



Instytut Rozwoju Służb Społecznych

<http://irss.pl>, irss@irss.pl, pow@irss.pl

00-554 Warszawa, ul. Marszałkowska 34/50, tel./fax: 22 629-40-18, 22 621-04-23

Ośrodek Szkoleniowy: 05-127 Białobrzegi, ul. Wczasowa 15a, tel./fax: 22 774-87-93, 22 782-24-23

Numer konta bankowego IRSS: Bank Pekao SA 27 1240 6003 1111 0000 4946 5721

Zorganizuj Zieloną Szkołę w Ośrodku Szkoleniowym IRSS w Białobrzegach

Ośrodek Szkoleniowy Instytutu Rozwoju Służb Społecznych
znajduje się w **Białobrzegach k. Warszawy**, nad Zalewem Zegrzyńskim,
25 kilometrów od stolicy.

Budynek ośrodka położony jest w cichej, urokliwej okolicy,
zaledwie kilkaset metrów od kompleksu leśnego i kilkadziesiąt metrów od brzegu jeziora.

W Ośrodku Szkoleniowym IRSS czeka na Państwa:

- ▶ **ponad 70 pokoi 2-osobowych,**
- ▶ **miejsce na ognisko lub grilla,**
- ▶ **przestronna sala biesiadna,**
- ▶ **własny parking na terenie,**
- ▶ **oraz wiele innych atrakcji.**

Na potrzeby Zielonych Szkół oraz wycieczek szkolnych
Ośrodek Szkoleniowy IRSS przygotował specjalną ofertę cenową.

Skontaktuj się już teraz, aby poznać szczegóły oferty!

Ośrodek Szkoleniowy IRSS w Białobrzegach

ul. Wczasowa 15A,

05-127 Białobrzegi

tel.: (22) 774 87 94

e-mail: osrodek@irss.pl

www: www.osrodek.irss.pl

ISSN 0552-2188



PROBLEMY OPIEKUNCZO WYCHOWAWCZE

WRZESIEŃ 2012

ROK LII

(512)

ISSN 0552-2188

7



Instytut Rozwoju Służb Społecznych

PROBLEMY OPIEKUNCZO WYCHOWAWCZE

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Dr Joanna Staręga-Piasek (redaktor naczelna)
Danuta Szymańska (zastępca redaktor naczelnej)
Jolanta Makowska (kierownik działu)

ADRES REDAKCJI

ul. Marszałkowska 34/50, 00-554 Warszawa
tel. 22 622-32-45, fax 22 621-04-23
e-mail: pow@irss.pl

Redakcja prosi o nadsyłanie materiałów do druku e-mailem (Arial 12 pkt z 1,5 odstępem) lub pocztą (oryginał i płyta CD w edytorze Word for Windows) oraz podanie adresu zamieszkania, miejsca pracy, numeru telefonu, a także krótkiej notki o autorze. Objętość artykułu nie powinna przekraczać 12 stron. Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo dokonywania niezbędnych zmian w treści artykułów.

Ark. druk. 4, nakład 1700 egz.

Druk: Drukarnia Wydawnictwa Garmond, tel. 22 435-78-58

7/2012

W numerze

AKTUALNE PROBLEMY OPIEKI I WYCHOWANIA

- JAN WSZOŁEK
Opieka nad dzieckiem w szkole 3

DIAGNOZY, DOŚWIADCZENIA, PROPOZYCJE METODYCZNE

- MAŁGORZATA HAŃSKA
O zaburzeniach zdrowia psychicznego 11
- BEATA HOFFMANN
Uzależnienie od hazardu – specyfika, przyczyny, terapia 23
- Przemoc w szkole – raport z badań (Jolanta Makowska) 31
- MONIKA DĄBROWSKA
Sądowy kurator rodzinny a przemoc w rodzinie 36
- ANETA PASZKIEWICZ
Dziecko z nadwagą w klasie szkolnej 40
- BEATA BOKSA
Wychowanie dziecka głuchego przez rodziców słyszących i niesłyszących 46

CZYTELNICY PISZĄ

- Gdy brak zasięgu... (Wioletta Wiaderek) 49
- O cyfryzacji szkoły (Stanisław Turowski) 50

Z ZAGRANICY

- MAGDALENA ARCZEWSKA
Sądownictwo rodzinne i nieletnich w Europie 51

NUMER 7/2012 (512)

INFORMACJE I RECENZJE

- Stanisław Kozak, Patologie komunikowania w Internecie. Zagrożenia i skutki dla dzieci i młodzieży (rec. Jolanta Makowska) 57
- Anna Młynarczuk-Sokołowska, Katarzyna Potoniec, Katarzyna Szostak-Król (red.), Przygody Innego. Bajki w edukacji międzykulturowej (rec. Karolina Grabowska) 60

ŚWIAT MŁODZIEŻOWYCH FASCYNACJI

- One Direction, czyli histeria nastolatków (Marcin Teodorczyk) 62

NASI AUTORZY

Dr Magdalena Arczewska – Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego

Dr Beata Boksa – Zespół Szkół Ogólnokształcących Integracyjnych nr 4; Poradnia Logopedyczna w Przychodni dla Rodziny GALUS w Kielcach

Monika Dąbrowska – Sąd Rejonowy w Sejnach

Karolina Grabowska – studentka pedagogiki Uniwersytetu w Białymstoku

Dr Beata Hoffmann – Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego

Dr Aneta Paszkiewicz – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa oraz Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 w Chełmie

Marcin Teodorczyk – redaktor kwartalnika „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”

Stanisław Turowski – emerytowany nauczyciel z Gubina

Wioletta Wiaderek – Studium Pedagogiczne Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dr Jan Wszolek – emerytowany wychowawca krakowskiego domu dziecka

aktualne problemy opieki i wychowania

OPIEKA NAD DZIECKIEM W SZKOLE

JAN WSZOLEK

Kraków

Reformy systemu opieki nad dzieckiem przeprowadzone po 1989 r. modernizowały system stworzony w PRL. Nowe regulacje wynikające z Ustawy z 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej mają zmienić sam system. Dlatego J. Kluzik-Rostkowska uznaje tę ustawę za „jedną z podstaw nowego systemu opieki nad dzieckiem”¹. Istotnie, żaden z dotychczasowych aktów prawnych nie kierował tak dalece publicznej działalności opiekuńczej w stronę rodziny jak ta ustawa. Może więc sprzyjać tworzeniu nowego systemu opieki pod warunkiem, że nie podzieli losu innych ustaw i rozporządzeń wykonawczych, często zmienianych i słabo realizowanych. A to jej grozi, gdyż budzi wątpliwości i protesty². O losie ustawy przesądzą samorzady. Dotychczasowe „punktowe” zmiany, głównie w opiece zastępczej, przyniosły postęp w dużych miastach. Na prowincji, gdzie ich inicjatorów było mało, postęp jest mniejszy.

¹ Cytat z wywiadu z posłanką w TVP Info z dn. 14.02.12 r. Obszerne omówienie ustawy m.in. w „Problemach Opiekuńczo-Wychowawczych” w nr 10/2011 (J. Luberadźka-Gruca, *Wspieranie rodziny i piecza zastępcza w świetle nowej ustawy*) i w nr 2/2012 (M. Kaczmarek, *Szanse i bariery realizacji ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*).

² Mimo 6 lat pracy nad ustawą wątpliwości dotyczą m.in. postanowień o ośrodkach adopcyjnych i zastępstwie rodzinnym, odłożonej do 2015 r. realizacji niektórych zapisów, zapowiedzi weryfikacji ustawy po 30.06.2013 r., wielokrotnie mniejszych środków na jej realizację niż planowane itd.

Obiektywną przeszkodą są skromne środki finansowe samorządów i słabość kadrowa OPS. Trafnie zauważa J. Luberadźka-Gruca, że powodzenie ustawy „zależy od dojrzałości samorządów i zrozumienia ze strony radnych, że bez ściślejszej współpracy gmin i powiatów oraz lokalnych organizacji pozarządowych nie da się skutecznie pomagać rodzinom i dzieciom”³. Dodałbym – i bez zrozumienia, że zadania opiekuńczo-wychowawcze muszą realizować wszystkie podmioty zajmujące się dziećmi, nie tylko OPS. Bo tego zrozumienia i współpracy między nimi wyraźnie brakuje.

Do zmiany systemu sama ustawa nie wystarczy. Zwłaszcza gdy nie ma na tę zmianę dostatecznych środków finansowych, a samorzady niechętnie przyjmują nowe zadania. Przykładem może być realizacja znowelizowanych w 2011 r. ustaw o opiece przedszkolnej i przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Od ich wejścia w życie w Krakowie przybyło tylko 6 żłobków, 3 kluby malucha, nie powołano etatów opiekunek dziennych, chociaż w kolejce do żłobka czeka 1,5 tys. dzieci. Jeszcze słabiej przebiega realizacja drugiej ustawy. Interwencjami w rodzinie – tak jak dawniej – zajmuje się głównie policja. Pracownicy opieki nie założyli dotąd ani jednej niebieskiej karty, służba zdrowia – jedną.

³ J. Luberadźka-Gruca, op. cit.

M. C. Maultsby, A. Hendricks, *ABC twoich emocji*, Poznań 1992.

J. McCandless, *Dzieci z głodującymi mózganymi – przewodnik terapii medycznych dla chorób spektrum autyzmu*, Warszawa 2009.

T. McKernan, J. Mortlock, *Autyzm w centrum uwagi. Podręcznik z ćwiczeniami dla profesjonalistów*, Kraków 2004.

T. Milton, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa 2005.

T. Minier, *Bielszy odcień śmierci*, Warszawa 2010.

M. Molicka, *Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii*, Poznań 2002.

B. Mumbach, *Zrozumieć i leczyć dziecko nadpobudliwe. Poradnik dla rodziców*, Kraków 2006.

I. Namysłowska, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa 2011.

H. Nartowska, *Wychowanie dziecka nadpobudliwego*, Warszawa 1986.

C. Neuhaus, *Dziecko nadpobudliwe*, Warszawa 2005.

I. Obuchowska, *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, Warszawa 1983.

I. Obuchowska, *Jak sobie radzić z niechcianymi uczuciami*, Poznań 2001.

N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, *Osobowość, stres a zdrowie*, Warszawa 2008.

A. Oleszkowicz, *Kryzys młodzieńczy – istota i przebieg*, Wrocław 1995.

T. Pasikowski, *Stres i zdrowie*, Poznań 2000.

P. Pawlak, *Program profilaktyczno-terapeutyczny dla dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*, Kraków 2006.

A. Pease, *Język ciała. Jak czytać myśli ludzi z ich gestów*, Kraków 1992.

L. J. Piffner, *Wszystko o ADHD – kompleksowy, praktyczny przewodnik dla nauczycieli*, Poznań 2004.

E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańsk 2005.

E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Kraków 2008.

A. Polender, *Pojedynek z nerwicą. O nerwicy optymistycznie*, Gdańsk 2004.

R. Portmann, *ADHD nadpobudliwość psychoruchowa – istota zagadnienia*, Kielce 2006.

S. Pużyński, *Depresje*, Warszawa 1988.

S. Pużyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10*, Kraków 2000.

W. Radziwiłłowicz, *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne*, Kraków 2011.

J. Ranschburg, *Lęk, gniew, agresja*, Warszawa 1993.

Z. Ratajczak, *Człowiek w sytuacji stresu*, Katowice 1996.

J. Renaud, *Przewodnik antystresowy*, Warszawa 1993.

J. Reykowski, *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*, Warszawa 1966.

J. Rola, *Depresja u dzieci*, Kraków 2001.

D. L. Rosenhan, M.E.P. Seligman, *Psychopatologia*, Warszawa 1994.

J. Santorski, *Jak przetrwać w stresie*, Warszawa 1992.

R. M. Sapolsky, *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychologia stresu*, Warszawa 2010.

M. Sendyk, *Spoleczne przystosowanie dzieci z poczuciem sieroctwa duchowego*, Kraków 2001.

H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa 2004.

S. Siek, *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*, Warszawa 1984.

H. Spionek, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1975.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży. Raport GUS, Warszawa 2007.

J. Stochmiałek (red.), *Pedagogika wobec kryzysów życiowych*, Warszawa 1998.

J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres*, Gdańsk 2004.

J. Strelau, *Psychologia stresu*, Gdańsk 2009.

S. S. Strichart, Ch. T. Mangrum, *Dziecko z ADHD w klasie – planowanie pracy dzieci z zaburzeniami uwagi*, Gdańsk 2009.

J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa 2000.

J. Szymborska (red.), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, Warszawa 2008.

M. Święcicka (red.), *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*, Warszawa 2003.

J. F. Terelak, *Stres psychologiczny*, Bydgoszcz 2009.

J. Tomkowski, *Ciemne skrzydła Ikara. O rozpaczach*, Warszawa 2009.

M. Tyszkowa, *Problemy psychicznej odporności dzieci i młodzieży*, Warszawa 1972.

M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*, Warszawa 1988.

I. B. Weiner, *Zaburzenia psychiczne w wieku dorastania*, Warszawa 1977.

B. Winczura, *Dziecko z autyzmem – terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Kraków 2008.

Z. Włodarski, *Co robić, żeby dzieci nie były nerwowe*, Warszawa 1965 (I wydanie).

Z. Włodarski, *Zaburzenia równowagi procesów nerwowych u dzieci, przyczyny, objawy, profilaktyka i terapia pedagogiczna*, Warszawa 1960.

E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Życie z depresją, ale nie w depresji*, Kraków 2011.

B. Woynarowska, *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów. Raport z badań*, Warszawa 2003.

Informacje w internecie m.in.:

- fundacja ITAKA
- www.TacyJakJa.pl
- www.forumprzeciwdepresji.pl
- autyzm.pl

UZALEŻNIENIE OD HAZARDU specyfika, przyczyny, terapia

BEATA HOFFMANN
Warszawa

Uzależnienie od hazardu nie jest zjawiskiem nowym, jednak w ostatnich latach wzbudza duże zainteresowanie przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Jak wynika z badań, młodzi ludzie w dużo większym stopniu niż osoby dorosłe podatni są na uzależnienie od hazardu, nic więc dziwnego, że coraz większy odsetek wśród uzależnionych od różnego rodzaju gier stanowi młodzież.

Definicja uzależnienia

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia uzależnienie jest stanem psychicznym i najczęściej także fizycznym, wynikającym z interakcji żywego organizmu i środowiska. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu i reakcjami, które zawsze zawierają przymus stosowania tego środka w sposób okresowy lub ciągły, zarówno w celu doświadczenia psychicznych efektów jego działania, jak i unikania złego samopoczucia wynikającego z jego braku¹. Mimo iż w polskim prawodawstwie uzależnienie definiowane jest szczególnie w odniesieniu do substancji psychoaktywnych², nałóg może też być nabytą, niezwykle silną potrzebą wykonywania (powtarzania) pewnej czynności lub zachowania. Dlatego też w literaturze przedmiotu można zaobser-

¹ J. Rogala-Oblękowska, *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*, Warszawa 1999, s. 12.

² Patrz ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r.

wować tendencje do nazywania wielu nawykowych (nawykowych) form aktywności człowieka uzależnieniami. Zmiany w rozumieniu uzależnienia spowodowały pojawienie się rozróżnienia na tzw. uzależnienia substancjalne, czyli uzależnienia od środków psychoaktywnych i uzależnienia nie-substancjalne, polegające na uzależnieniu np. od jedzenia, pracy, surfowania po internecie, seksu, zakupów czy gier hazardowych. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 problemy te określa się mianem „zaburzeń nawyków i popędów (impulsów)” i zalicza się do nich: patologiczny hazard, patologiczne podpalanie (piromania), patologiczne kradzieże (kleptomania) i trichotillomania, czyli niemożność powstrzymania się od wrywania włosów. Ich cechą charakterystyczną są powtarzane działania bez wyraźnej, racjonalnej motywacji, które zazwyczaj szkodzą interesom samego pacjenta, jak i innych osób. Pacjent określa te zachowania jako związane z impulsem do działania, który nie podlega kontroli. Rozpatrywane są więc one w kategoriach zaburzonej kontroli zachowań impulsywnych³.

Niezależnie od faktu, że różne zachowania określane bywają mianem uzależnienia, czy też uzależnienia przybierać mogą różną postać, wyróżnić można szereg identycznych objawów, mieszczących się w obszarze zaburzonej funkcji psychicznych, fizycznych i społecznych⁴. W przypadku uzależnienia od internetu, hazardu czy pracy na poziomie objawowym mamy podobną charakterystykę obrazu klinicznego jak w uzależnieniach substancjalnych. Widoczne jest także utrzymujące się pragnienie wykonywania określonej czynności, wydłużanie czasu jej wykonywania, pojawienie się różnych dolegliwości i niepokoju w przypadku konieczności zaprzestania dalszej aktywności oraz kompulsywne pragnienie kontynuowania czynności pomimo negatywnych konsekwencji⁵.

³ B. T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2009, s. 461.

⁴ Więcej na ten temat: B. T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, op. cit.

Spośród teorii usiłujących wyjaśnić przyczyny powstawania uzależnień na uwagę zasługują zarówno koncepcje psychologiczne, biologiczne, jak i społeczne⁶. Jak pisze Bohdan Woronowicz „siłą napędową uzależnień stało się tempo życia, ucieczka od nieakceptowanych stanów emocjonalnych, poszukiwanie szybkiej przyjemności i natychmiastowej gratyfikacji oraz trudności w kontrolowaniu impulsów. Od strony biologicznej przyczyny zachowań związanych z uzależnieniami można dopatrywać się w nieprawidłowym funkcjonowaniu tzw. układu nagrody w mózgu”⁷. Zwraca też uwagę na fakt, iż „uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz wszelkie inne >>zależności<< odgrywają w naszej cywilizacji coraz większą rolę i pociągają za sobą coraz więcej ofiar. Najbardziej podatne na uzależnienia są osoby, które mają – najczęściej nieuświadomiony – deficyt niektórych umiejętności życiowych i którym określona substancja lub zachowanie pomaga chwilowo i – niestety – tylko pozornie te deficyty niwelować”⁸.

Warto zaznaczyć, że wydzielenie drugiej grupy zaburzeń spowodowało wiele dyskusji i kontrowersji podważających zasadność stosowania pojęcia „uzależnienie” do takich wzorców zachowania, które dotąd definiowano w kategoriach utraty kontroli nad popędem lub w kategoriach zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych⁹.

Uzależnienie od hazardu

Zgodnie ze *Słownikiem wyrazów obcych PWN* hazard to „ryzykowne przedsięwzięcie, którego wynik zależy wyłącznie od przypadku”¹⁰. Zjawisko to podobnie definiowane jest w większości polskich słowników.

⁵ L. Cierpiałkowska, *Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień*, [w:] L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2006, s. 24.

⁶ Patrz J. Rogala-Oblękowska, *Przyczyny narkomanii...*, op. cit.

⁷ B. T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, op. cit., s. 15.

⁸ Jw.

⁹ L. Cierpiałkowska, op. cit., s. 21.

¹⁰ J. Tokarski (red.), *Słownik wyrazów obcych PWN*, Warszawa 1980, s. 269.

Z kolei według *American Psychological Association* hazard polega na chronicznej i pogłębiającej się niezdolności opierania się impulsom nakłaniającym do gry oraz związanych z nią zachowaniom, które pogarszają, zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie w życiu osobistym, rodzinnym i zawodowym¹¹. Słowo „hazard” pochodzi z języka arabskiego: *az-zahr* i oznacza „kostkę”, jak i „grę w kości”¹².

Ustalenie początków hazardu w historii ludzkości jest trudne. Wiadomo, że od tysięcy lat gry hazardowe i różne zakłady towarzyszyły człowiekowi w toku jego rozwoju. Szczególną rolę w historii hazardu współczesnego odegrała jego legalizacja w stanie Nevada w 1931 r., owocująca niezwykle szybkim rozwojem Las Vegas. Od tego czasu niemal nieprzerwanie światowy przemysł związany z hazardem przynosi ogromne dochody. Szczególne miejsce przypada tu Stanom Zjednoczonym, gdzie w 2004 r. obrót kasyn wyniósł 47,3 mld dolarów, zaś do roku 2009 wzrósł niemal o połowę, stanowiąc ponad 60 mld dolarów. Kolejne miejsce zajmuje Europa, gdzie wg danych z 2004 r. największą na grę wydają Francuzi – 2,5 mld euro oraz Niemcy i Brytyjczycy – ok. miliarda euro. Historia hazardu w Polsce sięga wczesnego średniowiecza, ale pierwsze komercyjne kasyno powstało dopiero w 1988 r. Z początkiem lat dziewięćdziesiątych zaczęła rozwijać się rodzimy rynek gier hazardowych, który rozkwitał przez kolejne lata. Jak wynika z danych Ministerstwa Finansów, w Polsce istnieje obecnie 27 kasyn, około 300 salonów gier ulokowanych w największych miastach, a także około 1700 punktów bukmacherskich¹³.

Istnieją różne klasyfikacje hazardu. Jedną z nich wyróżnia hazard rekreacyjny, który ma charakter rozrywki i jest formą spędzania wolnego czasu, hazard problemowy, gdy pojawiają się już pierwsze negatywne

konsekwencje grania i hazard patologiczny polegający na uzależnieniu wraz z wszelkimi jego konsekwencjami¹⁴. Jak większość chorób i zaburzeń patologiczny hazard określa kryteria diagnostyczne. Zjawisko to zostało zdefiniowane klinicznie jako zaburzenie przekazów mózgowych¹⁵. Uprawianie hazardu w patologiczny, niekontrolowany sposób po raz pierwszy opisane zostało w Stanach Zjednoczonych w 1980 r.¹⁶. W tym samym czasie Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne uznało to zjawisko za chorobę, umieszczając ją w klasyfikacji (DSM – IV), w grupie zaburzeń impulsów. Kryterium rozpoznania patologicznego hazardu jest stwierdzenie co najmniej pięciu z przedstawionych niżej uprzejmych i nawracających zachowań¹⁷:

1. Zaabsorbowanie hazardem, np. przypominaniem sobie wcześniejszych doświadczeń związanych z graniem, odgrywaniem się lub planowaniem następnej gry, myśleniem jak zdobyć pieniądze na hazard itp.

2. Potrzeba podwyższenia podczas gry stawek niezbędnych do uzyskania odpowiedniego poziomu zadowolenia (satisfakcji, pożądania).

3. Powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków mających na celu ograniczenie lub zaprzestanie hazardowego grania.

4. Podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania.

5. Traktowanie gry jako sposobu ucieczki przed problemami lub na poprawienie złego samopoczucia.

6. Podejmowanie prób odegrania się po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze.

7. Okłamywanie członków rodziny, terapeuty lub innych w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania.

¹⁴ B. T. Woronowicz, op. cit., s. 468.

¹⁵ American Psychiatric Association, „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, 4th ed. Washington 1994.

¹⁶ American Psychiatric Association, „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, 3rd ed., Washington 1980.

¹⁷ Na podstawie B. T. Woronowicz, op. cit., s. 471.

8. Podejmowanie nielegalnych działań (falszerstwo, oszustwo, kradzież lub malwersacja) w celu zdobycia pieniędzy na hazardowe granie.

9. Utrata lub narażenie na szwank z powodu zaangażowania w hazardowe granie ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.

10. Szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem¹⁸.

Według ICD – 10 patologiczna gra „polega na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych”¹⁹. Z kolei w 2001 r. Bohdan Woronowicz zaproponował następujące rozpoznanie: „patologiczny hazard można rozpoznać wówczas, kiedy w okresie ostatniego roku stwierdzono obecność co najmniej trzech objawów z poniższej listy:

1) silna potrzeba lub poczucie przymusu hazardowego grania;

2) subiektywne przekonanie o istnieniu trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z hazardowym graniem, tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymaniem się od grania oraz nad długością czasu poświęconego na granie hazardowe;

3) występowanie – przy próbach przerwania lub ograniczenia grania – niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do gry;

4) spędzanie coraz większej ilości czasu na graniu w celu uzyskania zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane było w krótszym czasie;

5) postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz grania;

6) kontynuowanie hazardowego grania pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek ze spędzaniem czasu na graniu”²⁰.

Kompletną diagnozę nałogowego hazardzisty można postawić wtedy, gdy ktoś spełnia warunki tzw. kodu diagnostycznego. W diagnozowaniu uzależnienia od hazardu znajdują zastosowanie testy: Test Wspólnoty Anonimowych Hazardzistów (Gamblers Anonymous)²¹, Test Diagnostyczny Wexlera²², a także Kryteria Diagnostyczne opracowane przez American Psychiatric Association²³.

Według B. Woronowicza można wyróżnić co najmniej trzy stopnie zaangażowania w grę. Większość osób traktuje grę jako zabawę, chociaż bardzo często chciałaby wygrać. Osoby takie wyznaczają sobie limit pieniędzy, jakie mogą poświęcić na grę lub wyznaczają limit czasu, po którym odstępują od gry bez względu na jej wynik. Osoby te można nazwać graczami społecznymi, a gra w ich przypadku służy rozrywce. Nieco inny stosunek do gry reprezentują tzw. profesjonalści. Usiłują oni mieć wpływ na przebieg gry, wymyślając i stosując różne strategie, ale gra nie pochłania ich jednak „w całości”. Zupełnie inna motywacja kieruje ludźmi, których granie nabrało cech patologicznego hazardu. Osoby te podporządkowują grze swoje życie uczuciowe i społeczne²⁴.

Najczęściej spotykane obecnie gry hazardowe to automaty do gry, bingo, ruletka, gry w karty, wyścigi konne i – nieco mniej rozpowszechnione – wyścigi psów. Coraz większą popularnością cieszy się hazard internetowy. W internecie funkcjonuje ponad 100 polskojęzycznych portali z e-hazardem, z których korzysta regularnie bądź od czasu do czasu ponad milion Polaków²⁵.

Najprostszą i najczęstszą formą gry losowej jest loteria. Gry kasynowe natomiast – ze względu na kombinację reguł i przypadku – są zróżnicowane. Największe pole

²⁰ Jw., s. 270.

²¹ www.gamblersanonymous.com

²² A. Wexler, *Gamblers and Gambling*, Lexington 1989.

²³ American Psychiatric Association, „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, 4-th ed. Washington 1994.

²⁴ B. T. Woronowicz, op. cit., s. 466.

²⁵ J. Cabaj, op. cit., s. 8.

do wykorzystania swoich umiejętności i największe możliwości wpłynięcia na rezultat gry mają pokerzyści. Nieco mniejsze – osoby grające w Black-Jacka, najmniejszy zaś wpływ (lub wręcz jego brak) widoczny jest w przypadku ruletki lub automatów do gry. Badania Manfreda Eigena i Ruthild Winkler²⁶ dowodzą, że w im większym stopniu gracz może wpływać na wynik gry, tym silniejsze emocje odczuwa w czasie jej trwania.

Zdaniem Edmunda Berglera, patologicznego hazardzistę cechuje chorobliwy optymizm w przewidywaniu wygranej i brak refleksji po przegranej. Nie jest w stanie sprostać swojej początkowej decyzji, ryzykując znacznie więcej, niż może sobie na to pozwolić. Nie może też przerwać rozpoczętej gry, szczególnie w sytuacji, gdy wygrywa²⁷.

Jak dowodzą badania Tomasza Dąbrowskiego²⁸, satysfakcja z wygranej w przypadku hazardzistów trwa bardzo krótko. Grają więc znowu, aby jak najszybciej otrzymać nową dawkę zadowolenia. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że z przegranej czerpie hazardzista również specyficzne korzyści: niepowodzenie w grze wymaga przecież „odegrania się”, usprawiedliwiają tym samym kolejną grę.

Mechanizmy uzależnienia od hazardu

Podobnie jak w przypadku innych uzależnień również nałogowy hazard tłumaczony jest na wiele sposobów. Najczęściej nałogowe uprawianie hazardu jest symptomem zaburzeń emocjonalnych. Czynniki sprzyjającymi ich rozwojowi są: niski stopień samooceny, niedojrzałość czy ob-

²⁶ M. Eigen, R. Winkler, *Laws of the Game: How the Principles of Nature Govern Chance*, Princeton University Press 1993.

²⁷ Na podstawie E. Bergler, *The psychology of Gambling*, New York 1957.

²⁸ T. Dąbrowski, „Uzależnienie od gier hazardowych jako przykład uzależnienia o charakterze kompulsywnym – próba opisu zjawiska”, niepublikowana praca magisterska napisana w 2004 r. pod kierunkiem dr hab. prof. UW Jolanty Rogali-Oblekowskiej w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych UW.

sesyjne modele zachowań. Jak pisze Woronowicz: „siłą napędową patologicznego hazardu jest potrzeba przeżywania silnego napięcia, jakie pojawia się podczas gry. Wygrana zwiększa poczucie mocy i popycha do dalszej gry. Przegrana powoduje spadek szacunku do siebie i zmniejszenie poczucia kontroli oraz niejednokrotnie żądę odzyskania straty, a to z kolei stymuluje do poszukiwania komfortu psychicznego w kolejnych grach”²⁹. Nałogowi hazardziści miewają zazwyczaj niemożliwe do osiągnięcia cele, które z biegiem czasu stają się źródłem ich frustracji. Uzależniony hazardzista jest przekonany, że gdy wróci do gry, z pewnością wygra. Jeśli zaś przegra – najczęściej za ten fakt obwinia los. Zaangażowanie hazardzisty w grę dodatkowo sprzyja rozwojowi uzależnienia. Gra on w przekonaniu, że złość i agresja rozładowywane podczas gry pomogą mu rozwiązać dręczące go problemy. Stan ten powoduje wzmocnienie obsesyjnej chęci gry³⁰. Zdaniem Marka Griffithsa, uzależnienia behawioralne zawierają zazwyczaj elementy wywołujące oraz wzmacniające, które przyczyniają się do ich utrwalenia³¹.

W przebiegu choroby hazardowej wyróżnić można poszczególne fazy. Czas od rozpoczęcia grania do utraty kontroli nad nim jest zróżnicowany. Najczęściej opisywane są cztery fazy rozwoju uzależnienia od hazardu:

1. Faza zwycięstw – polegająca na graniu okazjonalnym, fantazjowaniu na temat wielkich wygranych. W tej fazie duże wygrane powodują coraz to większe pobudzenie, coraz częstsze zakłady i coraz wyższe stawki. Człowiek zaczyna wierzyć, że zawsze będzie wygrywać, a w przypadku osiągnięcia wielkiej wygranej dąży do jej powtórzenia, coraz częściej ryzykując coraz to większe kwoty.

2. Faza strat, w której grający stawiając na wysokie zakłady, naraża się na wysokie

²⁹ B. T. Woronowicz, op. cit., s. 466.

³⁰ Tak wynika z badań T. Dąbrowskiego, op. cit.

³¹ Na podstawie A. Griffiths, *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, Gdańsk 2004.

straty. Zaciąga wysokie pożyczki, które mają być przeznaczone na odegranie się, a w przypadkach powodzenia wygrane idą na spłatę długów. Hazardzista gra kosztem pracy i domu, kłamie i zaczyna ukrywać swoje uzależnienie, cały czas wierząc, że wkrótce nastąpi wielka wygrana.

3. Faza desperacji, w której najczęściej dochodzi do separacji od rodziny i przyjaciół oraz utraty pracy. Narastające długi powodują panikę uzależnionego, zaś presja wierzycieli popycha często ku przestępstwom. Obciążenia te prowadzą z kolei do psychicznego wyczerpania, w trakcie którego pojawiają się wyrzuty sumienia, poczucie winy, bezradność i depresja.

4. Faza utraty nadziei, w której najczęściej dochodzi do rozpadu rodziny hazardzisty, a całkowite osamotnienie, poczucie braku pomocy i przede wszystkim ogromne długi powodują poczucie beznadziejności. W tej fazie najczęściej pojawiają się myśli, a niekiedy i próby samobójcze. Przed nałogowym hazardzistą pozostają cztery wyjścia: ucieczka w uzależnienie od alkoholu lub leków, więzienie, śmierć samobójcza lub z rąk wierzycieli albo szukanie pomocy³².

Prawdopodobne przyczyny uzależnienia od hazardu

Jedno z najczęściej pojawiających się pytań dotyczy powodów uczestnictwa w grze. Mimo iż brak jednolitych koncepcji wyjaśniających powstawanie uzależnienia, wśród powodów choroby hazardowej wymieniane są zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne, jak i środowiskowe. Rozpowszechniano hipotezę jakoby skłonność do hazardu zależna była od poziomu wydzielania endorfin. Badania nie dały jednak ostatecznej odpowiedzi, pozostawiając ją wciąż w sferze domniemań. Nie udowodniono również dziedzicznego podłoża skłonności do hazardu. Zwrócono jednak uwagę na znaczenie przejmowanych od rodziców wzorców zachowań. Styl życia, a także destrukcyjne sposoby rozwiązywania problemów w niektórych przypadkach zdają się

szczególnie predysponować do popadnięcia w hazardowy nałóg. Nierzadko wśród powodów „powrotu do kasyna” wymieniane jest doświadczenie wysokiej wygranej w pierwszej grze. Mylne przeświadczenie, że „szczęście sprzyja” staje się siłą napędową kolejnych, często już mniej przyjemnych doświadczeń, a przegrana stymuluje z kolei do następnej gry. Jak wynika z badań T. Dąbrowskiego, wśród najczęstszych wypowiedzi nałogowych hazardzistów są zarówno te, które ukazują hazard jako sposób spędzania czasu, „bycia w środowisku”, jak i te mówiące o szczególnych emocjach, gwarantujących wyjątkowe przeżycia. Hazard umożliwia wielu uzależnionym realizację fantazji o dużej wygranej, traktowany też bywa jako forma ucieczki – sposób uniknięcia niepokojów lub problemów. Wśród decydujących czynników często wymieniana jest wadliwa socjalizacja, w wyniku której rodzi się u dziecka przekonanie, że hazard jest nieszkodliwym sposobem bogacenia się. Stwierdzono silną korelację między hazardem wśród młodych osób i ich rodziców³³.

Jak wskazują wyniki badań, młodzież w dużo większym stopniu niż osoby dorosłe podatna jest na uzależnienie od hazardu, zaś szczególnie dużo problemów wiąże się z nałogową grą młodzieży na automatach³⁴. Uzależnienie od hazardu jest około cztery razy liczniejsze wśród nastolatków niż dorosłych. Wynika to przede wszystkim stąd, że uzależnieni dorośli rozpoczynają swoją „przygodę” z hazardem już w okresie dorastania, wraz z wiekiem częstotliwość grania maleje, zwiększa się też odsetek osób podejmujących leczenie³⁵, bywa że z powodu innego towarzyszącego graniu nałogu.

Ryzyko uzależnienia młodego człowieka wzrasta w przypadku nasilenia się sytuacji stresowych, rozvodu rodziców, śmierci lub poważnej choroby kogoś bliskiego, niedowartościowania oraz poczucia odrzucenia i braku kontroli nad życiem.

³³ M. Griffiths, *Gry i hazard...*, op. cit.

³⁴ Jw., s. 14.

³⁵ I. Niewiadomska, M. Brzezińska, B. Lelonek, *Hazard*, Lublin 2005.

Profilaktyka i leczenie

Patologiczny hazard wymaga leczenia. Podstawowym warunkiem podjęcia terapii jest przyznanie się hazardzisty do nałogu i gotowość do rozpoczęcia leczenia. Wydaje się, że terapia nie może być skierowana jedynie na pracę nad problemem uzależnienia, ale nad całością życia pacjenta, obejmującą sposób spędzania wolnego czasu, zainteresowania, sferę wartości czy proces komunikacji z bliższym i dalszym otoczeniem.

Pierwsza na świecie placówka lecząca osoby uzależnione od hazardu powstała w latach siedemdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Pierwsze polskie placówki nastawione na pomoc terapeutyczną dla nałogowych hazardzistów rozpoczęły działalność w latach dziewięćdziesiątych. Jak wynika z danych NFZ, z powodu patologicznego hazardu leczy się w Polsce coraz więcej osób. O ile do 2006 r. liczba osób leczących się na koszt NFZ nie zmieniła się i wynosiła rocznie nie więcej niż 400, to w 2007 r. takich osób było już 631, w 2008 r. – 948, zaś do września 2009 r. ich liczba wzrosła do 1340. Pomocą hazardzistom zajmują się przede wszystkim poradnie leczące uzależnienie od alkoholu, gdyż brak jest państwowych placówek ukierunkowanych na leczenie uzależnienia od hazardu. Sytuacja taka powoduje, że wielu hazardzistów chcąc skorzystać z leczenia zataja swój rzeczywisty problem, a wyolbrzymia czy wręcz wymyśla u siebie problem alkoholowy.

Wśród podstawowych form pracy z osobami uzależnionymi można wymienić terapię behawioralną, poznawczo-behawioralną, psychoterapię oraz poradnictwo i autoterapię. Jedno z bardziej skutecznych oddziaływań psychokorekcyjnych polega na połączeniu podejścia behawioralnego i poznawczego. Koncepcja Roverta Ladouceura z kanadyjskiego Uniwersytetu Laval zwraca uwagę, że główną przyczyną uzależnienia od hazardu jest zaburzona percepcja i nieprawidłowa praca procesów poznawczych. Terapia poznawczo-behawioralna ma w tym przypadku pomóc

w „naprawieniu” błędnego spostrzegania sytuacji związanych z graniem³⁶. Leczenie obejmuje pięć etapów:

1. *Informowanie na temat gier*, czyli wyjaśnienie znaczenia przypadku i ukazanie faktycznego braku wpływu gracza na wynik gry.

2. *Korygowanie błędnych przekonań* – polegające na rozpoznawaniu i likwidowaniu fałszywych przekonań na temat gry, takich jak wiara w sprzyjający los czy szczęśliwe rytuały.

3. *Poszukiwanie sposobów rozwiązania problemów* – jest wspólnym pacjenta i terapeuty obmyślanie strategii radzenia sobie z powstałymi w wyniku hazardu problemami.

4. *Trenowanie kompetencji społecznych* – wiąże się z budowaniem właściwych relacji z otoczeniem i szerszym środowiskiem społecznym, ćwiczeniem motywacji w procesie zdrowienia i wzmacnianiem poczucia własnej wartości.

5. *Zapobieganie nawrotom* polega na zdobyciu umiejętności rozpoznawania symptomów grożących złamaniem abstynencji, jak i nauczaniu się odpowiedniego reagowania, jeśli ich uniknięcie jest niemożliwe.

Na uwagę zasługuje ruch Anonimowych Hazardzistów (AH), działający na takiej samej zasadzie jak ruch Anonimowych Alkoholików³⁷. Członkowie AH dzielą się swoimi problemami i sposobami radzenia sobie z nimi oraz udzielają sobie wzajemnie wsparcia. Jest to forma samopomocy szczególnie przydatna dla osób uzależnionych nie tylko od hazardu, ale i od alkoholu, zwłaszcza że uzależnienia te często występują równolegle.

Dla uzależnionej od hazardu młodzieży opracowany został program „Dziesięć Kluczowych Kroków” P. Bellringera³⁸.

• „Krok Pierwszy” polega na próbie zrozumienia zaburzenia i poszukaniu jego prawdopodobnych przyczyn.

³⁶ Więcej na ten temat I. Niewiadomska, M. Brzezińska, B. Lelonek, op. cit.

³⁷ Więcej na ten temat w publikacjach poświęconych ruchowi AA.

³⁸ M. Griffiths, op. cit., s. 32-36.

- „Krok Drugi” ma na celu ustalenie przez terapeutę i osobę uzależnioną programu, w skład którego wchodzi: diagnoza, czyli ocena problemu; określenie celów i analiza ich osiągalności; projekt, czyli obmyślenie sposobu osiągania celów, ich zalet i wad; tzw. działanie polegające na akceptacji wybranej taktyki.

- „Krok Trzeci” wiąże się z oceną problemu i jest etapem, na którym terapeuta szczegółowo rozważa przypadek nastolatka, koncentrując się między innymi na przyczynach i skutkach uzależnienia, jego wpływie na jednostkę i jej najbliższe środowisko. Podjęta zostaje także próba odpowiedzi na pytanie, czy hazard jest w danym przypadku uzależnieniem pierwotnym czy wtórnym.

- „Krok Czwarty” polega na pomocy pacjentowi w dążeniu do celu m.in. poprzez potwierdzanie słuszności jego decyzji i tworzenie przyjaznej atmosfery.

- „Krok Piąty” ma na celu dalszą pracę nad wzajemnym zaufaniem pacjenta i terapeuty.

- „Krok Szósty” to praca nad wzmocnieniem samooceny osoby uzależnionej.

- „Krok Siódmy” obejmuje działania instytucji zajmujących się pomocą osobom uzależnionym od hazardu, działania terapeuty, rodziny, jak i ważnych dla niego osób.

- „Krok Ósmy” polega na wszechstronnej analizie sytuacji finansowej hazardzisty i ma na celu redukcję stresu i frustracji wywołanych kłopotami finansowymi.

- „Krok Dziewiąty” związany jest z rozwijaniem zainteresowań i ma na celu zastąpienie nałogu innymi atrakcyjnymi dla pacjenta czynnościami, dostarczającymi mu podobnych wzmocnień co hazard.

- „Krok Dziesiąty” polega na ocenie postępów terapii, udzieleniu pacjentowi informacji zwrotnych oraz podsumowaniu efektów dotychczasowej pracy.

Powyższe propozycje nie wyczerpują całego wachlarza oddziaływań terapeutycznych, ale są propozycjami do wykorzystania nie tylko w warunkach ośrodka leczenia uzależnień, ale także – wybiórczo – w pracy

wychowawczej nauczyciela z uczniami, pedagoga szkolnego, socjoterapeuty w świetlicy środowiskowej itp.

Niezależnie od terapii, sprzyjanie takim celom jak zaprzestanie grania, nauka funkcjonowania bez hazardu, umiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami, wypracowanie nowego sposobu myślenia, nauka komunikowania się z otoczeniem, rozpoznawanie symptomów powrotu do nałogu, planowanie przyszłości, ale i program rozwiązania problemów finansowych, wydaje się szczególnie ważne.

Z kolei programy profilaktyczne powinny być skierowane głównie do młodzieży. Za skupieniem się na ludziach młodych może przemawiać ich większa otwartość na naukę oraz możliwość dotarcia do nich poprzez instytucje szkolne. Uświadczenie możliwych negatywnych skutków hazardu i pułapek, które on rodzi, powinny pomóc potencjalnym ofiarom na ocenę zagrożenia i ustosunkowanie się do niego. Uświadczenie mechanizmów rządzących grami losowymi z pewnością przyczyni się do pewnej demitologizacji gry. Postrzeganie pracy jako kary, a pieniądza jako najlepszego i najszybszego środka do osiągnięcia szczęścia może stać się przyczyną dużego zainteresowania grami hazardowymi. Dlatego też ukształtowanie właściwego stosunku do dóbr materialnych i pracy jest jednym z warunków powodzenia działań profilaktycznych. Tworzenie alternatywnych form rozrywki i miejsc spędzania czasu wolnego umożliwi nie tylko oderwanie młodzieży od gier, ale stworzy szansę innych atrakcyjnych form aktywności. Ważne są też regulacje prawne polegające na wprowadzeniu zakazu grania dla osób niepełnoletnich. Nie rozwiążą one wprawdzie problemu, ale być może zmniejszą jego rozmiar.

PRZEMOC W SZKOLE RAPORT Z BADAŃ

Badanie dotyczące przemocy w szkole przeprowadzono w 2011 r. w ramach programu społecznego „Szkoła bez przemocy”. Jest ono uzupełnieniem o dodatkowe tematy powtórzeniem analogicznego badania z wiosny 2006 r., które stało się punktem wyjściowym dla działań programu. Ubiegłoroczne badanie zostało przygotowane przez zespół z Instytutu Socjologii UW pod kierownictwem prof. Anny Gیزی-Poleszczuk (w składzie: mgr Agata Komendant-Brodowska i mgr Anna Baczek-Dombi)¹. Opracowany na podstawie badań raport jest na tyle rzetelny i interesujący, że na pewno wart omówienia na łamach naszego czasopisma.

Pierwszy (dość nieoczekiwany) nasuwający się wniosek z omawianego raportu: przemoc w szkole, choć niewątpliwie jako zjawisko istnieje, jest jednak w znacznie większym stopniu faktem medialnym niż realnym. Ścisłej – najbardziej bulwersujące incydenty (fizyczna napaść na nauczyciela, cyberprzemoc, akt zbiorowej przemocy seksualnej wobec uczennicy dokonany przez jej kolegów szkolnych itp.) – są tak przedstawiane przez media, jakby zachowania tego rodzaju były regułą, ilustracją sytuacji i atmosfery panującej w polskich szkołach, a nie jedynie wyizolowanymi

¹ Badanie przeprowadziło CBOS na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie 150 szkół trzech szczebli nauczania – szkół podstawowych, gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych. W każdej szkole ankietowano jedną losowo wybraną klasę oraz 6 uczących ją nauczycieli różnych przedmiotów – w tym wychowawców klas. Ponadto w badaniu omnibusowym przebadano mieszkańców Polski oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym. Badania objęły 3169 uczniów, 428 rodziców, 883 nauczycieli i 2301 dorosłych mieszkańców Polski. Zob. raport z badań: www.szkolabezprzemocy.pl

zdarzeniami, jakie zawsze i wszędzie miały i miewają miejsce.

Nie znaczy to jednak, że autorki raportu stwierdzają lub choćby sugerują, że przemoc w szkołach nie istnieje ani też, że nie jest ona zjawiskiem niepokojącym. Różnicę dostrzega się jedynie w zasięgu i rozmiarach tego zjawiska. Wedle opisu medialnego przemoc jest zjawiskiem w szkole wszechobecnym i przerażającym; wedle badań socjologicznych – występuje pod pewnymi postaciami i z różnym nasileniem w różnych szkołach, ale od roku 2005 nie nastąpiła eskalacja tego problemu.

Należy dodać, że problem przemocy w szkole nie jest zjawiskiem nowym, nie pojawiło się ono dopiero w ostatnich dekadach ubiegłego stulecia i nie nasiliło w obecnym. Przeciwnie – przemoc szkolna w dawnych czasach i poprzednich wiekach bywała znacznie bardziej powszechna, a nawet społecznie akceptowana (np. stosowanie kar cielesnych – często dotkliwych, a niekiedy okrutnych – wobec uczniów). Teraz jednak, kiedy przestrzeganie praw człowieka, w tym również ucznia, poddane jest stałej kontroli, a pojęcie owego prawa bardzo się wyostrzyło, można mieć wrażenie, że przemoc szkolna stała się problemem, z którym należy walczyć wszelkimi środkami, aby całkowicie go wyeliminować.

Warto też przypomnieć, że dawniejsza i dzisiejsza ocena przemocy szkolnej diametralnie się różnią. Kiedyś – i to jeszcze w połowie ubiegłego stulecia – chłopięca zadziorność, żywiołowość ich reakcji, skłonność do „urwisowania”, a także wszczynania bójek „na niby” lub prawdziwych była uważana za prawidłowość rozwojową. Bardziej martwiono się, jeśli chłopak był zbyt spokojny, nadto „ułożony”, nazbyt ustępliwy, nieumiejący „bronić swego”, niż jego burzliwym temperamentem. Uważano, że bójki chłopięce są czymś tak odwiecznym i naturalnym jak walki młodych kogutów czy byczków, próbujących swych sił i walczących o swoją pozycję lub przywództwo w „stadzie”. Inaczej też traktowano zaczepki chłopców w stosunku do dziewcząt. One same często