

Używanie substancji psychoaktywnych przez niemieszkających z rodzicami i nieuczących się nastolatków

Drug use among adolescents who do not live with their parents and do not attend school

Agnieszka Pisarska, Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”, Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Abstract – Introduction. The aim of the study was to analyse causes, patterns and consequences of illegal drug use among adolescents, whose socio-demographic status indicated that they function differently from the majority of their peers, i.e. adolescents who do not live with their parents, do not study or work. This youth represents a group which potentially is at high risk to develop serious behavioural, as well as physical and mental health problems related to drug use.

Method. Individual interviews with 57 of 13–19-year old juveniles who used other than alcohol and cigarettes drugs during the past year were conducted and qualitatively analysed. The sample was chosen from 1344 respondents who had taken part in the project conducted in Poland in 2004 among current drug users recruited in randomly selected Polish localities.

Results. Personal and social consequences occur on each stage of drug use. Problems with concentration and memory, as well as accidents caused by intoxication could be observed first. The most destructive patterns of drug use prevail among teenagers from families with addiction problems and/or domestic violence. Based on the data analysis, despite of methodological limitations, recommendations for policy and therapy for adolescent drug users and their parents were formulated.

Key words: adolescents, high risk group, drug use, qualitative study

Streszczenie – Wstęp. Przedmiotem pracy była analiza uwarunkowań, wzorów i konsekwencji sięgania po różnego rodzaju substancje psychoaktywne przez nastolatków, których charakterystyka socjo-demograficzna wskazuje, że funkcjonują w odmienny sposób niż większość ich rówieśników: nie mieszkają ze swoimi rodzicami bądź nie uczą się ani nie pracują. Młodzież ta jest bowiem szczególnie narażona na wystąpienie poważnych zaburzeń zachowania oraz zdrowia psychicznego i fizycznego, związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Metoda. Przeprowadzone analizy miały charakter jakościowy. Materiał badawczy obejmował informacje z wywiadów indywidualnych przeprowadzonych z 57 nastolatkami w wieku 13–19 lat, którzy w ostatnim roku używali substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i papierosy. Zostali

Praca w całości finansowana ze środków budżetowych na naukę w 2007 roku w ramach projektu statutowego IPiN pt. „Wzory i konsekwencje używania przetworów konopi i innych narkotyków przez dorastających”.

oni wybrani spośród 1344 respondentów uczestniczących w odrębnym projekcie realizowanym w 2004 roku, prowadzonym w losowo dobranych miejscowościach z całej Polski.

Wyniki. Analizy pokazały, że osobiste i społeczne konsekwencje występują w każdej z faz sięgania po substancje psychoaktywne. Najwcześniej pojawiają się problemy z koncentracją i zapamiętywaniem oraz wypadki będące efektem intoksykacji. Najbardziej destrukcyjne wzory używania substancji psychoaktywnych stwierdzono wśród respondentów pochodzących z rodzin, w których występują bardzo poważne problemy, jak uzależnienia i/lub przemoc. Zebrany materiał, mimo ograniczeń metodologicznych, pozwolił na sformułowanie rekomendacji dotyczących rozwoju działań interwencyjnych i pomocy terapeutycznej dla młodzieży sięgającej po substancje psychoaktywne oraz dla ich rodzin.

Słowa kluczowe: młodzież, grupy ryzyka, substancje psychoaktywne, badania jakościowe

WPROWADZENIE

Badania poświęcone stylowi życia oraz problemom dzieci i młodzieży prowadzone są najczęściej za pomocą ankiet wypełnianych przez uczniów w szkołach. W naszym kraju realizowane są, na przykład, cykliczne badania dotyczące używania przez młodzież substancji psychoaktywnych ESPAD (1) oraz zachowań zdrowotnych HBSC (2). Z różnych powodów nie wszyscy młodzi ludzie biorą jednak w nich udział, a wielkość populacji nieuwzględnianej zwykle w szkolnych badaniach ankietowych można szacować na kilkanaście lub więcej procent młodzieży. I tak, zazwyczaj około 10% uczniów nie wypełnia ankiet z powodu nieobecności w szkole (3). Wśród nich znajdują się osoby mające problemy ze zdrowiem, ale również takie, które nienajlepiej wywiązują się ze swoich obowiązków szkolnych. Ponadto, według danych UNICEF około 3% nieletnich w Polsce znajduje się całkowicie poza systemem edukacji (3). W tej grupie są „dzieci ulicy”, zaniedbane i niekiedy bezdomne, które mieszkają oraz pracują na ulicy i nie utrzymują kontaktu ze swoją rodziną. Warto jednak zaznaczyć, że w polskich warunkach do „dzieci ulicy” zaliczani są również tacy młodzi ludzie, którzy choć większość życia spędzają na ulicy, to na noc wracają do domów swoich rodziców czy opiekunów. Niestety, nie znajdują tu wsparcia emocjonalnego (4).

Młodzież ta jest szczególnie narażona na poważne zaburzenia zachowania oraz zdrowia psychicznego i fizycznego – w ich przypadku dochodzi bowiem do skumulowania wielu czynników ryzyka. Brak właściwej opieki rodziców, czy wręcz dorastanie w dysfunkcyjnej rodzinie, sprzyja nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami sięgającymi po substancje psychoaktywne, a w konsekwencji używaniu ich przez nastolatka (5). Nie sprzyja natomiast rozwojowi aspiracji oraz osiągnięciom szkolnym i sprawia, że niektórzy z tych młodych ludzi przestają uczęszczać do szkoły, część z nich nie podejmuje też pracy – innymi słowy, nie wypełniają właściwych dla ich wieku zadań rozwojowych. Zgodnie z koncepcją Havighursta przygotowanie do niezależności ekonomicznej jest bowiem ważnym zadaniem rozwojowym okresu adolescencji, a podjęcie pracy – zadaniem rozwojowym wczesnej dorosłości (6).

Dotarcie do tych nastolatków – zwykle wymykających się badaniom ankietowym i zwykle ukrywających przed dorosłymi, że sięgają po substancje psychoaktywne – jest możliwe dzięki wykorzystaniu jakościowych metod badawczych. Metody jakościowe zastosowano właśnie w badaniach, z których pochodzi materiał opisany w niniejszej pracy. Były to wywiady indywidualne przeprowadzane podczas realizacji projektu „Walidacja testów przesiewowych umożliwiających rozpoznawanie problemowego używania przetworów konopi i innych narkotyków przez nastolatków”. Projekt był realizowany w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w 2004 roku w ramach grantu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (7, 8).

Przedmiotem niniejszego opracowania jest powtórna analiza danych z tych badań, zebranych wśród respondentów, którzy z różnych powodów nie mieszkają ze swoimi rodzicami i tych, którzy nie uczą się lub nie pracują.

Celem tej analizy była odpowiedź na pytanie, jakie są wzory i konsekwencje używania substancji psychoaktywnych wśród nastolatków, ze względu na swoją sytuację życiową szczególnie narażonych na problemy związane z używaniem tych substancji.

MATERIAŁ I METODA

Procedura doboru uczestników do grupy oraz zbierania materiału badawczego została przedstawiona w pracy Bobrowskiego, zamieszczonej w tym numerze AiN (9). Informacje na ten temat można też znaleźć w pracach publikowanych w innych czasopismach (7, 8).

W tym miejscu warto jednak wspomnieć, że w badaniach zastosowano kombinację doboru losowego, dobór oportunistyczny oraz metodę „kuli śniegowej” – badania tą metodą inicjowano w wylosowanych miejscowościach z całej Polski. Realizatorzy badań wyszukiwali w swoich środowiskach osoby w wieku 13–18 lat, które w ostatnim roku przynajmniej jeden raz używały, innych niż alkohol i papierosy, substancji psychoaktywnych. Nie zostały przy tym określone kryteria wyłączenia uczestników z badań, ale prowadzący byli proszeni o przeprowadzenie wywiadów z chłopcami i dziewczętami o zróżnicowanych doświadczeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Przyjęto założenie, że każdy z nich powinien zrobić wywiad z 4 osobami okazjonalnie używającymi przetworów konopi, z 4 – używającymi konopi w sposób problemowy, 2 – uzależnionymi od konopi, 2 – okazjonalnie biorącymi inne narkotyki niż konopie, 2 – biorącymi te narkotyki w sposób problemowy oraz z 2 osobami uzależnionymi od tych narkotyków.

Spśród 1350 nastolatków, którzy wzięli udział w badaniu, 26% zostało wyszukanych przez realizatorów na terenie szkół, klubów, osiedli, na ulicach, podwórkach lub poprzez prywatne kontakty. Respondenci po wywiadzie byli proszeni o wskazanie kolejnych osób, spełniających kryteria udziału. Metodą „kuli śniegowej” dobrano około 60% uczestników badań. Badaniami objęto ponadto nastolatków zgłaszających się do poradni lub ośrodków udzielających pomocy w związku

z używaniem substancji psychoaktywnych – stanowili oni około 10% respondentów. W przypadku 4% badanych nie było informacji o sposobie naboru.

Uczestnicy wypełniali ankietę dotyczącą używania substancji odurzających w ostatnich 12 miesiącach. Następnie realizatorzy badań przeprowadzali z nimi wywiad indywidualny. Celem wywiadu było określenie fazy używania przetworów konopi i/lub innych narkotyków, tj. stwierdzenie czy badany sięga po te substancje okazjonalnie, w sposób problemowy czy też jest od nich uzależniony. Przyjęte zostały następujące definicje faz:

1. Używanie okazjonalne – sięganie po narkotyki rzadko, w małych ilościach i nie prowadzące do powstania szkód zdrowotnych lub społecznych, przy czym głównym kryterium było stwierdzenie, że szkody takie jeszcze nie wystąpiły (10, 11).
2. Używanie problemowe – używanie narkotyków prowadzące do zmian w stylu życia i orientacji życiowej (12).
3. Uzależnienie (na podstawie kryteriów ICD-10) oznaczało wystąpienie przynajmniej trzech z sześciu objawów zespołu uzależnienia: silnego pragnienia lub poczucia przymusu przyjmowania substancji, upośledzenia zdolności kontroli nad zachowaniem, fizjologicznych objawów stanu abstynencyjnego, wzrostu tolerancji, silnego pochłonięcia sprawą przyjmowania substancji, uporczywego przyjmowania substancji pomimo szkodliwych następstw.

Badania prowadziło 80 osób z 43 ośrodków pomagających młodzieży z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, takich jak: MONAR, Kuźnia, Karan, AD, Sedno czy poradnie uzależnień ZOZ. Wśród realizatorów znaleźli się przede wszystkim licencjonowani terapeuci uzależnień, a ponadto młode osoby współpracujące z tymi ośrodkami i osoby kończące studia psychologiczne. Realizatorzy zostali wyposażeni w szczegółową instrukcję dotyczącą rekrutacji respondentów, przeprowadzania wywiadu oraz definicji i kryteriów diagnostycznych, będących podstawą określenia fazy używania narkotyków. Otrzymali również specjalnie przygotowany arkusz do zapisywania zebranych informacji, który miał formę tabelki podzielonej na części, odnoszące się do rozmaitych sfer funkcjonowania respondentów. Realizatorzy opisywali tam problemy, jakich doświadczali respondenci w związku z sięganiem po substancje psychoaktywne, a w podsumowaniu podawali swoją diagnozę fazy używania przetworów konopi oraz innych narkotyków. Ponadto, w arkuszu zamieszczona była „metryczka”, w której zapisywano, gdzie i kiedy przeprowadzono wywiad, skąd pochodzi respondent, czy uczy się lub pracuje i czy mieszka z rodzicami.

Charakterystyka próby

Materiał badawczy prezentowany w niniejszej pracy obejmuje dane ankietowe oraz informacje z wywiadów indywidualnych od 57 nastolatków, wyłonionych spośród wszystkich uczestników na podstawie wspomnianej wyżej „metryczki”.

Wybrano respondentów, którzy: 1. nie mieszkają ze swoimi rodzicami, 2. nie uczą się ani nie pracują. W całej grupie dominowali chłopcy (80%).

W grupie nastolatków, którzy nie mieszkają z rodzicami (N = 33) wyróżniono 4 podgrupy.

- Respondenci przebywający w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych oraz szkolno-wychowawczych (N = 15)

Grupa składała się w większości z chłopców oraz dwóch dziewczynek w wieku 13–17 lat, pochodzących z czterech ośrodków (N = 13). Jeden z nich umiejscowiony w mieście średniej wielkości (50–200 tys. mieszkańców), a pozostałe – w dużych miastach (powyżej 500 tysięcy mieszkańców).

- Respondenci przebywający w domach dziecka (N = 7)

W tej grupie znaleźli się chłopcy (N=4) i dziewczęta (N=3) w wieku 13–17 lat, pochodzący głównie z niewielkich miast (10–50 tys. mieszkańców) i będący pod opieką domów dziecka w różnych częściach kraju.

- Respondenci mieszkający z innymi osobami z rodziny (N = 7)

W grupie znaleźli się chłopcy (N = 4) i dziewczęta (N = 3) w wieku 15–17 lat, pochodzący z miast średniej wielkości.

- Respondenci mieszkający w internacie (N = 4)

Grupa składa się wyłącznie z chłopców w wieku 16–17 lat, pochodzących z miast o zróżnicowanej wielkości.

Grupa respondentów, którzy nie uczą się ani nie pracują (N = 24) nie została podzielona na podgrupy. Zdecydowaną większość stanowili w niej chłopcy (N = 21) w wieku 16–19 lat, pochodzący głównie z dużych miast.

Analiza danych

Analiza wyselekcjonowanego materiału była prowadzona w czterech etapach.

1. Ustalenie kategorii opisu informacji z wywiadów – wyszczególnione zostały następujące kategorie:
 - informacje demograficzne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania),
 - aktualny wzór używania przetworów konopi i innych narkotyków,
 - okoliczności inicjacji narkotykowej,
 - zmiany w relacjach z otoczeniem, w tym pogorszenie kontaktu z rodzicami lub rodzeństwem, zmiana przyjaciół, pogorszenie funkcjonowania w szkole, upośledzenie kontroli zachowania, problemy prawne, problemy finansowe,
 - zmiany w funkcjonowaniu psychofizycznym, w tym dotyczące snu i jedzenia, funkcjonowania poznawczego,
 - inne informacje dotyczące sytuacji życiowej badanej osoby, które można wiązać z używaniem substancji psychoaktywnych.
2. Przyporządkowywane informacji (w postaci zdań lub fraz) do poszczególnych kategorii.
3. Sprawdzenie trafności kategoryzacji – analiza materiału przez drugiego badacza.
4. Interpretacja wyników prowadzona niezależnie przez dwóch badaczy.

WYNIKI

Analiza zebranych informacji pokazała, że problemy doświadczane przez badanych były przede wszystkim związane z fazą używania substancji psychoaktywnych. Innymi słowy, pojawiały się wraz z rozwojem uzależnienia, bez względu na to, czy nastolatek przebywał w ośrodku opiekuńczo-wychowawczym, domu dziecka czy też mieszkał z rodzicami, ale nie uczył się ani nie pracował. Respondenci z podgrup wyodrębnionych ze względu na specyficzną sytuację życiową różnili się jednak między sobą w zakresie wzorów używania substancji psychoaktywnych, a niekiedy ponoszonych konsekwencji sięgania po narkotyki. Charakterystykę ich doświadczeń przedstawiono poniżej.

Charakterystyka używania narkotyków przez nastolatków, którzy nie mieszkają z rodzicami

1. Respondenci przebywający w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych oraz ośrodkach szkolno-wychowawczych

Wśród nastolatków znajdujących się pod opieką ośrodków opiekuńczo-wychowawczych oraz szkolno-wychowawczych znaleźli się badani biorący narkotyki okazjonalnie, problemowo oraz osoby uzależnione. Informacje zawarte w arkuszach wywiadu wskazują, że respondenci przebywających w tych placówkach używali substancji psychoaktywnych w wyjątkowo destrukcyjny sposób – tak, by jak to określił jeden z chłopców „nawalić się w trupa” (M, 15)¹. Sięgali po narkotyki codziennie, brali naprzemiennie różne substancje i w różnej formie. Przykłady „W ostatnich 12 miesiącach brał amfetaminę codziennie, od 0,3 do 1 grama na dobę. Wciąga nosem, ale zmienia formę (amfetamina popijana napojem), gdy ma problemy ze służówką. Miesiąc temu wziął po raz pierwszy bielut – eksperyment zakończył się zatruciem i pobyt w szpitalu” (M, 17). „Używa wszystkiego: alkohol, marihuana, amfetamina, ekstazy, LSD, grzyby halucynogenne, kleje, rozpuszczalniki, gaz do zapalniczek. (...) Sprawia wrażenie osoby, która nie rozróżnia środków” (M, 16). „Od roku nie potrafi ocenić ani dawek ani sposobu używania (ciągle jestem naćpana)” (K, 16). „Lekarz zapisał mu leki (...) z czasem przestał brać te leki regularnie tylko chował je i używał w celu odurzenia. Tabletki miażdżył i popijał napojem, tak by miały formę jak przy przyjmowaniu amfetaminy – także do nosa. Naprzemiennie, codziennie bierze leki i alkohol oraz amfetaminę i alkohol” (M, 17).

Pierwsze próby brania narkotyków najczęściej miały miejsce zanim uczestnicy badań znaleźli się w placówce. Inicjacja narkotykowa zazwyczaj odbywała się w wieku 13–14 lat, a w kilku przypadkach wcześniej – w 10 i 12 roku życia. Niektórzy zaczęli od palenia marihuany, na przykład: „zapalił marihuanę na osiedlu z kumplami [w wieku 12 lat]” (M, 15). Inni z respondentów na początku

¹ Użyte w nawiasach oznaczenia to: płeć (M – mężczyzna, K – kobieta) i wiek respondenta

sięgali po amfetaminę, klej lub leki. O kilku z nastolatków było też wiadomo, że wcześniej zaczęli pić alkohol (na przykład od 11 roku życia).

W arkuszach wywiadu zazwyczaj nie podawano dokładnie, dlaczego nastolatek znalazł się w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub szkolno-wychowawczej. Na podstawie zebranych informacji można jednak stwierdzić, że respondenci przebywający w ośrodkach dorastali w bardzo dysfunkcyjnych środowiskach, doświadczali w swoim życiu poważnych problemów i traumatycznych przeżyć. Na przykład, mama jednego z chłopców zmarła, a ojciec przebywał w zakładzie karnym (M, 15). Ojciec innej respondentki kilkakrotnie przebywał w więzieniu, nadużywał alkoholu, dziewczynka „zawsze miała z nim konflikty i bała się go”. Ze względu na to, że jej mama chorowała na nowotwór i często przybywała w szpitalu, dziewczynka [na wniosek kuratora] została umieszczona w ośrodku opiekuńczo-wychowawczym, ponieważ „zabrakło miejsc w domu dziecka” (K, 17). Problemy rodzinne tej respondentki, jak i traumatyczne doświadczenia (osoba prowadząca wywiad zanotowała, że dziewczynka została zgwałcona) doprowadziły ją do próby samobójczej przez przedawkowanie leków.

Rodziny respondentów przebywających w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych borykały się z problemem uzależnienia od alkoholu lub narkotyków któregoś z rodziców lub starszego rodzeństwa, w domach dochodziło do przemocy. Prowadzący wywiady opisywali to w następujący sposób: „Dziewczynka z rodziny alkoholowej (pije również najstarszy brat). W domu zawsze były awantury i bójki. Była bita przez matkę, ojca i brata. Teraz umie się przeciwstawić, często sama jest agresywna słownie i czynnie. Od 14. roku życia nie była kontrolowana – „robiłam to, co chciałam” (K, 16). „Kilka lat temu [chłopiec], pod wpływem amfetaminy pokłócił się z ojcem, który z kolei był pijany. Doszło między nimi do bójki, ojciec wezwał policję, która zabrała chłopca na posterunek. Respondent ma 20-letniego brata uzależnionego od heroiny, z którym nie widział się od kilku lat” (M, 17). „Starszy brat jest dilerem i narkomanem, dawał mu początkowo narkotyki (...) kontakty między nimi nie są dobre z powodu kłótni o pieniądze i używanie narkotyków” (M, 13).

Rodzice nastolatków przebywających w ośrodkach często wiedzieli o problemach ich dzieci związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W niektórych przypadkach sięganie po narkotyki czy alkohol prowadziło do pogorszenia relacji nastolatka z rodzicami, głównie z matką, w innych – rodzice przyjmowali ten fakt obojętnie. „O alkoholu i narkotykach dowiedzieli się od wychowawców – nie zareagowali,” choć ich syn na skutek brania amfetaminy „schudł już tak bardzo, że był za słaby, aby normalnie funkcjonować, podejmował próby jedzenia, ale kończyły się wymiotami (M, 17). Niekiedy w zapiskach z wywiadu nie było żadnych informacji o próbach ratowania dziecka przez rodziców, choć ponosiło już bardzo poważne konsekwencje używania narkotyków, takie jak: „niemożność odróżnienia stanu normalnego od stanu odurzenia, niemożność uczenia się i jakiegokolwiek celowej aktywności, nieudane próby zaprzestania, wpadł pod samochód z powodu używania heroiny” (M, 13). Tylko sporadycznie rodzice podejmowali

działania, na przykład przybrany ojciec chłopca adoptowanego z domu dziecka „pomimo konfliktów stara się go ratować z nałogów i konfliktów z prawem” (M, 16). Zdarzało się, że rodzice nic nie wiedzieli o używaniu narkotyków przez dziecko, mimo że problem był bardzo zaawansowany. Wiedziało natomiast rodzeństwo: „siostra wie (...) ale ma do tego stosunek obojętny, bo sama od czasu do czasu pali marihuanę” (M, 14).

Warto zaznaczyć, że w zapisach z wywiadów nie znaleziono informacji wskazujących, że pobyt w placówce przyczynił się do zaprzestania brania narkotyków przez nastolatka. Jakkolwiek respondenci sięgali po narkotyki i alkohol najczęściej w weekendy, na przepustkach oraz z większą intensywnością w czasie wakacji, to zdarzało się również „palenie [marihuany] w środku tygodnia” (M, 15). Co więcej, podopieczni ośrodków, bardziej „zaawansowani” w używaniu narkotyków, dostarczali ich swoim mniej doświadczonym kolegom. I tak, w jednej z placówek chłopiec uzależniony od narkotyków „poczęstował” kilku chłopców (dotychczas okazjonalnych użytkowników narkotyków) bielunem. Zażycie go (po około 180 ziarenek) spowodowało u chłopców zatrucie i w efekcie konieczność wezwania pogotowia, a następnie hospitalizację. Chłopcy byli bardzo agresywni – „kopali w szale lekarza z pogotowia” i „wyrwali się z pasów, którymi unieruchomili ich pracownicy pogotowia ratunkowego” (M, 15 i M, 16). Incydent wpłynął na pogorszenie relacji z rodziną: w przypadku jednego z chłopców doszło do „zerwania kontaktu z ojcem”, w przypadku drugiego „rodzina zerwała kontakt z respondentem, ale obecnie relacje wracają do normy.” Wszyscy chłopcy z ośrodka, którzy sięgnęli po bielun, mieli problemy prawne, czyli sprawę w sądzie o spowodowanie zagrożenia własnego zdrowia/życia w związku z zatruciem tą substancją.

2. *Respondenci mieszkający w domach dziecka*

Wśród badanych wychowanków domów dziecka znalazły się osoby sięgające po narkotyki okazjonalnie, problemowo i osoby zdiagnozowane jako uzależnione. Respondenci pierwsze eksperymenty z narkotykami mieli najczęściej w wieku 13–14 lat. W tej grupie znalazł się też chłopiec, który po raz pierwszy zapalił marihuanę, gdy miał 8 lat.

W arkuszach z zapisem wywiadu zamieszczano niekiedy informacje wskazujące, że nastolatek znalazł się w domu dziecka na skutek ograniczenia władzy rodzicielskiej, na przykład: „respondent ma bardzo ograniczony kontakt z rodzicami – z rodzeństwem utrzymuje dobre kontakty” (M, 17). Tylko w jednym przypadku było wiadomo, że respondent jest sierotą (M, 17).

Charakterystyczne dla badanych z tej grupy były informacje świadczące o tym, że sięgali po narkotyki pod wpływem kolegów z domu dziecka: „pobyt w domu dziecka spowodował całkowitą zmianę otoczenia, jest w środowisku osób biorących” (K, 16). Chłopiec sierota relacjonował: „zapaliłem trawkę, bo namówił mnie starszy kolega” (M, 17). Inny z chłopców mieszkał w pokoju z kolegą nadużywającym narkotyków (M, 16), a jedna z dziewcząt była częstowana przez znajomych, którzy „często dawali jej pieniądze i wysyłali do dilerów” (K, 13).

Wychowawcy z domów dziecka niekiedy wiedzieli (lub podejrzewali), że ich podopieczni sięgają po narkotyki – zdarzało się również, że byli przez swoich wychowanków okradani (K, 14). Na podstawie zebranych informacji można jednak przypuszczać, że nie podejmowali w tej sprawie żadnych działań. I tak, w przypadku jednej z respondentek narkotyki spowodowały, że „kontakty z wychowawcami i nauczycielami pogorszyły się – nie chcą z nią rozmawiać, nie mają zaufania” (K, 13). Inny z respondentów stwierdził, że choć wychowawcy podejrzewają go o palenie marihuany, to on „nie przejmuję się tym jednak” (M, 17).

3. Respondenci mieszkający z innymi osobami z rodziny

W grupie respondentów mieszkających z innymi, poza rodzicami, członkami rodziny były osoby biorące narkotyki (bądź pijące alkohol) problemowo oraz osoby uzależnione. Podobnie jak wśród nastolatków z ośrodków wychowawczych, również tutaj były osoby sięgające po środki psychoaktywne w bardzo destrukcyjny sposób. W notkach z wywiadu z osobami uzależnionymi można było znaleźć następujące zapisy: „bierze wszelkie kombinacje, coraz większe dawki, do oporu, ile ma” (M, 17). Jeden z nastolatków tak opisał swój sposób używania: „Biorę wszystkie narkotyki, oprócz heroiny i rozpuszczalników. Najbardziej lubię piguły i trawkę. Teraz palę trawkę w ciągach – od roku jestem w nieustannych ciągach” (M, 17).

Z danych z wywiadów wynika, że relacje w rodzinach tych respondentów były bardzo trudne, konfliktowe. Dorośli nie byli dla dzieci wsparciem, budzili nieufność i nie mieli autorytetu (K, 15). Jak można wnioskować z niektórych opisów dzieci te zostały odrzucone przez swoich rodziców (w jednym przypadku wiadomo, że jedno z rodziców zmarło). Były osamotnione i zaniedbywane. „Moja mama nie żyje, ojciec się mną nie interesuje, opiekuje się mną siostra” (M, 17). „Nie ma żadnego kontaktu z rodzicami. Ma dwóch braci wykształconych, dobrych w tym co robią – on jest dobry tylko w braniu. Mieszka w piwnicy w rodzinnym domu. Po kryjomu chodzi do domu przez garaż, żeby coś zjeść i skorzystać z łazienki. W rodzinnym domu dochodziło do rękoczynów” (M, 17).

W przypadku niektórych respondentów wiadomo, że branie narkotyków było przyczyną pogorszenia relacji z rodzicami – choć jak wynika z wywiadów problemy rodzinne pojawiały się już wcześniej. Na przykład jedna z dziewcząt skarżyła się, że rodzice faworyzują młodszego brata (K, 16). Ujawnienie faktu brania narkotyków powodowało podjęcie przez rodziców decyzji, że dziecko zamieszka u innej osoby z rodziny – najczęściej u dziadków, ale również u ciotki lub macochy. Zdarzało się, że pierwszą reakcją rodziców na wiadomość o braniu narkotyków było zawieszenie syna na policję, następnie podjęcie decyzji o umieszczeniu go u babci (M, 16).

Obecni opiekunowie nastolatków byli na ogół bezradni wobec ich zachowań, czyli: „częstych nieobecności w domu, wychodzenia bez tłumaczenia gdzie, z kim i na jaki czas, pozostawiania na noc poza domem, unikania rozmów, kłamstw, napadów złości, nieprzestrzegania umów, lekceważenia obowiązków szkolnych, wyłudzenia pieniędzy, wynoszenia cenniejszych przedmiotów lub pieniędzy z domu” (K, 15). Nie radzili sobie również z problemem sięgania po narkotyki:

„Ona [siostra] wie, że ja biorę narkotyki, ale myśli, że czasem wypalę trawkę. (...) O innych narkotykach nie wie. Zabrania mi tego robić – ale oszukuję ją często” (M, 17).

4. *Respondenci mieszkający w internatach*

Badani z tej grupy okazjonalnie sięgali po marihuanę i tylko jeden z nich został zdiagnozowany jako problemowy użytkownik marihuany (M, 16). Wywiady z nimi zostały włączone do analiz, choć tylko czasowo nie mieszkali ze swoimi rodzicami. W przypadku tych nastolatków najbardziej charakterystyczne okazały się informacje o ich relacjach z rówieśnikami, wskazujące, że koledzy wywierają na nich presję, by brali narkotyki: „Jest pod silnym wpływem kolegów z internatu, którym nie potrafi odmawiać zapalenia marihuany” (M, 17). „Ostatnio najwięcej czasu spędza z palaczami marihuany w internacie. Chciałby jednak to zmienić” (M, 16).

5. *Respondenci, którzy nie uczą się ani nie pracują*

W tej grupie znalazły się osoby uzależnione i biorące narkotyki problemowo, głównie byli to uzależnieni. W porównaniu z innymi opisywanymi w tej pracy grupami badanych, najwięcej było tu osób sięgających po heroinę. Kilka z nich brało dożylnie kompot, przy czym jeden z respondentów „po 5 miesiącach odtruwał się sam, nigdy nie podejmował leczenia” (M, 19). Inny brał dożylnie amfetaminę „kilka razy dziennie” (M, 19). Wszystkie dziewczęta stosowały leki, mieszane niekiedy z alkoholem, na przykład „leki jadła garściami 5–7 tabletek na noc” (K, 19).

W większości przypadków respondenci sami zrezygnowali ze szkoły, „odpuszczali sobie” w tracie nauki w gimnazjum lub po jego ukończeniu „coraz gorzej sobie radził aż przestał chodzić” (M, 19). O dwojgu nastolatków było wiadomo, że zostali wyrzuceni ze szkoły: w jednym przypadku z powodu zamieszczenia zdjęć pornograficznych respondentki w Internecie (K, 18), a w drugim – wagarów i używania narkotyków (M, 18).

Z zebranych informacji wynika, że sięganie po narkotyki przez respondentów uzależnionych oraz biorących problemowo wpływało na pogorszenie relacji w rodzinie – stawały się one wrogie (lub jeszcze bardziej wrogie), nacechowane konfliktami i zarazem obojętnością. Rodzice wszystkich niepracujących i nieuczących się nastolatków wiedzieli (lub podejrzewali) o istnieniu problemu, jednak poza wyrażeniem złości i dezaprobaty nie podejmowali żadnych działań, które rzeczywiście pomogłyby ich dziecku rozpocząć leczenie. Przykłady: „W domu atmosfera – od złości do obojętności, rodzice grozili mu eksmisją, ale po długich nieobecnościach przyjmowali go z powrotem” (M, 19). „Od 3 lat prawie nie rozmawia z rodzicami, kłóca się, gdy wraca nietrzeźwy, chcą żeby się leczył” (M, 16). „Rodzice uważają go za narkomana i alkoholika, dostaje jeść i miejsce do spania, ale poza tym nie interesuje ich, prawie z nimi nie rozmawia” (M, 18). „Dopóki brał marihuanę – brak reakcji, on sam twierdzi, że to akceptowali, odkąd bierze kompot awantury w domu (...) rodzice go wyrzucili” (M, 18). „Rodzice wiedzą, że bierze, są bezradni (...) grożą, że ją wyślą na przymusowe leczenie i że wydadzą jej znajomych policji” (K, 17).

DYSKUSJA

Wyniki przedstawionych badań wskazują, że w każdej z faz używania substancji psychoaktywnych dorastający ponoszą konsekwencje osobiste i społeczne. Najwcześniej pojawiają się problemy z koncentracją i zapamiętywaniem oraz wypadki będące efektem intoksykacji. Wraz z wchodzeniem w uzależnienie skutki używania substancji psychoaktywnych, jakich doświadcza nastolatek stają się coraz liczniejsze, bardziej poważne i dotkliwe.

Analiza danych z wywiadów z nastolatkami używającymi narkotyków, których sytuacja życiowa jest bardziej trudna i skomplikowana, niż sytuacja ich rówieśników, pozwoliła określić charakterystyczne dla nich wzory używania substancji psychoaktywnych.

Zebrane dane wskazują, że respondenci pochodzący z rodzin z poważnymi problemami – którzy mieli traumatycznych przeżycia, doświadczyli odrzucenia czy zaniedbania ze strony swoich rodziców – sięgali po substancje psychoaktywne w wyjątkowo destrukcyjny sposób. Młodzi ludzie z takim „bagażem doświadczeń” brali wszystkie narkotyki, do jakich mieli dostęp, używali ich bardzo często i w dużych ilościach, a celem była chęć doprowadzenia się do utraty świadomości. Ten wzór używania prowadził do licznych i poważnych konsekwencji, związanych ze zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz kontrolowaniem emocji i zachowań.

Sięganie po narkotyki w niewielkim stopniu wpływało natomiast na zmianę w relacjach z najbliższym otoczeniem. Problemy rodzinne, jakich doświadczały, wynikały raczej ze specyfiki środowisk, z których pochodzili, a nie z używania narkotyków. I tak, rodziny nastolatków przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych borykały się z poważnymi problemami związanymi z uzależnieniem czy przestępczością. Rodzice nie mogli bądź nie potrafili sprawować nad swoimi dziećmi właściwej opieki – zdarzały się tu przypadki zaniedbania i stosowania wobec syna czy córki przemocy. Młodzi ludzie, którzy nie mogli liczyć na wsparcie i pomoc ze strony najbliższych, zaczęli sięgać po narkotyki, by w ten sposób radzić sobie z dramatyczną sytuacją rodzinną i traumatycznymi doświadczeniami.

Ten sam czynnik ryzyka – czyli brak oparcia czy wręcz odrzucenie przez rodziców – wystąpił w grupie nastolatków, znajdujących się pod opieką innych osób z rodziny: starszego rodzeństwa, babć czy ciotek. I także tutaj byli respondenci sięgający po narkotyki w bardzo destrukcyjny sposób. Informacje o rodzicach młodych ludzi, którzy nie uczą się ani nie pracują wskazują, że byli wobec swoich dzieci bezradni, a w trudnych sytuacjach reagowali wrogością i nie podejmowali konstruktywnych działań. Zebrane dane wskazują, że taka postawa rodziców sprzyja „wypadaniu” nastolatków ze swoich ról społecznych – respondenci z tej grupy przerywali edukację, gdy przestawał ich obejmować obowiązek szkolny i nie podejmowali pracy.

Znaczenie rodziny jako kluczowego czynnika ryzyka (i zarazem czynnika chroniącego) jest bezsporne i znalazło potwierdzenie w wielu badaniach. W literaturze

podkreślane są takie aspekty pełnienia ról rodzicielskich, jak rozumienie przez rodziców wyjątkowości ich dziecka i jego potrzeb rozwojowych oraz okazywanie ciepła i akceptacji, wzmacnianie zachowań prospołecznych i stosowanie odpowiednich sposobów utrzymywania dyscypliny (13). Zebrane dane pokazały natomiast siłę, z jaką dysfunkcyjna rodzina doprowadza swoich bliskich do destrukcyjnych zachowań – używania substancji psychoaktywnych do utraty przytomności, ale również agresji i autoagresji oraz poważnych problemów ze zdrowiem psychicznym. Prezentowane dane są więc zbieżne z wynikami badań przeprowadzonych przez Rogalę-Obłękowską, zgodnie z którymi natężenie konfliktów w rodzinie ma związek ze stopniem uzależnienia dziecka – najniższe okazało się być w rodzinach nastolatków eksperymentujących z narkotykami, wyższe w rodzinach młodych ludzi uzależnionych od amfetaminy, a najwyższe w rodzinach młodzieży sięgającej po heroinę (14).

Kolejnym czynnikiem sprzyjającym sięganiu po substancje psychoaktywne są negatywne wpływy rówieśnicze (5). Wielu respondentów, o których mowa w niniejszej pracy, dorastało w środowiskach, gdzie używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych jest powszechne. Znaleźli się tu jednak również tacy, którzy zaczęli brać narkotyki na skutek zmiany środowiska rówieśniczego – zamieszkania w placówce opiekuńczo-wychowawczej, domu dziecka czy internacie. Wyniki badań wskazują, że dewiacyjne grupy rówieśnicze – nawet jeśli są dla nastolatka źródłem oparcia – wywierają negatywny wpływ na jego zachowanie, szczególnie wtedy, gdy nie znajduje on wsparcia u osób dorosłych (15).

Jak pokazują badania, w placówkach sprawujących opiekę nad badaną młodzieżą prawdopodobnie nie podejmowano działań zmierzających do zapobiegania problemowi ani skutecznych interwencji, gdy doszło do ujawnienia (bądź do podejrzenia), że nastolatek bierze narkotyki. Tak więc nastolatki, z których wiele doświadczyło w swoim życiu bardzo traumatycznych zdarzeń, nie otrzymywały tam dostatecznej pomocy – były natomiast narażone na silny wpływ dewiacyjnych grup rówieśniczych.

Ograniczenia pracy. Prezentowane analizy zostały dokonane na podstawie materiału zebranego w celu przygotowania testów, umożliwiających rozpoznawanie problemowego używania przetworów konopi oraz innych narkotyków. Osoby wypełniające arkusze diagnostyczne koncentrowały się zatem na zadaniu, jakim było postawienie diagnozy. Nie były to więc pogłębione wywiady, w których prowadzący stara się zapisać jak najwięcej z wypowiedzi respondenta. Ograniczeniem była też forma arkusza pozwalająca na notowanie danych najistotniejszych dla celu badań. Niektóre z osób prowadzących wywiady zamieszczały dość rozbudowane opisy sytuacji swoich respondentów, inne ograniczały się do „wypunktowania” kluczowych danych, niezbędnych do postawienia diagnozy. Z tego powodu charakterystyki badanych osób różniły się stopniem szczegółowości; brakowało w nich wielu informacji, które pozwoliłyby na bardziej wyczerpujące i precyzyjne opisanie losów nastolatków, którzy funkcjonują w życiu inaczej niż rówieśnicy.

Rekomendacje

Zebrany materiał ze względu na swoje ograniczenia nie upoważnia do formułowania w tej kwestii daleko idących wniosków. Sprawa jakości działań profilaktyczno-interwencyjnych wobec młodzieży szczególnie zagrożonej uzależnieniem wymaga uwagi oraz dalszych badań. Można jednak pokusić się o sformułowanie kilku rekomendacji.

1. Personel ośrodków, w których przebywają dzieci pozbawione opieki rodziców oraz zagrożone demoralizacją powinien być przygotowany do oceny stopnia zaawansowania swoich podopiecznych w używaniu substancji psychoaktywnych oraz do przeprowadzania skutecznych interwencji w razie potrzeby. Placówki te powinny ponadto stale współpracować z ośrodkami terapii uzależnień, co umożliwi szybkie uzyskanie pomocy specjalistycznej dla nastolatków używających narkotyków w sposób problemowy oraz dla uzależnionych.
2. Personel placówek, w których mieszka młodzież ucząca się, takich jak internaty, powinien być dobrze przygotowany do rozpoznawania sygnałów wskazujących, że nastolatek używa substancji psychoaktywnych oraz do podejmowania działań interwencyjnych wobec młodych ludzi sięgających okazjonalnie po te substancje. Bardzo przydatna byłaby również współpraca z ośrodkami terapii uzależnień, których pracownicy mogliby służyć pomocą w przypadku konieczności podjęcia interwencji wobec nastolatków biorących narkotyki czy pijących alkohol.
3. Dalszego usprawniania wymagają szkolne działania wychowawcze i profilaktyczne, tak by jak najmniej młodzieży „wypadało” z systemu edukacyjnego – do młodych ludzi, którzy już nie uczą się ani nie pracują bardzo trudno jest dotrzeć i tym samym pomóc.
4. Powinno powstawać jak najwięcej ośrodków interwencji kryzysowej dla rodzin borykających się z problemem uzależnień i przemocy, w których rodzice mogliby otrzymać pomoc i wsparcie w wychowywaniu swoich dzieci, by chronić je przed powielaniem dysfunkcyjnych wzorów zachowań.

PIŚMIENNICTWO

1. Sierosławski J (2007) Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 r. <http://parpa.pl/download/Raport%20ESPAD%202007%20Polska1.pdf>
2. Woynarowska B, Lutze I, Mazur J (2002) Zmiany w zdrowiu i samopoczuciu psychospołecznym młodzieży szkolnej w okresie transformacji ustrojowej. *Przegląd Pediatryczny*, 32 (3), 218–222.
3. Ostaszewski K (2003) Dylematy oszacowań grup ryzyka na podstawie badań ankietowych nad młodzieżą. W: *Młodzież z grup ryzyka. Perspektywy profilaktyki*. Warszawa: PARPA.
4. Staszewska A (2003) Ulica nie jest dla dzieci. *Niebieska Linia*, 1.
5. Ostaszewski K (2003) *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

6. Havighurst RJ (1981). *Developmental tasks and education*. New York and London: Longman.
7. Okulicz-Kozaryn K (2007) Ocena psychometrycznych właściwości testu „Problemowe Używanie Marihuany” (PUM) dla dorastających. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16 (2), 105–111.
8. Okulicz-Kozaryn K, Sierosławski J (2007) Validation of the “Problematic Use of Narcotics” (PUN) screening test for drug using adolescents. *Addictive Behaviors*, 32, 640–646.
9. Bobrowski K (2008) Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych. *Alkoholizm i Narkomania*, 4, 341–362.
10. Baran-Furga H (2005) Przyjmowanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. *Roczniki Warszawskiej Szkoły Zdrowia*, V, 40–45.
11. Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K (2005) Po czym poznać czy nastolatek bierze marihuanę okazjonalnie, czy problemowo? *Remedium*, numer specjalny, 24–25.
12. Okulicz-Kozaryn K (2005) Używanie narkotyków przez młodzież – pojęcia definicyjne. *Remedium*, 6 (148), 18–19.
13. Durlak JA (1998) Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (4), 512–520.
14. Rogala-Oblękowska J (1999) *Młodzież i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nałogu*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.
15. Willis TA, Vaccaro D, McNamara G (1992) The role of life events, family support and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 20, 3, 349–374.

Adres do korespondencji

Agnieszka Pisarska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel/fax (022) 4582-630

e-mail: agapisar@ipin.edu.pl

otrzymano 28.05.2008

przyjęto do druku 27.10.2008