



Zbigniew Michalczyk

ZAŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W OKRESIE DORASTANIA

Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem
zażywającym substancje psychoaktywne

Wydanie II



Zażywanie substancji psychoaktywnych
w okresie dorastania

Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem zażywającym
substancje psychoaktywne

Warszawa 2018
Autor: **Zbigniew Michalczyk**

Wydanie drugie uzupełnione

Wydanie sfinansowane przez
Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej

Wydawca:
Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej



Adres:
ul. Nowogrodzka 62a
02-002 Warszawa
tel. 22 622 42 32
www.mcps.com.pl

Publikacja przeznaczona jest do bezpłatnej dystrybucji

Skład, druk i oprawa
SINDRUK Opole

ISBN: 978-83-63332-69-3

Zbigniew Michalczyk

Zażywanie substancji
psychoaktywnych w okresie
dorastania

Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem
zażywającym substancje psychoaktywne

Spis treści:

Wstęp	7
Część I	
Uzależnienie – standardy medyczne i podstawy prawne obowiązujące w Polsce.....	9
Rozdział 1. Podstawowe informacje na temat uzależnień.	11
Rozdział 2. Model biopsychospołeczny	17
Rozdział 3. Proces rozwoju uzależnienia ze względu na jego zaawansowanie	25
Rozdział 4. Klasyfikacja ICD-10, międzynarodowy system diagnozy nozologicznej	31
Rozdział 5. Uregulowania prawne dotyczące uzależnień obowiązujące w Polsce	39
Część II.	
Rozwój dziecka, a specyfika uzależnień okresu rozwojowego.....	47
Rozdział 6. Teorie i koncepcje rozwojowe	49
Rozdział 7. Specyfika uzależnień okresu rozwojowego	69
Rozdział 8. Powody, dla których młodzież sięga po substancje psychoaktywne	85
Rozdział 9. Proces rozwoju uzależnienia młodzieży ze względu na jego stopień zaawansowania	97
Część III.	
Substancje psychoaktywne zażywane przez dzieci i młodzież.	101
Rozdział 10. Podział substancji psychoaktywnych	103
Rozdział 11. Badania metodologią ESPAD	107
Rozdział 12. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku	117

Część IV.

Strategie postępowania w sytuacji używania substancji uzależniających przez młodzież	123
Rozdział 13. Profilaktyka uzależnień	125
Rozdział 14. Szkolny Program Profilaktyki	135
Rozdział 15. Strategie rozpoznawania używania przez młodzież substancji psychoaktywnych	139
Rozdział 16. Strategie interwencyjne	153
Rozdział 17. Przykłady rozmów z dzieckiem i jego rodzicami.....	165
Rozdział 18. Postępowanie budujące motywację do zmiany w oparciu o czynniki zewnętrzne, podejście interdyscyplinarne	179
Rozdział 19. Rozmowa diagnostyczno-motywuująca w oparciu o model biopsychospołeczny	183
Rozdział 20. Interwencje budujące motywację do zmiany zachowania	189
Rozdział 21. Interwencje i postępowanie w oparciu obowiązujące prawo	193

Część V.

System pomocy dla dzieci i młodzieży używającej substancje psychoaktywne w Polsce.....	199
Rozdział 22. Systemy leczenia uzależnień w Polsce	201
Rozdział 23. Podwójna diagnoza	221
Rozdział 24. Kadra psychoterapii i profilaktyki uzależnień oraz placówki pomocowe	227
Literatura:	245
Załączniki:	251

Wstęp.

Podstawowym celem zebranego i przedstawionego poniżej materiału jest podjęcie próby udzielenia odpowiedzi w zakresie jak zrozumieć i skutecznie pomóc rodzinie z dzieckiem używającym substancje psychoaktywne. Można tego dokonać poprzez wskazanie obszarów ważnych ze względu na zagrożenia wynikające z używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież oraz ich uporządkowanie. Książka składa się z pięciu części.

Część I. Uzależnienie – standardy medyczne i podstawy prawne obowiązujące w Polsce zawiera podstawowe informacje na temat uzależnień, prezentuje model biopsychospołeczny, proces rozwoju uzależnienia ze względu na jego zaawansowanie, Klasyfikację ICD-10, międzynarodowy system diagnozy nozologicznej oraz uregulowania prawne dotyczące uzależnień obowiązujące w Polsce.

Część II. Rozwój dziecka, a specyfika uzależnień okresu dorastania zawiera teorie i koncepcje rozwojowe, opis specyfiki uzależnień okresu rozwojowego z czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi oraz proces rozwoju uzależnienia młodzieży ze względu na jego stopień zaawansowania.

Część III. Substancje psychoaktywne zażywane przez dzieci i młodzież prezentuje podział substancji psychoaktywnych i ich działanie na organizm ludzki. Badania metodologią ESPAD oraz badania i statystyki przyjmowanych substancji psychoaktywnych przez pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku.

Część IV. Strategie postępowania w sytuacji używania substancji psychoaktywnych przez młodzież zawiera rozdziały dotyczące profilaktyki uzależnień, a w tym Szkolny Program Profilaktyki oraz zbiór różnych postępowania wobec dzieci i młodzieży używającej substancje psychoaktywne.

Część V. System pomocy dla dzieci i młodzieży używającej substancje psychoaktywne w Polsce prezentuje systemy leczenia uzależnień w Polsce opis problemu podwójnej diagnozy oraz proces szkoleń kadry psychoterapeutów i profilaktyków uzależnień.



Publikacja jest kierowana do wszystkich osób zajmujących się zawodowo szeroko rozumianą pomocą kierowaną do rodzin, dzieci i młodzieży. Środowiska pomocy społecznej, oświaty, służby zdrowia, sądownictwa i policji, organizacji pozarządowych oraz wszystkich rodziców.

Materiał przedstawiony w książce jest oparty na opracowaniach i publikacjach z tej dziedziny, badaniach empirycznych, aktach prawnych oraz doświadczeniach zawodowych autora, w dwóch głównych obszarach. Pierwszy to dotychczasowe, ponad dwudziestoletnie doświadczenie w pracy terapeutycznej i profilaktycznej z adolescentami używającymi substancje psychoaktywne i ich rodzinami, a drugi to prowadzona od wielu lat działalność dydaktyczna i szkoleniowa realizowana dla różnych środowisk pomocowych i zespołów terapeutycznych.

Część I.

Uzależnienie – standardy medyczne i podstawy prawne obowiązujące w Polsce.

W tej części znajdują się podstawowe informacje na temat uzależnień. Przedstawiony został również rekomendowany przez Światową Organizację Zdrowia Model Biopsychospołeczny wyjaśniający rozwój uzależnienia jako choroby wieloczynnikowej. Podane zostały przykłady określania procesu rozwoju uzależnienia ze względu na jego stopień zaawansowania w czterostopniowej skali. Zaprezentowana została międzynarodowa klasyfikację chorób i przyczyn zgonów ICD-10 obowiązująca w Polsce, która wyznacza oraz precyzyjnie określa kryteria uzależnienia i używania szkodliwego substancji psychoaktywnych. Na zakończenie tej części zaprezentowane zostały główne Ustawy regulujące problem uzależnień w naszym kraju. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.



Rozdział 1.

Podstawowe informacje na temat uzależnień.

Termin, słowo uzależnienie nie jest zapewne nikomu zupełnie obce. Nawet jeżeli trudności tego rodzaju nie dotyczą nas czy naszej rodziny osobiście, to i tak w naszym środowisku zawodowym czy w miejscu zamieszkania wśród znajomych stykamy się z trudnościami z obszaru zażywania różnych substancji uzależniających. Niemal codziennie internet, radio, telewizja i prasa donoszą o nowych nałogach, narkotykach i ludziach uzależnionych. Dowiadujemy się o znanych osobach, które zmarły w wyniku nadużywania substancji uzależniających czy osobach prowadzących samochód będących pod wpływem alkoholu lub też coraz częściej pod wpływem narkotyków. Słyszymy o przestępczości i przemocy związanej z używaniem substancji uzależniających oraz dzieciach będących pod wpływem różnych substancji psychoaktywnych.

Probleмами związanymi z zażywaniem środków psychoaktywnych zajmują się politycy i socjologowie, bo jest to problem społeczny. Zajmują się tym tematem psychologowie, terapeuci, pedagodzy, bo przecież z uzależnieniem wiążą się problemy jednostki, jej rozwojowe i dalej osobowościowe uwarunkowania.

Substancjami uzależniającymi zajmuje się wymiar sprawiedliwości i organa ścigania bo część z nich jest nielegalna, a te też legalne często prowadzą do łamania prawa i nadużyć wobec innych ludzi. Tym jak wpływają na organizm ludzki interesują się neurofizjologowie, farmaceuci, lekarze bo jest to problem medyczny.

Uzależnienie jest chorobą wieloaspektową, biopsychospołeczną, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych lub substancji psychotropowych i środków odurzających to zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okre-

sowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem.

W 1969 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała definicję uzależnienia, która brzmi następująco „Uzależnienie lekowe jest to psychiczny, a niekiedy fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem, a lekiem, charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania leku w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jego wpływu na psychikę, a niekiedy, aby uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi leku. Tolerancja może wystąpić, ale nie musi. Osoba może być uzależniona od więcej niż jednej substancji”.

Pod pojęciem leku rozumie się każdą substancję psychoaktywną przyjmowaną w celu uzyskania określonego efektu psychicznego.

Światowa Organizacja Zdrowia wyodrębniła dziesięć cech, które opisują zjawisko uzależnienia.

1. Wzrost tolerancji na dany środek.

Dłuższy czas przyjmowania określonej substancji odurzającej, powoduje przyzwyczajenie się organizmu do jego działania, zatem by uzyskać podobne działanie substancji uzależniającej jak na początku trzeba zwiększać dawki.

2. Pojawienie się objawów abstynencyjnych.

Zespół abstynencyjny jest wynikiem uzależnienia fizycznego od określonej substancji psychoaktywnej. Odstawienie substancji może powodować przykre w skutkach objawy somatyczne.

3. Branie w celu odsunięcia objawów abstynencyjnych lub z obawy przed nimi.

Zażywanie substancji uzależniającej przez dłuższy czas powoduje, że kolejne przyjmowane dawki mają na celu przywrócić uzależnionemu normalne funkcjonowanie oraz zapobiec ewentualnym przykrym doznaniom związanym z pojawieniem się zespołu abstynencyjnego.

4. Utrata kontroli nad ilością, częstotliwością i dawkami substancji.

W tej sytuacji chodzi o „ciągi”, czyli o dłuższe okresy czasu, gdzie uzależniony przyjmuje non stop substancję uzależniającą (ciągi alkoholowe lub narkotykowe).

5. Odczuwanie silnej potrzeby, by powrócić do stanu, w jakim znajdowało się będąc pod wpływem substancji uzależniającej.

W tym przypadku chodzi o występowanie głodu, przymusu psychicznego.

6. Poświęcanie dużej ilości czasu na zdobywanie, bycie pod wpływem i usuwanie skutków zażywania substancji uzależniającej.

7. Gorsze funkcjonowanie w pracy lub w szkole w przypadku dzieci.

Uzależnienie jest skrajnie wyczerpujące dla organizmu, po dłuższym czasie zażywania substancji uzależniającej wzrasta się agresywność, nerwowość, osłabia się koncentracja i spada poziom energetyczny funkcjonowania człowieka.

8. Rezygnacja z innych form aktywności, osiągania przyjemności.

Wcześniejsze zainteresowania i pasje ustępują miejsca substancjom uzależniającym. Osoba nie ma czasu na praktykowanie dawnych pasji, musi zdobyć pieniądze na substancję uzależniającą, zdobyć ją i zażyć. Jej głównym i jedynym zainteresowaniem staje się substancja uzależniająca i tylko ona jest jej przyjemnością.

9. Zażywanie substancji mimo świadomości strat własnych, rodziny, społeczeństwa.

10. Własny, indywidualny sposób zażywania substancji psychoaktywnej.

Osoby uzależnione wytwarzają rytuały zażywania substancji, mogą się one wiązać ze specjalną metodą przygotowania substancji przed zażyciem i dalej zażyciem jej.

Literatura dotycząca uzależnienia, jak też praktyka leczenia osób z tą chorobą podkreślają fakt, iż uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest procesem lub stanem zależności fizycznej, psychicznej i społecznej oraz tolerancji. (Cekiera, 1985).

1. Uzależnienie fizyczne.

Jest rezultatem wbudowania uzależniającego związku chemicznego lub jego metabolitów w cykl przemian tkankowych w sytuacji systematycznego ich używania. Zależność fizyczna jest więc sztucznie wytworzoną potrzebą biologiczną, fizjologicznie nabytą, objawiającą się przymusem zażywania danej substancji psychoaktywnej. Wbudowany do metabolizmu fizjologii organizmu środek uzależniający staje się odtąd niezbędny do zachowania homeostazy biologicznej. Uzależnienie fizyczne ogranicza wolność zachowań ludzkich, deformuje procesy świadomości, motywacji, decyzji i możliwości kierowania swoim postępowaniem.

Istotną cechą uzależnienia fizycznego jest zjawisko zespołu abstynencyjnego, który powstaje w wyniku braku substancji lub jej niedostatecznej ilości w organizmie osoby uzależnionej. Na zespół abstynencyjny, zwany potocznie głodem, składają się przykre dolegliwości fizyczne i psychiczne. Są to najczę-

ściej bóle mięśniowe, mdłości, osłabienie połączone z pobudzeniem, zaburzenia termoregulacji, niepokój, biegunka, ból głowy.

2. Uzależnienie psychiczne.

Polega na potrzebie częstego lub stałego zażywania substancji psychoaktywnej w celu powtórzenia przeżyć związanych z zażywaniem lub w celu uniknięcia złego samopoczucia związanego z brakiem substancji. Psychicznemu przymusowi zażywania substancji często towarzyszy subiektywny głód tej substancji.

Tendencja do ponownego sięgania po substancję pojawia się ze względu na „pozytywne” efekty psychiczne, nie zaś ze względu na uniknięcie negatywnych objawów głodu, których osoba przyjmująca mogła jeszcze w ogóle nie odczuć. Zależność psychiczna jest często najsilniejszym czynnikiem prowadzącym do powtórnego przyjmowania substancji psychoaktywnej.

3. Uzależnienie społeczne.

Związane jest z zażywaniem substancji psychoaktywnej w grupie, może mieć również charakter obrzędowy, kultowy. Istotą tego zjawiska jest bardzo silne uzależnienie od grupy, a wtórnie od środków uzależniających. Młodzi w tym wieku ujawnia silną potrzebę afiliacji, chęć przynależenia do grupy. Działa więc tu silny motyw społeczno – psychologiczny, a przynależność do danej grupy pociąga za sobą respektowanie zasad, obyczajów, rytuałów panujących w grupie. Jeżeli w grupie panuje moda na branie narkotyków, to jednostka narażona jest na ich zażywanie, a w konsekwencji uzależnienie się. Środowisko osób zażywających substancję staje się stopniowo wyłącznym miejscem zaspokojenia potrzeb psychicznych takich jak potrzeby kontaktu i potrzeby przynależności. Dodatkowo też występuje drugi kierunek tej zależności. Samo środowisko osób uzależnionych jest niezwykle aktywne w utrzymywaniu integralności grupy i nie godzi się łatwo z utratą swoich członków. Skutecznie ogranicza próby wyjścia z uzależnienia podejmowane przez któregoś z członków grupy. Nawet, gdy osoba uzależniona zdecyduje się na leczenie i przejdzie cały cykl terapii, to powrót do środowiska zamieszkania niesie ryzyko namowy ze strony ludzi uzależnionych do ponownego sięgania po środki uzależniające.

4. Tolerancja.

Tolerancja jest charakterystyczną cechą znaczącej ilości substancji psychoaktywnych. Powoduje ona konieczność przyjmowania coraz większych dawek substancji dla uzyskania takich samych efektów. Z czasem organizm domaga się ilości substancji wielokrotnie przekraczających dawkę śmiertelną. Tolerancję w stosunku do pokrewnego typu środka odurzającego określamy

mianem tolerancji krzyżowej. Przykładem tolerancji krzyżowej jest heroina w stosunku do morfiny albo alkoholu w stosunku do barbituranów.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest złożonym, wieloaspektowym zjawiskiem. Jak twierdzi prof. Cekiera zjawisko uzależnienia można sprowadzić do analizy zachowań człowieka, który w konkretnym środowisku i określonej sytuacji życiowej sięga po środki uzależniające. Można je więc rozpatrywać na bazie trzech elementów jakimi są: środowisko – człowiek – narkotyk.

(Cekiera, 1985).



Rozdział 2.

Model biopsychospołeczny.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1946 roku przyjęła nową 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.

Engel stwierdził, że: „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 jednocze-

śnie 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, czynników psychologicznych jak też czynników 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.

Naukowcy w teoriach nadużywania narkotyków i alkoholu, zakładają, że każda jednostka wkracza w życie z określoną genetycznie predyspozycją, skłonnością do nadużywania alkoholu lub narkotyków. Uważają, że tego zjawiska nie można wyjaśnić przy pomocy jednego czynnika lecz zespołu czynników i kilku genów. Badacze 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 osiągnięcia przyjemności. Osoby biorące 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 pokazują, że uzależnienie może być spowodowane zaburzonym funkcjonowaniem mózgu. Przy użyciu nowoczesnej techniki diagnostycznej odkryli oni szlak dopaminowy, który jest aktywizowany podczas zażywania substancji pobudzających, takich jak: amfetamina, kokaina, morfina. Najbardziej stymulowana była część jądra połączona z układem limbicznym, która jest siedzibą emocji.

Mateusz Gola w swym referacie pt. „Neuronalne mechanizmy nałogowych zachowań” opisuje trzy neuronalne mechanizmy odpowiedzialne za uzależnienie. Pierwszy to wzorce reaktywności układu nagrody, drugi to zwiększona wrażliwość jąder migdałowatych 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. Autor twierdzi, że prawdopodobnie w przyszłości skuteczne oddziaływania będą wymagały precyzyjne 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 sprawdzające 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, że 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 osiągnięcia 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 zaspakajania 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 uzależnienia wymienia się niedojrzałość emocjonalną, deprawację poczucia bezpieczeństwa, lęk i niską odporność na frustracje, 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, 1992).

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 rówieśniczym 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 homeostacyjny, który jest zdolny do plastycznego reagowania na wszelki 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 nie adekwatne 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.

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 czynniku 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 Muissener 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 wyodrębni-

no 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 najistotniejszych 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.

Rozdział 3.

Proces rozwoju uzależnienia ze względu na jego zaawansowanie.

W literaturze przedmiotu można znaleźć co najmniej kilka propozycji przedstawiających rozwój procesu uzależnienia ze względu na jego zaawansowania. Cechą wspólną ich wszystkich jest to, że zawsze są określone, a rozwój uzależnienia przedstawiany w czterech etapach lub fazach. Poniżej przedstawione zostaną trzy przykłady procesu rozwoju uzależnienia w czterostopniowej skali. Natomiast w części II zaproponuję i przedstawię trzy etapowy proces rozwoju uzależnienia ze względu na stopień jego zaawansowania dotyczący młodzieży.

Przykład pierwszy.

Cztery stadia rozwoju uzależnienia.

I stadium

Eksperymentowanie okazjonalne, charakteryzujące się przyjmowaniem środków odurzających przy braku własnej inicjatywy w poszukiwaniu okazji do zażycia.

II stadium

Nieregularne zażywanie środków bez wyraźnych zmian w funkcjonowaniu społecznym charakteryzujące się poszukiwaniem okazji do zażycia.

III stadium

Regularne zażywanie środków z widocznymi symptomami zaburzeń w zachowaniu i osobowości, cechujące się utratą kontroli nad zażywaniem.

IV stadium

Regularne zażywanie coraz większych dawek środków, podporządkowanie całej aktywności celowi jakim jest zdobycie narkotyku.

(Wojciechowski, 1993).

Przykład drugi.

Cztery fazy używania substancji psychoaktywnych.

Faza I. Poznawanie stanu odurzenia.

Faza II. Stan odurzenia przyjemnością.

Faza III. Stan odurzenia celem nadrzędnym.

Faza IV. Stan odurzenia normą.

(Dimoff, Carper, 1994).

Przykład trzeci.

Diagnoza etapu uzależnienia ze względu na stopień jego zaawansowania.

I Etap

Inicjacja narkotykowa	
- przyjmowanie substancji psychoaktywnych okazjonalnie i nieregularnie.	
Motywacja	
- nie wykazuje motywacji i aktywności w celu zdobycia środka, np. nie kupuje sam narkotyku, jest częstowany przez znajomych, grupę rówieśniczą.	
Role społeczne - wywiązywanie się z ról społecznych	
- w szkole nie powtarza klas, otrzymuje takie same jak do tej pory oceny, nie wagaruje.	
- w grupie rówieśniczej zachowanie nie ulega zmianie, nie prowokuje konfliktów, nie jest agresywny, nie izoluje się od rówieśników.	
- w rodzinie wywiązuje się ze swoich obowiązków np. wyrzuca śmieci, robi zakupy, dba o porządek w pokoju, zajmuje się opieką nad zwierzętami, nie traci zaufania u rodziców, wraca do domu na ustaloną godzinę, rozmawia z rodziną o swoich trudnościach i wspólnie z nimi poszukuje możliwych rozwiązań.	
- nie rezygnuje z zainteresowań, poświęca podejmowanym aktywnościom tyle samo czasu co do tej pory i nadal sprawia mu to satysfakcję.	
- dąży do realizacji wyznaczonych celów.	

II Etap

Przyjmowanie substancji	
– przyjmowanie substancji psychoaktywnych występuje nieregularnie, w dni wolne od szkoły, podczas imprezy, wyjścia przed blok, na podwórko.	
Motywacja	
– wykazuje własną motywację w celu zdobycia środka, część uwagi koncentruje na myśleniu o narkotykach, pierwsze działania poprzedzone własną motywacją, pojawia się uwaga skierowana na zażycie SPA.	
– zażywanie narkotyków jest konsekwencją własnych działań w jego poszukiwaniu, np. kupuje, dealuje, zaczyna przebywać w towarzystwie, które umożliwi mu dostęp do narkotyku.	
Role społeczne	
– nadal wywiązuje się z pełnionych ról społecznych, ale pojawiają się zaniedbania.	
– nie powtarza klasy jednak otrzymuje gorsze oceny w szkole, sporadyczne wagary.	
– zachowanie ulega zmianie, prowokuje konflikty, jest bardziej agresywny, zaczyna się izolować od rówieśników, rozmawia o narkotykach.	
– w rodzinie zaniedbuje dotychczasowe obowiązki – wyrzucanie śmieci, zakupy, porządek w pokoju, opieka nad zwierzętami, oszukuje rodziców, nie wraca do domu na ustaloną godzinę, unika rozmów z rodziną o swoich trudnościach i nie poszukuje możliwych rozwiązań.	
– stopniowo traci satysfakcję z zainteresowań, poświęca podejmowanym aktywnościom mniej czasu niż do tej pory, opuszcza zajęcia, przeznaczając więcej czasu na poszukiwanie okazji do zażycia narkotyku.	
Konsekwencje	
– nie ponosi większych konsekwencji i strat z zażywania narkotyków, jednak pojawiają się pewne symptomy niepokojących zachowań.	
– otoczenie zaczyna się domyślać lub już wie, że pojawiły się narkotyki.	
– rozmawia z pedagogiem szkolnym, pierwsze kontakty ze specjalistami od terapii uzależnień.	
– zatrzymanie przez policję pod wpływem substancji psychoaktywnych lub za posiadanie narkotyku.	
– rodzice wzywani są do szkoły.	

III Etap

Przyjmowanie substancji	
– przyjmowanie substancji psychoaktywnych regularnie, w 2-3 dniowych ciągach, w dni wolne od szkoły.	

- kontekst społeczny przyjmowania narkotyków traci znaczenie, zażywanie substancji psychoaktywnych również bez udziału rówieśników, w samotności.	
Motywacja	
- wykazuje własną motywację w celu zdobycia narkotyku, uwagę koncentruje na myślach o narkotykach i ich zdobyciu.	
- zażywanie narkotyku jest konsekwencją własnych działań, uwaga i aktywność jest skierowana na poszukiwanie i zakup narkotyku, zażywa substancje którymi dealuje.	
- zdobywa i przeznaczca wszystkie środki pieniężne na substancje psychoaktywne.	
Role społeczne	
- nie wywiązuje się z pełnionych ról społecznych.	
- powtarza klasy, zmienia szkoły, częste wagary.	
- zachowanie ulega całkowitej zmianie, prowokuje konflikty, prezentuje zachowania agresywne, izoluje się od dotychczasowego otoczenia, zainteresowania koncentruje na narkotykach i osobach zażywających je.	
- w rodzinie nie wypełnia obowiązków, nagminnie konfabuluje, nie wraca do domu na noc, jest przywożony przez policję, trafia do izby dziecka, nie rozmawia z rodziną, kontakty z rodziną opierają się wyłącznie na konfliktach.	
- całkowicie rezygnuje ze swoich zainteresowań, dominującym zainteresowaniem są narkotyki i osoby je zażywające.	
Konsekwencje	
- ponosi konsekwencje i straty z zażywania narkotyków, pojawiają się masywne zaburzenia zachowania.	
- otoczenie i środowisko wie, że zażywa narkotyki.	
- zatrzymanie przez policję pod wpływem substancji psychoaktywnych, liczne kolizje z prawem, nakaz sądowy do leczenia, kradzieże, rozboje, itp.	
- rodzice tracą kontakt z dzieckiem, często ucieka z domu, nie wraca na kilka dni do domu.	
- podejmuje pierwsze nieskuteczne próby leczenia w poradni lub ośrodku stacjonarnym.	

IV Etap

Przyjmowanie substancji	
- przyjmowanie substancji psychoaktywnych regularnie, w dłuższych ciągach.	
- uzależnienie psychiczne, społeczne i fizyczne – dokuczliwe objawy abstynencji, zalegające stany smutku i przygnębienia, drażliwość, niepokój.	
- konsekwencje zdrowotne, zakażenie chorobami zakaźnymi.	
- kontekst społeczny przyjmowania narkotyków nie ma znaczenia, zażywanie substancji psychoaktywnych samotnie.	

Motywacja	
- wykazuje całą własną motywację i aktywność w celu zdobycia narkotyku, uwagę koncentruje wyłącznie na myślach o narkotykach, zdobyciu i zażyciu środka.	
- zażywanie narkotyku jest konsekwencją działań skierowanych na poszukiwanie narkotyku: kupuje, dealuje, kradnie.	
- zdobywa i przeznaczą wszystkie dostępne środki na substancje psychoaktywne, celowo kradnie, żeby zakupić narkotyki, jest obciążony licznymi długami.	
Role społeczne	
- całkowicie wypada z pełnionych ról społecznych.	
- zostaje usunięty ze szkoły, wypada całkowicie z roli ucznia.	
- zachowanie ulega całkowitej zmianie, konflikty, awantury, prostytuowanie się, prezentuje zachowania agresywne, izoluje się od otoczenia, zainteresowania koncentrują się wyłącznie na narkotykach.	
- wypada z roli dziecka, traci kontakt z rodziną, zostaje wyrzucony z domu lub pojawia się tylko w celu wyłudzenia środków na narkotyki, kontakty opierają się wyłącznie na konfliktach.	
- całkowicie rezygnuje ze swoich zainteresowań na rzecz narkotyków, które nie sprawiają już takiej przyjemności jak na początku zażywania.	
Konsekwencje	
- ponosi wyłącznie konsekwencje i straty z zażywania narkotyków.	
- otoczenie unika kontaktu z osobą uzależnioną.	
- kolizje z prawem, nakaz sądowy leczenia lub resocjalizacji, degradacja społeczna.	
- funkcjonuje w schemacie: zdobycie środków na zakup narkotyku – zażycie narkotyku – bycie pod wpływem narkotyku.	

(Michalczyk, 2009).

Rozdział 4.

Klasyfikacja ICD-10, międzynarodowy system diagnozy nozologicznej.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – międzynarodowy system diagnozy nozologicznej. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 Rozdział V.

ICD-10 jest opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i obowiązuje w Polsce od roku 1996.

Według tej klasyfikacji, na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem substancji uzależniających, mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne, składa się uzależnienie od substancji psychoaktywnych czyli zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem tych substancji (ICD-10: F10 – F19). Termin, substancji psychoaktywnych w języku diagnostyki medycznej używany jest na określenie nie tylko uzależnienia od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. W tym rozumieniu uzależnienie od substancji psychoaktywnych to następujące substancje psychoaktywne:

F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu (piwo, wino, wódka, spirytus) i inne produkty zawierające alkohol etylowy;

F11 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów (heroina, morfina, opium, leki zawierające opioidy) i inne przetwory zawierające opiaty;

F12 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli (marihuana, haszysz, skun, dopalacze zawierające syntetyczne kanabinole);

F13 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem leków uspokajających i nasennych;

F14 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy;

F15 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny (amfetamina, metamfetamina, efedryna, mefedron, dopalacze zawierające syntetyczne psychostymulatory);

F16 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji halucynogennych (LSD, psylocybina, meskalina, ekstazy, dopalacze halucynogenne) i inne substancje halucynogenne;

F17 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu (papierosy, tabaka);

F18 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem lotnych rozpuszczalników (dezodoranty, odświeżacze do powietrza, markery, korektory w płynie i inne produkty zawierające toksyczne substancje lotne);

F19 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kilku substancji lub używaniem innych substancji psychoaktywnych.

Używanie substancji psychoaktywnych powoduje szerokie spektrum różnych zaburzeń psychicznych i zachowania. Według ICD-10 są to: używanie szkodliwe; zespół uzależnienia; ostre zatrucie; zespół abstynencyjny; zaburzenia psychotyczne; zespół amnestyczny; rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne oraz inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania; zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone.

Używanie szkodliwe – kryteria diagnostyczne według ICD-10

1. Wystąpienie aktualnej szkody zdrowotnej somatycznej albo psychicznej, która została spowodowana używaniem substancji psychoaktywnej.
2. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych mimo wystąpienia negatywnych następstw społecznych takich jak konflikty z prawem, problemy w rodzinie, gorsze wyniki w nauce oraz krytyki i dezaprobaty ze strony otoczenia.
3. Stwierdzenie ostrego zatrucia po zażyciu substancji.

Stwierdzenie minimum jednego z w/w kryteriów diagnostycznych nie jest wystarczające do rozpoznania szkody zdrowotnej i oznaczenia kodem „używanie szkodliwe”.

Rozpoznanie „szkodliwe używanie” nie należy stosować w przypadku stwierdzenia uzależnienia (F1x. 2), zaburzeń psychotycznych (F1x. 5) albo in-

nych specyficznych zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych lub piciem alkoholu.

Zespół uzależnienia – kryteria diagnostyczne według ICD-10

1. Silne pragnienia przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania.
2. Trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości.
3. Fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji, w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych.
4. Stwierdzenie tolerancji, mianowicie w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe.
5. Z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych narastające zaniebdywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania.
6. Przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów takich jawnie szkodliwych następstw, jak: uszkodzenie wątroby w skutek intensywnego picia, stany obniżonego nastroju w wyniku okresów intensywnego przyjmowania substancji albo polekowe upośledzenie funkcji poznawczych itp.

Należy dążyć do ustalenia, czy osoba przyjmująca substancję była lub mogła być świadoma rodzaju i rozmiarów szkód.

Na ostateczne stwierdzenie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej w/w cech lub objawów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku.

Zespół uzależnienia może przybierać następujące formy jego przebiegu: aktualnie utrzymywanie abstynencji; aktualnie utrzymywanie abstynencji, ale w środowisku ochraniającym; aktualnie w nadzorowanym klinicznie programie podtrzymującym lub substytucyjnym (uzależnienie kontrolowane); aktualnie utrzymywanie abstynencji, ale w związku z terapią lekami awersyjnymi lub blokującymi działanie substancji psychoaktywnych; aktualne używanie substancji psychoaktywnych (aktywne uzależnienie); używanie ciągłe; używanie okresowe (dypsomania).



Ostre zatrucie.

Jest to stan nagłej i przemijającej intoksykacji którego obraz kliniczny jest charakterystyczny dla danej grupy substancji psychoaktywnych. Może mieć następujące formy przebiegu: niepowikłane; z urazem lub innym uszkodzeniem ciała; z innymi powikłaniami medycznymi; z majaczeniem; z zaburzeniami spostrzegania; ze śpiączką; z drgawkami; zatrucie patologiczne.

Zespół abstynencyjny.

Jest to stan następstw całkowitego lub częściowego braku substancji psychoaktywnej w organizmie człowieka. Prowadzi do występowania objawów somatycznych i psychopatologicznych, specyficznych ze względu na rodzaj substancji. Zespół abstynencyjny może przebiegać: niepowikłany; z drgawkami oraz zespół abstynencyjny z majaczeniem: bez drgawek; z drgawkami.

Zaburzenia psychotyczne.

Jest to stan o różnym obrazie psychopatologicznym, gdzie do najczęstszych objawów należą iluzje, omamy, nastawienie ksojne, urojenia, zaburzenia nastroju. Zaburzenia psychotyczne mogą przybierać następującą formę: podobne do schizofrenii; głównie urojeniowe; głównie omamowe; głównie wielopostaciowe; głównie z objawami depresyjnymi; głównie z objawami maniakalnymi; mieszane.

Zespół amnestyczny.

Jest to stan znacznego upośledzenia pamięci świeżej z małym nasileniem deficytem pamięci dawnej. Braki pamięciowe mogą być wypełniane konfabulacjami.

Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne.

Jest to stan występowania zaburzeń psychicznych poza fizjologicznym czasem działania substancji psychoaktywnej. Może występować w następujących formach: powracanie przeżytych doznań psychotycznych (flashbacks); zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania; rezydualne zaburzenia afektywne; otępienie; inne utrzymujące się zaburzenia procesów poznawczych; psychozozy o późnym początku.

Kryteria według klasyfikacji ICD-10 określają, że na ostateczne stwierdzenie zespołu uzależnienia od substancji psychoaktywnej pozwala identyfikacja trzech lub więcej wyżej wymienionych cech lub objawów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku. Ten pewien okres czasu to w przypadku osób dorosłych wynosi co najmniej 30 dni, a w przypadku dzieci i młodzieży przyjmuje się, że jest to co najmniej 14 dni.

W środowisku zarówno osób zawodowo zajmujących się pomocą osobom uzależnionym jak i wśród samych osób uzależnionych panuje przekonanie, że uzależnienie jest chorobą niewyleczalną i osobą uzależnioną pozostaje się do końca życia. Natomiast wydaje się, że klasyfikacja ICD-10 i zawarte w niej kryteria diagnostyczne dotyczące zespołu uzależnienia zajmują inne stanowisko w tej kwestii. Wyobraźmy sobie następującą sytuację i przypadek pana Darka. Pan Darek lat 21 pojawia się w gabinecie, u lekarza czy specjalisty terapii uzależnień z prośbą o rozmowę. Wiemy, bo nam powiedział, że w wieku 17 lat miał rozpoznany zespół uzależnienia od zażywania różnych substancji psychoaktywnych (alkohol, marihuana, dopalacze). Przeszedł roczną terapię, którą ukończył. Od trzech lat konstruktywnie funkcjonuje w otwartym środowisku. Kontynuuje naukę na studiach zaocznych i równocześnie pracuje. Jest od dwóch lat w stałym związku. Od roku mieszka wspólnie ze swoją partnerką. Wcześniej mieszkał u rodziców, z którymi ma dobry kontakt i im pomaga. Pan Darek, w okresie od ukończenia terapii, kilka razy zapalił marihuanę i średnio raz w miesiącu spożywa umiarkowaną ilość alkoholu, jest to najczęściej piwo. Czy w takiej sytuacji specjalista może rozpoznać Panu Darkowi zespół uzależnienia? W sytuacji, kiedy nie spełnia on co najmniej trzech kryteriów i nie występują one łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku?

W takiej sytuacji odpowiedź może być tylko jedna. Ten młody człowiek nie spełnia kryteriów medycznych wg klasyfikacji ICD-10 czyli nie można mu rozpoznać zespołu uzależnienia. W konsekwencji nie ma podstawy by stwierdzić, że pan Darek jest obecnie osobą uzależnioną. Oczywiście ta sytuacja może się zmienić. I na przykład za pięć lat pan Darek może spełniać kryteria zespołu uzależnienia. Wówczas na nowo powinien mieć rozpoznaną chorobę tj. zespół uzależnienia. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku innych chorób. Przykładowo w chorobie nowotworowej czasami mówimy, że ktoś pokonał „raka”. To znaczy tyle, że według kryteriów medycznych, które stwierdza bądź wyklucza lekarz medycyny obecnie pacjent ich nie spełnia czyli nie posiada. Ale nie znaczy to, że choroba do nas za kilka lat nie wróci co niestety bardzo często się zdarza.

Podsumowując można postawić pytanie. Czy rzeczywiście, w oparciu o kryteria medyczne, obowiązującą w Polsce klasyfikację ICD-10, uzależnienie jest chorobą niewyleczalną, a osoba uzależniona pozostaje nią do końca życia?

Innym systemem klasyfikacyjnym, z którego specjaliści korzystają w naszym kraju jest DSM-V obowiązujące w USA. Klasyfikacja ta używanie substancji psychoaktywnych różnicuje ze względu na uzależnienie i zagrożenie uzależnieniem.

Kryteria diagnozowania uzależnienia od środków odurzających.

Według DSMV jest to nadużywanie środków odurzających, prowadzące do klinicznego obrazu charakteryzującego się poważnym upośledzeniem i wyczerpaniem oraz występowaniem, w dowolnym czasie w okresie 12 miesięcy, trzech lub więcej objawów podanych poniżej:

1. Tolerancja, określana jednym z następujących zachowań:
 - potrzeba znacznie zwiększonej dawki środka uzależniającego, żeby osiągnąć stan intoksykacji, albo pożądany efekt;
 - znacznie zmniejszony efekt przy używaniu stale tej samej dawki środka odurzającego.
2. Głód środka uzależniającego, określany jednym z następujących zachowań:
 - charakterystyczny zespół głodu od środka,
 - zażywanie tego samego (lub bardzo zbliżonego) środka odurzającego dla doznania ulgi, albo uniknięcia objawów głodu od środka uzależniającego.
3. Zażywanie często środka odurzającego w większej dawce lub przez okres dłuższy niż pierwotnie zamierzono.
4. Ciągły zamiar, albo bezowocne wysiłki zaprzestania lub kontrolowanego zażywania środka odurzającego.
5. Poświęcanie wiele czasu na czynności związane ze zdobywaniem lub zażywaniem środka odurzającego,
6. Zaniechanie lub znaczne ograniczenie ważnych czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu zażywania środka odurzającego.
7. Kontynuowanie zażywania środka odurzającego pomimo zdania sobie sprawy z ciągłych, lub powracających problemów fizycznych i psychicznych spowodowanych prawdopodobnie lub spotęgowanych zażywaniem środka odurzającego.

Kryteria diagnozowania w przypadkach zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających.

1. Niewywiązywanie się z ról społecznych (praca, dom, rodzina).
2. Powtarzanie się sytuacji związanych z zażywaniem środka zagrażających zdrowiu.
3. Powtarzające się konflikty z prawem.
4. Kontynuowanie zażywania pomimo konfliktów natury towarzyskiej (problemy życiowe powtarzające się).

Kryteria diagnozowania.

Musi pojawić się punkt jeden z czterech powyższych.

Musi być okres używania środków przez okres 12 miesięcy przed diagnozowaniem.

Mateusz Gola we wspomnianym już artykule pt. „Neuronalne mechanizmy nałogowych zachowań” podejmuje dyskusję na temat międzynarodowych klasyfikacji dotyczących uzależnienia. Uważa on, że dotychczasowe definiowanie uzależnienia tylko w oparciu o objawy jest niewystarczające. Może zatem wpływać na niską skuteczność leczenia osób uzależnionych, a obecnie waha się ona od 40–60% osób, które wracają do uzależnienia w ciągu roku od zakończenia terapii. Autor jest zadania, że prawdopodobnie w przyszłości skuteczne oddziaływania będą wymagały precyzyjnej identyfikacji dominujących mechanizmów i skupienia na tych, które są specyficzne dla danego pacjenta. Obecnie część badaczy zastanawia się, czy możliwe będzie rozpoznawanie uzależnień na podstawie identyfikacji różnych mechanizmów neuronalnych. Bo w tym momencie już obecnie coraz trudniej jest jednoznacznie zdefiniować uzależnienie w oparciu o opis symptomatologiczny zawarty w DSM-V lub ICD-10. Na przykład patologiczny hazard, który zgodnie z wynikami setek badań współdzieli neuronalne mechanizmy z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych, a został zaklasyfikowany jako nałóg. Natomiast objadanie się, które również zgodnie z wynikami setek badań współdzieli te same mechanizmy klasyfikowane jest jako zaburzenie odżywiania się (DSM-V, ICD-10), a nie jako nałóg. Coraz większa liczba neuronalnych badań nad kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi również pokazuje podobieństwa do hazardu i uzależnień od substancji psychoaktywnych, jednak czy problem ten powinien znaleźć się w kategorii zaburzeń seksualnych, czy uzależnień, tego aktualnie nie można jednoznacznie ustalić.

Między innymi dlatego obecnie podejmuje się wysiłki, by w przyszłości odejść od klasycznych systemów diagnostycznych opartych na objawach. W za-



mian proponuje się opracowywanie systemów diagnostycznych uwzględniających mechanizmy funkcjonowania opisane na poziomie poznawczym, neuronalnym, komórkowym, biochemicznym i genetycznym. Przyjmując taki opis, być może nie będziemy potrzebowali już etykiet jak „uzależnienie” lub „nałóg”, a wystarczy, że u pacjenta, który zgłasza się po pomoc w związku z niemożnością kontroli swojego zachowania (związanego z piciem alkoholu, zażywaniem narkotyków, hazardem, seksem, odżywianiem się lub graniem w gry komputerowe), rozpoznamy odpowiednie mechanizmy generujące te trudności i zastosujemy indywidualnie dopasowaną farmakoterapię i psychoterapię czyli terapię zintegrowaną. Co też w konsekwencji może sprawić, że skuteczność pomocy osobom z tego rodzaju trudnościami zdecydowanie się zwiększy.

Rozdział 5.

Uregulowania prawne dotyczące uzależnień obowiązujące w Polsce.

Obecnie w Polsce obowiązują dwie główne ustawy bezpośrednio zajmujące się sprawą uzależnień. Jedna to Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r., a druga to Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Dodatkowo, obszar związany z uzależnieniami jest również szeroko uwzględniony w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020.

1. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku.

Ustawa określa kierunki polityki państwa wobec alkoholu. Kompleksowo reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Określa również źródła finansowania tych zadań. Dokument opisuje funkcjonowanie rynku napojów alkoholowych. Reguluje dziedzinę promocji i reklamy napojów alkoholowych, a także formułuje przepisy karne dotyczące obrotu alkoholem i reklamy alkoholu. Wprowadza regulacje dotyczące postępowania wobec osób nadużywających alkohol, określa podstawy leczenia odwykowego oraz wskazuje kompetencje i zadania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) bezpośrednio podległej Ministrowi Zdrowia. Zapisy w ustawie szczegółowo określają stan człowieka po spożyciu alkoholu, który dzieli się na stan po użyciu alkoholu oraz stan nietrzeźwości. Stan po użyciu alkoholu występuje wówczas, gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub rejestruje się obecność alkoholu w wydychanym powietrzu na poziomie od 0,1 mg do 0,25 mg w dm³. Natomiast stan nietrzeźwości występuje, gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5 promila lub rejestruje się obecność alkoholu w wydychanym powietrzu na poziomie powyżej 0,25 mg w 1 dm³.

Podmiotami wyznaczonymi przez ustawodawcę do realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są organy administracji rządowej, samorządowej, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji oraz organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe.

Ustawa określa najważniejsze kategorie zadań, które samorządy w ramach gminnego programu powinny realizować oraz wskazuje źródło finansowania tych zadań. Natomiast PARPA corocznie, na podstawie badań i analiz, wydaje rekomendacje do tworzenia gminnych programów. Gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalane są corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne.

Gminne programy są finansowane ze środków własnych oraz ze środków pozyskanych przez gminy z pobieranych opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych prowadzoną na ich terenie.

Diagnoza szkód związanych z używaniem alkoholu w Polsce.

Z raportu WHO, opublikowanego w marcu 2011 r. wynika, że Polska znajduje się wśród państw o najwyższym spożyciu czystego alkoholu przypadającego na dorosłego mieszkańca. Podczas, gdy średnia światowa wynosi 6,13 litra na dorosłą osobę to w Polsce przypada 13,3 litra na jedną dorosłą osobę.

Z przyjętego przez PARPA przelicznika wynika, że: – osoby uzależnione od alkoholu stanowią 2% populacji; – dorośli żyjący w otoczeniu osoby uzależnionej (współmałżonkowie, rodzice) stanowią 4% populacji; – dzieci wychowujące się w rodzinie osoby uzależnionej od alkoholu stanowią 4% populacji; – osoby pijące szkodliwie stanowią 5-7% populacji. W Polsce tylko co ósmy dorosły obywatel nie pije w ogóle alkoholu. Kilkanaście procent dorosłych Polaków spożywa alkohol problemowo. Szacuje się, że w Polsce znajduje się ok. 900 tys. osób uzależnionych od alkoholu oraz ponad 2 mln osób pijących alkohol ryzykownie lub szkodliwie.

W latach 1998–2000 wielkość spożycia alkoholu utrzymywała się na podobnym poziomie, nieznacznie powyżej 7 litrów w przeliczeniu na stuprocentowy alkohol na jednego mieszkańca. Lata 2001 i 2002 to spadek spożycia do poziomu 6,63 i 6,93 litra. Jednak od roku 2003 (po obniżce akcyzy na napoje spirytusowe w roku 2002) notuje się stały, wyraźny wzrost ilości wypijanego alkoholu, aż do 9,58 l w 2008 roku. Na początku 2009 roku podniesiono akcyzę na napoje spirytusowe (o ok. 9%) oraz wino (o ok. 16,5%), a w marcu na piwo (o 13,6%). Wielkość spożycia zmniejszyła się do 9,06 litra 100% alkoholu na jednego mieszkańca, czyli o ponad 0,5 litra w odniesieniu do roku poprzedniego. Zatem analizie wymaga obserwowana od kilku lat zmiana w struktu-

rze spożycia alkoholu w Polsce. Niepokoi przede wszystkim to, że ponad 1/3 konsumpcji przypada w ostatnich latach na wyroby spirytusowe i proporcja ta zwiększała się do 2008 roku, a w 2009 roku udział napojów wysokoprocentowych w strukturze pozostał na poziomie porównywalnym do 2008 roku. Nadal zmniejsza się udział wina. Piwo stanowi ponad 55% spożywanego alkoholu. Spadek udziału wina w strukturze spożycia napojów alkoholowych pokazuje, jak ważnym narzędziem w polityce alkoholowej jest regulacja podatku akcyzowego. Najwyższy procentowo wzrost akcyzy na wino w 2009 roku spowodował też najwyższy procentowo wzrost cen (średnio o 12%, gdy cena wódki wzrosła o 5%, a piwa o 9%) oraz obniżenie spożycia (dostaw wina na rynek kraju) również o 12% w odniesieniu do poprzedniego roku (dostawy wódki zmniejszyły się o 6%, a piwa o prawie 9,7%).

Spadek spożycia alkoholu w 2009 roku w stosunku do lat poprzednich jest przerwaniem kilkuletniej tendencji wzrostowej. Zmianę trendu można powiązać z decyzją o regulacji podatku akcyzowego. Dostępność ekonomiczna poszczególnych rodzajów alkoholu jest wciąż duża, choć zaobserwowano tu ostatnio pewne zmiany. W 1998 roku za średnią pensję można było kupić 504 butelki piwa, w 2008 roku już 1094 butelki. W przypadku wódki liczby te to odpowiednio: w 1998 roku 56 butelek i 158 w 2008 roku. W przypadku wina: w 2008 roku za średnią pensję można było kupić 368 butelek w porównaniu do 147 w 1998 roku.

W wyniku podwyższenia w 2009 roku podatku akcyzowego na alkohol (i wraz z nim wzrostem cen) zmniejszyła się nieco ekonomiczna dostępność piwa (o 2,8%) oraz wina (o 6%), ale nadal utrzymana została tendencja wzrostowa w przypadku wódki (wzrost o 0,6%). Poza dostępnością ekonomiczną ważnym czynnikiem wpływającym na wysokość spożycia alkoholu jest większa fizyczna możliwość jego nabycia, czyli większa liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych. Nastąpił wzrost liczby punktów sprzedaży na przestrzeni ostatnich 11 lat oraz zmniejszenie się liczby mieszkańców, która przypada na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych.

Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia pt. „Zagrożenia dla zdrowia światowego. Śmiertelność i obciążenie chorobami powodowane wybranymi, najpoważniejszymi zagrożeniami” (wydanie z 2009 r.), alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia całej populacji, a ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek z alkoholem. Większe ryzyko niesie za sobą palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze.

Dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że konsumpcja alkoholu w Regionie Europejskim jest najwyższa w porównaniu z innymi regionami świata. Wynosi 11 litrów czystego alkoholu w przeliczeniu na jednego dorosłego

go mieszkańca. Na całym świecie alkohol jest przyczyną 3,8% zgonów w ciągu roku (tj. 2,3 mln osób).

Spożywanie alkoholu przez jednostki może przybierać różne formy ze względu na model jego używania tj.:

- ryzykowne spożywanie alkoholu;
- szkodliwe picie alkoholu;
- zespół uzależnienia od alkoholu;
- poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych.

Ryzykowne spożywanie alkoholu.

To picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie ryzykowne w następujący sposób. Picie ryzykowne to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40–60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140–209 g, a w przypadku mężczyzn – 280–349 g.

Szkodliwe picie alkoholu.

Opisywane jest jako wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. Aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorzec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób. Picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350 g i więcej w tygodniu przez mężczyznę. Jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki oraz osoby starsze.

Zespół uzależnienia od alkoholu.

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą wieloczynnikową, biopsychospołeczną, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej.

Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest silne pragnienie alkoholu.

2. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Ustawa określa zasady i tryb postępowania w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Reguluje kwestię zwalczania nielegalnej produkcji i dystrybucji narkotyków oraz terapii psychiatrycznej dla osób uzależnionych od środków odurzających. Zawiera przepisy o odpowiedzialności karnej za wytwarzanie i rozpowszechnianie narkotyków. Do ustawy dołączono wykazy środków odurzających z ich klasyfikacją, ostatni z lipca 2015 roku. Określa również kierunki polityki państwa wobec narkotyków. Kompleksowo reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych narkotykami, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. W Art. 30 określa tryb kierowania niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację.

Ustawa określa definicje i terminologię w obszarze narkomanii.

Substancja psychotropowa to każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy.

Środek odurzający natomiast to każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy.

Środek zastępczy to substancja w każdym stanie fizycznym, która jest trucizną lub środkiem szkodliwym, używaną zamiast lub w takich samych celach innych niż medyczne jak środek odurzający lub substancja psychotropowa.

Uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych to zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psycho-

fizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem.

Używanie szkodliwe to używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi.

Pojęcie **zażywania środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego** to wprowadzanie do organizmu człowieka środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, niezależnie od drogi podania.

Działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii prowadzi Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBdsPN), które bezpośrednio podlega Ministrowi Zdrowia.

W literaturze przedmiotu przez długi czas pojęciami funkcjonującymi na zasadzie synonimów były takie pojęcia jak narkomania, toksykomania, lekomania. Głównym elementem różniącym te terminy był rodzaj nadużywanego środka. I tak toksykomania od łacińskiego toxicus – trucizna, intoxicatio – zatrucie oznacza używanie i nadużywanie środków chemicznych naturalnych lub syntetycznych, szkodliwych dla organizmu ludzkiego. Zakres pojęcia toksykomanii jest szerszy od pojęcia narkomanii i obejmuje też uzależnienia od alkoholu czy nikotyny.

Narkotyki, substancja psychoaktywna, środek odurzający, używka to określenia o podobnym znaczeniu stosowane wymiennie w języku potocznym. W medycynie i psychologii aktualnie obowiązującym nazewnictwem jest substancja psychoaktywna. W medycynie „narkotykami” określa się te substancje psychoaktywne, które działają m.in. przeciwbólowo poprzez określone receptory mózgowe (opiodowe). Z kolei pojęcie narkomanii wywodzi się od słowa „narcos” co oznacza odurzenie, senność, uśpienie.

Substancje psychoaktywne:

- wpływają na centralny układ nerwowy;
- przyjmowane są w celu doznania przyjemności, zmiany świadomości, uzyskania określonego nastoju, przeżycia ekstremalnych doznań;
- wpływają na organizm człowieka powodując w różnym stopniu zmiany psychiczne (np. euforię, zmieniony odbiór rzeczywistości, iluzje, omamy, zaburzenia pamięci) oraz fizyczne (np. wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna, pobudzenie);

- przewlekłe przyjmowane mogą prowadzić do uzależnienia, które często nazywane też jest narkomanią czy toksykomanią; – mają pochodzenie naturalne lub syntetyczne;
- często, szczególnie w publikacjach popularnych, są dzielone na tzw. narkotyki miękkie (jako bezpieczne, mało szkodliwe) oraz twarde (niebezpieczne, groźne).

Za „narkotyk miękkiej” uznawana jest np. marihuana. Określenia te są mylące, nieprawdziwe, dają złudne poczucie bezpieczeństwa. Przykładem takiej substancji jest marihuana.

Oszacowanie oparte na badaniach populacyjnych z 2006 r. wskazuje, że liczba problemowych użytkowników narkotyków mieści się w przedziale 100 000 – 125 000 osób. Wśród nich liczba problemowych użytkowników opiatów została oszacowana na poziomie 25 000–29 000 osób.

Według badań CEBOS 2015, wyniki dotyczące używania jakiegokolwiek narkotyku kiedykolwiek w życiu oraz ostatnich 12 miesięcy prezentują się następująco. Narkotyki dwukrotnie częściej zażywane są przez mężczyzn (22,5%) niż kobiety (10,8%). W przypadku wskaźnika konsumpcji w ciągu ostatniego roku ponad trzykrotnie częściej. Osoby w wieku 25–34 lat najczęściej miały kontakt z narkotykami. Do używania ich kiedykolwiek przyznało się 30,7% badanych w tym wieku, a do zażywania w ciągu ostatniego roku 10,7%. W ciągu ostatniego roku częściej po narkotyki sięgali osoby niezamężne (12,4%) niż zamężne (1,3%), jak również wychowane w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców (14,1%) niż na wsi (2,2%). Najmniejszy wskaźnik aktualnego używania narkotyków odnotowano na wsi (2,2%), im większa miejscowość, tym większe są odsetki. W przypadku rolników indywidualnych nie odnotowano używania narkotyków w ciągu ostatniego roku. Analizując status społeczno-zawodowy respondentów najwyższe odsetki aktualnych użytkowników odnotowano wśród uczniów i studentów (11,5%). Dane dotyczące wykształcenia wskazują na największą popularność używania narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród gimnazjalistów (10,0%) oraz osób z wykształceniem wyższym (8,1%).

3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020.

Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym Narodowy Program Zdrowia (NPZ) jest ustanawiany w drodze rozporządzenia Rady Ministrów. To podstawowy dokument polityki zdrowia publicznego. Wyznacza on cele strategiczne i operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdro-



wia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. NPZ sporządza się na co najmniej 5 lat.

Celem strategicznym NPZ jest wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Cel strategiczny jest osiągalny dzięki realizacji celów operacyjnych. W NPZ są one ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia dla zdrowia. NPZ łączy różne programy profilaktyczne w tym profilaktyki uzależnień, realizowane dotychczas na podstawie przepisów kilku ustaw, o różnych terminach realizacji oraz różnych źródłach i poziomach finansowania (m.in. z zakresu przeciwdziałania narkomanii i alkoholizmowi).

Główne założenie NPZ to, żeby wszyscy, niezależnie od wieku czy miejsca zamieszkania, mieli większą świadomość tego, jak ich zachowania wpływają na zdrowie, aby prowadzili zdrowszy tryb życia (dokonywali prozdrowotnych wyborów) i mogli jak najdłużej cieszyć się zdrowiem i pełnym uczestnictwem w pracy, życiu społecznym i rodzinnym.

Część II.

Rozwój dziecka, a specyfika uzależnień okresu rozwojowego.

W tej części przedstawione zostaną teorie rozwojowe z nurtu psychoanalitycznego, poznawczo-rozwojowego, uczenia się i rozwoju rodziny w celu zrozumienia istoty rozwoju młodego człowieka jak i podjęcia próby wskazania przyczyn eksperymentowania i dalej uzależniania się dzieci i młodzieży.

Na zakończenie tej części przedstawiona zostanie propozycja trzy etapowego procesu rozwoju uzależnienia ze względu na jego zaawansowanie u młodzieży oraz obszary rozwojowe sprzyjające sięganiu i dalej uzależnieniu młodzieży.

Rozdział 6.

Teorie i koncepcje rozwojowe.

Teorie psychoanalityczne.

Zygmunt Freud – Teoria rozwoju psychoseksualnego (Freud, 1905, 1920).

Teoria zakłada, że największe znaczenie mają doświadczenia z wczesnego dzieciństwa w kształtowaniu się osobowości (id, ego, superego). Szczególnie ważny jest obszar rodziny, relacji i popędów między rodzicami, a ich dziećmi. Wewnętrzne nieświadome konflikty wywołują lęk, a mechanizmy obronne (wyparcie, zaprzeczanie rzeczywistości, projekcja) służą ludziom do redukcji lęku.

Freud swoją koncepcję przedstawił w formie 5 faz rozwoju psychoseksualnego.

I Stadium oralne.

Trwa od narodzin do 1 roku życia. Główne strefy erogenne to usta, wargi i język. Zadanie rozwojowe i ewentualne źródło konfliktu to odstawienie od piersi. Cechy mogące świadczyć o zafiksowaniu na tym etapie to: palenie papierosów, objadanie się, bierność, łatwowierność.

II Stadium analne.

Trwa od 1 roku życia do 3 lat. Strefa erogenna to odbyt. Główne zadanie rozwojowe i źródło konfliktu to trening czystości. Cechy mogące świadczyć o zafiksowaniu się na tym etapie to zorganizowanie, skąpstwo, upór lub ich przeciwieństwo.

III Stadium falliczne.

Trwa od 4 roku życia do 5 lat. Główna strefa erogenna to genitalia. Zadanie rozwojowe i ewentualne źródło konfliktu to kompleks Edypa. Główne cechy świadczące o zafiksowaniu się na tym etapie to próżność, beztroska i im przeciwne.

IV Stadium latencji.

Trwa od 6 roku życia do 12 lat. W tym stadium głównie rozwijają się mechanizmy obronne. Freud uważał, że etap latencji nie jest psychoseksualny. Podczas jego trwania libido nie jest angażowane w ciało i energia w tym okresie nie jest aktywna.

V Stadium genitalne.

Trwa od 13 roku życia do 18 lat. Strefa erogenna to genitalia. Zadanie rozwojowe i potencjalne źródło konfliktu to dojrzałość intymności seksualnej.

U osób, którym udało się zintegrować poprzednie etapy docierają do poziomu autentycznego zainteresowania innymi ludźmi i dojrzałości seksualnej.

Erik Erikson – Teoria rozwoju psychospołecznego (Erikson, 1950, 1959, 1980b,1982).

Wiodącą rolę w tej teorii przyznaje się działaniom świadomym jednostki pod wpływem środowiska. Rozwój ujmowany jest jako proces ewolucyjny, w którym jednostka poprzez kryzysy psychospołeczne osiąga coraz to wyższy poziom integracji. Dokonuje się on poprzez rozwiązywanie trudności związanych ze zmianami w obszarach, na których się odbywa czyli w obszarze biologicznym, psychicznym i społecznym. Rozwój jest więc wzajemnym dostosowywaniem się człowieka i środowiska.

Ego w tej koncepcji to konfiguracja zawierająca i kontrolująca czynności świadome, dokonujące syntezy i integracji ubiegłych doświadczeń z zadaniami pojawiającymi się aktualnie w percepcyjno-poznawczym polu jednostki. Jest równorzędne do id i superego.

Natomiast podstawowe procesy ego to zabawa, mowa, myślenie i działanie.

Motorem rozwoju jest występowanie u człowieka przeciwstawnych tendencji i dążeń. Polaryzacja ta występuje w dwóch wymiarach.

Pierwszy to dążenie do progresji – dążenie do regresji.

Progresja to pragnienie życia, uzyskiwania gratyfikacji, pragnienie ekspansji poza Ja.

Regresja natomiast to powrót do etapu mniejszej złożoności psychicznej, implikuje dążenie do autodestrukcji.

Drugi to polaryzacja biseksualna, która polega na współwystępowaniu pierwiastka męskiego i żeńskiego.

Rozwój w tej koncepcji następuje w kolejnych fazach. Jego przebieg zależy od doświadczeń wcześniej nabytych przez jednostkę. W każdej fazie pojawia się nowy układ przeszkód biologicznych, psychicznych i społecznych, wywołujących kryzys i zaostrzających walkę między dążeniami do progresji i regresji. Aby przejść do następnej fazy, wszystkie przeszkody muszą być pokonane. Rozwiązanie kryzysu psychospołecznego następuje wtedy, gdy przeszkody i naciśki, które się w danym momencie pojawiły, zostają włączone do struktury ego jako elementy harmonijnej całości. Wówczas względna równowaga zostaje nie tyle odzyskana, co osiągnięta na wyższym poziomie złożoności.

Erikson wyróżnił osiem faz różniących się między sobą jakościowo. Każda z nich stanowi dla niego zadanie rozwojowe, wymagające zmiany sposobu funkcjonowania. Zachodzi konieczność znalezienia optymalnego napięcia pomiędzy dwiema cechami, czego skutkiem jest wypracowanie nowej właściwości ego. Osiągnięcie sukcesu w pokonaniu kryzysu rozwojowego oznacza odnalezienie cnoty podstawowej koniecznej do jego rozwiązania.

Etapy rozwojowe następują po sobie w taki sposób, że każdy z nich jest obecny w jakiejś formie w każdej fazie. Każdy z nich ma jednak własny czas dominacji w pewnym okresie życia, który reprezentuje jego kryzys. Po rozwiązaniu etap ten nie zanika, ale jest obecny w etapie następnym przemieniając się w kolejną wersję poziomu wcześniejszego ułatwiając rozwiązanie następnych kryzysów. Podobnie każdy moment krytyczny istnieje także w jakiejś formie, jeszcze przed nadejściem jego kolejności.

Faza I. Podstawowa ufność, a nie ufność.

Trwa od narodzin do 1 roku życia. Faza oralno-sensoryczna, okres niemowlęcy. Noworodek jest całkowicie zależny od swoich opiekunów, głównie matki. Najważniejsza w tym okresie dla dziecka jest matka, dziecko poznaje ją przez zapach. To ona karmiąc dziecko piersią, głaszcząc, przytulając czy kołysząc budzi w dziecku ufność do świata. Dziecko wchłania otoczenie całym sobą dlatego tak ważne są wrażenia dotykowe. Erikson zwraca uwagę, że bardzo ważne jest to, żeby matka chciała swojego dziecka od momentu poczęcia. To ona staje się dla dziecka wewnętrzną pewnością i zewnętrzną przewidywalnością. W tym okresie najważniejsze dla dziecka jest poczucie bezpieczeństwa, aby się ono wytworzyło potrzebna jest spójna i trwała troska oraz opieka. Osiągnięcie poczucia ufności jest wskaźnikiem prawidłowo przebiegającego procesu przystosowania. Jest kluczowym elementem bezpiecznego przywiązania.

Podstawowe przejawy ufności dziecka to głębokość snu, łatwość przyjmowania pokarmu i wydalania. Ufność wyraża się też w aktywności poznawczej dziecka. Bada ono świat narażając się na przykre doznania, a oczekując przyjemnych. Ząbkowanie jest momentem krytyczny w kształtowaniu się ufności.



Wówczas mogą kształtować się tendencje masochistyczne poprzez szukanie ulgi i doświadczaniu przyjemności w ranieniu siebie.

Kryzysami dla dziecka w tym okresie są narodziny tj. przerwanie więzi z matką przez przecięcie pępowiny i ząbkowanie rozpoczynające się około 6 miesiąc życia. Pomyślne rozwiązanie konfliktu to zaufanie do świata, nadzieja na przyszłość. Niepomyślne rozwiązanie konfliktu to podejrzliwość, brak poczucia bezpieczeństwa, obawa o przyszłość.

Faza II. Autonomia, a wstyd i zwątpienie.

Trwa od 2 roku życia do 3 lat. Faza mięśniowo-analna, wczesne dzieciństwo. W tym okresie dziecko poszukuje drogi do uniezależnienia się od rodziców (np. u Wygotskiego jest to faza „ja sam”). Ważne jest, aby metody wychowawcze, które stosują rodzice nie były zbyt sztywne i rygorystyczne. Takie kary mogą doprowadzić do uwydatnienia się u dziecka zaburzeń neurotycznych czy poczucia braku autonomii. Podobnie może być w sytuacji nadmiernego kontrolowania dziecka przez opiekunów. W fazie tej odbywa się trening czystości (odpowiada to fazie analnej u Freuda). Dziecko uczy się panować nad własnym organizmem.

Zaczyna różnicować własne stany wewnętrzne i kontrolować je, staje się bardziej samodzielne. Z poczucia samokontroli rodzi się poczucie autonomii własnego istnienia. Utrata samokontroli wywołuje u dziecka wstyd i zwątpienie we własną autonomię. Uczucie wstydu określa Erikson jako reakcję na sytuację, w której człowiek jest przez innych oglądany, gdy nie czuje się gotów do tego aby być oglądanym. Uczucie wstydu może wywoływać wrogość do siebie. Wówczas mały człowiek pragnie być niewidzialnym lub zniknąć. Pomyślne rozwiązanie konfliktu to poczucie autonomii i własnej wartości oraz wola. Niepomyślne rozwiązanie konfliktu to uczucie wstydu i zwątpienia we własne zdolności oraz egoizm i zaborczość.

Faza III. Inicjatywa, a poczucie winy.

Trwa od 4 roku życia do 5 lat. Faza lokomocyjno-genitalna, wiek zabaw. Dziecko pod wpływem otoczenia spostrzega kuszące możliwości „podboju świata”, rozwija zdolność samoobserwacji i kierowania sobą oraz przejawia inicjatywę w działaniu i dochodzi do intensywnego rozwoju mowy. Duże znaczenie ma w tym okresie wyobraźnia dziecka wykorzystywana w różnych zabawach. Na tym etapie dochodzi do zderzenia własnego autonomicznego zachowania dziecka z autonomicznym zachowaniem innych ludzi. Pojawia się niezgodność interesów, dziecko przegrywa. Pojawia się frustracja, poczucie winy, chęć wycofania się z podjętej aktywności. Dziecko różnicuje ludzi ze względu na płeć, identyfikuje się z rodzicem tej samej płci i rywalizuje z nim o uczucie adorowanego rodzica płci przeciwnej.

Pomyślne rozwiązanie konfliktu to zdolność do inicjowania i czerpania przyjemności z ich realizacji oraz zdecydowanie. Dziecko podejmuje inicjatywy nie wywołujące konfliktu, potrafi pełnić opiekę nad młodszymi dziećmi.

Niepomyślne rozwiązanie konfliktu to obawa przed karą i poczucie winy. Dodatkowo może wyrażać się w histerycznym wyparciu własnych pragnień i popędów.

Faza IV. Pracowitość, a poczucie niższości.

Trwa od 6 roku życia do 12 lat. W tym okresie ważną rolę pełnią koledzy i nauczyciele. To w szkole, środowisku klasowym dziecko zaczyna uczyć się. Uczy się liczyć czytać i pisać oraz posługiwać symbolami. Czerpie przyjemność z posługiwania się narzędziami, ćwiczy wytrwałość i cierpliwość. Opanowuje wiedzę i umiejętności. Każda pozytywna osoba mobilizuje dziecko wówczas ma ono satysfakcję z wykonanej pracy, a zła zniechęca. Jest to najważniejszy okres w procesie socjalizacji, gdyż to tutaj kształtuje się stosunek do pracy, do ludzi, z którymi się pracuje i zdolności do odniesienia sukcesu.

Pomyślne rozwiązanie konfliktu to poczucie kompetencji i sukcesu. Wiara we własne siły i możliwości.

Niepomyślne rozwiązanie konfliktu to poczucie niedostosowania i identyfikowania się z grupą i z pracą oraz niższości i ograniczanie swojego rozwoju.

Faza V. Tożsamość, a niepewność roli.

Trwa od 13 roku życia do 18 lat. Pokwitanie i dorastanie. W tym okresie następują szybkie zmiany fizyczne i fizjologiczne powodujące zachwianie obrazu „ja” i konieczność skonfrontowania tego, co się sądzi o sobie z wyobrażeniami jakie mają o nas inni.

Na tym etapie kształtuje się poczucie tożsamości w zakresie pełnienia ról społecznych czyli tożsamość osobowa i zawodowa oraz seksualna. Młoda osoba przekonuje się, że posiada cechy, których nie posiada nikt inny. Najważniejsze w tym okresie jest osiągnięcie równowagi „ja wewnętrznego” i „ja zewnętrznego”. Wiąże się to z poczuciem autonomii, określeniem swoich celów, dokonywaniem wyborów, racjonalna ocena autorytetów. W tym okresie występuje tak zwane moratorium rozwojowe. Do czynników związanych z kształtowaniem się tożsamości można zaliczyć: – Rozwój perspektywy czasowej, zdolność spostrzegania własnego życia jako przebiegającego i ograniczonego w czasie; – Pewność, że jest się sobą; – Wypróbowywanie ról; – Przewidywanie sukcesu, które umożliwia ustalenie tożsamości zawodowej; – Identyfikacja seksualna; Polaryzacja przywództwa czyli zdolność podporządkowania się przywódcy i bycia przywódcą; – Polaryzacja ideologiczna czyli określenie własnej przynależności ideologicznej.

Pomyślne rozwiązanie konfliktu to postrzeganie siebie jako spójnej, wykrystalizowanej osobowości z ukształtowanym poczuciem tożsamości oraz wierność.

Niepomyślne rozwiązanie konfliktu to zagubienie się w kwestii własnej tożsamości, a przejawem jest poczucie rozproszenia ról, które się podejmuje, albo przyjmowanie trwałej tożsamości negatywnej. Przykładem może być identyfikacja z uzależnieniem „jestem narkomanem” lub „jestem alkoholikiem”.

Faza VI. Intymność, a izolacja.

Trwa od 19 roku życia do 25 lat, młodość. W tym czasie człowiek poszukuje bliskich i trwałych związków z innymi ludźmi. Dochodzi do intymnych kontaktów zarówno seksualnych jak i przyjacielskich. Zdolność do zachowania własnej tożsamości i tożsamości partnera. Intymność wywołuje lęk, gdyż wiąże się z niebezpieczeństwem utraty w kontakcie z partnerem poczucia „ja”. Lęk ten prowadzi do poczucia izolacji i unikania związków wymagających intymności. Osiągnięcie intymności w małżeństwie jest przygotowaniem podstaw dla konstruktywnego rozwoju potomstwa.

Pomyślne rozwiązanie konfliktu to przeżywanie miłości i oddania miłości drugiej osobie.

Niepomyślne rozwiązanie konfliktu to lęk przed utratą własnej tożsamości, pozbawienie treści związków z innymi ludźmi.

Faza VII. Kreatywność, a zainteresowanie sobą i stagnacja.

Trwa od 26 roku życia do 65 lat. Wiek dorosły. W tym okresie człowiek poszukuje możliwości wyrażenia siebie poprzez produktywność i twórczość. Najważniejsze staje się przedłużenie gatunku i wychowanie dzieci, nie tylko swoich. Opiekowanie się nimi z pełnym poczuciem odpowiedzialności rodzicielskiej. Kryzys jest często przyczyną złych relacji w małżeństwie. Regresja w tym stadium wyraża się w obsesyjnej potrzebie pseudo intymności oraz okresowym wzajemnym wstrętem partnerów do siebie.

Pomyślne rozwiązanie konfliktu to zdolność do opieki i troski o innych, opiekuńczość.

Niepomyślne rozwiązanie konfliktu to brak rozwoju, nadmierna troska o samego siebie.

Faza VIII. Integralność ego, a rozpacz.

Trwa od 65 roku życia do śmierci. Dojrzałość. Na tym etapie człowiek dokonuje oceny własnego życia. Głównym zadaniem jest zdobycie uznania dla swoich osiągnięć, zaakceptowanie siebie. Integralność ego opiera się na akceptacji

ludzkości i akceptacji własnego istnienia jako koniecznego i niepowtarzalnego. Jeżeli człowiek nie jest w stanie zaakceptować swego dotychczasowego życia, nie jest też zdolny pogodzić się z faktem skończoności swego istnienia. Chciałby zacząć wszystko od nowa, ale wie, że życie jest za krótkie.

Pomyślnie rozwiązanie konfliktu to poczucie satysfakcji z własnego życia, pogodzenie ze śmiercią oraz mądrość.

Niepomyślnie rozwiązanie konfliktu to żal z powodu błędów życiowych i straconych szans, rozpacz i lęk przed śmiercią.

John Bowlby – Teoria rozwoju przywiązania (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

Teoria Przywiązania Johna Bowlby'ego opisuje proces rozwoju więzi pomiędzy jednostką, a otoczeniem w kolejnych etapach życia. Autor w swej teorii skupił się na przywiązaniu dziecka do matki, ponieważ jest ono najwcześniejsze i prawdopodobnie najważniejsze. Podstawą rozwoju tej więzi są relacje z matką lub inną osobą pełniącą tę rolę we wczesnym dzieciństwie. Oddzielenie od matki czy odrzucenie z jej strony prowadzą do „zerwania podstawowej więzi łączącej jedną istotę ludzką z drugą” (Marchwicki 2006). Dzieci niechciane i zaniedbane rosną w przekonaniu, że bliscy są nieprzewidywalni i niegodni zaufania, a one same nie zasługują na miłość. Prowadzi to do poważnych zaburzeń.

Trudności w nawiązywaniu konstruktywnych związków i trudności emocjonalnych oraz zaburzeń w zachowaniu, a w dorosłości do zaburzeń psychicznych. W kolejnych fazach rozwoju dziecka, a następnie nastolatka coraz większego znaczenia nabierają relacje z innymi osobami, dalszą rodziną, wychowawcami, rówieśnikami, partnerem. Poczucie więzi z otoczeniem pozwala skutecznie radzić sobie w trudnych sytuacjach. Jest również koniecznym warunkiem kształtowania umiejętności udzielania wsparcia innym osobom.

Rozwój procesu przywiązania rozwija się w czterech fazach.

Faza I. Podstawowe przywiązanie.

Trwa od narodzin do 6 tygodnia życia. Podstawowe sygnały ze strony dziecka to nieodróżniony płacz, kierowany do różnych osób oraz wydłużenie kontaktu przez wtulanie, ssanie, chwytanie.

Zachowania te służą kształtowaniu się podstawowego przywiązania.

Faza II. Właściwe przywiązanie.

Trwa od 8 do 12 tygodnia życia. Podstawowe sygnały ze strony dziecka to różnicowanie obiektów i preferowanie określonego opiekuna. Jest to okres kształtowania się właściwego przywiązania.

Faza III. Stabilizacja przywiązania.

Trwa od 13 tygodnia do ukończenia 2 lat.

Przywiązanie w tym etapie wyraża się podążaniem za oddalającym się opiekunem, radosnym witaniem, poszukiwaniem z nim bliskości. Jest to okres stabilizacji przywiązania.

Faza IV.

Trwa od 2 roku życia do 3 lat. W tej fazie kształtują się bardziej skomplikowane i wyrafinowane formy przywiązania mające charakter wzajemnych relacji emocjonalnych.

Jeżeli w ciągu pierwszych trzech lat życia dziecka nie powstanie więź, zagraża to późniejszym zdolnościom dziecka do tworzenia związków uczuciowych z innymi ludźmi.

Wyróżniamy trzy typy przywiązania.

Przywiązanie bezpieczne.

Dzieci w obecności matki swobodnie badają otoczenie, dają się pocieszyć podczas jej nieobecności, a jej powrót witają z radością.

Przywiązanie lękowe.

Dzieci w obecności matki czują się mniej swobodnie, mniej są zainteresowane otoczeniem, na rozstanie z matką reagują złością, ale wykazują chęć zbliżenia się po jej powrocie.

Przywiązanie unikające.

Dzieci nie zdradzają oznak niepokoju podczas nieobecności matki, a na jej powrót reagują obojętnością lub unikaniem kontaktu.

Teoria Przywiązania wskazuje na fundamentalne znaczenie, jakie w profilaktyce uzależnień powinna mieć Strategia Rozwijania Umiejętności Wychowawczych oraz Strategia Rozwoju Zasobów Środowiskowych.

W Strategii Rozwijania Umiejętności Wychowawczych kluczowe znaczenie ma wzmacnianie więzi z rodzicami i wychowawcami. Działania te powinny polegać na rozwijaniu wśród rodziców i wychowawców takich umiejętności jak:

- porozumiewanie się z dzieckiem (także w sprawach związanych z substancjami psychoaktywnymi);
- okazywanie miłości i troski;
- rozwiązywanie konfliktów;
- wspieranie nastolatka w osiągnięciu celów życiowych i radze-

niu sobie z trudnościami; – ustalanie i konsekwentne egzekwowanie zasad, jakich dziecko powinno przestrzegać.

Elementem programów profilaktycznych może być przygotowanie rodziców do aktywnego włączania się i pomocy w realizacji działań prowadzonych w szkołach, a dotyczących profilaktyki uzależnień.

Natomiast w programach kierowanych do rodzin proponuje się rodzicom warsztaty i treningi kompetencji wychowawczych, grupy wsparcia dla rodziców dzieci używających substancje psychoaktywne, poradnictwo rodzinne, terapię rodzinną oraz uczestnictwo w projektach integracyjno-rozwojowych, które stanowią ważne uzupełnienie dla pomocy psychologicznej.

Margaret Mahler – Teoria rozwoju relacji z obiektem.

Teoria relacji z obiektem konceptualizuje rozwój człowieka, proces kształtowania się tożsamości i relacji z otoczeniem. Jak we wszystkich teoriach z obszaru psychoanalitycznego, nacisk kładzie się tu nie na rzeczywistość, ale na świat wyobrażeń i przeżyć. Teoria relacji z obiektem ujmuje świat tych przeżyć w odniesieniu do innej osoby, do obiektu. To co jest najważniejsze to rodzaj emocjonalnego zabarwienia, jakie wywołują w dziecku nawiązywane przez niego relacje z obiektem. Tym obiektem jest przede wszystkim z matka lub inna osoba pełniąca tę rolę.

Margaret Mahler wyróżniła w swojej teorii fazy rozwoju dziecka, opisując je właśnie w odniesieniu do charakteru relacji i sposobu jej doświadczania przez rozwijającego się młodego człowieka.

Faza I. Normalnego autyzmu.

Trwa od narodzin do 4 tygodnia życia. W tej fazie dziecko funkcjonuje jako zamknięty system, pozostaje w stanie izolacji psychicznej i doznaje skrajnych stanów. Przyjemności, ekstazy i poczucia rozpadu czyli nieszczęścia. Niemowlę jest zainteresowane jedynie redukcją napięcia, a źródło tego napięcia jak i jego rozładowania umiejscawia w sobie, nie jest świadome istnienia innych ludzi.

Faza II. Prawidłowej symbiozy.

Trwa od 4 tygodnia życia do 5 miesiąca życia. W tej fazie dziecko wyczuwa obecność innego człowieka, ale nie w kategorii odrębnego bytu. Matka postrzegana jest w kategoriach pomocy w redukcji doświadczanych stanów frustracji. Stanowi z dzieckiem jedność. Ta faza to dopiero zapowiedź rozwoju poczucia Ja i innych osób. Jeśli dziecko doświadcza na tym etapie dobrej opieki wytwarza wewnętrzne poczucie siły, sensu, ufności. Pozytywne doświadczenia z tego okresu to podstawa do rozwoju relacji i tożsamości.

Faza III. Separacji – indywiduacji.

Ta faza dzieli się na cztery etapy:

Od 5 do 10 miesiąca życia faza różnicowania.

Od 10 do 16 miesiąca życia faza praktykowania.

Od 16 do 24 miesiąca życia faza ponownego zbliżania się.

Od 24 do 36 miesiąca życia faza konsolidacji i stałości obiektu.

Od około 5 miesiąca rozpoczyna się etap separacji – indywiduacji. Dziecko zaczyna różnicować Ja od nie Ja. Odkrywa odrębność matki. A następnie odrębność między matką, a innymi. Dzięki tym procesom dziecko uczy się rozróżniać świat wewnętrzny od zewnętrznego oraz dokonywać rozróżnień w obrębie ostatniego. Zaczyna rozumieć, że jest sobą, że różni się od innych. W ten sposób nabiera poczucia indywidualności.

Dziecko, by zdrowo się rozwijać, musi oddzielić się od matki. Rozwój poczucia pewności siebie wymaga separacji. Dziecko poprzez umiejętność poruszania się zaczyna eksplorować otoczenie i ustalać swoje preferencje. Może samodzielnie zbliżać się do przyjemności i oddalać od przykrości. Zrozumienie swojego poczucia odrębności niesie ze sobą świadomość tego, że matka nie zawsze będzie dostępna. Na to odkrycie dziecko reaguje wzmoczoną potrzebą kontaktu, chce by matka uczestniczyła we wszystkich jego czynnościach. Jest to tzw. faza powtórnego zbliżenia. Dziecko pragnie autonomii, ale potrzebuje też bliskości. Ważne by rodzic potrafił zgodzić się na rodzącą się w dziecku potrzebę niezależności i jednocześnie nie pozbawiał go opieki i zainteresowania. Dzięki temu pokazuje możliwość pogodzenia tych dwóch pragnień, w innym wypadku dziecko może poczuć się ukarane za swoje tendencje do uniezależniania się i w przyszłości może przejawiać przesadną potrzebę bycia blisko z innymi przy jednoczesnym lęku przed tą bliskością.

Do 4 roku życia dziecko powinno wykształcić w sobie poczucie stałości obiektu. Oznacza to, że ceni obiekty, innych ludzi i nie tylko za to, że są źródłem zaspokojenia, ale za to że są nawet jeśli czasem są frustrujący (nieдоступni, niezaspokajający). Dziecko w tym okresie ma wykształconą wewnętrzną, stałą reprezentację obiektu tzn. pamięta matkę, potrafi przywołać jej złożony obraz i ten rodzaj uwewnętrznienia może nieść ukojenie, gdy matki w pobliżu nie ma. To pozwala na funkcjonowanie bez rodzica, tworzy poczucie pewności siebie i swojej wartości, pozwala na odważną eksplorację otoczenia w poczuciu, że wszystko będzie dobrze nawet, gdy jest się bez opiekuna.

Każde dziecko będzie doświadczało wszystkich tych etapów w indywidualny sposób. Oprócz pewnych prawidłowości rozwojowych jest też tendencja do przeżywania doświadczeń w określony sposób. Niektóre dzieci wykazują większą tolerancję na pojawiające się frustracje, np. na nieobecność matki. Dla

jednego dziecka brak natychmiastowej odpowiedzi matki na sygnalizowanie głodu nie będzie kłopotliwe, a dla innego tak. Jest to istotne z punktu widzenia kształtowania się w dziecku przekonania na temat świata, jako raczej zaspokajającego lub opuszczającego, a w modelowym i pożądanym kształcie jako takiego i takiego – czyli zróżnicowanego, ambiwalentnego. O wadze dokonania tej integracji, wykształcenia rozumienia, że jedna i ta sama osoba jest czasem dobra, a czasem zła, następnym razem.

Teorie poznawczo – rozwojowe.

Jean Piaget – Teoria rozwoju poznawczego (Piaget, 1952, 1970, 1977).

Autor zajmował się przede wszystkim obszarem związanym z procesem rozwoju myślenia. Podczas swoich badań dostrzegł, że wszystkie dzieci przechodzą przez jednakowe, następujące po sobie etapy odkryć dotyczących świata. Popełniają te same błędy i dochodzą do tych samych wniosków. Piaget uważał, że to nie środowisko nadaje kształt dziecku, lecz ono same dąży do jego zrozumienia.

Najważniejsze pojęcia wyjaśniające, jak i dlaczego następuje rozwój intelektualny.

Schematy to struktury intelektu organizujące zdarzenia, spostrzegane i klasyfikowane na podstawie ich ogólnych cech. Tworzą się w skutek różnicowania. Na trafniejsze precyzowanie schematów wpływa coraz lepsze generalizowanie bodźców.

Asymilacja to proces poznawczy, dzięki któremu nowe treści percepcyjne, motoryczne czy pojęciowe włączane są do istniejących schematów lub wzorów zachowania. Asymilacja wpływa na rozbudowę schematu, nie zmieniając go.

Akomodacja to tworzenie nowych schematów, w którym nowy bodziec znajdzie miejsce lub modyfikacja starych, aby bodziec do niego pasował.

Równoważenie to proces pozwalający na włączenie zewnętrznego doświadczenia do struktur wewnętrznych do schematów, przy założeniu, że procesy asymilacji i akomodacji są równie ważne.

Równowaga to stan zrównoważenia struktur poznawczych, które osiągnęte jest w momencie pomyślnego zakończenia asymilacji nowych bodźców.

Używając wyżej wymienionych pojęć można wyjaśnić, jak i dlaczego następuje rozwój intelektualny.

W teorii Piageta aktywność intelektualna nie może być oddzielana od całego funkcjonowania organizmu. Funkcjonowanie intelektualne uważał za szcze-



gólną formę aktywności biologicznej. Czynności intelektualne oraz biologiczne są częściami całościowego procesu, za którego pośrednictwem organizm przystosowuje się do środowiska i organizuje doświadczenie. W chwili urodzenia schematy są z natury odruchowe. Niemowlę dokonuje rzeczywistego różnicowania w obrębie swojego ograniczonego środowiska, lecz czyni to za pośrednictwem dostępnego dla siebie aparatu odruchowego i motorycznego. W miarę jak dziecko rozwija się, schematy stają się coraz bardziej zróżnicowane i liczniejsze. Sieć, którą tworzą, staje się coraz bardziej złożona. Schematy osoby dorosłej rozwijają się ze schematów dziecka dzięki procesom adaptacji i organizacji. Rozwój intelektualny jest więc ciągłym procesem konstrukcji i rekonstrukcji. Procesami odpowiedzialnymi za te przemiany są asymilacja i akomodacja. W miarę dorastania człowiek zdobywa coraz to nowe doświadczenia. Nowe bodźce dopasowuje do istniejących już schematów i w nich je umieszcza. Asymilacja rozbudowuje i powiększa więc istniejące wcześniej schematy. Nie zawsze jednak możliwe jest dopasowanie nowego bodźca do ograniczonej ilości schematów. Wówczas umysł zmuszony jest stworzyć schematy nowe lub zmodyfikować już istniejące. W obu przypadkach mówimy o zjawisku akomodacji. Po tym procesie znów następuje asymilacja, która nie sprawia już trudności i zawsze jest produktem końcowym. Procesy asymilacji i akomodacji są niezbędne do wzrostu i rozwoju poznawczego. Obydwa procesy są równie ważne. Jeśli nie ma między nimi równowagi, pojawia się motywacja i chęć do jej osiągnięcia. Pojęciowo wzrost i rozwój poznawczy przebiegają w podobny sposób na wszystkich swoich etapach. Wiedza jest konstruowana przez jednostkę w czasie całego życia od chwili urodzenia. Schematy osób dorosłych są konstruowane ze schematów dziecięcych. W procesie asymilacji organizm dopasowuje bodziec do schematu, który istnieje w procesie akomodacji organizm zmienia schemat tak, by pasował do bodźca. Rezultatem akomodacji jest jakościowa zmiana struktur poznawczych czyli schematów, natomiast asymilacja dodaje tylko elementy do istniejących struktur dając w efekcie zmianę ilościową. A zatem asymilacja i akomodacja, za których pośrednictwem dokonuje się pełna koordynacja, różnicowanie, integracja oraz nieustanna konstrukcja, odpowiadają za wzrost i rozwój struktur poznawczych i wiedzy. Równoważenie jest wewnętrznym, samoregulującym się mechanizmem, który kieruje tymi procesami. Rozwój umysłu jest takim samym procesem adaptacji, jak przystosowanie biologiczne do otaczającego świata.

Rozwój umysłowy jest procesem towarzyszącym dziecku od początku jego istnienia. Czekać na pełen rozkwit swych zdolności umysłowych, nie może pominąć żadnego etapu. Zachowanie intelektualne w każdym wieku wynika bezpośrednio z wcześniejszego poziomu zachowania. Piaget w swej teorii wyszczególnił następujące okresy.

Stadium I. Okres Sensomotoryczny.

Trwa od urodzenia do 2 roku życia. W tym okresie dziecko myśli głównie przez działania. Faza ta dzieli się na sześć etapów rozwoju:

1. Odruchy (0–1 miesiąc) – aktywność odruchowa.
2. Pierwsze rozróżnienia (1–4 miesiąc) – koordynacja ruchów.
3. Odtwarzanie (4–8 miesiąc) – koordynacja ruchów ręki i oczu, odtwarzanie interesujących zdarzeń.
4. Koordynacja schematów (8–12 miesiąc) – stosowanie znanych rozwiązań do nowych problemów, przewidywanie.
5. Eksperymentowanie (12–18 miesiąc) – odkrywanie nowych sposobów działania.
6. Reprezentacja (18–24 miesiąc) – wymyślanie nowych sposobów działania poprzez wewnętrzne kombinacje.

Stadium II. Okres Przedoperacyjne.

Trwa od 2 roku życia do 6 lat. Dziecko w tym okresie zaczyna funkcjonować w coraz większym stopniu w trybie pojęciowym i przedstawieniowym. Staje się coraz bardziej zdolne do umysłowego reprezentowania zdarzeń. Głównym osiągnięciem rozwojowym stadium przedoperacyjnego jest zdolność reprezentowania, przedstawiania przedmiotów i zdarzeń. Jest kilka rodzajów reprezentacji, przedstawień ważnych dla rozwoju poznawczego. W kolejności występowania są to: naśladownictwo odroczone (naśladowanie nieobecnych przedmiotów i zdarzeń); zabawa symboliczna (np. klocek zastępuje samochód), rysunek; obrazy umysłowe (wewnętrzne reprezentacje przedmiotów i przeszłych doświadczeń); mowa (mowa egocentryczna oraz mowa uspołeczniona).

Cechami rozwoju przedoperacyjnego są:

- egocentryzm, gdzie dziecko jest przekonane, że wszyscy myślą tak samo jak ono. Są przekonane, że ich myśli są zgodne z prawdą;
- niezdolność do rozumienia przekształceń;
- centracja, gdzie dziecko wykazuje tendencje do skupiania uwagi na jednym tylko aspekcie prezentowanego mu bodźca wzrokowego;
- odwracalność, gdzie istnieje możliwość cofnięcia swego myślenia do punktu, w którym się rozpoczęło.

Opisane wyżej cechy są niezbędne do rozwoju myślenia logicznego i występują w sposób naturalny. Najbardziej widziane są w tym, co bywa nazywane problemem zachowania stałości. Zachowanie stałości, niezmiennik oznacza, że ilość substancji (liczebność zbioru) pozostaje taka sama bez względu

na zmiany dokonywane na wymiarach nie związanych z nią. Poziom rozumienia niezmienników stanowi miarę rozwoju struktur logiczno-matematycznych dziecka.

Stadium III. Okres Operacji konkretnych.

Trwa od 6 roku życia do 12 lat. W tym stadium dziecko rozwija procesy myślenia logicznego, mogące mieć zastosowanie przy rozwiązywaniu problemów, które są proste i typowe. Zadania dotyczące zachowania stałości nie sprawiają już problemu. Gdy natrafia na sprzeczność między myśleniem, a percepcją, jak na przykład w problemach dotyczących niezmienników, opiera swoje rozstrzygnięcia na rozumowaniu, a nie na percepcji. W tym czasie dziecko przestaje być uzależnione od percepcji i staje się zdolne do rozwiązywania większości problemów poznawczych na przykład do zachowania stałości, z którymi nie mogły sobie poradzić wcześniej. Dziecko potrafi decentrować swoje spostrzeżenia i zwraca uwagę na przekształcenia i co ważne posiada zdolność odwracania operacji umysłowych. Dziecko w fazie operacji konkretnych staje się ponadto bardziej uspołecznione i mniej egocentryczne w posługiwaniu się mową niż wcześniej.

Myślenie na poziomie operacji konkretnych przewyższa myślenie przedoperacyjne pod względem jakości. Pojawiają się schematy operacji logicznych takich jak porządkowanie i klasyfikacja. Rozwijają się pojęcia przyczynowości, przestrzeni, czasu, prędkości.

W tym stadium dziecko dochodzi do funkcjonalnych zastosowań rozumowania logicznego. Dzieci w widoczny sposób rozwijają operacje logiczne, to jednak operacje te (odwracalność, klasyfikacja i inne) są pomocne jedynie w rozwiązywaniu problemów dotyczących konkretnych (rzeczywistych, obserwowalnych) przedmiotów i zdarzeń, z którymi dziecko się styka. Na tym poziomie rozwoju dzieci przeważnie nie potrafią jeszcze zastosować logiki do rozwiązywania hipotetycznych, czysto słownych lub abstrakcyjnych problemów.

Stadium IV. Okres Operacji formalnych.

Trwa od 12 roku życia do zakończenia okresu dojrzewania. W tym okresie dziecko nabywa zdolność do rozumowania abstrakcyjnego bez odwoływania się do konkretnych przedmiotów i wydarzeń. Dzieci potrafią rozwiązywać problemy za pomocą systematycznego testowania zbioru hipotez i równoczesnego badania ich wzajemnych zależności. Dziecko staje się zdolne do manipulowania myślami, tak jak przedmiotami i zdarzeniami. Potrafi wyobrażać sobie i myśleć o rzeczach, których nigdy wcześniej nie widziało lub, które mają dopiero nastąpić. Potrafi systematycznie porządkować myśli lub przedmioty i potrafi wnioskować.

Lew Wygotski – Teoria rozwoju uczenia się (Wygotski, 1978).

Autor uważał, że złożone formy myślenia wyrastają ze społecznych interakcji, a nie z osobistych poszukiwań dziecka. W rozwoju umiejętności poznawczych ważny jest dorosły, który modeluje i konstruuje doświadczenie poznawcze, proces ten nazywany jest budowaniem rusztowania. Wygotski uważał, że edukacja nie polega na samym przyswojeniu określonej wiedzy, ale na rozwijaniu u dzieci umiejętności uczenia się. Zdolność dziecka do jasnego i kreatywnego myślenia, planowania, realizowania tych planów i komunikacji jest o wiele ważniejsza od samej wiedzy. Przyswajanie wiedzy będzie bowiem nieporównywalnie łatwiejsze, jeśli wiemy, jak się uczyć. Uważał, że można to osiągnąć oddając dzieciom do użytku kulturowe narzędzia myślenia i tworzenia. Czyli taki zestaw narzędzi intelektualnych, które służą do poszerzenia naszych zdolności umysłowych. Narzędzia te to znaki, symbole, a przede wszystkim język, które wykorzystujemy do codziennego komunikowania się i analizowania rzeczywistości. Do ćwiczeń zaś wykorzystuje systemy oparte na obrazie łatwym do zrozumienia dla dziecka i uniwersalnym, równocześnie stymulującym użycie języka. Autor wierzył, że celem edukacji jest przedstawienie dzieciom pełnego zakresu takich narzędzi i pokazanie im, jak je stosować do szybkiego i skutecznego analizowania rzeczywistości. Stosując je od najmłodszych lat, dzieci automatycznie rozwijają swoje umiejętności. Im lepiej dziecko potrafi przyswoić sobie ten swoisty język wypracowany przez ludzkość w ciągu stuleci, tym większe są jego zdolności w danej dziedzinie. Dzieci zaczynają wtedy planować i organizować swoje działania, otwierają przed sobą swój punkt widzenia, znajdują niestandardowe rozwiązania problemów, wierzą w siebie i swoje własne umiejętności.

Głównym założeniem najsławniejszej pracy Wygotskiego jest wzajemne powiązanie myśli i języka. W trakcie zabawy małe dzieci na bieżąco komentują przecież rozwój akcji: „*A teraz pociąg jedzie dookoła wieży i uderza w wieżę, och nie – wieża się rozpada*”. Wygotski nazwał to monologiem zewnętrznym. Z czasem monolog zewnętrzny staje się monologiem wewnętrznym, przybierającym formę myśli. Tym samym opanowana przez dziecko mowa, staje się podstawową strukturą jego myślenia. Oznacza to, że rozwój myśli jest w dużym stopniu determinowany zdolnościami językowymi dziecka. Zaś zasób słownictwa dziecka zależy w największej mierze od jego codziennych doświadczeń. Tak więc jedną z najważniejszych funkcji edukacji powinno być wspieranie rozwoju bogatego i efektywnego języka mówionego dziecka.

Wygotski twierdził, że to nauczyciel odgrywa kluczową rolę w edukacji dziecka. Nauczyciel powinien tak kierować zajęciami, by nakłaniać dziecko do podejmowania zadań przekraczających nieco jego obecne możliwości. Dzięki takiej zdrowej inspiracji dzieci mogą wykonywać zadania wykraczające poza ich umiejętności, czego bez pomocy nauczyciela nie mogłyby dokonać.

Strefa najbliższego rozwoju stanowi obszar, który dla dziecka jest jeszcze nieznanym, ale dostępnym dla jego możliwości. Zadania stawiane dziecku, które stanowią strefę najbliższego rozwoju są dla niego wyzwaniem i wymagają wysiłku, aby mogło się z nimi zmierzyć. Dzięki temu dziecko stale się rozwija oraz ma poczucie sukcesu, co bardzo pozytywnie wpływa na poczucie jego własnej wartości.

W teorii Wygotskiego zabawa odgrywała w procesie edukacji podstawową rolę. W czasie zabawy bowiem dzieci są bardzo mocno zaangażowane w wyobrażone sytuacje, w których z jednej strony przyjmują określone role, a z drugiej strony zaś same wyznaczają obowiązujące w niej zasady. Kiedy na przykład bawią się „w rodzinę”, przyjmują określone role, które z góry determinują ich działania. Zabawa taka prowadzi zatem do większego poziomu samokontroli, gdyż wszystkie działania dzieci są określone przez zasady gry, które same sobie przecież stworzyły. Gdy dzieci angażują się w zabawę, ich skupienie i zaangażowanie w spełnienie zadania jest znacznie większe, niż wtedy, gdy przychodzi im wykonywanie działań o charakterze akademickim, czyli wymyślanych przez nauczyciela.

Albert Bandura – Teoria poznania społecznego (Bandura 1977, 1982, 1989).

Autor uważał, że naturę ludzką charakteryzuje ogromny potencjał, który w wyznaczonych przez biologię granicach, pod wpływem bezpośrednich i pośrednich doświadczeń, może być przekształcany w różne formy. Jego teoria zbudowana jest w oparciu o tradycyjne pojęcia uczenia się, ale też dodał do niej swoje spostrzeżenia. Po pierwsze twierdził, że uczenie się nie zawsze wymaga bezpośrednich wzmocnień. Można uczyć się poprzez obserwację i modelowanie. Czyli na przykład dzieci mogą w określonych sytuacjach się zachowywać tak jak zachowują się dorośli w tych sytuacjach. Jeżeli rodzice spożywają regularnie alkohol to dziecko też ten alkohol w przyszłości mogą spożywać. Po drugie Bandura uważał, że istnieje inny rodzaj wzmocnień niż tylko warunkowanie klasyczne czy instrumentalne. Są to wzmocnienia wewnętrzne lub wewnętrzne nagrody. I tak radość z wykonania trudnego przez dziecko zadania może być przykładem takiego wzmocnienia. Satysfakcja i pozytywne emocje przeżywane z powodu nowych odkryć mogą wpływać i modyfikować nasze zachowanie podobnie jak wzmocnienia zewnętrzne w postaci dobrej oceny lub pochwały. Po trzecie autor podkreślał aspekt poznawczy w procesie uczenia się. Uważa, że poprzez modelowanie można nabywać abstrakcyjnych jak i konkretnych umiejętności. Co przekłada się na to, że kiedy rodzice pomagają innym tej pomocy potrzebującym to nawet, gdy o tym nie mówią to i tak dziecko nabywa przekonania, że innym należy pomagać.

Dodatkowo autor w swej koncepcji zwracał uwagę na fakt, że ważną rolę w procesie uczenia się i motywacji do działania odgrywa wyznaczanie sobie celu, planowanie oczekiwań w konsekwencji podjętych działań oraz ocenianie własnych osiągnięć.

Evelyn Duvall – Teoria faz życia rodzinnego (Duvall 1962).

Autor opisuje w swej teorii osiem następujących po sobie stadiów życia rodzinnego. Każde z nich wiąże się z przejściem lub odrzuceniem pewnej roli, albo też ze zmianą treści roli centralnej. Zadania rozwojowe rodziny muszą spełniać wymagania biologiczne, kulturowe oraz osobiste członków rodziny.

Faza I. Małżeństwo bez dziecka.

Trwa do narodzin pierwszego dziecka. Zadaniem tej fazy jest stworzenie rodziny. Rozpoczyna się ceremonią, która symbolizuje zakończenie przynależności do rodziny pochodzenia i początek nowej rodziny. Na początku małżeństwa dochodzi do renegocjacji dotyczących zasad funkcjonowania, relacji, seksu, pełnieniu władzy. Jest to okres, w którym młodzi ludzie uczą się siebie nawzajem. Poznają siebie, swoje oczekiwania, planują przyszłość, określają ważniejsze posunięcia życiowe. Dziś ten okres jest często skracany przez nieplanowaną ciążę, która staje się zasadniczym powodem zawarcia małżeństwa lub podjęcia decyzji o pozostawaniu w związku nieformalnym. Dla młodej rodziny jest to pierwszy ważny kryzys, który ma konsekwencje w przyszłości m.in. w podziale ról, komunikacji, podziale odpowiedzialności.

Faza II. Rodzina z małym dzieckiem.

Najstarsze dziecko ma do 2 lat. W rodzinie pojawia się nowa rola, rola rodzica. Dotąd wypracowane między małżonkami sposoby porozumiewania się były obliczone na ich dwoje. W chwili urodzenia się dziecka pojawia się ono, które może wzbudzać zazdrość. Młodzi małżonkowie muszą przesunąć się do następnej generacji. Rodzina przeżywa w tej fazie kryzys dojrzałości rodzicielskiej i przechodzi sprawdzian siły związku. Do następnej generacji muszą przesunąć się również inni członkowie systemu rodzinnego. Rodzice młodych rodziców stają się dziadkami, a rodzeństwo ciotkami i wujami. W tej fazie pojawiają się różnego rodzaju trudności. Pojawia się walka o przejęcie odpowiedzialności, niezdolność do ustanawiania granic, ustalanie zbyt sztywnych granic, trudności z przyjmowaniem ról, nadmierne rozpieszczanie lub nadmierny rygoryzm wobec dzieci.

Faza III. Rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym.

Najstarsze dziecko jest w wieku od 2 do 6 lat. Rola rodzica się zmienia, a zadaniem jest przystosowanie.

Faza IV. Rodzina z dzieckiem w wieku szkolnym.

Najstarsze dziecko jest w wieku od 6 do 12 lat. Rodzina w tym okresie wywiera podstawowy wpływ na rozwój dziecka w obszarze emocjonalnym, społecznym i poznawczym. Częstość i intensywność komunikacji rodziców z dzieckiem wpływa na tempo rozwoju mowy i procesów poznawczych.

Faza V. Rodzina z dzieckiem dorastającym.

Najstarsze dziecko jest w wieku od 13 do 21 lat. Zadaniem tego okresu jest separacja dorastającego dziecka. Dorastający młody człowiek powinien być spokojny, że rodzice poradzą sobie bez niego. Powinien wiedzieć, że może wracać do rodziny, kiedy jej potrzebuje, a równocześnie zachować prawo do niezależności.

Jest to trudny czas dla rodziny z powodu próby sił między rodzicami, a dziećmi przygotowującymi się do dorosłości. Tu najczęściej dochodzi do popełniania całej masy błędów wychowawczych, bo nie wiadomo jak traktować dzieci, czy jako dzieci czy może jak dorosłych. Zresztą one same tego nie wiedzą. Do tej pory dziecko było całkowicie zależne od rodziców, a teraz chce realizować swoje pomysły na życie, chce mieć swoje niezależne poglądy. Większego znaczenia nabiera dla niego grupa rówieśnicza, a wzmożony krytycyzm wyostreza wady rodziców. Rodzice stają przed koniecznością zaakceptowania faktu, że nie są już absolutnym autorytetem dla swego dziecka. Muszą też uelastyczyć swoją postawę rodzicielską tak, aby stworzyć dziecku przestrzeń do bezpiecznego eksperymentowania z samodzielnością. W tej fazie odzywają się nierozwiązane problemy z poprzednich faz. Konflikt między starszym, a młodszym pokoleniem odbija się także na funkcjonowaniu małżonków. Dochodzi do tworzenia się koalicji między którymś z małżonków, a dzieckiem, co wpływa destrukcyjnie na całą rodzinę. Zacierają się granice w pełnionych przez poszczególnych członków rolach, co komplikuje hierarchię rodzinną i system egzekwowania norm. W rodzinach, gdzie występuje lęk przed bliskością i lęk przed opuszczeniem przez dzieci rodziców pojawiają różnego rodzaju objawy tych trudności.

Tak objawiający się kryzys fazy dojrzewania dzieci może w znacznym stopniu nakładać się na chęć zaspokojenia ciekawości dotyczącej substancji psychoaktywnych. W tej fazie dorośli często szukają pomocy psychologów, pedagogów ze względu na lęk i obawę przed np. uzależnieniem ich dziecka.

W systemie rodzinnym eksperymentowanie z narkotykami lub alkoholem często pełni funkcję zastępczą wobec ukrytego, właściwego problemu.

Faza VI. Rodzina z dzieckiem opuszczającym dom.

Trwa do momentu opuszczenia domu przez ostatnie dziecko. Rolą rodziców jest wspomaganie prób usamodzielnienia się dzieci. Odchodzenie dorosłych już dzieci z domu rodzinnego jest trudne i dla nich samych jak i rodziców. Nieodpowiednio rozwiązane kryzysy z poprzednich faz mogą w tej fazie przyjąć postać kryzysu rozstawania się z pełnionymi do tej pory rolami. Odpowiedzialnych i poświęcających się rodziców, czy niesamodzielnymi dziećmi. Często rodzice boją się zostać sami ze sobą, bo jako małżonkowie nie mają sobie nic do zaoferowania. Jeśli w systemie rodzinnym ukształtowały się koalicje to dzieci mogą nieświadomie wejść w rolę strażników dotychczasowego systemu. Odbywa się to kosztem dziecka dojrzałości na przykład kiedy dziecko zostaje osobą uzależnioną. Rodzice usiłują zatrzymać dzieci, aby uniknąć poczucia pustki, przygnębienia, apatii. Taki stan towarzyszy przede wszystkim kobietom, które poświęciły się wychowywaniu dzieci.

Faza VII. Rodzina bez dzieci, stadium pustego gniazda.

Okres, w którym wszystkie dzieci już opuściły dom. Dokonuje się zasadnicza zmiana roli rodzica. Zadaniem tej fazy jest znalezienie przez obojga małżonków celów i wartości na resztę wspólnego życia i przygotowanie się do roli dziadków. Jest to okres nowych możliwości, a także okres realizowania odkładanych marzeń.

Faza VIII. Rodzina starzejących się rodziców.

Zadaniem tej fazy jest przystosowanie się do końca kariery zawodowej, przechodzenia na emeryturę oraz starzenia się i śmierci. Najtrudniejszym zadaniem jest pogodzenie się ze śmiercią współmałżonka. W tej fazie rodzice często chorują i wtedy istnieje konieczność opieki nad nimi przez dzieci. Kryzysem tej fazy jest samotność, gorsze warunki ekonomiczne, śmierć współmałżonka i lęk przed własnym odejściem.

Rozdział 7.

Specyfika uzależnień okresu rozwojowego.

Teorie psychoanalityczne mówią, że przyczyną uzależnienia są nierozwiązane, stłumione lub nieświadome konflikty wewnętrzne człowieka. Koncepcje te swoje teorie opierają głównie na czynnikach emocjonalnych i motywacyjnych, które wywodzą się z przeżyć i doświadczeń zdobytych w okresie dzieciństwa. Główną energią psychiczną jest popęd seksualny, czyli energia libido i energia popędu niszczycielskiego. Rozwój libido jest wynikiem związków dziecka z najbliższym otoczeniem, osobami dla niego ważnymi i znaczącymi, a szczególnie z matką. To właśnie rozwój libido stanowi podstawę do powstania uzależnienia. Proces fiksacji libido, zatrzymania energii na określonej fazie rozwoju może prowadzić do określonych zaburzeń.

Uzależnienie jest wynikiem trudności na wczesnym poziomie rozwoju psychoseksualnego, a dokładniej w fazie oralnej, gdzie źródłem przyjemności jest ssanie, doznawanie ciepła i opieki matki oraz jedzenie i picie. W życiu dorosłym, fiksacja na fazie oralnej może objawiać się biernością, zależnością, brakiem tolerancji na wszelkie napięcia psychiczne, zmniejszona odpornością na ból i frustrację. Skutkiem tego jest kształtowanie się zachowań nałogowych takich jak palenie papierosów, picie alkoholu, obżarstwo. Główna teza koncepcji psychoanalitycznych wskazuje na to, że uzależnienie jest wynikiem interakcji pomiędzy stłumionym lub nieuświadomionymi procesami psychicznymi, a wydarzeniami zewnętrznymi. Teorie te prezentują dwa sposoby interpretacji źródeł uzależnienia. Pierwszy jako powrót do niespełnionych okresów rozwoju psychoseksualnego lub psychospołecznego (fiksacja na określonej fazie rozwoju) i drugi jako związek zażywania substancji psychoaktywnych z deficytami w strukturze osobowości.

Freud uważał uzależnienie za pewien rodzaj substytutu aktu seksualnego, który ma związek z masturbacją rozumianą jako uzależnienie pierwotne. Dlatego wszystkie inne uzależnienia mają tylko na celu zastąpienie i zaspokojenie potrzeby satysfakcji seksualnej. Uzależnienie uważał za „substytut braku seksualnej satysfakcji i dopóki normalne życie seksualne nie zostanie ponownie podjęte, osoba uzależniona będzie powracała do nałogu”. Dla Freuda uzależnie-

nie jest też wynikiem unikania wewnętrznego przymusu cierpienia, gdyż substancje psychoaktywne wywołują stan przyjemności, blokując przez to dostęp dla bodźców nieprzyjemnych. Jest to ich głównym niebezpieczeństwem, ponieważ doprowadzają do utraty wielkich ilości energii, która według Freuda mogłaby być wykorzystana do poprawy kondycji ludzkiego losu. Jedną z najważniejszych myśli Freuda, która nadal jest bardzo aktualna i wywarła piętno na myślenie o uzależnieniach, jest teza, że nie można pozbawić człowieka substancji psychoaktywnej, jeżeli nie dokonaliśmy identyfikacji przyczyn z których pochodzi potrzeba zażywania środków uzależniających.

Teorie poznawczo-behawioralne oparte są na założeniu, że uczucia i zachowania są spowodowane przez człowieka myśli, a nie są wynikiem i reakcją na bodźce zewnętrzne takie jak ludzie, sytuacje i wydarzenia. People may not be able to change their circumstances, but they can change how they think about them and therefore change how they feel and behave, according to cognitive-behavior therapists. 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. In the treatment for alcohol and drug dependence, the goal of cognitive behavioral therapy is to teach the person to recognize situations in which they are most likely to drink or use drugs, avoid these circumstances if possible, and cope with other problems and behaviors which may lead to their substance abuse. W leczeniu problemów uzależnień celem terapii poznawczo-behawioralnej jest nauczenie osoby rozpoznać sytuacje, które najprawdopodobniej prowadzą do uzależnienia. Również konstruktywnie rozwiązywać inne trudności i deficyty oraz korygować destrukcyjne zachowanie, które w konsekwencji też mogą prowadzić do uzależnień. Ważne jest zatem w jaki sposób ludzie interpretują swoje życiowe doświadczenia, jak postrzegają siebie. Jakże człowiek ma poczucie własnej wartości, pewności siebie, czy jest samodzielny, czy potrafi odnaleźć się w zastanej rzeczywistości. Rozumienie uzależnień rozwinęło się na bazie teorii społecznego uczenia się. Zgodnie z ich założeniami uzależnienia młodzieży są społecznie wyuczonym zachowaniem oraz kształtują się i utrwalają na skutek modelowania. Czyli obserwacji i naśladowania osób ważnych i atrakcyjnych (rodzice, rówieśnicy, postaci kultury masowej). Modele poznawcze zakładają, że większość zakłóceń powstaje na podstawie błędnych treści poznawczych i błędnego poznawczego przetwarzania. Dodatkowo kluczowe znaczenie ma rozpoznanie i zmiana schematów poznawczych podtrzymujących uzależnienie oraz motywowanie do zmiany zachowania. Główny sposób postępowania to identyfikacja i modyfikacja nie przystosowawczych przekonań i myśli. Uczenie się nowych wzorów reakcji emocjonalnych i zachowania poprzez treningi asertywności, treningi umiejętności społecznych, treningi konstruktywnych zachowań oraz modelowanie. Terapia uzależnień to w znacznym stopniu praca nad nawrotami choroby. Mo-

del poznawczo-behawioralny nawrotu choroby zakłada, że zachowania związane z uzależnieniem to wyuczone destrukcyjne zachowania „złe nawyki”.

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

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

Jeżeli zajmujemy się uzależnieniem dzieci i młodzieży to nie sposób pominąć środowiska rodzinnego, rówieśniczego i szkolnego. To te trzy obszary bardzo wyraźnie wpływają na rozpoczynanie i dalej rozwój oraz podtrzymywanie uzależnienia u młodzieży.

Środowisko rodzinne.

Grupa teorii uwarunkowań rodzinnych uznaje, że jedną z najistotniejszych przyczyn uzależnień są zaburzone relacje rodzinne. Na uzależnienie u dzieci mogą wpływać indywidualne cechy rodziców czy innych członków rodziny. Ten sposób myślenia został odzwierciedlony w koncepcjach psychoanalitycznych, które przywiązują dużą wagę do doświadczeń wczesnodziecięcych. Za decydujące w rozwoju jednostki na przykład From, uważał doświadczenia dziecka z innymi ludźmi, a w szczególności z rodzicami. Twierdził, że rysy oralne kształtują się, gdy rodzice obdarzają swoje dziecko miłością i czułością, a dziecko jest wobec nich uległe. Rysy analne natomiast w osobowości kształtują się, gdy dziecko nie ma pewności co do miłości matki.

Brook w swojej teorii interakcji rodzinnych podkreśla fakt więzi między rodzicami, a dzieckiem, szczególnie między matką, a dzieckiem. Warunkiem niezbędnym do ukształtowania się prawidłowych relacji między rodzicami, a dzieckiem jest akceptowanie przez rodziców wartości uznawanych w szerszym społeczeństwie. Co najważniejsze system rodzinny powinien być oparty na miłości i wspieraniu emocjonalnym dziecka oraz sprawowaniu właściwej kontroli rodzicielskiej nad dzieckiem.

Szkoła w Palo Alto była miejscem rozwoju systemowej terapii rodzin, której twórcami byli G. Bateson, J. Haley, P. Watzlawick. Skupili się oni na wyjaśnianiu procesów zachodzących w rodzinie. W ich rozumieniu rodzina jako całość nie jest traktowana jako prosta suma niezależnych jednostek. Jest całością, która tworzy nową jakość, a jej poszczególne elementy wchodzą ze sobą w inte-

rakcje. Uważają oni również, że zachowania jednostki nie można wyjaśnić bez zrozumienia zachowania całej rodziny i jej członków. Według autorów, każdy symptom reprezentowany przez zachowania destruktcyjne, jest sposobem adaptacji jednostki do zastanej sytuacji życiowej. Najśłabsza jednostka w rodzinie, którą często jest dziecko, może być „delegowane w chorobę”, przez resztę rodziny. Dziecko uczy się, że tylko przez zaburzone zachowania może zwrócić na siebie uwagę rodziców. Często zdarza się to w przypadku kryzysów rodzinnych, kiedy to dziecko zażywające substancje psychoaktywne odciąga uwagę rodziców od konfliktu. Przerzuca ich zainteresowanie, gwarantując w ten sposób zachowanie homeostazy. Często te zachowania mogą się powtarzać, proces ten jest nazywany „tańcem rodzinnym”.

Inne teorie wyłaniające się z tego nurtu, wskazują na istotną rolę nieobecnego w życiu rodziny ojca. Jego brak może wpływać na rozwój uzależnienia dziecka. Inne z kolei sugerują, że czynnikiem sprzyjającym może być nadopiekuńcza matka, która nadmiernie chroni swoje dziecko przed światem lub dominująca matka stawiająca wysokie wymagania swoim dzieciom, przez co wykształca niskie poczucie własnej wartości u swoich dzieci.

Rogala-Obłękowska wyróżnia kilka odmiennych wzorów zachowania rodziny.

Pierwszy to rodziny, w których rodzice często mają zbyt wysokie oczekiwania w stosunku do dziecka. Strach przed nie wywiązaniem się z tych oczekiwań powoduje u dziecka brak poczucia bezpieczeństwa. W tej sytuacji zażywanie substancji psychoaktywnych paradoksalnie służy, w poczuciu dziecka, zminimalizowaniu ryzyka niepowodzenia zgodnie z normą „czego można oczekiwać od narkomana lub alkoholika”.

Drugi to rodziny, gdzie rodzice mają bardzo niskie oczekiwania w stosunku do dziecka. Wówczas stara się ono dostosować do tych oczekiwań, aby uzyskać gratyfikację w formie rodzicielskiego zainteresowania i troski.

Trzeci to rodziny, gdzie dzieci zażywają substancje psychoaktywne w wyniku nieświadomionej chęci ukarania rodziców i zrewanżowania się im za brak miłości, ciepła i okazywaniu tych uczuć we wczesnym dzieciństwie.

Czwarty to rodziny, gdzie fakt uzależnienia dziecka jest funkcją syntonii rodzinnej. Często rodzice jakby „skłaniają” je do zażywania substancji. Używanie substancji psychoaktywnych przez dziecko służy utrzymaniu go w zależności od rodziców, co wynika z obawy rodziców przed jego odejściem z domu.

Rolę rodziny w kształtowaniu uzależnienia, w teorii systemów rodzinnych rozwijał też Stanton (Koncepcja procesu cyklicznego w rodzinie osoby uzależnionej). Uważał on, że osoby uzależnione stanowią specyficzną grupę społecz-

ną. Osoby z tej grupy nie potrafią prawidłowo funkcjonować ze względu na silną zależność od innych i uzyskiwania od nich opieki. Zauważył również, że gdy osoby uzależnione odnoszą sukcesy na przykład w trakcie terapii oraz podejmowali próby uniezależnienia się od swojej rodziny, to w takich momentach, w tych rodzinach, zaczynały się pojawiać poważne i gwałtowne kryzysy. Powodowało to, że osoby uzależnione rezygnowały ze swych planów separacyjnych i powracały na łono rodziny lub ponownie wracały do uzależnienia. Stanton twierdzi, że można to interpretować jako formę złożonego sprzężenia zwrotnego wewnątrz powtarzającego się cyklu. W czasie takich konfliktów osoba uzależniona przerzuca uwagę swoich rodziców odciągając ich od problemów, które wywołały ten kryzys, a przy tym przywróciła homeostazę układu. Zażywanie substancji psychoaktywnych może być rozumiane jako podtrzymanie bliskości rodzinnej.

Jak wykazały badania J. Brooka, 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. Tolerancyjne postawy rodziców wobec środków uzależniających czy przykład starszego rodzeństwa, które zażywa substancje psychoaktywne zwiększa prawdopodobieństwo zażywania ich przez młodszych członków rodziny.

Z opracowania J. Rogala-Obłękowskiej poświęconego cechom osobowości rodziców i ich postaw wobec uzależnionego dziecka można przedstawić dwa obrazy matek.

Pierwszy to nadopiekuńcze matki, silnie uczuciowo skoncentrowane na dziecku. Ograniczają one jego aktywność, samodzielność i tym nadmiernie uzależniają je od siebie. Ten symbiotyczny związek powoduje opóźnienie emocjonalnego dojrzewania dziecka i nieumiejętność podejmowania decyzji.

Drugi to matki charakteryzowane jako dominujące i podporządkowujące sobie dziecko. Postawa taka przyczynia się do niezaspokojenia podstawowych potrzeb emocjonalnych dzieci, a przede wszystkim potrzeby kontaktu z rodzicami i potrzeby przynależności. Prowadzić to może do zahamowania uczuć wyższych i rozwoju zachowań antyspołecznych.

Większość rodzin młodzieży uzależnionej to rodziny rozbite. W rodzinach, gdzie ojciec najczęściej nie podejmował roli wychowawczej w stosunku 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 substancje psychoaktywne.

Zachowania głównie matek, które między innymi z obawy przed „pustym gniazdem” wiążą swe dzieci. W pewnym sensie ubezwalniają je w obszarze rozwoju poprzez podtrzymywanie ich choroby. Taki proces obserwujemy w wypadku dzieci używających substancje psychoaktywne. Rodzic woli by jego dziecko było wciąż zależne od niego, nie dorosło i temu może służyć jego używanie substancji psychoaktywnych.

W innych sytuacjach kiedy dziecko sprawia poważne trudności wychowawcze lub posiada zaburzenia psychiczne, a przy okazji sporadycznie zażywało substancje psychoaktywne okazuje się, że używanie substancji jest postrzegane przez rodziców jako główna przyczyna tych trudności i czasami rzeczywiście tak się zdarza. Ale często jest tak, że zażywanie substancji jest wtórne do pierwotnych trudności np. zaburzeń zachowania czy różnych zaburzeń psychicznych. Z jakiś powodów rodzic woli by to były substancje psychoaktywne i tego typu trudności niż inne zaburzenia. Może dlatego, że w naszym kraju wciąż obowiązuje silne przekonanie, że odpowiedzialność za uzależnienie pozostaje po stronie osoby uzależnionej, a inne trudności to złe wychowanie, za które odpowiedzialność musi wziąć rodzic. Takie myślenie i przekonanie jest błędne. Jest niezgodne z faktem, że uzależnienie jest chorobą, na którą osoba uzależniona ma ograniczony wpływ.

Środowisko rówieśnicze i szkolne.

Teoria zachowań dewiacyjnych, opracowana przez R. Jessor i S. Jessor. Autorzy w swej koncepcji przedstawiają przyczyny uzależnień, uwzględniając również całą gamę zachowań dewiacyjnych prezentowaną przez młodych ludzi. Począwszy od zachowań aspołecznych, nadużywania substancji psychoaktywnych, buntu i innych destrukcyjnych zachowań do przedwcześnie podejmowanych zachowań seksualnych. Twórcy twierdzą, że te zachowania są konkurencyjne, alternatywne wobec siebie, a uzależnienie jest tylko ogólną tendencją młodych ludzi do zachowań dewiacyjnych. Ta teoria jako jedna z pierwszych podkreślała, że uzależnienie jest wynikiem tak samo czynników środowiskowych i indywidualnych. Natomiast zachowania dewiacyjne i skłonności do ich wystąpienia są wynikiem interakcji między środowiskiem, a jednostką.

Autorzy w obszarze czynników środowiskowych wyodrębnili struktury bliższego i dalszego wpływu na uzależnienie. Do struktur bliższych zaliczyli modelowanie społeczne, zachowania kolegów i członków rodziny akceptujących zażywanie substancji. Do struktur dalszych włączyli związki z rodziną i grupą rówieśniczą. Wynika z tego, że jeśli młodzi ludzie nie mają silnej więzi emocjonalnej ze swoją rodziną, to utrzymują bliższe kontakty z grupą rówieśniczą i są pod jej wpływem. Ze zmiennych indywidualnych wyodrębnili trzy struktury, ze względu na stopień bliskości jaki wpływa na rozwój uzależnienia.

Do czynników najbardziej bezpośrednich zaliczyli strukturę osobistej kontroli, w skład której wchodzi postawy wobec zachowań dewiacyjnych. Większe prawdopodobieństwo uzależnienia występuje, gdy jednostka jest tolerancyjna wobec zachowań dewiacyjnych. Kiedy uważa, że koszty zażywania są o wiele mniejsze od korzyści z ich brania oraz, gdy przypisuje duże znaczenie identyfikacji z członkami grupy rówieśniczej. Składowe pośredniego wpływu, czyli czynniki struktury pobudzeń motywacyjnych to cele, poglądy oraz wartości indywidualne. Ryzyko uzależnienia pojawia się, gdy jednostka ma silną potrzebę niezależności, także od rodziców oraz kiedy przypisuje małe znaczenie do osiągnięć szkolnych i jego obowiązku. Kiedy ceni bardziej niezależność osobistą od osiągnięć szkolnych. Najmniej bezpośredni wpływ ma struktura przekonań osobistych. A ryzyko jest wtedy, gdy młody człowiek czuje się wyizolowany ze społeczeństwa, jest krytycznie nastawiony do wartości aprobowanych społecznie. Uważa, że jeżeli będzie się zachowywał w sposób nie akceptowany społecznie to mało ryzykuje, bo sam ma niewiele. Nie wierzy też w ich ukaranie czy nagrodzenie jeśli będzie się zachowywał w sposób zgodny z oczekiwaniami społecznymi, ma niski poziom samooceny. Oprócz tego teoria ta wskazuje, że osoby które mają skłonność do zażywania substancji psychoaktywnych są też bardziej podatne na inne zachowania dewiacyjne.

Mieczysław Wojciechowski przedstawił psychologiczne gratyfikacje płynące z faktu bycia członkiem grupy narkomańskiej. Przynależność do niej zapewnia trzy główne obszary korzyści.

Po pierwsze zapewnia kontakt z innymi, a jego wcześniejszy brak stał się pierwotnym źródłem trudności. Wśród osób uzależnionych znajdują się takie, dla których przynależność była swoistym priorytetem, narkotyki zaś „ceną” jaką należy zapłacić za nią.

Po drugie pozwala ustalić poczucie tożsamości. Stwierdzenie „jestem narkomanem” jest lepsze od bycia „nikim”.

Po trzecie w początkowej fazie przynależności osoba odczuwa oparcie i siłę w otoczeniu w jakim się znajduje.

Środowisko grupy osób uzależnionych staje się miejscem zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych jak również staje się źródłem zdobywania wiedzy i nowych umiejętności (jak zdobyć substancję uzależniającą 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.

Wzorce społeczne przekazywane poprzez środki masowego przekazu (internet, telewizja, radio, prasa) pełnią ważną rolę w procesie wychowawczym

dzieci i młodzieży. Często środki te, w swym przekazie kierowanym do dzieci i młodzieży, wpływają na ich zachowania. Kreują postawę młodych ludzi względem środków uzależniających. Niestety zbyt często przekaz ten jest nieprawdziwy, a czasami wręcz zachęcający, co w konsekwencji powoduje obniżenie adaptacyjnej ostrożności przed zażyciem substancji psychoaktywnych.

O uwarunkowaniach społecznych, sprzyjającym uzależnieniu, można mówić także w szerszym kontekście, w wymiarze całej naszej polskiej tradycji. Wszyscy dobrze wiemy, jak bardzo alkohol jest wpisany w polską kulturę i obyczaje. 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 życiu.

Tożsamość negatywna jako uniwersalna potrzeba rozwojowa, a zagrożenie dla przyjęcia tożsamości osoby uzależnionej („Ja-narkoman”, „Ja-alkoholik”). Przyczyny wyboru, możliwe niebezpieczeństwa oraz potencjalne korzyści dla rozwoju dojrzałej tożsamości psychospołecznej.

Poniżej przedstawiam, w oparciu o koncepcję rozwoju tożsamości wg Eriksona, wpływ i znaczenie tożsamości negatywnej na rozwój jednostki w okresie dorastania. Spróbuję wykazać, jaka odpowiedzialność spoczywa na dorosłych za wychowanie młodych. Zapewnianie im przez rodziców, terapeutów uzależnień, lekarzy, wychowawców i nauczycieli bezpiecznych obszarów do podejmowania negatywnych ról. Zagrożenia dla rozwoju własnej, konstruktywnej tożsamości, poprzez stygmatyzowanie młodej osoby zażywającej substancje psychoaktywne w procesie wychowania i terapii.

Wokół uniwersalności.

Patrząc z ogólnej, nie tylko z psychospołecznej, perspektywy rozwojowej człowieka, Erikson stwierdza, że „kształtowanie się tożsamości wiąże się z nieustannym konfliktem z silnymi elementami tożsamości negatywnej”, że „tożsamość negatywna, to konieczne dopełnienie każdej tożsamości pozytywnej”. Zdaniem Eriksona, konflikt w warunkach kryzysu tożsamości dominuje wśród zadań egzystencjalnych, z jakimi musi uporać się młoda osoba. Wówczas „młody człowiek musi walczyć z tożsamościami negatywnymi, świadomymi czy nieświadomymi, zdegradowanymi koncepcjami siebie i takimi postawami społecznymi”.

Potrzebę przyjmowania tożsamości negatywnej Erikson uważa, za jedną z uniwersalnych potrzeb psychologicznych. Twierdzi on, że nowa tożsamość wymaga ustalenia dla siebie ludzi stojących poniżej. Ludzi, którzy muszą po-

zostać na swoim miejscu, oddzieleni, a nawet odsunięci. Człowiek ma potrzebę inności, która reprezentuje u podstaw skali społecznej ową negatywną tożsamość, jaką każda osoba i każda grupa niesie wewnątrz siebie jako sumę tego wszystkiego, czym być nie powinna.

Źródła powstawania.

Jako ontogenetyczne źródło tożsamości negatywnej Erikson wskazuje na II fazę cyklu życia człowieka, jego psychospołeczny rozwój w tym okresie.

Pojawiające się w 2-3 roku życia rozróżnianie i przeciwstawianie dobra i zła, które stanowią fundamentalną sferę rytualizacji zachowań, pomiędzy dzieckiem, a jego najbliższym otoczeniem.

Do powstawania tożsamości negatywnej dochodzi na skutek napięcia pomiędzy wolną wolą, a wstydem. Napięcia między dążeniem do autonomii, a obawą przed sprawieniem zawodu tam, gdzie oczekuje się akceptacji. Wątpliwości wobec siebie i ukryty wstyd, związane z koniecznością eliminowania części siebie, jak i tłumienie popędów, tworzą w człowieku swoistą pasję cnoty, która może zwrócić rodzica przeciw rodzicowi, rodzica przeciw dziecku i dziecko przeciw sobie.

Według Eriksona, tożsamość negatywna dotyczy pragnienia bądź dążenia jednostki do bycia "tym wszystkim, czego społeczeństwo nie chce, czego ono życzy sobie unikać". Jest to proces nabywania przez jednostkę "tożsamości przewrotnie opartej na wszystkich identyfikacjach i rolach, które w pewnych stadiach krytycznych jej rozwoju były jej przedstawione jako niepożądane czy niebezpieczne, choć bardzo realne".

Erikson uważa, że mechanizm generowania tożsamości negatywnej ma swoje źródła w uwarunkowaniach społeczno-kulturowych. Do warunków społecznych, które szczególnie sprzyjają kształtowaniu się tożsamości negatywnej zalicza:

1. Bezwzględne zakazy i rygoryzm, które mogą prowadzić do odrzucenia i deprecjonowania nadawcy, jak również do przyjęcia treści i wartości przez niego odrzuconych.
2. Negatywne etykietowanie, pociągające za sobą konsekwencje w postaci zachowań zgodnych z etykietą zarówno ze strony nadawcy, jak i odbiorcy.
3. Wyzysk i zniewolenie społeczne wyzwalające zjawisko "fiksacji na rolach auto porażających", co oznacza, że "tożsamość negatywna jest efektem wewnętrznych kompromisów ze strony tych, którzy są dyskryminowani, występuje tu ich nieświadoma zgoda na uznanie własnej niższości".

4. Brutalność rodziców i wychowawców wyzwalająca u młodego człowieka marzenia i myślenie o sile i agresji jako kryterium własnej wartości. Sposobie egzekwowania własnej wizji moralności u innych.

Przyczyny wyboru.

Uwarunkowania społeczno-kulturowe, niejednokrotnie wyzwalają w młodym człowieku motywację do działań odwetowych. Wówczas, poprzez wybory odwetowe, młoda osoba próbuje zapanować nad sytuacją, w której elementy tożsamości pozytywnej stopniowo rozczarowują, a społeczne instytucje wciąż wzmacniają jego decyzje i tym samym przestają być przez niego uznawane. Tworzy to obraz samego siebie, coraz bardziej przeciwstawny wartościom dominującym w wychowaniu jednostki, a “przyjęcie tożsamości negatywnej może wydawać się lepsze niż nieposiadanie żadnej” bądź „bycia nie całkiem kimś”.

W analizie biografii Marcina Lutra, Erikson przedstawia postawę odwetową. Marcin Luter wybrał tożsamość negatywną, kiedy postanowił zostać mnichem. Wystąpił przeciw swojemu ojcu, który miał inną wizję jego przyszłego życia. Był to odwet, dokonany na ojcu, za jego brutalny sposób traktowania w dzieciństwie.

Do wyboru tożsamości negatywnej może dochodzić, w sytuacji kiedy rodzice nastolatka powtarzają kim nie powinien się stać i nie udzielają mu wskazówek kim powinien się stać.

Erikson podaje przykład matki koncentrującej się na cechach u swojego syna, które przypominały jej brata uzależnionego od alkoholu. W konsekwencji takiego postępowania syn został osobą uzależnioną od alkoholu, ponieważ znalazł się w sytuacji niemożności dokonania innego wyboru. Cechy tożsamości negatywnej stały się dla niego bardziej realne, niż jego własne dążenie do bycia prawym i dobrym człowiekiem.

Korzyści.

Tożsamość negatywna, o ile ma jedynie przejściowy charakter, stanowi doniosły etap w rozwoju dojrzałej tożsamości. Nieakceptowane przez społeczeństwo zachowania młodych ludzi, paradoksalnie mogą być konstruktywne dla pokonywania kryzysów okresu dorastania.

Korzyści z epizodycznego przyjęcia tożsamości negatywnej:

1. Przewyciężenie rozproszenia. Przybranie na jakiś czas tożsamości negatywnej pozwala odzyskać poczucie spójności, co sprzyja większej aktywności w działaniu. Dużo bardziej komfortowym i skłaniającym do działania stanem jest poczucie bycia złym i społecznie napiętowanym czy wręcz

odrzuconym przez ogół społeczności niż całkowita dezorientacja co do tego, kim się jest, bądź poczucie bycia kimś miernym, niezauważalnym czy nawet lekceważonym przez innych ludzi.

2. Zyskiwanie autonomii względem rodziców i szkoły. Tożsamość negatywna sprzyja określeniu silniejszych, szerszych i bardziej czytelnych własnych granic. Może to sprawić większą niezależność od rodziców, nauczycieli, także od rówieśników, w sytuacjach, gdy chodzi o podejmowanie różnego rodzaju działań, które służą w dalszej perspektywie tożsamościowemu określeniu się w zgodzie z własnymi preferencjami.
3. Kształtowanie się gotowości do obdarzania akceptacją i tolerancją wobec innych ludzi. Wiele form tożsamości negatywnej, szczególnie tych o charakterze grupowym, sprzyjać może kontaktowaniu się z osobami odmiennymi, również z tymi uważanymi powszechnie za "złe". Przybranie tożsamości negatywnej to także zwrócenie się do innych, podobnie nie akceptowanych, odrzucanych, stale krytykowanych, obrażanych czy niezauważanych. Jest to więc okazja do bycia solidarnym z innymi, podobnie do nas napiętnowanymi przez dorosłych czy rówieśników.
4. Zyskiwanie dojrzałego stosunku do norm obyczajowych i prawnych dzięki możliwości odniesienia się do nich z pewnym dystansem. Przybranie tożsamości negatywnej stwarza możliwość doświadczenia i podania refleksji tego, jak funkcjonują regulacje prawne i obyczajowe w danej społeczności, czasowe zakwestionowanie norm daje pewną dozę autonomii względem nich.
5. Powstawanie tendencji do mniej emocjonalnego, a bardziej realistycznego ustosunkowywania się do różnego rodzaju przejawów zła. Zamiast reagować lękiem czy gniewem na jakieś zjawisko można np. starać się zrozumieć jego przyczyny.

Zagrożenia.

Przyczyną przekształcenia się przejściowej tożsamości negatywnej w stałą są bardzo często nieadekwatne zachowania i sankcje stosowane przez dorosłych wobec ludzi młodych. Przykładem może być sytuacja, kiedy młoda osoba zostaje wyrzucona z liceum za jednorazowe palenie marihuany. Etykietyzowanie – „wyrzucony ze szkoły za narkotyki”, taka ocena może być trudna do przezwyciężenia dla jeszcze kruchej tożsamości.

Czy też inna sytuacja, kiedy wymiar sprawiedliwości nie uwzględnia, często naturalnej, utraty równowagi emocjonalnej i rozpatruje zachowania aspołeczne ludzi młodych wyłącznie w kategoriach winy i kary.

Upowszechnianie i w konsekwencji uprawomocnianie skrajnie negatywnych wzorców przez media, czy też brak atrakcyjnych ofert dla młodzieży, to kolejne przykłady na przyjmowanie i dalej utrwalenie tożsamości negatywnej.

Wymieniając czynniki utrwalające tożsamość negatywną, nie sposób pominąć dyskryminację na tle wyznaniowym, rasowym lub narodowościowym oraz brak perspektyw rozwoju młodych ludzi, ze względu na strukturalne bezrobocie lub pracę bardzo źle wynagradzaną. Bardzo często to właśnie te okoliczności, odbierają młodym szansę i nadzieję na optymistyczną, prowadzącą do samorealizacji, wizję własnego życia.

Natomiast bardzo ważne, z punktu widzenia rozwoju uzależnienia młodzieży, jest proces związany z przyjmowaniem tożsamości osoby uzależnionej przez pacjentów Poradni i Ośrodków stacjonarnych prowadzących terapię uzależnień dla młodzieży. Jeszcze dekadę temu normą było to, że uzależniona młodzież, mówiła o sobie „jestem narkomanem”, „jestem narkusem”, „jestem alkohikiem”, „nie można mi ufać”, „jestem zły” itp. Wynikało to głównie z dwóch faktów. Pierwszy to przekonania społeczne i stereotypy na temat osób uzależnionych ogólnie przyjęte w naszym kraju. Te przekonania to głównie postrzeganie uzależnienia jako własny wybór osoby, a nie jako chorobę na którą pacjent ma ograniczony wpływ. Drugi natomiast jest związany z postępowaniem „terapeutycznym” wobec młodzieży uzależnionej. Gdzie określanie młodego człowieka mianem narkomana i kimś negatywnym było niejednokrotnie częścią postępowania terapeutycznego. Natomiast obecnie fakt jest taki, że tego rodzaju praktyki są w procesie zaawansowanego niebytu.

Podsumowując, wydaje się dalece zasadne zwrócić uwagę na fakt, iż tożsamość negatywna nie musi być wcale złą. Może, a nawet powinna, stanowić ważny i sprzyjający czynnik w kształtowaniu się tożsamości dojrzałej. Dużym zrozumieniem i przede wszystkim odpowiedzialnością, za rozwój młodzieży, powinni wykazywać się dorośli ich rodzice. Osoby zajmujące się zawodowo szeroko rozumianą pomocą i pracujący z dziećmi i młodzieżą. Szczególnie ważne jest to w środowisku placówek terapii uzależnień dla młodzieży, ośrodkach socjoterapeutycznych i wychowawczych.

Należy zatem być ostrożnym, nie stygmatyzować młodych ludzi, nawet w sytuacji kiedy postępowali nagannie ponieważ wynikać to mogło z przebiegu rozwoju uzależnienia – choroby. Nie należy odbierać młodej osobie obszaru ani prawa do poszukiwania własnej tożsamości poprzez wtłaczanie jej w proces przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej.

Ważne osoby w procesie rozwoju dzieci i młodzieży, a uzależnienie.

Kto i w jakim okresie życia człowieka może być osobą ważną? Osobą znaczącą jeżeli chodzi o wpływ na zażywanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież lub ich ochronę przed tymi zachowaniami.

Znaczenie matki.

Wiadomo, że kiedy rodzi się mały człowiek to osobą dla niego najważniejszą jest jego matka. To ona zaspakaja jego podstawowe, na tym etapie głównie fizjologiczne, potrzeby (pożywienie, higienę, adekwatną temperaturę pomieszczenia, ciszę kiedy śpi itp.). Dodatkowo to matka od dziewięciu miesięcy pozostawała z dzieckiem w specyficznej, biologicznej zależności i relacji. W momencie narodzin dziecka ten związek, ta relacja nabierają jeszcze większego znaczenia. Zarówno dla matki jak i dla dziecka. W tym okresie to głównie matka ma ogromny wpływ na kształtowanie się poczucia bezpieczeństwa dziecka, które towarzyszy mu potem przez całe życie. To matka stwarza warunki do rozwoju pierwszej relacji, która w późniejszym okresie determinuje relacje z innymi ludźmi. Te dwa znaczące obszary mogą doskonale chronić dziecko, w późniejszych jego etapach życia, przed używaniem substancji psychoaktywnych. Ale brak zarówno poczucia bezpieczeństwa jak i pierwszych konstruktywnych doświadczeń w relacji z drugim człowiekiem mogą go predisponować do sięgania po substancje psychoaktywne.

Znaczenie nauczyciela.

Wiadomo, że dziecko do około 5-6 roku życia rozwija się głównie w obszarze motorycznym. Kiedy jednak rozwój w tym obszarze jest dopełniony adekwatnie do indywidualnych możliwości dziecka, pojawia się nowa przestrzeń rozwojowa. Dziecko do tego momentu potrafi chodzić, biegać, skakać, potrafi już jeździć na rowerze. I co dalej? Ten moment jest naturalną rozwojową potrzebą, obszarem do intensywniejszego niż dotychczas rozwoju poznawczego, umysłowego. W tym właśnie momencie swojego życia dziecko rozpoczyna edukację szkolną. Idzie do pierwszej klasy lub wcześniej do zerówki. Wówczas osobą w istotniejszą od matki staje się pani od nauczania początkowego. Można powiedzieć, że w obszarze rozwoju umysłowego na poziomie nauczania początkowego, autorytet rodzica słabnie na rzecz autorytetu nauczyciela. W tym okresie to pani od nauczania początkowego staje się uosobieniem nowego etapu rozwojowego dziecka. To z nią dziecko przede wszystkim kojarzy naukę pisanie, czytania i liczenia. W moim przekonaniu jest to jedyny tak zsynchronizowany z potrzebami rozwojowymi dziecka okres w całym procesie edukacji. Jest to czas kiedy obie strony chcą tego samego. Dziecko w naturalnych potrze-

bach chce się rozwijać czyli uczyć, a nauczyciel w poczuciu, że robi coś rzeczywiście ważnego najczęściej jest pełen zapału i własnej motywacji do wytężonej pracy z młodym uczniem. Już nigdy później taka sytuacja w procesie edukacji się nie zdarza. Niestety ta naturalna potrzeba dziecka z różnych powodów wcześniej lub później mija. Czasami zdecydowanie za wcześnie bo już po kilku miesiącach od rozpoczęcia edukacji szkolnej. Ale to i tak nie zmienia faktu, że pani od nauczania początkowego ma ogromny wpływ na dalsze życie dziecka. To ona może sprawić, że dziecko w pierwszych doświadczeniach będzie pozytywnie postrzegać szkołę, wysiłek związany z nauką czy nabędzie podstawowego poczucia własnych kompetencji. Przeciwnie doświadczenia bardzo często sprzyjają temu, że w późniejszym okresie życia te osoby sięgają po substancje psychoaktywne. Badania pokazują, że młodzież posiadająca doświadczenia z używaniem substancji w porównaniu do rówieśników nie posiadających takich doświadczeń charakteryzuje się bardziej negatywną postawą wobec szkoły i nauki. Stwierdza się także u tych osób niższe osiągnięcia szkolne, zaangażowanie w naukę oraz mniejsze aspiracje w tym zakresie. A w konsekwencji przekłada się to na zaniżoną samoocenę oraz brak pewności co do osiągnięcia sukcesu i nie tylko w obszarze szkolnym.

Znaczenie rówieśników.

W okresie dorastania niezwykle ważną potrzebą rozwojową jest rozwój własnej tożsamości. W tym okresie młody człowiek poszukuje odpowiedzi, które między innymi doprowadzą go do określenia kim jest, kim nie jest, co go różni od innych, co dalej, dokąd zmierzać. Źródła w poszukiwaniu na te pytania odpowiedzi są różne. A jednym z najistotniejszych w tym okresie są rówieśnicy. Kiedy dziecko ma lat 12 czy 13 to wpływ rodzica i nauczyciela systematycznie zostaje osłabiany przez wpływ kolegów i grupy rówieśniczej. Potrzeba obcowania z innymi rówieśnikami jest niezbędna do tego by młody człowiek mógł dalej się konstruktywnie rozwijać. Kontynuując, dla dwudziestolatka najważniejsza jest jego sympatia i uczucia do niej. A kiedy rodzi mu się dziecko to ono jest priorytetowo traktowane.

Taki cykl zmiany osób ważnych w życiu przechodzi każdy człowiek. Nas jednak interesuje adolescent czyli osoba w wieku intensywnego dorastania. Nastolatek przynależąc do grupy rówieśniczej, w której są już rówieśnicy po inicjacji z substancjami uzależniającymi też chce tego i prawdopodobnie wkrótce zażyje jakąś substancję. Czasami jest to papieros, czasami piwo czy wódka, ale może to być również marihuana, dopalacz lub inny narkotyk. W okresie dorastania dla dziecka ważne jest by odkrywać siebie, swoje możliwości, czy inni go lubią itp. Wydaje się, że bez rówieśników, grupy odniesienia byłoby to niemożliwe. Dlatego, że młody człowiek musi się porównywać z innymi i najlepsi do tego są niewątpliwie rówieśnicy. Dotyczy to zarówno obszarów bezpiecznych

jak np. czy podobam się płci przeciwnej? jak i obszarów ryzykownych, destrukcyjnych np. ile mogę wypić piw, a ile moi koledzy? W tym okresie młodzi ludzie buntują się przeciw dorosłym, a rodzice i nauczyciele są pierwszymi dorosłymi, przeciw którym ten bunt jest skierowany. Dzieci w okresie dorastania chcą być traktowane jak dorośle i nie godzą się z zakazami i ograniczeniami stosowanymi przez rodziców i nauczycieli. Taka postawa jest wyrazem naturalnego w tym wieku dążenia do podejmowania pierwszych prób odpowiedzialności za siebie, kształtowania niezależności jednak równocześnie rodzi poważne konflikty w rodzinie.

Dla nastolatków najważniejsza staje się grupa rówieśnicza. Bycie w grupie powoduje konieczność dopasowania się do niej, zyskania akceptacji czasem za wszelką cenę, wbrew temu, czego oczekują dorośli. Często młodzi ludzie dają większym zaufaniem kolegom niż rodzicom, dlatego próby ograniczania im swobody w tym zakresie na ogół kończą się niepowodzeniem. Dla rodziców i nauczycieli to trudny test wytrzymałości, cierpliwości i rodzicielskiej miłości. Dodatkowo codzienne życie podlega obecnie różnorodnym presjom. Dotyczy to zarówno dorosłych, jak i dzieci. Wielu rodziców zmaga się z bezrobociem, wielu zaś poświęca większość czasu pracy. Dorastające dzieci również już od najmłodszych lat podlegają presji. Oczekuje się od nich dobrych ocen w szkole, grzecznego zachowania, sukcesów. Coraz mniej czasu pozostaje na rozmowy i wspólne aktywności, co jest niezbędne do utrzymania dobrej relacji z dzieckiem oraz prawidłowego funkcjonowania całej rodziny.

Rozdział 8.

Powody, dla których młodzież sięga 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 naprawdę w to wierzą. Najczęściej jest tak, że nasze „chcę” czy „nie chcę” niewiele ma wspólnego z tym, co się naprawdę zdarzy.

Przyczyny eksperymentowania.

Powody, dla których dzieci i młodzież eksperymentują z substancjami psychoaktywnymi znajdują się w rodzinie i grupie rówieśniczej oraz wynikają z etapu rozwojowego i braku alternatywy.

1. Rodzina.

Brak bliskiej relacji, więzi i przynależności do rodziny, przejawia się tym, że z dzieckiem się nie rozmawia, nie spędza wspólnie czasu i nie ma też wystarczającej kontroli ze strony rodziców. Wzorce, jakie dziecko otrzymuje, to np. ojciec spożywający alkohol, palący papierosy, matka często sięgająca po różnego rodzaju leki. Poprzez modelowanie, uczymy dzieci destrukcyjnych sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Oczywiście można stwierdzić, że 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 są substancjami legalnymi.

2. Rówieśnicy.

Nastolatki powielają to 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 odmawia jest marginalizowany przez grupę, nastolatek robi więc wszystko, by do tego nie dopuścić, by tego nie odczuć. Zażycie substancji nie jest dla niego konsekwencją, w porównaniu z konsekwencją, jaką może doświadczyć odmawiając jej zażycia lub jeszcze gorzej, uciekając z tej sytuacji.

3. Rozwój.

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 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 emocji oraz przy okazji zaspokaja własną ciekawość, która jest naturalnym atrybutem dojrzewania.

4. Brak alternatywy.

Brak atrakcyjnych sposobów spędzania wolnego czasu powoduje, iż już w bardzo młodym wieku nastolatek sięga 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 decyduje się na substancje psychoaktywne, skoro w niczym innym nie ma szans na odniesienie sukcesu.

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.

1. Do głównych powodów 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;
 - Wysoką tolerancję fizjologiczną na substancję;
 - Historię rodzinnych zaburzeń afektywnych.
2. Do głównych powodów w domenie psychologicznej i behawioralnej, zwiększających predyspozycje do uzależnienia się młodzieży, zaliczamy:
 - Zakłócenia w przetwarzaniu bodźców;
 - Zmiany neurokognitywne;
 - Zaburzenia emocjonalne;
 - Deficyt kompetencji społecznych.
3. Do głównych powodów w domenie społecznej i środowiskowej zwiększających ryzyko uzależnienia się młodzieży, zaliczamy interakcje:
 - w rodzinie;
 - w szkole;
 - w grupie rówieśniczej.

Czynniki używania 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:
 - Młodzież w wieku 13-15 lat. Znaczącym czynnikiem ryzyka w tej grupie wiekowej jest dysfunkcyjna rodzina;
 - Młodzież w wieku 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;
- ubóstwo ekonomiczne;
- środowisko zamieszkania.

4. Czynniki dotyczące rodziny:

- używanie substancji uzależniających w rodzinie;
- obecne zaburzenia psychiczne;
- zachowania przestępcze;
- rodzinna tolerancja środków uzależniających;
- brak świadomości zagrożenia;
- konflikty rodzinne, rozwód;
- nieprawidłowe więzi z opiekunami;
- ubogie wzajemne relacje i brak zwracania 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;
- buntowniczność;
- pozytywne nastawienie do substancji uzależniających;
- wczesne eksperymentowanie ze środkami uzależniającymi;
- wcześnie występujące zaburzenia lękowe, nastroju, zachowania;
- traumatyczne doświadczenia życiowe, np. śmierć rodzica, molestowanie seksualne.

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące.

Już od blisko półwiecza, badacze na całym świecie poszukują odpowiedzi na pytania, jakie elementy sprzyjają, a jakie chronią dzieci i młodzież przed zachowaniami problemowymi, w tym przed używaniem substancji psychoaktywnych. Te grupy elementów w literaturze przedmiotu zostały określane jako czynniki chroniące i czynniki ryzyka. Czynnikiem chroniącym określamy wszystkie elementy zmniejszające prawdopodobieństwo wystąpienia

u jednostki zachowań problemowych, a tym te elementy, które zmniejszają oddziaływanie czynników ryzyka. Natomiast czynnikami ryzyka są wszystkie elementy, które zwiększają ryzyko wystąpienia zachowań problemowych i w konsekwencji stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju lub funkcjonowania jednostki. Listy czynników chroniących, jak i ryzyka bywają długie i różnorodne oraz różnie oceniana jest ich hierarchia ważności. W specjalistycznym piśmiennictwie można znaleźć ponad 30 czynników ryzyka i ponad 20 czynników chroniących.

Różne są też stanowiska, co do rzeczywistego wpływu czynników ryzyka i czynników chroniących. Jedni badacze uważają, że są to inne czynniki, a drudzy, że rozwój czynników chroniących automatycznie redukuje czynniki ryzyka i ich wpływ na sięganie po substancje psychoaktywne.

Jednak 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) zestawił 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”.

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 rekonstruują 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”.

Czynniki ryzyka i chroniące można pogrupować w kilka kategorii:

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

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

Za najważniejsze czynniki chroniące na ogół uważa się:

- 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.

Czynniki ryzyka związane z sytuacją rodzinną, sprzyjające używaniu i nadużywaniu alkoholu przez młodzież:

- słabe kierowanie rodziną (brak stawiania dziecku jasnych i wyraźnych oczekiwań co do jego zachowań, brak przekazywania reguł postępowania, brak rygorów lub też bardzo surowa dyscyplina, niekonsekwencja);
- wysoki poziom konfliktów w rodzinie;
- brak bliskości pomiędzy rodzicami i dziećmi (brak więzi);
- tolerancja rodziców wobec używania przez dzieci alkoholu i innych środków odurzających;
- picie alkoholu, palenie papierosów przez rodziców.

Czynniki ryzyka związane z sytuacją rodzinną, predysponujące do używania narkotyków:

- brak lub osłabienie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dziećmi (chłód emocjonalny);
- brak wyraźnego i konsekwentnego systemu wychowawczego;
- destabilizacja układu z ojcem jako głową rodziny, ojciec w roli domowego tyrana lub zupełnie pozbawiony wpływu na wychowanie dzieci;
- matka nadmiernie chroniąca i zmienna emocjonalnie;

- rozwód lub separacja rodziców (jawna lub ukryta);
- wysoki poziom konfliktów w rodzinie;
- brak kontroli i dyscypliny lub nadmierna kontrola i dyscyplina.

Prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań ryzykownych jest tym większe, im więcej czynników ryzyka oddziałuje na dzieci i młodzież oraz im bardziej są one szkodliwe i dłużej trwa ich oddziaływanie

Rola, jaką mogą odegrać wspomniane czynniki, zależy również od wieku dziecka, jego fazy rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

Uczeń, który podejmuje zachowania ryzykowne, robi to najczęściej dlatego, że nie może lub nie potrafi funkcjonować inaczej. Takie zachowania są jego „własnym sposobem przystosowania się”. Z badań wynika, że to, jakie konkretne zachowanie ryzykowne podejmą osoby z różnych grup ryzyka, jest często kwestią przypadku, pojawienia się odpowiedniej okazji. Wiadomo również, że zachowania ryzykowne najczęściej współwystępują ze sobą, a jedno może pociągać za sobą inne. Na przykład picie alkoholu (albo odurzanie się narkotykami) często współwystępuje z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi, także z wczesną aktywnością seksualną. Fakt ten warto brać pod uwagę przy planowaniu programów profilaktycznych w szkołach.

Młodzież, np. sięgając po substancje psychoaktywne, spodziewa się doraźnych korzyści. Te korzyści mają dla niej większe znaczenie niż odległe negatywne konsekwencje.

Zadaniem profilaktyki proponowanej w szkole jest więc inicjowanie działań, które wprowadzą pożądane zmiany w funkcjonowaniu ucznia. Aby ten cel osiągnąć, należy jednocześnie oddziaływać na czynniki chroniące (wzmacniać je) oraz na czynniki ryzyka (eliminować je).

Czynniki chroniące i czynniki ryzyka przedstawione w raporcie ESPAD 2015.

Badania w ramach projektu ESPAD pozwoliły na pomiar czynników chroniących i czynników ryzyka używania substancji psychoaktywnych przez młodzież.

Jednym z podstawowych czynników ryzyka sięgnięcia przez młodą osobę po substancje psychoaktywne jest ich wysoka dostępność. Brak dostępu do substancji ma walor chroniący. Mimo tendencji spadkowej, nadal zdecydowana większość nastolatków z III klas gimnazjów i ponad 80% nastolatków z II klas szkół ponadgimnazjalnych jest zdania, że zdobycie alkoholu jest bardzo łatwe lub dość łatwe. Wprawdzie większość wskaźników dostępności sub-

stancji legalnych wykazuje trend spadkowy, to jednak nadal pozostaje wiele do zrobienia w tym obszarze. Zmiana tego stanu rzeczy jest szczególnie trudna w warunkach naszego kraju, bo sieć sprzedaży napojów alkoholowych jest bardzo rozbudowana. Jej redukcja mogłaby wydatnie pomóc w ograniczeniu picia również wśród młodzieży. Wyniki badania ESPAD sugerują już pewne sukcesy w ograniczaniu dostępności alkoholu dla nieletnich. Ten długoterminowy proces wart jest dalszego wsparcia. Ograniczanie dostępności alkoholu, to jedna z najbardziej obiecujących strategii ograniczania problemów alkoholowych o najlepiej udokumentowanej skuteczności.

Nadal utrzymuje się dość wysoki poziom dostępności substancji nielegalnych, wśród których najwyższym poziomem wyróżniają się przetwory konopi. Największe ryzyko po stronie podaży substancji stwarza ekspozycja na propozycję. Osoby, które spotykają się z takimi propozycjami, są narażone na zwiększone ryzyko. Wyniki badania sugerują, że jeśli w grę wchodzi napoje alkoholowe, to w ostatnich latach mamy do czynienia z poprawą pod tym względem. W obszarze substancji nielegalnych obserwujemy stabilizację.

Jednym z czynników ryzyka po stronie popytu na substancje psychoaktywne jest obracanie się w kręgach użytkowników takich substancji. Zwłaszcza, gdy kontakty towarzyskie lub przyjacielskie ograniczają się do osób, które palą tytoń, piją alkohol lub używają narkotyków, ryzyko przejęcia takiego wzoru zachowań jest dość wysokie. Zdecydowana większość badanych ma wśród swoich przyjaciół osoby palące tytoń oraz osoby pijące napoje alkoholowe, a nawet upijające się. Więcej niż połowa starszej młodzieży przyjaźni się z użytkownikami marihuany lub haszyszu. Osoby te eksponowane są na dyfuzję wzorów kulturowych dalekich od standardów abstynencji.

Innym czynnikiem wpływającym na zachowania w obszarze substancji psychoaktywnych są przekonania o ryzyku konsekwencji zdrowotnych oraz innych szkód związanych z ich używaniem. Można założyć, iż w przypadku większości młodzieży przekonanie co do dużego ryzyka szkód w wyniku używania substancji będzie sprzyjać ich unikaniu, zaś przekonaniu o ich nieszkodliwości będzie sprzyjać podejmowaniu decyzji o sięganiu po nie. W tym sensie przekonania te stanowią mogą czynnik ryzyka, lub czynnik chroniący. Młodzież zdaje się prawidłowo identyfikować poziom zagrożenia związany z różnymi wzorami używania substancji psychoaktywnych, chociaż niepokój może budzić niedocenianie ryzyka związanego z używaniem kanabinoli głównie w postaci marihuany.

Ważnym czynnikiem chroniącym młodzież przed piciem napojów alkoholowych są prawidłowe postawy rodzicielskie, a w szczególności brak przyzwolenia na picie napojów alkoholowych, przynajmniej do czasu osiągnięcia pełnoletności. Tylko niewiele ponad połowa gimnazjalistów i trochę ponad jedna

czwarta uczniów szkół ponadgimnazjalnych spotyka się z takim bezwzględnym zakazem ze strony swoich rodziców. Wyniki badania wskazują zatem na potrzebę edukacji rodziców w tym zakresie.

Istotnym czynnikiem sprzyjającym używaniu substancji psychoaktywnych są oczekiwania wobec tych substancji. Młodzież spodziewa się raczej konsekwencji pozytywnych picia alkoholu i palenia marihuany, niż skutków negatywnych. Takie oczekiwania stanowią istotny czynnik ryzyka używania substancji, stanowiąc wyzwanie dla działań profilaktycznych. Programy edukacyjne skierowane na zmianę tych oczekiwań, mogą przyczynić się do zmniejszenia rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.

(Sierosławski, ESPAD 2015).

Obecnie to głównie czynniki chroniące są w obszarze zainteresowań badaczy. Spowodowane jest to przede wszystkim skutecznością podejmowanych oddziaływań. Dziś już wiemy, że bardziej skuteczne działania są te, które promują zdrowie i prozdrowotny tryb życia, niż te stosowane w przeszłości, które skierowane były na redukcję problemów i „walkę” z patologią.

Początek badań nad czynnikami chroniącymi datuje się na drugą połowę lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Wówczas to powstała koncepcja rezyliencji (ang. resilience). Koncepcja ta zrodziła się w wyniku obserwacji rozwoju dzieci i młodzieży wzrastających w niekorzystnych warunkach życiowych. Teoria ta wyjaśnia fenomen dobrego przystosowania się dzieci i młodzieży mimo wzrastania w bardzo niekorzystnych warunkach życia lub narażenia na chroniczny stres i traumatyczne doświadczenia. Wyróżnia się trzy grupy procesów należących do zjawiska rezyliencji: 1. Funkcjonowanie znacznie lepsze niż można było się tego spodziewać na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka; 2. Utrzymywanie się dobrego funkcjonowania, pomimo występowania stresujących doświadczeń; 3. Dochodzenie do zdrowia po przeżyciu traumatycznych wydarzeń. Należy też wspomnieć, że od tego momentu uwaga wielu badaczy, reprezentujących różne dziedziny naukowe, skoncentrowana na czynnikach ryzyka przeniosła się na rozpoznawanie czynników i mechanizmów chroniących (Werner, 1993; Rutter, 1979; Garmezy, 1985). Dziś koncepcja rezyliencji rozumiana jest jako dynamiczny proces, nierozzerwalnie związany z rozwojem, wyjaśniany udaną adaptacją na płaszczyźnie osobistej, pomimo okoliczności lub destrukcyjnych wydarzeń życiowych, uważanych zwykle za czynniki ryzyka w dziedzinie adaptacji (Vitaro i in., 2006).

Badacze z nurtu rezyliencji, w poszukiwaniu zrozumienia, jak działają czynniki chroniące określili modele działania tych czynników. Garmezy i wsp.

przedstawili trzy modele, które w późniejszym czasie zostały uzupełnione przez Fergususa i Zimmermana o kolejne dwa.

Modele działania czynników chroniących.

1. Model równoważenia ryzyka, czynniki (wysoka inteligencja dziecka i wysoki status socjoekonomiczny rodziny) bezpośrednio oddziałują na zachowanie (funkcjonowanie dziecka w szkole) równoważąc wpływ czynników ryzyka (wysoki poziom stresu w rodzinie związany z negatywnymi wydarzeniami, chorobami rodziców i innymi trudnościami).
2. Model redukowania ryzyka zakłada, że czynniki chroniące mają interaktywny charakter. Aktywizują się pod wpływem ekspozycji na czynniki ryzyka. Ich działanie polega na tym, że wchodzi w interakcję z czynnikami ryzyka i zmniejszają ich wpływ na zachowanie.
3. Model uodporniania na ryzyko, umiarkowany poziom ryzyka (umiarkowany poziom stresu w rodzinie) może uodpornić i przygotować jednostkę do nowych i trudniejszych wyzwań. Według tego modelu, zbyt mały i zbyt duży poziom ryzyka jest niekorzystny dla zdrowego rozwoju (Garmezy i wsp., 1984).
4. Model stabilizujący ryzyko, w którym obecność czynnika chroniącego redukuje wpływ ryzyka i utrzymuje częstość niepożądanego zachowania na stałym niskim poziomie (stabilizuje je).
5. Model względnie redukujący ryzyko, w którym obecność czynnika chroniącego redukuje częstość niepożądanego zachowania, ale nie jest w stanie utrzymać go na stałym niskim poziomie (Fergus, Zimmerman, 2005).

Z kolei inny badacz E. Werner, badając losy pojedynczych osób, określił trzy kategorie czynników chroniących.

1. Czynniki związane z indywidualnymi predyspozycjami dziecka powodującymi odporność na przeciwności losu. Okazało się, że dzieci, które były aktywne, niezależne, chętne do zabawy z innymi, łatwo nawiązujące kontakt z innymi, a ok. 10 r.ż. towarzyskie, skoncentrowane na nauce, kontrolujące swoje impulsy, dobrze rozwiązujące trudności, chętnie angażujące się w dodatkowe zajęcia, w wieku 17-18 lat były bardziej wewnątrzsterowne, miały bardziej pozytywny obraz siebie, większą motywację osiągnięć, były bardziej odpowiedzialne, niż rówieśnicy podatni na czynniki ryzyka.
2. Czynniki związane z cechami środowiska rodzinnego to przede wszystkim niewielka rodzina, mniej niż czworo dzieci, kompetentna matka, bliska więź emocjonalna z matką lub inną osobą dorosłą z rodziny.

3. Czynniki związane z cechami pozarodzinnego środowiska społecznego. Źródłem ochrony, dla tych dzieci, w okresie dojrzewania, były bliskie i trwałe przyjaźnie z rówieśnikami, dobre kontakty z rodzicami przyjaciół, pochodzących ze stabilnych dobrze funkcjonujących rodzin, wsparcie i pomoc okazywana przez życzliwych nauczycieli, sąsiadów (Werner, 1994, 2000).

Obecnie większość badaczy jest zgodna co do kwalifikowania czynników chroniących w pięć podstawowych grup. Są to czynniki w postaci zmiennych związanych z jednostką, rodziną, grupą rówieśniczą, szkołą i kontekstem społeczno-kulturowym.

1. Zmienne związane z jednostką.

Do czynników chroniących zaliczamy: – dobre procesy i funkcje poznawcze zapewniające umiejętność uczenia się, werbalizacji, koncentracji uwagi; – cechy temperamentu w postaci zdolności adaptacyjnych, witalności i towarzyskości; – emocji i procesów motywacyjnych w postaci radzenia sobie z emocjami, wewnętrzną kontrolą impulsów, automotywacją w realizacji celów; – pozytywny obraz własnej osoby w postaci adekwatnej samooceny i dystansu do siebie, wiary we własne możliwości, poczucia sprawczości, optymizm; – umiejętności społeczne w postaci komunikowania się z innymi, rozwiązywania trudności i konfliktów, nawiązywania i utrzymywania znajomości; – obiektywną wiedzę na temat substancji psychoaktywnych i krytyczną postawę wobec nich.

2. Zmienne związane z rodziną.

Do czynników chroniących zaliczamy: – bliskie relacje rodzinne w postaci więzi emocjonalnej z matką, ojcem i rodzeństwem; – dobra i otwarta komunikację; – jasne zasady funkcjonowania w rodzinie; – monitorowanie czasu wolnego dziecka; – modelowanie przez rodziców prozdrowotnego trybu życia; – brak zgody rodziców na zażywanie substancji uzależniających; – zaangażowanie rodzica w sprawy szkolne i rozwój zainteresowań dziecka.

3. Zmienne związane z grupą rówieśniczą.

Do czynników chroniących zaliczamy: – przynależność do konstruktywnej grupy rówieśniczej np. sekcji sportowej, grupy muzycznej lub teatralnej, klubu młodzieżowego, wolontariatu itp.; – akceptację i bezpieczeństwo w grupie rówieśniczej; – zaangażowanie w sprawy grupy w postaci wspólnych spotkań, wyjazdów; – brak akceptacji rówieśników do zażywania substancji psychoaktywnych; – akceptację norm społecznych i poszanowanie prawa.

4. Zmienne związane ze szkołą.

Do czynników chroniących zaliczamy: – zainteresowanie nauką szkolną i aspiracje edukacyjne w postaci systematycznej nauki i dobrych wyników; – atrakcyjny sposób prowadzenia lekcji; – otwartość i życzliwość pracowników



szkoły; – wysokie kompetencje nauczycieli i wychowawców; – rozwiniętą infrastrukturę w szkole w postaci boisk, siłowni, sali gimnastycznej oraz zajęcia pozalekcyjne prowadzone w szkole; – akceptację innych uczniów i bezpieczeństwo w grupie klasowej.

5. Zmienne związane z kontekstem społeczno-kulturowym.

Do czynników chroniących zaliczamy: – przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo; – ograniczona dostępność do substancji psychoaktywnych; – bliskość i dostęp do klubów, kina, teatru, ale też placówek pomocowych; – praktyki religijne; – poszanowanie prawa, norm i wartości; – angażowanie się rodziny w działania prospołeczne; – czynniki związane z pozytywnym działaniem mediów i popkultury.

Podsumowując można przyjąć, że rozwój czynników chroniących automatycznie redukuje czynniki ryzyka. Prawdopodobieństwo ochrony przed zażyciem substancji psychoaktywnej jest większe, im więcej czynników chroniących oddziałuje na dzieci oraz im bardziej są one konstruktywne i dłużej trwa ich oddziaływanie. Rola, jaką mogą odegrać wspomniane czynniki, zależy również od wieku dziecka, jego fazy rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

Zadaniem rodziców, wychowawców oraz profilaktyki realizowanej w szkole powinno być inicjowanie działań, które wprowadzą pożądane zmiany w funkcjonowaniu dziecka i ucznia. Aby ten cel osiągnąć warto rozwijać i wzmacniać przede wszystkim czynniki chroniące, co w konsekwencji będzie redukować czynniki ryzyka. A to z kolei daje szansę rzeczywistej ochrony dzieci i młodzieży przed zażywaniem narkotyków.

Rozdział 9.

Proces rozwoju uzależnienia młodzieży ze względu na jego stopień zaawansowania.

Korzystając z teorii Muissenera i dokonując analizy wyżej przedstawionych teorii i koncepcji rozwojowych oraz uwzględniając podejście biopsychospołeczne, specyficzne dla okresu dorastania, można zaproponować trzy podstawowe obszary rozwojowe rozpoczynające i podtrzymujące zażywanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.

Obszary te, to trzy główne środowiska, w których wzrasta i rozwija się każde dziecko. To również podstawowe role społeczne, które dziecko w tym okresie pełni, czyli rola dziecka, rola kolegi/kleżanki oraz rola ucznia. Obszary te to środowisko rodzinne, środowisko rówieśnicze i środowisko szkolne.

Jednak nie znaczy to, że któryś z aspektów modelu biopschospołecznego zostaje pominięty. W każdym z wymienionych obszarów rozwojowych uwzględniony jest model biologiczny, psychologiczny i społeczny. Jeżeli patrzymy na rozwój dziecka w rodzinie, to widzimy jak rodzina przyczynia się lub już wpłynęła na rozwój biologicznych, psychologicznych i społecznych uwarunkowań. Podobna zasada obowiązuje w dwóch pozostałych obszarach rozwojowych związanych z grupą rówieśniczą i środowiskiem szkolnym.

Proces rozwoju uzależnienia młodzieży ze względu na stopień jego zaawansowania.

Od lat przyjęte i prezentowane jest w literaturze dotyczącej uzależnień, że proces rozwoju uzależnienia, to cztery jego etapy lub fazy rozwoju. Jednak dyskusyjne pozostaje czy proponowany proces rozwoju uzależnienia uwzględnia etap rozwojowy młodzieży na jakim ona się znajduje. Dlatego poniżej przedstawiam aktualną propozycję trzyetapowego rozwoju uzależnienia młodzieży oraz destrukcyjne obszary rozwojowe odpowiedzialne za rozpoczęcie i podtrzymywanie używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.



Przedstawiane w literaturze przedmiotu cztery etapy rozwoju uzależnienia nie oddają rzeczywistego przebiegu rozwoju uzależnienia wśród dzieci i młodzieży (12-18 lat). Są natomiast dobrze obrazujące rozwój uzależnienia osób dorosłych. Skąd to przekonanie? Wynika ono z kilku czynników.

Po pierwsze, sam fakt zażycia substancji psychoaktywnej w młodym wieku wynika przede wszystkim z potrzeb rozwojowych tego okresu. Braku wykształconych struktur odpowiedzialnych np. za emocje, funkcje poznawcze i w konsekwencji zachowanie. Są one bowiem w okresie intensywnego rozwoju, czego już o nas dorosłych nie można powiedzieć. To, z jakim inwentarzem kompetencji psychospołecznych przekraczamy próg dorosłości determinuje nasze całe późniejsze życie. Tak więc młodym osobom brakuje jeszcze całkowicie wykształconych struktur związanych np. z przewidywaniem konsekwencji, auto-refleksji, kontrolą i świadomością swoich emocji oraz zachowaniem. Kształtują się też one w obszarze wartości i zasad moralnych. Młodzi ludzie dopiero gromadzą wiedzę o sobie, rozwijają swoje umiejętności, zainteresowania, predyspozycje. Nie są też pewni swoich decyzji czy postaw, ale wiedzą, że sposób który może ich prowadzić do znalezienia odpowiedzi na te wątpliwości najczęściej wyraża się poprzez doświadczenie. Doświadczenia te są zarówno nabywane w obszarach bezpiecznych jak i ryzykownych, są konstruktywne lub destrukcyjne, ale na pewno są ważnym źródłem wiedzy na swój temat. Są niezbędne do szukania odpowiedzi na fundamentalne w tym okresie rozwojowym pytania. Myślę, że nikt, ani nic nie jest w stanie im tego odebrać. Nie mamy szans z potrzebami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Tak młody człowiek się rozwija, tak odkrywa siebie, tak budując swoją tożsamość. To wszystko powoduje, że zażycie substancji psychoaktywnej dla młodego człowieka jest tylko jednym z wielu doświadczeń, oczywiście doświadczeniem ryzykownym.

Po drugie, młodzież za krótko żyje żeby w procesie rozwoju uzależnienia dojść do IV etapu rozwoju uzależnienia. Substancje psychoaktywne potrzebują czasu do tego, żeby cała aktywność człowieka sprowadzała się do zażywania substancji psychoaktywnych. Ten czas natomiast mają dorośli. Ich historia zażywania substancji sięga co najmniej pięciu i więcej lat. Badania pokazują, że do inicjacji z substancjami psychoaktywnymi dochodzi w wieku 13-14 lat. To dopiero po pięciu latach młody człowiek staje się osobą dorosłą, przynajmniej w świetle prawa.

Po trzecie, należy się odwoływać do faktów i diagnozy klinicznej. Od 2012r. w Ośrodku dla dzieci i młodzieży używającej substancje psychoaktywne, w którym pracuję, w dniu ich przyjęcia wszystkich pacjentów diagnozujemy za pomocą wyżej przedstawionego kwestionariusza ze względu na stopień ich rozwoju uzależnienia. Fakty są takie, że 99% osób badanych nie spełnia kryte-

riów IV etapu uzależnienia. Później ta wstępna diagnoza jest oczywiście weryfikowana jednak bez znaczących zmian, diagnostycznie pozostają na III etapie rozwoju uzależnienia. Osoby, które trafiają na terapię do Ośrodka w 90% spełniają natomiast kryteria III etapu ze względu na stopień jego rozwoju. Pozostałe 8% to osoby spełniające kryteria II etapu rozwoju uzależnienia. Powołując się w tym momencie na badane osoby trzeba dodać, że są oni w wieku 13-19 lat, a w okresie realizacji diagnozy rozwoju uzależnienia w/w przedstawionego kwestionariusza czyli lata 2012-2016 przyjętych do Ośrodka i tym samym badanych, było blisko 400 osób z terenu całego kraju i z różnych środowisk.

Po czwarte pacjenci przyjmowani do Ośrodka w 95% mają rozpoznanie F-19 czyli zaburzenia zachowania i emocji spowodowane używaniem, naprzemiennie różnych substancji psychoaktywnych. Znaczy to tyle, że ich proces rozwoju uzależnienia jest wciąż w fazie rozwoju, nie jest procesem zakończonym. Potrzebują jeszcze czasu na to by ich deficyty mogły się zdecydować na jakąś substancję lub grupę substancji podobnie działających, najlepiej ich będzie „leczyć”. Młodzież trafiająca do Ośrodka na terapię poszukuje substancji dla siebie, a dorośli uzależnieni już dobrze o tym wiedzą.

Proponowany proces zaawansowania rozwoju uzależnienia młodzieży zawiera trzy jego etapy.

I Etap – Norma rozwojowa (używanie substancji psychoaktywnych normą rozwojową).

Zażywanie substancji wynika z potrzeb rozwojowych np. poznanie stanu odurzenia i poznanie reakcji własnego organizmu w odpowiedzi jak to na mnie działa. Co czuję, jak się zachowuję, co robię, co mówię, jak rówieśnicy na mnie w tej sytuacji reagują. Innym motywem do zażycia substancji może być zrobienie na przekór temu co mówią i chcą dorośli np. rodzice. Zgodnie z przekonaniem, że świat dorosłych jest obłudny i nudny, trzeba się temu przeciwstawiać. Kolejnym powodem może być sytuacyjne zażycie substancji, bo młoda osoba znalazła się w sytuacji i grupie rówieśników, gdzie ktoś posiada i proponuje substancję, a obawa przed odrzuceniem, ale jeszcze bardziej lęk przed wyśmianiem i oceną jest w tym momencie istotniejszy. W takiej sytuacji młody człowiek wie i przede wszystkim czuje, że zażycie substancji jest niczym strasznym w porównaniu z tym, co może nastąpić kiedy nie zażyje substancji. Tak jak to już zrobiła większość rówieśników. Wszystko to w celu uzyskania dodatkowego źródła wiedzy o sobie, odpowiedzi na pytania prowadzące do rozwoju własnej tożsamości – kim nie chcę być, kim jestem, czego oczekuję, co zamierzam, dokąd zmierzam, co mi wolno, czy różnię się od innych. Na tym etapie używanie jest incydentalne, bez własnej motywacji do poszukiwania sytuacji i okoliczności do zażycia substancji.

II Etap – Trudność rodziny i otoczenia (używanie substancji psychoaktywnych jako trudność rodziny i otoczenia).

Zażywanie substancji staje się trudne dla najbliższych, przyjaciół i nauczycieli. To oni w pierwszej kolejności martwią się lub potępiają. Rodzice znajomych nie chcą by zadawały się z ich dziećmi, a nauczyciele są w trudnej sytuacji i głównie nie wiedzą jak adekwatnie postępować. Rodzina zaczyna szukać pomocy. Obwinia konkretne osoby i instytucje.

Na tym etapie pojawia się już związek przyczynowo skutkowy oraz własna motywacja w działaniu prowadzącym do szukania sytuacji i okoliczności, gdzie może być substancja bądź konkretna osoba, która substancję psychoaktywną może posiadać. Ten etap spełnia kryteria używania szkodliwego wg ICD-10.

III etap – Tożsamość (używanie substancji psychoaktywnych jako rozpoczęty, ale nie zakończony proces przyjmowania tożsamości).

Stan po zażyciu substancji staje się częścią struktury – jego JA kształtującym się w tym etapie rozwojowym. Młoda osoba adaptacyjnie wykorzystuje swój stan po zażyciu substancji w radzeniu sobie z trudnymi stanami emocjonalnymi, nieadekwatną własną ocenę i lękiem. Zachowaniem w różnych sytuacjach społecznych, kontaktach z rówieśnikami. Używanie substancji psychoaktywnych sięga minimum ostatniego roku, regularnie je zażywa w ciągach trwających co najmniej 14 dni. Dawki zażywanych substancji jak i częstotliwość zażywania znacząco wzrosły w odniesieniu do wcześniejszego etapu. Wiek inicjacji przypada na 12 r.ż. lub wcześniej. W tym etapie dochodzi do wypadania z roli dziecka i ucznia. Zaniedbywania swoich zainteresowań i alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu. Często pojawiają się konflikty z prawem. Podejmowane są pierwsze próby terapii. Występuje znacząca aktywność i motywacja do działania wynika z potrzeby zdobycia substancji psychoaktywnej. Uwaga i myślenie są skierowane na sytuacje wokół używania substancji. Otoczenie wie i werbalizuje fakt zażywania substancji. Środowisko rówieśnicze to też osoby używające substancje i subiektywnie spostrzega się fakt, że wszyscy zażywają substancje. Na tym etapie pojawiają się pierwsze krytyczne spostrzeżenia dotyczące utraty kontroli nad zażywaniem substancji i innych konsekwencji najczęściej dotyczących zerwanych relacji w rodzinie i szkoły. Na tym etapie spełnia kryteria zespołu uzależnienia wg ICD-10.

Wyżej przedstawiony projekt jest oczywiście propozycją i otwarciem dyskusji w wyżej wymienionych obszarach. Wymagają one dalszej pracy i w konsekwencji rzetelniejszego opracowania oraz dalej potwierdzenia w rozpoczętych już badaniach.

Część III.

Substancje psychoaktywne zażywane przez dzieci i młodzież.

W tej części przedstawione zostało jak dzielimy substancje psychoaktywne i ich wpływ na organizm ludzki. W oparciu o najnowsze badania została pokazana skala zjawiska i trendy używania przez dzieci i młodzież substancji psychoaktywnych. Na zakończenie zostaną zaprezentowane wyniki badań i statystyki zrealizowane na grupie młodzieżowych pacjentów przebywających na terapii stacjonarnej z powodu uzależnienia.

Rozdział 10.

Podział substancji psychoaktywnych.

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, kanabino-
le, leki uspakajające i nasenne, kokaina, substancje stymulujące, a w tym ko-
feina, substancje halucynogenne, tytoń, substancje wziewne, a w tym lotne
rozpuszczalniki.

Substancje psychoaktywne można grupować według różnych kryteriów.

Według klasyfikacji przyjętej przez ONZ i INTERPOL substancje psychoaktywne dzieli się na:

Substancje działające opóźniająco na ośrodkowy układ nerwowy,

Substancje pobudzające ośrodkowy układ nerwowy,

Substancje wywołujące zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym.

Substancje psychoaktywne również mogą być klasyfikowane według:

Substancji i jej pochodzenia:

- Substancje naturalne,
- Substancje półsyntetyczne,
- Substancje syntetyczne.

Klasyfikacji prawnej substancji:

- Substancje legalne,
- Substancje nielegalne.

Rodzaju powodowanego uzależnienia:

- Uzależnienie fizyczne,
- Uzależnienie psychiczne,
- Uzależnienie społeczne,
- Dwa lub trzy rodzaje uzależnień.

Klasyfikacja ustalona przez Addiction Research Foundation (Fundację do Badań nad Uzależnieniami), substancje psychoaktywne dzieli na:

1. Środki tłumiące – alkohol, leki nasenne i uspokajające, środki wziewne.
2. Środki pobudzające – kokaina, amfetamina.
3. Halucynogeny – marihuana, LSD, psylocybina, meskalina oraz narkotyki „autorskie”,
4. Opiaty – heroina, morfina, kodeina, opium, metadon.

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 łaknienie, 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, bule brzucha, biegunka, nudności, wymioty, dolegliwości bólowe, zaburzenia snu oraz zmiany nastroju, drażliwość i napady złości.

Kanabinole – marihuana, haszysz, olej haszyszowy, dopalacze zawierające syntetyczne THC.

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.

Rozdział 11. Badania metodologią ESPAD.

Badania ESPAD 2015.

W ramach międzynarodowego projektu: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD), wiosną 2015 roku zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat) naszego kraju. Badania ESPAD w naszym kraju zrealizowano po raz pierwszy w 1995 r. z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy.

Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Celem badania była jednak również próba identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu jak podaży. W badaniu poruszono takie kwestie, jak dostępność substancji psychoaktywnych, zarówno w wymiarze fizycznym jak psychologicznym, gotowość do podjęcia prób z tymi środkami, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem.

Wszystkie te kwestie zostały poddane pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań dla młodzieży całego kraju i porównania z wynikami badań ESPAD z 1995 r., 1999 r., 2003 r., 2007 r. i 2011 r. Badanie ESPAD jest pierwszym ogólnopolskim badaniem spełniającym warunki międzynarodowej porównywalności i jednocześnie podjętym z intencją śledzenia trendu w zakresie używania substancji przez młodzież szkolną. Badanie ESPAD zrealizowano w Polsce w latach 1995r., 1999 r., 2003 r., 2007 r., 2011r. oraz obecnie prezentowane w 2015 r. Obecnie w badaniach uczestniczy blisko 40 państw europejskich.

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

Trochę inaczej rzecz się ma z substancjami nielegalnymi. Wskaźniki używania przetworów konopi w 2015 r. w starszej kohorcie wzrosły podobnie jak w poprzednim czteroleciu, natomiast w młodszej kohorcie wzrost uległ zahamowaniu.

Inne wskaźniki problemu marihuany i haszyszu, takie jak oferty tych substancji, czy zasięg używania ich w otoczeniu badanych wykazują podobne tendencje jak rozpowszechnienie używania. W młodszej grupie w 2015 r. zaznaczył się lekki spadek, zaś w starszej stabilizacja. Potwierdza to tezę o zahamowaniu trendu wzrostowego problemu przetworów konopi wśród piętnasto-szesnastolatków oraz przynajmniej zmniejszenie tempa wzrostu w starszej kohorcie.

W zakresie wskaźników picia alkoholu i palenia tytoniu obserwowano proces zacierania się różnic związanych z płcią, który doprowadził do zrównania się kilku wskaźników używania tych substancji przez dziewczęta i chłopców.

Zmiany w rozpowszechnieniu używania przetworów konopi wśród chłopców i dziewcząt nie układają się w tak czytelną tendencję, chociaż tu również można zaobserwować lekkie zmniejszenie się różnic między chłopcami, a dziewczętami w stosunku do 1995 r.

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

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.

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 al-

koholowym 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.

Tytoń.

Rozpowszechnienie palenia tytoniu było badane w dwóch wymiarach czasowych. Całego życia respondenta oraz ostatnich 30 dni przed badaniem. Pierwszy z nich pozwala na ustalenie zasięgu zjawiska eksperymentowania z tą substancją, tzn. podejmowania prób palenia tytoniu. Drugi przydatny jest do uchwycenia rozmiarów grupy aktualnie palących, a także palących okazjonalnie lub regularnie.

W czasie całego życia, jakiegokolwiek 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 2011 wskazuje na stabilizację odsetka uczniów, którzy mają doświadczenia z paleniem tytoniu, po wzroście w latach 2007-2011. W latach 2003-2007 notowany był spadek rozpowszechniania doświadczeń z paleniem tytoniu.

Konopie indyjskie.

Marihuane lub haszysz chociaż 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 przy pomocy 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 kohorcie 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 kohorty i 17,9% ze starszej kohorty. Wśród gimnazjalistów leki przeciwbólowe w celu odurzenia się to 7,4%, a w starszej grupie leki przeciwbólowe w celu odurzenia się 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 wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności dopalaczy w konsekwencji zamknięcia sklepów z tymi substancjami na jesieni 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. Dopálacze pod innymi postaciami były wykorzystywane znacznie rzadziej.

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

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

Substancje wziewne.

Rozpowszechnienie zażywania substancji wziewnych do inhalowania się 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 met amfetaminy wśród uczniów gimnazjów wynosi 3,6%, a wśród uczniów szkół wyższego poziomu to 3,9%.

Poziom Klasy		1995	1999	2003	2007	2011	2015
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	10,1	15,1	19,2	15,7	24,3	25,0
	Substancje wziewne	10,4	9,1	9,3	8,2	8,7	11,2
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	18,5	18,3	17,3	15,6	15,5	17,0
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	X	X	X	X	X	7,4
	Amfetamina	2,9	7,4	6,0	3,8	4,6	5,3
	Metamfetamina	X	X	X	X	X	3,6
	LSD lub inne halucynogeny	1,9	4,0	2,5	1,8	3,3	5,5
	Crack	0,5	1,0	1,6	0,9	2,1	2,6
	Kokaina	0,8	1,9	2,2	1,8	3,3	4,4
	Relevin	0,4	X	1,0	0,8	2,1	2,1
	Heroina	0,8	5,7	1,8	1,4	1,3	3,1
	Ecstasy	0,8	2,8	2,8	2,5	3,0	3,9
	Grzyby Halucynogenne	X	X	3,5	2,0	3,1	3,3
	GHB	X	X	0,8	0,5	1,2	2,1
	Narkotyki przyjmowane iniekcyjnie	X	X	1,2	1,0	1,8	3,0
	Alkohol razem z tabletkami	X	X	8,4	7,0	5,8	5,7
	Alkohol razem z marihuaną	X	X	11,3	9,7	X	X
	Sterydy anaboliczne	2,8	3,4	2,9	2,1	2,7	3,1
	Polska heroina(kompot)	X	X	2,3	1,8	2,4	3,4
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	17,1	22,4	36,7	27,9	37,3	43,0
	Substancje wziewne	7,9	5,4	6,3	6,8	5,6	7,6
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	20,8	20,8	20,1	19,0	16,8	17,9
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	X	X	X	X	X	6,7
	Amfetamina	2,8	10,5	15,4	7,8	8,3	7,1
	Metamfetamina	X	X	X	X	X	3,9
	LSD lub inne halucynogeny	2,7	3,5	4,2	2,7	3,9	5,2
	Crack	0,4	0,8	1,4	1,4	1,8	1,5
	Kokaina	0,8	1,8	2,4	2,5	3,9	4,3
	Relevin	0,3	X	0,6	0,9	1,8	1,2

Poziom Klasy		1995	1999	2003	2007	2011	2015
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Heroina	0,6	6,8	2,2	1,7	1,2	1,8
	Extasy	0,6	2,7	5,8	4,2	5,0	4,0
	Grzyby Halucynogenne	X	X	4,9	2,9	3,5	3,2
	GHB	X	X	0,6	0,8	1,2	1,1
	Narkotyki przyjmowane iniekcyjne	X	X	0,7	1,0	1,4	2,0
	Alkohol razem z tabletkami	X	X	14,6	12,2	7,5	7,3
	Alkohol razem z marihuaną	X	X	23,4	17,1	X	X
	Sterydy anaboliczne	4,0	2,6	3,5	3,5	3,2	2,3
	Polska heroina(kompot)	X	X	1,2	1,5	2,0	2,0

Tabela przedstawia używanie substancji kiedykolwiek w życiu: ESPAD 2015.

Młodzież w naszym kraju według wyników badania zrealizowanego w 2015 r. jest nadal silnie zagrożona przez legalne substancje psychoaktywne. Doświadczenia z paleniem papierosów ma większość badanych uczniów, a pali ponad 10 papierosów dziennie około 3% gimnazjalistów i ok. 6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Mimo tendencji spadkowej wskaźników picia alkoholu przez gimnazjalistów, rozpowszechnienie picia w tej grupie nadal nie spełnia postulatów abstynencyjnego paradygmatu profilaktyki adresowanej do niepełnoletnich.

W 2007 r. rozpowszechnienie używania przetworów konopi spadło po wieloletnim trendzie wzrostowym. W 2011 r. nastąpił wzrost kontynuowany w 2015 r., ale tylko w starszej kohorcie. Powrót do tendencji wzrostowej w 2011 r. sugeruje, że spadek wskaźników odnotowany w 2007 r. miał raczej charakter fluktuacji losowej, niż początku odwrócenia tendencji wzrostowej. Jedną z hipotez wyjaśniających dynamikę wskaźników badań z 2003r., 2007r. i 2011r. mógłby być niższy poziom przyznawania się respondentów do używania substancji nielegalnych w 2007r. wynikający z klimatu politycznego w tamtym okresie prowadzącego do większej restrykcyjności polityki wychowawczej systemu edukacji. Wedle tej hipotezy spadek wskaźników w 2007r. miałyby charakter pozorny, w rzeczywistości zaś mielibyśmy do czynienia z kontynuacją trendu wzrostowego, maskowaną niższym poziomem raportowania przez respondentów. Inną hipotezą jest rzeczywisty spadek rozpowszechnienia powodowany wspomnianym wcześniej mechanizmem względnie wynikającym z konkurencyjnej, szeroko dostępnej oferty dopalaczy. Nagłe i radykalne zahamowanie dostępu o tych substancji w 2010r. mogło spowodować ponow-

ne skierowanie się popytu w stronę przetworów konopi. Niezależnie od tego, znaczne rozpowszechnienie używania przetworów konopi zwłaszcza w starszej kohorcie pozostaje szczególnym wyzwaniem dla profilaktyki.

Zahamowanie niekorzystnych tendencji w zakresie problemu przetworów konopi w młodszej kohorcie może oznaczać efekt nasycenia. Nie bez znaczenia są też zapewne działania profilaktyczne. Zahamowanie niekorzystnych tendencji w postrzeganiu ryzyka związanego z piciem alkoholu oraz z używaniem marihuany można próbować przypisać przynajmniej w części efektom przekazów profilaktycznych.

Brak wzrostu rozpowszechnienia używania dopalaczy dostarcza argumentów przemawiających za tezą, że fala zatruć w pierwszej połowie 2015 roku miała charakter incydentalny związanych z delegalizacją szeregu tych substancji.

Szczególnym wyzwaniem jest znaczne rozpowszechnienie palenia tytoniu i picie alkoholu przez dziewczęta. Wyniki uzyskane w 2015 r. ujawniły skalę potrzeb w zakresie profilaktyki alkoholowej oraz tytoniowej adresowanej do dziewcząt. Większość wskaźników picia alkoholu i palenia tytoniu u dziewcząt jest podobna do notowanej u chłopców. Tradycyjnie zarówno picie, jak palenie należały do męskich atrybutów. Zmiany obyczajowe, jakich doświadczamy w ostatnich dziesięcioleciach zdają się kwestionować tę zasadę. W efekcie rodzi to nowe zagrożenia, na które odpowiedzią powinno być opracowanie programów profilaktycznych uwzględniających specyfikę dziewcząt jako adresatów. Wydaje się, że przygotowując takie programy można odwołać się do kwestii zdrowia prokreacyjnego.

Źródło: J. Sierosławski ESPAD 2015

Raport: Monitorowanie problemów narkotykowych w województwie mazowieckim 2011r.

Wyniki badania rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną przeprowadzonego w 2011 r. metodologią ESPAD wskazały, że na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania narkotyków znajdują się marihuana i haszysz, a następnie leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza, zarówno w grupie gimnazjalistów, jak i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. W młodszej grupie na kolejnym miejscu znajdują się substancje wziewne, a następnie LSD. Wśród starszych uczniów na trzecim miejscu jest amfetamina, a następnie substancje wziewne. W grupie gimnazjalistów dwuprocentowe rozpowszechnienie prze-

kraczącą jeszcze: amfetamina, kokaina, heroina, extasy, w starszej grupie zaś: kokaina, LSD, extasy i sterydy anaboliczne.

Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W zakresie tego wskaźnika zbierane były dane o przetworach konopi, substancjach wziewnych i extasy. Dane pokazują, że przetworów konopi używało w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 17,7 % uczniów z młodszej grupy i 29,5 % ze starszej. Substancje wziewne aktualnie używało 3,4% gimnazjalistów i 2,4% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych, zaś extasy 2,0 % uczniów z pierwszej grupy i 3,1% z drugiej.

Porównanie wyników badań z roku 2000 i 2011 wskazuje na brak większych różnic w grupie gimnazjalistów poza wzrostem rozpowszechnienia doświadczeń z przetworami konopi i spadkiem z amfetaminą oraz lekami. W starszej grupie także znacznie wzrosły odsetki eksperymentujących z marihuaną i haszyszem oraz spadły z amfetaminą. Ponadto widoczny jest niewielki wzrost odsetków badanych, którzy podejmowali próby używania kokainy. Porównanie wyników z 2011 r. z wynikami uzyskanymi jedenaście lat wcześniej wskazuje na wzrost odsetków aktualnych użytkowników marihuany i haszyszu (młodzież potwierdzająca używanie tych substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem). W czasie ostatnich 11 lat nastąpił ponadto wyraźny spadek odsetków badanych traktujących używanie substancji nielegalnych jako bardzo ryzykowne. Dotyczy to nie tylko eksperymentowania z tymi substancjami, ale także ich regularnego używania.

Z największym spadkiem mamy do czynienia w przypadku przetworów konopi.

Źródło: Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, 2011.

Rozdział 12.

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez pacjentów Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy 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 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, ta 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 i amfetaminę oraz nikotynę i alkohol.

Poniżej przedstawione zostały wyniki badań, które opracowano w oparciu o wywiad i diagnozę pacjentów przebywających w Ośrodku Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy 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
Kanabinole	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
Kanabinole [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 kanabinole 147 osób, nikotyna 143 osoby, alkohol 141 osób i amfetamina 106 osób. Na kolejnych miejscach

są 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, heroina 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: kanabinoles 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 informacje i badania zawarte w tej części należy stwierdzić, że wszystkie 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 kanabinoles 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 kanabinoles używane głównie w postaci palonej marihuany, rzadziej skuna i haszysz, ale również dopalaczy w postaci syntetycznych kanabinoles. Po drugie jest to amfetamina i inne psychostymulatory takie jak dopalacze psychostymulujące, mefedron, kokaina i metamfetamina. Po trzecie jest 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 jest 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 grupę leków stanowią leki ogólnie dostępne i są to głównie paracetamol, ibuprofen, etopiryna itp. Leki te są zażywane w dużych ilościach w celu zmiany swojej świadomości. Drugą grupę leków stanowią leki, które w swym składzie zawierają pseudoefedrynę lub pseudokodeinę czego przykładem może być acodin. Acodin występuje w tabletkach, można go zakupić bez recepty i jest najbardziej rozpowszechnionym lekiem w tej grupie. Trzecią grupę stanowią leki uspakajające i nasenne. Najczęściej są to benzodiazepiny i barbiturany, które można zakupić wyłącznie z przepisu lekarza.

Używanie leków jest wyraźnie bardziej rozpowszechniona 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 do 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 ten stosunek wynosił około 30 % dziewcząt do 70% chłopców. Obecnie te proporcje wyraźnie wyrównują 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 do Ośrodka. A jeszcze 2-3 lata temu te proporcje wynosiły 60% chłopcy i 40% dziewczęta. Ta tendencja jest wyraźna i utrzymuje się od maja 2016 roku.

Część IV.

Strategie postępowania w sytuacji używania substancji uzależniających przez 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. W tej części przedstawione zostaną różnego rodzaju strategie i konkretne działania, które można podejmować wobec dzieci i młodzieży zażywającej substancje psychoaktywne. Będą to różne perspektywy, systemy oddziaływań i działania interdyscyplinarne. Pierwszy obszar jest związany z działaniami opiekuńczo-wychowawczymi podejmowanymi przez rodziców, wychowawców, nauczycieli, pedagogów, psychologów; drugi to działania podejmowane przez profilaktyków i terapeutów uzależnień oraz pracowników pomocy społecznej i organizacji pozarządowych; trzeci to wymiar sprawiedliwości i działania podejmowane przez sądy, kuratorów sądowych oraz policję.

Na początek jednak tej części zostaną przedstawione zagadnienia dotyczące profilaktyki uzależnień i sposoby rozpoznawania używania substancji psychoaktywnych.

Rozdział 13.

Profilaktyka uzależnień.

Definicja profilaktyki.

Profilaktyka to termin rozumiany jako działanie i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom. Stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof itp.

Źródło: Słownik Języka Polskiego, 1997.

Można także przyjąć, że profilaktyka to działanie, które ma na celu zapobieganie pojawieniu się lub rozwojowi niekorzystnego zjawiska. Jest też jednym ze sposobów reagowania na zjawiska społeczne, które oceniane są jako szkodliwe i niepożądane. Ta ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowania wysiłków w celu ich eliminacji lub choćby ograniczenia. Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie. Głównie z tego względu jest znacznie bardziej opłacalna niż kosztowne działania zaradcze, konieczne w sytuacji, gdy wzrasta skala niepożądanych zjawisk.

Poziomy profilaktyki.

Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia trzy poziomy profilaktyki.

Poziom pierwszy.

Profilaktyka uniwersalna jest kierowana do wszystkich osób w określonym wieku bez względu na stopień ryzyka wystąpienia zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych. Dotyczy zagrożeń znanych, rozpowszechnionych w znacznym stopniu np. przemocy, uzależnień. Na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i chroniących, danych epidemiologicznych (głównie wyników badań naukowych, informacji o wieku inicjacji itp.).

Celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych. W dużej mierze działania profilaktyczne skupiają się na tworzeniu wspierającego, przyjaznego klimatu środowiska w tym szkoły, który pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne i poczucie wartości, motywację do osiągnięć zarówno dzieci jak i dorosłych. Działania te umożliwiają także czynny udział na przykład rodziców w życiu szkoły.

Poziom drugi.

Profilaktyka selektywna ukierunkowana jest na grupy zwiększonego ryzyka, wymagająca dobrego rozpoznania tych grup w społeczności lokalnej lub szkolnej. Informacje o uczniach szkoła gromadzi w toku codziennego procesu edukacji. Szczególnie dotyczy to uczniów z deficytami poznawczymi, uczniów z rodzin dysfunkcyjnych itp.

Dla dzieci i młodzieży znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka organizowane są indywidualne lub grupowe działania profilaktyczne (np. terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, socjoterapia).

Poziom trzeci.

Profilaktyka wskazująca kierowana jest do osób wysokiego ryzyka. Działania w tym obszarze wymagają specjalistycznego przygotowania, polegające na terapii, interwencji, bądź leczeniu dzieci i młodzieży z symptomami zaburzeń.

Na tym poziomie działaniami profilaktycznymi najczęściej zajmują się różne instytucje zewnętrzne, przygotowane do prowadzenia pomocy psychologicznej lub medycznej.

Strategie profilaktyczne.

Działania profilaktyczne realizowane są poprzez stosowanie określonych strategii profilaktycznych.

Strategia informacyjna.

Celem jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów. U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, zwłaszcza młodzi, zachowują się ryzykownie, ponieważ zbyt mało wiedzą o mechanizmach i następstwach takich zachowań. W związku z tym dostarczenie informacji o skutkach przemocy czy palenia tytoniu ma spowodować zmianę postaw i w konsekwencji niepodejmowanie zachowań ryzykownych.

Strategia edukacyjna.

Celem jest rozwijanie ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych. Umiejętności nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom ze strony otoczenia itp. U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, nawet dysponujący odpowiednią wiedzą, podejmują zachowania ryzykowne z powodu braku umiejętności niezbędnych w życiu społecznym. Te deficyty uniemożliwiają budowanie głębszych, satysfakcjonujących związków z ludźmi, uniemożliwiają odnoszenie sukcesów szkolnych lub zawodowych. Zachowania ryzykowne stanowią w tej sytuacji zastępcze, chemiczne sposoby radzenia sobie z trudnościami.

Strategia działań alternatywnych.

Celem jest pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb psychologicznych np. sukcesu, przynależności oraz osiąganie satysfakcji życiowej przez ułatwianie angażowania się w działalność akceptowaną społecznie (artystyczną, społeczną, sportową). U podstaw tej strategii leży założenie, że wielu ludzi podejmuje zachowania ryzykowne ze względu na brak możliwości rozwoju zainteresowań i osiągania sukcesów. Dotyczy to zwłaszcza dzieci i młodzieży zaniedbanej wychowawczo.

Strategia interwencyjna.

Celem 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.

Strategię informacyjną, edukacyjną i alternatywną stosuje się na wszystkich trzech poziomach profilaktyki. Strategia interwencyjna jako działanie głębsze i bardziej zindywidualizowane zastrzeżona jest głównie dla poziomu drugiego i trzeciego.

Strategia zmniejszania szkód.

Celem jest stosowanie głównie działań o obszarze profilaktyki z trzeciego poziomu. Adresatem są grupy najwyższego ryzyka.

Strategia zmian środowiskowych.

Celem jest identyfikacja i modyfikacja tych elementów środowiska społecznego i fizycznego, które sprzyjają zachowaniom problemowym. Działania mo-

dyfikują środowisko, miejsca przebywania osób dysfunkcyjnych, postawy społeczne wobec tych osób.

Strategia zmian przepisów.

Celem są działania kierowane do całej lokalnej społeczności. Polega na zmianie przepisów prawnych, np. rozporządzeń lokalnych dotyczących ograniczania dostępu do środków odurzających i ich dystrybucji.

Programy profilaktyczne.

Na przestrzeni ostatnich lat założenia programów profilaktyki uzależnień uległy zasadniczym zmianom. Obecnie, przy opracowywaniu programów profilaktycznych, coraz większą wagę przywiązuje się do uczenia umiejętności przeciwstawiania się presji społecznej, rozwijania postaw osobistego zaangażowania, trenowania innych ważnych umiejętności życiowych oraz do budowania przekonań i systemu wartości u młodych ludzi.

Poniżej przedstawiona tabela prezentuje zestawienie działań, od których się odchodzi i działania obecne realizowane w ramach działań profilaktycznych.

MODEL ODCHODZĄCY	MODEL AKTUALNY
Cel: Zwalczanie patologii	Cel: Promocja zdrowia
PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA Uświadomienie skutków używania substancji psychoaktywnych.	PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA Sięganie do przyczyn używania substancji psychoaktywnych.
SPODZIEWANE EFEKTY Wiedza o skutkach używania substancji psychoaktywnych i negatywna postawa wobec ich używania.	SPODZIEWANE EFEKTY Umiejętność odmawiania. Poczucie własnej wartości. Uporządkowanie systemu wartości. Umiejętności społeczne. Wiedza o uzależnieniach. Osobiste zaangażowanie.
FORMA ODDZIAŁYWAŃ Jednostronny przekaz i bierny odbiór.	FORMA ODDZIAŁYWAŃ Dialog i aktywizowanie uczestników.
CZAS I ZAKRES ODDZIAŁYWAŃ Sporadyczne akcje wśród nastolatków.	CZAS I ZAKRES ODDZIAŁYWAŃ Długoterminowe i systematyczne działania wśród dzieci i młodzieży.
REALIZATORZY Prelegenci i specjaliści.	REALIZATORZY Wychowawcy, nauczyciele i liderzy młodzieżowi.
RODZAJ SUBSTANCJI Alkohol, papierosy lub narkotyki.	RODZAJ SUBSTANCJI Wszystkie substancje psychoaktywne.
KONTROLA EFEKTÓW Niewymagana	KONTROLA EFEKTÓW Wymagana ewaluacja.

Opracowanie wg. Ostaszewski, 1996.

W dzisiejszych działaniach w ramach programów profilaktyki uzależnień zdecydowanie odchodzi się od akcji i prelekcji prowadzonych przez zaproszonych ekspertów z zewnątrz na rzecz długofalowych, stałych działań na terenie na przykład szkoły czy placówki opiekuńczej, wychowawczej, resocjalizacyjnej.

Ze współczesnych badań wynika, że krótkie, okolicznościowe programy są nieskuteczne, a wręcz szkodliwe. Zwykle rozjątrzą tylko problem (odurzenie się, samobójstwa, agresja), któremu chcą przeciwdziałać.

Wątpliwości dotyczące skuteczności programów profilaktycznych.

Pierwszym obszarem nieskuteczności programów profilaktycznych jest niezadawalający stan współczesnej wiedzy:

- niedostateczna identyfikacja istotnych czynników ryzyka, czynników chroniących i pośredniczących. Specyficznych dla określonego zaburzenia, jak i uniwersalnych, czyli wspólnych dla różnych zaburzeń;
- niedostateczna znajomość związków zachodzących pomiędzy różnymi czynnikami ryzyka. Pomiedzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, a także pomiędzy tymi czynnikami, a konkretnymi problemami;
- brak wiedzy dotyczącej rozwoju psychopatologii, w tym tzw. wieku ryzyka dla różnych zachowań problemowych, co utrudnia wybór właściwego momentu do wkroczenia z interwencją profilaktyczną;
- niedoskonałość metod i narzędzi diagnozy;
- niedoskonałość metod i narzędzi ewaluacji.

Drugim obszarem są błędy popełniane w praktyce w fazie konstruowania programu, a wynikające z niedostatecznej wiedzy autorów programów:

- niejasno określone cele programu;
- niewłaściwy dobór metod i form oddziaływań, co nie gwarantuje realizacji zakładanych celów;
- nieuwzględnianie poziomu rozwoju adresata;
- zaawansowania procesu socjalizacji, np. stosowanie ćwiczeń asertywności u dzieci nieznających wartości i norm społecznych, stopnia rozwoju funkcji poznawczych, np. bezkrytyczne przenoszenie ćwiczeń dla dorosłych do programów dla dzieci i młodzieży, stosowanie ćwiczeń zbyt trudnych lub

zbyt łatwych, co powoduje, że młodzież się nudzi, a dzieci nie rozumieją poleceń;

- niedostosowanie oddziaływań profilaktycznych do stopnia zagrożenia;
- mylenie poziomów profilaktyki, np. wdrażanie działań skutecznych dla grupy niskiego ryzyka, przez co tracą one swoją efektywność w grupach podwyższonego ryzyka, a działania skuteczne w grupach podwyższonego ryzyka mogą być nieskuteczne lub szkodliwe w grupach niskiego ryzyka;
- jednokierunkowość programu, czyli koncentrowanie się na czynnikach ryzyka, bez uwzględniania czynników chroniących;
- zbyt duży udział działań o charakterze informacyjnym w programie, których skuteczność jest niska;
- konstruowanie krótkich, wąsko wyspecjalizowanych programów;
- brak strategii umożliwiającej ocenę skuteczności programu.

Trzecim obszarem są błędy popełniane w fazie wdrażania programu:

- wdrażanie programu bez wcześniejszej diagnozy populacji, do której jest kierowany;
- niewłaściwy dobór realizatorów, których cechy osobowości mogą utrudniać realizację programu np. osób apodyktycznych, sztywnych;
- niedostateczne przeszkolenie realizatorów, co nie gwarantuje starannej realizacji, zgodnej z zasadami przyjętymi w programie.

Czwarty obszar to następujące czynniki:

- brak spójnej polityki szkoły wobec zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, np. tolerancja takich zachowań przez dyrektora i nauczycieli;
- nauczyciele stanowiący wzorzec nieprawidłowych zachowań;
- brak akceptacji nauczycieli dla programu narzuconego odgórnie, zwłaszcza jeżeli realizatorami są osoby spoza szkoły.

System rekomendacji programów profilaktycznych.

Poprawę jakości działań mających na celu ochronę zdrowia psychicznego, w tym promocję zdrowia i profilaktykę Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) umieszcza wśród swoich priorytetów. Standardy wypracowane przez znaczące instytucje zajmujące się profilaktyką uzależnień są wykorzystywane również w profilaktyce innych zachowań ryzykownych i zaburzeń. WHO upowszech-

nia System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Uczestnictwo Polski w programie EDDRA (program standardów w zakresie profilaktyki realizowany w krajach Unii Europejskiej) zobowiązuje nasz kraj do uwzględniania i upowszechniania europejskich kryteriów dobrej jakości. Każde państwo członkowskie Unii Europejskiej, w oparciu o kryteria EDDRA, powinno opracować własne standardy i procedurę rekomendacji programów, stosownie do posiadanych zasobów i potrzeb. W Polsce programy profilaktyczne zaczęto wdrażać na początku lat dziewięćdziesiątych. Obecnie w naszym kraju funkcjonuje Bank Rekomendowanych Programów Profilaktycznych, który jest prowadzony i dostępny na stronach internetowych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.kbnp.gov.pl), Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (www.parpa.pl) oraz Ośrodka Rozwoju Edukacji (www.ore.edu.pl).

W szkołach naszego kraju realizowane są również programy, które nie figurują we wspomnianym Banku, mimo to, że są dobrymi programami. Nie zostały jednak poddane badaniom ewaluacyjnym ze względu na jej wysokie koszty i czasochłonne procedury. Autorzy niektórych programów nie ubiegają się też o centralną rekomendację, ponieważ nie dysponują odpowiednią liczbą i przygotowaną kadrą, gotową odpowiedzieć na zapotrzebowanie ze strony szkół i samorządów lokalnych. Uzyskaniem rekomendacji dla swoich programów są natomiast zainteresowane większe instytucje i organizacje pozarządowe. Dodatkowo należy wspomnieć o istniejących projektach autorskich, które najczęściej są realizowane tylko w jednej szkole lub na terenie jednej gminy. Oszacowanie ilości tych programów jest trudne. Nie znana jest również ich jakość merytoryczna. Ocena i selekcja projektów wdrażanych w szkołach i placówkach systemu oświaty wydaje się zatem konieczna. W tym celu zespół składający się z przedstawicieli KBdsPN, PARPA, IPN i ORE przygotował projekt systemu rekomendacji i przeprowadził jego pilotaż. W grudniu 2010 roku na mocy porozumienia zawartego pomiędzy wymienionymi instytucjami powołano Zespół ds. Rekomendacji i Oceny Programów.

System ten składa się z następujących dokumentów:

- kwestionariusz aplikacyjny;
- standardy i kryteria oceny programów;
- słownik pojęć i terminów;
- opis poziomów rekomendacji;
- arkusz oceny programu.

Sami autorzy lub instytucje opiekujące się programem profilaktyki uzależnień, zainteresowani wpisaniem go do centralnego Banku Rekomendowa-

nych Programów Profilaktycznych, mogą wypełnić kwestionariusz aplikacyjny i przesłać go do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Szczegółowe informacje o systemie rekomendacji i materiały do pobrania zamieszczone są na wyżej podanych stronach internetowych instytucji odpowiedzialnych za system akredytacji programów profilaktyki uzależnień.

Akty prawne i przepisy regulujące działania z zakresu profilaktyki uzależnień.

Działania korekcyjne i profilaktyczne podejmowane przez placówki, szkołę i konkretne osoby opierają się na następujących uregulowaniach prawnych:

- a) Konstytucja Rzeczypospolitej Art. 72.
- b) Konwencja o Prawach Dziecka Art. 3, 19, 33.
- c) Kodeks postępowania karnego z dnia 6 kwietnia 1997 r. Art. 304.
- d) Kodeks postępowania cywilnego, Art. 572 (Dział II, rozdział 2).
- e) Ustawy i rozporządzenia:
 - Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii.
 - Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. z późniejszymi zmianami.
 - Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. – nowelizacja z dnia 28 marca 2005 r.
 - Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r.
 - Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich z dnia 26 października 1982 r.
 - Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 r.
 - Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.
 - Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 r.
 - Ustawy i rozporządzenia w obszarze oświaty i wychowania.
- f) Programy narodowe i krajowe:
 - Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.

- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.
 - Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
 - Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii.
 - Krajowy Program Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przestępczości wśród Dzieci i Młodzieży.
 - Narodowy Plan Działań na rzecz Dzieci.
- g) Procedury postępowania nauczycieli i metody współpracy szkół z Policją w sytuacjach zagrożenia dzieci oraz młodzieży przestępczością i demoralizacją, w szczególności: narkomanią, alkoholizmem, prostytutką. (Program Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przestępczości wśród Dzieci i Młodzieży).
- h) Dokumenty wewnętrzne regulujące funkcjonowanie placówki lub szkoły:
- Program Wychowawczy Szkoły.
 - Program Profilaktyki Szkolnej.
 - Statut Placówki lub Szkoły.
 - Plan rozwoju placówki lub szkoły.
 - Plany pracy wychowawców grup lub klas.
 - Szkolne programy nauczania.

Rozdział 14.

Szkolny Program Profilaktyki.

Profilaktyka w szkole znajduje najczęściej odbicie w Szkolnym Programie Profilaktyki. Jego szczegółowa zawartość zależy wyłącznie od grona pedagogicznego danej placówki oświatowej. Każda bowiem ma specyficzne potrzeby i zasoby. Główna struktura programu profilaktyki powinna być natomiast taka sama dla wszystkich szkół.

Do stworzenia systemowych działań profilaktycznych w szkole potrzebna jest diagnoza, ocena sytuacji wychowawczej i zidentyfikowanie niepokojących objawów. Oszacowanie problemu należy zacząć od ustalenia, kogo objąć badaniami i jak liczna powinna być badana grupa. Diagnoza często dotyczy funkcjonowania całego środowiska szkolnego – uczniów, nauczycieli, rodziców.

Do oceny zagrożeń nauczyciele mogą wykorzystać różnorodne metody i narzędzia diagnostyczne. W praktyce szkolnej powszechnie stosowane są:

- obserwacja;
- wywiad;
- rozmowa;
- analiza wytworów uczniów;
- ankieta;
- socjometria;
- analiza dokumentów szkolnych.

Zdiagnozowane trudności i zagrożenia stanowią podstawę planowania szkolnej profilaktyki czyli konstruowania programu profilaktycznego.

Budowa Szkolnego Programu Profilaktyki.

Schemat czytelnego programu profilaktyki szkolnej (SPP) powinien zawierać:

1. Założenia teoretyczne SPP. Czyli uzasadnienie i wynik diagnozy zachowań problemowych w danej placówce oświatowej.

2. Cel SPP. Określenie mierzalnego celu ogólnego SPP uwzględniającego przyjęte wcześniej teoretyczne założenia i wyniki diagnozy. Pomocą do uściślenia celu ogólnego są cele szczegółowe.
3. Zadania SPP. Są to jednoznacznie sformułowane stwierdzenia, które wyjaśniają, w jaki sposób będą osiąganymi cele. Zadania czyli działania powinny być konkretne i zrozumiałe dla realizatorów szkolnej profilaktyki. Często wśród propozycji zadań jest realizacja profesjonalnego programu profilaktycznego, czy działań alternatywnych. Dyrektorzy szkół, chcąc uatrakcyjnić ofertę we własnym środowisku, włączają w nią profesjonalne programy. Zapraszają wówczas realizatorów z zewnątrz lub szkołą własnych nauczycieli co wydaje się bardziej rozwojowe.
4. Struktura i sposób realizacji SPP. Zawiera zestawienie planowanych strategii profilaktycznych oraz informacji o konkretnych działaniach: dla kogo, kiedy, gdzie, kto realizuje, w jakiej formie, jak długo, – harmonogram realizacji poszczególnych zadań programu.
5. Strategia ewaluacji SPP. Planując ewaluację programu należy ustalić jej rodzaj (wewnętrzna, zewnętrzna, mieszana), metody ewaluacji i zagadnienia, które będą oceniane (wyniki bezpośrednie, długoterminowe, przebieg procesu profilaktycznego, zastosowane strategie).

Szkolny Program Profilaktyki dostosowany do potrzeb i możliwości rozwojowych uczniów, realizowany jest w określonej perspektywie czasowej np. trzech lat. Wyniki ewaluacji, jeśli pokazują niedostatki programu to powinny być wykorzystane do jego modyfikacji lub uwzględnione przy konstruowaniu kolejnej edycji programu.

Ze względu na szeroki zakres interakcji nauczyciela z uczniem oraz utrzymywanie kontaktów z rodzicami i społecznością lokalną szkoła ma możliwość pełnienia roli środowiskowego centrum profilaktyki. Czy konkretna placówka oświatowa będzie pełnić tę rolę zależy od chęci i kompetencji jej kadry oraz od umiejętności skonstruowania adekwatnego Szkolnego Programu Profilaktyki.

Procedury postępowania na terenie szkoły.

Poniżej przedstawione zostaną przykładowe procedury związane z wydarzeniami kiedy mogą wystąpić sytuacje związane z substancjami psychoaktywnymi.

Procedura postępowania na terenie szkoły, gdy nauczyciel podejrzewa, że na terenie szkoły znajduje się uczeń będący pod wpływem alkoholu lub narkotyków.

Działanie nauczyciela, wychowawcy, dyrekcji:

1. Powiadamia o swoich przypuszczeniach wychowawcę klasy, pedagoga oraz dyrekcję, którzy podejmują kolejne działania.
2. Odizolowanie ucznia od reszty klasy, ale ze względów bezpieczeństwa nie pozostawiać go samego, stworzyć warunki, w których nie będzie zagrożone jego życie ani zdrowie.
3. Wezwanie karetki pogotowia najlepiej z lekarzem w celu stwierdzenia stanu trzeźwości lub odurzenia, ewentualnie udzielenia pomocy medycznej.
4. Zawiadomienie o tym fakcie rodziców/opiekunów, których trzeba zobowiązać do niezwłocznego odebrania ucznia ze szkoły. Gdy rodzice/opiekunowie odmówią odebrania dziecka, o pozostaniu ucznia w szkole czy przewiezieniu do placówki służby zdrowia albo przekazaniu go funkcjonariuszom policji decyduje lekarz, po ustaleniu aktualnego stanu zdrowia ucznia i w porozumieniu z dyrektorem szkoły/placówki.
5. Dyrektor szkoły zawiadamia najbliższą jednostkę policji, gdy rodzice ucznia będącego pod wpływem alkoholu odmawiają przyjsia do szkoły, a jest on agresywny bądź swoim zachowaniem daje powód do zgorzenia albo zagraża życiu lub zdrowiu innych osób. W przypadku stwierdzenia stanu nietrzeźwości (stężenie we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu lub w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³) policja ma prawo przewieźć ucznia do izby wytrzeźwień albo do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych, na czas niezbędny do wytrzeźwienia (maksymalnie do 24 godzin). Jeśli uczeń nie ukończył 18 lat, o fakcie tym zawiadamia się jego rodziców/opiekunów oraz sąd rodzinny.
6. Jeżeli powtarzają się wypadki, w których uczniów, przed ukończeniem 18 lat, znajduje się pod wpływem alkoholu lub narkotyków na terenie szkoły, dyrektor placówki ma obowiązek powiadomienia o tym policji (specjalisty ds. nieletnich) lub sąd rodzinny.
7. Z przeprowadzonych działań sporządza się notatkę służbową, którą podpisują osoby uczestniczące w podjętych czynnościach.

Procedura postępowania, gdy na terenie szkoły zostanie znaleziona substancja wyglądem przypominająca narkotyk.

Działanie nauczyciela, wychowawcy, dyrekcji.

1. Nauczyciel zachowując środki ostrożności, zabezpiecza substancję przed dostępem do niej osób niepowołanych oraz ewentualnym jej zniszczeniem do czasu przyjazdu policji. Jeśli jest to możliwe w zakresie działań peda-

gogenicznych, można podjąć próbę ustalenia, do kogo znaleziona substancja należy.

2. Powiadamia o zaistniałym zdarzeniu dyrektora szkoły. Dyrektor niezwłocznie zawiadamia policję.
3. Po przyjeździe policji przekazuje zabezpieczoną substancję i informacje dotyczące szczegółów zdarzenia.
4. Z przeprowadzonych działań sporządza się notatkę służbową, którą podpisują osoby uczestniczące w podjętych czynnościach.

Procedura postępowania, gdy na terenie szkoły zachodzi podejrzenie, że uczeń ma przy sobie substancję przypominającą narkotyk.

Działanie nauczyciela, wychowawcy, dyrekcji.

1. Nauczyciel w obecności innej osoby (np. wychowawcy, pedagoga, dyrektora) ma prawo poprosić, aby uczeń przekazał tę substancję, pokazał zawartość plecaka, zawartości kieszeni we własnej odzieży, ewentualnie innych przedmiotów budzących podejrzenie, co do ich związku z poszukiwaną substancją. Nauczyciel nie ma prawa samodzielnie wykonać czynności przeszukania odzieży ani plecaka ucznia, jest to czynność zastrzeżona wyłącznie dla policji.
2. O swoich spostrzeżeniach powiadamia dyrektora szkoły oraz rodziców/opiekunów ucznia i wzywa ich do natychmiastowego stawiennictwa.
3. Gdy uczeń, mimo wezwania, odmawia przekazania nauczycielowi substancji i okazania zawartości teczki, dyrektor szkoły wzywa policję, która przeszukuje odzież i przedmioty należące do ucznia oraz zabezpiecza znalezioną substancję i zabiera ją do ekspertyzy.
4. Jeżeli uczeń wyda substancję dobrowolnie, nauczyciel, po odpowiednim zabezpieczeniu, zobowiązany jest bezzwłocznie przekazać ją jednostce policji. Wcześniej może podjąć próbę ustalenia, w jaki sposób i od kogo uczeń nabył substancję.
5. Z przeprowadzonych działań sporządza się notatkę służbową, którą podpisują osoby uczestniczące w podjętych czynnościach.

Rozdział 15.

Strategie rozpoznawania używania przez 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.

- rezygnuje z zajęć pozalekcyjnych lub zostaje z nich usunięte;
- negatywna postawa wobec obowiązków szkolnych;
- opuszcza lekcje;
- opuszcza całe dni w szkole;
- oddaje nie dokończone zadania domowe, oddaje po terminie lub wcale;
- dostaje gorsze stopnie;
- nie zalicza przedmiotów;

- fałszuje usprawiedliwienia;
- często wychodzi z lekcji;
- nie uważa lub przeszkadza na lekcjach;
- przysypia na lekcjach;
- nie przestrzega reguł społecznych i regulaminu;
- zostaje zawieszony lub usunięty ze szkoły.

Sfera kontaktów z rówieśnikami.

- używa słów i określeń używanych przez osoby używające narkotyki;
- porzuca dawnych przyjaciół lub oni odsuwają się od niego;
- utożsamia się z kontkultowymi grupami młodzieży;
- trzyma nowych znajomych z daleka od rodziców;
- ma znajomych, którzy unikają jego rodziców.

Sfera rodziny.

- otwarcie wywołuje rodzinne kłótnie i konflikty;
- wraca do domu po wyznaczonej godzinie bez pozwolenia i informowania rodziców;
- nie odbiera telefonu;
- przestaje wywiązywać się z domowych obowiązków;
- wymyka się z domu;
- zostaje na noc poza domem lub znika na kilka dni bez pozwolenia i powiadomienia rodziców;
- odmawia podporządkowania się ustaleniom domowym;
- przestaje podejmować zadania i prace wspólnie z rodzicami;
- unika kontaktu z rodzicami, zamyka się w pokoju;
- nie chce uczestniczyć w odwiedzinach dalszej rodziny;
- nie chce jeść posiłków z całą rodziną;
- nie chce rozmawiać o swoich znajomych i o formach spędzania czasu;
- nie informuje o wydarzeniach szkolnych (wywiadówkach, negatywnych ocenach, zmianach nauczycieli, uwagach czy zawieszeniu w prawach ucznia);

- ma pieniądze z niewiadomego źródła;
- manipuluje rodzicami, nastawia jedno z rodziców przeciw drugiemu;
- często reaguje złością;
- coraz więcej przeklina;
- stosuje słowną agresję;
- stosuje fizyczną agresję;
- okazuje coraz większą wrogość;
- składa, a potem i łamie obietnice;
- wychodzi z pomieszczenia kiedy rodzice zadają pytania;
- krótkoterminowo poprawia swoje zachowanie.

Sfera umysłowa.

- zmniejszony zakres uwagi i trudności z koncentracją;
- pojawiają się objawy psychiczne, uważa, że jest śledzone, prześladowane lub zagrożone;
- cierpi na nieokreślone lęki;
- jest niespokojne, pobudzone psychoruchowo.

Sfera fizyczna.

- szybki spadek masy i wagi ciała;
- nieregularne odżywianie;
- nieregularne okresy snu, zbyt długi lub zbyt krótki;
- nie śpi do późna w nocy, sypia w dzień;
- na ciele występują siniaki, rany;
- zaniedbuje higienę osobistą, nosi tę samą bieliznę;
- nosi ubrania z napisami i wizerunkami narkotyków;
- pojawia się coraz więcej dolegliwości górnych dróg oddechowych;
- zaczerwienienia na nosie;
- brak reakcji źrenic na światło;
- szkliste lub zaczerwienione oczy;
- zmniejszona lub podwyższona ilość energii.

Sfera emocjonalna.

- mówi o braku sensu życia;
- zmienny nastrój;
- jest smutne lub wesołe bez widocznej przyczyny;
- nie dzieli się swymi uczuciami;
- nie dopuszcza do siebie rozsądnych argumentów rodziców; odmawia podjęcia dialogu na swój temat;
- wydaje się smutne, przygnębione, zniechęcone;
- coraz bardziej pogrąża się w smutku;
- uważa, że jest zły;
- staje się coraz bardziej impulsywny;
- traci zainteresowanie dla cenionych dawniej czynności i zainteresowań;
- traci motywację i dążenie do sukcesu;
- przejawia mniejszy szacunek dla siebie, czuje, że nie umie sprostać wymaganiom i że nie jest tak dobra jak dawniej;
- ma mniej optymizmu, spontaniczności, jest bardziej cyniczny.

Sfera etyki.

- obecne zachowanie jest sprzeczne z poprzednio uznawanymi wartościami;
- kłamie i oszukuje;
- gubi własne lub cudze przedmioty;
- okrada rodziców i rodzeństwo;
- zachowuje się wyzywająco w sferze seksualnej;
- miłość określa tylko jako kontakt fizyczny;
- traci zainteresowanie wiarą, kościołem.

(Maxwell, 1999).

Poniżej zaprezentowane zostanie pięć obszarów zmian, które mogą wynikać z zażywania substancji psychoaktywnych.

1. Zmiany w psychice.

- Niechęć do podejmowania działania, pogłębiające się problemy z niską samooceną, kłamliwość, 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, nie przedstawianie nowych znajomych, poczucie odrębności dziecka, myśli iż rozmowy na temat jego przeżyć są możliwe tylko z innymi używającymi narkotyki osobami.
- 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, mężczy poczucie winy, dziecko czuje się smutne, pokrzywdzone i wystraszone, wycofuje się ze swojego środowiska i zamyka w sobie, nie daje sobie rady jako uczestnik sportowych i innych zajęć. Jest znudzone, 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 prześladowa, obawia, 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.

2. 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 zapał”, 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, nagle aktywne zainteresowanie seksem, możliwość oferowania usług seksualnych w zamian za narkotyki.
- Zmiana nawyków żywieniowych, wyraźny przyrost 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 do pokoju rodziców, posiada schowek, którego nikt inny nie może otworzyć.
- Szczególne 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.

3. Zmiany w wyglądzie

- Pogarsza się stan zdrowia, następuje spadek masy ciała, przeziębienia, grypa, bóle żołądka, zmęczenie, przewlekły kaszel, bóle klatki piersiowej, 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 sterydów 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, utrata 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 blade palce, nadmierna potliwość, zimna i wilgot-

na skóra, pieczenie skóry, pojawienie się trądziku, napięta i obrzęknięta 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.

4. Akcesoria.

Futki, 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.

5. 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 prostytutka. 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.

Substancje psychoaktywne

– wygląd, sposób przyjmowania i działanie.

1. Konopie indyjskie – marihuana, haszysz (zawierają Tetrahydrokannabinol – THC).

Marihuana oraz skun – wygląd: brązowozielone liście i nasionka, mieszana suchych liści i kwiatostanów przypominająca trochę natkę pietruszki albo majeranek. Sprzedawane są jako szczyt rośliny. Średnia zawartość THC w marihuanie w Polsce około 10%.

Sposób przyjmowania: najczęściej marihuana palona jest w postaci skrętów w fajce lub w szklanych firkach o wiele rzadziej jest dodawana do potraw jak ciasteczka czy budyń. Skun jest odmianą marihuany z dużą zawartością THC. Jest to genetycznie zmodyfikowana odmiana konopi uprawiana w specjalnych warunkach, głównie w uprawach zamkniętych (indoor).

Haszysz – wygląd: brązowe i czarne kulki lub kostki, cienkie paski.

Sposób przyjmowania: najczęściej palony, może być także dodawany do potraw np. ciastek. Należy zwrócić uwagę na: szklane fiki oraz małe fajki, torebki strunowe z resztkami liści.

Przewlekłe stosowanie powoduje powstanie zespołu amotywacyjnego: zaburzenia snu, zespół apatyczny z dominującym brakiem działania, ograniczenie kontaktów z ludźmi, zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, zaburzenia w przyswajaniu nowych wiadomości, upośledzenie zdolności rozwiązywania problemów i planowania przyszłości, zanik zainteresowań, zaburzenia percepcji czasu, doznań, krytycyzmu, lęk.

Używanie konopi w dużych dawkach może prowadzić do zaburzeń psychotycznych. Zaburzenia psychotyczne mogą mieć także charakter zaburzeń chronicznych (np. schizofrenia). Występowanie dolegliwości i chorób ze strony układu oddechowego (np. bólów gardła, silnego kaszlu, duszności, zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc i zaccopowania dróg oddechowych). Badania dowodzą wyraźnego wzrostu ryzyka wystąpienia raka języka, krtani i płuc. Zespół abstynencyjny od konopi, który pojawia się w przypadku zakończenia (zaprzestania) lub zmniejszenia używania przetworów konopi w dużych dawkach. Początek i przebieg zespołu abstynencyjnego są ograniczone czasowo.

Wśród objawów występują: pragnienie użycia substancji, zmniejszenie apetytu, zaburzenia snu, chwiejność emocjonalna, lęk, nadwrażliwość na ból, pocenie się (przede wszystkim w nocy), ogólna pobudliwość i drażliwość, czasami agresywność, wewnętrzny niepokój i dziwne sny.

2. Leki uspokajające i nasenne.

Wygląd: tabletki, kapsułki, płyny.

Sposób przyjmowania: doustnie, wstrzykiwane po rozpuszczeniu.

Objawy użycia: małe dawki dają poczucie odprężenia, większe dawki powodują senność i stan jak po upojeniu alkoholowym.

Należy zwrócić uwagę na: leki, opakowania po lekach, igły, strzykawki, ampułki. Długotrwałe używanie prowadzi do: uzależnienia psychicznego i fizycznego, zwiększa się tolerancja na leki, co oznacza, że trzeba przyjmować coraz większe dawki, pogarsza się ogólny stan zdrowia, obniża się poziom intelektualny, istnieje duże zagrożenie przedawkowaniem prowadzącym do śpiączki lub śmierci. Groźne w skutkach może być też mieszanie leków z alkoholem lub innymi środkami.

3. Dopalacze.

Wygląd: proszek, kryształy, pigułki, susz, mieszanki ziołowe. Są pakowane w małe, kolorowe i barwne torebki i saszetki.

Sposób przyjmowania: doustnie, palone.

Dopalacze dzielimy na działające pobudzająco, podobnie jak marihuana lub halucynogennie.

Dopalacze o działaniu pobudzającym powodują objawy: podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia psychotyczne, którym towarzyszą halucynacje i pobudzenie, zaburzenia pracy serca, udar mózgu, zawał serca.

„Party pills” lub „designer drugs” to inne używane określenia nowych narkotyków reklamowanych przez sprzedawców jako zwiększające energię i poprawiające nastrój. Ich pobudzające właściwości są podobne do efektów po zażyciu narkotyków z grupy amfetamin (amfetamina, metamfetamina, MDMA) lub kokainy.

Dopalacze działające podobnie do marihuany powodują objawy: „gonitwę” myśli, nerwowość, stany lękowe, „zamazaną” mowę, wymioty, zaburzenia psychiczne, podwyższenie tętna i ciśnienia krwi, bóle w klatce piersiowej, drgawki.

Dopalacze z tej grupy w większości przypadków są materiałem roślinnym połączonym z syntetycznymi kannabinoidami czyli substancjami reklamowanymi jako te działające podobnie do tetrahydrokannabinolu (THC), głównego składnika marihuany.

Dopalacze działające halucynogennie powodują objawy: przyspieszony puls, trudności w oddychaniu, sztywność mięśni, uszkodzenie nerek, silne pobudzenie psychoruchowe, niepokój, bezsenność, wahania nastroju, przenikliwość lęk, panikę, utratę kontroli nad własnym zachowaniem, próby samobójcze.

Dopalacze z tej grupy działają podobnie jak LSD, meskalina czy grzyby halucynogenne.

4. Mefedron (4-MMC, 4-metylometkatynon).

Wygląd: proszek, w formie kapsułek, kryształków, tabletek.

Sposób przyjmowania: może być spożywany doustnie lub wdychany przez nos.

Mefedron powoduje objawy: zaburzenia psychotyczne (omamy słuchowe – słyszenie tego, co nie istnieje, omamy wzrokowe – widzenie tego, co nie istnieje), niepokój, lęk, zaburzenia paranoidalne (wyobrażenia o byciu prześladowanym, atakowanym), napady agresji i paniki, zahamowanie łaknienia, nudności, wymioty, silne bóle głowy, depresja, myśli samobójcze, samouszkodzenia, przyspieszenie pracy serca i wzrost ciśnienia tętniczego krwi, prowadzące do zawałów serca, przegrzanie organizmu i odwodnienie, prowadzące do wielonarządowej niewydolności i śmierci.

Mefedron ma działanie podobne do ecstazy, amfetaminy i kokainy.

5. Amfetamina.

Wygląd: biały lub beżowy proszek, tabletki, kapsułki.

Sposób przyjmowania: doustnie, wciągana przez nos lub wstrzykiwana.

Objawy użycia: przypływ energii, poczucie mocy, podwyższenie nastroju, wzmożona aktywność, słowotok, zaburzenia snu (bezsenna), brak apetytu, rozszerzone źrenice, przyspieszona czynność serca i szybki oddech, zaczerwienienie skóry, wysypka, suchość w ustach, podwyższone ciśnienie krwi, silny niepokój, napięcie i drażliwość. Pod koniec działania narkotyku występują objawy takie jak zmęczenie i senność. Należy zwrócić uwagę na: biały lub beżowy proszek, tabletki, kapsułki, małe foliowe, strunowe torebeczki, folię aluminiową, igły, strzykawki, pocięte rurki, słomki do napojów.

6. Metamfetamina.

Wygląd: bezbarwny, biały, żółty, pomarańczowy lub brązowy kolor proszku lub kryształków. Może być lepka o konsystencji miodu. Wyglądem przypomina brudny, mokry śnieg.

Sposób przyjmowania: doustnie, palona, wciągana przez nos lub wstrzykiwana.

Objawy użycia: przypływ energii, poczucie mocy, podwyższenie nastroju, wzmożona aktywność, słowotok, zaburzenia snu (bezsenna), brak apetytu, rozszerzone źrenice, przyspieszona czynność serca i szybki oddech, zaczerwienienie skóry, wysypka, suchość w ustach, podwyższone ciśnienie krwi, silny niepokój, napięcie i drażliwość, pociąganie nosem i/lub katar, odczucie euforii. W końcowej fazie działania narkotyku - zmęczenie i senność. Ma działa-

nia dłuższe i stan jest intensywniejszy od amfetaminy. Długotrwałe używanie może prowadzić do: zaburzenia osobowości, depresja z próbami samobójczymi, zaburzenia funkcjonowania społecznego i urojenia, w tym urojenia prześladowcze. Krwawienia z nosa, zniszczenie błony śluzowej, przedziurawienie przegrody nosowej, aseptyczna martwica przegrody nosowej, kaszel, chrypka, duszność.

7. Kokaina.

Wygląd: proszek o kolorze śnieżnobiałym lub żółtawym.

Sposób przyjmowania: wciągana przez nos, wstrzykiwana, zażywana doustnie, z domieszkami innych narkotyków.

Crack.

Wygląd: białe, beżowe lub brązowe kamyki (żwir) sprzedawany w foliowych woreczkach, folii aluminiowej.

Sposób przyjmowania: pali się w specjalnej fajce lub wdycha jego opary.

Objawy użycia: przyływ energii, poczucie mocy, podwyższenie nastroju, wzmożona aktywność, rozszerzone źrenice, słabo reagujące na światło, pociąganie nosem i/lub katar, odczucie euforii, zmniejszenie niepokoju i zwiększenie poczucie pewności siebie, zwłaszcza w kontaktach międzyludzkich. Przy większych dawkach mogą powstać również halucynacje i paranoje, przypominające objawy schizofrenii. Należy zwrócić uwagę na: proszek o kolorze śnieżnobiałym lub żółtawym, a w przypadku cracku jasnobrązowe kuleczki „kamyki”, fajki, małe flakoniki, igły, strzykawki, małe foliowe torebeczki, lusterka.

Długotrwałe używanie może prowadzić do: zaburzenia osobowości, depresji z próbami samobójczymi, psychozy kokainowej – zaburzenia funkcjonowania społecznego i urojenia, w tym urojenia prześladowcze, krwawienia z nosa, zniszczenie błony śluzowej, przedziurawienie przegrody nosowej, aseptyczna martwica przegrody nosowej, kaszel, chrypka, duszność.

8. Ekstazy (3,4-Metylenodioksymetamfetamina – MDMA, 3,4-Metylenodioksymfetamina – MDA).

Wygląd: białe lub kolorowe pigułki z wytłoczonymi wzorkami, ale także proszek, kapsułki.

Sposób przyjmowania: doustnie, ale ekstazy może być również wciągany po rozkruszeniu.

Objawy użycia: wzmożona pobudliwość, wyostrome postrzeganie bodźców zewnętrznych (kolorów, dźwięków), brak łaknienia, przyspieszony oddech,

podniesienie ciśnienia, przyspieszenie pulsu, szczykościsk, suchość w ustach, halucynacje.

Używanie może prowadzić do: przypadków przedawkowania, którym towarzyszą objawy złośliwego zespołu neuroleptycznego (m.in. hipertermia, drgawki i śpiączka) i które mogą skończyć się śmiercią. Szczególnie niebezpieczne jest przyjmowanie MDMA przez osoby cierpiące na choroby układu krążenia (takie jak choroba niedokrwienna serca, arytmie, nadciśnienie tętnicze). MDMA może wywołać migotanie komór serca także u osób zdrowych. Innym zaburzeniem, które może zakończyć się śmiercią jest hiponatremia. Należy zwrócić uwagę na: białe lub kolorowe tabletki z wytłoczonymi wzorami.

9. LSD.

Wygląd: małe bibułki z kolorowymi nadrukami, kolorowe „kamyki do zapalniczek”, tabletki.

Sposób przyjmowania: doustnie.

Objawy użycia: rozszerzone źrenice, wymioty, przyspieszona czynność serca, podwyższone ciśnienie krwi, wzrost temperatury ciała, zaburzone postrzeganie rzeczywistości (widzenie dźwięków, słyszenie barw), chwiejność emocjonalna (od euforii do depresji), omamy wzrokowe, niekiedy lęk, nawroty doznań nawet po długim czasie od zaprzestania brania.

10. Grzyby halucynogenne.

Wygląd: różnego rodzaju grzybki o zabarwieniu od żółtawego do czarnego z brązowym prześwitem. Sposoby przyjmowania: doustnie – suszone lub surowe.

Objawy użycia: halucynacje wzrokowe, zaburzone postrzeganie czasu i przestrzeni, rozszerzone źrenice, zmiany nastroju, zupełne wyizolowanie z rzeczywistości, przeżycia mistyczne, lęk.

Zwróć uwagę na: różnego rodzaju grzyby świeże bądź suszone. Niebezpieczeństwo zażywania: nigdy nie wiadomo, jak zadziałają. Wysokie ryzyko śmiertelnego zatrucia oraz przewlekłej psychozy.

11. Sterydy.

Objawy użycia: poprawa nastroju, przypływ energii, poczucie siły i kondycji, zmiany skórne (plamy, zaczerwienienia), obrzęk twarzy, zaburzenia równowagi hormonalnej, nerwowość, impulsywność, agresywność.

Sposób zażywania: doustnie lub wstrzykiwanie.

Zwróć uwagę na: szybki przyrost masy mięśniowej u twojego dziecka, nieproporcjonalny do czasu poświęcanego ćwiczeniom na siłowni. Długotrwałe przyjmowanie może prowadzić do: ciężkich uszkodzeń narządów wewnętrz-



nych (wątroby, nerek, serca), osłabienia popędu płciowego, uszkodzenia chromosomów. Sterydy powodują także zaburzenia psychiczne o różnym nasileniu: rozdrażnienie, nerwowość, agresję, lęk, panikę, urojenia prześladowcze, depresję z myślami samobójczymi.

12. Heroina (brązowa lub biała, tzw. „kompot”).

Wygląd: biały lub beżowo-brązowy proszek, brunatna, różowa lub beżowa granulowana substancja przypominająca cukier, jasny lub ciemnobrązowy płyn o wyczuwalnym słodkim zapachu w przypadku tzw. „kompotu”.

Sposób przyjmowania: wstrzykiwanie w przypadku brązowej heroiny również palenie.

Sposób przyjmowania: najczęściej wdychany jest dym (wstrzykiwanie, rzadziej przyjmowana doustnie).

Objawy i efekty użycia: wpływa depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy, w szczególności na ośrodek oddechowy znosi odczuwanie bólu, wywołuje euforię, senność, błogą apatię, wprowadza w błogostan i stan niewrażliwości na przykre doznania, zwęża źrenice do wielkości główki szpilki, spowalnia perystaltykę żołądka i jelit kurczy zwieracze.

Należy zwrócić uwagę na: wygląd źrenic – bardzo małe, igły, strzykawki, ślady nakłuć po wstrzyknięciach, ślady krwi na bieliźnie, a w przypadku heroiny do palenia (brown sugar) na okopcone sreberka z folii aluminiowej.

Rozdział 16.

Strategie interwencyjne.

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.

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 rozwiązanie 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.

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

Poniżej przedstawiona zostanie propozycja 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 zażywania substancji psychoaktywnych.
- Działania zmierzające do zademonstrowania sobie i innym osobom znaczącym ważnych atrybutów własnej tożsamości np. uzyskanie etykiety „silnego mężczyzny”, „cwaniaka”, „równiuchy”.
- 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 jak dziecko zażyje jakąś substancję to 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 może 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 używa substancji psychoaktywnych.

Sytuacja kiedy dziecko eksperymentalnie bądź już regularnie sięga po substancje psychoaktywne - narkotyki, wymaga reakcji i konkretnych działań. Postępowanie to powinno być adekwatne do stopnia zaawansowania procesu rozwoju uzależnienia, który przebiega w trzech etapach. Pierwszy to rozwojowe zażywanie substancji, drugi to zażywanie substancji jako trudność rodziców i otoczenia, trzeci to przyjmowanie tożsamości osoby uzależnionej. Jednak bez względu na stopień uzależnienia zawsze to rodzic jest osobą, która może najwięcej. Jest do tego najbardziej uprawniony, a kompetencje może



rozwijać pracując pod okiem specjalisty. Są trzy podstawowe powody dla których to rodzic jako pierwszy powinien zgłosić się do specjalisty terapii uzależnień dzieci i młodzieży. Po pierwsze należy określić stopień zaawansowania uzależnienia dziecka. Na spotkaniu rodzica ze specjalistą należy przedstawić wszystkie swoje spostrzeżenia. Wówczas specjalista będzie mógł się do nich odnieść i dokonać wstępnej oceny stopnia zaawansowania uzależnienia dziecka. Czy sam rodzic potrafi określić na jakim etapie uzależnienia jest jego dziecko? – Raczej nie. Oczywiście wskazana jest obecność dziecka na takim spotkaniu i docelowo do tego należy dążyć, ale nie jest ta obecność na pierwszym spotkaniu bezwzględna. Po drugie należy wypracować, adekwatnie do rozwoju uzależnienia, strategię postępowania z dzieckiem i dalej nabyć kompetencji do jej realizacji. Na spotkaniu, a raczej kolejnych spotkaniach, rodzica ze specjalistą taką strategię postępowania należy wypracować. Kolejne spotkania koncentrować się będą na nabywaniu przez rodziców kompetencji do ich realizacji. Czy sam rodzic potrafi takie postępowanie określić i bez wsparcia je realizować? – Raczej nie. Po trzecie należy dobrać adekwatną do cech dziecka i stopnia uzależnienia interwencję oraz terapię. Na spotkaniu ze specjalistą rodzic dowiaduje się o różnych formach terapii, łącznie z trybem sądowego przymusu leczenia dziecka z powodu uzależnienia. Czy sam rodzic będzie potrafił to zrobić? – Raczej nie. Odpowiedzialność za powodzenie lub niepowodzenie terapii uzależnionego dziecka spoczywa przede wszystkim na rodzicu, specjaliście i samym dziecku oraz instytucjach takich jak szkoła, policja czy sąd rodzinny (rodzice – 30%; specjalista lub Ośrodek – 30%; dziecko – 30%; inne osoby, instytucje oraz placówki – 10%). Jednak praktyka pokazuje, że to rodzic czasami jest najsłabszym ogniwem całego systemu pomocy.

Odpowiedzialność i zaangażowanie rodzica to przede wszystkim zrozumienie sytuacji rodziny i dziecka, nabycie i stosowanie nowych kompetencji, a korekta tych destrukcyjnych. Czasami również własna terapia z powodu osobistych trudności, współuzależnienia od uzależnionego dziecka, a nawet własnego uzależnienia. Można stwierdzić, że: „jeżeli chcesz pomóc własnemu dziecku to zacznij od siebie”.

Odpowiedzialność i zaangażowanie specjalisty to przede wszystkim wsparcie, zrozumienie i zaufanie oraz kompetencje i profesjonalizm polegający na stosowaniu terapii przy wykorzystaniu metod o potwierdzonej empirycznie skuteczności.

Odpowiedzialność i zaangażowanie dziecka to przede wszystkim branie, adekwatnej do wieku, odpowiedzialności za swoje zachowanie i proces terapii.

Odpowiedzialność i zaangażowanie instytucji takich jak szkoła, policja czy sąd zgodnie z kompetencjami i obowiązującym prawem.

Etapy rozwoju procesu zaawansowania uzależnienia i adekwatne postępowanie.

I Etap – Norma rozwojowa (eksperymentalne używanie substancji psychoaktywnych normą rozwojową).

Zażywanie substancji często wynika z potrzeb rozwojowych dziecka np. poznanie stanu odurzenia i poznanie reakcji własnego organizmu w odpowiedzi na to jak na mnie działa substancja. Również może wynikać z wpływu grupy rówieśniczej czyli - robię to co inni by przynależać do określonej grupy, aby być akceptowanym i uniknąć lęku przed oceną.

Na tym etapie używanie jest eksperymentalne, bez własnej motywacji w poszukiwaniu sytuacji i okoliczności do zażycia substancji. Nie widać też zmian w zachowaniu dziecka. Nie ma również obiektywnych strat z zażywania substancji z wyjątkiem zatrucia organizmu w wyniku zażycia np. dopalaczy. Pojawiają się incydentalne sygnały świadczące o tym, że dziecko zażyło substancję psychoaktywną. Może się zdarzyć, że dziecko wróciło do domu w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub narkotyku.

Strategia postępowania to przede wszystkim rozmowy, stawianie granic i formułowanie oczekiwań oraz konsultacja u specjalisty.

Rozmowa z dzieckiem powinna koncentrować się na zrozumieniu zachowania dziecka, postawieniu granic i sformułowaniu oczekiwań na przyszłość, a nie na wykazaniu winy i ocenie. Jeżeli sytuacja zdarzyła się w szkole, powinni zostać powiadomieni rodzice dziecka. Dobrze żeby rozmowa przebiegała w atmosferze życzliwości i troski o dziecko. Przykładowy przebieg rozmowy:

1. 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 Cię zrozumieć i pomóc”.*

2. Przedstaw trudność, opisz słowami niewłaściwe zachowanie dotyczące zażycia narkotyku. Poproś dziecko o przedstawienia własnego punktu widzenia.

„Chciałabym usłyszeć, jak Ty widzisz tę sytuację”.

3. Streść i podsumuj stanowisko dziecka w celu sprawdzenia, czy dobrze je rozumiałaś.

„Z tego, co powiedziałaś zrozumiałam, że...”

4. Jeżeli dziecko uzna trudność, należy okazać zrozumienie, wsparcie i zaproponować pomoc w jego rozwiązywaniu. Po ustaleniu wspólnych faktów w sprawie zażycia substancji należy przedstawić oczekiwania dotyczące niezażywania substancji w przyszłości.

5. Jeżeli dziecko zaprzecza istnieniu trudności, można poinformować o swojej trosce oraz adekwatnych konsekwencjach, jeżeli takie zachowanie powtórzy się. Należy też ponownie wyrazić swoje oczekiwania oraz gotowość pomocy- strategia „otwartych drzwi”.

„Jesteś dla mnie ważny i gdybyś uznał, że jednak potrzebujesz pomocy, zawsze możesz do mnie przyjść... Jestem twoją mamą, Kocham Cię”.

8. Zarówno w jednej jak i drugiej sytuacji zalecany jest kontakt ze specjalistą celem wsparcia i określenia dalszego postępowania.

II Etap – Trudność rodziny i otoczenia (nieregularne zażywanie substancji psychoaktywnych jako trudność rodziny i otoczenia).

Zażywanie substancji staje się trudne dla rodziny, najbliższych, przyjaciół i nauczycieli. To oni w pierwszej kolejności martwią się i potępiają zachowanie dziecka. Nauczyciele są w trudnej sytuacji i często nie wiedzą jak adekwatnie postępować. Rodzice w pierwszej kolejności obwiniają siebie nawzajem – „*jak ty go wychowałaś*”; – „*ciebie nigdy nie ma w domu, wszystko jest na mojej głowie*” i równocześnie obwiniają dziecko – „*jak ono może tak postępować, przecież ma wszystko*”. Obwinia się też inne osoby, głównie rówieśników i instytucje – szkołę, policję, sąd. Po tym trudnym i pełnym emocji czasie, część rodziców zaczyna szukać pomocy. Na tym etapie rozwoju uzależnienia pojawia się już związek przyczynowo skutkowy oraz własna motywacja w dążeniu do zdobycia i zażycia narkotyku. Pojawiają się pierwsze obiektywne straty zauważalne przez rodziców i najbliższe otoczenie. Dziecko pije alkohol, pali papierosy, zażywa narkotyki, pojawiają się zmiany w zachowaniu i zaniedbywanie konstruktywnych form spędzania wolnego czasu. Rozpoczyna się proces wypadania z roli dziecka i ucznia. Jednak na tym etapie, samo dziecko nie postrzega zażywania substancji jako coś złego, a własne trudności jako konsekwencje zażywania.

Na tym etapie dziecko spełnia kryteria medyczne używania szkodliwego substancji psychoaktywnych i kwalifikuje się wraz z rodziną do specjalistycznej opieki.

Strategia postępowania to oddziaływania wychowawcze, kontrakt terapeutyczny, rodzina pod opieką specjalisty (rodzice i dziecko).

III Etap – Przyjmowanie tożsamości (regularne używanie substancji psychoaktywnych jako proces przyjmowania tożsamości osoby uzależnionej).

Stan po zażyciu substancji staje się częścią tożsamości kształtującej się na tym etapie rozwojowym. Młoda osoba adaptacyjnie wykorzystuje swój stan po zażyciu substancji w radzeniu sobie z trudnymi emocjami, zaniżoną oceną i lękiem oraz sytuacjach społecznych min. kontaktach z rówieśnikami. Histo-

ria używania substancji psychoaktywnych sięga co najmniej ostatniego roku, regularnie je zażywa w ciągach trwających minimum przez 14 dni. Dawki zażywanych substancji jak i częstotliwość zażywania znacząco wzrosły w odniesieniu do wcześniejszego etapu. Na tym etapie dochodzi do wypadania z roli dziecka i ucznia. Zaniedbywania swoich zainteresowań i alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu. Pojawiają się konflikty z prawem. Podejmowane są pierwsze nieudane próby terapii. Aktywność i motywacja w działaniu dziecka wynika głównie z potrzeby zdobycia narkotyku. Uwaga i myślenie są skierowane na sytuacje wokół używania substancji. Otoczenie wie i werbalizuje fakt zażywania substancji. Środowisko rówieśnicze to przede wszystkim osoby używające substancje. Dziecko posiada subiektywne przekonanie, że wszyscy zażywają narkotyki. Na tym etapie dziecko spostrzega pierwsze konsekwencje brania narkotyków w postaci utraty kontroli nad zażywaniem substancji, trudności w rodzinie i szkole, zdrowotne i prawne. Dziecko spełnia kryteria medyczne zespołu uzależnienia.

Strategia postępowania to specjalistyczna terapia dziecka i praca z rodziną. W sytuacji kiedy dziecko nie chce podjąć terapii należy rozważyć procedurę sądowego przymusu leczenia.

Dostępne formy terapii uzależnionego dziecka to terapia ambulatoryjna w Poradni lub terapia stacjonarna w Ośrodku. Wskazane jest by terapia dziecka zawsze rozpoczynała się w Poradni. Jednak kiedy taka terapia nie przynosi efektów wówczas należy rozważyć zmianę formy terapii na Ośrodek stacjonarny. Ważne jest by kierować się merytorycznymi kryteriami i specyfiką dziecka w doborze Ośrodka, a nie np. czasem oczekiwania na miejsce w Ośrodku. W sytuacji kiedy i ta forma terapii zawodzi należy rozważyć sądowy przymus leczenia celem ochrony zdrowia, a nawet życia uzależnionego dziecka.

Takie postępowanie reguluje Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. 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 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 typu MOW lub MOS.

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 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.

Podsumowując należy zwrócić szczególną uwagę na bardzo ważną rolę rodziców w postępowaniu z dzieckiem używającym substancje psychoaktywne. W trosce o dziecko i całą rodzinę zawsze zalecana jest konsultacja u specjalisty terapii uzależnień dzieci i młodzieży.

Interwencje i postępowanie prowadzone w formie rozmowy.

Strategia 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;
- Zaprosz drugą stronę do przedstawienia jej punktu widzenia:

Chciałabym usłyszeć, jak Ty widzisz tą sytuację...

- Streść stanowisko drugiej strony w celu sprawdzenia, czy dobrze zrozumiałaś:

Z tego, co powiedziałaś zrozumielałam, 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 zrobi, 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 nie kompletną...

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 służbowe, oczekiwanie:

Proszę o dostarczenie mi kompletnej 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 informa-

cję 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 nieodpowiedzialna...

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 zrobiłaś...

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 problemu i zmianę zachowania.

Konfrontacja nie jest:

Wyrażaniem pretensji: *jak mogłeś...*

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

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

Komunikat konfrontacyjny powinien być:

Życzliwy – naszą intencją jest troska, chęć pomocy,

Konkretny – zawiera 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 – relacja 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 matematyki...

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 przyszedłaś 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...

Rozdział 17.

Przykłady rozmów z dzieckiem i jego rodzicami.

Poniżej przedstawione zostaną propozycje czterech sytuacji, prowadzonych spotkań z rodzinami, w których dzieci używają substancje psychoaktywne.

Przykłady czterech systemów rodzinnych, w których dziecko zażywa substancje psychoaktywne i jak można z nimi przeprowadzić pierwszą interwencyjną rozmowę. Taka rozmowa może się odbyć na terenie szkoły, ale też w innym miejscu np. w placówce prowadzonej przez organizację pozarządową. Zależy to od tego, gdzie taka sytuacja została zidentyfikowana. Najczęściej jest to jednak szkoła czy inna placówka oświatowa lub placówka pomocowa dla dzieci i młodzieży prowadzona przez organizację pozarządową. Osoba, która może przeprowadzić takie spotkania nie musi być zawsze profesjonalistą w danej dziedzinie i może to być oprócz psychologa, pedagoga, terapeuty również wychowawca klasy, ale też kurator sądowy. Jednak zawsze bardzo ważne jest to by ta osoba lub osoby były co najmniej neutralne wobec dziecka i rodziny, a jeszcze lepiej by ta osoba była dla nich ważna. W przedstawionych poniżej sytuacjach będzie to szkoła, a osobami prowadzącymi spotkanie będą wychowawcy, nauczyciele, pedagog, dyrektor. Jeżeli jest to możliwe w spotkaniu z rodziną powinny uczestniczyć dwie osoby, zwłaszcza, kiedy nie do końca czujemy się pewnie w obszarze uzależnień. Na przykład jedną może być wychowawca klasy, a drugą pedagog lub inna osoba np. psycholog, nauczyciel, a czasami warto by to był dyrektor szkoły. Najlepiej jest kiedy tą drugą osobą jest nauczyciel, którego uczeń lubi lub dobrze z tego przedmiotu się uczy ponieważ podczas spotkania może udzielić pozytywnych informacji, a to jest bardzo istotne podczas takiego spotkania. W sytuacji kiedy w spotkaniu z rodziną uczestniczą dwie osoby ważne jest by jedna osoba prowadziła to spotkanie, a druga była raczej obserwatorem i wsparciem dla prowadzącego rozmowę. Należy bronić się przed efektem „napadania na rodziców”. Konieczne jest by do takiego spotkania się przygotować. Zebrać fakty, o których wiemy, zastanowić się nad tym co chcemy powiedzieć, spróbować odpowiedzieć sobie na pytanie w jakim systemie funkcjonuje ta rodzina, kto jakie role w niej pełni, pozytywne informacje o rodzinie i rzecz bardzo ważna, trzeba ustalić co ma być celem takiego spotkania. Oczywiście cel musi być adekwatny do danej sytuacji i okoliczności, w której się znajdujemy. Na przykład jeżeli jest to szkoła to nie należy próbować



diagnozować trudności rodziny czy uzależnienia dziecka. Nie należy wchodzić w rolę psychoterapeuty i proponować psychoterapię w warunkach szkolnych. Należy też pamiętać o tym co może czuć zaproszona na spotkanie rodzina i jej poszczególni członkowie. Spostrzegać też to co czuje rodzina i jej poszczególni członkowie podczas prowadzonej rozmowy, a zwłaszcza w tym przypadku nasz uczeń. Przekonanie, że i tak nic z tego nie będzie jest błędne. Bardzo często rodzice na terenie szkoły nie chcą się otwierać i też nie zawsze chcą dzielić się ze szkołą swoimi trudnościami i mają do tego prawo. Jednak nie musi to znaczyć, że lekceważą trudności np. w postaci zażywania przez ich dziecko narkotyki. Ponad 50 % rodzin z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne zgłasza się do poradni zajmujących się pomocą w obszarze uzależnień twierdząc, że właśnie pod wpływem rozmowy z nauczycielem lub spotkania w szkole trafili do poradni. To tylko nam, najczęściej się wydaje, że kiedy podczas takiego spotkania rodzice przyjmują postawę obronną poprzez zaprzeczanie, bronienie i usprawiedliwianie swojego dziecka lub agresję kierowaną w stronę prowadzących i całej szkoły, to spotkanie nie spełniło swojego celu. Zapewniam, że dla większości rodziców jest to też bardzo trudna sytuacja. Rodzice są w tej sytuacji często pogubieni, a nierzadko po prostu przerażeni. Reagują milczeniem, bo po prostu nie wiedzą co powiedzieć, albo reakcja jest emocjonalna. Wypowiadają oskarżenia pod adresem szkoły i konkretnych nauczycieli. Jednak zasługują na wyrozumiałość i wsparcie. To, że podejmują dla nas trudne zachowanie to nie dlatego, że chcą nam zaszkodzić tylko dlatego, że często po prostu nie potrafią inaczej. Pamiętajmy, że oni też mieli swoich rodziców, środowisko w którym wzrastali i uczęszczali do szkół, a nie zawsze wszystkie te obszary wpływały na nich konstruktywnie. To, że czasami nam trudno w kontakcie z rodzicami to przede wszystkim objaw tego, że im też może być zwyczajnie i po ludzku bardzo trudno.

Ważna wskazówka dotycząca prowadzenia rozmów. Zawsze warto rozpocząć rozmowę z całą rodziną, wysłuchać perspektywy i opinii każdej ze stron. To daje możliwość usłyszenia przez wszystkich zainteresowanych opinii i stanowiska innych. W sytuacji kiedy decydujemy się na rozmowę w innym składzie, zawsze warto rozpocząć rozmowę od dziecka. Kiedy jest tak, że na początku zaczynamy rozmowę tylko z rodzicami lub rodzicem, dziecko za drzwiami myśli „znów rozmawiają o mnie beze mnie”. Wtedy jego nastawienie jest negatywnie wzmacniane.

Warto też pamiętać, że szkoła czy inna placówka musi działać w obszarze swoich kompetencji i obszarze prawa. Nie należy wchodzić w rolę terapeuty uzależnień czy podejmować się diagnozowania rodziny czy innych trudności. Musimy pamiętać, że zawsze kiedy w grę wchodzi zagrożenie zdrowia czy życia dziecka musimy podjąć odpowiednie działania, które często są regulowane przez prawo. Nie należy wchodzić z dzieckiem w koalicję przeciw rodzicom

lub obiecywać, że nikomu nic nie powiemy. Zawsze taki jasny komunikat powinno dziecko otrzymać na początku spotkania: „chcę ci powiedzieć, że jeżeli sprawy, o których mi powiesz będą stanowić zagrożenie dla twojego lub innych osób zdrowia bądź życia to będę musiała je przekazać odpowiednim osobom, bo nie mogę pozwolić by ci się działa krzywda i tak też stanowi prawo”. Wówczas samo dziecko ma możliwość decydowania, czy chce powiedzieć, czy nie i jakie treści to będą. Z doświadczenia wynika, że dzieci mówią, bo chcą pomocy od nas dorosłych

Przypadek pierwszy.

Opis Rodziny.

Rodzina pełna, jedno dziecko, mieszkają samodzielnie w domu jednorodzinym. Oboje pracują i są dobrze postrzegani przez sąsiadów. Dziecko – Janek l.16 jest uczniem III klasy gimnazjum i nie ma trudności z nauką chociaż w I i II klasie uczył się zdecydowanie lepiej. Również jego zachowanie pogorszyło się. W domu Janek ma wszystko, rodzice niczego mu nie żałują. W szkole, pani wychowawczynie, od około miesiąca, dostaje niepokojące informacje na temat ucznia. Uczniowie mówią, że Janek pali marihuanę i eksperymentuje z dopalaczami. Ostatnio jeden z rodziców zgłosił, że Janek sprzedał jego synowi narkotyk.

Cała rodzina, na prośbę pani wychowawczynie, pojawiła się na spotkaniu w szkole.

Spotkanie prowadzi pani wychowawczynie, która poprosiła swoją koleżankę, nauczycielkę matematyki o towarzyszenie jej w tym spotkaniu. Cel jaki sobie założyły to przede wszystkim przekazanie informacji, które posiadają na temat Janka, a które dotyczą narkotyków, ewentualnej sprzedaży narkotyków oraz na co może liczyć rodzina ze strony szkoły. Panie, też wiedzą, że system funkcjonowanie rodziny wygląda tak jak niżej przedstawiony schemat. Rodzice swoje działania głównie kierują na zaspakajanie potrzeb dziecka. Można powiedzieć, że Janek nie wiele robiąc wiele ma. W takiej sytuacji rodzice najczęściej bronią swoje dziecko i usprawiedliwiają je. Są mało krytyczni wobec niego.



Przebieg spotkania.

Najlepiej jest kiedy spotkanie odbywa się w pokoju pedagoga szkolnego lub w innym przyjaznym pomieszczeniu tak by wszyscy uczestnicy spotkania mogli swobodnie siedzieć, nie są oddzieleni od siebie np. biurkiem i tak by wszyscy mogli siebie widzieć np. krzesła ustawione w kręgu.

Pani wychowawczynie rozpoczyna rozmowę przedstawiając się i swoją koleżankę, a dalej dziękując rodzinie za przybycie. Podaje powód spotkania, czyli to, że jest zaniepokojona o Janka. Dlatego ma potrzebę przekazania informacji jakie się pojawiły na terenie szkoły, a dotyczące Janka. Na koniec możemy się wspólnie zastanowić czy, a jak tak, to w jaki sposób, strona szkoły może pomóc w tej sytuacji.

Dalej powinna pojawić się przestrzeń dla rodziców i Janka by mogli się odnieść do powodów spotkania i jego przebiegu, który też powinien być na początku zaproponowany. Kiedy sytuacja i powód spotkania jest jasny bez względu na reakcję rodziców kontynuujemy rozmowę. Przedstawiamy informacje, które posiadamy czyli: *Chcemy państwu przekazać, że ja jako wychowawczynie Janka, od około miesiąca, dostaje niepokojące informacje na temat Janka. Inni uczniowie mówią, że Janek pali marihuanę i eksperymentuje z dopalaczami, a ostatnio jeden z rodziców zgłosił, że Janek sprzedał jego synowi narkotyk. Oczywiście my nie wiemy czy to co uczniowie mówią na temat Janka jest prawdą. Natomiast uznaliśmy, że takie informacje są istotne. Mówimy o tym Państwu ponieważ uważamy, że jako rodzice powinniście o tym wiedzieć. Nie chcemy sytuacji kiedy o różnych trudnych sprawach rodzice często dowiadują się ostatni.*

Tu kolejna przestrzeń dla rodziców i Janka. Po wysłuchaniu rodziców i odpowiedzi Janka lub braku odpowiedzi z jego strony kontynuujemy. W zależności od rozwoju sytuacji. To co zdarza się najczęściej w takich sytuacjach to dwie możliwości. Pierwsza to cała rodzina zaprzecza i oczekuje dowodów uznając, że to pomówienia. Druga to rodzina milczy lub zaczyna się nawzajem obwiniać. Rzadko się zdarza, że na pierwszym spotkaniu rodzina przyjmuje przedstawioną sytuację i prosi o pomoc np. pytaniem co możemy w tej sytuacji zrobić. Osoby prowadzące spotkanie muszą oczywiście stale adekwatnie do rozwoju sytuacji reagować. Wracając do najczęstszych reakcji rodziców i Janka, prowadzące spotkanie kontynuują rozmowę mówiąc: *Chcemy też poinformować Państwa i ciebie Janek, że jeżeli chodzi o sprawę ewentualnej sprzedaży narkotyku innemu uczniowi to fakty są takie. Szkoła nie ma wystarczających dowodów, ale przede wszystkim kompetencji, by tą sprawą się zajmować w inny sposób niż to dzisiejsze spotkanie. Natomiast musicie być świadomi, że ten rodzic może sprawę zgłosić na policję i w ten sposób rozpocząć całą procedurę. Wówczas to policja dalej będzie się zajmowała tą sprawą jej wyjaśnianiem, nie szkoła. Nasza szkoła, ja osobiście, pani od matematyki, która uważa, że dobrze się uczysz z matematyki, chcemy być*

był uczniem naszej szkoły, chcemy z tobą pracować” (tą wypowiedź przy wsparciu swojej koleżanki kieruje wychowawczyni głównie do Janka). Dodatkowo warto też przekazać pozytywną informację do rodziców i należy wspomnieć o pozytywach w zachowaniu Janka (np. nauka jakiegoś przedmiotu, cechy osobowe, zachowanie – ważne jest to, by były to konkretne sytuacje, a zawsze takie są w wypadku każdego ucznia).

Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, prowadząca dobrze, żeby zadała pytanie: *Czy my jako szkoła możemy coś dla Państwa zrobić? Co do ciebie Janek to chcę żebyś wiedział, że możesz na mnie liczyć w obszarze, na którym się znam oczywiście. Zawsze możemy rozmawiać i mogę cię wspierać...* Nie należy składać obietnic bez możliwości ich realizacji np. brak własnych kompetencji lub łamanie przez ucznia prawa.

Dodatkowo chcemy z koleżanką przekazać Państwu kontakt do poradni, w której pracują specjaliści zajmujący się diagnozą i pomocą dla młodzieży używającej substancje uzależniające. To już do waszej decyzji należeć będzie czy z tego skorzystacie, ale w moim przekonaniu warto tam się wybrać chociażby po to by specjalista mógł wypowiedzieć się na ten temat i dalej w zależności od wyniku tego spotkania podpowiedzieć wam co możecie zrobić i jak postępować...

Na zakończenie spotkania należy się upewnić czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich. Kontakt do poradni należy przekazać w formie ulotki lub innej papierowej wersji nie należy się ograniczyć tylko do przekazania informacji słownej.

Kończąc spotkanie dziękujemy za przybycie i poświęcony czas.

Opisana wyżej przypadek Janka niestety najczęściej potwierdza używanie przez niego narkotyków. Najczęściej dochodzi do kontynuacji poruszanych treści na spotkaniu. Czasami jest to szkoła i jej przedstawiciele, ale najczęściej są to placówki zajmujące się pracą z młodzieżą używającą substancje psychoaktywne. Można zatem powiedzieć, że zakładany główny cel spotkania został osiągnięty. Oczywiście dalej szkoła może się angażować w dalsze postępowanie ze swoim uczniem np. wspierając go czy też monitorując jego uczestnictwo w spotkaniach z terapeutą czy wspierając rodziców.

Przypadek drugi.

Opis Rodziny.

Są małżeństwem od 15 lat, wychowują dwójkę dzieci (chłopiec l. 14, dziewczynka l. 12). Ojciec kiedyś próbował zajmować się dziećmi, ale żona go stale krytykowała. Dzieci z każdą ważną prośbą przychodzą do matki tylko sporadycznie do ojca. Chłopiec – Bartek jest uczniem I klasy gimnazjum. Uczy się

przeciętnie, sprawia trudności wychowawcze. Wulgarnie zwraca się do koleżanek z klasy i czasami do nauczycielek, trudno mu w relacjach z mężczyznami. W szkole wszyscy wiedzą, że Bartek pali papierosy i kilka razy upił się alkoholem. Na ostatniej lekcji matematyki ktoś powiedział, że Bartek ma „zrytą banię” bo zażywa narkotyki.

Cała rodzina, na prośbę pani wychowawczyni Bartka, pojawiła się na spotkaniu w placówce pomocowej prowadzonej przez organizację pozarządową. Pani wychowawczyni też przekazała terapeutce, do której rodzina ma się zgłosić, wszystkie informacje, które posiadała.

Spotkanie prowadzi terapeutka zajmująca się pracą z młodzieżą. Cel jaki sobie założyła to przede wszystkim przekazanie informacji, które posiada na temat funkcjonowania Bartka w szkole, a które dotyczą jego zachowania oraz papierosów, alkoholu i narkotyków. Drugi cel to w sytuacji kiedy te informacje dotyczące faktu, że Bartek jednak zażywa substancje psychoaktywne to zaproponować Bartkowi i jego rodzicom regularne spotkania. Pani terapeutka, również otrzymała wstępne informacje od wychowawczyni na temat funkcjonowania rodziny. Wie, że dzieci są bliżej mamy niż taty, który praktycznie nie zajmuje się dziećmi.



Przebieg spotkania.

Spotkanie odbywa się w gabinecie do terapii rodzinnej, wszyscy uczestnicy spotkania mogą swobodnie usiąść, gdzie chcą. Czas spotkania jest zaplanowany na ok. 60 minut.

Pani terapeutka rozpoczyna rozmowę przedstawiając się i placówkę pomocową, która zajmuje się udzielaniem wsparcia i pomocy terapeutycznej dla osób tego potrzebujących, a ona sama zajmuje się pracą terapeutyczną z młodzieżą i jest z wykształcenia psychologiem. Dalej dziękując rodzinie za przybycie informuje, że osoby które się tu zgłaszają robią to dobrowolnie, bo szukają dla siebie pomocy.

Kontynuując terapeutka zadaje skierowane do rodziny pytanie: *Z jakiego powodu państwo się do nas zgłaszacie?* W takiej sytuacji najczęściej odpowiada mama stwierdzając, że szkoła nas tu przysłała. Terapeutka kieruje to samo pytanie bezpośrednio do ojca i Bartka. Ojciec najczęściej odpowiada, że jest tak

jak żona mówi. Bartek natomiast odpowiada, że mama mu kazała to przyszedł. Terapeutka może dopytać: *A czy państwo znacie powody jakimi się szkoła kierowała, kierując was do naszej placówki?* Mama odpowiadając ogólnikami stwierdza, że wychowawczynie mówiła o złym zachowaniu i nauce syna oraz coś tam o papierosach i alkoholu. Terapeutka pyta ojca i Bartka co oni o tym myślą, jednak najczęściej nie wiele to do spotkania wnosi.

Wówczas dobrze jest poprosić rodziców by zostawili terapeutkę z Bartkiem samych i poczekali poza gabinetem w poczekalni.

Terapeutka zostaje tylko z Bartkiem. Zadając mu otwarte pytania próbuje poznać jego punkt widzenia i go zrozumieć. Ważne jest to żeby Bartek poczuł się swobodnie i bezpiecznie oraz odczuł, że terapeutka rzeczywiście jest nim i jego sprawą zainteresowana i może mu pomóc. Jeżeli te warunki uda się osiągnąć to najczęściej dziecko zaczyna szczerze rozmawiać z osobą prowadzącą spotkanie. Mówi o trudnej dla siebie sytuacji w domu, że tata nie jest zainteresowany rodziną i nim, że mama go kontroluje i we wszystko się wtrąca, że między rodzicami nie jest dobrze, że jego siostra go denerwuje, bo wszystko mówi mamie itp. W miarę rozwoju rozmowy, na konkretne pytanie o używki dziecko ostrożnie, ale przyznaje się do ich zażywania.

Drugi prawdopodobny scenariusz w takiej sytuacji może wyglądać tak, że nie uda nam się dotrzeć do dziecka i rozmowa nie wiele wnosi. Wówczas należy skupić się na rodzicach próbując ich, albo chociaż jedno z nich, przekonać do tego, żeby regularnie zaczęli pojawiać się w placówce. Wtedy pracujemy z rodzicami, których przygotowujemy na początku do rozumienia całej sytuacji, a dalej nauki postępowania z synem, ale zajmując się również sobą i relacją małżeńską. Wówczas zaczynamy poruszać kwestie indywidualnych trudności rodzica i całej rodziny.

Wracając jednak do pierwszej możliwości. Kiedy Bartek zdecydował się i przyznał się do zażywania substancji. Terapeutka proponuje mu przychodzenie do niej w celu prowadzenia dalszych rozmów z zamiarem udzielenia mu pomocy. Informuje go, że też zaproponuje przychodzenie do placówki jego rodzicom jednak do innego terapeuty. Kiedy Bartek akceptuje propozycję terapeutki: *„no dobrze, mogę spróbować, ale rodzice i tak się nie zmieniają”* terapeutka mówi *„Bartek teraz poprosimy twoich rodziców i proponuję byśmy im to co ustaliliśmy powiedzieli, również to, że zażywasz różne substancje. Czy mam im to powiedzieć ja w twojej obecności czy zrobisz to sam, a ja będę cię wspierać?”*. Najczęściej dzieci wybierają wariant by to terapeuta powiedział rodzicom. Kiedy rodzice już siedzą w gabinecie terapeutka kieruje do nich komunikat najlepiej zaczynając pozytywną informacją na temat dziecka: *Chcę państwu powiedzieć, że macie bardzo odważnego i wrażliwego syna. Podczas naszej rozmowy Bartek przyznał się do tego, że zdarza się mu palić papierosy, spożywać alkohol i kilka razy zażył*

narkotyki... Po takim komunikacie należy zadbać o przestrzeń dla rodziców, bo jest to trudna dla nich informacja i mają prawo do różnych reakcji. Też należy ich w tej sytuacji rozumieć i wspierać.

Dalej terapeutka powinna przedstawić propozycję oferty terapeutycznej dla Bartka i rodziców mówiąc: *wspólnie z Bartkiem ustaliliśmy, i on wyraża na to zgodę, że będzie regularnie, raz w tygodniu do mnie przychodził. Chciałabym też państwa prosić o to, żebyście również przyszli do naszej placówki tylko do innego terapeuty. Na pierwszym spotkaniu dowiecie się czym będziecie mogli się zajmować. Ale na pewno będą poruszane kwestie dotyczące Bartka, jak z nim postępować i jak go wspierać – co państwo na to?* Rodzice na taką propozycję reagują bardzo różnie. Czasami mówią, że dla dobra dziecka będą przychodzić. Czasami zasłaniają się brakiem czasu. Czasami tylko jedno z nich wyraża gotowość do przychodzenia. Natomiast najczęściej choć jedno z nich akceptuje propozycję terapeuty i faktycznie na kolejne spotkanie się pojawia.

Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, prowadząca dobrze, żeby zadała pytanie: *Czy może macie państwo, albo ty Bartek jeszcze jakieś pytania?* Jeżeli tak to oczywiście udzielamy odpowiedzi, jeżeli natomiast nie to zanim zakończymy spotkanie warto przekazać w stronę każdego z uczestników i całej rodziny pozytywny komunikat: *np. Jesteście państwo pozytywną rodziną i gotową do pracy nad tym, żeby żyło się wam lepiej o czym może świadczyć to spotkanie, i fakt, że tu przyszedliście.*

Na zakończenie spotkania należy się upewnić czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich. Należy zapisać Bartka i oddzielnie jego rodziców na kolejne spotkania.

Kończąc spotkanie dziękujemy za przybycie i poświęcony czas.

Cel jaki sobie założyła terapeutka został zrealizowany. Wypowiedziane zostało, że Bartek zażywa substancje i udało się ustalić kolejne spotkania.

Przypadek trzeci.

Opis Rodziny.

Małżeństwo w średnim wieku mają dwójkę dzieci w wieku szkolnym. On ma stałą etatową pracę. Ona prowadzi działalność gospodarczą, zajmuje się ubezpieczeniami i rok temu rozpoczęła studia z zarządzania. Żona często w obecności dzieci poniża i krytykuje męża, najczęściej dlatego, że jego koledzy mają lepszą pracę i lepiej im się powodzi. Starsza córka Ola l. 16 jest wzorową uczennicą. Nauczyciele zawsze podają ją za wzór do naśladowania. Jednak często od matki słyszy, że jest leniwa i za gruba. Ola przyznała się pani pedagog w szkole,

że jest jej trudno bo mama nie jest z niej zadowolona. Dlatego żeby lepiej wyglądać i się uczyć zaczęła zażywać amfetaminę i dopalacze.

Cała rodzina, na prośbę pani pedagog, pojawiła się na spotkaniu w szkole.

Spotkanie prowadzi pani pedagog, która poprosiła swoją koleżankę, wychowawczynię Oli o towarzyszenie jej w tym spotkaniu. Cel jaki sobie założyły to przede wszystkim przekazanie informacji, które pani pedagog posiada od Oli na temat jej trudności. Panie, też wiedzą, że system funkcjonowanie rodziny wygląda tak, że mama Oli jest osobą dominującą w rodzinie, narzuca swoje zasady wszystkim. Wobec Oli jest bardzo oceniająca i co by nie zrobiła to i tak mama jest z niej niezadowolona. Na przykład kiedy Ola otrzyma w szkole ocenę bardzo dobrą to pyta czemu nie jest to ocena celująca, a kiedy otrzyma ocenę celującą to pyta kto jeszcze otrzymał z uczniów klasy szóstkę. Ojciec w tej rodzinie ma dobrą relację z córką jednak jest ignorowany i poniżany przez żonę. W rodzinie nie ma spójnego systemu wychowawczego. Mama wprowadza swoją osobą niepokój i zamieszanie, też często w ważnych sprawach zmienia zdanie.



Przebieg spotkania.

Najlepiej jest kiedy spotkanie odbywa się w pokoju pedagoga szkolnego. Ważne jest by wszyscy uczestnicy spotkania mogli swobodnie siedzieć, nie będąc oddzielenym od siebie np. biurkiem i tak by wszyscy mogli siebie widzieć np. krzesła ustawione w kręgu.

Przed spotkaniem z rodziną pani pedagog poinformowała Olę, że będzie chciała się spotkać z nią i jej rodzicami w celu przekazania informacji, które od niej otrzymała. Po pierwsze dlatego, że są to bardzo ważne informacje i zagrażają jej zdrowiu, a po drugie dlatego, że jest dla niej ważna i chce się zająć jej trudnościami. Zapytała, też Olę czy chce te informacje przekazać na wspólnym spotkaniu z rodzicami sama czy ma to zrobić ona. Ola poprosiła panią Pedagog o przekazanie informacji rodzicom. Pani pedagog zapytała też Olę, czy w spotkanie może uczestniczyć jej wychowawczyni na co Ola wyraziła zgodę.

Pani pedagog rozpoczyna rozmowę przedstawiając się i swoją koleżankę, a dalej dziękując rodzinie za przybycie. Podaje powód spotkania czyli to, że jest zaniepokojona o Olę i dlatego czuje potrzebę przekazania informacji jakie otrzymała od Oli. Informuje również, że na koniec spotkania można się zasta-

nowić nad tym czy, a jak tak to w jaki sposób strona szkoły może pomóc w tej sytuacji.

Dalej powinna pojawić się przestrzeń dla rodziców i Oli by mogli się odnieść do powodów spotkania i jego przebiegu, który też powinien być na początku zaproponowany. Kiedy sytuacja i powód spotkania jest jasny bez względu na reakcję rodziców kontynuujemy rozmowę. W takich sytuacjach bardzo często mama dziecka próbuje przejąć inicjatywę i zdominować swoją osobą spotkanie. Twierdzi, że się śpieszy i nie ma czasu, że zawraca się jej niepotrzebnie głowę.

Wracając do spotkania, pani pedagog jeszcze raz pyta Olę czy chce sama powiedzieć rodzicom czy jednak ma to zrobić ona. Najczęściej dzieci wolą by to inna osoba powiedziała rodzicom o trudnych dla nich sprawach. I tak było w tej sytuacji. Pani pedagog informuje rodziców o tym czego się dowiedziała od Oli: *Chcę państwu przekazać, że Ola zażywa narkotyki, amfetaminę i dopalacze. Wiem, że jest to bardzo poważna i trudna informacja, ale uznałyśmy, że jako rodzice powinniście o tym wiedzieć. Nie chcemy sytuacji kiedy o różnych trudnych sprawach rodzice najczęściej dowiadują się ostatni. I tak też ustaliłyśmy z Olą.* Tu kolejna przestrzeń dla rodziców i Oli. Najczęstsza pierwsza reakcja w takiej sytuacji wygląda tak, że mama kieruje zarzuty w stronę osób prowadzących to spotkanie i w stronę Oli głównie ją krytykując oraz męża np. pytając go: *co tak siedzisz i nic nie mówisz, jak zwykle zresztą nie można na ciebie liczyć.* Po wysłuchaniu rodziców, a głównie mamy i odpowiedzi Oli, która potwierdza słowa pani pedagog. Dalej w zależności od rozwoju sytuacji. Ważne jest jednak by zadbąć o przestrzeń i możliwość wypowiedzi taty i Oli. To co zdarza się najczęściej w takich sytuacjach to dwie możliwości. Pierwsza to mama przerywa spotkanie i wychodzi, wówczas kontynuujemy spotkanie bez niej. Druga to kiedy opadną pierwsze emocje na co należy dać przestrzeń, również kontynuujemy spotkanie. Rzadko się zdarza, że na pierwszym spotkaniu rodzina akceptuje sytuację i prosi o pomoc np. pytaniem co możemy w tej sytuacji zrobić?. Osoby prowadzące muszą oczywiście stale i adekwatnie do rozwoju sytuacji reagować, wzmacniając pozytywnie tatę i Olę, ale dobrze jest też nie zapominać o mamie i jej też udzielić pozytywnej informacji np. pełni pani bardzo ważną rolę w rodzinie i dziękuję, że mimo wielu zajęć znalazła pani czas i jest tu pani z nami.

Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, prowadząca dobrze, żeby zadała pytanie: *Czy my jako szkoła możemy coś dla Państwa zrobić? Natomiast co do ciebie Ola to chcę żebyś wiedziała, że możesz na mnie liczyć, oczywiście w obszarze, na którym się znam. Zawsze możemy rozmawiać i mogę cię wspierać.* Nie należy składać obietnic bez możliwości ich realizacji np. braku własnych kompetencji lub łamania przez ucznia prawa, mówiąc mu że nie poniesie konsekwencji.

Dalej należy dodać: *Dodatkowo chcemy z koleżanką przekazać Państwu kontakt do poradni, w której pracują specjaliści zajmujący się udzielaniem pomocy dla młodzieży używającej substancje uzależniające i ich rodzinami. To już do waszej decyzji należeć będzie czy z tego skorzystacie. Jednak moim zdaniem warto tam się wybrać chociażby po to by specjalista mógł wypowiedzieć się na ten temat i dalej w zależności od wyniku tego spotkania podpowiedzieć wam co możecie zrobić i jak dalej postępować.*

Na zakończenie spotkania należy się upewnić czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich. Kontakt do poradni należy przekazać w formie ulotki lub innej papierowej wersji, nie należy się ograniczyć tylko do przekazania informacji słownej.

Kończąc spotkanie dziękujemy za przybycie i poświęcony czas.

W przedstawionym przebiegu spotkania został główny cel zrealizowany. Oczywiście dalej szkoła może się angażować w dalsze postępowanie z Olą, w tej konkretnej sytuacji nawet jest to zalecane, ze względu na zaufanie jakim Ola obdarzyła panią pedagog. Wsparcie Oli może polegać na regularnych spotkaniach z panią pedagog, jednak główna praca terapeutyczna z Olą i jej rodzicami lub jednym z rodziców powinna odbywać się w poradni i poza szkołą.

Przypadek czwarty.

Opis Rodziny.

Wychowują trójkę dorastających dzieci. Mieszkają w dużym mieszkaniu. On dużo pracuje i dobrze zarabia ona z wyższym wykształceniem pracowała krótko przed urodzeniem pierwszego dziecka. Mąż konsekwentnie od lat wydziela żonie pieniądze. Kwota jaką otrzymuje jest zawsze uzależniona od jej i dzieci zachowania wobec niego. Znajomi dobrze wiedzą kto rządzi w tym domu. Najstarszy syn Maciek 1.17 jest uczniem szkoły średniej. Słabo się uczy i potrafi być agresywny wobec innych. Dyrekcja szkoły wie, że w gimnazjum zażywał narkotyki, sam się do tego przyznał. Przyjmowany do liceum twierdził, że już z tym skończył i to też był warunek przyjęcia go do szkoły. Jednak jego zachowanie jak i wygląd wskazują na to, że dalej zażywa narkotyki.

Cała rodzina, na prośbę pana dyrektora, pojawiła się na spotkaniu w szkole



Spotkanie prowadzi pan dyrektor, który poprosił swoją koleżankę, wychowawczynię Maćka o towarzyszenie mu w tym spotkaniu. Cel jaki sobie założył to przede wszystkim przekazanie spostrzeżeń, które posiada na temat funkcjonowania Maćka w szkole oraz nawiązanie do faktu, że w gimnazjum zażywał narkotyki. Oboje prowadzących, też wiedzą, że system funkcjonowanie rodziny wygląda tak, że tata jest wyrazistą osobą decydującą prawie o wszystkim w rodzinie i, że bardzo dobrze zarabia, a żona nie pracuje, zajmuje się domem i dziećmi.

Przebieg spotkania.

Spotkanie może odbywać się w gabinecie dyrektora. Ważne jest by wszyscy uczestnicy spotkania mogli swobodnie siedzieć i tak by wszyscy mogli siebie widzieć np. wokół stołu do spotkań, który często w gabinetach dyrektorów się znajduje. Czas trwania spotkania do 50 minut.

Pan dyrektor rozpoczyna rozmowę przedstawiając się i swoją koleżankę, a dalej dziękując rodzinie za przybycie. Podaje powód spotkania czyli to, że jest zaniepokojony o Maćka, i chciałby podzielić się swoimi spostrzeżeniami i wysłuchać opinii Maćka oraz na koniec określić czy, a jak tak, to w jaki sposób strona szkoły może pomóc w tej sytuacji.

Dalej powinna pojawić się przestrzeń dla rodziców i Maćka by mogli się odnieść do powodów spotkania i jego przebiegu, który też powinien być na początku zaproponowany przez dyrektora. Kiedy sytuacja i powód spotkania jest jasny bez względu na reakcję rodziców kontynuujemy rozmowę. W takich sytuacjach bardzo często ojcowie wyrażają swoje niezadowoleni np. twierdząc, że syn nie jest już dzieckiem i to on powinien brać sam całą odpowiedzialność za swoje obowiązki i zachowanie, a jak nie to będzie miał ograniczone pieniądze. Matki w takich sytuacjach najczęściej milczą i są wycofane.

Dalej dyrektor dzieli się z rodziną swoimi spostrzeżeniami kierując informacje w formie pytania w kierunku Maćka: *Maciek powiedz mi o co chodzi, od jakiegoś czasu widzę i mam informacje od innych nauczycieli, że twoje zachowanie, ale też wygląd są niepokojące. Nie będę ukrywał, że pierwsze o czym pomyślałem to narkotyki. Że może nie do końca tak jest jak mówiłeś, że narkotyki w twoim wypadku to przeszłość. Co ty na to?* Najczęściej w takiej sytuacji jest tak, że

dziecko milczy, nie chce głównie w obecności ojca o tym mówić. Wówczas jest dobrze zaproponować, żeby rodzice wyszli z gabinetu, a dyrektor bez rodziców prowadził dalej rozmowę ponawiając swoje pytanie już bez obecności rodziców. Dzieci w takiej sytuacji przyjmują dwie najczęstsze postawy. Pierwsza to zaprzeczają wszystkiemu. I wówczas szkole nie pozostaje nic innego jak obserwować dalszy rozwój sytuacji, który najczęściej jest taki, że fakt zażywania narkotyków się potwierdza i dziecko przestaje uczęszczać do szkoły. Druga to kiedy dziecko poczuje, że intencje szkoły są autentyczne i uchroni go przed trudnymi reakcjami ze strony ojca, co w praktyce jest niemożliwe, przyznaje się do zażywania narkotyków.

Założmy, że Maciek wybrał tą drugą możliwość. Wówczas dyrektor deklaruje pomoc i wsparcie ze strony szkoły jednak na pewnych warunkach. Pierwszy warunek to, że zgłosi się do poradni i rozpocznie terapię, a szkoła będzie mogła monitorować jego obecności na terapii, nie treść pracy terapeutycznej. Drugi to rodzice też się zgłoszą do poradni w celu ich wsparcia w zakresie rozumienia i postępowania z dzieckiem używającym substancje. Trzeci to ustali z nauczycielami przedmiotów, z których ma złe oceny co musi zrobić by je poprawić i w jakim czasie. W takiej sytuacji szkoła lub inna placówka może z młodą osobą podpisać kontrakt tj. sporządzić pisemną umowę na realizację wyżej ustalonych zobowiązań.

Kiedy dziecko akceptuje te warunki, prócz oczywiście zgłoszenia się do poradni rodziców, dyrektor mówi: *Teraz poprosimy twoich rodziców i przedstawimy im to na co się umówiliśmy. Chcesz im to sam powiedzieć czy mam zrobić to ja?* Najczęściej dzieci wybierają drugi wariant. Najlepiej, żeby dziecko poprosiło rodziców z korytarza i kiedy wszyscy już siedzą dyrektor przedstawia to co ustalono: *Po pierwsze chcę państwu powiedzieć, że Maciek zachował się poważnie, odpowiedzialnie i adekwatnie do swojego wieku – przyznał, że zażywa narkotyki. Po drugie chcę powiedzieć, że razem z Maćkiem i panią wychowawczynią ustaliliśmy, że zgłosi się do poradni i tam rozpocznie terapię, a my ze strony szkoły będziemy monitorować czy regularnie uczęszcza na spotkania. Dodatkowo zobowiązał się do ustalenia z nauczycielami zakresu materiału jaki ma poprawić i w jakim czasie. Państwa też byśmy chcieli poprosić byście zgłosili się do poradni w celu wsparcia i dowiedzenia się jak dalej postępować z synem. Co państwo na to?*

W tym momencie nie wolno zapomnieć o przekazaniu pozytywnych informacji na temat ucznia np. pochwalić go za to, że zachował się odpowiedzialnie i dojrzałe mówiąc wprost o swoich trudnościach i deklarując rozpoczęcie pracy nad sobą. Na pewno też pani wychowawczyni może się podzielić pozytywnymi spostrzeżeniami na temat Maćka.



W takiej sytuacji najczęstsza pierwsza reakcja wygląda tak, że ojciec wyraża swoje niezadowolenie z faktu, że syn zażywa narkotyki, a on musi chodzić do jakiejś poradni i dodaje różne groźby kierowane w stronę dziecka. Mamy natomiast są bliższe gotowości uczęszczania do poradni. W praktyce wygląda to tak, że ojcowie w poradni się nie pojawiają natomiast mamy owszem i to już jest dobry początek. Po przedstawieniu wszystkich informacji w danej sprawie i wysłuchaniu rodziny, dyrektor może zadać pytanie: *Czy my jako szkoła możemy coś jeszcze dla Państwa zrobić?* Natomiast pani wychowawczyni może zadeklarować Maćkowi swoją pomoc, oczywiście w obszarze swoich wychowawczych kompetencji. Wskazane jest też skierować pozytywne komunikaty w stronę mamy i ojca oraz całej rodziny na przykład dyrektor może powiedzieć: *Chcę powiedzieć, że wasza obecność na tym spotkaniu to dla nas bardzo ważny komunikat, który mówi, że możemy współpracować i bardzo wam zależy na zdrowiu i edukacji waszego dziecka*.

Dalej należy dodać: *Dodatkowo chcemy z koleżanką przekazać Państwu kontakt do poradni, w której pracują specjaliści zajmujący się udzielaniem pomocy dla młodzieży używającej substancje uzależniające i ich rodzinom. Warto tam się wybrać chociażby po to by specjalista mógł wypowiedzieć się na ten temat i dalej w zależności od wyniku tego spotkania podpowiedzieć wam co możecie zrobić i jak postępować.*

Na zakończenie spotkania należy się upewnić czy przekazane informacje są zrozumiałe dla wszystkich. Kontakt do poradni należy przekazać w formie ulotki lub innej papierowej wersji nie należy się ograniczyć tylko do przekazania informacji słownej.

Kończąc spotkanie dziękujemy za przybycie i poświęcony czas.

W przedstawionym przebiegu spotkania został główny cel osiągnięty, a nawet więcej. Oczywiście dalej szkoła powinna być zaangażowana w dalsze postępowanie z Maćkiem zgodnie z ustaleniami. Natomiast główna praca z rodziną i Maćkiem powinna być przeniesiona do poradni.

Rozdział 18.

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 trudnościami. Wynika to też z niezakończonego procesu rozwojowego o czym już wcześniej było pisane.

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 wokół młodej osoby strukturę, 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 moich 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 wiem, 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, sprostać tej sytuacji, szukamy innej osoby. W praktyce jest to często inna 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 swojej pracy z rodzicami dzieci używających substancji psychoaktywnych często używam takiego zdania „jeżeli chcesz pomóc swojemu dziecku to zacznij od siebie”. Niestety nie zawsze jest to dobrze rozumiane i najczęstszą reakcją z jaką

się spotykam jest odpowiedź „jak to, to on zażywa, a ja mam do pana przychodzić”. Jednak rodzice szybko zaczynają rozumieć i 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 ten czas towarzyszyć dorosłej osobie wspierając ją i motywując do dalszego działania.

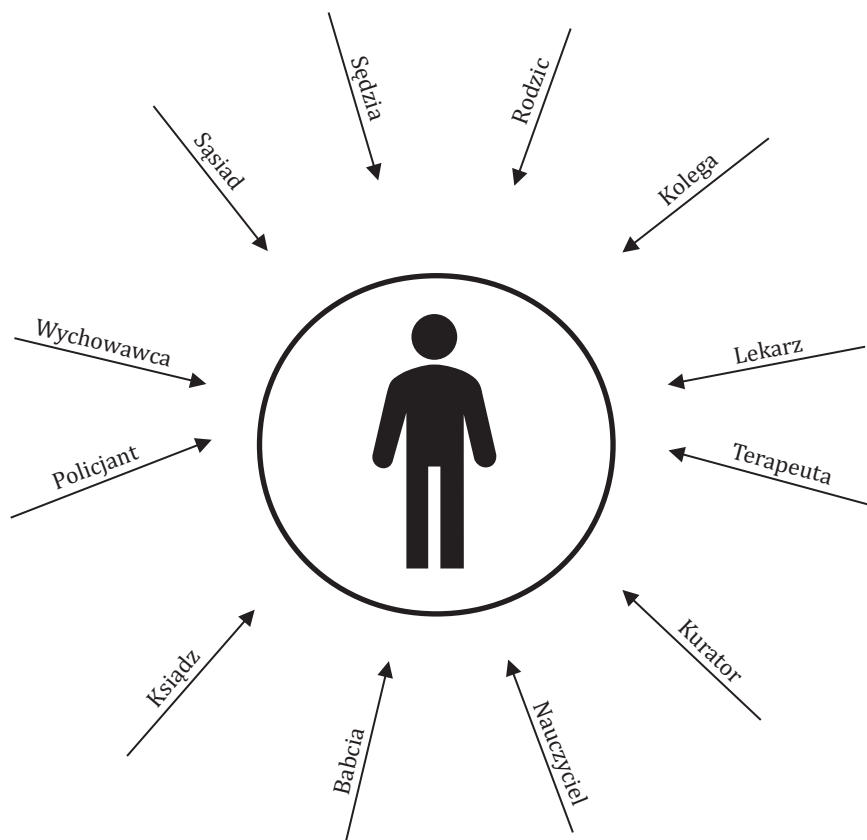
Czynniki budowania motywacji zewnętrznej to różnego rodzaju komunikaty werbalne i niewerbalne kierowane do adolescenta zażywającego substancje, a wyrażające konsekwentnie to samo stanowisko – brak zgody na zażywanie substancji psychoaktywnych.

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 co jest w takiej sytuacji standardem, należy całkowicie ograniczyć przekazywanie 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 postępowaly 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 substancji psychoaktywnych.

Te źródła to osoby i instytucję przekazują komunikaty werbalne i pozawerbalne w kierunku dziecka zgodnie i w obszarze swojej wrażliwości, kompetencji i obowiązku. Mogą to być: koledzy, znajomi, dziewczyna lub chłopak; sąsiad lub sąsiadka; szkoła – nauczyciele, wychowawca, pedagog, dyrektor; lekarz; te-

rapęta, psycholog; ksiądz; wydział spraw nieletnich policji, dzielnicowy; sąd, kurator sądowy; pomoc społeczna i jej pracownicy oraz wszystkie inne osoby.



Rozdział 19.

Rozmowa diagnostyczno-motywuująca w oparciu o model biopsychospołeczny.

Metoda wynika z przyjętego modelu biopsychospołecznego i ma na celu określenie predyspozycji w obszarze biologicznym, psychologicznym, społecznym do rozwoju uzależnienia młodej osoby. Polega na przeprowadzeniu rozmowy z całą rodziną lub samą młodą osobą. Prowadzący poprzez zadawanie prostych pytań kierowanych do rodziny bądź samej młodej osoby próbuje ustalić czy czynniki predysponujące są spełnione przez tą osobę.

Spotkanie rozpoczyna się od przedstawienia w prosty i zrozumiały sposób dla wszystkich na czym polega model biopsychospołeczny odpowiedzialny za rozwój uzależnienia wśród młodzieży. Wykazuje pojedyncze czynniki predysponujące do uzależnienia. I tak w obszarze biologicznym jest to rodzinne obciążenie problemem uzależnienia, indywidualna tolerancja organizmu na substancję psychoaktywną i inne trudności psychiczne. W obszarze psychologicznym jest to lęk, nieadekwatna samoocena najczęściej jest ona znacząco заниżona lub zawyżona i styl z jakiego osoba korzysta w trudnych i stresowych sytuacjach. W obszarze społecznym jest to system funkcjonowania rodziny, grupa rówieśnicza i szkoła.

Do realizacji tej metody potrzebna nam będzie najlepiej tablica na której rysujemy trzy obszary tj. biologiczny, psychologiczny i społeczny. Pod każdym z nich, najlepiej w pionowych kolumnach, wypisujemy pojedyncze czynniki z każdego z obszarów. W sytuacji kiedy razem z rozmówcą lub rozmówcami otrzymujemy pozytywną, albo negatywną odpowiedź to przy danym czynniku stawiamy plus lub minus. W konsekwencji poszukujemy odpowiedzi na dzieć czynniki po trzy w każdym z obszarów.

Poniżej proponuję, nie wyczerpujący oczywiście, zbiór prostych i zrozumiałych pytań, które powinny nas doprowadzić do odpowiedzi na wszystkie czynniki czyli „tak” lub „nie” oraz interpretację uzyskanych wyników. Istotą tej metody jest rola prowadzącego spotkanie, która powinna się ograniczać tylko do podsumowania udzielonych odpowiedzi przez uczestników spotkania. Odpowiedzi powinny być wydobywane z naszych klientów. To oni muszą się iden-

tyfikować z odpowiedzią jaką udzielają, muszą ją uznać za prawdziwą i własną. Prowadzący nie może sugerować odpowiedzi lub co jeszcze bardziej może ograniczyć skuteczność tej metody „wciskać odpowiedzi”. Specjaliści realizujący tę metodę muszą posiadać co najmniej podstawową wiedzę z zakresu uzależnień dzieci i młodzieży oraz muszą posiadać doświadczenia w pracy z młodzieżą i wykształcenie wyższe najlepiej psychologiczne.

Czynniki predysponujące w obszarze biologicznym.

Rodzinne obciążenie problemem uzależnienia.

Czy ktoś w twojej rodzinie (interesują nas rodzice i dziadkowie z jednej i drugiej strony rodziców) używa lub używał jakiś substancji uzależniających (alkohol, papierosy, narkotyki) i można powiedzieć, że ma lub miał z tym trudności, a może kiedyś z tego powodu był na terapii, przeszedł terapię uzależnień?

TAK / NIE

Tolerancja.

Czy kiedyś ze swoimi rówieśnikami spożywałeś np. alkohol to jakiej ilości alkoholu potrzebowałeś w porównaniu z innymi? Czy to była mała ilość, czy może zdecydowanie wyższa od innych?

TAK / NIE

(Młodzież używa określenia „model ekonomiczny” odnoszący się do osób, które niewiele muszą wypić alkoholu by uzyskać pożądany efekt. Ekonomiczny, bo niewiele pieniędzy muszą wydać by się np. upić. Natomiast termin „twarda głowa” określa osoby, które mają wyższy próg tolerancji. Czyli więcej muszą wypić alkoholu by uzyskać pożądany efekt. Takie osoby są bardziej predysponowane do uzależnienia się).

Trudności psychiczne.

Czy kiedykolwiek byłeś w szpitalu na oddziale psychiatrycznym? Czy przyjmujesz obecnie lub w przeszłości przyjmowałeś leki, jesteś pod opieką lekarza psychiatry?

TAK / NIE

(Chodzi w tym pytaniu o leczenie innych zaburzeń z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży. Najczęściej są to: ADHD, samookaleczenia, myśli i próby samobójcze, depresja, lęk, PTSD, zaburzenia odżywiania, zaburzenia nieprawidłowo kształtującej się osobowości, całościowe zaburzenia rozwojowe, upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychotyczne).

Czynniki predysponujące w obszarze psychologicznym.

Lęk.

Jeżeli w dniu dzisiejszym masz ważny sprawdzian w szkole to jak reagujesz, co czujesz? Czy w sytuacji kiedy się uczyłeś i nauczyłeś materiału do sprawdzianu to co czujesz, jak twój organizm, twoje ciało reaguje przed sprawdzianem, co i jak myślisz?

TAK / NIE

Samoocena.

Co czujesz, jak się zachowujesz, co myślisz kiedy znajdujesz się w nowych sytuacjach w kontaktach z innymi ludźmi, rówieśnikami lub dziewczyną/chłopakiem, który ci się podoba?

TAK / NIE

Styl radzenia sobie.

Jak postępujesz, co myślisz, co czujesz kiedy otrzymałeś w szkole negatywną ocenę, którą trzeba poprawić:

(Dążymy do wyboru tylko jednej z proponowanych odpowiedzi).

- *jestem zły i uważam, że zostałem źle potraktowany bo kolega napisał tyle samo i otrzymał lepszą ocenę, a w ogóle ten nauczyciel mnie nie lubi.*

TAK / NIE

- *zbyttno się nie martwię i myślę, że po powrocie do domu będę grał na komputerze, albo spotkam się z kolegami.*

TAK / NIE

- *myślę o tym jak tą ocenę poprawić i jutro zamierzam zapytać o to nauczyciela.*

TAK / NIE

Pierwsza i druga odpowiedź na „tak” najczęściej świadczy o tym, że: – w pierwszym przypadku, iż młoda osoba korzysta ze stylu skoncentrowanym na emocjach i jest to czynnik predysponujący do używania substancji psychoaktywnych: – w drugim przypadku świadczy to o tym, że osoba użyła stylu polegającym na unikaniu i wchodzeniu w sytuacje zastępcze, który z kolei jest charakterystyczny dla osób uzależniających się behawioralnie. Jednak zarówno pierwsza jak i druga odpowiedź na „tak” są czynnikami predysponującymi do uzależnienia i tak to należy interpretować.

Odpowiedź trzecia natomiast świadczy o użyciu stylu skoncentrowanym na rozwiązaniu zadania. Jest to konstruktywny czynnik chroniący przed rozwojem uzależnienia.

Czynniki predysponujące w obszarze społecznym.

Rodzina.

Czy w swojej rodzinie czujesz się dobrze, bezpiecznie i czy jesteś ważny, a rodzice żyją w zgodzie i się dobrze „dogadują”? Czy w twoim domu spożywany jest alkohol lub inne używki przez rodziców i inne osoby?

TAK/NIE

Grupa rówieśnicza.

Czy twoi najbliżsi koledzy i koleżanki zażywają narkotyki lub piją alkohol albo palą papierosy?

TAK / NIE

Szkoła.

Czy uważasz, że dobrze sobie radzisz w szkole, jakie masz oceny, czy byłeś uczestnikiem jakiś trudnych sytuacji oraz czy lubisz swoją klasę i chodzić do szkoły?

TAK / NIE

W propozycji zostało przedstawione po jednym lub kilka pytań jednak oczywiście nie wyczerpuje to całego zestawu pytań. Celem jest prezentacja metody i przedstawienia sposobu myślenia i poszukiwania, poprzez zadawanie prostych, otwartych lub zamkniętych pytań. Każdy z realizatorów może sam zadawać kolejne pytania, które uzna za stosowne i prowadzące do jak najbardziej rzetelnej odpowiedzi.

Interpretacja:

W sytuacji 6 i więcej odpowiedzi na TAK młoda osoba jest poważnie predysponowana do rozwoju uzależnienia. Może występować znaczące ryzyko uzależnienia lub już występuje uzależnienie. Młoda osoba może znajdować się na III etapie rozwoju uzależnienia w III stopniowej skali.

W sytuacji pomiędzy 5 – 3 odpowiedzi na TAK młoda osoba nie jest znacząco predysponowana do uzależnienia. Średnie ryzyko uzależnienia. Może też obecnie znajdować się na II etapie rozwoju uzależnienia w III stopniowej skali.

W sytuacji 2 i mniejszej ilości odpowiedzi na TAK młoda osoba jest nisko predysponowana do uzależnienia. Może obecnie znajdować się na I etapie rozwoju uzależnienia w III stopniowej skali ze względu na proces zaawansowania uzależnienia młodzieży.

Proponowana metoda nie jest wystandaryzowana i wymaga dalszego rozwoju, a za wszystkie informacje zwrotne, do których zachęcam, będę bardzo wdzięczny.

Rozdział 20.

Interwencje budujące motywację do zmiany zachowania.

Wskazówki dotyczące sposobów motywowania dziecka do zmiany zachowania.

Kontakt z rodzicami.

Elementy komunikatu kierowanego do rodziców:

Informacja o tym, dlaczego zainteresowałaś/łeś się ich dzieckiem;

Wymiana informacji o stanie dziecka;

Informacja o zagrożeniach zdrowia i bezpieczeństwa dziecka, związanych z dalszym używaniem danego środka psychoaktywnego;

Przekazywanie wskazówek i adresów punktów konsultacyjnych, poradni;

Wspólne ustalenie dalszego postępowania.

Zawarcie kontraktu.

Wspólnie z rodzicami ustalenie treści kontraktu i zaproponowanie go dziecku. Elementy kontraktu:

Zobowiązanie dziecka do powstrzymywania się od używania substancji psychoaktywnych;

Zgoda na poniesienie konsekwencji w przypadku złamania warunków umowy;

Zgoda na udział w spotkaniu, na którym zostanie omówione wywiązywanie się dziecka z ustaleń zawartych w kontrakcie;

Czas obowiązywania umowy, kontraktu.

Przykładowy schemat kontraktu:

Kontrakt z uczniem

1. Zobowiązuję się... (nie pić, nie palić, itp.)
2. Zgadzam się, że jeśli nie będę przestrzegać tego kontraktu to zgłoszę się do specjalisty z Ośrodka/ Poradni Leczenia Uzależnień
3. Zobowiązuję się do rozmowy z wychowawcą/psychologiem raz w tygodniu, w celu omówienia realizacji kontraktu
4. Kontrakt obowiązuje przez okres 2 miesięcy

Kontakt z lekarzem.

Poinformowanie lekarza, który opiekuje się dziećmi z danej szkoły, iż może pełnić istotną funkcję w budowaniu motywacji do zmiany zachowania dziecka.

Lekarz może:

- Zaproponować okresowe wizyty w poradni, w czasie których może przekazać wiedzę na temat zagrożeń zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków. Diagnoza i porada lekarska, ze względu na autorytet lekarza, może być dla nastolatka i jego rodziców ważnym przyczynkiem do podejmowania aktywnych działań w celu rozwiązania problemu.
- Przeprowadzić badanie lekarskie i w razie potrzeby zalecić wykonanie testów laboratoryjnych.
- Skierować do specjalisty, który zajmuje się udzielaniem pomocy osobom używającym substancji psychoaktywnych.

Źródło: Pracownia „Pro-M”, IPN w Warszawie, 2005.

Schemat Postępowania Interwencyjnego.

Gdy podejrzewasz, lub wiesz, że uczeń używa jakiś środków psychoaktywnych to rozpocznij interwencję.

Krok 1. Diagnoza – ocena skali problemu.

Postaraj się uzyskać od ucznia jak najwięcej informacji o jego sytuacji. Zadań pytania diagnostyczne, zastosuj testy PUN lub PUM – w załączniku.

Porównaj zebrane w ten sposób informacje z danymi z obserwacji zachowania się ucznia na lekcjach, w szkole lub z informacjami pochodzącymi z innych źródeł.

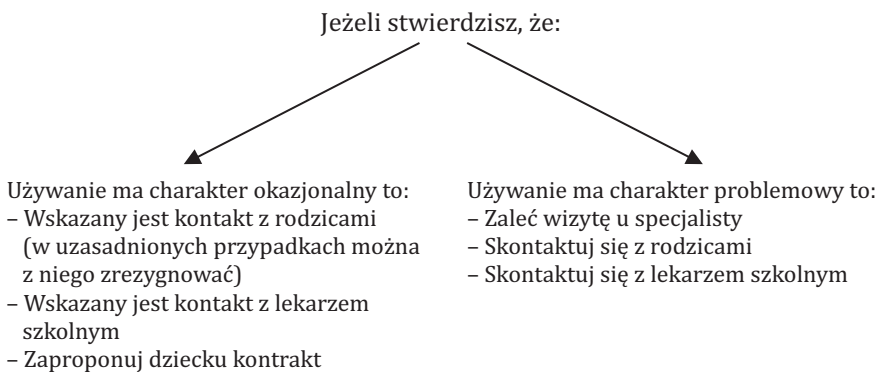
Krok 2. Porada.

Elementy:

- Wyraż swoje zaniepokojenie związane z używaniem narkotyku przez ucznia;
- Powiedz o zmianach, jakie dostrzegasz (na podstawie obserwacji i odpowiedzi na pytania diagnostyczne, wyników testów PUN i PUM – w załączniku) na przykład w zachowaniu lub wyglądzie zewnętrznym;
- Udziel rzeczowej informacji na temat bezpośrednich zagrożeń zdrowia i bezpieczeństwa związanych z używaniem danego środka psychoaktywnego;
- Wyraźnie powiedz, że oczekujesz, iż uczeń przestanie używać substancji psychoaktywnej.

Krok 3. Motywowanie do zmiany zachowania.

Poinformuj o działaniach, jakie zamierzasz podjąć.



Krok 4. Okresowe rozmowy z nastolatkiem.

Okresowe rozmowy z nastolatkiem mają na celu podtrzymanie kontaktu z dzieckiem i wspieranie go w realizacji uzgodnionych wcześniej działań.

Źródło: Pracownia „Pro-M”, IPN w Warszawie, 2005.

Rozdział 21. Interwencje i postępowanie w oparciu obowiązujące prawo.

Spośród wielu uregulowań prawnych obowiązujących w naszym kraju Artykuł 5 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005r. określa precyzyjnie kto jest odpowiedzialny za realizację zadań 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.

Nieznajomość prawa wśród młodzieży i dorosłej części społeczeństwa jest tak znacząca, że warto skupić działania policji też na aspekcie edukacyjnym. Rola policji w profilaktyce narkotykowej i 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 z pedagogami oraz rodzicami spotkań 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, Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz wiktymologii, podczas tych spotkań policjanci nie powinni koncentrować się na przekazywaniu informacji 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 Ustawy 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 następujących działaniach:

- Eliminowaniu działań przestępczych dotyczących narkomanii;
- Ograniczeniu dostępności legalnych środków uzależniających;
- Prowadzeniu edukacji dzieci i młodzieży oraz dorosłej części społeczeństwa w zakresie obowiązujących przepisów prawa;
- Tworzeniu 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 rozprawdzającej narkotyki?. Poniżej propozycja algorytmu postępowania w takich sytuacjach.

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

Należy pamiętać, iż:

1. Mamy prawo ująć każdą osobę na gorącym uczynku przestępstwa i przetrzymać ją do czasu, gdy przekazemy ją Policji.,.

2. Mamy obowiązek natychmiastowego poinformowania Policji o zatrzymaniu osoby dopuszczającej się przestępstwa.
3. 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.
4. Te same uregulowania dotyczą 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 je zabezpieczyć, najlepiej w sposób, aby nie uległy zatarciu m.in. linie papilarnie. 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.
5. 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 taką osobę wylegitymowała i ustaliła jej dane osobowe. To samo dotyczy sytuacji przed budynkami edukacyjnymi na przykład boiska szkolnego czy terenu rekreacyjnego.
6. 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 takim 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 – wskazanie kto ten test na terenie placówki ma wykonać? Tę metodę należy jednak polecać rodzicom, jeżeli mają jakieś podejrzenia co do zażywania substancji psychoaktywnych przez ich dzieci. 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 (marihuane, 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? Trzeba pamiętać jednak, że dane nie są jednoznaczne ponieważ na rynku dostępne są różne testy, ludzie zażywają różne dawki i mają różny metabolizm. Przeciętnie 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.

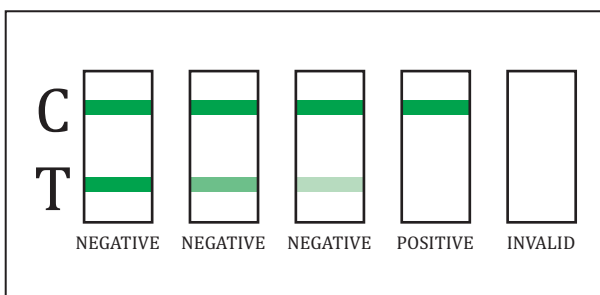
Postępowanie przy wykonywaniu testu do badania moczu na obecność substancji.

1. Wyciągnąć urządzenie testowe z opakowania ochronnego, badanie należy wykonać w temperaturze pokojowej.
2. Ściągnąć wieczko ochronne z pasków 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 okresie 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 progu 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.



Obecnie stosuje się również 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 czy też przyspieszających wypłukiwanie 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 młodzieży uzależnionej.

W sytuacji, kiedy młoda osoba jest ewidentnie uzależniona od substancji psychoaktywnych i nie wyraża zgody na leczenie, istnieje możliwość zasto-

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

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.

Część V.

System pomocy dla dzieci i młodzieży używającej substancje psychoaktywne w Polsce.

W tej części przedstawione zostaną dwa systemy pomocy osobom uzależnionym. Jeden obejmuje postępowanie z osobami mającymi trudności wynikające z uzależnienia od alkoholu, a drugi z osobami uzależnionymi od narkotyków. Dalej przedstawione zostanie zjawisko podwójnej diagnozy i przykład Ośrodka Podwójnej Diagnozy dla Dzieci i Młodzieży. Na zakończenie tej części zaprezentowane zostaną systemy szkoleń terapeutów jak i profilaktyków uzależnień oraz wykaz proponowanych palcówek leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży.

Rozdział 22. Systemy leczenia uzależnień w Polsce.

Obecnie nie ma w Polsce specyficznego systemu pomocy dla dzieci i młodzieży. Dlatego poniżej przedstawione systemy dotyczą zarówno osób dorosłych jak i dzieci i młodzieży. W Polsce funkcjonują dwa równoległe systemy leczenia i pomocy osobom uzależnionym.

Pierwszy system działa w oparciu o Ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r., i jest kierowany do osób uzależnionych od alkoholu oraz osób współuzależnionych. Organem powołanym do nadzoru nad realizacją zapisów ustawy i kreowania polityki przeciwdziałania alkoholizmowi jest Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), która bezpośrednio podlega Ministrowi Zdrowia.

Drugi natomiast system działa w oparciu o Ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii i jest kierowany do osób uzależnionych od narkotyków czyli innych niż alkohol substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych. Tu z kolei organem powołanym do nadzoru nad realizacją zapisów ustawy i kreowania polityki przeciwdziałania narkomanii jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBdsPN), które również bezpośrednio podlega Ministrowi Zdrowia.

Przyjętym zatem kryterium podziału jest rodzaj substancji psychoaktywnej od której osoba się uzależnia. Jednak dzisiejsza wiedza naukowa nie różni tak wyraźnej i znaczącej specyfiki uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Na przykład alkohol działa na ośrodkowy układ nerwowy tłumiąco podobnie jak np. leki uspakajające i nasenne czy niektóre środki wziewne.

Różnice te są jednak znaczące w przypadku rozróżnienia używania substancji psychoaktywnych ze względu na wiek i etap rozwojowy. Inna jest etiologia uzależnień osób dorosłych i inna, u dzieci i młodzieży. Inaczej również w tych grupach przebiega proces rozwoju uzależnienia i co za tym idzie konstruowanie i realizacja leczenia. Natomiast w obecnym systemie służby zdro-

wia są dziedziny, w których podział jest przyjęty ze względu na wiek i etap rozwoju człowieka. Takim przykładem może być psychiatria. Wyróżniamy psychopatologię i psychopatologię dzieci i młodzieży. Istnieją również dwie odrębne specjalizacje w psychiatrii. Leczeniem osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi zajmują się specjaliści psychiatrii, a leczeniem dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi zajmują się specjaliści psychiatrii dzieci i młodzieży. Wydaje się, że taki podział jest zasadny, co przekłada się na trafność, rzetelność i w konsekwencji skuteczność w diagnozowaniu i dalej leczeniu osób używających substancje psychoaktywne.

Poniżej przedstawiony zostanie krótki opis obydwu systemów obecnie obowiązujących w naszym kraju.

Leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu.

Alkoholizm jeszcze do 1956 roku traktowany był jako problem społeczny i moralny.

W 1956 roku ustawa o zwalczaniu alkoholizmu wprowadziła definicję uzależnienia od alkoholu jako choroby. Uzależnienie od alkoholu stało się problemem medycznym. Początki leczenia osób uzależnionych odbywały się w oparciu o przymus leczenia (oddziały zamknięte) na mocy decyzji sądów powiatowych oraz komisji społeczno-lekarskich, które kierowały uzależnionych do poradni. Wówczas uchylanie się od leczenia zagrożone było karą 3 miesięcznego aresztu lub grzywny. Główną wówczas metodą leczenia było leczenie awersyjne-odwykowe, dodatkowo w oddziałach zamkniętych pacjenci wykonywali różne zadania zleczone (ergoterapia). Pod koniec lat 70-tych działało już 430 poradni, gdzie leczono głównie anticolem i 3500 łóżek w oddziałach szpitalnych, gdzie leczono lekami i ergoterapią.

Wówczas zakłady lecznicze spełniały funkcję kontroli społecznej i resocjalizacji.

Przełom lat 70-tych i 80-tych to początki psychiatrii humanistycznej. Wówczas pojawiły się pierwsze, próby wdrażania terapii indywidualnej, grupowej oraz rodzinnej.

W 1982 Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, wprowadziła dobrowolność leczenia, leczenie bezpłatne dla osób uzależnionych, sądowe zobowiązanie do leczenia bez sankcji oraz zapisy sprzyjające rozwojowi ruchów samopomocowych. W latach osiemdziesiątych nastąpił rozwój wspólnoty AA (zastosowanie filozofii i doświadczeń AA w leczeniu) oraz szkoleń i staży polskich terapeutów i lekarzy w zakresie leczenia modelem Minnesota (USA).

Zostały zrealizowane pierwsze szkolenia IPZ Studium Pomocy Psychologicznej, a w 1992 roku zostało uruchomione Studium Terapii Uzależnień IPZ – szkoła kształcąca terapeutów. W tym czasie też zaczęto propagować koncepcje psychologicznych mechanizmów uzależnienia i budowania programów terapeutycznych w oparciu o koncepcje tych mechanizmów.

W 1993 roku została utworzona Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a w 1996r., w Nowelizacji Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadzono bezpłatne leczenie członków rodzin osoby uzależnionej od alkoholu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1999 roku określiło kształt i zadania systemu leczenia osób uzależnionych w Polsce oraz kwalifikacje personelu, nowelizacja tego rozporządzenia nastąpiła 25 czerwca 2012r.

Po roku 2000 doszło do ilościowego i jakościowego rozwój ofert leczenia osób uzależnionych i ich rodzin, opracowywane zostały standardy leczenia (standardy PARPA, „koszyk świadczeń gwarantowanych”, standardy akredytacyjne jakości opieki w oddziałach całodobowych) oraz doszło do poszerzania metod leczenia (odchodzenie od monopolu koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia).

Obecnie leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu odbywa się wyłącznie w podmiotach leczniczych. Leczenie jest bezpłatne, również dla osób nieubezpieczonych.

Zasadniczą metodą leczenia uzależnienia jest psychoterapia uzależnienia, natomiast postępowanie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię uzależnienia i jest nakierowane głównie na leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych i szkód zdrowotnych oraz chorób towarzyszących. Leczenie uzależnienia jest dobrowolne, za wyjątkiem sytuacji sądowego zobowiązania do leczenia, które zostały określone w art. 24 Ustawy. System leczenia osób uzależnionych od alkoholu zorganizowany jest odrębnie od systemu leczenia osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych, choć w ramach obu systemów możliwe jest leczenie osób uzależnionych od kilku substancji (uzależnienia mieszane).

Obecnie struktura organizacyjna placówek zajmujących się leczeniem uzależnień od alkoholu i współuzależnienia w naszym kraju wygląda następująco:

- 16 Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia od Alkohol i Współuzależnienia;
- Ponad 500 Przychodni/poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;

- Ponad 100 Dziennych oddziałów terapii uzależnienia od Alkoholu (DOTUA);
- Blisko 100 Całodobowych oddziałów Terapii Uzależnienia od Alkoholu (CO-TUA) i Oddziałów Leczenia Uzależnień;
- Około 60 Oddziałów Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA).

Finansowanie leczenia z powodu uzależnienia od alkoholu odbywa się ze środków NFZ, Gmin i Urzędów Marszałkowskich.

Programy terapeutyczne, oparte są w większości na podejściu terapii behawioralno-poznawczej oraz idei i doświadczeniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików.

Większość programów integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą terapii behawioralno-poznawczej.

Do głównych etapów leczenia uzależnień od alkoholu należą:

1. Przerwanie picia i odtrucie organizmu;
2. Wyrównanie stanu fizycznego i psychicznego;
3. Nauka utrzymania abstynencji;
4. Uczenie się życia w trzeźwości;
5. Usuwanie zaburzeń i rozwiązywanie problemów osobistych;
6. Rozwój osobisty.

Podstawowymi celami terapii są:

- zachowanie trwałej abstynencji,
- poprawa zdrowia psychicznego i fizycznego,
- nabycie umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i społecznych.

Farmakoterapia stosowana w leczeniu uzależnień to następujące leki:

Disulfiram: Anticol (tabletki), Akamprozat, Naltrekson, Nalmefen, Esperal (implant) jednak jego skuteczność nie jest potwierdzona.

(Fudała, 2013).

Model Strategiczno-Strukturalny Psychoterapii Uzależnień jest jednym z przykładów psychoterapii i leczenia osób uzależnionych od alkoholu.

Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia obejmuje zarówno zalecenia dotyczące strategii postępowania terapeuty w kolejnych etapach procesu terapii, jak i wskazuje procedury kształtujące strukturę sytuacji terapeutycznych, niezbędnych do realizacji tych strategii. W latach 90 model ten wpro-

wadzano do praktyki klinicznej wielu polskich placówek odwykowych oraz zweryfikowano w kilkuletnim programie badań oceniających efekty terapii.

Podstawowe zadania i tematy pracy w psychoterapii uzależnienia.

Zadania terapeutyczne określone są dla następujących tematów pracy psychoterapeutycznej.

1. Rozpocznianie procesu zdrowienia:

- nawiązanie wstępnego kontaktu;
- rozpoznanie problemów życiowych i ich związku z piciem;
- wzbudzenie motywacji do zmiany i leczenia.

2. Uznanie własnego uzależnienia i powstrzymanie się od picia:

- zrozumienie uzależnienia i zasad terapii;
- rozpoznanie własnego uzależnienia i bezsilności wobec alkoholu;
- zmiana tożsamości alkoholowej pacjenta;
- wspieranie wczesnej abstynencji;
- wycofywanie się z sytuacji wysokiego ryzyka;
- budowa konstruktywnego środowiska osobistego.

3. Rozbrajanie mechanizmów uzależnienia:

- zmiana mechanizmu nałogowej regulacji emocji;
- zmiana mechanizmu iluzji i zaprzeczania;
- zmiana mechanizmu rozpraszenia i rozdławiania JA;
- uczenie konstruktywnych form kontaktu z emocjami;
- uczenie racjonalnego myślenia;
- budowanie realistycznego obrazu siebie i integracja JA.

4. Radzenie sobie z nawrotami:

- rozpoznawanie nawrotu;
- zatrzymywanie nawrotu;
- uczenie się umiejętności zapobiegania nawrotom.

5. Rozwijanie umiejętności życiowych pacjenta:

- rozwijanie umiejętności interpersonalnych;
- rozwijanie umiejętności zadaniowych.

6. Rozwiązywanie problemów osobistych:

- zmiana tendencji autodestrukcyjnych;
- zmiana destrukcyjnych form relacji z otoczeniem;
- praca nad innymi problemami emocjonalnym;
- budowanie pozytywnej wizji własnego życia;
- rozwój osobisty i realizacja wartości.

Podstawowe elementy technologii psychoterapii uzależnienia.

Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia opiera się na założeniach strategicznych specyficznych dla poszczególnych tematów. Natomiast technologia terapii czyli procedury i techniki określające wstępną strukturę sytuacji terapeutycznych, obejmują niżej wymienione elementy:

- instrumentalne oddziaływania poznawcze;
- autoanaliza zdarzeń, osobistych schematów postępowania i myślenia;
- dostarczanie przykładów i wzorów postępowania;
- wpływ interpersonalny – indywidualny i grupowy;
- ćwiczenie umiejętności;
- przygotowanie do uczestnictwa w środowiskach wzajemnej pomocy.

Osobisty plan terapii osoby uzależnionej.

Przygotowanie przez terapeutę i realizacja przez pacjenta osobistego planu terapii stanowi centralny aspekt nowoczesnego programu intensywnej psychoterapii uzależnień. Ten element technologii terapeutycznej zaczyna się od systematycznego rozpoznania wybranych fragmentów biografii i aktualnego sposobu życia pacjenta, szczególnie zjawisk związanych z uzależnieniem. Na podstawie tych danych buduje się ogólną mapę spraw wymagających konstruktywnego rozwiązania na drodze do realizacji celów terapii, co prowadzi do opracowania, wspólnie z pacjentem, pisemnego dokumentu zawierającego konkretny plan jego terapii.

Plan zawiera zbiór konkretnych problemów, celów i zadań do osiągnięcia w czasie terapii oraz szczegółowe określenie sposobów realizacji tych zadań, ich terminów i okoliczności towarzyszących. Ten dokument jest dla pacjenta, podstawowym przewodnikiem wskazującym mu, co i kiedy powinien zrobić. Terapeuta jest konsultantem i osobą, która tworzy okazję do realizacji niektórych fragmentów tego planu. Pacjent zawiera z zespołem terapeutycznym kontrakt na realizację tego programu i jest odpowiedzialny za realizację poszczególnych kroków. Uczestniczy także w zajęciach terapeutycznych, które służą rozwijaniu lub pogłębianiu pracy psychologicznej, którą wykonuje indywidualnie.

Proces psychoterapii przebiega więc dwoma równoległymi i wzajemnie dopełniającymi się nurtami. Jeden związany jest z realizacją osobistego planu i kształtuje przede wszystkim podmiotowe zaangażowanie pacjenta w proces zdrowienia i zmiany osobistej. Drugi oparty jest na uczestnictwie pacjenta w grupowych zajęciach terapeutycznych i w indywidualnych spotkaniach z terapeutą, w czasie których dokonuje się pogłębienie i utrwalenie przemian wynikających z całego procesu terapii.

(Mellibruda,1997).

Leczenie z powodu uzależnienia od narkotyków.

Początki rozwoju zjawiska narkomanii jako problemu społecznego w Polsce sięgają drugiej połowy lat sześćdziesiątych. W tym okresie przypada początek rozwoju terapii i leczenia z powodu uzależnienia od narkotyków. W latach siedemdziesiątych i pierwszej połowie lat osiemdziesiątych mieliśmy do czynienia z trendem wzrostowym używaniem narkotyków, przerwany przejściowym okresem stabilizacji w latach 1974-1978. Druga połowa lat osiemdziesiątych to okres lekkiego spadku, a potem krótkiej stabilizacji w zakresie zjawiska narkomanii. W latach dziewięćdziesiątych nastąpił ponowny rozwój problemu, zmianie ulegał również obraz polskiej sceny narkotykowej. W poprzednich latach, poza lekami uspokajającymi i nasennymi, substancjami lotnymi oraz opiatami domowego wyrobu, inne środki pojawiały się tylko sporadycznie. Natomiast od końca lat dziewięćdziesiątych znacząco wzrosło rozpowszechnienie używania marihuany i haszyszu, na szeroką skalę pojawiły się amfetamina i jej pochodne, kokaina, heroina do palenia i środki halucynogenne oraz narkotyki „autorskie”.

Powtarzając za Olafem Majer – Zachorowskim można stwierdzić, że polski model narkomanii drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych charakteryzował się:

- powszechną dostępnością narkotyków i ich bogatą ofertą;

- zmianą dominującego środka uzależniającego z opiatów na psychostymulanty i halucynogeny;
- obniżeniem się wieku młodzieży zaczynającej eksperymenty z narkotykami;
- gwałtownym rozprzestrzenianiem się w środowisku osób uzależnionych wirusa HIV.

(Mejer – Zahorowski, 1996).

Natomiast ówczesne tendencje związane z używaniem narkotyków można przedstawić za pomocą trzech głównych wzorów.

1. Wzór tradycyjny – opiaty, głównie domowego wyrobu, przyjmowane jako jedyny środek lub łączone z innymi, ale bez amfetaminy i przetworów konopii.
2. Nowy wzór – amfetamina lub przetwory konopii, ewentualnie inne środki, ale bez opiatów.
3. Wzór tradycyjny z elementami nowego wzoru – opiaty i amfetamina lub przetwory konopii i ewentualnie inne środki.

(Sierosławski, 1996).

Narkomania w Polsce jest traktowana jako choroba. Takie podejście stwarza możliwość bezpłatnego i dobrowolnego jej leczenia. Od 1999 roku terapia i leczenie osób uzależnionych finansowana była przez Kasy Chorych, a obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków czyli substancji psychoaktywnych, prowadzą podmioty lecznicze lub lekarze ze specjalizacją z psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży oraz specjaliści terapii uzależnień.

W Polsce model leczenia osób uzależnionych oparty jest na systemie ADR – opieka ambulatoryjna, detoksykacja, rehabilitacja i readaptacja społeczna.

A – Leczenie rozpoczyna się z chwilą rozpoczęcia pracy z osobą uzależnioną w poradni. Opieka w placówkach ambulatoryjnych ukierunkowana jest na wnikliwą diagnozę cech osobowości oraz wyrobienie motywacji do wyjścia z nałogu i podjęcie decyzji o rodzaju ośrodka rehabilitacyjnego.

D – Detoksykacja, czyli odtrucie organizmu ma na celu normalizację zmian internistycznych, neurologicznych i psychicznych spowodowanych używaniem środka narkotycznego oraz usunięcie ostrych zaburzeń przez nie wywołanych. Odtrucie na oddziałach detoksykacyjnych trwa z reguły od dwóch do sześciu tygodni. Często odtrucie jest jedynym etapem leczenia, jakie podejmuje pacjent.

R – Trzecim elementem tego systemu jest rehabilitacja i readaptacja społeczna.

Najbardziej rozpowszechnionym obszarem w modelu ADR jest rehabilitacja, a dokładnie terapia i leczenie osób uzależnionych w ośrodkach stacjonarnych.

Rehabilitacja osób uzależnionych od narkotyków to zespół działań psychologicznych, wychowawczych i resocjalizacyjnych, mających na celu likwidację uzależnienia psychicznego i umożliwienie funkcjonowania jednostce bez potrzeby użycia środka narkotycznego. Pobyt w ośrodkach rehabilitacji trwać może od kilku do kilkunastu miesięcy i nastawiony jest na osiągnięcie przez pacjenta trwałej abstynencji i powrót do życia społecznego przez podejmowanie odpowiednich ról społecznych. Readaptacja społeczna rozumiana jest jako zespół działań zorientowanych na przywrócenie jednostce pełnej możliwości asymilacji i powrotu do społeczeństwa oraz nauczenie mechanizmów umożliwiających podejmowanie i wywiązywanie się z przyjętych ról społecznych. Obejmuje ona też pomoc dla osób kończących pozytywnie leczenie w postaci mieszkań adaptacyjnych i hosteli, grup wsparcia, dofinansowań do kursów zawodowych.

Obecnie na terenie całego kraju funkcjonuje ponad sto placówek ambulatoryjnych w postaci poradni i kilkanaście oddziałów detoksykacyjnych. Natomiast stacjonarnych Ośrodków Terapii Uzależnień dla dorosłych jest około stu, a dla młodzieży około dwudziestu. Są to ośrodki prowadzone przez służbę zdrowia, Stowarzyszenie Monar i inne organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe i osoby prywatne. Propozycje programowe ośrodków są często oparte o idee społeczności terapeutycznej, metodę 12 kroków, czy też prowadzone są przez związki wyznaniowe, podkreślające duchowy aspekt w procesie leczenia. Obecnie jednak powstaje wiele nowych programów terapii osób uzależnionych, gdzie główne metody terapii są oparte na badaniach empirycznych. Te metody to terapia poznawczo-behawioralna, wywiad motywacyjny, działania interwencyjne, zarządzanie przypadkiem i psychoterapia zintegrowana, czyli psychoterapia łączona z farmakoterapią.

W latach dziewięćdziesiątych rozwinął się również model pracy z osobami uzależnionymi bezpośrednio w ich środowisku poprzez programy pracowników ulicznych. Wraz z przeniesieniem na Polski grunt filozofii „harm reduction” zakładającej, że najważniejsze jest zmniejszenie szkód społecznych i indywidualnych, wprowadzono programy substytucyjno – metadonowe. Programy te pozwalają osobom długotrwale uzależnionym od opiatów na poprawne funkcjonowanie w rolach rodzinnych i zawodowych. Zgodnie z twierdzeniem ówczesnych zwolenników leczenia substytucyjnego, przyczyniały się one do zmniejszenia kosztów leczenia i ograniczenia epidemii AIDS oraz kryminalizacji środowiska osób uzależnionych.

Istotną wadą tego podejścia jest w założeniu rezygnacja z próby rzeczywistego leczenia osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnej.

Cały cykl terapii osób uzależnionych ogólnie możemy sprowadzić do trzech zasadniczych faz:

- Zwalczanie skutków ostrego zatrucia środkiem odurzającym;
- Likwidacja przewlekłych następstw uzależnienia;
- Resocjalizacja eliminująca, względnie katalizująca zachowania nałogowe.

Tak rozumiana terapia i leczenie powinno być:

1. **Zintegrowane**, to znaczy obejmujące:

- terapię przedszpitalną;
- terapię szpitalną;
- terapię poszpitalną.

2. **Kompleksowe** czyli:

- farmakologiczne;
- psychoterapeutyczne;
- socjoterapeutyczne.

(Siczek, 1991).

W 1993 roku Minister Zdrowia i opieki społecznej powołał Biuro ds. Narkomanii, a od 2000 roku posiada nową nazwę – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, którego głównym zadaniem było podejmowanie działań na rzecz ograniczania popytu na narkotyki. Do 1999 roku podstawowa działalność Biura obejmowała nie tylko zadania w zakresie profilaktyki narkomanii, lecz również finansowanie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych w placówkach i ośrodkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe.

System pomocy dla osób uzależnionych opiera się na szerokim zakresie świadczeń oraz stosowanych metod terapeutycznych dostosowanych do potrzeb pacjenta.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zorganizowane jest w oparciu o sieć placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, posiadających status publicznych lub niepublicznych podmiotów leczniczych.

Sieć tworzą przede wszystkim specjalistyczne placówki lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego oraz nieliczne inne formy opieki pośredniej, takie jak: oddziały dzienne oraz programy postrehabilitacyjne. Odrębne miejsce,

najczęściej powiązane z opieką ambulatoryjną, zajmują programy terapii zastępczej czyli programy substytucyjne.

Obecnie, między innymi w odpowiedzi na zmiany jakie zaszły na polskim rynku narkotycznym, przede wszystkim rodzaj przyjmowanych środków narkotycznych i bardzo młody wiek osób uzależnionych, znacznej modyfikacji uległ również system leczenia.

W placówkach stacjonarnych wprowadzono średnioterminowy cykl leczenia od 6 do 12 miesięcy oraz krótkoterminowy trwający od 3 do 6 miesięcy.

Stworzono placówki leczenia ambulatoryjnego dla osób zagrożonych uzależnieniem, okresowo, niesystematycznie przyjmujących narkotyki. Powstały pierwsze oddziały podwójnej diagnozy dla osób uzależnionych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi oraz oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu dla osób niepełnoletnich.

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

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

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

Leczenie farmakologiczne, prowadzone jest głównie jako programy terapii zastępczej (leczenie substytucyjne) i detoksykacja. Formy te powinny być uzupełnione zajęciami terapeutycznymi, dostosowanymi do indywidualnych problemów osoby nadużywającej substancji psychoaktywnych lub uzależnionej. Dodatkowo istnieją programy postrehabilitacyjne i ograniczania szkód.

Spółeczność terapeutyczna.

Ta metoda stosowana jest w leczeniu uzależnień i innych pokrewnych problemów życiowych. Głęboko osadzona jest w ruchu samopomocowym. Rozwijała się w zasadzie poza głównym nurtem psychiatrii, psychologii i medycyny.

W podejściu tym dąży się do wprowadzenia zmian w wymiarze funkcjonowania psychologicznego i społecznego. W wymiarze psychologicznym celem oddziaływań jest przyjęcie przez pacjenta nowej tożsamości poprzez zmianę negatywnych wzorów zachowań, myślenia i odczuwania. W wymiarze społecz-

nym nacisk kładziony jest na rozwijanie odpowiedzialności i zmianę stylu życia. Pomyślna integracja zmian w obu wymiarach stanowi warunek powrotu do zdrowia.

Struktura i system społeczności terapeutycznej.

Struktura i system społeczności terapeutycznej sprzyja zmianie stylu życia pacjenta. W społeczności tej podkreśla się wagę tego, kim się jest „tu i teraz” w przeciwieństwie do tego, kim było się w przeszłości.

Większość społeczności terapeutycznych ma strukturę hierarchiczną, a pozycja mieszkańca w hierarchii społeczności zależy przede wszystkim od czasu pobytu i postępów w pełnieniu ról. O zmianie statutu (awansie) decydują wszyscy członkowie społeczności.

Idee społeczności terapeutycznej.

Metoda ta stosuje się do pewnych ogólnych, podstawowych wartości stanowiących istotę osobistego rozwoju, zdrowego życia, społecznego uczenia się i w konsekwencji zdrowienia. Wartości te obejmują uczciwość, prawdomówność, osobistą odpowiedzialność, niezależność finansową, odpowiedzialność za rodzinę, zaangażowanie w życie społeczne. Podstawowym i pierwotnym źródłem informacji oraz wsparcia w metodzie Społeczności Terapeutycznej jest dla jednostki informacja zwrotna od jej członków oraz idea samopomocy w zdrowieniu, gdzie ważną rolę odgrywają rówieśnicy, personel, codzienny rytm pracy, spotkania grup, zajęcia rekreacyjne. W tej metodzie jednostka staje się współodpowiedzialna za proces swojej zmiany, równocześnie zmieniając siebie przyczynia się do zmiany innych osób tworzących społeczność. Wspólna filozofia, normy, wartości, zasady i rytuały, chronią zarówno fizyczne, jak i psychologiczne bezpieczeństwo społeczności, co odgrywa ważną rolę w procesie zdrowienia.

Istota oddziaływań społeczności terapeutycznej.

Uczenie się nowych zachowań, zmiana stylu życia, przyjęcie nowej tożsamości następuje stopniowo poprzez uczestniczenie pacjenta w różnych rolach społecznych (gospodarz domu, kierownik pracy, szef służby ochrony ośrodka, szef kuchni, itp.).

Zdrowienie zależy nie tylko od tego, czego nauczy się jednostka, ale również od tego w jaki sposób, z kim i gdzie nabywa nowe umiejętności.

Dlatego zmiana stylu życia powinna odbywać się w środowisku społecznym, ponieważ negatywne wzory zachowań nie zostały nabyte w izolacji i nie mogą być w izolacji zmienione.

W Polsce, społeczność terapeutyczna jest rozpowszechnionym podejściem stosowanym w polskim systemie pomocy osobom uzależnionym od narkotyków, a realizowanym w placówkach stacjonarnych.

Terapia poznawczo – behawioralna.

Metoda ta jest stosowana w leczeniu wielu zaburzeń takich jak depresje, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Często jest ona **łączona** z farmakoterapią.

Teorie społecznego uczenia się wywarły ogromny wpływ na rozwój behawioralno-poznawczych modeli uzależnienia. Do najbardziej znanych teorii społecznego uczenia się należą teorie Dollarda i Millera, Akers'a, Rotter'a oraz Bandury.

Zgodnie z ich założeniami:

- Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież jest społecznie wyuczonym zachowaniem;
- Kształtuje się i utrwała na skutek modelowania, czyli obserwacji i naśladowania osób ważnych i atrakcyjnych (rodzice, rówieśnicy, postacie kultury masowej);
- Sięgnięciu po substancje psychoaktywne sprzyjają pozytywne oczekiwania dotyczące ich działania i własnej skuteczności w radzeniu sobie w różnych sytuacjach.

Zastosowanie w profilaktyce:

- Edukacja rówieśnicza (kształcenie liderów młodzieżowych);
- Rozwijanie umiejętności wychowawczych (treningi dla rodziców);
- Rozpowszechnianie wiedzy.

Zastosowanie w leczeniu i rehabilitacji:

- Społeczność terapeutyczna (modelowanie zachowań);
- Grupy samopomocowe (modelowanie zachowań);
- Rozwijanie umiejętności psychospołecznych (warsztaty).

Modele poznawcze zakładają, że:

- Większość zakłóceń powstaje na podstawie błędnych treści poznawczych i/lub błędnego poznawczego przetwarzania;

- Kluczowe znaczenie ma rozpoznanie i zmiana schematów poznawczych podtrzymujących uzależnienie oraz motywowanie do zmiany zachowania.

Główny sposób postępowania to:

1. Identyfikacja i modyfikacja irracjonalnych, nieprzystosowawczych przekonań i myśli.
2. 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 na przykład „jestem narkomanem” lub „jestem alkoholiczkiem”, także zwiększa prawdopodobieństwo kontynuowania zażywania i trwanie w nawrocie choroby uzależnieniowej).

Treningi zapobiegania nawrotom choroby są zatem ukierunkowane na:

- Wzmocnienie poczucia własnej skuteczności;
- Weryfikację oczekiwań względem używania substancji;
- Zmianę atrybucji przyczyn nawrotu.

Treningi nawrotów choroby powinny stanowić standardową procedurę w procesie leczenia uzależnienia.

Zarządzanie przypadkiem.

Metoda ta jest postrzegana jako jedna z ważniejszych innowacji na polu zdrowia psychicznego i opieki środowiskowej ostatnich dekad.

Początków tej metody można doszukiwać się w latach dwudziestych XX w., kiedy to Mary Richmond po raz pierwszy użyła terminu „praca społeczna z przypadkiem” dla określenia działań mających na celu przystosowanie jednostki do jej otoczenia społecznego. Praca społeczna z przypadkiem to przede wszystkim koordynowanie świadczonych usług, dbałość o fundusze publiczne, opieka dla ubogich i chorych osób, wiara w godność klienta, oraz wzmacnianie populacji szczególnie narażonych na problemy.

Jednak najbardziej dynamiczny rozwój metody zarządzania przypadkiem związany był z procesem deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, co z kolei łączyło się z odejściem od długoterminowej opieki stacjonarnej do opieki środowiskowej i przeniesieniem opieki społecznej z instytucji do lokalnych społeczności.

Zarządzanie przypadkiem kładzie nacisk na identyfikację potrzeb klienta i możliwych sposobów zaspokojenia ich w oparciu o zasoby istniejące w środowisku. Case manager jest osobą, która nie tylko wspiera klienta na każdym etapie pomocy, ale jest odpowiedzialna za monitorowanie całego procesu.

Podstawowe zadania w pracy metodą zarządzania przypadkiem to:

1. Diagnoza – obejmuje zbieranie informacji dotyczących potrzeb klienta, pilnych do rozwiązania problemów klienta oraz analizowanie możliwości ich rozwiązania w oparciu o słabe i silne strony klienta;
2. Planowanie – polega na stworzeniu indywidualnego planu uwzględniającego w jaki sposób potrzeby klienta zostaną zaspokojone;
3. Łączenie – ułatwianie klientowi skorzystanie z różnego rodzaju dostępnych usług, adekwatnie do jego potrzeb;
4. Monitorowanie – stała ewaluacja postępu klienta;
5. Występowanie w interesie klienta – wspieranie klienta i całego procesu zmian.

W latach osiemdziesiątych, w związku ze zmianami w postrzeganiu uzależnienia, problemami w dostarczaniu adekwatnej opieki, oraz presją na ograniczenie wydatków, zarządzanie przypadkiem znalazło zastosowanie w pracy z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. Zidentyfikowano grupy osób uzależnionych, których potrzeby nie znajdowały zaspokojenia w tradycyjnej ofercie, a na które odpowiadało zarządzanie przypadkiem i były to następujące osoby:

- zakażone HIV używające narkotyków w iniekcjach;
- ubogie i bezdomne;
- z zaburzeniami psychicznymi;
- kobiety w ciąży;
- z problemami prawnymi.

Wielką zaletą zarządzania przypadkiem jest umożliwienie klientowi skorzystanie z usług świadczonych przez różnego typu instytucje. Zgodnie z tą metodą klient nie jest osobą bierną, pozbawioną wpływu lecz zaangażowaną w rozwiązywanie swoich problemów. Oczekuje się od niego aktywności, bazuje na jego mocnych stronach i zachęca do podejmowania odpowiedzialności. Klient jest ekspertem w zakresie własnych potrzeb i świata wartości.

Zarządzanie przypadkiem znajduje zastosowanie na różnych etapach pracy z klientem, który planuje podjąć leczenie:

- na etapie poszukiwania klientów, case manager wykazuje aktywność poszukując potrzebujących pomocy w ich własnym środowisku;
- w okresie poprzedzającym leczenie pomaga w redukowaniu barier zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych, utrudniających podjęcie leczenia;
- w trakcie leczenia pomaga w rozwiązywaniu bieżących problemów przeszkadzających w leczeniu;
- po zakończeniu leczenia otacza klienta wsparciem postrehabilitacyjnym (poszukiwanie pracy, mieszkania, konstruktywnych form spędzania wolnego czasu itp.).

Zarządzanie przypadkiem to metoda, która w Stanach Zjednoczonych i w wielu krajach europejskich, między innymi w Niemczech, jest postrzegana jako istotny element, będący dopełnieniem oferty kierowanej do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Dialog motywujący.

Metoda ta wniosła nowe treści w dyskurs o leczeniu osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz przyczyniła się do zmiany stylu pracy z osobami zgłaszającymi się do placówek leczenia uzależnień.

Autor koncepcji W. Miller rozwinął to podejście na bazie doświadczeń z osobami nadużywającymi alkohol. W odróżnieniu od dominującej w latach osiemdziesiątych praktyki klinicznej wykorzystującej w znacznym stopniu konfrontacyjne techniki, wywiad motywujący odwoływał się do stylu komunikowania, który unikał konfrontacji, a skupiał się na ułatwieniu klientowi rozwiązania ambiwalentnego stosunku do zmiany zachowania. Ambiwalencję wobec zmiany potraktowano jako naturalny stan towarzyszący każdej osobie rozważającej wprowadzenie zmian w swoim życiu, nie zaś jako symptom patologii wynikającej z istniejącego zaburzenia czy przejaw działania mechanizmów obronnych. Zgodnie z przekonaniem twórców koncepcji motywacja nie może być jednak „zainstalowana” przez kogokolwiek, ale może zostać tylko „wydobyta” z klienta. W dialogu motywującym ważny jest klimat rozmowy, który obejmuje empatyczną, pełną zrozumienia i szacunku postawę terapeuty dla decyzji klienta. Interesującym jest, że cel wywiadu motywującego może być osiągnięty w przypadku większości klientów w ciągu 1-2 sesji, z których każda trwa około 50 minut. Na przestrzeni niemal 30 lat wywiad motywujący stanowił inspirację dla rozwoju kilku metod, które znalazły trwałe miejsce w terapii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub borykających się z innymi problemami.

Zgodnie z definicją opracowaną przez autorów koncepcji (Miller, Rollnick, 1991) „wywiad motywujący jest dyrektywnym, 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”.

Filozofia dialogu motywującego.

Dialog motywujący nie wywodzi się z żadnej koncepcji teoretycznej. Jak podkreśla autor, w swojej pracy opiera się przede wszystkim na psychologicznej intuicji. W. Miller i S. Rollnick podkreślają, że jego istota wyraża się w określonym podejściu do klienta. Ostrzegali, że terapeuci nadmiernie koncentrujący się na technikach dialogu motywującego, tracą z pola widzenia „ducha” tej metody i w istocie nie są wierni jego założeniom. Filozofia dialogu motywującego wyraża się w co najmniej kilku założeniach:

- 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 pomiędzy klientem, a terapeutą jest bliższa relacji partnerskiej niż relacji ekspert – klient.

(Miller, Rollnick, 2009).

Główne zasady dialogu motywującego:

- Wyrażanie empatii i refleksyjne słuchanie, odzwierciedlanie;
- Pogłębianie rozbieżności;
- Unikanie udowadniania i podążanie za oporem;
- Wspieranie poczucia własnej skuteczności.

Modyfikacje dialogu motywującego

Dialog motywujący zainspirował rozwój kilku innych metod pracy z osobami nadużywającymi substancje psychoaktywne. Najbardziej znaną jest koncepcja „wzmacniania motywacji do zmiany” (motivational enhancement therapy, MET), która została rozwinięta przez Millera (1993) na potrzeby projektu MATCH, a potem znalazła trwałe miejsce w ofercie dla osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Obejmuje ona 4 sesje interwencji (a nie jak wywiad motywujący 1 do 2 sesji). Sesje prowadzone w 6 i 12 tygodniu terapii mają na celu pogłębienie, zintensyfikowanie i utrwalenie zmiany zachowań. Całość interwencji prowadzona jest zgodnie z filozofią i podstawowymi zasadami dialogu motywującego.

Zastosowanie dialogu motywującego

Skuteczność dialogu motywującego została potwierdzona poprzez wyniki licznych badań naukowych w odniesieniu nie tylko do osób problemowo używających alkoholu, ale także innych substancji psychoaktywnych. Dodatkowo skuteczność ta została potwierdzona na podstawie obserwacji wielu przypadków osób pragnących zmienić swoje zachowania na bardziej sprzyjające zdrowemu stylowi życia (np. zmieniających nawyki żywieniowe z powodu cukrzycy). Widocznym efektem stosowania dialogu motywującego może być nie tylko podjęcie decyzji o zmianie zachowania, ale także poprawa wskaźników retencji w pierwszym okresie terapii (Carroll, 2006). Naukowej weryfikacji poddano także niektóre z modyfikacji dialogu 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).

Dialog motywujący choć wniósł nowe spojrzenie na kwestię motywowania klienta do zmiany zachowania, nie stanowi jednak panaceum na wszelkie problemy pojawiające się w terapii osób uzależnionych (Miller i Rollnick, 1995). Co więcej, dialog motywujący nie aspiruje do wszechstronnej metody leczenia obejmującej różne etapy terapii. Jest skoncentrowany wyłącznie 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.

System akredytacji placówek stacjonarnych terapii uzależnień.

Standardy postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i programów ograniczania szkód zdrowotnych zostały opracowane przez zespół ekspertów przy Ministrze Zdrowia.

W skład zespołu wchodził przedstawiciele Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a także środowiska specjalistów terapii uzależnień. W trakcie opracowywania polskich standardów korzystano ze standardów krajów, które mają długą tradycję opracowywania mechanizmów zapewniania jakości usług, przede wszystkim Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych.

Obszary, do których odnoszą się standardy to:

- prawa Pacjenta;
- ciągłość Opieki;
- poprawa Jakości;
- zarządzanie Ogólne;
- zarządzanie Zasobami Ludzkimi;
- zarządzanie Informacją;
- zarządzanie Środowiskiem Opieki;
- kontrola Zakażeń;
- standardy dotyczące leków.



Obecnie zakończono już prace związane z opracowaniem projektów standardów akredytacyjnych dla placówek stacjonarnych leczenia uzależnienia od alkoholu oraz leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych.

Od 2014 roku został uruchomiony program przygotowywania osób realizujących proces akredytacyjny, a w 2015 roku został zrealizowany pilotażowy program akredytacji w dwóch stacjonarnych placówkach leczenia uzależnień. Dziś system uruchomienia akredytacji jest w ostatniej fazie jego uruchomienia. Pozostały do opracowania, w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia, ostateczne uregulowania dotyczące jego realizacji.

Rozdział 23. Podwójna diagnoza.

W minionej dekadzie nastąpił silny wzrost liczby problemowo przyjmowanych substancji, innych niż opiaty i alkohol, do których głównie zaliczmy: kokaina, amfetamina, metamfetamina, extasy, dopalacze, LSD, kanabinoles, leki, środki wziewne. Natomiast jeśli chodzi o kwestie eksperymentowania i okazjonalnego przyjmowania środków psychoaktywnych to najbardziej rozpowszechnionymi substancjami obecnie są: alkohol, nikotyna, marihuana i haszysz, amfetamina, dopalacze, a także środki uspokajające i nasenne. Wśród wzorów używania substancji psychoaktywnych popularny jest sposób łączenia różnych środków: marihuana z dopalaczami; marihuana z lekami; alkohol z dopalaczami, ale też marihuana z amfetaminą i dopalaczami oraz marihuana z extasy i środkami halucynogennymi. Ostatnio sporą popularnością cieszą się tzw. dopalacze, substancje o rzeczywistym działaniu psychoaktywnym, którym przypisuje się działanie relaksujące, poprawiające nastrój, poprawiające funkcje poznawcze. Najwięcej osób przyjmujących środki psychoaktywne okazjonalnie to osoby w wieku od 16 do 24 lat.

Z badań, raportów epidemiologicznych i opinii specjalistów wynika, że od około dekady, zauważyć można dalece niepokojące zjawisko związane z używaniem substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. Jest to problem zaburzeń psychicznych występujący, u adolescentów zażywających substancje psychoaktywne. Wynika to przede wszystkim ze zmiany środków, po które sięga dziś młodzież. Substancje te głównie zaburzają i uszkadzają przede wszystkim ośrodkowy układ nerwowy, wywołując lub wzmacniając rozwój zaburzeń psychicznych. Wynika to również z tak zwanego „samoleczenia narkotykami” 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 wynosiła w 1997 roku 171 osób, natomiast w roku 2007 odnotowano już 915 takich przypadków. W stacjonarnych ośrodkach psychiatrycznych w 2007 roku największą grupę, bo aż 58%, stanowili pacjenci z rozpoznaniem mieszczącym się w kategorii „inne zaburzenia psychiczne”, obejmującym zaburzenia psychoetyczne 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, konopi 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. Pacjenci tacy kierowani są do poradni zdrowia psychicznego, a w przypadku ostrych zaburzeń psychoetycznych do szpitali psychiatrycznych. A te placówki z kolei nie do końca są przygotowane do leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, u których współwystępuje zespół uzależnienia. Obecnie w Polsce funkcjonują 2 oddziały w szpitalach psychiatrycznych oraz 3 ośrodki rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, oferujące kompleksowe

leczenie, zarówno psychiatryczne jak i uzależnień jednak są to placówki przeznaczone wyłącznie dla pacjentów dorosłych.

Jeżeli chodzi natomiast o dzieci i młodzież to w całym kraju obecnie są dwie takie placówki. Jedną 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 Zagórzku k/Warszawy.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych, u dzieci i młodzieży.

Cele klasyfikowania zaburzeń psychicznych:

- porozumiewanie się między diagnostami o różnym przygotowaniu i przynależności do różnych szkół i tradycji kulturowych;
- panowanie nad różnymi aspektami praktycznego działania psychiatrii (zadania lecznicze, rehabilitacyjne, profilaktyczne itp.);
- poznanie nowych hipotez, teorii badawczych, które umożliwiają rozwój psychiatrii.

Współczesną psychiatrię reprezentują dwa systemy klasyfikacyjne:

ICD-10: Międzynarodowa klasyfikacja zaburzeń psychicznych

DSM-V: Amerykańska klasyfikacja zaburzeń psychicznych

Obie klasyfikacje są opisowe i tymczasowe.

Od 1996 w Polsce klasyfikacją urzędową jest klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10.

ICD-10 w odniesieniu do dzieci i młodzieży obejmuje:

- zaburzenia w rozwoju psychicznym;
- zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym;
- zaburzenia rozpoczynające się w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie oraz dzieciństwie do 6. roku życia;
- zaburzenia rozpoczynające się w wieku szkolnym: 7-10. rok życia;
- zaburzenia okresu adolescencji – wiek dorastania.

Natomiast wszystkie inne zaburzenia występujące, u dzieci i młodzieży, powinny być diagnozowane według tych samych kryteriów, według, których rozpoznaje się je w każdym innym okresie życia i wyglądają one następująco:

- F00-F09 Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi;
- F10-F19 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem substancji psychoaktywnych;
- F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojenio-we;
- F30-F39 Zaburzenia nastroju (afektywne);
- F40-F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną;
- F50-F59 Zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi;
- F70-F79 Upośledzenia umysłowe;
- F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego);
- F90-F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.

W klasyfikacji ICD-10 zrezygnowano z ważnej w psychiatrii dzieci i młodzieży idei zaburzeń związanych z fazami rozwoju indywidualnego.

Krótką charakterystyką Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku.

Cele Ośrodka.

Ośrodek realizuje program psychoterapii rozwojowej adolescentów z podwójną diagnozą. Pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi będących w fazie remisji. Terapia w ramach programu leczenia skierowana jest na konstruktywny rozwój adolescenta, pracę nad destrukcją wynikającą z używania substancji psychoaktywnych oraz leczenie zaburzeń współwystępujących z obszaru psychopatologii dzieci i młodzieży.

Zakładane rezultaty to:

- konstruktywny rozwój adolescenta, a w tym rozwój własnej autonomii i sprawczości oraz przyjmowanie własnej tożsamości;
- podjęcie własnej decyzji w sprawie dalszego rozwoju bez zażywania substancji psychoaktywnych;

- remisja uzależnienia i zaburzeń współistniejących;
- korekta trudności psychologicznych (samoocena, lęk, styl radzenia sobie w trudnych sytuacjach);
- powrót do pełnionych ról społecznych (dziecko, uczeń).

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. Podstawowy program terapii realizowany w systemie stacjonarnym i trwa od 6 do 12 miesięcy.

Program Ośrodka.

Psychoterapia dzieci i młodzieży jest realizowana poprzez rówieśniczą grupę korekcyjną, psychoterapię grupową i indywidualną metodą poznawczo-behawioralną, wywiad motywujący, interwencję kryzysową, pracę z rodziną, terapię biofeedback, realizację obowiązku szkolnego oraz terapię rozwojowo-zajęciową. W przypadku osób z podwójną diagnozą stosowane jest leczenie zintegrowane (psychoterapia i farmakoterapia). Realizacja programu i praca zespołu objęta jest stałą superwizją.

Warunki Ośrodka.

Ośrodek jest placówką koedukacyjną i posiada 25 miejsc. Pacjenci mieszkają w 3-4 osobowych pokojach. Ośrodek posiada własną salę gimnastyczną, siłownię, boiska do piłki nożnej i siatkówki. Na terenie Ośrodka odbywa się obowiązkowa nauka szkolna na poziomie gimnazjum i liceum, która jest realizowana przez przyszpitalną szkołę. Dodatkowo Ośrodek realizuje obozy terapeutyczne.

Zasady przyjęć.

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. Aktualnie nie mogą 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 po odbytej kwalifikacji, dotyczącej spełniania wyżej wymienionych kryteriów, prowadzonej przez Ośrodek w kolejności zgłoszeń oraz w trybie dobrowolności.



Zespół merytorycznych realizatorów. W Ośrodku jest zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin 7 specjalistów psychoterapii uzależnień posiadających wykształcenie wyższe psychologiczne lub pedagogiczne, lekarz medycyny ze specjalizacją z psychiatrii dzieci i młodzieży, psycholog, 6 pielęgniarek, supervisor KBdsPN pełniący funkcję kierownika Ośrodka oraz nauczyciele i wychowawcy szkolni.

Dodatkowo Ośrodek prowadzi staże kliniczne dla lekarzy w ramach specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży, staż kliniczny dla specjalistów i instruktorów terapii uzależnień w ramach specjalistycznego szkolenia zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia oraz sześciomiesięczny staż terapeutyczny.

Rozdział 24.

Kadra psychoterapii i profilaktyki uzależnień oraz placówki pomocowe.

Specjalizacje w zakresie prowadzenia terapii i leczenia osób uzależnionych.

Podobnie jak w przypadku dwóch nurtów terapii uzależnień również występują dwa procesy certyfikacji terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi. W Polsce występują równoległe dwa procesy szkoleń. Jeden jest prowadzony przez PARPA, a po zdanym egzaminie otrzymuje się certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub w przypadku osób ze średnim wykształceniem instruktora terapii uzależnień. Drugi system jest prowadzony przez KBdsPN i po zdanym egzaminie otrzymuje się certyfikat specjalisty terapii uzależnień lub w wypadku osób ze średnim wykształceniem certyfikat instruktora terapii uzależnień. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia oba systemy i kompetencje w nich nabywane są równorzędne oraz nadają te same kompetencje i uprawnienia do pracy z osobami uzależnionymi bez względu na rodzaj substancji uzależniającej i wiek osób uzależnionych.

Oba systemy szkoleń zawierają trzy podstawowe obszary nabywania kompetencji. Pierwszy obszar to część teoretyczno-warsztatowa z treningami psychologicznymi, drugi to staż w placówce rekomendowanej przez PARPA lub KBdsPN oraz trzeci obszar to superwizja prowadzona przez superwizorów rekomendowanych przez PARPA lub KBdsPN. Cały cykl szkolenia zamyka się w czasie do 3 lat.

Dodatkowo leczeniem osób uzależnionych zajmują się lekarze medycyny ze specjalizacją z psychiatrii w przypadku osób dorosłych i specjalizacją z psychiatrii dzieci i młodzieży w przypadku dzieci i młodzieży.

Jednak w moim przekonaniu systemy szkoleń osób nabywających kompetencje do samodzielnej pracy z pacjentami uzależnionymi powinien przebiegać w następujących etapach i formach szkoleniowych:

- wykształcenie wyższe kierunkowe (zalecane studia psychologiczne);

- czteroletnie szkolenie w zakresie psychoterapii;
- dwuletnia specjalizacja w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień z podziałem na pracę z osobami dorosłymi lub dziećmi i młodzieżą.

Etapy procesu nabywania kompetencji i przygotowujące do samodzielnej pracy w prowadzeniu psychoterapii oraz dalej psychoterapii i leczenia osób uzależnionych powinny sprowadzać się do praktykowania pod opieką doświadczonego psychoterapeuty i superwizora. Czyli nabywanie kompetencji poprzez uczenie się zawodu bezpośrednio od doświadczonych już psychoterapeutów w placówkach i ośrodkach rekomendowanych. Dodatkowo system szkoleń powinien zawierać uczestnictwo w treningach psychologicznych, własną terapię, superwizję oraz blok wykładowo-warsztatowy.

Motywy do takiego przekonania jest myślenie o pacjencie, jego trudnościach, zaburzeniach i w konsekwencji optymalizowania warunków udzielania mu pomocy. W praktyce klinicznej jest tak, że wszyscy pacjenci uzależnieni to osoby z zaburzeniami osobowości lub innymi głębokimi trudnościami psychologicznymi lub też to osoby ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi z obszaru psychopatologii.

Dlatego specjalista pracujący z osobą uzależnioną powinien w procesie nabywania kompetencji zawodowych posiadać wyższe psychologiczne lub medyczne wykształcenie, potwierdzone doświadczenie i umiejętności w prowadzeniu psychoterapii oraz doświadczenie i umiejętności w pracy z osobami uzależnionymi.

Dziś natomiast sytuacja wygląda tak, że jeżeli osoba uzależniona zgłasza się na terapię do certyfikowanego psychoterapeuty to najczęściej jest odsyłana do specjalisty terapii uzależnień. Specjalista terapii uzależnień w sytuacji kiedy odkrywa, że jego uzależniony pacjent używa substancje psychoaktywne w wyniku trudności psychologicznych lub zaburzeń psychicznych, to odsyła go do innego specjalisty lub ogranicza się wyłącznie do pracy z objawem.

Kompetencje terapeuty pracującego z młodzieżą uzależnioną w warunkach stacjonarnych, ośrodkach terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, 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; wzmacnianiu konstruktywnych zachowań i korygowaniu tych destrukcyjnych. Młody człowiek ma wówczas okazję doświadczać konstruktywnej relacji. Jedną i tą samą osobą, która często jest autorytetem, przy ogólnej akceptacji, za dobre nagradza, a za złe zachowanie reaguje stawianiem granic i ewentualnymi działaniami korygującymi. W tej relacji wyraźnie oddziela się samego człowieka, zasługującego na bezwarunkową bliskość i miłość, od jego zachowania, które czasami wymaga oddziaływań korekcyjnych.

Trzecie to dobra organizacja. 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, własnych pasji. Młody człowiek 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 gdy 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. Nie chodzi tu tylko o zainteresowania typu gra na gitarze lub umiejętność gotowania, ale również wiedza z różnych dziedzin czy konkretne umiejętności.

Przygotowanie zawodowe realizatora działań profilaktycznych.

Obecnie w naszym kraju nie ma jednego ujednoliconego i wystandaryzowanego systemu przygotowującego osoby do zawodu profilaktyka.

Na przykład w szkole kompetencje wymagane od nauczyciela, wychowawcy obejmują pełen zakres umiejętności niezbędnych w pracy, również w zakresie profilaktyki uzależnień. Każdy „dobry” wychowawca jest jednocześnie kompetentny w prowadzeniu większości zadań profilaktycznych, głównie na uniwersalnym poziomie pierwszorzędowym. Natomiast profilaktykę dla

uczniów z grup zwiększonego ryzyka prowadzą najczęściej nauczyciele, którzy przeszli odpowiednie przeszkolenie oraz pedagodzy lub psychologzy szkolni. Podobnie sprawa wygląda w innych placówkach oświatowych i pomocowych prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Jest wiele podmiotów zarówno publicznych jak i prywatnych, które proponują szkolenia przygotowujące do pracy profilaktycznej. Wystandaryzowane szkolenia kadry są jedynie w programach z banku programów rekomendowanych zamieszczonych na stronach internetowych KBdsPN i PARPA.

Można natomiast wyszczególnić uniwersalne obszary kompetencji osoby realizującej działania profilaktyczne do których należy zaliczyć.

Wiedza.

W ostatnich latach coraz więcej dzieci i młodzieży jest objętych działaniami z zakresu profilaktyki uzależnień. Mimo to obserwacja „życia codziennego”, doniesienia mass mediów, czy wyniki badań ankietowych młodzieży szkolnej ujawniają fakt, że rosną problemy związane z przemocą oraz trudności alkoholowe i narkotykowe wśród młodych ludzi, maleje natomiast liczba abstynentów w wieku rozwojowym.

Dobrym przykładem źródła wiedzy na temat rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży są badania ESPAD lub realizowane metodologią ESPAD.

Badania ESPAD – Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na Temat Używania Alkohol i Innych Substancji Psychoaktywnych (ostatni raport z 2015 roku). Te ogólnopolskie badania spełniają międzynarodowe kryteria porównywalności i możliwości monitorowania zmian w zakresie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną (16 i 18 lat). Program jest realizowany od 1995r., co cztery lata przez Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Dodatkowo należy wspomnieć o badaniach Centrum Badania Opinii Społecznych (CBOS);

Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej – HBSC realizowane przez Uniwersytet Warszawski; Badania mokatowskie prowadzone przez zespół Pracowni „Pro-M” z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W każdym też środowisku lokalnym prowadzone są badania ankietowe, które mogą także służyć jako wiedza „wyjściowa” na temat rozpowszechnienia i intensywności używania środków psychoaktywnych. Ta ogólna wiedza wydaje się jednak niewystarczająca, aby planować działania profilaktyczne w środowisku, szkole, świetlicy socjoterapeutycznej lub innej placówce pomocowej.

Potrzebna jest także wiedza na temat sygnałów ostrzegawczych, umożliwiająca dokonanie diagnozy problemu w przypadku konkretnej osoby. Na podstawie takich wskaźników jak zmiany w zachowaniu dziecka i zmiany w jego wyglądzie oraz wiedza o rodzajach substancji psychoaktywnych, które są używane i popularne w danym środowisku lokalnym.

Wiedza o substancjach zażywanych przez dzieci i młodzież może być czerpana z dostępnych publikacji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Aby dostosować podejmowane działania do charakterystyki okresu rozwojowego ich odbiorców, konieczne jest posiadanie wiedzy z psychologii rozwojowej, społecznej i wychowawczej na temat potrzeb rozwojowych uczniów. Efektywne pełnienie roli profilaktyka wymaga także dysponowania wiedzą na temat profilaktyki. Jej koncepcji, badań dotyczących zapotrzebowania na profilaktykę, umiejętności konstruowania i oceniania skuteczności programów profilaktycznych.

Podnoszenie umiejętności psychospołecznych i interpersonalnych.

Odpowiedni poziom motywacji powinien też być źródłem energii do samodoskonalenia się w procesie, który zaczyna się już na studiach. Rozwój umiejętności profilaktycznych, wzrost kompetencji w zakresie nowych koncepcji i metod pracy z uczniami zwiększa z kolei energię do działania i motywację do rozwoju swoich możliwości.

Do listy kompetencji osobowościowych, emocjonalnych i społecznych, czyli tak naprawdę zawodowych, można zaliczyć:

- Umiejętność budowania i utrzymania autorytetu. Zawiera się m.in. w stawianiu granic, wspieraniu, życzliwości, pozytywnym wzmocnieniu ucznia oraz wymaganiom i konsekwencji. Wsparcie udzielane przez nauczycieli uczniom w szkole stanowi system, chroniący przed zagrożeniami i zachowaniami ryzykownymi. Uczniowie czujący wsparcie lepiej się uczą, mają większą satysfakcję ze szkoły, są bardziej zadowoleni z życia.
- Umiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami, a w szczególności z tymi trudnymi.

Wielu przykrych następstw można byłoby uniknąć, gdyby nauczyciele znali i potrafili nazwać swoje emocje i mechanizmy obronne, zwłaszcza w sytuacjach konfliktu z uczniem lub jego rodzicami. Świadomość swoich zasobów i ograniczeń poparta znajomością przyczyn zachowań np. agresywnych uczniów, ułatwia unikanie prowokacji i pozwala na skuteczniejsze działanie w sytuacjach problemowych.

- Umiejętność pozytywnego, świadomego modelowania. Polega przede wszystkim na wprowadzaniu zasad i norm spójnych z własnym zachowaniem.

Ta umiejętność dotyczy przede wszystkim kształtowania wśród wychowanków, na własnym przykładzie, takich pożądanych zachowań jak zachowania nieagresywne, niepalenie, niepicie. Warunkiem skutecznego modelowania jest konsekwentne przestrzeganie propagowanych zasad w relacjach z uczniami. Stałe zasady są drogowskazami dla uczniów, którzy ich bardzo potrzebują. Nie dają gotowych rozwiązań, a uczą, jak przezwyciężać trudności.

- Umiejętność okazywania zrozumienia i szacunku dla dziecka, poświęcanie mu uwagi.

Wśród czynników chroniących młodzież przed zachowaniami problemowymi, ważne są dobre relacje z osobami dorosłymi (bliska więź z rodzicami, autorytet osoby dorosłej spoza rodziny). Umiejętności, cechy i postawy dorosłych mogą wspierać wszechstronny rozwój uczniów, mogą jednak również go hamować. W okresie adolescencji, gdy młodzi ludzie przeżywają kryzys tożsamości, warto zadbać o tworzenie optymalnych warunków ich rozwoju.

Jak więc tego uczyć? Można wymienić kilka uniwersalnych obszarów nabywania kompetencji profilaktyki uzależnień poprzez następujące etapy i formy szkoleniowe.

Trening interpersonalny.

Trening interpersonalny opisywany jest przez wielu wybitnych specjalistów. Trening to technika treningowa mająca na celu rozwijanie umiejętności kontaktowania się z innymi ludźmi, czyli wzbogacanie tak zwanych kompetencji interpersonalnych.

Trening interpersonalny jest formą działalności edukacyjnej wykorzystującą inny aspekt procesu uczenia się, niż tradycyjne formy nauczania i szkolenia. Proces uczenia się w trakcie treningu polega na wykonywaniu różnych działań w interakcji z innymi ludźmi. Uzyskiwaniu doświadczeń osobistych, które tym działaniom towarzyszą oraz na opracowaniu poznawczym tych subiektywnych doświadczeń.

W opinii Rogersa, jednego z twórców treningu interpersonalnego to metoda stanowiąca najszybciej upowszechniający się społeczny wynalazek epoki i prawdopodobnie jeden z najpotężniejszych.

Jak sugerują powyższe definicje, trening interpersonalny stanowi ważną metodę służącą do doskonalenia kontaktów międzyludzkich poprzez rozwój kompetencji psychospołecznych.

Cele treningu interpersonalnego.

Mogą być określane w różny sposób, chociaż najczęściej dotyczą tego samego obszaru zjawisk, jakim jest ulepszanie pewnych umiejętności psychologicznych ważnych w kontaktach z ludźmi. Tak więc podstawowe cele treningu interpersonalnego to uczenie się i rozwijanie następujących umiejętności:

- spostrzegania i rozumienia innych ludzi i samego siebie w trakcie kontaktów z innymi;
- komunikowania się (wyrażania myśli i uczuć, uważnego słuchania ze zrozumieniem, wrażliwości na sygnały niewerbalne itd.);
- rozwiązywania problemów i konfliktów międzyludzkich;
- udzielania i przyjmowania wsparcia psychologicznego;
- uczenia się w oparciu o doświadczenia osobiste.

Istnieją także inne sposoby formułowania celów treningu np. rozwijanie właściwości ważnych w kontaktach międzyludzkich takich jak empatia, ciepło, szacunek, otwartość, autentyczność, bezpośredniość, zaangażowanie, odwaga, konfrontacja, itd. Określanie celów w taki sposób, aby wynikało z obserwacji że m.in. w takich obszarach występowały zmiany u uczestników treningów.

Decyzja o uczestnictwie w treningu powinna być podejmowana w oparciu o gotowość kandydatów do realizacji proponowanych i możliwych do osiągnięcia celów. Należy jednak podkreślić, że cele treningu wytyczają jedynie kierunek procesu zmian indywidualnych, a nie stanowią zamkniętej charakterystyki stanu, który musi być wytworzony u każdego uczestnika na zakończenie treningu.

Proces treningowego uczenia się.

Trening interpersonalny jest procesem uczenia się w oparciu o doświadczenia interpersonalne uzyskiwane i analizowane w czasie spotkań małej grupy. Czas trwania treningu może wynosić od kilkunastu do kilkudziesięciu godzin.

Doświadczenia interpersonalne to całość wrażeń, uczuć, spostrzeżeń, wyobrażeń, myśli i doznań somatycznych pojawiających się w człowieku w trakcie jego bezpośrednich spotkań z innymi ludźmi. Doświadczenia interpersonalne pojawiające się w trakcie naturalnego przebiegu życia człowieka szczególnie, gdy są intensywne i gdy powtarzają się w znaczących okolicznościach lub w kontaktach ze znaczącymi osobami. Kształtują właściwości indywidualne i postawy oraz sposób życia.

Powodzenie treningu zależy od tego, czy doświadczenia interpersonalne uczestników uzyskiwane w czasie zaplanowanego treningu uzyskają taki właśnie wpływ na wybrane aspekty funkcjonowania człowieka w kontakcie z in-

nymi i z samym sobą. Zależy to w znacznej mierze od treści tych doświadczeń i od sposobu zajmowania się nimi w czasie treningu.

Zajmowanie się doświadczeniami osobistymi w trakcie treningu polega na ukierunkowanym i uważnym ich rozpoznawaniu, nazywaniu i wyrażaniu oraz na komunikowaniu się z innymi osobami w grupie na ten temat. Uwaga uczestników treningu jest skupiona na tym, co dzieje się w czasie spotkania, na konkretnych sytuacjach i wydarzeniach, na zachowaniach i stanach wewnętrznych wszystkich osób w grupie. Źródłem materiału, z którego można uczyć się w trakcie treningu jest wszystko to, co uczestnicy widzą, słyszą, czują i uświadamiają sobie w trakcie spotkań grupowych.

Wykłady i warsztaty.

Wiedza o emocjach. Inteligencja emocjonalna.

1. Czym są emocje, definicja. Co to znaczy umieć sobie radzić z emocjami. Korzystne i niekorzystne sposoby radzenia sobie z emocjami. Bezpośredni i pośredni wpływ na emocje oraz emocje jako problem czy wskaźnik problemu?

2. Co warto i należy wiedzieć o emocjach.

Emocje jako wskaźnik problemu i co z tego wynika? Podstawowa klasyfikacja emocji. O czym mówią emocje podstawowe? Kiedy i dlaczego sytuacja staje się problemowa.

3. Emocje, a potrzeby.

Emocje jako wskaźnik stanu potrzeb. Potrzeby indywidualne i uniwersalne. Potrzeby uświadomione i nieuświadomione. Hierarchia potrzeb wg A. Masłowa, praktyczny punkt widzenia i potrzeby emocjonalne.

4. Jak możesz wpływać na swoje i cudze emocje.

Wpływ bezpośredni i pośredni. Wpływ poprzez sytuacje, umiejętności jako narzędzie zmiany sytuacji. Umiejętności specyficzne/twarde i niespecyficzne/miękkie. Umiejętności osobiste i społeczne.

5. Jak można rozwijać umiejętności osobiste i społeczne, czyli inteligencję emocjonalną.

Rozwój poprzez indywidualne doświadczenia. Ograniczenia rozwoju okazjonalnego. Sytuacje wyzwań. Wymiana doświadczeń. Rozwój poprzez trening. Stosowanie efektów treningu w praktyce – Cykl Kolba.

Asertywny styl wyrażania siebie.

1. Wyrażanie potrzeb.

Prośby i zadania, podobieństwa i różnice między prośbą, a zadaniem. Warunki i konsekwencje. Formalny wzór prośby oraz zadania. Nastawienia ułatwiające i utrudniające wyrażanie potrzeb.

2. Wyrażanie i obrona własnego zdania (opinii).

Czy różnica zdań prowadzi do kłótni? Rzeczywiste przyczyny sporów i zakłóceń w rozmowie. Podstawowe bariery komunikacyjne i jak sobie z nimi radzić. Warunki udanej wymiany mimo różnic opinii.

3. Wyrażanie emocji pozytywnych.

Nieporozumienia i obawy utrudniające wyrażanie emocji pozytywnych. Bezpieczny sposób ich wyrażania. Trzy ważne cele wyrażania uczuć. Fałszywe założenia wychowawcze co do wyrażania emocji pozytywnych.

4. Jak bezpiecznie wyrażać złość.

Skrajne style traktowania złości poprzez blokowanie lub agresję. Złość i agresja nie są tym samym. Alternatywa agresji to asertywny styl wyrażania złości. Korzyści z wyrażania złości.

Reagowanie na nieakceptowane zachowania innych.

1. Jak radzić sobie z krytyką.

Sposób traktowania krytyki jako źródło frustracji. Obiektywna ocena czy subiektywna samowola? Asertywny styl reagowania na krytykę. Od unikania do poszukiwania krytyki

2. Reagowanie na agresję słowną.

Co innego agresja, co innego złość. Skrajne sposoby reagowania. Komunikacja jako alternatywa skrajności. Czterostopniowa skala reagowania na agresję Pameli Butler. Podobieństwa i różnice w reagowaniu na agresję i na złość.

3. Sztuka odmawiania.

Kiedy i dlaczego odmawiać. Techniki odmawiania. Co daje, a czego nie może dać odmowa. Konsekwencje odmawiania. Czy asertywność to odmawianie?

4. Ustanawianie reguł współpracy.

Sytuacje konfliktowe i sposoby reagowania na nie. Czteroelementowy wzór komunikatu, służącego porozumieniu. Pułapki i błędy, których warto unikać.

Rozwijanie poczucia wartości i pewności siebie.

1. Pozytywna autoprezentacja.

Świadomość własnych mocnych stron. Umiejętności, osiągnięcia i cechy osobiste. Ułatwienia, utrudnienia i warunki pozytywnej autoprezentacji.

2. Stosunek do własnych deficytów.

Nieoceniająca świadomość własnych deficytów. Zdolność do autoprezentacji deficytów z zachowaniem akceptacji siebie. Poczucie autonomii w ocenie własnych deficytów jako warunek pewności siebie.

3. Wartość niezbywalna i nabyta.

Świadomość dwóch źródeł własnej wartości. Drugorzędność wartości nabytej. Wartość niezależna od użyteczności.

4. Lęk i wstyd, a poczucie wartości.

Wstyd jako czynnik umniejszania siebie i redukowania poczucia własnej wartości. Wstyd uzasadniony i nieuzasadniony. Konfrontacja ze wstydem jako element budowy i wzmacniania poczucia wartości. Umiejętności asertywne jako narzędzie redukcji lęku społecznego.

Wypalenie zawodowe.

O wypaleniu zawodowym mówi się, gdy towarzyszy nam stan zmęczenia, który znacznie obniża jakość życia i utrzymuje się, co najmniej od sześciu miesięcy, a jednocześnie badania medyczne nie wykazują żadnych przyczyn tego stanu. Pojawia się w sytuacji, gdy obciążenia przekraczają nasze zasoby, a my dalej się eksploatujemy. Wówczas mogą wystąpić poważne objawy chorobowe. Stan ten można określić zapaścią stresową, syndromem wyczerpania lub wypaleniem zawodowym.

Kryteria diagnostyczne zespołu wypalenia.

Aby można było postawić diagnozę, muszą wystąpić wszystkie czynniki, poniżej przedstawione:

1. Fizyczne oraz psychiczne symptomy wyczerpania utrzymują się, co najmniej 2 tygodnie. Symptomy nasilają się w następstwie jednego albo kilku możliwych do zidentyfikowania czynników stresu, które utrzymywały się, przez co najmniej 6 miesięcy.

2. Dominuje wyraźny brak psychicznej energii lub brak wytrzymałości.

3. Co najmniej cztery z następujących symptomów występują każdego dnia przez co najmniej dwa tygodnie:

- Kłopoty z koncentracją lub zaburzenia pamięci.
- Wyraźne obniżenie zdolności radzenia sobie z wymaganiami lub wykonywaniem zadań pod presją czasu.
- Emocjonalna labilność lub rozdrażnienie.
- Zaburzenia snu.
- Wyraźne osłabienie fizyczne lub przemęczenie.
- Dolegliwości fizyczne, takie jak: uczucie bólu, ucisk klatki piersiowej, kołatanie serca, problemy żołądkowo-jelitowe, zawroty głowy, nadwrażliwość na dźwięki.

4. Symptomy te powodują kliniczne istotne cierpienia lub pogorszenie sprawności funkcjonowania w pracy oraz w relacjach międzyludzkich.

5. Symptomy występują niezależnie od bezpośrednich fizjologicznych efektów spowodowanych jakimikolwiek środkami chemicznymi (środki uzależniające, terapia farmakologiczna) lub od jakiejkolwiek choroby somatycznej albo urazu (np. cukrzyca, niedoczynność tarczycy, choroby spowodowane infekcjami).

6. Jeżeli kryteria depresji, dystymii lub uogólnionych zaburzeń lękowych są jednocześnie spełnione, stwierdza się, że zespół wyczerpania wyłącznie jako uzupełnienie postawionej diagnozy.

Wypalenie zawodowe to psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić, u osób pracujących z innymi ludźmi w określony sposób. Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do nadmiernego obciążenia jednostki, a jej zasoby emocji zostały w znaczącym stopniu wyczerpane. Depersonalizacja dotyczy negatywnego i wyzbytego reagowania jednostki wobec innych ludzi, którzy są odbiorcami pomocy lub opieki z ich strony. Obniżenie poczucia własnych dokonań osobistych i zawodowych oraz spadku własnych kompetencji zawodowych.

Do przyczyn wypalenia zawodowego zaliczamy: nadodpowiedzialność; częste przekraczanie granic własnego wpływu; wysoki poziom wymagań zawodowych; nieadekwatne własne oczekiwania zawodowe; zaniedbywanie własnych potrzeb; brak delegowania kompetencji i zadań; przewlekłe stany własnej niedyspozycji zdrowotnej; własne trudności psychologiczne; trudności w radzeniu sobie z własnymi emocjami; zaniżona samoocena; nieadekwatna gratyfikacja zawodowa do wkładanej pracy i zaangażowania; rozpoczęte i niezakończone sprawy; złe warunki pracy; poczucie bycia wykorzystywanym i manipulowanym przez klientów, współpracowników i szefa; niski poziom zachowań asertywnych.

Postępowanie w zapobieganiu w wychodzeniu ze stanu wypalenia zawodowego.

- Diagnostyka trudności i zajęcie się wypaleniem;
- Wsparcie społeczne;
- Decyzja i zmiana stylu życia;
- Własna terapia i superwizja;
- Realizacja zadań przynoszących gratyfikację;
- Konfrontacja z trudnościami;
- Poprawa własnych umiejętności zachowań asertywnych;
- Realizacja zainteresowań i zaspakajanie własnych potrzeb.

Szkolenie profilaktyków.

Przykładem jednego ze szkoleń mającego na celu przygotowywanie kadry do realizowania działań profilaktycznych jest opracowany przez Fundację Konstruktynego Rozwoju program pt. „Psychoprofilaktyk” lub „Edukator Profilaktyki Uzależnień”.

Fundacja Konstruktynego Rozwoju od września 2013 roku prowadzi placówkę profilaktyczną w Otwocku na zlecenie i w ramach współpracy z Miastem Otwock.

Realizowany program placówki to głównie cztery zadania merytoryczne, które wspólnie tworzą systemową ofertę profilaktyczną. Te zadania to: – praca psychokorekcyjna z rodzinami dysfunkcyjnymi z powodu uzależnienia występującego w rodzinie; – prowadzenie punktu informacyjno-konsultacyjnego z pracą terapeutyczną; – organizacja i prowadzenie młodzieżowego wolontariatu; – szkolenia i konsultacje dla osób zawodowo zajmujących się pomocą innym ludziom.

Program szkoleniowy pt. „Psychoprofilaktyk” został opracowany w oparciu o teorię i koncepcję cyklu uczenia się osób dorosłych przez doświadczenie wg Davida Kolba. Wieloletnie doświadczenie w pracy dydaktycznej i profilaktyczno-terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą uzależnioną oraz ich rodzinami pozwala stworzyć zespół merytoryczny Fundacji Konstruktynego Rozwoju.

David Kolb, autor koncepcji uczenia się przez doświadczenie, wiele lat zajmował się tematyką uczenia, a jego model uczenia się wszedł do kanonu założeń przyświecających twórcom programów szkoleniowych. Jego koncepcja ma solidne podłoże naukowe. Kolb odwołuje się w niej między innymi do teorii Johna Deweya, Kurta Lewina i Jeana Piageta.

Według Cyklu Kolba uczenie się, możemy wyobrazić sobie jako sekwencję powtarzających się etapów, z których kluczowym jest konkretne doświadczenie. Kolb stwierdził, że kiedy uczymy się czegoś nowego, modyfikujemy nasze wcześniejsze doświadczenia. Z drugiej strony nasze nowe doświadczenia będą miały także wpływ na kolejne, z którymi będziemy mieli do czynienia w przyszłości. W sekwencji uczenia się wyróżniamy:

- Doświadczenie czyli coś, co przeżywamy w danej chwili. Wiąże się ono z aktywnością i robieniem czegoś.
- Obserwacja i refleksja polega na analizie doświadczenia. Możemy sobie to wyobrazić jako zatrzymanie klatki filmu i przyjrzenie się jej z różnych perspektyw.
- Generalizacja czyli wyciąganie wniosków, uogólnienie, odkrywanie prawidłowości, które można ująć w spójną całość.
- Stosowanie polegające na testowaniu nowych zachowań na podstawie wniosków wyciągniętych z doświadczenia. Polega na sprawdzeniu nowych kompetencji w praktyce.

O całym tym procesie mówimy jako sekwencji, ponieważ po zakończeniu jej zaczyna się ona od nowa. Taki cykl może, a w zasadzie jest, powtarzany wielokrotnie. Co ciekawe, zwykle taki proces zaczyna się od doświadczenia. Jednak może również rozpocząć się każdym z tych etapów i przebiegać dalej. Uwzględnienie wszystkich etapów cyklu Kolba przy planowaniu treści szkoleniowych i budowaniu planów szkoleniowych okazało się bardzo efektywne w edukacji dorosłych. Należy też stwierdzić, że nieustannie przechodzimy przez podobne sekwencje na co dzień. Mniej lub bardziej świadomie nabywamy w ten sposób nowych kompetencji lub rozwijamy już posiadane. Według metody proponowanej przez Davida Kolba osoba dorosła, aby efektywnie się uczyć powinna przechodzić przez wszystkie cztery fazy proponowanego cyklu. Rozpoczęcie cyklu możliwie jest w dowolnym punkcie. Niektóre osoby, preferują najpierw zapoznanie się z teorią (faza zdobywania wiedzy), później zastanawiają się nad jej użytecznością (pragmatyka), następnie stosują ją w praktyce (doświadczenie) i wyciągają wnioski (refleksje). Proces dydaktyczny szkolenia powinien być skonstruowany tak, aby uczestnik mógł swobodnie rozpocząć naukę na wybranym przez siebie etapie. Dodatkowym, ważnym wnioskiem, który wynika z modelu Kolba są style uczenia się. Okazuje się, że większość z ludzi posiada preferencje co do sposobu, w jaki najefektywniej uczą się. I tak odnosząc się do omówionych etapów można wyróżnić:

- **Działacze** to osoby, które najchętniej uczą się poprzez podejmowanie aktywności, wykonywanie czynności, mówiąc wprost, robiąc coś, działając. Działacze docenią wszelkie aktywności i nowe doświadczenia. Lubią zada-

nia, a w szczególności gry, symulacje, różnorodne ćwiczenia. Docenią także pracę w grupach. Preferują szkolenia dynamiczne, niestandardowe.

- **Refleksyjni** to osoby, które lubią uczyć się poprzez analizowanie danych i faktów. Zbierają informacje i zastanawiają się nad różnymi aspektami sytuacji. Refleksyjni lubią analizować doświadczenia. Angażują się w zadania i gry, ale preferują obserwację ich przebiegu. Lubią szkolenia dobrze zaplanowane, pozostawiające czas na analizę i dyskusję.
- **Teoretycy** najchętniej uczą się poprzez wykrywanie zależności pomiędzy różnorodnymi faktami. Uogólniają zebrane dane, budują teorie i analizują je wyciągając w ten sposób wnioski. Teoretycy lubią analizować treści szkoleniowe w kontekście całościowych systemów, modeli i teorii. Uwielbiają wykrywać zależności dążąc do racjonalnego wyjaśniania zjawisk, a więc i doświadczeń. Preferują szkolenia wprowadzające koncepcje, schematy i modele.
- **Pragmatycy** najchętniej uczą się sprawdzając treści dydaktyczne i szkoleniowe w praktyce. Szukają i potrzebują potwierdzenia przydatności i skuteczności treści szkoleniowych w praktyce. Pragmatycy docenią każdą możliwość praktycznego przetestowania nowych treści szkoleniowych w praktyce. Docenią każdą możliwość praktycznego przetestowania nowych treści szkoleniowych w postaci ćwiczeń praktycznych. Dodatkowo lubią pracować na konkretnych i pragmatycznych problemach powiązanych z ich życiem zawodowym i osobistym. Preferują szkolenia bazujące na przykładach.

Posiadając wiedzę jaki styl jest dla jednostki preferencyjny można budować swój indywidualny program szkolenia w taki sposób, aby trafił on w preferencje uczenia się wszystkich uczestników zajęć dydaktycznych i szkoleniowych.

Fundacja Konstruktywnego Rozwoju od 2013 roku realizuje zadania szkoleniowe dla kadry psychologicznej, wychowawczo-terapeutycznej i medycznej w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień. Spośród tych działań i programów należy wymienić: „Wyjdź poza cyberprzestrzeń” współfinansowany z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych; „Dydaktyk kompetencji psychospołecznych w zakresie profilaktyki uzależnień” oraz szkolenia i konsultacje dla profesjonalistów realizowane w ramach prowadzenia placówki profilaktycznej w Otwocku, realizowanych we współpracy z Miastem Otwock; „Edukator Profilaktyki Uzależnień” zrealizowany we współpracy z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej w Warszawie.

W wyniku tych doświadczeń Fundacja formuje następujące wnioski.

Po **pierwsze**, rzeczywiste zapotrzebowanie na szkolenia środowisk pomocowych w zakresie profilaktyki uzależnień to szkolenia trwające co najmniej

100 godzin, które głównie będą uczyły kompetencji osobistych i zawodowych poprzez formy aktywne, warsztatowe w warunkach laboratoryjnych jak i w realnych sytuacjach, praktykując pod opieką doświadczonego dydaktyka.

Po **drugie**, szkolenia powinny zawierać pięć podstawowych form realizacji całego cyklu szkolenia.

Pierwszy, to treningi psychologiczne, które dają szansę na przyglądanie się sobie w obszarze zasobów i ograniczeń, emocjom i motywacji, kompetencjom interpersonalnym i psychospołecznym.

Drugi, to warsztaty realizowane w warunkach laboratoryjnych jak i w realnych sytuacjach czyli w środowiskach i placówkach pomocowych, praktykując pod opieką doświadczonego dydaktyka.

Trzeci, to formy wykładowe przekazujące aktualną i empiryczną wiedzę.

Czwarty, to staż realizowany formą warsztatową, realizowany w placówce profilaktyki lub terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży.

Piąty, to superwizja własnej pracy profilaktycznej.

Natomiast, do dalszego rozważenia zostaje wymiar godzinowy poszczególnych bloków tematycznych jak i okres realizacji całego cyklu szkolenia.

Po **trzecie**, szkolenia aby były efektywne i osiągały swoje zakładane cele powinny być realizowane w małych grupach, optymalnie 12 osobowych co zwiększa bezpieczeństwo, otwartość i przyswajanie nowych umiejętności, a w konsekwencji ostateczne efekty.

W konsekwencji przedstawionego modelu cyklu uczenia się wg D. Kolba i doświadczenia Fundacji, podstawowa koncepcja i tym samym sposób realizacji szkolenia to praktykowanie pod opieką doświadczonego dydaktyka. Czyli uczestnictwo w laboratoryjnych i rzeczywistych sytuacjach, w których poprzez doświadczenie i trenowanie praktycznych umiejętności uczestnicy szkolenia będą podnosić swoje kompetencje w dwóch głównych obszarach. Pierwszy jest związany z własną osobą i jest skierowany na nabywanie świadomości siebie, swoich zasobów i ograniczeń oraz korektę własnej postawy, emocji i motywacji oraz kompetencji interpersonalnych i psychospołecznych. Drugi jest związany z rozwojem własnych indywidualnych, praktycznych umiejętności w prowadzeniu i nawiązywaniu pierwszego kontaktu, realizacji interwencji wobec dziecka i jego rodziny, prowadzeniu zajęć grupowych dla młodzieży i rodziców, realizacji cyklu indywidualnych spotkań korekcyjnych z dzieckiem zagrożonym uzależnieniem. Dodatkowo uczestnicy szkolenia zostaną wyposażeni w aktualną i empiryczną wiedzę na temat uzależnień i profilaktyki, a w tym czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących przy założeniu, że w działaniach profilaktycznych bardzo ważne jest wzmacnianie czynników chroniących i ich

rozwój jako skuteczna inwestycja w ograniczanie rozwoju uzależnień wśród dzieci i młodzieży.

Wymienione obszary będą realizowane poprzez pięć głównych zadań merytorycznych:

- trening psychologiczny w wymiarze 30 godzin;
- wykłady dotyczące aktualnej wiedzy na temat uzależnień i profilaktyki w wymiarze 10 godz.
- warsztaty realizowane w warunkach laboratoryjnych i rzeczywistych sytuacjach w wymiarze 40 godz.
- staż realizowany metodami warsztatowymi w Ośrodku Terapii Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki dla Dzieci i Młodzieży w Otwocku w wymiarze 20 godz.
- superwizja własnej pracy profilaktycznej w wymiarze 20 godz.

Razem cały wymiar czasowy realizowanego szkolenia to 120 godzin dydaktycznych realizowanych w okresie 4 miesięcy podczas 6 sesji, w tym jedna sesja 3 dniowa przeznaczona na trening psychologiczny i pozostałe pięć sesji 2 dniowych podczas, których zostaną zrealizowane warsztaty, wykłady i superwizja.

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

Propozycja placówek pracujących terapeutycznie z dziećmi i młodzieżą oraz ich rodzinami:

1. Ośrodek Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki dla Dzieci i Młodzieży
ul. Kochanowskiego 27/29, 05-400 Otwock. Tel. (22) 779 20 12, 22 468 26 60
2. Młodzieżowa Poradnia Profilaktyki i Terapii „POZA ILUZJĄ”
ul. Dąbrowskiego 75 A, 02-586, Warszawa. Tel. (22) 844 94 61
3. Ośrodek Rozwoju Rodziny dla Rodzin i Młodzieży
ul. Smardzewska 8B/31, 04-742 Warszawa. Tel. 692 409 197
4. Fundacja Konstruktynego Rozwoju
ul. Czaplickiego 7, 05-400 Otwock. Tel. (22) 779 70 98
5. Powiślańska Fundacja Społeczna
ul. Mokotowska 55, 00-001 Warszawa. Tel. (22) 625 77 82

6. Poradnia Profilaktyki Społecznej

ul. Dunikowskiego 4, 00-001 Warszawa. Tel. (22) 644 95 15

Pełen wykaz placówek zajmujących się terapią i pomocą dla osób uzależnionych i ich rodzin znajduje się na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii <http://www.narkomania.gov.pl> zakładka: *Szukasz pomocy?* oraz na stronie internetowej Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej <http://www.mcps.com.pl>

Literatura:

1. Bardziejewska, M., Brzezińska, A., Hermanowski, Sz. (2004). Osiągnięcia i zagrożenia dla rozwoju młodzieży w okresie dorastania. W: A. Brzezińska, E. Hornowska (red.), *Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
2. Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
3. Bee, H. (1998). *Psychologia Rozwoju Człowieka*. Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2004.
4. CBOS 2015 „Oszacowanie Rozpowszechnienia Wybranych Uzależnień Behawioralnych oraz Analiza Korelacji Pomiędzy Występowaniem Uzależnień Behawioralnych, a Używaniem Substancji Psychoaktywnych”.
5. Cekiera, Cz. „*Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*”. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992r.
6. Cekiera, Cz. „*Toksykomania*”. PWN, Warszawa 1985r.
7. Chmielewska, K., Baran-Furga, M. „*Zaburzenia Psychiczne*”. CPR, Warszawa, 1998.
8. Chmielewska, K., Baran, H. „*Zaburzenia Psychiczne i Zaburzenia Zachowania Spowodowane Przyjmowaniem Substancji Psychoaktywnych*”. Stowarzyszenie Profesjonalistów Psychoterapii i Psychoedukacji „Wspólna”, Warszawa, 2006.
9. Dimoff, T., Carper, S. „*Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki*”. Elma Books, Warszawa 1994.
10. Erikson, E. „*Tożsamość, a cykl życia*”. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
11. Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. *Raport: Monitorowanie problemów narkotykowych w województwie mazowieckim 2011*. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2011.
12. Fergus S., Zimmerman M.: Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 2005.

13. Fudała, J. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2013.
14. Garmezy N.: Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors (w:) J. Stevenson (red.): Recent Research in Developmental Psychopathology. wyd. Pergamon Press, Oxford – New York – Toronto – Sydney – Paris – Frankfurt 1985, 213-234.
15. Gola, M. (2016) „*Neuronalne mechanizmy nałogowych zachowań*”, Rozdział w: Habrat, B. „Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne”, s. 54-70. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
16. Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y.: Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992, 112(1), 64-105.
17. Jabłoński, P., Bukowska, B., Czabała, C. (red.): „*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). Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2012.
18. Kazdin, A., Weisz, J. (red.): „*Psychoterapia Dzieci i Młodzieży. Metody oparte na dowodach*”. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
19. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.
20. Koczurowska, J. „*Co zrobić aby dzieci nie sięgały po narkotyki*”. Morlang, Warszawa 1998.
21. Kooyman, M. (2002). „*Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Bliskość, rola rodziców i skuteczność terapii*”. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
22. Latka, A., Gąsiorowski, W. „*Narkotyki – Podstawowe rodzaje i opis*”. Warszawa 1997.
23. Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B.: The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 2000.
24. Marcinkowski, J. T., Piotr Jabłoński. „*Zarys historii terapii uzależnień w Polsce, a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*”. „*Narkomania*”. 5 (44), 2008. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

25. Maxwell, R. „*Dzieci, Alkohol, Narkotyki*”. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1999.
26. Mejer-Zahorowski, O. „*Narkomani*”. Phare, Warszawa 1996.
27. Mellibruda, J. „*Psychologiczne mechanizmy uzależnienia i program terapii*”. „Świat Problemów”, 1996, nr 11.
28. Mellibruda, J. (1997a) „*Strukturalno-strategiczna psychoterapia uzależnienia*”. „Alkoholizm i Narkomania”, 28.
29. Michalczyk, Z. „*Program Psychoterapii Rozwojowej Adolescentów z Podwójną Diagnozą*”. Otwock 2009.
30. Miller, P. M. (red.): „*Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*”. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
31. Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C., Rychtarik, R., „*Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień*”, cz. II, (1995). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
32. Miller, W. R. „*Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji*”. (2009) Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
33. Miller, W. R., Rollnick, S. „*Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*”. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Warszawa, 2010.
34. Okulicz-Kozaryn, K. (red). „*Zapobieganie Narkomanii w Gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii*”. Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.kbpn.gov.pl
35. Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A. (2007). „*Profilaktyka i wczesna interwencja*”. W: A. Hejda, K.
36. Oleszkowicz, A. (1995). „*Kryzys młodzieńczy – istota i przebieg*”. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
37. Ostaszewski, K., (1996). „*Tradycyjne i współczesne programy profilaktyki uzależnień*”, „Serwis Informacyjny. Narkomania”, nr 5.
38. Pracownia „Pro-M”, *Materiał szkoleniowy*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2005.
39. Robson, P. „*Narkotyki*”. WMP, Kraków 1997.
40. Rogala-Obłękowska, J. (1999). „*Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*”. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.
41. Rogala-Obłękowska, J. „*Młodzież i Narkotyki*”. Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych., Warszawa 1999.

42. Rogala- Obłąkowska, J. (2002). „*Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii*”. Warszawa: Uniwersytet Warszawski Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.
43. Rutter M. (1979). Protective factors in children’s responses to stress and disadvantage. W: M. Kent, J. Rolf (red.). *Primary Prevention of Psychopathology: Social Competence in Children*. T. 3. Hanover: New England Press, s. 49-74.
44. Schuckit, M. (1995). „*Teoria nadużywania alkoholu i narkotyków. Podejście genetyczne*” (w) „*Nowiny Psychologiczne*”. Vol nr 2.
45. „Serwis Informacyjny Narkomania” – Biuro Ds. Narkomanii, Warszawa 1996r., nr 5.
46. Sękowska, M. (2000). „*Neopsychoanalityczna koncepcja rozwoju psychospołecznego Erika H. Eriksona*”. W: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka* (s. 121-144). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
47. Siczek, J. „*Zmartwychwstali*”. op. cit, 1991r.
48. Sierosławski, J. „*Wzory używania narkotyków wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie*”. „*Alkoholizm i Narkomania*” 4/25/1996.
49. 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.
50. Szymańska, J. „*Programy Profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*”. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
51. „*Toksykomanie – zagadnienia społeczne i kliniczne*”, PZWL, Warszawa 1976.
52. Wanat, W. (2006). „*Narkotyki i Narkomania odlot donikąd*”. Warszawa: Wydawnictwo ISKRY.
53. Wąsij, J., Staniaszek, M, (red), „*Narkomania w Polsce A.D. 1990*”. Staniaszek, M. „*Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*”. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1993.
54. Werner E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. „*Development and Psychopathology*”, 5, s. 503-515.
55. Witkowski, L. „*Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona*”, Wyd. WSEZ, Łódź 2009.

56. Wojciechowski, M. (1993). „*Psychologia Narkomanii*”. Laboratorium Psychologii Stosowanej. Warszawa, 1993.
57. Wojciechowski, M. „*Mechanizmy Uzależnień od Narkotyków*”. Nowiny Psychologiczne 3/94.
58. Vitaro F., Carbonneau R., Assaad J-M. (2006). Les enfants de parents affectés d'une dependence. Problemes et résilience. Québec: Presses de l'Université du Québec.
59. Voglar, R. E., Bartz, W. R. „*Nastolatki i alkohol*”. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999.
60. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku.
61. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku.
62. Strona internetowa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – www.kbpn.gov.pl.
63. Strona internetowa Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – www.parpa.pl

Załączniki:

Używanie szkodliwe – kryteria diagnostyczne według ICD-10

Wystąpienie aktualnej szkody zdrowotnej somatycznej albo psychicznej, która została spowodowana używaniem substancji psychoaktywnej.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Przyjmowanie substancji psychoaktywnych mimo wystąpienia negatywnych następstw społecznych takich jak konflikty z prawem, problemy w rodzinie, gorsze wyniki w nauce oraz krytyki i dezaprobaty ze strony otoczenia.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Stwierdzenie ostrego zatrucia po zażyciu substancji.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Stwierdzenie minimum jednego z w/w kryteriów diagnostycznych nie jest wystarczające do rozpoznania szkody zdrowotnej i oznaczenia kodem „używanie szkodliwe”.

Rozpoznanie „szkodliwe używanie” nie należy stosować w przypadku stwierdzenia uzależnienia (F1x. 2), zaburzeń psychotycznych (F1 x. 5) albo innych specyficznych zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych lub piciem alkoholu.

Opracowano na podstawie: Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja chorób psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Wydawnictwo Vesalius, 2000.

Zespół uzależnienia – kryteria diagnostyczne według ICD-10

Silne pragnienia przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania. TAK NIE

Trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości. TAK NIE

Fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji, w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych. TAK NIE

Stwierdzenie tolerancji, mianowicie w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe. TAK NIE

Z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych-narastające zaniechanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania. TAK NIE

Przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów takich jawnie szkodliwych następstw, jak: uszkodzenie wątroby w skutek intensywnego picia, stany obniżonego nastroju w wyniku okresów intensywnego przyjmowania substancji albo polekowe upośledzenie funkcji poznawczych itp. TAK NIE

Należy dążyć do ustalenia, czy osoba przyjmująca substancję była lub mogła być świadoma rodzaju i rozmiarów szkód.

Na ostateczne stwierdzenie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej w/w cech lub objawów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku.

Opracowano na podstawie: Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja chorób psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Wydawnictwo Vesalius, 2000.

Test PUM

Poniższe pytania dotyczą używania marihuany, haszyszu, skuna i innych przetworów konopi indyjskich.

Odpowiadając skoncentruj się na tym, co działo się w czasie ostatnich **12 miesięcy**.

		Tak	Nie
1.	Czy zdarzyło Ci się nie pójść lub spóźnić się do szkoły z powodu używania marihuany?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy z powodu używania marihuany miałeś poważny konflikt z rodziną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy z powodu używania marihuany miałeś poważny konflikt z przyjaciółmi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy zdarzyło Ci się samodzielnie kupić marihuanę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy masz coraz więcej kłopotów z nauką, przyswajaniem nowych informacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy zdarzało Ci się palić marihuanę w samotności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy często odczuwasz potrzebę użycia marihuany?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy zdarzyło Ci się wydać na marihuanę tak dużo pieniędzy, że musiałeś zrezygnować z czegoś ważnego? czegoś innych rzeczy, na których Ci zależało?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Źródło: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2004.

Test PUN

Poniższe pytania dotyczą używania jakichkolwiek narkotyków.

Odpowiadając, skoncentruj się na tym,
co działo się w czasie ostatnich **12 miesięcy**.

		Tak	Nie
1.	Czy zdarzyło Ci się nie pójść lub spóźnić się do szkoły z powodu narkotyków?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy z powodu używania narkotyków miałeś kłopoty w szkole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy zdarzyło Ci się samodzielnie kupować narkotyki od dealera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy zdarzyło Ci się wydać na narkotyki tak dużo pieniędzy, że musiałeś zrezygnować z innych rzeczy, na których Ci zależało?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy z powodu używania narkotyków miałeś kłopoty z policją?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy pod wpływem narkotyków zrobiłeś komuś krzywdę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy poszukujesz mocniejszych narkotyków niż te, które brałeś wcześniej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy często odczuwasz potrzebę wzięcia narkotyku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy zdarzyło Ci się brać narkotyki, gdy byłeś sam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Czy z powodu brania narkotyków miałeś poważny konflikt z przyjaciółmi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Źródło: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2004.

Skala Przekonań Dotyczących Używania Substancji

Beliefs about Substance Use (F. Wright)

Nazwisko _____ Data _____

Poniżej podano często występujące przekonania dotyczące używania środków psychoaktywnych (np. alkoholu i narkotyków). Proszę przeczytać każde zdanie i określić na skali, w jakim stopniu Pan/ Pani zgadza się lub nie zgadza się z każdym z tych zdań.

1	2	3	4	5	6	7
Całkowicie się nie zgadzam	W wysokim stopniu się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Trochę się zgadzam	W wysokim stopniu się zgadzam	Całkowicie się zgadzam

1	Życie bez alkoholu/ narkotyków jest nudne.	
2	Alkohol/ narkotyki to dla mnie jedyna możliwość zwiększenia kreatywności i skuteczności działania.	
3	Nie mogę funkcjonować bez alkoholu/ narkotyków.	
4	Alkohol/narkotyki to jedyny sposób poradzenia sobie z cierpieniem w życiu.	
5	Nie jestem gotowy zrezygnować alkoholu/ narkotyków.	
6	Głód powoduje, że zaczynam pić/ brać.	
7	Moje życie nie będzie lepsze, nawet jeśli przestanę pić/ brać.	
8	Alkohol/narkotyki to dla mnie jedyna możliwość, aby poradzić sobie ze złością.	
9	Życie byłoby przygnębiające, gdybym przestał pić/brać.	
10	Nie zasługuję na to, aby wyjść z uzależnienia.	
11	Nie jestem wystarczająco silną osobą, żeby przestać pić/ brać.	
12	Nie mógłbym bez alkoholu/ narkotyków utrzymywać kontaktów społecznych.	
13	Alkohol/narkotyki nie są dla mnie problemem.	
14	Głód alkoholu/ narkotyku nie ustąpi, jeśli nie napije się/ nie wezmę.	
15	Moje picie/branie jest spowodowane przez kogoś innego (żonę/męża, przyjaciela/ przyjaciółkę, członka rodziny).	
16	Jeśli ktoś jest uzależniony, jest to uwarunkowane genetycznie.	
17	Bez alkoholu/ narkotyków nie mogę się odprężyć.	
18	To, że jestem uzależniony, oznacza, że zasadniczo jestem złym człowiekiem.	
19	Bez alkoholu/ narkotyków nie mogę kontrolować moich lęków.	
20	Bez alkoholu/ narkotyków nie mogę odczuwać radości w moim życiu.	

Źródło: Beck Aron T., Wright Fred D., Newman Cory F., Liese Bruce S., *Terapia poznawcza uzależnień*. Wydawnictwo UJ, 2007.



20^{lat} Mazowsze

Publikacja przeznaczona jest do bezpłatnej dystrybucji

ISBN 978-83-63332-69-3

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 62a
02-002 Warszawa

tel. 22 622 42 32
e-mail: mcps@mcps.com.pl
www.mcps.com.pl