

*Krzysztof A. Wojcieszek**

Niedoceniane możliwości profilaktyki – krótkie interwencje profilaktyczne (esej profilaktyczny)

Używanie substancji psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu etylowego, jest często źródłem poważnych kłopotów. Gdy dochodzą do nas wiadomości o straszliwych w skutkach wypadkach, których tłem jest używanie substancji psychoaktywnych mało kto zastanawia się nad tym, co w istocie poprzedzało te wydarzenia. Uważna lektura obfitego strumienia wiadomości płynących chociażby po słynnej i wyjątkowo tragicznej katastrofie w Kamieniu Pomorskim, gdy pijany kierowca zabił jednocześnie wiele osób będących na rodzinnym spacerze ujawnia powierzchowność dokonywanych ocen medialnych. Nie wiadomo, czy to dziennikarze stronią od bardziej pogłębionych ujęć czy brakuje ekspertów? Przecież zanim doszło do tej katastrofy wiele się działo lub nie działo w życiu sprawcy i jego najbliższego otoczenia. I najważniejsze jest pytanie czego zabrakło w społecznych działaniach. Dla mnie najważniejsze jest pytanie o oddziaływania wychowawcze i profilaktyczne wobec sprawcy tego wypadku. Co zaproponowano mu w wieku lat 10, 12, 15, 17, 20? Jakimi działaniami wychowawczymi był objęty? Czy uczestniczył w specjalnych programach profilaktycznych? Przecież mamy już wiedzę, że takie oddziaływania MOGĄ być skuteczne. Czy były zastosowane? Prawdopodobnie nie były. Nawet po wcześniejszym incydencie, gdy stwierdzono naruszenie prawa przez tego samego człowieka (jazda po pijanemu) reakcja polegała WYŁĄCZNIE na, zresztą mało dolegliwych, sankcjach prawnych. Tak, jakby opanowała nas jakaś mityczna wiara w automatyczne działanie prawa i kary... Istniejące formy oddziaływania profilaktycznego lub terapeutycznego na kierowców przyłapanych na jeździe pod wpływem alkoholu nie zostały skutecznie wdrożone. Skutki tego zaniedbania mieliśmy, gdy w poczuciu faktycznej bezkarności, sprawca popełnił kolejne, niemal identyczne przestępstwo. I w komentarzach prawie nikt nie zająknął się o możliwej profilaktyce. Dyskutowano jedynie gromko nad zaostżaniem kar...

Na tle takich sytuacji widać jak duże deficyty w realnym działaniu profilaktycznym występują w stosunkowo prostych sytuacjach. Brakuje działań kwalifikowanych jako

* Dr Krzysztof A. Wojcieszek, Pedagogium Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie.

„science – based” (oparte na wiedzy) czy „evidence – based” (oparte na pozytywnej ewaluacji). I dzieje się tak pomimo posiadania przez Polskę ponad tysiąca autorskich programów profilaktycznych, w tym i takich, które mają potwierdzoną badaniami skuteczność. W praktyce stosujemy je zbyt rzadko, a wielu przypadkach niemal wcale. Dlaczego? Skąd ten deficyt?

Przyczyn tej bierności jest z pewnością wiele. Nie musimy (i nawet nie jesteśmy w stanie) wymieniać wszystkich, ale wolno nam się skoncentrować na wybranym aspekcie sytuacji i zaproponować nową interpretację tego widocznego deficytu.

Uważam, że podstawowym błędem, który skutkuje deficytem dobrych działań profilaktycznych jest błędna ocena sytuacji i koncentracja wyłącznie na uzależnieniu od substancji jako jedynej możliwej szkodzi. Widać to nawet w typowej nazwie dziedziny – „profilaktyka uzależnień”. Tymczasem uzależnienia NIE SĄ najważniejszym obiektem zainteresowania profilaktyków. Z bardzo ważnego powodu, który nosi nazwę „paradoksu prewencyjnego”. To prawo naukowe głosi, że suma szkód doświadczanych przez społeczeństwo z tytułu działań osób uzależnionych jest zdecydowanie MNIEJSZA, niż suma podobnych szkód powodowanych przez osoby nieuzależnione! Po prostu tych ostatnich jest dużo, dużo więcej, a wcale nie trzeba być alkoholikiem czy narkomanem, aby sprawiać sobie i innym wielkie kłopoty. Wystarczy tylko podjąć samo ryzykowne zachowanie. Często wręcz wydaje mi się, że nerwowe zainteresowanie uzależnieniem jest stosowane jako kamuflaż, zasłona dymna, odwracanie uwagi od działań ryzykownych prowadzonych przez tzw. zwykłych ludzi. Rzekomy brak uzależnienia miałby magiczną siłę zdejmowania z nas odpowiedzialności: „dopóki nie jestem uzależniony wszystko jest OK.”. Otóż nie, drogi panie lub droga pani. Wystarczy ryzykownie się zachowywać, aby doświadczać strat. Wcale nie trzeba być uzależnionym. Sprawę tę zauważyli dziesiątki lat temu duńscy badacze, a potem wielokrotnie ją sprawdzano. Ignorujemy ten wynik badań, bo tak nam wygodnie. Usypia to nasze własne niepokoje związane z różnymi „psychoaktywnymi przygodami”. Dramatyzm stanu uzależnienia doskonale nadaje się do takiej „automanipulacji”. Błędne utożsamienie szkód tylko z uzależnieniem ma niedobre skutki dla praktycznej profilaktyki jako takiej. Bowiem z uzależnieniem sprawy mają się tak, że jest ono często stanem w zasadzie nieodwracalnym. Placówki terapeutyczne mogą się wykazać najwyżej 35–40% skutecznością w postaci długotrwałej remisji uzależnienia. Biorąc pod uwagę trudności w motywowaniu do leczenia można przyjąć, że np. większość polskich alkoholików nigdy nie uzyska pomocy. Jest ich ok. miliona, a podejmuje próby leczenia jedynie kilkadziesiąt tysięcy rocznie (według innych danych ponad 100 tysięcy bywa rejestrowane). Jeśli z tej grupy uda się pomóc 1/3 to widać tutaj podstawę do dużego pesymizmu. Być może to sprawia, że rozciągamy analogiczny pesymizm również na profilaktykę, traktując ją jako z założenia nieskuteczną. A działań nieskutecznych się nie prowadzi. Zatem ta pomyłka co do celu profilaktyki może powodować mniejsze zainteresowanie jej wdrażaniem. Po prostu nie rozumiemy czym jest profilaktyka, jakie ma cele i możliwości. Uproszczenia mszczą się w postaci zaniechań w realnym działaniu. Poczucie bezradności związane z naszą bezsiłą wobec uzależnienia przenosimy na działania wychowawcze i zapobiegawcze. Całkowicie bezzasadnie...

Podsumujmy: błędnie rozumiane cele profilaktyki czyli koncentracja wyłącznie na uzależnieniu powodują pesymizm w stosunku do wszelkich działań profilaktycznych. Wiele osób nawet nie potrafi wskazać innych celów profilaktyki, niż obrona przed uzależnieniem.

Czy zatem ten temat w profilaktyce (uzależnienie) jest całkowitą pomyłką? Oczywiście nie, ale ściśle rozumiana profilaktyka uzależnień musiałaby zajmować się czymś nieoczekiwanym i szczególnym, na przykład celowym docieraniem do grupy ryzyka uzależnienia. A ta grupa to nie są bynajmniej wszyscy pijący młodzi ludzie. Są to tylko osoby mające duży zestaw czynników ryzyka, na przykład dzieci z rodzin alkoholowych czy narkomańskich. W badaniach widać, że aż 64% takich dzieci uzależnia się, gdy mają uzależnionego rodzica i nie podlegają skutecznej interwencji zapobiegawczej. Te czynniki to zwłaszcza czynniki biologiczne (geny!) odpowiedzialne za 1/3 ryzyka, potem modelowanie, błędne przekonania normatywne, skutki rozmaitych traum. Profilaktyka taka byłaby zupełnie inna, niż ta uniwersalna, skierowana do wszystkich. Wymagałaby znacznie bardziej wyszukanej diagnostyki i specyficznych metod z pogranicza profilaktyki i terapii (np. terapii współuzależnienia, DDA itp.). Byłaby to inna profilaktyka, zresztą bardzo potrzebna. Nie zastąpiłaby ona jednak ogólnej profilaktyki skierowanej na cele uniwersalne całej populacji.

Najwyższa zatem pora rozszerzyć horyzont myślenia o profilaktyce zauważając jej szerszy zakres i ważne cele uniwersalne. Dobrze tę potrzebę oddaje dyskusja nad przymiotnikami dodawanymi do słowa profilaktyka – problemowa (Mellibruda), integralna (Dziewiecki), zintegrowana (Grzelak), naukowa (Ostaszewski) itd.

Kłopoty wynikające z błędnego utożsamiania celów i metod profilaktyki problemowej i terapii uzależnień mają zresztą jeszcze głębsze korzenie. W doświadczeniu wielu ludzi samo nawet motywowanie do podejmowania leczenia wydaje się przedsięwzięciem niemal beznadziejnym. W wielu polskich domach znane są lamenty, kłótnie i presja wywierana na pijaka, aby coś zrobił, tyle tylko, że są to doświadczenia beznadziejnie nieskuteczne. Z tego biorą się opowieści o konieczności sięgania przez uzależnionego tzw. dna, aby zechciał się leczyć (co jest nieprawdą, mitem). Jeśli tak trudno jest skłonić naszych domowych uzależnionych do jakiegokolwiek konstruktywnej zmiany, to – myślimy sobie, a przynajmniej wielu z nas – jeszcze trudniej jest osiągać cel profilaktyczny, nieprawdaż? A nieprawdaż, nieprawdaż, gdyż nie uwzględnia się faktycznej odmienności tych dwu sytuacji. W profilaktyce, zwłaszcza uniwersalnej, nie mamy do czynienia z pełnym rozwojem mechanizmów typu systemu iluzji i zaprzeczania, charakteryzujących osoby uzależnione. Mamy inne poważne kłopoty, ale nie takie same jak w uzależnieniu. Zapominamy, że znacząca większość osób ma wiele pozytywnych motywacji do utrzymania się w zdrowym stylu życia. Pomimo inicjacji, cały czas wewnątrz młodych osób żywa jest tęsknota za dziecięcą abstynencją. Skąd to wiem? Z badań, własnych i cudzych. Nie motywujemy zatem takich osób do czegoś podobnego jak podjęcie terapii, ale do ożywienia tego pozytywnego potencjału, który ciągle mają. Pracując na co dzień z młodzieżą wielokrotnie przekonuję się o wielkiej skali jej pozytywnych tęsknot. Nie wychodzą one na jaw z powodu swego braku okazji, ale gdy się je wywołają z cienia natychmiast się zjawiają.

Nawet gdyby była większa symetria między motywowaniem do terapii w uzależnieniach a profilaktyką, to wskazany byłby większy optymizm, niż obecny. Okazuje się bowiem, że nie znamy skali możliwości doskonałego motywowania do podjęcia terapii uzależnienia, nie doceniamy tych współczesnych form. Gdy prawidłowo prowadzi się interwencję kryzysową, to na leczenie zgłasza się aż 90% uzależnionych. Po jednej dobrej rozmowie (co prawda długo przygotowywanej po stronie otoczenia uzależnionego). Podobnie z wywiadem motywującym. Ta metoda budowania motywacji do zmiany, zaproponowana przez Millera i Rollnicka daje znakomite wyniki. Wykazano, że stosunkowo krótki kontakt z osobą pijącą problemowo może (przy zastosowaniu tej metody) dawać znakomity rezultat w postaci modyfikacji jej zachowań.

Warto w naszej wędrowce profilaktycznej przyjrzeć się bliżej tej metodzie i „per analogiam” później zwrócić się do profilaktyki. Na czym polega ta zachwalana przeze mnie metoda? Jest to doskonale wpasowanie się w cykl zmiany życiowej człowieka za pomocą kilku prostych pytań kierujących dialog motywacyjny. Pierwszym krokiem jest zapytanie o to, co dobrego daje klientowi ryzykowne zachowanie, np. picie alkoholu. Gdy już nam to wyjaśni kierujemy jego uwagę na straty pytając, czy zauważy jakieś szkody wynikające z picia. Gdy się nad tym zastanowi i wykryje je, pytamy, czy chciałby coś z tym zrobić. Na tym etapie klient rozpoczyna często własne poszukiwanie metod poprawy sytuacji. Często zdobywa autentyczną motywację do zmiany, do przyjęcia pomocy. Wykazano, że 20-minutowa minimalna interwencja potrafi skutkować wymiernymi zmianami w zachowaniach klientów, którzy byli jej poddawani. Pomyślmy: 20-minutowa rozmowa!

Ten znaczący postęp może być uwzględniony w profilaktyce. Tak na przykład w programie profilaktycznym „Korekta” stosuje się podobną strategię, tyle, że w grupie. Nie ma powodu, aby wątpić w skuteczność takich działań, skoro analogiczne działania są skuteczne w realnej zmianie zachowań osób nadmiernie pijących.

Właściwe rozumienie zasad profilaktyki pozwala na konstruowanie nowych metod działania, które nazywają się „krótką interwencją profilaktyczną w grupie”. Są to sposoby działania, które odznaczają się specyficznymi cechami: są intensywne, krótkie, atrakcyjne dla uczestników, jednocześnie oparte na wiedzy, zwłaszcza wiedzy z zakresu psychologii perswazji. Dysponujemy w Polsce całą serią takich programów, nieźle już sprawdzonych ewaluacyjnie. Pozostaje odważyć się zastosować je systematycznie i na większą skalę. W ich wyniku możliwe staje się przede wszystkim ukształtowanie na nowo norm kulturowych, które ostatecznie decydują o skali zachowań ryzykownych. Wyłania się nieco inny, niż zazwyczaj przyjmowany, cel profilaktyki – głębsza zmiana kulturowa. Bo to na polu kultury rozstrzyga się kwestia zasięgu działań ryzykownych. Na początku stulecia w USA w reklamach papierosów występowali nawet lekarze w białych kitlach wskazując na korzyści (!) z palenia. Dziś jest to nie do pomyślenia. Nastąpiła głęboka zmiana kulturowa. Tak jak nie jest do pomyślenia, aby w napoju typu „cola” znajdowała się kokaina, chociaż była tam aż do 1905 roku. Tak jak nie jest do pomyślenia, aby profesor psychologii rozdawał studentom na zajęciach LSD, tak jak to czynił legalnie (!) Timothy O’Leary w latach 60. Uczymy się, chociaż powoli i z oporami. Uczymy się jako całe duże społeczności. Dla

takiej nauki kluczowe jest dysponowanie odpowiednimi narzędziami, zwanymi programami profilaktycznymi. Mamy takie narzędzia. Niechęć do ich stosowania ma związek z oceną skuteczności profilaktyki jako takiej. Gdy pytam np. nauczycieli o to czy profilaktyka jest skuteczna, to jedni odpowiadają twierdząco, inni przeczą. Z kolei gdy te same osoby pytam o to, czy należy stosować działania profilaktyczne również dzielą się na zwolenników i przeciwników. Powstaje z tego specyficzna „matryca motywacji do działań profilaktycznych”. Według tej matrycy profilaktyka uniwersalna jest:

- a) nieskuteczna, więc nie należy jej stosować,
- b) skuteczna, więc nie należy jej stosować (bo to manipulacja),
- c) nieskuteczna, lecz należy ją stosować (profilaktyka „heroiczna”),
- d) skuteczna, zatem należy ją stosować.

Który z tych modeli dominuje? Niestety model pierwszy, sceptyczny. Z powodu małej wiary w skuteczność działań rezygnujemy z nich. I tracimy wspaniałą okazję do stopniowego kształtowania środowiska społecznego w kierunku lepszych norm zachowań. Koszt tego zaniechania jest czasami dramatyczny, jak w przypadkach z Kamienia Pomorskiego. W wydanej ostatnio monografii „*Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych*” (Kraków 2013, Wyd. Rubikon) referowałem jedną z możliwych do zastosowania metod, tzw. krótką interwencję profilaktyczną w grupie. Sam jestem autorem kilku scenariuszy opartych na tej metodzie („Debata”, „Korekta”, „Szlaban”, „Smak życia...” i inne). Kto raz zapoznał się z ich możliwościami, zazwyczaj chętnie je stosuje. Dobrym przykładem jest „wiekowy” program „Noe”, który został po raz pierwszy zastosowany w roku 1991, a ciągle jest wykorzystywany w wielu miejscach w Polsce. Pomimo tego, że już od dawna nie szkolę nowych adeptów tego programu. Okazał się nośną i atrakcyjną propozycją. Takich propozycji jest więcej. Dysponujemy obszerną listą możliwych do zastosowania narzędzi, ale cierpimy na jakiś zanik woli, abulję. Niestudnie. Pora odkryć możliwości nowoczesnych oddziaływań profilaktycznych i systematycznie je stosować. Kluczem do sukcesu jest właśnie odważne, wytrwałe, systematyczne, wręcz uparte stosowanie narzędzi edukacji i perswazji obejmujących jednocześnie duże grupy uczestników. Przygody ludzkości z substancjami psychoaktywnymi wskazują na konieczność takiego właśnie podejścia. Odważnego i systematycznego.

Bibliografia

- Babor T.F., Fuente J.R., Saunders J., Grant M. (1998), *Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu AUDIT*, tł. M. Prajsner, Warszawa, PARPA/WHO.
- Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001), *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*. World Health Organisation, Document No. WHO/MSD/MSB/01.6.
- Babor T. (red.) (2010), Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K., Grube J., Hill L., Holder H., Homel R., Livingstone M., Osterberg E., Rehm J., Room R., Rossow I., *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, Second edition, New York, Oxford University Press.

- Calabria B., Shakeshaft A.P., Havard A. (2011), *A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm*, *Addiction*, Vol. 106(8).
- Gaś Z. (2006), *Profilaktyka w szkole*, WSiP, Warszawa.
- Hawkins D.J., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992), Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention, *Psychological Bulletin*, Vol. 112, nr 1.
- Hawkins D. J., Netherhood B. (1994), *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne*, tł. Zespół, IPIŃ, Warszawa–Olsztyn.
- Hawkins, J.D., Brown, E.C., Oesterle, S., Arthur, M.W., Abbott, R.D., & Catalano, R.F. (2008), Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 53.
- Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Arthur M.W., Abbott R.D., Fagan A.A., Catalano R.F., (2009), Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Vol. 163(9).
- Henry-Edwards S., Humeniuk R., Ali R., Monteiro M., Poznyak V. (2003), *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*, (draft version 1.1 for Field Testing), World Health Organization, Geneva.
- Lelonek-Kuleta B. (2012), Współczesna kultura a zachowania nałogowe, „Świat Problemów”, nr 4(231).
- Mellibruda J. (1997), Profilaktyka problemowa, „Remedium”, nr 10(56).
- Miller W.R., Rollnick S., (2010), *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, tłum. Agnieszka Pokojska, wyd. UJ, Kraków.
- Okulicz-Kozaryn K. (2003), Teorie psychologiczne w praktyce profilaktycznej, „Remedium”, nr 12(120).
- Ostaszewski K. (2003), *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wyd. Scholar, Warszawa.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2010 roku*, Warszawa 2009, Wyd. PARPAMEDIA.
- Robinson B.E., Lyn Rhoden J., tłum. Monika Szymankiewicz i Zespół, (2005), *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, Wyd. PARPA, Warszawa.
- Rzącki J. (2007), Cierpliwość, wytrwałość, pokora, „Świat Problemów”, nr 2–3(169–170).
- Skrzypczyk W. (1995), *Program profilaktyki uzależnień dla młodzieży „Tak czy nie”*, Ośrodek Terapii i Profilaktyki Uzależnień Dla Dzieci i Młodzieży, Łódź.
- Sloboda Z. (1998), State of art of prevention research in the United States. W: *Evaluating Drug Prevention in the European Union*, EMCDDA Scientific Monograph Series nr 2, Luxembourg.
- Sochocki M. (2010), Debata o „Debacie”, „Remedium”, nr 3(203).
- Szymańska J., Wojcieszek K. (2001), Standardy jakości pierwszorzędowych programów profilaktycznych, „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego”, Vol. 1, nr 14.
- Węgrzecka-Giluiń J. (red.) (2010), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Wyd. Fundacji Etoh, Warszawa.
- Wojcieszek K. (1996), Sonda 21. Profesjonalne aspekty programu profilaktycznego, „Remedium”, nr 6(40).
- Wojcieszek K. (1996), Sonda 21 – sposób na zmianę stereotypu, „Świat Problemów”, nr 7(42).

- Wojcieszek K. (1997), *NOE cz. I i II, Program profilaktyczny dla młodzieży*, Wyd. PARPA, Warszawa.
- Wojcieszek K. (1998), Debata. Propozycja scenariusza zajęć profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych dla klas VI–VIII, „*Remedium*”, nr 3(61).
- Wojcieszek K. (1999), *Korekta – program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi, w tym z żołnierzami zasadniczej służby wojskowej*, wyd. I, MON, Warszawa.
- Wojcieszek K. (2006), *Program profilaktyczny Szlaban. Interwencja wobec sprzedaży alkoholu nieletnim*, Wyd. PARPA, Warszawa.
- Wojcieszek K. (2010), *Smak życia czyli debata o dopalaczach. Program profilaktyki uniwersalnej*, Wyd. KBdSPN, Warszawa.
- Wojcieszek K. (2011), Krótka interwencja profilaktyczna w grupie – konstruktywne wykorzystanie dysonansu poznawczego w profilaktyce dla grupy podwyższonego ryzyka na przykładzie programu „Korekta”, „*Resocjalizacja Polska*”, nr 2.
- Wojcieszek K. (2011), Wstępna ewaluacja programu „Smak życia czyli debata o dopalaczach”, „*Remedium*”, nr 10(224).