

## 23.

### Profilaktyka uzależnień i zachowań ryzykownych młodzieży

*Profilaktyka to spotkanie z drugim człowiekiem w atmosferze życzliwości, empatii i zrozumienia;  
jest czasem poświęconym innym w celu przeciwdziałania niepożądanym zachowaniom.  
To nadzieja na lepsze jutro.*  
Z. B. Gaś

#### Zachowania ryzykowne współczesnej młodzieży jako wprowadzenie do tematu profilaktyki

**Zachowania ryzykowne** to różne działania niosące ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i dla otoczenia społecznego. Więcej: [materiał z 11 s. 2-3](#)

#### czynniki chroniące oraz sprzyjające występowaniu danego zjawiska

Ogólnie czynniki sprzyjające występowaniu zachowań ryzykownych można sprowadzić do:

- ⇒ właściwości indywidualnych,
- ⇒ cech środowiska społecznego
- ⇒ efektów ich interakcji, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powstania nieprawidłowości, zaburzeń, chorób lub przedwczesnej śmierci.

#### Czynniki ryzyka zachowań problemowych dzieci i młodzieży dzielą się na:

- ⇒ **Czynniki środowiskowe:** dostępność substancji psychoaktywnych, wzorce zachowań społecznych, wysoki poziom zagrożenia (przestępczość, przemoc, nieprzestrzeganie prawa), niekorzystne warunki ekonomiczne (ubóstwo, dezorganizacja życia społecznego, brak pracy, brak możliwości spędzania czasu wolnego w sposób atrakcyjny).
- ⇒ **Czynniki rodzinne:** nieprawidłowe wzorce dla dziecka, gorsza opieka nad dzieckiem, niski status społeczno-ekonomiczny rodziny (niskie dochody, niski poziom edukacji rodziców), przyzwolenie rodziców na przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez dzieci, nieprawidłowa realizacja ról rodzicielskich (brak granic, zbyt duża kontrola, niekonsekwentne postępowanie). **Można wyszczególnić czynniki ryzyka związane z sytuacją rodzinną, sprzyjające:**
  - **używaniu i nadużywaniu alkoholu przez młodzież:**
    - słabe kierowanie rodziną (brak stawiania dziecku jasnych i wyraźnych oczekiwań co do jego zachowań, brak przekazywania reguł postępowania, brak rygorów lub też bardzo surowa dyscyplina, niekonsekwencja);
    - wysoki poziom konfliktów w rodzinie;
    - brak bliskości pomiędzy rodzicami i dziećmi (brak więzi);
    - tolerancja rodziców wobec używania przez dzieci alkoholu i innych środków odurzających;
    - picie alkoholu, palenie papierosów przez rodziców.
  - **predysponujące do używania narkotyków:**
    - brak lub osłabienie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dziećmi (chłód emocjonalny);
    - brak wyraźnego i konsekwentnego systemu wychowawczego;



- destabilizacja układu z ojcem jako głową rodziny (ojciec w roli domowego tyrana lub zupełnie pozbawiony wpływu na wychowanie dzieci);
  - matka nadmiernie chroniąca, zmienna emocjonalnie;
  - rozwód lub separacja rodziców (jawna lub ukryta);
  - wysoki poziom konfliktów w rodzinie;
  - brak kontroli i dyscypliny lub nadmierna kontrola i dyscyplina.
  - **powstawaniu zachowań agresywnych u dzieci:**
    - dystans uczuciowy (odrzućenie, wrogie odsuwanie się, unikanie kontaktów z dzieckiem);
    - nadmierna kontrola (nadzór, częste stosowanie przymusu, ingerencja, wpajanie poczucia winy);
    - niekonsekwentna dyscyplina;
    - destruktywny stosunek rodziców do siebie, a zwłaszcza ojca do matki;
    - częste stosowanie kar cielesnych
  - **predysponujące do podejmowania wczesnej aktywności seksualnej:**
    - nieobecność ojca w domu;
    - rozwód, separacja lub powtórne małżeństwo rodziców;
    - brak jednego z rodziców;
    - destabilizacja układu z ojcem jako głową rodziny;
    - rodzice nadmiernie surowi lub nadmiernie ustępliwi;
    - brak uświadomienia seksualnego przez rodziców;
    - brak silnej więzi matki z córką;
    - liczne rodzeństwo;
    - przedwczesna ciąża matki;
    - przedwczesna ciąża siostry;
    - aprobatą rodziców dla aktywności seksualnej dziecka<sup>1</sup>.
- ⇒ **Czynniki związane z grupą rówieśniczą:** przyjmowanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie innych zachowań problemowych przez rówieśników, akceptacja przyjmowania substancji psychoaktywnych przez rówieśników, chęć przynależności do grupy.
- ⇒ **Czynniki związane ze środowiskiem szkolnym:** trudności w nauce, konflikty z nauczycielami i innymi uczniami, poczucie osamotnienia, doświadczanie przemocy psychicznej i fizycznej w szkole, zbyt duże wymagania, brak jasnych przepisów dotyczących podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież, brak konsekwencji wynikających z nieprzestrzegania tych przepisów.
- ⇒ **Czynniki związane z cechami i jej wcześniejszymi doświadczeniami.** Młodzi ludzie podejmujący zachowania ryzykowne częściej niż ci, którzy ich nie podejmują, charakteryzują się: niedostosowaniem społecznym, niskim poczuciem własnej wartości i samoskuteczności, brakiem umiejętności przeciwstawiania się presji grupy i rozwiązywania problemów. Ma też znaczne zapotrzebowanie na stymulację, doświadcza wysokiego poziomu stresu, jest przekonana o pozytywnym wpływie

<sup>1</sup> J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 19-20.



substancji psychoaktywnych na funkcjonowanie człowieka. W swoim życiu częściej doświadczała przemocy fizycznej lub seksualnej bądź doświadczyła traumatycznego zdarzenia (np. utrata kogoś bliskiego)<sup>2</sup>.

**Czynniki chroniące** – są to **1) zasoby indywidualne jednostki** oraz **2) cechy środowiska – zasoby zewnętrzne, które kompensują bądź redukuje wpływ czynników ryzyka**, przyczyniając się do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań problemowych lub zminimalizowania stopnia ich intensywności.

Zasoby wewnętrzne	Zasoby zewnętrzne, środowiskowe:
<p><b>Pozytywne wartości</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nastolatek doświadcza troskliwości, równości, poszanowania innych, widzi uczciwość, wstrzemięźliwość, odpowiedzialność, prawość</li> </ul> <p><b>Umiejętności społeczne</b> Nastolatek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>planuje i podejmuje decyzje, przewiduje konsekwencje swoich działań,</li> <li>ma umiejętności interpersonalne, jest empatyczny wrażliwy</li> <li>ma umiejętności międzykulturowe, które umożliwiają mu adekwatne zachowanie wśród przedstawicieli innych kultur, narodowości czy innego pochodzenia</li> <li>potrafi przeciwstawić się presji grupy, rozwiązywać konflikty bez agresji i przemocy</li> </ul> <p><b>Pozytywna tożsamość</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nastolatek ma wewnętrzną siłę, która daje mu poczucie kontroli nad tym, co go spotyka; ma wysoką samoocenę, poczucie, że jego życie i to, co robi, ma sens, patrzy optymistycznie na swoją przyszłość</li> </ul>	<p><b>Wsparcie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wsparcie w rodzinie, np. pielęgnowanie tradycji i zwyczajów rodzinnych, poszanowanie prywatności, potrzeby niezależności, wspólne spędzanie czasu, dobra komunikacja w rodzinie, zaangażowanie rodziców w życie szkoły</li> <li>Dobre relacje z innymi dorosłymi (nastolatek otrzymuje wsparcie od co najmniej trojga innych dorosłych osób niż rodzice), troskliwe sąsiedztwo</li> <li>Dobry klimat w szkole (nastolatek doświadcza uwagi i ma pozytywne wspomnienia)</li> </ul> <p><b>Wzmacnianie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Społeczność lokalna docenia młodzież (młodzież podejmuje prace zarobkowe i jest życzliwie traktowana przez starsze osoby)</li> <li>Młodzież udziela wsparcia innym – pomaga w nauce, zakupach, bierze udział w organizowaniu imprez lokalnych, działa na rzecz społeczności lokalnej przynajmniej przez godzinę w tygodniu</li> <li>Młodzież czuje się bezpiecznie w domu, szkole i w sąsiedztwie</li> </ul> <p><b>Granice i oczekiwania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>W rodzinie i szkole są jasno określone zasady zachowania i konsekwencje ich łamania</li> <li>Osoby dorosłe modelują pozytywne odpowiednie zachowania i zachęcają nastolatka do ich podejmowania</li> <li>Społeczność lokalna monitoruje zachowania nastolatków</li> <li>Najlepsi przyjaciele nastolatka modelują odpowiednie zachowania</li> </ul> <p><b>Konstruktywne wykorzystanie czasu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nastolatek podejmuje różne twórcze działania (zajęcia muzyczne, teatralne lub inne);</li> <li>Nastolatek uczestniczy w zajęciach pozalekcyjnych</li> <li>Nastolatek spędza czas poza domem nie więcej niż dwa wieczory w tygodniu</li> </ul>

<sup>2</sup> K. Ostaszewski, A. Rustecka-Krawczyk, W. Wójcik, *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–II*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009, s. 13.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zaangażowanie w naukę</b></li> <li>• Nastolatek ma potrzebę osiągnięć, jest zaangażowany w poszerzanie swojej wiedzy, odrabia prace domowe</li> <li>• Nastolatek ma poczucie więzi ze szkołą, spędza trzy godziny lub więcej w tygodniu na czytaniu</li> </ul>
--	--

Zródło: K. Ostaszewski, A. Rustecka-Krawczyk, W. Wójcik, *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-II*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009, s. 52-65.

**Fenomen odporności.** Udowodnione zjawisko odporności – pomimo długotrwałego narażenia jednostki na działanie poważnych czynników ryzyka – wymusza rewizję dotychczasowych przekonań, stymuluje poszukiwanie czynników chroniących.

Różne **cechy czy właściwości jednostki wiążą się z odpornością:**

**Wyższość poznawcza:** dziedziczne możliwości intelektualne, umiejętności językowe, dobra pamięć i zdolność kojarzenia.

**Krytyczna świadomość:** związana z wyższością poznawczą zdolność szybkiego uświadamiania sobie zagrożeń oraz tworzenia strategii radzenia sobie z trudnościami.

**Autonomia:** zdolność i pragnienie samodzielnego wykonywania zadań, samodzielnego myślenia i podejmowania decyzji.

**Wewnętrzne umiejscowienie kontroli:** przekonanie o sprawowaniu kontroli nad wydarzeniami i wpływie na własne życie.

**Poczucie sensu:** umiejętność wyznaczania celów, aspiracje związane z wykształceniem, motywacja osiągnięć, umiejętność zachowania nadziei i optymizmu.

**Androgynia:** przyswojenie sobie cech i zachowań charakterystycznych dla własnej płci, a także płci przeciwnej, co poszerza wachlarz reakcji i – stosownie do sytuacji – umożliwia wybór takiego wzorca zachowania, który jest najbardziej skuteczny.

**Umiejętności społeczne:** umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, opiekowania się kimś, udzielania pomocy i prośenia o pomoc, rozwiązywania konfliktów. Pozwalają budować głębsze relacje z ludźmi, zwiększającą wrażliwość na uczucia i potrzeby innych.

**Do czynników chroniących przed zachowaniami ryzykownymi wymienia się zwłaszcza umiejętności psychologiczne mieszczące się obszarze inteligencji emocjonalnej:**

- ⇒ umiejętność wyznaczania celów życiowych;
- ⇒ umiejętność podejmowania decyzji;
- ⇒ umiejętność budowania adekwatnej samooceny;
- ⇒ umiejętność radzenia sobie ze stresem (rozładowania napięcia).

Ponieważ na młodych ludzi znaczny wpływ mają ich rówieśnicy oraz media (modele zachowań ryzykownych, presja grupy), wymienia się kilka najważniejszych **umiejętności społecznych**, które chronią przed podejmowaniem zachowań problemowych.

Są to:

- ⇒ umiejętność rozpoznawania i radzenia sobie z presją mediów i rówieśników (rozumienie
- ⇒ mechanizmów nacisku społecznego);
- ⇒ asertywność;
- ⇒ umiejętność rozwiązywania konfliktów;



- ⇒ umiejętność dobrego komunikowania się z innymi;
- ⇒ umiejętność tworzenia sojuszy (poszukiwania i udzielania wsparcia i pomocy).

#### czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące przed:

- ⇒ zachowaniami autodestrukcyjnymi i samobójczymi materiał 2 s. 13-14.
- ⇒ depresją – materiał 11, tabela s. 17-18.

### rodzaje zachowań ryzykownych

Do najważniejszych zachowań ryzykownych zalicza się:

- palenie tytoniu, picie systematyczne alkoholu, upijanie się,
- używanie narkotyków, leków psychoaktywnych, środków wziewnych
- przedwczesną aktywność seksualną,
- zachowania agresywne, stosowanie przemocy,
- drobne przestępstwa, czyny chuligańskie, wandalizm,
- zaniedbywanie obowiązków szkolnych, wagary,
- ucieczki z domu.<sup>3</sup>

Więcej: materiał z 11 s. 2-3

Zachowania ryzykowne najczęściej ze sobą współwystępują. Jedno zachowanie pociąga za sobą inne, np. picie alkoholu, czy odurzanie się narkotykami często współwystępuje z zachowaniami agresywnymi i przestępczymi lub je wyzwała.

### sygnały ostrzegawcze

#### Sygnały ostrzegawcze mogące wskazywać na spożywanie alkoholu:

- ⇒ wyraźny spadek zainteresowania zajęciami, które poprzednio były dla dziecka atrakcyjne
- ⇒ zwiększenie poziomu frustracji, stresu i rozdrażnienia
- ⇒ problemy w szkole z nauką i zachowaniem
- ⇒ izolowanie się od kontaktów rodzinnych i skrywanie szczegółów dotyczących życia poza domem
- ⇒ częste zmiany nastroju
- ⇒ zmiany zwyczajów związanych z jedzeniem i zasypianiem

<sup>3</sup> M. Jędrzejko, *Rozpoznawanie zachowań narkotykowych i dopalaczowych*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Wyższa Szkoła Biznesu, Warszawa, Dąbrowa Górnicza 2012.





- ⇒ zaniechanie wyglądu i stroju
- ⇒ zbyt późne powroty do domu, spędzanie nocy poza domem
- ⇒ powroty do domu w stanie typowym dla upojenia alkoholowego (niewyraźna bełkotliwa mowa, „szklane”, „wodniste” oczy)
- ⇒ światłowstręt, zaczerwienienie i obrzęk powiek, wąskie lub nadmiernie rozszerzone źrenice, brak reakcji źrenic na światło
- ⇒ zwiększenie potrzeb finansowych i ukrywanie sposobu wydatkowania „kieszonkowego”, znikanie drobnych sum pieniędzy z domu
- ⇒ nawiązywanie podejrzanych znajomości
- ⇒ reagowanie rozdrażnieniem na próby uzyskania przez rodziców informacji o tych kontaktach.

Jeżeli rodzice stwierdzą, że kilka z tych sygnałów występuje równocześnie, mogą podejrzewać, że ich dziecko jest uzależnione.

### **Sygnały ostrzegawcze mogące wskazywać na zażywanie substancji psychoaktywnych:**

Pojawienie się i występowanie nowych przedmiotów i produktów mogących służyć do przyjmowania substancji psychoaktywnych np. fufki, zapalniczki, łyżeczki, bibułka, kawałki okopconej folii aluminiowej, igły i strzykawki, waciki, paczuszki w foliowych opakowaniach, kleje, tabletki, proszek, sproszkowane zioła, bryłki itp.

### **Zmiany psychiczne oraz dotychczasowych zachowań i zwyczajów:**

- ⇒ stany nietrzeźwości,
- ⇒ osłabienie lub utrata zainteresowań,
- ⇒ zaburzenia snu,
- ⇒ wahania nastroju (drażliwość, płaczliwość itp.),
- ⇒ zmienna mowa (powolna, zamazana lub przyśpieszona),
- ⇒ trudności w koncentracji uwagi,
- ⇒ zachowania i reakcje nieadekwatne do sytuacji,
- ⇒ chwiejny, powolny chód lub pobudzenie ruchowe,
- ⇒ zastyganie w nienaturalnych pozycjach,
- ⇒ gorsze wyniki uczenia się czy w pracy,
- ⇒ wagarowanie, opuszczanie pracy,
- ⇒ zmiana dotychczasowych znajomych, poszukiwanie nowych grup i aktywności, w których są obecne narkotyki np. dyskoteki, zloty,
- ⇒ rozluźnienie więzi z rodziną,
- ⇒ zakłócanie porządku publicznego<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Tamże.



### Zamiany w wyglądzie:

- ⇒ sprawianie wrażenia osoby chorej np. przeziębionej, kaszłającej,
- ⇒ zmęczenie,
- ⇒ wychudzenie,
- ⇒ zmiany skórne np. miejsca po wkłuciach do naczyń żylnych, zadrapania, ślady po oparzeniach papierosami, przebarwienia palców,
- ⇒ słodki czy rozpuszczalników zapach z ust
- ⇒ „szkliste oczy”, źrenice zwężone, rozszerzone, nieruchome.

### sygnały ostrzegawcze doświadczanej przemocy, agresji ze strony rówieśników:

- ⇒ dziecko cały czas przesiaduje w domu, nie ma kolegów, nie chce uczestniczyć w wycieczkach szkolnych, chodzić na szkolne imprezy,
- ⇒ ze szkoły często wraca później niż to wynika z planu (idzie okreśną drogą, by zmylić napastników),
- ⇒ pogorszyło się w nauce, opuszcza pojedyncze lekcje lub wagaruje,
- ⇒ często przychodzi do domu posiniaczone, ze zniszczonymi książkami czy ubraniem
- ⇒ prosi o ponowne kupienie „zgubionych” (czyli odebranych lub zniszczonych) przedmiotów – np. komórki czy przyborów szkolnych,
- ⇒ stale „gubi” pieniądze, prosi o wyższe kieszonkowe lub zaczyna podkraść drobne sumy,
- ⇒ jest małomówne, smutne, nerwowe, traci apetyt, gorzej sypia,
- ⇒ ma zmienne nastroje, bywa apatyczne lub agresywne.

Warunkiem skuteczności profilaktyki problemów dzieci i młodzieży jest skoordynowane działanie we wszystkich obszarach funkcjonowania. Oznacza to, że **interwencje profilaktyczne powinny być skierowane na najważniejsze modyfikowalne czynniki ryzyka i czynniki** chroniące tkwiące zarówno w samej jednostce, w jej bliskim otoczeniu społecznym, jak i szeroko rozumianym środowisku.

### skala zjawiska na podstawie aktualnych danych statystycznych – na podstawie Raportu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2016

Badanie „**Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – Młodzież 2016**”, sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), zrealizowane zostało przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej w dniach 22 listopada – 16 grudnia 2016 roku. Badanie **przeprowadzone zostało na ogólnopolskiej losowej próbie 82 dziennych szkół ponadgimnazjalnych – liceów, techników** (oraz liceów profilowanych, zawodowych lub technicznych) **i zasadniczych szkół zawodowych** (z wyłączeniem szkół specjalnych). Przeprowadzane cyklicznie badania pozwalają śledzić dynamikę zjawisk zachodzących od ponad dwóch dekad. Umożliwia to przeanalizowanie rozmiarów konsumpcji substancji psychoaktywnych, zarówno tych legalnych, jak nielegalnych.

W 2008 roku, po raz pierwszy w Polsce, w ramach prezentowanych badań, podjęto próbę określenia skali zażywania przez młodzież „dopalaczy”, nazywanych w Europie nowymi substancjami psychoaktywnymi.



## Skala zjawiska w 2016 r.

<b>Przemoc w szkole</b>
Przemoc psychiczna jest najczęściej osobiście spotykaną formą przemocy – w ciągu ostatniego roku szkolnego doznało jej <b>21% uczniów, w tym 11% wielokrotnie.</b>
<b>Palenie papierosów</b>
<b>Regularne palenie deklarowało 21% badanych.</b> Odsetek uczniów, którzy palą tylko w wyjątkowych sytuacjach - 20%. 68% badanych palących uczniów deklaruje palenie papierosów na terenie szkoły (zdarza się to bardzo często lub często) (dla porównania w 2003 r. – 86%)
<b>Spożywanie alkoholu</b>
W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w 2016 roku: <b>72% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 63% – wódkę i inne mocne alkohole, a 41% – wino.</b> W roku 2016 upijanie się najczęściej deklarowali uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (52%, w roku 2013 – 59%). W publicznych liceach ogólnokształcących do upicia się w ciągu miesiąca przed badaniem przyznało się 46% ankietowanych, a w technikach – 40%. Widoczne jest także zróżnicowanie w zależności od statusu ucznia. Upija się więcej uczniów słabych (dwójkowych i trójkowych – 49%) niż tych, którzy uzyskują lepsze oceny (czwórkowi - 41%, piątkowi i szóstkowi – 33%).
<b>Używanie narkotyków, substancji psychoaktywnych</b>
Co dziesiąty uczeń (10%) – w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie – deklaruje, że 1–2 razy brał leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich, 7% przyjmowało je 3–9 razy, 10% badanych zażywało marihuanę lub haszysz, 1% badanych używało „dopalaczy”. 35% badanych deklaruje, że zażywanie narkotyków przez uczniów na terenie ich szkoły zdarza się, w tym 11% – że ma to miejsce bardzo lub dosyć często. <b>(więcej osobna tabela)</b>
<b>Uzależnienie od hazardu – uzależnienie behawioralne</b>
W edycji badania z 2016 r. po raz drugi zamieszczony został zestaw pytań składających na się na tzw. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI), którego celem jest pomiar ryzyka uzależnienia od hazardu wśród osób grających w gry na pieniądze. <b>Najwyższy wzrost liczby uczestników notuje się w odniesieniu do gier liczbowych innych niż Lotto, w których bierze udział obecnie blisko co piąty młody człowiek (19%)</b> , udział w loteriach i innych grach realizowanych poprzez wysłanie SMS-ów deklaruje 11%. Symptomy wskazujące na wysoki poziom ryzyka uzależnienia od hazardu zauważalne są u 6,0% młodych ludzi deklarujących udział w grach na pieniądze.
<b>Inne uzależnienia behawioralne:</b> uzależnienie od komputera, Internetu, telefonu komórkowego, seksoholizm, pracoholizm, uzależnienie od zakupów

Raport dostępny: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>





## Doświadczenia młodzieży związane z używaniem narkotyków w 2016 r. (substancji o różnorodnym działaniu – od stymulującego do uspokajającego)

Rodzaj	Nie, nigdy	Tak, kiedykolwiek w życiu	Tak, w ciągu ostatnich 30 dni
Marihuana lub haszysz	42,0	21,0	9,9
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	18,6	9,2	4,4
Amfetamina	7,2	3,3	1,4
Ecstasy	3,9	1,9	0,9
Substancje wziewne	2,8	1,2	0,8
LSD lub inne halucynogenne razem z grzybami halucynogennymi	4,3	2,2	1,1
Kokaina razem z Crackiem	3,4	1,6	1,0
Relevin*	1,7	0,7	0,6
Heroina	1,9	0,7	0,7
Leki przeciwkaszlowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzenia się	4,9	1,9	1,2
„Dopalacze” („Legal highs”)	3,6	1,1	0,7
Dekstrometorfan (DXM)	1,8	0,8	0,6
Sterydy anaboliczne	2,9	1,5	1,3

\*W tabeli wymieniona jest nieistniejąca substancja relevin. Pytanie o używanie tego „narkotyku” miało na celu sprawdzenie wiarygodności odpowiedzi uczniów. Do używania nieistniejącej substancji przyznało się w 2016 roku 2%.

Źródło: A. Malczewski, *Młodzież a substancje psychoaktywne* [w:] *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – Młodzież 2016*, CBOS, KBPN 2016, s. 221.

## Substancje psychoaktywne (w tym narkotyki, leki, dopalacze) – od eksperymentowania do uzależnienia, specyfika problemu, przypomnienie podstawowej wiedzy i pojęć

### przyczyny sięgania po środki psychoaktywne

**Substancja psychoaktywna SPA (wg ICD-10)** (narkotyk, środki odurzające, używki) – to każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na OUN, określona w wykazie substancji psychotropowych.

#### Motywy skłaniające do sięgania po środki psychoaktywne:

##### – motywy ucieczkowe:

- ucieczka od problemów rodzinnych i szkolnych,
- ucieczka od pustki, nudy
- ucieczka od samotności, lęku



- **motywy konformizmu:**
  - upodabnianie się do innych aby zyskać przyjaźń, uznanie
  - wpływ grupy rówieśniczej,
- **motywy egzystencjalne:**
  - poczucie bezsensu,
  - pustka wewnętrzna
- ⇒ **motywy poszukiwania:**
  - ciekawość poznania tego co nieznanego, czasem tego co niedozwolone
  - chęć przeżycia czegoś niezwykłego
- ⇒ **motywy prestiżowe:**
  - chęć pokazania się bardziej dorosłym, naśladowanie dorosłych,
  - pokazanie się jako osoba ważna, ciekawa<sup>5</sup>.

### objawy i fazy uzależnienia od SPA

W ICD-10 wymieniono różne stany kliniczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych SPA, a wśród nich m.in.:

**ostre zatrucie** (intoksykacja) – stan zaburzenia funkcji psychofizjologicznych w stopniu klinicznie istotnym, bezpośrednio związany z przyjęciem substancji odurzającej w dawce mogącej wywołać zatrucie. Może występować z uszkodzeniami ciała i powikłaniami ;

**używanie szkodliwe** – sposób przyjmowania substancji psychoaktywnej, który wywołuje szkody zdrowotne, somatyczne lub psychiczne. Do szkód psychicznych zalicza się też upośledzenie sądenia oraz dysfunkcyjne zachowanie, które prowadzi do niepożądanych następstw w relacjach z ludźmi. Rozpoznanie wymaga, aby charakter szkód był jasno określony i rozpoznawalny, a wzorzec zażywania utrzymywał się przez co najmniej miesiąc lub powtarzał się w ciągu ostatniego roku;

Zespół uzależnienia jest to stan psychiczny i fizyczny spowodowany używaniem substancji psychoaktywnych, na który składają się zespoły zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych.

**zespół uzależnienia** – uzależnienie diagnozuje się, gdy w czasie jednego miesiąca lub w sposób powtarzający się w okresie 12 miesięcy wystąpią przynajmniej 3 z poniższych objawów: silne pragnienie lub przymus przyjmowania substancji, utrata lub upośledzenie kontroli przyjmowania, fizjologiczne objawy stanu odstawienia, stwierdzenie efektu tolerancji,

<sup>5</sup> *Narkotyki i dopalacze : zjawisko, zagrożenia, rozpoznawanie zachowań, profilaktyka* , red. M. Jędrzejko, M. Kowalski, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR Warszawa 2016.



koncentracja życia wokół środka odurzającego, uporczywe przyjmowanie substancji mimo dowodów szkodliwych następstw;

### Objawy zespołu uzależnienia

- ⇒ silna potrzeba lub przymus używania substancji psychoaktywnej: utrata samokontroli w używaniu substancji psychoaktywnych (niemożność przerywania przyjmowania, utrata kontroli dawek)
- ⇒ przyjmowanie substancji w celu uniknięcia objawów abstynencyjnych wystąpienie zespołu abstynencyjnego po przerywaniu przyjmowania substancji
- ⇒ wzrost tolerancji
- ⇒ postępujące zaniedbanie innych zainteresowań lub przyjemności na rzecz zdobywania i przyjmowania substancji uzależniającej
- ⇒ zażywanie substancji mimo wyraźnych szkód (somatycznych, psychicznych, społecznych), o których wiadomo przyjmującemu, że mają związek z przyjmowaniem substancji muszą występować co najmniej trzy z powyższych objawów nieprzerwanie przez pewien czas w ciągu ostatniego roku

**opiatowy zespół abstynencyjny** – grupa objawów po całkowitym lub częściowym odstawieniu substancji używanej w sposób powtarzany (długotrwanie lub w dużych dawkach).

- ⇒ **objawy:** wodnisty wyciek z nosa, bóle stawowo-mięśniowe, bóle spastyczne w obrębie jamy brzusznej, narastające pobudzenie psychoruchowe, nudności/wymioty, biegunka, zaburzenia snu, stan majaczeniowy
  - ⇒ objawy pojawiają się stopniowo, nasilenie w 2-3 dobie (48-72 h) po odstawieniu substancji  
czas trwania: np. heroina 7-8 dni, metadon: 14-21 dni.
- Objawy abstynencyjne mogą ustępować po przyjęciu kolejnej dawki substancji.<sup>6</sup>

### Główne objawy uzależnienia, występujące przy prawie każdym jego typie to:

- ⇒ Zachowanie szybko staje się nawykowe.
- ⇒ Jest częste, regularne i stereotypowe.
- ⇒ Zabiera znaczną część czasu.
- ⇒ Jest przyczyną problemów zdrowotnych, finansowych, zawodowych, małżeńskich i innych.
- ⇒ Ma charakter kompulsywny
- ⇒ Trudno go zaprzestać trwale i całkowicie.
- ⇒ Związane jest z powracającym wewnętrznym przymusem do niego.

<sup>6</sup> Tamże.



### Zaburzenia psychotyczne związane z używaniem SPA

objawy psychotyczne występują w trakcie przyjmowania SPA lub wkrótce po odstawieniu:

⇒ omamy (zwykle słuchowe), nieprawidłowe utożsamianie osób, nastawienie ksbne, urojenia paranoidalne (prześladowcze),

⇒ zaburzenia psychomotoryczne (pobudzenie, osłupienie), zaburzenia afektu, zwykle bez zaburzeń świadomości

kryteria diagnostyczne: początek w okresie przyjmowania substancji lub do 2 tygodni od zakończenia przyjmowania

objawy trwają > 48 godzin, czas trwania zaburzenia ≤ 6 miesięcy

Problemy związane z współwystępowaniem zaburzeń psychotycznych i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych:

⇒ modyfikacja obrazu klinicznego (trudności diagnostyczne)

⇒ większe nasilenie objawów psychopatologicznych

⇒ gorsza odpowiedź na psychofarmakoterapię

⇒ obniżenie skuteczności działania leków psychotropowych

⇒ więcej poważnych objawów niepożądanych (późna dyskineza)

⇒ częstsze nawroty, gorsze remisje, przewlekły przebieg

⇒ gorsze funkcjonowanie społeczne

⇒ gorsza współpraca w leczeniu:

⇒ samowolne odstawianie leków psychotropowych,

⇒ nawroty w używaniu SPA

### Fazy uzależnienia:

Istnieje kilka umownych poziomów intensywności kontaktu z środkami psychoaktywnymi. Można wyróżnić kolejne etapy kontaktu z nimi, od samej inicjacji aż do zaawansowanego uzależnienia.

#### Inicjacja

Ten pierwszy etap mają za sobą zarówno osoby, które chociaż raz czegoś spróbowały, jak i te, które nabywają kolejnych doświadczeń z „braniem”.

#### Etap eksperymentowania

Część osób może poprzestać na jednokrotnym lub kilkakrotnym spróbowaniu danej substancji psychoaktywnej, inni z kolei mogą kontynuować swoje doświadczenia i wejść w kolejny etap „eksperymentowania”. Faza ta obejmuje pewien motyw poznawczy, czyli chęć sprawdzenia jak działa dany narkotyk, jakie wywołuje skutki. Jeżeli u danej osoby ciekawość i chęć eksperymentowania jest silniejsza niż pewne racjonalne przesłanki i argumenty, może to oznaczać, iż ma ona pewne kłopoty w sferze emocji, które zyskują kontrolę nad jej postępowaniem. Dla części osób etap eksperymentowania może być ostatnim etapem użytkowania narkotyków i zakończyć się całkowitym zerwaniem kontaktu z nimi. Taki efekt może wywołać uświadomienie sobie związanych z nimi niebezpieczeństw oraz niespełnieniem



pewnych oczekiwań, które były przyczyną eksperymentów. Osoby, które nie rezygnują z nich, wchodzi w kolejną fazę, którą można nazwać fazą używania substancji.

### **Etap używania i nadużywania substancji**

Zdaniem wielu specjalistów w przypadku narkotyków, zwłaszcza tych silnych w ogóle nie można mówić o fazie używania, gdyż praktycznie każde ich „użycie” już stanowi nadużycie. O nieproblemowym „używaniu” narkotyków mówią zazwyczaj osoby je zażywające lub osoby z ich najbliższego otoczenia, stosujące mechanizmy obronne i próbujące bagatelizować związane z tym ryzyko. Wejście w fazę nadużywania substancji psychoaktywnej oznacza pojawienie się określonych konsekwencji przyjmowania narkotyku, a więc różnego rodzaju problemów w szkole, w pracy, w domu, w życiu rodzinnym czy osobistym. Etap ten oznacza już takie używanie narkotyku, które bardziej zwraca uwagę otoczenia, coraz trudniej jest je ukryć i które przynosi coraz więcej negatywnych konsekwencji.

### **Etap uzależnienia**

Kolejnym etapem następującym po fazie nadużywania narkotyku jest już uzależnienie. WHO definiuje je jako **psychiczny, a niekiedy fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a lekiem**, charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania leku w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jego wpływu na psychikę, a niekiedy by uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi leku. Tolerancja może wystąpić, ale nie musi. Osoba może być uzależniona od więcej niż jednej substancji<sup>7</sup>.

**interwencja i praktyczna pomoc możliwa do zastosowania  
w granicach prawa, ze względu na rodzaj instytucji reprezentowanej (szkoła, placówka  
wsparcia dziennego itp.) w tym dostępne testy wykrywające obecność danej substancji;**

### **Strategie interwencyjne**

Celem działań w zakresie tych strategii jest pomoc osobom mającym trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu swoich problemów oraz wspieranie w sytuacjach kryzysowych.

**Strategie informacyjne, edukacyjne i alternatyw stosuje się na wszystkich trzech poziomach profilaktyki.** Strategie interwencyjne, jako działania głębsze i bardziej zindywidualizowane, w zasadzie zastrzeżone są dla poziomu drugiego i trzeciego. Informacje na temat skutków picia, ćpania, agresji i aktywności seksualnej można przekazywać (stosownie do wieku) zarówno uczniom w szkole, jak i alkoholikom czy narkomanom.

<sup>7</sup> T. Wach, *Profilaktyka i resocjalizacja nieletnich zagrożonych uzależnieniem od środków psychoaktywnych*, Warszawa 2014.





**Trening w zakresie umiejętności psychologicznych i społecznych jest przydatny na każdym stopniu zagrożenia (por. materiał nr 11, s. 8-13).** W profilaktyce trzeciorzędowej stosuje się również specyficzne programy edukacyjne dostosowane do potrzeb osób uczestniczących (np. *Jak żyć bez alkoholu* albo *Jak żyć bez narkotyków*). Stwarzanie alternatyw jest ważne dla wszystkich, niezależnie od stopnia zagrożenia.

**Strategie interwencyjne** skierowane są do dzieci i młodzieży przeżywających liczne trudności (grupy podwyższonego ryzyka). Należą do podstawowych i najważniejszych działań w ramach profilaktyki drugorzędowej. Ponieważ na tym poziomie współwystępuje wiele problemów i u każdego dziecka istnieje specyficzny zestaw czynników ryzyka, **programy wczesnej interwencji** wymagają znacznej indywidualizacji podejścia, co uniemożliwia stosowanie jednolitych form i metod oddziaływania. Stwarza to jednocześnie trudności przy ocenie ich skuteczności.

Najczęściej wymienia się dwa warunki skuteczności programów wczesnej interwencji: **profesjonalizm i odpowiednie cechy osobowości osoby udzielającej pomocy** (wiarygodność i zaufanie) oraz pozyskanie i włączenie rodziców. Ponieważ zachowania ryzykowne wiążą się z procesami zachodzącymi w rodzinie, **skuteczność pomocy wobec dziecka zależy w znacznym stopniu od zmiany jego sytuacji rodzinnej.** Uważa się dość powszechnie, że **treningi umiejętności wychowawczych dla rodziców, których dzieci przeżywają zaburzenia zachowania,** znacznie podnoszą efektywność działań interwencyjnych. Powinny to być więc programy wieloskładnikowe.

### **Strategie zmniejszania szkód** (*harm reduction*)

Przewidziane są głównie dla potrzeb profilaktyki trzeciorzędowej. Adresatami działań są grupy najwyższego ryzyka, wobec których zawiodła wczesna profilaktyka, interwencje, terapia, resocjalizacja – narkomani i alkoholicy z długim stażem, prostytutki i recydywiści, którzy z różnych względów nie mogą lub nie chcą wycofać się z ryzykownych zachowań. Polityka zmniejszania szkód jest wyrazem bezradności profesjonalistów wobec poważnych problemów społecznych. Podstawowe elementy strategii zmniejszania szkód to:

- ⇒ docieranie z opieką medyczną do narkomanów;
- ⇒ wydawanie czystych narkotyków na receptę;
- ⇒ wymiana igieł i strzykawek;
- ⇒ leczenie
- ⇒ substytucyjne (terapia metadonem);
- ⇒ pomoc socjalna;
- ⇒ dystrybucja prezerwatyw, promocja i dystrybucja innych środków sterowania płodnością.

Strategie zmniejszania szkód stosuje się nie tylko wobec osób z trudno dostępnego marginesu, ale także wobec osób z krótkim stażem w zakresie zachowań problemowych, jeżeli są jakieś podstawy do stwierdzenia, że nie mają one motywacji do wycofania się z ryzykownej aktywności. **Istnieją jednak poważne przesłanki twierdzenia, że strategie zmniejszania szkód stosowane wobec grup niskiego ryzyka mogą spowodować szkody!**



**Strategie informacyjne** są mało skuteczne. Ludzie często zachowują się ryzykownie pomimo posiadanej wiedzy. Szczególnie dotyczy to nastolatków dysponujących nieraz dużym zasobem informacji, na przykład na temat szkodliwości używek, a jednocześnie podejmujących ryzyko odurzania się. Badania ewaluacyjne wielu programów, prowadzone przed rozpoczęciem i po zakończeniu realizacji, wykazały, że programy informacyjne powodują zmiany zasobu wiedzy, a nawet postaw, ale nie wpływają na zachowanie. Młodzież poprawnie odpowiada na pytania testowe, a jednak nie zmienia swoich.

Wymienia się wiele przyczyn tego zjawiska. Jednym z omawianych powodów jest brak wyobraźni i zdolności przewidywania przyszłych wydarzeń, co jest charakterystyczną cechą rozwojową młodzieży w wieku dorastania. Nawet jeśli młodzi wiedzą, że to prawda, nie wierzą, że może im się przydarzyć coś złego. Psychologowie społeczni potwierdzają, że **zmiana postawy** spowodowana działaniem perswazyjnego komunikatu często **nie ma żadnego związku ze zmianą zachowania**. Ludzie bowiem w różnych sytuacjach dają się nakłonić do zachowań niezgodnych, a nawet sprzecznych z ich postawami, jeśli odnoszą z tego jakieś korzyści, mogą uniknąć kary albo śmieszności.

**Rola szkoły i placówek wsparcia dziennego powinna przejawiać się przede wszystkim w tworzeniu strategii edukacyjnych.**

**Strategie edukacyjne** skupiają się na kształtowaniu i rozwijaniu umiejętności psychologicznych i społecznych (kompetencji społecznych). Uważane są za jedne z najbardziej skutecznych. Do najważniejszych umiejętności psychologicznych zalicza się:

- ⇒ zdolność automotywacji;
- ⇒ wytrwałość w dążeniu do celu;
- ⇒ umiejętność panowania nad popędami i odkładania na później ich zaspokojenia;
- ⇒ umiejętność regulowania nastroju (poprzez rozum) i niepoddawania się emocjom
- ⇒ upośledzającym zdolność myślenia;
- ⇒ umiejętność rozpoznawania i nazywania własnych emocji;
- ⇒ umiejętność odczytywania nastrojów i emocji innych osób (poprzez ich „mowę ciała”) – empatia;
- ⇒ zdolność zachowania optymizmu na przyszłość.

Składają się one na tzw. **inteligencję emocjonalną**, która jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania w rolach społecznych. Programy wychowawczo-profilaktyczne, szczególnie adresowane do młodszych dzieci, powinny polegać głównie na kształceniu w zakresie kluczowych umiejętności emocjonalnych i społecznych, ponieważ chronią skutecznie przed niepożądanymi zachowaniami.

**Trening w zakresie umiejętności psychologicznych i społecznych powinien stanowić ważny element szkolnych programów profilaktycznych, których celem jest redukcja zachowań ryzykownych**

**Strategie alternatyw** są dość powszechnie oceniane jako skuteczne, choć trudno w badaniach stwierdzić ich efektywność, ponieważ rezultaty mogą się pojawić dopiero po dłuższym czasie.



Wśród poważnych czynników ryzyka sprzyjających odurzeniu się, wymienia się brak znajomości alternatywnych sposobów zaspokajania potrzeb psychologicznych oraz osiągnięcia przyjemnych stanów emocjonalnych. Programy alternatyw organizowane w szkołach, placówkach wsparcia dziennego, osiedlach czy gminach stwarzają młodzieży możliwość zaangażowania się w działalność, która daje jej satysfakcję i sprzyja rozwojowi i która jest akceptowana społecznie. Zapobiega to angażowaniu się w działania destrukcyjne<sup>8</sup>.

## testy wykrywające obecność SPA

Testy na obecność SPA w moczu (THC, AMP, COC, ECS, BZD, OPI) – oznaczenie jakościowe

- ⇒ Nie wykrywają wielu SPA (dopalacze, leki typu Acodin)
- ⇒ Ograniczony czas wykrywania substancji:
  - THC do 2 tygodni
  - kokaina do 2 dni
  - amfetamina, ecstasy, opiaty – ok. 3 dni
- benzodiazepiny – w zależności od przyjmowanego preparatu od kilkudziesięciu godzin do 2-3 dni
- ⇒ Testy na obecność SPA we krwi – specjalistyczne laboratoria, oznaczenie ilościowe
- ⇒ Oznaczanie zawartości SPA we włosach
- ⇒ Testy PUM (Problemowego Używania Marihuany) i PUN (Problemowego Używania Narkotyków) (załącznik nr 1. Testy PUM i PUN).<sup>9</sup>

Testy nie zastępują diagnozy klinicznej  
– są jej pierwszym etapem.  
Ich podstawowym celem jest wskazanie osób, które potrzebują takiej diagnozy.

## Współczesne trendy w profilaktyce wg teoretyków i praktyków: typy profilaktyki- skuteczność oddziaływania i ich adresaci

**Profilaktyka – ogół działań zmierzających do zmniejszenia prawdopodobieństwa pojawienia się niepożądanych zachowań.** Najnowsze badania pokazują, że **najskuteczniejsze**

<sup>8</sup> J. Szymańska, *dz. cyt.*, s. 38-46.

<sup>9</sup> <http://a.umed.pl/psychiatria/dydaktyka/2015/Uzaleznienia%20od%20SPA%20VI.pdf>



**są oddziaływania całościowe, dobrze osadzone w kontekście społecznym (rodzinnie, środowisku), mające charakter wielowymiarowego i interdyscyplinarnego oddziaływania.**

**Profilaktyka uniwersalna** adresowana jest do całej niezdiagnozowanej populacji i jej podgrup (np. dzieci, młodzieży, dorosłych, kobiet w ciąży). Jej celem jest redukcja czynników ryzyka, ograniczanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych i zapobieganie nowym przypadkom. Główne działania to dostarczenie wiedzy i uczenie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych, niezbędnych do zapobiegania problemom. Pokrywa się z poziomem profilaktyki pierwszorzędowej w starej klasyfikacji.

**Profilaktyka selektywna** odnosi się do grup zwiększonego ryzyka, które z uwagi na szczególne warunki życiowe podlegają działaniu licznych czynników ryzyka i są bardziej zagrożone występowaniem problemów i zaburzeń (np. dzieci alkoholików, dzieci z domów dziecka, dzieci przysposobione, uczniowie z problemami szkolnymi, miłośnicy szalonych imprez, młodzież, która „wypadła” ze szkoły, bezdomni itp.). Jej celem jest opóźnianie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych. Główne działania podobne są do działań w profilaktyce uniwersalnej, lecz uwzględniają specyfikę potrzeb i problemów danej podgrupy.

**Profilaktyka wskazująca** kierowana jest do tych jednostek z grup zwiększonego ryzyka, u których występują wczesne objawy dysfunkcji: różne niepokojące zachowania (np. częste wagary, okresowe upijanie się) i sygnały o pojawianiu się już poważniejszych problemów związanych z zachowaniem (np. kłopoty z policją, w domu). Jej celem jest ograniczenie czasu trwania dysfunkcji. Główne działania to indywidualna diagnoza przyczyn oraz interwencja, także w środowisku rodzinnym. Nie jest to jednak jeszcze terapia. Działania podejmowane w tych trzech kategoriach (poziomach) profilaktyki różnią się intensywnością i czasem trwania. Im głębszy poziom profilaktyki, tym działania są dłuższe i bardziej intensywne. Równocześnie, im głębszy poziom profilaktyki, tym mniejsza jest liczba odbiorców.

**Problemy emocjonalne, społeczne i trudne zachowania u młodszych dzieci są kluczowym predyktorem późniejszych kłopotów z nauką, „wypadania ze szkoły”, sięgania po substancje psychoaktywne oraz zachowań antyspołecznych. Należy je więc uznać za „czerwony sygnał”.**

## Współczesne trendy w profilaktyce uzależnień

### 1. Trzeba zacząć od dorosłych – budowa autorytetu osoby dorosłej

Powstały u dziecka **wzorzec zachowania utrwała się najczęściej do 8 roku życia** i później coraz trudniej jest go zmienić. Wiek 4–8 lat jest okresem największej plastyczności i podatności na zmiany. Interwencje podejmowane w tym okresie dają wysoką gwarancję sukcesu.

Dlatego też **Trzeba zacząć jak najwcześniej wdrażać programy dla rodziców i wychowawców młodszych dzieci.**



## 2. Droga do młodzieży poprzez młodzież – programy rówieśnicze – praca z liderami młodzieżowymi.

U podstaw założenia leży potwierdzone badaniami zjawisko silnego wpływu rówieśników na młodych ludzi w okresie dorastania. Zjawisko konformizmu społecznego, po to, by zyskać akceptację innych i upodobnić się do innych pokazuje wpływ norm grupowych **na zachowania się jednostki**.

## 3. Ważna jest skuteczność programów profilaktycznych w oparciu o model skutecznego rozwijania kompetencji psychologicznych i społecznych, a tym samym zapobiegania trudnym zachowaniom dzieci. Model, przedstawiony graficznie w postaci piramidy uczenia wskazuje, o co powinna zadbać szkoła/przedszkole czy inna placówka, by zredukować trudne czy ryzykowne zachowania wychowanków i stać się **placówką funkcjonalną**. Piramida opisuje cztery poziomy praktycznych działań nauczycieli, wychowawców, które umożliwiają reagowanie na potrzeby wszystkich uczniów/wychowanków.

**Podstawą piramidy, a także fundamentem wszelkich działań, jest budowanie dobrych relacji** z dziećmi, ich rodzicami oraz pomiędzy dziećmi. Są to życzliwe rozmowy z dzieckiem i jego rodzicami, okazywanie zainteresowania, różnorodne działania integracyjne umożliwiające dobre wzajemne poznanie się uczniów i nakłaniające ich do współpracy, promowanie konstruktywnych norm grupowych, wizyty domowe nauczyciela.

**Poziom drugi stanowią podstawowe działania zapobiegawcze:** odpowiednie zaplanowanie wnętrza, zapewniające swobodę i bezpieczeństwo; właściwe przekazywanie informacji; jasne określenie oczekiwań dotyczących nauki i zachowania; nagradzanie pozytywnych zachowań poprzez okazywanie uwagi. Dla młodszych dzieci ważna jest przewidywalność wydarzeń – stały plan zajęć, przerw, posiłków i odpoczynku.

**Poziom trzeci wypełniają skuteczne strategie uczenia umiejętności psychologicznych i społecznych.** Uczniowie/wychowankowie pozytywnie reagują na działania podejmowane na niższych poziomach piramidy. Dobre relacje i uporządkowane środowisko dają poczucie bezpieczeństwa. Jednak w każdej klasie znajdują się dzieci potrzebujące dodatkowego wsparcia. Autorzy zalecają włączenie do programu nauczania zajęć poświęconych ćwiczeniu najważniejszych umiejętności oraz szczególne zaangażowanie dzieci z deficytami w tym obszarze. Efekty można wzmocnić, wprowadzając dodatkowe programy edukacyjne z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.

**Poziom czwarty to intensywna indywidualna interwencja,** która dotyczy nielicznych uczniów uporczywie sprawiających trudności wychowawcze. Z uwagi na głębokość i liczbę problemów wymagają oni szczegółowej indywidualnej diagnozy i konsekwentnych działań pomocowych ze strony wielu dorosłych. Interwencję realizuje zespół złożony z personelu przedszkola lub szkoły, rodziców oraz specjalistów.

Autorzy podkreślają, że interwencja samego specjalisty nie może przynieść oczekiwanych zmian w funkcjonowaniu dziecka bez równoczesnego wysiłku kadry pedagogicznej na rzecz kreowania przyjaznego środowiska w szkole i klasie. Natomiast konsekwentna realizacja działań wymienionych na trzech dolnych poziomach piramidy zwykle skutkuje zmniejszeniem się lub nawet zanikiem jej wierzchołka. Intensywna interwencja będzie potrzebna rzadko albo nie będzie potrzebna wcale.





## Model efektywnego uczenia kompetencji społecznych



Źródło: J. Szymańska, *dz. cyt.*, s. 63.

### 4. Należy pamiętać, że profilaktyka może szkodzić.

**Traktowanie populacji niskiego ryzyka jak grupy wysokiego ryzyka uruchamia mechanizm samospełniającej się przepowiedni.**

- Szkodliwe informacje** – zbyt wczesne, a zwłaszcza nieprawidłowo przygotowane informacje na temat różnych zagrożeń mogą rozbudzać ciekawość dzieci i w rezultacie skłaniać do eksperymentowania – „zarażenie”.  
Filmy, które prezentują nawet odstręczające przykłady zachowań starszej młodzieży i dorosłych, mogą wywoływać u młodych odbiorców zupełnie odwrotne efekty, niż się spodziewamy. Jak wiemy, nieprawidłowe zachowania dorosłych nie zniechęcają, lecz zachęcają dzieci i młodzież do ich powielania. Zajęcia profilaktyczne nie tylko mogą rozbudzać ciekawość i stanowić instruktaż zachowań ryzykownych. Jednym z ważnych negatywnych rezultatów informowania na przykład o działaniu alkoholu i narkotyków bywa również **wzrost pozytywnych oczekiwań związanych z działaniem środków odurzających**.
- Raniące gry i ćwiczenia** – np. w scenariuszach niektórych programów zaleca się, aby wszystkie dzieci przyniosły rodzinne pamiątki i skarby i opowiedziały o rodzinnych tradycjach w ramach tematu *Rodzinne skarby, Historia mojej rodziny*. Co może przynieść na zajęcia dziecko z domu dziecka, które często nie ma nawet własnych ubrań, i jaką historię ma opowiedzieć? Co może przynieść i opowiedzieć dziecko zdegradowanych alkoholików, gdy w jego domu rodzinnym skarbem jest butelka wódki? Zajęcia zakładające aktywny udział wszystkich dzieci mogą spowodować poważne zranienia u niektórych i wywoływać różne niekorzystne reakcje. Wówczas dzieci po prostu **konfabulują**.

Zajęcia edukacyjne nie powinniśmy przekształcać w interwencję terapeutyczną skierowaną na jednego członka grupy, tym bardziej że może on wyjść z tej interwencji **poraniony zarówno psychicznie, jak i fizycznie.**

**3. Ostrożnie z asertywnością u dzieci** – zachowania asertywne są na ogół korzystniejsze od zachowań agresywnych lub biernych

**Dzieci nadmiernie asertywne** mogą też być narażone na duże niebezpieczeństwo, jeśli próbują grzecznie odmawiać, gdy nieznaną dorosły zaprasza je do samochodu, albo podejmuje próby molestowania seksualnego. **Asertywne zachowanie nie zawsze jest korzystne. W niektórych sytuacjach optymalną reakcją jest agresja lub ucieczka.**

W programach profilaktycznych dla nastolatków, zwłaszcza w profilaktyce uzależnień, ćwiczenie stanowczego wyrażania odmowy w sytuacjach nacisku rówieśników stanowi jeden z najważniejszych elementów. Taka umiejętność pozwala młodzieży bezkonfliktowo (na ogół) wyplątywać się z trudnych sytuacji. Trening w zakresie negatywnych zachowań asertywnych – umiejętności mówienia „nie” – jest bardzo potrzebny. Może też być skuteczny, jeśli w młodych odbiorcach pobudzimy motywację do odmawiania.

**Ćwiczenie pozytywnych zachowań asertywnych powinno być przeprowadzane w kolejności: przekazywanie wartości, norm, budowania empatii, nauka odmawiania.**

Wyćwiczenie samego zachowania asertywnego może spowodować, że **młody człowiek będzie je wykorzystywał do manipulowania** swoimi rówieśnikami, **formułowania zarzutów** pod adresem rodziców i nauczycieli. Może stać się **nadmiernie pewny siebie i roszczeniowy.**

Badania amerykańskie wykazały, że niektóre wytrenowane w asertywności nastolatki łatwiej wchodziły w kontakty z dilerami narkotyków i przeprowadzały transakcje niż ich nieprzeszkoleni koledzy. Należy wręcz mówić młodzieży, że asertywność nie rozwiązuje wszystkich problemów w kontaktach z ludźmi. Czasami lepiej jest zrezygnować z zachowań asertywnych (np. w bliskich relacjach). Świadoma rezygnacja z zachowań asertywnych to także asertywność.

**4. Edukacja seksualna jako teren licznych błędów.** Skuteczny program powinien być maksymalnie dostosowany do problemów adresata. Działania skuteczne w odniesieniu do jednej grupy, przeniesione bez niezbędnej adaptacji do innej populacji, nie tylko tracą swoją skuteczność, ale nasilają problemy, którym chcemy zapobiec.

**5. Standaryzacja, selekcja i rekomendowanie programów profilaktycznych** – standardy wypracowane przez znaczące instytucje zajmujące się profilaktyką narkomanii są wykorzystywane w profilaktyce innych zachowań ryzykownych i zaburzeń. WHO upowszechnia kryteria dobrej jakości i dąży do ujednoczenia standardów we wszystkich krajach.

**podstawy pracy z dziećmi z rodzin dysfunkcyjnych, zwłaszcza alkoholowych**

**Dorośli zawsze są postrzegani przez dzieci jako osoby, które warto naśladować, nawet jeśli zachowują się w sposób nieodpowiedni.**



Wśród kilku grup czynników ryzyka wymienianych jako najważniejsze dla powstawania zaburzeń w zachowaniu u dzieci, a także zaburzeń klinicznych, wymienia się czynniki obecne w sytuacji rodzinnej. Wpływając na rozwój dziecka od jego narodzin, dają początek tak zwanym **ścieżkom ryzyka**. Ścieżka ryzyka to zapoczątkowany w dzieciństwie łańcuch przyczyn i skutków utrudniających normalny rozwój i przystosowanie dziecka i prowadzących je do obszaru ryzyka. Nieprawidłowe wypełnianie roli rodzicielskiej wiąże się z zaniedbaniami i błędami wychowawczymi rodziców, co skutkuje zahamowaniem rozwoju dziecka w wielu ważnych obszarach i powoduje następne problemy w kolejnych fazach rozwojowych.

### **Rodzina z problemem alkoholowym sprzyja używaniu i nadużywaniu alkoholu przez dzieci w przyszłości, z uwagi na:**

- ⇒ słabe kierowanie rodziną (brak stawiania dziecku jasnych i wyraźnych oczekiwań co do jego zachowań, brak przekazywania reguł postępowania, brak rygorów lub też bardzo surowa dyscyplina, niekonsekwencja);
- ⇒ często wysoki poziom konfliktów w rodzinie;
- ⇒ brak bliskości pomiędzy rodzicami i dziećmi (brak więzi między pijącym rodzicem a dzieckiem);
- ⇒ wystąpienie ryzyka zespołu FAS u dziecka matki pijącej alkohol oraz RAD;
- ⇒ tolerancja rodziców wobec używania przez dzieci alkoholu i innych środków odurzających;
- ⇒ picie alkoholu przez rodziców.

Taka rodzina nie wypełnia więc swoich dwóch ważnych funkcji: socjalizacyjno-wychowawczej i psychologicznej (rozumianej jako zaspokojenie potrzeb psychologicznych swoich członków). Toruje to drogę różnym zachowaniom ryzykownym u dzieci: np. odurzeniu się alkoholem lub narkotykami, wczesnym kontaktom seksualnym lub agresji.

**Dzieci wychowane w dysfunkcyjnej rodzinie z problemem alkoholowym mają wiele powodów, by zachowywać się nieprawidłowo.** Przeżywane poczucie odrzucenia przez rodziców, brak rozeznania, co jest dobre, a co złe, brak znajomości reguł postępowania w życiu społecznym, silny stres wywołany trudnymi do przewidzenia reakcjami rodziców muszą spowodować znaczny dyskomfort psychiczny.

Psychoterapeuci i specjaliści w dziedzinie psychoprofilaktyki zwracają szczególną uwagę na dwa czynniki:

- ⇒ więź pomiędzy rodzicami i dziećmi **por. materiał 10**
- ⇒ wyznaczanie granic dla zachowań dziecka.

Dziecko w rodzinie alkoholowej uczy się trzech zasad: "nie odczuwaj", "nie ufaj", "nie mów". W ten sposób zanika komunikacja nie tylko wewnątrz rodziny, ale i w relacjach "ze światem zewnętrznym".

Dzieci w rodzinie dysfunkcyjnej odgrywają cztery podstawowe role:

- ⇒ **bohatera rodzinnego**, jest nim zazwyczaj najstarsze dziecko w rodzinie, które przejmuje na siebie obowiązki dorosłych i robi wszystko co może, by naprawić istniejącą sytuację i utrzymać rodzinę w normie. Jest odpowiedzialny, troszczy się o rodzeństwo, zajmuje się całym domem, przestrzega reguł. kończy zadaną pracę w wyznaczonym terminie. Stara się



być perfekcyjny we wszystkim co robi. Bohater żyje w stałym napięciu, wpada w panikę w spontanicznych, nie dających się przewidzieć sytuacjach;

⇒ **kozła ofiarnego** – odwraca uwagę od rzeczywistych problemów rodzinnych, stając się wcieleniem rodzinnych frustracji. Wdaje się w bójki, wchodzi w konflikt z prawem, ucieka z domu. W grupie jest najbardziej przeszkadzającym dzieckiem. Kozłom ofiarnym trudno jest funkcjonować w układach społecznych.

⇒ **maskotki** – odwracające uwagę od rodzinnego problemu skupiające ją na sobie, zgrywając się przy tym, przymilając, błaznując. Jego rola polega na tym, by ulżyć rodzinie w ciężkiej sytuacji, rozweselając ją swoim humorem i żartami. Maskotka nie cofnie się przed niczym, byle tylko rozweselić innych. W życiu społecznym maskotki są duszą towarzystwa, ale płacą za to wysoką cenę - nikt nie traktuje ich poważnie.

⇒ **dziecka niewidzialnego**, które pozostaje z boku rodziny, nigdy nie sprawiając najmniejszych kłopotów. Odizolowane od rodziny, żyje we własnym świecie, w poczuciu samotności i krzywdy. Jest to dziecko nie dostrzegane, o którym nikt nie pamięta. Uczestnictwo w pracy zespołowej może sprawiać mu trudność. Na zewnątrz nieśmiałe i pełne rezerwy, dziecko niewidzialne jest niezdolne do stawiania czoła problemom.

Jeżeli chcemy pomóc dziecku alkoholika, musimy przede wszystkim **dobrze zrozumieć naturę jego problemów**. Musimy rozpoznać, jaką **rolę odgrywa w rodzinie**. Inaczej należy pracować z bohaterem rodzinnym, inaczej z dzieckiem niewidzialnym. Dla każdej z ról są inne korekcyjne strategie. Należy stwarzać dziecku:

- ⇒ okazję do zdobywania takich doświadczeń, które wywołują u niego zmianę sądów o rzeczywistości,
- ⇒ zmianę zachowania,
- ⇒ odreagowanie emocjonalne.

Różnorodne zajęcia z dziećmi mogą pełnić funkcje socjoterapeutyczne, jeśli stanowią dla dziecka doświadczenia korygujące. Cel zajęć powinien być określony nie tylko dla całej grupy, ale dla poszczególnych jej członków. **Każde dziecko powinno mieć opracowany swój indywidualny plan pomocy, dostosowany do jego potrzeb, rozeznaczonych przez dobrze przygotowaną diagnozę**. Spojrzenie na sytuację dziecka z różnych punktów widzenia - stanu jego potrzeb, dotychczasowego rozwoju, aktualnego momentu rozwojowego urazów jakie przeżyło i ich konsekwencji, roli jaką pełni w rodzinie oraz uwzględnienie interakcji tych czynników, daje szansę na możliwie pełną ocenę sytuacji i zaplanowanie kierunków działań i kolejności ich realizacji.

**Udzielając pomocy, wychowawca powinien: nawiązać kontakt z innymi instytucjami, jak pomoc społeczna, policja, kurator, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, pedagog szkolny, punkt konsultacyjny**. Współpraca pomiędzy nimi i skoordynowanie podejmowanych działań może przyczynić się do poprawy sytuacji dziecka oraz zwiększenia skuteczności interwencji podejmowanych wobec pozostałych członków rodziny, zwłaszcza w aspekcie



motywowania rodziców do podjęcia terapii i rozwiązywania problemów osobistych. Pomoc dziecku powinna być zawsze zintegrowana z pomocą rodzinie.

Ważnym elementem strategii pomocy psychologicznej jest nawiązanie indywidualnej relacji pomiędzy dzieckiem a osobą wspierającą. Dzieciom, żyjącym w rodzinach czynnych alkoholików bardzo potrzebne jest wsparcie w przetrwaniu. Należy pomóc dziecku w radzeniu sobie w różnych trudnych czy niebezpiecznych sytuacjach rodzinnych. Osoba wspierająca może też budować wspólnie z dzieckiem system wsparcia zewnętrznego, a więc poszukiwać bezpiecznych miejsc i osób, na pomoc których dziecko może liczyć (np.: dziadkowie, ciocia, sąsiadka). Ważne, by pomóc dziecku w zrozumieniu tego, co dzieje się w rodzinie oraz w radzeniu sobie z lękiem, bólem, samotnością, poczuciem winy czy innymi trudnymi uczuciami. **Wykorzystać materiał 11 (przykład Magdy) s. 26-29.**

Jeżeli nie podejmie się w porę działań zmierzających do odbudowy relacji emocjonalnych w rodzinie, sytuacja z reguły systematycznie się pogarsza. Oderwanie się dziecka od rodziny w poszukiwaniu bliskości może spowodować zmianę postaw i poglądów, a także odrzucenie systemu wartości rodziców. Doprowadza to do dalszego zaburzenia więzi określanego jako **zespół wzajemnej opozycji** i przejawiającego się w kłótniach, awanturach i innych objawach buntu. Tu zaczyna się rola profesjonalistów.

**Praca z rodziną: materiał 10, s. 24-28; materiał**

### autorytet a profilaktyka: rola rodziców, pedagogów, wychowawców

**Najbardziej efektywnymi modelami są opiekuńcze osoby dorosłe o wysokim statusie, które dysponują możliwością nagradzania**

**Autorytet** – czyli przewodnik życiowy, który będzie bliski, rozumiejący, ale także stanowczy. Umiejętność budowania i utrzymania autorytetu – w tej „kategorii” zawiera się np. stawianie granic, wspieranie – życzliwość, wzmocnienie pozytywne dziecka i wymaganie – konsekwencja. Wsparcie udzielane przez dorosłego stanowi swoisty „system immunologiczny”, chroniący przed zagrożeniami i zachowaniami ryzykownymi.

Pozytywne więzi z dorosłymi z najbliższego otoczenia stoją w centrum wychowania i profilaktyki problemowej. Wychowanie i profilaktyka to w dużej mierze przekazywanie wartości, ich przekazanie z kolei zależy od więzi osobowych. Dorośli uczą dzieci/młodzież określonych wartości przez swój własny przykład, stawiane granice, rozmowę. Jednak to, czy młody człowiek przyjmie te wartości za swoje, w dużej mierze zależy od siły i rodzaju więzi z danym dorosłym. **Por. materiał 24, s. 5-12.**





Doświadczony dorosły wie jednak, że :

- ⇒ nastolatki bardzo potrzebują jasnych granic,
- ⇒ czytelnego wskazania wartości,
- ⇒ wsparcia w sytuacjach, gdy próby podejmowania pierwszych wyzwań dorosłego życia kończą się porażką, cierpieniem, wstydem.

Na budowanie autorytetu składa się wiele umiejętności i kompetencji, w tym społecznych, emocjonalnych, osobowościowych, komunikacyjnych.

### Na kilka można zwrócić szczególną uwagę:

- ⇒ **Umiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami** – w szczególności trudnymi. Wielu przykrych następstw można byłoby uniknąć, gdyby dorośli znali i potrafili nazwać swoje emocje i mechanizmy obronne, zwłaszcza w sytuacjach konfliktu z dzieckiem, czy jako wychowawcy/nauczyciele z rodzicami. Mając świadomość swoich zasobów i ograniczeń oraz przyczyn zachowań agresywnych uczniów, czy sięgania po substancje psychoaktywne, łatwiej uniknąć prowokacji i rozwiązać sytuacje problemowe.
- ⇒ **Umiejętność pozytywnego, świadomego modelowania** – wprowadzania zasad i norm spójnych z własnym zachowaniem. Ta umiejętność dotyczy przede wszystkim zachowań nieagresywnych, niepalenia, niepicia i konsekwentnego przestrzegania ich w relacjach z uczniami. Stałe zasady są drogowskazami dla uczniów, którzy ich bardzo potrzebują. Nie dają gotowych rozwiązań, a uczą, jak przewycięzać trudności.
- ⇒ **Umiejętność okazywania zrozumienia i szacunku dla dziecka, dawania mu uwagi.** Wśród czynników chroniących młodzież przed zachowaniami problemowymi, wyróżniają się dobre relacje z osobami dorosłymi (bliska więź z rodzicami, autorytet osoby dorosłej spoza rodziny).

W okresie adolescencji, gdy młodzi ludzie przeżywają kryzys tożsamości, warto zadbać o tworzenie optymalnych warunków ich rozwoju. Umiejętności, cechy i postawy prezentowane przez dorosłych mogą pomóc nastolatki pokonać różne trudności, związane z tą fazą dojrzewania.

### Cechy „optymalnego” dorosłego oraz ich znaczenie dla rozwoju młodego człowieka

Cecha	Charakterystyka	Znaczenie dla rozwoju młodego człowieka
<b>Wrażliwość, empatia i uwaga</b>	Umiejętność dostrzegania i rozumienia rozterek i stanów emocjonalnych nastolatki oraz zauważania i trafnego interpretowania różnych przejawów jego poszukiwania własnej tożsamości.	Poszukiwanie własnej tożsamości w atmosferze zrozumienia, nabywanie umiejętności nawiązywania relacji interpersonalnych opartych na empatii.



<b>Gotowość do wspierania</b>	Gotowość pomocy w uświadamianiu sobie przez nastolatka, jakie są jego cele i jakich sposobów używa do ich realizacji, towarzyszenie mu (nie wyręczanie) w podejmowaniu zadań i ponoszeniu konsekwencji własnych wyborów.	Kształtowanie poczucia odpowiedzialności oraz świadomości korzyści i negatywnych konsekwencji.
<b>Czytelność</b>	Jego sposób postępowania jest zrozumiały dla młodego człowieka, potrafi go uzasadnić, kieruje się stałymi, przejrzystymi zasadami.	Znajomość reguł i zasad poruszania się w relacjach międzyludzkich, kształtowanie własnego systemu wartości.
<b>Czułość</b>	Specyficzny stan gotowości do wyłapywania sygnałów zapowiadających problem	Poczucie bezpieczeństwa i świadomość braku osamotnienia (przeciwieństwo to alienacja, izolacja i wycofanie).
<b>Otwartość w dialogu</b>	Uważne słuchanie, umiejętność przyjmowania argumentów nastolatka i przedstawiania mu swoich racji.	Nabywanie umiejętności w zakresie konstruktywnego dialogu z innymi ludźmi oraz prowadzenia negocjacji.
<b>Adekwatność</b>	Dostosowywanie wymagań stawianych nastolatкови do jego aktualnych kompetencji i możliwości.	Szansa na kształtowanie własnej tożsamości w sposób umożliwiający optymalne wykorzystanie potencjału oraz integrowanie dotychczasowych doświadczeń.
<b>Stanowczość i konsekwencja</b>	Stawianie wyraźnych granic, stosowanie jasnych reguł i ich egzekwowanie, w tym także zakazów wynikających z przepisów prawnych (np. picie alkoholu, używanie narkotyków itp.).	Umiejętność respektowania reguł, opóźnienie inicjacji alkoholowej lub seksualnej, zmniejszenie ryzyka problemów zdrowotnych.
<b>Zaangażowanie</b>	Przedstawienie młodemu człowiekowi szerokiej oferty dotyczącej autorytetów, wartości i kultury masowej, z której mógłby wybierać w sposób konstruktywny dla siebie.	Szansa na poznanie i porównanie różnych możliwości w zakresie określania swojej tożsamości większe prawdopodobieństwo trafnego, optymalnego wyboru swojej ścieżki życiowej.

Źródło: M. Wójcik, *Optymalny dorosły*, „Remedium” 2004, Nr 7-8.



**Teoria porównań społecznych** głosi, że „dokonujemy porównań, gdy nie mamy pewności, jacy jesteśmy pod względem danej cechy i nie ma żadnego obiektywnego kryterium, którym moglibyśmy się posłużyć. Zazwyczaj za przedmiot porównań wybieramy sobie tych, którzy są do nas podobni, ponieważ ma to dla nas największą wartość diagnostyczną.

Nastolatek sprawdza więc, jak reagują na niego rówieśnicy i obserwuje zachowania kolegów w różnych sytuacjach, porównując się z nimi, a także próbując ich naśladować. Potrzebuje wzorów, na podstawie których mógłby modelować swój wygląd i zachowanie.

Rolę wzorców – pozytywnych albo negatywnych – **pełnią przede wszystkim rodzice, nauczyciele, wychowawcy i inne osoby znaczące (gwiazdy filmu, muzyki czy sportu). Mogą to być także liderzy młodzieży**<sup>10</sup>.

### autorytet rówieśniczy – rola liderów młodzieżowych w działaniach profilaktycznych instytucji pomocowych

Im słabsza jest więź dziecka z rodzicami, tym silniejszy jest wpływ grupy rówieśniczej

**Lider młodzieżowy to autorytet w środowisku młodzieży**, angażujący się w pozytywne i twórcze działania, prowadzący nieformalne grupy młodzieżowe, pracujący w wolontariacie. Lider młodzieżowy ma pomysły na to, jak zmienić środowisko lokalne, aby żyło się w nim lepiej zarówno młodzieży jak i dorosłym.

Liderzy młodzieżowi są wielką siłą wspierającą działania profilaktyczne w szkołach i innych placówkach i instytucjach oraz w społeczności lokalnej.

#### Lider młodzieżowy:

- ⇒ wspiera,
- ⇒ doradza,
- ⇒ animuje kulturę rówieśniczą,
- ⇒ tworzy wokół siebie środowisko<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> J. Szymańska, *dz. cyt.*, s. 26.

<sup>11</sup> W. Łysiak, *Lider*, Warszawa 2008.



Lider młodzieżowy zna lepiej od dorosłych problemy nastolatków, często lepiej wie, co zrobić, jak pomóc, czego nie robić. Warto angażować liderów młodzieżowych w działania profilaktyczne, kulturowe, sportowe, w realizację pomysłów w szkole i społeczności lokalnej. Warto słuchać liderów młodzieżowych. Warto zapraszać liderów młodzieżowych na konsultacje społeczne.

Często wzmacnia się **pozytywnych liderów**, proponując im treningi umiejętności społecznych (nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie w trudnych sytuacjach, rozumienia siebie i innych, pomagania innym), zapewniając im wsparcie i zwiększając skuteczność ich oddziaływania.

Projekt **Szkoła Liderów Młodzieżowych** polega na aktywizacji młodzieży w środowiskach takich, jak: szkoła, placówki, grupy formalne i nieformalne, ulica. W ramach projektu odbywają się również szkolenia streetworkerów. Celem jest aktywizacja młodzieży i tworzenie pozytywnej kultury rówieśniczej w przestrzeniach wolnych od przemocy i narkotyków.

**Pozytywni liderzy**, są przeważnie mniej widoczni, toteż ich wpływ na grupę może być mniejszy niż liderów negatywnych. Jednak atrakcyjny, pozytywny kolega mający wysoką pozycję w grupie rówieśniczej może skutecznie zakwestionować destrukcyjne normy i wprowadzić normy pozytywne. Psychologia społeczna stwierdza, że łatwiej jest oprzeć się naciskom, jeżeli posiadamy choćby nielicznych sojuszników. Ponieważ niecała młodzież identyfikuje się z narzuconymi normami, przeciwstawienie się im przez pozytywnego lidera ośmiela inne osoby do podobnych zachowań.

Bazując na tej wiedzy, podejmuje się próby oddziaływania na grupy młodzieżowe poprzez pozytywnych liderów. Atrakcyjny rówieśnik lub nieco starszy kolega ma znaczną siłę oddziaływania:

- ⇒ stanowi pozytywny wzorzec do modelowania zachowań;
- ⇒ może negować destrukcyjne normy grupowe;
- ⇒ może osłabiać błędne przekonania normatywne – jest dowodem, że nie wszyscy np. piją i akceptują picie.

W niektórych liceach wyjazdy integracyjne dla uczniów klas pierwszych organizują i prowadzą ich starsi koledzy ze szkoły pod dyskretną opieką nauczycieli. Często są to grupy harcerzy, którzy zapewniają bardzo atrakcyjny program w trakcie wspólnego wyjazdu. Podczas różnych zajęć informują o zasadach obowiązujących w ich szkole, wyrażają akceptację dla tychże zasad oraz dystansują się publicznie od osób usiłujących zachowywać się niezgodnie z zasadami, na przykład mówiąc: „*U nas w szkole nie ma zwyczaju picia na wyjazdach. Radzę ci, stary, schowaj to piwo. Chyba, że nie umiesz się bez tego dobrze bawić. Nam to nie jest potrzebne*”.

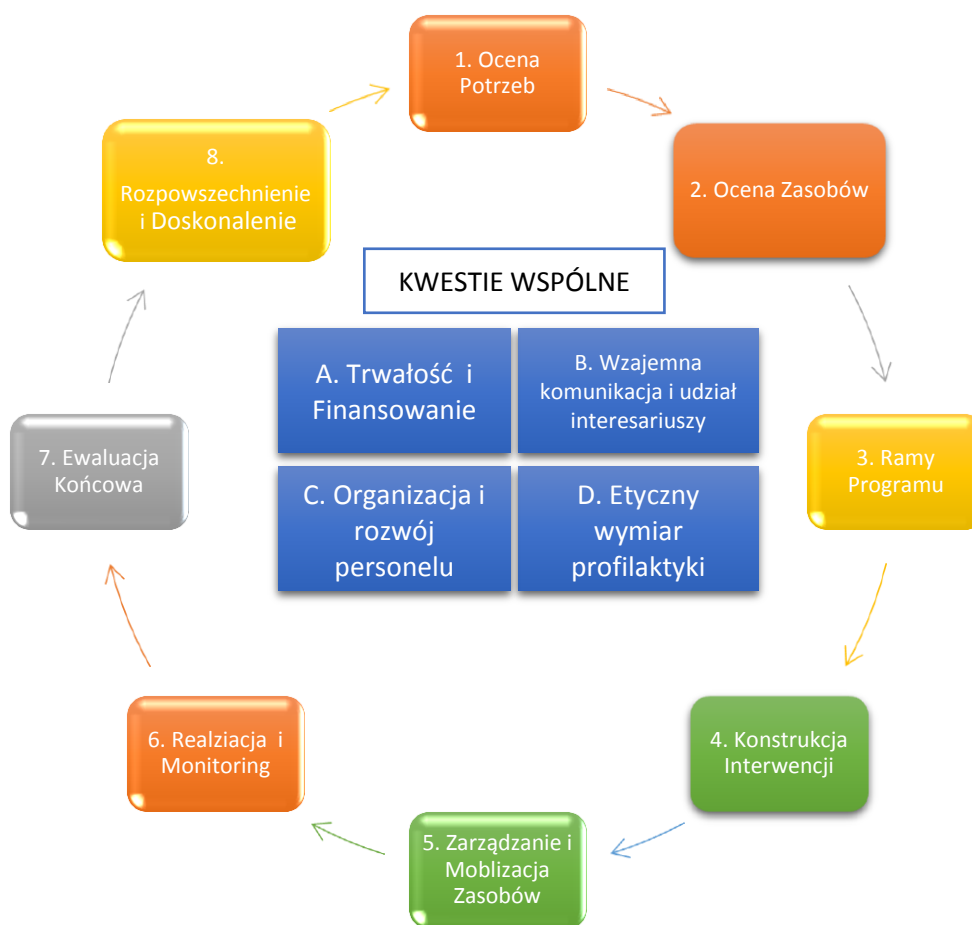
Wdrażane są również programy, w których pozyskuje się liderów młodzieżowych dla działań profilaktycznych, a następnie przygotowuje do roli **doradcy rówieśniczego**.



## program profilaktyczny – podstawowe zasady konstruowania z uwzględnieniem specyfiki instytucji i grupy docelowej<sup>12</sup>

Sformułowanie programu stanowi zarys koncepcji i struktury programu oraz fundament ukierunkowanego, szczegółowego i realistycznego planowania. Ocena potrzeb grupy docelowej oraz dostępnych zasobów pozwala na jasne zdefiniowanie kluczowych elementów programu.

### Cykl projektowy programu profilaktycznego



Źródło: Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień, Warszawa 2011, s. 65.

<sup>12</sup> K. Ostaszewski, *Standardy profilaktyki*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016, s. 13-32



Konstruowanie programów odbywa się w następujących krokach:

1. **zdefiniowanie grupy docelowej** – prawidłowe określenie grupy docelowej sprawia, że interwencja jest skierowana do odpowiednich osób,
2. **zastosowanie modelu teoretycznego** – czyli ogółu powiązanych ze sobą założeń, które wyjaśniają, w jaki sposób i dlaczego interwencja ma szansę na skuteczną realizację w grupie docelowej,
3. **określenie celów strategicznych, programowych i częściowych** – bez tych celów pojawia się ryzyko prowadzenia działań profilaktycznych samych w sobie, a nie z korzyścią dla grupy docelowej; cele strategiczne określają długofalowy kierunek programu, jego założenia i zamiary; cele programowe definiują rezultaty programu dla uczestników w momencie zakończenia interwencji; cele częściowe stanowią bezpośrednie lub pośrednie zmiany w zachowaniu uczestników konieczne w osiągnięciu celu końcowego; cele operacyjne opisują działania konieczne w zakresie osiągnięcia celów głównych i częściowych,
4. **określenie miejsca realizacji** – czyli **rodzina, szkoła**, miejsce pracy, społeczność czy społeczeństwo (przy ich wyborze trzeba wziąć pod uwagę też względy praktyczne: łatwość dostępu, konieczna współpraca);
5. **odwołanie się do dowodów skuteczności** – ważne jest wykorzystanie wiedzy dotyczącej efektywności działań – **przykłady dobrych praktyk**
6. **ustalenie harmonogramu** – jest niezbędne w planowaniu i realizacji programu (np. po to, by członkowie personelu mogli ukierunkować i koordynować swoje działania wraz z terminem realizacji. Mimo przyjętych ustaleń harmonogram może być aktualizowany na bieżąco, tak, by odzwierciedlał faktyczny stan realizacji<sup>13</sup>.

### standardy profilaktyki – najbardziej pożądane cechy profilaktyki

Występują dwa uzupełniające się rodzaje pożądanych cech profilaktyki.

- ⇒ Pierwsze charakteryzują strategie lub programy profilaktyczne, które przynoszą pożądane rezultaty, np. wizyty domowe u kobiet z grup ryzyka w okresie ciąży.
- ⇒ Drugie wskazują na „składniki”, które należy uwzględnić, żeby skonstruować i wdrożyć skuteczny program profilaktyczny, np. zastosowanie do edukacji metod interaktywnych nauki umiejętności społecznych.

**Spełnianie standardów oznacza więc stosowanie w praktyce działań profilaktycznych, które w całości lub w dużym stopniu posiadają te pożądane cechy.**

standardy działań profilaktycznych są wzorowane na **Międzynarodowych Standardach** opracowanych przez grupę ekspertów UNODC (**International standards on drug use prevention**). Zostały one pogrupowane ze względu na okresy rozwojowe.

Każdy okres rozwojowy młodego człowieka ma swoją charakterystykę dotyczącą specyficznych zagrożeń (czynników ryzyka), która wymaga odpowiedniej interwencji profilaktycznej. **Prawidłowości rozwojowe stanowią więc swoisty drogowskaz dla profilaktyki.**

<sup>13</sup> Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień, Warszawa 2011, s. 121-122.



## I. Grupa 1. OKRES PRENATALNY/NIEMOWLĘCY

**działania profilaktyczne w okresie prenatalnym są skoncentrowane przede wszystkim na grupie matek nadużywających substancji psychoaktywnych i polegają na usuwaniu lub redukowaniu tych zagrożeń (czynników ryzyka).**

### Skuteczne strategie i programy

- 1. Interwencja wobec kobiet w ciąży i młodych matek uzależnionych od substancji psychoaktywnych (picie alkoholu, palenie papierosów i używanie narkotyków).**  
Strategią profilaktyczną, która przynosi korzyści, jest identyfikowanie matek z grupy ryzyka. Ciąża i wczesne macierzyństwo to dobra okazja dla działań, których celem jest motywowanie do podjęcia profesjonalnej terapii uzależnień.

Programy terapii uzależnień dla kobiet w ciąży są skutecznym narzędziem redukcji ryzyka rozwojowego dla ich dzieci.

- 2. Wizyty domowe u kobiet w ciąży lub u młodych matek z grupy ryzyka.** Sposobem na redukcję ryzyka w grupie kobiet problemowo używających substancji psychoaktywnych są wizyty domowe prowadzone przez przeszkoloną pielęgniarkę lub pracownika socjalnego. Celem tych wizyt jest edukowanie i wspieranie młodej matki w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb dziecka, w szczególności w zakresie potrzeby bliskiego i bezpiecznego związku z matką. W czasie tych wizyt przedmiotem interwencji lub pomocy jest również szereg innych spraw istotnych z perspektywy zdrowia, wychowania i bezpieczeństwa mającego przyjść na świat lub dopiero co narodzonego dziecka. Są to kwestie zdrowotne, społeczne, ekonomiczne młodej matki i jej dziecka takie jak: zdrowy styl życia, odżywianie, opieka zdrowotna, warunki mieszkaniowe, zatrudnienie, nieuregulowane kwestie prawne itd.

3.

### **Cechy skutecznych programów**

#### **Interwencja wobec kobiet w ciąży i młodych matek uzależnionych od substancji psychoaktywnych**

⇒ profesjonalna terapia uzależnień, w ramach której kobiety uzyskują pomoc w rozwiązywaniu / leczeniu ich problemów zdrowia psychicznego

#### **Wizyty domowe u kobiet w ciąży lub u młodych matek z grupy ryzyka**

⇒ prowadzone przez odpowiednio przygotowany (przeszkolony) personel (pielęgniarka i pracownik socjalny, asystent rodziny)

⇒ trwające do czasu osiągnięcia przez dziecko wieku 2 lat, z początku intensywne (raz na dwa tygodnie), z czasem rzadsze (raz na miesiąc albo rzadziej)

⇒ zawierające elementy treningu / edukacji w zakresie podstawowych umiejętności wychowawczych

⇒ podejmujące pomoc i konsultacje w sprawach np. zdrowia, zatrudnienia, sytuacji mieszkaniowej i prawnej młodej matki.



### Cechy nieskutecznych programów:

- ⇒ nieprofesjonalne metody leczenia uzależnienia kobiet w ciąży, pojedyncze lub krótkotrwałe wizyty domowe u młodych matek z grupy ryzyka,
- ⇒ brak przeszkolenia osób realizujących program wizyt domowych.

## II. Grupa 2. OKRES PRZEDSZKOLNY

Nieprawidłowości w opiece nad małym dzieckiem mają swoje negatywne konsekwencje w późniejszych etapach życia dziecka. Znaczącym czynnikiem ryzyka jest niewłaściwe postępowanie rodziców (np. stosowanie surowej lub niekonsekwentnej dyscypliny, niskie zaangażowanie rodziców w opiekę nad dzieckiem, brak właściwego dozoru, stosowanie kar cielesnych) co skutkuje zaburzeniami

zachowania we wczesnym dzieciństwie (agresja w kontaktach z rówieśnikami, wybuchy złości, rozdrażnienie) i prowadzi w następnej fazie rozwojowej do odrzucenia przez rówieśników oraz niepowodzeń w szkole. Wiąże się to zwykle z problemami w rodzinie dziecka (konfliktami w rodzinie, rozwodami, przemocą domową, nadużywaniem substancji psychoaktywnych w rodzinie).

### Skuteczne strategie i programy

- 1. Edukacja przedszkolna nastawiona na rozwój umiejętności społecznych i poznawczych.** Edukacja przedszkolna nastawiona na **rozwój odpowiednich dla wieku umiejętności społecznych i poznawczych, jest czynnikiem ochronnym**, który może kompensować niedostatki lub nieprawidłowości życia rodzinnego w tym okresie życia dziecka. Badania ewaluacyjne wskazują, że odpowiednio prowadzona edukacja przedszkolna dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych może ograniczać używanie substancji psychoaktywnych w okresie dojrzewania, a także ograniczać inne zachowania ryzykowne okresu adolescencji, zmniejszać ryzyko problemów psychicznych i sprzyjać karierze szkolnej.

### Cechy skutecznych programów

Edukacja przedszkolna dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych nastawiona na poprawę funkcjonowania społecznego, poznawczego oraz rozwój adekwatnych do wieku umiejętności posługiwania się językiem – meta dialogu motywującego:

- ⇒ prowadzona systematycznie, minimum 5 dni w tygodniu,
- ⇒ realizowana przez wykwalifikowanych i przeszkolonych nauczycieli nauczania początkowego,
- ⇒ połączona ze wspieraniem rodziców dziecka w kwestiach wychowawczych, bytowych i socjalnych.

### Cechy nieskutecznych programów:

- ⇒ brak lub niska dostępność edukacji przedszkolnej dla rodzin z grup ryzyka,
- ⇒ niskie kwalifikacje lub brak przygotowania osób prowadzących edukację przedszkolną.



### III. Grupa 3. OKRES WCZESNOSZKOLNY

W okresie wczesnoszkolnym rodzice i rodzina pozostają głównym źródłem wpływu na rozwój dziecka, ale coraz większego znaczenia nabiera szkoła i grupa rówieśnicza. Dziecko więcej czasu przebywa w szkole oraz innych placówkach edukacji pozaszkolnej. Nawiązuje nowe relacje z rówieśnikami.

#### Skuteczne strategie i programy

Zagrożeniami (czynnikami ryzyka) dla prawidłowego rozwoju w okresie wczesnoszkolnym są przede wszystkim nieprawidłowości i deficyty w postępowaniu rodziców, niska jakość edukacji szkolnej i nieprzyjazny klimat społeczny szkoły, oraz deficyty umiejętności psychospołecznych, które utrudniają realizację zadań rozwojowych oraz zwiększają podatność na wpływy problemowych rówieśników. Strategie profilaktyczne dla ogółu dzieci w okresie wczesnoszkolnym (profilaktyka uniwersalna) biorą więc pod uwagę ww. czynniki ryzyka.

Są to przede wszystkim:

- ⇒ programy rozwijania umiejętności
- ⇒ programy poprawy jakości edukacji szkolnej i klimatu szkoły,
- ⇒ programy rozwijania umiejętności psychospołecznych dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

Ze znacznym ryzykiem dla dalszego rozwoju dziecka wiążą się nieleczone zaburzenia psychiczne, których pierwsze objawy mogą pojawić się w tym okresie rozwojowym. Grupę zwiększonego ryzyka stanowią więc dzieci z objawami zaburzeń lękowych, nadpobudliwością psychoruchową, impulsywnością i zaburzeniami zachowania. Udzielenie im pomocy wymaga interwencji profilaktycznej (profilaktyka wskazująca) z udziałem specjalistów (pedagogów, psychologów, lekarzy).

#### **Programy rozwijania umiejętności rodziców**

Zagrożenia okresu wczesnoszkolnego można kompensować poprzez programy rozwijania umiejętności wychowawczych rodziców. Pozytywne relacje rodzinne i umiejętne postępowanie wychowawcze rodziców należą do silniejszych czynników chroniących dorastające dzieci przed angażowaniem się w zachowania ryzykowne.

Programy adresowane do rodziców rozwijają m.in. umiejętności wspierania emocjonalnego dzieci, utrzymywania z nimi dobrych relacji, efektywnego monitorowania, rozwiązywania problemów związanych z edukacją szkolną, dyscyplinowania dzieci bez stosowania przemocy, komunikowania oczekiwań dotyczących zasad i wartości oraz zachowań problemowych.

#### **Cechy skutecznych programów**

Skuteczność programów rozwijania umiejętności rodziców jest związana z odpowiednim doбором celów edukacji rodziców. Dobre wyniki są związane ze wzmocnieniem i wspieraniem następujących

aspektów życia rodzinnego:

- ⇒ więzi rodzinnych i dobrych relacji w rodzinie,
- ⇒ umiejętności dotyczących aktywnego udziału w życiu dziecka m.in. wspierania i monitorowania przyjaźni z rówieśnikami, pomocy w nauce w szkole,



- ⇒ metod dyscyplinowania dzieci bez stosowania kar cielesnych i przemocy,
- ⇒ zachowań i postaw rodziców będących pozytywnym przykładem dla dzieci.

**Ważnym aspektem sprzyjającym skuteczności tego typu programów jest odpowiednia metodyka i organizacja zajęć dla rodziców lub całych rodzin. Z tej perspektywy kluczowe są:**

- ⇒ przyjazna logistyka i klimat zajęć zachęcająca rodziców do udziału w programie, np. południowe lub wieczorowe godziny zajęć, zadania do wykonania w domu, zapewnienie opieki nad dzieckiem, posiłki dla uczestników, drobne nagrody po każdej zakończonej sesji,
- ⇒ liczba zajęć zapewniająca odpowiednią „dawkę” edukacji – zwykle ok. 10 spotkań,
- ⇒ zajęcia nie tylko dla rodziców, ale również dla rodziców i dzieci (sesje rodzinne),
- ⇒ odpowiednie przygotowanie i przeszkolenie realizatorów.

#### **Cechy nieskutecznych programów:**

- ⇒ podważanie lub lekceważenie władzy rodzicielskiej,
- ⇒ oparcie programu tylko na tradycyjnych formach edukacji (wykładach lub pogadankach),
- ⇒ informowanie rodziców o substancjach psychoaktywnych po to, aby prowadzili rozmowy z własnymi dziećmi (edukowali dzieci) na temat tych substancji,
- ⇒ koncentrowanie programu wyłącznie na potrzebach dziecka,
- ⇒ realizowanie programu przez słabo przygotowanych (przeszkolonych) realizatorów.

#### **Szkolne działania profilaktyczne**

Dobre wyniki są związane z następującymi aspektami tych programów:

- ⇒ wdrażane są na początku edukacji szkolnej (w pierwszej i drugiej klasie szkoły podstawowej),
- ⇒ są oparte na współpracy nauczyciel-uczeń i aktywnym udziale uczniów,
- ⇒ uczą nauczycieli, jak reagować na niewłaściwe zachowania uczniów (agresję, wagary, lekceważenie obowiązków szkolnych), wzmacniać i doceniać pożądane zachowania uczniów (zachowania prospołeczne, zaangażowanie w naukę itd.), formułować oczekiwania wobec uczniów i informacje zwrotne dotyczące spełniania lub niespełniania tych oczekiwań.

#### **O ich nieskuteczności przesądza:**

- ⇒ opieranie szkolnych działań profilaktycznych na zewnętrznych instrumentach służących do kontrolowania zachowań uczniów, np. monitoringu wizyjnym,
- ⇒ brak przygotowania młodych nauczycieli do efektywnego kierowaniem klasą szkolną (nauka na błędach własnych),
- ⇒ wypalenie zawodowe nauczycieli,
- ⇒ sterowanie karierą szkolną uczniów poprzez zachęcanie do rywalizacji o stopnie, nagrody i pozycję w szkole,





- ⇒ brak wewnątrzszkolnego systemu reagowania nauczycieli na przejawy przemocy rówieśniczej i systematycznego znęcania się (bullyingu).

### **Programy rozwijania umiejętności psychospołecznych uczniów**

Edukacja szkolna wspierająca od początku szkoły podstawowej rozwój psychospołeczny i emocjonalny uczniów jest skutecznym narzędziem profilaktyki zachowań ryzykownych. Do tych umiejętności zalicza się m.in.

- ⇒ umiejętności interpersonalne,
- ⇒ podejmowanie decyzji,
- ⇒ kierowanie swoimi emocjami,
- ⇒ radzenie sobie ze stresem.

Wysoki poziom tych umiejętności jest swego rodzaju meta-czynnikiem chroniącym, który redukuje działanie wielu czynników ryzyka zachowań problemowych oraz zaburzeń zdrowia psychicznego. Zwiększa on jednocześnie efektywność uczenia się i prawdopodobieństwo odniesienia przez uczniów sukcesów w życiu szkolnym i społecznym. Programy rozwoju tych umiejętności u dzieci w okresie wczesnoszkolnym są ustrukturalizowane (przewidują cykl kilku lub kilkunastu zajęć) i często nie zawierają treści specyficznie odnoszących się do substancji psychoaktywnych.

### **Cechy skutecznych programów**

Dobre wyniki są związane z następującą charakterystyką tych programów:

- ⇒ skutecznie zwiększają poziom kilku kluczowych umiejętności psychospołecznych uczniów,
- ⇒ są realizowane przez cykl kilku lub kilkunastu zajęć, wsparty przez zajęcia uzupełniające w kolejnych latach edukacji,
- ⇒ są prowadzone przez przeszkolonych nauczycieli lub innych realizatorów,
- ⇒ są oparte na interaktywnej metodyce kształcenia.

### **Cechy nieskutecznych programów:**

- ⇒ oparte na tradycyjnych metodach edukacji typu wykład lub pogadanka,
- ⇒ zawierające przekaz informacji o poszczególnych substancjach psychoaktywnych,
- ⇒ wykorzystujące obrazy, statystyki, historie w celu wzbudzania lęku przed konsekwencjami używania tych substancji,
- ⇒ zorientowane tylko na podnoszenie poczucia własnej wartości u odbiorców programu.

## **IV. Grupa 4. OKRES ADOLESCENCJI**

Fazowy przebieg procesów adolescencji, w którym dojrzewanie biologiczne o kilka lat wyprzedza dojrzewanie psychospołeczne jednostki, jest źródłem znacznego ryzyka rozwojowego. Dysharmonia rozwojowa w naturalny sposób zwiększa ekspozycję na różne formy ryzyka, w tym eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi, seksem, władzą rodzicielską i innymi przejawami formalnych autorytetów włączając w to szkołę, przepisy prawa karnego i obyczajowego. **Skuteczne strategie i programy profilaktyczne dla ogółu adolescentów w okresie szkolnym (profilaktyka uniwersalna) biorą więc pod uwagę ww. zagrożenia rozwojowe.**



### Są to przede wszystkim:

- ⇒ 1) programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności życiowych młodzieży,
- ⇒ 2) polityka kształtowania kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu uczniów.

Grupy młodych ludzi, charakteryzujące się większą indywidualną podatnością na podejmowanie zachowań ryzykownych wymagają działań na poziomie profilaktyki selektywnej i wskazującej.

### Sytuacja młodych ludzi z grup zwiększonego ryzyka wymaga specjalnie dedykowanych oddziaływań edukacyjnych i profilaktycznych.

Są to przede wszystkim programy nastawione na:

- ⇒ motywowanie do zmiany ryzykownego zachowania
- ⇒ (krótkie interwencje profilaktyczne),
- ⇒ długoterminowe wspieranie młodzieży z grup ryzyka (mentoring),
- ⇒ zachowania ryzykowne ze względu na ich psychologiczną charakterystykę.

## 1) Programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności życiowych

### Cechy skutecznych programów

Dobre wyniki są związane z następującą charakterystyką tych programów:

- ⇒ oparte są na interaktywnej metodyce edukacji,
- ⇒ przyjmują postać cyklu kilkunastu zajęć (zwykle 10-15 zajęć) realizowanych przynajmniej raz w tygodniu,
- ⇒ przewidują krótkie cykle zajęć uzupełniających w kolejnych kilku latach edukacji,
- ⇒ realizowane są przez przeszkolonych nauczycieli, niekiedy przy udziale przeszkolonych liderów młodzieżowych,
- ⇒ tworzą sytuacje edukacyjne do praktykowania i rozwijania umiejętności życiowych, w szczególności umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i stresem, podejmowania decyzji, radzenia sobie z negatywnymi wpływami społecznymi prowokującymi do używania substancji psychoaktywnych,
- ⇒ zwiększają wiedzę dotyczącą bezpośrednich konsekwencji używania substancji psychoaktywnych i poszerzają świadomość ryzyka z tym związanego,
- ⇒ korygują niewłaściwe przekonania normatywne dotyczące używania substancji psychoaktywnych oraz oczekiwania młodzieży dotyczące skutków ich używania.

### Cechy nieskutecznych programów:

- ⇒ oparte na tradycyjnych metodach edukacji typu wykład lub pogadanka,
- ⇒ oparte na strategii informacyjnej, której celem jest wzbudzenie lęku przed konsekwencjami używania substancji psychoaktywnych,
- ⇒ oparte na zajęciach bez z góry założonej struktury, realizowanych poprzez swobodny dialog realizatora z uczestnikami,
- ⇒ oparte na moralizowaniu i przestroгах dla młodzieży,



- ⇒ zorientowane tylko na zarządzanie emocjami i podnoszenie poczucia własnej wartości u odbiorców programu,
- ⇒ wykorzystujące pracowników policji do realizacji tego typu programu np. w szkołach.

## 2) Kształtowanie kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu

### Cechy skutecznych programów

Dobre wyniki są związane z następującą charakterystyką wykorzystanych strategii w programie:

- ⇒ są nastawione na kształtowanie pozytywnej więzi uczniów ze szkołą,
- ⇒ są wypracowywane z aktywnym udziałem uczniów, rodziców, nauczycieli i innych pracowników szkoły,
- ⇒ ograniczają lub eliminują dostęp do substancji psychoaktywnych na terenie szkoły (te ograniczenia dotyczą wszystkich członków społeczności szkolnej),
- ⇒ zawierają konstruktywne rozwiązania wobec uczniów z problemami, oparte na wyciąganiu konsekwencji przy jednoczesnym wspieraniu pomocy specjalistycznej (kierowaniu na konsultacje, zajęcia wyrównawcze, terapię, leczenie),
- ⇒ zasady obowiązujące w szkole są egzekwowane konsekwentnie i natychmiast po wykroczeniu.

### Cechy nieskutecznych programów:

- ⇒ losowe testowanie uczniów na obecność narkotyków w ich organizmie,
- ⇒ opieranie szkolnej polityki wyłącznie na restrykcyjnych instrumentach kontroli niepoprawnych lub ryzykownych zachowań uczniów (karaniu, relegowaniu, obniżaniu ocen).

## Sytuacja młodych ludzi z grup zwiększonego ryzyka wymaga specjalnie dedykowanych oddziaływań edukacyjnych i profilaktycznych.

Są to przede wszystkim programy nastawione na:

- ⇒ motywowanie do zmiany ryzykownego zachowania (krótkie interwencje profilaktyczne),
- ⇒ długoterminowe wspieranie młodzieży z grup ryzyka (mentoring),
- ⇒ zwiększanie osobistych kompetencji u osób podatnych na zachowania ryzykowne ze względu na ich psychologiczną charakterystykę.

## 3) Krótkie interwencje profilaktyczne

### Cechy skutecznej krótkiej interwencji profilaktycznej

- ⇒ prowadzona „twarzą w twarz” z odpowiednio przeszkolonym specjalistą (nauczycielem, wychowawcą, pedagogiem szkolnym, psychologiem, lekarzem),
- ⇒ oparta na udzielaniu natychmiastowego wsparcia informacyjnego (porady, oceny ryzyka) oraz motywowaniu do zmiany ryzykownego zachowania,
- ⇒ wsparta zorganizowanymi i strukturalizowanymi zajęciami grupowymi, których celem jest zachęcenie uczestników do oceny ryzyka swoich zachowań, zwiększenie odpowiedzialności



oraz zmiany postaw i zachowań związanych z używaniem narkotyków i innych substancji psychoaktywnych.

#### **Cechy nieskutecznej krótkiej interwencji profilaktycznej:**

- ⇒ brak możliwości konsultacji specjalistycznych dla młodzieży wymagającej dalszej pomocy, terapii lub diagnozy,
- ⇒ długi okres oczekiwania na pierwszą rozmowę konsultacyjną,
- ⇒ brak współpracy pomiędzy szkołami, sądami rodzinnymi, policją, organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz młodzieży z grup ryzyka.

#### **4) Programy wspierania młodzieży z grup ryzyka (mentoring)**

##### **Cechy skutecznego mentoringu**

- ⇒ długoterminowy charakter oddziaływań - przynajmniej jeden rok stałej współpracy dorosłego wolontariusza z młodym człowiekiem z grupy ryzyka,
- ⇒ odpowiednie przeszkolenie wolontariusza i udzielanie mu wsparcia w trakcie realizacji programu,
- ⇒ strukturalizowany i zaplanowany program współpracy wolontariusza z młodym człowiekiem.

##### **Cechy nieskutecznego mentoringu:**

- ⇒ niestabilny okres pracy wolontariuszy, krótki okres ich pracy,
- ⇒ brak wsparcia i pomocy dla wolontariuszy w pokonywaniu trudności w nawiązaniu i trzymywaniu dobrego kontaktu z podopiecznym,
- ⇒ zbyt młodzi wolontariusze (niedoświadczeni, niedojrzali) lub słabo przygotowani.

#### **5) Zwiększanie osobistych kompetencji osób podatnych na zachowania ryzykowne**

##### **Cechy skutecznych programów**

- ⇒ realizowane są przez przeszkolonych specjalistów (pedagogów, psychologów),
- ⇒ uczestnicy są odpowiednio dobrani do programu na podstawie profesjonalnej diagnozy (np. z wykorzystaniem psychologicznych narzędzi diagnostycznych),
- ⇒ uczestnicy uczeni są jak radzić sobie z emocjami, które są wynikiem interakcji ich cech osobowości i środowiska,
- ⇒ przyjmują postać cyklu kilku zajęć (2-5 sesji).

#### **Do porównania Załącznik nr 2.**

### **Wybrane trendy w terapii uzależnień i zachowań ryzykownych w tym: tradycyjne leczenie ambulatoryjne i zamknięte, w tym grupowe formy wsparcia; Wilderness Therapy; Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (TSR)**

Metody pomocy osobom uzależnionych zawierają się w dwóch głównych obszarach oddziaływań: metodach psychospołecznych oraz leczeniu farmakologicznym.



W ramach metod psychospołecznych będących dominującą formą oddziaływań, wyodrębnić można: społeczność terapeutyczną, psychoterapię behawioralno-poznawczą, model 12 kroków, zarządzanie przypadkiem (Case management) oraz ruchy samopomocowe.

Szeroka gama metod pracy z osobami uzależnionymi znajduje odzwierciedlenie w praktyce, bowiem tylko nieliczne placówki pracują jedną metodą. W większości przypadków są to działania eklektyczne łączące w sobie elementy różnych metod.

**Wilderness Therapy** (Terapia dziką przyrodą; terapia przyrody) – wykorzystanie natury jako narzędzia terapeutycznego, nawiązuje do programów campingowy. Jest to metoda oddziaływania za pomocą kontaktu z dziką przyrodą. Terapia przygody bazuje głównie na oddziaływaniach poprzez grupę, kiedy to w sytuacjach kontaktu z naturą następuje wyrwanie się z kontekstu problemowego. Wykorzystując ten dystans za pomocą metafor, precyzowane są cele, wyciągane zasoby i budowane rozwiązania terapeutyczne. Metoda ta pozwala w znacznym stopniu przyspieszyć proces zmian i tym samym skrócić czas terapii.

### Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (TSR)

Celem TSR nie jest samo rozwiązanie problemu, ale poszukiwanie najbardziej optymalnego rozwiązania dla sytuacji, w której klient się znalazł. TSR można z pewnością zaliczyć do terapii ustrukturalizowanych.

Zasady działania TSR związane są wyłącznie z samymi technikami wspomagania zmian i sposobem ich skutecznego stosowania. **Zamiast tworzenia teorii na temat: "jak być powinno" i "dlaczego tak nie jest", TSR zajmuje się tym, "co się sprawdza" i "co pomaga"** oraz szuka sposobów rozszerzania powyższych działań na inne płaszczyzny i momenty życia klienta. Mamy tu do czynienia z całkowitą akceptacją perspektywy patrzenia pacjenta na własne życie (nie mylić z uznaniem za odpowiadającą w pełni rzeczywistości jego życia). Jest to moment, od którego zależy tak ważna zasada wzajemnej współpracy klient – terapeuta. Pojawianie się oporu, oznacza błąd w sztuce i zagrożenie dla wzajemnej współpracy.

W TSR nie używa się technik bezpośredniej konfrontacji, natomiast szuka się innych sposobów pracy z klientem, bez wywoływania oporu.

Przykłada się tutaj duże znaczenia do zachowania prostoty samej terapii. Jest ona "oszczędna" w stosowaniu środków terapeutycznych. Aby osiągnąć cel, należy stosować tylko i wyłącznie taką ilość interwencji terapeutycznych, która umożliwi osiągnięcie przez klienta jego celu. Wszystko, co jest ponad to minimum należy odrzucać jako zbędne.

Do podstawowych założeń należy również uznanie "nieuchronności zmiany w życiu klienta". Oznacza to, że nic nie trwa wiecznie w życiu człowieka. A skoro tak, to muszą istnieć wyjątki, kiedy "problem nie występuje". Stąd też większość wysiłków terapeutycznych nastawiona jest na szukanie, wydobywanie i wzmacnianie momentów, w których klient korzystał ze swoich sił, zasobów, umiejętności – tzw. wyjątki. Szukanie momentów zdrowych, takich "kiedy było





dobrze”, oraz odpowiedź na pytanie – co robić, aby je podtrzymać i rozwijać, jest główną zasadą pracy z klientem. Wydobywanie i wzmacnianie w procesie terapii tych mocnych stron daje szansę na osiągnięcie sukcesu terapeutycznego. Stąd też atmosfera samych spotkań terapeutycznych jest często przepełniona właśnie tym, co jest w danym człowieku dobre i dla niego korzystne.

Perspektywa pracy terapeutycznej jest ciągle nakierowana na terażniejszość i przyszłość. Jeśli eksploruje się doświadczenia z przeszłości, zawsze robione jest to we wspomnianej wyżej perspektywie. Pracuje się nad użytecznością przeszłego doświadczenia dla tego, co jest i co będzie. Założenia TSR: Jeśli coś działa, rób tego więcej. Jeśli coś nie działa, rób coś innego. Jeśli coś się nie zepsuło, nie naprawiaj. Nie komplikuj. Życie jest naprawdę proste.

### Baza instytucji pomocowych w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień danego województwa, z uwzględnieniem organizacji pozarządowych regionu

#### GŁÓWNY INSPEKTORAT SANITARNY (GIS)

Możliwość nawiązania współpracy z wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi, w zakresie organizowania działań w ramach profilaktyki używania przez młodzież nowych narkotyków oraz innych działań związanych z promocją zdrowia, w tym kampanii społecznych.

Strony internetowe GIS, na których znajdują się ważne informacje dotyczące zachowań zdrowotnych młodzieży w Polsce, w tym problematyka z zakresu profilaktyki używania nowych narkotyków.

[www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)

[www.stacjazdrowia.gov.pl](http://www.stacjazdrowia.gov.pl)

Główny Inspektorat Sanitarny dysponuje Mobilnym Punktem Edukacyjnym (w pakiecie 19 minutowy **film edukacyjny nt. nowych narkotyków**), którymi dysponują wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne. Film przeznaczony jest dla nauczycieli, pedagogów, wychowawców, rodziców i uczniów. Zawarte w nim elementy – wywiady z lekarzami toksykologami, terapeutami oraz młodymi osobami używającymi nowe narkotyki – mają na celu podniesienie świadomości nauczycieli, rodziców i uczniów na temat skutków zdrowotnych i społecznych używania tych substancji.

Istnieje możliwość podjęcia współpracy z Państwową Inspekcją Sanitarną – jednostkami terenowymi przy organizacji szkoleń dla dyrektorów szkół, kadry pedagogicznej, innych służb pracujących z dziećmi na terenie całego kraju. Dotarcie do młodego człowieka najskuteczniejsze jest przez przykłady, dlatego relacje osób zażywających narkotyki są motywem przewodnim filmu. Przekaz zbudowany jest przede wszystkim na kanwie przeżyć i doświadczeń młodych chłopców uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

**Do wykorzystania Zał. 5. Materiał informacyjny nowe narkotyki** [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

**Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne dysponują spotem telewizyjnym (o długości 40 sek.) gotowym do emisji** we wszystkich stacjach telewizyjnych. Spot przeznaczony jest przede wszystkim do emisji w regionalnych stacjach telewizyjnych. Spot oraz film można wykorzystać podczas zajęć edukacyjnych lub zamieścić na stronie internetowej placówki lub instytucji.



Szczegółowych informacji udzielają właściwe terenowe wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Bezpłatna infolinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej: 800 060 800

Infolinia daje możliwość szybkiego zgłaszania do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych informacji o oferowaniu dopalaczy i uzyskania wszelkiej pomocy w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne mogą wspierać szkoły i inne placówki w organizacji szkoleń dla pracowników.

Szczegółowych informacji udzielają właściwe terenowe wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

### KOMENDA GŁÓWNA POLICJI (KGP)

Strony internetowe jednostek organizacyjnych Policji na których znajdują się ważne informacje dotyczące problematyki nowych narkotyków.

[www.policja.pl](http://www.policja.pl)

[www.zyjbezpiecznie.policja.pl](http://www.zyjbezpiecznie.policja.pl)

Strona

[www.zyjbezpiecznie.policja.pl](http://www.zyjbezpiecznie.policja.pl)

zawiera:

- informacje dotyczące przeciwdziałania różnym formom patologii,
- porady dotyczące problemu narkomanii.

KGP – opracuje materiały informacyjne dotyczące problematyki nowych narkotyków dla policjantów, które zostaną zamieszczone na stronie internetowej Biura Prewencji KGP.

Możliwość udziału policjantów ds. nieletnich i profilaktyki lub policjantów ds. prewencji kryminalnej z komend powiatowych, miejskich, rejonowych i z komisariatów na spotkaniach z nauczycielami, wychowawcami, pedagogami nt. zagrożeń związanych z używaniem nowych narkotyków oraz odpowiedzialności karnej nieletnich wynikających z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, kodeksu karnego, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Jednostki organizacyjne Policji mają swoje strony internetowe, na których znajdują się;

- ⇒ adresy poszczególnych jednostek Policji,
- ⇒ kontakt do osób zajmujących się problematyką nieletnich i prewencją kryminalną,
- ⇒ informacje o prowadzonych działaniach profilaktycznych, kampaniach; porady skierowane do różnych grup odbiorców.

Kontakt do jednostek organizacyjnych Policji można znaleźć poprzez stronę:

[www.info.policja.pl/portal/Jednostki\\_Policji](http://www.info.policja.pl/portal/Jednostki_Policji)

### KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII (KBPN)

Strony internetowe na których znajdują się ważne informacje dotyczące zachowań zdrowotnych młodzieży w Polsce, w tym problematyki nowych narkotyków oraz różnych formy pomocy.

[www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl)

[www.dopalaczeinfo.pl](http://www.dopalaczeinfo.pl)

[www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

Strona Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) zawiera kompendium wiedzy o narkotykach i narkomanii pod adresem

[http://www.kbpn.gov.pl/o\\_narkotykach\\_i\\_inarkomanii.htm?id=111489](http://www.kbpn.gov.pl/o_narkotykach_i_inarkomanii.htm?id=111489)

3. Możliwość skorzystania z informacji dostępnej w Antynarkotykowym Telefonie Zaufania Narkotyki – **Narkomania 801 199 990** czynny codziennie w godz. 16-21 **Uzależnienia behawioralne 801 889 880** czynny codziennie w godz. 17-22



KBPN we współpracy z Ministerstwem Zdrowia opracowało ulotki dla rodziców Nasze dzieci i zagrożenia. Ulotka zawiera w pigułce informacje nt. dopalaczy.

Jest dostępna do pobrania na stronie KBPN pod adresem <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=885171> załącznik nr 3 i 4

KBPN we współpracy z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji opracował scenariusz spotkania z rodzicami w szkole pt. „Nowe zagrożenie – Dopalmce”. Scenariusz zamieszczony jest na stronie KBPN

[www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) i dostępny do pobrania pod adresem [http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa\\_on\\_line.htm?id=110707](http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707) oraz stronie ORE [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl)

Strona KBPN dedykowana problematyce dopalaczy [www.dopalaczeinfo.pl](http://www.dopalaczeinfo.pl) zawiera rzetelnie informacje o dopalaczach.

Strona Poradni internetowej zleconej i finansowanej przez KPPN [www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl)

Poprzez e-Poradnię istnieje możliwość skorzystania z: anonimowych porad specjalistów: lekarza, prawnika i psychologa, bazy ośrodków pomocowych,

wykazu aktów prawnych dotyczących narkomanii, fachowych artykułów dla specjalistów i rodziców, przeglądu książek i czasopism dotyczących problemu narkotykowego

Publikacja będąca scenariuszem krótkiego programu profilaktycznego „Smak życia – czyli debata o dopalaczach”.

Baza programów w zakresie profilaktyki narkomanii spełniających kryteria jakości w ramach systemu rekomendacji

dostępna na stronie KBPN pod adresem <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=105944>

Lista placówek profilaktyki i terapii uzależnień dostępna jest na stronie <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=110979>

Istnieje możliwość nawiązania kontaktu z terapeutami. Dane kontaktowe wojewódzkich ekspertów ds. informacji o narkotykach i narkomanii dostępne są na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN pod adresem <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=146436>

### OSRODEK ROZWOJU EDUKACJI (ORE)

Strony internetowe, na których znajdują się ważne informacje dotyczące promocji zdrowia oraz zapobiegania ryzykownym zachowaniom młodzieży, w tym problematyki nowych narkotyków oraz różnych formy pomocy: [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl), w zakładkach Promocja Zdrowia w Szkole oraz Wychowanie i Profilaktyka. Strona posiada hiperłącze ze stroną Internetowego Centrum Zasobów Edukacyjnych MEN [www.scholaris.pl](http://www.scholaris.pl).

Materiały informacyjne i edukacyjne:

E - poradnik „Profilaktyka uzależnień w szkole”, artykuł pt.: „Zagrożenia związane z dopalaczami”, przedstawiający informacje o nowych narkotykach i wynikach badań epidemiologicznych.

Zamieszczony na stronie [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl) w zakładce Wychowanie i Profilaktyka.

Bank programów profilaktycznych spełniających kryteria dobrej jakości. Należą do nich między innymi: Program „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”; „Szkolna Interwencja profilaktyczna”, Program „Golden Five” dostępne: [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl), w zakładce Programy.

Instytucje oferujące pomoc w leczeniu uzależnień

Szpitaly psychiatryczne – państwowe i prywatne

Centralny Szpital Kliniczny – detox, tylko młodzież



Szpital im. Babińskiego  
(oddziały detoksykacyjne, podwójnej diagnozy, ośrodek terapii krótkoterminowej)  
WOL-MED. – detox, terapia  
Stowarzyszenia, np.:  
MONAR (ambulatoria, ośrodki readaptacyjne)  
KARAN (ambulatoria, ośrodki readaptacyjne)  
Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii (ambulatoria, ośrodki readaptacyjne)  
ARKA (hostele, ośrodki readaptacyjne)

#### Województwo lubelskie

#### ***Ośrodek Leczenia Uzależnień Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej***

Dane teleadresowe: Ul. Karłowicza 1 20-027 Lublin <http://olu.lublin.pl>

#### ***Towarzystwo Nowa Kuźnia***

Dane teleadresowe: Ul. Samsonowicza 25 20-485 Lublin [www.towarzystwo-kuznia.lublin.pl](http://www.towarzystwo-kuznia.lublin.pl)

#### ***NZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień***

Dane teleadresowe: Ul. Kościuszki 26 23-200 Kraśnik

www: <http://www.terapiouzaleznien.com.pl>

#### ***Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu***

Dane teleadresowe: Ul. Kołłątaja 51/29 24-100 Puławy

#### **[Szpital Neuropsychiatryczny SP ZOZ – WOTUW Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu](#)**

E-mail: [jdmaliccy@poczta.onet.pl](mailto:jdmaliccy@poczta.onet.pl) Adres: Abramowicka 2, 20-442 Lublin Telefon: 81/ 728 65 53 Typ ośrodka: całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

#### **[SP Woj. Szpital Specjalistyczny w Chełmie Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu](#)**

Adres: ul. Szpitalna 53, 22-100 Chełm Telefon: 82 562 31 15 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

#### **[Szpital Neuropsychiatryczny SP ZOZ – WOTUW Przychodnia](#)**

E-mail: [wotuw@snzoz.lublin.pl](mailto:wotuw@snzoz.lublin.pl) Adres: Abramowicka 4B, 20-442 Lublin Telefon: 81/ 744 22 28 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

#### **[NZOZ „ZMIANA” Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia](#)**

Adres: Stacyjna 6, 21-500 Biała Podlaska Telefon: 83/ 342 81 73 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

#### **[SP WSP COTUA](#)**

E-mail: [poczta@radecznicza.pl](mailto:poczta@radecznicza.pl) Adres: Klasztorna 4, 22-463 Radecznicza Telefon: 84/ 681 80 02 Typ ośrodka: całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień



### [NZOZ „TERAPIA A” Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współzależnienia](#)

Adres: Stacyjna 6, 21-500 Biała Podlaska Telefon: 83/ 342 81 84 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współzależnienia/leczenia uzależnień

### [NZOZ „PSYCHO-MED” Poradnia Odwykowa](#)

E-mail: Psycho-Med@poczta.onet.pl Adres: ul.Petera 2a, 22-600 Tomaszów Lubelski Telefon: 84/ 543 20 40 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współzależnienia/leczenia uzależnień

### [SP ZOZ Oddział Detoksykacyjny](#)

Adres: Rogalińskiego 3, 21-400 Łuków Telefon: 025/ 798 20 01 w.316 Typ ośrodka: oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych

## Województwo świętokrzyskie

### ***Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współzależnienia w Kielcach***

Dane teleadresowe: Ul. Jana Nowaka-Jeziorańskiego 65 25-433 Kielce <http://otuw.webd.pl/>

### ***NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR Kielce***

Dane teleadresowe: Malików 150B 25-639 Kielce <http://www.monar-kielce.pl>

### **Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współzależnienia**

Dane teleadresowe: Ul. Grunwaldzka 45 25-736 Kielce

### **Ośrodek Leczenia Zaburzeń Psychiczych i Uzależnień „ESKULAP”**

Dane teleadresowe: Ul. Sienkiewicza 80 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

### [Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy Oddział XII Terapii Uzależnienia od Alkoholu](#)

Adres: Spacerowa 5, 26-026 Morawica Telefon: 041 364 12 31/35 Typ ośrodka: całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### [Wojewódzki Szpital Zespołowy Oddział dzinny](#)

Adres: Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce Telefon: 41 367 12 08 Typ ośrodka: dzinny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### [Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy Oddział XIII Terapii Uzależnienia od Alkoholu](#)

E-mail: szpital@morawica.com.pl Adres: Spacerowa 5, 26-026 Morawica Telefon: 041 364 13 91 Typ ośrodka: całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### [SP ZOZ Przychodnia Specjalistyczna Poradnia Leczenia Uzależnień](#)

Adres: Słowackiego 13, 27-500 Opatów Telefon: 15 868 27 33 w. 127 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współzależnienia/leczenia uzależnień





**Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacyjny)**

Adres: Spacerowa 5, 26-026 Morawica Telefon: 41 364 12 61-64 Typ ośrodka: oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych

**NZOZ Ośrodek Leczenia Zaburzeń Psychiczych i Uzależnień "Eskulap" Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia**

Adres: Sienkiewicza 80, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski Telefon: 41 265 14 24 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

**Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia – Przychodnia**

E-mail: wotuw.poradnia@morawica.com Adres: Jagiellońska 72, 25-734 Kielce Telefon: 041 345 73 46 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

**NZOZ Ośrodek Leczenia Zaburzeń Psychiczych i Uzależnień "Eskulap" Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu**

Adres: Sienkiewicza 80, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski Telefon: 41 265 14 24 Typ ośrodka: dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

**NZOZ Poradnia Zdrowia Psychicznego Poradnia Leczenia Uzależnień**

Adres: Sądowa 9, 28-100 Busko-Zdrój Telefon: 041 356 71 11/12/13 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

**Promedic Centrum Psychoterapii Agnieszki Nehrebeckiej PTUA**

E-mail: nzo.promedic@gmail.com Adres: Bednarska 3, 28-400 Pinczów Telefon: 791 063 393 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

**Województwo podkarpackie**

**NZOZ Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień**

Dane teleadresowe: ul. Żeromskiego 22 39-300 Mielec <http://www.uzaleznienia.mielec.pl>

**ZOZ Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia**

Adres: Kopernika 1, 37-600 Lubaczów Telefon: 16 632 21 38 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień



### Wojewódzki Szpital Podkarpacki Poradnia Odwykowa

E-mail: szpital@krosno.med.pl Adres: Korczyńska 57, 38-400 Krosno Telefon: 13 437 87 50 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

### WOTUW Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

E-mail: terapia-tarnobrzeg@wp.pl Adres: Wiejska 17, 39-400 Tarnobrzeg Telefon: 15 822 19 84 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

### Wojewódzki Szpital Podkarpacki Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu

E-mail: szpital@krosno.med.pl Adres: ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno Telefon: 13 437 87 61 Typ ośrodka: całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### WOTUW Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu

E-mail: terapia-stalowa-wola@wp.pl Adres: Dąbrowskiego 7, 37-464 Stalowa Wola Telefon: 15 844 86 16 Typ ośrodka: całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### SP ZOZ Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny Poradnia dla Osób Uzależnionych i Współuzależnionych od Alkoholu

Adres: Marszałka Focha 31, 37-700 Przemyśl Telefon: 16 677 82 10 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

### WOTUW Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu

E-mail: terapia-stalowa-wola@wp.pl Adres: Dąbrowskiego 7, 37-464 Stalowa Wola Telefon: 15 844 86 16 Typ ośrodka: dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień Przychodnia Terapii Uzależnień

Adres: Kochanowskiego 17, 35-201 Rzeszów Telefon: 17 858 11 81 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

### SP ZOZ Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu

Adres: ul. Lipińskiego 10, 38-500 Sanok Telefon: 13 465 63 94 Typ ośrodka: dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

Adres: Siemińskiego 17, 35-203 Rzeszów Telefon: 17 861 17 44 Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień



## Województwo podlaskie

### [NZOZ Optima Poradnia Terapii Uzależnień](#)

Adres: Kujawska 53/1, 15-548 Białystok Telefon: 85 744 52 24 Typ ośrodka: &nbsp;

### [Samodzielny Szpital Miejski im. PCK Poradnia Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnienia](#)

E-mail: storczykowa@szpital.bialystok.pl Adres: Storczykowa 5, 15-644 Białystok Telefon: 85 663 56 76  
Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

### [WOPiTU Poradnia Uzależnień](#)

E-mail: wopitu@poczta.onet.pl Adres: Rybaki 3, 18-400 Łomża Telefon: 86 216 67 03 Typ ośrodka:  
poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

### [SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszcy Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia](#)

E-mail: poradnia@sppchoroszcz.med.pl Adres: Radzymińska 2, 15-863 Białystok Telefon: 85 74 33 125  
Typ ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

### [WOPiTU Oddział Terapii Uzależnień](#)

E-mail: wopitu@poczta.onet.pl Adres: Rybaki 3, 18-400 Łomża Telefon: 86 216 67 03 Typ ośrodka:  
całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### [SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszcy Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu](#)

E-mail: poradnia@sppchoroszcz.med.pl Adres: Radzymińska 2, 15-863 Białystok Telefon: 85 743 31 25  
Typ ośrodka: dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### [WOPiTU Oddział Dzienny Terapii Uzależnień](#)

E-mail: wopitu@poczta.onet.pl Adres: Rybaki 3, 18-400 Łomża Telefon: 86 216 67 03 Typ ośrodka:  
dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

### [Specjalistyczny Psychiatryczny SP ZOZ Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu](#)

E-mail: sekretariat@spspoz.pl Adres: Reja 67A, 16-400 Suwałki Telefon: 87 562 64 59, 58, 57 Typ  
ośrodka: poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień

### [NZOZ Poradnia Zdrowia Psychicznego - Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia](#)

E-mail: las69@op.pl Adres: Szpitalna 12a, 16-300 Augustów Telefon: 87 643 28 16 Typ ośrodka:  
poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień



## SP ZOZ Oddział Leczenia Uzależnień i Zaburzeń Emocjonalnych

E-mail: sekretariat@spspoz.pl Adres: Szpitalna 62, 16-400 Suwałki Telefon: 87 562 64 02 Typ ośrodka: całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień

Do wykorzystania Zał. 5. Materiał informacyjny nowe narkotyki [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

## Bibliografia

*Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Warszawa 2011

Jędrzejko M., *Rozpoznawanie zachowań narkotykowych i dopalaczowych*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Wyższa Szkoła Biznesu, Warszawa, Dąbrowa Górnicza 2012.

Łysiak W., *Lider*, Warszawa 2008.

Malczewski A., *Młodzież a substancje psychoaktywne [w:] Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – Młodzież 2016*, CBOS, KBPN 2016,

*Narkotyki i dopalacze : zjawisko, zagrożenia, rozpoznawanie zachowań, profilaktyka* , red. M. Jędrzejko, M. Kowalski, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR Warszawa 2016.

Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik W., *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–II*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009

Ostaszewski K., *Standardy profilaktyki*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016

Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 19-20.

Wach T., *Profilaktyka i resocjalizacja nieletnich zagrożonych uzależnieniem od środków psychoaktywnych*, Warszawa 2014.

Wójcik M., *Optymalny dorosły*, „Remedium” 2004, Nr 7-8.

<http://a.umed.pl/psychiatria/dydaktyka/2015/Uzaleznienia%20od%20SPA%20VI.pdf>

<http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>

[www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

