

A dense forest with tall, slender trees and lush green foliage, serving as the background for the text.

ZBIGNIEW MICHALCZYK

**TERAPIA MŁODZIEŻY
W OŚRODKU
PODWÓJNEJ DIAGNOZY**

PUBLIKACJA SFINANSOWANA ZE ŚRODKÓW SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Mazowsze.
serce Polski

**TERAPIA MŁODZIEŻY
W OŚRODKU PODWÓJNEJ DIAGNOZY**

Publikacja wydana w ramach realizacji programu
„Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych”
zgodnie z umową nr 26/ZD/Z-I/D/17 z dnia 26.04.2017 r.

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO



Zbigniew Michalczyk

TERAPIA MŁODZIEŻY W OŚRODKU PODWÓJNEJ DIAGNOZY



Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku

Otwock 2017

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.
w Zagórzku k. Warszawy
www.centrumzagorze.pl
Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku
tel. 22 779 20 12, 22 468 26 60
e-mail: uzaleznienia@centrumzagorze.pl

© Copyright Autor, Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy, 2017

ISBN 978-83-944813-1-5

Nakład: 500 egz.

Realizacja wydawnicza, przygotowanie do druku i druk:
GIMPO Agencja Wydawniczo-Poligraficzna
ul. M. Grzegorzewskiej 8
02-778 Warszawa

SPIS TREŚCI

Podziękowania.....	7
--------------------	---

CZĘŚĆ I

Program „Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych” – realizacja w latach 2011–2016	9
I. Opis problemu zdrowotnego.....	9
II. Cele programowe.....	15
III. Adresaci programu	16
IV. Organizacja programu	17
V. Monitoring i ewaluacja	31
VI. Okres realizacji programu zaplanowany jest do 2020 roku	32

CZĘŚĆ II

Program Psychoterapii Rozwojowej Adolescentów z Podwójną Diagnozą realizowany w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku.....	35
I. Wprowadzenie	35
II. Podstawy teoretyczne realizowanego programu	38
III. Predyspozycje oraz uniwersalne i specyficzne czynniki adolescentów z podwójną diagnozą	45
IV. Integracja terapeutyczna kontekstu biologicznego, psychologicznego i społecznego	48
V. Podstawowe informacje o programie	56
VI. Formy realizacji programu.....	58
VII. Zespół realizatorów programu.....	68

CZĘŚĆ III

Poradnik dla dorosłych żyjących wokół dzieci i młodzieży zażywających substancje psychoaktywne	71
I. Substancje psychoaktywne zażywane przez dzieci i młodzież w Polsce.....	71
II. Powody, dla których dzieci i młodzież sięgają po substancje psychoaktywne.....	84
III. Strategie postępowania w sytuacji używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.....	89
Literatura	114

PODZIĘKOWANIA

Program „Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych” realizowany jest w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku, należącym do Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o w Zagórz k. Warszawy, od 2011 roku dzięki wsparciu i finansowaniu województwa mazowieckiego.

Program stanowi bardzo ważne i potrzebne uzupełnienie oraz wzmocnienie efektów rehabilitacji dzieci i młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych z podwójną diagnozą. Jest trafną odpowiedzią na rzeczywiste potrzeby Ośrodka, jego pacjentów i kadry.

Serdecznie dziękujemy za dotychczasowe wsparcie
Władzom Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego
Dyrekcji Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej
Pacjenci i ich rodziny oraz kadra Ośrodka

Program „Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych” – Realizacja w latach 2011–2016

Pomysł napisania programu zrodził się w sierpniu 2010 roku przy akceptacji Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego.

Do końca października program był już opracowany i napisany. Dalej został skierowany do oceny Agencji Technologii Medycznych przy Ministerstwie Zdrowia, którą przeszedł pozytywnie. Pierwsza edycja programu została uruchomiona w 2011 roku i od tej pory program jest realizowany co roku. Każda edycja jest poddawana ewaluacji. W konsekwencji, metody realizacji są optymalizowane, a zarazem uwzględniane rzeczywiste potrzeby Ośrodka i jego pacjentów, przy zachowaniu głównych założeń i metod jego realizacji.

Poniżej przedstawiona jest aktualizacja programu z bieżącego roku.

Program „Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych” stanowi uzupełnienie i wsparcie oraz wzmocnienie efektów rehabilitacji dzieci i młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych z podwójną diagnozą przebywających na leczeniu stacjonarnym w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku.

I. Opis problemu zdrowotnego

Problemem zdrowotnym przedstawionego programu jest używanie alkoholu przez dzieci i młodzież, tj. osoby w wieku 13–19 lat, co w konsekwencji często prowadzi do ich uzależnienia i współuzależnienia ich rodziców.

Przy konstrukcji poniższego programu przyjęto następujące założenia:

1. Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, co oznacza, że musi być leczona. Z faktu, iż jest to choroba wynika również możliwość diagnozowania

uzależnienia na podstawie zespołu konkretnych objawów. Podstawowym systemem diagnostycznym, do którego odwołuje się poniższy program, jest ICD-10. Objawy uzależnienia wg ICD-10, to:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu zażywania substancji;
- trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z zażywaniem substancji w zakresie rozpoczęcia, zakończenia i poziomu zażywania;
- fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące, gdy zażywanie substancji zostało przerwane lub zmniejszone, przejawiające się specyficznym dla danej substancji zespołem abstynencyjnym, lub zażywanie tej samej lub podobnej substancji w celu złagodzenia, lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- stwierdzenie zmiany tolerancji (potrzeba zażywania zwiększonej dawki substancji w celu uzyskania efektów osiąganych przy mniejszych dawkach);
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności i zainteresowań z powodu zażywania danej substancji, zwiększenie ilości czasu koniecznego do zdobycia lub zażywania alkoholu albo na usuwanie skutków jego działania;
- picie mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw, takich jak uszkodzenia wątroby powodowane nadmiernym pićciem, stany depresyjne występujące po okresach intensywnego używania tych substancji, uszkodzenia funkcjonowania poznawczego związane z substancjami – w tych przypadkach potrzebne jest rozpoznanie czy zażywający był lub mógłby być świadomy natury i zakresu tych szkód.

2. Aby zrozumieć mechanizm patogenezy uzależnienia oraz móc efektywnie leczyć osoby uzależnione pomocne są koncepcje opisujące psychologiczne mechanizmy uzależnienia. W tym programie przyjęta jest koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia, autorstwa Jerzego Mellibrudy. Zakłada ona występowanie następujących mechanizmów:

- nałogowego regulowania uczuć, którego istotą jest zastąpienie naturalnej, regulacyjnej roli własnej aktywności człowieka przez regulację chemiczną;
- mechanizmu iluzji zaprzeczeń, działającego w sferze poznawczej, będący w gruncie rzeczy systemem innych mechanizmów obronnych, takich jak racjonalizacja, minimalizacja, intelektualizacja, którego głównym celem jest ochrona dalszego picia i obrona poczucia własnej wartości;
- mechanizm rozpraszania i rozdawania JA, który to mechanizm działając w strukturze JA prowadzi do destrukcyjnych zmian w tym

obszarze. Ten mechanizm ze względu na wiek pacjentów, okres adolescencji, czyli okres, w którym tożsamość się dopiero kształtuje, nie jest uwzględniany.

3. Uzależnienie to choroba bio-psycho-społeczna, co oznacza, że w jej wyniku następują u człowieka niekorzystne zmiany zarówno w sferze somatycznej, psychologicznej, jak i społecznej. Z tego wynika konieczność udzielenia całościowej pomocy osobie uzależnionej zarówno od strony psychologicznej, fizycznej, jak i społecznej. Na powstawanie uzależnienia ma wpływ kilka czynników – predyspozycje biologiczne, osobowościowe, społeczne. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych czy nadużywanie alkoholu w pewnym momencie zaczyna przybierać formę równoważenia nieprawidłowości rodzinnych. Poprzez częste picie alkoholu może dojść do powstania uzależnienia. Na deficyty w funkcjonowaniu człowieka w różnych sferach jego życia nakładają się psychologiczne mechanizmy uzależnienia i zawłaszczają one wszystkie sfery jego funkcjonowania.
4. Uzależnienie jest chorobą chroniczną, postępującą i potencjalnie śmiertelną, co wyznacza konieczność bezwzględnego zajęcia się w pierwszym rzędzie leczeniem rozwijającego się uzależnienia.
5. Współuzależnienie jest problemem przystosowawczym, dlatego bycie rodzicem dziecka uzależnionego wywołuje szereg rozlicznych zaburzeń, często przechodzących w stan kryzysu psychologicznego, zaburzeń adaptacyjnych oraz stan posttraumatyczny. Rozpoznaniem często spotykanym u osób współuzależnionych jest F43. Członkowie rodzin z problemem alkoholowym mają prawo do fachowej pomocy terapeutycznej w placówkach leczenia odwykowego. Zgodnie z art. 23. Ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną, uzyskują w publicznych zakładach opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki.
6. Wskutek długotrwałego działania mechanizmów choroby uzależnienia adolescenci doznają szkód w sferze psychologicznej, społecznej i fizycznej, uniemożliwiających czerpanie satysfakcji z życia oraz wnoszenie efektywnego wkładu do życia rodzinnego i szkolnego. Podstawowym celem leczenia jest przywrócenie zdolności adekwatnego funkcjonowania w społeczeństwie i czerpania satysfakcji z życia wskutek własnej, konstruktywnej aktywności poprzez: wypracowanie stabilnej abstynencji; rozbrajanie psychologicznych mechanizmów podtrzymujących uzależnienie; poprawa umiejętności społecznych; rozwiązanie

własnych problemów emocjonalnych i osobowościowych; praca nad hierarchią wartości.

Epidemiologia i uzasadnienie realizacji programu

1. W Polsce osób uzależnionych od alkoholu jest około 700–800 tys., czyli około 2% całej populacji. Natomiast osób współuzależnionych i cierpiących z tytułu funkcjonowania w rodzinie z problemem alkoholowym jest ok. 1 500 tys. osób, tj. 4% całej populacji. Zatem z powodu nadużywania alkoholu problemy ma 6% całej populacji naszego kraju. W ostatnich latach łącznie w stacjonarnych i ambulatoryjnych placówkach leczenia odwykowego zarejestrowanych było ok. 150 tys. osób uzależnionych. Znacznie wzrosła skuteczność terapii uzależnienia od alkoholu, ale faktyczne możliwości skorzystania z nowoczesnej i skutecznej terapii ma tylko około 33% zarejestrowanych pacjentów – z powodu deficytów kadrowych i lokalowych w leczeniu odwykowym oraz nie zakończono procesu modernizacji usług świadczonych przez leczenie odwykowe.

Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie.

2. Uszkodzenia rozwoju psychofizycznego pijącej młodzieży. Zdaniem ekspertów poważne szkody związane z piciem alkoholu przez dzieci i młodzież występują u około 10–15% populacji w wieku między 15, a 18 rokiem życia, ale rozmiary realnych zagrożeń są znacznie wyższe. W ciągu ostatnich lat zwiększyła się liczba pijącej i upijającej się młodzieży, w szczególności dziewcząt, oraz zmniejszyła liczba abstynentów. W latach 1995–1999 dynamika wzrostu spożycia napojów alkoholowych należała do najwyższych w Europie. Badania rynkowe pokazują, że wzrost spożycia w populacji od 15 do 19 roku życia jest istotnym źródłem wysokich zysków przemysłu piwnego. Zwiększa się wprawdzie zakres szkolnych i środowiskowych programów profilaktycznych (np. w 2001 roku uczestniczyło w nich 1 300 000 uczniów i 160 000 rodziców), ale nie stanowią one wystarczająco skutecznej przeciwwagi dla ekspansji biznesu alkoholowego. Zbyt wolno rozwija się także profilaktyka rodzinna inicjowana programami szkolnymi.

Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie.

3. Szkody występujące u członków rodzin z problemem alkoholowym. Występują one u około 3–4 mln osób (dorosłych i dzieci) i obejmują przede wszystkim schorzenia psychosomatyczne i zaburzenia emocjonalne spowodowane chronicznym stresem i przemocą oraz demo-

ralizację, ubóstwo i obniżenie szans osiągnięcia kariery zawodowej. Programy pomocy rodzinom prowadzone w placówkach odwykowych obejmują około 30 tys. współzależnionych osób dorosłych oraz DDA (głównie kobiet). Ponad 77 tys. dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu otrzymuje pomoc w placówkach socjoterapeutycznych. Potrzeby w tym zakresie są co najmniej 10-krotnie większe.

Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie.

4. Badania Europejskiego Programu Badań Ankiетowych w Szkołach ESPAD 2015 „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” zrealizowanych w 2015 roku (KBdsPN, PARPA, IPiN – Janusz Sierosławski) pokazują że:

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Próby picia ma za sobą 83,8% gimnazjalistów z klas trzecich i 95,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiekolwiek napoje alkoholowe 71,7% młodszych uczniów i 92,7% uczniów starszych. Warto zauważyć, że odsetki konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakikolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku uczniów młodszych jeszcze w 2003 r. nie odbiegały znacznie od odsetek konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych. Obecnie są one wyraźnie niższe.

Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 48,6% piętnasto-szesnastolatków i 82,3% siedemnasto-osiemnastolatków. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród całej młodzieży jest piwo, a najmniej – wino. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości.

Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczyła, chociaż raz w życiu, ponad jedna trzecia piętnasto-szesnastolatków (36,9%) i prawie dwie trzecie uczniów ze starszej grupy (64,4%). W czasie ostatnich 30 dni w stanie silnego upicia się było 12,5% uczniów trzecich klas gimnazjów i 19,7% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.

W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 63,1% uczniów młodszych i 35,6% uczniów starszych. Picie napojów alkoholowych jest nieznacznie bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt, chociaż niektóre wskaźniki picia są już takie same.

Porównanie wyników badania z 2015 r. z wynikami badań zrealizowanych w 2011 r. w zakresie picia alkoholu przez młodzież wykazało kontynuację trendu spadkowego.

5. Badania – „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną w województwie mazowieckim”. Badanie wykonane na zlecenie Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej przez PBS DGA Spółka z o.o. Sopot-Warszawa, wrzesień 2007 roku wynika że:

a) Picie alkoholu – z przeprowadzonych badań prawie wszyscy ankietowani uczniowie mają już za sobą inicjację alkoholową. Choć raz w życiu jakiś napój alkoholowy próbowali niemal wszyscy uczniowie. Niezależnie od płci i typu szkoły przyznało się do tego od 82% do 96% ankietowanych. Najczęściej też ci, którzy pili jakikolwiek alkohol w życiu, pili go także w ciągu ostatnich 30 dni, zwłaszcza w drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych. Dotyczy to 88% na 94% chłopców oraz 82% na 96% wśród dziewcząt. Analogiczne odsetki w przypadku uczniów trzecich klas gimnazjum są nieco niższe i wyniosły 68% na 90% wśród chłopców oraz 57% na 82% wśród dziewcząt.

b) Upijanie się – najbardziej ryzykownym w tej kategorii zachowaniem jest upijanie się.

Analizując wyniki badań stwierdzono wysoki poziom rozpowszechnienia tego zjawiska w województwie mazowieckim. Ponad połowa chłopców (53%) i co trzecia dziewczyna (35%) w trzecich klasach gimnazjum ma już za sobą swoje pierwsze upicie się. W przypadku uczniów z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych te wskaźniki wyraźnie się zwiększają i wynoszą: 77% dla chłopców i 59% dla dziewcząt.

Analiza danych wskazuje, iż zarówno wiek, jak i płeć respondenta znacząco wpływa na częstotliwość upijania się. Starsi uczniowie upijają się częściej niż młodsi, a chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta.

c) Inną uwzględnioną w analizach zmienną była jakość stosunków z rodzicami.

Okazało się, że negatywne relacje z rodzicami wpływają w istotny sposób zarówno na sam fakt picia alkoholu przez młodzież, jak i jego częstotliwość. W okresie ostatnich 30 dni poprzedzających badanie piło alkohol 86% będących w złych relacjach z rodzicami oraz 72% reszty uczniów. Ponadto osoby będące w złych relacjach z rodzicami piją go częściej niż pozostali uczniowie: 30% osób będących w złych relacjach z rodzicami oraz 19% pozostałych uczniów piło alkohol 10 razy lub więcej w ciągu ostatnich 30 dni.

II. Cele programowe

Głównym celem realizowanego programu jest wsparcie i uzupełnienie realizowanego podstawowego programu rehabilitacji dzieci i młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi oraz utrwalenie i wzmocnienie efektów ich leczenia. Dodatkowym celem realizacji programu jest poprawienie dostępności do terapii stacjonarnej dla dzieci i młodzieży z problemowym używaniem alkoholu i osób współuzależnionych co bezpośrednio przekłada się na zmniejszenie liczby osób uzależnionych od alkoholu i osób współuzależnionych na terenie Mazowsza. Warunkiem prowadzącym do osiągnięcia głównego celu programu jest: kwalifikacja poprzez realizację procesu diagnostycznego w obszarze problemu alkoholu i współuzależnienia; realizacja grupowych zajęć psychoedukacyjnych jako podstawowa metoda zmiany prowadzona w nurcie terapii poznawczo-behawioralnym; realizacja zajęć edukacyjnych z zakresu profilaktyki uzależnienia od alkoholu; prowadzenie pracy terapeutycznej z rodziną; realizacja zajęć arteterapii, terapii zajęciowej, muzykoterapii i terapii przez sport; realizacja terapii biofeedback; nadzór merytoryczny i superwizja; ewaluacja programu; obsługa organizacyjna i księgowo-personalna programu, zakup niezbędnych materiałów do realizacji programu i doposażenie gabinetów terapeutycznych oraz pracowni rozwojowych. W ramach obecnej realizacji programu została napisana i wydana niniejsza publikacja w formie książki.

Zakładane rezultaty realizowanego programu:

- Dłuższe utrzymywanie się pacjentów w terapii, co w konsekwencji przełoży się na jego większą skuteczność.
- Ograniczenie używania alkoholu przez pacjentów ośrodka zamiennie do innych substancji psychoaktywnych.
- Korekta systemu funkcjonowania rodzin z uzależnionym dzieckiem w obszarze społecznym i psychicznym.
- Powrót osób uzależnionych do pełnienia ról społecznych oraz konstruktywnego rozwoju.
- Poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego osób uzależnionych i współuzależnionych.
- Zmniejszenie liczby osób uzależnionych i współuzależnionych na terenie województwa mazowieckiego.
- Ograniczenie przestępczości i demoralizacji na terenie województwa mazowieckiego.
- Zwiększenie świadomości wśród mieszkańców Mazowsza na temat zagrożeń wynikających z używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Głównym miernikiem ilościowym i jakościowym efektów realizowanego programu jest liczba osób, które będą uczestniczyły w programie, u których zostaną zmienione ich postawy i zachowania wobec używania alkoholu. Zakładamy, że 40 dzieci i młodzieży z problemowym używaniem alkoholu będzie objętych realizacją programu oraz 60 ich rodziców, z których znacząca część to osoby współuzależnione, ale też nadużywające alkoholu, a czasem też uzależnione od alkoholu. Miarą efektywności programu jest z jednej strony zmiana postawy i zachowania dotyczącego używania alkoholu przez pacjenta w trakcie terapii jak i po jej zakończeniu, a z drugiej strony wskaźniki poprawy funkcjonowania w wymiarze psychologicznym, mierzone adekwatnymi inwentarzami psychologicznymi, jak i wskaźniki społeczne, takie jak powrót do roli ucznia i dziecka oraz rozwiązywanie problemów rodzinnych, rozwój konstruktywnych zainteresowań, wyeliminowanie konfliktów z prawem w wyniku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

III. Adresaci programu

Pacjenci (odbiorcy)

W programie będą uczestniczyły dwie grupy odbiorców: pierwsza, to dzieci i młodzież (13–19 lat), u których prócz uzależnienia od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi rozpoznano używanie problemowe alkoholu. Razem ok. 40 osób z województwa mazowieckiego. Druga, to osoby dorosłe, rodzice pacjentów przebywających w Ośrodku, którzy prócz niskich kompetencji wychowawczych często przejawiają cechy współuzależnienia od swoich uzależnionych dzieci lub współmałżonka, ale też sami używają alkohol lub są od niego uzależnieni, razem ok. 60 osób z województwa mazowieckiego. Łączna liczba osób objętych programem to 100 osób z województwa mazowieckiego. Nabór pacjentów: dzieci i młodzież przebywająca na terapii stacjonarnej w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku oraz ich rodzice. Pacjenci do Ośrodka są kierowani z oddziałów psychiatrycznych i przychodni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradni odwykowych, punktów konsultacyjnych, ośrodków leczenia uzależnień, szkół, ośrodków interwencji kryzysowej, placówek służby zdrowia, pomocy społecznej, sądów, policji oraz wszystkich innych placówek działających w obszarze pomocowym.

IV. Organizacja programu

Zadania i metody realizacji programu

1. KWALIFIKACJA OSÓB DO PROGRAMU

Zadaniem specjalisty terapii uzależnień i psychologa, jest wyłonienie pacjentów używających problemowo alkoholu spośród pacjentów przebywających na terapii stacjonarnej w Ośrodku. Odbędzie się to poprzez wykonanie diagnozy problemowego używania alkoholu przy użyciu narzędzi diagnostycznych. Kwalifikacja osób do programu jest realizowana przez cały okres jego trwania. Osoby zakwalifikowane do programu w ostatnich miesiącach jego realizacji będą miały możliwość kontynuowania w roku kolejnym. Jedna edycja programu w czasie jednego roku obejmuje 100 osób, w tym 40 dzieci i młodzieży problemowo używających alkoholu i 60 rodziców, którzy mają niskie kompetencje wychowawcze, często są osobami współuzależnionymi lub sami problemowo używają alkoholu.

Kwalifikacja do programu jest wykonana w oparciu o następujące narzędzia diagnostyczne:

- wywiad z pacjentem,
 - wywiad z rodzicami pacjenta,
 - Ankieta – Diagnoza wg ICD-10 zespołu uzależnienia,
 - Ankieta – Diagnoza wg ICD-10 używania szkodliwego,
 - Ankieta – Diagnoza wg ICD-10 zespołu współuzależnienia,
 - Kwestionariusz diagnozy etapu uzależnienia,
 - Test AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) umożliwiający wychwycenie populacji osób pijących w sposób ryzykowny i szkodliwy dla zdrowia,
 - Młodzieżowy Kwestionariusz Zainteresowań Zawodowych MŁOKOZZ,
 - Wstępna Orientacja Zawodowa WOZ
- oraz dodatkowo w miarę indywidualnych potrzeb:
- Skala Inteligencji Wechslera WISC-R dla dzieci do 16 r.ż. i WAIS-R dla młodzieży powyżej 18 r.ż.,
 - STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku,
 - CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych,
 - MSEI – Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny,
 - NEO-PI-R lub NEO-FFI – Inwentarz Osobowości,
 - D2 – Test do Badania Uwagi.

2. WARSZTATY PSYCHOEDUKACYJNE

Realizacja przez dwóch specjalistów pracujących równolegle, których zadaniem jest realizacja warsztatów metodami aktywnymi i atrakcyjnymi dla dzieci i młodzieży.

Warsztaty psychoedukacyjne to podstawowy proces terapeutyczny realizowany metodą terapii poznawczo-behawioralną, którego celem jest psychologiczna korekta przekonań, emocji, postawy i zachowania wobec używania alkoholu podczas terapii i po jej zakończeniu.

Obszary pracy terapeutycznej i tematy poszczególnych warsztatów:

- budowanie własnej motywacji do pracy nad sobą – pogłębianie ambiwalencji, bilans zysków i strat z używania problemowego alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;
- autodiagnoza problemowego używania alkoholu – model biopsychospołeczny;
- używanie alkoholu zamiennie do innych substancji psychoaktywnych – praca z człowiekiem, a nie tylko z samym objawem, np. w postaci używania problemowego alkoholu; – rozbrajanie psychologicznych mechanizmów podtrzymujących uzależnienie – analiza funkcyjna: sytuacja-myśli-emocje-zachowanie-zażycie substancji psychoaktywnej;
- urealnianie obrazu własnej osoby – praca nad zaniżoną lub zawyżoną samooceną;
- praca nad lękiem – źródła i przyczyny lęku;
- praca nad konstruktywnymi sposobami radzenia sobie w trudnych i stresowych sytuacjach;
- praca nad emocjami i procesami motywacyjnymi;
- rozwój własnej i konstruktywnej tożsamości – unikanie etykietyzowania i stygmatyzowania, co w konsekwencji może prowadzić do przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej;
- praca nad rozwojem umiejętności psychospołecznych;
- praca nad systemem wartości i sprawczością – ekspozycja i eksperymenty behawioralne;
- praca z nawrotami – proces nawrotu w ujęciu modelu poznawczego, wyzwalacze, symptomy nawrotu, sygnały ostrzegawcze, budowanie sieci wsparcia, strategie radzenia sobie z nawrotem, eksperymenty behawioralne.

Razem grupową terapią poznawczo-behawioralną w formie psychoedukacji zostanie objętych 40 osób z problemowym używaniem alkoholu.



Młodzież Ośrodka.



Młodzież z rodzicami w dniu wspólnej terapii.



Przerwa w terapii na grilla.



Przerwa w terapii na grilla.

3. ZAJĘCIA EDUKACYJNE

Realizacja przez dwie osoby pracujące równocześnie z grupą lub jedna pracująca indywidualnie, których zadaniem będzie realizacja zajęć metodami aktywnymi i atrakcyjnymi dla uczestników.

Zajęcia są skierowane do osób dorosłych – rodzice i opiekunowie, u których rozpoznano niskie kompetencje wychowawcze i współuzależnienie od swoich dzieci lub współmałżonka oraz własne nadużywanie alkoholu.

Cele zajęć edukacji: po pierwsze, to edukacja na temat wpływu alkoholu na organizm ludzki, destrukcyjnego wpływu na funkcjonowanie rodziny oraz przebiegu i rozwoju procesu uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Po drugie, zmobilizowanie rodziców do zajęcia się własnym zdrowiem i zdrowiem dzieci, poznanie mechanizmów funkcjonowania organizmu człowieka oraz tworzenie postaw zapobiegania stratom zdrowotnym powstającym wskutek używania i nadużywania alkoholu.

Obszary edukacji i tematy poszczególnych spotkań: poznanie czynników wpływających na rozwój choroby alkoholowej i podniesienie poziomu wiedzy na temat zdrowia; dostarczenie wiedzy na temat wpływu alkoholu na organizm ludzki; ukazanie skutków zdrowotnych używania i nadużywania alkoholu; ukazanie roli rodziców w kształtowaniu postaw i zachowań wyniesionych ze środowiska rodzinnego; kształtowanie postawy rodziców w procesie leczenia ich uzależnionych dzieci; własne nadużywanie alkoholu.

Razem, zajęcia edukacyjne zostaną zrealizowane dla 60 rodziców dzieci z problemem używania alkoholu, przebywających na terapii stacjonarnej w Ośrodku.

4. PRACA Z RODZINĄ

Realizacja psychologa, specjalisty terapii uzależnień w formie sesji terapii rodzinnej z udziałem dziecka z problemowym używaniem alkoholu i jego członków najbliższej rodziny.

Podstawowym celem pracy z rodziną są trzy główne obszary. Pierwszy, to zmotywowanie członków rodziny do pracy nad sobą i podjęcie decyzji o zmianie dotychczasowego funkcjonowania systemu rodzinnego. Drugi, to diagnoza systemu rodziny i jej poszczególnych członków. Trzeci, to rozpoczęcie przebudowy destrukcyjnych form funkcjonowania systemu rodziny. Zmiany w tych trzech obszarach muszą być na tyle istotne, by dały szansę na dalsze funkcjonowanie dziecka bez potrzeby sięgania po alkohol i inne destrukcyjne formy radzenia sobie z trudnościami. W konsekwencji

dziecko będzie mogło wrócić do swojego dalszego konstruktywnego rozwoju w naturalnym środowisku.

Uzasadnienie pracy z rodziną wynika z podejścia i rozumienia rodziny jako zamkniętego systemu. Jakie znaczenie rodzina odegrała w powstawaniu i podtrzymywaniu uzależnienia i współuzależnienia oraz obronie przed przywróceniem konstruktywnych relacji, więzi, bezpieczeństwa i miłości w rodzinie.

Praca z rodziną będzie realizowana w ujęciu eklektycznym. Wykorzystywanie elementów terapii systemowej, terapii poznawczo-behawioralnej, wywiadu motywującego i interwencji kryzysowej.

5. TERAPIA ROZWOJOWA

Arteterapia, terapia zajęciowa, muzykoterapia i terapia przez sport

Realizacja terapeuty z doświadczeniem w realizacji terapii rozwojowej. Zajęcia są przeznaczone dla pacjentów z problemowym używaniem alkoholu przebywających na terapii w Ośrodku. Razem zajęciami zostanie objętych 40 osób.

Do głównych celów realizacji terapii rozwojowej należy zaliczyć:

Rozwój własnych predyspozycji i zainteresowań w celu tworzenia alternatywnych do alkoholu i narkotyków form spędzania wolnego czasu i konstruktywnego rozwoju;

Naukę wyrażania własnych emocji, pragnień, uczuć oraz potrzeb, trudnych do wyrażenia w postaci werbalnej;

Rozwinięcie wyobraźni twórczej, stworzenie możliwości bezpiecznej eksploracji otoczenia, pogłębianie interakcji społecznych i wzrost wiedzy społecznej;

Wspomaganie i zwiększanie możliwości percepcyjnych, pamięci, uwagi, możliwość poszerzenia pola myślenia i wyobraźni;

Przeciwdziałanie i wstrzymanie różnorodnych form wadliwego przystosowania społecznego;

Pracę nad poszerzaniem granic własnych możliwości życiowych w obrębie określonego środowiska społecznego;

Uruchomienie własnej postawy twórczej jednostki, która opiera się na założeniu, że w każdej osobie występuje dążenie do zaangażowania się we własne życie, odkrywanie własnej kreatywności;

Realizację wspólnych zajęć z rodzicami w postaci prezentacji wyników terapii rozwojowej (przedstawienia profilaktyczne, prezentacja własnych

kompozycji muzycznych i prac technicznych wykonanych w ramach terapii zajęciowej, organizacja i realizacja zawodów sportowych dla pacjentów ich rodziców), co będzie swobodnym sposobem odbudowywania więzi rodzinnych, odnajdywaniem wzajemnej akceptacji i potrzeb, okazywaniem sobie, różnego rodzaju uczuć, a także stwarzanie atmosfery mającej na celu budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania.

Obszary i formy pracy podczas terapii rozwojowej:

Społeczna – która ma na celu uczenie zarówno samodzielności, jak i odpowiedzialności oraz aktywuje jednostkę i uczy współpracy;

Relaksacyjna – korzystnie wpływa na emocje, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, odpręża, stymuluje, pobudza pozytywne emocje kształtując dobre samopoczucie jednostki;

Moralna – uczy poznawania rzeczywistości, wyrabia wrażliwość na piękno, stwarza możliwość pogłębienia swojej osobowości w aspekcie wrażliwości;

Ekspresyjna – ma na celu ujawnienie i okazanie uczuć do tej pory tłumionych w sobie przez jednostkę;

Kompensacji – podnosi samoocenę i wiarę we własne siły, ale też pozwala zaspokoić ambicje czy pragnienia, niejednokrotnie głęboko skrywane;

Katartyczna – pozwala na pozbycie się negatywnych napięć i emocji, które są kumulowane w jednostce. Ma to znaczący wpływ na stan zdrowia jednostki;

Medyczna – ma na celu, poprzez ruch i ćwiczenia fizyczne oraz inne aktywności, utrzymać adekwatną masę ciała i prawidłową postawę oraz wyrabianie nawyków rekreacyjnego uprawiania sportów i zdrowego odżywiania się.

Dodatkowe i bardzo ważne korzyści dla pacjentów i ich procesu terapii to:

- po pierwsze, pacjenci będą lepiej się utrzymywać w programie leczenia ze względu na dostarczenie im możliwości rozwoju własnych predyspozycji i zainteresowań w czasie wielomiesięcznej terapii stacjonarnej, która też stanie się atrakcyjniejsza;
- po drugie, pacjenci poprzez regularne uczestnictwo w warsztatach terapii rozwojowej (arteterapia, terapia zajęciowa, muzykoterapia, terapia przez sport) będą publicznie prezentować swoje osiągnięcia, dzięki czemu mogą doświadczać sukcesu i samorealizacji oraz możliwości spędzania wolnego czasu w sposób konstruktywny. Czynniki w obsza-

rze zaniżonej samooceny, braku możliwości rozwoju i samorealizacji oraz brak alternatywnych form spędzania wolnego czasu, to uniwersalne czynniki wszystkich uzależnionych adolescentów podtrzymujące mechanizmy uzależnienia i innych zaburzeń psychicznych;

- po trzecie, pacjenci po leczeniu w Ośrodku i powrocie do nowych lub starych środowisk będą kontynuować rozwój własnych predyspozycji i zainteresowań, co stanowić będzie bardzo ważny czynnik chroniący i podtrzymujący ich życie w abstynencji od substancji psychoaktywnych oraz stwarzać optymalne warunki do ich dalszego konstruktywnego rozwoju.

Należy też dodać, że główne założenia jak i przedstawione cele terapii rozwojowej są zgodne z Wojewódzkim Programem Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Mazowieckiego, Narodowym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii, Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016–2020 oraz standardami w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą.

1. Zajęcia arteterapii

Opis zajęć, formy realizacji, spodziewane efekty.

Podczas zajęć arteterapii będą realizowane warsztaty teatralne (przedstawienia profilaktyczne prezentowane rodzicom i zaproszonym gościom oraz innym podmiotom pomocowym), oraz warsztaty plastyczno-techniczne realizowane w czasie budowy scenografii i kostiumów do realizowanych przedstawień.

W czasie warsztatów odbywać się będzie praca nad wyobraźnią. Arteterapia w postaci przedstawień teatralnych i dramatycznych uaktywni wyobraźnię ułatwiając w ten sposób przeanalizowanie pewnych zachowań, jak też pokazując różne możliwości rozwiązywania zaistniałych problemów. Zajęcia w swoim założeniu mają na celu uświadomić jednostce możliwości zachowań w różnych sytuacjach społecznych, co w konsekwencji ma doprowadzić do jego własnej refleksji, przemyślenia własnych uczuć, emocji, a także zachowań jakie się z nimi wiążą. Uczestnicy zajęć mogą nabyć umiejętność postawienia się człowieka w sytuacji innej osoby, wczuwanie się w stany psychiczne drugiej osoby. Na podstawie odpowiednich działań jednostka może dostrzec i odczuć emocje, których sama była dawcą. W procesie uświadamiania sobie tego typu emocji jednostka najczęściej stopniowo zmienia swoje zachowanie, jak też poglądy w sposób konstruktywny. Terapeutyczną rolę odgrywa tutaj element dotyku wykorzystywany podczas zajęć arteterapii. Pozwala to jednostce zagrożonej niedostosowaniem społecznym na odczucie empatii, jak też oswojenie się z uczuciem wrażliwości.



Zajęcia na sali gimnastycznej.



Zajęcia na urządzeniach zewnętrznej siłowni.



Zajęcia na urządzeniach zewnętrznej siłowni.



Prezentacja prac artystycznych wykonanych przez młodzież.



Rozgrzewka przed zajęciami sportowymi.



Mecz piłki nożnej.



Próba przedstawienia.



Budowa scenografii do przedstawienia.

W ramach realizacji programu zostaną wyreżyserowane i zrealizowane co najmniej dwa przedstawienia z treściami profilaktycznymi. Przedstawienia zostaną zaprezentowane między innymi w czerwcu podczas uroczystości rocznicy Ośrodka i w grudniu podczas ośrodkowej wigilii.

2. Terapia zajęciowa

Opis zajęć, formy realizacji, spodziewane efekty.

Podczas terapii zajęciowej będą prowadzone warsztaty umiejętności i czynności technicznych realizowane: w czasie budowy scenografii i kostiumów do realizowanych przedstawień profilaktycznych; podczas prowadzenia ogródka uprawnego: podczas zagospodarowywania i pielęgnowania terenu przyległego do Ośrodka; podczas nauki obsługi posługiwania się prostymi narzędziami i czynności wykonywane w pracowni terapii zajęciowej np. majsterkowanie.

Terapia zajęciowa ma duże znaczenie w rehabilitacji pacjenta, podnosi pacjentom ich wartość jako jednostki społecznej i otwiera nowe możliwości życiowe, łatwiej dochodzi do akceptacji siebie oraz uczy życia w nowych warunkach. Poza tym interesujący program zajęć lub pracy odwraca uwagę pacjenta od spożywania alkoholu, usuwa lęk i rozmyślanie nad przyszłością i tym samym czyni okres terapii uzależnienia znośnym.

W schorzeniach psychicznych i uzależnieniach terapia zajęciowa jako środek leczniczy działa: uspokajająco, zmusza pacjenta do skierowania uwagi i myślenia na konkretne czynności. Terapia zajęciowa może dać pewne wytyczne co do wyboru zawodu w przypadku młodzieży. Bardzo często pacjenci uczą się w Ośrodku podstawowych zasad pracy w różnych dziedzinach, następnie doszkalają się na kursach lub wybierają odpowiedni dla siebie profil w szkole. Dodatkowo terapia zajęciowa daje rozrywkę, oddziałuje psychoterapeutycznie, wzbudza i umacnia w chorym zaufanie do własnych sił, przyspiesza leczenie w sensie klinicznym, usprawnia funkcję całego organizmu, pozwala na skupienie uwagi na określonej czynności, przygotowuje do pokonywania różnych trudności w życiu codziennym i do podjęcia w przyszłości szkolenia zawodowego lub zatrudnienia, przyczynia się do rozwoju tożsamości i integracji osobowości.

Cele terapii zajęciowej w odniesieniu do poszczególnych osób powinny być zawsze określone indywidualnie. Wszystkie działania terapeutyczne muszą być dostosowane do sytuacji podopiecznego, czyli do jego zmniejszonej wydolności psychicznej, obniżonej sprawności fizycznej, zaniżonej motywacji, aktualnego stanu zdrowia i samopoczucia.

3. Muzykoterapia

Realizacja muzykoterapii będzie odbywać się w utworzonej w 2016 roku pracowni muzycznej, która w obecnym roku będzie wyposażona poprzez zakup instrumentów muzycznych ze sprzętem wzmacniającym dźwięk oraz komputer do programu nagrywania utworów muzycznych.

Praca z młodzieżą w pracowni muzycznej będzie wiązała się z realizacją dwóch głównych obszarów, do których zaliczyć należy naukę gry na instrumentach, takich jak gitara, gitara basowa, instrument klawiszowy i perkusja oraz przygotowywanie i nagrywanie utworów muzycznych. Podstawowe metody realizacji nagrywania utworów muzycznych to: ćwiczenia emisji głosu i pracy przeponą oraz kontroli oddechu; nauka związana z rodzajami rymów i możliwościami wykorzystania ich przy pisaniu tekstów; obsługa sprzętu studyjnego – prawidłowe podłączenie mikrofonu, głośników odsłuchowych, komputera do konsoli; nauka obsługi programu do nagrywania i przetwarzania muzyki Reaper; obsługa sprzętu estradowego w celu przygotowania się do koncertu; wizyta w rozgłośni polskiego oddziału Radia Chicago w celu poznania pracy osoby odpowiedzialnej za dźwięk; wizyta w szkole dźwięku w celu poznania różnych sposobów budowania sal akustycznych i obsługi programów do nagrywania muzyki.

W przyszłym roku planujemy nagrać i wydać płytę z autorskimi utworami muzycznymi opracowanymi i nagrami przez pacjentów uczestniczących w programie.

4. Terapia poprzez sport

Terapia poprzez sport, a dokładnie sport jako uzupełnienie terapii uzależnień.

Sięganie po używki często związane jest ze stanem depresyjnym, który towarzyszy zaburzeniom emocjonalnym, charakterystycznym dla ludzi wkraczających w dorosłość. Wielu młodych ludzi ma poczucie osamotnienia, niedopasowania do otoczenia, odczuwa brak miłości i akceptacji, czy też skarży się na niepowodzenia szkolne lub towarzyskie. Znajdując się w takim stanie emocjonalnym, bardzo łatwo jest sięgnąć po alkohol i inne substancje psychoaktywne, które obniżają napięcie, dają złudzenie akceptacji w grupie rówieśniczej, dostarczają przyjemnych przeżyć i wrażeń, których brak młodym ludziom. Ryzyko uzależnienia wzrasta, gdy dochodzą do tego czynniki, takie jak nuda, brak umiejętności odmawiania oraz brak wiedzy o szkodliwości zażywanych substancji. Jednym z objawów uzależnienia jest utrata alternatywnych zachowań, zainteresowań jakie miała osoba uzależniona, na rzecz zażywania i zdobywania środków zmieniających świadomość. W trakcie przebiegu rozwoju uzależnienia powstaje również mechanizm nałogo-

wego regulowania uczuć, który pozbawia osobę uzależnioną umiejętności rozładowania napięcia.

W trakcie terapii uzależnień duża część pracy, to nabywanie nowych umiejętności radzenia sobie z emocjami, przeżywaniem trudnych sytuacji oraz gospodarowaniem wolnym czasem. Jest to również czas dla młodych pacjentów na poszukiwanie alternatywy do zażywania środków psychoaktywnych. Jedną z tych alternatyw jest aktywny tryb życia. Uprawianie sportu daje możliwość obserwowania postępów w różnych dyscyplinach, jest to prosty sposób na ocenę swoich postępów, odkrycie swoich mocnych i słabych stron. Interakcje z innymi osobami, zdrowa konkurencja, wpływa na nabywanie umiejętności społecznych, które bardzo często są zaniedbywane w trakcie rozwoju uzależnienia. Ciągłe doskonalenie się w sposób znaczący wpływa na samoocenę osób młodych, a pozytywne zdanie o sobie samym wzmacnia poczucie własnej wartości, co jest niezmiernie ważne w pracy, gdyż często nasi pacjenci borykają się z niską samooceną. Sport daje także możliwość rozładowania napięcia i gniewu w sposób ukierunkowany, który jest alternatywą dla zażywania środków psychoaktywnych. Systematycznie uprawiana aktywność fizyczna korzystnie wpływa na rozwój funkcji poznawczych, co jest niezmiernie ważne u młodych ludzi, którzy korzystają z terapii i są nastawieni na nabywanie nowych umiejętności oraz zmianę starych nawyków. Aktywność fizyczna pobudza organizm do wydzielania endorfin, które są odpowiedzialne za odczuwanie dobrego samopoczucia, osoby uzależnione mają trudność z przeżywaniem takich stanów poprzez tkwienie w przekonaniu, iż taki stan mogą osiągnąć tylko będąc pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a bardzo często ważne jest to, aby nauczyć je cieszyć się nawet z najmniejszych rzeczy. Sport rozwija w osobach młodych samodyscyplinę, jest ona bardzo ważnym elementem w terapii ze względu na utrzymanie decyzji o zaprzestaniu używania SPA. Regularny wysiłek fizyczny wpływa na szybszą regenerację, a nasi pacjenci często latami degradowali swoje młode organizmy. W Ośrodku mamy do czynienia z młodymi pacjentami między 13. a 19. rokiem życia, którzy często są leczeni farmakologicznie ze względu na współistniejące zaburzenia psychiczne. Niestety, farmakoterapia wpływa na wzrost wagi ciała, a co za tym idzie pogorszeniu się aktywności fizycznej. Drugim obserwowanym powodem szybkiego wzrostu masy ciała jest odstawienie, przez osoby będące na terapii w Ośrodku, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w tym również papierosów. Uprawianie sportu i regularna aktywność fizyczna w takim wypadku jest wskazana ze względu na profilaktykę otyłości. Jest niezbędna ze względu na pozytywną korelację zdrowia fizycznego ze stanem psychicznym. Dodatkowo sam fakt młodego

wieku naszych pacjentów przemawia za tym, aby prowadzili oni tryb życia pełen aktywności fizycznej, wpływający na rozwój zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym.

W ramach realizacji programu w 2017 r. zamierzamy rozpocząć proces organizacji i realizacji terapii poprzez sport. Ten proces chcemy rozpocząć od organizacji zewnętrznej siłowni, poprzez zakup atestowanych urządzeń do wykonywania różnego rodzaju ćwiczeń fizycznych, na już przygotowanych i specjalnie do tego celu wydzielonym terenie. Zewnętrzna siłownia będzie dostępna dla pacjentów Ośrodka non stop, ale głównie będzie służyła do zorganizowanych zajęć realizowanych w formie terapii poprzez sport, zawodów organizowanych dla pacjentów i ich rodzin oraz do realizacji zajęć z wychowania fizycznego prowadzonych przez przyszpitalną szkołę.

5. Terapia biofeedback

Realizacja: terapeuta terapii biofeedback, terapeuta terapii pedagogicznej i edukator profilaktyki uzależnień.

W terapii biofeedback uczestniczyć będzie młodzież z problemowym używaniem alkoholu. Kwalifikacja uczestników będzie się odbywać w oparciu o dotychczasowe spostrzeżenia dotyczące uczestnictwa pacjentów w terapii, obserwację oraz zgodę samego uczestnika. Terapia biofeedback stanowi uzupełnienie i wzmocnienie głównej metody jaką jest terapia poznawczo-behawioralna. Terapia będzie skoncentrowana na usprawnieniu i uwrażliwieniu funkcji poznawczych, takich jak: analiza funkcyjna w schemacie myśl-emacje-zachowanie, uczenie się, koncentracja, pamięć, uwaga, autorefleksja, relaksacja. Realizacja odbędzie się przy użyciu najnowszego sprzętu i oprogramowania przez magistra pedagogiki specjalnej z ukończonymi studiami w zakresie diagnozy i terapii pedagogicznej oraz z potwierdzonymi kwalifikacjami i doświadczeniem w terapii biofeedback prowadzonej z uzależnionymi adolescentami. Skuteczność terapii biofeedback funkcji poznawczych jest empirycznie potwierdzona i znajduje się na najwyższym, piątym poziomie jako terapia skuteczna i specyficzna.

Terapia biofeedback (z ang. EEG – elektroencefalograf, biofeedback – biologiczne sprzężenie zwrotne) jest metodą opartą na bioregulacyjnych możliwościach mózgu z wykorzystaniem sprzężenia zwrotnego. Służy do optymalizacji czynności bioelektrycznej mózgu celem osiągnięcia usprawnienia działania przy równoczesnej relaksacji. Biofeedback jako terapia usprawnia funkcje poznawcze, a tym samym wpływa na funkcje umysłowe w szeroko pojmowanej teorii umysłu. Uzasadnia ją fakt, iż określone protokoły terapeutyczne ukierunkowane są na doskonalenie możliwości samo-

regulacji psychofizjologicznej, co bezpośrednio wpływa na stan ogólnego funkcjonowania człowieka, m.in. na poziom samopoczucia, regulację procesów uczenia się (pamięć, szybkość kojarzenia, zapamiętywanie), poziom koncentracji uwagi itp.

W 2001 r. z inicjatywy dwóch instytucji Association for Applied Psychofizjology and Biofeedback oraz The International Society for Neuronal Regulation stworzono pięciostopniowy system klasyfikacji badań naukowych, za pomocą którego ocenia się efektywność terapii biofeedback w odniesieniu do danego zaburzenia. W świetle tej klasyfikacji efektywność terapii biofeedback można określić w następujących poziomach:

Poziom pierwszy – skuteczność nie jest poparta empirycznie – w przypadku autyzmu, zaburzeń odżywiania.

Poziom drugi – terapia przypuszczalnie skuteczna – w przypadku astmy, udarów, depresji, redukowania stresu posttraumatycznego, szumów usznych.

Poziom trzeci – terapia prawdopodobnie skuteczna – w przypadku zmniejszenia symptomów uzależnień (np. od alkoholu), bólu chronicznego, epilepsji, migreny u dzieci, bezsenności.

Poziom czwarty – terapia zdecydowanie skuteczna – w przypadku zmniejszania lęku, zmniejszenia objawów migreny u dorosłych (zwłaszcza w bólach głowy spowodowanych napięciem mięśniowym), w leczeniu nadciśnienia.

Poziom piąty – terapia skuteczna i specyficzna – w przypadku ADHD, ADD, deficytów uwagi, koncentracji, nadmiernej pobudliwości oraz innych funkcji poznawczych.

Oceniając skuteczność terapii biofeedback zawsze należy wziąć pod uwagę kilka czynników, mianowicie:

1. Biofeedback jest terapią wspomagającą i w wielu przypadkach nie może być stosowany jako jedyna forma oddziaływań.
2. Biofeedback jest formą uczenia się, więc wymaga określonej liczby powtórzeń w odpowiednich odstępach czasowych.
3. Jakość terapii uzależniona jest od jakości sprzętu, oprogramowania, a przede wszystkim kompetencji i doświadczenia terapeuty.

Stosowanie metody biofeedback i wykorzystywanie jej w terapii deficytów poznawczych uświadamia odbiorcom swoje cztery długości fal mózgowych co uczy pacjenta, jak wykorzystywać podświadomość. Pomaga w walce z codziennymi stresami, poprawia sen, pamięć i koncentrację uwagi i zwiększa możliwości uczenia się.

Terapia biofeedback jest obecnie coraz bardziej popularną formą terapii, z której korzystają ludzie zdrowi np. uczniowie, studenci, sportowcy,

menadżerowie, ale również osoby z poważniejszymi deficytami i problemami, np. z bezsennością, stanami lękowymi i depresją oraz problemami neurologicznymi (epilepsja, udary, choroby neurodegeneracyjne). Pierwsza grupa pacjentów to osoby, u których występują problemy z koncentracją uwagi, uczeniem się i zapamiętywaniem, nadmiernym stresem i lękiem o różnym podłożu, głównie egzystencjalnym.

Bazując na posiadanym doświadczeniu w prowadzeniu terapii biofeedback należy jednoznacznie stwierdzić, że jej zastosowanie w przypadku wyżej wymienionych deficytów jest wysoce skuteczne. Pacjenci korzystający z terapii obserwują u siebie poprawę samopoczucia, zwiększenie wydajności w pracy umysłowej, poprawę szybkości myślenia i wydłużenie czasu koncentracji. Badanie diagnostyczne przeprowadzone na początku, w trakcie i po zakończeniu terapii jednoznacznie wskazuje, że wskutek jej stosowania zmiana ulega poziom poszczególnych fal w różnych obszarach mózgu i ich zależność względem siebie w danym obszarze.

Tak więc możemy przyjąć, że ustalając nowy porządek i harmonię w czynności fal mózgowych wpływamy na poprawę stanu funkcjonowania człowieka i jego umysłu. Biofeedback pozwala na ustalenie harmonii czynności fal mózgowych na zasadzie bioregulacji i samouczenia się mózgu poprzez formę treningowej wideo zabawy.

Neurofeedback sprawia, że mózg się uczy, i jeśli prowadzi to do powstania nowego porządku, mózg będzie wykorzystywał nowe umiejętności i w ten sposób zostaną one wzmocnione.

6. Nadzór merytoryczny i monitoring realizacji programu

Realizacja supervisor w zakresie terapii uzależnień, specjalista z doświadczeniem i kompetencjami w zarządzaniu przebiegu i realizacji programów terapeutycznych z obszaru leczenia uzależnień do obowiązków którego należeć będzie między innymi: dobór merytorycznej kadry; nadzór merytoryczny nad realizacją poszczególnych zadań programu; prowadzenie zebrań dla merytorycznej kadry; opieka i wsparcie dla realizatorów programu; stały merytoryczny monitoring realizacji programu oraz jego procesu ewaluacji opisany w punkcie IV; opracowywanie sprawozdań merytorycznych z realizacji programu.

7. Ewaluacja programu

Realizacja specjalisty ds. ewaluacji. Program przez cały okres realizacji będzie podlegał stałej ewaluacji. Głównym celem ewaluacji programu będzie określenie trafności dobranych metod realizacji poszczególnych elementów programu oraz formy ich realizacji i ostatecznie określenia efektów

końcowych zrealizowanego programu. Ewaluacja ta posłuży do planowania dalszych oddziaływań w obszarze terapii dzieci i młodzieży i osób współuzależnionych.

8. Superwizja programu

Realizacja zewnętrznego certyfikowanego superwizora. Podczas spotkań z superwizorem kadra, zespół realizatorów będzie pracował nad optymalizowaniem poszczególnych metod pracy oraz ograniczeń własnych utrudniających pracę terapeutyczną z pacjentami używającymi problemowo alkoholu i osobami współuzależnionymi.

9. Publikacja

Publikacja w wymiarze 100 stron maszynopisu i 20 stron zdjęć będzie składała się z 3 części merytorycznych. Pierwsza będzie dotyczyła realizacji programu „Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych” w latach 2011–2016 i jej kontynuacji w latach następnych. Część druga będzie zawierała program terapii Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku. Część trzecia będzie w formie poradnika dla rodziców, lekarzy, nauczycieli jak rozpoznawać i postępować z dzieckiem używającym substancje psychoaktywne (alkohol, narkotyki, dopalacze itp.). Planowany nakład to 500 egzemplarzy. Publikacja będzie pamiątką dla pacjentów kończących terapię w Ośrodku z osobistą dedykacją oraz dla ich rodzin i innych osób wspierających Ośrodek, jak i instytucji z nim współpracujących. Będzie też pełnić funkcję reklamy ośrodka i pracy terapeutycznej w nim realizowanej. Wersja elektroniczna publikacji będzie ogólnie dostępna poprzez jej umieszczenie na stronach internetowych Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego.

Dodatkowo w ramach realizacji programu w 2017 roku zostanie zrealizowane

1. Całościowe prowadzenie programu pod względem organizacyjnym, technicznym i na bieżąco niezbędnej dokumentacji oraz rozwiązywanie trudności organizacyjnych.
2. Stała obsługa programu w obszarze personalnym, księgowym, zamówień publicznych oraz przygotowanie rozliczeń i sprawozdań końcowych z realizacji programu.
3. Uzupełnienie wyposażenia gabinetu diagnostyczno-psychologicznego. Zakup oryginalnych kwestionariuszy do testów psychologicznych, test psychometryczny.

4. Doposażenie pracowni muzycznej.
W 2016 roku, podczas ubiegłej edycji realizacji programu, z własnych kosztów zostało zorganizowane pomieszczenie na cele pracowni muzycznej oraz w ramach realizowanego programu został częściowo zakupiony sprzęt do wyposażenia pracowni muzycznej. W 2017 roku, w ramach realizowanego programu, zamierzamy dalej doposażyć pracownię muzyczną głównie w instrumenty muzyczne ze sprzętem nagłaśniającym i komputer, który będzie służył do obsługi programu nagrywania muzyki tworzonej przez pacjentów.
5. Uzupełnienie wyposażenia do sali terapii grupowej.
Zakup krzeseł do sali terapii grupowej i mebli.
6. Uzupełnienie gabinetu do terapii biofeedback.
Zakup gry biofeedback do stymulacji fal mózgowych. Gra Somatic Vision, to absolutna czołówka gier biofeedback, sterowana tylko za pomocą fal EEG. Doskonała grafika, muzyka w tle, wiele możliwości konfiguracji sposobu podania feedbacku.
Trenujący poprzez grę komputerową otrzymuje informację zwrotną o aktualnym stanie umysłu i stara się „wejść” w stan pożądany. Wejście i utrzymanie stanu pożądanego przez kilka, kilkanaście sekund jest nagradzane odpowiednim zachowaniem się gry, np. szybciej porusza się pojazd. Dzięki plastyczności mózgu, w trakcie kolejnych sesji treningowych, tworzą się nowe połączenia nerwowe (synapsy), uaktywniają się komórki nerwowe odpowiedzialne za pożądany stan aktywności mózgu.
7. Doposażenie pracowni terapii zajęciowej.
Doposażenie pracowni poprzez zakup mebli do pracowni terapii zajęciowej.
8. Zewnętrzna siłownia.
Organizacja siłowni i wyposażenie jej w atestowane urządzenia zewnętrzne do ćwiczeń.
9. Materiały techniczne, artykuły biurowe i plastyczne.
Bieżący zakup materiałów, artykułów biurowych i plastycznych oraz technicznych celem płynnej i rzetelnej realizacji programu, realizacji zajęć arteterapii, terapii zajęciowej oraz powielanie materiałów dydaktycznych do poszczególnych zajęć w ramach realizacji programu.

Kadra realizująca program

Kadra realizująca program posiada kierunkowe wykształcenie, wymagane specjalizacje oraz wieloletnie doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą uzależnioną oraz osobami współuzależnionymi. Są to osoby

związane z Ośrodkiem i znające jego potrzeby, co jest bardzo istotne ze względu na spójność programu z realizacją podstawowego programu leczenia pacjentów przebywających w Ośrodku. Cały zespół realizatorów będzie swoją pracę poddawał stałej superwizji, którą będzie prowadził zewnętrzny superwizor.

V. Monitoring i ewaluacja

Realizacja programu będzie stale monitorowana w obszarze merytorycznym i ewaluowana. Proces ten zostanie zakończony opracowaniem wniosków i rekomendacji, które zostaną przedstawione w końcowym sprawozdaniu merytorycznym.

Realizacja poprzez:

- Prowadzenie wydzielonej dokumentacji dotyczącej realizowanego programu (dokumentacja dotycząca kwalifikacji, konspekty zajęć grupowych, wykaz sesji indywidualnych i rodzinnych).
- Analiza danych statystycznych zarówno ilościowych (liczba osób, ilość zajęć grupowych, rodzinnych, indywidualnych itp.), jak i jakościowych (narzędzia diagnostyczne, wywiady, testy i kwestionariusze itp.).
- Zebrania kliniczne zespołu realizatorów odbywać się będą raz w tygodniu. Na zebraniach będą omawiani pacjenci i ich proces terapii. Zespół merytoryczny na bieżąco będzie dokonywał własnej oceny swojej pracy, która też będzie oceniana przez pacjentów i ich rodziców.
- Superwizja programu odbywać się będzie nie rzadziej niż raz na dwa miesiące. Podczas spotkań z superwizorem zespół realizatorów będzie pracował nad optymalizowaniem poszczególnych metod pracy oraz ograniczeń własnych, utrudniających pracę terapeutyczną z pacjentami używającymi problemowo alkoholu oraz z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży oraz ich rodzicami, którzy często prócz niskich kompetencji wychowawczych są osobami współuzależnionymi lub osobami, które same problemowo używają alkohol.
- Wnioski i rekomendacje z realizacji programu. Na zakończenie, w każdym roku realizacji programu, zostaną opracowane rekomendacje ewaluacyjno-badawcze, których celem będzie oszacowanie efektów z realizowanego programu i określenie stopnia, obszaru korekty w celu jego dalszej i efektywnej realizacji. Wnioski i rekomendacje zostaną przekazane placówkom zajmującym się tego typu problematyką oraz będą wykorzystywane w prezentacjach podczas wykładów i szkoleń.

VI. Okres realizacji programu zaplanowany jest do 2020 roku

Wnioski i rekomendacje oraz korzyści z dotychczasowej realizacji sześciu edycji programu „Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych” przeprowadzonej w latach 2011–2016.

1. Program „Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych” jest kontynuacją realizacji programu w latach 2011–2016. Razem, w latach 2011–2016 realizacją programu, zostało objętych 600 osób z terenu woj. mazowieckiego. W tym 290 dzieci i młodzieży z problemowym spożywaniem alkoholu oraz 310 rodziców z rozwiniętymi mechanizmami współuzależnienia i członków ich rodzin z niskimi kompetencjami psychospołecznymi i wychowawczymi oraz często używającymi problemowo alkohol lub od niego uzależnionych.

2. Proces kwalifikacji, z sześciu lat realizacji programu, jednoznacznie wykazał, że u dzieci i młodzieży przebywającej w Ośrodku z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi występuje dodatkowo problemowe nadużywanie alkoholu. Spośród ok. 500 pacjentów przyjętych na leczenie do Ośrodka w latach 2011–2016, 290 z nich posiada rozpoznanie problemowego używania alkoholu. Zdecydowanie częściej byli to chłopcy niż dziewczęta w stosunku ok. 65% do 35%. Choć obecnie te różnice wyraźnie się zacierają.

3. Ważnym efektem realizowanego programu jest ograniczenie rozwoju zespołu uzależnienia od alkoholu u pacjentów po opuszczeniu Ośrodka jako zamiennik do zespołu uzależnienia od narkotyków.

4. Dorośli członkowie rodzin pacjentów Ośrodka bardzo często spełniają kryteria zaawansowanego procesu współuzależnienia od swoich uzależnionych dzieci. Średnio jest to jedna osoba w rodzinie i najczęściej są to matki. Inni członkowie ich rodzin mają niskie umiejętności wychowawcze i kompetencje psychospołeczne. Często też sami używają problemowo alkohol, a część z nich jest od niego uzależniona.

5. Spośród 290 pacjentów z problemowym używaniem alkoholu ok. 65% jest rodzinie obciążona problemem uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

6. Wyniki uzyskane w pracy z pacjentami poprzez realizację Programu „Terapia Dzieci i Młodzieży Uzależnionej od Alkoholu i Osób Współuzależnionych” wyraźnie korelują z wynikami badań „ESPAD 2015” oraz potwierdzają ich trafność i rzetelność.

7. Przeprowadzone rozeznanie na początku realizacji zajęć edukacyjnych wskazały na niską wiedzę dzieci i młodzieży, ale przede wszystkim dorosłych na temat destrukcyjnego wpływu alkoholu na życie rodziny oraz świadomości dotyczącej rozwoju i przebiegu procesu uzależnienia od alkoholu. Informacje zebrane na koniec zajęć jednoznacznie wykazywały wzrost wiedzy i świadomości na ww. tematy o blisko 60%.

8. U 90% rodziców wzrosła świadomość i krytycyzm dotyczący własnego współuzależnienia i potrzeby pomocy specjalistycznej w tym zakresie oraz zostały podniesione u członków rodzin umiejętności wychowawcze i kompetencje psychospołeczne stanowiące czynniki chroniące przed rozwojem uzależnienia i współuzależnienia w rodzinie.

9. Informacje zwrotne od pacjentów, jak i realizatorów programu wskazały zajęcia arteterapii i terapii zajęciowej jako ważne elementy budujące motywację do bycia w Ośrodku oraz rozwój alternatywnych form spędzania wolnego czasu co bezpośrednio przełożyło się na otwartość do terapii i jej efekty.

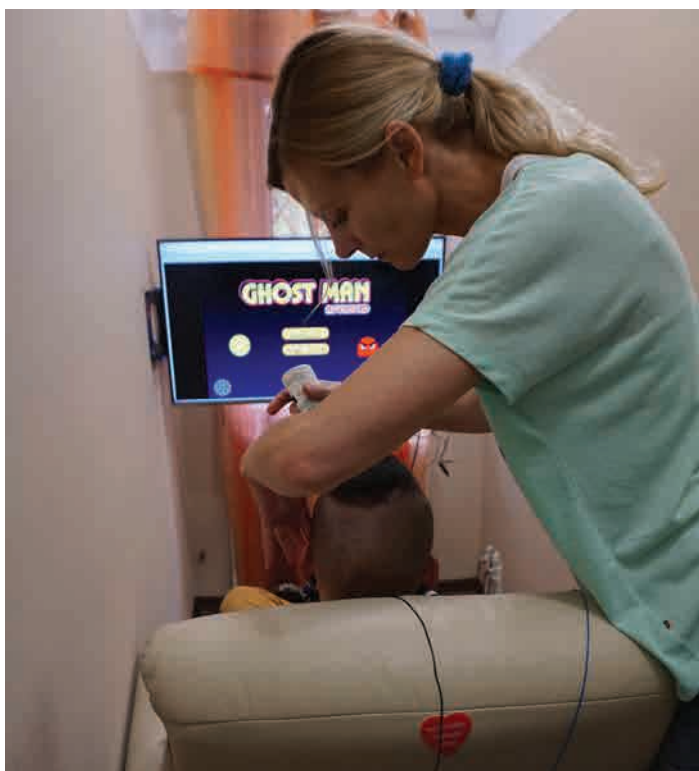
10. Praca z rodziną przynosi zakładane rezultaty na co wskazały informacje zwrotne od wszystkich osób uczestniczących w programie jak i jego realizatorów. W konsekwencji poprawiła się komunikacja członków rodzin jak i skorygowany został system funkcjonowania rodziny poprzez lepsze relacje w rodzinie.

11. Zrealizowana terapia biofeedback spełniła oczekiwane efekty w postaci wzmocnienia terapii poznawczo-behawioralnej i pracy z rodziną. Dodatkowo ta metoda okazała się bardzo atrakcyjna dla pacjentów.

12. Analiza danych statystycznych z lat 2007–2016 wykazała, że w latach 2007, 2008, 2009, 2010 do Ośrodka przyjmowanych było ok. 110 pacjentów rocznie. Natomiast w roku 2011 było przyjętych 91 pacjentów (pierwsza edycja realizacji programu), w 2012 roku 90 pacjentów, w 2013 roku 88 pacjentów, w 2014 roku 89 pacjentów, w 2015 roku 83 pacjentów, a w 2016 roku 70 pacjentów. Wskazuje to na mniejszą o ok. 20% rotację pacjentów przyjmowanych do Ośrodka co jest, oczywiście nie tylko, ale również związane z pracą pacjentów również w obszarze problemowego używania alkoholu oraz rodzicami w obszarze współuzależnienia i kompetencji wychowawczych. A w konsekwencji należy jednoznacznie stwierdzić, że pacjenci coraz dłużej utrzymują się w terapii i efektywniej z niej korzystają. Co w konsekwencji obniża liczbę dzieci i młodzieży uczestniczącej w programie.

13. Województwo mazowieckie w latach 2011–2016 przeznaczyło 562 tys. złotych na realizację programu. W ramach tych środków została zrealizowana część merytoryczna programu. Jednak dodatkowo część tych środków została przeznaczona na następujące cele:

- doposażenie gabinetu diagnostyczno-psychologicznego głównie w postaci zakupów testów psychologicznych i bieżące uzupełnianie oryginalnych kwestionariuszu do wykonywania testów psychologicznych;
- został zakupiony alkomat do badania zawartości alkoholu w organizmie ludzkim;
- wyposażone w meble i sprzęt multimedialny zostały sale do terapii grupowej i indywidualnej oraz terapii rodzinnej;
- uzupełniana na bieżąco była pracownia do terapii zajęciowej w materiały techniczne i narzędzia;
- rozpoczęty został proces organizacji pracowni muzycznej poprzez zakup sprzętu do nagrywania utworów muzycznych tworzonych przez pacjentów oraz zestaw perkusyjny. W obecnym roku planowane jest zakończenie organizacji pracowni muzycznej poprzez doposażenie pracowni w instrumenty muzyczne i komputer.



Gabinet terapii biofeedback.



Sesja terapii biofeedback.



Pracownia muzyczna z instrumentami muzycznymi.



Pracownia muzyczna – studio nagrań.

Program Psychoterapii Rozwojowej Adolescentów z Podwójną Diagnozą realizowany w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki w Otwocku

I. Wprowadzenie

Oddział Terapii Uzależnień dla Młodzieży, a od 1 maja 2010 r. Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku, powstał w październiku 1998 roku w wyniku zapotrzebowania na leczenie stacjonarne osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, które podlegają obowiązkowi szkolnemu, są zależne od rodziny i jej funkcjonowania w obszarze psychologicznym i społecznym. W grudniu 2011 roku Ośrodek został przeniesiony do Zagórza na okres dwóch lat i w grudniu 2013 roku powrócił do Otwocka. Do poprzedniego miejsca i budynku, w którym do dziś jest realizowany Program Psychoterapii Rozwojowej Adolescentów z Podwójną Diagnozą.

Uzasadnienie realizacji programu

W minionej dekadzie nastąpił silny wzrost liczby problemowo przyjmowanych substancji innych niż opiaty i alkohol, a głównie takich jak kokaina, amfetamina, metamfetamina, extasy, dopalacze, LSD, kanabinole, leki, środki wziewne. Natomiast jeśli chodzi o kwestie eksperymentowania i okazjonalnego przyjmowania środków psychoaktywnych to najbardziej rozpowszechnionymi substancjami obecnie są marihuana i haszysz, amfetaminy i extasy, a także środki uspokajające i nasenne. Wśród wzorów używania substancji psychoaktywnych popularny jest sposób łączenia różnych środków (extasy + marihuana, alkohol + amfetamina, alkohol + marihuana i inne). Ostatnio sporą popularnością cieszą się dopalacze, substancje o rzeczywistym działaniu psychoaktywnym, którym przypisuje się działanie relaksujące, poprawiające nastrój, poprawiające funkcje poznawcze. Najwięcej osób i przy-

mujących środki psychoaktywne okazjonalnie rekrutuje się spośród osób w wieku od 16 do 24 lat („Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania” J. Sierosławski KBPN).

Z badań i opinii specjalistów wynika, że od dziesięciu lat zauważyć można dalece niepokojące zjawisko związane z używaniem substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież, u których występują równolegle dodatkowe zaburzenia z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży. Wynika to przede wszystkim ze zmiany środków, po które sięga dziś młodzież, tj. z opiatów i alkoholu na substancje psychostymulujące i halucynogenne (amfetamina i jej pochodne, mefedron, kokaina, efedryna, kanabinoles, extasy, dopalacze, leki dostępne bez recepty), które uszkadzają przede wszystkim ośrodkowy układ nerwowy, powodując dodatkowe zaburzenia psychiczne. Ale również w wyniku stosowania tak zwanego „samoleczenia” przez młodzież, która zaczyna chorować psychicznie. W konsekwencji do programów terapii uzależnień trafia coraz więcej pacjentów z podwójną diagnozą.

Termin podwójna diagnoza (podwójne rozpoznanie) odnosi się do grupy pacjentów, u których współwystępują zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu i nikotyny) i poważne zaburzenia psychiczne, np. schizofrenia, zaburzenia afektywne lub lękowe.

Współwystępowanie dwóch lub więcej zaburzeń może dotyczyć również współistnienia uzależnień od dwóch lub więcej substancji czy częstego występowania zaburzeń somatycznych u osób z uzależnieniem, jednak takich sytuacji klinicznych nie uznajemy za podwójną diagnozę. Pojęcie to rezerwujemy wyłącznie dla występowania uzależnienia, u osoby z dodatkowym zaburzeniem z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży rozpoznany według kryteriów diagnostycznych ICD-10 lub DSM V. Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w Raporcie Krajowym 2009 „Sytuacja narkotykowa w Polsce”, wydanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii na przestrzeni lat 1997–2005, zaobserwowano wzrost odsetka pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich osób przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. W 1997 roku odsetek tych pacjentów wynosił 3,2%, a w 2005 roku 7,6%. Po 2005 roku odnotowano zatrzymanie tendencji wzrostowej. W 2007 roku odsetek pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego wyniósł 7,3%. Liczba hospitalizowanych pacjentów z podwójną diagnozą w roku 1997 wyniosła 171 osób natomiast w roku 2007 odnotowano już 915 takich przypadków. W stacjonarnych ośrodkach psychiatrycznych w Polsce w 2007 roku największą grupę, bo aż 58%, stanowili pacjenci z rozpoznaniem mieszczą-

cym się w kategorii „inne zaburzenia psychiczne”, obejmującą zaburzenia psychotyczne oraz zaburzenia zachowania. Wśród pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego z rozpoznaniem zespołu uzależnienia, największy odsetek zdiagnozowanej współzachorowalności prezentowały osoby uzależnione od halucynogenów (podwójna diagnoza dotyczyła 18,8% przypadków) oraz leków uspokajających i nasennych (podwójna diagnoza dotyczyła 11,1% przypadków). Najmniejszy odsetek podwójnych diagnoz dotyczył uzależnionych od kokainy (wszyscy pacjenci bez podwójnych diagnoz) oraz opiatów (1,6%). Zaburzenia osobowości częściej obserwowano wśród osób uzależnionych od substancji wziewnych (2,9%) oraz u osób uzależnionych od kilku substancji (2,1%). Stany depresyjne czy zaburzenia lękowe w największym stopniu diagnozowano u pacjentów uzależnionych od leków uspokajających i nasennych (odpowiedni 1% i 3,1%). Inne zaburzenia psychiczne najczęściej diagnozowano u pacjentów uzależnionych od halucynogenów, leków, substancji wziewnych, kanabinoli oraz w przypadku mieszanego uzależnienia. Do placówek ambulatoryjnych (poradnie zdrowia psychicznego, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu, poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych) trafiło w roku 2007 łącznie 2 536 pacjentów z podwójnym rozpoznaniem (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008).

Problem w leczeniu uzależnień polega na tym, że placówki leczenia uzależnień nie są przygotowane do leczenia pacjentów z podwójną diagnozą. Tacy pacjenci kierowani są do poradni zdrowia psychicznego, a w przypadku ostrych zaburzeń psychotycznych do szpitali psychiatrycznych. W roku 2008 w Polsce funkcjonowały 2 oddziały w szpitalach psychiatrycznych oraz 2 ośrodki rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, oferujące kompleksowe leczenie zarówno psychiatryczne, jak i uzależnień jednak są to placówki przeznaczone wyłącznie dla pacjentów pełnoletnich.

Jeżeli chodzi natomiast o dzieci i młodzież, to w całym kraju obecnie są dwie takie placówki. Jedna to Oddział Podwójnej Diagnozy prowadzony przez Mazowiecki Szpital w Garwolinie. Drugi natomiast, to Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku działający w strukturach Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu k. Warszawy.

Należy więc stwierdzić, że Ośrodek w Otwocku jest adekwatną odpowiedzią na rzeczywiste zmiany jakie zaszły na polskim rynku używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.

II. Podstawy teoretyczne realizowanego programu

W 1946 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła definicję zdrowia opartą na modelu biopsychospołecznym, który zakłada, że zdrowie to nie tylko brak choroby czy zaburzenia, ale pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny.

Znaczy to, że punktem wyjścia do rozumienia człowieka, jego konstruktywnego rozwoju, ale też procesu rozwoju uzależnienia i innych często współistniejących zaburzeń oraz planowania działań profilaktycznych, terapii jak i ich realizacji jest model biopsychospołeczny.

Jako pierwszy opisał model biopsychospołeczny George Engel. Wybitny dwudziestowieczny lekarz, który poszerzył model biomedyczny o czynniki i uwarunkowania psychologiczne, społeczne i kulturowe wpływające na powstawanie choroby stanowiący alternatywę wobec ściśle biomedycznego modelu opieki zdrowotnej. Podejście biopsychospołeczne poszerza rozumienie choroby o rozumienie człowieka cierpiącego na niemoc spowodowaną chorobą w kontekście występujących jej objawów w obszarze psychologicznym, społecznym i kulturowym.

Model biopsychospołeczny jest zarówno filozofią opieki medycznej, jak i praktycznym przewodnikiem klinicznym. Filozoficznie rzecz ujmując, jest sposobem rozumienia tego jak wiele struktur, od społecznych po molekularne, oddziałuje na cierpienie i chorobę. Na poziomie praktycznym jest sposobem rozumienia subiektywnego doświadczenia pacjenta jako znaczącego czynnika decydującego zarówno o postawieniu prawidłowej diagnozy, spodziewanych efektach leczenia i samej opieki medycznej (Borrell-Carrio, Schuman, Epstein, 2004).

Engel stwierdza: „Trzeba brać pod uwagę społeczny kontekst pacjenta, w którym on żyje, systemy komplementarne tworzone przez społeczeństwo do radzenia sobie ze skutkami chorób, aby dobrze zrozumieć czynniki wpływające na powstawanie chorób i rozwijać w sposób racjonalny sposoby terapii jak i systemy opieki zdrowotnej”.

Model biopsychospołeczny opiera się na ogólnej teorii systemów. Po pierwsze, zjawiska naturalne są hierarchią systemów, z których każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych oraz po drugie, systemy są zorientowane na określony cel i dążą do uzyskania równowagi funkcjonalnej.

Proces uzależnienia jest zatem wielowątkowy i należy go rozumieć w aspekcie czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych (Robson, 1997).

Model biologiczny

W tym obszarze wyróżniamy trzy grupy czynników. Są to czynniki genetyczne, neurologiczne i fizjologiczne, które determinują powstawanie i rozwój uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

1. Czynniki genetyczne

Odkrycie endomorfina (własnych, wrodzonych opiatów mózgu), które uwalniane są w reakcjach na strach lub ból redukując nieprzyjemne sygnały leży u podstaw jednej z tych teorii. Mówi ona, że niedobór endomorfina jest prawdopodobnie zapisany w kodzie genetycznym człowieka. Fakt ten znacznie podnosi potencjalną podatność na uzależnienie się danej osoby, która wyrównuje sobie te braki substancjami psychoaktywnymi.

Schuckit w swej teorii nadużywania narkotyków i alkoholu, zakłada, że każda jednostka wkracza w życie z określoną genetycznie predyspozycją, skłonnością do nadużywania alkoholu lub narkotyków. Uważa on, że tego zjawiska nie można wyjaśnić za pomocą jednego czynnika, lecz zespołu czynników i kilku genów. Hamer i Copeland uważają, że geny mogą wpływać nie tyle na to, czy ktoś będzie zażywał jakąś substancję psychoaktywną, ale też geny wpływają na samo działanie substancji u danej osoby. Na przykład amfetamina działa na większość ludzi stymulująco, ale u dzieci z zaburzeniami koncentracji substancja ta redukuje aktywność i poprawia koncentrację.

2. Czynniki neurologiczne

Teorie opisujące czynniki neurologiczne opierają się na założeniu, że wszelkie zaburzenia psychiczne są rezultatem zaburzonych procesów neurofizjologicznych. Teorie te uznają, że źródłem przyczyn uzależnienia jest silna potrzeba dążenia i osiągania przyjemności. Osoby biorące lub zażywające substancje psychoaktywne dążą do intensyfikacji doznań i uzyskania maksymalnej satysfakcji, poprzez manipulowanie dawkami środków uzależniających.

Teoria wiążąca się z odkryciem przez naukowców „drogi mózgowej” odpowiedzialnej za odczuwanie przyjemności mówi, że częste wprowadzanie się w stan euforii narkotycznej niszczy naturalne ośrodki w mózgu umożliwiające doznawanie szczęścia bez używania substancji psychoaktywnych.

Badania Hamera i Copelanda pokazały, że uzależnienie może być spowodowane zaburzonym funkcjonowaniem mózgu. Przy użyciu nowoczesnej techniki diagnostycznej odkryli oni szlak dopaminowy, który jest aktywizo-

wany podczas zażywania substancji pobudzających, takich jak amfetamina i kokaina. Najbardziej stymulowana była część jądra połączona z układem limbicznym, która jest siedzibą emocji.

Mateusz Gola w swym artykule pt. „Neuronalne mechanizmy zachowań nałogowych” z 2016 roku, opisuje trzy neuronalne mechanizmy odpowiedzialne za uzależnienie. Pierwszy, to wzorce reaktywności układu nagrody, drugi to zwiększona wrażliwość jąder migdałowych na bodźce lękowe i trzeci, to zmniejszona zdolność regulacji tych dwóch układów przez korę przedczołową. Uważa on, że dotychczasowe definiowanie uzależnienia tylko w oparciu o objawy jest niewystarczające i może wpływać na niską skuteczność leczenia osób uzależnionych. Badania pokazują, że od 40% do 60% osób uzależnionych wraca do nałogu w ciągu roku od zakończenia terapii (Mojtabai i Zivin, 2003). Autor twierdzi, że prawdopodobnie w przyszłości skuteczne oddziaływania będą wymagały precyzyjnej identyfikacji dominujących mechanizmów i skupienia na tych, które są specyficzne dla danego pacjenta.

3. Czynniki fizjologiczne

Koncepcje te odnoszą się do sposobów transportowania i rozkładania substancji narkotycznych przez organizm. Wśród ludzi, u których następuje szybkie ich „spalenie” zapotrzebowanie na środki będzie większe i tym samym większe ryzyko uzależnienia. Natomiast u innych ludzi będzie się wiązało z przykrymi doznaniem somatycznymi i psychicznymi, co może spowodować rezygnację z przyjmowania substancji psychoaktywnych.

Badania, prowadzone przez Childressa, które sprawdzały oddziaływanie kokainy na mózg, wykazały, że już same trzymanie fajki z crackiem przez osoby uzależnione prowadzi do pobudzenia szlaku dopaminowego. Natomiast zaprzestanie zażywania substancji przez około 30 dni doprowadza do uśpienia szlaku dopaminowego, a komórki w nim zawarte wydają się być uszkodzone, co tłumaczy objawy zespołu abstynencyjnego. Badania te ukazują jeszcze jedną zależność, że pomimo tego, iż mózg nadal dostarczał naturalnych porcji dopaminy, osoba uzależniona odczuwała głód. Jest to wynikiem tego, że u osób uzależnionych wzrasta poziom dawek potrzebny do przeżywania i osiągania podobnych odczuć, takich jak na początku przyjmowania substancji psychoaktywnej. Optymistyczny jednak jest wniosek płynący z tych badań, mówiący o tym, że mózg i szlaki dopaminowe mogą powrócić do stanu początkowego już po roku utrzymywania abstynencji od substancji psychoaktywnych.

Model psychologiczny

Obszar ten odwołuje się do teorii i czynników psychologicznych odpowiedzialnych za rozwój i podtrzymywanie uzależnienia.

Teorie psychoanalityczne mówią, że przyczyną uzależnienia są nierozwiązane, stłumione lub nieświadome konflikty wewnętrzne człowieka. Używanie substancji psychoaktywnych jest symptomem głębokich zaburzeń emocjonalnych.

W teoriach uczenia się i teoriach behawioralnych za podstawę do wyjaśnienia powstawania uzależnienia uważa się naturalne dążenie do osiągania przyjemności lub zapobiegania przykrym stanom. Osoba używająca substancji psychoaktywnych uczy się w procesie warunkowania zewnętrznego i wewnętrznego realizować te dążenia poprzez substancje psychoaktywne.

Teorie poznawcze koncentrują się na sposobie w jaki ludzie interpretują swoje życiowe doświadczenia. Uzależnienie według tych teorii jest wynikiem subiektywnego postrzegania siebie i braku wiedzy o sobie. Jakie ma osoba poczucie własnej wartości, pewności siebie, czy jest samodzielna, czy potrafi odnaleźć się w zastanej rzeczywistości.

Teorie humanistyczne i egzystencjalne interpretują uzależnienie jako oznakę niemożności zaspokajania swoich podstawowych potrzeb i rozwiązania problemów egzystencjalnych w konsekwencji czego wybierają ucieczkę od życia w świecie realnym w świat odurzenia.

Wśród czynników psychologicznych, które uważane są za przyczyny uzależniania wymienia się niedojrzałość emocjonalną, deprawację poczucia bezpieczeństwa, lęk i niską odporność na frustrację, labilność emocjonalną, nieumiejętność adekwatnego odreagowywania stanów emocjonalnych.

Można też wyodrębnić kilka podstawowych uwarunkowań psychologicznych sprzyjających uzależnieniu, do których zaliczmy:

- brak stabilności emocjonalnej;
- objawy neurotyczne (np. lęk, poczucie krzywdy);
- brak silnego wzorca ojca i matki w rodzinie (poczucie zagrożenia);
- brak zdolności do wysiłku i umiejętności rozwiązywania problemów;
- niski poziom tolerancji na frustrację;
- obniżone poczucie własnej wartości;
- niski stopień kompetencji społecznych;
- potrzeba bycia w grupie;
- kierowanie się w życiu zasadą przyjemności;
- obniżony system wartości i poczucia sensu życia.

Człowiek znajdujący się w wyżej podanych sytuacjach łatwo może popaść w konflikty, stres, stany permanentnej frustracji, co może prowadzić do sięgnięcia po substancje psychoaktywne (Cekiera, 1993).

Jerzy Mellibruda opracował model teoretyczny, który zakłada równoległe współdziałanie trzech psychologicznych mechanizmów powodujących uzależnienie. Mechanizmy te rozwijają się jako konsekwencja nadużywania alkoholu oraz psychospołecznych okoliczności i konsekwencji spożywania alkoholu. Pierwszy z mechanizmów, to mechanizm nałogowego regulowania uczuć, który powoduje zmianę pojawiających się emocji w głód alkoholowy. Drugi, to mechanizm iluzji i zaprzeczania, który poprzez wzmacnianie myślenia magiczno-życzeniowego zniekształca procesy poznawcze. Trzeci, to mechanizm rozpraszania i rozdawiania „Ja”, który niszczy poczucie tożsamości. Koncepcja ta wyjaśnia przyczyny takich zjawisk jak głód alkoholowy, nawroty picia, nieskuteczność wpływów otoczenia na osobę uzależnioną oraz dostarcza wskazówek do prowadzenia terapii osób uzależnionych (Mellibruda, 1997).

Model społeczny

W modelu tym, teorie wyjaśniające przyczynę zjawiska uzależnienia zasadnicze znaczenie przypisują otoczeniu społecznemu osoby uzależnionej. A jest to środowisko rodzinne, środowisko rówieśnicze i dalej znajomych, przyjaciół oraz środowisko szkolne, a po zakończeniu edukacji, zawodowe. Dodatkowo ważnym czynnikiem środowiskowym wpływającym na nasze zachowania są środki masowego przekazu (internet, telewizja, radio, prasa).

Teorie społecznego uczenia się wskazują na przyczyny uzależniania się postawy osób znaczących, które służą jako modele. Jednostka podejmuje decyzje o zażywaniu substancji ze względu na obserwacje i naśladowanie zachowań, u osób znaczących, które to robią oraz aprobatę ze strony otoczenia.

Teorie interakcyjne podkreślają, że na powstanie uzależnienia wpływają właściwości innych członków rodziny oraz specyfika systemu rodzinnego, gdyż procesy intrapsychiczne jednostki są wynikiem relacji między ludźmi. Z tego wynika, że zaburzenia jednostki są rezultatem zaburzeń relacji z innymi ludźmi.

Teorie systemów rodzinnych rozumieją patologię rodziny jako pewien określony społeczny system, w którym nośnikiem zaburzenia jest cała rodzina, cały system, a nie pojedyncza osoba. Procesy intrapsychiczne

są wynikiem relacji jakie panują w rodzinie. Teoria ta uznaje rodzinę za system homeostatyczny, który jest zdolny do plastycznego reagowania na wszelkie zmiany.

Teorie społeczne tłumaczą uzależnienie jako skutek źle funkcjonującego społeczeństwa. Osoba uzależniona buntuje się wobec rzeczywistości i społeczeństwa, w którym musi żyć. Przeciwstawia się jego presji i prawom. Natomiast społeczeństwo za takie zachowanie go karze, piętnuje i odrzuca, usuwa poza swój nawias. W wyniku tych argumentów, badacze społeczni uważają, że każda próba leczenia nie zmieni przyczyny wystąpienia zaburzeń, przez co leczenie staje się bezużyteczne i nieadekwatne w stosunku do problemu.

Teoria zachowań dewiacyjnych mówi, że skłonność do wystąpienia uzależnienia jest wynikiem interakcji między środowiskiem, a jednostką. Wyróżnia środowiskowe czynniki bliższego i dalszego wpływu na uzależnienie. Do struktur bliższych zalicza modelowanie społeczne, zachowania kolegów i członków rodziny, akceptujących zażywanie substancji. Natomiast do struktur dalszych związku z rodziną i grupą rówieśniczą.

Jak wykazały badania Brooka – powtarzając za Rogala-Obłękowską („Młodość i Narkotyki” – Rogala-Obłękowska, 1999) – wysoki poziom konfliktów rodzinnych i brak więzi między rodzicami a dziećmi, a także rytuały rodzinne związane z piciem alkoholu, zwiększają ryzyko zachowań dewiacyjnych, a szczególnie uzależnienia od narkotyków. Tolerancyjne postawy rodziców wobec środków odurzających czy przykład starszego rodzeństwa, które bierze narkotyki zwiększa prawdopodobieństwo zażywania ich przez młodszych członków rodziny.

Z opracowania J. Rogala-Obłękowskiej poświęconego cechom osobowości rodziców i ich postaw wobec uzależnionego dziecka wynika dwójaki obraz matek:

- Nadopiekuńcze matki, silnie uczuciowo skoncentrowane na dziecku, ograniczające jego aktywność i samodzielność – nadmiernie uzależniające je od siebie. Ten symbiotyczny związek powoduje opóźnienie emocjonalnego dojrzewania dziecka i nieumiejętność podejmowania decyzji.
- Matki charakteryzowane jako dominujące i podporządkowujące sobie dziecko. Postawa taka przyczynia się do niezaspokojenia podstawowych potrzeb emocjonalnych dzieci – potrzeby kontaktu z rodzicami i potrzeby przynależności. Prowadzić to może do zahamowania uczuć wyższych i zachowań antyspołecznych.

Większość rodzin młodzieży uzależnionej to rodziny rozbite. W rodzinach, gdzie ojciec najczęściej nie podejmował roli wychowawczej w sto-

sunku do dziecka (Rosenfeld, badania). Często był on oderwany od życia rodzinnego lub reprezentował postawę odrzucającą. Brak poczucia więzi emocjonalnych w rodzinie stwarza sytuacje, w której dziecko jest bardzo podatne na wpływy grupy rówieśniczej aprobującej zażywanie narkotyków.

Mieczysław Wojciechowski w książce *Mechanizmy Uzależnień od Narkotyków* przedstawił psychologiczne gratyfikacje płynące z faktu bycia członkiem grupy narkomańskiej. Przynależność do niej:

- Zapewnia kontakt z innymi (jego brak stał się pierwotnym źródłem trudności); wśród osób uzależnionych znajdują się takie, dla których przynależność była swoistym priorytetem, narkotyk zaś „ceną” jaką należy zapłacić za nią.
- Pozwala ustalić poczucie tożsamości – stwierdzenie „jestem narkomaniem” jest lepsze od bycia „nikim”.
- W początkowej fazie przynależności osoba odczuwa oparcie i siłę w otoczeniu w jakim się znajduje.

Środowisko grupy narkomańskiej staje się miejscem zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych jak również staje się źródłem zdobywania wiedzy i nowych umiejętności (jak zdobyć narkotyk lub finanse na jego zakup). Daje poczucie wpływu i możliwości w grupie, w której młody człowiek buduje obraz samego siebie, tj. poczucie tożsamości, poczucie wartości i kontroli. Uczestnictwo w subkulturze narkomańskiej, powiększając dystans i izolując jednostkę od świata zewnętrznego, pogłębia procesy uzależnienia i negatywnej socjalizacji.

Środki masowego przekazu są swoistym ośrodkiem sprawowania nieformalnej, ale bardzo skutecznej władzy wychowawczej w odniesieniu do, nie tylko młodzieży, ale również dorosłych. Internet, telewizja, radio, prasa kształtują przekonania i postawę młodych pokoleń wobec substancji uzależniających. Obecność substancji psychoaktywnych w programach, grach i filmach lub ich akceptacja, minimalizują adaptacyjną ostrożność przed ich zażyciem.

O czynnika społecznym sprzyjającym uzależnieniu można mówić także w szerszym kontekście, w wymiarze całej naszej polskiej tradycji. Zapewne zdajemy sobie sprawę z tego, jak bardzo alkohol jest wpisany w polską kulturę i obyczajowość. Picie alkoholu związane jest z uroczystościami rodzinnymi i świętami kościelnymi. Towarzyszy człowiekowi w domu i w pracy, wiąże się z narodzinami jak i śmiercią. Powoduje to, iż wzrastając w określonym kontekście kulturowym i obyczajowym przyjmujemy oraz dalej uznajemy za nasze własne sposoby i atrybuty przeżywania ważnych wydarzeń w naszym całym życiu.

Uwzględniając aspekt biologiczny, psychologiczny i społeczny Muisse-ner opracował Model Biopsychospołeczny dotyczący etiologii uzależnienia młodzieży. Koncepcja ta ma zastosowanie tylko do uzależnionej młodzieży, gdyż uzależnienie osób dorosłych jest odmienne w przebiegu jak i genezie. Według autora grupa osób uzależnionych jest heterogeniczna. Młodzież różni się między sobą płcią, środowiskiem pochodzenia, relacjami w rodzinie, cechami indywidualnego rozwoju, statusem ekonomicznym. W koncepcji tej wyodrębniono zmienne przyczynowe, takie jak: zmienne biologiczne, rozwój psychiczny, zmienne interpersonalne (rodzina i grupa rówieśnicza), zmienne makrospołeczne i otoczenie. Muissener uważa, że wszystkie te zmienne są ze sobą powiązane i wzajemnie na siebie oddziałują. Do najważniejszych zmiennych autor zalicza: rozwój psychiczny, rodzinę i grupę rówieśniczą. Według niego do rozpoczęcia eksperymentowania z substancjami uzależniającymi wystarczy zaburzenie tylko w jednej z tych zmiennych, ale również silny wpływ któregoś z tych czynników może temu też zapobiec. Konsekwencją tego myślenia jest uwzględnienie w procesie leczenia przebudowy każdego z tych poziomów.

Przedstawiony model biopsychospołeczny wydaje się zatem być fundamentalną podstawą do rozumienia, diagnozowania i dalej postępowania z dziećmi i młodzieżą używającą substancje psychoaktywne i mającą współwystępujące zaburzenia psychiczne.

Model biopsychospołeczny stanowi podstawę teoretyczną programu psychoterapii młodzieży z podwójną diagnozą – „Psychoterapia Rozwojowa Adolescentów z Podwójną Diagnozą”.

III. Predyspozycje oraz uniwersalne i specyficzne czynniki adolescentów z podwójną diagnozą

Na podstawie modelu biopsychospołecznego, literatury przedmiotu oraz doświadczenia i badań własnych można dokonać następującej klasyfikacji czynników uniwersalnych i zarazem specyficznych dla adolescentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży.

W 2007 roku zostały rozpoczęte i wciąż są kontynuowane badania własne pacjentów przebywających na terapii w Ośrodku. Czynniki z obszaru biologicznego są określane za pomocą analizy dokumentacji medycznej głównie z leczenia psychiatrycznego, wywiadów przeprowadzanych z pacjentem i jego rodzicami oraz aktualnej diagnozy nozologicznej i kwestionariusza diagnozującego etap zaawansowania rozwoju

uzależnienia. Czynniki psychologiczne są uzyskiwane w konsekwencji realizacji testów psychologicznych. Lęk jako stan i cecha – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Nieadekwatny obraz własnej osoby – Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresowych – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.

Czynniki z obszaru społecznego są określane na podstawie diagnozy funkcjonowania systemu rodzinnego i relacji w rodzinie, wywiadów realizowanych z pacjentem i jego rodzicami, historii rozwoju relacji z osobami ważnymi i rówieśnikami, obserwacji funkcjonowania pacjenta w społeczności korekcyjnej tworzonej przez grupę rówieśniczą, stanu faktycznego poziomu edukacji i zaległości szkolnych oraz określeniu predyspozycji i zainteresowań.

Obszar biologiczny

1. Obciążenie genetyczne problemem uzależnienia

Rodzinne obciążenie problemem uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Wywiad dotyczy rodziców i dziadków.

2. Współistniejące zaburzenia psychiczne

Podwyższa ryzyko wystąpienia uzależnienia inne zaburzenie psychiczne, ale również podwyższa ryzyko zaburzeń psychicznych zażywanie substancji psychoaktywnych.

3. Fizjologiczna tolerancja

Sposób transportowania i rozkładania substancji chemicznej przez organizm ludzki podwyższa ryzyko uzależnienia. Wśród ludzi, u których następuje szybkie ich „spalenie” zapotrzebowanie na środki będzie większe i tym samym większe ryzyko uzależnienia.

Obszar psychologiczny

1. Lęk

Lęk jako stan jest charakterystyczny dla dzieci i młodzieży sięgających po substancje psychoaktywne. A w przypadku uzależnienia wyraźnie podtrzymuje mechanizmy uzależnienia. Zdecydowana większość pacjentów ma wysoki lub bardzo wysoki lęk jako cecha i stan.

2. Samoocena

Nieadekwatna samoocena sprzyja sięganiu po substancje psychoaktywne i dalej podtrzymywaniu uzależnienia. Większość pacjentów ma wyraźnie zaniżony obraz własnej osoby, myślą wyraźnie gorzej niż w rzeczywistości jest.

3. Styl radzenia sobie w stresowych i trudnych sytuacjach

Wyróżniamy trzy podstawowe style radzenia sobie w sytuacjach stresowych i trudnych. Pierwszy, to styl skoncentrowany na emocjach, drugi, to styl unikania i wchodzenia w sytuacje zastępcze oraz trzeci, to styl skoncentrowany na rozwiązaniu zadania. Większość pacjentów używa stylu skoncentrowanego na emocjach lub mieszanego, czyli koncentracji na emocjach oraz unikaniu i wchodzeniu w sytuacje zastępcze.

Obszar społeczny

1. Rodzina

Wszyscy pacjenci pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych. Dysfunkcja może wynikać z zaniedbań wychowawczych i niskich kompetencji rodzicielskich, braku więzi i bliskości, trudnych relacji między rodzicami, konkurencyjnych stylów wychowawczych preferowanych przez rodziców.

2. Grupa rówieśnicza

W okresie adolescencji człowiek przede wszystkim rozwija się w grupie rówieśniczej, która pełni rolę odniesienia. Młody człowiek jest w stanie wiele uczynić, by na stałe przynależał do jakiej grupy rówieśniczej. Zażywanie substancji psychoaktywnych nie jest dla niego konsekwencją. Konsekwencją jest natomiast brak przynależności do grupy rówieśniczej. Zatem młody człowiek nie zawaha się w sięgnięciu po substancję, kiedy grupa tego oczekuje, bo jest to norma w tej grupie.

3. Szkoła i rozwój zainteresowań

Adolescenci, którzy się uzależniają już często od etapu nauczania początkowego przejawiają różnego rodzaju trudności szkolne, które są generowane przez obowiązujący system szkolnictwa. Dalej szkoła i nauka szkolna przysparza młodemu człowiekowi coraz więcej trudności. Zaczyna zaniedbywać coraz wyraźniej swoje obowiązki szkolne. Budynek szkoły staje się miejscem do spotkań z rówieśnikami, a nie do nauki. Dalej pojawiają się wagary prowadzące do stałej absencji, indywidualny tok nauczania, powtarzanie

klas, wypadnięcie z roli ucznia i narastające zaniedbania w procesie edukacji. Te objawy są charakterystyczne dla wyraźniej większości adolescentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

IV. Integracja terapeutyczna kontekstu biologicznego, psychologicznego i społecznego

Program psychoterapii jest konsekwencją założeń teoretycznych modelu biopsychospołecznego. W swych założeniach i realizacji integruje aspekt biologiczny, psychologiczny i społeczny tworząc spójny i kompleksowy program psychoterapii.

Podstawowym założeniem w pracy z pacjentem jest jego rozumienie i świadomość kontekstu rozwojowego, na którym obecnie się znajduje. Rozumienie jego psychologicznych mechanizmów jako źródło i podtrzymywanie zaburzeń w tym uzależnienia oraz destrukcyjnych strategii radzenia sobie z indywidualnymi trudnościami z obszaru biologicznego, psychologicznego i społecznego. Umiejętność rozróżnienia zaburzeń, a trudności rozwojowych wynikających z etapu rozwojowego. Co rozwojowe, a co chorobowe. Istotą pracy terapeutycznej jest praca z człowiekiem, a nie tylko praca z objawem. W wąskim ujęciu psychoterapia głębinowa realizowana metodami psychologicznymi, czyli terapia psychologiczna oraz w szerszym kontekście oddziaływań psychoterapeutycznych, czyli również zajęcia rozwojowe, nauka szkolna, pomoc socjalna i prawna oraz praca nad innymi systemami, w których funkcjonuje pacjent i jego rodzina.

Aspekt biologiczny

1. Farmakoterapia

Leczenie farmakologiczne jest stosowane głównie w leczeniu objawów występujących przy współwystępujących zaburzeniach z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży (objawy wytwórcze, zaburzenia afektywne, lęk, zachowania kompulsywne, zaburzenia psychotyczne). Stosowane leki to neuroleptyki, antydepresanty i stabilizatory nastroju. Dodatkowo leki są stosowane w leczeniu ogólnomedycznym.

2. Psychoedukacja

Praca indywidualna i grupowa dotycząca rozumienia współistniejących zaburzeń z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży oraz profilaktyka prozdrowotna.

3. Terapia biofeedback

Terapia jest skoncentrowana na usprawnienie i uwrażliwienie funkcji poznawczych, takich jak: analiza funkcyjna w schemacie myśl-emocje-zachowanie, uczenie się, koncentrację, pamięć, uwagę, autorefleksję, ale też kontrolę emocji i relaksację. Realizacja odbywa się przy użyciu najnowszego sprzętu i oprogramowania. Skuteczność terapii biofeedback funkcji poznawczych jest empirycznie potwierdzona i znajduje się na najwyższym, piątym poziomie jako terapia skuteczna i specyficzna. Terapia biofeedback (z ang. Elektroencefalograf (EEG), biofeedback – biologiczne sprzężenie zwrotne) jest metodą opartą na bioregulacyjnych możliwościach mózgu z wykorzystaniem sprzężenia zwrotnego. Służy do optymalizacji czynności bioelektrycznej mózgu celem osiągnięcia usprawnienia działania przy równoczesnej relaksacji. Biofeedback jako terapia usprawnia funkcje poznawcze, a tym samym wpływa na funkcje umysłowe w szeroko pojmowanej teorii umysłu. Uzasadnia ją fakt, iż określone protokoły terapeutyczne ukierunkowane są na doskonalenie możliwości samoregulacji psychofizjologicznej, co bezpośrednio wpływa na stan ogólnego funkcjonowania człowieka, m.in. poziom samopoczucia, regulację procesów uczenia się (pamięć, szybkość kojarzenia), poziom koncentracji uwagi oraz relaksacji jako sposób radzenia sobie z dyskomfortem emocjonalnym.

Aspekt psychologiczny

1. Psychoterapia poznawczo-behawioralna

Praca w formie indywidualnej i grupowej terapii z lękiem, samooceną, stylem radzenia sobie w stresowych i trudnych sytuacjach, uzależnieniem, zaburzeniami współistniejącymi i terapii rodzinnej.

Terapia jest oparta na założeniu, że uczucia i zachowania są spowodowane przez myśli człowieka, a nie jest wynikiem i reakcją na bodźce zewnętrzne, takie jak ludzie, sytuacje i wydarzenia. Ludziom trudno jest zmieniać działające na nich czynniki zewnętrzne, ale mogą zmienić sposób myślenia o nich i dalej jak się czują i jak się zachowują. W leczeniu uzależnienia i innych trudności celem psychoterapii poznawczo-behawioralnej jest nauczenie osoby rozpoznać sytuacje, w których są one najprawdopodobniej prowadzące do zażycia substancji psychoaktywnej lub stosowania innych destrukcyjnych zachowań. Również konstruktywnie rozwiązywać inne trudności i deficyty oraz korygować destrukcyjne zachowanie, które w konsekwencji też mogą prowadzić do zażywania substancji psychoaktywnych lub warunkować inne zaburzenia. Ważne jest zatem w jaki spo-

sób ludzie interpretują swoje życiowe doświadczenia. Jak postrzegają siebie, jakie człowiek ma poczucie własnej wartości, pewności siebie, czy jest samodzielny, czy potrafi odnaleźć się w zastanej rzeczywistości.

Na rozwój terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym duży wpływ wywarły teorie społecznego uczenia się. Do najbardziej znanych teorii społecznego uczenia się należą teorie Dollarda i Millera, Akers'a, Rotter'a oraz A. Bandury. Zgodnie z ich założeniami:

- używanie substancji psychoaktywnych lub stosowanie innych destruktcyjnych strategii przez młodzież jest społecznie wyuczonym zachowaniem;
- kształtuje się i utrwała na skutek modelowania, czyli obserwacji i naśladowania osób ważnych i atrakcyjnych: rodziców, rówieśników, postaci kultury masowej;
- sięganiu po substancje psychoaktywne sprzyjają pozytywne oczekiwania dotyczące działania tych środków i własnej skuteczności w radzeniu sobie w różnych sytuacjach.

Modele poznawcze zakładają, że:

- większość zakłóceń powstaje na podstawie błędnych treści poznawczych i błędnego poznawczego przetwarzania;
- kluczowe znaczenie ma rozpoznanie i zmiana schematów poznawczych podtrzymujących, np. uzależnienie oraz motywowanie do zmiany zachowania. Główny sposób postępowania to przede wszystkim: identyfikacja i modyfikacja irracjonalnych oraz nieprzystosowawczych przekonań i myśli; uczenie się nowych wzorów reakcji emocjonalnych i zachowania poprzez: modelowanie, treningi asertywności, treningi umiejętności społecznych, treningi konstruktywnych zachowań, biblioterapię, zadania domowe.

Model poznawczo-behawioralny nawrotu choroby (Marlatt, Gordon).

Założenia:

- Zachowania związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych to wyuczone niedostosowawcze zachowania („złe nawyki”);
- Stres jest istotnym czynnikiem ryzyka w nadużywaniu substancji psychoaktywnych, uzależnieniu i nawrotach choroby. W nawrocie najważniejsze procesy, to: poczucie własnej skuteczności (im niższe tym większe prawdopodobieństwo nawrotu); oczekiwania co do pozytywnych efektów używania substancji (im wyższe tym większe prawdopodobieństwo nawrotu); wewnętrzna atrybucja przyczyn (przypisywanie sobie trwałych ogólnych cech osobistych uniemożliwiających poradzenie sobie z sytuacją, np.: *jestem słaby, nic mi się nie udaje, jestem narkusem*, także zwiększa prawdopodobieństwo kontynuowania zażywania

i trwanie w nawrocie). Treningi zapobiegania nawrotom choroby są zatem ukierunkowane na wzmocnienie poczucia własnej skuteczności, weryfikację oczekiwań względem używania substancji, zmianę atrybucji przyczyn nawrotu.

Główne etapy psychoterapii poznawczo-behawioralnej młodzieży.

Analiza funkcyjna nakierowana jest na zidentyfikowanie myśli, uczuć i okoliczności towarzyszących sięganiu po substancje psychoaktywne lub inne destrukcyjne zachowania. Analiza funkcyjna we wczesnym okresie terapii ułatwia pacjentowi oraz terapeutcie określić wyznaczniki, sytuacje wysokiego ryzyka prowadzącego do zażywania substancji psychoaktywnych, zwiększając wgląd w przyczyny uzależnienia. W późniejszym okresie terapii analiza służy identyfikacji tych sytuacji, które mimo postępów w leczeniu nadal stanowią problem dla pacjenta. Nauczanie określonych umiejętności z obszaru kompetencji psychospołecznych.

Poznawczo-behawioralna terapia jest wysoko zindywidualizowanym programem leczenia poprzez zmianę starych nawyków związanych z zażywaniem substancji. Często zdarza się, że u podstaw uzależnienia leżą wewnętrzne problemy, którym pacjent nie potrafi sprostać. Może być kilka powodów braku umiejętności radzenia sobie z problemami:

- osoba posiada określony repertuar działań zaradczych, ale zanim je uruchomi sięga po substancję; inne sposoby radzenia ustępują miejsca substancji uzależniającej; indywidualna zdolność do radzenia sobie z problemami mogła ulec osłabieniu w wyniku zaburzeń o podłożu psychicznym.

Z uwagi na fakt, iż osoby uzależnione stanowią heterogeniczną grupę, cechującą się dużą różnorodnością problemów, celem terapii jest zapoznanie pacjentów z możliwie najszerszym wachlarzem sposobów radzenia sobie. Pacjenci poznają kolejne sposoby, ćwiczą je aż do momentu włączenia ich do własnego repertuaru działań. Dodatkowym atutem terapii jest dostosowanie programu do indywidualnych wewnętrznych problemów. Pacjenci poznają zatem specyficzne (stosowane w określonych sytuacjach) oraz ogólne (o szerokim zastosowaniu) strategie konstruktywnego radzenia sobie. Poznawczo-behawioralna terapia wyposaża w umiejętności, które nie tylko pozwalają na zerwanie z uzależnieniem i innymi zaburzeniami, ale również mogą i powinny być użyteczne po zakończeniu terapii.

Terapia obejmuje kilka zadań, które mają kluczowe znaczenie dla powodzenia terapii:

- Podtrzymują motywację zerwania z uzależnieniem i innymi destrukcyjnymi zachowaniami. W tym celu należy dokonać wnikliwej analizy

własnej decyzji, tj. ustalić listę zysków i strat związanych z decyzją, np. o zaprzestaniu zażywania substancji psychoaktywnych.

- Uczy sposobów radzenia sobie. Nauczenie pacjenta jak rozpoznawać niebezpieczne sytuacje i efektywnie radzić sobie (stanowi istotę terapii).
- Zmienia nawyki. Terapia skupia się na zmianie nawyków, które są odpowiedzialne za mechanizm uzależnień lub innych destrukcyjnych strategii radzenia sobie.
- Uczy kontrolować nieprzyjemne impulsy. Trening dotyczy również technik rozpoznawania i radzenia sobie w sytuacjach wzrastającego głodu psychicznego.
- Podnosi zdolności interpersonalne. Terapia obejmuje doskonalenie umiejętności interpersonalnych i poznawania strategii budowania więzi oraz wsparcia społecznego.

2. Wywiad motywujący

Zgodnie z definicją opracowaną przez autorów koncepcji (Miller, Rollnick, 2010) wywiad motywujący jest skoncentrowanym na kliencie stylem doradztwa (sposobem komunikacji) ukierunkowanym na wydobywanie z klienta motywacji do zmiany zachowania poprzez zbadanie i rozwiązanie ambiwalencji wobec zmiany. Wywiad motywujący nie jest zestawem technik, które mają zastosowanie wobec klienta, ale jego istota wyraża się w określonej filozofii komunikowania się z klientem” (Rollnick, Miller, 1995). Filozofia wywiadu motywującego wyraża się w co najmniej kilku założeniach (Miller, Rollnick, 2009):

- motywacja do zmiany zachowania nie jest narzucona czy „zainstalowana” przez kogokolwiek, lecz jest „wydobyta” z klienta;
- terapeuta aktywnie wspiera klienta i ułatwia mu przeanalizować i rozwiązać ambiwalentny stosunek do zmiany;
- relacja między klientem, a terapeutą jest bliższa relacji partnerskiej niż relacji ekspert–klient.

Głównymi zasadami wywiadu motywującego są:

- wyrażanie empatii, refleksyjne słuchanie, odzwierciedlanie;
- pogłębianie rozbieżności;
- unikanie udowadniania i podążanie za oporem;
- wspieranie poczucia własnej skuteczności.

Efektywność wywiadu motywującego została potwierdzona w licznych badaniach naukowych w odniesieniu do osób problemowo używających substancji psychoaktywnych, czy pragnących zmienić swoje zachowania na

bardziej sprzyjające zdrowemu stylowi życia. Na stałe jest wykorzystywana w terapii osób z patologicznym hazardem i innymi behawioralnymi uzależnieniami. Widocznym efektem stosowania wywiadu motywującego może być nie tylko podjęcie decyzji o zmianie zachowania, ale także poprawa wskaźników retencji w pierwszym okresie terapii. Naukowej weryfikacji poddano także niektóre z modyfikacji wywiadu motywującego, w szczególności podejście „wzmacniania motywacji do zmiany”, które porównywano z modelem uczenia nowych umiejętności oraz modelem opartym na 12 krokach AA. Wyniki projektu MATCH potwierdziły skuteczność wszystkich powyższych podejść, nie uprzywilejowując żadnego z nich (Miller, 1995). Wywiad motywujący jest skoncentrowany przede wszystkim na budowaniu wewnętrznej motywacji klienta. Może on stanowić samodzielny element oddziaływań, jak i dobry wstęp do uczestnictwa klienta w innych, dłuższych oddziaływaniach terapeutycznych wykorzystujących dostępne modele leczenia.

3. Interwencja kryzysowa

Interwencja jako forma pomocy psychologicznej, polega na kontakcie terapeutycznym, skoncentrowanym na problemie wywołującym kryzys, czasowo ograniczonym, w którym dochodzi do konfrontacji osoby z kryzysem i do jego rozwiązywania. Redukcja symptomów i przywrócenie równowagi psychicznej zapobiega dalszej dezorganizacji (Badura-Madej, 1996). Interwencja kryzysowa to działalność prewencyjna, związaną z prewencją wtórną – zapobieganiem pogłębianiu się patologii w konsekwencji nierozwiązanych kryzysów. Prewencja pierwotna, to zapobieganie rozwojowi kryzysów i patologizacji w wymiarze ogólnospołecznym. Klasyczny model interwencji kryzysowej polega na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa, zredukowaniu lęku. Pojęcie kryzysu i interwencji coraz częściej gości w praktyce psychologicznej. Terapeuci pomagający ludziom w trudnych sytuacjach uważają, że jest to najlepszy moment na udzielenie pomocy i wsparcia. Takie sytuacje niosą w sobie nadzieję na zmianę i rozwój. W praktyce psychoterapii uzależnień metoda interwencji związana jest z metodą opisaną przez V. Johnsona i spopularyzowaną przez dr Wandę Sztander. Metoda ta zakładała przygotowanie bliskich osób z otoczenia osoby uzależnionej do rozmowy, która konfrontowała go ze skutkami, np. picia alkoholu. Interwencja taka jest więc spiętrzeniem (sprowokowaniem) kryzysu, w którym jedynym konstruktywnym wyjściem jest podjęcie leczenia uzależnienia. Osoba uzależniona znajduje się więc przed interwencją w zupełnie innej sytuacji psychologicznej niż osoba przeżywająca kryzys. Te same zasady podczas wykonywania interwencji będą obowiązywać

w pracy z adolescentem z problemem uzależnień. Dlatego właściwiej będzie nazywać to oddziaływanie interwencją kryzysową wobec adolescenta uzależnionego i motywowaniem go do terapii. Model interwencji kryzysowej stosowany w naszym programie polega na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa, zredukowaniu lęku. Podczas interwencji istotne jest empatyczne, a zarazem praktyczne odpowiedzenie na potrzeby rodziny w kryzysie spowodowanym uzależnieniem dziecka.

Aspekt społeczny

1. Społeczność korekcyjna

Konstruktywna grupa rówieśnicza jako społeczność korekcyjna i środowisko do rozwoju tożsamości. Społeczność korekcyjna stosowana jest do pracy nad fundamentalnymi wartościami stanowiącymi istotę osobistego rozwoju, a w przypadku adolescentów rozwoju własnej tożsamości. Konstruktywnego i zdrowego stylu życia, społecznego uczenia się i w konsekwencji zdrowienia. Wartości te obejmują uczciwość, prawdomówność, osobistą odpowiedzialność, autentyczne relacje z innymi ludźmi, zaangażowanie w życie społeczne. Podstawowym i pierwotnym źródłem informacji oraz wsparcia w pracy społeczności korygującej jest dla jednostki informacja zwrotna od jej członków oraz idea samopomocy w zdrowieniu, gdzie ważną rolę odgrywają rówieśnicy, personel, codzienny rytm pracy, spotkania grup, terapia zajęciowa. Jednostka staje się współodpowiedzialna za proces swojej zmiany, równocześnie zmieniając siebie przyczynia się do zmiany innych osób tworzących społeczność korekcyjną. Wspólna filozofia, normy, wartości, zasady i rytuały, chronią zarówno fizyczne, jak i psychologiczne bezpieczeństwo społeczności, co odgrywa ważną rolę w procesie zmiany. Zamierzoną istotą oddziaływań społeczności korygującej jest uczenie się nowych zachowań, zmiana stylu życia, rozwój tożsamości, które następują stopniowo poprzez uczestniczenie pacjenta w różnych rolach społecznych (gospodarz, brygadzysta, szef kuchni, prezes, borowik, ogrodnik, stolarniany, kwiatkowy, tabilcowy, pisarz itp). Efekt terapii zależy nie tylko od tego, czego nauczy się jednostka, ale również od tego w jaki sposób, z kim oraz gdzie nabywa nowe umiejętności. Dlatego zmiana stylu życia powinna odbywać się w środowisku rówieśniczym, ponieważ negatywne wzory zachowań zostały nabyte w znacznym stopniu przy udziale destrukcyjnej grupy rówieśniczej.

2. Terapia rodzin

Praca z rodziną jest realizowana w podejściu eklektycznym. Wykorzystywane są elementy systemowej terapii rodzin, terapii poznawczo-behawioralnej, wywiadu motywującego i interwencji kryzysowej. Założeniem w pracy jest to, że rodzina to system, w którym poprzez styl wychowawczy, relacje i modelowanie kształtują się postawy i zachowania na przyszłe życie. Podstawowym celem pracy z rodziną jest powrót pacjenta do roli dziecka i konstruktywnego funkcjonowania systemu rodzinnego. Praca z rodziną dotyczy relacji między jej członkami, komunikacji wewnątrzrodzinnej oraz dostarczenie wiedzy i rozumienie choroby dziecka i dalej postępowania z osobą uzależnioną i dodatkowymi zaburzeniami. W konsekwencji dąży się do tego, by system rodzinny gwarantował dziecku możliwość utrzymania trwałej abstynencji po zakończonej terapii oraz dalszy konstruktywny rozwój w jego naturalnym środowisku.

3. Edukacja szkolna

Nauka szkolna jest realizowana pięć razy w tygodniu przez Zespół Szkół Specjalnych w Zagórzcu na poziomie Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącego. Celem głównym prowadzonej edukacji jest powrót adolescenta do roli ucznia i nadrobienie zaległości szkolnych. Lekcje odbywają się w budynku Ośrodka w małych grupach z uwzględnieniem trudności i zaburzeń pacjentów. Funkcjonowanie szkoły i kadry dydaktyczno-wychowawczej w Ośrodku jest zintegrowane z realizowanym programem psychoterapii. Kadra nauczycielska i wychowawcza powinna posiadać dodatkowe przygotowanie do pracy z uczniami o podwójnej diagnozie.

4. Zajęcia rozwojowe

Zajęcia z obszaru rozwojowego są realizowane poprzez zajęcia arteterapii, zajęcia muzyczne, terapię poprzez sport i terapię zajęciową. Celem zajęć jest rozwój predyspozycji i zainteresowań młodzieży, które stanowić będą alternatywę do bezczynności i destrukcyjnych form spędzania wolnego czasu oraz uatrakcyjnienie wielomiesięcznego pobytu w Ośrodku. Na terenie Ośrodka znajduje się pracownia techniczna i muzyczna, siłownia, sale do terapii zajęciowej oraz własna sala gimnastyczna. Na terenie wokół budynku Ośrodka znajdują się boiska do piłki nożnej i siatkówki, zewnętrzna siłownia, ogródek uprawny, scena do przedstawień i teren rekreacyjny.

V. Podstawowe informacje o programie

Przesłanie

Życie jest piękne – to sformułowanie jest przekazywane pacjentom w trakcie terapii. Chodzi o to by młodzi ludzie uznali, a wcześniej uwierzyli, że życie bez narkotyków i alkoholu może być satysfakcjonujące, szczęśliwe – piękne. A gwarantuje to konstruktywny rozwój w sferze rówieśniczej, rodzinnej, szkolnej i zainteresowań.

1. Zakładane cele

Celem Ośrodka jest realizacja programu rehabilitacji psychiatrycznej pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi będących w fazie remisji – Psychoterapia rozwojowa adolescentów z podwójną diagnozą. Terapia w ramach programu skierowana jest na konstruktywny rozwój adolescenta, korygowanie specyficznych i indywidualnych czynników odpowiedzialnych za rozwój i podtrzymywanie trudności, pracę nad destrukcją wynikającą z używania substancji psychoaktywnych oraz innych zaburzeń współwystępujących z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży.

Ważne jest doprowadzenie pacjenta do stałego utrzymywania abstynencji, nabycie umiejętności rozpoznawania kryzysów związanych z nawrotami choroby i przeciwdziałanie im oraz dalszego konstruktywnego rozwoju. Realizacja celu odbywa się poprzez dążenie do poprawy stanu fizycznego i psychicznego, naprawę relacji rodzinnych, powrót do roli dziecka i ucznia oraz poprawę funkcjonowania w obszarze psychospołecznym pacjenta jak i jego rodziny.

Warunkiem osiągnięcia tego celu jest:

- rozumienie i diagnoza mechanizmów kształtujących trudności;
- diagnoza uzależnienia i zaburzeń współwystępujących;
- podjęcie decyzji przez pacjenta w sprawie własnego leczenia;
- skorygowanie indywidualnych czynników odpowiedzialnych za trudności;
- nabycie umiejętności konstruktywnego funkcjonowania w kontaktach interpersonalnych;
- przygotowanie i wyposażenie pacjenta w umiejętności niezbędne do dalszej pracy nad sobą;
- poprawa relacji z rodziną i najbliższym otoczeniem w tym grupą rówieśniczą;

- wypracowanie indywidualnych form spędzania wolnego czasu i rozwoju zainteresowań;
- przyjęcie efektów terapii do stosowania po ukończonym leczeniu.

2. Odbiorcy programu

Program terapii kierowany jest do osób w wieku od 13 do 19 lat z problemami psychicznymi towarzyszącymi zespołom uzależnień od substancji psychoaktywnych (F10.2 – F16.2, F18.2 – F19.2) oraz innym występującym zaburzeniom psychicznym z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży (pacjent musi być w remisji). Podstawowy program rehabilitacji w systemie stacjonarnym trwa od 9 do 12 miesięcy.

Oferta programowa jest kierowana również do rodziców i innych członków ich rodzin.

Program zakłada pracę z całą rodziną, a nie tylko pracę z adolescentem.

Pacjenci starający się o przyjęcie muszą spełniać kryteria zespołu uzależnienia i zaburzeń współistniejących z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży, jednak muszą być w fazie remisji. Nie mogą też mieć myśli i tendencji samobójczych oraz zachowań autoagresywnych. Ośrodek nie jest placówką o wzmocnionym zabezpieczeniu i nie może przyjmować pacjentów wyłącznie w trybie przymusu sądowego. Pacjenci są przyjmowani z terenu całego kraju, po odbytej kwalifikacji, dotyczącej spełniania wyżej wymienionych kryteriów, prowadzonej przez Ośrodek w kolejności zgłoszeń oraz w trybie dobrowolności.

Ośrodek jest placówką koedukacyjną i posiada 25 miejsc w dwu i trzyosobowych pokojach.

3. Nabór pacjentów

- placówki służby zdrowia przede wszystkim oddziały psychiatryczne dla młodzieży;
- poradnie odwykowe, punkty konsultacyjne, ośrodki leczenia uzależnień;
- szkoły, ośrodki interwencji kryzysowej, pomoc społeczna, sąd, policja.

4. Miejsce realizacji programu

Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku ul. Kochanowskiego 27/29 przy Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz k. Warszawy.

5. Spodziewane efekty terapii

- pełna diagnoza problemowa, a w tym uzależnienia, jego stopnia zaawansowania oraz diagnoza psychiatryczna zaburzeń współistniejących;
- podjęcie przez pacjenta własnej decyzji o podjęciu terapii i pracy nad sobą;
- stała zmiana destrukcyjnych strategii radzenia sobie z trudnościami i czynnikami specyficznymi odpowiedzialnymi za rozwój uzależnienia;
- konstruktywny rozwój adolescenta w naturalnym środowisku bez potrzeby zażywania substancji psychoaktywnych;
- rozwój własnej tożsamości;
- konstruktywne funkcjonowanie systemu rodziny;
- rozwój predyspozycji i zainteresowań;
- ogólna poprawa stanu pacjenta i jego najbliższej rodziny na poziomie psychicznym, fizycznym i społecznym.

6. Monitoring i ewaluacja

- roczne zestawienie osób, które ukończyły leczenie;
- badania i analiza danych statystycznych, ewaluacja wewnętrzna;
- zebrania kliniczne 1 x tydzień;
- superwizja całego zespołu 1 x miesiąc;
- ocena pracy zespołu realizatorów;
- ocena pacjentów i ich rodzin;
- studium przypadku osób wyleczonych;
- ocena placówek współpracujących.

VI. Formy realizacji programu

Realizacja programu odbywa się w systemie stacjonarnym przez okres od 9 do 12 miesięcy. Program jest realizowany stale, codziennie w systemie całodobowym. Terapię w ramach programu odbywa się w godzinach od 7.00 do 22.00 z przerwą na zajęcia szkolne w godz. od 8.00 do 14.00. W konsekwencji program terapii grupowej pacjentów jest realizowany od 6 do 9 godz. na dobę i dodatkowo interwencje kryzysowe, które czasami są prowadzone w czasie zajęć szkolnych. Po ukończonej hospitalizacji zalecana jest dalsza opieka w ambulatorium przez kolejne 12 miesięcy celem wsparcia i kontynuowania pracy nad osobistymi i rozwojowymi trudnościami oraz pracy terapeutycznej z całą rodziną.



Kadra Ośrodka.



Młodzież przebywająca na terapii w Ośrodku.



Zebrań klinicznych kadry merytorycznej.



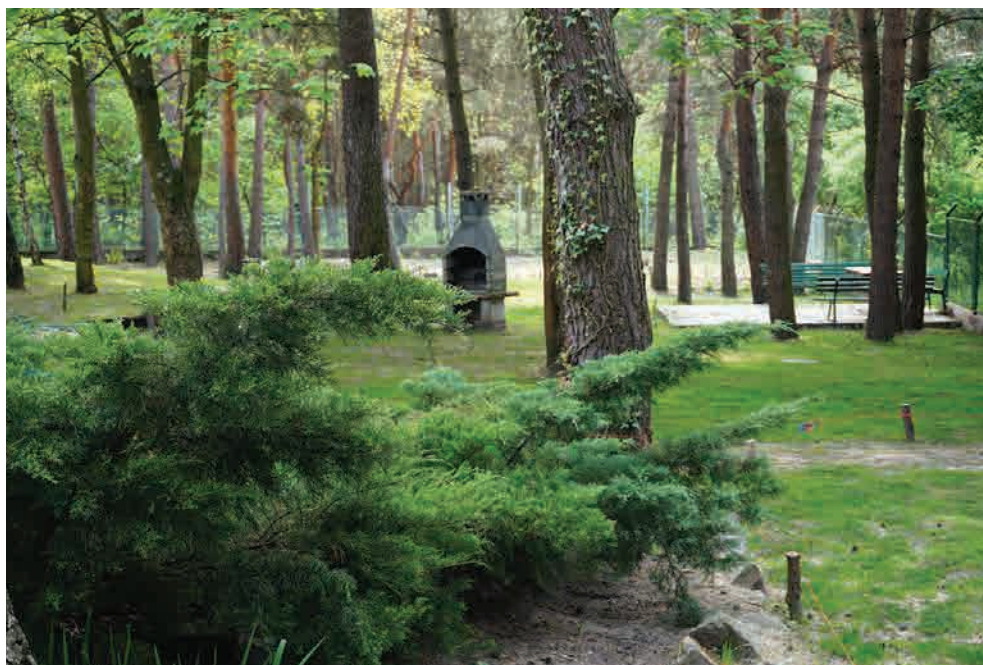
Pielęgniarka koordynator oddziału i sekretarka medyczna podczas pracy.



Wejście do Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku.



Budynek Ośrodka, widok od strony ogrodu.



Teren Ośrodka, widok na grill i scenę.



Teren Ośrodka z widokiem na zewnętrzną siłownię.



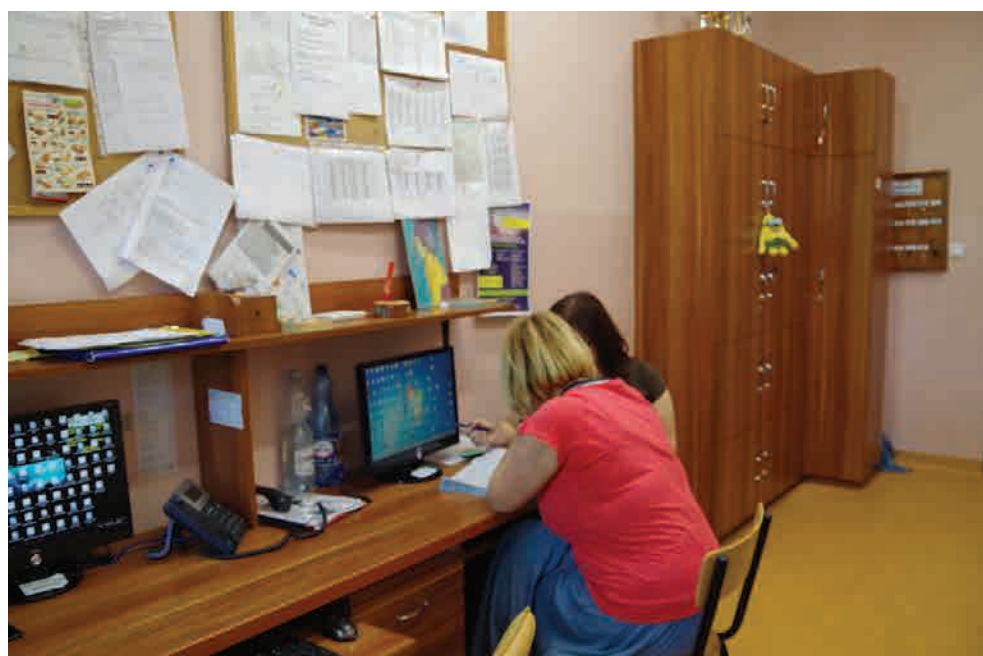
Wejście do Ośrodka.



Hol główny.



Pokój integracji pracowników szkoły i kadry Ośrodka.



Dyżurka terapeutyczno-pielęgniarska.

Proces terapii

Psychoterapia jest realizowana w dwóch równoległych i uzupełniających się procesach.

Pierwszy, to realizacja Indywidualnego Planu Terapii, który głównie dotyczy aspektu psychologicznego i rozwojowego, czyli korygowania indywidualnych czynników odpowiedzialnych za rozwój i podtrzymywanie zaburzeń jak i destrukcyjnych strategii radzenia sobie z trudnościami (lęk, nieadekwatna samoocena, emocjonalny styl radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, doświadczenia traumatyczne, relacje z rodziną i rówieśnikami, rozwój konstruktywnej tożsamości).

Drugi natomiast dotyczy realizacji poszczególnych etapów terapii. Cały okres pobytu w Ośrodku jest podzielony na cztery etapy: **Rozpoznanie – Reorganizacja – Reintegracja – Readaptacja.**

1. Etapy realizacji programu

ETAP I. ROZPOZNANIE

Rozpoczęcie realizacji programu, diagnoza i adaptacja (0–3 miesiąc pobytu).

Pacjent – rozeznanie i zapoznanie się z warunkami w Ośrodku, zasadami regulaminu, grupą rówieśniczą, kadrą oraz normami i procesem terapii.

Kadra – diagnoza nozologiczna, psychologiczna i problemowa. Praca z oporem i nad motywacją do pobytu w Ośrodku.

Cele do osiągnięcia:

- zapoznanie się z warunkami panującymi w Ośrodku;
- poznanie i przestrzeganie zasad regulaminu;
- bieżąca i systematyczna realizacja oddziaływań korygujących;
- wsparcie wczesnej abstynencji;
- adaptacja pacjenta w Ośrodku;
- ambiwalencja decyzji odnośnie do pozostania w Ośrodku i własnej pracy terapeutycznej;
- diagnoza nozologiczna uzależnienia i zaburzeń współistniejących;
- diagnoza psychologiczna;
- diagnoza problemowa;
- opracowanie Indywidualnego Planu Terapii.

ETAP II. REORGANIZACJA

Rozkład destrukcyjnego funkcjonowania, konfrontacja z dotychczasowym stylem życia, wartościami i przekonaniami. Nabywanie krytycyzmu wobec destrukcyjnego i konkulturowego funkcjonowania, używania substancji psychoaktywnych i innych zaburzeń (4–6 miesiąc pobytu).

Pacjent – konfrontacja destrukcyjnego funkcjonowania, dotychczasowe wartości i sposoby rozwiązywania problemów, które są nieakceptowane, nieużyteczne bądź użyteczne, ale tylko w drugim życiu. Inne relacje z dorosłymi i rówieśnikami.

Kadra – rozumienie i akceptacja dla funkcjonowania pacjenta, który raz funkcjonuje destrukcyjnie, a innym razem funkcjonuje konstruktywnie zgodnie z zasadami Ośrodka.

Cele do osiągnięcia:

- konfrontacja postaw i wartości własnych z zasadami obowiązującymi w Ośrodku;
- pogłębianie ambiwalencji dotyczącej motywacji do terapii;
- zdobycie wiedzy o uzależnieniu i innych trudnościach oraz zaburzeniach;
- nabywanie krytycyzmu wobec używania substancji psychoaktywnych;
- zaangażowanie w terapię i sprawy grupy;
- rozpoczęcie pracy nad osobistymi trudnościami i w relacjach z rówieśnikami, dorosłymi;
- rozumienie i stopniowe wdrażanie konstruktywnego stylu funkcjonowania związanego ze stałym rytmem dnia, wypełnianiem obowiązków, wywiązywaniem się z powierzonych zadań.

ETAP III. REINTEGRACJA

Reintegracja psychologiczna i społeczna skierowana na zmianę i realistyczną realizację terapii (7–9 miesiąc pobytu).

Pacjent – zaczyna rozumieć i stosować konstruktywne rozwiązania. Zmienia swoje zachowanie. Integruje aspekt rozwojowy z pełnionymi funkcjami i rolami społecznymi.

Kadra – pacjent nawiązał relacje terapeutyczne, można mu powierzać odpowiedzialność za ważne sprawy, realizuje terapię skierowaną na zmianę.

Cele do osiągnięcia:

- praca nad czynnikami podtrzymującymi zaburzenie i destrukcyjnymi strategiami radzenia sobie;
- praca nad mechanizmami uzależnienia i innymi objawami;
- integracja zdobytej wiedzy, informacji z zachowaniem i funkcjonowaniem w Ośrodku i na przepustkach;

- wykazywanie się odpowiedzialnością za siebie i grupę poprzez zwracanie uwagi na naruszanie norm terapii i zasad regulaminu;
- powrót do pełnionych ról społecznych, czyli nadrobienie zaległości szkolnych, poprawa relacji w rodzinie;
- praca terapeutyczna z rodziną;
- nabycie świadomości swoich zasobów, silnych stron oraz korzystanie z nich;
- rozwój kompetencji interpersonalnych i psychospołecznych;
- konstruktywne rozwiązywanie kryzysów, zmiana tendencji i zachowań autodestrukcyjnych;
- realizacja kolejnej modyfikacji Indywidualnego Planu Terapii.

ETAP IV. READAPTACJA

Przygotowanie się do powrotu do życia w naturalnym środowisku (10–12 miesiąc pobytu).

Pacjent – przygotowuje się do opuszczenia Ośrodka. Kryzys związany z opuszczeniem Ośrodka. Decyzja w sprawie środowiska, do którego pacjent wraca po terapii.

Kadra – Kontynuacja terapii wzbogaconej o doświadczenia na przepustkach. Towarzyszenie w rozstaniu z Ośrodkiem i relacji terapeutycznej.

Cele do osiągnięcia:

- przygotowywanie się do dalszego, konstruktywnego rozwoju i utrzymywania abstynencji po wyjściu z Ośrodka;
- własna decyzja w sprawie utrzymania abstynencji przez podejmowania konstruktywnych postaw w sytuacjach nawrotu choroby (wycofywanie się z sytuacji wysokiego ryzyka, budowanie konstruktywnego środowiska osobistego, uczenie się umiejętności przewidywania i zapobiegania nawrotom);
- stosowanie umiejętności konstruktywnego rozwiązywania problemów;
- naprawianie szkód spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych;
- budowanie pozytywnej wizji własnej osoby i życia;
- wiara we własną sprawczość;
- stosowanie alternatywnych form spędzania wolnego czasu;
- przyjęcie tożsamości osoby nie używającej substancji psychoaktywnych;
- stabilizacja stanu psychicznego i świadomość zaburzeń współistniejących;
- poprawa funkcjonowania systemu rodziny i relacji wewnątrzrodzinnych;

- organizacja życia po opuszczeniu Ośrodka (miejsce zamieszkania, szkoła, kontynuacja terapii w ambulatorium, środowisko rówieśnicze, konstruktywne formy spędzania czasu).

2. Proces diagnostyczny

Jest realizowany przez cały okres hospitalizacji pacjenta.

Celem jest ustalenie, na co pacjent jest chory i co mu dolega oraz jego zrozumienie. Ustalenie czynników specyficznych powodujących rozwój oraz podtrzymywanie trudności, zaburzeń i destrukcyjnych strategii radzenia sobie z trudnościami.

Metody i narzędzia to rozmowa, obserwacja, wywiad, badania psychologiczne, badania psychiatryczne i ogólnomedyczne, ankiety, kwestionariusze.

Diagnoza nozologiczna uzależnienia i zaburzeń współwystępujących wg ICD-10 wykonywana przez specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży – procedury wg ICD 9: 94.1 Wywiady psychiatryczne, konsultacje i oceny, 94.11 Psychiatryczna ocena stanu psychicznego, 94.19 Wywiad/ocena psychiatryczna – inne, 94.52 Skierowanie do dalszej opieki psychiatrycznej.

Diagnoza psychologiczna wykonywana przez psychologa w oparciu o procedury wg ICD 9: 94.0 Badanie psychologiczne i testy.

Stosowane testy:

- STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku;
- CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych;
- MSEI – Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny;
- Młodzieżowy Kwestionariusz Zainteresowań Zawodowych MŁOKOZZ;
- Wstępna Orientacja Zawodowa WOZ.
- Skala Inteligencji Wechslera WISC-R dla dzieci do 16 r.ż. i WAIS-R dla młodzieży powyżej 18 r.ż.;
- NEO-PI-R lub NEO-FFI – Inwentarz Osobowości;
- D2 – Test do Badania Uwagi.

Diagnoza problemowa wykonywana przez specjalistę terapii uzależnień/psychologa.

Schemat diagnozy problemowej pacjenta Ośrodka.

Diagnoza problemowa jest opracowywana i przedstawiana przez specjalistę terapii uzależnień prowadzącego pacjenta przy współudziale psy-

chiatry i psychologa. W czasie bezpośrednio po zaliczeniu okresu adaptacyjnego i maksymalnie do drugiego miesiąca pobytu.

1. Dane demograficzne: płeć, wiek, sytuacja szkolna, zawodowa, mieszkaniowa, osobista.
2. Diagnoza wg ICD10 i DSM V uzależnienia i zaburzeń współistniejących.
3. Diagnoza w modelu biopsychospołecznym.
4. Diagnoza zaawansowania procesu rozwoju uzależnienia.
5. Ocena psychologiczna na podstawie wykonanych testów.
6. Aktualne problemy i sposoby radzenia sobie z nimi.
7. Profil rozwojowy:
 - a) historia życia: rodzina, wychowanie, nauka, sytuacja społeczna, problemy medyczne i psychiczne;
 - b) relacje z rodzicami, rodzeństwem, rówieśnikami, autorytetami, osobami znaczącymi;
 - c) ważne doświadczenia życiowe, wydarzenia krytyczne;
 - d) rozwój psychospołeczny wg koncepcji rozwojowych np. Eriksona;
 - e) rozwój i integracja tożsamości.
8. Profil poznawczy:
 - a) typowe aktualne problemy i sytuacje problemowe;
 - b) typowe myśli automatyczne (szczególnie związane z uzależnieniem), emocje (zwykle ściśle związane z myślami automatycznymi) i zachowania w tych sytuacjach (efekt sekwencji);
 - c) przekonania podstawowe lub schematy (najważniejsze przekonania o sobie samym);
 - d) przekonania pośredniczące (założenia pomagające radzić sobie z przekonaniami podstawowymi);
 - e) zniekształcenia poznawcze, błędy w myśleniu.
9. Integracja i konceptualizacja modelu biopsychospołecznego i rozwojowego oraz profilu poznawczego:
 - a) patomechanizmy rozwoju i utrzymywania się trudności oraz uzależnienia;
 - b) obraz siebie i innych;
 - c) interakcja wydarzeń życiowych i poznawczych schematów;
 - d) strategie kompensacyjne i strategie radzenia sobie (zachowania pomagające);
10. Implikacje dla terapii:
 - a) opór i jego źródła;
 - b) podatność na interwencje poznawcze;
 - c) tożsamość i cechy rozwijającej się osobowości;
 - d) motywacja, oczekiwania i cele co do terapii;

- e) cele terapeutyczne;
 - f) zasoby i umiejętności pacjenta;
 - g) przewidywane trudności;
 - h) indywidualizacja programu terapii Ośrodka;
 - i) metody i narzędzia ewaluacyjne przebiegu procesu terapii pacjenta.
11. Określenie konkretnych czynników przyczynowych i destrukcyjnych zachowań bezpośrednio korelujących z rozwojem uzależnienia i innymi zaburzeniami współistniejącymi oraz określenie zasobów celem wspólnego (pacjent i terapeuta prowadzący) opracowania Indywidualnego Planu Terapii (IPT).

3. Społeczność korekcyjna

Realizacja 6–9 godz. dziennie przez cały zespół merytoryczny – według procedur ICD 9: 94.44 Terapia grupowa – inne, 94.37 Psychoterapia integrująca.

Celem jest konstruktywne wpływanie grupy rówieśniczej na jednostkę. Stanowi rówieśniczą grupę odniesienia, która pełni rolę środowiska rozwoju tożsamości jednostki. Zadaniem jest wzajemne oddziaływanie osób o podobnych problemach celem budowania wewnętrznej motywacji do leczenia. Dodatkowo, społeczność korekcyjna ma za zadanie wspieranie i pomoc w terapii i rozwoju wszystkich jej członków.

Czynniki leczące w społeczności korekcyjnej, to: jasna struktura, występowanie społecznych interakcji, konstruktywne rozwiązywanie kryzysów indywidualnych i grupowych, każda czynność ma potencjalnie terapeutyczny charakter, wymaganie odpowiedzialności za własne zachowanie, akceptacja i szacunek, uzewnętrznianie pozytywnego systemu wartości, okazje do konstruktywnej konfrontacji, możliwość wyrażania uczuć. W metodzie społeczności korekcyjnej najważniejsze jest działanie, robienie czegoś. Dużo ważniejsze niż mówienie czegoś, a szczególnie deklarowanie. Ważniejsze niż zrozumienie i „poczucie” czegoś. Ponieważ żeby coś zrozumieć i poczuć trzeba najpierw to zrobić. Mechanizm jest prosty i skuteczny – działanie, robienie czegoś wyzwala uczucia i emocje, te mają wpływ na myślenie, a ono z kolei wpływa na zmiany postaw i wartości. „Zrób coś dobrze, a zrozumiesz, dlaczego zrobiłeś źle”. Dąży się do tego, by każdy członek społeczności korekcyjnej przyjął aktywną postawę.

Metody realizacji to planowe i interwencyjne zebrania społeczności korekcyjnej, wspólne przebywanie i wykonywanie różnych czynności zwią-

zanych z życiem w Ośrodku, integracja, metody aktywizujące wszystkich uczestników, informacje zwrotne, modelowanie postaw i zachowań, ćwiczenia i warsztaty, konfrontacja: informacje zwrotne, realizacja zadań, podejmowanie własnych decyzji, realizacja oddziaływań korekcyjnych.

4. Terapia indywidualna

Realizacja 1–2 razy w tygodniu przez: specjalistę terapii uzależnień/psychologa według procedury ICD 9: 94.39 Psychoterapia indywidualna – inne.

Celem jest budowa relacji terapeutycznej (pacjent–terapeuta), praca z oporem i wydobywanie motywacji z pacjenta do pracy nad sobą oraz realizacja Indywidualnego Planu Terapii. IPT zawiera cele do osiągnięcia, metody pracy i zadania terapeutyczne prowadzące do osiągnięcia celu, sposób ewaluacji i miary osiągania celu, czas realizacji.

Terapia indywidualna jest realizowana w oparciu i zgodnie z indywidualnym planem terapii, który jest opracowywany na bazie diagnozy problemowej pacjenta i przy jego współudziale. Praca jest prowadzona w podejściu eklektycznym korzystając z terapii poznawczo-behawioralnej, wywiadu motywującego, interwencji kryzysowej, terapii rozwojowej oraz doświadczenia i kompetencji terapeuty prowadzącego.

Ważne jest, aby sesje terapii indywidualnej nie ograniczały się tylko do gabinetowej i werbalnej pracy, ale również uwzględniały atrakcyjne dla adolescenta formy pracy. Młodzież lepiej niż komunikat werbalny rozumie i przyswaja takie formy przekazu jak: rysunek, obrazujące sytuację schematy, prezentacje multimedialne, filmy i inne formy aktywizujące jego zaangażowanie.

5. Terapia grupowa i psychoedukacja

Realizowana trzy razy w tygodniu przez specjalistów terapii uzależnień, psychologów i pielęgniarki według procedur ICD 9: 94.44 Terapia grupowa – inne, 94.38 Psychoterapia podtrzymująca.

Grupy pracy nad uzależnieniem

W ramach programu są prowadzone trzy grupy pracy nad uzależnieniem w podziale ze względu na zaawansowanie pobytu w Ośrodku i pracy

nad uzależnieniem. Grupa pierwsza jest grupą wstępną zajmującą się radzeniem z wczesną abstynencją i autodiagnozą. Grupa druga, to czas na pracę nad specyficznymi czynnikami i mechanizmami uzależnienia. Grupa trzecia, to treningi i eksperymenty behawioralne. Dodatkowo, dla pacjentów uzależnionych behawioralnie, jest prowadzona grupa terapeutyczna w zakresie czynności nawykowych.

Grupy pracy nad osobistymi trudnościami

Pacjenci są podzieleni ze względu na długość pobytu w Ośrodku. Pierwszą grupę stanowią pacjenci będący na etapie adaptacyjnym, gdzie pracują nad trudnościami związanymi z adaptacją do norm terapii i zasadami regulaminu oraz motywacją do pobytu w Ośrodku. Drugą grupę stanowią pacjenci po zakończonym procesie adaptacyjnym, gdzie pracują nad osobistymi trudnościami i własną motywacją do pracy nad sobą.

Psychoedukacja zdrowotna

Wszyscy pacjenci uczestniczą w zajęciach psychoedukacyjnych dotyczących profilaktyki zdrowotnej i zdrowego trybu życia.

6. Interwencja kryzysowa

Działanie ma na celu udzielanie wsparcia i pomocy pacjentom Ośrodka zgłaszającym się w sytuacjach kryzysowych (szczególnych), wymagających doraźnej interwencji lekarskiej i psychologicznej, według procedur ICD 9: 94.35 Interwencja kryzysowa.

Zadaniem pracy z kryzysem psychologicznym jest:

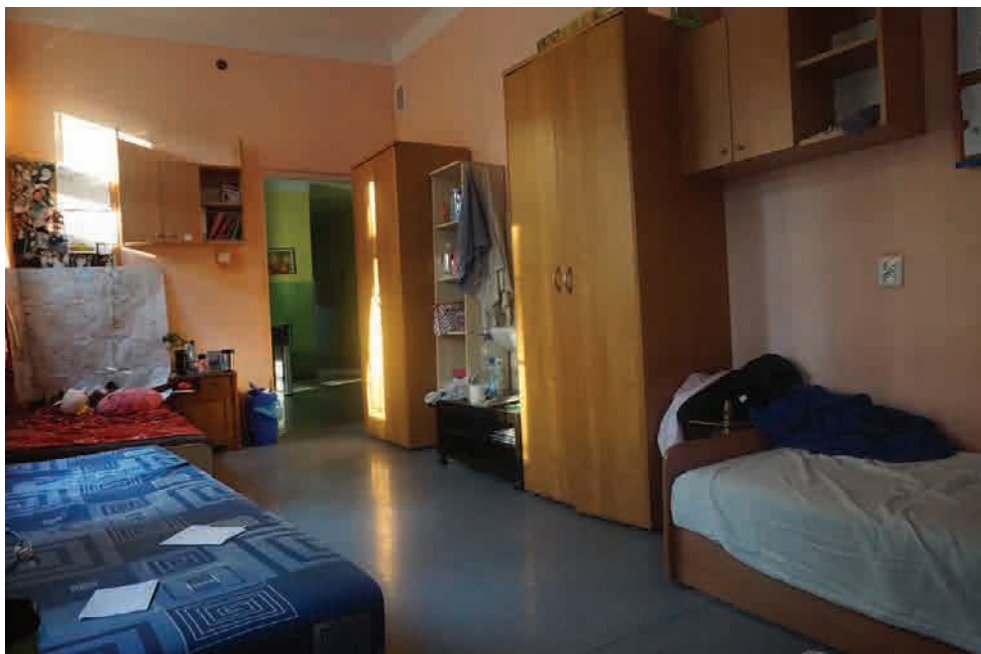
- zapewnienie podstawowego oparcia i bezpieczeństwa;
- powstrzymanie destrukcyjnych rozwiązań;
- zminimalizowanie kosztów kryzysu;
- wyjaśnienie przyczyn i istoty kryzysu;
- znalezienie akceptowanego przez wszystkich rozwiązania problemu;
- wsparcie farmakologiczne.



Sala do terapii grupowej.



Pokój do terapii rodzinnej.



Pokój pacjentów.



Pokój pacjentów.

7. Praca z rodziną

Realizowana w formie sesji rodzinnych co dwa tygodnie i psychoedukacji grupowej dwa razy w miesiącu przez specjalistów terapii uzależnień/psychologów według procedur ICD 9: 94.42 Terapia rodzin, 94.44 Terapia grupowa – inne, psychoedukacja, 94.45 Poradnictwo w narkomanii w postaci spotkań konsultacyjno-edukacyjnych dla rodzin osób uzależnionych.

Podstawowym celem pracy z rodziną jest dostarczenie wiedzy na temat choroby dziecka oraz kompetencji postępowania z uzależnionym adolescentem i dodatkowymi zaburzeniami oraz psychoterapia rodzinna.

Sesje terapii rodzinnej są realizowane w podejściu eklektycznym przy wykorzystaniu elementów terapii systemowej, terapii poznawczo-behawioralnej, wywiadu motywującego i interwencji kryzysowej. Celem jest praca nad konstruktywnym systemem funkcjonowania rodziny i relacjami wewnątrzrodzinnymi.

8. Farmakoterapia

Realizacja lekarz medycyny, specjalista psychiatrii według procedur ICD 9: 94.2 Psychiatryczne leczenie biologiczne, 94.23 Leczenie neuroleptykami, 94.25 Leczenie lekami psychiatrycznymi – inne, 94.29 Psychiatryczne leczenie biologiczne.

Leczenie psychiatryczne głównie objawowe według zleceń lekarza – specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży. Stosowane leki to przede wszystkim neuroleptyki, stabilizatory nastroju i leki antydepresyjne.

Leczenie ogólnomedyczne zgodnie z zaleceniami lekarza medycyny.

9. Terapia biofeedback

Realizacja w cyklu 1–2 sesje w tygodniu przez okres od 4 do 6 miesięcy przez specjalistę terapii biofeedback i przy użyciu najnowszego sprzętu i oprogramowania. W terapii biofeedback uczestniczą pacjenci ze względu na swoje specyficzne trudności oraz prawidłowy zapis w badaniu EEG. Terapia biofeedback stanowi uzupełnienie i wzmocnienie głównych metod terapeutycznych. Celem terapii jest usprawnienie i uwrażliwienie funkcji poznawczych, takich jak: analiza funkcyjna w schemacie myśl-emocje-zachowanie, koncentracja, uwaga, kontrola emocji i relaksacja.

10. Terapia rozwojowa

Realizowana dwa razy w tygodniu przez specjalistów terapii uzależnień posiadających dodatkowe kwalifikacje w zakresie terapii rozwojowej według procedur ICD 9: 94.37 Psychoterapia integrująca, 94.44 Terapia grupowa – inne. Terapia rozwojowa jest realizowana poprzez arteterapię, terapię zajęciową, muzykoterapię i terapię przez sport.

Ośrodek posiada pracownię techniczną i muzyczną, sale do terapii zajęciowej oraz własną salę gimnastyczną, siłownię, boisko do piłki nożnej i siatkówki.

11. Nauka szkolna

Nauka szkolna jest realizowana przez pięć dni w tygodniu przez Zespół Szkół Specjalnych w Zagórzcu na poziomie Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącego. Lekcje odbywają się w budynku Ośrodka w małych grupach z uwzględnieniem trudności i zaburzeń pacjentów. W Ośrodku znajdują się sale lekcyjne z wyposażeniem dydaktycznym do realizacji zajęć przedmiotowych.

VII. Zespół realizatorów programu

W Ośrodku jest zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin siedmiu specjalistów terapii uzależnień posiadających wykształcenie wyższe psychologiczne lub pedagogiczne, lekarz medycyny ze specjalizacją z psychiatrii dzieci i młodzieży, psycholog, sześć pielęgniarek, superwizor KBdsPN pełniący funkcję kierownika Ośrodka oraz nauczyciele i wychowawcy szkolni. Superwizję pracy zespołu prowadzi zewnętrzny superwizor.

Kompetencje i rozwój kadry merytorycznej:

- świadomość i zgoda na realizację programu psychoterapii rozwojowej adolescentów z podwójną diagnozą;
- profesjonalizm (kierunkowe wyższe wykształcenie, specjalistyczne szkolenia w zakresie specjalisty terapii uzależnień, psychoterapii, psychopatologii, terapii rozwojowej);
- zaangażowanie w sprawy Pacjentów i Ośrodka;
- odpowiedzialność, otwartość, autentyczność, kreatywność, pracowitość, życzliwość;

- gotowość do pracy nad sobą (własna terapia, treningi, superwizje, informacje zwrotne, staże w innych zespołach);
- stałe podnoszenie efektywności swojej pracy (bieżące planowanie, omawianie i organizacja pracy, zebrania kliniczne, odprawy);
- udzielanie sobie informacji zwrotnych i wspieranie się.

Kompetencje pracownika merytorycznego Ośrodka, można porównać do kompetencji rodzica jakie powinien mieć, by przygotować dziecko do samodzielnej i konstruktywnej dorosłości. Można te kompetencje określić w czterech obszarach.

Pierwszy jest związany z relacją. Empatycznym podążaniem za dzieckiem, rozumieniem i wspieraniem go. Stawianiem przed nim realnych zadań do realizacji i korygowaniem tych destrukcyjnych. Towarzyszeniem mu w jego sukcesach i trudnościach oraz pomocą w rozumieniu siebie i określeniu swojej tożsamości.

Drugi jest związany z oddziaływaniami wychowawczymi. Adekwatnym nagradzaniem, stawianiem granic i egzekwowaniem konsekwencji w sytuacjach tego wymagających przy pełnej akceptacji młodego człowieka. Wzmacnianie konstruktywnych jego zachowań i korygowaniu tych destrukcyjnych. Młody człowiek ma wówczas okazję doświadczać konstruktywnej relacji. Jedna i ta sama osoba, która często jest autorytetem, przy ogólnej akceptacji, za dobre nagradza, a na złe zachowanie reaguje stawianiem granic i ewentualnymi działaniami korygującymi. W tej relacji czym innym jest człowiek zasługujący na bezwarunkową akceptację i miłość, a czym innym jego zachowanie, które czasami wymaga oddziaływań korekcyjnych.

Trzeci to dobry organizator. Młody człowiek często nie potrafi jeszcze sam organizować sobie czasu i realizacji swoich obowiązków. Jego poczucie bezpieczeństwa jest związane z porządkiem i tym, że wie co po czym i w jakiej sytuacji nastąpi. Na przykład system oceniania w szkole. Uczniowie najczęściej wiedzą, ile muszą udzielić poprawnych odpowiedzi, by otrzymać pozytywną ocenę. Podobne zasady powinny obowiązywać w domu i placówkach terapeutycznych. Jeżeli w Ośrodku zajęcia mają się rozpocząć o 16.00 to powinny się o tej godzinie rozpocząć, nie np. 16.15. To są zadania dla terapeuty, który dobrze organizując swoją pracę w Ośrodku przyczynia się do poczucia bezpieczeństwa w placówce oraz poprzez modelowanie uczy tego również swoich podopiecznych.

Czwarty jest związany z rozwojem zainteresowań, własnej pasji. Młodzię potrzebuje rozwoju własnych zainteresowań i pasji, które pozostają z nimi na całe życie. Zarówno rodzic, jak i terapeuta będzie bardziej dla

niego atrakcyjny, gdy on sam będzie miał własną realizowaną pasję lub młody człowiek będzie wiedział, że w tej konkretnej dziedzinie dany dorosły jest dla niego autorytetem. Dobrze, żeby dorośli pracujący z młodzieżą byli dla nich ciekawymi i atrakcyjnymi osobami. I nie chodzi tu tylko o zainteresowania lub umiejętności typu gra na gitarze lub jazda konna, ale również wiedza z różnych dziedzin.



Młodzież w towarzystwie nauczycieli i wychowawców szkolnych.



Młodzież z kadrą nauczycielską.



Terapeutyczny obóz żeglarski.



Terapeutyczny obóz żeglarski.



Terapeutyczny obóz narciarski.



Terapeutyczny obóz konny.



Terapeutyczny obóz konny.

Poradnik dla dorosłych żyjących wokół dzieci i młodzieży zażywających substancje psychoaktywne

I. Substancje psychoaktywne zażywane przez dzieci i młodzież w Polsce

Substancje psychoaktywne (środki uzależniające) to substancje chemiczne oddziałujące na centralny układ nerwowy bezpośrednio wpływając na funkcje mózgu, czego efektem są czasowe zmiany postrzegania, nastroju, świadomości i zachowania.

Według klasyfikacji medycznej ICD-10 są to: alkohol, opiaty, kanabinoły, leki uspokajające i nasenne, kokaina, substancje stymulujące, w tym kofeina, substancje halucynogenne, tytoń, substancje wziewne, a w tym lotne rozpuszczalniki.

1. Badania ESPAD 2015

W ramach międzynarodowego projektu: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD), wiosną 2015 roku w Polsce zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych, w wieku 15–16 lat oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych, w wieku 17–18 lat.

WYNIKI Z BADAŃ

Alkohol

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Próby picia ma za sobą 83,8% gimnazjalistów z klas trzecich i 95,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiekolwiek napoje alkoholowe 71,7% młodszych uczniów i 92,7% uczniów starszych. Warto zauważyć, że odsetki konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakikolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku uczniów młodszych jeszcze w 2003 r. nie odbiegały znacznie od odsetków konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych. Obecnie są one wyraźnie niższe.

W czasie trzydziestu dni przed badaniem napoje alkoholowe piło 48,6% piętnasto-szesnastolatków i 82,3% siedemnasto-osiemnastolatków. W stanie silnego upicia się było 12,5% uczniów trzecich klas gimnazjów i 19,7% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Ponad jedna trzecia piętnasto-szesnastolatków (36,9%) i prawie dwie trzecie uczniów ze starszej grupy (64,4%) doświadczyła silnego upojenia alkoholem. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 63,1% uczniów młodszych i 35,6% uczniów starszych.

Tytoń

W czasie całego życia, jakiekolwiek doświadczenia z paleniem miało 56,2% uczniów klas trzecich gimnazjów i 71,5% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Wśród uczniów, którzy podejmowali próby palenia można wyróżnić frakcję osób, które paliły nie więcej niż 5 razy w swoim życiu. Frakcja ta liczy 22,5% młodszych i 20,1% starszych. Jednocześnie 18,5% z pierwszej grupy i 34,2% z drugiej paliło 40 razy lub więcej. Te ostatnie frakcje badanych, to osoby, których palenie wyszło poza fazę eksperymentowania.

Palenie tytoniu jest obecnie podobnie rozpowszechnione wśród dziewcząt jak wśród chłopców.

Porównanie wyników z 2015 r. z wynikami z lat 2003, 2007 i 2015 wskazuje na stabilizację odsetka uczniów, którzy mają doświadczenia z paleniem tytoniu, po wzroście w latach 2007–2011. W latach 2003–2007 notowaliśmy spadek rozpowszechniania doświadczeń z paleniem tytoniu.

Konopie indyjskie

Marihuanę lub haszysz raz w ciągu całego życia używało 25,0% młodszych uczniów i 43,0% starszych uczniów.

Używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy w klasach trzecich gimnazjów wynosi 19,2% uczniów, a w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych 31,5%.

W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem 10,3% uczniów klas trzecich gimnazjów i 15,4% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używało marihuany lub haszyszu.

Do problemowych użytkowników przetworów konopi zidentyfikowanych za pomocą testu przesiewowego zaliczyć można 7,0% gimnazjalistów oraz 7,6% uczniów ze starszej kohorty.

Wskaźniki używania przetworów konopi w 2015 r. w starszej kohorcie wzrosły, podobnie jak w poprzednim czterolecu, natomiast w młodszej wzrost uległ zahamowaniu.

Zmiany w rozpowszechnieniu używania przetworów konopi wśród chłopców i dziewcząt wskazuje na lekkie zmniejszenie się różnic między chłopcami, a dziewczętami, przynajmniej w stosunku do 1995 r. Spośród wszystkich substancji nielegalnych najwyżej oceniana jest dostępność przetworów konopi.

Leki

Przyjmowanie leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza chociaż raz w życiu, stały się udziałem 17,0% uczniów z młodszej i 17,9% ze starszej kohorty. Wśród gimnazjalistów leki przeciwbólowe w celu odurzenia się to 7,4%, a w starszej grupie to 6,7%.

Sięganie po leki jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Dopalacze

Do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu, przyznało się 10,3% gimnazjalistów i 12,6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Odsetki użytkowników dopalaczy w czasie ostatnich 12 miesięcy są wyższe wśród uczniów trzecich klas gimnazjów i wynoszą 6,9%, a wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych 6,0%. W czasie ostatnich 30 dni po te substancje sięgało tylko nieco ponad 4,3% gimnazjalistów oraz 3,0% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Te niskie odsetki wiążą można ze znacznym ograniczeniem dostępności dopalaczy w konsekwencji zamknięcia sklepów jesienią 2010 r.

Używanie dopalaczy jest dość silnie różnicowane przez płeć badanych. Odsetki używających są dwukrotnie wyższe wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Najczęściej dopalaczy używano w postaci mieszanki ziołowej do palenia i wynosiło 9,5% uczniów młodszych oraz 11,7% starszych. Dopalacze pod innymi postaciami były wykorzystywane znacznie rzadziej.

Wśród gimnazjalistów 10% i 8,4% uczniów szkół ponadgimnazjalnych było kiedykolwiek w sklepie z dopalaczami.

Rozpowszechnienie używania dopalaczy w 2015 r. nie uległo zmianie w stosunku do 2011 r.

Substancje wziewne

Rozpowszechnienie zażywania substancji wziewnych do inhalowania wśród gimnazjalistów jest na poziomie 11,2%, a wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych wynosi 7,6%.

LSD i inne halucynogeny

Ze względu na rozpowszechnienie używania wśród uczniów gimnazjów LSD lub innych halucynogenów wynosi 5,5%, a wśród uczniów szkół wyższego poziomu to 5,2%.

Amfetamina

Rozpowszechnienie używania amfetaminy wśród uczniów gimnazjów wynosi 5,3%, a wśród uczniów szkół wyższego poziomu to 7,1%.

Kokaina

Skala rozpowszechnienia używania kokainy wśród uczniów gimnazjów wynosi 4,4%, a wśród uczniów szkół wyższego poziomu to 4,3%.

Extasy

Rozpowszechnienie używania extasy wśród uczniów gimnazjów wynosi 3,9%, a wśród uczniów szkół wyższego poziomu to 4,0%.

Metamfetamina

Rozpowszechnienie używania metamfetaminy wśród uczniów gimnazjów wynosi 3,6%, a wśród uczniów szkół wyższego poziomu to 3,9%.

Źródło: J. Sierosławski, Raport ESPAD 2015.

2. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku

Program Ośrodka dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku jest realizowany od 1998 roku. W czasie funkcjonowania Ośrodka, średnio rocznie jest przyjmowanych około 80 pacjentów na terapię z powodu uzależnienia. Spośród wszystkich osób, przyjętych do Ośrodka w latach 1998–2000 około 80% były to osoby uzależnione od heroiny (brązowa heroina do palenia – brown suger) oraz nikotyny i alkoholu. W latach 2001–2005 ta tendencja uległa zasadniczej zmianie. Ówcześni pacjenci trafiający na terapię do Ośrodka to osoby w około 80% uzależnione od amfetaminy i innych psychostymulatorów oraz nikotyny i alkoholu. W kolejnych latach 2006–2010, sytuacja ponownie uległa zmianie. Wówczas około 80% pacjentów trafiających do Ośrodka to osoby używające głównie marihuanę, mefedron i dopalacze oraz nikotynę i alkohol. Od 2011 roku pacjenci przyjmowani do Ośrodka zażywają głównie marihuanę, amfetaminę i inne psychostymulatory oraz nikotynę i alkohol.

Poniżej zaprezentowane zostały wyniki badań, które zostały opracowane w oparciu o wywiad i diagnozę pacjentów przebywających w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku w okresie od stycznia 2014 roku do marca 2016 roku. Razem objętych badaniem było 153 pacjentów w wieku 14–19 lat.

Tabela 1. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie alkoholu

Alkohol	Liczba osób	Procent
nie	12	7,8
tak	141	92,2
Ogółem	153	100,0

Tabela 2. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie nikotyny

Nikotyna	Liczba osób	Procent
nie	10	6,5
tak	143	93,5
Ogółem	153	100,0

Tabela 3. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie kanabinoli

Kanabinole	Liczba osób	Procent
nie	6	3,9
tak	147	96,1
Ogółem	153	100,0

Tabela 4. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie amfetaminy

Amfetamina	Liczba osób	Procent
nie	47	30,7
tak	106	69,3
Ogółem	153	100,0

Tabela 5. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie dopalaczy

Dopalacze	Liczba osób	Procent
nie	81	52,9
tak	72	47,1
Ogółem	153	100,0

Tabela 6. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie mefedronu

Mefedron	Liczba osób	Procent
nie	67	43,8
tak	86	56,2
Ogółem	153	100,0

Tabela 7. Częstości i procent osób ze względu na używanie środków halucynogennych

Środki halucynogenne	Liczba osób	Procent
nie	113	73,9
tak	40	26,1
Ogółem	153	100,0

Tabela 8. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie extasy

Extasy	Liczba osób	Procent
nie	130	85,0
tak	23	15,0
Ogółem	153	100,0

Tabela 9. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie kokainy

Kokaina	Liczba osób	Procent
nie	117	76,5
tak	36	23,5
Ogółem	153	100,0

Tabela 10. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie heroiny

Heroina	Liczba osób	Procent
nie	149	97,4
tak	4	2,6
Ogółem	153	100,0

Tabela 11. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie opiatów

Morfina i inne opiaty	Liczba osób	Procent
nie	150	98,0
tak	3	2,0
Ogółem	153	100,0

Tabela 12. Częstości i procent osób ze względu na używanie acodinu i innych leków

Acodin i inne leki	Liczba osób	Procent
nie	112	73,2
tak	41	26,8
Ogółem	153	100,0

Tabela 13. Częstości i procent osób ze względu na wcześniejsze używanie inhalatorów

Aerozole i rozpuszczalniki	Liczba osób	Procent
nie	140	91,5
tak	13	8,5
Ogółem	153	100,0

Tabela 14. Statystyki opisowe dotyczące wieku rozpoczęcia przyjmowania danej substancji psychoaktywnej

Substancja	Średnia	Odchylenie standardowe	Wartość minimalna	Wartość maksymalna	Skośność	Kurtoza
Alkohol	12,66	1,58	7,0	18,0	-0,413	1,801
Nikotyna	12,36	2,06	5,0	17,0	-0,917	1,708
Kanabinoles	13,55	1,48	10,0	18,0	0,421	0,876
Amfetamina	14,69	1,61	11,0	20,0	0,529	0,793
Dopalacze	14,64	1,40	10,0	18,0	-0,503	1,130
Mefedron	15,17	1,46	11,0	19,0	-0,131	0,573
Środki halucynogenne	15,68	1,29	14,0	19,0	1,180	1,247
Extasy	15,25	1,95	12,0	20,0	0,648	1,159
Kokaina	15,33	1,40	13,0	19,0	0,888	0,874
Acodin i inne leki	14,50	1,70	10,0	17,0	-0,658	0,515
Areozole i rozpuszczalniki	14,57	1,62	12,0	17,0	-0,013	0,249

* wyniki obliczone dla różnych liczebności, ze względu na braki danych

Tabela 15. Statystyki opisowe dotyczące ilości przyjmowanych substancji psychoaktywnych

Substancja	Średnia	Odchylenie standardowe	Wartość minimalna	Wartość maksymalna	Skośność	Kurtoza
Alkohol [SJA/tydz]	12,69	12,53	0,18	64,00	2,124	5,380
Nikotyna [szt/doba]	17,55	9,73	1,00	60,00	1,463	3,067
Kanabinoles [g/doba]	1,82	1,78	0,07	10,00	2,757	9,571
Amfetamina [g/doba]	1,72	1,36	0,20	5,00	0,795	-0,619
Dopalacze [g/doba]	3,22	4,59	0,20	20,00	3,390	12,713
Mefedron [g/doba]	2,45	2,04	0,50	10,00	1,437	2,745
Kokaina [g/doba]	1,84	1,32	0,20	5,00	0,836	0,378
Acodin i inne leki [tabl./doba]	27,44	18,37	3,00	70,00	0,564	0,172

* wyniki obliczone dla różnych liczebności, ze względu na braki danych

Z przedstawionych powyżej danych można sformułować następujące wnioski.

1. Obecnie powodem, z którego młodzież trafia na terapię stacjonarną do Ośrodka jest używanie kilku naprzemiennie substancji psychoaktywnych. Nie można wyłonić jednej wiodącej substancji lub grupy substancji psychoaktywnych powodujących uzależnienie krzyżowe. Najczęściej używanymi substancjami psychoaktywnymi są kanabinoles 147 osób, nikotyna 143 osoby, alkohol 141 osób i amfetamina 106 osób. Kolejne miejsca to mefedron 86 osób, dopalacze 72 osoby, środki halucynogenne 40 osób, acodin i inne leki 41 osób, kokaina 36 osób, extasy 23 osoby, aerozole i rozpuszczalniki 13 osób, heroína 4 osoby, morfina i inne opiaty 3 osoby.

2. Z nielegalnych substancji psychoaktywnych zażywanych przez pacjentów Ośrodka największą intensywność, przedstawioną w gramach na dobę, osiągają dopalacze, gdzie średnia wynosi 3,22 g/dobę oraz mefedron, gdzie średnia wynosi 2,45 g/dobę.

3. Wiek w jakim dochodzi do inicjacji z substancjami psychoaktywnymi wśród osób przebywających na terapii w Ośrodku rozkłada się następująco. Najwcześniej dochodzi do inicjacji z nikotyną i jest to średnio 12,36 rok życia oraz alkoholu i jest to 12,66 r.ż. Dalej wygląda to następująco: kanabinole 13,55 r.ż.; acodin i inne leki 14,50 r.ż.; aerozole i rozpuszczalniki 14,57 r.ż.; dopalacze 14,64 r.ż.; amfetamina 14,69 r.ż.; mefedron 15,17 r.ż.; extasy 15,25 r.ż.; kokaina 15,34 r.ż.

Podsumowując wyniki badań należy stwierdzić, że wyżej przedstawione źródła wiedzy na temat substancji psychoaktywnych zażywanych przez dzieci i młodzież w znaczącym zakresie pokrywają się. Zatem model zażywania przez nich substancji psychoaktywnych, ze względu na rodzaj substancji, można przedstawić następująco.

1. Należy stwierdzić, że inne substancje są wybierane przez dzieci i młodzież na dokonywanie inicjacji z substancjami uzależniającymi, a są to alkohol i nikotyna. Natomiast inne substancje psychoaktywne powodują uzależnienie i są to głównie kanabinole oraz psychostymulatory.

2. Obecnie dzieci i młodzież przede wszystkim uzależniają się od grupy substancji, w której skład wchodzi cztery podstawowe substancje uzależniające. Po pierwsze są to kanabinole używane głównie w postaci palonej marihuany, rzadziej skuna i haszyszu, ale również dopalaczy w postaci syntetycznych kanabinoli. Po drugie to amfetamina i inne psychostymulatory, takie jak dopalacze psychostymulujące, mefedron, kokaina i metamfetamina. Po trzecie, to alkohol, który jeżeli chodzi o rozpowszechnienie nieregularnego spożywania oraz wieku inicjacji jest na pierwszym miejscu. Alkohol najczęściej spożywany przez dzieci i młodzież to piwo, a najrzadziej to wino. Po czwarte, to nikotyna palona przede wszystkim w postaci papierosów, ale również przyjmowana jako tabaka. Nikotyna podobnie jak alkohol jest na czołowym miejscu jeżeli chodzi o wiek inicjacji i jest substancją, która najczęściej jest zażywana łącznie z innymi substancjami.

Dodatkowo dzieci i młodzież sięgają po leki oraz substancje wziewne, które stosują w celu odurzania się, co w konsekwencji też może prowadzić do uzależnienia.

Leki zażywane przez dzieci i młodzież można podzielić na trzy grupy. Pierwszą stanowią leki ogólnie dostępne i są to głównie paracetamol, ibuprofen, etopiryna itp. Są one zażywane w dużych ilościach w celu zmiany swojej świadomości. Drugą grupę stanowią leki, które w swym składzie zawierają pseudoefedrynę lub pseudokodeinę czego przykładem może być acodin. Można go kupić bez recepty i jest najbardziej rozpowszechnionym lekiem w tej grupie. Trzecią grupę stanowią leki uspokajające i nasenne.

Najczęściej są to benzodiazepiny i barbiturany, które można zakupić wyłącznie z przepisu lekarza.

Używanie leków jest wyraźnie bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż chłopców.

Substancje lotne to kolejna grupa substancji wybierana przez młodzież w celu odurzania się. Są to silne związki chemiczne, które działają depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy. Po zażyciu w postaci inhalowania się występuje euforia z tendencją do fantazjowania oraz omamy wzrokowe. Grupa tych substancji jest bardzo liczna i łatwo dostępna. Środki te występują w każdym gospodarstwie domowym w postaci rozpuszczalników, klejów, gazu z zapalniczek oraz w szkole w odświeżaczach powietrza, markerach do pisania, korektorach zawierających płynną toksyczną substancję itp.

3. Kolejny wniosek mówi o tendencji lekkiego spadku używania alkoholu przez dzieci i młodzież. Natomiast stan używania innych, głównie nielegalnych substancji psychoaktywnych, utrzymuje się na podobnym poziomie.

Faktem jest również spostrzeżenie dotyczące zacierania się ilościowej różnicy zażywania substancji psychoaktywnych ze względu na płeć. Jeszcze dekadę temu stosunek ten wynosił około 30% dziewcząt do 70% chłopców. Obecnie proporcje wyraźnie zacierają się. Od kilku lat w spożywaniu alkoholu, a obecnie też w zażywaniu innych substancji psychoaktywnych. Zauważyć to można również analizując osoby ze względu na płeć zgłaszające się na terapię do Ośrodka w Otwocku. O około 10% więcej dziewcząt niż chłopców zgłasza się na terapię z powodu uzależnienia. Jeszcze 2–3 lata temu proporcje te wynosiły 60% chłopcy i 40% dziewczęta. Ta tendencja jest wyraźna i utrzymuje się od maja 2016 roku. Natomiast za kilka lat będzie można stwierdzić czy jest tendencją stałą.

3. Działanie substancji psychoaktywnych na organizm człowieka – najczęstsze objawy psychopatologiczne

Depresanty – alkohol, barbiturany, benzodiazepiny

Objawy w trakcie używania:

Zaburzenia percepcji, spostrzegania i reakcji, lęk i niepokój, senność, spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia ostrości wzroku, hipotonia, tachykardia, zaparcia, ataksja, mowa bełkotliwa i zamazana.

Objawy po odstawieniu:

Bóle brzucha i głowy, zaparcia, obniżenie łaknienia, kurcze mięśniowe, pobudzenie, bezsenność, niepokój, nadwrażliwość na światło i hałas, lęk, stany depresyjne i urojenia.

Psychostymulatory – amfetamina, metamfetamina, kokaina, efedryna, mefedron, extasy, dopalacze psychostymulujące

Objawy w trakcie używania:

Zniesienie uczucia zmęczenia i lęku, nieuzasadnione podwyższenie nastroju, euforia, czasami z drażliwością, wzmożenie napędu psychoruchowego, przyspieszenie mowy, brak potrzeby snu, obniżenie łaknienia, krótkotrwała poprawa koncentracji uwagi, w przypadku kokainy podniecenie seksualne.

Objawy po odstawieniu:

Lęk, nastrój depresyjny, spowolnienie psychiczne, uczucie zmęczenia i apatii, pobudzenie ruchowe, zespoły majaczeniowe, omamy, zespoły urojeniowe, zwiększone zapotrzebowanie na sen.

Opiaty – heroina, morfina, kodeina, papaweryna

Objawy w trakcie używania:

Poczucie wewnętrznego spokoju, euforia, nieuzasadniony dobrostan, spowolnienie psychoruchowe i senność, zmniejszenie uczucia głodu, bólu i potrzeb seksualnych, zaparcia.

Objawy po odstawieniu:

Objawy somatyczne, takie jak łzawienie oczu, wysięk z nosa, ziewanie, kichanie, bóle brzucha, biegunka, nudności, wymioty, dolegliwości bólowe, zaburzenia snu oraz zmiany nastroju, drażliwość i napady złości.

Kanabinole – marihuana, haszysz, olej haszyszowy, dopalacze zawierające syntetyczne kanabinole

Objawy w trakcie używania:

Dobre samopoczucie i wielomówność, nadwrażliwość zmysłowa, lęk, zaburzenia aktywności, apatia, brak motywacji do działania, trudności w uczeniu się, zaburzenia pamięci i uwagi, zaburzenia myślenia, myślenie symboliczne, zaburzenia snu, zwiększenie apetytu.

Objawy po odstawieniu:

Irytacja, złość, agresja, pobudzenie psychoruchowe, niepokój, urojenia prześladowcze o różnym nasileniu i obrazie, depersonalizacja, omamy, zaburzenia świadomości, lęk, skrócenie i spłycenie snu, ból głowy, brak apetytu.

Inhalanty – rozpuszczalniki organiczne, propan, butan, toluen, benzyna, aerozole

Objawy w trakcie używania:

Euforia, omamy, zmniejszenie aktywności ruchowej, senność, zaburzenia nastroju, zaburzenia funkcji poznawczych.

Objawy po odstawieniu:

Niepokój, drażliwość, wahania nastroju, lęk, zaburzenia snu, bóle głowy, zaburzenia koordynacji ruchowej, osłabienie siły mięśni.

II. Powody, dla których dzieci i młodzież sięgają po substancje psychoaktywne

Odpowiedzi, dlaczego młodzi ludzie sięgają po substancje jest wiele. Jednak zanim zajmiemy się nimi należy stwierdzić fakt, że z innych powodów młodzi ludzie sięgają po raz pierwszy czy drugi po substancje psychoaktywne i zdecydowanie inne czynniki powodują, że młoda osoba się uzależnia. Prawdą jest również to, że tylko nieliczna grupa z tych, którzy substancji próbują w niedalekiej przyszłości się od nich uzależnią (ok. 2%). Jednak trudność polega na tym, że nigdy nie wiemy czy na pewno to będzie nasze dziecko, czy dziecko sąsiada. Oczywiście rodzice, jeżeli w ogóle się nad tym zastanawiają, to uważają, że to będzie dziecko sąsiada. Jednak kiedy ci sami rodzice, np. grają w lotto i jest do wygrania 17 mln złotych to wówczas chcą, by ta wygrana im przypadła, a nie ich sąsiadowi i bardzo w to wierzą. Najczęściej jest tak, że nasze „chcę” czy „nie chcę” niewiele ma wspólnego z tym, co się naprawdę zdarzy.

1. Przyczyny eksperymentowania

Powody, dla których dzieci i młodzież sięgają eksperymentalnie po substancje psychoaktywne znajdują się w kilku fundamentalnych obszarach, do których należy zaliczyć rodzinę, grupę rówieśniczą, etap rozwojowy i brak alternatywy.

RODZINA

Brak bliskiej relacji, więzi i przynależności do rodziny przejawia się tym, że z dzieckiem się nie rozmawia, nie spędza wspólnie czasu, nie ma też wystarczającej kontroli ze strony rodziców. Wzorce jakie dziecko otrzymuje, to np. ojciec sam spożywa alkohol, pali papierosy, a matka często sięga po

różnego rodzaju leki. Poprzez modelowanie uczymy dzieci destrukcyjnych sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Oczywiście, można stwierdzić, że nas nasi rodzice nauczyli tego samego i jakoś sobie radzimy. Jednak nie zapominajmy, że nasze dziecko jest innym człowiekiem, a i rzeczywistość w jakiej dziś żyjemy jest zdecydowanie inna. Przesunęły się granice akceptacji społecznej wobec używania substancji psychoaktywnych i nie chodzi tu o alkohol czy papierosy. Dziś np. marihuana jest przez młodzież ogólnie akceptowana, mimo że jest substancją nielegalną i uzależniającą. Jeszcze inaczej jest z dopalaczami, które dla większości młodzieży to substancje legalne.

ETAP ROZWOJOWY

Etap rozwoju na jakim jest osoba w wieku 13–15 lat to przede wszystkim poszukiwanie nowych, przyjemnych wrażeń. Nastolatek pragnie przygód, rzeczy nowych i ekscytujących. Lubi ryzyko i bardzo źle znosi nudę. Substancja psychoaktywna pozornie zaspokaja każdą z jego potrzeb i dzięki niemu może poczuć się „ważniejszy”, „tajemniczy”, i „autonomiczny”. Może też bez odrobiny wysiłku ze swojej strony, odczuwać przyjemność i dreszczyk sensacji oraz przy okazji zaspokaja własną ciekawość, która jest naturalnym atrybutem dojrzewania.

GRUPA RÓWIEŚNICZA

Powielanie tego co inni robią, próbują, bo to, co ważne wyznacza grupa rówieśnicza, a nie świat dorosłych. Często nastolatek odczuwa presję rówieśników czy starszych kolegów. To oni naciskają, aby zażył jakąś substancję z nimi. Zdarza się, iż kiedy się odmawia jest marginalizowany przez grupę, a to nie jest dobrym doznaniem, więc nastolatek robi wszystko, by do tego nie dopuścić, by tego nie odczuć. Zażycie substancji nie jest konsekwencją w porównaniu z konsekwencją jaką może doświadczyć odmawiając lub jeszcze gorzej, uciekając z tej sytuacji.

BRAK ALTERNATYWY

Brak atrakcyjnych sposobów spędzania wolnego czasu powoduje, iż w bardzo młodym wieku sięga się po substancje psychoaktywne. Jest to alternatywa dla szkoły, nudy, przesiadywania w domu z rodzicami. Dodatkowo nawet jeżeli nastolatek posiada jakieś umiejętności czy predyspozycje to i tak nie są rozwijane. W konsekwencji co ma robić, skoro w niczym nie ma szans na odniesienie sukcesu.

2. Przyczyny uzależnienia

Powody, dla których młode osoby uzależniają się, można przedstawić odwołując się do modelu biopsychospołecznego i rozwojowych mechanizmów podtrzymujących zażywanie substancji psychoaktywnych przez młodzież.

DOMENA BIOLOGICZNA

Do głównych czynników ryzyka w domenie biologicznej zwiększających predyspozycje do uzależnienia się młodzieży zaliczamy:

- Rodzinne obciążenie problemem uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych;
- Zaburzenia układu nagrody i motywacji;
- Wysoka tolerancja fizjologiczna na substancję;
- Historia rodzinnych zaburzeń afektywnych.

DOMENA PSYCHOLOGICZNA

Do głównych czynników ryzyka w domenie psychologicznej i behawioralnej zwiększających predyspozycje do uzależnienia się młodzieży zaliczamy:

- Zakłócenia w przetwarzaniu bodźców;
- Zmiany neurokognitywne;
- Zaburzenia emocjonalne;
- Deficyt kompetencji społecznych.

DOMENA SPOŁECZNA

Do głównych czynników ryzyka w domenie społecznej i środowiskowej zwiększających ryzyko uzależnienia się młodzieży zaliczamy:

- Interakcje w rodzinie;
- Interakcje w szkole;
- Interakcje w grupie rówieśniczej.

(Brounstein, Zweig, 1999).

3. Czynniki sprzyjające używaniu substancji psychoaktywnych

Im więcej dziecko prezentuje czynników ryzyka, tym większe jest prawdopodobieństwo używania substancji psychoaktywnych i w konsekwencji uzależnienia się.

1. Dzieci z trudnościami szkolnymi, zaburzonym zachowaniem i funkcjonowaniem społecznym w wieku 7–9 lat są znacznie bardziej podatne na używanie substancji w późniejszym wieku, czyli w 14 lub 15 roku życia.
2. Czynniki w zależności od wieku:
 - Młodszy adolescenci (13–15 lat). Znaczącym czynnikiem ryzyka w tej grupie wiekowej jest dysfunkcyjna rodzina;
 - Adolescenci (15–17 lat). Znaczącym czynnikiem jest destrukcyjny wpływ rówieśników.
3. Czynniki kulturowe i społeczne:
 - sprzyjające prawo;
 - społeczne przyzwolenie i rozregulowane normy społeczne;
 - dostępność do substancji;
 - ekonomiczne ubóstwo;
 - środowisko zamieszkania.
4. Czynniki dotyczące rodziny:
 - używanie substancji uzależniających w rodzinie;
 - obecne zaburzenia psychiczne;
 - zachowania przestępcze;
 - rodzinna tolerancja środków uzależniających;
 - brak świadomości zagrożenia;
 - rodzinne konflikty, rozwód;
 - nieprawidłowe więzi z opiekunami;
 - ubogie wzajemne relacje i brak uwagi na dziecko.
5. Czynniki indywidualne i behawioralne:
 - wczesne i utrzymujące się problemy w zachowaniu, impulsywność;
 - niepowodzenia w szkole;
 - słabe zaangażowanie w sprawy szkolne;
 - alienacja, ubogie umiejętności społeczne;
 - buntowniczość;
 - pozytywne nastawienie do substancji uzależniających;
 - wczesne eksperymentowanie ze środkami uzależniającymi;
 - wcześnie występujące zaburzenia lękowe, nastroju, zachowania;
 - traumatyczne doświadczenia życiowe np. śmierć rodzica, molestowanie seksualne.

4. Zachowania ryzykowne i czynniki chroniące

Prowadząc działania profilaktyczne w szkole, innej placówce lub w środowisku warto pamiętać, że to, czy dziecko zachowuje się zgodnie z normami i oczekiwaniami społecznymi, czy podejmuje zachowania ryzykowne, zależy od interakcji różnych czynników.

Wśród wielu prób wyjaśnienia przyczyny i następstw zachowań ryzykownych na szczególną uwagę zasługują teorie czynników ryzyka i czynników chroniących.

J. D. Hawkins (amerykański badacz działań profilaktycznych) zestawiał ze sobą cechy, sytuacje i warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych i nazwał je czynnikami ryzyka. Stwierdził, że niektóre cechy jednostki i środowiska sprzyjają powstawaniu zachowań, które „niosą wysokie ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego i psychicznego, jak i dla otoczenia społecznego człowieka” (Ostaszewski, 2003).

Do najistotniejszych zachowań ryzykownych zalicza się:

- wczesną aktywność seksualną;
- zachowania agresywne i przestępcze;
- używanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych;
- porzucenie nauki szkolnej;
- ucieczki z domu.

Z drugiej strony badacze określają czynniki, które zwiększają odporność człowieka na działanie czynników ryzyka. Są to cechy, sytuacje, warunki przeciwdziałające zachowaniom ryzykownym. Określa się je jako czynniki chroniące – „właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny człowieka i zwiększa jego odporność na działanie czynników ryzyka” (Ostaszewski, 2003).

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące można pogrupować w kilka kategorii:

- zmienne związane z jednostką;
- zmienne związane z rodziną;
- zmienne związane z lokalną społecznością.

Listy czynników ryzyka i czynników chroniących bywają długie i różnorodne. Zmieniają się wraz z ogólnymi zmianami obyczajowymi i kulturowymi społeczeństw. Różnie oceniana jest też ich hierarchia ważności (Szymańska, 2002).

Do najważniejszych czynników chroniących można zaliczyć:

- silną więź emocjonalną z rodzicami;
- ogólnie pozytywne relacje z dorosłymi i posiadanie autorytetów;
- zainteresowanie nauką szkolną i aspiracje edukacyjne;

- regularne praktyki religijne;
 - poszanowanie prawa, norm i wartości;
 - przynależność do pozytywnej grupy społecznej;
 - angażowanie się w działania prospołeczne.
- (CBOS, 1994, 1996; McGraw, 1995).

III. Strategie postępowania w sytuacji używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież

Rozwojowe mechanizmy rozpoczynania i podtrzymywania używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież kształtują się w trzech obszarach, tj. środowisku rodzinnym, rówieśniczym i szkolnym. W każdym z tych środowisk dotyczą jednostki, jej aspektu biologicznego, psychologicznego i społecznego. Zatem oddziaływania interwencyjne, profilaktyczne i terapeutyczne powinny odnosić się również do tych obszarów. Poniżej przedstawione zostaną różnego rodzaju strategie i konkretne działania, które można podejmować wobec dzieci i młodzieży zażywającej substancje psychoaktywne. Są to różne perspektywy, systemy oddziaływań i działania interdyscyplinarne. Pierwszy obszar jest związany działaniami opiekuńczo-wychowawczymi podejmowanymi przez rodziców, wychowawców, nauczycieli, pedagogów, psychologów; drugi to działania podejmowane przez profilaktyków, psychologów i terapeutów uzależnień; trzeci to wymiar sprawiedliwości i działania podejmowane przez sądy, kuratorów sądowych oraz policję.

1. Strategie rozpoznawania używania przez dzieci i młodzież substancji psychoaktywnych

Jak i po czym rozpoznać, że dziecko zażywa substancje psychoaktywne. Poniżej przedstawiony został opis najważniejszych sfer zmian występujących u dzieci i młodzieży wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych.

Sfera prawa – dziecko może popełnić następujące wykroczenie lub przestępstwo:

- okradanie domowników;
- prowadzenia samochodu po alkoholu lub narkotykach;
- kradzież w sklepie;

- nielegalne posiadanie narkotyków;
- wandalizmu;
- handel narkotykami;
- napad, rozbój, pobicie;
- zastraszanie i wyłudzenia;
- prostytutka.

Sfera szkoły

- rezygnacja z zajęć pozalekcyjnych lub z nich usunięcie;
- negatywna postawa wobec obowiązków szkolnych;
- opuszczanie lekcji;
- opuszczanie całych dni w szkole;
- oddawanie niedokończonych zadań domowych lub oddawanie po terminie lub wcale;
- otrzymywanie gorszych stopni;
- niezaliczanie przedmiotów;
- fałszowanie usprawiedliwienia;
- częste wychodzenie z lekcji;
- brak uwagi lub przeszkadzanie na lekcjach;
- przysypianie na lekcjach;
- nieprzestrzeganie reguł społecznych i regulaminu;
- zawieszenie lub usunięcie ze szkoły.

Sfera kontaktów z rówieśnikami

- używanie słów i określeń wypowiedzianych przez osoby używające narkotyki;
- zerwanie kontaktów z przyjaciółmi lub oni odsuwają się;
- utożsamianie się z kontkultowymi grupami młodzieży;
- trzymanie nowych znajomych z daleka od rodziców;
- nowi znajomi, którzy unikają jego rodziców.

Sfera rodziny

- otwarte wywoływanie rodzinnych kłótni i konfliktów;
- oszukiwanie rodziców;
- nieodbieranie telefonu;
- zaprzestanie wywiązywania się z domowych obowiązków;
- wymykanie się z domu;
- zostawianie na noc poza domem lub znikanie na kilka dni bez pozwolenia i powiadomienia rodziców;
- odmawianie podporządkowania się ustaleniom domowym;

- zaprzestanie podejmowania zadań i prac wspólnie z rodzicami;
- unikanie kontaktu z rodzicami, zamykanie się w pokoju;
- brak chęci w uczestniczeniu w odwiedzinach dalszej rodziny;
- zaprzestanie spożywania posiłków z całą rodziną;
- brak rozmów o swoich znajomych i o formach spędzania czasu;
- brak informacji o wydarzeniach szkolnych (wywiadówkach, negatywnych ocenach, zmianach nauczycieli, uwagach czy zawieszeniu w pracach ucznia);
- posiadanie pieniędzy z niewiadomego źródła;
- manipulacje rodzicami, nastawianie jedno z rodziców przeciw drugiemu;
- częste reakcje złością;
- nasilające się przekleństwa;
- słowna i fizyczna agresja;
- coraz większa wrogość;
- składane obietnice są łamane;
- opuszczanie pomieszczeń, kiedy rodzice zadają pytania;
- krótkoterminowa poprawa zachowania.

Sfera umysłowa

- zmniejszony zakres uwagi i trudności z koncentracją;
- pojawiają się objawy psychiczne, uważa, że jest śledzone, prześladowane lub zagrożone;
- występują nieokreślone lęki;
- niepokój, pobudzenie psychoruchowe.

Sfera fizyczna

- szybki spadek masy i wagi ciała;
- nieregularne odżywianie;
- nieregularne okresy snu, zbyt długi lub zbyt krótki;
- późne pory snu, sen w dzień;
- na ciele występują siniaki, rany;
- zaniedbywanie higieny osobistej, noszenie tej samej bielizny;
- ubrania z napisami i wizerunkami narkotyków;
- dolegliwości górnych dróg oddechowych;
- zaczerwienienia na nosie;
- brak reakcji źrenic na światło;
- szkliste lub zaczerwienione oczy;
- zmniejszona lub podwyższona ilość energii.

Sfera emocjonalna

- wypowiedzi o braku sensu życia;
- zmienny nastrój;
- smutek lub wesołkowatość bez widocznej przyczyny;
- brak wypowiedzi na temat swoich uczuć;
- ignorancja argumentów rodziców; odmawia podjęcia dialogu na swój temat;
- smutek, przygnębienie, zniechęcenie;
- negatywne przekonania na swój temat;
- większa impulsywność;
- brak zainteresowania dla cenionych dawniej czynności i zainteresowań;
- brak motywacji i dążenia do sukcesu;
- mniejszy szacunek dla siebie, czuje, że nie umie sprostać wymaganiom i że nie jest tak dobra jak dawniej;
- brak optymizmu, spontaniczności, większy cynizm.

Sfera etyki

- obecne zachowanie jest sprzeczne z poprzednio uznawanymi wartościami;
- kłamstwa i oszukiwanie;
- gubienie własnych lub cudzych przedmiotów;
- okradanie rodziców i rodzeństwo;
- wyzywające zachowania w sferze seksualnej;
- miłość określa tylko jako kontakt fizyczny;
- brak zainteresowania wiarą, kościołem.

ZMIANY WYSTĘPUJĄCE U DZIECKA, A MOGĄCE WYNIKAĆ Z ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Zmiany w psychice

- Niechęć do podejmowania działania, pogłębiające się problemy z niską samooceną, kłamlivość, wyobcowanie, izolowanie się, gburowatość, nieuczynność, a nawet brutalność, zmienność nastroju (nigdy nie wiadomo co zrobi dziecko, bywa nieprzewidywalne).
- Dzieci są bardziej drażliwe, skryte, wrogo nastawione, depresyjne, odmawiają współpracy, zamknięte w sobie, smutne, ponure, reagujące złością, przewrażliwione, nerwowe, lękowe, roztargnione, oddalają się od bliskich i ważnych osób.
Na próby rozmów o narkotykach reagują wrogością i bronią się zaprzeczając.

- Brak dojrzałości. Potrzeba uzyskiwania natychmiastowego skutku (zadowolenia), zawężone widzenie problemów i ich rozwiązań, skupianie się wyłącznie na sobie i własnym zadowoleniu.
- Konflikt z rodzicami, rodzeństwem. Unikanie kontaktów i rozmów z rodziną, nieprzedstawianie nowych znajomych, poczucie odrębności dziecka, myśli iż rozmowy na temat jego przeżyć są możliwe tylko z innymi osobami używającymi narkotyki.
- Kontakty koleżeńskie. Urywają się dotychczasowe znajomości, dzieci stają w obronie używania narkotyków przez innych, szukają towarzystwa osób uzależnionych, często dobierają sobie starszych lub też młodszych kolegów.
- Brak pozytywnego działania. Maleje zainteresowanie nabywaniem wiedzy i umiejętności, bierna postawa, utrata zainteresowania szkołą, sportem i ulubionymi zajęciami.
- Niska samoocena. Rozwija się poczucie beznadziejności i bezradności, męczy poczucie winy, dziecko czuje się smutne, pokrzywdzone i wystraszone, wycofuje się ze swojego środowiska i zamyka w sobie, nie daje sobie rady jako uczestnik zajęć sportowych i innych. Jest znużone, zniechęcone złymi wynikami w szkole, traci szacunek do samego siebie (nic nie jestem wart), pesymistycznie patrzy na swoją przyszłość.
- Zaprzeczanie. Dziecko neguje fakt, iż narkotyki są szkodliwe, obciąża winą za własne postępowanie innych, wytyka innym błędy, krytykuje sposób życia dorosłych i broni przywilejów młodzieży, twierdzi iż konsumpcja narkotyków jest powszechna i nawet społecznie aprobowana wytykając rodzicom zacofanie.
- Kłamstwo. Dziecko udziela mętnych, wymijających i niekonkretnych odpowiedzi, np. że właśnie przestało brać lub że przechowuje narkotyki dla kogoś, kłamie w kwestii trudności w szkole i gdy z domu zaczynają ginąć pieniądze i przedmioty.
- Spóźnianie się. Spóźnia się do szkoły oraz na inne zajęcia, coraz później wraca do domu, traci poczucie czasu.
- Poczucie krzywdy. Czasem towarzyszy dziecku lęk, że ktoś je prześladowuje, obawa, iż zostanie przyłapane na braniu narkotyków.
- Zaczyna być nieadekwatnie pewne siebie, ma upodobanie do niebezpiecznych sytuacji, podatność na wypadki. Buntuje się na wszelkie normy i prawa.

Zachowuje się coraz gwałtowniej i agresywniej, znieważa innych słownie i posuwa się do rękoczynów, w złości niszczy i rozbija przedmioty, zadaje sobie ból poprzez samookaleczenia – Dziecko nie widzi nadziei na zmianę, może pojawić się próba samobójcza jako ostatnie wołanie o pomoc.

Zmiany w zachowaniu

- Zmiana rytmu snu, nawyków żywieniowych, porzucanie starych przyjaźni i ulubionych zajęć, nawiązywanie kontaktów z osobami, które mają takie same problemy, pogłębiają się problemy w szkole.
- Zaczynają się nieuzasadnione nieobecności, dziecko wymyka się z domu, nie wraca na noc, nie potrafi wytłumaczyć się z czasu spędzonego poza domem, zamyka się na długie godziny w swoim pokoju.
- Przestaje wypełniać swoje obowiązki domowe, staje się leniwe, ma nieporządek w pokoju, zapomina o uroczystościach rodzinnych i odmawia uczestniczenia w nich, ma kłopoty z pamięcią.
- Ma „słomiany zapal”, nie jest wytrwałe, żyje chwilą, nie ma planów, jest obojętne.
- Ukrywa nowych znajomych przed rodzicami, odbiera dziwne telefony o dziwnych porach.
- Z dnia na dzień stają się popularne, często za sprawą rozprowadzania narkotyków, nagłe aktywne zainteresowanie seksem, możliwość oferowania usług seksualnych w zamian za narkotyki.
- Zmiana nawyków żywieniowych, wyraźny przypływ apetytu jak i nagła utrata łaknienia, spadek na wadze ciała.
- Rozregulowanie rytmu dnia i nocy, sen przez większość dnia, aktywność w nocy.
- Wynoszenie z domu rzeczy na sprzedaż, stałe chowanie czegoś przed domownikami, z domu znika alkohol i leki.
- Zaczyna używać przekleństw, slangu i terminów narkomańskich.
- Wygląd pokoju zaczyna się różnić, często wietrzy pokój, używa kadzideł, odświeżaczy, nie życzy sobie wchodzenia rodziców do pokoju, posiada schowek, którego nikt inny nie może otworzyć.
- Szczegółne zainteresowanie młodzieżową muzyką i koncertami, czasem dzieci utożsamiają się z grupami muzycznymi, których członkowie nadużywają różnych substancji psychoaktywnych. Koncerty, jeśli nie są ściśle nadzorowane, stwarzają okazję do handlu i odurzania się narkotykami.
- Problemy ze szkołą, nie odrabia lekcji, ma gorsze stopnie, spóźnia się na lekcje, zasypia na nich, wagaruje, często jest karane, lekceważy nauczycieli, usiłuje źle nastawić rodziców do nauczycieli i szkoły, przerywa szkołę lub zostaje z niej usunięte.

Zmiany w wyglądzie

- Pogarsza się stan zdrowia, następuje spadek masy ciała, przeziębienia, grypa, bóle żołądka, zmęczenie, przewlekły kaszel, bóle klatki piersio-

wej, częste zachorowania, bóle głowy, złe samopoczucie rano, częstsze obrażenia w następstwie wypadków lub pobicia.

- Odbiegające od normy rozwojowej zahamowanie wzrostu, nagły i potężny przyrost masy mięśniowej w związku z przyjmowaniem steroidów anabolicznych, ogólny spadek energii, utrata zainteresowania sprawami seksu, bulimia, nieregularne miesiączkowanie.
- Mowa jest niespójna, bełkotliwa, chaotyczna, niejasna, potok słów, bez pauz.
- Występują okresy niepamięci, gorsze zapamiętywanie, przywidzenia i zaburzone myślenie, gubienie wątku myślowego, nieznajdowanie odpowiednich słów.
- Wygląd oczu dziecka. Przekrwione, napuchnięte lub szklane, rozszerzone lub zwężone źrenice, opadające powieki, oznaki senności, brak kontroli nad ruchami gałek ocznych, zamazane lub podwójne widzenie, objawy zapalne, może pojawić się oczopląs, czyli niekontrolowane ruchy gałek ocznych, niemożność skupienia wzroku przez dziecko na obserwowanym obiekcie, unika kontaktu wzrokowego.
- Pojawiają się krosty wokół nozdrzy, kichanie, objawy uczulenia lub kataru, krwawienie z nosa.
- Zmiany w obrębie jamy ustnej, suchość w ustach, częste oblizywanie warg językiem, oddech z zapachem alkoholu, marihuany, nikotyny oraz kaszel.
- Zmiany na skórze, ślady po wstrzyknięciach wzdłuż żył, zakładanie bluzek z długim rękawem nawet, gdy jest ciepło, tatuaże lub ślady po samooparzeniach, nienaturalnie białe palce, nadmierna potliwość, zimna i wilgotna skóra, pieczenie skóry, pojawienie się trądziku, napięta i obrzmiała skóra, żółtaczka (zażółcenie skóry i biel spojówek), czerwone plamy na ciele, ściemnienie skóry, podwyższona temperatura ciała.
- Kłopoty z poruszaniem się, powolny chód, niezdarność, zawroty głowy, zachwiania równowagi.
- Zmiana wyglądu, nowa fryzura, stroje, koszulki z nadrukiem o charakterze narkotycznym, mniejsza dbałość o higienę osobistą, niechlujny wygląd, brudne włosy i ubranie.

Akcesoria służące do zażywania substancji psychoaktywnych

Fifki, fajki, fajki wodne wykonywane z butelek lub puszek po napojach, dodatki do fajek, bibułka do papierosów, tytoń w kieszeniach, skrytki takie jak koperty, torebki foliowe, pojemniczki. Szmatki i torby po chemikaliach, igły, lekarstwa, opakowania po lekarstwach środki chemiczne, puste zapalniczki.

Napisy na ubraniach, książkach, karteczkach, w zeszytach np. „THC”, kolorowe malowidła w zeszytach, akcesoria z symbolami narkotyków, np. koszulka z liściem marihuany lub napisy „dopalecze.com.pl” itp.

Kolizje z prawem

Posiadanie narkotyków jest czynem karalnym, ale łamanie prawa przez dziecko biorące narkotyki związane bywa także ze zdobywaniem pieniędzy. Mogą więc zdarzyć się kradzieże, wynoszenie wartościowych rzeczy z domu, handel narkotykami, a także bójki i prostytutcja. Może zdarzyć się również, że dziecko samo nie zażywa narkotyków, a jedynie handluje nimi dla chęci zysku. Wówczas młoda osoba posiada pieniądze z niewiadomego źródła, kupuje nowe, czasem drogie rzeczy, prowadzi niejasne interesy z kolegami.

Warto też pamiętać o konsekwencjach prawnych, które wyglądają następująco:

- posiadanie narkotyków zagrożone jest karą więzienia do lat 3;
- posiadanie znacznej ilości narkotyków zagrożone jest karą więzienia do lat 5 i grzywną;
- produkcja narkotyków zagrożona jest karą więzienia do lat 3. W przypadku produkcji znacznej ilości narkotyków przestępstwo zagrożone jest grzywną i karą więzienia na czas nie krótszy od lat 3;
- handel narkotykami zagrożony jest karą więzienia do lat 10;
- udzielanie lub nakłanianie do użycia narkotyków zagrożone jest karą więzienia do lat 5.

Podstawa prawna: Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r.

2. Strategie postępowania i interwencje

Głównym celem strategii interwencyjnych jest wspieranie w sytuacjach kryzysowych osób mających trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów osobistych. Elementem interwencji jest towarzyszenie ludziom w krytycznych momentach ich życia. Jej podstawowe techniki to poradnictwo, telefon zaufania, sesje interwencyjne, doradztwo.

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 (Gaś, 1997; Kazdin, 1996).

Najczęściej wymienia się dwa warunki skuteczności programów wczesnej interwencji. Pierwszy to profesjonalizm i odpowiednie cechy osobowości osoby udzielającej pomocy (wiarygodność i zaufanie), a drugi to pozyskanie i włączenie rodziców w rozwiązywanie kryzysowej sytuacji. 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 (Gaś, 1998; Hawkins i inni, 1997; Weinberg i inni, 1998).

Interwencję podejmujemy, w sytuacji kiedy dziecko, uczeń zachowuje się niewłaściwie, łamie reguły obowiązujące w szkole, nie wywiązuje się ze swoich obowiązków, zażywa substancje psychoaktywne. Celem interwencji jest rozwiązanie problemu i powstrzymanie niewłaściwych zachowań. Zgodnie z systemowym ujęciem skuteczna interwencja powinna być wielokierunkowa, obejmować wszystkie osoby zaangażowane w problem i mogące pomóc w jego rozwiązaniu. Interwencja może przyjąć formę rozmów, budowania motywacji do zmiany swojego zachowania, postępowania w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, a także innych działań.

POSTĘPOWANIE Z DZIECKIEM KIEDY JEST PRZED ZAŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I DZIECKIEM JUŻ ZAŻYWAJĄCYM SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Rozwojowe zachowania problemowe są zachowaniami ukierunkowanymi na cel i pełnią ważne funkcje w rozwoju nastolatka, i zaliczamy do nich:

- Działania instrumentalne, które są ukierunkowane na osiągnięcie celu, który został zablokowany lub wydaje się nieosiągalny, np. ucieczka z domu jako sposób osiągnięcia niezależności od rodziców.
- Działania manifestujące opozycję wobec autorytetów dorosłych, np. przynależność do subkultur młodzieżowych.
- Działania ukierunkowane na redukcję lęku, frustracji i obaw, związanych z niepowodzeniami szkolnymi lub problemami rodzinnymi, np. używanie substancji psychoaktywnych.
- Działania mające na celu uzyskanie poczucia przynależności do grupy rówieśniczej, doświadczenie identyfikacji z grupą, np. przestrzeganie

określonego stylu ubierania się, zachowania, np. kradzież czy zażywanie substancji psychoaktywnych.

- Działania zmierzające do zademonstrowania sobie i innym osobom znaczącym ważnych atrybutów własnej tożsamości, np. uzyskanie etykiety „silnego mężczyzny”, „cwaniaka”, „równiacy”.
- Zachowania pozwalające na pozorne osiągnięcie wyższego poziomu rozwoju, podejmowanie zachowań zarezerwowanych dla dorosłych, np. współżycie seksualne, picie alkoholu, palenie papierosów.

ZANIM DZIECKO SIĘGNIE PO SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Zarówno rodzice, jak i wychowawcy mogą stosować strategie, które mają na celu zapobieganie lub opóźnianie sięgania przez dziecko po substancje psychoaktywne.

Strategie nieskuteczne

Rodzic lub wychowawca przyjmuje jedną z kilku ról:

- wykładowca;
- sprzedawca strachu;
- strażnik;
- bezradny.

Strategie skuteczne

- Budowanie konstruktywnej relacji z dzieckiem. Ważne jest, by rodzic widział, słyszał i czuł swoje dziecko. Jeżeli te warunki będą zachowane, to nawet jeśli dziecko zażyje jakąś substancję, rodzic dowie się o tym pierwszy i dalej adekwatnie będzie mógł reagować.
- Świadome modelowanie polegające na przeanalizowaniu własnego stylu picia alkoholu i palenia papierosów. Rozmowa z dzieckiem na temat własnych wyborów dotyczących picia alkoholu. Jeżeli rodzice (wychowawcy) używają alkoholu świadomie w umiarkowany sposób mogą przekazać dziecku powody i zasady jakimi się kierują.
- Edukowanie dziecka na temat alkoholu i skutków jego działania. Rodzic zdobywa wiedzę w tym zakresie i korzystając z różnych sytuacji życiowych, np. widok pijanej osoby, informacje o wypadkach spowodowanych przez pijanych kierowców itp., przekazuje dziecku jednak nie w tonie i formie straszenia, a partnerskiej życzliwości i troski.
- Ustalenie zasad obowiązujących w rodzinie lub placówce, w sprawie używania alkoholu przez dziecko oraz konsekwencji ich przekroczenia.

Takie zasady powinny zostać wypracowane wspólnie przez rodziców lub wychowawców i dziecko. Natomiast nie będzie to działało, kiedy te ustalenia nie będą konsekwentnie przestrzegane.

- Przygotowanie dziecka do radzenia sobie z presją rówieśników. Rodzic rozmawia z dzieckiem o sytuacjach związanych z proponowaniem alkoholu i pomaga dziecku przygotować pomysły dobrych rozwiązań. Jak dziecko powinno się zachować w takiej sytuacji. W świetlicy lub innej placówce można poprowadzić na ten temat specjalne zajęcia. Uczenie konstruktywnych sposobów spędzania czasu i rozwijanie zainteresowań dziecka.

POSTĘPOWANIE, W SYTUACJI GDY DZIECKO ZAŻYWA SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Strategia postępowania zależy od tego, na jakim etapie kontaktu z substancjami psychoaktywnymi znajduje się dziecko.

I. Faza używania substancji – eksperymentowanie

- Nie widać jeszcze zmian w zachowaniu dziecka;
- Pojawiają się sygnały świadczące o tym, że dziecko używa substancji psychoaktywnych. Jednorazowo zdarzyło się, że przyszło do szkoły lub domu w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub narkotyku, posiada przedmioty świadczące o używaniu substancji.

Strategia postępowania:

- Rozmowa z dzieckiem, której celem jest nie tyle przyznanie się dziecka do winy, ale postawienie granic (jeżeli sytuacja zdarzyła się w szkole, powinni zostać powiadomieni rodzice dziecka), rozmowa powinna przebiegać w atmosferze życzliwości i troski o dziecko;
- Jeżeli są dowody, że dziecko zażyło jakąś substancję powinno ponieść konsekwencje określone we wcześniejszych ustaleniach. Jednak konsekwencje powinny być stopniowane, po kolejnym użyciu, poważniejsze;
- Zawarcie z dzieckiem kontraktu, który określa zasady i konsekwencje ich przekroczenia;
- Nie należy podejmować działań, które mogą zepchnąć dziecko na margines społeczności, takich jak etykietowanie (narkoman, alkoholik), wyrzucanie ze szkoły.

II. Faza używania substancji – uzależniania się

- Dziecko pije alkohol, pali papierosy, zażywa narkotyki, pojawiają się zmiany w zachowaniu; rozmowy z reguły nie skutkują.

Sposób postępowania:

- Należy poinformować zarówno rodziców, jak i dziecko o zagrożeniu oraz adekwatnych do tej fazy rozwoju uzależnienia formach pomocy;
- Dziecko powinno znaleźć się pod opieką specjalistów, konieczna jest pomoc w rozwiązywaniu problemów, które stoją za potrzebą zażywania substancji;
- Właściwe miejsca pomocy to placówki profilaktyczne, poradnie rodzinne, punkty informacyjno-konsultacyjne, poradnie terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży.

III. Faza używania substancji – uzależnienia

- Rzadko zdarza się, aby dziecko utrzymało się w tej fazie w roli ucznia, jeżeli jednak okaże się, że jest uzależnione, to przede wszystkim powinno trafić pod opiekę specjalistycznej placówki, np. stacjonarnego ośrodka terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży;
- Konieczne jest leczenie uzależnienia w specjalistycznej placówce, a także wskazane jest odizolowanie dziecka na jakiś czas od dotychczasowego toksycznego środowiska.

W każdym przypadku działania powinny być przemyślane, zaplanowane po zebraniu i przeanalizowaniu wszystkich dostępnych informacji. Konsekwencja w ich realizowaniu jest warunkiem skuteczności.

W szkole (świątlicy) powinny zostać opracowane procedury reagowania w przypadku użycia przez ucznia substancji psychoaktywnych oraz wszyscy nauczyciele i wychowawcy powinni być przeszkoleni w ich stosowaniu (R. E. Voglar, W. R. Bartz 1999; H. Rylke 1999).

Interwencje i postępowanie prowadzone w formie rozmowy

Zasady rozmowy interwencyjnej (dziecko–rodzic).

- Zagwarantuj sobie odpowiednie miejsce i czas na rozmowę;
- Okaż, że masz dobre intencje:
Chcę z tobą porozmawiać, ponieważ martwię się o Ciebie...
Zależy mi na tym, żeby pomóc...
- Przedstaw problem (opisz niewłaściwe zachowanie) komunikat konfrontacyjny;

- Zaproś drugą stronę do przedstawienia jej punktu widzenia:
Chciałabym usłyszeć, jak Ty widzisz tę sytuację...
- Streść stanowisko drugiej strony w celu sprawdzenia, czy dobrze zrozumiałaś:
Z tego, co powiedziałaś zrozumiałam, że...
- Jeżeli druga strona przyjmie konfrontację (uzna problem), możesz okazać wsparcie i zaproponować pomoc w jego rozwiązywaniu komunikat wspierający;
- Po ustaleniu rozwiązań warto zawrzeć kontrakt: co, kto i kiedy robi, a także umówić się na dalszy kontakt;
- Jeżeli druga strona zaprzecza istnieniu problemu, można poinformować o konsekwencjach (jeżeli takie zachowanie powtórzy się) i ponownie wyrazić gotowość pomocy strategią „otwartej furtki”:
Jesteś dla mnie ważna i gdybyś uznała, że jednak potrzebujesz pomocy, zawsze możesz do mnie przyjść...

Wyrażanie konstruktywnej krytyki

Wyrażając konstruktywną krytykę nie oceniamy osoby, nie przypinamy jej etykiety „winny”, „oskarżony”. Ocenie podlegają zachowania, a nie sami ludzie. Krytyka konstruktywna ma na celu rozwiązanie problemu, a nie udowodnienie winy czy ukaranie.

Komunikat krytyczny składa się z następujących elementów:

Faktów – informujesz drugą stronę o zaistniałych, niekorzystnych faktach, zachowaniach, wydarzeniach. Nie oceniając, nie wnioskując, np.:

Już trzeci dzień spóźniasz się do szkoły...

Pracę domową na wczoraj dostarczasz mi dziś, a poza tym niekompletne...

Ustosunkowania – informujesz o swoich uczuciach (niezadowoleniu, rozdrażnieniu, niepokoju) lub o swojej postawie:

Nie podoba mi się to...

To jest dla mnie nie do przyjęcia...

Nie mogę tego zaakceptować...

Oczekiwań – może to być prośba, polecenie, oczekiwanie:

Proszę o dostarczenie mi pracy domowej na jutro...

Oczekuję, że spóźnienia nie będą się więcej zdarzać...

Zasadne i słuszne jest postawienie pytania motywującego:

Jakie widzisz wyjście z tej sytuacji?

Jak zamierzasz rozwiązać tę trudność?

Poprawna informacja zwrotna

Informacja zwrotna jest to ustosunkowanie się do czyjegoś zachowania, wypowiedzi, wyglądu, cech charakteru, sposobu bycia. Rozróżniamy informację zwrotną pozytywną. Jej intencją jest aprobata cech lub zachowania, oraz informację zwrotną negatywną, której intencją jest dezaprobata, a w przypadku zachowania, powstrzymanie.

Negatywną informację zwrotną najczęściej wypowiadamy w drugiej osobie liczby pojedynczej, np.:

Zachowujesz się okropnie...

Fatalnie się ubrałaś...

Mówisz niejasno...

Jesteś niekompetentny...

Są to komunikaty typu „ty”. Komunikaty tego typu oznaczają wejście na terytorium psychologiczne rozmówcy. Rozmówca czuje się osobiście zaatakowany, koncentruje się na negatywnych uczuciach do partnera rozmowy lub do siebie samego, rzadko w pełni korzysta z treści komunikatu.

Konstruktywna informacja zwrotna

Jest to komunikat w pierwszej osobie, mówi o tym jak ja reaguję na zachowanie, wygląd, wypowiedź drugiej osoby. Jest to komunikat typu „ja”.

Drażni mnie twoje zachowanie...

Nie podoba mi się twój ubiór...

Nie rozumiem tego, co do mnie mówisz...

Źle oceniam to, co napisałeś...

Używając takiego komunikatu pozostaję na własnym terytorium, nie stawiam rozmówcy w sytuacji zagrożenia, nie naruszam jego godności.

Również w przypadku pozytywnych informacji zwrotnych zaleca się stosowanie komunikatów typu „ja” – mają one wówczas bardziej osobisty, głębszy charakter.

Zamiast:

Jesteś wspaniały... Ogromnie mi się podobasz... Masz wielki talent... Niezwykle cenię twoje zdolności...

Konstruktywna konfrontacja

Konfrontacja jest:

Powiedzeniem „trudnej prawdy prosto w oczy”.

Krytyką zachowania, a nie osoby.

Szansą dla drugiej osoby na uświadomienie sobie trudności i zmianę zachowania.

Konfrontacja nie jest:

Wyrażaniem pretensji: *jak mogłeś...*

Oceną charakteru: *jesteś nieodpowiedzialny, nieuczciwy...*

Groźbą: *zobaczysz, wylecisz ze szkoły...*

Komunikat konfrontacyjny powinien być:

Życzliwy, ponieważ naszą intencją jest troska, chęć pomocy,

Konkretny, powinien zawierać opis konkretnych zachowań i informacje o konsekwencjach.

Może być też osobisty, kiedy wyrażamy nasze osobiste odczucia:

Zależy mi na tobie, martwię się o ciebie...

Konfrontacja jest bardziej skuteczna, kiedy:

Pochodzi od ważnej osoby, gdy relacja jest oparta na trosce, szacunku, akceptacji, zaufaniu.

Pokażemy osobie, którą konfrontujemy także jej mocne strony, to co robi dobrze:

potrafiłaś się zmobilizować i przygotować do sprawdzianu z polskiego...

Przykład komunikatu konfrontacyjnego.

Zapewnij, że masz dobre intencje:

Chce z tobą porozmawiać, ponieważ martwię się o ciebie, zależy mi na tobie...

Opisz problem w kategoriach zachowania:

W ostatnim miesiącu opuściłaś 10 dni i nie masz usprawiedliwienia, nie byłaś na kilku ważnych sprawdzianach, otrzymałaś pięć jedynek z polskiego...

Wczoraj przyszłaś do szkoły pod wpływem alkoholu, odezwałaś się wulgarnie do nauczycielki, która zwróciła ci uwagę...

Poinformuj o konsekwencjach, które uczeń może ponieść, jeżeli nie zmieni swojego zachowania (możesz się powołać na regulamin szkolny).

Jesteś zagrożona z pięciu przedmiotów...

Komunikat wspierający

Skuteczność konfrontacji wzrasta, jeżeli osoba konfrontowana otrzyma odpowiednie wsparcie. Ważne jest zachowanie pewnych proporcji. Im trudniejsza jest konfrontacja, tym więcej potrzeba wsparcia.

Komunikat wspierający może przybrać różne formy:

Odzwierciedlenie uczuć nadawcy. Jest to wyczuwanie i rozpoznawanie stanów emocjonalnych, w jakich znajduje się nasz rozmówca i mówienie mu o nich.

Celem odzwierciedlenia uczuć nadawcy jest:

- uświadomienie mówiącemu, emocji, które przeżywa;
- pokazanie, że rozumiemy, co nadawca odczuwa.

Informacje o emocjach mówiącego odczytujemy z:

- używanych przez niego słów opisujących emocje: zły, smutny, wesoły, szczęśliwy itp.;
- wskazówek pozawerbalnych: wyraz twarzy, ton głosu, ruchy rąk, itp.;
- kontekstu, w jakim odbywa się rozmowa;
- wczucie się w sytuację rozmówcy, empatia.

Odzwierciedlamy poprzez formułowanie zwrotów służących charakterystyce stanu emocjonalnego mówiącego, np.:

Widzę, że jesteś zniechęcona, nie wierzysz, że ci się uda...

Słyszę żal w twoim głosie, mam wrażenie, że czujesz się niesprawiedliwie potraktowana...

Wyobrażam sobie, że ta rozmowa jest dla ciebie bardzo trudna...

Okazanie wiary w możliwości drugiej osoby, odwołanie się do mocnych stron, danie nadziei:

Wierzę, że sobie poradzisz...

Kiedy zależało ci na zaliczeniu, uczyłaś się solidnie i dobrze napisałaś sprawdzian...

Zaoferowanie pomocy:

Zastanówmy się razem, co można zrobić...

Chciałam ci powiedzieć o miejscu, w którym jest możliwa pomoc...

Czy chciałabyś, żebym porozmawiała z nauczycielem...

POSTĘPOWANIE BUDUJĄCE MOTYWACJĘ DO ZMIANY W OPARCIU O CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE, PODEJŚCIE INTERDYSCYPLINARNE

Powszechnie wiadomo, że motywacja własna do podjęcia zmiany zachowania, a w tym przypadku zaprzestania zażywania substancji psychoaktywnych przez młodą osobę jest rzadkością. Jeszcze trudniej zmotywować osobę do pracy nad sobą, swoimi deficytami.

Najczęściej ta motywacja jest budowana przy użyciu czynników zewnętrznych, którą określa się mianem motywacji zewnętrznej.

Idea tego rodzaju pracy z młodą osobą polega na tym, że dążymy do „osaczenia” adolescenta. Buduje się strukturę wokół młodej osoby, coś na wzór powłoki ozonowej otaczającej ziemię. Postępowanie trwa do momentu, kiedy młody człowiek stwierdzi „no już dobrze pójdę do tego terapeuty tylko dajcie mi już święty spokój”. Z doświadczeń wynika, że działa to w 80% tyle, że każdy adolescent ma inny próg wrażliwości na jakość i ilość czynników zewnętrznych.

Na początku tego rodzaju postępowania nie zajmujemy się samym adolescentem, ale poszukujemy i dalej delegujemy dorosłego zaangażowanego w sprawy adolescenta. Najlepiej jest, kiedy jest to jeden z rodziców, a jeszcze lepiej, kiedy są oboje. Jednak z doświadczenia wiadomo, że tak się zdarza niezwykle rzadko. Jeżeli rodzic z różnych powodów nie może być tą osobą, bo np. dziecko jest z domu dziecka, albo rodzic ma własne trudności i nie jest w tym momencie swojego życia, tej sytuacji sprostać, to szukamy innej osoby. W praktyce jest to często osoba z najbliższej rodziny lub pedagog szkolny, wychowawca czy kurator sądowy. Jednak kryterium wyboru tej osoby nie wynika z wykonywanego zawodu, a gotowości i determinacji danej osoby do bezinteresownego zaangażowania się na rzecz młodego człowieka. W pracy z rodzicami dzieci używających substancji psychoaktywnych ważne jest stwierdzenie kierowane do rodziców „jeżeli chcesz pomóc swojemu dziecku to zacznij od siebie”. Niestety, nie zawsze jest to dobrze rozumiane i najczęstszą reakcją z jaką się można spotkać jest odpowiedź „jak to, to on zażywa, a ja mam do pana przychodzić”. Jednak rodzice szybko zaczynają rozumieć i zaczynają dopuszczać fakt, że nie muszą się na wszystkim znać. Mają prawo do popełniania błędów, a narkotyków się po prostu obawiać.

Wracając do proponowanej metody. Praca z rodzicem lub innym dorosłym rozpoczyna się od przekonania go co do słuszności użycia proponowanego postępowania. Dalej przygotowuje i wyposaża się go w wiedzę, ale przede wszystkim w umiejętności niezbędne do konsekwentnej realizacji całego procesu. Rodzic lub inny dorosły staje się koordynatorem całego postępowania. Rolą terapeuty jest natomiast przez cały czas towarzyszyć dorosłej osobie wspierając ją i motywując do dalszego działania.

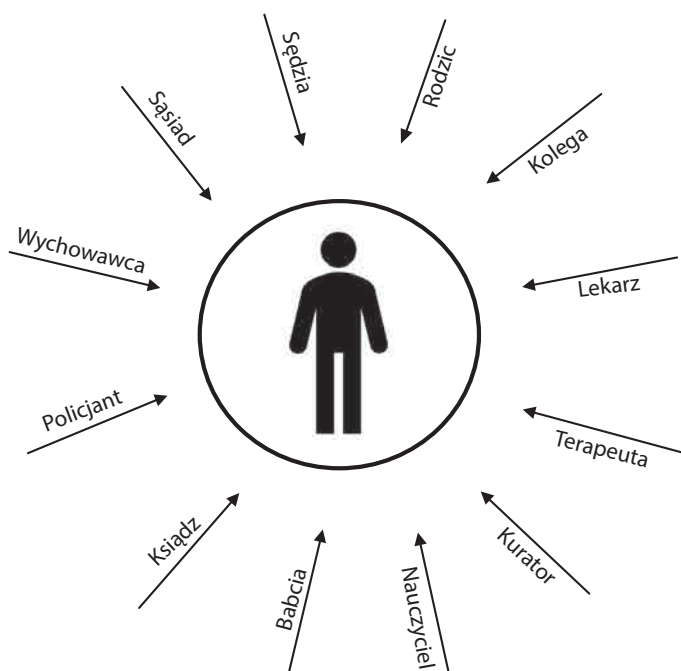
Czynniki budowania motywacji zewnętrznej to różnego rodzaju komunikaty werbalne i niewerbalne kierowane do adolescenta zażywającego substancje, a wyrażające konsekwentnie to samo stanowisko – brak zgody na zażywanie substancji psychoaktywnych.

Rodzice komunikują, że nie akceptują faktu używania przez dziecko substancji. Wprowadzają różnego rodzaju ograniczenia w oparciu o opracowaną wcześniej listę rzeczy ważnych dla dziecka, np. ograniczenia w korzystaniu z internetu, czy to, co jest w takiej sytuacji standardem, czyli całkowite ograniczenie w przekazywaniu jakichkolwiek pieniędzy dziecku. Gdy dziecko potrzebuje biletu na autobus należy ten bilet kupić samemu lub, gdy potrzebuje zakupić materiały do szkoły trzeba samemu te artykuły zakupić. Jest to uciążliwe, ale możliwe do realizacji.

Drugim zadaniem rodzica lub innego dorosłego jest wciąganie innych dorosłych i instytucji do pracy na rzecz takiego postępowania wobec

dziecka, zgodnie z koncepcją postępowania interdyscyplinarnego. Prosimy inne osoby z rodziny, by postępowały podobnie. Niestety, często ten fakt rodzice ukrywają przed częścią rodziny, nawet w sytuacji kiedy dziecko jest od 6 miesięcy na terapii stacjonarnej w Ośrodku. Ich rodzice, czyli dziadkowie dziecka, myślą bo mają taką informację, że ich wnuk czy wnuczka są w szkole z internatem. Jeżeli nie ma obiektywnych i bardzo ważnych powodów, by utrzymywać to w tajemnicy należy wciągać w to postępowanie wszystkie możliwe osoby, czyli mówić prawdę dziadkom i innym osobom z rodziny, znajomym itp. Jest to często trudne, ale niezbędne, by było skuteczne. Tu pojawia się kolejny obszar uzasadniający pracę z rodzicami. W konsekwencji chodzi o to, by dziecko z jak największej ilości źródeł otrzymywało ten sam komunikat – nie ma zgody na zażywanie przez ciebie substancji psychoaktywnych.

Te źródła to osoby i instytucje przekazują komunikaty werbalne i pozawerbalne w kierunku dziecka zgodnie i w obszarze swojej wrażliwości, kompetencji i obowiązku. Mogą to być: koledzy, dziewczyna lub chłopak; sąsiad lub sąsiadka; szkoła: nauczyciele, wychowawca, pedagog, dyrektor; lekarz; terapeuta, psycholog; ksiądz; wydział spraw nieletnich policji, dzielnicowy; sąd, kurator sądowy; pomoc społeczna i jej pracownicy oraz wszystkie inne osoby.



INTERWENCJE I POSTĘPOWANIE W OPARCIU O OBOWIĄZUJĄCE PRAWO

Artykuł 5 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii określa precyzyjnie na kim spoczywają zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Policja jest jednym z wymienionych, ale też nie jedyną instytucją do tych zadań wyznaczoną. Dlatego należy zadbać o właściwy podział ról i obowiązków pomiędzy różnymi podmiotami zajmującymi się tym zagadnieniem.

Nieznamość prawa wśród młodzieży i dorosłej części społeczeństwa jest tak znacząca, że warto skupić działania policji też na aspekcie edukacyjnym. Rola policji w profilaktyce uzależnień powinna dotyczyć przekazywania treści przepisów prawa, inicjowania i współdziałania w zakresie lokalnych programów profilaktycznych. Za profilaktykę uzależnień w szkołach, edukację dzieci i młodzieży w tym zakresie odpowiada MEN. Zgodnie ze strategią w zakresie przeciwdziałania narkomanii i innych uzależnień, policjanci mają prowadzić działalność edukacyjno-informacyjną skierowaną przede wszystkim do władz samorządowych, dyrektorów i pedagogów placówek oświatowo-wychowawczych, jak również rodziców i opiekunów. W celu redukcji zagrożenia uzależnieniem Wydział Prewencji Kryminalnej Biura Służby Prewencji i Ruchu Drogowego KGP zaleca następujące działania:

- Wypracowanie porozumień i prowadzenie ścisłej współpracy z dyrekcjami szkół i kuratorami oświaty w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom;
- Prowadzenie spotkań z pedagogami oraz rodzicami informujących o skali zagrożenia, metodach działań dealerów, obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa;
- Przekazywanie młodzieży wiedzy z zakresu obowiązującego prawa, a w tym Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz wiktymologii, a nie o rodzajach narkotyków, sposobach ich zażywania i objawów po zażyciu, gdyż wzmaga to tylko zainteresowanie młodzieży narkotykami;
- Wypracowanie wspólnie z pedagogami zasady niegodzenia się na handel narkotykami w „mojej” szkole;
- Wypracowanie i wprowadzenie do szkół modelu postępowania w przypadkach ujawnienia narkotyku na terenie szkoły, (omówić przepisy kodeksu postępowania karnego, kodeksu postępowania cywilnego i uUstawy o postępowaniu w sprawach nieletnich) oraz wskazywanie placówek i instytucji, do których można zgłosić się celem uzyskania pomocy i porady; natychmiastowe reagowanie na wszelkie sygnały pochodzące ze szkół;

- Upowszechnienie numerów policyjnych telefonów zaufania, pod które można anonimowo kierować informacje o przestępstwach narkotykowych.

Działania policji w zakresie przeciwdziałania narkomanii i innych uzależnień powinny koncentrować się na:

- Eliminowaniu działań przestępczych dotyczących narkomanii;
- Ograniczeniu dostępności legalnych środków uzależniających;
- Prowadzić edukację dzieci i młodzieży oraz dorosłej części społeczeństwa w zakresie obowiązujących przepisów prawa;
- Tworzenia międzyinstytucjonalnych i lokalnych działań ukierunkowanych na poprawę bezpieczeństwa.

Promowanie zdrowego stylu życia i udowadnianie negatywnego działania narkotyków i alkoholu na organizm ludzki, należy pozostawić innym podmiotom, odpowiedzialnym za to zagadnienie i przygotowanym do tego pod względem metodycznym i merytorycznym.

Jednak co w przypadku ujawnienia narkotyków na terenie szkoły lub innej placówki?. Co w sytuacji zatrzymania osoby rozprowadzającej narkotyki?. Poniżej propozycja algorytmu postępowania w takich sytuacjach.

Podjęając czynności w wymienionych sytuacjach musimy pamiętać o obowiązujących przepisach prawnych dotyczących powyższych zachowań. To pozwoli skutecznie interweniować nie narażając się jednocześnie na odpowiedzialność karną, czy też dyscyplinarną.

Dlatego bardzo ważne jest, by znać swoje prawa w świetle obowiązujących przepisów.

1. Mamy prawo zatrzymać każdą osobę na gorącym uczynku przestępstwa i przekazać ją policji.
2. Nie dajmy się zastraszyć, że zostaniemy oskarżeni przez sprawcę czy też jego opiekunów o nielegalne pozbawienie wolności lub jej ograniczenie. Pojawiające się na ten temat informacje w prasie, radiu lub telewizji, a często w postaci poczty pantoflowej, to mity i celowa dezinformacja.
3. To samo dotyczy prawa do zatrzymania i zabezpieczenia przedmiotu przestępstwa, aby nie uległ on zniszczeniu, zniekształceniu lub usunięciu. Jeżeli więc, np. widzieliśmy, że dana osoba odrzuca woreczek z narkotykiem lub inną rzecz mogącą stanowić ewentualny dowód w sprawie musimy ją zabezpieczyć, najlepiej w sposób, aby nie uległy zatarciu, m.in. linie papilarne. Jak wyżej, konieczne jest niezwłoczne powiadomienie policji. Nie należy interpretować tego jako przyzwolenie na przeszukanie, które jest czynnością procesową i mogą wykonywać je tylko uprawnione organy, a szkoły i inne placówki do nich się nie zaliczają.

4. Największym sprzymierzeńcem dealerów i osób, które mają styczność z narkotykami jest anonimowość, dlatego więc starajmy się zidentyfikować każdą osobę, która porusza się po budynku szkolnym lub innej instytucji wychowawczej. Szczególnie zwracajmy uwagę na charakter jej pobytu, cel i sposób zachowania. W przypadku jakiegokolwiek wątpliwości, należy domagać się, aby jak najszybciej opuściła dane miejsce. Można też powiadomić, np. Straż Miejską, aby wylegitymowała i ustaliła jej dane osobowe. To samo dotyczy sytuacji przed tymi budynkami na przykład boiska szkolnego czy terenu rekreacyjnego.
5. Kolejny problem dotyczy ewentualnych badań moczu lub śliny na zawartość w nim zabronionych substancji psychoaktywnych. W niektórych szkołach (przeważnie prywatnych) w uzgodnieniu z rodzicami wprowadzono taki wymóg i uczeń w uzasadnionych sytuacjach jest zobowiązany do poddania się badaniom. Jest to metoda dość skuteczna, chociaż powstało już wiele metod przekłamywania wyniku testów. Tego typu rozwiązania sprawdzają się raczej w małych i zamkniętych placówkach, a powszechne jej zastosowanie nie jest możliwe do realizacji. Inną trudnością i ograniczeniem jest – kto ten test na terenie placówki ma wykonać? Dlatego należy ją polecać przede wszystkim rodzicom, jeżeli mają jakieś podejrzenia. To może skutecznie odstraszać nawet od podejmowania ewentualnych prób zażycia narkotyku. Możemy tym sposobem wykrywać najważniejsze rodzaje narkotyków, takie jak amfetaminę i metamfetaminę, extasy, heroinę, morfinę oraz metadon (opiaty), kokainę, THC (marihuanę, haszysz), leki benzodiazepiny i barbiturany. Istnieją testy pojedyncze, czyli test do badania na jedną substancję oraz wieloparametrowe, czyli test do badania na kilka substancji.

Wykrywanie substancji psychoaktywnych w organizmie człowieka poprzez badanie moczu

W jakim czasie od zażycia substancji można poprzez badanie moczu ustalić, czy dana substancja była zażywana przez badaną osobę? Jednak trzeba pamiętać, że dane nie są jednoznaczne, ponieważ na rynku dostępne są różne testy, ludzie zażywają różne dawki i mają różny metabolizm. Przeciwnie jednak możemy przyjąć, że:

- heroina (opiaty): do około 24–72 godzin po zażyciu;
- kokaina: do około 24–60 godzin po zażyciu;
- amfetamina: do około 48–72 godzin po zażyciu;
- THC (marihuana): do 14 dni, a w sytuacji ciągłego zażywania nawet do 30 dni.

Testy na obecność narkotyków w moczu są miarodajne. Należy wykonać je kilkakrotnie celem potwierdzenia. Wówczas nie ma potrzeby robienia testów badających krew. Natomiast testy na obecność narkotyków we włosach wykonywane są w Polsce tylko w medycynie sądowej.

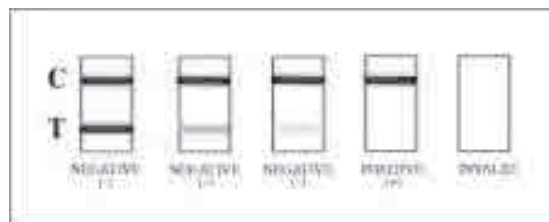
Postępowanie przy wykonywaniu testu do badania moczu na obecność substancji

1. Wyciągnąć urządzenie testowe z opakowania ochronnego, badanie należy wykonać w temperaturze pokojowej.
2. Ściągnąć wieczko ochronne z pasek testowych.
3. Zanurzyć pasek testowy w próbce moczu i obserwować różowy kolor migrujący wzdłuż okienka „wynik”, około 30 sekund. Nie dopuścić, aby próbka moczu dotknęła plastikowej części urządzenia testującego.
4. Wyciągnąć pasek testowy z próbki moczu i położyć na płaskiej powierzchni.
5. Odczytać wynik od 2 do 5 minut od wykonania. Po tym czasie może już dochodzić do zafałszowania wyników.

Interpretacja wyniku

- **Negatywny:** Dwie kolorowe linie pojawiają się niezależnie w okienku „wynik”. Oznacza to, że w próbce moczu nie została przekroczona wartość progowa narkotyku. Kolorowe linie mogą pojawiać się w różnych odcieniach.
- **Pozytywny:** Tylko jedna kolorowa linia pojawia się w miejscu kontrolnym (C). Linia testowa nie pojawia się w miejscu testowym (T). Wynik pozytywny powinien zostać potwierdzony przez badanie laboratoryjne, do którego wystarczająca jest próbka moczu.
- **Błędny:** W okienku „wynik” nie pojawia się żadna linia, test jest nieważny. Nieprawidłowa procedura badania może spowodować zafałszowanie wyniku.

Podsumowując **jedna linia na czystym białym tle oznacza wynik pozytywny**, dwie linie, również bardzo wyblakłe, wynik negatywny.



Również stosuje się testy na obecność poszczególnych narkotyków w ślinie. Z przyczyn oczywistych stosuje je policja, szczególnie badając stan kierowców. Pomijając kwestie natury obyczajowej i technicznej w postaci pobierania moczu, w tych testach praktycznie nie ma możliwości fałszowania wyników testów poprzez podmianę moczu czy też zażywania odpowiednich substancji zmieniających metabolizm oraz przyspieszających wyplukiwanie narkotyku z organizmu. Tego rodzaju badania są proste, a niestety, wyniki nie są zawsze wystarczająco wiarygodne. Instrukcja obsługi, sposób przeprowadzenia badania, jest dołączona do każdego opakowania testu na ślinę. Oczywiście, wyniki tych testów mają wartość jedynie informacyjną i nie mogą stanowić dowodu procesowego.

SĄDOWY PRZYMUS LECZENIA Z POWODU UZALEŻNIENIA OSÓB NIEPEŁNOLETNICH

W sytuacji kiedy młoda osoba jest ewidentnie uzależniona od substancji psychoaktywnych i nie wyraża zgody na leczenie, istnieje możliwość zastosowanie wobec niej procedury prawnej. Takie postępowanie reguluje Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii.

Artykuł 30 Ustawy określa:

1. Na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu, sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację.

2. Czasu przymusowego leczenia i rehabilitacji nie określa się z góry, nie może on być jednak dłuższy niż 2 lata.

3. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat, przed zakończeniem przymusowego leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia lub rehabilitacji, łącznie nie dłuższy jednak niż 2 lata.

4. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1, toczy się według przepisów o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Część jednak osób nieletnich, a uzależnionych od substancji psychoaktywnych, nie trafia na terapię tylko, najczęściej z powodu zaawansowanej demoralizacji lub popełnienia czynu karalnego, do zakładów poprawczych lub placówek resocjalizacyjno-wychowawczych.

W takiej sytuacji postępowanie określa rozporządzenie ministra sprawiedliwości z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków

i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Na podstawie art. 29 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii zarządza się, co następuje:

§ 1 Rozporządzenia.

1. Leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych prowadzi się w oddzielnych zakładach poprawczych resocjalizacyjno-terapeutycznych, zwanych dalej „zakładami resocjalizacyjno-terapeutycznymi”.

2. Leczenie, o którym mowa w ust. 1, nie obejmuje detoksykacji, leczenia substytucyjnego oraz postępowania wymagającego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej.

3. Placówki udzielające pomocy dla dzieci i młodzieży używających substancje psychoaktywne oraz ich rodzin

Obecnie w Polsce znajdują się około 30 stacjonarnych placówek leczenia lub terapii i wychowania dla dzieci i młodzieży z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Natomiast Ośrodków Podwójnej Diagnozy dla dzieci i młodzieży w całym kraju znajdują się tylko dwa. Jeden to Oddział Podwójnej Diagnozy prowadzony przez Mazowiecki Szpital w Garwolinie, a drugi to Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku działający w strukturach Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz k. Warszawy.

Placówki udzielające profesjonalnej pomocy dla dzieci i młodzieży używających substancje psychoaktywne.

1. Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży,
ul. Kochanowskiego 27/29, 05-400 Otwock. Tel. 22 7792012, 22 468 26 60
2. Ośrodek Rehabilitacji i Terapii Psychiatrycznej dla Osób z Podwójną Diagnozą
Al. Legionów 11, 08-400 Garwolin, Tel. 25 6843213
3. Poradnia Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży
ul. Dzielna 7, 01-154 Warszawa. Tel. 22 468 25 47
4. Młodzieżowa Poradnia Profilaktyki i Terapii „POZA ILUZJĄ”
ul. Dąbrowskiego 75 A, 02-586, Warszawa. Tel. 22 844-94-61

5. Ośrodek Rozwoju Rodziny dla Rodzin i Młodzieży
Warszawa. Tel. 692409197
6. Fundacja Konstruktynego Rozwoju
ul. Czaplickiego 7, 05-400 Otwock. Tel. (22) 779 70 98
7. Powiślańska Fundacja Społeczna
ul. Mokotowska 55, 00-001 Warszawa. Tel. 22 625 77 82
8. Poradnia Profilaktyki Społecznej
ul. Dunikowskiego 4, 00-001 Warszawa. Tel. 22 644 95 15

Literatura

- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Badura-Madej, W. (1996). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej: poradnik dla pracowników socjalnych*. Wydawca Interart.
- Bardziejewska, M., Brzezińska, A., Hermanowski, Sz. (2004). *Osiągnięcia i zagrożenia dla rozwoju młodzieży w okresie dorastania*. (w:) *Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy*. A. Brzezińska, E. Hornowska (red.), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., Epstein, R. M. *The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry*. "Annals of Family Medicine" 2004, vol. 2.
- CBOS, (1994). *Młodzież a używki*.
- CBOS, (1996). *Postawy młodzieży wobec kontaktów seksualnych*.
- Cekiera, Cz. (1985). *Toksykomania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cekiera, Cz. (1993). *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Chmielewska, K., Baran, H. (2006). *Zaburzenia Psychiczne i Zaburzenia Zachowania Spowodowane Przyjmowaniem Substancji Psychoaktywnych*. Warszawa: Stowarzyszenie Profesjonalistów Psychoterapii i Psychoedukacji „Wspólna”.
- Chmielewska, K., Baran-Furga, M. (1998). *Zaburzenia Psychiczne*. Warszawa: CPR.
- Dimoff, T., Carper, S. (1994). *Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki*. Warszawa: Elma Books.
- Gaś, Z.B. (1997). *Profilaktyka w szkole*. (w:) *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, Warszawa: CMPPP.
- Gaś, Z.B. (1998). *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Hawkins, J.D., Graham, J., Maguin, E., Abbot, R., Hill, K., Catalano, R. *Exploring the Effects of Age of Alcohol Use Initiation and Psychological Risk Factors on Subsequent Alcohol Misuse*, „Journal of Studies on Alcohol” 1997, May.
- Jabłoński, P., Bukowska, B., Czabała, C. (red.) (2012). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Koczurowska, J. *Psychoterapia dzieci i młodzieży*, za: Brounstein i Zweig (1999); Centre for Addiction and Mental Health (1999); National Institute on Drug Abuse (2003); Hogan (2000). Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Kazdin, A. *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*. „Nowiny Psychologiczne” 1996, nr 2.
- Kazdin, A., Weisz, J. (red.), (2006). *Psychoterapia Dzieci i Młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Koczurowska, J. (1998). *Co zrobić aby dzieci nie sięgały po narkotyki*. Warszawa: Morlang.

- Kooyman, M. (2002). *Spółeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Bliskość, rola rodziców i skuteczność terapii*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Latka, A., Gąsiorowski, W. (1997). *Narkotyki – Podstawowe rodzaje i opis*. Warszawa: Stowarzyszenie „KARAN”.
- McGraw, J. *Samotność: głód bliskości sensu*. „Zdrowie Psychiczne” 1995, nr 1–2.
- Mejer-Zahorowski, O. (1996). *Narkomani*. Warszawa: Phare.
- Mellibruda, J. *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia i program terapii*. „Świat Problemów” 1997, nr 11.
- Michalczyk, Z. (2009). *Program Psychoterapii Rozwojowej Adolescentów z Podwójną Diagnozą*. Otwock.
- Michalczyk, Z. (2010). *Program Terapii Dzieci i Młodzieży Uzależnionych od Alkoholu i Osób Współuzależnionych*. Otwock.
- Miller, P. M. (red.), (2013). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C., Rychtarik, R. (1995). *Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień, cz. II*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Miller, W. R. (2009). *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mojtabai, R., Zivin, J.G. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Four Treatment Modalities for Substance Disorders. „A Propensity Score Analysis”* 2003.
- Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A. (2007). *Profilaktyka i wczesna interwencja. (w:) Zapobieganie narkomanii w gminie : zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. (red.) A. Hejda, K. Okulicz-Kozaryn*. Warszawa: Kraj. Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Oleszkowicz, A. (1995). *Kryzys młodzieńczy – istota i przebieg*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Ostaszewski, K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo SCHOLAR.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Robson, P. (1997). *Narkotyki*. Kraków: WMP.
- Rogała-Obłękowska, J. (1999). *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.
- Rogała-Obłękowską, J. (1999). *Młodzież i Narkotyki*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.

- Rogala-Obłękowska, J. (2002). *Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.
- Rylke, H. (1999). *Pokolenie zmian – czego boją się dorośli*. Warszawa: WSiP.
- Schuckit, M. *Teoria nadużywania alkoholu i narkotyków. Podejście genetyczne*. „Nowiny Psychologiczne” 1995, nr 2.
- „Serwis Informacyjny Narkomania” – Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1996, nr 5.
- Sierosławski, J. *Wzory używania narkotyków wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie*. „Alkoholizm i Narkomania” 1996, 4(25).
- Sierosławski, J. (2011). *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania*. Szczecin: KBPN.
- Sierosławski, J. (2015). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną – Raport z ogólnopolskich badań ankietowych realizowanych w 2015 roku*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii; Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD, badania przeprowadzone w 2015 roku w Polsce.
- Strona internetowa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – www.kbpn.gov.pl.
- Strona internetowa Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – www.parpa.pl
- Szymańska, J., Zamecka, J. (2002). *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki*, (w:) *Profilaktyka w środowisku lokalnym*. Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Thille, Z., Zgierski L. (1976). *Toksykomanie – zagadnienia społeczne i kliniczne*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku.
- Wanat, W. (2006). *Narkotyki i Narkomania odłot donikąd*. Warszawa: Wydawnictwo ISKRY.
- Wąsij, J., Staniaszek, M. (red.), (1993). *Narkomania w Polsce A.D. 1990*. (w:) *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Weinberg, N., Rahdert, E., Colliver, J., Glantz, M. *Adolescent Substance Abuse: A Review of the Past 10 Years*, „Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry” 1998, March.
- Wojciechowski, M. (1993). *Psychologia Narkomanii*. Warszawa: Laboratorium Psychologii Stosowanej.
- Wojciechowski, M. *Mechanizmy Uzależnień od Narkotyków*. „Nowiny Psychologiczne” 1994, nr 3.
- Vogler, R. E., Bartz, W. R. (1999). *Nastolatki i alkohol*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.



ISBN 978-83-944813-1-5