnienie chronosystemu, umożliwia postrzeganie pacjenta w kontekście jego określonych doświadczeń w ciągu życia.

Jednym z narzędzi terapeutycznych stosowanych przez specjalistów jest forma wywiadu. Prowadząc rozmowę dotyczącą problemów seksuologicznych, warto skorzystać z pytań, jakie proponuje ustrukturyzowany wywiad analizujący systemy seksuologiczne pacjenta (tab. 1).

Tabela 1. Systemy seksuologiczne – przykładowe pytania do wywiadu

System seksuologiczny	Pytania
Mikrosystem	Jak fizycznie odczuwasz swoje pobudzenie?
	Czy twoi rodzice postrzegali seksualność jako negatywną czy pozytywną część życia?
	Jak rozwijała się twoja seksualność w porównaniu do rówieśników?
Mezosystem	Jak twoje wcześniejsze relacje seksualne wpływają na postrzeganie obecnych?
	Czy stres wpływa na twoje pożądanie?
	Czy informacje na temat doświadczeń seksualnych twoich rówieśników wpływają na twoją ocenę swoich doświadczeń?
Egzosystem	Czy miałeś w szkole edukację seksualną? Jeśli tak, to czy skupiała się ona na abstynencji, czy była wszechstronna?
	Czy miałeś łatwy dostęp do antykoncepcji?
	Jaki przekaz dotyczący tego, jak twoja seksualność powinna wyglądać, dały ci filmy, telewizja i piosenki?
Makrosystem	Na czym polega twoja rola seksualna mężczyzny/kobiety?
	Co sprawia, że ktoś jest atrakcyjnym seksualnie partnerem?
	Czego nauczyła cię twoja inicjacja zachowań seksualnych?
	Czy uprawianie seksu przed ślubem lub dla przyjemności jest w porządku?
Chronosystem	Czy kiedykolwiek doświadczyłeś/doświadczyłaś dysfunkcji seksualnej?
	Czy miałeś/miałaś doświadczenie nadużycia seksualnego? Jeśli tak, to jak długo trwało i z czym się wiązało?
	Jakie były twoje pierwsze doświadczenia seksualne? Oceniasz je pozytywnie czy negatywnie? Jakie były twoje pierwsze pozytywne (negatywne) doświadczenia seksualne?

Źródło: K.E. Jones, A.M. Meneses da Silva, K.L. Soloski, *Sexological systems theory: an ecological model and assessment approach for sex therapy*, „Sexual and Relationship Therapy" 2011, Vol. XXVI, No. 2, s. 127–144, za: D. Cysarz, *Seksualność pacjenta jako wyzwanie w pracy psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego*, „Terapia Poznawczo-Behawioralna" 2014, nr 6: *Zaburzenia seksualne*, s. 1–20.

W trakcie spotkań konsultacyjnych lub wstępnej diagnozy problemu pytania o seksualność mogą zaskakiwać pacjenta bądź wydawać się mu nieadekwatne – jednak podczas własnej praktyki psychoterapeutycznej

w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni wielokrotnie przekonałam się, że wstępne rozmowy o seksualności w długotrwałym efekcie terapeutycznym przyniosły przekonanie, że pacjent może sobie pozwolić na większą otwartość i swobodniejszą rozmowę o problemie.

Seksualność osób uzależnionych

Seksualność pacjentów zgłaszających się po pomoc do Poradni Leczenia Uzależnień może być rozumiana w różny sposób. Pacjent w wyniku doświadczeń z przeszłości, które mogły wpływać na jego seksualność, znajduje sposób na poradzenie sobie z doświadczanym cierpieniem poprzez uzależnienie. Inną sytuacją może być zjawisko uzależnienia od seksu. Pacjent używa elementu swojej seksualności w zachowaniu kompulsywnym. W każdym nałogu pojawiają się pewne wzorce zachowań – w przypadku uzależnienia od seksu muszą być spełnione co najmniej trzy z poniższych kryteriów:

1. powtarzające się niepowodzenia w opieraniu się impulsom seksualnym skłaniającym do podjęcia określonych zachowań seksualnych;
2. częste podejmowanie zachowań seksualnych w większym stopniu lub przez okres dłuższy niż pacjent zamierzał;
3. ciągłe odczuwanie pożądania lub nieudane próby powstrzymania, ograniczenia lub kontrolowania tych zachowań;
4. spędzenie ogromnej ilości czasu na poszukiwaniu możliwości uprawiania seksu oraz powrocie do zdrowia po doświadczeniach seksualnych;
5. zaabsorbowanie zachowaniami seksualnymi lub działaniami przygotowawczymi;
6. częste podejmowanie zachowań seksualnych w czasie, gdy oczekiwane jest wypełnienie obowiązków zawodowych, akademickich, domowych lub społecznych;
7. kontynuowanie zachowań seksualnych pomimo świadomości, że wywołują one lub zaostrzają uporczywy lub nawracający problem społeczny, finansowy, psychologiczny lub fizyczny;

8. potrzeba zwiększenia intensywności, częstotliwości, liczby lub poziomu ryzyka zachowań w celu osiągnięcia zamierzonego efektu lub zmniejszony wpływ kontynuacji zachowania na takim samym poziomie intensywności, częstotliwości, liczby lub poziomu ryzyka;
9. rezygnacja z aktywności społecznej, zawodowej lub rekreacyjnej albo jej ograniczenie z powodu danego zachowania;
10. udręka, niepokój, nerwowość lub drażliwość w przypadku braku możliwości podjęcia określonych zachowań[2].

Opierając się na doświadczeniach pracy własnej, w szczególności w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, zauważam pewną prawidłowość. Niezależnie od zgłaszanego problemu pacjenci rzadko odnoszą się do sfery seksualności na pierwszych spotkaniach. Analizując tę prawidłowość, można przypuszczać, że wolimy seksualność pominąć ze względu na odczuwany wstyd oraz szereg bolesnych doświadczeń, które mogą się z nią wiązać. Z moich obserwacji wynika, że wielu pacjentów zgłaszających się po pomoc w zakresie uzależnień doświadczało nadużyć w sferze seksualności lub innej formy przekraczania granic w okresie dzieciństwa czy w wieku szkolnym. Stąd naturalnie temat seksualności może się pojawić przy omawianiu doświadczeń z przeszłości czy podczas analizowania relacji społecznych pacjenta. Doświadczanie własnej seksualności w sytuacji nadużycia czy molestowania może implikować trudności dotyczące seksualności w dalszym, dorosłym życiu. Jednym z problemów jest brak „czucia" własnego ciała. Osoba, której granice seksualne zostały przekroczone w dzieciństwie, może separować się od doznań z ciała, w wyniku czego nie potrafi on przeżywać w pozytywny sposób własnej seksualności w wieku dorosłym.

W pracy specjalisty psychoterapii uzależnień istotna wydaje się wiedza, jak poszczególne substancje psychoaktywne mogą wpływać na seksualność pacjenta. Osoba przyjmująca środki psychostymulujące będzie przeżywać seksualność, doznania seksualne czy sam akt współżycia

---

[2] *Uzależnienie od seksu. Przewodnik dla klinicystów*, red. P. Carnes, K.M. Adams, Zamość 2018, s. 18–19.

inaczej niż osoba zażywająca środki takie jak marihuana czy LSD. Opisywane jest to także przez specjalistów:

> Kokaina pobudza centralny układ nerwowy, a zażywana w małych dawkach może początkowo zwiększać pożądanie seksualne i efektywność. Przy długotrwałym zażywaniu kokainy mężczyźni mają trudności z utrzymaniem erekcji i wytryskiem, a kobiety z uzyskaniem orgazmu. LSD jest środkiem, którego działanie nastawia zażywającego na zajęcie się własnym „ja". Wyklucza to zazwyczaj kontakty intymne z inną osobą. I dlatego, mimo że zażywający LSD czują się pobudzeni erotycznie, zadowala ich bardziej siedzenie i rozmyślanie o tym niż podjęcie konkretnego działania. Częste stosowanie marihuany może zmniejszyć ilość i jakość spermy, uszkadzając jej zdolność poruszania się, w ten sposób osłabiona jest więc płodność mężczyzny. U kobiet mogą wystąpić zaburzenia cyklu miesiączkowego objawiające się nieprawidłowym jajeczkowaniem, co w rezultacie powoduje niemożliwe do przewidzenia okresy płodności[3].

Własna praktyka psychoterapeutyczna w Ośrodku Terapii i Profilaktyki Uzależnień w Gdyni umożliwiła mi zauważenie innej prawidłowości związanej z seksualnością pacjenta. Pacjenci czasem decydują się na korzystanie ze wsparcia farmakologicznego przy wychodzeniu z uzależnienia. Edukacja na temat problemów w sferze seksualności, które mogą być spowodowane zażywaniem leków, wydaje się przeciwdziałać wynikającemu z tego poczuciu winy, obniżeniu pewności siebie czy problemom emocjonalnym spowodowanym np. trudnościami z utrzymaniem wzwodu czy przeżywaniem orgazmu. Poinformowanie pacjenta już na pierwszej wizycie o możliwych skutkach ubocznych brania leków może ochronić przed negatywnym doświadczaniem swojej seksualności podczas dochodzenia do zdrowia, a także umożliwić świadomy wybór wsparcia farmakologicznego mimo ryzyka odczuwania trudności w sferze seksualnej.

Pracę z osobami uzależnionymi możemy oprzeć na modelu terapii seksualnej PLISSIT. Model ten pozwala na określenie różnych poziomów interwencji dla poszczególnych pacjentów. Został on stworzony

---

3 J.E. Rodgers, *Narkotyki i seks*, przeł. M. Studzińska, Warszawa: Profi, 1995, s. 49–57.

w 1976 roku przez Jacka Annona. Litery tworzące nazwę odnoszą się do czterech poziomów interwencji:

- pozwolenie (P),
- ograniczone informacje (LI),
- konkretne propozycje (SS),
- intensywna terapia (IT).

Poziomy PLISSIT są dostosowane do rosnącej ingerencji w relację między terapeutą a pacjentem i do ich interakcji oraz związane z rodzajem i zakresem pomocy, jaka jest potrzebna pacjentowi. W dużej mierze koncentrują się wokół tego, czego pacjent szuka oraz jak wygodnie i dobrze czuje się w rozmowie o seksualności i zdrowiu seksualnym.

Etapy wyżej opisywanego modelu można rozumieć następująco:

1. Pozwolenie, to możliwość rozmowy o trudnościach seksualnych. Zadaniem terapeuty w tym okresie jest stworzenie takich warunków, aby pacjent poczuł się komfortowo w kontakcie terapeutycznym. Atmosfera wzajemnego zaufania pozwala na omówienie trudności pacjenta w sferze seksualnej. Terapeuta może przez postawę neutralną, bez wartościowania i oceny, zademonstrować pacjentowi, jak rozmawiać o seksie w sposób niemedyczny i daleki od seksualizacji.
2. Kolejny etap modelu opiera się na psychoedukacji. Pacjent może się spodziewać otrzymania jasnych i konkretnych danych dotyczących jego trudności seksualnych. Terapeuta zobowiązuje się do przekazania informacji na temat przyczyn dysfunkcji, z jaką zmaga się pacjent, oraz zdrowych reakcji i zachowania seksualnego. Wspólnie obalają mity dotyczące seksualności.
3. Etap związany z konkretnymi informacjami charakteryzuje się nakierowaniem szczególnie na problemy pacjenta. Z terapeutą omawia on konkretne sytuacje i zdarzenia ze swojego życia. Przy okazji poznawania technik, jakimi posługuje się terapeuta (np. treningu psychoseksualnego), pacjent może próbować rozwiązywać swoje problemy.
4. Ostatni etap skoncentrowany na intensywnej terapii dotyczy pracy nad przyczynami powstawania dysfunkcji seksualnej. Pacjent wraz z terapeutą poruszają tematykę mechanizmów osobowości, przeżytych traum, swojej tożsamości, zaburzonych wzorców

przywiązania, stereotypów i błędnych schematów poznawczych czy zaburzonych wzorców myślenia. Jest to etap, podczas którego pacjent uzyskuje możliwość odkrywania swoich preferencji seksualnych bądź pracy nad akceptacją swojej seksualności.

Odpowiednio do etapów zawierających się w modelu PLISSIT wyznaczono umiejętności, jakimi powinien się charakteryzować terapeuta uzależnień posługujący się tą formą terapii:

- Etap 1. Umiejętność rzeczowej, akceptującej, afirmującej i szanującej intymność rozmowy.
- Etap 2. Znajomość rozwoju psychoseksualnego. Znajomość fizjologii i psychologii dysfunkcji. Wiedza na temat zdrowia seksualnego, typowych stereotypów, błędnych przekonań i nawyków.
- Etap 3. Znajomość technik terapii treningowej, procedur behawioralnych i poznawczych, umiejętność pracy z parą.
- Etap 4. Umiejętność prowadzenia psychoterapii.

W pracy z osobą uzależnioną należy zwrócić szczególną uwagę na rodzaj przyjmowanej substancji bądź charakter uzależnienia behawioralnego i jego wpływ na życie seksualne pacjenta. Wykorzystanie modelu PLISSIT umożliwia ustrukturyzowanie pracy z pacjentem uzależnionym. Faktem jest, że zanim specjalista psychoterapii uzależnień rozpocznie pierwszy etap pracy według wyżej omówionego modelu, jest zobowiązany do udzielenia sobie przyzwolenia na rozmowę o seksualności.

Uwagi końcowe

Nie jest łatwo rozmawiać o seksualności. Wydaje się, że specjalista psychoterapii uzależnień powinien być wyposażony w wiele narzędzi umożliwiających pracę nad uzależnieniem. W rzeczywistości jednak szkolenia dotyczące uzyskiwania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień poświęcają niewiele miejsca na zdobycie umiejętności przydatnych w pracy nad seksualnością pacjenta. Pomija się także seksualność terapeuty. Specjalista psychoterapii uzależnień, aby mógł swobodnie pracować w sferze seksualności pacjenta, oprócz wiedzy wydaje się potrzebować doświadczenia własnego – rozmowy o przekonaniach na temat własnej seksualności, mówienia o swoich doświadczeniach i przyglądania

się swoim reakcjom w sytuacji rozmowy o doświadczeniach innych osób. Jego praca powinna się odbywać w bezpiecznej formie, opartej na szkoleniu. Specjalista psychoterapii uzależnień, przy świadomości swoich ograniczeń, używając podstawowej wiedzy na temat seksualności pacjenta, może odgrywać niezwykle ważną rolę w toku pracy nad seksualnością pacjenta. Wydaje się, że seksualność jest tematem wartym podejmowania podczas psychoterapii uzależnień. Świadomość i przepracowanie własnej seksualności, w zakresie rozumienia i doświadczania, ze strony terapeuty proces ten jedynie wzbogaca. Seksualność jest tematem wartym uwagi ze względu na jego złożoność, a także wpływ na pracę terapeutyczną pacjentów uzależnionych.

BIBLIOGRAFIA

Beisert M., *Rozwój psychoseksualny człowieka. Kryteria dojrzałości psychoseksualnej* [w:] *Seksuologia*, red. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2017.

Cysarz D., *Seksualność pacjenta jako wyzwanie w pracy psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego*, „Terapia Poznawczo-Behawioralna" 2014, nr 6: *Zaburzenia seksualne*.

Jones K.E., Meneses da Silva A.M., Soloski K.L., *Sexological systems theory: an ecological model and assessment approach for sex therapy*, „Sexual and Relationship Therapy" 2011, Vol. XXVI, No. 2.

Nowicka M., *Interseksualizm – trzecia płeć* [w:] *Tabu seksuologii. [Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej]*, red. A. Jodko, Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica", 2008.

Rodgers J.E., *Narkotyki i seks*, przeł. M. Studzińska, Warszawa: Profi, 1995.

Smaś-Myszczyszyn M., *Trudności seksualne wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych* [w:] *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna*, red. M. Rawińska, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2019.

Uzależnienie od seksu. Przewodnik dla klinicystów, red. P. Carnes, K.M. Adams, Zamość: Dolce Vita, 2018.

MAGDALENA JAROCH-LIDZBARSKA
Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni

Psychoterapeuta uzależnień wobec problemu uzależnienia od seksu

Abstrakt: Artykuł opisuje definicję i problematykę zjawiska uzależnienia od seksu w odniesieniu do aktualnej wiedzy i badań naukowych. Przedstawia czynniki sprzyjające rozwojowi tego uzależnienia. Uwzględnia również zaburzenia psychiczne najczęściej współwystępujące z uzależnieniem od seksu. Artykuł koncentruje się ponadto na opisie postawy psychoterapeuty uzależnień najbardziej sprzyjającej zdrowieniu osoby uzależnionej, a także na samym przebiegu psychoterapii i roli grupy samopomocowej Anonimowych Seksoholików w leczeniu.

SŁOWA KLUCZOWE: uzależnienie od seksu, hiperseksualność, zaburzenia współwystępujące, psychoterapia uzależnienia od seksu, grupa samopomocowa Anonimowych Seksoholików

Addiction psychotherapist towards the problem of sex addiction

Abstract: The article describes the definition and problem of the phenomenon of sex addiction in relation to current knowledge and scientific research. It presents factors conducive to the development of sex addiction. It also takes into account disorders most often co-occurring with sex addiction. The article also focuses on the description of the attitude of addiction psychotherapist most conducive to the healing of the addicted person, as well as on the very course of psychotherapy and the role of self-help group in treatment.

KEYWORDS: addiction to sex, hypersexuality, co-morbidities, psychotherapy of sex addiction, self-help group Sexaholics Anonymous

Wstęp

Na początku swojego artykułu chciałabym przedstawić definicję uzależnienia od seksu oraz rozpowszechnienie problemu, posiłkując się dostępnymi źródłami naukowymi autorów zarówno polskich, jak i zagranicznych. Swoje doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi od seksu zdobywałam w Poradni Leczenia Uzależnień w Gdyni przy ul. Chrzanowskiego, pracując w programie realizowanym przez Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, który koncentruje się na psychoterapii osób z problemem uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych (w tym również uzależnienia od seksu). To między innymi dlatego dostrzegam potrzebę pisania o tym zjawisku. Program działa w Poradni Leczenia Uzależnień od 2014 roku i od początku jego trwania zgłaszali się do nas pacjenci z rozpoznaniem wyżej wymienionego uzależnienia. To pozwoliło mi zdobyć wiedzę oraz cenne doświadczenie zarówno w pracy indywidualnej, jak i grupowej z pacjentami uzależnionymi od seksu oraz doskonalić najbardziej skuteczne metody w pracy terapeutycznej. W swoim artykule będę używała wymiennie pojęć „uzależnienie od seksu" oraz „hiperseksualność". Przejdę teraz do zdefiniowania zagadnienia będącego głównym przedmiotem niniejszego artykułu.

Charakterystyka problemu

Pojęcie uzależnienia od seksu znajduje w literaturze wiele synonimów, najczęściej: patologiczna hiperseksualność, kompulsywne zachowanie seksualne, problemowe zachowanie seksualne, zaburzenia kontroli popędu czy erotomania. Można również spotkać inne określenia, tj. donżuanizm czy nimfomania, świadczące o tendencji do promiskuityzmu. Wyznaczniki patologicznej hiperseksualności opisane przez Michała Lwa-Starowicza[1] obejmują cztery wskaźniki:

[1] M. Lew-Starowicz, *Patologiczna hiperseksualność* [w:] *Seksuologia*, red. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2017.

a) behawioralne – częstotliwość i charakter aktywności seksualnej oraz przeznaczony na nią czas;
b) poznawcze – stopień zaabsorbowania sferą seksualności, intruzywne myśli oraz fantazje seksualne;
c) emocjonalne – przeżywane negatywne stany emocjonalne;
d) subiektywnie przeżywane cierpienie (dystres).

Bardzo istotne jest to, że patologiczną hiperseksualność odróżnia się od niepatologicznego popędu seksualnego za pomocą kryterium utraty kontroli nad myślami, fantazjami oraz zachowaniami seksualnymi[2].

Aktualnie klasyfikacje ICD-10 oraz DSM-V nie zawierają rozpoznania uzależnienia od seksu; pod kodem F52.7 możemy odnaleźć tylko kategorię o nazwie „nadmierny popęd seksualny", która niestety nie ma kryteriów diagnostycznych. Podczas prac nad powstawaniem klasyfikacji DSM-V zasugerowano umieszczenie w niej rozpoznania „zaburzenie hiperseksualne" i zaproponowano jego następujące kryteria diagnostyczne:

– Występujące przez minimum sześć miesięcy: nawracające, intensywne fantazje, pobudki lub zachowania seksualne w powiązaniu z co najmniej trzema poniższymi kryteriami:
  1. Czas spędzony na fantazjowaniu o seksie, pobudkach lub zachowaniach seksualnych zakłóca w sposób powtarzalny inne istotne (nieseksualne) cele, aktywności i zobowiązania.
  2. Powtarzane angażowanie się w fantazje, pobudki i zachowania seksualne w reakcji na dysforyczne stany nastroju (np. lęk, depresja, znudzenie, rozdrażnienie).
  3. Powtarzane angażowanie się w fantazje, pobudki i zachowania seksualne w reakcji na stresujące wydarzenia życiowe.
  4. Powtarzane, lecz nieskuteczne wysiłki zmierzające do kontrolowania lub znaczącego ograniczenia opisanych fantazji, pobudek lub zachowań seksualnych.
  5. Powtarzane angażowanie się w zachowania seksualne mimo ryzyka fizycznego lub emocjonalnego skrzywdzenia siebie lub innych osób.
– Występujące istotne cierpienie osobiste lub zakłócenie społecznych, zawodowych albo innych ważnych obszarów funkcjonowa-

[2] Ibidem, s. 480–481.

nia, związane z częstością i intensywnością opisywanych fantazji, pobudek lub zachowań seksualnych.
– Opisywane fantazje seksualne, popędy lub zachowania, które nie są bezpośrednim efektem fizjologicznym działania substancji egzogennej (np. nadużywania substancji lub stosowanego leku)[3].

Niestety, rozpoznanie „zaburzenie hiperseksualne" nie zostało włączone do klasyfikacji DSM-V ze względu na argumentowaną potrzebę uzupełnienia podstaw empirycznych, jednakże jest aktualnie stosowane zarówno w badaniach, jak i w praktyce klinicznej.

W celu diagnostyki problemu uzależnienia od seksu warto również posiłkować się testami przesiewowymi na obecność tego uzależnienia, np. SAST-R (ang. Sexual Addiction Screening Test – Revised)[4], dostępnym również w polskiej adaptacji[5], oraz *Inwentarzem uzależnienia od seksu – wersją poprawioną* (SDI-R 4.0). Użycie testu SAST-R pomaga specjaliście rozróżnić zachowania nałogowe i nienałogowe, a SDI-R – zapoznanie się z przeszłością pacjenta oraz historią rozwoju jego zaburzenia[6].

Bardzo istotną kwestią przy diagnozowaniu uzależnienia od seksu jest również wykluczenie wszelkich medycznych powodów hiperseksualności, ponieważ – jak podają źródła medyczne (w tym anglojęzyczne) – niektóre zaburzenia neurologiczne, tj. choroba Alzheimera, choroba Niemanna-Picka, zespół Kleinego-Levina, mogą powodować nadmierny popęd seksualny. Dodatkowo niezmiernie istotne jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu w celu poznania stosowanych przez pacjenta leków oraz substancji psychoaktywnych, gdyż mogą one powodować rozhamowanie seksualne. Aktualnie wiadomo, że powodują je leki stosowane w chorobie Parkinsona oraz substancje takie jak kokaina, GHB, metaamfetamina[7].

---

3 Ibidem, s. 482.

4 Kwestionariusz – opracowanie Patrick Carnes – dostępny online: https://foundryclinicalgroup.com/wp-content/uploads/2012/07/SAST-R.pdf (dostęp: 16 kwietnia 2019).

5 M. Gola, M. Skorko, E. Kowalewska, A. Kołodziej, M. Sikora, M. Wodyk, Z. Wodyk, P. Dobrowolski, *Polish adaptation of Sexual Addiction Screening Test – Revised (SAST-PL-M)*, „Psychiatria Polska" 2017, nr 51 (udostępnione przed drukiem).

6 P.J. Carnes, M. Wilson, *Proces oceny uzależnienia od seksu* [w:] *Uzależnienie od seksu. Przewodnik dla klinicystów*, red. P. Carnes, K.M. Adams, Zamość: Dolce Vita, 2018, s. 20–22.

7 K.L. Derbyshire, J.E. Grant, *Compulsive sexual behaviour: A review of the literature*, „Journal of Behavioral Addictions" 2015, Vol. 4, Issue 2, s. 39.

W związku z mnogością czynników mogących mieć wpływ na rozwinięcie się hiperseksualności postawienie prawidłowej diagnozy u osoby zgłaszającej się po pomoc powinno obejmować konsultację zarówno psychiatry, seksuologa, jak i psychoterapeuty w celu przyjrzenia się objawom danego pacjenta z różnych perspektyw. Należy uwzględnić nie tylko kryteria diagnostyczne, ale też holistyczną diagnozę aktualnej sytuacji danej osoby.

Według prac autorów zagranicznych, tj. *The Emperor Has No Clothes: A Review of the 'Pornography Addiction'* oraz *Compulsive Sexual Behavior in Young Adults*, przytaczanych przez Mateusza Golę, problem uzależnienia od seksu może dotyczyć w Polsce od 0,58 do 3% populacji mężczyzn oraz od 0,4 do 3% populacji kobiet. Powodem zgłaszania się po pomoc jest najczęściej poczucie utraty kontroli nad ilością czasu spędzanego na oglądaniu pornografii internetowej, masturbacji oraz korzystaniu z płatnych usług seksualnych[8]. Patrick Carnes nadmienia, że pacjenci zgłaszający się po pomoc prezentują szerokie spektrum zachowań seksualnych, ponieważ rzadko występują one pojedynczo, np. przygody miłosne, cyberseks, voyeryzm (podglądactwo), ekshibicjonizm, molestowanie seksualne lub przestępstwa seksualne[9].

Czynniki sprzyjające rozwojowi uzależnienia od seksu

Opisując kwestię czynników sprzyjających rozwinięciu się uzależnienia od seksu, muszę odwołać się do źródeł anglojęzycznych, gdyż można w nich znaleźć liczby obrazujące odsetki pacjentów doświadczających konkretnych problemów mogących przyczynić się do rozwoju hiperseksualności. W Polsce nie mamy jeszcze adekwatnych statystyk, jednak od kilku lat prof. Gola wraz z zespołem prowadzi badania w ramach funduszu Narodowego Centrum Nauki (NCN), które mają na celu określić rozmiar zjawiska w naszym kraju.

Simone Kühn i Jürgen Gallinat podają, że według aktualnych dowodów naukowych istnieją domniemanie genetycznego podłoża hiper-

---

8 M. Gola, *Mechanizmy, nie symptomy. Drogowskaz do pracy z pacjentem z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi*, „Przegląd Seksuologiczny" 2016, z. 2, nr 46, s. 4.

9 P.J. Carnes, M. Wilson, *Proces oceny uzależnienia od seksu*, s. 12.

seksualności. Stwierdzono, że 36% pacjentów ma rodzica, który również jest uzależniony od seksu, a 81% posiada co najmniej jednego członka rodziny, który doświadcza tego problemu. Ponadto badania wiążą nasilenie zachowań seksualnych z mutacjami genetycznymi – genotypem DRD2 oraz z genem DAT1, który koduje transport dopaminy[10]. Katherine Derbyshire i Jon E. Grant piszą, że 81% badanych miało w rodzinie przynajmniej jeden przypadek uzależnienia: 40% – uzależnienie chemiczne, 36% – uzależnienie od seksu, 30% – zaburzenia odżywiania oraz 7% – patologiczny hazard[11].

Inne badania, przeprowadzone przez Donalda W. Blacka i współpracowników (1997), wskazują, że 22% osób cierpiących z powodu uzależnienia od seksu doświadczało przemocy fizycznej w rodzinie, a 31% – przemocy seksualnej, co stanowi wyższe wartości aniżeli te uzyskane w grupie kontrolnej – kolejno 18% i 9%[12].

W Polsce aktualnie dysponujemy wiedzą o wybranych czynnikach mogących stanowić etiopatogenezę hiperseksualności, które wymienia Lew-Starowicz:

- zwiększona impulsywność (wiążąca się ze skłonnością do rozhamowania seksualnego, szczególnie w chwilach odczuwania negatywnych stanów emocjonalnych);
- deficyt samokontroli (zaburzenie mechanizmu hamowania podniecenia seksualnego i samoregulacji);
- deficyt rozszerzonej samoświadomości (przewidywania odległych skutków swojego zachowania);
- czynniki medyczne (objawy hiperseksualności mogą się ujawnić w fazie maniakalnej u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową, przy uszkodzeniu płatów czołowych, ciała migdałowatego, w przebiegu padaczki skroniowej, w zespole Tourette'a oraz przy farmakoterapii choroby Parkinsona, wspomnianej już wcześniej)[13].

---

10 S. Kühn, J. Gallinat, *Neurobiological basis of hypersexuality*, „International Review of Neurobiology" 2016, Vol. CXXIX, s. 71.

11 K.L. Derbyshire, J.E. Grant, *Compulsive sexual behaviour…*, s. 39.

12 D.W. Black, L.L. Kehrberg, D.L. Flumerfelt, S. Schlosser, *Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior*, „The American Journal of Psychiatry" 1997, Vol. CLIV, No. 2, s. 245.

13 M. Lew-Starowicz, *Patologiczna hiperseksualność*, s. 484.

Podsumowując: uzależnienie od seksu, podobnie jak inne nałogi behawioralne, a także uzależnienia chemiczne, ma źródła w czynnikach biologicznych, psychologicznych i społecznych.

Zaburzenia współwystępujące z uzależnieniem od seksu

Opisując kwestię zaburzeń współwystępujących z problemem hiperseksualności, ponownie muszę odwołać się do źródeł anglojęzycznych, gdyż w Polsce nie dysponujemy jeszcze odpowiednimi badaniami.

Zdaniem Carnesa uzależnienie od seksu rzadko występuje jako pojedynczy problem. Według przeprowadzonych badań ponad 83% seksoholików ma również problem z innymi uzależnieniami – 42% jest uzależnionych od substancji chemicznych, 38% cierpi z powodu zaburzeń odżywiania, 28% jest uzależnionych od pracy, 26% w sposób kompulsywny wydaje pieniądze, a 5% jest uzależnionych od hazardu. Wśród osób uzależnionych od alkoholu dodatkowy problem z uzależnieniem od seksu ma 42–73%. Dodatkowo seksoholizm może również współwystępować z zespołem stresu pourazowego (PTSD)[14].

Kühn i Gallinat po przeprowadzonych badaniach stwierdzili współwystępowalność z zaburzeniami nastroju u 72% osób uzależnionych od seksu, zaburzenia lękowe u 38%, uzależnienie od substancji psychoaktywnych u 40–71% pacjentów oraz kilkanaście procent osób cierpiących równocześnie z powodu hiperseksualności i zaburzeń osobowości lub zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych[15]. W polskich źródłach z kolei Lew-Starowicz nadmienia, że u osób zgłaszających się po pomoc z powodu patologicznej hiperseksualności stosunkowo często diagnozuje się również uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia nastroju, zaburzenia osobowości i objawy obsesyjno-kompulsyjne[16]. W swojej praktyce klinicznej mam w szczególności do czynienia ze współwystępowaniem u pacjentów hiperseksualnych

---

14 P.J. Carnes, M. Wilson, *Proces oceny uzależnienia od seksu*, s. 14.

15 S. Kühn, J. Gallinat, *Neurobiological basis of hypersexuality*, s. 70.

16 M. Lew-Starowicz, *Patologiczna hiperseksualność*, s. 482.

zaburzeń osobowości oraz nadużywaniem lub z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.

Wyżej przytoczone dane wskazują, że pacjenci borykający się z problemem uzależnienia od seksu w większości równolegle doświadczają też innych zaburzeń psychicznych, jak i seksualnych, co z pewnością należy wziąć pod rozwagę w procesie zarówno planowania leczenia, jak i samej psychoterapii w celu optymalnego udzielenia pomocy osobie uzależnionej.

Psychoterapia uzależnienia od seksu

Psychoterapia uzależnienia od seksu różni się od tradycyjnej metody leczenia uzależnień opartej na całkowitej abstynencji, ponieważ celem nie jest zupełne odrzucenie kontaktów seksualnych, ale powrót do zdrowego i świadomego życia płciowego oraz identyfikacja przyczyn leżących u podłoża rozwinięcia się u pacjenta uzależnienia od seksu.

Sławomir Jakima i Ewa Małachowska określają, że psychoterapia zaburzeń seksualnych, w tym uzależnienia od seksu, powinna się składać z następujących elementów:

- diagnoza;
- określenie celów terapeutycznych;
- ocena możliwości pacjenta co do podjęcia określonej formy terapii, aktualnej motywacji do zmiany oraz wsparcia ze strony otoczenia;
- ocena własnego podejścia do problemu (weryfikacja swoich możliwości i umiejętności oraz przekonań);
- dobór strategii leczenia (określenie metod i technik pracy psychoterapeutycznej oraz ewentualnych dodatkowych konsultacji i badań);
- zawarcie kontraktu terapeutycznego (umowa między pacjentem a psychoterapeutą ,określająca długość trwania psychoterapii oraz jej warunki i zasady)[17].

---

[17] S. Jakima, E. Małachowska, *Psychoterapia w leczeniu zaburzeń seksualnych* [w:] *Podstawy seksuologii*, red. Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2010, s. 323–324.

Wobec mnogości mechanizmów leżących u podłoża uzależnienia od seksu korzystne wydaje się elastyczne podejście do psychoterapii, a każdy plan leczenia powinien być zindywidualizowany i szczególnie uwzględniać rodzaj mechanizmów, na których bazie doszło do rozwoju uzależnienia u danej osoby. Dodatkowo nieodzownym elementem psychoterapii jest wzięcie pod uwagę aktualnej motywacji pacjenta do zmiany, jego sytuacji życiowej oraz możliwości dostępu do danej formy oddziaływań terapeutycznych[18].

Poniższa tabela, opracowana na podstawie artykułu Mateusza Goli, przedstawia rodzaje mechanizmów podtrzymujących zachowania hiperseksualne oraz towarzyszące im istotne elementy behawioralne, psychologiczne, a także wskazania do pracy terapeutycznej.

Tabela 1. Mechanizmy podtrzymujące zachowania hiperseksualne a wskazania do pracy terapeutycznej

Rodzaj mechanizmu	mechanizm lękowy	mechanizm apetytywny
Eskalacja zachowań hiperseksualnych	brak	obecna (w aspekcie czasowym i treściowym)
Zdolność do czerpania przyjemności z innych zachowań poza seksualnymi	obecna	zawężona
Wskazania do pracy psychoterapeutycznej	praca nad redukcją lęku, nauka radzenia sobie z napięciem inaczej niż przez zachowania seksualne	identyfikacja wyzwalaczy, redukcja czynników ryzyka, wzmocnienie zasobów potrzebnych do utrzymywania abstynencji, nauka konstruktywnych sposobów radzenia sobie z napięciem, nauka czerpania przyjemności ze zróżnicowanych rodzajów aktywności, nie tylko zachowań seksualnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z pracy Mateusza Goli *Mechanizmy, nie symptomy. Drogowskaz do pracy z pacjentem z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi*, „Przegląd Seksuologiczny" 2016, z. 2, nr 46, s. 7.

[18] Ibidem, s. 486.

Dodatkowo bardzo istotnym elementem w pracy psychoterapeutycznej z pacjentem uzależnionym od seksu jest uwzględnienie przez psychoterapeutę jego przekonań religijnych. Jeżeli pacjent jest bardzo zaangażowany religijnie, to jednoczesne występowanie zachowań hiperseksualnych sprawia, że odczuwa on duży dyskomfort z powodu konfliktu między wyznawanymi wartościami a swoim zachowaniem, które wymyka się spod kontroli. W takiej sytuacji nieodzownym składnikiem utrzymania dobrej relacji terapeutycznej jest poszanowanie systemu wartości pacjenta, a praca psychoterapeutyczna może się opierać na następujących elementach:

- redukcja zniekształceń poznawczych (głównie dychotomii);
- praca nad przekonaniami dotyczącymi własnej seksualności i znaczenia odczuwanego pobudzenia seksualnego;
- rozwijanie kompetencji niezbędnych do realizacji potrzeby bliskości i popędu seksualnego w akceptowany przez pacjenta sposób;
- praca nad utrzymaniem konstruktywnych relacji;
- praca nad poczuciem własnej wartości[19].

Psychoterapia poznawczo-behawioralna kładzie duży nacisk na psychoedukację, konceptualizację problemów pacjenta oraz pracę poznawczą i behawioralną, w których zakres wchodzą przykładowe następujące techniki pracy psychoterapeutycznej: dziennik aktywności (w tym też seksualnej), skalowanie, problem-solving, trening autogenny, wizualizacja, desensytyzacja, zbieranie argumentów za konkretnymi przekonaniami podtrzymującymi zachowania nałogowe i przeciw nim. Podejście oparte na terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu uzależnienia od seksu zakłada pomoc pacjentom w identyfikacji czynników wyzwalających zachowania hiperseksualne i umożliwia im rozwinięcie bardziej adaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie z nimi. Pomaga to w szczególności uniknąć nawrotów. Nurt CBT (psychoterapia poznawczo-behawioralna) ma także na celu nauczyć pacjentów lepszych sposobów radzenia sobie ze stresem, lękiem i obniżonym nastrojem, które mogą wyzwalać kompulsywne zachowania seksualne[20]. W dalszej perspektywie, kiedy pacjent nie doświadcza już intensywnych głodów oraz radzi sobie z utrzymaniem

---

19 Ibidem, s. 8.

20 www.uzależnieniabehawioralne.pl (dostęp: 4 kwietnia 2019).

abstynencji, można przejść do pracy nad relacjami społecznymi oraz nad ewentualnymi wydarzeniami traumatycznymi z przeszłości (jeżeli pacjent takie ma i chce nad nimi pracować) w formie np. terapii schematów, której twórcą jest Jeffrey Young. Terapia schematów to podejście psychoterapeutyczne integrujące w swoich założeniach podejście poznawczo-behawioralne, psychodynamiczne oraz terapię Gestalt. Wykracza ona poza klasyczną psychoterapię poznawczo-behawioralną i kładzie nacisk na zgłębianie sięgających dzieciństwa i okresu dojrzewania przyczyn problemów psychologicznych pacjenta, zastosowanie technik doświadczeniowych, budowanie relacji z pacjentem oraz rozpoznawanie i zmienianie nieadaptacyjnych stylów radzenia sobie z trudnościami. Psychoterapeuta jest sojusznikiem pacjenta w walce z jego schematami, a kiedy ten powtarza dysfunkcyjne wzorce, jest empatycznie konfrontowany przez terapeutę z powodami, dla których powinien je zmienić[21].

Pacjent ma możliwość skorzystania z psychoterapii indywidualnej, grupowej i psychoterapii par/małżeńskiej. Ze względu na fakt, że uzależnienie od seksu ma znaczący wpływ na relacje z partnerem/współmałżonkiem, odbycie wspólnej psychoterapii wydaje się nieodzownym składnikiem uzdrawiania wzajemnych relacji, jest zalecane po odbyciu psychoterapii indywidualnej.

Tabela 2 obrazuje, które sytuacje pozwalają na skorzystanie z pomocy ambulatoryjnej, a które wymagają już leczenia stacjonarnego.

Pracując z pacjentami uzależnionymi od seksu w Poradni Leczenia Uzależnień, prowadzę ich psychoterapię indywidualną w nurcie poznawczo-behawioralnym, równocześnie kieruję ich do grupy psychoedukacyjnej w naszej placówce (jeśli kwalifikują się do pracy grupowej) oraz zalecam uczestnictwo w psychoterapii par osobom pozostającym w związkach (po zakończonym procesie indywidualnym i grupowym). Doświadczenie kliniczne, zarówno moje, jak i Współpracowników, pokazuje, że takie formy i kolejność oddziaływań terapeutycznych skutkują zmniejszeniem nasilenia zachowań hiperseksualnych u pacjentów lub całkowitą ich eliminacją (poza seksem w związku małżeńskim lub

---

[21] J. Klosko, J. Young, M. Weishaar, *Terapia schematów: model pojęciowy* [w:] J.E. Young, J.S. Klosko, M.E. Weishaar, *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2014, s. 24–25.

partnerskim), zwiększeniem wiedzy na temat mechanizmów działania ich choroby oraz konstruktywniejszą regulacją emocji. Poprawie ulega też jakość relacji pacjentów z otoczeniem.

Tabela 2. System pomocy psychoterapeutycznej a sytuacja pacjenta

System pomocy psychoterapeutycznej	Sytuacja pacjenta
ambulatoryjny	zaangażowanie w psychoterapię, wsparcie ze strony rodziny, umiejętność utrzymania (choćby okresowego) abstynencji od zachowań hiperseksualnych
stacjonarny	obecność tendencji samobójczych, niezdolność do utrzymania abstynencji od zachowań hiperseksualnych, stwarzanie ryzyka dla siebie i dla innych

Źródło: opracowanie własne na podstawie pracy Patricka Carnesa i Meg Wilson, *Proces oceny uzależnienia od seksu* [w:] *Uzależnienie od seksu. Przewodnik dla klinicystów*, red. P. Carnes, K.M. Adams, Zamość: Dolce Vita, 2018, s. 26.

Postawa psychoterapeuty sprzyjająca zdrowieniu z uzależnienia od seksu

W trakcie psychoterapii uzależnienia od seksu psychoterapeuta porusza z pacjentem najbardziej intymne i delikatne sfery jego życia, dlatego szczególnie istotne jest zachowanie granic w relacji psychoterapeuta – pacjent, gdyż jakiekolwiek ich przekroczenie jest niedopuszczalne i nieetyczne oraz bardzo raniące dla pacjenta. Część pacjentów, borykających się zarówno z problemem uzależnienia od seksu, jak i np. zaburzeniami osobowości, będzie chciała wyjść poza ramy profesjonalnej relacji terapeutycznej, dlatego też rolą psychoterapeuty jest to dostrzegać oraz omawiać z pacjentem na sesjach. Odpowiedzialność za utrzymywanie granic w relacji spoczywa na psychoterapeucie. Z tego powodu bardzo istotnym elementem jest regularne superwizowanie swojej pracy z pacjentem, aby z pomocą zarówno superwizora, jak i współpracowników

stale monitorować swoją relację z pacjentem oraz pracę psychoterapeutyczną[22].

Niektórzy pacjenci mogą umyślnie dogłębnie opisywać i analizować szczegóły swojej aktywności seksualnej w celu wywołania reakcji ze strony psychoterapeuty, np. szoku, zaintrygowania czy może oceny. Warto omawiać takie sytuacje z pacjentem i jasno określać granice, a także wspólnie poszukiwać znaczenia oraz funkcji określonych zachowań stosowanych zarówno wobec psychoterapeuty, jak i innych osób[23].

Osoby zgłaszające się na psychoterapię z powodu uzależnienia od seksu często borykają się ze wstydem oraz poczuciem winy z powodu swoich kompulsywnych zachowań, a także ich skutków. Dlatego też bardzo cenne ze strony psychoterapeuty jest niewywieranie nacisku na szybki proces otwierania się i dzielenia wszystkimi informacjami. Założenie z góry, że pacjent potrzebuje czasu, aby się poczuć bezpiecznie i nawiązać z psychoterapeutą sojusz terapeutyczny, oraz przyznanie mu prawa do zatajania informacji z różnych przyczyn, może pomóc pacjentowi odczuć większy komfort na początkowych sesjach. Licznie występujące u pacjenta zniekształcenia poznawcze (np. myślenie czarno-białe, myślenie magiczne, racjonalizacja, minimalizacja itp.) są dodatkowym elementem, który sprawia, że historię pacjenta psychoterapeuta poznaje w różnych odsłonach, a pacjent nie zawsze od początku jest w stanie powiedzieć całą prawdę na temat swojej choroby[24].

Cierpliwość, wyrozumiałość i empatyczne słuchanie z jednoczesną dbałością o granice stanowią nieodzowne elementy budowania dobrej relacji terapeutycznej, co moim zdaniem stanowi podstawowy czynnik leczący w psychoterapii osób uzależnionych od seksu, ponieważ ich problem polega na kompulsywnym wyładowywaniu napięcia seksualnego, które weszło w nawyk jako niekonstruktywny sposób regulacji emocji. W konsekwencji, niestety, nałóg ten w sposób negatywny wpływa na relacje zarówno w związku, jak i z pozostałymi ludźmi.

Dla psychoterapeuty ważne jest również, aby przyjrzał się swoim przekonaniom na temat zarówno samego uzależnienia od seksu, jak

---

22 S. Jakima, E. Małachowska, *Psychoterapia w leczeniu zaburzeń seksualnych*, s. 324.

23 P.J. Carnes, M. Wilson, *Proces oceny uzależnienia od seksu*, s. 25.

24 Ibidem, s. 17.

i osób borykających się z tym problemem oraz zastanowił się nad swoim stosunkiem do ludzi o odmiennej orientacji seksualnej (wśród pacjentów zmagających się z uzależnieniem od seksu zdarzają się też osoby homo- i biseksualne). Dodatkowo zawsze pytam pacjentów płci męskiej, czy ma znaczenie fakt, że ich psychoterapię będzie prowadzić kobieta. Jeżeli miałoby to stanowić w rozumieniu pacjenta przeszkodę dla powodzenia procesu psychoterapeutycznego, to powinien on mieć możliwość zmiany psychoterapeuty, aby czuł się jak najbardziej komfortowo podczas sesji.

Rola grupy samopomocowej Anonimowych Seksoholików w leczeniu uzależnienia od seksu

Anonimowi Seksoholicy (SA) są wspólnotą zarówno mężczyzn, jak i kobiet, której członkowie dzielą się nawzajem doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i pomagać innym w wychodzeniu z uzależnienia od seksu. Jedynym warunkiem uczestnictwa w mityngach wspólnoty SA jest pragnienie, aby zerwać z żądzą i osiągnąć seksualną trzeźwość. Podstawowym celem tej grupy jest trwanie w seksualnej trzeźwości i pomoc innym seksoholikom w jej osiągnięciu. Program dochodzenia do zdrowia jest zbudowany na zasadach AA (12 Kroków i 12 Tradycji). Definicja trzeźwości dla seksoholików będących w związku małżeńskim oznacza powstrzymanie się od wszelkich form seksu z samym sobą lub z kimkolwiek oprócz współmałżonka. Natomiast dla seksoholików niebędących w małżeństwie trzeźwość seksualna oznacza wolność od wszelkich form seksu. Jeżeli dwoje lub więcej seksoholików spotyka się w celu osiągnięcia trzeźwości seksualnej, rozumianej zgodnie z definicją trzeźwości SA, mogą oni określić się jako grupa SA[25].

Wspólnota SA nie jest formą psychoterapii, lecz grupą samopomocową. Jej spotkania są prowadzone przez członków SA, na mityngach nie ma żadnych zawodowych prowadzących, np. psychoterapeutów. Filozofia wspólnoty SA zakłada przywrócenie instynktowi seksualnej bliskości jego właściwego miejsca, tak by służył przekazywaniu życia

[25] www.sa.org.pl (dostęp: 29 marca 2019).

i podtrzymywaniu zdrowych więzi między współmałżonkami. Doświadczenie członków wspólnoty opiera się na przekonaniu, że kiedy zaprzestajemy oddawać się żądzy i seksualnej stymulacji, potrzeba, by być obsesyjnie seksualnym, opuszcza nas[26].

Bazując na swojej praktyce klinicznej, widzę potrzebę, aby dodać, że przeważający odsetek zgłaszających się do mnie pacjentów korzystających z psychoterapii indywidualnej w Poradni Leczenia Uzależnień uczestniczył równolegle w mityngach wspólnoty SA. Na podstawie obserwacji oraz rozmów z pacjentami mogę stwierdzić, że w grupie samopomocowej uzyskiwali oni potrzebne wsparcie oraz ulgę. Dzięki temu, że poznawali ludzi, którzy borykali się z takim samym problemem, oraz słuchali ich historii, mogli też łatwiej poradzić sobie z nasilonym poczuciem winy oraz wstydem, które często były przez nich wymieniane na początku psychoterapii jako problemy do przepracowania. Z zaobserwowanych innych korzyści uczestnictwa w mityngach SA mogę wymienić nasilenie się u pacjentów przekonania o konieczności utrzymywania bezwzględnej abstynencji od zachowań seksualnych (poza seksem w małżeństwie) oraz wiary, że jeżeli nastąpi u nich jednorazowe złamanie abstynencji, to nieuchronnie będzie miał miejsce dalszy ciąg kompulsji seksualnej. W psychoterapii skutkowało to potrzebą realizacji treningu zapobiegania nawrotom oraz pracy nad przekonaniami danego pacjenta, które miałyby być na tyle elastyczne, aby ułatwić mu poradzenie sobie z sytuacjami, kiedy zdecyduje się w inny sposób niż w małżeństwie/związku zaspokoić swój popęd seksualny, oraz wpłynąć na zwiększenie jego komfortu psychicznego po takim zdarzeniu.

Uwagi końcowe

Podsumowując niniejszy artykuł, należy stwierdzić, że zarówno diagnozowanie, jak i leczenie uzależnienia od seksu jest bardzo dużym wyzwaniem dla pacjenta i psychoterapeuty. Uznając za kluczowy czynnik leczący silne przymierze terapeutyczne – dzięki któremu można w sprzyjającej atmosferze eksplorować przekonania pacjenta dotyczące

[26] www.uzależnieniabehawioralne.pl (dostęp: 29 marca 2019).

sfery seksualnej, relacji oraz postrzegania kobiet i mężczyzn, a także pracować nad konstruktywną regulacją emocji i zaniechaniem lub ograniczeniem kompulsji seksualnych, jak również nad traumatycznymi przeżyciami z przeszłości, które często stanowią jeden z powodów rozwoju uzależnienia od seksu – należy poświęcić dużo czasu na budowanie relacji z pacjentem. Osoby borykające się z problemem hiperseksualności często cierpią też na dodatkowe zaburzenia psychiczne, co wpływa na długość trwania psychoterapii – dlatego trzeba to uwzględnić podczas planowania sesji. Leczenie uzależnienia behawioralnego, jakim jest hiperseksualność, niekiedy będzie się opierało na pracy tzw. metodą redukcji szkód, polegającą na niwelowaniu przykrych konsekwencji uzależnienia od seksu przez zmniejszenie częstotliwości zachowań kompulsywnych. Część pacjentów będzie jednak chciała realizować swoje potrzeby seksualne tylko w związku, rezygnując z pozostałych form zaspokajania popędu seksualnego. Dla psychoterapeuty zaangażowanie w psychoterapię powinno łączyć się z nieustannym zgłębianiem wiedzy na temat uzależnienia od seksu. W Polsce jest to problem jeszcze stosunkowo mało zbadany, dlatego też posiłkowanie się wiedzą zagranicznych badaczy i psychoterapeutów może być tylko korzyścią dla procesu psychoterapii. Dodatkowo dbanie o regularną superwizję swojej pracy oraz monitorowanie własnych reakcji na opisywane zachowania pacjenta sprawią, że pomoc będzie możliwie najefektywniejsza.

BIBLIOGRAFIA

Black D.W., Kehrberg L.L., Flumerfelt D.L., Schlosser S., *Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior*, „The American Journal of Psychiatry" 1997, Vol. 154, No. 2.

Carnes P.J., Wilson M., *Proces oceny uzależnienia od seksu* [w:] *Uzależnienie od seksu. Przewodnik dla klinicystów*, red. P. Carnes, K.M. Adams, Zamość: Dolce Vita, 2018.

Derbyshire K.L., Grant J.E., *Compulsive sexual behaviour: A review of the literature*, „Journal of Behavioral Addictions" 2015, Vol. 4, Issue 2.

Gola M., *Mechanizmy, nie symptomy. Drogowskaz do pracy z pacjentem z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi*, „Przegląd Seksuologiczny" 2016, z. 2, nr 46.

Gola M., Skorko M., Kowalewska E., Kołodziej A., Sikora M., Wodyk M., Wodyk Z., Dobrowolski P., *Polish adaptation of Sexual Addiction Screening Test – Revised (SAST-PL-M)*, „Psychiatria Polska" 2017, nr 51 (udostępnione przed drukiem).

Jakima S., Małachowska E., *Psychoterapia w leczeniu zaburzeń seksualnych* [w:] *Podstawy seksuologii*, red. Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2010.

Klosko J., Young J., Weishaar M., *Terapia schematów: model pojęciowy* [w:] J.E. Young, J.S. Klosko, M.E. Weishaar, *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2014.

Kühn S., Gallinat J., *Neurobiological basis of hypersexuality*, „International Review of Neurobiology" 2016, Vol. 129.

Lew-Starowicz M., *Patologiczna hiperseksualność* [w:] *Seksuologia*, red. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Literackie, 2017.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

Sexual Addiction Screening Test – Revised (SAST-R), https://foundryclinicalgroup.com/wp-content/uploads/2012/07/SAST-R.pdf (dostęp: 16 kwietnia 2019).

www.sa.org.pl (dostęp: 29 marca 2019).

www.uzaleznieniabehawioralne.pl (dostęp: 4 kwietnia 2019).

ALEKSANDRA DYMOWSKA
Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni

Seksualność w dorastaniu. O potrzebie edukacji seksualnej w wychowaniu ku zdrowiu

Abstrakt: Tekst wskazuje na potrzebę edukacji seksualnej, wspierającej młodych ludzi w prawidłowym rozwoju psychoseksualnym. Podkreśla rolę edukatora seksualnego, jako osoby uczestniczącej w procesie wychowywania ku zdrowiu młodych ludzi. Praca sygnalizuje również związek nowych technologii z kształtowaniem się obrazu seksualności u nastolatków. Artykuł dopełniają wywiady w ujęciu narracyjnym z osobami będącymi na późnym etapie adolescencji.

SŁOWA KLUCZOWE: seksualność, edukacja, wspieranie w rozwoju, adolescenci

Sexuality in adolescence: the need of sexual education in education towards health

Abstract: The text deals with the need of sex education in the context of young people's psychosexual development. The work highlights the role of a sex educator, a person involved in the process of supporting young people's healthy life. The work signals that a new technology is present in the creating the perception of sexuality in adolescents. The whole text is complemented in a narrative approach with people who are at a late stage of adolescence.

KEYWORDS: sexuality, education, development, adolescents

Zarys problematyki. Wokół seksualności (i nie tylko)

Seksualność człowieka od lat stanowi przedmiot zainteresowań wielu badaczy reprezentujących różne dyscypliny naukowe, między innymi pedagogikę, psychologię, socjologię, filozofię, medycynę. To jeden z podstawowych elementów człowieczeństwa, który ma swoją osobliwą dynamikę. Na każdym etapie życia jednostka może poznawać jej nowe aspekty, odczuwać związane z nią ograniczenia, cieszyć się z niej i obserwować towarzyszące jej zmiany.

Seksualność dotyczy wszystkich ludzi w ciągu ich całego życia – to pogląd, który w XXI wieku nie powinien budzić żadnych wątpliwości, jednak z uwagi na toczące się wokół niego spory wciąż nie jest on łatwy do zaakceptowania przez wszystkich. Przejawem tych konfliktów jest chociażby współczesny dyskurs na temat norm i patologii w seksualności, a w tym między innymi dyskusje o roli i znaczeniu edukacji seksualnej w życiu młodych ludzi, uszanowania praw mniejszości seksualnych, ujawniania swoich potrzeb czy preferencji seksualnych. Problematyka seksualności nadal wywołuje silne emocje w społeczeństwie, co wiąże się z występowaniem wielu kontrowersji wokół tego tematu. Jednym z aktualnych sporów obecnych w dyskursie społecznym jest wydarzenie z marca 2019 roku, które miało miejsce w Warszawie. Wówczas przedstawiono kartę LGBT+, która została stworzona przez Stowarzyszenie Miłość Nie Wyklucza[1] – jedną z organizacji pozarządowych związanych ze środowiskiem LGBT+[2]. Temat seksualności człowieka pozostaje wciąż w bliskiej relacji ze sferą osobistych przekonań, etyką, moralnością, religią i systemem norm społecznych czy obyczajowych.

Problematyka związana z edukacją seksualną stawia pytanie o jej cel, założenia, metodykę, dydaktykę, przebieg, rozwój i spodziewany rezultat. W związku z tym dotyczy ona zarówno środowiska szkolnego, jak i domowego. Z trudami wpisanymi w obszar edukacji seksualnej zmagają się nauczyciele, rodzice czy opiekunowie, należy jednak zwrócić

---

1 Informacje o działalności Stowarzyszenia Miłość Nie Wyklucza znajdują się na stronie internetowej: www.mnw.org.pl.

2 LGBT+ to skrót używany w odniesieniu do lesbijek, gejów, osób biseksualnych oraz transpłciowych (ang. *lesbian*, *gay*, *bisexual*, *transgender*).

szczególną uwagę na to, że najbardziej dotkliwie doświadcza ich młodzież. Ważne jest to, aby edukacja seksualna wiązała się z rzetelną, opartą na badaniach naukowych wiedzą. Jej lekceważenie w obliczu dorobku nauki i dokonań znamienitych postaci związanych z rozwojem seksuologii[3] byłoby nieprofesjonalne, nieetyczne i nader nierozsądne, zwłaszcza w procesie wychowania młodych ludzi.

Brak spójności oraz pewnego rodzaju kontrowersje zaczynają się na poziomie definiowania seksualności. Źródłosłów wskazuje (łac. *sexus* – płeć), że seksualność to przede wszystkim płciowość, czyli pewnego rodzaju swoista przynależność do płci oraz przeżywanie następstw związanych z tym stanem rzeczy. Jednakże, jeśli przyjmiemy tylko taką definicję, która określa płeć jako zespół cech odróżniających organizmy żeńskie od męskich w zakresie jednego gatunku, wówczas określimy seksualność jedynie na biologicznym poziomie. Próby opisywania seksualności przy jednoczesnym ograniczaniu jej istoty jedynie do biologii byłyby niewłaściwe z uwagi na jej szerszą specyfikę obejmującą procesy poznawcze, uczucia oraz otoczenie społeczne[4]. Taki stan rzeczy byłby możliwy jedynie przy założeniu, że seksualność jest oderwana od całokształtu funkcjonowania człowieka, co więcej, wiąże się jedynie z popędem płciowym czy z czynnościami fizjologicznymi. W literaturze, która dotyczy tego pola badawczego, obecne są dwa podstawowe ujęcia potrzeby seksualnej: ujęcie etologiczne i ujęcie psychologiczne. W pierwszym z nich pojęcie potrzeby seksualnej stanowi pochodną

---

3 Kazimierz Imieliński – jako pierwszy w Polsce uzyskał tytuł lekarza specjalisty seksuologa, założyciel pierwszych ośrodków seksuologicznych w kraju: Zakładu Seksuologii Akademii Medycznej w Krakowie i Zakładu Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich. Michalina Wisłocka – autorka *Sztuki kochania*, książki, która wywołała rewolucję seksualną, sprzedanej w kilku milionach egzemplarzy. Zbigniew Lew-Starowicz – przewodniczący Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, kierownik kształcenia seksuologów w CKMP (państwowy program edukacji lekarskiej), krajowy konsultant ds. seksuologii, autor licznych publikacji o charakterze naukowym oraz podręczników. Zbigniew Izdebski – badacz seksualności Polaków. Maria Beisert – wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, kierownik studiów podyplomowych „Seksuologia kliniczna – opiniowanie, edukacja, terapia". Alicja Długołęcka – pedagog zajmująca się seksualnością w ujęciu feministycznym.

4 *Seksualność w cyklu życia człowieka*, red. M. Beisert, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006.

instynktu, u zwierząt jest ona rozumiana jako potrzeba zachowania gatunku. W drugim zaś termin ten wywodzi się od popędu seksualnego, który ulega przekształceniu w ontogenezie[5]. Życie seksualne zwierząt opiera się na prawach biologii, podejmowana przez nie aktywność seksualna wiąże się z przedłużeniem trwania gatunku. Potrzeba seksualna ulega ewolucji w rozwoju ontogenetycznym, którym rządzą prawa biologii, nie należy przy tym pomijać roli czynników natury psychologicznej oraz społeczno-kulturowej. Człowiek od urodzenia posiada mechanizmy neurofizjologiczne, które są niezbędne do uruchomienia reakcji seksualnych, natomiast tzw. świadomość seksualna, tożsamość płciowa i kierunek potrzeby seksualnej określane zostają przede wszystkim pod wpływem czynników środowiskowych[6]. Nie wystarczy jednak definiowanie seksualności jedynie przez jej związek z psychicznym rozwojem człowieka – wyrwałoby ją to bowiem z szerszego kontekstu, jakim są przyroda i jej prawa oraz społeczeństwo. Poszukiwanie jednego czynnika, który ją definiuje i dookreśla, sprzyja powstaniu ryzyka nieporozumień na temat tego, co determinuje seksualność[7]. Na potrzeby tej pracy przyjmuję rozumienie seksualności jako części większej całości, stanowiącej element kondycji człowieka, która jest obecna w jego doświadczeniach, z uwzględnieniem wpływu cywilizacji oraz świata przyrody. Jednocześnie rozumiem seksualność jako pewną względnie stałą cechę, która ulega przemianom w cyklu ludzkiego życia, a tym, co ją może różnicować, są warunki fizjologiczne, poziom dojrzałości jej ekspresji, typy więzi z partnerem lub partnerami oraz specyficzny dla człowieka kontekst, w jakim się ona przejawia i rozwija[8].

---

5 *Seksuologia kulturowa*, red. K. Imieliński, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1984; D.M. Buss, *Ewolucja pożądania. Strategie doboru seksualnego ludzi*, przeł. B. Wojciszke, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996; D. Morris, *Zwierzę zwane człowiekiem*, przeł. Z. Uhrynowska-Hanasz, Warszawa: PRIMA, Świat Książki, 1997.

6 *Seksuologia kulturowa*.

7 *Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne*, red. K. Imieliński, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1977.

8 *Seksualność w cyklu…*

O potrzebie edukacji seksualnej

Literaturze przedmiotu przypisuje się bardzo duże znaczenie w procesie wychowania seksualnego oraz edukacji seksualnej. Podstawowymi funkcjami nauki są próby opisania zjawisk, ich wyjaśnienia oraz przewidywania możliwych wpływów, efektów oddziaływań czy skutków. To książki, czasopisma i zawarte w nich teksty są komunikatem łączącym autorów i czytelników. To między innymi literatura (razem z innymi formami kultury) dostarcza odbiorcom możliwości poznawania świata, rozumienia praw, które nim rządzą. Książki mogą zatem budować światopogląd, kształtować system wartości i postawy wobec problemów. Od odpowiedzialności za wybór literatury, zwłaszcza tej, która ma na celu wspieranie młodego człowieka w rozwoju, nie powinny się uchylać środowiska rządzące. Dobór odpowiednich książek winien przede wszystkim odpowiadać potrzebom rozwojowym młodych ludzi, ale również pozostać w zgodzie z wyznawanymi przez nich i ich rodziców wartościami oraz wzmacniać rolę nauki w procesie wychowania ku zdrowiu. Dzięki literaturze zarówno rodzice, jak i dzieci mogą poznać poprawne słownictwo związane ze sferą życia odnoszącą się do seksualności, oswoić się z tematem, który nadal bywa dla wielu z nich trudny. To szansa na nauczenie się prowadzenia (również – inicjowania) rozmów oraz dyskusji o kwestiach wciąż jeszcze krępujących czy owianych wstydem[9].

Inspiracją do napisania tej pracy stała się w głównej mierze praktyka terapeutyczna. Jak pokazują badania, poczucie satysfakcji z życia seksualnego w sposób istotny wiąże się z globalnym poczuciem jakości życia i jest jego predyktorem. Im wyższa satysfakcja badanych pod tym względem, tym wyższe globalne poczucie jakości ich życia, w szczególności sfery psychofizycznej. Zadowolenie z życia seksualnego wiąże się także ze sferą podmiotową[10]. Co ważne, nie ma tu różnic międzypłciowych, co oznacza, że satysfakcja z życia erotycznego jest

---

9 B. Kucharska, *Edukacja seksualna dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym – rozważania w kontekście najnowszej literatury dla najmłodszych czytelników*, „Scientific Bulletin of Chełm – Section of Pedagogy" 2016, Issue 1, s. 59–74.

10 A. Nomejko, G. Dolińska-Zygmunt, Z. Zdrojewicz, *Poczucie jakości życia a satysfakcja z życia seksualnego – badania własne*, „Seksuologia Polska" 2012, t. X, nr 2.

równie istotna dla mężczyzn, jak i dla kobiet, oraz ma wpływ na ocenę jakości poszczególnych sfer życia.

Wybór tematu jest ugruntowany w pedagogicznej potrzebie ukazania społecznych dynamik socjalizacji i wychowania człowieka w obszarze seksualności. Socjalizacja seksualna w środowisku pierwotnym, rozumiana między innymi jako transfer przekazu kulturowego czy style wychowania dziecka, nadal wydaje się mieć najważniejszy wpływ na kształtowanie się młodego człowieka, wnosząc jednocześnie wartości kulturowe, religijne czy moralne[11]. Oddziaływanie środowiska rodzinnego jest istotnym czynnikiem w kształtowaniu się doświadczeń związanych z seksualnością[12]. Kolejny istotny wątek stanowi edukacja seksualna, a także nasycony seksualnymi i nierzadko liberalnymi treściami, które niosą za sobą pewnego rodzaju przyzwolenie, wzorzec zachowania w obszarze seksualności kreowany przez media[13]. Edukacja seksualna jest niezwykle potrzebna nie tylko młodym ludziom, choć tematykę obyczajowości seksualnej rzadko podejmuje się w rozmowach z rodzicami, opiekunami, wychowawcami i lekarzami[14] – co nakłada kolejne warstwy tabu na obszar seksualności. Jak pisałam we wstępie, seksualność człowieka rozwija się przez całe jego życie, nie należy więc pomijać w edukacji żadnej z grup wiekowych. Rozwój cywilizacyjny natomiast w wyraźny sposób powoduje pewnego rodzaju eskalację i ewolucję problemów współczesnego człowieka związanych z realizacją, doświadczaniem własnej seksualności[15].

---

11 J. Mariański, *Socjologia moralności*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 2006.

12 I. Obuchowska, *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1996.

13 Z. Izdebski, T. Niemiec, K. Wąż, *(Zbyt) młodzi rodzice*, Warszawa: Wydawnictwo Trio, 2011.

14 J. Imacka, M. Bulsa, *Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową*, „Hygeia Public Health" 2012, t. XLVII, nr 3.

15 J. Imacka, *Edukacja seksualna jako element edukacji całożyciowej – obraz doradztwa psychoseksualnego dla młodzieży na łamach czasopism* [w:] *Edukacja nieustająca wyzwaniem społeczeństwa informacyjnego*, t. 1, red. M. Gawrońska-Garstka, t. 2, red. A. Zduniak, Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, 2010.

Rola osoby zajmującej się edukacją jest tu zasadnicza. Nauczyciel wspierający młodzież w jej zdrowym rozwoju psychoseksualnym stanowi najbardziej wartościowy zasób placówki, z którą współpracuje. Wątek edukatora wrażliwego na potrzeby młodzieży w jej rozwoju psychoseksualnym rozwinę w dalszej części pracy, wykorzystując narracje osób będących na etapie późnej adolescencji.

Rola nauczyciela w edukacji seksualnej

Na istotę poznawania uczniów jako podstawę indywidualizacji kształcenia w swej książce zwraca uwagę Andrzej Janowski[16]. Autor podkreśla, że zdobywanie wiedzy o uczniu odbywa się etapami. Na początku towarzyszą temu emocje i myśli, które z biegiem czasu zyskują mniej lub bardziej stały kierunek. Następnie w toku obserwacji, rozmów i refleksji trwa proces poznawania historii człowieka. Ukazanie jej w szerszym kontekście niż jedynie środowisko szkolne pozwala poznać ucznia, podopiecznego czy wychowanka lepiej, czyli na tyle dobrze, by móc nawiązać z nim relację i zaprosić go do współpracy. Uznanie autonomii ucznia, podkreślenie jego woli w decydowaniu o sobie ma bardzo duże znaczenie we wspieraniu go w prawidłowym rozwoju. To myślenie jest dalekie od braku wprowadzania pewnych zasad czy granic w procesie wychowania – raczej towarzyszy mu postulat odnoszący się do uznania wolności młodego człowieka, zwłaszcza wolności ku miłości do siebie i do innych ludzi. Janowski akcentuje poznanie uczniów jako kluczowy element w organizacji skutecznego procesu wychowania i edukacji. Podkreśla także istotne z punktu widzenia wychowania i nauczania kwestie, którymi wychowawca czy edukator seksualny powinni się cechować. Taka osoba przede wszystkim powinna znać swoich podopiecznych. To znaczy, że do jej zadań należy uzyskanie informacji odnoszących się do cech psychicznych wychowanków, ale także do warunków, w jakich żyją, tego, jak wygląda ich sytuacja rodzinna oraz środowisko, które na nich wpływa. Kolejną ważną kwestię stanowi znajomość oddziału klasowego

---

16 A. Janowski, *Poznawanie uczniów. Zdobywanie informacji w pracy wychowawczej*, Warszawa: Fraszka Edukacyjna, 2002.

lub grupy, z którą edukatorowi przyjdzie pracować, a dokładniej: którą „oddano mu pod opiekę”[17]. Ten zwrot ma istotne znaczenie właśnie dla rozumienia roli nauczyciela w procesie wspierania w rozwoju młodych ludzi. Niesie on za sobą pewien kierunek osadzenia warsztatu pracy nauczycielskiej, ale także refleksję nad znaczeniem figury edukatora w procesie wychowywania ku dorosłości. Janowski w swej pracy w dokładny sposób omawia zagadnienia skutecznego poznawania uczniów, które chciałabym w tym miejscu rozwinąć (także na podstawie własnego sposobu rozumienia warsztatu pracy), mogą one bowiem stanowić wskazówkę bądź inspirację dla nauczycieli zaangażowanych w proces wychowywania uczniów. Pierwszym z zagadnień jest szczerość, tak istotna w kontaktach z uczniami, co więcej, to ona jest fundamentem budowania relacji opartej na zaufaniu dziecka do dorosłego. Bardzo ważny jest tu warsztat pracy nauczyciela ukierunkowany na rozmowę, rozwijającą komunikację swoich potrzeb, trudności i chęci dzielenia się doświadczeniem. Młodzi ludzie powinni czuć się rozumiani, mieć pewność, że to, o czym mówią, jest ważne dla nauczyciela. Następnie autor zwraca uwagę na „zdawanie sobie sprawy ze szkolnego dystansu”, mając na myśli to, że uczniom nauczyciel często wydaje się „odległy psychicznie”. Może to oznaczać, że część z nich chciałaby się do niego zwrócić, ale być może nie wie jak. Ważne jest to, by nauczyciel umożliwiał otwarty kontakt swoim uczniom – otwartością i życzliwą postawą może budować swój wizerunek osoby dostępnej emocjonalnie. Powinien zwracać uwagę nie tylko na te osoby, które nie mają trudności w zyskaniu jego atencji, ale zauważać także tych przeciętnych bądź wycofanych młodych ludzi, których, niestety, często się pomija. Umożliwienie przepływu informacji to kolejna kategoria, na którą zwraca uwagę autor. W sposób bezpośredni odnosi się ona do komunikacji, która w klasie (a zwłaszcza w rozmowach o seksualności) powinna być otwarta, bezpieczna – to znaczy daleka od sądów i oceny, a ukierunkowana na zrozumienie intencji rozmówcy. Sztywny podział ról, jaki można obserwować w szkole, ogranicza młodzież w dyskusji, uniemożliwia manifestowanie swoich przekonań. Należałoby dążyć do zmiany dotychczasowego modelu: nauczycielskiego wyrażania sądów i uczniowskiego, bezrefleksyjnego przytakiwania na nie.

---

[17] Ibidem.

Nauka może być interesująca, rozbudzać ciekawość poznawczą młodych ludzi, stanowić inspirację do podejmowania dyskusji czy działań. Niesie za sobą potencjał także do wspólnego doświadczania, co przekłada się na budowanie prawidłowej i wspierającej w rozwoju relacji nauczyciela z uczniem. Następnie autor podkreśla rolę i znaczenie komunikacji niewerbalnej. Młodzi ludzie często wyrażają swoje emocje czy odczucia, rezygnując z ich głośnego artykułowania. Dostrzegalne gesty, takie jak np.: skinienie głową na powitanie, uśmiech czy inny wyraz twarzy, niosą za sobą wiele informacji. Warto zwrócić uwagę również na to, w jaki sposób młodzież się ubiera (nadruki na odzieży, przypinki, określone kolory), maluje, wybiera fryzury – to także źródło wiedzy o uczniach, jednocześnie mogące stanowić zachętę do rozmowy czy właśnie – poznania. Ostatnim zagadnieniem jest empatia, zarówno ze strony nauczyciela, jak i ucznia. To dzięki niej możliwa jest uważność na pojawiające się potrzeby czy odczuwane trudności, a relacja z drugim człowiekiem ma szansę być głębsza, oparta na wzajemnym zrozumieniu i zaufaniu.

Zatem nauczyciel, edukator swoją postawą i gotowością do zaangażowania się w wychowanie młodych ludzi powinien eksponować te cechy, które są pożądane we wspieraniu dzieci i młodzieży w prawidłowym rozwoju. Dodatkowo ważne jest, aby nauczyciel powołany do realizacji edukacji seksualnej w szkole posiadał odpowiednie kompetencje wychowawcze, a zwłaszcza merytoryczne przygotowanie do podjęcia tego zadania. Warto przy tym podkreślić, że edukacja seksualna nie odbywa się wyłącznie w szkole, w ten proces jest zaangażowany (czy to aktywnie, czy biernie) szereg innych podmiotów, począwszy od środowiska pierwotnego, rodziców, opiekunów, po grupy nieformalne, rówieśników i społeczeństwo, które mają wpływ na kształtowanie się wiedzy zarówno w świecie pozawirtualnym, jak i w sieci.

Wychowanie jako proces wspierania w prawidłowym rozwoju

Ludzie reagują na sytuacje o konotacji seksualnej (bądź intymnej) w sposób spójny z tym, czego nauczyli się w swoich społecznościach, kulturze,

zgodnie z rolami społecznymi i w obliczu zinternalizowanych wartości[18]. Dianne R. Browne w swojej pracy *Grounded Theory: Exploring Sexual Attitudes and Beliefs…*[19] zwraca uwagę na szczególny etap rozwojowy, w którym młodzi ludzie dokonują wyborów w zakresie podejmowania aktywności seksualnych w związkach. Młodzież porównuje swoje życie do życia swoich rodziców, członków rodziny, członków społeczności przez wspólne wartości, tradycje oraz doświadczenia[20]. Co się dzieje, jeśli praktyka międzypokoleniowa różni się w zasadniczy sposób? Warto zauważyć, że rodzice bądź opiekunowie aktualnych późnych adolescentów nie korzystali z Internetu w czasie dorastania i kształtowania swoich przekonań na temat seksualności i intymności w związkach. Ta zmiana zdaje się znacząco różnicować postawy wobec obszaru seksualności.

Przyglądanie się związkom nowych technologii z rozwojem psychoseksualnym dzieci i młodzieży pozwala na pojawienie się i stawianie kolejnych pytań o to, jak kształtuje się seksualność w doświadczeniach młodych osób. Analiza forów internetowych, grup tematycznych na portalach społecznościowych, aplikacji mobilnych daje obraz różnorodności ekspresji seksualnej. Wiedza ta powinna zostać osadzona w edukacji o seksualności w sposób nie oceniający, lecz uważniający potrzeby młodych użytkowników. Problematyka seksualności dotyczy nie tylko perspektywy mikro-, lecz także makrospołecznej; pokazuje, jak się ona zmienia w zależności od kontekstu i jak coraz częściej przenika ze sfery prywatnej do sfery publicznej. Dodatkowo warto skupić się na fenomenach i zjawiskach uwydatniających się zwłaszcza we współczesnych czasach z uwagi na swoiste dynamiki seksualności. Podjęcie tego tematu jest istotne z punktu widzenia pedagogiki doby ponowoczesnej, która powinna uwzględniać w założeniach nie tylko obszary wielokrotnie poddane analizie, ale również to, co do tej pory nie było włączane w zakres badań tej dyscypliny[21]. Tema-

---

18 S.L. Eyre, M. Flythe, V. Hoffman, A.E. Fraser, *Primary relationship scripts among lower-income, African American young adults*, „Family Process" 2012, Vol. LI, Issue 2.

19 D.R. Browne, *Grounded Theory: Exploring Sexual Attitudes and Beliefs Influencing Black Fathers' Decisions not to Marry*, „Journal of Black Sexuality and Relationships" 2014, Vol. I, No. 2.

20 Ibidem, s. 73.

21 B. Smoter, *Tabu seksualne w rodzinie i szkole. W poszukiwaniu (nie)obecnych kategorii*, „Chowanna" 2013, nr 2, s. 145–155.

ty, które wydają się niemożliwe/nieosiągalne do zbadania z różnych przyczyn – np. z powodu ich innowacyjności, charakteru odnoszącego się do treści trudnych społecznie, narażonych przy tym na społeczny osąd – tym bardziej powinny stanowić przedmiot badań naukowych, aby właśnie tę naukę dalej rozwijać i patrzeć na nią z różnych perspektyw. Wyniki nowych badań mogą dostarczyć danych, które pomogą obalić przesądy zniekształcające wiedzę o człowieku; mogą być też źródłem wiedzy niezbędnej w realizacji wychowania „uwolnionego" od tematów tabu[22]. Rzeczywistość wirtualna i funkcjonowanie w niej dzieci i młodzieży jest faktem, którego nie należy ignorować lub rozpatrywać w katastroficznym, dekadenckim ujęciu „zmierzania ku upadkowi". Aby lepiej rozumieć młodych ludzi, należy znać także ich najbliższe środowisko, w tym Internet.

Dorastanie seksualne z perspektywy potrzeb rozwojowych i zmieniających się trudności wychowawczych

Dorastanie to proces, który zachodzi u człowieka między 12 a 18 rokiem życia, i polega również na przejściu od seksualności dziecięcej do seksualności dorosłych. To etap obfitujący w wiele przemian, które mają początek w dzieciństwie – kontynuacja następuje na etapie nastoletnim, nierzadko przyjmując charakter rewolucji. Zmiany wynikające z okresu rozwojowego dotyczą funkcjonowania jednostki w całości, a więc dotykają zarówno sfery ciała, jak i psychiki. Tak duże zmiany i towarzysząca im osobliwa dynamika mogą u młodego człowieka stanowić źródło niepokoju, lęku, ale i ciekawości, chęci eksplorowania i współdoświadczania ich z innymi. Dorastanie to okres szczególnie ważny dla budowania poczucia tożsamości, definiowania swoich potrzeb i pragnień. Warto, aby wychowawcy, opiekunowie, rodzice, edukatorzy wspierali młodzież, zwłaszcza w tym okresie burzliwych zmian, przez towarzyszenie im w rozwoju, przyglądanie się nowym doświadczeniom, wyjaśnianie kwestii uznawanych za problematyczne czy normalizowanie tych, które uchodzą nadal za wstydliwe.

---

[22] Ibidem.

Na szczególną uwagę zasługuje to, jak duże znaczenie dla rozwoju (między innymi seksualnego) adolescenta ma grupa. W tym czasie nastolatkowie wyraźnie mniej czasu spędzają u boku rodziców czy opiekunów, a dużo bardziej zainteresowani są kontaktami z rówieśnikami. W wieku dorastania młode osoby znacznie chętniej chcą angażować się w kontakty z innymi. Wpisującą się w normę konsekwencją jest więc zaspokajanie swoich potrzeb w gronie nastolatków, a nie jak wcześniej – w środowisku rodzinnym. W grupie rówieśników adolescent poddaje próbie doświadczenia, które zdobył na wcześniejszych etapach rozwoju, rozwija swój system wartości, często manifestując zasady, które były mu przekazywane przez dorosłych. W tym czasie nastolatek podejmuje inicjatywy, co przekłada się na wielość tzw. pierwszych razów odnoszących się do sytuacji ryzykownych, w obrębie substancji psychoaktywnych, zachowań seksualnych czy testowania nowych form aktywności. Znaczenie grupy rówieśniczej na tym etapie jest szczególnie ważne i o wiele większe, niż prawdopodobnie będzie kiedykolwiek. Kontakty społeczne w okresie wczesnego dorastania stwarzają możliwość rozwijania umiejętności inicjowania i budowania bliskich relacji z ludźmi spoza rodziny. Dzięki tym doświadczeniom nastolatkowie rozwijają siebie, swoją seksualność i rozumienie intymności jako części relacji uznawanych przez nich za istotne. Jednym z celów rozwojowych tego etapu jest integracja uczuciowości z seksualnością[23]. Oprócz tego w okresie adolescencji pojawiają się nowe wątki, takie jak np.: dążenie do stworzenia pary, ekspresji seksualnej, uniezależnienia się od rodziców. Młodzież na tym etapie przygotowuje się do tego, aby móc w przyszłości stworzyć intymny związek, wolny od wpływów rodziców i integrujący dwa ważne aspekty seksualności człowieka: miłość oraz agresję[24]. Należy zwrócić uwagę na to, że rówieśnicy mogą także negatywnie wpływać na rozwój adolescenta. Maria Beisert pisze, że grupa rówieśnicza, proponując pewne wzorce i zaopatrując nastolatka w normy, w rzeczywistości nie prowadzi wychowania seksualnego. Jej siła oddziaływań oraz zasięg są z pewnością znaczne, ale nie są celowym procesem, który oddziałuje kompleksowo. Grupa nie realizuje celów o charakterze

---

23 *Seksualność w cyklu…*

24 O. Kernberg, *Związki miłosne. Norma i patologia*, przeł. E. Lipska, Poznań: Zysk i S-ka, 1998.

długofalowym, a przede wszystkim nie bierze odpowiedzialności za skutki swoich działań. Niekiedy w uproszczony sposób wyznacza doraźne cele, które odpowiadają bieżącym potrzebom. Co więcej, sięga do treści łatwo dostępnych i nie zawsze przeznaczonych dla młodzieży, które wiążą się z pewnymi aspektami nastoletniego seksualizmu, jak twórczość i produkcja pornograficzna[25]. Kolejnym polem naruszającym zdrowy rozwój psychoseksualny młodzieży jest aktualny wzorzec seksualności – nadający jej wprost „niebezpiecznie instrumentalny" charakter. Zachowania seksualne mogą być narzędziem uzyskiwania dobrego samopoczucia, wzmocnienia atrakcyjności, pozycji w środowisku, zdobycia partnera, dóbr finansowych czy sławy (zwłaszcza przy wykorzystaniu nowych mediów, aplikacji mobilnych itp.). Aktualnie adolescenci korzystają (bez ograniczeń) z dostępu do nowych mediów. Pokolenie, o którym piszę, w sposób naturalny wzrastało w kulturze cyfrowej. Marc Prensky definiuje ich jako cyfrowych tubylców właśnie przez pryzmat urodzenia, a także rozwoju w erze cyfrowej. Jednocześnie wskazuje on różnicę antropologiczną, która w radykalny sposób separuje to pokolenie od pokolenia jego rodziców[26]. Omawiane różnice dotyczą sfery poznawczej, konstruowania tożsamości i obowiązujących w społeczeństwie wzorów relacji. Zatem pokolenie cyfrowych tubylców „spędziło całe swoje dotychczasowe życie w otoczeniu komputerów, gier wideo, cyfrowych kamer i odtwarzaczy muzyki, telefonów komórkowych oraz innych zabawek i narzędzi ery cyfrowej. (…) Gry komputerowe, poczta elektroniczna, dostęp do Internetu, telefony komórkowe i SMS-y stanowią integralną część ich życia"[27]. Zdaniem autora (pozorna) otwartość i anonimowość w sieci zmienia wiele tradycyjnych wzorów relacji społecznych. Tracą na znaczeniu tzw. relacje analogowe (określane jako konwencjonalne i hierarchiczne kontakty społeczne, które są związane z konkretnymi miejscami i rolami społecznymi) na rzecz tzw. struktury chmurowej, jawiącej się jako demokratyczna, partycypacyjna oraz

---

25 *Seksualność w cyklu…*

26 H. Bougsiaa, L. Kopciewicz, *Dzieci w kulturze mobilnej. Partycypacja, uczenie się i emancypacja pokolenia „cyfrowych tubylców"*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja" 2016, t. XIX, nr 1 (73).

27 M. Prensky, *From Digital Natives to Digital Wisdom. Hopeful Essays for 21st Century Learning*, Thousand Oaks: Corwin, 2012, s. 68.

partnerska. Takie nastawienie jest przenoszone na życie „w realu", co napotyka na pewnego rodzaju opór czy brak zrozumienia ze strony starszego pokolenia, które Prensky określa jako „cyfrowych imigrantów". Ten termin został wprowadzony do języka nauk społecznych w celu ukazania różnic generacyjnych z poziomu funkcjonowania w kulturze cyfrowej, z uwagi na stopień zadomowienia się w niej[28].

Polskie badania młodych użytkowników Internetu wskazują na to, że korzystanie z sieci stało się wręcz normą społeczną. W 2014 roku zespół badaczy PEDAGOGIUM na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka i NASK zrealizował badanie na temat korzystania z Internetu na próbie 1235 uczniów z polskich szkół. Okazało się, że zdecydowana większość młodego pokolenia, bo aż 86,2%, deklaruje, że korzysta z Internetu codziennie, a 42,2% jest bez przerwy „on-line". Zjawisko bycia „zawsze on-line" u młodzieży potwierdzają również inne badania na gruncie polskim realizowane przez Fundację Dzieci Niczyje, pod afiliacją Uniwersytetu Warszawskiego. Raport badania jakościowego w ramach projektu EU NET ADB wyłonił cztery wzorce intensywnego użytkownika Internetu. Przedstawiona typologia przekracza model dychotomicznego podziału na „nadużywających" i „funkcjonalnych" internautów. Dodatkowo podkreśla „konieczność uwzględnienia różnych wymiarów przy ocenie sytuacji młodych ludzi, w szczególności tego, jak godzą oni zaangażowanie w internecie i w świecie pozainternetowym"[29].

Skala zjawiska, jak i wielość wyłaniających się w trakcie badań społecznych obszarów – ważnych dla eksploracji naukowej z punktu widzenia kształtowania się przekonań o seksualności wśród młodych ludzi – pokazują, jak istotne są to zagadnienia dla funkcjonowania w świecie zarówno wirtualnym, jak i pozawirtualnym. Wspieranie młodzieży w prawidłowym rozwoju powinno polegać na rozumieniu ponowoczesnych zmian, jakie nastąpiły w XXI wieku, uwzględnianiu ich znaczenia w procesie wychowania oraz zaproszeniu nastolatków do dialogu o seksualności z ich wychowawcą, nauczycielem, edukatorem.

---

28 Ibidem, za: H. Bougsiaa, L. Kopciewicz, *Dzieci w kulturze mobilnej…*

29 S. Wójcik, *Korzystanie z internetu przez polską młodzież – studium metodą teorii ugruntowanej*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" 2013, Vol. XII, nr 1.

Narracje o seksualności u późnych adolescentów (wątek edukacji seksualnej w szkole)

W celu odpowiedzi na pytanie o to, jak osoby młode, będące na etapie późnej adolescencji rozumieją edukację seksualną i jakie przypisują jej znaczenie w swoim rozwoju, określanym w niniejszym tekście jako „wychowanie ku zdrowiu", należy wziąć pod uwagę specyficzną metodologię zbierania danych. W niniejszym artykule prezentuję fragment badań odnoszących się do mojej pracy doktorskiej na temat kształtowania się mechanizmów seksualności i intymności w wieku późnej adolescencji, z perspektywy psycho-pedagogicznej[30]. Dane dotyczące seksualności człowieka powinny być gromadzone w sposób etyczny – nie tylko ze względu na wymagającą tego metodologię, ale i moralną postawę badacza, podkreślającą szacunek do wygłaszanych przez badanych opinii czy przekonań, bez oceniającego komponentu w dialogu. Badania narracyjne często rozpoczynają się od konstrukcji autobiografii lub po prostu relacjonowania przez badanego jakiegoś epizodu z jego życia. Dotyczą opowieści o świecie bądź o sobie, a to oznacza, że uzyskanie struktury narracyjnej jest w nich kluczowe[31]. Wyznaczając cel mojej pracy badawczej, dokonałam analizy literatury przedmiotu dotyczącej przekonań, poglądów i doświadczeń z dziedziny seksualności i intymności młodych ludzi. Prace, z którymi się zapoznałam, stanowiły dla mnie inspirację do poszukiwania odpowiedzi na formułujące się wówczas pytania badawcze o mechanizmy kształtowania się seksualności i intymności u młodych ludzi. Inspiracją do badań stała się także moja praktyka terapeutyczna. Kontakt z ludźmi uświadomił mi, jak istotne w ich codziennym funkcjonowaniu jest postrzeganie seksualności – zarówno na poziomie intra-, jak i interpsychicznym. Tematyka seksualności ściśle wiąże się z postrzeganiem siebie, budowaniem swojej postawy wobec innych, inicjowaniem kontaktów społecznych, kształtowaniem

---

30 Praca doktorska przygotowywana pod kierunkiem dr hab. R. Opory, prof. UG, Zakład Patologii Społecznej i Resocjalizacji, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Gdański.

31 E. Soroko, *Wywoływanie autonarracji w badaniach psychologicznych. Ocena (auto)narracyjności wypowiedzi*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 2008.

ich, wzmacnianiem, ale także izolowaniem się od innych, poszukiwaniem podobnych sobie ludzi w celu odnalezienia zrozumienia, spełnienia i szczęścia.

W trakcie pisania tego tekstu przeprowadzałam wywiady narracyjne będące częścią mojej pracy naukowej. Spotkania z młodymi osobami, które w sposób otwarty i kulturalny zgodziły się na rozmowę, wzmacniają mnie w przekonaniu, jak bardzo istotne jest, aby seksualnością człowieka zajmować się rzetelnie, czyli przy odpowiednim merytorycznym przygotowaniu, rozumieniu jej dynamiki, a przede wszystkim – indywidualnej perspektywy człowieka. Poniżej przedstawiam fragmenty wypowiedzi badanych w celu wyeksponowania kwestii ważnych dla narratorów.

> (…) Byłam w różnych szkołach. (…) Za każdym razem właśnie jak były gdzieś takie zajęcia związane z tym przygotowaniem do dorosłego życia, to te zajęcia naprawdę, naprawdę były na bardzo niskim poziomie. (…) ten temat seksu był delikatnie muśnięty, albo w ogóle był pomijany, i jeżeli był muśnięty, to na zasadzie tego, że no, jeżeli już się zakochasz, weźmiesz ten ślub, to pamiętaj o zabezpieczeniu. No chyba, że chcesz mieć dzieci, to się nie zabezpieczaj. Dostaliśmy banana i po prezerwatywie, mieliśmy rozwinąć prezerwatywę i to było wszystko.

Kwestia zawężenia edukacji seksualnej do instruktażu posługiwania się prezerwatywą bywa wielokrotnie wspominana przez narratorów jako jedna z najbardziej dominujących. Podobnie jak łączenie kwestii aktywności seksualnej z uczuciem miłości, które ma doprowadzić do zawarcia formalnego związku w postaci małżeństwa. Badani adolescenci w zasadniczej większości przyjmują stanowisko odbiegające od tego, że decyzja o rozpoczęciu życia seksualnego jest bliska tej związanej z prokreacją czy wyborem partnera życiowego. Co więcej, dopuszczają możliwość aktywności seksualnej z wieloma partnerami w trakcie życia, którzy nie muszą spełniać warunku bycia w relacji o charakterze trwałym i długoterminowym.

> Edukacja seksualna w szkole nie powinna się wyróżniać na tle edukacji w innych dziedzinach.

Narrator ten (jak i inni) zwraca uwagę na potrzebę edukacji seksualnej w szkole. Traktowanie jej jako rozłącznej i odizolowanej części edukacji szkolnej uważa za niekorzystne i niepożądane w procesie wspierania młodzieży w rozwoju psychoseksualnym.

> Nauczyciel, który uczy tej edukacji seksualnej, powinien właśnie wskazywać te takie jakby czynniki, które warunkują ten zdrowy rozwój, jeżeli właśnie chodzi o tę zdrową seksualność. I te czynniki, które w jakiś sposób zaburzają zdrowy rozwój. Na przykład powinien zwracać uwagę na to, że to, co się dzieje na przykład na filmach pornograficznych, to tak, no, nie wygląda, jak w życiu realnym. (…) Nasze wyobrażenia są wtedy całkiem inne, wyglądają całkiem inaczej i możemy się zawieść na przykład. (…) Treści związane z dojrzewaniem i odmiennościami na przykład. No mnie wtedy w tamtym wieku to interesowało, jakie są różnice pomiędzy mną, chłopcem, a dziewczynkami.
>
> Też mam zawsze uraz do edukacji jakiejkolwiek. Nikt mi nigdy nie opowiedział o masturbacji.
>
> Jeśli chodzi o szkołę, tu moim zdaniem powinien być zreformowany program tego wychowania do życia w rodzinie, bo moim zdaniem, tak jak słyszałem i tak jak obecnie słyszę od osób, które nadal się uczą w liceum czy w gimnazjum, jak to jest przeprowadzone… To moim zdaniem powinien być zmieniony ten program, bo on istnieje już od nie wiadomo ile czasu i on tak na dobrą sprawę nie nadąża za tym, co się tak naprawdę dzieje. W jakiś sposób powinno być to zmienione, dostosowane, zwłaszcza dlatego, że to jest na tyle upowszechniona wiedza o tej seksualizacji, że nauczyciele, którzy to wykładają, nie powinni się skupiać na tym, że jest to temat tabu i tylko na tych zajęciach powinno się to poruszać, bo i z takim podejściem się spotkałem.
>
> Myślę, że w edukacji seksualnej powinno się poruszać temat homoseksualności czy biseksualności, czy w ogóle transseksualności, aseksualności. Ja się spotkałam na swojej drodze życia z bardzo wieloma osobami. (…) Myślę, że gdyby w szkołach odpowiednio wcześnie interweniować i zapewniać, że to nie jest powód do wyśmiewania kogoś, bo ma inną orientację, to też mogłoby coś zmienić, bo to dopiero wprowadza w kompleksy. To dopiero jest dramat.

Potrzeba prowadzenia edukacji seksualnej w sposób rzetelny i merytoryczny była wielokrotnie wypowiadana przez uczestników moich badań. Zwracano uwagę na takie kwestie, jak: merytoryczne przygotowanie realizatora programu edukacji seksualnej, jego kompetencje miękkie, ale także dydaktyczne, rozumiane jako sposób przekazywania wiedzy młodym ludziom oraz otwartość do rozmów i dyskusji z uczniami (której poświęciłam sporo miejsca we wcześniejszej części tej pracy). Powyższy fragment wypowiedzi badanego przedstawia pragnienie poznania różnic międzypłciowych, ale i tych odnoszących się do orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej. Dodatkowo podkreśla bardzo istotną kwestię weryfikacji snutych wyobrażeń o seksualności z rzeczywistością, która niekoniecznie ma wiele wspólnego z tą przedstawianą w filmach pornograficznych. Potrzeba normalizacji zdobytej wiedzy i krytycznego spojrzenia na wszechobecne informacje o seksualności jest wyraźnie zaznaczona w tych (i nie tylko) wypowiedziach narratorów.

> Na pewno to, co mi wpadało w oczy, to dowcipy. Teraz są memy i teraz nikt już na takie dowcipy nie patrzy, ale no… Wtedy było tego dużo. (…) W gimnazjum było jeszcze śmieszniej. Prosiłem rodziców o to, żeby mnie wypisali, bo ja już wszystko wiedziałem. (…) Wiedziałem już wszystko o bezpiecznym seksie. (…) Wiedziałem wszystko, skąd się biorą dzieci, wiedziałem, co trzeba robić, żeby dzieci nie było, co trzeba robić, żeby były. Wiedziałem z Internetu praktycznie wszystkie opcje, jakie mogli mi dać – jak wyglądają wzwody, jak wygląda ciąża. Wszystko wiedziałem.

Badani wielokrotnie podkreślali brak dostosowania edukacji seksualnej do ich aktualnych potrzeb czy przeżyć, których w ówczesnym czasie doświadczali. Ważne jest zatem to, aby edukacja seksualna odpowiadała na bieżące potrzeby poszczególnych etapów rozwoju psychoseksualnego, była dostosowana do wieku edukowanych, ich możliwości percepcji oraz przetworzenia i przyjęcia danych zagadnień. Po raz kolejny zwrócę uwagę na to, jak istotna jest rola edukatora seksualnego, który nie tylko ma za zadanie uczyć młodych ludzi o tym, czym owa seksualność jest i z czym się wiąże, ale także uświadamiać zagrożenia czy ryzko, jakie łączą się z jej doświadczaniem. W trakcie zajęć z edukacji seksualnej nauczyciele czy realizatorzy powinni uwzględniać prawa

człowieka oraz akceptować różnorodność. Dzięki temu może być ona rozumiana jako edukacja w obszarze praw człowieka, jak i różnorodności.

Wybrane przeze mnie fragmenty wypowiedzi eksponują potrzeby młodych ludzi w kontekście ich indywidualnych doświadczeń z edukacją seksualną w szkole. Podejmowanie rozmów, zwłaszcza z adolescentami, na temat ich potrzeb jest ważne nie tylko z perspektywy poznania ich subiektywnych przekonań, ale również może mieć znaczenie przy planowaniu działań, które uwzględniałyby wybrane (ważne dla odbiorców) zagadnienia edukacji o seksualności. We współczesnych naukach społecznych, również w pedagogice, obecnie zwraca się uwagę na orientację krytyczną, promującą otwarcie przestrzeni, gdzie świat nie jest już postrzegany jako znaczeniowo zamknięty, ale jako taki, którego wersje mogą podlegać zmianom i negocjacjom[32].

Doświadczenia i refleksje

Gdy kierowałam Działem Profilaktyki w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, wspólnie z Zespołem stworzyliśmy I Forum Liderów Profilaktyki, do którego zaprosiliśmy otwartych, gotowych do współpracy nauczycieli. Możliwość spotykania się głównie z psychologami i pedagogami szkolnymi potraktowaliśmy jako jeden z priorytetów naszej pracy, głęboko wierząc, że to właśnie kontakt z nimi umożliwi wypracowanie wspólnego kierunku rozumienia młodzieży i myślenia o niej. W efekcie naszych spotkań z Liderami Profilaktyki wyłoniły się zagadnienia, które stawiają wiele wyzwań wychowawczych w codziennej pracy z uczniem. Jednym ze zgłaszanych problemów było wspieranie ucznia w rozwoju psychoseksualnym. Liczne pytania o jego prawidłowy przebieg, o to, jakie zachowania zdają się normatywne, a jakie nie, co powinno zainteresować wychowawcę, pedagoga, psychologa i w jaki sposób pracować z młodzieżą tak, aby czuła się bezpiecznie w kontakcie z dorosłym człowiekiem – zwróciły nam, profilaktykom, uwagę na to, jak duża jest potrzeba wsparcia nauczycieli w kwestii seksualności

---

32 L. Kopciewicz, *Polityka kobiecości jako pedagogika różnic*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls", 2003.

ich podopiecznych. Z moich doświadczeń wynika, że najwięcej wątpliwości dotyczyło wieku 12–18 lat, gdy młody człowiek przeżywa okres dojrzewania i nierozłącznie towarzyszące temu zmiany. Ze standardów edukacji seksualnej w Europie jasno wynika, że: „Edukacja seksualna jest procesem trwającym całe życie, jednak największe znaczenie ma ona w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Powinna być zawsze dostosowana do różnych grup wiekowych znajdujących się na różnych poziomach społecznych, ponieważ odnosi się do seksualności, która ma kluczowe znaczenie w życiu człowieka”[33].

Kolejnym przykładem przemawiającym za wagą edukacji seksualnej w szkołach jest ten zaczerpnięty z praktyki zawodowej w ramach realizacji gdyńskiego programu profilaktyki uzależnień „B@dź w relacji”[34]. W trakcie spotkań z uczniami w części dotyczącej pracy własnej, a więc

---

33 *Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem*, Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej (BZgA), https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BzgA_Standards_polnisch.pdf, s. 28 (dostęp: 7 czerwca 2019).

34 W maju 2017 roku w ramach prac Koalicji na rzecz Gminnych Programów Przeciwdziałania Uzależnieniom (Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii i Uzależnieniom Behawioralnym oraz Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) powstała grupa robocza składająca się z przedstawicieli gdyńskich instytucji: Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Komendy Miejskiej Policji, Rady Miasta Gdyni, Gdyni Rodzinnej, Fundacji Zmian Społecznych „Kreatywni”. W 2018 roku w toku spotkań koncepcyjnych grupy dołączyli pozostali twórcy, czyli Fundacja „Dbam o Mój Z@sięg”, Stowarzyszenie „In Gremio”, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2. Zespół profesjonalistów spotykał się i pracował nad programem profilaktyki uzależnień dostosowanym do gdyńskich potrzeb, kierowanym do uczniów, nauczycieli, rodziców z gdyńskich szkół ponadpodstawowych. Program miał charakter pilotażowy i został wprowadzony do trzech szkół ponadpodstawowych. Wzięło w nim udział 84 uczniów klas pierwszych, które z kolei zostały wytypowane do programu na podstawie decyzji dyrekcji i pedagogów oraz psychologów szkolnych. Program składał się z pięciu modułów obejmujących kolejno: integrację uczestników, czynniki chroniące w kontekście zagrożenia uzależnieniem od alkoholu, czynniki chroniące w kontekście zagrożenia uzależnieniem od narkotyków i dopalaczy, odpowiedzialność karną nieletnich za popełnione czyny karalne, uzależnienia behawioralne, inicjatywę – profilaktykę – potencjał, czyli pracę własną uczniów. Podczas rad pedagogicznych z programem zostali zaznajomieni nauczyciele, a specjaliści ds. profilaktyki OPiTU przeprowadzili warsztaty psychoedukacyjne dla rodziców i opiekunów nastolatków uczestniczących w zajęciach.

stworzenia w ramach kampanii społecznej plakatu korespondującego z ważnymi dla młodzieży tematami – pojawił się również jeden odnoszący się do edukacji seksualnej. Młodzież wspominała o potrzebie zyskania wiedzy na temat dostępnych dla niej metod antykoncepcyjnych, rozpoznania momentu gotowości do podjęcia aktywności seksualnej, znajomości swojego ciała, umiejętności wyznaczania granic w kontaktach interpersonalnych. Moją szczególną uwagę przykuł temat o nadużyciach seksualnych. Młodzież samodzielnie podjęła dyskusję o tym, jak ważne jest dla niej bezpieczeństwo w kontaktach seksualnych, wiedza o tym, gdzie można szukać pomocy, jak wspierać ofiary przemocy seksualnej i z nimi rozmawiać.

Paradygmat B.B. Jensena edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w jej demokratycznym ujęciu w wyraźny sposób odnosi się do roli nauczyciela i szkoły, podkreślając, że nauczyciel powinien być szczery, nastawiony demokratycznie, słuchać swych uczniów i zachęcać ich do współpracy. Środowisko szkolne zaś powinno stymulować rozwój uczniów, stawiać im wyzwania[35].

Mam nadzieję, że również za pomocą niniejszego tekstu potrzeba edukacji seksualnej młodych ludzi zostanie zauważona przez decydentów i osoby sprawujące nadzór nad procesem edukacji, a więc i wychowania oraz wspierania w prawidłowym rozwoju dzieci i młodzieży. Jestem przekonana, że konieczność tę dostrzegli zaangażowani w swą pracę mądrzy i uważni na swych podopiecznych nauczyciele. Co więcej, potrzeba wiedzy, rozumienia siebie i innych, a więc i seksualności swojej oraz drugiego człowieka, jest głośno wypowiadana przez młodych ludzi, bez względu na to, czy są oni aktywni seksualnie, czy jeszcze nie.

---

35 B. Woynarowska, *Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole*, „Lider" 1999, nr 1, s. 16.

BIBLIOGRAFIA

Bougsiaa H., Kopciewicz L., *Dzieci w kulturze mobilnej. Partycypacja, uczenie się i emancypacja pokolenia „cyfrowych tubylców"*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja" 2016, t. XIX, nr 1 (73).

Browne D.R., *Grounded Theory: Exploring Sexual Attitudes and Beliefs Influencing Black Fathers' Decisions not to Marry*, „Journal of Black Sexuality and Relationships" 2014, Vol. I, No. 2.

Buss D.M., *Ewolucja pożądania. Strategie doboru seksualnego ludzi*, przeł. B. Wojciszke, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996.

Eyre S.L., Flythe M., Hoffman V., Fraser A.E., *Primary relationship scripts among lower-income, African American young adults*, „Family Process" 2012, Vol. LI, Issue 2.

Imacka J., *Edukacja seksualna jako element edukacji całożyciowej – obraz doradztwa psychoseksualnego dla młodzieży na łamach czasopism* [w:] *Edukacja nieustająca wyzwaniem społeczeństwa informacyjnego*, t. 1, red. M. Gawrońska-Garstka, t. 2, red. A. Zduniak, Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, 2010.

Imacka J., Bulsa M., *Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową*, „Hygeia Public Health" 2012, t. XLVII, nr 3.

Izdebski Z., Niemiec T., Wąż K., *(Zbyt) młodzi rodzice*, Warszawa: Wydawnictwo Trio, 2011.

Janowski A., *Poznawanie uczniów. Zdobywanie informacji w pracy wychowawczej*, Warszawa: Fraszka Edukacyjna, 2002.

Kernberg O., *Związki miłosne. Norma i patologia*, przeł. E. Lipska, Poznań: Zysk i S-ka, 1998.

Kopciewicz L., *Polityka kobiecości jako pedagogika różnic*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls", 2003.

Kucharska B., *Edukacja seksualna dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym – rozważania w kontekście najnowszej literatury dla najmłodszych czytelników*, „Scientific Bulletin of Chełm – Section of Pedagogy" 2016, Issue 1.

Mariański J., *Socjologia moralności*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 2006.

Morris D., *Zwierzę zwane człowiekiem*, przeł. Z. Uhrynowska-Hanasz, Warszawa: PRIMA, Świat Książki, 1997.

Nomejko A., Dolińska-Zygmunt G., Zdrojewicz Z., *Poczucie jakości życia a satysfakcja z życia seksualnego – badania własne*, „Seksuologia Polska" 2012, t. X, nr 2.

Obuchowska I., *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1996.

Prensky M., *From Digital Natives to Digital Wisdom. Hopeful Essays for 21st Century Learning*, Thousand Oaks: Corwin, 2012.

Seksualność w cyklu życia człowieka, red. M. Beisert, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 2006.

Seksuologia kulturowa, red. K. Imieliński, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1984.

Seksuologia społeczna. Zagadnienia psychospołeczne, red. K. Imieliński, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1977.

Smoter B., *Tabu seksualne w rodzinie i szkole. W poszukiwaniu (nie)obecnych kategorii*, „Chowanna" 2013, nr 2.

Soroko E., *Wywoływanie autonarracji w badaniach psychologicznych. Ocena (auto)narracyjności wypowiedzi*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 2008.

Woynarowska B., *Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole*, „Lider" 1999, nr 1.

Wójcik S., *Korzystanie z internetu przez polską młodzież – studium metodą teorii ugruntowanej*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" 2013, Vol. XII, nr 1.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem, Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej (BZgA), https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BzgA_Standards_polnisch.pdf (dostęp: 7 czerwca 2019).

Stowarzyszenie Miłość Nie Wyklucza, www.mnw.org.pl (dostęp: 7 czerwca 2019).

EWA WIŚNIEWSKA
Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni

Rodzicielskie strategie udostępniania małym dzieciom urządzeń ekranowych

Abstrakt: Żyjemy w zdygitalizowanym świecie, gdzie urządzenia ekranowe, takie jak smartfony i tablety, stały się codziennością. Towarzyszą nam zarówno w pracy, w domu, jak i w podróżach, ale też ingerują w nasze relacje społeczne nawet podczas posiłków czy zabawy. Nowoczesne technologie są na tyle powszechne, że wiele osób przestało sobie zadawać pytanie, jak korzystać z nich w sposób zdrowy i zrównoważony. Tekst skupia się w szczególności na tym, w jakich okolicznościach urządzenia ekranowe przekazywane są najmłodszym oraz jaki ma to wpływ na czas spędzany przez dzieci w kontakcie z nowymi mediami.

SŁOWA KLUCZOWE: dziecko, rozwój, wsparcie, rodzice, funkcjonowanie człowieka, nowe media, urządzenia ekranowe

Parental strategies of making screen devices accessible to small children

Abstract: We live in a digitalized world where screen devices such as smartphones and tablets have become everyday life matter. They accompany us at work, at home and on travels, but also interfere with our relationships during meals or play. Modern technologies are so common that many people have stopped asking themselves question how to use them in a healthy and sustainable way. The text focuses, in particular on the circumstances in which screen devices are transmitted to the youngest and how this affects the time spent by children in contact with new media.

KEYWORDS: child, development, support, parents, human functioning, new media, screen devices

Kontekst powstania tekstu i podejmowania rozważań o wykorzystywaniu urządzeń ekranowych przez rodziców i opiekunów

Nasza codzienność obfituje w liczne wyzwania – także te bezpośrednio wiążące się z naszym zdrowiem. Coraz częściej zastanawiamy się nad wpływem bieżącego funkcjonowania na ogólny dobrostan. Na popularności zyskują zindywidualizowane diety, aktywność fizyczna czy mindfulness. Moda na zdrowy tryb życia niestety nie eliminuje licznych zagrożeń. Patrząc z perspektywy pracownika Działu Profilaktyki Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, można śmiało stwierdzić, że nadal poważnym problemem jest angażowanie się przez dzieci i młodzież w sytuacje ryzykowne, upijanie się czy zażywanie nowych substancji psychoaktywnych. Od kilku lat jednak można zaobserwować niepokój rodziców oraz nauczycieli związany z korzystaniem przez dzieci z mediów elektronicznych.

Urządzenia ekranowe na stałe wpisują się w naszą rzeczywistość, a obawy rodziców i opiekunów co do sposobu ich wykorzystywania przez dzieci są coraz częstsze. W obliczu trudności wychowawczych, zarówno związanych z inicjacją alkoholową czy narkotykową, jak i problemowym korzystaniem z urządzeń cyfrowych, rodzice często szukają pomocy dla dzieci, które są zazwyczaj kilkunastoletnie. Natomiast nauczyciele – z którymi mam kontakt podczas naboru wniosków o dofinansowanie projektów w ramach szkolnej profilaktyki uzależnień skierowanych do dzieci, młodzieży i rodziców – coraz częściej widzą potrzebę kierowania działań z zakresu profilaktyki uzależnień behawioralnych do najmłodszych podopiecznych. Możliwość ubiegania się o środki finansowe przez przedszkola stała się zachętą dla wychowawców dzieci sześcioletnich do stworzenia autorskich programów profilaktycznych. Spostrzeżenia grupy nauczycieli przedszkolnych wydały mi się szczególnie ważne. Informowali oni o dużym zaangażowaniu dzieci w świat wirtualny. Mali użytkownicy nowych mediów nierzadko rozmawiali między sobą o tym, w jaki sposób korzystają z komputera czy tabletu, co ciekawe, często na rysunkach przedstawiali postaci z gier lub bajek. Pokazuje to, że korzystanie z mediów elektronicznych jest dla dzieci czymś dość naturalnym i powszechnym. Wydaje się to zrozumiałe w kontekście

obecnego funkcjonowania rodziny, w której oboje rodzice, a często także dziadkowie, pracują zawodowo, co utrudnia im całodzienną opiekę nad najmłodszymi. Dodatkowo rodziny zostały zatomizowane i najczęściej wspólnie zamieszkują jedynie rodzice i ich potomstwo. Obowiązek opieki nad dziećmi przejmują zatem żłobki, przedszkola, a później świetlice szkolne. Niejeden rodzic pracuje do późna, natomiast po pracy czekają go dodatkowe obowiązki – chociażby prowadzenie domu. Mnogość zobowiązań oczywiście skraca czas, który rodzic poświęca na zajmowanie się dzieckiem, wspólne zabawy z nim czy wyjścia z domu.

Codzienność i formy spędzania czasu zmieniają się. Coraz częściej podwórka świecą pustkami, a dzieci rzadziej niż kiedyś bawią się z rówieśnikami na świeżym powietrzu. Z obawy o bezpieczeństwo najmłodszych zabawa przeniosła się do domów. Tam jednak trudno dzieciom samodzielnie organizować dla siebie czas wolny, ponieważ przestrzeń jest już bardzo dobrze znana. Lukę między brakiem czasu dorosłych a pewnego rodzaju społeczno-kulturową koniecznością spędzania czasu wolnego w domu idealnie wypełniają nowe media. Od wielu lat jest to telewizja, oferująca kanały poświęcone wyłącznie młodym odbiorcom. Postęp technologiczny poszerzył wybór, najpierw o komputery stacjonarne, a później o urządzenia przenośne – laptopy, telefony komórkowe i tablety. W niniejszych rozważaniach odniosę się do dostępności nowych mediów dla dzieci, a także przytoczę kilka przykładów zachowań rodziców, które mają wpływ na wydłużenie czasu ekranowego najmłodszych – to jest dzieci w wieku do sześciu lat.

Charakterystyka i konteksty używania urządzeń ekranowych przez dzieci

Przeznaczenie

Obecnie dzieci mieszkają w otoczeniu innym niż to, w którym dorastali ich rodzice. Można powiedzieć, że współczesne domy to domy cyfrowe, uwzględniające różnorodne urządzenia elektroniczne. Dostęp do nowych mediów jest powszechny i w niewielkim stopniu zależy od statusu materialnego. Większość ludzi posiada telewizory, smartfony, a na

popularności zyskują także tablety[1]. Dorośli korzystają z urządzeń ekranowych indywidualnie – z laptopa do pracy, z telefonu komórkowego do kontaktowania się z innymi. Dzieci zazwyczaj używają technologii (telewizory, tablety, telefony komórkowe, konsole do gier, laptopy i komputery stacjonarne) indywidualnie lub na zmianę z rodzeństwem[2]. W ciągu ostatnich dekad zmienił się sposób korzystania z mediów. Wraz ze wzrostem popularności telefonów komórkowych oraz większą dostępnością tabletów czas spędzany przed telewizorem uległ zmniejszeniu. Pokazują to między innymi badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, gdzie w latach 2011–2013 czas spędzany przed telewizorem w grupie dzieci w wieku od dwóch do czterech lat uległ zmniejszeniu na rzecz urządzeń mobilnych. Liczba małych użytkowników nowych mediów wzrosła z 39% do 80%[3]. W Polsce 64% dzieci w wieku od sześciu miesięcy do sześciu i pół roku użytkuje tablet lub telefon komórkowy[4]. Maluchy korzystają ze sprzętów przenośnych, wyposażonych w technologię dotykowego ekranu, które są dla nich najbardziej atrakcyjne. Tablety cenią sobie ze względu na łatwość oraz intuicyjność ich użytkowania. Telefony komórkowe natomiast za ich rozbudowaną funkcjonalność oraz poczucie autonomii, jakie dają[5].

Na poziomie deklaracji opiekunowie utrzymują, że urządzenia mobilne zostały kupione w celach edukacyjnych lub rozrywkowych. Paradoksalnie, jeżeli jednak rodzice chcą zaproponować aktywność mającą nauczyć czegoś dziecko, sporadycznie używają do tego urządzenia ekranowego. Dwie trzecie rodziców (62%) zaproponuje dziecku książkę,

---

1 J.S. Radesky, J.K. Caroline, B. Zuckerman, K. Nitzberg, J. Gross, M. Kaplan-Sanoff, M. Augustyn, M. Silverstein, *Patterns of Mobile Device Use by Caregivers and Children During Meals in Fast Food Restaurants*, „Pediatrics" 2014, Vol. CXXXIII, No. 4, doi: 10.1542/peds.2013-3703.

2 S. Chaudron, *JRC Science and Policy Reports: Young Children (0–8) and Digital Technology*, Luxemburg: Joint Research Centre – Publications Office of the European Union, 2015, s. 7–9, doi: 10.2788/00749.

3 L. Tang, G. Darlington, D.W.L. Ma, J. Haines, *Mothers' and fathers' media parenting practices associated with young childrends screen-time: A cross-sectional study*, „BMC Obesity" 2018, Vol. V, No. 37, doi: 10.1186/s40608-018-0214-4.

4 A. Bąk, *Korzystanie z urządzeń mobilnych przez małe dzieci w Polsce. Wyniki badania ilościowego*, Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje, 2015, s. 7.

5 S. Chaudron, *JRC Science and Policy Reports…*, s. 7–9.

a niespełna połowa (41%) zabawkę. Jedynie 15% wykorzysta w celach naukowych komputer, 12% telewizor, a 10% zasugeruje smartfon lub tablet[6]. Walor edukacyjny tabletów dostrzegają jednak rodzice dzieci, które nie rozpoczęły nauki szkolnej. Przedszkolaki są zachęcane do korzystania z aplikacji mających na celu naukę liter lub liczenia[7]. Pomimo rzadkiego wykorzystywania urządzeń ekranowych w celach edukacyjnych większość opiekunów przypisuje właśnie takie atrybuty nowym mediom. Rodzice uważają, że komputer ma pozytywny (59%) lub głównie pozytywny (53%) wpływ na rozwój umiejętności czytania i liczenia. Natomiast 56% rodziców jest zdania, że telewizja wpływa pozytywnie na rozwój umiejętności komunikacyjnych[8]. Już na etapie uzasadnienia zakupu urządzenia ekranowego opiekunowie są niekonsekwentni i niespójni. Z jednej strony, twierdzą, że tablet lub komputer został kupiony, aby dziecko mogło się uczyć. Z drugiej jednak strony, wcale nie korzystają z tego urządzenia do nauki. Można przypuszczać, że trudno jest im się przyznać do dobrowolnego i intencjonalnego przekazywania dziecku wartościowego sprzętu, który będzie wykorzystywany głównie w celach rozrywkowych. Czyżby wstyd i brak uzasadnienia we współczesnej kulturze skłaniał rodziców do wymyślania przyczyn o podłożu edukacyjnym?

Skoro przedszkolaki rzadko korzystają ze sprzętu elektronicznego, aby się uczyć, można wnioskować, że urządzenia ekranowe pełnią głównie funkcję rozrywkową. Dzieci przede wszystkim używają tabletów do grania lub oglądania filmów animowanych. Część dzieci wykorzystuje tablet do wykonywania czynności kreatywnych, takich jak rysowanie, robienie zdjęć lub nagrywanie filmików – 64%. Tyle samo (64%) małych użytkowników mediów korzystało z nich w celach rozrywkowych. W 2015 roku 79% dzieci grało na urządzeniach ekranowych w gry o charakterze edukacyjnym[9]. Warto się zastanowić, które gry nie niosą za sobą waloru oświatowego w grupie wiekowej od urodzenia do sześciu lat? Dla maluchów na tym etapie rozwoju prawie każdą aktywność

---

6 E. Wartella, V. Rideout, A.R. Lauricella, S.L. Connell, *Parenting in the age of digital technology: A national survey*, Center on Media and Human Development, School of Communication, Northwestern University, 2013, s. 5.

7 S. Chaudron, *JRC Science and Policy Reports…*, s. 18.

8 E. Wartella, V. Rideout, A.R. Lauricella, S.L. Connell, *Parenting in the age…*, s. 6.

9 A. Bąk, *Korzystanie z urządzeń…*, s. 10.

można zakwalifikować jako edukacyjną (np. nauka kolorów, grupowanie, sortowanie, przyporządkowywanie, gry typu „memory", nauka i tworzenie zbiorów oraz wiele innych). Ten sam efekt można osiągnąć także bez wykorzystania urządzenia mobilnego, jednak potrzebne jest do tego zaangażowanie się rodzica. Nowe media są wygodne dla opiekunów, ponieważ bardzo często nie wymagają ich obecności podczas użytkowania.

Gry na telefon komórkowy lub tablet muszą być o wiele prostsze od gier na komputer przede wszystkim ze względu na ograniczenia sprzętu, na którym są używane. Dzięki swej prostocie stają się przystępne dla dzieci. Jak podaje Magdalena Rowicka, te najprostsze gry stają się coraz popularniejsze i w 2017 roku stanowiły 32% rynku gier. Przewiduje się, że w 2020 roku ich udział wyniesie 40%, a wraz z grami na tablet – aż 50%[10].

Skoro rynek gier na smartfony jest tak duży, to warto się zastanowić, w jaki sposób korzystają z niego dzieci. Jedna czwarta małych użytkowników mediów sięga codziennie po urządzenie mobilne. Najwięcej, bo aż 30% dzieci rocznych i dwuletnich używa smartfonu, tabletu lub przenośnej konsoli. Dzieci najczęściej korzystają z urządzeń ekranowych w celu oglądania filmików (79%). Dwie trzecie (62%) dzieci używa tabletu lub smartfona, aby grać w gry. Co ciekawe, tyle samo sięga po te sprzęty bez konkretnego celu. Wśród dzieci do szóstego roku życia aż 26% jest umie aktywnie przeglądać strony internetowe[11]. Znaczna część dzieci szybko nabywa umiejętności obsługi urządzeń ekranowych, mimo że nie mają jeszcze opanowanej sztuki czytania. Jest to zarówno fascynujące, jak i zaskakujące. Niestety, niesie to za sobą wiele zagrożeń, ponieważ dzieci czynnie przeglądają strony internetowe i jednocześnie sięgają po sprzęt elektroniczny bez określonego celu. Dzieci w wieku do ośmiu lat obsługują i instalują aplikacje, polegając czasami wyłącznie na rozpoznawaniu logotypów i obrazków. Dzięki temu mogą docierać do stron obcojęzycznych. Mimo umiejętności poruszania się w świecie wirtualnym nadal spotykają się z sytuacjami, z którymi sobie nie radzą, i muszą prosić o pomoc. Dodatkowo jest to grupa

---

[10] M. Rowicka, *E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia*, Warszawa: Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, 2018, s. 44.

[11] A. Bąk, *Korzystanie z urządzeń…*, s. 9.

szczególnie narażona na zagrożenia ze względu na nieumiejętność myślenia krytycznego oraz brak możliwości różnicowania tego, co prawdziwe i nieprawdziwe[12].

Rodzice, którzy chcą zapewnić swojemu dziecku rozrywkę na odpowiednim poziomie, czyli dostosowaną do jego wieku i bezpieczną (pod względem nieodpowiednich treści, reklam czy wyskakujących okienek), mają utrudnione zadanie. Po pierwsze – ze względu na ogrom aplikacji. Po drugie – serwisy udostępniające aplikacje nie oferują opcji ich filtrowania pod kątem wieku odbiorców czy charakteru oprogramowania. Najczęściej aplikacja ma po prostu oznaczenie, że nie zawiera treści nieodpowiednich dla dzieci. Nie bierze się jednak pod uwagę możliwości obsługi tej aplikacji przez małoletnich. Ujmując to prościej: gra może mieć treść bez przemocy, nie zawierać wulgaryzmów lub seksu, jednak jej obsługa jest zbyt skomplikowana dla małych graczy. Dodatkowo deklaracje producentów aplikacji mobilnych nie są weryfikowane i można polegać wyłącznie na opiniach innych użytkowników. Wśród odbiorców istnieje jednak obawa, że komentarze dotyczące aplikacji nie są autentyczne, ponieważ piszą je twórcy oprogramowania. W związku z tym rodzice sugerują się opiniami umieszczanymi na forach internetowych lub artykułami publikowanymi na blogach parentingowych[13].

Okoliczności, w jakich rodzice proponują dzieciom urządzenia ekranowe

Przyjrzyjmy się przyczynom, dla których rodzice udostępniają dzieciom urządzenia mobilne (telefony komórkowe, tablety). W badaniach z 2015 roku 69% polskich rodziców dawało dziecku urządzenie ekranowe, aby zapewnić mu rozrywkę, gdy rodzic musiał się zająć swoimi sprawami (60% rodziców dzieci rocznych i dwuletnich, 71% rodziców dzieci trzy- i czteroletnich, 74% pięcio- i sześciolatków)[14]. Rodzice często wykorzystują

---

12 S. Chaudron, *JRC Science and Policy Reports…*, s. 7–9.

13 K. Makaruk, S. Wójcik, *Aplikacje mobilne dla dzieci w wieku 3–6 lat. Diagnoza potrzeb i możliwości wsparcia dla rodziców*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" 2015, Vol. XIV, nr 3, s. 84–87.

14 A. Bąk, *Korzystanie z urządzeń…*, s. 13–14.

tablet, kiedy muszą czekać z dzieckiem w miejscu publicznym i chcą sprawić, aby było ono spokojne i czymś zajęte[15], np. w kolejce do lekarza lub w innej instytucji. W tego typu sytuacjach mali odbiorcy mediów często korzystają z telefonów komórkowych swoich rodziców, które nie są skonfigurowane do użytku przez dzieci. Oznacza to, że urządzenie najczęściej jest połączone z Internetem. Naraża to dzieci na kontakt z tak zwanymi reklamami pop-up[16]. Ponadto przypadkowo może dojść do zakupu dodatku do gry lub zainstalowania nowej aplikacji bez wiedzy opiekuna.

Kolejna sytuacja, w której dzieciom coraz częściej proponowany jest smartfon lub tablet, to jedzenie posiłku w restauracji[17]. Według badań 19% polskich rodziców dawało maluchowi urządzenie ekranowe, aby był spokojniejszy i zjadł posiłek[18]. Malec skupiony na grze czy filmie staje się mniej kłopotliwy, nie zadaje pytań, a czasami nawet łatwiej jest go nakarmić. Wielu rodziców zapewne powiedziałoby, że za sprawą telefonu komórkowego dziecko staje się grzeczne. A może po prostu wtedy mniej absorbuje uwagę i zaangażowanie rodziców, co jest dla nich wygodne? Nie trzeba namawiać go do jedzenia, tolerować znudzenia spowodowanego oczekiwaniem na posiłek, wstydzić się za jego rozdrażnienie, wynikające z przymusu siedzenia przez godzinę w jednym miejscu, lub gonić go po restauracji. Nie tylko dzieci korzystają z urządzeń mobilnych podczas jedzenia. W trakcie wspólnych posiłków rodzice odbierają telefony, czytają wiadomości, przeglądają Internet. Zdarza się, że odpowiadają na pytania dzieci bez nawiązywania z nimi kontaktu wzrokowego, patrząc na smartfon. Tego typu postępowanie opiekunów skłania maluchy do zachowań prowokacyjnych i testujących granice[19]. Skupiając swoją uwagę na telefonie komórkowym, rodzice prowokują krzyk dziecka lub rzucanie przedmiotami. Badania wskazują, że korzystanie

---

15 S. Chaudron, *JRC Science and Policy Reports…*, s. 7–9; H.K. Kabali, M.M. Irigoyen, R. Nunez-Davis, J.G. Budacki, S.H. Mohanty, K.P. Leister, R.L. Bonner, *Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children*, „Pediatrics" 2015, Vol. CXXXVI, No. 6, doi: 10.1542/peds.2015-2151.

16 S. Chaudron, *JRC Science and Policy Reports…*, s. 7–9.

17 J.S. Radesky, J.K. Caroline, B. Zuckerman, K. Nitzberg, J. Gross, M. Kaplan-Sanoff, M. Augustyn, M. Silverstein, *Patterns of Mobile Device Use…*

18 A. Bąk, *Korzystanie z urządzeń…*, s. 13–14.

19 J.S. Radesky, J.K. Caroline, B. Zuckerman, K. Nitzberg, J. Gross, M. Kaplan-Sanoff, M. Augustyn, M. Silverstein, *Patterns of Mobile Device Use…*

przez opiekunów z urządzeń ekranowych w trakcie spożywania posiłków prowadzi do ogólnego wydłużenia czasu spędzanego przez dzieci na używaniu telefonów komórkowych, tabletów i oglądaniu telewizji w dni powszednie. Dodatkowo używanie nowych mediów przez ojców w trakcie posiłków wpływało na dłuższy kontakt dzieci z urządzeniami ekranowymi w weekendy[20]. Dążąc zatem do zmniejszenia ogólnego czasu spędzanego przez dzieci przed urządzeniami ekranowymi, należałoby ograniczyć rodzinne oglądanie telewizji podczas posiłków oraz wyeliminować przeglądanie wiadomości w telefonie przez opiekunów w trakcie wspólnego jedzenia. Biorąc pod uwagę to, jak bardzo zajęci są współcześni rodzice oraz dzieci, zasiadanie przy stole powinno być pretekstem do rozmowy i szansą na lepsze poznanie się. Jeśli jednak rodzic wykorzystuje tę chwilę przerwy w natłoku codziennych obowiązków na sprawdzenie poczty elektronicznej lub przeczytanie newsów, to nieświadomie wysyła dziecku sygnał, że urządzenia ekranowe są ważniejsze od relacji z drugim człowiekiem.

Kolejną sytuacją, w której dziecku proponuje się urządzenia ekranowe, jest usypianie. Część rodziców (15%) wykorzystywało sprzęt mobilny, aby ułatwić dziecku zasypianie[21]. Stoi to w zupełnej sprzeczności z tym, co na temat zasypiania mówią badania. Wskazują one jednoznacznie, że korzystanie ze smartfonów, tabletów czy oglądanie telewizji sprzyja problemom ze snem. Trudności te zostały podzielone na poniższe kategorie: późniejsze chodzenie spać, koszmary nocne, lunatykowanie, trudności z budzeniem się. Warto podkreślić, że wieczorne (to jest po godzinie 19.00) korzystanie z mediów wpływa w większym stopniu na późniejsze zasypianie, wystąpienie koszmarów sennych oraz zmęczenia w dzień niż korzystanie z urządzeń ekranowych w ciągu dnia. Zwiększenie problemów ze snem miało także miejsce, gdy dziecko było narażone na treści o charakterze przemocowym podczas korzystania z mediów (czy to w ramach aplikacji, czy filmów zamieszczanych na portalach bądź pokazywanych w telewizji). Co więcej, udział osoby dorosłej w wieczornym korzystaniu z mediów, jak i wspólne oglądanie

---

[20] L. Tang, G. Darlington, D.W.L. Ma, J. Haines, *Mothers' and fathers' media parenting…*

[21] A. Bąk, *Korzystanie z urządzeń…*, s. 13–14; H.K. Kabali, M.M. Irigoyen, R. Nunez-Davis, J.G. Budacki, S.H. Mohanty, K.P. Leister, R.L. Bonner, *Exposure and Use…*

treści o charakterze przemocowym w ciągu dnia nie powodowały zmniejszenia obserwowanych problemów związanych ze snem[22]. Biorąc pod uwagę te wyniki, strategia rodzicielskiego usypiania dzieci za pomocą jakiegokolwiek urządzenia ekranowego staje się bezzasadna. Okazuje się dodatkowo, że nawet oglądanie tzw. dobranocki, która przez dekady była emitowana o godzinie 19.00, wpływa na opóźnienie godziny zaśnięcia dziecka i wystąpienie innych trudności w nocy. Jeżeli przyjrzymy się efektom oglądania bajek lub filmów w telewizji, na komputerze czy tablecie u małego dziecka, to niekorzystny wpływ „dobranocki" stanie się bardziej zrozumiały. Przypatrywanie się postaciom poruszającym się na ekranie wprowadza dzieci w stan ogromnej koncentracji uwagi. Twarz i ciało małego widza pozostają nieruchome. Skoncentrowanie się na programie jest tak duże, że każdy nagły, głośny dźwięk z wyświetlacza powoduje wzdrygnięcie się dziecka. Jego zaangażowanie jest zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Ciało pozostaje bierne, ale napięte, w stanie ciągłego skupienia. Bodźce zewnętrzne zazwyczaj wcale nie docierają do małego widza, dopiero dotknięcie, poruszenie powoduje wyrwanie ze stanu silnej koncentracji. Połączenie napięcia mięśni z jednoczesnym brakiem ich ruchu jest wyzwaniem i dużym wysiłkiem fizycznym[23]. Wydaje się zatem zrozumiałe, że po takiej dawce napięcia ciało małego człowieka potrzebuje dużo czasu na wyciszenie się i powrót do równowagi.

Innym obszarem, w którym nowe media wiodą prym, jest wspieranie rodziców w wychowaniu dzieci. Choć należy podkreślić, że wsparcie to jest jedynie pozorne, ponieważ włączenie urządzeń ekranowych do systemu wychowawczego rodziny niesie za sobą poważne konsekwencje. Niemalże połowa (49%) rodziców umożliwia dzieciom dostęp do mediów w nagrodę[24]. Tak więc odebranie tego przywileju jest formą kary. Żyjąc w cyfrowych domach, rodzice prawdopodobnie w sposób naturalny sięgają po sprzęt mobilny, chcąc wpłynąć na zachowanie

---

22 M.M. Garrison, K. Liekweng, D.A. Christakis, *Media Use and Child Sleep: The Impact of Content, Timing, and Environment*, „Pediatrics" 2011, Vol. CXXVIII, No. 1, s. 31–35, doi: 10.1542/peds.2010-3304.

23 T.B. Brazelton, J.D. Sparrow, *Rozwój dziecka. Od o do 3 lat*, przeł. A. Błaż, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2013, s. 438–442.

24 A. Bąk, *Korzystanie z urządzeń…*, s. 13–14.

dziecka. Wykorzystywanie przez matki urządzeń ekranowych jako narzędzia kontrolującego zachowanie (przedmiotu kary lub nagrody) powodowało zwiększenie czasu spędzanego przez maluchy na używaniu nowych mediów w dni powszednie. Co ciekawe, wydłużenie czasu korzystania przez dzieci z urządzeń ekranowych w weekendy zaobserwowano, gdy ojcowie używali nowych mediów jako elementu kontroli rodzicielskiej. Prawdopodobnym wyjaśnieniem takiego stanu rzeczy może być większa dostępność ojców w dni wolne oraz wzrost ich zaangażowania w opiekę nad dziećmi w tym czasie. Natomiast w dni powszednie na ogół dochodzi do większej liczby interakcji matka – dziecko[25]. Warto podkreślić, że dzieci preferują taki sprzęt, który niekoniecznie jest dla nich dostępny, ale chciałyby go posiadać. W tym przypadku urządzenie to zyskuje „magiczną" moc obiektu pożądania[26]. Pragnienie to wzrasta, gdy rodzice włączą dany sprzęt do systemu kar i nagród. Obietnica grania na tablecie czasami staje się nagrodą za wykonanie mniej przyjemnych czynności, takich jak odrobienie pracy domowej czy sprzątanie, a odebranie tego przywileju jest karą za niedopełnienie ustalonego obowiązku. Zrozumiałe jest, że rodzice próbują kontrolować zachowanie dzieci, wykorzystując do tego celu coś, czego one pragną, jak np. telefon komórkowy. Niestety, posługiwanie się dostępem do nowych mediów jako metodą wychowawczą może przynosić krótkotrwałe efekty, przy jednoczesnym nieumyślnym zwiększeniu i utrwaleniu atrakcyjności urządzeń ekranowych. Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, że opiekun (zarówno ojciec, jak i matka) wykorzystujący tablet, telefon czy komputer jako narzędzie kontroli rodzicielskiej naraża siebie i swoje dziecko na wydłużenie czasu, który mały użytkownik mediów będzie spędzał przed urządzeniem mobilnym.

Co zatem jest skuteczne? Co jest pomocne w ograniczaniu czasu spędzanego przed ekranem urządzenia mobilnego, jeżeli karanie brakiem dostępu do mediów wydłuża czas korzystania z urządzeń ekranowych? Najskuteczniejszą metodą jest stosowanie przez rodziców technik mających na celu monitorowanie czasu poświęcanego na używanie nowych mediów, jego ograniczanie oraz zapewnienie alternatywnych

---

25 L. Tang, G. Darlington, D.W.L. Ma, J. Haines, *Mothers' and fathers' media parenting…*

26 S. Chaudron, *JRC Science and Policy Reports…*, s. 7–9.

sposobów spędzania czasu wolnego. Dzięki temu skrócenie kontaktu z urządzeniami ekranowymi występowało zarówno w dni powszednie, jak i w weekendy[27].

Powyżej wymieniono kilka przyczyn, dla których rodzice decydowali się przekazać urządzenie ekranowe swojemu dziecku. Niektóre z tych sposobów postępowania wpływały na wydłużenie czasu, jaki spędzało ono przed ekranem. Należy jednak pamiętać, że czasami działanie mimowolne, pozornie niezwiązane z dzieckiem, niebędące nawet elementem relacji rodzic – dziecko, wpływa na postępowanie małego użytkownika nowych mediów. Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy modelowanie odgrywa znaczącą rolę. Dzieci naśladują rodziców, uczą się sposobu funkcjonowania w życiu codziennym przez obserwację. Niestety, powielają zachowania negatywne w takim samym stopniu jak pozytywne. Można nawet czasami przypuszczać, że postępowanie negatywne jest szybciej utrwalane. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że rodzice, próbując wyeliminować negatywne zachowanie, nieumyślnie doprowadzają do jego wzmocnienia[28]. Jeżeli rodzic korzysta z telefonu komórkowego czy komputera, to zapewne jego dziecko będzie powielało to zachowanie. Albert Bandura w swojej teorii społecznego uczenia się zakładał, że obserwowanie innej osoby jest wystarczające, aby nabyć określoną umiejętność[29]. Badania wykazały, że używanie nowych mediów przez matki (modelowanie) powodowało wydłużenie czasu spędzanego przez dziecko na korzystaniu z urządzeń ekranowych w dni powszednie. Co ciekawe, używanie przez ojców smartfonów, tabletów, telewizorów (modelowanie) nie miało wpływu na czas spędzany przez dziecko na korzystaniu z tych urządzeń[30]. Zbyt daleko idący byłby wniosek, że postawa ojców wobec sprzętu mobilnego nie ma znaczenia. Prawdopodobnie ponownie można to wyjaśnić częstotliwością ich przebywania z dzieckiem. Matki, które zazwyczaj więcej czasu spędzają z dziećmi niż ojcowie, są przez swą dostępność „łatwiejsze" do obserwowania

---

27 L. Tang, G. Darlington, D.W.L. Ma, J. Haines, *Mothers' and fathers' media parenting…*

28 T.B. Brazelton, J.D. Sparrow, *Rozwój dziecka…*, s. 320.

29 H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, przeł. A. Wojciechowski, Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo, 2004, s. 54–55.

30 L. Tang, G. Darlington, D.W.L. Ma, J. Haines, *Mothers' and fathers' media parenting…*

i naśladowania. Nie wyklucza to jednak uczestniczenia ojców w prezentowaniu zdrowych postaw względem korzystania z technologii. Można zatem wnioskować, że obserwowanie osoby ważnej (a za taką zazwyczaj uważana jest matka), wpływa na naukę i przejmowanie jej sposobów postępowania w wyniku zaangażowania w relację.

Kolejne badania także potwierdzają związek między jakością relacji rodzic – dziecko a używaniem nowych mediów. Po pierwsze – samopoczucie matki ma wpływ na częstotliwość korzystania z tabletów przez dzieci. Jeżeli przeżywa ona stresujące sytuacje, to będzie częściej pozwalała dziecku na korzystanie z mediów elektronicznych, nawet jeżeli dotyczy to małych dzieci w wieku dwóch–czterech lat. Dodatkowo rodzic zaprzątnięty kłopotami osobistymi lub o obniżonym samopoczuciu staje się mniej zasadniczy w egzekwowaniu ograniczeń dotyczących korzystania z urządzeń ekranowych. Jest on także mniej zainteresowany wchodzeniem w interakcje z dzieckiem, nie inicjuje zabaw, co prowadzi do wydłużenia czasu spędzanego przez maluchy na korzystaniu z tabletów[31].

Po drugie – używanie przez opiekunów nowych mediów w trakcie zabawy z dzieckiem ma wpływ na jego zachowanie. Zakłócanie relacji rodzic – dziecko przez technologię zostało określone terminem technoferencji, czyli technologicznej ingerencji w tę relację. W badaniach z 2017 roku rodzice uznawali średnio dwa urządzenia za zakłócające relację z dzieckiem. Aż 48% rodziców twierdziło, że do technoferencji dochodzi trzy lub więcej razy dziennie, a jedynie 11% badanych, że nie wystąpiła ona wcale. Jeżeli w relacji matka – dziecko występowała technoferencja, to zarówno matki, jak i ojcowie dostrzegali u dziecka zachowania eksternalizujące i internalizujące. Przez zachowania eksternalizujące rozumiano nadmierną ruchliwość, pobudzenie, niespokojne reakcje, łatwe frustrowanie się oraz napady złości. Natomiast zachowania internalizujące to między innymi marudzenie, dąsanie się czy podatność na zranienie emocjonalne. Nie miało znaczenia, czy pod uwagę zostały wzięte wszystkie urządzenia ekranowe to, czy tylko przenośne (telefony komórkowe, tablety). Co ciekawe, technoferencja w relacji

---

31 T. Pempek, B. McDaniel, *Young Children's Tablet Use and Associations with Maternal Well-Being*, „Journal of Child and Family Studies" 2016, Vol. XXV, No. 8, s. 15.

ojciec – dziecko nie wpływała na występowanie zachowań eksternalizujących i internalizujących u dzieci, co jednak – ponownie należy to podkreślić – nie stoi na przeszkodzie uczestnictwa ojców w kształtowaniu zdrowych form pracy z urządzeniami oraz budowania relacji. Występowanie technoferencji dodatkowo było związane z wydłużeniem czasu spędzanego przez dziecko przed urządzeniem ekranowym[32]. Można się zastanawiać, dlaczego akurat ingerencja technologii w relację matka – dziecko ma wpływ na jego zachowanie. Możliwe jest, że dzieci w odmienny sposób regulują swoje emocje i zachowanie w relacji z matkami i ojcami[33]. Innym wyjaśnieniem może być po prostu ilość czasu dzielonego z danym rodzicem. Jeżeli dziecko spędza więcej czasu z matką, to naturalnie występuje więcej okazji do zaistnienia technoferencji w relacji matka – dziecko. Jeżeli rodzic (40% matek i 32% ojców) dodatkowo uznał swoje korzystanie z technologii (głównie z telefonu komórkowego) za problemowe, to częstsze było zakłócanie relacji rodzic – dziecko przez technologię. Warto podkreślić, że osąd problemowego korzystania z mediów następował na podstawie raportu samooceny. Raport ten zawierał stwierdzenia takie jak:

> Kiedy telefon zadzwoni, wskazując, że dostałem nową wiadomość, nie mogę się powstrzymać przed sprawdzeniem tej wiadomości[34].
>
> Często myślę o telefonach lub wiadomościach, które mógłbym dostać na swój telefon[35].
>
> Mam poczucie, że za dużo korzystam z telefonu komórkowego[36].

---

32 B.T. McDaniel, J.S. Radesky, *Technoference: Parent Distraction With Technology and Associations With Child Behavior Problems*, „Child Development" 2017, Vol. LXXXIX, No. 1, doi: 10.1111/cdev.12822.

33 E.S. Lunkenheimer, S.L. Olson, T. Hollenstein, A.J. Sameroff, C. Winter, *Dyadic flexibility and positive affect in parent-child coregulation and the development of child behavior problems*, „Development and Psychopathology" 2011, Vol. XXIII, No. 2, s. 577–591, doi: 10.1017/s0954579411000006x.

34 B.T. McDaniel, J.S. Radesky, *Technoference…*, s. 6, przekład autorski.

35 Ibidem, przekład autorski.

36 Ibidem, przekład autorski.

Stwierdzenia te zdają się dość powszechne wśród użytkowników telefonów komórkowych i zapewne wielu rodziców mogłoby je sobie przypisać. W dzisiejszym zdygitalizowanym świecie nie sposób funkcjonować bez urządzeń ekranowych. Stały się one na tyle użyteczne i powszechne, że ich całkowite odrzucenie byłoby związane z ogromnym wysiłkiem, a nawet mogłoby się okazać niemożliwe. Jednak rodzic, który ma świadomość mechanizmów z nimi związanych (dziecko naśladuje jego zachowanie; zakłócanie relacji przez nowe media wpływa na wydłużenie czasu spędzanego przez małego użytkownika przed urządzeniem ekranowym; jakość czasu spędzanego wspólnie, bez zakłóceń technologicznych ma znaczenie), powinien podejść bardziej świadomie do tematu miejsca, jakie zajmują telefony komórkowe, tablety, komputery itp. w codziennym życiu. Warto poddać refleksji własne użytkowanie mediów i być może wprowadzić zasady korzystania z nich.

Rekomendacje organizacji zajmujących się zdrowiem

Najnowsze rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że dzieciom w wieku do piątego roku życia należy skrócić czas spędzany przez nie w pozycji spoczynkowej (siedzącej) przed urządzeniami ekranowymi na rzecz zabawy. Szczególnie podkreślana jest tu aktywność niezwiązana z nowymi technologiami, przy udziale opiekunów, jak wspólne czytanie, opowiadanie historii, śpiewanie lub układanie puzzli. WHO zaleca, aby dzieci do drugiego roku życia w ogóle nie oglądały telewizji, nie korzystały ze sprzętów mobilnych czy komputerów stacjonarnych. U starszych, trzy- i czteroletnich, dopuszczalna jest jedna godzina dziennie przed urządzeniem ekranowym, ale najlepsze byłoby skrócenie tego czasu do minimum. Organizacja podkreśla, że zastosowanie się do tych rozwiązań przyczyni się do właściwego rozwoju poznawczego i ruchowego dzieci oraz ukształtuje dobre nawyki, ważne przez całe życie[37]. Zalecenia te są zbieżne z rekomendacjami

37 https://www.who.int/news-room/detail/2 4-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more (dostęp: 19 maja 2019).

Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP – American Academy of Pediatrics), która wskazuje, aby – poza wprowadzeniem zasad dotyczących czasu spędzanego przez dzieci przed urządzeniem ekranowym – opiekunowie uczestniczyli w korzystaniu przez dzieci z nowych mediów oraz wybierali programy o wysokiej jakości. Stowarzyszenie proponuje także ustalenie okoliczności, w których nie używa się mediów (np. wspólne posiłki), lub miejsc w domu bez dostępu do technologii (np. sypialnie)[38]. Powyższe rekomendacje stoją w opozycji do rodzicielskich strategii udostępniania dzieciom urządzeń ekranowych, opisywanych wcześniej. Wyniki badań prezentowane w niniejszym tekście, wskazujące na szkodliwy wpływ nieprzemyślanego udzielania maluchom dostępu do nowych mediów, powinny zmusić opiekunów do zrewidowania swojego podejścia.

Pozytywne wykorzystanie nowych technologii (w tym – urządzeń ekranowych) przez dzieci i rodziców

Wszechobecne urządzenia ekranowe same w sobie nie są ani złe, ani dobre. To sposób, w jaki z nich korzystamy, determinuje ich przydatność lub szkodliwość. Łatwo można zauważyć, że bardzo duża część niewłaściwych sposobów korzystania z urządzeń mobilnych wywodzi się z ich przypadkowego używania. Dzieci dostają do ręki tablet i po wstępnym instruktażu związanym z obsługą sprzętu zostają z nim pozostawione sam na sam. Urządzenia ekranowe proponowane maluchom w sposób nieprzemyślany, jako doraźne zajęcie uwagi, mają niewielką szansę na wprowadzenie swojego potencjału edukacyjnego i kreatywnego (który *notabene* rodzice deklarują jako przyczynę zakupu sprzętu)[39]. Zmiana podejścia opiekunów na zaangażowane i uczestniczące otwiera szereg możliwości pozytywnego wykorzystania nowych mediów. Rodzice

---

38 *American Academy of Pediatrics Announces New Recommendations for Children's Media Use*, https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx (dostęp: 16 maja 2019).

39 E. Wartella, V. Rideout, A.R. Lauricella, S.L. Connell, *Parenting in the age…*, s. 5.

natomiast mają obowiązek pomagać maluchom w odpowiedzialnym używaniu technologii[40].

Gry niosą za sobą nie tylko potencjał związany z kreatywnością czy poszerzaniem wiedzy młodych użytkowników, ale mogą się przyczynić także do wyćwiczenia konkretnych umiejętności, takich jak poprawa uwagi, usprawnienie koordynacji oko – ręka czy nawet zwiększenie pojemności pamięci krótkotrwałej[41]. Nieustannie powstaje wiele aplikacji przeznaczonych dla dzieci, a jednocześnie odnoszących się do kultury dziecięcej i rozwoju. Jako przykład można tu podać chociażby analizowane przez Michała Zająca aplikacje książkowe dla dzieci[42], które jak sam autor wspomina, mogą się okazać „portalem do piśmienniczości, a może nawet do inicjacji literackich"[43]. Innym przykładem może być wykorzystanie gier w dbaniu o zdrowie – ciekawie opisuje to np. Piotr Kubiński w swoim artykule *Gry na zdrowie*, w którym wskazuje start-up Smileyscope:

> Fascynującego przykładu dostarcza Smileyscope. Australijski start-up stara się rozwiązać problem bólu podczas zabiegów z wykorzystaniem igieł i lęku przed strzykawkami, tak powszechnego wśród dzieci[44].

Jednak często dziecko, pozostawione samo sobie, nie umie wykorzystać z pełni możliwości aplikacji bądź może posługiwać się nią niewłaściwie. Samotny użytkownik niejednokrotnie nie potrafi dostrzec dodatkowego, np. edukacyjnego, waloru produktu. Jednoznacznie pokazuje to, że uczestnicząca obecność opiekuna może wesprzeć pełniejsze korzystanie z potencjału nowych mediów. Rodzice powinni pomagać

---

40 J. Jarczyńska, A. Orzechowska, *Siecioholizm i fonoholizm zagrożeniem współczesnej młodzieży* [w:] *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*, red. J. Jarczyńska, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2014, s. 141–143.

41 D. Gałuszka, *Gry wideo w perspektywie edukacji pozaformalnej i formalnej*, „Państwo i Społeczeństwo" R. XVII, 2017, nr 3.

42 M. Zając, *Aplikacje książkowe dla dzieci młodszych: między książką a grą komputerową*, „Ars Educandi" 2013, nr 10.

43 Ibidem, s. 69.

44 P. Kubiński, *Gry na zdrowie*, https://www.dwutygodnik.com/artykul/8182-gry-na-zdrowie.html (dostęp: 23 kwietnia 2019).

dzieciom – zwłaszcza małym – w posługiwaniu się urządzeniami ekranowymi. To otwiera możliwość nauczenia świadomego i celowego używania nowych technologii i pełnego wykorzystania ich potencjału rozwojowego.

Uwagi końcowe

Dzięki relacji z rodzicami następuje kształtowanie się indywidualnego charakteru dziecka. Proces ten jest długotrwały, jednak często podkreśla się szczególne znaczenie, jakie ma w nim pierwszych sześć lat życia[45]. Mała liczebność członków rodziny wpływa na dużą częstotliwość i intensywność kontaktów między nimi, dzięki czemu wzajemne oddziaływanie jest silne[46]. Wpływ na kształtowanie się postaw członków danej rodziny może zachodzić dwojako. Po pierwsze, przez relacje panujące wewnątrz rodziny, które stanowią podstawowy punkt odniesienia w przebiegu tworzenia się obrazu własnej osoby oraz sposobów postępowania z innymi. Po drugie, przez atmosferę rodzinną będącą swoistym zbiorem wartości, przez którego pryzmat postrzegamy otoczenie[47]. Rodzina jako grupa społeczna tworzy własne zasady postępowania w różnych okolicznościach, swoisty system norm, którego uczy dzieci wychowujące się w niej[48]. Biorąc pod uwagę tak silny wpływ rodziny na kształtowanie się i funkcjonowanie jednostek, oczywiste wydaje się, że może być ona zarówno czynnikiem ryzyka, jak i czynnikiem chroniącym w procesie rozwoju uzależnienia: może czynnie kształtować postawy, uczyć równowagi społeczno-technologicznej. Jeżeli w rodzinie nie powstał właściwy wzorzec komunikacji, jej członkowie przejmują wzajemnie swoje role lub nie zostały wypracowane sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych, to środowisko rodzinne może sprzyjać rozwojowi uzależnienia. Natomiast jeśli rodzice zapewniają dziecku poczucie

45 H. Bee, *Psychologia rozwoju…*, s. 39.

46 M. Ziemska, *Rodzina a osobowość*, Warszawa: Wiedza Powszechna, 1979.

47 M.B. Pecyna, *Dziecko i jego choroba*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak", 2000.

48 Z. Zaborowski, *Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza*, Warszawa: Nasza Księgarnia, 1980.

bliskości, okazują mu troskę i zainteresowanie, to rodzina stanowi czynnik chroniący. Zaangażowanie rodziny w proces leczenia, a także prowadzenie systemowej terapii rodzinnej jest skuteczniejsze od podejścia indywidualnego w przypadku leczenia uzależnień u młodych osób[49]. Badania wskazują, że w terapii siecioholizmu rodzice i ich postępowanie mają kluczowy wpływ na zmianę problematycznego zachowania dziecka[50]. W kontekście tych doniesień wiedza opiekunów na temat tego, jak użytkowanie urządzeń ekranowych wpływa na zachowanie się dziecka, jest niezbędna do kształtowania w rodzinie warunków sprzyjających odpowiedniemu rozwojowi jej członków. Obserwujemy rozkwit nowych mediów. Postęp jest tak dynamiczny, że trudno nam nadążyć za wszystkimi nowinkami. Tym bardziej sytuacja ta powinna wzbudzać naszą uważność i ciekawość, ponieważ wszelkie zmiany wymagają analizy i takiej pracy, która będzie uwzględniać zarówno nasze pragnienia, potrzeby, jak i granice. Jedynie świadome obserwowanie wzorów korzystania z urządzeń ekranowych może zagwarantować bezpieczne spożytkowanie możliwości, jakie dają nam nowoczesne technologie.

BIBLIOGRAFIA

Bąk A., *Korzystanie z urządzeń mobilnych przez małe dzieci. Wyniki badania ilościowego*, Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje, 2015.

Beard K.W., *Praca z młodzieżą uzależnioną od Internetu* [w:] *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia*, red. K.S. Young, C. Nabucco de Abreau, przeł. M. Jastrzębski, Zamość: Fundacja Dolce Vita, 2017.

Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, przeł. A. Wojciechowski, Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo, 2004.

---

49 W.R. Miller, A.A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, przeł. M. Cierpisz, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014, s. 255–259.

50 K.W. Beard, *Praca z młodzieżą uzależnioną od Internetu* [w:] *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia*, red. K.S. Young, C. Nabucco de Abreau, przeł. M. Jastrzębski, Zamość: Fundacja Dolce Vita, 2017, s. 219–222.

Brazelton T.B., Sparrow J.D., *Rozwój dziecka. Od 0 do 3 lat*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2013.

Chaudron S., *JRC Science and Policy Reports: Young Children (0–8) and Digital Technology*, Luxemburg: Joint Research Centre – Publications Office of the European Union, 2015, doi: 10.2788/00749.

Gałuszka D., *Gry wideo w perspektywie edukacji pozaformalnej i formalnej*, „Państwo i Społeczeństwo" R. XVII, 2017, nr 3.

Garrison M.M., Liekweng K., Christakis D.A., *Media Use and Child Sleep: The Impact of Content, Timing, and Environment*, „Pediatrics" 2011, Vol. CXXVIII, No. 1, doi: 10.1542/peds.2010-3304.

Jarczyńska J., Orzechowska A., *Siecioholizm i fonoholizm zagrożeniem współczesnej młodzieży* [w:] *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*, red. J. Jarczyńska, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2014.

Kabali H.K., Irigoyen M.M., Nunez-Davis R., Budacki J.G., Mohanty S.H., Leister K.P., Bonner R.L., *Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children*, „Pediatrics" 2015, Vol. CXXXVI, No. 6, doi: 10.1542/peds.2015-2151.

Lunkenheimer E.S., Olson S.L., Hollenstein T., Sameroff A.J., Winter C., *Dyadic flexibility and positive affect in parent-child coregulation and the development of child behavior problems*, „Development and Psychopathology" 2011, Vol. XXIII, No. 2, doi: 10.1017/s095457941100006x.

Makaruk K., Wójcik S., *Aplikacje mobilne dla dzieci w wieku 3–6 lat. Diagnoza potrzeb i możliwości wsparcia dla rodziców*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" 2015, Vol. XIV, nr 3.

McDaniel B.T., Radesky J.S., *Technoference: Parent Distraction With Technology and Associations With Child Behavior Problems*, „Child Development" 2017, Vol. LXXXIX, No. 1, doi: 10.1111/cdev.12822.

Miller W.R., Forcehimes A.A., Zweben A., *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, przeł. M. Cierpisz, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014.

Pecyna M.B., *Dziecko i jego choroba*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak", 2000.

Pempek T., McDaniel B., *Young Children's Tablet Use and Associations with Maternal Well-Being*, „Journal of Child and Family Studies" 2016, Vol. XXV, No. 8.

Radesky J.S., Caroline J.K., Zuckerman B., Nitzberg K., Gross J., Kaplan-Sanoff M., Augustyn M., Silverstein M., *Patterns of Mobile Device Use by Caregivers*

and Children During Meals in Fast Food Restaurants, „Pediatrics" 2014, Vol. CXXXIII, No. 4, doi: 10.1542/peds.2013-3703.

Rowicka M., *E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia*, Warszawa: Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, 2018.

Tang L., Darlington G., Ma D.W.L., Haines J., *Mothers' and fathers' media parenting practices associated with young children's screen-time: a cross-sectional study*, „BMC Obesity" 2018, Vol. 5, No. 37, doi: 10.1186/s40608-018-0214-4.

Wartella E., Rideout V., Lauricella A.R., Connell S.L., *Parenting in the age of digital technology: a national survey*, Center on Media and Human Development, School of Communication, Northwestern University, 2013.

Zaborowski Z., *Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza*, Warszawa: Nasza Księgarnia, 1980.

Zając M., *Aplikacje książkowe dla dzieci młodszych: między książką a grą komputerową*, „Ars Educandi" 2013, nr 10.

Ziemska M., *Rodzina a osobowość*, Warszawa: Wiedza Powszechna, 1979.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

American Academy of Pediatrics Announces New Recommendations for Children's Media Use, https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx (dostęp: 16 maja 2019).

Kubiński P., *Gry na zdrowie*, https://www.dwutygodnik.com/artykul/8182-gry-na-zdrowie.html (dostęp: 23 kwietnia 2019).

https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more (dostęp: 19 maja 2019).

PIOTR PRÓSINOWSKI
Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni

Cyfrowe opowieści o problemie alkoholowym. O narracjach gier wideo na temat problemu (nad)używania alkoholu

Abstrakt: Kultura współczesna i jej poszczególne „inkarnacje" opowiadają o różnych aspektach życia człowieka. Historie snute w rozmaitych tekstach kultury dotyczą zarówno sytuacji wyjątkowych i niecodziennych, jak i tych dotykających każdego z nas. W kulturze cyfrowej bowiem swoje miejsce znajdują kwestie globalne, jak i te lokalne, odnoszące się do dynamik społeczności, miast, szkół, rodzin czy wielu innych instytucji. Media i kultura cyfrowa to też gry, które prezentując historie oparte na różnych archetypach i konwencjach, nie stronią od tematów uznawanych za trudne. Przykładem mogą być opowieści o problemie z (nad)używaniem alkoholu. Celem artykułu jest przybliżenie i analiza narracji budowanych w grach wideo wokół tego konkretnego problemu.

SŁOWA KLUCZOWE: kultura, gry wideo, nowe media, wychowanie, opowiadanie historii, uwrażliwianie

Digital stories about the alcohol problem: the narrations of video games towards the problem of alcohol (ab)use

Abstract: Contemporary culture tells stories about different aspects of human life. They are told in various cultural texts and they concern both exceptional and unusual situations, as well as those that concern each of us and our own biographies. In digital culture, global and local issues pertain to individual communities, cities, schools, families or other institutions. And digital media culture is also games, which can present different stories, based on different archetypes and various conventions. They do not

avoid topics that are socially recognized as difficult. Problem of alcohol (ab)use is one of those topics. The aim of this article is to describe and analyze the narratives of video games built around this particular problem.

KEYWORDS: culture, video games, new media, education, storytelling, social awareness

Gry wideo – oraz ogólniej: media cyfrowe – są silnie związane z życiem niejednego współczesnego człowieka i budują różne konteksty naszej codzienności[1]. Doświadczają tego specjaliści pracujący zarówno z młodzieżą, jak i z dorosłymi. Także z mojego doświadczenia z pracy w Dziale Profilaktyki OPiTU w Gdyni wynika, że tematyka mediów cyfrowych, cyberprzemocy, gier wideo, portali społecznościowych jest czymś, o czym wciąż się dyskutuje. Również w innych miejscach – na uniwersytetach, w domach kultury, szkołach, fundacjach… To pokazuje, że temat ten wymaga rozmów. Zmiany społeczne, globalne, dotyczą także mniejszych społeczności, działań i transformacji. Przykładowo jeszcze 10, 15 czy 20 lat temu nie myślano o gminnych działaniach dotyczących cyberprzemocy czy organizowaniu szkoleń o rozwoju psychoseksualnym w kontekście nowych mediów. Dziś ma to jednak miejsce. Podczas X Seminarium OPiTU dla gdyńskich nauczycieli, wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych zainicjowaliśmy warsztaty na ten temat i okazało się, że uczestnicy faktycznie chcieli o tym rozmawiać. Mieli swoje przemyślenia dotyczące bliskości i rozwoju człowieka (także o obszarze intymności) w kontekście nowych mediów. Przeplatanie się mediów, gier, tekstów kultury nie dotyczy jedynie tego tematu, ale również innych sfer naszej codzienności.

Gry wideo, media i Internet wchodzą w pewien rezonans z wielowątkowością ludzkiego życia. Są w stanie opowiadać o sprawach istotnych: politycznych, edukacyjnych, wychowawczych. W tym tekście skupię się przede wszystkim na grach wideo, ale w inny sposób – nie alarmistyczny. Wskażę ich zdolność do opowiadania, a czasami nawet do inspirowania dyskusji, stymulowania rozwoju intelektualnego i emocjonalnego, oferowania nowych doświadczeń czy uwrażliwiania. Gry bowiem

[1] D. Gałuszka, *Gry wideo w środowisku rodzinnym. Diagnoza i rekomendacje*, Kraków: Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner, 2017, s. 11.

opisują uczucia i emocje, ale także są w stanie je przekazywać. Są tekstem kultury[2], który – mniej bądź bardziej – metaforycznie odzwierciedla ludzkie doświadczenia, przemyślenia oraz struktury, w jakich istniejemy. Nierzadko są też komentarzami rzeczywistości pozawirtualnej – pełnoprawnym głosem w sprawach społecznych.

W niniejszym tekście skupię się zwłaszcza na temacie portretowania problemu z (nad)używaniem alkoholu. Warto tutaj wyjaśnić, skąd takie – (nad)używanie – określenie zamiast słowa zapisanego bez nawiasu. Na wyrost mogłoby się okazać diagnozowanie nadużywania alkoholu bądź uzależnienia od niego u postaci wirtualnych, które nie są człowiekiem, ale raczej pewną interpretacją wycinka człowieczeństwa, ubraną w wirtualne ciało i historię. Niekiedy te historie wprost będą nazywały problem alkoholowy, jednakże stanowcza większość będzie raczej opowiadać o pewnych konsekwencjach i kontekstach picia. Stąd postanowiłem nazywać te sytuacje (nad)używaniem – portretowaniem używania alkoholu z możliwą sugestią, że zachowania te mogę zmierzać w kierunku picia ryzykownego i nadużywania.

Zanim jednak przejdę do przykładów gier, najpierw przedstawię kilka zagadnień i kwestii związanych ze znaczeniem gier w ludzkiej codzienności oraz w kulturze cyfrowej.

Znaczenie gier wideo w codzienności i w kulturze cyfrowej

Zdarza się, że gry traktuje się jako coś niepoważnego. Produkt, który w żaden sposób nie łączy się z codziennymi trudami i problemami. Nie ma to nic wspólnego z prawdą. Między innymi z powodu powiązań gier z tym, co ludzkie, i tym, co tak splecione z naszą współczesną kulturą. Chodzi jednak o coś jeszcze – mianowicie o znaczenie fikcji i wyobrażeń w naszym codziennym życiu. O fikcji często myśli się w kontekście „fałszu" bądź czegoś, co w żaden sposób nie łączy się z „poważną codziennością". Społecznie kategoria fikcji i wyobrażeń działa zupełnie inaczej. Jak zauważają Tomasz Szkudlarek i Zbyszko Melosik, jest ona czymś, co nas otacza – teksty pisane, przekazywane ustnie opowieści, kinematografia,

[2] J.Z. Szeja, *Gry fabularne. Nowe zjawisko kultury współczesnej*, Kraków: Rabid, 2004, s. 8.

sztuki plastyczne, muzyczne, teatr… Wszystkie one tworzą narracje naszego doświadczania[3]. W podobny sposób można mówić o prawie – jako o stworzonych przez człowieka zasadach życia społecznego. I one nie zostały odnalezione, ale wytworzone, opracowane i spisane.

Myśl autorów dotycząca kategorii fikcji koresponduje także z tym, co wiele lat temu – bo już w 1977 roku – pisała Romana Miller. Zauważyła ona, że sztuka, kultura, fikcja służą także komunikowaniu się[4]. Chociaż we wskazanym tekście autorka pisze o takiej funkcji fikcji w kontekście dzieci, to czy nie dotyczy ona także innych grup wiekowych? Każdego dnia dekodujemy kulturę i wplatamy ją w naszą codzienność. Co więcej, jest ona nieodłącznym elementem nie tylko wychowania, ale także socjalizacji. W końcu to w ich ramach dochodzi do transmisji kulturowych[5] i społecznego rozwoju człowieka.

Pewnym problemem jest to, że o fikcji – w tym także o grach wideo – wciąż pisze się w negatywnym ujęciu. Co rusz pojawiają się one jako element destruktywny w wielu serialach, programach paradokumentalnych i rozrywkowych[6]. Również w mediach pisanych o wiele częściej można przeczytać o grach wideo w kontekście uzależnień czy też zachowań ryzykownych. O wiele rzadziej mówi się o ich funkcji kulturotwórczej czy wspierania zdrowia – również psychicznego[7]. Istnieją bowiem gry – jak wskazuje Piotr Kubiński – które niejako sugerują, aby spojrzeć inaczej na określoną sprawę, np. autyzm, i uwrażliwić na jej specyfikę[8]. Tutaj można – także za wspomnianym autorem – wskazać Floreo, czyli start-up, „którego głównym polem działalności jest dostarczanie przeżyć VR (*virtual reality* – P.P.), mogących pomóc osobom z ASD – objawami ze

---

3 T. Szkudlarek, Z. Melosik, *Kultura, tożsamość i edukacja. Migotanie znaczeń*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2010, s. 97.

4 R. Miller, *Wychowanie przez świat fikcyjny dla świata rzeczywistego we wczesnym dzieciństwie* [w:] *Sztuka dla najmłodszych. Teoria, recepcja, oddziaływanie*, red. M. Tyszkowa, Warszawa–Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1977, s. 53.

5 R. Miller, *Socjalizacja, wychowanie, psychoterapia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1981, s. 108.

6 P. Prósinowski, P. Krzywdziński, *Gry wideo a postawa twórcza: potencjał i narracja zagrożeń*, „Ars Educandi" 2016, t. XIII, s. 45–56, doi: 10.26881/ae.2016.13.04.

7 P. Kubiński, *Gry na zdrowie*, Portal Dwutygodnik, https://www.dwutygodnik.com/artykul/8182-gry-na-zdrowie.html (dostęp: 18 stycznia 2019).

8 Ibidem.

spektrum autyzmu”[9]. Twórcy Floreo w jasny sposób przedstawiają cele i zadania swojego projektu:

> Floreo wykorzystuje możliwości wirtualnej rzeczywistości (VR), aby opracować uzupełniającą metodę nauczania umiejętności społecznych i komunikacyjnych dla osób z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD). Nasza biblioteka lekcji jest zabawna i angażująca dla uczącego się, a jednocześnie zapewnia nadzorującemu dorosłemu możliwość monitorowania i śledzenia postępów uczącego się. Floreo jest obecnie używane przez szkoły, gabinety terapeutyczne i rodziców. Lekcje Floreo oparte są na badaniach naukowych; obecnie prowadzimy kilka projektów, w tym badanie we współpracy z Centrum Badań nad Autyzmem w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii i Narodowymi Instytutami Zdrowia[10].

Na rynku gier wideo systematycznie pojawiają się produkcje, które już z założenia mają działać na świadomość społeczną, wpływać na rozwój lub bezpośrednio na ludzi znajdujących się w bardzo określonej sytuacji (społecznej, zdrowotnej, ekonomicznej). Mówi się nawet o grach zaangażowanych – między innymi w różnorodne ludzkie dynamiki[11]. Są to tzw. *serious games*, dotyczące ważnych tematów, poruszanych nierzadko także w kontekście innych mediów i których społeczno-polityczna istotność jest niezaprzeczalna.

Jednak przemysł gier wideo to w większości produkcje skierowane do znacznie szerszej rzeszy użytkowników. To gry rozmaitych gatunków: cRPG (*computer role-playing game*), platformowe, ekonomiczne, przygodowe, FPS (*first person shooter*)… Wszystkie w różnych uniwersach i konwencjach, przedstawiające rozmaite światy, sytuacje i oferujące zróżnicowane rodzaje rozgrywki. Czy i te, popularne i światowe produkty, również odnoszą się do codzienności i zdrowia? Tak – dlatego że

---

9 M.R. Wiśniewski, *Zdrowifikacja gier*, Portal Dwutygodnik, https://www.dwutygodnik.com/artykul/8145-zdrowifikacja-gier.html (dostęp: 25 stycznia 2019).

10 Oficjalna strona Floreo: https://floreotech.com/ (dostęp: 1 lutego 2019).

11 Przykład konferencji dotyczących gier wideo w kontekście zaangażowania społecznego: Games for impact – http://www.nina.gov.pl/projekty/games-for-impact/ (dostęp: 23 stycznia 2019).

i one mają swój potencjał wychowawczy, edukacyjny, a także od nich zaczynają się profilaktyka, dbanie o siebie, o swój dobrostan.

Popularne gry wideo są przepełnione historiami odnoszącymi się do codziennego życia. Można powiedzieć, że są swego rodzaju metaforami, wariacjami na temat tego, jak postrzegane mogą być codzienne sytuacje, stany i uczucia. W końcu sami twórcy nie są oderwani od świata, w którym żyją, z jego poziomu obmyślają swoje produkty, budują całe uniwersa – i to do nich przenoszą różne dyskusje i koncepcje. W podobny sposób mogą dokonywać transkrypcji uczuć i emocji, a następnie dawać okazję graczom, aby zareagowali na daną propozycję. W ten sposób gry wideo nawiązują do tak powszechnych kwestii jak chociażby ludzka potrzeba odczuwania uczuć, opowiadania o bliskości, relacjach czy cielesności. Obecnie wszystkie te obszary są reprezentowane w wielu produkcjach, które odwołują się do ludzkich pragnień romantycznych. To w nich dochodzi do różnych stymulacji emocjonalnych, gracze mogą odnosić się do swojego pojmowania bliskości i do preferencji[12]. Trudno nie dostrzec potencjału gier dla dyskusji o ludzkich pragnieniach, który w odpowiedniej formie nie tylko może prowokować debaty, ale też skłonić do przemyśleń – między innymi w odniesieniu do własnych doświadczeń i osobistego rozumienia zjawisk, np. miłości.

Wszystkie te przykłady i rozważania w bardziej bądź mniej bezpośredni sposób nawiązują do osoby gracza i jego pojmowania rzeczywistości – zarówno wirtualnej, jak i pozawirtualnej, bo i na tej bazują produkty kultury cyfrowej. Gry wideo nie pomijają bowiem takich tematów jak używanie substancji psychoaktywnych, tematyki zdrowia czy pracy nad swoimi deficytami. Prezentując różne historie, dają możliwość odniesienia się do problemu, a dzięki immersji – czyli zanurzeniu w świecie gry – nierzadko dają także możliwość nie tylko pasywnego odbioru historii, ale również aktywnego reagowania. Oczywiście reakcje te włożone są w pewne ramy – w kontekście ograniczeń gry, technicznych rozwiązań wdrożonych przez twórców, ale także – ramy pojęciowe, polityczne, ideologiczne czy (re)interpretacyjne. W końcu gra to już pewna interpretacja świata, ale wciąż otwarta na dopełnienie jej przez gracza.

---

[12] P. Prósinowski, P. Krzywdziński, *Cyfrowa miłość. Romanse w grach wideo*, Kraków: Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner, 2018.

Bez niego gra nie będzie niczym innym jak liniami kodu. To gracze są sprawcami w uniwersach gry i to oni, wspólnie z deweloperami, tworzą sensy prezentowanych światów i poglądów.

W tekście, który Państwo teraz czytają, skupię się na bardzo konkretnych sensach i bardzo konkretnym zjawisku. Jest nim problem alkoholowy.

Gry wideo nierzadko opowiadają o czymś tak skomplikowanym i zarazem trudnym jak ludzkie zmagania z uzależnieniami czy używanie substancji psychoaktywnych. Czasami historie o tego rodzaju problemach są prezentowane w formie pomniejszego wątku w fabule gry, innym razem są osią, wokół której cała gra toczy swój bieg. Dając graczom możliwość obcowania z różnymi przedstawieniami problemu alkoholowego, deweloperzy otwierają drzwi na nowe – jak to określiłem poprzednio – sensy i interpretacje. To one mogą okazać się swoistym katalizatorem prowokującym do innego spojrzenia na dany temat. Będzie to jednak zależeć od tego, co właściwie gracz zobaczy na ekranie i na ile to, co zostanie ukazane, będzie przejmować, prowokować, skłaniać do przemyśleń lub może nawet do działań.

Występowanie w grach wideo wątków fabularnych dotyczących (nad)używania alkoholu

Gry wideo mocno splatają się z codziennością, więc trudno się dziwić, że w historiach, które opowiadają, uwzględniane są także opowieści o alkoholu, jego wykorzystaniu, nadużywaniu, czy o tym, jak wpływa na ludzkie biografie. O ich obecności w grach nierzadko dyskutują także sami gracze[13]. Chociaż przedstawione biografie są cyfrowe, to i one bazują na postrzeganiu przez deweloperów i środowiska z nimi powiązane problemu alkoholowego.

---

13 P. Bujanowicz, *Łyk binarnego piwa i wirtualny dym z papierosa. Używki w grach wideo*, https://antyweb.pl/lyk-binarnego-piwa-i-wirtualny-dym-z-papierosa-uzywki-w-grach-wideo/ (dostęp: 31 stycznia 2019); B. Sieja, *Prawie jak Kac Vegas – gry, w których nie stronimy od alkoholu*, https://www.komputerswiat.pl/gamezilla/artykuly/prawie-jak-kac-vegas-gry-w-ktorych-nie-stronimy-od-alkoholu/2tko1k5 (dostęp: 31 stycznia 2019).

Niektórzy mogliby pomyśleć, że nawiązywanie w świecie cyfrowym do takich tematów jest czymś nowym. Jest jednak inaczej. Tego rodzaju wątki od dawna istnieją chociażby we wszelakich grach wspomnianego już gatunku cRPG, których celem jest wcielanie się w role, odgrywanie ich, mierzenie się z problemami, zadaniami czy mniej bądź bardziej trudnymi decyzjami, przeżywanie przygód, rozwijanie postaci. Można podać tutaj chociażby przykład gry *Icewind Dale* (Black Isle, 2000) czy *Icewind Dale II* (Black Isle, 2002). Historie przedstawione w obu produkcjach rozgrywają się w znanym w środowisku graczy uniwersum fantasy – w Zapomnianych Krainach. Jest to świat niezwykle rozbudowany, a w jego ramach mieszczą się różne gry wideo, książki, sesje „opowiadanych" i „papierowych" RPG[14].

W obu tych grach można natknąć się na bliźniaczo podobne zadania: postacie – dwóch mężczyzn – ewidentnie prezentujące co najmniej problemowe picie alkoholu, proszą postać gracza o przyniesienie im wina. Zadaniem gracza jest zdecydować, jak na to zareagować.

W pierwszej części gry postacią przedstawiającą problem jest Stary Jed – rybak z małego miasteczka, w którym rozpoczyna się historia. Mówi on:

> Gisella, szynkarka z Zimowej Kołyski, odcięła mnie. Jak mam dobrze łowić ryby? (…) Szynkarka mówi, że pijem za dużo. Co ona wie? Wywróciłem moją łódź tylko trzy… no, cztery razy. Tak czy siak czeba mi wina, bym dobrze łowił.

Gracz może zareagować na wypowiedziane słowa na różne sposoby. W tym celu musi wybrać jedną z przygotowanych przez twórców gry odpowiedzi. Ich różnorodność będzie zależeć od postaci gracza i jej statystyk. Tak więc postać posiadająca np. wysoki współczynnik charyzmy i/ lub inteligencji będzie mieć więcej opcji dialogowych niż ta z niskimi pod tym względem statystykami. Zatem o ile podstawowa forma zadania (nieuwzględniająca specjalnych odpowiedzi warunkowanych statystykami) ma jedynie opcje polegające na przyniesieniu wina lub odmówieniu

---

[14] Strona Dungeons & Dragons / Wizards of the Coast: The Forgotten Realms – Explore the Realms: http://dnd.wizards.com/dungeons-and-dragons/what-is-dd/forgotten-realms (dostęp: 1 lutego 2019).

wykonania zadania, o tyle odpowiednie statystyki postaci mogą odblokować dodatkowe sugestie – że rybak powinien o swoim problemie porozmawiać z kapłanem (kapłani w uniwersum gry odgrywają rolę nie tylko znawców spraw duchowych, ale także specjalistów w leczeniu i niesieniu wsparcia). Można też zwrócić uwagę na to, że to on jest odpowiedzialny za ten problem, a nie chociażby wspomniana szynkarka.

Każde z rozwiązań spotyka się z identyczną nagrodą, więc forma rozwiązania zależy głównie od odgrywanej postaci (jej charakteru, wysokości statystyk) oraz moralności gracza. Użytkownik w trakcie obcowania z produktem mimo swojego zanurzenia w budowanym uniwersum wciąż może sięgać do osobistej moralności, wiedzy – i to on dokonuje pewnego oszacowania sytuacji[15].

W drugiej części gry – *Icewind Dale II* – wydanej dwa lata później, w 2002 roku, zadanie jest bliźniaczo podobne. Również znajduje się ono na samym początku gry, także dotyczy mężczyzny i też niejako wiąże się z podobnymi reakcjami. Tym razem postacią jest rekrut Niles, który chce się napić alkoholu, mimo że jest na posterunku, a wroga armia się zbliża. Już w pierwszych słowach Niles zwraca się do postaci gracza:

> Hej, ty jesteś jednym z tych najemników z Luskan, nieprawdaż? Tak się składa, że ja też… powiedz no, masz może coś na rozgrzewkę? Potrzebuję miejsca na przechowanie, no i trochę piwa też by się przydało.

O ile można stwierdzić, że przedstawiona sytuacja jest mniejszego kalibru: nie ma już na wstępie mowy o incydentach dokonanych pod wpływem alkoholu – jak to było w przypadku Starego Jeda – o tyle wciąż upijania się na służbie, w zagrożeniu od zbliżającego się najeźdźcy, trudno nie nazwać piciem w sytuacji kryzysowej, w której alkohol służy jako regulator napięcia. Tym razem, w obliczu nadchodzącej walki, podjęte ryzyko skorzystania z alkoholu może się spotkać z poważnymi konsekwencjami, więc można powiedzieć, że niejako kontemplowane jest pewne ryzykowne wykorzystanie substancji.

---

[15] P. Prósinowski, *Sumienie graczy: podejmowanie decyzji w fabularnych grach komputerowych w kontekście socjalizacji i wrażliwości społecznej*, „Ars Educandi" 2010, t. X, s. 83–100, doi: 10.26881/ae.2013.10.06.

Ciekawe jest to, że projekt zadania różni się od starszej wersji w ważnej kwestii. Tym razem przekonanie Nilesa do powstrzymania się od alkoholu wiąże się z większą nagrodą niż w przypadku przekazania mu trunku. Co więcej, bardziej dosadne jest zakończenie zadania – po wręczeniu Nilesowi alkoholu gracz zobaczy, że z powodu upojenia nie przetrwa on bitwy. Jeśli natomiast zostanie przekonany do powrotu na posterunek, nie tylko może przeżyć, ale także być wsparciem podczas ataku wojsk nieprzyjaciela.

W obu grach zaprezentowane jest pragnienie napicia się alkoholu, lecz odtwarzając swoją rolę (co jest sednem gatunku cRPG), gracz może wybrać, co z sytuacją uczyni – którą z odpowiedzi wybierze, decydując, w jakim kierunku sprawy mają się potoczyć.

Tutaj warto zauważyć, że chociaż wspomniane w tychże – wcale nie tak nowych – grach wątki dotyczące danego zadania są bardzo małe, to już na ich podstawie można dostrzec pewne mechanizmy, pewne sposoby rozumienia problemu. Oczywiście wielkość i rozbudowanie wątku ma znaczenie, ponieważ wpływa na dokładniejsze opisanie sytuacji i większą immersję, ale już samo umieszczenie takiego zadania jest pewnym sygnałem, komunikatem mówiącym: „to się zdarza – zamieśćmy to w grze". A to dopiero początek, bo wraz z rozwojem gier, różnych rozwiązań wdrażanych przez deweloperów, zaczęły się pojawiać nowe „inkarnacje" cyfrowych zadań oraz nowe techniki angażowania, wzruszania i opowiadania.

W przypadku opisywanych wyżej gier nie można powiedzieć, że alkohol ma duży związek z głównym wątkiem. Jest on traktowany bardziej jako jeden z elementów świata (co oczywiście też jest ważne – także w świecie wirtualnym stanowi fragment codzienności, który – kontrolowany – nie przenika do centrum życia jednostki, ale może się nim w pewnych warunkach stać) – sercem rozgrywki są inne wątki, problemy i wyzwania.

Wątki dotyczące nadużywania alkoholu można odnaleźć również w dużych, światowej sławy produkcjach, jak *Wiedźmin III: Dziki Gon* (CD Projekt Red, 2015) – chociażby wątek Krwawego Barona, którego historia także łączy się z nadmiernym piciem, a jednocześnie poruszony jest temat alkoholu niekoniecznie jako inicjatora problemów, a raczej jako efektu przeżywanych sytuacji i niejako ich kontynuacji.

Obecność alkoholu w grach wideo jest w dużym stopniu kierowana wizją designerów – deweloperów gry. To oni, oferując konstrukcję świata, tworząc jego atmosferę, decydują o tym, jaką rolę w tej wizji będą odgrywać poszczególne elementy codzienności. I tak przykładowo, mimo że seria *Icewind Dale* i *Wiedźmin III* należą do tego samego gatunku co *Bard's Tale: Opowieści Barda* (inXile Entertainment) z 2004 roku, ponieważ umieszczono te gry w realiach fantasy, to alkohol w *Bard's Tale* będzie odgrywał inną rolę, a jego pojawianie się będzie budowało zupełnie inną atmosferę.

Gra *Bard's Tale: Opowieści Barda* wykorzystuje motywy alkoholowe w budowaniu rubasznej atmosfery i postaci ubogich mieszkańców małych miasteczek, a picie jest ukazane jako jedna z ulubionych rozrywek tejże grupy. To właśnie tutaj pojawia się dość znana piosenka o piwie. Już same jej słowa ukazują atmosferę gry, która jest daleka od wszelkiej powagi:

Piwo, piwo, piwo, pyszne z pianką piwo, piwo.
Dawno, dawno temu, w historii daleko,
gdy do picia było chyba tylko mleko.
Żył raz sobie człowiek, co zwał się Jasiek Kiep
I stworzył cudowny, chmielowy napój, po którym szumiał łeb.

Ref.: Hej! To pewnie był uczony, co rozum miał za stu.
I zawsze wielkie dzięki będziem składać mu.
Popatrzcie, co nam dał, dał szczęścia nam paliwo.
Niech żyje nam nasz Jasiek Kiep, który wynalazł piwo
piwo, piwo, pyszne z pianką piwo, piwo.

Dębowy Bęben, Trupi Pub, a także Szczur Pijany,
jednego możesz być pewien, tam browar Jaśka jest lany.
Więc chłopcy i dziewczęta o jedenastej dajcie STOP
I Jaśka wspominajcie, bo fajny był to chłop.

Raz, dwa, trzy, cztery, pięć…

Ref.: (…)

Zamieszaj w beczce słodu i chmielu sypnij w połowie,
od tego smarowania rozjaśni ci się w głowie.

Czterdzieści kufli dziennie zabije każdy ból,
a koszt to osiem pensów i podatku pensa pół.

Raz, dwa, trzy, cztery, pięć…

Ref.: (…)

Niech żyje Jasiek Kiep!

Gra także nie ukazuje alkoholu jako ewidentnego problemu, ale nawet postać protagonisty wykonuje gesty zażenowania, gdy stali bywalcy gospody „Pijany Szczur" – bo taką, dość sugestywną nazwę nosi tawerna – wykonują swoją pieśń. Znaczący jest także wygląd wykonawców utworu – jest to trzech mężczyzn, zaniedbanych, krępych, nie najmłodszych. Dzięki całej atmosferze gry alkohol momentami może być kojarzony z pewną niepowagą, zaniedbaniem, ale również z czymś przynoszącym uciechę. Jak swojego rodzaju „rozweselacz", który ma swoją cenę, aczkolwiek posiada grono zadowolonych sympatyków.

Różnic w prezentowaniu alkoholu czy korzystaniu z niego można się dopatrzeć nawet wewnątrz gatunkowo pokrewnych produkcji. W każdej z nich jego obecność wiąże się z inną rolą – w jednej jest prezentowany jako źródło problemu i swojego rodzaju element zadania, w innej natomiast buduje atmosferę swoistej rubaszności, która – tak jak chociażby w przypadku wspomnianej piosenki – nie będzie wiązała się z żadnym zadaniem. Po prostu wystąpi jako mała, pantagrueliczna dygresja.

Alkohol niekoniecznie musi istnieć w grach tylko jako element budujący atmosferę produkcji. Może splatać się z cyfrowymi biografiami, niejako kreując tożsamość postaci – bohaterów gier. Przykładem problemowego używania alkoholu jest chociażby postać Bookera DeWitta z gry *BioShock Infinite* (Irrational Games, 2013). Booker jest mężczyzną, który w swojej burzliwej przeszłości – obfitującej w śmierć, tragedie rodzinne, błędne decyzje – ewidentnie nadużywa alkoholu, będącego jego sposobem na ucieczkę czy specyficzne znieczulenie. W tym kontekście ciekawe jest to, że bohater gry po wspomnianych wydarzeniach trafia do pewnego rodzaju dystopii, a obecność w niej jeszcze bardziej komplikuje jego życie. Może to przypominać swoiste limbo – czyściec, w którym musi w końcu zmierzyć się z tym, co tak bardzo dla niego trudne.

Co jeszcze ciekawsze, przez mieszkańców antyutopijnego miasta Booker widziany jest jako degenerat, podczas gdy to fanatyczni mieszkańcy wyzbyci są jakichkolwiek wyrzutów sumienia, wątpliwości co do swoich działań (co zdaje się w przewrotny sposób stawiać pytanie o to, kto w tej historii jest mniej ludzki: człowiek przepełniony problemami czy ci, którzy widzą go jako kogoś gorszego, praktycznie niegodnego przebywania w ich towarzystwie?). W tym kontekście problem alkoholowy głównego bohatera jest przedstawiany jako sposób, w jaki człowiek doświadczający rozterek moralnych radzi sobie z wewnętrzną traumą – w opozycji do osób, dla których wystarczającym „znieczuleniem" jest ideologiczne zaślepienie, eliminujące konieczność refleksji nad własnymi czynami.

Alkohol, jego obecność, nadużywanie, wiążące się z nim problemy oraz pragnienia kierujące ludźmi stają się więc materią, z której buduje się nie tylko świat, ale także ludzkie historie, zmieniając ich jakość oraz zawarte w nich doświadczenia. Czy znacznie różni się to od historii, które poznajemy w swojej codzienności, które istnieją w świecie pozawirtualnym?

Chociaż gry wideo już od wielu lat opowiadają o sprawach trudnych, to nie można zaprzeczyć temu, że robią to coraz bardziej świadomie, coraz odważniej, używając innych środków i akcentów. Dowodem na to mogą być nowsze produkcje, nierzadko tworzone przez mniejsze, niezależne studia. Tutaj nie sposób nie wspomnieć gry *Among the Sleep* (Krillbite Studio, 2014), która zaskoczyła wielu odbiorców swoją przewrotnością i jednoczesnym poruszeniem tak ważnego tematu.

Produkcja Krillbite Studio jest swojego rodzaju grą grozy – horrorem opowiadanym z perspektywy dwuletniego dziecka. Na początku ukazane jest jego barwne życie: spędza czas ze swoją mamą, widzimy jego pokój, zabawki… Jednakże wtedy nadchodzi noc. Wszystko, co barwne i znajome, przemienia się w coś niemalże obcego i na swój sposób złowrogiego – niczym z filmów grozy, bazujących na ludzkich lękach i mrocznych wyobrażeniach. Dziecko – w które wciela się gracz – raczkując po domu, dostrzega, że nigdzie nie ma jego mamy. Jego jedynym towarzyszem jest pluszowy miś Teddy. Dziecko w trakcie gry przemierza świat spomiędzy rzeczywistości i koszmarów, przeciska się przez kolejne mroczne zakamarki, chcąc polepszyć swoją sytuację i uzyskać

poczucie bezpieczeństwa. Wie jednak, że podąża za nim potwór – strzelista i powykręcana istota czyhająca na dziecko, pragnąca je schwytać.

Mroczna, koszmarno-oniryczna atmosfera i okoliczności przyczyniają się do wiecznego poczucia zagrożenia u dziecka (i przez to – u gracza, już niezależnie od wieku). Jego świat – mieszanka wspomnień, obaw, lęków – łączy się z immersyjnym działaniem produktu i sprawia, że gracz zaczyna się przejmować całą sytuacją, może na swój sposób sympatyzować z postacią, a kierując jej kolejnymi poczynaniami, może chcieć uchronić ją przed tym, co straszne i co czyha w ciemnych zakątkach cyfrowego świata.

Tak jak w przypadku horrorów filmowych czy literackich produkcja bazuje na idei odczuwania przez odbiorcę strachu z perspektywy bezpiecznego fotela[16]. Tutaj jednak dochodzi do wzmocnienia odczuwania kontrolowanego lęku przez pewien efekt kulturowego zaszokowania. Pod koniec gry bowiem, po przetrwanej nocy, gracz, raczkując jako dziecko do kuchni, odkrywa siedzącą na podłodze, strwożoną, trzymającą butelkę wina matkę. Obok niej – kieliszek oraz czerwona plama po wylanym trunku. Po podejściu dziecka jesteśmy świadkami krótkiej sceny, w której matka mówi kilka istotnych zdań:

> Trzymaj się ode mnie z daleka! (popycha dziecko i skrywa twarz – P.P.)
> Przykro mi. Nigdy nie chciałam. To za dużo.

Po wszystkim zaczyna ona lekko szlochać. To właśnie podczas tego zwieńczenia historii graczowi dosadnie i jednoznacznie pokazuje się, że to matka była postacią, którą dziecko widziało jako potwora ścigającego je w koszmarnych „inkarnacjach" domu oraz wspomnień. Ukazane są problemy z alkoholem, które w całej historii przejawiały się występowaniem pustych butelek.

Tuż przed końcem gry dziecko gładzi ręką włosy mamy, gdy rozlega się stukanie do drzwi wejściowych. Te otwierają się, a do środka wpada jasność oraz głosy ludzi zainteresowanych dzieckiem, brzmiące tak, jakby ludzie ci chcieli pomóc.

---

16 M. Kruszelnicki, *Oblicza strachu. Tradycja i współczesność horroru literackiego*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2010.

Fot. 1. Matka głównego bohatera w finałowej scenie historii. Źródło: *Among the Sleep*, Krillbite Studio, 2014

Tego bardzo dosadnego zakończenia nie można nazwać neutralnym – budzi różne emocje i reakcje. Opowiada o wielu nadużyciach, smutku, strachu, bezradności, a koniec zostawia gracza z pewnymi trudnymi myślami.

Alkohol ma w tej historii znaczny udział i łączy się z różnymi mrocznymi myślami, wizjami oraz z koszmarem, ukazanym przez większą część rozgrywki. Jednocześnie jest to jedna z nielicznych gier, które mówią o problemie alkoholowym kobiet, ukazują, że nadużywanie alkoholu nie dotyczy tylko mężczyzn, ale może dotknąć każdego. Także matkę, która za dnia nie wydaje się pasować do stereotypowego obrazu alkoholiczki. Produkcja igra z grą pozorów, udawaniem i wstydem; igra z różnymi procesami psychoemocjonalnymi i zachowaniami, które pojawiają się przy okazji problemu alkoholowego, czy nawet ogólniej – przy pojawieniu się kryzysu psychicznego.

Niewątpliwie gra różni się wykorzystywanymi środkami wyrazu od poprzednio opisywanych produkcji. Odchodzi od opowiadania – raczej nakłania do przeżywania problemu, wywołuje zaskoczenie czy nawet skrępowanie. Uczucia, które zostały „wygrawerowane" w produkcji, nie należą bowiem do prostych. Można nawet powiedzieć, że dochodzi tutaj do swoistej detabuizacji tego, co społecznie ciężkie i drażliwe.

Ciekawie kwestia rodzicielstwa przeplatającego się z (nad)używaniem alkoholu oraz przeżywaniem kryzysu zaprezentowana jest także w grze *The Awesome Adventures of Captain Spirit* (DONTNOD Entertainment, 2018). To krótka i darmowa produkcja, dla wszystkich oczekujących kolejnej, większej gry dewelopera. Jest to jednocześnie pozycja, której z wielu powodów należy przyjrzeć się bliżej.

W grze wcielamy się w postać Chrisa Eriksena – dziewięcioletniego chłopca mieszkającego ze swoim ojcem, uwielbiającego historie o superbohaterach, wyobrażającego sobie siebie jako Kapitana Ducha (ang. Captain Spirit), tworzącego – w momencie jego „poznania" – swój bohaterski kostium. Jego rzeczywistość, chociaż pełna fantazji, kryje w sobie wiele smutnych wątków, które wiszą niczym mroczny cień nad jego codziennością. Matka Chrisa zmarła około dwóch lat wcześniej – zginęła w wypadku samochodowym, podczas tzw. hit-and-run, czyli potrącenia i ucieczki z miejsca zdarzenia. To doświadczenie i trudna sytuacja zawodowa ojca Chrisa – Charlesa Eriksena – wpływają na to, że rodzic nadużywa alkoholu. W grze, wcielając się w postać chłopca, gracz doświadcza jednego dnia z jego życia. W jego trakcie będzie on mógł zarówno doświadczyć ogromu wyobraźni chłopaka, jak i całego ciężaru, który spoczywa na jego barkach.

Gra wywołała dyskusje i zwróciła uwagę wielu graczy, recenzentów i dziennikarzy. O *The Awesome Adventures of Captain Spirit* można było przeczytać między innymi w „The Guardian"[17], „The Washington Post"[18], „The Verge"[19], ale także w polskiej prasie branżowej[20]. O grach pisze się coraz częściej – zarówno na portalach informacyjnych, jak i skupiających się

---

17 K. MacDonald, *The Awesome Adventures of Captain Spirit review – poignant pipe dreams*, https://www.theguardian.com/games/2018/jun/28/the-awesome-adventures-of-captain-spirit-review (dostęp: 11 lutego 2019).

18 C. Byrd, *'The Awesome Adventures of Captain Spirit' is quick, free and worth a look*, https://www.washingtonpost.com/news/comic-riffs/wp/2018/07/10/the-awesome-adventures-of-captain-spirit-is-quick-free-and-worth-a-look/?noredirect=on&utm_term=.4c00a8812303 (dostęp: 11 lutego 2019).

19 A. Webster, *The Awesome Adventures of Captain Spirit has me so excited for Life is Strange 2*, https://www.theverge.com/2018/6/26/17505356/the-awesome-adventures-of-captain-spirit-review-ps4-xbox-pc (dostęp: 11 lutego 2019).

20 Przykładowy artykuł: IGN Polska, Wojtini, *The Awesome Adventures of Captain Spirit – recenzja*, https://pl.ign.com/the-awesome-adventures-of-captain-spirit/16950/review/the-awesome-adventures-of-captain-spirit-recenzja (dostęp: 11 lutego 2019).

tylko na tego rodzaju produkcjach – warto jednak zauważyć, że w przypadku tej konkretnej gry bardzo często autorzy tekstów odnoszą się do jej wymiaru emocjonalnego oraz do swoistej „cichej konsternacji", którą wywołuje. Tak samo gracze niejednokrotnie odnosili się do tejże produkcji – zarówno w celu wyrażenia podziwu, jak i krytyki. Zdarzyło się nawet przypisanie grze swoistej „fetyszyzacji[21] traumy"[22]. Ze względu na fakt, że młodemu bohaterowi – a tym samym także graczowi – niemalże na każdym kroku przypomina się, że jego matka nie żyje, a ojciec nadużywa alkoholu i niekiedy miewa problemy z kontrolowaniem złości.

W tym przypadku śmierć i alkohol tworzą środowisko traumy, rozumianej jako coś nie do zniesienia i nie do zaakceptowania; jako wspomnienia horroru i wstydu wynikającego z bezsilności i bezbronności, które pragnie się wyprzeć ze świadomości[23], a także jako uraz emocjonalny powodujący istotne i trwałe szkody w psychicznym rozwoju jednostki[24]. W grze rzeczywiście na każdym kroku pojawiają się elementy przypominające o trudnej sytuacji chłopaka, a momenty odpoczynku zdają się nadchodzić niezwykle rzadko. Nawet część fantazji chłopca wydaje się zakotwiczona w nieszczęściu. Przykładowo: podczas jednej z wyobrażonych scen bohaterskich Chris jako Captain Spirit pojawia się na pustkowiu, gdzie może się znajdować jego największy wróg – Mantroid. Jednocześnie na pustkowiu można zobaczyć znak drogowy z nazwami ulic: Mantle Street i Asteroid Drive. To z fragmentów tych nazw złożone jest imię głównego wroga. Ponadto skrzyżowanie tych ulic to miejsce śmierci matki Chrisa. Tak więc przestawiona sytuacja jawi się jako trauma, która odcisnęła piętno na młodzieńcu, a także na jego ojcu.

---

21 Tutaj fetyszyzacja nie jest używana w rozumieniu seksuologicznym, ale socjologiczno-religijnym: fetyszyzacja – otaczanie jakichś przedmiotów i zjawisk irracjonalnym kultem, strona SJP PWN: *fetyszyzacja*, https://sjp.pwn.pl/sjp/fetyszyzacja;2458874.html (dostęp: 12 lutego 2019).

22 J. Saint, *Captain Spirit and Fetishizing Trauma: Nitpicky Opinions by Jack | Video Review* – film na portalu YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=f7m_lVrFxdo (dostęp: 12 lutego 2019).

23 B. van der Kolk, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, przeł. M. Załoga, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2018, s. 10.

24 B. James, *Leczenie dzieci po urazach psychicznych. Nowe spojrzenie i twórcze metody działania*, przeł. E. Reutt-Majkowska, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2003, s. 17.

Fot. 2. Chris (Captain Spirit) i jego ojciec po wypiciu dużej ilości alkoholu. Źródło: *The Awesome Adventures of Captain Spirit*, DONTNOD Entertainment, 2018

Alkohol w *The Awesome Adventures of Captain Spirit* jest więc częścią traumy. Stanowi element swoistej tanatycznej wizji – ciemnego fatum, w obliczu którego pozostaje albo się poddać, albo spróbować coś zmienić, co jednak nie będzie proste, bo wymaga podjęcia dużego wysiłku. Stąd opinie graczy były mocno podzielone. Co więcej, gra porusza bardzo poważny temat, którego z jednej strony nie wolno tabuizować, ale z drugiej strony można sobie postawić pytanie, czy nie może on – w przypadku graczy, których biografia jest podobna do historii bohatera – doprowadzić do wtórnej wiktymizacji? Sytuacja gry nie jest więc prosta… Alkohol stanowi tu część historii rodziny, jest w nią wpisany, co czyni produkcję jeszcze smutniejszą, a dla niektórych wręcz przytłaczającą. Nie jest ona przeznaczona dla każdego, lecz jej istnienie jest podyktowane pewnymi potrzebami mówienia o tragedii: dla jednych w sposób katartyczny, dla drugich jednak w sposób druzgocący.

Ciekawe jest to, że wątki z *The Awesome Adventures of Captain Spirit* pojawiły się ponownie w kolejnej produkcji tego samego dewelopera, mianowicie w *Life is Strange 2 – Episode 2: Rules* (DONTNOD Entertainment, 2019). W grze fabuła skupia się wokół innej rodziny, a zwłaszcza

wokół młodych braci – Seana i Daniela Diaz – podejrzanych o przestępstwo, a uciekających i ukrywających się przed policją z powodu swojego przerażenia wydarzeniami, na skutek których umiera także ich ojciec. W odcinku drugim tejże gry młodzieńcy zatrzymują się u rodziny swojej mamy (która opuściła ich kilka lat wcześniej) – są to sąsiedzi Chrisa i jego ojca. Tak oto historia bohaterów poprzedniej produkcji zostaje kontynuowana.

Ciekawe jest to, że Sean i Daniel w ten sposób mają wpływ na historię rodziny doznającej problemów – także alkoholowych. Sytuacja zaczyna wychodzić poza środowisko rodziny i dotyczyć również innych osób, ich odczuć, poczucia obowiązku, zaniepokojenia itd. W przypadku uprzedniego zyskania sympatii Chrisa i jego ojca gracz może nawet zaingerować i zasugerować zmianę zachowania oraz potrzebę szukania pomocy. Do otwarcia postaci na dyskusję może jednak dojść tylko w przypadku zyskania zaufania osoby, której sytuacja dotyczy.

Tutaj pojawia się kolejna ważna kwestia: zmiana sytuacji, poprawienie jej (także w kontekście nadużywania alkoholu) może wymagać rozmowy z osobą, której można zaufać, oferującą wsparcie.

Każda z wymienionych gier opowiada coś o ludzkim stosunku do historii o alkoholu, o kulturowym postrzeganiu jego (nad)używania. Czy to jednak jedyne formy, w jakich gry wideo opowiadają o tejże substancji, która – z jednej strony – może pomóc chociażby w doznaniu rozluźnienia, a z drugiej – negatywnie wpłynąć na życie ludzkie?

Symboliczne i techniczne występowanie alkoholu w grach wideo

Niekiedy gry wideo nie opowiadają o alkoholu tylko w sposób fabularny. Czasami sama jego obecność w grach już coś symbolizuje. Chociażby związanie z życiem człowieka i jego widoczność w naszej codzienności.

Obecnie bada się występowanie zarówno alkoholu, jak i innych używek w grach. Przykładem może być analiza, której autorami są Jo Cranwell, Kathy Whittamore, John Britton i Jo Leonardi-Bee. Ich praca skupia się właśnie na badaniu występowania alkoholu i papierosów w grach wideo i konotacji tychże z codziennym stosowaniem

wspomnianych używek przez młodzież[25]. Autorzy wymieniają nawet konkretne gry, między innymi: *Call of Duty: Black Ops II* (Activision Blizzard UK, 2012), *Hitman: Absolution* (Square Enix Ltd., 2012), *Max Payne 3* (Take2 Interactive Software Europe Ltd., 2012), *Grand Theft Auto V* (Rockstar Games, 2013), *Assassin's Creed III* (Ubisoft EMA, 2013)… Można oczywiście wymieniać dalej, ale głównie chodzi o to, aby pokazać, że – mimo skupienia się na różnych fabularnych ujęciach alkoholu w tego typu produkcjach – na takim rodzaju jego obecności się nie kończy.

Wprowadzeniu alkoholu do gry mogą towarzyszyć różnego rodzaju mechaniki. Czasami bowiem pojawi się on tylko jako nieinteraktywny element tła, podczas gdy innym razem będzie posiadał swoje właściwości, które niejako będą mniej bądź bardziej udanym przeniesieniem jego rzeczywistych cech. Czy można jednak przenieść właściwości związków chemicznych na ekran? Częściowo tak.

Za przykład może posłużyć seria gier *BioShock*. Wspomniana została już część zatytułowana *BioShock Infinite*, ale chodzi także o poprzednie wersje gry – *BioShock* (Irrational Games, 2007), *BioShock 2* (2K Marin, 2010). W grze można znaleźć różne rodzaje napojów alkoholowych: wina, wódki, gin, szkocką, whiskey, absynt, piwo czy brandy. Spożywanie alkoholu w tej produkcji wiąże się ze zmianą wartości dwóch głównych zasobów w grze: Zdrowia i Ewy (będącej odpowiednikiem „many" z różnych innych produkcji – energii „magicznej" bądź „psychicznej", pozwalającej na wykorzystywanie specjalnych zdolności, umiejętności czaropodobnych itp.). Spożywając alkohol, postać gracza może przywracać sobie pewną ilość Zdrowia, natomiast obniża obecną wartość Ewy. Dodatkowo spożycie dużej ilości alkoholu w krótkim odstępie czasu może spowodować zaburzenia widzenia, które w grze będą się objawiały wirowaniem ekranu oraz rozmyciem kształtów. Efekty działania alkoholu mogą się zmienić, jeśli gracz posiada specjalną zdolność „Booze Hound", co dosłownie można przetłumaczyć jako bycie „psem na gorzałkę" lub mniej enigmatycznie: „pijaczkiem", chociaż takie tłumaczenie zmienia

[25] J. Cranwell, K. Whittamore, J. Britton, J. Leonardi-Bee, *Alcohol and Tobacco Content in UK Video Games and Their Association with Alcohol and Tobacco Use Among Young People*, „Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking" 2016, Vol. XIX, No. 7.

nieco wydźwięk oryginalnego określenia. Wskazana zdolność powoduje, że część energii Ewy będzie odnowiona.

To tylko jeden przykład mechaniki picia alkoholu. Są także inne gry, które ją stosują – chociażby klasyczna *Baldur's Gate* (BioWare Corporation, 1998). Oferowała ona możliwość spożywania alkoholu, np. w tawernach i oberżach, po zapłaceniu za niego złotem. Tam także spożycie dużej ilości alkoholu nakładało na postać efekt upicia się.

Zmierzając jednak do myśli końcowej – gry uwzględniają interpretację mechanizmów picia alkoholu i wyobrażenia na temat jego konsekwencji. Ważne jest, że skutki te w ogóle się pojawiają. W jednych grach rezultaty są mniej trafne, w innych bardziej, ale pewien sygnał zostaje wysłany. Nie można oczekiwać, że każda gra będzie wysyłała taki komunikat albo że będzie on taki sam w każdej grze, ale właśnie ta różnorodność ujęć nie odstępuje od pozawirtualnego postrzegania problemu alkoholowego. Bo i na co dzień, w pracy profilaktycznej, edukacyjnej, wychowawczej, kulturalnej, terapeutycznej, napotyka się na poglądy, według których ryzykowne picie nie jest problemem. I tu właśnie może się okazać, że zróżnicowanie komunikatów wirtualnych faktycznie odzwierciedla właśnie zarówno te mniej, jak i bardziej trafne spostrzeżenia na temat (nad)używania alkoholu.

Myśli, spostrzeżenia i rekomendacje końcowe

Gry wideo są swoistymi „indykatorami" myślenia o kwestiach społecznych, z którymi wiąże się przecież też alkohol. Jako teksty kultury opowiadają o kulturze codzienności. Opowiadają również o zachowaniach ryzykownych, mogą pokazywać pewne wzory picia, ale także przestrzegać przed nimi. Gry bowiem mogą być widziane jako dzieła sztuki[26], a sztuka uwrażliwia, opowiada, skłania do przemyśleń. Może przynieść katharsis, zaniepokoić, zaintrygować. Tak samo gry wideo mogą ukazać na monitorze pewien stan rzeczy.

---

[26] M. Kłoskowicz, *Czy gry komputerowe mogą być dziełem sztuki?*, rozmowa z prof. zw. dr hab. M. Łuszczak, https://www.us.edu.pl/czy-gry-komputerowe-moga-byc-dzielem-sztuki (dostęp: 14 lutego 2019).

Problem jednak polega na tym, że sztuka, media i praca z nimi wymagają dużych kompetencji z zakresu analizy i interpretacji. Wymagają przygotowania w obszarze krytycznego myślenia. W przeciwnym wypadku forma i treść produktu mogą zostać przyjęte niemalże zupełnie niezgodnie z intencjami twórców. Przykładowo w wymienionym przedtem *Grand Theft Auto V*, nazywanym skrótowo *GTA V*, przedstawioną rzeczywistość, pełną alkoholu, narkotyków, przemocy, seksu i różnych ryzykownych zachowań, można analizować jako swoistą hiperbolę. Jako coś specjalne przerysowanego, a nawet satyrycznego. A jeśli element ten nie zostanie dostrzeżony? A jeśli z jakiegoś powodu odbiorca nie dostrzeże hiperboli lub krytyki? Czy na pewno będzie poznawał ten sam wirtualny świat co inny odbiorca gry, który dostrzegł wyolbrzymienie pewnych elementów ukazanego świata? Sztuka – w tym gry wideo – ma to do siebie, że jest otwarta na odbiorcę. Na obserwatora. Na jego postrzeganie i doświadczenia.

Odnosi się to na wiele sposobów do praktyki profilaktycznej czy terapeutycznej.

Po pierwsze, gry wideo dają szansę profilaktykom, terapeutom, wychowawcom i innym specjalistom na poznanie współczesnych dyskursów kultury popularnej. Orientując się w tytułach gier i ich treściach, mają możliwość poznania znaczących wątków codzienności. Znając produkcje, które współgrają z pragnieniami ich podopiecznych, pacjentów czy partnerów w pracy, mogą z nimi o tym rozmawiać, poznać to, co ich intryguje i co jest dla nich znaczące, a znajomość osoby, z którą pracujemy, i znaczeń, jakie nadaje ona elementom swojego życia, pomaga lepiej odpowiadać na sygnalizowane potrzeby.

Po drugie, gry to kultura. Najczęściej młodzieżowa, chociaż nie tylko. Badania wśród graczy pokazują, że ten element kultury nie „należy" jedynie do nastolatków[27]. Także do dorosłych. Obie te grupy otwarcie deklarują wpływ owych mediów na ich pracę i edukację. Również pozytywny. Deklaracje te natomiast są też pewnym wyrazem własnych sądów, które mają znaczenie w postrzeganiu rzeczywistości. Postrzeganie to natomiast może sugerować konteksty wychowawcze i rozwojowe.

---

27 Strona badania „Jestem Graczem": http://www.jestemgraczem.com/ (dostęp: 14 lutego 2019).

Po trzecie, gry wideo mają swój potencjał edukacyjny. Można go wyzyskać. Dyskutować na temat tego, co się dzieje w grach, analizować je czy nawet wykorzystywać w tworzeniu zupełnie nowych jakości. Mogą posłużyć jako materiał do dyskusji – także o alkoholu, ryzykownych zachowaniach, seksualności, uzależnieniach (i tych od substancji, i behawioralnych), zdrowiu. Wykorzystując gry w taki sposób – bez piętnowania tej sfery jako antagonizmu zdrowego życia i wychowania – można zainspirować wiele myśli. Wszystkie one natomiast mogą stać się przyczynkiem do zmiany i nowych działań biorących pod uwagę potrzeby, edukację oraz konkretne problemy.

Po czwarte, gry wideo i inne media cyfrowe mogą być materiałami umożliwiającymi rozwój np. krytycznego myślenia. Mogą wspierać literaturę i inne dzieła kultury oraz uczestniczyć w zdobywaniu kompetencji ważnych zarówno w obcowaniu z produktami cyfrowymi, jak i w życiu pozawirtualnym. Paradoksalnie mogą stać się obszarem treningów umiejętności i doświadczeń ważnych w codziennym ludzkim życiu.

Już biorąc pod uwagę tylko te cztery odniesienia do rozwoju, profilaktyki, edukacji, można zauważyć, że gry posiadają swoją wartość i niosą nowe możliwości patrzenia na wspieranie psychologiczne i edukacyjne w kulturze cyfrowej, czy szerzej – w kulturze współczesnej. Nie jest to nic innego jak wychodzenie naprzeciw nowym potrzebom rodzącym się w obliczu zupełnie nowych dynamik technologicznych i nowych kontekstów rozwojowych.

BIBLIOGRAFIA

Cranwell J., Whittamore K., Britton J., Leonardi-Bee J., *Alcohol and Tobacco Content in UK Video Games and Their Association with Alcohol and Tobacco Use Among Young People*, „Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking" 2016, Vol. XIX, No. 7.

Gałuszka D., *Gry wideo w środowisku rodzinnym. Diagnoza i rekomendacje*, Kraków: Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner, 2017.

James B., *Leczenie dzieci po urazach psychicznych. Nowe spojrzenie i twórcze metody działania*, przeł. E. Reutt-Majkowska, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2003.

Kolk B. van der, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, przeł. M. Załoga, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2018.

Kruszelnicki M., *Oblicza strachu. Tradycja i współczesność horroru literackiego*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2010.

Miller R., *Socjalizacja, wychowanie, psychoterapia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1981.

Miller R., *Wychowanie przez świat fikcyjny dla świata rzeczywistego we wczesnym dzieciństwie* [w:] *Sztuka dla najmłodszych. Teoria, recepcja, oddziaływanie*, red. M. Tyszkowa, Warszawa–Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1977.

Prósinowski P., *Sumienie graczy: podejmowanie decyzji w fabularnych grach komputerowych w kontekście socjalizacji i wrażliwości społecznej*, „Ars Educandi" 2010, t. X, doi: 10.26881/ae.2013.10.06.

Prósinowski P., Krzywdziński P., *Cyfrowa miłość. Romanse w grach wideo*, Kraków: Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner, 2018.

Prósinowski P., Krzywdziński P., *Gry wideo a postawa twórcza: potencjał i narracja zagrożeń*, „Ars Educandi" 2016, t. XIII, doi: 10.26881/ae.2016.13.04.

Szeja J.Z., *Gry fabularne. Nowe zjawisko kultury współczesnej*, Kraków: Rabid, 2004.

Szkudlarek T., Melosik Z., *Kultura, tożsamość i edukacja. Migotanie znaczeń*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2010.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

Bujanowicz P., *Łyk binarnego piwa i wirtualny dym z papierosa. Używki w grach wideo*, https://antyweb.pl/lyk-binarnego-piwa-i-wirtualny-dym-z-papierosa-uzywki-w-grach-wideo/ (dostęp: 31 stycznia 2019).

Byrd C., *'The Awesome Adventures of Captain Spirit' is quick, free and worth a look*, https://www.washingtonpost.com/news/comic-riffs/wp/2018/07/10/the-awesome-adventures-of-captain-spirit-is-quick-free-and-worth-a-look/?noredirect=on&utm_term=.4c00a8812303 (dostęp: 11 lutego 2019).

Dungeons & Dragons / Wizards of the Coast: The Forgotten Realms – Explore the Realms, http://dnd.wizards.com/dungeons-and-dragons/what-is-dd/forgotten-realms (dostęp: 1 lutego 2019).

Fetyszyzacja, SJP PWN, https://sjp.pwn.pl/sjp/fetyszyzacja;2458874.html (dostęp: 12 lutego 2019).

Floreo, https://floreotech.com/ (dostęp: 1 lutego 2019).

Games for impact, http://www.nina.gov.pl/projekty/games-for-impact/ (dostęp: 23 stycznia 2019).

„Jestem graczem". Największe w Polsce badanie graczy, http://www.jestemgraczem.com/ (dostęp: 14 lutego 2019).

Kłoskowicz M., *Czy gry komputerowe mogą być dziełem sztuki?*, rozmowa z prof. zw. dr hab. M. Łuszczak, https://www.us.edu.pl/czy-gry-komputerowe-moga-byc-dzielem-sztuki (dostęp: 14 lutego 2019).

Kubiński P., *Gry na zdrowie*, Portal Dwutygodnik, https://www.dwutygodnik.com/artykul/8182-gry-na-zdrowie.html (dostęp: 18 stycznia 2019).

MacDonald K., *The Awesome Adventures of Captain Spirit review – poignant pipe dreams*, https://www.theguardian.com/games/2018/jun/28/the-awesome-adventures-of-captain-spirit-review (dostęp: 11 lutego 2019).

Saint J., *Captain Spirit and Fetishizing Trauma: Nitpicky Opinions by Jack | Video Review*, YouTube, https://www.youtube.com/watch?v=f7m_lVrFxdo (dostęp: 12 lutego 2019).

Sieja B., *Prawie jak Kac Vegas – gry, w których nie stronimy od alkoholu*, https://www.komputerswiat.pl/gamezilla/artykuly/prawie-jak-kac-vegas-gry-w-ktorych-nie-stronimy-od-alkoholu/2tk01k5 (dostęp: 31 stycznia 2019).

Webster A., *The Awesome Adventures of Captain Spirit has me so excited for Life is Strange 2*, https://www.theverge.com/2018/6/26/17505356/the-awesome-adventures-of-captain-spirit-review-ps4-xbox-pc (dostęp: 11 lutego 2019).

Wiśniewski M.R., *Zdrowifikacja gier*, Portal Dwutygodnik, https://www.dwutygodnik.com/artykul/8145-zdrowifikacja-gier.html (dostęp: 25 stycznia 2019).

Wojtini, *The Awesome Adventures of Captain Spirit – recenzja*, https://pl.ign.com/the-awesome-adventures-of-captain-spirit/16950/review/the-awesome-adventures-of-captain-spirit-recenzja (dostęp: 11 lutego 2019).

LUDOGRAFIA

Among the Sleep, Krillbite Studio, 2014.

Assassin's Creed III, Ubisoft EMA, 2013.

The Awesome Adventures of Captain Spirit, DONTNOD Entertainment, 2018.

Baldur's Gate, BioWare Corporation, 1998.

Bard's Tale: Opowieści Barda, inXile Entertainment, 2004.

BioShock, Irrational Games, 2007.
BioShock 2, 2K Marin, 2010.
BioShock Infinite, Irrational Games, 2013.
Call of Duty: Black Ops II, Activision Blizzard UK, 2012.
Grand Theft Auto V, Rockstar Games, 2013.
Hitman: Absolution, Square Enix Ltd., 2012.
Icewind Dale, Black Isle, 2000.
Icewind Dale II, Black Isle, 2002.
Life is Strange 2 – Episode 2: Rules, DONTNOD Entertainment, 2019.
Max Payne 3, Take2 Interactive Software Europe Ltd., 2012.
Wiedźmin III: Dziki Gon, CD Projekt Red, 2015.

O Autorach

Monografia powstała dzięki zaangażowaniu przedstawicieli różnych zespołów Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni:

JOANNA CICHOWLAS – kierownik Dziennego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu OPiTU. Psycholog z przygotowaniem pedagogicznym, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, psychoterapeuta w trakcie szkolenia w nurcie psychoterapii poznawczo-behawioralnej.

ALEKSANDRA DYMOWSKA – kierownik Działu Profilaktyki OPiTU. Psycholog, pedagog, psychoterapeuta w trakcie szkolenia w nurcie poznawczo-behawioralnym. Ukończyła studia podyplomowe z zakresu psychologii klinicznej; uczestniczka studiów doktoranckich. Współpracuje między innymi z poradnią psychologiczno-seksuologiczną oraz z instytucjami pozarządowymi pracującymi na rzecz wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi, a także prowadzi zajęcia na Uniwersytecie Gdańskim i Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS.

MAGDALENA JAROCH-LIDZBARSKA – specjalista psychoterapii uzależnień oraz psychoterapeuta poznawczo-behawioralny w Poradni Leczenia Uzależnień OPiTU. Pedagog, psycholog, wykładowca na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS. Zdobywa swoje doświadczenie terapeutyczne między innymi dzięki współpracy z Poradnią Zdrowia Psychicznego.

NATALIA PADEREWSKA – specjalista ds. profilaktyki w Dziale Profilaktyki OPiTU. Specjalista psychoterapii uzależnień w trakcie certyfikacji, realizuje program rekomendowany „FreD goes net", jest partyworkerem w Fundacji „Czyste Dźwięki".

PIOTR PRÓSINOWSKI – specjalista ds. profilaktyki w Dziale Profilaktyki OPiTU. Autor tekstów naukowych dotyczących wychowania, kultury popularnej, gier wideo oraz literatury dziecięcej i młodzieżowej. Współpracował z domem kultury oraz fundacjami jako prowadzący zajęcia kreatywne dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Absolwent pedagogiki na Uniwersytecie Gdańskim, uczestnik studiów doktoranckich.

PIOTR SZYPIOROWSKI – pedagog, specjalista psychoterapii uzależnień na Dziennym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu OPiTU. W gdyńskiej poradni prowadzi psychoterapię osób uzależnionych oraz członków ich rodzin; realizuje programy korekcyjne oraz warsztaty terapeutyczne.

EWA WIŚNIEWSKA – specjalista ds. profilaktyki w Dziale Profilaktyki OPiTU. Psycholog, psychoterapeuta systemowy w trakcie szkolenia, trener i szkoleniowiec. Realizator programu rekomendowanego „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców", lider programu „Family Connections".

KATARZYNA WIŚNIEWSKA – dyrektor OPiTU, lekarz medycyny pracy, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień. W szczególności zainteresowana medycyną uzależnień. Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów przy Okręgowej Radzie Lekarskiej w Gdańsku. Prowadzi zajęcia na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS.

MAŁGORZATA WOJCIECHOWSKA – terapeuta w Poradni Leczenia Uzależnień OPiTU. Psycholog, certyfikowany specjalista terapii uzależnień, psychoterapeuta systemowy w trakcie certyfikacji. Rozwija swoje kompetencje z seksuologii na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS.

Niniejszy zbiór tekstów stanowi z jednej strony plon gdyńskiej konferencji naukowej z 2018 roku, a z drugiej monografię placówki, która w swoim środowisku sprostała wielu aktualnym i dotąd niepodejmowanym wyzwaniom w dziedzinie profilaktyki i terapii uzależnień. (…) Zaletą książki jest uwzględnienie w tekstach praktycznego dorobku autorów w konkretnych działaniach terapeutycznych lub edukacyjnych. Dzięki temu publikacja może być przydatnym narzędziem wzbogacającym doświadczenia praktyków, wartym rozpropagowania wśród specjalistów zajmujących się profilaktyką i leczeniem uzależnień. (…) Książka może też zainspirować środowisko terapeutyczne w dziedzinie uzależnień do ożywienia ogólnokrajowej dyskusji i dzielenia się swoimi doświadczeniami oraz osiągnięciami.

fragment recenzji dr Ewy Woydyłło-Osiatyńskiej

OŚRODEK PROFILAKTYKI I TERAPII UZALEŻNIEŃ W GDYNI

GDYNIA moje miasto

Wydawnictwo LIBRON

ISBN 978-83-66269-14-9

Publikacja sfinansowana ze środków Gminy Miasta Gdyni