



Joanna Szymańska

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Podstawy profesjonalnej
psychoprofilaktyki

Joanna Szymańska

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki

Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2015

Recenzenci

doc. dr hab. Maria Ryś
dr Krzysztof Wojcieszek

Ilustracje

Michał „Lonstar” Łuszczynski

Projekt graficzny

Studio Kreatywne Małgorzaty Barskiej

Redakcja językowa

Elżbieta Gorazińska

Redakcja techniczna

Barbara Jechalska

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2015

Wydanie IV

ISBN 978-83-64915-83-3

Nakład: 2000 egz.

Ośrodek Rozwoju Edukacji
00-478 Warszawa, Aleje Ujazdowskie 28
www.ore.edu.pl

MINISTERSTWO
EDUKACJI
NARODOWEJ



 OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

Publikacja wydana z rezerwy celowej w ramach rządowego programu na lata 2014–2016
„Bezpieczna i przyjazna szkoła”

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

Przygotowanie do druku, druk i oprawa:
PROPRINT Usługi Poligraficzne
biuro@proprint.biz.pl

Spis treści

Od Autorki	5
Wstęp	8
I. Przyczyny i znaczenie ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży	11
1. Co to są zachowania ryzykowne	11
2. Motywy zachowań ryzykownych	13
3. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące	16
4. Rodzinne uwarunkowania zachowań ryzykownych	19
5. Rola czynników emocjonalno-poznawczych w powstawaniu zachowań ryzykownych	23
II. Fenomen odporności – <i>resilience</i>	29
III. Kryteria doboru oddziaływań profilaktycznych	33
1. Stopnie zagrożenia	33
2. Poziomy profilaktyki	34
3. Strategie profilaktyczne i ich skuteczność	38
IV. Ewolucja programów profilaktycznych	45
1. Początki profilaktyki	45
V. Trzeba zacząć od dorosłych	49
1. Rodzice i nauczyciele jako wzorce zachowań ryzykownych	50
2. Rola nauczycieli w procesie budowania odporności dzieci	51
3. Trzeba zacząć jak najwcześniej – programy dla rodziców i wychowawców młodszych dzieci	52
4. Droga do młodzieży poprzez młodzież – programy rówieśnicze	55
VI. Skuteczność programów profilaktycznych	59
1. Próby oceny skuteczności	59
2. Przyczyny niedostatecznej skuteczności programów	60
3. Warunki efektywności szkolnej profilaktyki	61
VII. Profilaktyka może szkodzić	67
1. Szkodliwe informacje	67
2. Raniące gry i ćwiczenia	70
3. Ostrożnie z asertywnością u dzieci	73
4. Edukacja seksualna jako teren licznych błędów	78
VIII. Standaryzacja, selekcja i rekomendowanie programów profilaktycznych ...	87
1. Standardy programów profilaktycznych w USA	87
2. Działania na rzecz podnoszenia jakości programów w Europie	88
3. System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce	90
IX. Program Profilaktyki w szkole	93
1. Rozwiązania systemowe	93
Zakończenie	97
Bibliografia	99



Joanna Szumańska – psycholog, absolwentka Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, specjalistka w zakresie psychologii klinicznej. Nauczyciel konsultant w Wydziale Wychowania i Profilaktyki Ośrodka Rozwoju Edukacji, edukator Ministerstwa Edukacji Narodowej. Uczestniczka kilku międzynarodowych projektów z zakresu wychowania oraz profilaktyki uzależnień. Trenerka, realizatorka programów profilaktycznych. Współautorka międzynarodowych programów *Golden Five*, *Socrates/Comenius 2.1*. Autorka licznych programów szkoleniowych dla specjalistów oświatowych oraz 50 publikacji dotyczących profilaktyki ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży.

Od Autorki

Od kilku lat obserwujemy w Polsce wyraźny wzrost zainteresowania działaniami profilaktycznymi, zwłaszcza adresowanymi do dzieci i młodzieży szkolnej. Jest on uzasadniony. Zarówno statystyki dotyczące używania przez nieletnich alkoholu i innych środków psychoaktywnych, ich aktywności seksualnej, aktów agresji, przestępczości czy niszczenia własnej kariery szkolnej, jak i codzienne obserwacje sytuacji na ulicach i osiedlach naszych miast potęgują coraz bardziej niepokój większości dorosłych. Wiele instytucji i placówek budżetowych oraz samorządowych jest też zobligowanych ustawowo do prowadzenia działań zapobiegawczych. Ustawy o zapobieganiu narkomanii, wychowaniu w trzeźwości czy o zdrowiu psychicznym zawierają delegacje dla różnych resortów, zobowiązując je do wdrażania programów prewencyjnych.

W odpowiedzi na to zapotrzebowanie w ciągu kilku ostatnich lat pojawiło się coraz więcej ofert i liczba ich nadal rośnie. Można powiedzieć, że powstał prawdziwy rynek programów profilaktycznych. Z informacji otrzymywanych ze szkół i samorządów lokalnych wynika, że pierwszego września biurka dyrektorów szkół i wydziałów oświaty są zasypywane ofertami programów dla uczniów. Jak to bywa na każdym rynku, towary mają różną jakość. Wiele osób i instytucji ma trudności z oceną propozycji i poszukuje informacji na temat ich wartości. Również wielu psychologów i nauczycieli, przyglądając się realizowanym w szkołach programom, zgłasza swoje wątpliwości i zastrzeżenia. Często ich niepokój jest całkowicie uzasadniony.

Zajmując się od wielu lat psychoprofilaktyką, jako realizator lub instruktor niektórych programów czy też jako recenzent, poznałam co najmniej kilkadziesiąt projektów adresowanych do różnych grup odbiorców. Wśród tych propozycji są oferty poważnie przemyślane, oparte na współczesnej wiedzy psychologicznej i naukach pokrewnych, przygotowane profesjonalnie. Autorzy takich programów zbierają uwagi od realizatorów, dbają o ocenę skuteczności i starają się korygować błędy. Jednak duża liczba ofert to po prostu zlepki fragmentów popularnych programów, przy czym dobór ćwiczeń jest często przypadkowy, a pierwotni autorzy wymieniani są bardzo rzadko.

Co gorsza, wśród zgłaszanych projektów, a także wśród programów już realizowanych, są również takie, a jest ich wcale niemało, które mogą spowodować poważne szkody u młodych odbiorców. Często nikt nie sprawdza, jakie wywołują efekty; czy dobór technik gwarantuje realizację zakładanych celów, czy też powoduje skutki odwrotne od zamierzonych. Jako psycholog klinicysta z niepokojem obserwuję włącznie do programów wychowawczo-profilaktycznych (w zamierzeniu autorów) przeznaczonych dla dzieci ćwiczeń zaczerpniętych na przykład z zagranicznych programów dla narkomanów lub technik psychoterapeutycznych. Są one skonstruowane dla zupełnie innych odbiorców i wymagają bardzo wysokich umiejętności od prowadzącego. Z pewnością nie nadają się do realizacji w grupach klasowych prowadzonych przez nauczyciela.

Takie niefrasobliwe traktowanie działań prewencyjnych świadczy o ciągle jeszcze nie dość wysokim profesjonalizmie wielu twórców programów w Polsce, choć kieruje nimi szczerza troska o zdrowie fizyczne i psychiczne młodego pokolenia. Wielu z nich uzasadnia podejmowane działania, odwołując się nie do współczesnej wiedzy, lecz raczej do pewnych mitów związanych z psychoprofilaktyką:

- Mit I – „Lepiej zrobić cokolwiek niż nic”,
- Mit II – „Im wcześniej, tym lepiej”.

Oba te mity są dość szeroko rozpowszechnione i niestety przyczyniają się do nieświadomego powodowania wielu szkód, zwłaszcza u dzieci i młodzieży. Mit pierwszy można zobrazować działaniem strażaka amatora, który gdy widzi pożar, chwytając za wiadro z wodą i biegnie gasić. Strażak amator tym się różni od strażaka profesjonalisty, że ten drugi przeprowadza diagnozę sytuacji. Sprawdza, czy odcięto elektryczność i gaz, oraz bada, czy płonący materiał można gasić wodą, czy też trzeba posłużyć się innym środkiem.

Przekonanie, że działania zapobiegawcze należy zaczynać „jak najwcześniej” powoduje, że usiłuje się wprowadzać profilaktykę w miejsce typowego wychowania przedszkolnego czy szkolnego. Niektóre poznane przeze mnie programy kierowane do młodszych dzieci obrazują funkcjonowanie obu wymienionych mitów naraz – „cokolwiek, byle wcześniej”. Negatywne konsekwencje takich działań pojawią się z pewnością prędzej czy później. Może się jednak zdarzyć, że nieprawidłowych zachowań dzieci nikt nie powiąże z prowadzonymi wcześniej „zajęciami profilaktycznymi”.

Psychoprofilaktyka ma już swoją, nie taką znów krótką historię. Programy, których celem jest zapobieganie alkoholizmowi, narkomanii czy chorobom przenoszonym drogą płciową, zaczęto wprowadzać na szerszą skalę po II wojnie światowej. Analizując je pod kątem współczesnej wiedzy, widzimy, że jest to historia licznych błędów i wynikających z nich szkód, których skalę trudno obecnie oszacować. Współcześnie stawia się coraz wyższe wymagania programom prewencyjnym, zwłaszcza w krajach o dłuższej tradycji. Muszą być oparte na poważnej teorii wypracowanej w badaniach naukowych i kilkakrotnie sprawdzonej. Muszą mieć również wbudowane procedury sprawdzające ich skuteczność. Nadal jednak popełnia się wiele błędów, ponieważ zbyt mało jeszcze wiemy na temat przyczyn i mechanizmów ludzkich zachowań.

W czerwcu 1991 r. w Waszyngtonie odbyła się konferencja poświęcona profilaktyce, na której podsumowano dotychczasową wiedzę wynikającą z badań i oceniono teorie wyjaśniające zachowania problemowe młodych ludzi. W toku dyskusji sformułowano zbiór głównych tez, zasad i reguł tzw. profilaktyki naukowej. Stwierdzono, że psychoprofilaktyka działa na styku wielu dziedzin nauki. Ponieważ zachowanie człowieka jest uwarunkowane ogromną liczbą czynników, profilaktyka – szczególnie kierowana do młodych odbiorców – musi uwzględniać dorobek psychologii rozwojowej, społecznej, wychowawczej, klinicznej, psychiatrii, epidemiologii, kryminologii i pedagogiki. Twórcy programów dla dzieci i młodzieży powinni więc mieć choćby elementarną wiedzę z zakresu wymienionych dziedzin.

W okresie wprowadzania reformy systemu edukacji, w tym reformy pomocy psychologiczno-pedagogicznej i profilaktyki, podnosi się konieczność ustalenia standardów

działań w tym zakresie. Praca ta jest właściwie próbą określenia standardów działań profilaktycznych podejmowanych wobec dzieci i młodzieży szkolnej.

Lektura projektów licznych programów oraz przegląd wielu nowych doniesień z badań, tak polskich jak i zagranicznych, motywuje mnie do podjęcia próby pewnego uporządkowania wiedzy o psychoprofilaktyce: jakie współcześnie wytycza się dla niej kierunki, jakie obejmuje poziomy, jaka powinna być kolejność działań, co warto robić, a czego robić nie wolno.

Książkę tę adresuję do wszystkich osób zainteresowanych profilaktyką. Przede wszystkim myślę o psychologach, pedagogach szkolnych, nauczycielach i wychowawcach zarówno w szkołach, jak i placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz o dyrektorach szkół i placówek. Mam również na uwadze przedstawicieli samorządów, których zadaniem jest budowanie sieci pomocy na swoim terenie oraz finansowanie programów profilaktycznych.

Joanna Szymańska

Wstęp

Poradnik *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki* został wydany po raz pierwszy w 2000 roku, a następnie nieznacznie zmodyfikowany w 2002 roku. Od tego czasu wiele się wydarzyło i w epidemiologii zachowań ryzykownych, i w profilaktyce.

Gwałtowny wzrost zainteresowania młodzieży środkami psychoaktywnymi, alkoholem i narkotykami, notowany w latach 90., uległ zahamowaniu, a nawet obserwujemy tu lekką tendencję spadkową. Agresja i przemoc nie zwiększyły się znacząco, zmieniają się jednak formy i terytorium ich występowania. Stosunkowo nowym zjawiskiem stała się tzw. cyberprzemoc, która wraz z upowszechnieniem dostępu do elektronicznych środków komunikacji stopniowo przeniosła agresję z *realu* do *virtualu*. Wśród młodych ludzi przybywa natomiast przypadków zaburzeń w odżywianiu się. Niepokojącą tendencją jest wzrost zachowań ryzykownych u nastoletnich dziewcząt, zwłaszcza na etapie gimnazjum. Nowe trendy i tendencje stanowią więc wyzwanie dla decydentów, badaczy i praktyków pracujących z młodzieżą.

Psychoprofilaktyka jest subdyscypliną rozwijającą się niezwykle dynamicznie. Stale rosnąca liczba poważnych programów badawczych rokrocznie dostarcza aktualną wiedzę, która stopniowo wypełnia istniejące białe plamy, otwierając nowe kierunki działań i kolejnych badań. Wyniki badań wyznaczają coraz bardziej precyzyjne standardy i w rezultacie przyczyniają się do zwiększenia skuteczności programów. Warto więc śledzić na bieżąco osiągnięcia w tej dziedzinie, zwłaszcza że w ostatnim dziesięcioleciu wykonano milowy krok w podnoszeniu jakości profilaktyki szkolnej. Prawdziwym światowym laboratorium są od dawna Stany Zjednoczone przeznaczające ogromne środki finansowe zarówno na badania naukowe, jak i na wdrażanie nowych rozwiązań i programów. Tuż za USA podąża Unia Europejska, która od kilku lat stara się identyfikować i porządkować działania profilaktyczne na swym terytorium. Niedawno podjęła prace mające na celu ujednoczenie standardów programów. Polska włączała się w europejskie projekty jeszcze w okresie przedakcesyjnym. Obecnie, jako kraj członkowski, tworzy rozwiązania systemowe, uwzględniające unijne strategie i priorytety, w tym intensywnie pracuje nad wspólnymi standardami jakości.

Aktualizacja książki stała się więc konieczna. Obecne, rozszerzone wydanie uwzględni najważniejsze nowości z dziedziny profilaktyki. W publikacji znajdują Państwo między innymi: informacje o czynnikach ryzyka, czynnikach chroniących i zjawisku odporności, nową klasyfikację i definicje poziomów profilaktyki, omówienie warunków skuteczności programów wdrażanych w szkołach oraz nowe standardy.

Programy czy strategie?

W związku z licznymi pytaniami, czym się różni program profilaktyczny od programu profilaktyki, strategie profilaktyczne – od strategii profilaktyki, a programy – od strategii, niezbędne jest dodanie choćby krótkiego wprowadzenia. Programy i strategie stanowią główny przedmiot książki i terminy te będą pojawiać się w niej bardzo często. Wyjaśnienie, czym jest program i strategia, nie jest proste, ponieważ czasami obydwa określenia używane są zamiennie, bywa też, że oznaczają coś zupełnie innego.

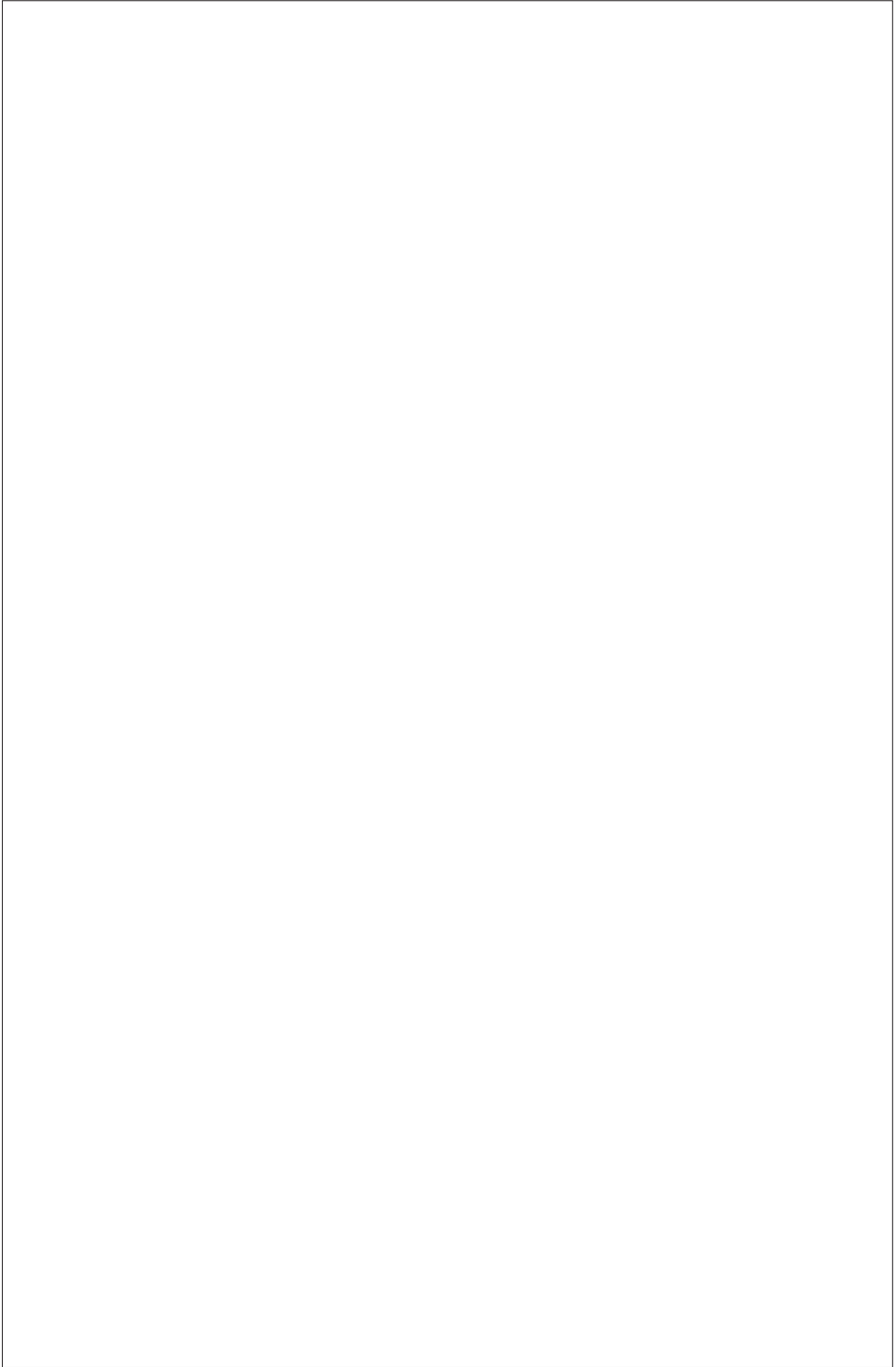
W największym uproszczeniu określenie **programy profilaktyki** stosuje się do programów dużych, wielocłonowych, długofalowych, adresowanych do większych i zróżnicowanych zbiorowości. Ich zasięg jest różny. Istnieją programy ONZ czy Unii Europejskiej określające priorytety w jakimś obszarze i kilkuletni plan działań. Ich odpowiednikami w każdym z krajów członkowskich są z kolei programy narodowe (krajowe), które uwzględniają priorytety instytucji międzynarodowych, ale także specyficzne problemy i potrzeby danego kraju. Programy narodowe są realizowane przez kilka resortów, administrację rządową i samorządową na poszczególnych szczeblach. W regionach i środowiskach lokalnych w Polsce powstają więc wojewódzkie i gminne programy profilaktyki. Najmniejszy zasięg ma wreszcie **Program Profilaktyki w szkole**, wprowadzony do zadań szkoły Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół w 2002 roku, a następnie Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Obejmuje on wszelkie zagrożenia i opisuje różnorodne celowe działania adresowane do uczniów, rodziców i całego personelu szkoły, będące odpowiedzią na zdiagnozowane potrzeby tej społeczności.

Określenie **program profilaktyczny** odnosi się natomiast do programu małego, stanowiącego narzędzie pracy profilaktycznej. Oznacza mniej lub bardziej ustrukturalizowane zajęcia profilaktyczne, przeważnie realizowane zgodnie z przygotowanym wcześniej scenariuszem i adresowane do ściśle określonej grupy lub grup odbiorców. Programy profilaktyczne stanowią elementy składowe programów profilaktyki – szkolnych, gminnych, wojewódzkich lub nawet krajowych.

W odniesieniu do programów profilaktyki coraz częściej używany jest termin: strategia. Wszystkie duże programy Unii Europejskiej nazywane są obecnie strategiami profilaktyki, na przykład *Strategia Przeciwdziałania Narkomanii Unii Europejskiej (European Union Drugs Strategy)*. W Polsce narodowe programy zawierają zwykle w tytule słowa: program, plan lub strategia. Mamy więc między innymi *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych* oraz *Narodową Strategię i Plan Działań na rzecz Integracji Społecznej*. Niekiedy wojewódzki lub lokalny program nazywany jest strategią, np. *Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych*.

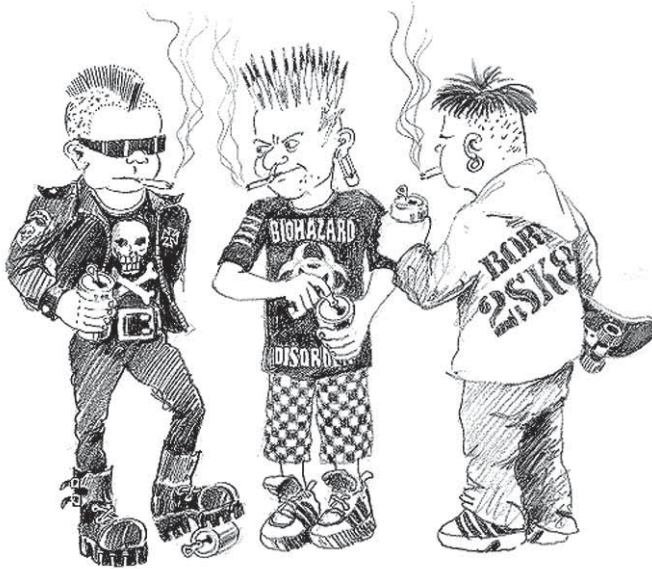
Termin: strategia występuje również bardzo często w literaturze fachowej. Problem w tym, że autorzy posługują się nim dowolnie, nadając mu zupełnie różne znaczenia. Profilaktycy z krótszym stażem, zgłębiający dokumenty i doniesienia z badań, mają prawo czuć się zdezorientowani. W jednej pracy możemy przeczytać, iż programy są elementami strategii, natomiast w innej, że w programach wykorzystuje się różne strategie profilaktyczne. Słowo: strategia bywa używane jako określenie celów, kierunków albo poziomów działań profilaktycznych, a nawet sposobów modyfikowania konkretnego czynnika ryzyka lub czynnika chroniącego.

W tej publikacji koncentruję się na celach, założeniach i zawartości programów małych, czyli profilaktycznych.



Rozdział I

Przyczyny i znaczenie ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży



„Co by tu dzisiaj porobić, panowie?”

1. Co to są zachowania ryzykowne

Do połowy lat 70. wiek dorastania był stosunkowo najslabiej poznanym okresem rozwojowym człowieka. Przekonanie, że jest to okres przejściowy i że z występujących w tym czasie trudności z przystosowaniem po prostu się wyrasta, spowodowało, iż wiek dorastania traktowano jako mniej ważny. Wzrastająca liczba zaburzeń zachowania wśród młodzieży skierowała uwagę badaczy na ten okres rozwojowy. Stwierdzono, że wiele dysfunkcji powstaje właśnie w tym wieku i u wielu osób utrzymują się one przez resztę życia, przekształcając się często w poważne zaburzenia kliniczne (Kazdin, 1996).

Fakty te unaocniły profesjonalistom znaczenie wczesnych działań wychowawczych i zapobiegawczych w grupie wiekowej 10–18 lat. Rozwój badań nad młodzieżą oraz nad skutecznością stosowanych strategii, metod i form pomocy znacznie poszerzył wiedzę na temat prawidłowości rozwojowych wieku dorastania i uwarunkowań rozmaitych zaburzeń. Wnioski z tych badań pozwalają wytyczyć kierunki oddziaływań profilaktycznych.

Z badań epidemiologicznych wynika, że liczba młodych ludzi podejmujących różne zachowania ryzykowne utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie, choć w ostatnich latach obserwujemy stabilizację trendów. Terminem **zachowania ryzykowne**

określa się działania niosące ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, jak i dla jej otoczenia społecznego. Terminy równoważne to: **zachowania dysfunkcyjne, dysfunkcjonalne lub problemowe.**

Do najpoważniejszych zachowań ryzykownych zalicza się (Kazdin, 1996):

- palenie tytoniu;
- używanie alkoholu;
- używanie innych środków psychoaktywnych (narkotyków, środków wziewnych, leków);
- wczesną aktywność seksualną;
- zachowania agresywne i przestępcze.

Lista innych niepokojących zachowań, które podejmują młodzi w okresie dorastania, jest bardzo długa. Porzucanie nauki szkolnej, ucieczki z domu lub stosowanie różnych dziwnych diet dla poprawienia swej atrakcyjności fizycznej to tylko kilka przykładów z tej listy. Miejsce w rankingu zachowań ryzykownych nie jest stałe. Niektóre zachowania rozpowszechniają się bardzo szybko, przybierając charakter epidemii, choć jeszcze stosunkowo niedawno występowały sporadycznie. Wędrują tym samym z końca listy na jej początek, stając się przedmiotem szeroko zakrojonych działań profilaktycznych. Dotyczy to właśnie stosowania wspomnianych wyżej diet, co w efekcie może doprowadzić do zaburzeń klinicznych, jak bulimia i anoreksja.

Picie, palenie, odurzanie się narkotykami, nieuporządkowane życie seksualne, agresja i przestępczość należą do repertuaru zachowań wielu ludzi dorosłych, jednak negatywne konsekwencje zachowań ryzykownych u młodzieży są zazwyczaj poważniejsze i występują szybciej niż u osób dorosłych z powodu niezakończonego jeszcze rozwoju biologicznego, intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. A oto kilka przykładów.

Większość dorosłych alkoholików to osoby, które rozpoczęły picie przed 16 rokiem życia. Proces uzależnienia się u nastolatków przebiega szybciej niż u człowieka dorosłego, szybciej też pojawiają się negatywne konsekwencje zdrowotne. Młody organizm w okresie intensywnego wzrostu jest mało odporny, ma mniejszą tolerancję na alkohol. Ponadto dzieci i nastolatki mają słabą zdolność kontrolowania własnych zachowań i właściwego oceniania rzeczywistości. Nie znają też najczęściej granicy bezpieczeństwa przy piciu i łatwo ją przekraczają, narażając się na różne zagrożenia (Hawkins, 1997; Patewicz, 1995; Stępień, 1994).

Według raportów amerykańskich i szwedzkich około $\frac{2}{3}$ wszystkich chorób przenoszonych drogą płciową dotyczy młodych osób poniżej 25 roku życia. Grupą szczególnie zagrożoną są młode dziewczęta poniżej 20 roku życia. Ryzyko zakażeń drobnoustrojami prowadzące do zapaleń narządów w obrębie miednicy małej (powodujące często bezpłodność) czy raka szyjki macicy jest 6–7-krotnie wyższe u nastolatków poniżej 16 roku życia niż u 20-latek. Przyczyną jest brak bariery immunologicznej chroniącej przed zakażeniami, co wiąże się ze zbyt niskim jeszcze poziomem progesteronów. Ginekolodzy wprowadzili nowy termin – dziewictwo immunologiczne, które trwa do około 19–20 roku życia. Wystąpienie miesiączkowania nie świadczy o pełnej dojrzałości biologicznej do podejmowania współżycia („Medical Tribune”, 1993; Kay, 1996).

Tak więc wczesny wiek inicjacji (alkoholowej czy seksualnej) uważany jest za podstawowy czynnik ryzyka, a im młodszy wiek, tym większe zagrożenie.

2. Motywy zachowań ryzykownych

Przez wiele lat poszczególne zachowania ryzykowne (zwane też często zachowaniami problemowymi lub dysfunkcjonalnymi) traktowano odrębnie, uważając, że każde z nich ma swój specyficzny zestaw przyczyn. Konsekwencją takiego myślenia było ograniczenie działań profilaktycznych polegające na koncentrowaniu się na jednym wybranym zachowaniu (na piciu albo na paleniu lub na agresji). Podobne podejście można zaobserwować również obecnie, choć nie ma ono naukowego uzasadnienia, szczególnie w odniesieniu do dzieci i młodzieży wchodzących dopiero w wiek ryzyka.

Liczne badania wykazały, że **zachowania ryzykowne najczęściej z sobą współwystępują**. Ponadto jedno zachowanie pociąga za sobą inne. Na przykład picie alkoholu czy odurzanie się narkotykami często współwystępuje z zachowaniami agresywnymi, przestępczymi i wczesną aktywnością seksualną lub je wyzwała. Z reguły kluczem otwierającym tę puszkę Pandory jest **palenie tytoniu**. Fakt palenia stosunkowo łatwo jest ukryć przed dorosłymi, nie widać też żadnych skutków ubocznych takiego zachowania. Jednak przekroczenie bariery (złamanie zakazu) ułatwia przekraczanie następnych barier. Ta inicjacja przyspiesza i toruje drogę **inicjacji alkoholowej**. Pod wpływem alkoholu młodzi ludzie podejmują szereg innych zachowań ryzykownych. Osłabiona alkoholem zdolność kontrolowania własnych zachowań, i tak niewielka w okresie dorastania, umożliwiła przekraczanie pozostałych jeszcze granic. Nastolatki po wypiciu alkoholu powodują liczne wypadki, prowadząc „pożyczone” od rodziców lub sąsiadów pojazdy albo skacząc do wody bez sprawdzenia jej głębokości. Dopuszczają się również aktów agresji skierowanych na ludzi bądź na przedmioty (dewastacja otoczenia) lub na przykład mogą włamać się do sklepu dla zdobycia paczki papierosów albo butelki wina. Picie alkoholu najczęściej toruje drogę **inicjacji agresji i przestępczości**. Również część **inicjacji seksualnych** dokonuje się pod wpływem alkoholu (Dermen i inni, 1998; Hawkins i inni, 1997; Kazdin, 1996; Pawelski, 1997; Weinberg i inni, 1998).

Współwystępowanie zachowań ryzykownych dobrze ilustrują wyniki badań ESPAD przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na dużej grupie uczniów szkół ponadpodstawowych w Polsce.

Zachowania ryzykowne mogą się również nawzajem zastępować. Jeżeli z jakichś względów jedno zachowanie jest utrudnione lub niemożliwe, nastolatek może w to miejsce wbudować inne z listy zachowań ryzykownych. Sformułowano stwierdzenie, że **zachowania ryzykowne chodzą parami**. Oznacza to, że inicjacja jednego zachowania ryzykownego (na przykład alkoholowa lub seksualna) znacząco zwiększa prawdopodobieństwo wchodzenia w następne zachowania ryzykowne (Kazdin, 1996; Gaś, 1997).

Pogląd wypowiediany przez wielu laików, że młodzież zachowuje się w sposób ryzykowny, ponieważ sprawia jej to przyjemność, nie znajduje potwierdzenia naukowego. Przeprowadzono wiele badań nad motywami, którymi kierują się młodzi, podejmując zachowania ryzykowne. Przyjrzyjmy się motywom kilku różnych zachowań ryzykownych wymienianym przez młodzież w badaniach prowadzonych w Polsce.

Tabela 1. Problemy związane z piciem alkoholu w doświadczeniach respondentów z podziałem na płeć (odsetki badanych)¹

Problemy z alkoholem	Pierwsze klasy		Trzecie klasy	
	chłopcy	dziewczęta	chłopcy	dziewczęta
Kłótnia lub sprzeczka	26,9	20,9	42,5	27,2
Przepychanka lub bójka	26,1	5,5	37,8	4,9
Wypadek lub uszkodzenie ciała	11,3	4,9	16,9	5,8
Utrata pieniędzy lub cennych przedmiotów	10,2	4,1	13,4	4,4
Zniszczenie rzeczy lub ubrania	17,9	9,2	27,4	11,5
Problemy z rodzicami	31,5	19,2	41,9	18,1
Problemy z przyjaciółmi	19,2	16,5	26,5	17,6
Problemy z nauczycielami	9,3	3,8	9,1	3,2
Gorsze wyniki w nauce	14,7	11,2	17,6	11,0
Niechciane doświadczenia seksualne	9,6	5,0	13,7	8,0
Kontakty seksualne bez antykoncepcji	11,3	4,0	18,4	8,1
Prowadzenie pojazdu	17,4	1,4	24,0	3,4
Ofiara rabunku lub kradzieży	3,7	0,8	4,2	0,9
Kłopoty z policją	10,8	2,5	15,9	2,5

Motywy skłaniające młodzież do picia alkoholu (Grudziak-Sobczyk, 1992):

- zmniejszenie zahamowań;
- nabranie śmiałości w kontaktach z ludźmi;
- nawiązanie znajomości;
- wprawienie się w stan podniecenia;
- dla odprężenia się;
- dla zabaw;
- z ciekawości (jak smakuje alkohol);
- pod wpływem reklamy;
- z nudów (z braku innych możliwości spędzenia wolnego czasu);
- „ponieważ wszyscy piją”;
- żeby uciec przed problemami (rodzinnymi, szkolnymi);
- obniżenie lęku;
- znieczulenie dolegliwości fizycznych;
- zwrócenie na siebie uwagi rodziny i szkoły;
- prowokowanie dorosłych (przekora);
- bunt młodzieńczy.

Motywy rozpoczynania współżycia seksualnego (Izdebski, 1993; Pawelski, 1997):

- pragnienia seksualne;
- ciekawość;
- miłość;
- uległość wobec partnera („dowód miłości”);

¹ Źródło: Sierosławski J., Zieliński A., (1999), *Alkohol i młode pokolenie Polaków połowy lat 90.*, „Alkohol a Zdrowie”, nr 23, Warszawa: PARPA.

- uległość wobec nacisków ze strony rówieśników (chęć zyskania uznania w grupie rówieśniczej);
- podniesienie poczucia własnej wartości;
- chęć przeżycia czegoś ekscytującego;
- litość wobec partnera;
- lęk przed porzuceniem przez partnera;
- wpływ alkoholu.

Motywy sięgania po narkotyki (Obuchowski, 1996):

Motywy ucieczkowe:

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

Motywy konformizmu:

- upodabnianie się do innych członków grupy rówieśniczej, aby uzyskać ich uznanie, oparcie, przyjaźń.

Motywy egzystencjalne:

- poczucie bezsensu życia;
- pustka wewnętrzna (narkotyk staje się „protezą” własnych przeżyć psychicznych).

Motywy poszukiwania:

- ciekawość (jak działa narkotyk);
- chęć przeżycia czegoś niezwykłego.

Motywy hedonistyczne:

- dążenie do przyjemności.

Motywy prestiżowe i snobistyczne:

- chęć pokazania się bardziej dorosłym;
- pokazanie się jako osoba ważna, ciekawa, wyróżniająca się ponad przeciętność.

Przegląd motywów leżących u podłoża trzech różnych zachowań ryzykownych pozwala stwierdzić, że są one bardzo podobne, a często identyczne. Co więcej, te same motywy – ucieczkowe, egzystencjalne oraz motyw porachunków z dorosłymi (wymieniane przy picciu alkoholu) – występują również w przypadku prób samobójczych podejmowanych przez młodzież (Dolto, 1995; Mitchel, 1994).

Na pytania, dlaczego i po co młodzi ludzie podejmują zachowania ryzykowne, najlepiej odpowiada **teoria zachowań problemowych** Richarda i Shirley Jessorów, wyrosła z wieloletnich badań nad młodzieżą w wieku dorastania.

Zgodnie z tą powszechnie uznawaną teorią różne **zachowania ryzykowne** (problemowe) **mają znaczenie rozwojowe**. Pełnią one podobną funkcję w życiu jednostki, mogą przynosić podobne korzyści i służyć realizacji analogicznych celów. Mówiąc bardziej potocznie, zachowania ryzykowne są sposobami na załatwienie bardzo ważnych spraw życiowych, których młodzi nie mogą lub nie potrafią załatwić inaczej.

Różne zachowania problemowe umożliwiają więc (Kazdin, 1996; Gaś, 1997):

- zaspokojenie najważniejszych potrzeb psychologicznych (miłości, akceptacji, uznania, bezpieczeństwa, przynależności);
- realizację ważnych celów rozwojowych (np. określenie własnej tożsamości, uzyskanie niezależności od dorosłych);
- radzenie sobie z przeżywanymi trudnościami życiowymi (redukcja lęku i frustracji).

Jeśli młody człowiek czuje, że nie jest kochany w domu, uważa też, że jest mało atrakcyjny dla rówieśników, może próbować poprawić swoją pozycję w grupie, a tym samym zyskać akceptację za pomocą picia alkoholu, ćpania czy też innych zachowań ryzykownych.

Zachowania problemowe są więc nieprawidłowymi sposobami przystosowania się.

Można w tym miejscu postawić pytanie, dlaczego u jednych dzieci początek zaburzeń zachowania manifestuje się poprzez inicjację alkoholową, a u innych narkotykową lub seksualną. Czasami inicjacja jest kwestią przypadku (bo akurat nadarzyła się sprzyjająca okazja, bo znalazły się w odpowiedniej grupie). Często jednak nastolatki wybierają, mniej lub bardziej świadomie, konkretne zachowanie, ponieważ uznają je za najlepszy sposób zrealizowania ważnego dla nich celu. Jeżeli takie zachowanie wywołuje uznanie rówieśników, nastolatek z niską pozycją w grupie rówieśniczej może je wybrać celowo dla poprawienia swojej pozycji. Jeżeli ma liczne urazy do swoich rodziców, a wie, że rodzice boją się narkotyków, może wybrać „branie” jako skuteczne narzędzie w porachunkach z rodziną.

Jessorowie skonstruowali **interakcyjny model funkcjonowania człowieka**, zgodnie z którym zachowanie jednostki jest wypadkową oddziaływania kilku grup czynników. Czynniki te tkwią w samej jednostce oraz w jej otoczeniu społecznym.

Do **czynników zewnętrznych** autorzy zaliczają: strukturę rodziny, wykształcenie, zawód i wyznanie rodziców, ich system przekonań i religijność, klimat domowy (kontrola i wymagania), wpływy rówieśników oraz wpływy mediów.

Czynniki wewnętrzne to system osobowości dziecka – główne motywy, osobiste przekonania (w tym krytycyzm, samoocena, poczucie kontroli), samokontrola (np. religijność, tolerancja wobec dewiacji) oraz system postrzegania środowiska. W tym ostatnim ważne jest, w jaki sposób dziecko widzi, ocenia swoją rodzinę i rówieśników (jak od czuwa wsparcie i kontrolę ze strony rodziców i rówieśników, jak ocenia aprobatę rodziców i rówieśników dla zachowań dewiacyjnych oraz jak postrzega wzorce rówieśnicze).

Interakcja różnych grup czynników (wewnętrznych i zewnętrznych) decyduje, czy dziecko będzie się zachowywało prawidłowo, zgodnie z normami i oczekiwaniami społecznymi, czy też podejmie zachowania ryzykowne (Gaś, 1997).

3. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące

Zdrowie psychiczne jest rezultatem oddziaływania bardzo złożonego kompleksu czynników: genetycznych, biologicznych, psychologicznych i społecznych, a także warunków ekonomicznych i rozmaitych wydarzeń życiowych. Niektóre cechy jednostki i jej środowiska sprzyjają powstawaniu zachowań ryzykownych, a także zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń psychicznych, inne natomiast je hamują.

Czynniki ryzyka – cechy, sytuacje, warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych i zaburzeń.

Czynniki chroniące – cechy, sytuacje, warunki zwiększające odporność jednostki na działanie czynników ryzyka.

Pojedynczych zidentyfikowanych czynników ryzyka nie należy uznawać za bezpośrednią przyczynę nieprawidłowych zachowań czy zaburzeń. Zgodnie z teorią Jessorów wyzwolić je może dopiero niekorzystna kombinacja wielu czynników. Ryzyko wzrasta, gdy nastąpi akumulacja czynników ryzyka utrzymująca się przez dłuższy czas przy niskim poziomie czynników chroniących (Hawkins, 1992; Kazdin, 1996; Kay, 1996).

W badaniach nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi poczyniono kilka ważnych obserwacji:

Wpływ poszczególnych czynników ryzyka nie jest równie silny we wszystkich fazach rozwojowych. Na przykład brak kontroli rodzicielskiej koreluje z zaburzeniami zachowania przez okres dzieciństwa i dojrzewania. Natomiast kontakt z rówieśnikami przejawiającymi zachowania antyspołeczne ma największy wpływ na przełomie dzieciństwa i okresu dojrzewania (około 12 roku życia).

Efekty oddziaływania czynników ryzyka kumulują się. Prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań ryzykownych jest tym większe, im więcej jest czynników ryzyka, im bardziej są one szkodliwe i im dłużej trwa ich działanie.

U podłoża różnych zachowań ryzykownych oraz zaburzeń leży wspólny zestaw podstawowych czynników ryzyka. Na przykład zaburzenia więzi z rodzicami są predyktorem sięgania po używki, wczesnej inicjacji seksualnej, nerwic, bulimii, samobójstw i wielu innych zaburzeń (Coie i inni, 1996).

U młodych osób podejmujących różne zachowania problemowe obserwuje się wiele wspólnych uwarunkowań osobowościowych: wysoki poziom lęku i niepokoju, słabą odporność na frustrację, niską samoocenę, niedojrzałość emocjonalną i społeczną, słabą kontrolę wewnętrzną, nierealistyczne oczekiwania wobec siebie i otoczenia, poczucie odrzucenia (Cekiera, 1994; Gaś, 1997; Kazdin, 1996; Kay, 1996).

Istnieje również wspólny zestaw podstawowych czynników chroniących, które neutralizują lub osłabiają wpływ czynników ryzyka. Można je zidentyfikować u większości osób zdrowych i dobrze przystosowanych.

Wpływ poszczególnych czynników chroniących nie jest równie silny we wszystkich fazach rozwojowych. Na przykład niektóre czynniki silnie chroniące w okresie dzieciństwa tracą swą siłę oddziaływania w okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości.

Wpływ niektórych czynników chroniących ogranicza się do wybranych obszarów funkcjonowania. Na przykład wysoka inteligencja pomaga w osiąganiu sukcesów w nauce i pracy zawodowej. Nie chroni jednak przed zranieniami emocjonalnymi lub chroni tylko nieznacznie.

Listę kilkunastu czynników chroniących młodzież przed piciem alkoholu opracował David Hawkins. Poniżej prezentuję pięć uznanych przez autora za najważniejsze. Z wielu doniesień wynika, że czynniki te chronią również przed innymi zachowaniami ryzykownymi oraz zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego.

Najważniejsze czynniki chroniące

(Hawkins, 1992; Dolto, 1995; Kay, 1996; CBOS, 1994, 1996; McGraw, 1995)

Silna więź z rodzicami

Zainteresowanie nauką szkolną

Regularne praktyki religijne

Poszanowanie prawa, norm, wartości i autorytetów społecznych

Przynależność do pozytywnej grupy

Zdaniem Hawkinsa obecność najważniejszych czynników chroniących nie zabezpiecza dziecka trwale przed ryzykownymi zachowaniami. Istnieje potężny rynek używek, funkcjonują również silne media wywierające duży wpływ na młodzież, występują też

naciski ze strony rówieśników. Te wpływy mogą być jednak znacznie osłabione dzięki oddziaływaniu czynników chroniących, zwłaszcza przy dużym ich natężeniu.

Autorzy prac badawczych dotyczących czynników ryzyka i czynników chroniących podają różne ich zestawy, nie zawsze akcentując znaczenie tych samych grup czynników. Istotny postęp przyniosła praca zespołu ekspertów australijskich, którzy w 2000 roku poddali analizie wyniki kilkudziesięciu poważnych badań przeprowadzonych w ostatnich trzydziestu latach. Porównali listy czynników zidentyfikowanych przez różnych autorów, wybierając te z nich, które powtarzały się w większości analizowanych doniesień. W efekcie stworzono **zestawy głównych czynników ryzyka** potencjalnie wpływających na rozwój problemów w obszarze zdrowia psychicznego i zaburzeń, szczególnie u dzieci, oraz **głównych czynników chroniących** dzieci przed rozwojem problemów w obszarze zdrowia psychicznego i zaburzeń. Wybrane czynniki podzielono następnie na pięć kategorii: indywidualne, rodzinne/społeczne, związane ze szkołą, wydarzenia i sytuacje życiowe, środowiskowe i kulturowe (Monograph, 2000).

Autorzy opracowania podkreślają, że wpływ wymienionych czynników na zdrowie psychiczne i funkcjonowanie człowieka należy traktować jako **potencjalny**. Nie jest to prosty związek przyczynowy. Czynniki ryzyka zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się problemów i zaburzeń. Potwierdzono ich korelację z problemami w przystosowaniu się, zachowaniami ryzykownymi i zaburzeniami psychicznymi u bardzo wielu osób. Jednak u niektórych ten sam czynnik lub kombinacja czynników nie wpływają znacząco na kondycję psychiczną. Podobnie jest w przypadku czynników chroniących. Stwierdzono wysoką korelację tych czynników ze zdrowiem psychicznym i pozytywnym funkcjonowaniem społecznym. Można je zidentyfikować u większości osób dobrze przystosowanych i zdrowych. Ale siła wpływu poszczególnych czynników nie jest jednakowa u wszystkich. Ponadto każdy człowiek posiada własny i niepowtarzalny pakiet specyficznych czynników.

Wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących jest wykorzystywana zarówno w konstruowanych programach profilaktycznych, jak i programach profilaktyki. Jednym z bardziej popularnych modeli teoretycznych, wykorzystywanych w profilaktyce na wszystkich jej poziomach, jest **Model Redukcji Ryzyka** P. Mrazek i R. Haggerty'ego (Barry, Jenkins, 2006). Zgodnie z nim celem interwencji profilaktycznej jest wpływanie na czynniki zidentyfikowane i możliwe do modyfikacji – przede wszystkim główne, ale także specyficzne dla określonych zaburzeń.

Z omówionych badań i teorii, na których opiera się współczesna profilaktyka naukowa, wynika **ważne wskazanie dla autorów programów**:

Skoro zachowania ryzykowne „chodzą parami” i pełnią podobną funkcję w życiu jednostki, skoro u podłoża różnych zachowań leży wspólny zestaw podstawowych czynników ryzyka i zapobiega im podobny zestaw czynników chroniących, to **wczesne działania profilaktyczne skierowane na różne zachowania ryzykowne powinny mieć charakter uniwersalny i być prowadzone według tych samych reguł** (Kazdin, 1996).

Następne podrozdziały są poświęcone bardziej szczegółowemu omówieniu wpływu dwóch wybranych grup czynników – rodzinnych i poznawczych.

4. Rodzinne uwarunkowania zachowań ryzykownych

Wśród kilku grup czynników ryzyka wymienianych jako najważniejsze dla powstania zaburzeń w zachowaniu u dzieci, a także zaburzeń klinicznych, wymienia się czynniki obecne w sytuacji rodzinnej. Wpływając na rozwój dziecka od jego narodzin, dają początek tak zwanym **ścieżkom ryzyka**. Ścieżka ryzyka to zapoczątkowany w dzieciństwie łańcuch przyczyn i skutków utrudniających normalny rozwój i przystosowanie dziecka i prowadzących je do obszaru ryzyka. Nieprawidłowe wypełnianie roli rodzicielskiej wiąże się z zaniedbaniami i błędami wychowawczymi rodziców, co skutkuje zahamowaniem rozwoju dziecka w wielu ważnych obszarach i powoduje następne problemy w kolejnych fazach rozwojowych. Na przykład brak stymulacji poznawczej we wczesnym dzieciństwie opóźnia rozwój funkcji poznawczych dziecka, co powoduje trudności w uczeniu się, spadek motywacji i lęk. Dziecko czuje się gorsze, toteż izoluje się od rówieśników. Izolacja utrudnia mu nabywanie umiejętności społecznych, których deficyt uniemożliwia nawiązanie głębszych relacji z otoczeniem i naraża na dalsze odrzucenie i izolację społeczną etc. (Deptuła, 2005).

Dla porównania przyjrzyjmy się wykazom czynników ryzyka związanych z sytuacją rodzinną w przypadku kilku różnych zachowań problemowych występujących u dzieci i młodzieży, sporządzonych także przez polskich autorów.

Czynniki ryzyka związane z sytuacją rodzinną, sprzyjające używaniu i nadużyciu alkoholu przez młodzież (Hawkins i inni, 1997):

- 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 rodziną, predysponujące do podejmowania wczesnej aktywności seksualnej (Kay, 1996; Pawelski, 1997):

- nieobecność ojca w domu;
- rozwód, separacja lub powtórne małżeństwo rodziców;
- brak jednego z rodziców;
- destabilizacja układu z ojcem jako głową rodziny;
- rodzice nadmiernie surowi lub nadmiernie ustępliwi;
- brak uświadomienia seksualnego przez rodziców;
- brak silnej więzi matki z córką;
- liczne rodzeństwo;
- przedwczesna ciąża matki;
- przedwczesna ciąża siostry;
- aprobata rodziców dla aktywności seksualnej dziecka.

Czynniki ryzyka związane z sytuacją rodzinną, predysponujące do używania narkotyków (Staniaszek, 1993):

- brak lub osłabienie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dziećmi (chłód emocjonalny);
- brak wyraźnego i konsekwentnego systemu wychowawczego;
- destabilizacja układu z ojcem jako głową rodziny (ojciec w roli domowego tyrana lub zupełnie pozbawiony wpływu na wychowanie dzieci);
- matka nadmiernie chroniąca, zmienna emocjonalnie;
- rozwód lub separacja rodziców (jawna lub ukryta);
- wysoki poziom konfliktów w rodzinie;
- brak kontroli i dyscypliny lub nadmierna kontrola i dyscyplina.

Czynniki ryzyka związane z sytuacją rodzinną, sprzyjające powstawaniu zachowań agresywnych u dzieci (Pufal-Struzik, Matyjas, 1996):

- dystans uczuciowy (odrzućenie, wrogię odsuwanie się, unikanie kontaktów z dzieckiem);
- nadmierna kontrola (nadzór, częste stosowanie przymusu, ingerencja, wpajanie poczucia winy);
- niekonsekwentna dyscyplina;
- destruktywny stosunek rodziców do siebie, a zwłaszcza ojca do matki;
- częste stosowanie kar cielesnych.

Analizując przedstawione listy czynników ryzyka, można łatwo zauważyć, że większość z nich się powtarza. Choć różnie sformułowane i inaczej uszeregowane, dotyczą zawsze tych samych spraw: zaburzenia więzi (zwłaszcza uczuciowej) pomiędzy rodzicami i dziećmi, wysokiego poziomu konfliktów w rodzinie, w tym pomiędzy rodzicami (prowadzących często do rozpadu rodziny), zaburzenia w pełnieniu ról ojca i matki, niejasnego systemu wymagań stawianych dziecku, braku dyscypliny i kontroli lub nadmiernie surowej dyscypliny i kontroli, niekonsekwencji w wychowaniu, tolerancji rodziców wobec ryzykownych zachowań dzieci i wreszcie rodziców jako wzorców nieprawidłowych zachowań (picie alkoholu, palenie, przedwczesna ciąża, agresja fizyczna).

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

Można powiedzieć, że dzieci wychowane w podobnej rodzinie mają wiele powodów, by zachowywać się nieprawidłowo. Przeżywane poczucie odrzucenia przez rodziców, brak rozeznania, co jest dobre, a co złe, brak znajomości reguł postępowania w życiu społecznym, silny stres wywołany trudnymi do przewidzenia reakcjami rodziców muszą spowodować znaczny dyskomfort psychiczny.

Psychoterapeuci i specjaliści w dziedzinie psychoprofilaktyki zwracają szczególną uwagę na dwa czynniki: więź pomiędzy rodzicami i dziećmi oraz wyznaczanie granic dla zachowań dziecka.

Wśród czynników chroniących przed zaburzeniami zachowania na pierwszym miejscu figuruje **silna więź w relacjach rodzice – dziecko**. Z kolei brak lub zaburzenie więzi należy do najpoważniejszych czynników ryzyka. Im słabsza więź, tym większy wpływ rówieśników

i mediów (Kazdin, 1996). Czynnikiem ten jest wymieniany jako główny w przypadku różnych zaburzeń emocjonalnych, a także niektórych poważnych zaburzeń klinicznych o charakterze psychotycznym. Zaburzenia więzi z rodzicami uważa się za najważniejszą przyczynę różnych typów nerwicy, depresji, zaburzeń w odżywianiu się (dziwne diety, bulimia, anoreksja), a nawet niektórych postaci schizofrenii (Popielarska, 1987; Pużyńska, 1986).

Odbudowa lub wzmocnienie więzi w rodzinie staje się głównym celem działań zarówno terapeutycznych, jak i profilaktycznych. Warto więc poznać ich elementy składowe i mechanizmy powstawania zaburzeń.

Bliskie relacje pomiędzy ludźmi w dużej mierze polegają na wzajemnym zaspokajaniu potrzeb, dzięki czemu dochodzi do rozwoju więzi. Brak zaspokojenia potrzeb, zwłaszcza tych najważniejszych, prowadzi do zaburzenia więzi. Od osób bliskich oczekuje się przede wszystkim zaspokojenia naczelną potrzeby psychologicznej – potrzeby miłości. Oczekiwania związane z tym uczuciem wiążą się z doświadczaniem czułości, intymności, szczęścia, zadowolenia, chęci sprawienia przyjemności drugiej osobie, zainteresowania. Brak lub utrata takich doświadczeń powodują patologizowanie się więzi prowadzące do wystąpienia **zespołu odtrącenia**, a następnie utraty **poczucia bezpieczeństwa i obniżenia poczucia własnej wartości** (Hankała, 1994). Osoba odrzucona czuje się samotna, zagrożona i gorsza. Może się to objawiać w postaci symptomów depresji (smutek, apatia), nerwicy (lęk) lub zaburzeń zachowania. Często młoda osoba z zespołem odtrącenia szuka zaspokojenia potrzeby miłości i akceptacji gdzie indziej.

Interesująco wyjaśniają to psychoanalicy, porównując samotność (głód bliskości) do głodu fizycznego. Stały niedostatek jedzenia powoduje choroby, wycieńczenie i śmierć. Aby temu zapobiec, głodny człowiek jest w stanie zjeść wszystko, a nawet może stać się kanibalem. Podobnie utrata bliskości prowadzi do emocjonalnego wygłodzenia. Dla uniknięcia go człowiek poszukuje bliskich kontaktów z innymi i może przystosować się do każdego rodzaju bliskości czy jej namiastki, choćby to było bezsensowne, poniżające czy nawet zagrażające. Może więc wiązać się z osobami ze świata przestępczego czy wdawać w ryzykowne kontakty seksualne. Poczucie urazy i gniewu może też przybierać różne formy agresji i przemocy skierowanej przeciwko innym lub przeciwko sobie. Chroniczny brak bliskości prowadzi do psychicznej degeneracji, a nawet śmierci – samobójstwa, zagłodzenia się (anoreksja) lub nadużywania narkotyków (McGraw, 1995).

Głodne miłości dziecko często trafia do grup subkulturowych czy przestępczych lub staje się łatwą ofiarą sekt.

Jeżeli nie podejmie się w porę działań zmierzających do odbudowy relacji emocjonalnych w rodzinie, sytuacja z reguły systematycznie się pogarsza. Oderwanie się dziecka od rodziny w poszukiwaniu bliskości może spowodować zmianę postaw i poglądów, a także odrzucenie systemu wartości rodziców. Doprowadza to do dalszego zaburzenia więzi określanego jako **zespół wzajemnej opozycji** i przejawiającego się w kłótniach, awanturach i innych objawach buntu (Hankała, 1994).

We współczesnej profilaktyce poświęca się w ostatnich latach coraz więcej uwagi takim elementom, jak przekazywanie dziecku reguł postępowania i wyznaczanie granic dla jego zachowań. Deficyty w tym obszarze powstałe w procesie wychowania w domu wymagają później korekt w działaniach profilaktycznych. Przez pewien okres lansowano koncepcje wychowania bezstresowego, a następnie wychowania partnerskiego, głównie pod wpływem teorii psychoanalitycznych o urazogennym wpływie treningów czystości i karmienia stosowanych wobec dziecka w rodzinie. Zakładano, że minimali-

zowanie ograniczeń stawianych dziecku i życzliwa akceptacja jego osoby zapewnią mu swobodny rozwój i wyeliminują powody przeżywania frustracji. Wielu rodziców i wychowawców zaakceptowało te koncepcje, najczęściej rozumiejąc je po swojemu, nieraz wręcz opacznie. Niektórzy uważają na przykład, że wychowanie partnerskie wymaga od nich odejścia od roli wychowawcy i wejścia w rolę kolegi lub koleżanki dziecka.

Zarówno obserwacje, jak i badania negatywnie zweryfikowały stawiane w tych koncepcjach założenia. Okazało się, że dzieci, którym daje się pełną swobodę i nie stawia ograniczeń, wcale nie są zdrowsze ani bardziej szczęśliwe. Przeciwnie, omawiane już listy czynników ryzyka wykazują, iż brak granic i reguł, brak dyscypliny i duża tolerancja wobec nieprawidłowych zachowań dziecka przyczyniają się do powstawania zachowań dewiacyjnych u dzieci, podobnie jak zbyt ni rygor i zbyt ciasne granice.

Granice i reguły są dzieciom niezbędne dla zachowania poczucia bezpieczeństwa. Stanowią również niezbędny element prawidłowego procesu socjalizacji.

Rodzice, wyznaczając dziecku jego terytorium („to jest twoje łóżko lub pokój, a to moje” lub „wolno ci wrócić do domu najpóźniej o 22:00”), komunikując swoje poglądy i uczucia i respektując poglądy i uczucia dziecka, umożliwiają mu zbudowanie własnych wewnętrznych granic.

Dziecko, którego rodzice respektują jego poglądy i uczucia, ma szansę na zbudowanie zdrowych granic intelektualnych i emocjonalnych.

Zdrowe **granice intelektualne** pozwalają nam być krytycznym, ufać własnym spostrzeżeniom, odrzucać to, co jest zbędne (opierać się manipulacjom, reklamie itp.) i mieć własne zdanie w wielu sprawach.

Zdrowe **granice emocjonalne** pozwalają rozpoznawać, uczciwie określać własne uczucia, chronią przed przewrażliwieniem.

Granice fizyczne decydują o tym, jak dalece pozwalamy innym ludziom zbliżać się do siebie fizycznie, umożliwiają chronienie swojego ciała przed niepożądaną bliskością i różnymi formami przemocy. Niestosowanie kar fizycznych w wychowaniu buduje w dziecku przekonanie o nietykalności fizycznej innych ludzi i eliminuje przemoc z jego zachowań.

System granic pozwala nam określić, kim tak naprawdę jesteśmy. Naruszeniem granic jest każde zachowanie wyrażające brak poszanowania dla sfery fizycznej drugiej osoby, jej uczuć, jej myśli. Osoby pozbawione granic są nieświadome ich istnienia, toteż często pozwalają się wykorzystywać innym (w tym fizycznie) i manipulować sobą, stając się ofiarą. Nie zauważają też granic u innych ludzi, przekraczają je często, wchodząc tym samym w rolę agresora. Brak granic obserwuje się na przykład u wielu alkoholików (LeBoutillier, 1997; Mellody, 1993).

Pozbawione granic dziecko nie jest zabezpieczone przed nadużyciami ze strony innych, ale także zupełnie nie liczy się z innymi ludźmi, narażając się na odrzucenie. Jego zachowanie bywa określane jako bezmyślne, nietaktowne, bezczelne, chamskie lub agresywne, co ogromnie utrudnia mu kontakty społeczne i naraża na przeżywanie licznych frustracji.

Wielu rodziców nie stawia granic, ponieważ nie odróżnia rzeczywistych potrzeb dziecka od jego zachcianek i czyniąc zadość nieraz absurdalnym kaprysom, nie zaspokajają podstawowych potrzeb. W domu, w którym rządzi dziecko, panuje bałagan i atmosfera chaosu, określana przez terapeutów mianem nieprzewidywalnego środowiska, co wywołuje poczucie zagrożenia u wszystkich członków rodziny.

Wychowanie bez granic ma poważne konsekwencje dla rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. Rodzice akceptujący wszystkie decyzje i poczynania

dziecka nie przekazują mu wartości społecznych, standardów zachowań ani umiejętności życiowych. Nadmiernie permissywni rodzice nigdy nie mówią „nie”. Zdaniem R. Spitz (Fonagy, 2001) rodzicielskie „nie” skłania do refleksji, pozwala dziecku odkrywać własną zdolność do mówienia „nie” i tym samym budowania wewnętrznych granic „ja”. Brak „nie” opóźnia przechodzenie na etap myślenia abstrakcyjnego, utrudnia określenie własnej tożsamości, wzrost autonomii i rozwój regulacji wewnętrznej. Nieustannie nagradzane i zabawiane dziecko jest niezdolne do refleksji, nie potrafi też rozpoznawać i regulować własnych emocji i nastrojów. Pójście do przedszkola lub szkoły stanowi ogromnie traumatyczne doświadczenie. Tam spotyka się z częstym „nie” ze strony nauczycieli i rówieśników, do czego zupełnie nie jest przygotowane. W konfrontacji z grupą ujawnia się jego nieprzystosowanie. Typowymi reakcjami na nowe sytuacje są agresja lub lęk separacyjny. Często po pewnym czasie pojawiają się zaburzenia snu, odżywiania, a nawet mutyzm. Rodzice obarczają winą za trudności dziecka przedszkole lub szkołę i przenoszą je do innej placówki, w której wkrótce występują identyczne problemy. Przy braku specjalistycznej pomocy trudności adaptacyjne narastają, osiągając kulminację, gdy młody człowiek wkracza w wiek dojrzewania.

Trafne wydaje się porównanie uczynione przez jedną z autorek programu *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców*, że wychowanie bez granic i reguł przypomina ruch pojazdów po ulicach przy skasowanych znakach drogowych. Nieuniknioną konsekwencją będą kolizje, katastrofy i wypadki – nawet śmiertelne.

Według koncepcji Rossa Campbella, znanego amerykańskiego psychiatry i psychoterapeuty, w wychowaniu dziecka niezbędna jest miłość i zdrowa dyscyplina. Dziecko to swoisty **zbiornik emocjonalny** – aby mogło normalnie funkcjonować, musi mieć ciągle uzupełniany zapas paliwa. A tym paliwem jest **mądra, bezwarunkowa miłość rodziców**. Stanowi ona podstawę więzi między rodzicami a dzieckiem. Gdy zbiornik jest pusty, dziecko zaczyna wykazywać zaburzenia. Jego zachowania są najczęściej reakcją na zachowania znaczących dorosłych. Dzieci dorastają w świecie stworzonym przez ludzi dorosłych i szybko uczą się obowiązujących w nim reguł. Oddają i odbijają to, co otrzymują i co obserwują. Campbell podkreśla też znaczenie dyscypliny (karność). Trzeba kochać dziecko, ale nie trzeba akceptować wszystkich jego zachowań. Zwraca jednak uwagę, że do karność wdraża się dziecko miłością, a nie karami (Campbell, 1998).

Rodzina dysfunkcyjna to nie tylko rodzina alkoholika lub narkomana. Mogą ją tworzyć wykształceni i dobrze sytuowani rodzice, którzy nie zaspokajają potrzeb emocjonalnych swoich dzieci i nie zapewniają im posagu życiowego w postaci wartości, norm i umiejętności społecznych.

5. Rola czynników emocjonalno-poznawczych w powstawaniu zachowań ryzykownych

W ostatniej dekadzie można zaobserwować przesunięcie zainteresowania wielu badaczy w kierunku czynników emocjonalno-poznawczych i ich udziału w tworzeniu się zachowań problemowych. Podjęto liczne badania oraz, na podstawie wyników tych badań, próby skonstruowania **modeli poznawczych** wyjaśniających mechanizmy powstawania takich zachowań.

Do grupy czynników emocjonalno-poznawczych zalicza się postawy, normy, przekonania i oczekiwania dotyczące na przykład substancji psychoaktywnych lub współżycia seksualnego.

Nie należą one do czynników podstawowych, będących najgłębszą i główną przyczyną ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży. Tu prymat ma zdecydowanie sytuacja rodzinna, a zwłaszcza więź między rodzicami a dziećmi. **Czynniki poznawcze** pełnią raczej rolę **czynników pośredniczących**. Jednak ich rola w podejmowaniu zagrażających zachowań młodych jest udowodniona. Często właśnie one stanowią bezpośredni impuls skłaniający dzieci i młodzież do inicjacji alkoholowej, narkotykowej czy seksualnej. Zajmijmy się przez chwilę dwoma czynnikami poznawczymi – oczekiwaniami i przekonaniem – na temat których pojawiło się w ostatnich latach dość dużo interesujących doniesień.

Wpływ oczekiwań

Zamieszczony wcześniej przegląd motywów, którymi kieruje się młodzież przy podejmowaniu różnych zachowań problemowych, jest dowodem, że zachowania takie mają **charakter instrumentalny**. Są narzędziem pomagającym osiągnąć konkretne korzyści: przeżyć choćby namiastkę więzi w kontaktach seksualnych lub w kontaktach z grupą pijących kolegów, zmniejszyć zahamowanie czy zredukować napięcie przez użycie alkoholu lub narkotyków, poczuć się dorosłym dzięki podjęciu zachowań zastrzeżonych dla dorosłych (alkohol, seks).

Jak wcześniej wspomniano, młodzi często wybierają konkretne zachowanie, które ich zdaniem jest najbardziej skutecznym narzędziem dla osiągnięcia celu. Przy wyborze zachowania kierują się posiadaną wiedzą (potoczną, kulturową, naukową) o możliwych efektach, które szybko można uzyskać. Innymi słowy, dokonują subiektywnej oceny skuteczności narzędzia.

Oczekiwania to spodziewane przez jednostkę efekty, uzyskane w wyniku jej zachowania w konkretnej sytuacji.

Na przykład ludzie piją alkohol czy używają narkotyków, ponieważ spodziewają się pozytywnych efektów picia lub ćpania. Im lepszych rezultatów oczekują, tym częściej i więcej piją lub biorą. Alkohol lub narkotyk, ze względu na znane im działanie, bywa traktowany jak lekarstwo na wiele dolegliwości fizycznych i psychicznych.

Oczekiwania tworzą się na podstawie informacji uzyskanych z mediów, lektury, obserwacji skutków zachowań osób z otoczenia oraz na podstawie własnych wcześniejszych doświadczeń (Dermen i Cooper, 1996; Okulicz-Kozaryn, Borucka, 1999). Informacje na temat działania alkoholu lub narkotyków młodzi często uzyskują również dzięki programom profilaktycznym i wykorzystują część tych informacji do oceniania użyteczności konkretnego środka odurzającego dla realizacji doraźnego celu.

Informacja, że alkohol rozluźnia i odpręża, oraz widok kolegów zachowujących się po wypiciu swobodnie i wesoło tworzą pozytywne oczekiwania co do działania tego środka. U młodzieży czującej się niepewnie w sytuacjach towarzyskich pozytywne oczekiwania wobec alkoholu lub innych środków chemicznych mogą stanowić impuls dla inicjacji alkoholowej lub narkotykowej.

Okulicz-Kozaryn i Borucka dokonały przeglądu badań nad korelacją między pićm a pozytywnymi oczekiwaniami związanymi z alkoholem. Okazuje się, że na podstawie oczekiwań można lepiej przewidzieć czyjeś picie niż na podstawie obecności problemów alkoholowych w rodzinie.

Z omówionych przez nie badań wynika również, że alkohol jest powszechnie uznawany za dobry sposób na radzenie sobie ze stresem. Po alkohol będą więc sięgać osoby, które oczekują pozytywnych skutków picia, odczuwają wysoki poziom stresu, preferują unikanie jako metodę radzenia sobie ze stresem.

Młodzi ludzie w wieku dojrzewania przeżywają wiele stresów i strategia unikania (ucieczki) jest najbardziej powszechnym sposobem radzenia sobie z trudnościami życiowymi i negatywnymi emocjami. Środki odurzające są łatwo dostępnym sposobem pozwalającym na szybkie uwolnienie się od stresu. Słaba zdolność krytycznego myślenia i przewidywania przyszłości u młodzieży powoduje, iż ważniejsza jest natychmiastowa nagroda w postaci „psychologicznej ulgi” niż odległe negatywne konsekwencje (Scheier i inni, 1996).

Oczekiwania związane z działaniem alkoholu nie tylko torują drogę inicjacji alkoholowej i motywują do częstszego używania, a następnie nadużywania. Mogą również wpływać na inne zachowania ryzykowne podejmowane pod wpływem alkoholu.

Poważne badania wykazały, że picie alkoholu i ryzykowne zachowania seksualne często ze sobą współwystępują, przy czym konsumpcja alkoholu stanowi czynnik sprawczy. Jak wiemy, część inicjacji seksualnych u młodzieży odbywa się pod wpływem alkoholu. Próbowano opisać mechanizmy leżące u podłoża takiego związku.

Niektórzy badacze wysuwają hipotezę, iż ogniwem łączącym picie i zachowania seksualne są właśnie indywidualne oczekiwania, będące odbiciem rozpowszechnionych przekonań na temat działania alkoholu. Jeżeli ktoś jest przekonany, że alkohol powoduje pobudzenie seksualne (a jest to szeroko rozpowszechniony mit), to istnieje większe prawdopodobieństwo, iż podejmie aktywność seksualną po wypiciu. Mniej prawdopodobne natomiast są zachowania seksualne po wypiciu u osoby, która takich przekonań nie ma.

Tak więc zachowania jednostki po użyciu alkoholu są sterowane jej oczekiwaniami, co zaczyna działać jako samospełniająca się przepowiednia (Dermen, Cooper, Agocha, 1996).

Wyżej cytowani autorzy relacjonują badania przeprowadzone na grupach mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne. Badano grupę sądzonych za dokonanie gwałtu oraz grupę skazanych za zaczepianie i seksualne molestowanie dzieci. Wszyscy skazani dopuścili się karalnego czynu pod wpływem alkoholu. W obu przypadkach badani mieli głęboko zakorzenione przekonanie, że alkohol znosi hamulce i pobudza do takich właśnie zachowań, za jakie zostali ukarani.

Normy grupowe i przekonania normatywne

Wszyscy dorośli mający kontakt z dorastającą młodzieżą zwracają uwagę na ogromny konformizm nastolatków, współwystępujący z ciągłym demonstrowaniem niezależności i nonkonformizmu. Gotowość demonstrowania niezależności występuje u nich przede wszystkim w odniesieniu do wartości, norm i reguł obowiązujących w świecie dorosłych. Natomiast w grupie rówieśników większość dorastających zachowuje daleko posunięty konformizm. Wskazuje na to ich język, wygląd (ubiór, fryzura), zainteresowania (muzyka, lektury) i zachowania. Gdyby w szkole publicznej podano informację, że od 1 września wszystkich uczniów obowiązują mundurki, prawdopodobnie młodzież potraktowałaby taki nakaz jako zamach na swoją wolność. Jednak w rzeczywistości wielu z nich jest **dobrowolnie umundurowanych**. Zdobywają elementy umundurowania i różne akcesoria nieraz dużym nakładem starań i nawet kosztem pewnych wyrzeczeń.

Noszą też „mundur”, nie zważając na względy estetyczne czy wygodę (na przykład buty typu glany w upalne lato).

Dla wyjaśnienia tego zjawiska trzeba wkroczyć na teren psychologii społecznej, odwołując się również do prawidłowości rozwojowych wieku dojrzewania.

Nastolatek usiłuje określić swoją **tożsamość**, a więc odpowiedzieć sobie na pytania: **kim jestem?** oraz **jaki jestem?** Poszukuje więc ciągle informacji na temat własnej osoby i obserwuje zachowania osób z bliskiego otoczenia.

Młody człowiek usiłuje określić, kim jest, na podstawie tego, **jak postrzegają go inni**.

Teoria porównań społecznych głosi, że „dokonujemy porównań, gdy nie mamy pewności, jacy jesteśmy pod względem danej cechy i nie ma żadnego obiektywnego kryterium, którym moglibyśmy się posłużyć. Zazwyczaj za przedmiot porównań wybieramy sobie tych, którzy są do nas podobni, ponieważ ma to dla nas największą wartość diagnostyczną” (Aronson i inni, 1997, s. 258).

Nastolatek sprawdza więc, jak reagują na niego rówieśnicy i obserwuje zachowania kolegów w różnych sytuacjach, porównując się z nimi, a także próbując ich naśladować. Potrzebuje wzorów, na podstawie których mógłby modelować swój wygląd i zachowanie. Rolę wzorców – pozytywnych albo negatywnych – pełnią przede wszystkim rodzice, nauczyciele i inne osoby znaczące (gwiazdy filmu, muzyki czy sportu). Mogą to być także liderzy młodzieżowi.

Jak mówi psychologia społeczna, chcąc ustalić pewien poziom doskonałości (ideał), porównujemy siebie z tymi, którzy pod względem danej cechy plasują się wyżej od nas (Aronson i inni, 1997).

Grupa rówieśnicza ma w okresie dorastania duży wpływ na zachowania jej członków. Od tego, jakie **wzorce** znajduje w niej dziecko oraz jakie obowiązują w niej **normy grupowe** (jawne lub ukryte reguły postępowania), w znacznym stopniu może zależeć zachowanie jednostki.

Ludzie zachowują się konformistycznie po to, żeby **zyskać akceptację** innych i żeby się upodobnić do innych. Podporządkowują się normom grupowym, przyjmują uznawane przez grupę wartości i przekonania, żeby móc być z innymi i nie narazić się na **izolację społeczną**, gdyż osobie, która nie chce się upodobnić, grupa wyznacza pozycję dewianta i odbiera przywileje należne pełnoprawnemu jej członkowi. Wpływ grupy na nasze zachowanie jest tym większy, im bardziej dana grupa jest dla nas ważna, im bardziej nam na niej zależy (Aronson i inni, 1997).

Przy omawianiu czynników chroniących i czynników ryzyka wspomniano, że **im słabsza jest więź dziecka z rodzicami, tym silniejszy jest wpływ grupy rówieśniczej** (Kazdin, 1996).

Dla pozbawionego akceptacji i oparcia nastolatka grupa rówieśnicza będzie bardzo ważna jako miejsce zaspokajania wielu istotnych potrzeb. Można przewidywać, że nie odważy się on przeciwstawić naciskom grupy, żeby nie narazić się na odrzucenie.

Jeżeli w grupie rówieśniczej funkcjonują niekorzystne normy, istnieje klimat przyzwolenia dla palenia, picia lub agresji, a nawet akceptacja takich zachowań, może to skłaniać niektórych słabszych jej członków do podejmowania zachowań ryzykownych.

W **interakcyjnym modelu funkcjonowania człowieka**, wypracowanym przez Jesorów, znajduje się grupa czynników określana jako system postrzegania środowiska (rodzinnego, rówieśniczego). Zgodnie z tą teorią zachowanie nastolatka będzie zależało nie tylko od tego, jaka jego grupa rówieśnicza naprawdę jest, jacy są jej członkowie

i jakie obowiązują w niej normy (czynnik obiektywny), ale także od tego, jak on sam ją postrzega, jakie ma przekonania związane z zachowaniami rówieśników (czynnik subiektywny).

Opierając się na własnych spostrzeżeniach i informacjach pochodzących z różnych źródeł, dorastający buduje własne **przekonania normatywne** związane z różnymi zachowaniami ryzykownymi. Są to przekonania dotyczące rozpowszechniania i społecznej akceptacji jakiegoś zachowania.

Może więc zbudować przekonanie, że picie alkoholu lub wczesny seks są szeroko rozpowszechnione wśród jego rówieśników i powszechnie przez nich akceptowane. Inaczej mówiąc, nabiera przekonania, że picie, palenie czy aktywność seksualna jest normą w jego wieku. Porównując się z innymi, może uznać, że choć dobrze robi, nie pijąc i nie paląc, to różni się od innych i nie jest normalny. U nastolatka takie przekonanie powoduje znaczny dyskomfort psychiczny i skłania do upodobnienia się do większości.

Amerykański badacz Hansen stwierdził, że przekonania normatywne związane z alkoholem (że piją wszyscy lub większość młodych ludzi i wszyscy to akceptują) są najczęstszym bezpośrednim impulsem do inicjacji alkoholowej. Zwraca on przy tym uwagę, iż najczęściej są to **błędne przekonania normatywne**, ponieważ w rzeczywistości nie wszyscy piją i nie wszyscy akceptują picie. Ale im wyżej niepijący nastolatek szacuje rozpowszechnienie picia wśród swoich równolatków (80%, 90%, 100%), tym sam jest bliższy inicjacji alkoholowej (Hansen, 1993).

Wysoką korelację między błędnymi przekonaniem a podejmowaniem zachowań ryzykownych stwierdzono również w polskich badaniach (Izdebski, 1993; Stępień, 1996).

Z wielu doniesień wynika, że niektórzy dorastający decydują się na inicjację tylko po to, żeby zredukować niepokój wynikający z przekonania, że znajdują się w grupie mniejszości. Jak podaje Izdebski, wśród badanych przez niego nastolatków (15–19 lat) do inicjacji seksualnej przyznaje się około 21%. Z tej grupy 7% prowadzi ryzykowną aktywność seksualną (wielu partnerów i dość częste stosunki). Natomiast aż 75% ograniczyło się tylko do inicjacji (Izdebski, 1993). Ten ostatni wynik można interpretować jako chęć zaspokojenia ciekawości lub (i) dowód silnego oddziaływania błędnych przekonań normatywnych związanych z seksem.

Młodzież, decydując się na inicjację alkoholową, narkotykową czy seksualną, często robi to wbrew własnym chęciom, musi pokonać wiele barier, lęków i obaw. Podejmuje jakieś zachowania ryzykowne nieraz bardziej z poczucia obowiązku niż dla przyjemności. Działanie przekonań normatywnych jest widoczne w wypowiedziach nastolatków zwracających się psychologowi lub seksuologowi na temat inicjacji. Na pytanie: „Dlaczego podjąłeś taką decyzję?” pada charakterystyczna odpowiedź: „Bo w moim wieku trzeba to mieć już za sobą” (Obuchowska, Jaczewski, 1992).

Nie występuje tu bezpośrednia presja grupy, nikt ich nie namawia do podjęcia ryzykownego zachowania. Przekonania normatywne uruchamiają najwyraźniej **mechanizm autoprymusu**.

Hansen stwierdza, że do budowania błędnych przekonań normatywnych u młodzieży przyczyniają się głównie media, a szczególnie prasa i programy dla młodych odbiorców. Podawanie wysokich statystyk dotyczących ryzykownych zachowań nastolatków, tytuły artykułów prasowych: *Młodzież pije* albo *Młodzież ucieka w narkotyki* czy wreszcie wywiady z młodymi ludźmi opowiadającymi o swoich doświadczeniach związanych z alkoholem czy seksem może spowodować wzrost błędnych przekonań u dorastających.

Na przykład w popularnym piśmie młodzieżowym *Bravo Girl* znajduje się rubryka *Mój pierwszy raz*, w której zamieszczane są zwierzenia nastolatków na temat inicjacji seksualnej. Wiek respondentów waha się między 16 a 17 rokiem życia. Nic więc dziwnego, że wielu młodych ludzi, zbliżając się do tego wieku, usiłuje się dowiedzieć od specjalistów, czy już powinni to zrobić. Ich motywacja jest najczęściej pozaseksualna.

Nieostrożne i nieumiejętne upowszechnianie informacji na temat ryzykownych zachowań młodzieży powoduje obiektywny wzrost takich zachowań. Tego typu przekazy powodują bowiem dwa bardzo poważne, niekorzystne efekty:

- zawyżają skalę zjawiska w świadomości młodych odbiorców;
- paraliżują działania dorosłych, którzy usiłują przeciwdziałać zagrożeniom w swoim otoczeniu (Wojcieszek, 1996).

Hansen przetestował skuteczność dwunastu strategii zapobiegających picciu alkoholu przez młodzież, stosowanych w szkolnych programach profilaktycznych. Okazało się, że **najbardziej skuteczne są działania mające na celu właśnie rozbijanie błędnych przekonań normatywnych.** Nie chodzi tu o podawanie prawdziwych statystyk. Jest to bardzo ryzykowne, zwłaszcza w odniesieniu do alkoholu, ponieważ picie jest naprawdę bardzo rozpowszechnione. Hansen zaleca raczej konfrontowanie uczniów mających błędne przekonania normatywne z ich rówieśnikami, którzy nie piją i zupełnie dobrze sobie radzą (dowód, że nie wszyscy młodzi piją) oraz pokazywanie atrakcyjnych wzorców odrzucających zachowania ryzykowne (Hansen, 1993). Z badań nad konformizmem społecznym wynika, że obserwowanie, jak inna osoba opiera się normatywnemu wpływowi grupy, zachęca jednostkę do podobnego postępowania. Łatwiej też zachować swoje niepopularne przekonania w sytuacji nacisku grupowego (płynąć pod prąd), jeżeli ma się choć kilku sprzymierzeńców (osoby myślące i zachowujące się podobnie do nas), (Aronson, 1997).

Warto jednak mieć na uwadze, że różne informacje podawane przez dorosłe osoby znaczące, w tym realizatorów programów profilaktycznych, mogą również przyczyniać się do powstawania błędnych przekonań u dzieci i młodzieży.

Z rozważań nad wpływem czynników emocjonalno-poznawczych na zachowania młodzieży wynikają kolejne wskazania dla profilaktyki:

Programy adresowane do dzieci i młodzieży powinny zawierać działania skierowane na zakwestionowanie niekorzystnych norm, oczekiwań i przekonań oraz umożliwiające zbudowanie w ich miejsce norm, przekonań i oczekiwań prawdziwych i pozytywnych.

Rozdział II

Fenomen odporności – *resilience*

Przez długi czas znajomość czynników chroniących i ich wpływu na zdrowie i funkcjonowanie człowieka była niewielka. W polu zainteresowania specjalistów znajdowały się głównie czynniki ryzyka, których identyfikacja pozwalała oszacować stopień ryzyka uzależnienia się od środków psychoaktywnych, nieprzystosowania społecznego czy zachorowania na różne choroby psychiczne. W wyniku badań powstawały coraz dłuższe listy czynników ryzyka – ogólnych i specyficznych – dotyczących różnych zachowań ryzykownych i zaburzeń. Umożliwiała to jeszcze lepsze rozumienie ich uwarunkowań. Starano się także określić znaczenie i siłę wpływu poszczególnych grup czynników. Wiedzę tę wykorzystywano i wykorzystuje się obecnie w programach profilaktycznych i terapeutycznych.

Profilaktyka skoncentrowana na eliminowaniu ważnych znanych czynników ryzyka, określona przez J. Kwaśniewskiego (Szymańska, Zamecka, 2002) mianem **profilaktyki defensywnej**, stała się na wiele lat kierunkiem dominującym. Efektywność programów była jednak ograniczona niemożnością wyeliminowania wielu istotnych czynników ryzyka, obecnych w życiu dziecka: rodzinnych (np. brak rodziców, rozpad rodziny, choroba psychiczna rodziców) lub zdrowotnych (np. wyraźne defekty fizyczne i niepełnosprawność, poważna przewlekła choroba).

Warto także zauważyć, że powiększające się zasoby wiedzy o czynnikach i ścieżkach ryzyka oraz jej upowszechnienie spowodowały też uboczne negatywne skutki, które przyczyniły się do wytworzenia i utrwalenia stereotypu **dziecka z rodziny dysfunkcyjnej** lub **dziecka niepełnosprawnego** oraz do pewnego determinizmu w myśleniu o jego perspektywach życiowych. Są one nadal wyraźnie widoczne w reakcjach wielu nauczycieli, wychowawców lub pracowników pomocy społecznej. Uczeń mający poważne problemy rodzinne otrzymuje diagnozę, która uprawnia go do pobierania pomocy materialnej, ale równocześnie zostaje naznaczony negatywną etykietą towarzyszącą mu przez cały okres nauki szkolnej. W przekonaniu wielu dorosłych młody człowiek, u którego łatwo zidentyfikować liczne i poważne czynniki ryzyka, zwłaszcza rodzinne, jest skazany na rozmaite dysfunkcje, na przebywanie w obszarze ryzyka do końca życia i niewiele można dla niego zrobić. W niektórych przypadkach tak się rzeczywiście zdarza. Współczesne doniesienia dowodzą jednak, iż nie jest to regułą.

Wyniki badań podłużnych, w tym międzykulturowych, okazały się niezwykle optymistyczne. Dostarczyły dowodów, że większość dzieci, nawet rozwijających się w warunkach wieloczynnikowego i poważnego ryzyka, może wyrosnąć na dobrze przystosowanych, kompetentnych i prospołecznie nastawionych dorosłych. Wbrew wszelkim oczekiwaniom wykazują odporność życiową. Odkrywcą zjawiska odporności i pionierem badań był amerykański psycholog kliniczny Norman Garmezy.

W kilku projektach prowadzonych przez wiele lat badano dzieci z rodzin dysfunkcyjnych – mających rodziców chorych psychicznie, alkoholików, narkomanów, kryminalistów, dotkniętych ubóstwem, stosujących różne formy przemocy. Stwierdzono, ku zdumieniu badaczy, iż 50–70% z nich przewyciężała niekorzystne uwarunkowania i manifestowała odporność (ang. *resilience* lub *resiliency*). Ich linia życia przebiegająca

początkowo w obszarze ryzyka wyraźnie skręcała w kierunku dobrego przystosowania (Garmezy, Masten, 1991; Ostaszewski, 2005; Werner, Smith, 1992).

Udowodnione zjawisko odporności – pomimo długotrwałego narażenia jej na działanie poważnych czynników ryzyka – wymusza rewizję dotychczasowych przekonań, stymuluje poszukiwanie czynników chroniących oraz poznawanie **procesu budowania odporności**. Już początkowe rezultaty uzyskane w latach 90. okazały się na tyle obiecujące, że przyczyniły się do uruchomienia wieloletnich programów badawczych i otworzyły nowy rozdział w naukowej profilaktyce. We współczesnych badaniach nad zjawiskiem odporności autorzy starają się ocenić i poddać weryfikacji teorie dotyczące rozwoju i przystosowania się człowieka. Trwa identyfikacja specyficznych czynników chroniących, mechanizmów ich oddziaływania na jednostkę i interakcji z czynnikami ryzyka, a także poznawanie chroniących procesów. Badania pozwalają coraz bardziej precyzyjnie określić wpływ poszczególnych cech jednostki, środowiska i wydarzeń życiowych. Powstało wiele, częściowo pokrywających się, definicji *resilience*. Przytoczę jedną z nich.

Resilience – termin używany do opisu zestawu czynników, które umożliwiają prawidłowy przebieg procesu adaptacji i transformacji pomimo istniejących czynników ryzyka i życiowych nieszczeńć (Bernard, 1995).

Masten, Best, Garmezy (1990) stwierdzają, że przeciwności życiowe mogą mieć charakter biologiczny, jak ciężka choroba lub ułomność fizyczna, materialny albo społeczny. Występują w postaci dramatycznych i traumatycznych wydarzeń lub też mają charakter chroniczny, jak brak rodziny, długotrwałe ubóstwo czy choroba. Aby w takich warunkach się rozwijać, dojrzewać i zdobywać kompetencje, jednostka musi uruchomić wszystkie swoje zasoby – biologiczne, psychologiczne i środowiskowe.

Sformułowanie pełnej definicji oraz ocena *resilience* nie są łatwe, ponieważ odporność jest fenomenem bardzo złożonym. Obejmuje zarówno uwarunkowania biologiczne (typ temperamentu), zdolności poznawcze, cechy osobowości, umiejętności społeczne, jak i czynniki środowiskowe.

Każdy rodzi się z wrodzoną zdolnością do budowania odporności. Zdaniem wymienionych wyżej autorów, ludzie odporni już we wczesnym dzieciństwie ujawniają specyficzne cechy, np. energię, aktywność, ciekawość świata, odwagę, które utrzymują się w następnych fazach rozwojowych aż do dorosłości. Wykazują też większą tolerancję na frustrację i kontrolę impulsów. Prawdopodobnie posiadają odpowiednie wyposażenie genetyczne i biochemiczne. **Wielu ludzi ma podobne zestawy cech, ale jeżeli nie doświadczyli w życiu silnego lub chronicznego stresu, trudno mówić o odporności.**

Różne **cechy czy właściwości jednostki wiążą się z odpornością** i poszczególni autorzy układają ich nieco odmienne listy. Wiele z nich powtarza się jednak, toteż można uznać je za znaczące (Lifton, 1994; Werner, Smith, 1992; Goldstein, Brooks, 2005):

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

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

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

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

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

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

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

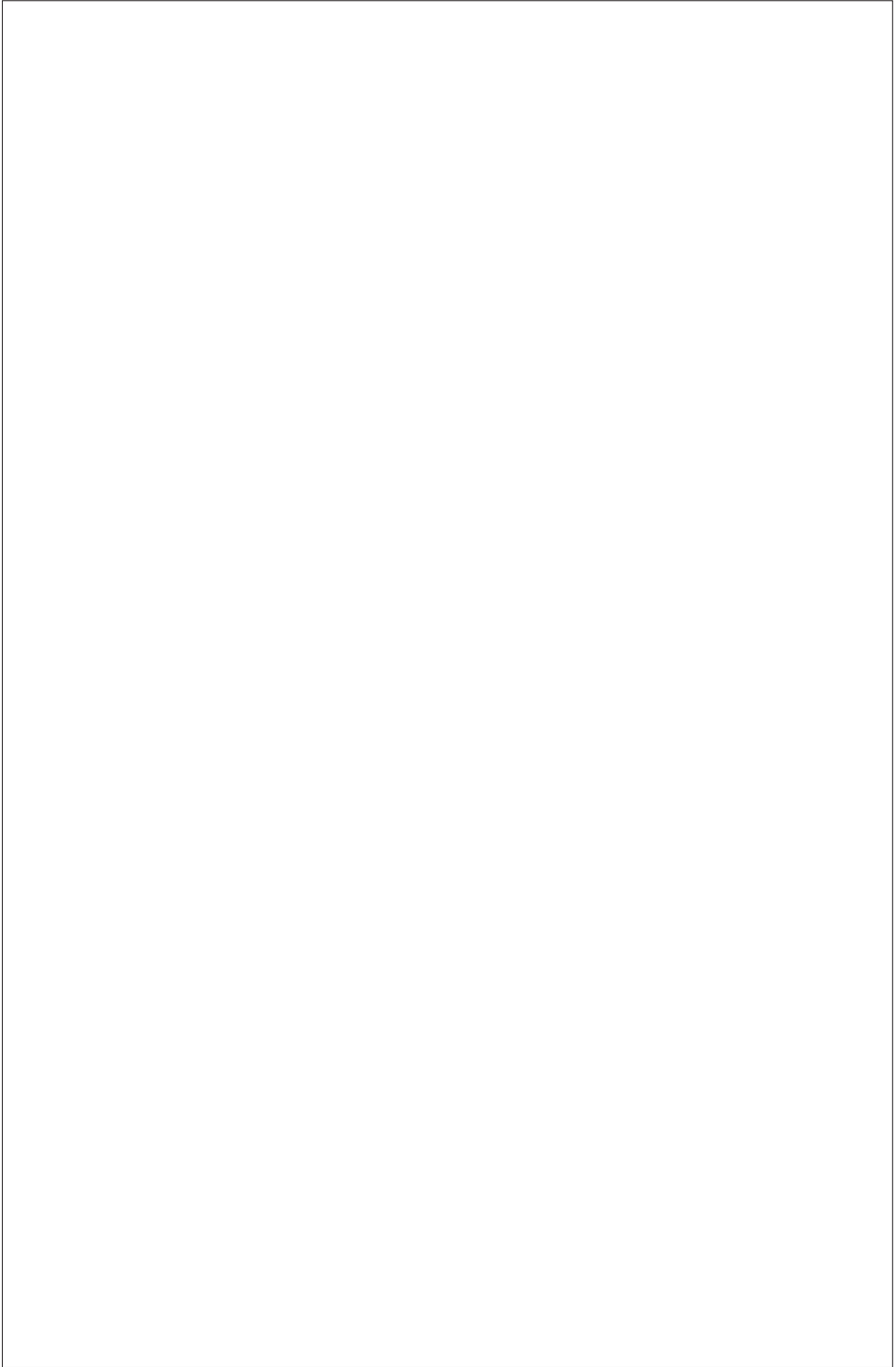
Badacze podkreślają też wagę czynników środowiskowych. Odporność nie pochodzi tylko od samej jednostki. Aby ją wykształcić, nie wystarczą odpowiednie cechy osobowości. Dzieci ciągle walczące z poważnymi przeciwnościami życiowymi nie są w stanie osiągnąć odporności same. Potrzebują opieki, miłości i wsparcia ze strony dorosłych – rodziców, opiekunów, nauczycieli, wychowawców i innych osób z bliższego otoczenia. Często cierpią i muszą ponosić ofiary. Walka z przeciwnościami życiowymi jest bardzo kosztowna. Ceną, którą płacą za swe dobre przystosowanie, są trudności emocjonalne, a także problemy zdrowotne doświadczane w dorosłym już życiu. Przeważnie są to choroby psychosomatyczne będące konsekwencją przewlekłego stresu. Wpływem dorosłych osób, znaczących w budowaniu odporności dzieci, zajmiemy się w dalszej części tego rozdziału oraz w rozdziale III.

Odkrycie zjawiska odporności oraz coraz głębsze poznawanie czynników i procesów chroniących otworzyły inne perspektywy, kierując profilaktykę na nowe tory. Wpłynęły na zmianę podejścia do profilaktyki, zwłaszcza wczesnej, a także potwierdziły jej ścisły związek z wychowaniem. Wzmacnianie czynników chroniących i budowanie odporności stało się dominującym nurtem profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, który bywa określany mianem **profilaktyki konstruktywnej** (Szymańska, Zamecka, 2002) lub **pozytywnej** (Ostaszewski, 2005).

<p>Defensywna Eliminacja lub redukcja czynników ryzyka</p>	<p>Konstruktywna (pozytywna) Wzmacnianie czynników chroniących, rozwijanie potencjału</p>
---	--

Nie oznacza to, iż obecnie rezygnujemy z wpływania na modyfikowalne czynniki ryzyka. Działania defensywne, jak monitoring wizyjny w szkołach czy dyżury nauczycieli podczas przerw, są również potrzebne. Wielokierunkowe podejście zwiększa skuteczność profilaktyki.

Warunkiem skuteczności profilaktyki problemów dzieci i młodzieży jest skoordynowane działanie we wszystkich obszarach funkcjonowania. Oznacza to, że interwencje profilaktyczne powinny być skierowane na najważniejsze modyfikowalne czynniki ryzyka i czynniki chroniące tkwiące zarówno w samej jednostce, w jej bliskim otoczeniu społecznym, jak i szeroko rozumianym środowisku (Coie i inni, 1996).



Rozdział III

Kryteria doboru oddziaływań profilaktycznych

1. Stopnie zagrożenia

W populacji dorastających znajdują się osoby niejednakowo narażone na dysfunkcje i wynikające z nich szkody. Od dawna w celu diagnozy, terapii i profilaktyki podejmowano próby oszacowania stopnia ryzyka. Zwykle za kryteria umożliwiające określenie stopnia zagrożenia przyjmuje się obecność różnych problemów, ich liczbę oraz głębokość. Inaczej mówiąc, stopień ryzyka związanego z nieprawidłowymi zachowaniami, jeśli one występują, zależy od tego, jak bardzo zaburzone jest zachowanie, na ile chroniczny jest jego charakter i jakie są czynniki towarzyszące.

Niektórzy autorzy dzielą populację dorastających na dwie grupy: **grupę niskiego ryzyka**, w której znajdują się osoby jeszcze niepodejmujące zachowań ryzykownych, oraz **grupę podwyższonego ryzyka**, w której można uwzględnić trzy podgrupy:

- **grupę umiarkowanego ryzyka** – osoby, u których obserwujemy pojedyncze zachowania problemowe;
- **grupę wysokiego ryzyka** – osoby, u których występują dwa, trzy typy zachowań problemowych;
- **grupę bardzo wysokiego ryzyka** – osoby podejmujące liczne i bardzo poważne zachowania ryzykowne (Kazdin, 1996).

W dokumentach międzynarodowych i w literaturze najczęściej stosowany jest podział wyróżniający trzy stopnie zagrożenia:

- **grupę niskiego ryzyka**, do której należą osoby niepodejmujące zachowań ryzykownych – są jeszcze **przed inicjacją**;
- **grupę podwyższonego ryzyka**, w której znajdują się osoby po podjęciu choć jednego z zachowań ryzykownych – są **po inicjacji** i u których obserwujemy ponadto liczne czynniki ryzyka (eksperymentatorzy);
- **grupę wysokiego ryzyka**, do której należą osoby z głęboko utrwalonymi zachowaniami ryzykownymi i które odczuwają poważne negatywne konsekwencje (zdrowotne i społeczne) swoich zachowań ryzykownych (alkoholicy, narkomani, prostytutki, przestępcy).

W populacji dzieci i młodzieży szkolnej nadal najliczniejsza jest grupa niskiego ryzyka, zwłaszcza w szkołach podstawowych. Na etapie gimnazjum skokowo wzrasta liczebność grup podwyższonego ryzyka. Po wejściu w okres dojrzewania wielu uczniów przechodzi inicjację tytoniową, alkoholową i inną. Im starsza klasa, tym liczniejsza staje się grupa ryzyka.

Według szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) liczebność grup ryzyka w populacji dzieci i młodzieży kształtuje się następująco:

- **20–30%** – grupa podwyższonego ryzyka;
- **3–12%** – grupa wysokiego ryzyka wymagająca leczenia i rehabilitacji.

Liczebność grup ryzyka jest różna w poszczególnych krajach, a także w środowiskach lokalnych. Zapotrzebowanie na profilaktykę wynika ze stopnia zagrożenia i specyfiki

poszczególnych grup ryzyka (*Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health*, 2002).

Osoby, które można zaklasyfikować do grupy wysokiego ryzyka, nadal stanowią w polskiej szkole mniejszość. Wyniki badań epidemiologicznych z 2007 roku nad różnymi zachowaniami ryzykownymi wśród młodej populacji Polaków, po okresie dynamicznego wzrostu w latach 90., potwierdzają stabilizację trendów lub nawet lekkie tendencje spadkowe. Nie powinno nas to jednak uspokajać. Trendy te mogą się szybko odwrócić. Nadal też niemała część populacji młodzieży podejmuje różne zachowania problemowe. Warto przy okazji zauważyć, że nawet dzieci zachowujących się dotychczas prawidłowo nie uważa się za grupę zerowego ryzyka. Istnieje bowiem potężny rynek, na którym seks i przemoc są takim samym towarem jak alkohol, tytoń czy narkotyki. Rynek posługuje się agresywnymi, profesjonalnie przygotowanymi działaniami marketingowymi, skierowanymi właśnie na młodych, mało krytycznych odbiorców. Istnieją też media, które upowszechniają niekorzystne wzorce i budują błędne przekonania u dzieci i młodzieży. Coraz większą rolę odgrywa internet, w którym można znaleźć instruktaż wszelkich zachowań ryzykownych, z samobójstwem włącznie, zakupić nielegalne substancje i nawiązać rozmaite kontakty. Tak więc każde dziecko można uznać za potencjalnie zagrożone.

Przejście inicjacji w zakresie zachowania problemowego zwiększa zagrożenie. Jak wiemy, może to być tylko jednorazowy eksperyment, ale przekroczenie pewnej bariery ułatwia ponowne eksperymenty. Ważniejsza jest jednak obecność licznych lub poważnych czynników ryzyka. Występowanie takich czynników i brak ważnych czynników chroniących w życiu dziecka pozwalają z dużym prawdopodobieństwem przewidywać, że zachowania ryzykowne będą się mnożyły i utrwały, wywołując coraz poważniejsze konsekwencje.

2. Poziomy profilaktyki

W bogatej literaturze przedmiotu znajdujemy dwa główne podziały poziomów profilaktyki (Tabela 2.). Starą klasyfikację, wprowadzoną w 1957 roku przez Komisję do spraw Chronicznych Chorób, następnie zatwierdzoną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), oraz nową, wprowadzaną stopniowo od 2000 roku. Warto więc poznać oba podziały i ich uzasadnienia.

Stara klasyfikacja poziomów profilaktyki

Według tej klasyfikacji profilaktyka zachowań ryzykownych prowadzona jest na trzech poziomach odpowiadających trzem wyżej opisanym stopniom zagrożenia:

Profilaktyka pierwszorzędowa adresowana jest do grupy niskiego ryzyka. Działaniami zapobiegawczymi obejmuje się szerokie niezdiagnozowane populacje. Głównym terenem działań jest szkoła. Profilaktyka pierwszorzędowa ma dwa cele – promocję zdrowego stylu życia oraz **opóźnienie wieku inicjacji**, a przez to zmniejszenie zasięgu zachowań ryzykownych. Poprzez różne działania przekazuje się młodzieży komunikat: **POCZEKAJ DO DOROSŁOŚCI!**

Profilaktyka drugorzędowa kierowana jest do grupy podwyższonego ryzyka. Celem działań jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji, umożliwienie wycofania się z zachowań ryzykownych (na przykład poradnictwo rodzinne i indywidualne,

socjoterapia). Poprzez różne działania przekazuje się młodzieży komunikat: WYCOFAJ SIĘ! (dopóki jeszcze możesz).

Profilaktyka trzeciorzędowa odnosi się do grupy wysokiego ryzyka. Ma na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego i degradacji społecznej oraz umożliwienie powrotu do normalnego życia w społeczeństwie. Polega głównie na leczeniu, rehabilitacji i resocjalizacji (Gaś, 1997; Kazdin 1996).

Im głębszy jest poziom profilaktyki, tym większe są jej koszty (konieczność zatrudnienia wysoko kwalifikowanych specjalistów, dłuższy czas trwania) oraz mniejsza okazuje się skuteczność (Gaś, 1993).

Tę prawidłowość można zilustrować, odwołując się do profilaktyki stomatologicznej.

Wobec całej populacji dzieci i młodzieży organizuje się akcję profilaktyczną pt. *Biały ząbek*, do której włączają się media i producenci pasty do zębów. Dzieci uczą się zasad higieny i zachęca do mycia zębów. Nie muszą robić tego profesjonaliści. Może to być nauczyciel, dziennikarz, pielęgniarka szkolna. W ramach profilaktyki pierwszorzędowej organizuje się również akcję fluorowania zębów u młodszych dzieci.

W trakcie działań pierwszorzędowych ujawnia się grupa dzieci, które z uwagi na obecność czynników ryzyka (genetycznych, złego odżywiania się, braku higieny) mają słabe szkliwo lub ubytki w masie kostnej. Trzeba więc zęby polakierować lub zaplombować. Tu już potrzebny jest lekarz stomatolog, gabinet z kosztownym wyposażeniem, różne materiały. Tym dzieciom sama profilaktyka pierwszorzędowa nie pomoże, trzeba więc podjąć działania interwencyjne (drugorzędowe).

Zdarza się, że mimo działań pierwszo- i drugorzędowych część osób traci większość lub wszystkie zęby, i trzeba wyposażyć je w protezę, aby mogły normalnie jeść. Potrzebny jest lekarz stomatolog oraz protetyk, każdy z odpowiednio wyposażonym gabinetem, oraz kosztowne materiały. Nieodwracalnych szkód nie da się cofnąć, można zmniejszać ich dolegliwość i nie dopuszczać do powstania nowych szkód (na przykład zaburzeń gastrycznych). Są to działania trzeciorzędowe.

W profilaktyce **ważne jest zachowanie kolejności działań**. Jeżeli pewna niezdiagnozowana populacja jest hipotetycznie zagrożona epidemią, bezpiecznie możemy zalecać przyjmowanie witamin, dobre odżywianie się czy wypoczynek. Nie podaje się wszystkim antybiotyków na wszelki wypadek albo dlatego, że jedno dziecko w grupie zachorowało. Efektem takich działań może być spadek odporności u zdrowych dzieci i zwiększenie tym samym ryzyka infekcji. Działania profilaktyczne, zwłaszcza drugo- i trzeciorzędowe, powinny być poprzedzone rzetelną diagnozą.

W psychoprofilaktyce **działania pierwszorzędowe** są rodzajem szczepionki serwowanej zdrowym dzieciom i młodzieży w celu zwiększenia ich odporności na rozmaite zagrożenia. Dobrze przygotowane programy realizowane w klasach szkolnych mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania zarówno całych grup, jak i poszczególnych jednostek. Zawsze jednak może się zdarzyć, że w grupie znajdują się uczniowie, dla których taka szczepionka jest zbyt słaba lub podana za późno. Na przykład dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym albo z innymi poważnymi problemami rodzinnymi i szkolnymi programy pierwszorzędowe przypominają podawanie witamin na anginę. Ich skuteczność w odniesieniu do grupy podwyższonego ryzyka jest mała lub żadna. Dzieci te mogą się ujawnić właśnie w trakcie trwania programu, poszukując pomocy u prowadzącego. Każde z nich wymaga indywidualnej diagnozy i podjęcia działań **interwencyjnych**, które należą do profilaktyki drugorzędowej.

Programy drugorzędowe adresowane są do młodzieży i małych grup dzieci przeżywających liczne trudności. Organizowane są na przykład grupy socjoterapeutyczne, które dzieciom zaniedbanym wychowawczo umożliwiają lepsze przystosowanie się do wymogów życia społecznego, grupy dla dzieci alkoholików itp. Ponieważ zachowanie dziecka jest najczęściej reakcją na sytuację domową i szkolną, niezwykle ważne jest równoczesne oddziaływanie na rodzinę i szkołę, jeżeli tylko jest to możliwe. Zakłada się, że korzystne zmiany w środowisku dziecka spowodują pożądaną zmianę jego zachowania.

Jak już wspomniano, **profilaktyka trzeciorzędowa** adresowana jest do grup wysokiego ryzyka, które odczuwają poważne szkody powstałe w wyniku długotrwałych zachowań ryzykownych. Działania na tym poziomie są nastawione zarówno na indywidualne problemy każdej jednostki, jak i na specyficzne trudności związane z typem zaburzenia. Oprócz terapii indywidualnej obejmują programy skonstruowane specjalnie dla grup alkoholików, grup narkomanów lub osób, które weszły w konflikt z prawem.

W **profilaktyce pierwszorzędowej** realizatorami programów są przede wszystkim nauczyciele wspierani przez psychologów, terenem działań jest głównie szkoła.

W **profilaktyce drugorzędowej** realizatorami działań są przede wszystkim psychologowie (socjoterapeuci, doradcy rodzinni), przy czym ważne jest wsparcie psychologów klinicystów. Zajęcia prowadzone są najczęściej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, klubach lub świetlicach socjoterapeutycznych.

W **profilaktyce trzeciorzędowej** realizatorami programów są lekarze specjaliści, psychologowie klinicyści, psychoterapeuci, rehabilitanci, pracownicy socjalni, kryminolodzy, wyspecjalizowani pracownicy policji itp. Programy te wymagają współpracy przedstawicieli wielu resortów. Terenem działań są poradnie specjalistyczne, szpitale, zakłady karne, kluby, placówki wychowawcze i resocjalizacyjne.

Ten podział występuje w większości znaczących publikacji w Polsce i nadal jest używany. W opracowaniach powstałych po 2005 roku autorzy posługują się już nową klasyfikacją. Choć wcześniejszy podział wydaje się prosty i czytelny, ma też mankamenty odnotowywane w praktyce profilaktycznej. Przez kilka lat trwała dyskusja specjalistów, czy profilaktykę trzeciorzędową należy jeszcze zaliczać do profilaktyki. Stawiano zarzuty, że miesza się profilaktykę z leczeniem, resocjalizacją i rehabilitacją. Skoro programy dla grup wysokiego ryzyka – zwłaszcza oparte na strategii zmniejszania szkód – zaliczano do profilaktyki, niektórzy praktycy uznawali, że można je aplikować również dzieciom i młodzieży z grupy niskiego ryzyka. Podobne błędy opisano w rozdziale dotyczącym szkodliwości niektórych działań profilaktycznych.

W latach 90. ubiegłego wieku zaczęto powracać do dawnej koncepcji Gordona i rewidować ją. Profilaktyka została wyraźnie oddzielona od leczenia i innych działań adresowanych do osób i grup wysokiego ryzyka.

Nowa klasyfikacja poziomów profilaktyki

Podział zaproponowany w 1987 roku przez R. Gordona został zmodyfikowany i rozbudowany przez P. Mrazek i R. Haggerty'ego w 1994 roku. W 2003 roku The Center for Substance Abuse Prevention (Centrum Profilaktyki Uzależnień) wprowadziło go jako obowiązujący na terenie USA. Od 2005 roku jest upowszechniany w krajach Unii Europejskiej. Nowa klasyfikacja wyodrębnia również trzy poziomy profilaktyki: uniwersalną, selektywną i wskazującą (*Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health*, 2002).

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

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

Profilaktyka wskazująca kierowana jest do tych jednostek z grup zwiększonego ryzyka, u których występują wczesne objawy dysfunkcji: różne niepokojące zachowania (np. częste wagary, okresowe upijanie się) i sygnały o pojawianiu się już poważniejszych problemów związanych z zachowaniem (np. kłopoty z policją, w domu). Jej celem jest ograniczenie czasu trwania dysfunkcji. Główne działania to indywidualna diagnoza przyczyn oraz interwencja, także w środowisku rodzinnym. Nie jest to jednak jeszcze terapia.

Działania podejmowane w tych trzech kategoriach (poziomach) profilaktyki różnią się intensywnością i czasem trwania. Im głębszy poziom profilaktyki, tym działania są dłuższe i bardziej intensywne. Równocześnie, im głębszy poziom profilaktyki, tym mniejsza jest liczba odbiorców (*Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health*, 2002).

W nowej klasyfikacji profilaktyka trzeciorzędowa została usunięta z obszaru profilaktyki, natomiast w profilaktyce drugorzędowej wydzielono dwa poziomy – selektywną i wskazującą.

Wymienione poziomy profilaktyki są częścią modelu ochrony zdrowia psychicznego opracowanego przez P. Mrazek i J. Haggerty'ego. Autorzy podjęli próbę uporządkowania wszystkich rodzajów działań (interwencji) prowadzonych w tym obszarze – od najkrótszych i najmniej intensywnych do głębokich i długotrwałych, stosownie do stopnia zagrożenia. Całe spektrum interwencji przedstawili graficznie, w postaci półkola lub wachlarza, którego kolejne wycinki to: promocja zdrowia, profilaktyka uniwersalna, profilaktyka selektywna, profilaktyka wskazująca, wczesna identyfikacja zaburzeń, wczesna terapia, standardowe leczenie, zapobieganie nawrotom i rehabilitacja (Mrazek, Haggerty, 1994).

Tabela 2. Porównanie starej i nowej klasyfikacji²

Klasyfikacja profilaktyki	
Stary podział	Nowy podział
Pierwszorzędowa	Uniwersalna
Drugorzędowa	Selektywna
	Wskazująca
Trzeciorzędowa	-----

² Źródło: Ostaszewski K., (2005), *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium”, nr 7, 8, s. 149–150.

Nowy podział, choć wyraźnie oddziela profilaktykę od innych działań, jest dla wielu osób nieco mniej czytelny. Stwarza też czasem kłopoty przy próbach przypisania konkretnego programu profilaktycznego do poziomu profilaktyki.

3. Strategie profilaktyczne i ich skuteczność

W profilaktyce prowadzonej na różnych poziomach można wykorzystywać kilka strategii.

Strategie informacyjne

Są to działania, których celem jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i tym samym umożliwienie dokonywania racjonalnego wyboru. U podstaw tych strategii leży przekonanie, że ludzie, zwłaszcza młodzi, zachowują się ryzykownie, ponieważ zbyt mało wiedzą o mechanizmach i następstwach takich zachowań. Zakłada się, iż dostarczenie informacji o skutkach palenia tytoniu, picia alkoholu, odurzania się narkotykami czy aktywności seksualnej spowoduje zmianę postaw, a w rezultacie wpłynie na zmianę zachowań. Zazwyczaj są to wykłady ilustrowane niekiedy filmami. Przez wiele lat w profilaktyce zachowań problemowych stosowano wyłącznie lub głównie właśnie strategię informacyjną, nie sprawdzając jej skuteczności. Dopiero badania statusu socjoekonomicznego osób z grup podwyższonego i wysokiego ryzyka wykazały, że wśród nadużywających alkoholu lub narkotyków znajduje się wiele pielęgniarek i lekarzy. A są to przecież osoby posiadające wiedzę na temat konsekwencji odurzania się. W latach 70. zaczęto stosować jeszcze inne strategie bazujące na teorii potrzeb (Malinowska, 1989; Gaś, 1993).

Strategie edukacyjne

Ich celem jest pomoc w rozwijaniu ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych (umiejętności nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom otoczenia itp.). U podstaw tych strategii leży przekonanie, że ludzie, nawet dysponujący odpowiednią wiedzą, podejmują zachowania ryzykowne z braku wielu umiejętności niezbędnych w życiu społecznym. Deficyt w zakresie kompetencji społecznych uniemożliwia im budowanie głębszych, satysfakcjonujących związków z ludźmi, powoduje ciągłą frustrację, uniemożliwia odnoszenie sukcesów, na przykład zawodowych. Szukają więc chemicznych lub innych podporęk, żeby przetrwać. Zakłada się, że rozwój takich umiejętności umożliwi młodym ludziom zaspokajanie najważniejszych potrzeb w sposób akceptowany społecznie. Programy edukacyjne składają się z bloków ćwiczeń, w których uczestnicy mogą poznawać własne braki w zakresie różnych umiejętności i zacząć je trenować. Są to przeważnie ćwiczenia właściwego komunikowania się, mówienia „nie” w sytuacji nacisku grupowego, odraczania reakcji emocjonalnych, relaksacji itp.

Strategie alternatywne

Mają na celu pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb (np. sukcesu, przynależności) oraz osiąganie satysfakcji życiowej poprzez stwarzanie możliwości zaangażowania się w działalność pozytywną, np. artystyczną, społeczną, sportową (Gaś, 1993; Hawkins, 1994; Malinowska, 1989). U podstaw tych strategii leży założenie, że wielu ludzi nie ma możliwości zrealizowania swej potrzeby aktywności, podniesienia samooceny poprzez osiągnięcie

sukcesów czy też rozwoju zainteresowań. Dotyczy to zwłaszcza dzieci i młodzieży zaniebanej wychowawczo. Wśród motywów picia lub brania narkotyków znajduje się nuda. Tak zwane podwórkowe dzieci, spędzające czas wolny między trzepakiem a śmietnikiem na miejskich blokowiskach, albo dzieci określane mianem dzieci ulicy, wędrujące przez miasto w poszukiwaniu wrażeń, są tego najlepszym przykładem. Działania alternatywne polegają właśnie na stwarzaniu alternatyw dla zachowań ryzykownych (coś zamiast picia, ćpania czy agresji). Są to miejsca oferujące atrakcyjne zajęcia: kluby sportowe, koła zainteresowań, teatry amatorskie albo zespoły muzyczne, harcerstwo itp.

Strategie interwencyjne

Celem działań w zakresie tych strategii jest pomoc osobom mającym trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu swoich problemów oraz wspieranie w sytuacjach kryzysowych (Gaś, 1993; Kazdin, 1996).

Strategie informacyjne, edukacyjne i alternatyw stosuje się na wszystkich trzech poziomach profilaktyki. Strategie interwencyjne, jako działania głębsze i bardziej zindywidualizowane, w zasadzie zastrzeżone są dla poziomu drugiego i trzeciego. Informacje na temat skutków picia, ćpania, agresji i aktywności seksualnej można przekazywać (stosownie do wieku) zarówno uczniom w szkole, jak i alkoholikom czy narkomanom. Trening w zakresie umiejętności psychologicznych i społecznych jest przydatny na każdym stopniu zagrożenia. W profilaktyce trzeciorzędowej stosuje się również specyficzne programy edukacyjne dostosowane do potrzeb osób uczestniczących (np. *Jak żyć bez alkoholu* albo *Jak żyć bez narkotyków*). Stwarzanie alternatyw jest ważne dla wszystkich, niezależnie od stopnia zagrożenia.

Strategie zmniejszania szkód (*harm reduction*)

Przewidziane są głównie dla potrzeb profilaktyki trzeciorzędowej. Adresatami działań są grupy najwyższego ryzyka, wobec których zawiodła wczesna profilaktyka, interwencje, terapia, resocjalizacja – narkomani i alkoholicy z długim stażem, prostytutki i recydywiści, którzy z różnych względów nie mogą lub nie chcą wycofać się z ryzykownych zachowań. Często żyją w trudno dostępnych gettach i stanowią niebezpieczny margines wymykający się spod kontroli instytucji państwowych i społecznych. Długoletni narkomani opiatowi i zdegradowani alkoholicy nie mogą łatwo zrezygnować z odurzania się. Z uwagi na zły stan zdrowia osób z grup najwyższego ryzyka, powszechną w tych środowiskach prostytutkę i przestępczość, profesjonalści podnoszą konieczność chronienia tych osób, a także społeczeństwa, przed skutkami ich zachowań – m.in. poprzez ochronę mienia zwykłych obywateli, niedopuszczanie do szerzenia się licznych chorób zakaźnych, zapobieganie wysokim kosztom leczenia przewlekłych schorzeń.

Polityka zmniejszania szkód jest wyrazem bezradności profesjonalistów wobec poważnych problemów społecznych. Podstawowe elementy strategii zmniejszania szkód to:

- docieranie z opieką medyczną do narkomanów;
- wydawanie czystych narkotyków na receptę;
- wymiana igieł i strzykawek;
- leczenie substytucyjne (terapia metadonem);
- pomoc socjalna;
- dystrybucja prezerwatyw, promocja i dystrybucja innych środków sterowania płodnością (Chmielewska, Baran-Furga, 1995; Moskalewicz, 1995; Pawelski, 1997).

Przykładem takich działań w niektórych krajach Europy Zachodniej są *Ambulatoria na kółkach* krążące wokół miejsc, gdzie gromadzą się alkoholicy i narkomani. Ponieważ sami nie zgłoszą się do lekarza, lekarze docierają do nich, oferując bezpłatną pomoc medyczną, igły, strzykawki, prezerwatywy, czasem metadon.

Strategie zmniejszania szkód stosuje się nie tylko wobec osób z trudno dostępnego marginesu, ale także wobec osób z krótkim stażem w zakresie zachowań problemowych, jeżeli są jakieś podstawy do stwierdzenia, że nie mają one motywacji do wycofania się z ryzykownej aktywności. Czasami uczennice ze szkół średnich i zawodowych zatrudniają się w agencjach towarzyskich lub uprawiają prostytutkę na własną rękę. Najczęściej są to młode dziewczyny z ubogich rodzin, toteż stosunkowo wysokie zarobki silnie je motywują do kontynuowania takiej aktywności. Niektóre kończą edukację na szkole podstawowej albo porzucają szkołę średnią, co uniemożliwia im zdobycie atrakcyjnego zawodu. Alternatywą dla prostytutki może być praca na przykład w charakterze sprzątaczkki z bardzo niskim uposażeniem. Często pracodawcy z agencji zapewniają opiekę medyczną, środki sterowania płodnością czy prezerwatywy, przede wszystkim dla ochrony klientów. Innym przykładem są programy *Piłeś – nie jedź!*, adresowane do pijących kierowców, albo materiały informujące, jak zmniejszyć szkody związane z użyciem konkretnego narkotyku, np. *Jeżeli zażyłeś ekstazę na technoparty, pamiętaj, aby robić przerwę w tańcu i dużo pić*.

W przypadku strategii zmniejszania szkód ich uzasadnieniem jest założenie, że wiele osób nie zrezygnuje z zagrażających zachowań, należy więc zmniejszyć samo zagrożenie.

Wymienione strategie profilaktyczne różnią się skutecznością.

Strategie informacyjne są mało skuteczne. Ludzie często zachowują się ryzykownie pomimo posiadanej wiedzy. Szczególnie dotyczy to nastolatków dysponujących nieraz dużym zasobem informacji, na przykład na temat szkodliwości używek, a jednocześnie podejmujących ryzyko odurzania się. Badania ewaluacyjne wielu programów, prowadzone przed rozpoczęciem i po zakończeniu realizacji, wykazały, że programy informacyjne powodują zmiany zasobu wiedzy, a nawet postaw, ale nie wpływają na zachowanie. Młodzież poprawnie odpowiada na pytania testowe, a jednak nie zmienia swoich zachowań (Gaś, 1993; Kazdin, 1996; Bobrowski, 1995).

Skuteczność przekazów informacyjnych stosowanych wobec dorastających mogą przetestować wszyscy rodzice posiadający nastoletnie dzieci. Wielokrotnie przekazują dzieciom następujący komunikat:

„Dziś jest mroźny dzień, więc koniecznie włóż czapkę, ponieważ możesz się poważnie przeziębć. Dostaniesz zapalenia zatok, które trudno się leczy i ma tendencję do nawracania. Możesz też odmrozić sobie uszy”.

Jest to klasyczny przykład zastosowania strategii informacyjnej. Rodzice informują dziecko o negatywnych konsekwencjach ryzykownego zachowania, jakim jest wychodzenie na dwór w mroźny dzień bez stosownego ubrania. Dorośli mający kontakt z nastolatkami wiedzą z własnego doświadczenia, że tego typu przekazy informacyjne najczęściej nie odnoszą skutku. Dziecko i tak wychodzi bez czapki albo zakłada ją dla świętego spokoju i zdejmuje natychmiast po wyjściu z domu.

Wymienia się wiele przyczyn tego zjawiska. Jednym z omawianych powodów jest brak wyobraźni i zdolności przewidywania przyszłych wydarzeń, co jest charakterystyczną cechą rozwojową młodzieży w wieku dorastania. Nawet jeśli młodzi wiedzą, że to prawda, nie wierzą, że może im się przydarzyć coś złego. Komunikaty na temat nega-

tywnych konsekwencji zdrowotnych związanych z różnymi zachowaniami problemowymi nie odnoszą skutku również z tego powodu, że młodzież nie ceni sobie zdrowia.

Psychologowie społeczni potwierdzają, że **zmiana postawy** spowodowana działaniem perswazyjnego komunikatu często **nie ma żadnego związku ze zmianą zachowania**. Ludzie bowiem w różnych sytuacjach dają się nakłonić do zachowań niezgodnych, a nawet sprzecznych z ich postawami, jeśli odnoszą z tego jakieś korzyści, mogą uniknąć kary albo śmieszności (Zimbardo, 1994).

Ludzie młodzi mogą dzięki zachowaniom ryzykownym odnieść szereg natychmiastowych korzyści (patrz listy motywów) i te doraźne korzyści najwyraźniej mają dla nich większe znaczenie niż odległe negatywne następstwa ich zachowań.

Ważna jest również osoba przekazująca informację. Od jej wiarygodności w znacznym stopniu zależy siła oddziaływania informacji (Gaś, 1998).

Poza tym programy informacyjne muszą spełniać szereg warunków, aby rzeczywiście miały znaczenie zapobiegawcze. W przypadku zaniechania przestrzegania pewnych zasad działania informacyjne mogą mieć bardzo niską skuteczność lub nawet spowodować poważne szkody.

A oto kilka ważnych warunków, które stawia się działaniom informacyjnym kierowanym do dzieci i młodzieży:

- przekazywane informacje powinny być dostosowane do możliwości percepcyjnych odbiorcy i do już posiadanego zasobu wiedzy;
- informacja powinna być rzetelna;
- informacja powinna być podawana rzeczowo, aby nie wzbudzać ciekawości lub niedowierzania;
- informacja nie powinna być zbyt szczegółowa, aby nie stanowiła instruktażu dla konkretnego zachowania ryzykownego (Gaś, 1998; Malinowska, 1989).

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

Różni autorzy podają wiele zestawów umiejętności psychologicznych, które ich zdaniem stanowią niezbędny posag w codziennym życiu każdego człowieka.

Według D. Golemana na liście najważniejszych umiejętności psychologicznych znajdują się:

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

Składają się one na tzw. **inteligencję emocjonalną**, która jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania w rolach społecznych. Zdaniem Golemana programy wychowawczo-profilaktyczne, szczególnie adresowane do młodszych dzieci, powinny polegać głównie na kształceniu w zakresie kluczowych umiejętności emocjonalnych i społecznych, ponieważ chronią skutecznie przed niepożądanymi zachowaniami (Goleman, 1997).

W.B. Hansen z kolei do najważniejszych umiejętności psychologicznych zalicza:

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

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

- umiejętność rozpoznawania i radzenia sobie z presją mediów i rówieśników (rozumienie mechanizmów nacisku społecznego);
- asertywność;
- umiejętność rozwiązywania konfliktów;
- umiejętność dobrego komunikowania się z innymi;
- umiejętność tworzenia sojuszy (poszukiwania i udzielania wsparcia i pomocy).

Wśród dwunastu działań przetestowanych przez tego autora jako najbardziej skuteczne aż siedem dotyczy kształtowania umiejętności psychologicznych i społecznych (Hansen, 1993).

Opierając się na najnowszych doniesieniach z badań, wszyscy specjaliści zgodnie stwierdzają, iż trening w zakresie tych umiejętności powinien stanowić ważny element szkolnych programów profilaktycznych, których celem jest redukcja zachowań ryzykownych. Psychologiczne i społeczne kompetencje przyrównuje się niekiedy do umiejętności nawigacyjnych, umożliwiających bezpieczne pokonywanie mórz i oceanów (Weinberg i inni, 1998; Oleś, 1998).

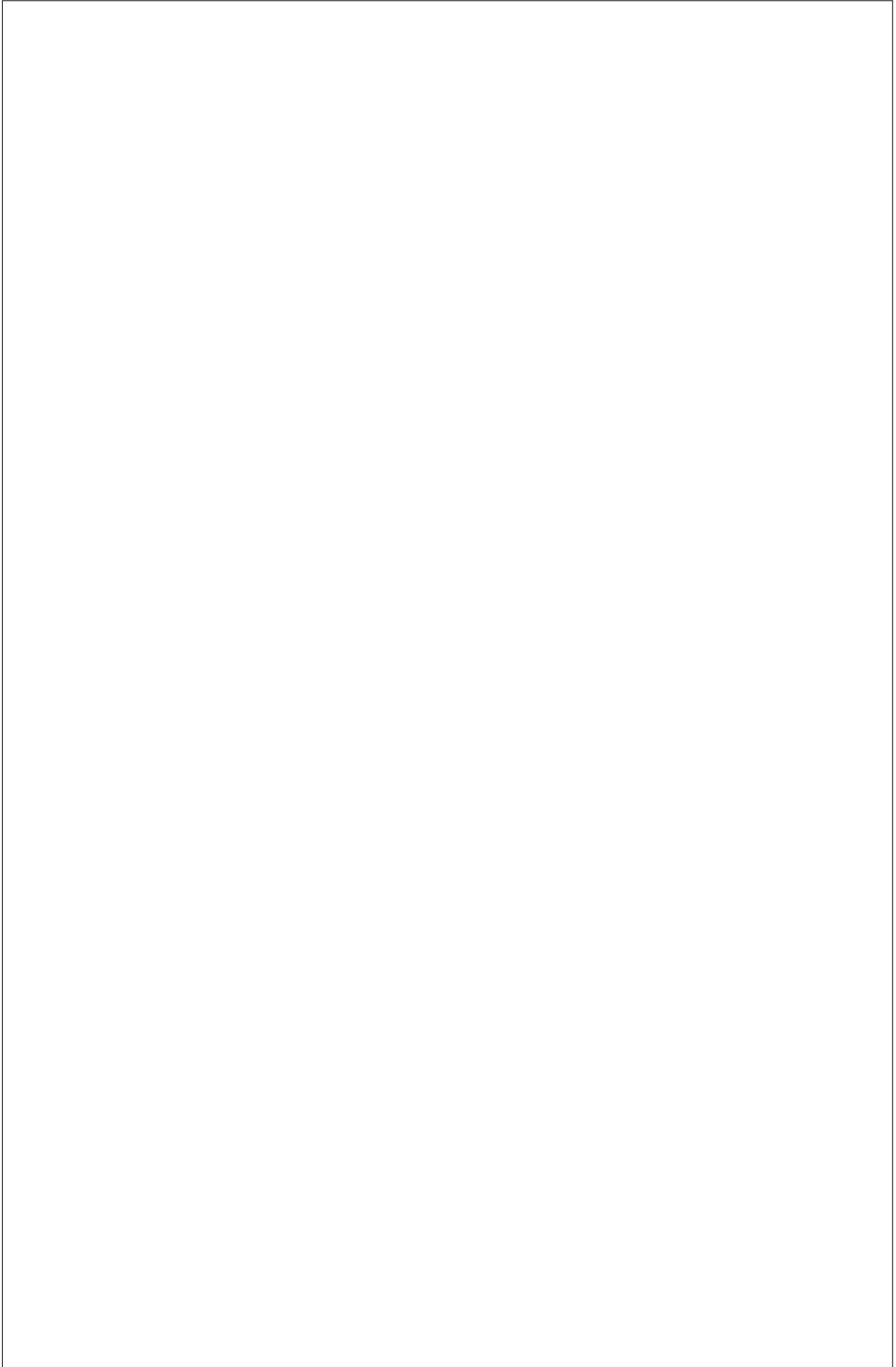
Strategie alternatywne są dość powszechnie oceniane jako skuteczne, choć trudno w badaniach stwierdzić ich efektywność, ponieważ rezultaty mogą się pojawić dopiero po dłuższym czasie. Wśród poważnych czynników ryzyka sprzyjających odurzaniu się, Hansen wymienia brak znajomości alternatywnych sposobów zaspokajania potrzeb psychologicznych oraz osiągnięcia przyjemnych stanów emocjonalnych. Młodzi ludzie nie wiedzą, że te same cele można osiągnąć różnymi drogami i nie muszą to być drogi niebezpieczne. Pokazywanie młodzieży i uświadamianie możliwości realizacji celów innymi sposobami niż przez odurzanie się autor zalicza do bardzo skutecznych działań, które powinny być elementem szkolnych programów prewencyjnych (Hansen, 1993). Skoro więc uświadamianie alternatywnych sposobów zaspokajania potrzeb jest skuteczne, możemy sądzić, iż stwarzanie możliwości realizowania potrzeb i ważnych celów jest również działaniem skutecznym. Programy alternatyw organizowane w szkołach, osiedlach czy gminach stwarzają młodzieży możliwość zaangażowania się w działalność, która daje jej satysfakcję i sprzyja rozwojowi i która jest akceptowana społecznie. Zapobiega to angażowaniu się w działania destrukcyjne (Gaś, 1998).

Strategie interwencyjne skierowane są do dzieci i młodzieży przeżywających liczne trudności (grupy podwyższonego ryzyka). Należą do podstawowych i najważniejszych działań w ramach profilaktyki drugorzędowej. Ponieważ na tym poziomie współwystępuje wiele problemów i u każdego dziecka istnieje specyficzny zestaw czynników ryzyka, **programy wczesnej interwencji** wymagają znacznej indywidualizacji podejścia, co uniemożliwia stosowanie jednolitych form i metod oddziaływania. Stwarza to jednocześnie trudności przy ocenie ich skuteczności (Gaś, 1997; Kazdin, 1996).

Najczęściej wymienia się dwa warunki skuteczności programów wczesnej interwencji: profesjonalizm i odpowiednie cechy osobowości osoby udzielającej pomocy (wiarogodność i zaufanie) oraz pozyskanie i włączenie rodziców. Ponieważ zachowania ryzykowne wiążą się z procesami zachodzącymi w rodzinie, skuteczność pomocy wobec dziecka zależy w znacznym stopniu od zmiany jego sytuacji rodzinnej. Uważa się dość powszechnie, że treningi umiejętności wychowawczych dla rodziców, których dzieci przeżywają zaburzenia zachowania, znacznie podnoszą efektywność działań interwencyjnych. Powinny to być więc programy wieloskładnikowe (Gaś, 1998; Hawkins i inni, 1997; Scheier i inni, 1996; Weinberg i inni, 1998).

Polityka zmniejszania szkód oceniana jest jako mało skuteczna, zwłaszcza w grupach najwyższego ryzyka (Godwod-Sikorska, 1994; Pawelski, 1997; Kay, 1996). Programy zmniejszania szkód wzbudzają też wiele kontrowersji. Krytycy wysuwają kilka argumentów. Ich zdaniem polityka zmniejszania szkód jest wyrazem zgody społeczeństwa na to, że pewna jego grupa będzie się zachowywać dewiacyjnie. Co więcej, ułatwia się takie zachowania, a tym samym je utrwała, wydając przy tym duże sumy z pieniędzy publicznych. Obrońcy twierdzą, iż trzeba mieć świadomość, że z życia społecznego nie da się całkowicie wyeliminować patologicznego marginesu. Programy zmniejszania szkód, ich zdaniem, to po prostu wybór mniejszego zła (Chmielewska, Baran-Furga, 1995).

Istnieją ponadto poważne przesłanki twierdzenia, że strategie zmniejszania szkód stosowane wobec grup niskiego ryzyka mogą spowodować szkody. Omówimy to w dalszych rozdziałach.



Rozdział IV

Ewolucja programów profilaktycznych

1. Początki profilaktyki

Najdłuższą tradycję, a tym samym największy zasób doświadczeń, ma profilaktyka uzależnień. Również obecnie najwięcej badań prowadzonych jest nad czynnikami ryzyka oraz chroniącymi przed odurzaniem się, a także nad skutecznością różnych strategii, metod i form stosowanych w programach zapobiegania uzależnieniom. Znacznie mniej badań dotyczy czynników oraz strategii zapobiegania agresji czy przedwczesnej aktywności seksualnej.

Jak już wspomniano przy okazji omawiania strategii informacyjnych, początkowo w programach profilaktycznych posługiwano się wyłącznie informacją, nie sprawdzając efektów podejmowanych działań. Były to z reguły akcje profilaktyczne, szeroko zakrojone kampanie, w których posługiwano się filmami, plakatami i ulotkami przedstawiającymi straszne skutki odurzania się. Liczni prelegenci organizowali spotkania, na których prezentowano filmy ukazujące narkomanów czy alkoholików w ostatnim stadium uzależnienia. Materiały informacyjne pełne były symboli śmierci (trupie czaszki, krzyże itp.) oraz rysunków strzykawek, butelek po alkoholu, skrzywdzonych dzieci.

Takie kampanie, na ogromną nieraz skalę, podejmowano w latach 60. w Stanach Zjednoczonych i w wielu krajach Europy Zachodniej. Była to odpowiedź władz na rosnącą falę narkomanii, która towarzyszyła rewolucji hippisowskiej.

Zdrowy w zasadzie sprzeciw młodzieży przeciwko konformizmowi i zakłamaniu świata dorosłych oraz konsumpcyjnemu stylowi życia wkroczył w fazę destrukcji między innymi za sprawą nowego ideologa ruchu. Był nim psycholog z Uniwersytetu Harvarda, dr Timothy Leary. Leary wraz z dwoma współpracownikami prowadził badania nad oddziaływaniem narkotyków, a zwłaszcza LSD. Zafascynowany przeżyciami wywołanymi przez halucynogeny, stał się gorącym zwolennikiem ich używania. Po usunięciu go z uniwersytetu założył Międzynarodową Fundację Wolności Wewnętrznej, następnie Ligę Odkryć Duchowych, które za swoją misję uznały wyzwolenie człowieka z pułapki życia społecznego poprzez propagowanie idei wolności wewnętrznej. Leary głosił, że wolność można uzyskać, poszerzając swoją świadomość i przeżywając objawienie wewnętrzne. Środkiem umożliwiającym osiągnięcie takich doznań są substancje halucynogenne (LSD i marihuana).

Nowe hasła i eksperymentowanie z narkotykami znalazły zwolenników wśród studentów, a następnie zostały podjęte przez szersze kręgi młodzieży. Paradoksalnie, do rozreklamowania narkotyków przyczyniły się zwalczające narkomanię media. Proces Leary'ego, aresztowanego za posiadanie narkotyków, transmitowany przez telewizję, uczynił z niego bohatera i męczennika w walce o wyzwolenie człowieka i pośrednio upowszechnił nową ideologię (Frieske, Sobiech, 1987; Szymańska, 1996).

Ponieważ za używaniem narkotyków opowiadały się osoby uznawane przez młodzież za poważne autorytety, w kampaniach profilaktycznych rzucano na szalę autorytety medyczne czy policyjne. W zamierzeniu twórców programów prezentowane informacje miały odstraszać i zniechęcać do używania środków odurzających.

Po kilku latach realizacji tego typu programów wielu specjalistów zaczęło alarmować, że akcje informacyjne, a szczególnie straszenie, nie tylko nie przynoszą pożądanych efektów, ale przyczyniają się do wzrostu liczby odurzających się.

Pod wpływem coraz liczniejszych doniesień na temat szkodliwości akcji informacyjnych w USA w 1973 roku zakazano prowadzenia takich działań i produkowania materiałów informacyjnych do czasu opracowania odpowiednich standardów informowania. Zalecono też dokonanie oceny dotychczas realizowanych programów. W połowie lat 70. podjęto pierwsze **badania ewaluacyjne** działań profilaktycznych.

Badania, prowadzone również w innych krajach, potwierdzały małą skuteczność programów, a także szkodliwość wielu z nich. Stwierdzono, iż efektem tych akcji jest rozbudzenie ciekawości młodych odbiorców (dotychczas nieinteresujących się używkami), wzrost sceptycyzmu u młodzieży wobec podawanych informacji uznawanych za przesadne (często niezgodnych z ich własnymi obserwacjami) i w konsekwencji pojawienie się oporu wobec wszelkich informacji, nawet prawdziwych. Niektórych motywowało to do sprawdzenia, czy to rzeczywiście prawda. Ponadto, dzięki działalności mediów, „biedny narkoman” stał się bohaterem medialnym. Wiadomo też, że dzieci i młodzież lubią identyfikować się z medialnymi bohaterami, toteż wzrost zainteresowania narkotykami i naśladowanie bohaterów nie powinny nikogo dziwić.

W wyniku badań i analiz zalecono **wyeliminowanie metody straszenia** z programów prewencyjnych, a także sformułowano zasadę, że:

Lepszy jest całkowity brak informacji niż informacja przygotowana nieprawidłowo (Malinowska, 1989).

Specjaliści określili też warunki, jakie powinna spełniać informacja, aby nie powodowała szkód. Podjęto wówczas badania nad przyczynami odurzania się. Wykazały one, że odurzanie się, a także inne zachowania ryzykowne, są zjawiskiem bardzo złożonym, uwarunkowanym wieloma czynnikami. Wypracowany przez Jessorów **interakcyjny model funkcjonowania człowieka** ukazuje najpełniej złożoność zachowań dewiacyjnych. Coraz lepsza znajomość rozmaitych czynników ryzyka i czynników chroniących umożliwiła wprowadzenie do programów innych strategii profilaktycznych: **edukacyjnych i alternatywnych**.

Tradycyjne formy, jak wykłady i prelekcje (uwzględniające jednak zasady dobrego informowania), zaczęto łączyć z treningiem ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych. Zaczęto także wykorzystywać wiedzę dotyczącą procesu uczenia się (np. że aktywne uczestnictwo znacznie zwiększa efektywność uczenia się). Stwierdzono też, iż utrwalenie wiedzy, zmianę postaw i wyćwiczenie umiejętności psychospołecznych łatwiej można osiągnąć przez dłuższą pracę z grupą niż w trakcie okazjonalnych, jednorazowych spotkań.

Trzydzieści lat temu rozpoczęła się więc era profesjonalnych działań profilaktycznych, choć nadal wiedza na temat zachowań ryzykownych jest niewystarczająca. Analiza przyczyn niepowodzeń wielu wcześniejszych programów oraz wyniki licznych badań pozwalają jednak na wyciągnięcie wielu istotnych wniosków i konstruowanie coraz lepiej przygotowanych projektów.

Nowoczesne programy profilaktyczne stawiają sobie za cel wyposażenie swych odbiorców nie tylko w rzetelną wiedzę, ale także w ważne umiejętności, przy czym wykorzystuje się aktywne metody pracy z grupą. Zazwyczaj programy zaplanowane są jako cykl spotkań warsztatowych, podczas których krótkie wykłady przeplatają się z elementami treningu i sytuacjami umożliwiającymi zdobycie nowych doświadczeń. Zaangażo-

waniu uczestników sprzyja stosowanie różnorodnych technik, jak psychodrama, rzeźba, loteria, dyskusja, „burza mózgów” itp.

Ewolucję programów związaną ze zmianami w sposobie myślenia o profilaktyce dobrze obrazuje schemat (Tabela 3.) opracowany przez K. Ostaszewskiego (1996).

Schemat ten został skonstruowany w odniesieniu do profilaktyki uzależnień. Równie dobrze można go jednak zastosować wobec programów profilaktycznych skierowanych na inne zachowania ryzykowne, skoro są one różnymi objawami tej samej choroby. Autor schematu zwraca uwagę, że coraz większą wagę przywiązuje się do uczenia umiejętności odpierania presji społecznej, rozwijania postaw osobistego zaangażowania, trenowania innych ważnych umiejętności życiowych oraz do **budowania przekonań i systemu wartości u młodych ludzi**.

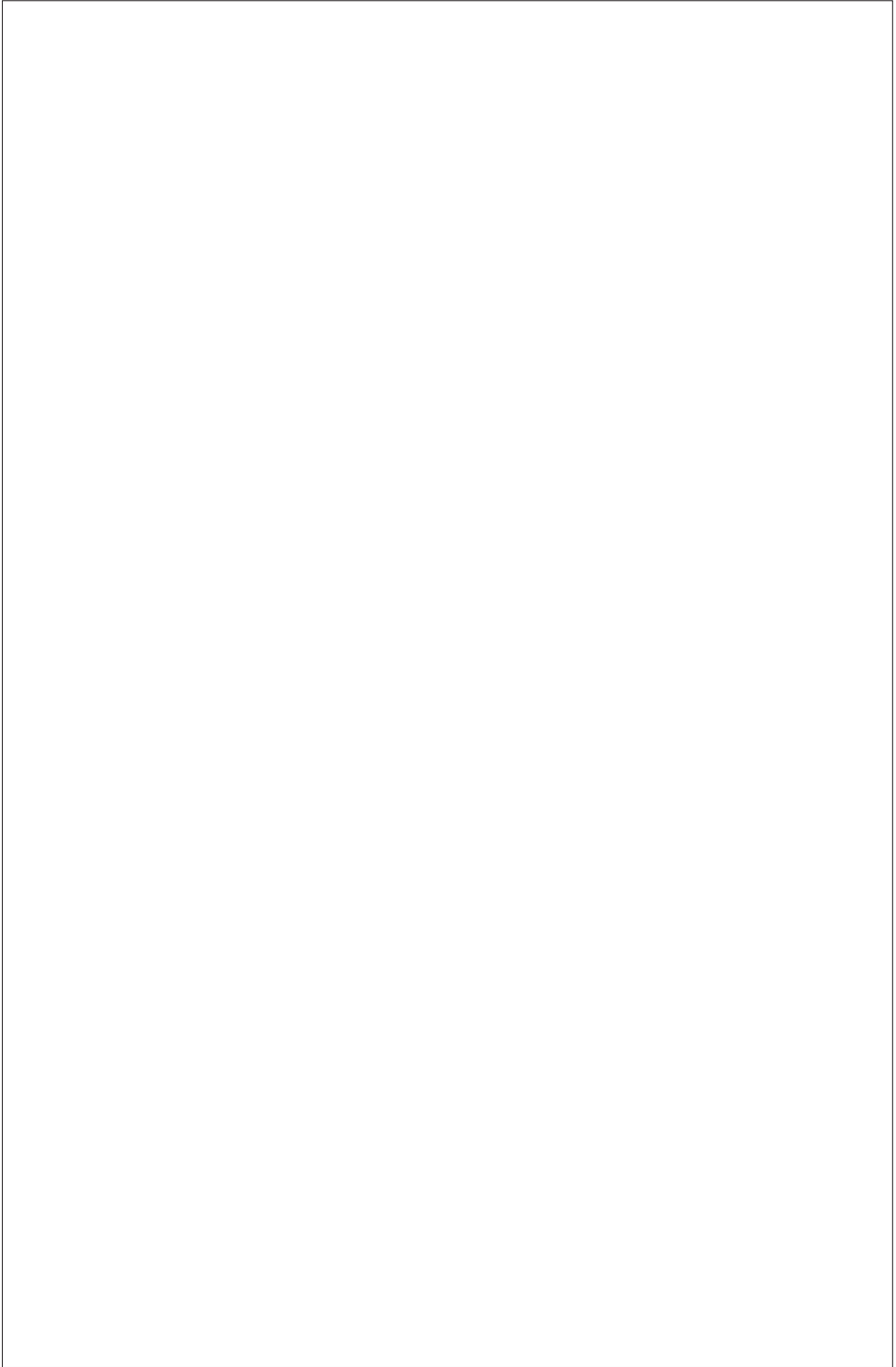
Tabela 3. Ewolucja programów³

MODEL TRADYCYJNY	MODEL WSPÓŁCZESNY
CEL	
Zwalczanie patologii	Promocja zdrowia
PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA	
Uświadomienie skutków używania środków uzależniających	Sięganie do przyczyn używania środków uzależniających
SPODZIEWANE EFEKTY	
Wiedza o skutkach używania środków uzależniających i negatywna postawa wobec ich używania	Umiejętność odmawiania. Poczucie własnej wartości. Uporządkowanie systemu wartości. Umiejętności społeczne. Wiedza o uzależnieniach. Osobiste zaangażowanie
FORMA ODDZIAŁYWAŃ	
Jednostronny przekaz i bierny odbiór	Dialog i aktywne uczestnictwo
CZAS I ZAKRES ODDZIAŁYWAŃ	
Sporadyczne akcje wśród nastolatków	Systematyczne działania wśród dzieci i młodzieży
REALIZATORZY	
Prelegenci i specjaliści	Nauczyciele i liderzy młodzieżowi
RODZAJ SUBSTANCJI	
Alkohol, papierosy lub narkotyki	Wszystkie środki uzależniające
KONTROLA EFEKTÓW	
Niewymagana	Wymagana

Zdecydowanie odchodzi się więc od akcji i prelekcji prowadzonych przez zaproszonych ekspertów z zewnątrz na rzecz długofalowych, stałych działań na terenie szkoły czy placówki (opiekuńczej, wychowawczej, resocjalizacyjnej).

Ze współczesnych badań wynika, że **krótkie, okolicznościowe programy są nieskuteczne**, a wręcz szkodliwe. Zwykle rozjątrzają tylko problem (odurzanie się, samobójstwa, agresja), któremu chcą przeciwdziałać (Kazdin, 1996).

³ Źródło: Ostaszewski K., (1996), *Tradycyjne i współczesne programy profilaktyki uzależnień*, „Serwis Informacyjny. Narkomania”, nr 5.



Rozdział V

Trzeba zacząć od dorosłych



„Jeszcze raz cię złapię z papierosem, smarkaczu!”

Prezentowane wcześniej listy czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z rodziną i szkołą wykazują, że nie zmienimy niepożądanych zachowań dzieci i młodzieży za pomocą oddziaływań profilaktycznych adresowanych wyłącznie do nich samych. Będą to działania skierowane na usuwanie objawów, a nie głównych przyczyn dysfunkcji. Niektórych poważnych przyczyn nie można jednak wyeliminować poprzez proste, uniwersalne programy edukacyjne, czy nawet interwencyjne, realizowane w szkole. W wielu wypadkach niezbędna jest interwencja innych służb i instytucji.

Autorzy i realizatorzy edukacyjnych programów profilaktycznych koncentrują się zatem na czynnikach modyfikowalnych. Należą do nich poziom świadomości i kompetencji wychowawczych najważniejszych osób dorosłych z otoczenia dziecka. Badania ewaluacyjne dostarczyły wiele dowodów, iż programy profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży są bardziej efektywne, gdy równolegle proponują zajęcia edukacyjne dla rodziców. Obecnie jest to standardem, choć nie wszyscy autorzy programów go respektują (NIDA *Prevention Principles*, 2004). Najważniejsze obszary tematyczne, które powinny zostać uwzględnione w scenariuszach spotkań edukacyjnych, omówiono już w rozdziale poświęconym rodzinnym uwarunkowaniom zachowań ryzykownych.

Drugimi co do ważności osobami dorosłymi, które codziennie muszą radzić sobie z trudnymi i ryzykownymi zachowaniami dzieci i nastolatków, są nauczyciele. Szkoły, przedszkola i placówki oświatowe potrzebują programów wyposażających nauczycieli-wychowawców w kompetencje niezbędne zarówno do prowadzenia profilaktycznych zajęć edukacyjnych, jak i właściwego reagowania na niepożądane zachowania uczniów.

Wszyscy dorośli powinni też mieć świadomość wpływu własnych codziennych reakcji i zachowań na funkcjonowanie dzieci i młodzieży.

1. Rodzice i nauczyciele jako wzorce zachowań ryzykownych

Często sami dorośli zachowują się nieprawidłowo, przez co stanowią wzorzec zachowań problemowych dla dzieci. Gdy dziecko powiela ich zachowanie, stosują kary albo, próbując je ustrzec przed podobnymi zachowaniami, dają przekaz: RÓB TO, CO CI MÓWIE, A NIE TO, CO JA ROBIĘ!

Jednak dzieci postępują z reguły odwrotnie, niż życzą sobie ich opiekunowie. Obserwują i kopiują zachowania osób znaczących. **Najbardziej efektywnymi modelami są opiekuńcze osoby dorosłe o wysokim statusie, które dysponują możliwością nagradzania** (Zimbardo, 1994). Rodzice i nauczyciele spełniają te warunki, toteż są najważniejszymi modelami programującymi zachowania dzieci i młodzieży.

Realizatorzy programów profilaktycznych sygnalizują, iż rodzice, a nawet nauczyciele, próbują czasami torpedować podejmowane działania, poddając w wątpliwość informacje uzyskane przez dzieci w trakcie realizacji programu i tym samym podważając wiarygodność realizatora. Zachęcają nawet do dystansowania się wobec przekazywanych w programie wartości, np. abstynencji. Robią to z reguły ci dorośli, którzy sami zachowują się problemowo. Informacje, którymi dzielą się z nimi dzieci, są dla nich prawdopodobnie zagrażające, toteż zmniejszają swój niepokój poprzez zaprzeczanie lub ośmieszanie realizatora i programu. Zdarza się, że pijący ojcowie próbują wykpiwać programy profilaktyki alkoholowej i częstują swoje dziecko alkoholem.

Pewnym zabezpieczeniem, ale także wymogiem prawnym i etycznym, jest zaplanowanie spotkania informacyjnego dla rodziców. Rodzice i opiekunowie powinni otrzymać rzetelne i wyczerpujące informacje o wartościach, celach, treściach i metodach programu. Wartości eksponowane w programie mogą być niezgodne z wartościami i przekonaniami uczestników i ich rodziców. W przypadku niepełnoletnich odbiorców konieczne jest uzyskanie zgody rodzica lub prawnego opiekuna. Spotkanie jest też okazją do wskazania korzyści wyniesionych przez dzieci i pozyskania rodziców jako koalicjantów, co może przynajmniej powstrzymać destrukcyjne działania niektórych z nich. Zalecanym zabezpieczeniem przed nierozsądnymi i nieetycznymi zachowaniami nauczycieli jest zaplanowanie spotkania informacyjnego dla całej rady pedagogicznej jeszcze przed implementacją programu w klasach. Efektywność programu wdrażanego w sytuacji oporu wielu nauczycieli jest jednak problematyczna.

Zazwyczaj integralną częścią profesjonalnych programów są bardziej rozbudowane moduły dla rodziców. Zwiększenie kompetencji ułatwia budowanie relacji i wzmacnia więź pomiędzy rodzicami i dziećmi. Zajęcia dla rodziców obejmują najczęściej wiedzę o potrzebach rozwojowych dzieci na danym etapie edukacji, jak również ćwiczenie umiejętności komunikacyjnych, wprowadzania i utrzymywania zdrowej dyscypliny, stanowczego i konsekwentnego trzymania się reguł, angażowania się w życie dziecka i jego aktywność, rozumienia jego uczuć i problemów, rozmawiania o zagrożeniach oraz monitorowania kontaktów towarzyskich.

Istnieją również dłuższe programy edukacyjne adresowane wyłącznie do dorosłych. Kilkudziesięciogodzinne treningi umiejętności wychowawczych umożliwiają lepsze

funkcjonowanie w roli rodzica i wspieranie procesu nabywania odporności u dzieci. Najbardziej popularnym i najszerzej upowszechnianym programem w Polsce jest *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców*.

Coraz częściej działania na rzecz edukacji rodziców stanowią ważny element szerszych, np. gminnych, programów profilaktyki. Samorządy chętnie finansują zajęcia warsztatowe i większe programy edukacyjne dla rodziców i opiekunów.

2. Rola nauczycieli w procesie budowania odporności dzieci

Dorośli z otoczenia dziecka mogą niszczyć jego odporność i mogą też ją wzmacniać. Wpływ rodziców jest oczywisty i omówiono go już szeroko. Zjawisko *resilience* skłoniło badaczy do bardziej wnikliwego przyjrzenia się roli osób spoza kręgu bliskiej rodziny.

W ramach badań nad odpornością poszczególnych wybranych osób dokonano szczegółowej analizy cech samej jednostki, cech i zachowań rodziców, nauczycieli i innych osób znaczących oraz cech środowiska społecznego. Uzyskano dzięki temu listę pozytywnych czynników, których działanie może zawrócić dziecko ze ścieżki ryzyka i wzmocnić jego odporność. Jest to możliwe nawet u dzieci, które początkowo wydawały się niezdolne do radzenia sobie ze stresem i skazane na porażkę życiową.

Okazało się, że czynnikiem zmieniającym linię życia badanych manifestujących odporność był **pozytywny wpływ opiekuńczej osoby dorosłej spoza rodziny**: trenera sportowego, księdza, instruktora harcerskiego, nauczyciela czy życzliwej sąsiadki.

Niezwykle ważną rolę w budowaniu odporności u dziecka odgrywają nauczyciele, zwłaszcza w przedszkolu i w szkole podstawowej. Wysokie wymagania, dawanie pozytywnych informacji zwrotnych, występowanie w roli mentora i powiernika buduje motywację ucznia i zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa. Rola nauczyciela jest nie do przecenienia w rozwijaniu odporności, zwłaszcza u tych dzieci, których rodzice są niezdolni do udzielania wsparcia.

Werner i Smith (1989, 1992) wymieniają trzy **główne kategorie czynników chroniących związanych ze szkołą**:

Opiekuńcze i wspierające relacje. Obecność choć jednej opiekuńczej dorosłej osoby, która wykazuje zrozumienie i współczucie, niezależnie od tego, jak okropnie zachowuje się dziecko, dzieli się z nim swoim doświadczeniem i mówi mu, że potrafi zrobić coś dobrze, wspiera zdrowy rozwój i proces uczenia się. Autorzy, prowadząc przez 40 lat badania nad dziećmi z rodzin dysfunkcyjnych, odkryli, że najważniejszą osobą znaczącą w życiu osób manifestujących odporność (w 62% przypadków) był ulubiony nauczyciel. Występował nie tylko jako instruktor umiejętności wymaganych w szkole, ale także jako powiernik młodych ludzi i pozytywny model do osobowej identyfikacji.

Pozytywne wysokie oczekiwania. Badania jasno wykazały, iż szkoły, które stawiają wysokie oczekiwania wszystkim uczniom, ale równocześnie dają im wsparcie niezbędne do uzyskania odpowiednich osiągnięć, mają najwięcej sukcesów w nauczaniu i najmniej problemów z zachowaniem młodych (wagary, porzucanie szkoły, używanie narkotyków, ciężkie nieletnich czy karalne wykroczenia). Opiekuńcze, wspierające relacje nauczyciela z uczniami dają dzieciom i młodzieży motywację do nauki i pragnienie sukcesu.

Sposobność do znaczącego uczestnictwa. Szkoły stawiające wysokie wymagania stwarzają też dzieciom sposobność do znaczącego uczestnictwa w różnych zadaniach

i wydarzeniach. Nauczyciel ma wiele okazji, by dawać szansę słabszemu uczniowi, włączając go do grupy wykonawców zadań i udzielając wsparcia. Przynależność, uczestnictwo, doświadczanie opieki i odczuwanie szacunku ze strony innych należą do fundamentalnych ludzkich potrzeb. Młodzi ludzie mają sprzyjające warunki, by ćwiczyć rolę podwładnego lub kierownika zadania, uczyć się współpracy z innymi, efektywnego poszukiwania pomocy i planowania. Mogą sobie wzajemnie doradzać lub uczyć się od starszych kolegów. Mają możliwość zrobienia czegoś pozytywnego dla swojego środowiska, przez co wzrasta ich poczucie własnej wartości. Rozwijają tym samym cechy i umiejętności składające się na odporność.

Znaczenie relacji nauczyciel–uczeń podkreśla też wielu innych autorów. Noam i Fiore (2004) – w sporządzonym obszernym przeglądzie badań – ukazują kluczową rolę relacji interpersonalnych w rozwoju, nauce i terapii młodzieży. Szkoły osiągające najlepsze wyniki w nauce to te, w których uczniowie są przywiązani do nauczycieli i czują, że są przez nich szanowani. Uczniowie najlepiej postrzegają tych nauczycieli, którzy dają im odczuć, że się o nich troszczą. Pozytywne relacje z dorosłymi, którzy nie są ich rodzicami, zapewniają uczniom poczucie przynależności, pomagają w budowaniu spójnej tożsamości i zdobywaniu kompetencji psychologicznych i społecznych.

Teorie kliniczne i rozwojowe pokazują, że **pozytywne relacje z nauczycielami są szczególnie ważne dla tych uczniów, którzy znajdują się w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej, emocjonalnej i edukacyjnej**. Pomagają dzieciom zmienić negatywny obraz samych siebie i innych, nawet jeśli obraz ten został stworzony w rodzinie dysfunkcyjnej.

Nauczyciele młodszych dzieci wiedzą, że są bardzo ważnymi osobami dla swoich wychowanków. Tego przekonania nie mają natomiast nauczyciele gimnazjum. Nastolatek, ich zdaniem, jest już osobą na tyle ukształtowaną, a jego zachowania są tak utrwalone, że wpływ wychowawcy na funkcjonowanie ucznia jest niewielki. Nie znając siły swojego wpływu, nie wykorzystują go w codziennych działaniach dydaktycznych i wychowawczych. Poczucie niemocy jest też jedną z istotnych przyczyn wypalenia zawodowego.

Powstaje coraz więcej programów edukacyjnych wykorzystujących wiedzę o zjawisku *resilience*, adresowanych właśnie do nauczycieli. Programy te przygotowują nauczycieli, zwłaszcza szkół ponadpodstawowych, do roli mentora, do wspierania procesu budowania odporności uczniów, szczególnie wzrastających w niekorzystnych warunkach. Należy do nich międzynarodowy program *Golden Five*, przeznaczony głównie dla wychowawców klas w gimnazjach, upowszechniany w Polsce przez Ośrodek Rozwoju Edukacji.

3. Trzeba zacząć jak najwcześniej – programy dla rodziców i wychowawców młodszych dzieci

W ramach profilaktyki uprzedzającej zaleca się upowszechnianie programów edukacyjnych dla rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, a także dla nauczycieli przedszkoli i etapu edukacji wczesnoszkolnej.

Zachowania ryzykowne, manifestowane szczególnie przez nastolatki, nie pojawiają się nagle w okresie dojrzewania lub tuż przed jego rozpoczęciem. Stanowią efekt długotrwałego procesu, którego początki można zidentyfikować już we wczesnym okresie

przedszkolnym (Webster-Stratton, 1999; Reid, 2001; Fettig, Ostrosky, 2011). Są efektem długotrwałego procesu zapoczątkowanego we wczesnym dzieciństwie. Za etap pośredni można uznać *challenging behaviors* (trudne zachowania) obserwowane u wielu młodszych dzieci. 10–25% dzieci w wieku 3–9 lat wykazuje deficyty umiejętności psychologicznych i społecznych i stwarza kłopoty wychowawcze.

Challenging behaviors to zachowania stanowiące wyzwanie dla samego dziecka i jego dorosłych opiekunów. Są źródłem frustracji rodziców i innych dorosłych, ale przede wszystkim utrudniają dziecku wchodzenie w normalne interakcje z rówieśnikami i dorosłymi i zaburzają proces uczenia się (Webster-Stratton, 1999; Reid, 2001).

Do typowych trudnych zachowań należą:

- krzyk, płacz, rzucanie się na podłogę;
- rzucanie przedmiotami, uderzanie w ścianę lub meble;
- gryzienie i bicie rówieśników;
- zabieranie lub niszczenie zabawek;
- bicie, kopanie dorosłych opiekunów;
- uporczywe powtarzanie zasłyszanych wulgarnych wyrażań;
- odmowa wykonywania poleceń;
- wędrowanie bez celu po pokoju lub klasie;
- izolowanie się, samotne zabawy pod stołem, w kącie lub za zasłoną;
- stereotypie: kręcenie włosów lub fragmentów ubrania, drapanie się, żucie zabawek.

Z przeglądu badań, dokonanego przez wyżej wymienionych autorów, wynika, że **problemy emocjonalne, społeczne i trudne zachowania u młodszych dzieci są kluczowym predyktorem⁴ późniejszych kłopotów z nauką, „wypadania ze szkoły”, sięgania po substancje psychoaktywne oraz zachowań antyspołecznych. Należy je więc uznać za „czerwony sygnał”.**

Większość dorosłych uważa, iż takie zachowania u maluchów są czymś naturalnym, mieszczą się w normie rozwojowej, szczególnie do 3 roku życia, i z czasem dzieci same z nich wyrastają. Wyniki badań stanowiąc podważają podobne przekonania. 3–15% wykazuje agresywne i aspołeczne zachowania po ukończeniu 3 lat do końca wieku przedszkolnego, a połowa z tej grupy kontynuuje je aż do dorosłości. W wieku dojrzewania trudne zachowania zwykle przekształcają się w zachowania ryzykowne i antyspołeczne prowadzące do konfliktów z prawem (Fettig, Ostrosky, 2011).

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

Trudne zachowania mogą być sygnałem dolegliwości związanych z chorobą somatyczną. Obserwujemy je także u dzieci autystycznych i chorych na epilepsję. Dłuższe utrzymywanie się i eskalacja agresywnych, autodestrukcyjnych lub izolacyjnych zachowań może wskazywać na podłoże inne niż środowiskowe, np. organiczne, i powinno skłonić rodziców do przeprowadzenia diagnozy klinicznej dziecka.

⁴ **Predyktor** – pojęcie używane w psychologii. Czynniki, objawy lub stany korelujący z innym stanem, poziomem funkcjonowania w następnych fazach rozwojowych czy etapach życia. Jego obecność pozwala przewidywać (prognozować) np. przyszłe trudności lub zaburzenia.

Badacze zajmujący się *challenging behaviors* są zgodni, że w zdecydowanej większości przypadków są one wyuczone. Zachowania dziecka stanowią formę komunikacji. Dzieci mają silną potrzebę kontaktu. Przy braku umiejętności społecznych, zwłaszcza komunikacyjnych, posługują się trudnymi zachowaniami w kontaktach z dorosłymi i rówieśnikami, informując w ten sposób o swoich potrzebach. Jeżeli odnoszą korzyści i osiągają swoje cele, zachowując się nieprawidłowo (np. zwracają na siebie uwagę otoczenia), trudne zachowania utrwalają się. Początków należy poszukiwać nieraz w okresie niemowlęcym. Wielu rodziców, zwłaszcza młodych, nie zaspokaja w sposób właściwy fundamentalnych potrzeb małego dziecka. Nie reagują na sygnały zmęczenia i senności lub dolegliwości fizycznych, często usiłują dostosować rytm dnia dziecka do swoich potrzeb. Na przykład często przesuwają porę karmienia, kąpieli i snu, stosownie do swoich zajęć i rozrywek. Dopiero gwałtowna reakcja dziecka skłania ich do zajęcia się nim. Dziecko uczy się wymuszać na dorosłych opiekunach realizację swoich ważnych potrzeb, a z czasem także zwykłych zachcianek. Werbalne i niewerbalne komunikaty przekazywane przez rodziców (uśmiech, przytulanie, irytacja, krzyk, klapsy) działają jak wzmocnienia (Burbach, Fox, Nicholson, 2004).

Skuteczne posługiwanie się trudnymi zachowaniami hamuje lub blokuje uczenie się umiejętności życiowych niezbędnych w radzeniu sobie z własnymi emocjami i w kontaktach z otoczeniem społecznym. Powstałe deficyty umiejętności będą utrudniać dziecku w przyszłości nawiązywanie relacji z rówieśnikami i dorosłymi spoza rodziny. Wyuczony w domu nieprawidłowy wzorzec zachowania przenosi ono do przedszkola i szkoły, co naraża je na odrzucenie. Koledzy i nauczyciele zwykle nie reagują tak jak rodzice i nie pozwalają się terroryzować groźbą krzyku lub bicia. Stosunkowo łatwo jest uzupełnić deficyty u młodszych dzieci poprzez systematyczny trening umiejętności prowadzony przez rodziców i nauczycieli.

Dziecko z deficytami umiejętności potrzebuje prostej instrukcji. Niepożądane zachowania można wyeliminować tylko wówczas, gdy jasno przekazemy nasze oczekiwania i nauczymy zachowań i reakcji prawidłowych.

Do najważniejszych umiejętności społecznych u młodszych dzieci autorzy zaliczają:

- rozpoznawanie i artykułowanie emocji;
- kontrolowanie gniewu;
- empatię;
- umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów, zawieranie przyjaźni;
- rozwiązywanie problemów interpersonalnych.

Webster-Stratton i Reid konkludują: **chcąc zmniejszyć zapotrzebowanie na profilaktykę w szkołach ponadpodstawowych, trzeba wzmocnić oddziaływania wychowawcze wobec małych dzieci;** nauczyć rodziców i wychowawców rozpoznawania niepokojących sygnałów, wygaszania nieprawidłowych zachowań i podejmowania aktywności wspierających rozwój emocjonalny i społeczny dziecka.

Eliminowanie trudnych zachowań wymaga konsekwentnych działań ze strony wszystkich dorosłych – rodziców i wychowawców – oraz współpracy. Niezbędne jest zwiększenie kompetencji dorosłych i wyposażenie ich w odpowiednie narzędzia i materiały. Za wzorcowe narzędzie można uznać amerykański program *Incredible Years*, opracowany właśnie przez Reid i Webster-Stratton, znajdujący się w amerykańskim rejestrze programów modelowych SAMHSA. Zawiera on bardzo pomysłowe zajęcia dla młodszych dzieci, w których zwierzątka-pacynki uczą je kluczowych umiejętności. Równole-

gle dorośli dowiadują się, jak wykorzystywać codzienne sytuacje w domu, przedszkolu czy w szkole w celu rozwijania umiejętności dziecka.

Fettig i Ostrosky (2011) proponują program *Functional Assessment (FA)*, którego efektywność została potwierdzona w badaniach ewaluacyjnych. Rodzice i nauczyciele uczą się diagnozować trudne zachowania dziecka poprzez notowanie częstotliwości i kontekstu ich występowania, a także wzmacniać zachowania pożądane i właściwie reagować na niepożądane. Dorośli mogą pomóc dziecku, przekazując, jak kontrolować swoje zachowanie, jak wyrażać złość i frustracje w nieraniący sposób, jak być odpowiedzialnym za swoje działania i jak akceptować konsekwencje swoich zachowań.

Oferta profesjonalnych propozycji dla rodziców i wychowawców młodszych dzieci jest w Polsce niewielka. Należy tu wymienić program C. Sutton *Jak sobie radzić z trudnymi zachowaniami u dzieci* oraz znany w Europie i dobrze oprzyrządowany program dla sześciolatek *Przyjaciele Zippiego*.

4. Droga do młodzieży poprzez młodzież – programy rówieśnicze

Stosunkowo nową tendencją w psychoprofilaktyce jest praca z liderami młodzieżowymi. U jej podstaw leży potwierdzone badaniami zjawisko silnego wpływu rówieśników na młodych ludzi w okresie dorastania. Omawialiśmy w poprzednich rozdziałach zjawisko konformizmu społecznego, w tym wpływ norm grupowych na zachowania się jednostki. Nauczyciele i psychologowie praktycy pracujący z klasami szkolnymi często mogą zaobserwować, że w wielu grupach młodzieżowych obowiązują niekorzystne normy i klimat przyzwolenia dla nieprawidłowych zachowań (picie, palenie, wulgarność i agresja czy też wagary). Normy te nie są akceptowane przez wszystkich, ale większość się im poddaje lub milczy, bojąc się represji w przypadku jawnego przeciwstawienia się grupie. Destrukcyjne w skutkach normy są z reguły wprowadzane i narzucane większości przez nieliczną grupę młodych ludzi (czasem nawet przez jedną osobę) – tzw. **negatywnych liderów**. Zdarza się, że skłaniają oni całą klasę do pójścia na wagary w dniu ważnego sprawdzianu, chociaż ucieczka leży w interesie tylko kilku osób, które się nie przygotowały. Reszta nic na tym nie zyskuje, a bardzo wiele traci. Negatywni liderzy posługują się sprawdzonymi sposobami przy wymuszaniu respektowania narzuconych norm. Mogą wykorzystywać swoją siłę fizyczną i grozić jej użyciem wobec osób usiłujących się wyłamać. Jeżeli są inteligentni, łatwo poznają słabe strony swoich kolegów i poprzez ośmieszanie i wyszydzanie łamią ich opór.

W klasach znajdują się również **pozytywni liderzy**, ale są przeważnie mniej widoczni i nie posługują się narzędziami represji, toteż ich wpływ na grupę może być mniejszy niż liderów negatywnych. Jednak atrakcyjny, pozytywny kolega mający wysoką pozycję w grupie rówieśniczej może skutecznie zakwestionować destrukcyjne normy i wprowadzić normy pozytywne. Jak już wspomniano wcześniej, psychologia społeczna stwierdza, że łatwiej jest oprzeć się naciskom, jeżeli posiadamy choćby nielicznych sojuszników. Ponieważ niecała młodzież identyfikuje się z narzuconymi normami, przeciwstawienie się im przez pozytywnego lidera ośmiela inne osoby do podobnych zachowań.

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

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

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

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

Wdrażane są również programy, w których pozyskuje się liderów młodzieżowych dla działań profilaktycznych, a następnie przygotowuje do roli **doradcy rówieśniczego** (Gaś, 1995).

W programach tych wykorzystuje się znany powszechnie fakt, iż młodzież w okresie dojrzewania często zwraca się ze swoimi problemami do rówieśników, a nie do osób dorosłych. Dotyczy to zwłaszcza młodych ludzi przeżywających poważne trudności, którzy z uwagi na obecność licznych czynników ryzyka należą do grupy podwyższonego ryzyka i pilnie potrzebują kompetentnej pomocy. Nie mogą jednak jej uzyskać, ponieważ ich relacje ze znaczącymi dorosłymi uległy zerwaniu lub znacznemu osłabieniu.

Konsekwencją zaburzenia więzi z rodzicami jest, jak wiemy, zaburzone zachowanie dzieci. Młodzież z poważnymi problemami rodzinnymi może wycofywać się z kontaktów z otoczeniem albo zachowywać się prowokująco lub agresywnie. Z tego powodu odbierana jest przez innych dorosłych (głównie nauczycieli) jako osoby trudne, kłopotliwe i nieprzyjemne. Stosuje się wobec niej wiele kar za nieakceptowane zachowania. Negatywne doświadczenia wyniesione z kontaktów z własnymi rodzicami (brak wsparcia, krytyka, niechęć, kary, odrzucenie) powtarzają się w kontaktach z nauczycielami. W rezultacie dochodzi do wytworzenia się przekonania, iż od dorosłych nie można się spodziewać niczego dobrego. Brak zaufania do osób dorosłych powoduje, że młodzi ludzie w sytuacjach kryzysowych pozostają osamotnieni i mogą szukać wsparcia wyłącznie u swoich najczęściej niekompetentnych i niedojrzałych rówieśników.

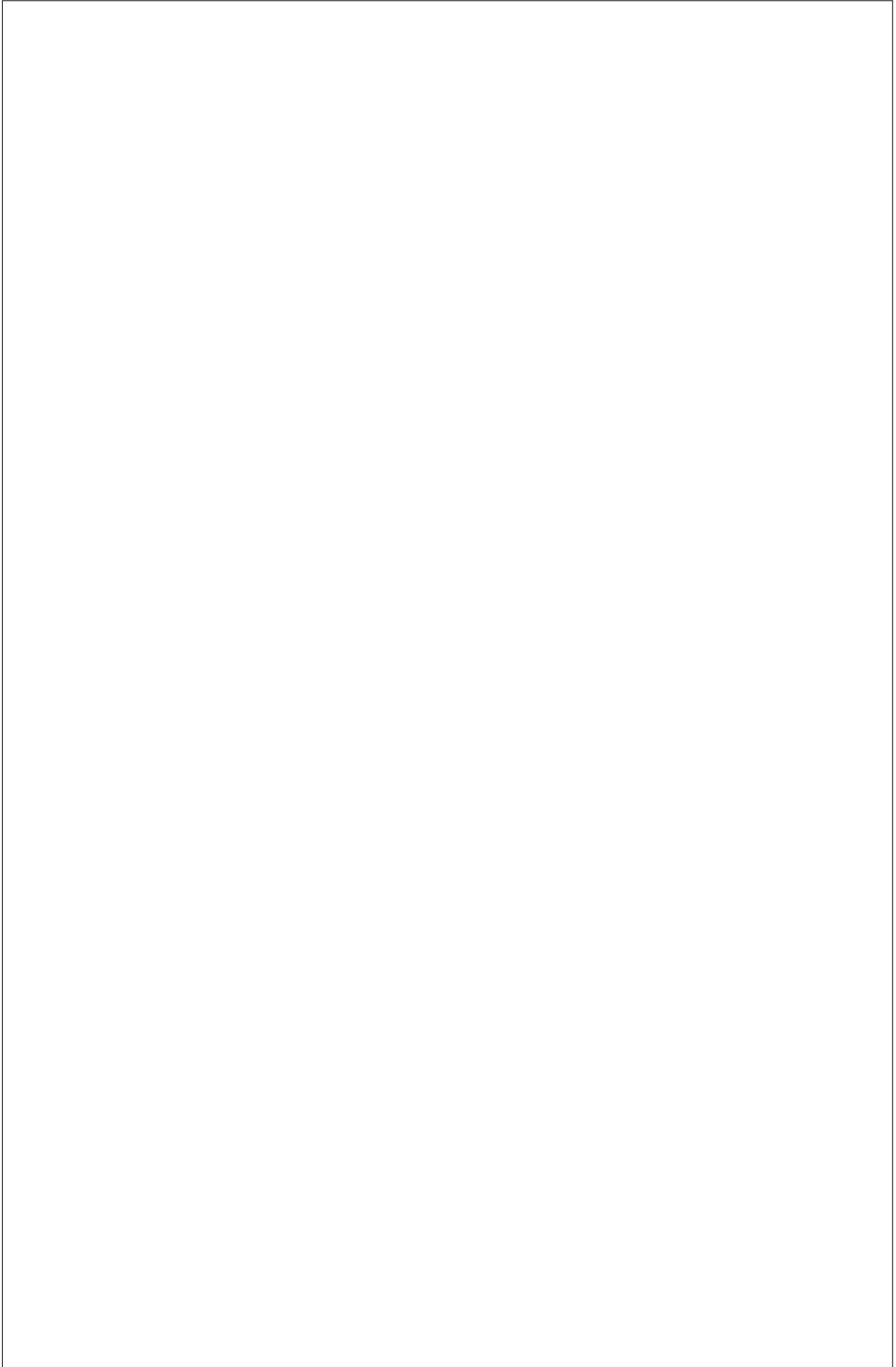
W niektórych programach rówieśniczych dla szkół średnich wybiera się młodych ludzi, do których często zwracają się ich koledzy, a więc takich, którzy cieszą się dużym zaufaniem rówieśników. Po odpowiednim przeszkoleniu mogą oni bardziej efektywnie pełnić rolę doradców. Nie mają jednak zajmować się terapią swoich kolegów. Są na to zbyt młodzi. Młodzieżowi doradcy współpracują z kompetentną osobą dorosłą (nauczycielem cieszącym się zaufaniem uczniów, pedagogiem szkolnym, psychologiem). Ich zadaniem jest zmotywowanie i doprowadzenie kolegi potrzebującego pomocy do kompetentnego dorosłego, który może mu tej pomocy udzielić. Pełnią więc rolę łączników i umożliwiają związaną zerwanych nici pomiędzy tzw. trudną młodzieżą a dorosły-

mi. Dzięki pośrednictwu młodzieżowych doradców udaje się niekiedy włączyć młodzież z grupy podwyższonego ryzyka do programów wczesnej interwencji.

W programach rówieśniczych pozytywni liderzy młodzieżowi pełnią różne role:

- indywidualnych doradców i słuchaczy;
- łączników z programami profesjonalnymi;
- liderów szkolnych programów zwiększających samoświadomość uczniów i poprawiających klimat szkoły;
- wzorców ról dla uczniów z problemami;
- organizatorów różnorodnych działań edukacyjnych (Gaś, 1995, s. 48).

Oparte na wolontariuszach programy rówieśnicze są ważnym uzupełnieniem profesjonalnych działań prowadzonych na terenie szkoły. W niektórych szkołach stanowią istotny element programu wychowawczego.



Rozdział VI

Skuteczność programów profilaktycznych

1. Próby oceny skuteczności

W Polsce próby konstruowania i wdrażania profesjonalnie przygotowanych programów profilaktycznych przypadają na dekadę lat dziewięćdziesiątych. Powstało w tym czasie co najmniej kilkanaście nowoczesnych programów, głównie dla potrzeb profilaktyki pierwszorzędowej, uwzględniających współczesną wiedzę na temat czynników ryzyka, czynników chroniących, czynników pośredniczących w kształtowaniu zachowań nieprawidłowych oraz skuteczności różnych strategii profilaktycznych.

Projekty te zrealizowano z dużym rozmachem, obejmując ich zasięgiem setki tysięcy uczestników. Według raportu Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zasięg oddziaływania tych kilku programów kontrolowanych przez Agencję do 1997 roku (*Drugi elementarz, czyli Program Siedmiu Kroków, Przygotowanie do profilaktyki domowej, Noe, Spójrz inaczej, Profilaktyka uzależnień w szkole humanistycznej, Tak czy nie* oraz niektóre autorskie programy lokalne) to około 700 000 uczniów, około 80 000 rodziców. Wyszkolono również kadrę instruktorów oraz około 20 000 realizatorów tych programów, głównie psychologów, pedagogów szkolnych i nauczycieli zainteresowanych działaniami profilaktycznymi. A jest to tylko część danych. Autorzy niektórych programów nie prowadzą bowiem statystyk dotyczących liczby uczestników (*Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w 1997 r.*).

Niewątpliwie korzystnym skutkiem wdrażania programów jest przeszkolenie wielu tysięcy nauczycieli realizatorów, którzy dzięki uczestnictwu w takich działaniach nabyli nowe umiejętności i poznali aktywne metody pracy z grupą. Mogą one być wykorzystywane w dalszej pracy profilaktycznej i wychowawczej z dziećmi i młodzieżą w szkole.

Wobec wymienionych programów podjęto również próby wstępnej oceny ich efektywności. Badania ewaluacyjne kilku programów świadczą o ich pozytywnym oddziaływaniu: wzrosła wiedza i samoocena uczniów, nastąpiła pozytywna zmiana postaw, ujawnianie problemów alkoholowych w rodzinie. Skuteczność ich jest jednak ograniczona, ponieważ nie odnotowano wyraźnych zmian w zachowaniu uczestników (Brobrowski, 1995; Grzelak, 1995; Ostaszewski, 1995).

Prowadzący badania nad efektywnością programów sygnalizują też, że otrzymane wyniki równie dobrze mogą świadczyć o niedoskonałości samego programu, jak o niedoskonałości metody lub narzędzi użytych do ewaluacji, ponieważ efekty mogą się ujawnić dopiero po pewnym czasie.

Ewaluacja programów ma w Polsce jeszcze stosunkowo krótką tradycję, choć należy do standardów. Jest jednak ogromnie trudna w odniesieniu do tak złożonych zjawisk, jak ludzkie zachowania, a także kosztowna.

Badania nad programami pozwalają sprawdzić różne modele profilaktyki, zidentyfikować skuteczne strategie i w rezultacie opracowywać coraz skuteczniejsze interwencje profilaktyczne.

Wyniki badań ewaluacyjnych umożliwiają wprowadzenie korekt do programów: eliminowanie elementów zbędnych, mało efektywnych lub szkodliwych i wprowadzanie nowych elementów o większej sile oddziaływania. Stąd kolejne edycje niektórych programów znacznie różnią się od projektu początkowego.

Z reguły badania nad programem obejmują trzy poziomy (Boyd, 1995):

- **ewaluacja procesu** (jak realizowano program, czy udało się go zrealizować, kto brał w nim udział, ilu było uczestników, które elementy były dobrze przyjęte, a które nie i dlaczego);
- **ewaluacja wyniku** (czy zrealizowano cele zakładane w programie, krótko- i długoterminowe);
- **ewaluacja wpływu** (czy program przyniósł efekty ogólniejsze, dotyczące nie tylko uczestników, na przykład zmianę zachowań rodziców, zmiany w społeczności lokalnej).

Niezadowalająca skuteczność oddziaływań profilaktycznych to problem nie tylko polski, ale ogólnoswiatowy. Wynika zarówno z niedostatków teorii, jak i błędów w praktyce. Profilaktyka naukowa ma bowiem nadal wiele białych plam. Ponadto wiedza już istniejąca nie zawsze jest wykorzystywana przy konstruowaniu interwencji profilaktycznych.

Przegląd literatury dotyczącej tych zagadnień pozwala wymienić kilka istotnych przyczyn niedoskonałości podejmowanych działań prewencyjnych.

2. Przyczyny niedostatecznej skuteczności programów

Niezadowalający stan współczesnej wiedzy:

- niedostateczna identyfikacja istotnych czynników ryzyka, czynników chroniących i pośredniczących – tak specyficznych dla określonego zaburzenia, jak i uniwersalnych, czyli wspólnych dla różnych zaburzeń;
- niedostateczna znajomość związków zachodzących pomiędzy różnymi czynnikami ryzyka – biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, a także pomiędzy tymi czynnikami a konkretnymi problemami;
- braki w wiedzy dotyczącej rozwoju psychopatologii, w tym tzw. wieku ryzyka dla różnych zachowań problemowych, co utrudnia wybór właściwego momentu do wdrożenia z interwencją profilaktyczną;
- niedoskonałość metod i narzędzi diagnozy;
- niedoskonałość metod i narzędzi ewaluacji (Coie i inni, 1996; Gaś, 1998; Kazdin, 1996; Boyd, 1995).

Błędy popełniane w praktyce w fazie konstruowania programu (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 i wysokiego 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.

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 (Allen i inni, 1990; Coie i inni, 1996; Gaś, 1997; Kazdin, 1996).

Inne czynniki, które w istotny sposób mogą obniżyć efektywność nawet dobrze zaplanowanego szkolnego programu profilaktycznego:

- 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 (Pacewicz, 1992).

Warto podkreślić, że znaczny wpływ na skuteczność oddziaływań profilaktycznych ma tzw. czynnik ludzki. Bo – jak słusznie zauważa Krzysztof Wojcieszek – **nie programy pomagają, lecz ludzie dobrzy i mądrzy** (Wojcieszek, 1997).

3. Warunki efektywności szkolnej profilaktyki

Efektywność programów profilaktycznych zależy w dużej mierze od warunków, w jakich są wdrażane. Ten sam profesjonalny program realizowany w jednej szkole przynosi zakładane efekty, natomiast w innej nie powoduje pozytywnych zmian. Decydujące znaczenie mają czynniki składające się na klimat szkoły. Kilka z nich wymieniono już powyżej.

Bernard (1991), opierając się na wynikach kilkudziesięciu badań podłużnych nad czynnikami chroniącymi, stworzył portret zdrowej, bezpiecznej szkoły wspierającej proces budowania odporności dziecka:

- mała szkoła (chroni zwłaszcza przed „wypadaniem” z systemu edukacji);

- wysokie oczekiwania (standardy) przy równoczesnym udzielaniu wsparcia uczniom i ich rodzicom przez nauczycieli i pozostały personel szkoły;
- wsparcie i przyjazne relacje z kolegami;
- ogólny etos (eksponowane wartości) i dobra atmosfera szkoły;
- dostarczanie okazji do zdobywania pozytywnych doświadczeń, osiągnięcia sukcesu w znaczących zadaniach, ponoszenia odpowiedzialności;
- stwarzanie poczucia ładu i porządku w otoczeniu;
- możliwość uczestniczenia w zajęciach pozalekcyjnych.

Dla porównania przyjrzymy się portretowi szkoły z problemami. Ponieważ dla wielu szkół głównym problemem jest agresja i przemoc wśród uczniów, zwróćmy uwagę, jakie **elementy składające się na tzw. kulturę uczenia się i klimat szkoły korelują ze zjawiskiem agresji i przemocy** (Surzykiewicz, 2000; Szymańska, 2003).

Klimat fizyczny:

- niekorzystna lokalizacja szkoły;
- brudne, zaniedbane budynki i otoczenie;
- zniszczony, niesprawny sprzęt;
- niebezpieczne pomieszczenia;
- duża szkoła;
- przeładowane klasy.

Klimat społeczny:

- negatywna, bierna rola dyrektora;
- chaos organizacyjny;
- bezosobowe relacje nauczyciel – uczeń;
- brak przejrzystych oczekiwań szkoły i jasnych zasad dyscypliny;
- brak ujednoliconego i jasnego dla wszystkich systemu oceniania osiągnięć;
- nadmierny rygor i restrykcje;
- nieuwzględnianie interesów i oczekiwań uczniów;
- pozbawienie uczniów wpływu na tworzenie szkoły i jej reguł;
- słaba komunikacja pomiędzy nauczycielami, uczniami i rodzicami;
- odsuwanie rodziców od decydowania o sprawach szkoły;
- brak pozytywnej tradycji szkoły;
- brak oferty zajęć pozalekcyjnych;
- niskie kompetencje i morale nauczycieli;
- niskie kompetencje i morale uczniów.

Drugi portret, choć nieco bardziej szczegółowy, można uznać za negatyw pierwszego obrazu. Ten sam zestaw czynników koreluje również z częstymi wagarami, używaniem środków psychoaktywnych i samobójstwami uczniów. Cechy obydwu szkół wskazują, jak może przebiegać realizacja edukacyjnego programu profilaktycznego w każdej z nich i jakie spowodować skutki.

W dobrej, funkcjonalnej szkole program wpisuje się w codzienne działania dydaktyczne i wychowawcze nauczycieli, stanowi ich uzupełnienie i wzmocnienie, co daje wysoką gwarancję efektywności. Nauczyciele chętnie uczestniczą w szkoleniach dla realizatorów programu, który traktują jako dodatkowe użyteczne narzędzie.

W złej, dysfunkcyjnej szkole ten sam program wydaje się obcym ciałem. Klimat zajęć i eksponowane w nich wartości pozostają w sprzeczności z atmosferą szkoły i codziennymi doświadczeniami uczniów. Dysfunkcyjna szkoła broni się przed rzetelną diagnozą

swoich problemów, ponieważ mogłaby ona dać wynik zagrażający kadrze pedagogicznej. Uczniowie są wysyłani na zajęcia profilaktyczne w nadziei, że spowodują one zmianę ich zachowania. Nauczyciele niechętnie uczestniczą w szkoleniach dla realizatorów programów – wolą, by z młodzieżą pracowały osoby z zewnątrz. Dobry program profilaktyczny w takich warunkach nie może przynieść oczekiwanych efektów, ponieważ nie stanowi przeciwwagi dla licznych i poważnych wewnętrznych czynników ryzyka.

Do podobnych wniosków dochodzi także wielu innych autorów wykorzystujących teorię *resilience* oraz wyniki badań nad skutecznością programów edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.

Model efektywnego uczenia kompetencji społecznych i zapobiegania niepożądanym zachowaniom dzieci i młodzieży w przedszkolu i w szkole

Fox, Dunlap, Hemmeter, Joseph, Strain (2003) stwierdzają, iż wielu nauczycieli koncentruje się na realizacji programu nauczania oraz walce z zachowaniami kilkorga trudnych uczniów. Ta walka, przeważnie nieskuteczna, zabiera im większość czasu i energii. Równocześnie ci sami nauczyciele nie dbają o najbardziej podstawowe i najprostsze działania udowodnionej skuteczności.

Autorzy skonstruowali model skutecznego rozwijania kompetencji psychologicznych i społecznych, a tym samym zapobiegania trudnym zachowaniom dzieci. Model, przedstawiony graficznie w postaci piramidy uczenia (Rysunek 1.), został wypracowany z myślą o potrzebach młodszych dzieci, ale wyniki badań nad potrzebami rozwojowymi nastolatków (Eccles, Midgley, 1989; Wentzel, 2001) potwierdzają jego użyteczność również na wyższych etapach edukacji. Schemat wskazuje, o co powinna zadbać szkoła lub przedszkole, by zredukować trudne czy ryzykowne zachowania wychowanków i stać się **placówką funkcjonalną**. Piramida opisuje cztery poziomy praktycznych działań nauczycieli, które umożliwiają reagowanie na potrzeby wszystkich uczniów.



Rysunek 1. Model efektywnego uczenia kompetencji społecznych⁵

⁵ Źródło: Fox, Dunlap, Hemmeter, Joseph, Strain, (2003), *The Teaching Pyramid: A model for supporting social competence and preventing challenging behaviour in young children*, „Young Children”.

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

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

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

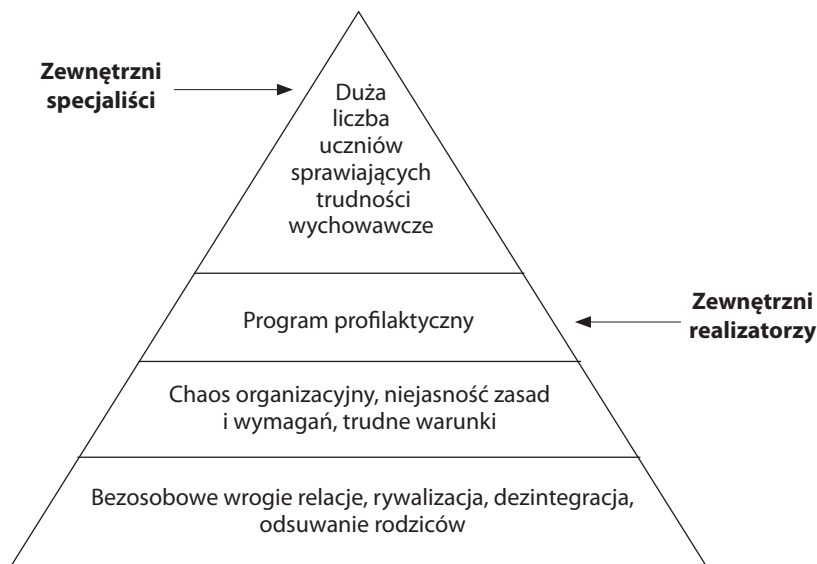
Poziom czwarty to intensywna indywidualna interwencja, która dotyczy nielicznych uczniów uporczywie sprawiających trudności wychowawcze. Z uwagi na głębokość i liczbę problemów wymagają oni szczegółowej indywidualnej diagnozy i konsekwentnych działań pomocowych ze strony wielu dorosłych. Interwencję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

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

Posługując się tym modelem, można również sporządzić graficzny **obraz dysfunkcyjnej szkoły** (Rysunek 2.). Wystarczy wstawić znane i omówione wcześniej wewnątrzszkolne czynniki ryzyka na odpowiednie poziomy piramidy (Szymańska, 2007).

Zły klimat fizyczny i społeczny, w tym chaos i nieprzyjazne relacje, powodują rozrost wierzchołka piramidy, a więc wzrost liczby uczniów przeżywających i sprawiających poważne trudności. Wywołuje to ciągłą frustrację u wszystkich członków szkolnej społeczności, niszczy odporność zarówno uczniów, jak i nauczycieli.

Przeciążona kadra pedagogiczna przestaje sobie radzić i deleguje rozwiązanie problemów na rodziców i specjalistów z zewnątrz – psychologów, policjantów czy lekarzy. Działaniem ratunkowym jest pozyskanie i wdrożenie w klasach programu profilaktycznego, najlepiej prowadzonego przez zewnętrznych realizatorów. Szkoła oczekuje, że dobry program prowadzony przez osoby kompetentne zmieni zachowania uczniów bez udziału i wysiłku nauczycieli. Oczekiwanie to jest mało realistyczne. Zwykle jednak dysfunkcyjne szkoły pozostają tylko działaniami zapobiegawczymi, wybierając propozycje nieprofesjonalne i niewymagające zaangażowania nauczycieli, np. „teatryki profilaktyczne”. Teatryków nie należy mylić z interaktywnym teatrem profilaktycznym, angażującym młodych uczestników.

Rysunek 2. Dysfunkcyjna szkoła⁶

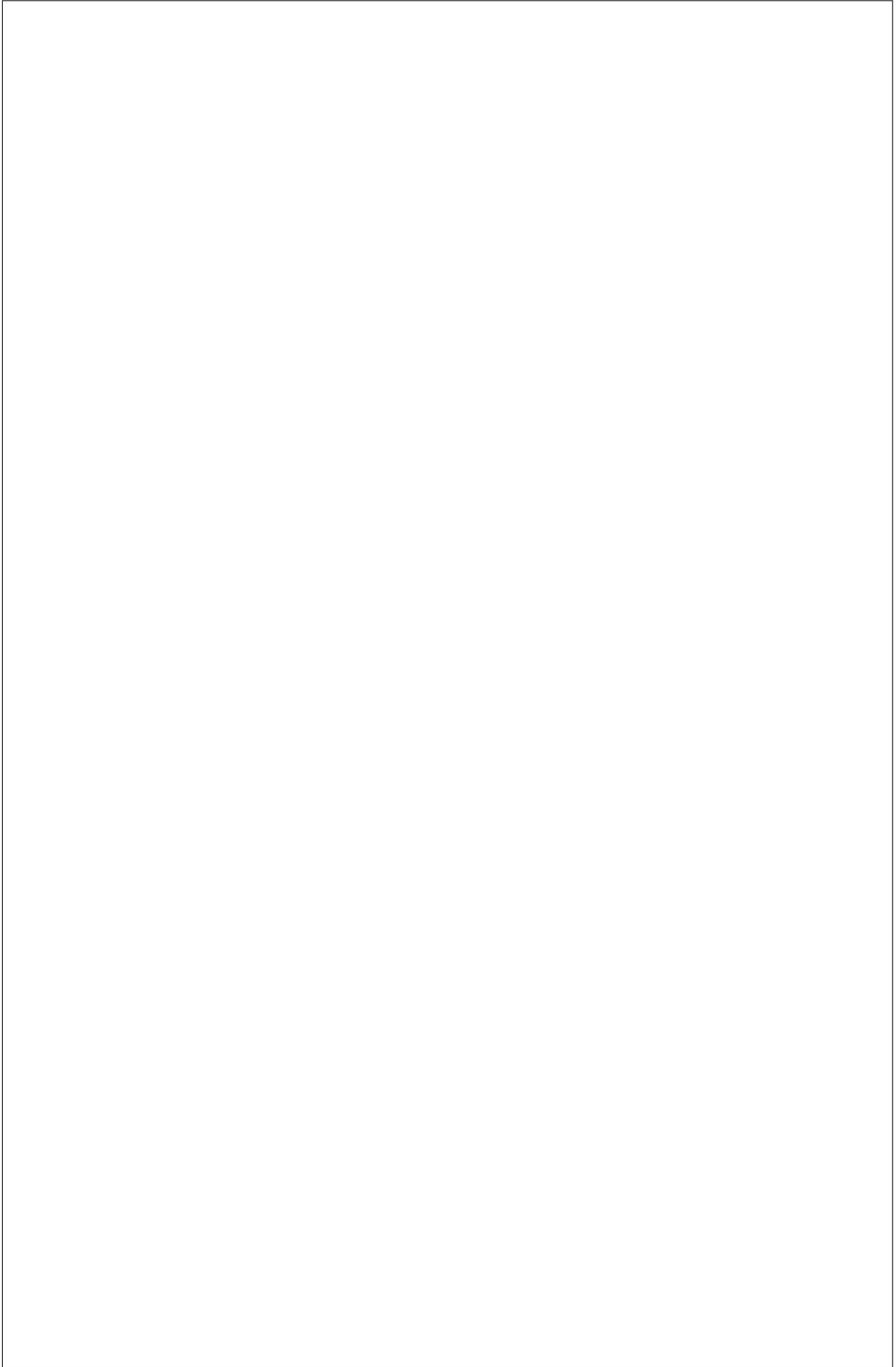
W dysfunkcyjnej szkole nawet wysoce profesjonalne programy edukacyjne nie przynoszą pożądanych zmian. Trudne zachowania uczniów nie znikną, ponieważ najczęściej są reakcją na panujący w szkole chaos, brak czytelnych oczekiwań, nieprawidłowe relacje i zaburzoną komunikację. Przywrócenie funkcjonalności nie jest łatwe. Szkoła stara się ukrywać swoje problemy lub im zaprzeczać. Czasem dopiero dramatyczne wydarzenie wywołujące poważny kryzys oraz związane z nim naciski nadzoru pedagogicznego i mediów wymuszają diagnozę i wprowadzenie zmian.

Profesjonalny program profilaktyczny realizowany w dysfunkcyjnej szkole staje się niekiedy miną rozsadzającą ją od wewnątrz. Zajęcia edukacyjne serwowane uczniom, uczące umiejętności społecznych, mogą się okazać dla niej bardzo niebezpieczne. Sfrustrowana i zbuntowana młodzież zaczyna wykorzystywać nowo wyćwiczone umiejętności, np. z zakresu asertywności, do lepszego artykułowania zarzutów wobec nauczycieli i bardziej stanowczego egzekwowania własnych praw.

Warunkiem skuteczności programów profilaktycznych kierowanych do uczniów jest więc zmiana klimatu szkoły w wymiarze fizycznym i społecznym, a także usunięcie czynników osłabiających odporność i torujących drogę problemowym zachowaniom wychowanków.

Przedstawiony model piramidy, którego nowe warianty wciąż powstają, okazał się w praktyce bardzo użyteczny, toteż został wykorzystany jako rama kilku programów pomagających nauczycielom kreować zdrowe, wspierające środowiska w szkole. Należy do nich wspomniany wcześniej program *Golden Five* przygotowujący nauczycieli gimnazjów do budowania trzech dolnych pięt piramidy.

⁶ Źródło: Szymańska J., (2007), *Warunki skuteczności szkolnej profilaktyki*, „Remedium”, nr 8.



Rozdział VII

Profilaktyka może szkodzić

Zainteresowanie psychoprofilaktyką w wielu środowiskach (medycznym, oświatowym, policyjnym), poparte przekonaniem o konieczności podejmowania takich działań możliwie wcześnie, owocuje ogromną liczbą inicjatyw adresowanych do dzieci i młodzieży szkolnej. Nie sposób ich policzyć, bowiem oprócz kilkudziesięciu projektów, które uzyskały szerszy zasięg i rozgłos, istnieje wiele programów autorskich realizowanych tylko w jednej szkole.

Ponieważ większość popularnych programów skonstruowano z myślą o młodzieży w wieku dojrzewania (14–17 lat), w ciągu ostatnich trzech lat pojawiają się z kolei coraz liczniejsze propozycje pracy profilaktycznej z dziećmi z młodszych klas szkoły podstawowej. Jako instruktor, realizator, recenzent i konsultant programów zdołałam zapoznać się z kilkudziesięcioma projektami profilaktycznymi adresowanymi głównie do dzieci i młodzieży. Większość z nich to nie tylko projekty na papierze. Najczęściej autorzy najpierw je realizują, a potem dopiero konsultują.

1. Szkodliwe informacje

W wielu szkołach nadal organizuje się krótkie, okazjonalne spotkania dla dzieci z udziałem specjalisty w sprawach narkotyków, który informuje uczniów o działaniu i szkodliwości środków odurzających. Nierzadko jest to znakomity specjalista w zakresie leczenia narkomanów, ale to jeszcze nie rekomenduje go do roli edukatora dzieci i młodzieży. Ważna jest nie tylko znajomość samego problemu, lecz także, a może przede wszystkim, dobra znajomość odbiorcy. Duże znaczenie ma również wiedza dotycząca metodyki pracy z młodymi ludźmi, bowiem pozwala choćby częściowo przewidywać, jakie efekty może spowodować dany przekaz informacyjny.

Artykułowane nieraz obawy, że zbyt wczesne, a zwłaszcza nieprawidłowo przygotowane informacje na temat różnych zagrożeń mogą rozbudzać ciekawość dzieci i w rezultacie skłaniać do eksperymentowania, nie są bezzasadne.

Wyobraźmy sobie młodszą klasę szkolną, do której nauczycielka kieruje następujące ostrzeżenie: „Dzieci, dziś jest na dworze 15 stopni mrozu, nie wolno dotykać językiem klamki ani żadnych metalowych przedmiotów, ponieważ język może przymarznąć i zejść z niego skóra”.

Wszyscy dorośli, którzy choć trochę znają młodsze dzieci, mogą przewidzieć reakcję na taką informację, podaną w najlepszej intencji. Istnieje uzasadniona obawa, że część dzieci uzna to za nowy pomysł na ciekawy eksperyment i zachowa się tak jak na przedstawionej ilustracji na str. 68.

W kontrowersjach wokół pytania, czy i w jakim momencie mówić dzieciom o alkoholu i narkotykach, podnosi się słuszny argument, że dzieci i tak uzyskują informacje na ten temat za pośrednictwem mediów lub starszych kolegów. Często są to wiadomości niepełne lub błędne. Jednak przed poruszeniem tematyki dotyczącej alkoholu,



„Zobaczmy, czy to prawda”

narkotyków i innych zagrożeń trzeba najpierw przekonać się, co dzieci o tym wiedzą, a następnie uzupełnić i korygować zasób informacji adresatów, stosownie do ich możliwości percepcyjnych. Wobec młodszych dzieci niecelowe wydaje się przekazywanie wiadomości o alkoholu i narkotykach, bardziej zasadne będzie nauczanie ich obchodzenia się z różnymi substancjami chemicznymi, których pełno w każdym gospodarstwie domowym. Bardzo potrzebne środki, jak proszek do prania, szampony czy specyfiki dezynfekujące, muszą być używane zgodnie z przeznaczeniem. Niewłaściwie zastosowane (np. zjedzone), powodują znaczne szkody. Leki są niezbędne w przypadku choroby, ale można je brać tylko na polecenie lekarza, od godnych zaufania dorosłych – rodziców, pielęgniarek (Gaś, 1997).

Interesującym przykładem takiego podejścia jest program *Spójrz inaczej* A. Kołodziejczyka. W badaniach ewaluacyjnych tego programu posłużono się techniką typu narysuj i napisz. Dzieci wysłuchały historyjki o Ani, która wracając ze szkoły, znalazła torbę pełną szkodliwych substancji. Ania zaniosiła torbę do domu i pokazała mamie. Dzieci otrzymały polecenie: „Narysuj i napisz, jakie substancje znajdowały się w tej torbie i co ty byś zrobił, gdybyś znalazł podobną torbę”. Rysunki dzieci, na których znajdują się papierosy, alkohol, a także dziura ozonowa, telewizor i muchomory, pozwalają zorientować się w stanie ich wiedzy na temat szkodliwych substancji (Bobrowski, 1995).

Elementem niektórych autorskich programów są filmy fabularne przedstawiające problem alkoholizmu lub narkomanii. Czasem po filmie proponuje się dyskusję, ale często wyświetla się go bez komentarza, albo dyskusję odkłada na następne zajęcia. Filmy te zawierają dramatyczne sceny i z reguły mają tragiczne zakończenie. Autorzy podobnych inicjatyw uzasadniają włączenie filmu do programu jego rzekomo odstrasającym działaniem na ewentualnych użytkowników środków odurzających i eksperymentatorów.

Bardzo często pokazywanym obrazem w ramach programów profilaktyki uzależnień jest film *Brama do raj*. Przedstawia on życie młodych narkomanów (18–20-letnich), spotykających się w niedokończonym bloku na terenie budującego się osiedla. W filmie zaprezentowany jest mechanizm wchodzenia w uzależnienie, objawy głodu narkotycznego oraz degradacja moralna młodych ludzi. W grupie starszej młodzieży odurzającej się „kompotem” znajduje się też chłopiec w wieku 12–13 lat, który wacha kleje. Film kończy się tragicznie, wszyscy narkomani umierają po użyciu zanieczyszczonego „towaru”.

Takie inicjatywy „profilaktyczne” przypominają amerykańskie kampanie informacyjne z początku lat siedemdziesiątych, których skuteczność opisano we wcześniejszych rozdziałach. Niestety, sformułowane wówczas przykazanie profilaktyczne – PO PIERWSZE: NIE STRASZYĆ – nie jest powszechnie znane.

Efekty projekcji filmu *Brama do raj* poznałam osobiście, zaproszona na konsultację do szkół w dwóch warszawskich gminach. W krótkim czasie, po przeprowadzeniu zajęć profilaktycznych połączonych z emisją filmu w klasach VI–VIII dawnych szkół podstawowych, wykryto grupy uczniów wachających klej w korytarzach podziemnej pompowni osiedlowej i w starej szopie na terenie szkoły. Złapani na gorącym uczynku wachacze kleju rekrutowali się właśnie z klas objętych programem profilaktyki uzależnień. Przeprowadzone z nimi rozmowy wykazały, że ich zachowanie było bezpośrednim następstwem obejrzanego filmu. Już wcześniej podejmowali próby odurzania się klejem. Kupowali klej i wachali odkręcone tubki, jednak bez spodziewanych efektów. W filmie pokazano, jak robi to ich rówieśnik (niezbędne akcesoria, kolejność czynności). Po projekcji filmu zaczęli to robić fachowo i skutecznie. Młodzi wachacze nie zapamiętali wielu innych szczegółów filmu ani jego morału. Wybrali te fragmenty, które były im aktualnie potrzebne. Stanowił dla nich **instruktaż odurzania się klejem**.

Filmy, które prezentują nawet odstręczające przykłady zachowań starszej młodzieży i dorosłych, mogą wywoływać u młodych odbiorców zupełnie odwrotne efekty, niż się spodziewamy. Jak wiemy, nieprawidłowe zachowania dorosłych nie zniechęcają, lecz zachęcają dzieci i młodzież do ich powielania. Zajęcia profilaktyczne nie tylko mogą rozbudzać ciekawość i stanowić instruktaż zachowań ryzykownych. Jednym z ważnych negatywnych rezultatów informowania na przykład o działaniu alkoholu i narkotyków bywa również **wzrost pozytywnych oczekiwań związanych z działaniem środków odurzających**.

Jak wynika z badań, dzieci do 8 roku życia są przeciwne picciu alkoholu i mają o nim negatywne opinie. Skokowy wzrost pozytywnych oczekiwań następuje w wieku 8–9 lat. Interwencje profilaktyczne mogą modyfikować tworzące się oczekiwania w sposób pożądanym, ale – jak się okazuje – mogą też przyspieszyć powstawanie pozytywnych oczekiwań działania alkoholu, co stanowi potencjalny czynnik ryzyka.

Eksperyment Krausa dotyczący zmiany oczekiwań dzieci pod wpływem krótkich działań profilaktycznych potwierdza taką możliwość. Trzem grupom dzieci w wieku 7–9 lat prezentowano dziesięciominutowe filmy. W dwóch grupach pokazano filmy przedstawiające wpływ alkoholu na zachowania dorosłych. Pierwszy przedstawiał zachowania uczestników przyjęcia, niektóre bardzo nieprzyjemne. Druga grupa oglądała zachowania dorosłych będące skutkiem przewlekłego picia. Bohaterami trzeciego filmu były kukiełki i robot. Robot miał pozytywne oczekiwania wobec alkoholu i bardzo chciał go spróbować, a następnie konfrontował swoje wcześniejsze oczekiwania z rzeczywistymi doświadczeniami. Jedynie w trzeciej grupie dzieci zmieniły swoje oczekiwania związane

z picie alkoholu w pożądanym kierunku (na mniej pozytywne). W pozostałych grupach nastąpił wzrost pozytywnych oczekiwań (Okulicz-Kozaryn, Borucka, 1999).

Autorki konkludują, że wzrost pozytywnych oczekiwań wobec alkoholu pod wpływem filmów z udziałem dorosłych, chociaż negatywnych bohaterów, wskazuje, iż **dorośli zawsze są postrzegani przez dzieci jako osoby, które warto naśladować, nawet jeśli zachowują się w sposób nieodpowiedni.**

Ponadto najlepsze w kształtowaniu właściwych oczekiwań u małych dzieci okazują się postacie bajkowe, niewystępujące w realnym świecie.

2. Raniące gry i ćwiczenia

Programy profilaktyczne zawierają zazwyczaj początkowy blok zajęć, których celem jest zwiększenie integracji grupy. W programach wychowawczo-profilaktycznych, przygotowanych dla klas 0–III, w bloku zajęć integracyjnych bardzo popularnym elementem jest rysunek rodziny. Powtarza się on w wielu programach dla młodszych dzieci. Przebieg zajęć jest następujący:

Dzieci rysują na kartkach swoją rodzinę, po czym wywiesza się wszystkie rysunki na ścianie i omawia, czym różnią się od siebie poszczególne rodziny. W większości znanych mi projektów zawierających takie zajęcia nie ma żadnych wskazówek dla prowadzącego, co robić, jeśli w klasie znajdują się dzieci z domów dziecka, z rodzin zastępczych albo rodzin rozbitych. W niektórych pojawia się uwaga, że może zaistnieć taka sytuacja, lecz brak wskazań, jak pokierować wówczas dyskusją. Warto też zastanowić się, czy wolno wprowadzać podobne zajęcia w mało znanej nam grupie dzieci (np. początek zajęć szkolnych w I klasach). Te z nieprawidłowych rodzin dowiadują się, jak bardzo ich rodzina różni się od rodzin kolegów. W dodatku ich koledzy z klasy też mogą się o tym przekonać, ponieważ rysunki są wywieszane i omawiane publicznie. Dla wielu dzieci może to być bardzo traumatyczne, raniące doświadczenie, choć prowadzący nie musi tego zauważyć.

Należy też zastanowić się, czy rzeczywiście podobne zajęcia pozwalają zrealizować cel, jakim jest integracja klasy. Istnieje poważne ryzyko, że w wyniku zajęć klasa podzieli się na „dzieci lepsze”, z pełnych, normalnych rodzin, oraz na „dzieci gorsze”, pochodzące z rodzin nieprawidłowych.

Rysunek rodziny jest psychologiczną projekcyjną techniką testową, stosowaną głównie wobec młodszych dzieci (5–11 lat). Dostarcza ważnych informacji, jak dziecko postrzega relacje zachodzące pomiędzy członkami własnej rodziny, w tym swoją pozycję w systemie rodzinnym. Na przykład usytuowanie na rysunku własnej osoby w oddaleniu od postaci rodziców lub usytuowanie rodziców tyłem do osoby dziecka może być sygnałem przeżywanego poczucia odrzucenia. Technikę tę stosuje się wyłącznie w indywidualnym kontakcie z dzieckiem. Autorka podręcznika testu *Rysunek rodziny* zastrzega, że jeżeli rysunek sygnalizuje jakies nieprawidłowości, omawianie i interpretowanie go w obecności dziecka jest dopuszczalne tylko wówczas, gdy jednocześnie podejmujemy pracę z rodzicami rokującą uzyskanie korzystnych zmian w środowisku rodzinnym. Jeśli nie ma możliwości spowodowania korzystnych dla dziecka zmian w najbliższym otoczeniu, omawianie rysunku jest działaniem wysoce ryzykownym. **Naruszenie mechanizmów obronnych u dziecka może spowodować wzrost lęku, gniewu i żalu oraz wywołać reakcję depresyjną** (Frydrychowicz, 1996; Szymańska, 1997).

Skoro ryzykowna może być interpretacja i omawianie rysunku przez psychologa w zaciszu gabinetu w indywidualnym kontakcie z dzieckiem, to jakie zranienia jest w stanie spowodować ta sama technika omawiana publicznie?

W niektórych programach kontynuuje się temat rodziny na zajęciach zatytułowanych *Domowe tradycje, Rodzinne skarby albo Historia mojej rodziny*. Dzieci przynoszą na spotkanie zdjęcia, różne przedmioty stanowiące rodzinne pamiątki i opowiadają związane z nimi historie. Relacjonują również tradycje obchodzenia świąt i uroczystości w swoich rodzinach.

Z pewnością ułatwia to dzieciom lepsze wzajemne poznawanie się, ukazuje role związane z rodziną i znaczenie budowania rodzinnych tradycji. Jeżeli prowadzący pozwala opowiadać dzieciom, które same się zgłaszają, podobne zajęcia wydają się celowe i korzystne. Jednak w scenariuszach niektórych programów zaleca się, aby wszystkie dzieci przyniosły rodzinne pamiątki i skarby i opowiedziały o rodzinnych tradycjach. Co może przynieść na zajęcia dziecko z domu dziecka, które często nie ma nawet własnych ubrań, i jaką historię ma opowiedzieć? Co może przynieść i opowiedzieć dziecko zdegradowanych alkoholików, gdy w jego domu rodzinnym skarbem jest butelka wódki? Zajęcia zakładające aktywny udział wszystkich dzieci mogą spowodować poważne zranienia u niektórych i wywoływać różne niekorzystne reakcje.

Pedagodzy szkolni realizujący tego typu zajęcia relacjonują, że niektóre dzieci, zwłaszcza z rodzin dysfunkcyjnych, opuszczają następne spotkanie lub zmuszone do opowiadania po prostu **konfabulują**. Opowiadają zmyślane, zupełnie nieprawdopodobne historie, zaczerpnięte nieraz z oglądanych filmów. Ich koledzy sceptycznie odnoszą się do takich opowiadań, a często śmieją się z nich.

Mało doświadczony prowadzący, który realizuje gotowy scenariusz zajęć, może mieć trudności z rozwiązaniem pojawiających się nieoczekiwane problemów. Brak wskazówek dla realizatorów uniemożliwia przygotowanie się na różne trudne sytuacje.

Gra *Słodkie słówka* to również często występujący element programów dla młodszych dzieci. Jej celem jest wyuczenie umiejętności dzielenia się z innymi, umiejętności nawiązywania kontaktów, a w rezultacie umiejętności zdobywania akceptacji i przyjaźni rówieśników.

Dzieci otrzymują polecenie, by na zajęcia przyniosły dwie torebki. Jedna torebka ma być pusta, w drugiej powinny znajdować się cukierki. Liczba cukierków ma odpowiadać liczbie osób w klasie.

Prowadzący informuje dzieci, że należy nauczyć się dostrzegać dodatnie cechy u ludzi z otoczenia oraz jak ważna jest umiejętność okazywania przyjaźni. Następnie udziela instrukcji klasie:

„Każde z was niech spróbuje podchodzić kolejno do kolegów i koleżanek z grupy. Stajemy przed wybraną osobą twarzą w twarz i mówiąc jej coś miłego, wrzucamy swój cukierek do jej pustej torebki. Grę rozpoczynamy na hasło: start”.

Po 10–15 minutach prowadzący przerywa grę. Dzieci siadają i liczą cukierki. Powinny policzyć, ile cukierków otrzymały od swoich kolegów i ile rozdały. Następnie nauczyciel podsumowuje grę stwierdzeniem: „Kto umie się dzielić, ten będzie otrzymywał od innych. Kto więcej daje, ten więcej otrzymuje”.

Wyżej opisana gra ma kilka wariantów i występuje pod kilkoma nazwami. Zamiast cukierków używa się też innych rekwizytów, na przykład kasztanów, fasolek. Przebieg gry jest jednak zasadniczo taki sam i podobną konkluzję wypowiada się w jej podsumowaniu.

Nikt nie neguje znaczenia umiejętności dzielenia się z innymi i umiejętności nawiązywania dobrych, ciepłych kontaktów z ludźmi. Trening w tym zakresie jest potrzebny wszystkim dzieciom. Czy jednak podobna gra, a zwłaszcza jej zakończenie, może zachęcić dzieci nieśmiałe, skłonne do wycofywania się lub agresywne do zmiany zachowań w pożądanym kierunku?

Gra *Słodkie słówka* jest klasyczną **techniką socjometryczną**, która umożliwia rozpoznanie struktury społecznej klasy. Gdyby zanotować, kto do kogo podchodził w czasie jej trwania, można by sporządzić socjogram obrazujący stopień popularności i akceptacji poszczególnych dzieci. Pozwala to wyodrębnić dzieci najbardziej akceptowane i popularne w grupie (tzw. dzieci gwiazdy), dzieci niewyróżniające się, dzieci lekceważone i dzieci odrzucone.

Gra może spowodować szkody u młodych uczestników, ponieważ przedstawiona na końcu zasada nie jest prawdziwa w odniesieniu do dzieci i młodzieży.

Uczniowie o wysokiej pozycji w klasie mogą otrzymać bardzo dużo cukierków, rozdając niewiele własnych. Z kolei dzieci lekceważone i odrzucone, mające bardzo niską pozycję, mogą rozdać dużo cukierków, otrzymując niewiele od innych. Jeżeli podliczą cukierki, przekonają się, że choć dużo dały, mało otrzymały. Jest to dowód, że podana zasada nie zawsze się sprawdza – dzieci mogą potraktować ją jako kolejne potwierdzenie swojego niskiego statusu wśród rówieśników, mieć poczucie niesprawiedliwości lub poczucie winy, że widocznie źle mówiły słodkie słówka, skoro nikt im ich nie odwzajemnił.

W badaniach potwierdzono, że dzieciom odrzuconym brakuje pewnych ważnych umiejętności społecznych. Często przejawiają destrukcyjne formy zachowań, są agresywne, zakłócają zabawę kolegów.

Jednak **umiejętności społeczne nie są jedynym czynnikiem decydującym o popularności**, sympatii i antypatii wewnątrz grupy. W grupach dzieci ważna jest **atrakcyjność fizyczna**. Okazuje się, że wyniki otrzymane na skali atrakcyjności fizycznej w wysokim stopniu korelują z punktacją w teście socjometrycznym, statusem w grupie (Bryant, Colman, 1997).

Z badań przytoczonych przez Bryanta i Colmana wynika również, że dzieci odrzucone przez rówieśników pilnie potrzebują pomocy właśnie w młodszym wieku szkolnym. Status odrzuconego jest bowiem trwały, utrzymuje się przez wiele lat, nawet po przejściu do innej grupy, i koreluje z porzucaniem szkoły, agresją i przestępczością. Dzieci ignorowane potrzebują więc treningu umiejętności interpersonalnych, umożliwiających modyfikację zachowań mało adaptacyjnych (wycofywanie się, ucieczka).

Socjometria umożliwiła wyłonienie osób o niskiej pozycji, lecz nie wyuczą się one potrzebnych umiejętności w trakcie gier typu słodkie słówka. Opisano w literaturze kilka form oddziaływania dających dobre rezultaty u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Skuteczne jest uczenie się zachowań poprzez obserwację modelu. Dzieciom w wieku 9–12 lat prezentowano film, którego bohaterem był ich rówieśnik. Początkowo zachowywał się nieśmiało i wycofująco, przechodząc stopniowo do coraz bardziej złożonych interakcji. Po obejrzeniu filmu nastąpił znaczący wzrost liczby kontaktów nawiązywanych przez dzieci. Wobec osób odrzuconych i lekceważonych skuteczny jest również szczegółowy instruktaż współdziałania i komunikowania się, udzielany dzieciom przez prowadzącego w trakcie zorganizowanej zabawy (Bryant, Colman, 1997).

Kołyska to technika czasami włączana do programów adresowanych zarówno do dzieci w młodszym wieku szkolnym, jak i nastolatków. Autorzy proponują, by zastoso-

wać ją wobec tych uczestników zajęć, którzy są odrzuceni lub izolowani. Jej celem ma być wyzwolenie pozytywnych uczuć i zachowań członków grupy, dostarczenie pozytywnych doświadczeń osobie niepopularnej i zwiększenie jej zaufania do ludzi.

Osoba ta kładzie się na podłodze z zamkniętymi oczami, a inni, podkładając ręce pod jej ciało, stopniowo podnoszą ją i delikatnie kołyszą. Następnie wolno opuszczają, układając na podłodze lub materacu.

Kołyska jest znaną techniką wykorzystywaną w psychoterapii grupowej, czasami w socjoterapii. Stosowanie podobnej techniki na zajęciach edukacyjnych w klasie nie ma uzasadnienia, a nawet jest przeciwwskazane. Grupa terapeutyczna jest mała, a jej uczestnicy mają podobne trudności psychologiczne i społeczne. Prowadzi ją doświadczony terapeuta, który zna problemy poszczególnych osób i wie, jaką technikę zastosować w określonej sytuacji, potrafi asekurować osoby przeżywające lęk, chroniąc je przed zbyt traumatycznymi doświadczeniami w grupie.

Zupełnie inne warunki stwarzają zajęcia warsztatowe prowadzone w klasie. Klasa szkolna jest dużą grupą, dzieci i młodzież mają bardzo różne problemy. Realizator nie jest przygotowany do prowadzenia psychoterapii, zwłaszcza w tak dużej grupie osób, których zachowania w podobnej sytuacji są trudne do przewidzenia.

Jeżeli przerywa się ogólną zabawę lub grę, w której uczestniczą wszyscy, i skupia się na jednej osobie, potwierdza się tym samym jej status dewianta w grupie. Jak wiemy, niska pozycja wśród rówieśników może być związana z małą atrakcyjnością fizyczną dziecka czy nastolatka lub z brakiem umiejętności społecznych. Kołysanie nie usunie tych braków, a może narazić młodego człowieka na liczne zranienia. Już samo wybranie i określenie go jako osoby mającej trudności jest silnym stresem. Wobec kolegi ignorowanego albo odrzuconego jego rówieśnicy mogą nie chcieć zachować się zgodnie z instrukcją. Istnieje poważne ryzyko, że będą żartować, wypowiadać nieprzyjemne komentarze albo potraktują tę sytuację jako okazję do wzięcia odwetu na nielubianej przez nich osobie za jej wcześniejsze (np. agresywne) zachowania. Prawdopodobieństwo takich właśnie reakcji jest wysokie, szczególnie w grupach nastolatków. Młodsze dzieci mogą nie wykonać prawidłowo polecenia, nawet przy najlepszych chęciach, z braku siły fizycznej i niezręczności. Istnieje ryzyko, że grupa niechcący lub z premedytacją upuści swojego kolegę na oczach prowadzącego, który w tej sytuacji może wyrazić swoją dezaprobatę dla uczestników zajęć.

W scenariuszach proponujących stosowanie podobnej techniki przeważnie brak wskazań dla prowadzącego, co robić, jeśli delikwent nie zgadza się na takie ćwiczenie, lub co robić, gdy grupa zachowuje się negatywnie, i jak zareagować, gdy dojdzie do najgorszego.

Nie ma żadnego powodu, by zajęcia edukacyjne przekształcać w interwencję terapeutyczną skierowaną na jednego członka grupy, tym bardziej że może on wyjść z tej interwencji **poraniony zarówno psychicznie, jak i fizycznie**.

3. Ostrożnie z asertywnością u dzieci

Braki w zakresie ważnych umiejętności społecznych torują drogę różnym zachowaniom ryzykownym zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Programy wdrażane na wszystkich poziomach profilaktyki zawierają więc trening najważniejszych umiejętności. Pozwalają one poprawić funkcjonowanie w sytuacjach społecznych: chronić się przed negatyw-

na presją grupy, wyrażać własne opinie i oczekiwania, nawiązywać satysfakcjonujące kontakty z ludźmi. Kształcenie i rozwijanie umiejętności społecznych według większości badaczy należy do najskuteczniejszych modeli profilaktycznych (Gaś, 1997; Goleman, 1997; Hansen, 1993; Hawkins, 1992; Kazdin, 1996; Scheier, 1996).

Wśród istotnych umiejętności wymienia się najczęściej asertywność, umiejętność mówienia „nie”.

Nie ma pełnej zgodności autorów co do rozumienia pojęcia asertywności. Niektórzy uważają asertywność za jedną z centralnych wśród wielu umiejętności społecznych, inni za zespół umiejętności interpersonalnych.

Maria Król-Fijewska podaje definicję asertywności wyrosłą na gruncie podejścia behawioralnego: „Zachowania asertywne to zespół zachowań interpersonalnych wyrażających uczucia, postawy, życzenia, opinie lub prawa danej osoby w sposób bezpośredni, stanowczy i uczciwy, a jednocześnie respektujący uczucia, postawy, życzenia, opinie i prawa innych osób” (Król-Fijewska, 1993).

Maria Oleś dokonała przeglądu kilku psychologicznych definicji asertywności. Asertywność jest na przykład określana przez niektórych autorów jako „zdolność do wywierania wpływu na innych, pozostająca w przeciwieństwie do agresji i bierności”.



Wielu badaczy podkreśla, że istnieje **asertywność negatywna**, na którą składają się takie umiejętności jak: wyrażanie sprzeciwu, mówienie „nie” w sytuacjach nacisku lub nieuzasadnionych żądań, wyrażanie negatywnych uczuć, ograniczanie niepożądanych kontaktów. Istnieje również **asertywność pozytywna**, na którą składają się następujące umiejętności: prośenie innych o przysługę i pomoc, inicjowanie i podtrzymywanie kontaktów, wyrażanie pochwały, zadowolenia, szacunku (Oleś, 1998).

Przegląd badań nad skutecznością treningów asertywności u dzieci i młodzieży wykazuje, że u wielu młodych uczestników, zwłaszcza mających trudności w funkcjonowaniu społecznym, trening powoduje znaczącą poprawę i eliminuje zachowania nieprzyzwyczajone, jak agresja, bierność czy unikanie (Oleś, 1998).

W polskich programach wychowawczo-profilaktycznych dla młodszych dzieci i profilaktycznych dla nastolatków elementy treningu asertywności zajmują ważne miejsce. Najczęściej jednak koncentrują się na ćwiczeniu **negatywnych umiejętności asertywnych**, choć pozytywne umiejętności asertywne są również konieczne dla dobrego funkcjonowania społecznego dziecka. Najwięcej miejsca w bloku zajęć związanych z asertywnością zajmuje ćwiczenie sztuki mówienia „nie”. W programach dla młodszych dzieci tematem ćwiczeń są różne zachowania aspołeczne. Najczęściej stosuje się zamieszczony poniżej scenariusz.

Czy przyjacielowi można powiedzieć „nie”?

Nauka odmawiania

Klasę dzielimy na grupy. Każda grupa ma odegrać psychodramę dotyczącą odmawiania. Prowadzący każdej grupie opisuje określoną sytuację, na przykład:

- koledzy namawiają innych, aby poszli z nimi na lody, ale ponieważ nie mają pieniędzy, proponują, aby podkradli rodzicom;

- koledzy namawiają przyjaciela, aby zbić ucznia z sąsiedniej klasy;
- koleżanki namawiają inne, aby wspólnie śmiały się z brzydki, biednie ubranej dziewczynki;
- uczniowie proponują kolegom pójście na wagary;
- koledzy namawiają mnie, aby zepsuć nowy piórnik koleżanki.

Po każdej scenie zaleca się analizę sytuacji, postaw, argumentów. Po wszystkich psychodramach następuje zebranie cech dobrej odmowy.

Podobne ćwiczenia mogą być ryzykowne, jeżeli nie zostaną poprzedzone kierowaną rozmową z dziećmi: kto jest dobrym przyjacielem, cechy dobrego przyjaciela, czy ktoś, kto namawia mnie do złego, jest rzeczywiście moim przyjacielem, czy słowo kolega znaczy to samo co przyjaciel (jak sugeruje tytuł zajęć). Bardzo istotne jest wcześniejsze sprawdzenie, z jakimi konkretnymi sytuacjami nacisku rówieśników dzieci spotykają się w szkole czy podczas zabaw poza szkołą. Tylko sytuacje opisywane przez dzieci powinny być tematem ćwiczenia. Sytuacje przedstawiane przez prowadzącego, zwłaszcza jeśli nie pokrywają się z doświadczeniami uczestników zajęć, mogą podsuwać niektórym dzieciom pomysły niepożądanych zachowań, które właśnie chcemy wyeliminować.

W niektórych programach nauka odmawiania jest poprzedzona rozmową, ale w innych uwzględnia się same ćwiczenia, a opisane przez autora scenariusza sytuacje, będące tematem scenki, raczej wyprzedzają doświadczenia dzieci. Na przykład: „Koledzy namawiają mnie, żeby ukraść zabawki w sklepie” (dla 7–8-latków).

Psychologowie i pedagodzy szkolni, realizujący programy zawierające naukę odmawiania, sygnalizują niekiedy, że niektóre dzieci, zwłaszcza chłopcy, nie chcą uczestniczyć w ćwiczeniach. Nie wynika to z nieśmiałości, oporu przed występowaniem w psychodramie. Po prostu odmawiają odmawiania. Szczególnie dotyczy to scenek, których tematem jest odmawianie wyśmiewania się z kogoś, dokuczania lub pobicia niesympatycznego kolegi. Na pytanie prowadzącego, dlaczego nie chcą odmawiać, podają odpowiedzi typu:

- „A dlaczego mam odmawiać, skoro jest to dobra zabawa”;
- „Jeśli mnie koledzy namawiają, żeby zbić takiego jednego, to pewnie on na to zasłużył”.

Podobne sytuacje wzbudzają wesołość klasy, a oponent znajduje nieraz kilku zwolenników.

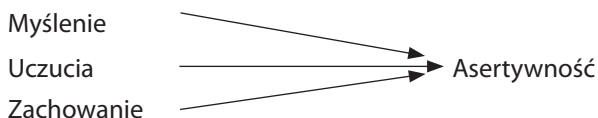
Doświadczony realizator potraktuje tę sytuację jako dobrą okazję do rozmowy o uczuciach, wartościach i normach społecznych, regułach obowiązujących w życiu społecznym. Przerwie zaplanowane zajęcia i poszerzy scenariusz o inne ważne sprawy. Jednak mniej doświadczeni prowadzący czują się bezbronni, czasem usiłują zlekceważyć „dywersantów” i dokończyć zaplanowane ćwiczenia mimo niekorzystnej atmosfery w klasie, czasem przystępują do karania oponentów i negatywnego ich oceniania. Zdarza się (najczęściej w klasach V–VI), że zajęcia przekształcają się w chaotyczną potyczkę między realizatorem i grupą jego popleczników a grupą oponentów.

Opisane przykłady świadczą, że w wielu programach uwzględniających ćwiczenia z asertywności wyraźnie czegoś istotnego brakuje i że są one zbyt płytkie.

Nauka odmawiania w wielu programach dla dzieci i młodzieży polega głównie na trenowaniu właściwej reakcji na negatywną presję rówieśników, bez równoczesnego budowania motywacji do asertywnego zachowania się.

Ćwiczenia koncentrują się na aspekcie behawioralnym, bez uwzględnienia aspektu poznawczego.

Autorzy badań nad skutecznością treningów asertywności podkreślają, że ma ona co najmniej trzy elementy składowe:



Wszystkie aspekty asertywności powinny być uwzględnione w ćwiczeniach, ponieważ istotna jest **koordynacja uczuć, myśli i zachowań**. Trenowanie tylko jednego elementu (np. zachowania) nie gwarantuje skuteczności (Oleś, 1998).

Przez pewien czas społeczne kompetencje utożsamiano z umiejętnościami społecznymi. Współcześnie uważa się, że **umiejętności to tylko jeden z aspektów kompetencji społecznych**.

Według Argyla kompetencje społeczne obejmują:

- zachowania;
- odpowiedni zakres wiedzy (kiedy, gdzie stosować poszczególne umiejętności oraz w jaki sposób to robić w określonej sytuacji);
- zdolność rozumienia i sądzenia;
- elementarny poziom zrównoważenia emocjonalnego.

Wielu badaczy zajmujących się efektywnością treningów asertywności podkreśla, że najczęstszą przyczyną ich niskiej skuteczności jest właśnie zbyt wąskie rozumienie kompetencji społecznych:

„Trenowanie umiejętności nie jest zabiegiem wystarczającym, jeśli dziecko nie rozumie celu i sensu tych zabiegów. Chodzi o dostarczenie – obok konkretnej umiejętności – również odpowiedniego zasobu wiedzy o relacjach międzyludzkich oraz o wartościach, na których się one opierają. Dlatego trening asertywności powinien być wsparty lub nawet poprzedzony klaryfikacją wartości lub odpowiednimi zabiegami wychowawczo-edukacyjnymi. Nie wystarczy, by dziecko miało opanowane asertywne zachowania, gdyż z wielu powodów może nie umieć lub nie chcieć wprowadzać ich w życie” (Oleś, 1998, s. 190).

Myślę, że jest to wyczerpująca odpowiedź wyjaśniająca przyczyny opisanych wyżej niepowodzeń pojawiających się przy nauce odmawiania. Jeśli dla niektórych dzieci człowiek, jego zdrowie, godność i uczucia nie stanowią wartości, to w imię czego mają odmawiać wyszydzenia lub pobicia kogoś, pozbawiając się tym samym rozrywki. Jeśli natomiast dziecko ma wpojone wartości, zna normy, a brakuje mu tylko umiejętności, jak skutecznie je chronić, to trening umiejętności przyniesie pozytywne efekty. Jak widać, u wielu uczniów występują deficyty nie tylko w zakresie umiejętności, co powinni uwzględnić twórcy programów wychowawczych i profilaktycznych dla dzieci ze szkół podstawowych.

U dzieci w wieku przedszkolnym i z młodszych klas szkolnych ważniejsze od ćwiczenia zachowań asertywnych wydają się zabiegi zmierzające do ich uspołecznienia. W tym wieku bowiem „ja” przeważa nad „my” (Gaś, 1997). Młodsze dzieci bywają naturalnie asertywne i często mówią „nie”. Jeśli już trenujemy asertywność w grupach takich dzieci, to ważne jest **ćwiczenie pozytywnych zachowań asertywnych**, w tym umiejętności troszczenia się o innych.

Jeszcze jedną, niezwykle ważną, umiejętnością jest zdolność współodczuwania – **empatia**. Aby trening asertywności był skuteczny, powinien zawierać elementy **uwrażliwienia** na uczucia i potrzeby innych ludzi (Goleman, 1997; Oleś, 1998).

Kolejność działań podejmowanych wobec dzieci powinna więc być następująca:

- **przekazywanie wartości** (człowiek, jego zdrowie, godność stanowią wartość, każdy człowiek jest osobą niepowtarzalną);
- **przekazywanie norm** (należy chronić każdego człowieka, nie wolno go niszczyć, bić, dokuczać mu);
- **budowanie empatii** (jak się czuje dziecko, z którego ktoś szydzi z powodu jego wyglądu, jak ty byś się czuł, gdybyś znalazł się na jego miejscu);
- **nauka odmawiania**.

Choć zachowania asertywne są na ogół korzystniejsze od zachowań agresywnych lub biernych, niektóre dzieci mogą nie chcieć zachowywać się asertywnie, bowiem uznają bierność za bardziej korzystne zachowanie. Z kolei agresorzy często mają wiele gratyfikacji z powodu zachowań agresywnych, toteż mogą uznać, że asertywność im się nie opłaca. Dzieci agresywne szczególnie potrzebują uwrażliwienia (Oleś, 1998).

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

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

W profilaktyce pierwszorzędowej, która ma na celu opóźnienie wieku inicjacji, usiłujemy przekonać młodzież do zachowania abstynencji („Poczekaj do dorosłości”). Aby wzbudzić odpowiednią motywację do odmawiania, konieczne jest **odwołanie się do wartości**, podobnie jak w przypadku ćwiczeń dla dzieci.

Wartości bowiem są źródłem motywacji przekonań i działań. Człowiek musi odkryć, co dla niego jest ważne i wartościowe, na czym polega ta wartość, by zacząć ją realizować w swoim życiu (Ostrowska, 1994).

Nastolatki zazwyczaj posiadają już zrąb systemu wartości. Ważną sprawą jest **eksponowanie tych wartości w profilaktyce**, które są **cenione przez młodzież**. Jak wiemy, odwoływanie się do negatywnych skutków zdrowotnych picia czy palenia nie daje pożądanych efektów. Stąd w programach nowej generacji (np. Noe) autorzy odwołują się do wartości uznawanych przez większość młodzieży – na przykład: „Alkohol kradnie wolność”, „Alkohol niszczy miłość”, „Alkohol zabija prawdę” lub też, „Papierosy niszczą cerę”. Zachowanie urody jest dla nastoletnich dziewcząt ważniejsze od zdrowia.

Nauka mówienia „nie” w sytuacjach namawiania do palenia, picia alkoholu czy spróbowania narkotyku ma poważne uzasadnienie w odniesieniu do młodzieży. Wielu autorów przestrzega jednak przed zbytnim rozbudowywaniem bloków zajęć dotyczących asertywności dla grup nastolatków.

Treningi asertywności, zwłaszcza negatywnych zachowań asertywnych, dla nastolatków mogą mieć niekorzystne skutki uboczne.

Jak już wspomniano wcześniej, kompetencje społeczne to wiedza o stosunkach międzyludzkich, zachowanie oraz pewna dojrzałość emocjonalna. Nastolatkowi brak często pewnej wiedzy i dojrzałości, choć on sam może sądzić, że je posiada. Wyćwiczenie samego zachowania asertywnego może spowodować, że **młody człowiek będzie je wykorzystywał do manipulowania** swoimi rówieśnikami, **formułowania zarzutów** pod adresem rodziców i nauczycieli. Może stać się **nadmiernie pewny siebie i roszczeniowy**. U niedojrzałych osób ze skłonnością do dominacji wyćwiczone zachowania asertywne stają się przykrywką dla tendencji agresywnych, jeśli nie skoryguje tego system wartości i norm.

Jak wykazały amerykańskie badania, niektóre wytrenowane w asertywności nastolatki łatwiej wchodziły w kontakty z dilerami narkotyków i przeprowadzały transakcje niż ich nieprzeszkoleni koledzy (Oleś, 1998).

Należy wręcz mówić młodzieży, że asertywność nie rozwiązuje wszystkich problemów w kontaktach z ludźmi. Czasami lepiej jest zrezygnować z zachowań asertywnych (np. w bliskich relacjach). Świadoma rezygnacja z zachowań asertywnych to także asertywność (Król-Fijewska, 1993).

4. Edukacja seksualna jako teren licznych błędów

Od kilku lat trwa dyskusja na temat programów edukacji seksualnej w Polsce. Cele i treści tych programów wzbudzają wiele kontrowersji wśród zwolenników zarówno ateistycznego, jak i religijnego światopoglądu. Kwestii spornych jest wiele. Każdy program posiada bowiem swoistą filozofię, najczęściej zbieżną ze światopoglądem autora, eksponuje różne wartości i odmiennie określa cele ludzkiej płciowości.

Warto może jednak pozostawić na chwilę kwestie światopoglądowe i przyrzeć się **programom edukacji seksualnej oraz prewencji AIDS** w świetle wskazań współczesnej profilaktyki naukowej.

Profilaktyka uzależnień po okresie działań dość przypadkowych i opartych głównie na intuicji autorów dopracowała się potężnego zaplecza badawczego. Na podstawie licznych interdyscyplinarnych badań wypracowano wiele teorii dotyczących zachowań ryzykownych oraz przetestowano wiele modeli i strategii profilaktycznych. Wciąż prowadzone są nowe badania zarówno nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi, jak i nad skutecznością oddziaływań profilaktycznych. Wyniki tych badań umożliwiają eliminowanie błędów i konstruowanie coraz bardziej celowych i skutecznych interwencji. Przy tworzeniu programów obowiązuje dużo większy rygor metodologiczny.

Tymczasem podobne rygory nie obowiązują lub obowiązują w znacznie mniejszym stopniu programy dotyczące aktywności seksualnej młodzieży. W niewielkim też zakresie wykorzystywały one dotychczas najnowszą wiedzę i rzadko były poddawane ewaluacji. Do niedawna prowadzono stosunkowo mało badań w tym obszarze. Przeważnie były to badania epidemiologiczne, zajmujące się skutkami wczesnej aktywności seksualnej (liczba zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, liczba nieletnich matek, liczba aborcji, liczba aktywnych seksualnie nastolatków, wiek inicjacji seksualnej). Mniej natomiast koncentrowano się na specyficznych czynnikach ryzyka i efektywnych modelach czy strategiach. W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań nad czynnikami wpływającymi na zachowania seksualne wśród młodzieży, ale ich wyniki nie są wykorzystywane przy konstruowaniu programów prewencyjnych (Kay, 1996; Pawelski, 1997).



„Człowieku, włóż przynajmniej rękawiczki!”

W efekcie programy edukacji seksualnej cechuje znacznie mniejszy profesjonalizm, a w związku z tym mniejsza skuteczność. Dotychczasowe podejście oceniane jest jako mało skuteczne (Pawelski, 1997), a wielu autorów uważa, że wręcz antyskuteczne, na przykład liczba zakażeń drobnoustrojami u nastolatków wzrasta wraz z upowszechnianiem doustnych środków antykoncepcyjnych (Kay, 1996; McDowell, 1999; „Medical Tribune”, 1993).

Obecnie uważa się, że przyczyną takiego stanu rzeczy jest zbyt wąskie spojrzenie na aktywność seksualną młodzieży. O ile bowiem w profilaktyce innych zachowań ryzykownych od dawna obowiązuje podejście interdyscyplinarne – wykorzystuje się osiągnięcia różnych dziedzin medycyny, psychologii, pedagogiki, socjologii czy kryminologii – o tyle profilaktyka i edukacja seksualna zbyt długo były domeną biologów i lekarzy (Kay, 1996).

Każda grupa zawodowa ma swoje specyficzne doświadczenia oraz zakres wiedzy i zgodnie z tym preferuje określone cele, treści i metody oddziaływań. Nic więc dziwnego, że biolodzy i lekarze w programach edukacji i profilaktyki są zwolennikami modelu informacyjno-biologicznego lub zdrowotno-medycznego.

Model informacyjno-biologiczny preferuje strategię informacyjną (przekonanie, że wiedza zmieni zachowanie), a informacje dotyczą głównie: budowy narządów płciowych, faz dojrzewania, fizjologii popędu i stosunku seksualnego, zapłodnienia, przebiegu ciąży, higieny. Model ten prezentuje raczej normę niż patologię i nie koncentruje się na problemach towarzyszących tej sferze życia.

Model zdrowotno-medyczny również wykorzystuje strategię informacyjną, ale bardziej skupia się na patologii niż na normie. Mało w nim promocji zdrowego stylu życia i wczesnej profilaktyki, natomiast główny obszar zainteresowania stanowią komplikacje związane z rozwojem i współżyciem seksualnym: nieprawidłowości rozwojowe, choroby narządów rozrodczych, choroby przenoszone drogą płciową, AIDS, zaburzenia we współżyciu seksualnym, dewiacje seksualne.

Działania profilaktyczne zalecane zgodnie z tym modelem (Chomczyńska-Miliszkievicz, 1996):

- przygotowanie do antykoncepcji;
- popularyzowanie prezerwatyw i współżycia ze stałym partnerem;
- zachęcanie do higieny życia intymnego;
- propagowanie technik współżycia umożliwiających osiągnięcie większej satysfakcji seksualnej;
- wskazywanie na konieczność dbania o właściwy przebieg ciąży itp.

Podejście biologiczne ma tę zaletę, że ukazując młodzieży normę rozwojową, pozwala rozwiać wiele obaw i niepokojów związanych z procesami zachodzącymi w wieku dojrzewania.

Jak jednak widać, obydwa przedstawione modele zupełnie nie uwzględniają problemów psychologicznych (np. emocjonalnych) czy społecznych młodzieży. Nie ma w nich również miejsca na problemy etyczne związane ze sferą życia seksualnego.

Ponadto preferowanie strategii informacyjnej (najmniej skutecznej) – straszenie chorobami oraz ekspozowanie zdrowia jako głównej wartości – skazuje ją na niepowodzenie.

Zwłaszcza dominujący przez wiele lat w edukacji seksualnej i profilaktyce **model zdrowotno-medyczny wzbudza wiele poważnych zastrzeżeń** (Chomczyńska-Miliszkievicz, 1996):

- twórcy podobnych programów, nieraz świetni specjaliści w zakresie patologii, przynoszą swoje doświadczenia wyniesione z gabinetów, zdobyte w kontaktach z dorosłymi pacjentami, na zdrową w większości młodzież i traktują ją jak pacjentów;
- programy zdrowotno-medyczne nie poruszają rzeczywistych i najważniejszych problemów młodzieży, jak na przykład: nawiązywanie znajomości, randki, miłość, kompleksy, nowe role, braki w zakresie różnych umiejętności, inicjacja seksualna.

Można powiedzieć, że są to programy dla zupełnie innego adresata. Jak wiemy z poprzednich rozdziałów, wymienione tu preferowane w modelu medycznym działania są typowymi elementami polityki zmniejszania szkód i należą do profilaktyki trzeciorzędowej adresowanej do grup najwyższego ryzyka.

Stosowanie programów zmniejszania szkód w odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, z których większość jest jeszcze przed inicjacją seksualną, okazuje się niecelowe i nieskuteczne (Kay, 1996; Pawelski, 1997).

Tymczasem w edukacji seksualnej zdecydowanie preferuje się trzeciorzędowe działania prewencyjne, pomimo że edukacja ta nie przynosi efektów. Choć znacznie podniósł się poziom wiedzy młodzieży na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową, wiedza ta nie ma żadnego wpływu na stopień aktywności seksualnej nastolatków ani na częstotliwość używania prezerwatyw (Kay, 1996; McDowell, 1999; Pawelski, 1997).

Skuteczny program powinien być maksymalnie dostosowany do problemów adresata. Działania skuteczne w odniesieniu do jednej grupy, przeniesione bez niezbędnej adaptacji do innej populacji, nie tylko tracą swoją skuteczność, ale nasilają problemy, którym chcemy zapobiec (Gaś, 1998).

Szkodliwy wpływ trzeciorzędowych programów stosowanych wobec grupy niskiego ryzyka, jaką jest młodzież szkolna, można prześledzić na konkretnych elementach takich programów. W Polsce wdraża się wiele zagranicznych programów adresowanych do grup wysokiego ryzyka, z tym że u nas wprowadza się je do szkół.

Oto fragment scenariusza zajęć prowadzonych w ramach profilaktyki HIV/AIDS w wielu polskich szkołach.

Gra *Pożar buszu*, której celem jest pokazanie, jak rozprzestrzenia się HIV.

Uczestnicy gry (około 20 osób) siedzą w kręgu.

– Wyobraźcie sobie, że znaleźliście się na imprezie bez swojego stałego partnera. Serwowany alkohol powoduje, że uczestnicy imprezy zaczynają podejmować przypadkowe kontakty seksualne. Każdy z was podejmuje trzy takie kontakty, jeśli zechce, może mieć czwarty, dodatkowy kontakt. Trzy są obowiązkowe. Kontakty te będą symbolizowane uściśnięciem dłoni wybranej osobie.

Animator demonstruje uścisk dłoni.

– Na początku wybiorę spośród was jedną osobę, która miała kontakt z HIV. Zamkniecie oczy, ja przejdę obok was i położę wybranej osobie rękę na ramieniu. Wybraną osobę proszę o nieujawnianie się po otwarciu oczu przez członków grupy. Gdy zacznie się gra, wyznaczona przeze mnie osoba musi tym, z którymi wejdzie w symulowany kontakt seksualny, przekazać informację o swoim kontakcie z HIV. Zrobi to przez dyskretne podrapanie wnętrza ich dłoni podczas ucisku. Osoby podrapane są zobowiązane do drapania swoich partnerów w kolejnych kontaktach.

Po upewnieniu się, że wszyscy zrozumieli instrukcję, animator demonstruje drapanie w trakcie uścisku. Prosi grupę o zamknięcie oczu i po kilkakrotnym jej okrążeniu wybiera jedną osobę.

Być może gra *Pożar buszu* pokazuje, jak rozprzestrzenia się wirus HIV, ale ma również uboczne działanie edukacyjne.

W ćwiczeniu tym zakłada się i traktuje jako pewnik, że:

- tak wygląda typowa impreza młodzieżowa;
- każdy nastolatek prowadzi aktywne życie seksualne;
- każdy nastolatek ma swojego stałego partnera;
- każdy nastolatek zdradza swojego stałego partnera, jeśli pójdzie na imprezę bez niego;
- nastolatek podejmuje wiele kontaktów seksualnych na tej samej imprezie z zupełnie przypadkowymi osobami.

Ponadto w grze zaleca się trzy takie kontakty jako obowiązkowe, a ochotnicy mogą nawet tę liczbę przekroczyć (modelowanie zachowań).

Przedstawiona gra ukazuje młodzieży pewien standard: tak zachowuje się normalny, typowy nastolatek i tak przebiega normalna impreza młodzieżowa. U niektórych młodych uczestników programu, będących jeszcze przed inicjacją seksualną, może to wzbudzić niepokój, czy ich własne zachowania są normalne, skoro znacznie odbiegają od typowych zachowań nastolatków.

Szkodliwe działanie gry *Pożar buszu* i innych podobnych ćwiczeń polega na **budowaniu błędnych przekonań normatywnych** u dzieci i młodzieży. Jak wiemy, błędne przekonania normatywne budzą niepokój i uruchamiają **mechanizm autoprzymusu skłaniający do inicjacji** (Hansen, 1993).

Z informacji uzyskanej od autorki wynika, że gra *Pożar buszu* jest elementem szkolenia wyłącznie dorosłych realizatorów i nie wolno jej stosować wobec młodzieży. Tymczasem stała się elementem programu profilaktyki AIDS realizowanego w wielu liceach warszawskich. Wizytatorzy do spraw profilaktyki z kuratorium oświaty informują również, że w kilku województwach program ten jest realizowany także w szkołach podstawowych, począwszy od V klasy.

A oto inny przykład. Podczas seminarium poświęconego profilaktyce AIDS zaprezentowano kilkunastominutowy holenderski film wykorzystywany w tamtejszych programach prewencyjnych. Zdaniem specjalistów z Holandii stanowi on znakomity materiał instruktażowy stosowania prezerwatywy. Film nie zawiera żadnych dialogów, posługuje się wyłącznie środkami wizualnymi. Fabuła jest następująca:

W pięknej scenerii nad jeziorem znajduje się pole namiotowe, a obok na łące grupa młodych ludzi (16–18 lat) ubranych w stroje kąpielowe gra w piłkę plażową. Z namiotu wybiega młody chłopak, chwytając za rękę jedną z dziewcząt grających w piłkę i prowadzi między namioty. Tam przewraca ją na ziemię i oboje zdejmują kąpielówki. Dziewczyna nakłada chłopcu prezerwatywę, po czym następuje trwający kilka sekund akt seksualny. Następnie oboje wkładają kostiumy, chłopak biegnie popływać w jeziorze, a dziewczyna powraca do gry w piłkę.

W zamierzeniu autorów wyżej opisany obraz instruuje, jak prawidłowo posługiwać się prezerwatywą. Warto jednak uświadomić sobie, że przy okazji, a może przede wszystkim, film ukazuje, że:

- można to robić z każdym (z pierwszą z brzegu stojącą dziewczyną);
- można to robić publicznie (np. na ścieżce między namiotami – brak jakiegokolwiek intymności);
- akt seksualny trwa kilka sekund (bez żadnych zabiegów wstępnych), nie ma w nim miejsca na uczucia (zachowanie bohaterów filmu nie wskazuje na istnienie jakiegось więzi między nimi);
- akt seksualny jest krótkim przerywnikiem pomiędzy innymi zajęciami, niemającym większego znaczenia dla obydwu stron.

Jest to więc **instruktaż nieprawidłowego, byle jakiego seksu**, przed którym tak przestrzegają młodzież seksuolodzy.

W fazie tworzenia programów, podczas konstruowania gier i ćwiczeń oraz doboru środków dydaktycznych, warto pamiętać, że dzieci i młodzież przyswajają niekoniecznie te treści i nie tylko te, które chcą wyeksponować autorzy. Psychologia uczenia się stwierdza, że oprócz uczenia się zamierzonego występuje też uczenie się niezamierzone, oparte na pamięci mimowolnej. Młodsze dzieci zapamiętują nie to, co chcą i niezupełnie to, co chcemy im przekazać, ale to, co z jakichś względów zwraca ich uwagę. U starszych dzieci i młodzieży dominuje uczenie się zamierzone, ale pamięć mimowolna nie zanika i rejestruje znacznie więcej niż wskazuje instrukcja (Włodarski, Matczak, 1998).

Trzeciorzędowe środki stosowane we wczesnej profilaktyce – poprzez prezentowanie wzorców ryzykownych zachowań, budowanie oczekiwań i błędnych przekonań normatywnych – zamiast zapobiegać, mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia zachowań nieprawidłowych. Inaczej mówiąc, traktowanie populacji niskiego ryzyka jak grupy wysokiego ryzyka uruchamia mechanizm samospełniającej się przepowiedni.

Kay zwraca uwagę na brak konsekwencji w traktowaniu różnych zachowań ryzykownych. Twórcy programów prewencyjnych adresowanych do młodzieży preferują działania pierwszorzędowe w przypadku wielu zachowań ryzykownych (picie alkoholu, palenie, odurzenie się narkotykami, przejadanie się), a trzeciorzędowe – wobec aktywności seksualnej, choć taka różnica podejścia nie ma naukowego uzasadnienia (Kay, 1996). Wynika ona raczej z błędnych przekonań normatywnych dorosłych specjalistów i przyjmowanych przez nich błędnych założeń.

Zwolennicy programów zmniejszania szkód uzasadniają ich wprowadzenie do edukacji szkolnej m.in. znacznym rozpowszechnieniem aktywności seksualnej wśród młodzieży, co wiąże z silnym popędem seksualnym pojawiającym się w wieku dojrzewania. Utrzymują, że opóźnianie wieku inicjacji poprzez propagowanie abstynencji seksualnej wśród nastolatków jest nierealne (Kay, 1996; McDowell, 1999).

Badania naukowe nie potwierdzają jednak podobnych argumentów.

Picie alkoholu i palenie tytoniu jest znacznie bardziej rozpowszechnione wśród młodzieży niż aktywność seksualna. Pomimo ogromnego rozpowszechnienia picia alkoholu, wobec dzieci i młodzieży stosowane są programy pierwszorzędowe, nakłaniające do zachowania abstynencji.

Motywy inicjacji seksualnej nastolatków są głównie pozaseksualne, zwłaszcza u dziewcząt. Na decyzję o rozpoczęciu współżycia w wielu przypadkach większy wpływ mają naciski zewnętrzne – sytuacyjne, kulturowe niż wewnętrzne potrzeby – uczucia, pragnienie rozładowania napięcia seksualnego (Kozakiewicz, 1993; Obuchowska, 1996; Pawelski, 1997).

Wnioski:

1. Wczesna aktywność seksualna jest jednym z zachowań ryzykownych o podobnej etiologii, pełniącym podobną funkcję w życiu młodego człowieka. Zachowania seksualne młodzieży, tak jak i inne zachowania ryzykowne, mają charakter instrumentalny. Są narzędziem do zaspokojenia innych ważnych potrzeb. W związku z tym działania prewencyjne powinny być zbliżone do działań stosowanych na przykład w profilaktyce uzależnień.

2. Populacja dzieci i młodzieży szkolnej jest w przeważającej mierze populacją niskiego ryzyka (zwłaszcza szkoły podstawowe). Szkoła jest więc miejscem, w którym realizuje się profilaktykę pierwszorzędową. Działania informacyjne i edukacyjne powinny mieć na celu głównie opóźnienie wieku inicjacji seksualnej: POCZEKAJ DO DOROSŁOŚCI! (lub do małżeństwa).

3. Poziom oddziaływań profilaktycznych powinien być dostosowany do stopnia zagrożenia (Kay, 1996; Pawelski, 1997):

- profilaktyka pierwszorzędowa – promowanie abstynencji seksualnej;
- profilaktyka drugorzędowa – nakłanianie nastolatków, którzy już rozpoczęli współżycie, do wycofania się z aktywności seksualnej i ułatwienie im takiej decyzji;
- profilaktyka trzeciorzędowa – stosowanie strategii zmniejszania szkód, gdy zawiodą działania wcześniejsze;
- edukacja i prewencja uwzględniające najważniejsze czynniki ryzyka i czynniki chroniące, zarówno osobowościowe jak i środowiskowe.

W edukacji seksualnej i wczesnej profilaktyce ofertę bardziej adekwatną do wieku i potrzeb młodzieży zapewnia **model społeczno-psychologiczny**. Jego istotą jest rozwijanie uniwersalnych umiejętności psychologicznych i społecznych umożliwiających budowanie tożsamości, rozwijanie empatii i wrażliwości na potrzeby innych ludzi, radzenie sobie z presją otoczenia (np. ćwiczenie asertywności u dziewcząt). W modelu tym uwzględnia się poznawanie norm i standardów społecznych, kształtowanie postaw prorodzinnych, omawianie problemów moralnych, przewidywanie skutków własnych zachowań, odpowiedzialności itp. (Chomczyńska-Miliszkiwicz, 1996).

Ważną kwestią jest również respektowanie przekonań znacznej grupy młodych ludzi i ich rodziców, którzy uznają **model religijno-moralny** wychowania seksualnego.

Ukazuje on problemy płciowości człowieka głównie w porządku teologicznym, filozoficznym i moralnym, a przygotowanie do życia małżeńskiego i rodzinnego ma charakter formacyjny (Chomczyńska-Miliszkievicz, 1996).

Podobnie jak w przypadku innych zachowań ryzykownych efektywność podejmowanych działań w stosunku do młodzieży zależy w znacznym stopniu od możliwości włączenia do nich rodziców. Rodzice są pierwszymi wychowawcami w tym zakresie, przede wszystkim jako modele funkcjonowania w rolach kobiety i mężczyzny, co ma zasadniczy wpływ na przebieg procesu identyfikacji i tożsamości płciowej. Na podstawie zachowań rodziców – ich wzajemnego odnoszenia się do siebie, kultury – młodzi ludzie budują oczekiwania co do reakcji i zachowań płci przeciwnej. Zachowanie ojca pozwala na przykład dziewczynie na określenie standardów wymagań stawianych mężczyznom (Obuchowska, Jaczewski, 1992; Rostowski, 1987). Rodzice przekazują dzieciom również wartości i własne poglądy na temat seksu.

Coraz większy nacisk kładzie się w związku z tym na wychowanie seksualne w rodzinie (Kay, 1996; Pawelski, 1997). Na czele **listy czynników chroniących przed wczesną inicjacją seksualną znajdują się czynniki związane z rodziną** (Kay, 1996):

- rozmowy na temat seksu przeprowadzane w domu;
- obecność ojca w rodzinie;
- umiarkowana dyscyplina;
- kontrola spotkań towarzyskich.

Z wyjątkiem obecności ojca w rodzinie, większość to **czynniki modyfikowalne**. Jak wiemy, część rodziców nie radzi sobie z tą tematyką lub nie zdaje sobie sprawy z wagi własnego postępowania wobec dzieci. Niektórzy czują się niekompetentni z powodu niedostatecznego poziomu wiedzy lub skrępowani koniecznością przeprowadzenia rozmowy z dzieckiem na temat spraw intymnych. Wolą na specjalistów scedować odpowiedzialność za wychowanie seksualne swoich dzieci.

Celowe wydaje się więc konstruowanie programów edukacyjnych dla rodziców, dzięki którym będą mogli uzupełnić swoją wiedzę i uzyskać potrzebne umiejętności. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące przed zbyt wczesnym podejmowaniem kontaktów seksualnych przez młodzież wyznaczają tematykę zajęć dla rodziców, która powinna dotyczyć (Kay, 1996):

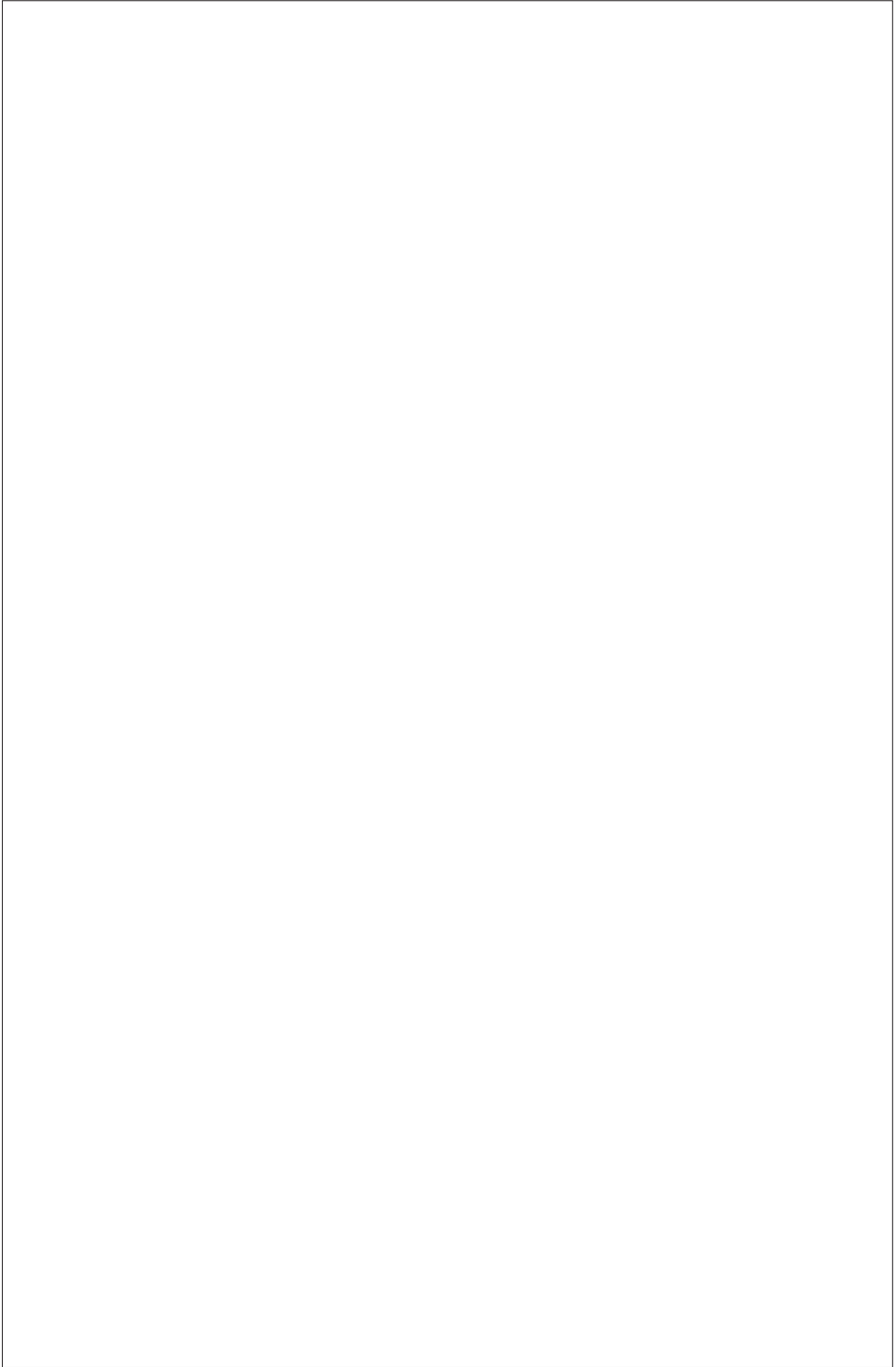
- znaczenia więzi pomiędzy rodzicami i dziećmi;
- przekazywania wartości moralnych;
- właściwej kontroli rodzicielskiej;
- wpływu rówieśników i mediów na dziecko;
- zmian występujących u dzieci w okresie dojrzewania;
- umiejętności prowadzenia rozmowy z dziećmi itp.

Szczególnie istotne jest włączanie rodziców, jeśli to możliwe, do działań interwencyjnych stosowanych wobec tych młodych ludzi, którzy przeszli już inicjację seksualną, a czasem kontynuują ryzykowne życie seksualne. W wielu przypadkach są to dzieci „wygłodzone emocjonalnie” lub, mówiąc językiem Campbella, mające pusty „zbiornik emocjonalny” z powodu braku czy zaburzenia więzi z rodzicami. Niektórzy autorzy zwracają uwagę, że do podejmowania kontaktów seksualnych motywuje je nie tyle potrzeba seksualna, ile potrzeba bliskości. Głód bliskości jest silniejszy niż obawa przed konsekwencjami (Campbell, 1998; Dolto, 1995; McGraw, 1995).

Programy zmniejszania szkód mogą więc okazać się nieskuteczne. Żebrak poszukujący jadalnych odpadków na śmietniku (jak na ilustracji) potrzebuje zdrowego posiłku, a nie rękawiczek. Mając do wyboru dobry obiad lub odpadki, z pewnością wybierze to pierwsze.

Działania adresowane do rodziców, których celem jest odbudowa więzi w rodzinie, umożliwiają nastolatkom wycofanie się z aktywności seksualnej.

Psychoprofilaktyka jest wciąż dziedziną młodą i ciągle uczymy się na własnych błędach. Pomimo stałego powiększania się zasobu wiedzy na temat ludzkich zachowań nadal w tej sferze jest jeszcze wiele białych plam. Programy profilaktyczne mają charakter eksperymentów, które podejmuje się na żywych, podatnych na oddziaływanie zewnętrzne młodych ludziach. Dlatego konieczne jest upowszechnianie standardów i zachowywanie daleko posuniętej ostrożności, w myśl zasady Hipokratesa: PO PIERWSZE – NIE SZKODZIĆ!



Rozdział VIII

Standaryzacja, selekcja i rekomendowanie programów profilaktycznych

Po okresie intensywnego tworzenia programów profilaktycznych przyszedł czas na zadbanie o jakość profilaktyki. Jest to poważne zadanie dla wielu instytucji i organizacji zarówno międzynarodowych, jak i krajowych, które realizują swoje kompetencje poprzez promowanie kryteriów dobrej jakości i standardów oraz wypracowanie i wdrożenie systemu rekomendacji programów.

Podnoszenie jakości działań mających na celu ochronę zdrowia psychicznego, w tym promocję zdrowia i profilaktykę, od kilku lat znajduje się wśród priorytetów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Standardy wypracowane przez znaczące instytucje zajmujące się profilaktyką narkomanii są wykorzystywane w profilaktyce innych zachowań ryzykownych i zaburzeń. WHO upowszechnia kryteria dobrej jakości i dąży do ujednoczenia standardów we wszystkich krajach.

1. Standardy programów profilaktycznych w USA

Wzorcem dla wielu krajów są rozwiązania wypracowane w Stanach Zjednoczonych, gdzie w profilaktyce zebrano najbogatsze doświadczenia.

Amerykańskim autorytetem w dziedzinie psychoprofilaktyki jest **Society for Prevention Research** (Towarzystwo Badań nad Profilaktyką), kierowane przez cytowanego wielokrotnie w tej pracy dr. Davida Hawkinsa. Z dorobku Towarzystwa korzystają wszystkie amerykańskie resorty, instytucje naukowe i organizacje pozarządowe. Prowadzi ono badania nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi, nad skutecznymi strategiami profilaktycznymi oraz określa standardy programów.

Towarzystwo opracowało podręcznik *Standards of Evidence. Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination (Standardy oparte na dowodach naukowych. Kryteria wydajności, skuteczności i upowszechniania)*, dostępny na stronie internetowej (www.preventionresearch.org).

Kryteria wydajności przygotowano dla rzeczoznawców i decydentów finansujących programy. Pozwalają one odróżnić program, który opłaca się finansować od mniej wartościowego lub zbyt kosztownego.

Kryteria skuteczności szczegółowo instruują autorów, jakie czynniki powinni uwzględnić przy tworzeniu programu, aby był najbardziej efektywny.

W oparciu o ustanowione standardy i kryteria instytucje centralne i stanowe ustalają kategorie programów i przygotowują szczegółowe formularze aplikacyjne dla autorów ubiegających się o granty na realizację lub ewaluację projektów. **Kwestionariusze aplikacyjne mają znaczenie edukacyjne.** Autorzy zobowiązani są do szczegółowego opisu programu na formularzu. Z kwestionariusza dowiadują się, czy ich propozycja spełnia wymogi stawiane programom profilaktycznym, czy też jest dopiero pomysłem na program lub wstępnym projektem. Jeżeli nie potrafią odpowiedzieć na wiele pytań

zawartych w formularzu, to znaczy, że muszą poważnie dopracować swój projekt. Pomysły i wstępne niesprawdzone projekty nie powinny być produktami na sprzedaż, jak to często ma miejsce w Polsce. Ponadto klarowny opis programu według jednolitego schematu ułatwia ocenianie recenzentom i decydentom.

Wyodrębniono **cztery kategorie programów**.

W najniższej znajdują się **programy w budowie** – projekty opracowane i pilotażowo wdrażane w jednej szkole lub wąskim środowisku, przy wsparciu i pod nadzorem lokalnych (w miastach) lub powiatowych specjalistów, którzy oceniają jego zgodność z przyjętymi standardami. Po kilku edycjach, jeśli projekt daje dobre efekty, może być sprawdzony w innej szkole. Autorzy występują wtedy o lokalny grant, wypełniając formularz aplikacyjny i szczegółowo opisując dotychczasowe doświadczenia. Po kolejnych ewaluacjach, gdy efekty są powtarzalne, projekt może uzyskać status programu lokalnego.

Najwyżej w klasyfikacji plasują się **programy modelowe**. W tej kategorii mieszczą się programy wielokrotnie sprawdzone, o naukowo potwierdzonej efektywności, uniwersalne, spełniające najwyższe standardy. Wypełniony kwestionariusz aplikacyjny ocenia niezależnie 5–7 ekspertów przyznających punkty w określonych parametrach. Programy modelowe publikowane są w krajowym rejestrze **NREPP** (*National Registry of Evidence-based Programs & Practices*) prowadzonym przez **SAMHSA** (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*).

Wymagania stawiane programom modelowym są bardzo wysokie. Powinny je cechować:

Trwałość uzyskanych zmian – utrzymywanie się efektów przez co najmniej dwa lata

Powtarzalność efektów w różnych grupach i warunkach

Opłacalność – stosunek uzyskanych efektów do poniesionych kosztów

Proces przechodzenia programu do coraz wyższej kategorii – aż do osiągnięcia statusu modelowego – trwa kilka lat. W tym czasie jest on sprawdzany w różnych warunkach i środowiskach oraz poddawany ewaluacji.

W każdej kategorii obowiązuje odrębny formularz aplikacyjny. Im wyższa jest kategoria, tym wyższe są wymagania. W kategorii programów w budowie wymagany jest szczegółowy opis projektu, natomiast programy aspirujące do wyższych kategorii powinny zawierać dowody efektywności uzyskane w badaniach ewaluacyjnych.

2. Działania na rzecz podnoszenia jakości programów w Europie

Podnoszenie jakości programów profilaktyki i leczenia narkomanii należy również do priorytetów Unii Europejskiej wpisanych do *Europejskiej Strategii Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2005–2012* (*European Union Drugs Strategy*) i uwzględnionych w kolejnych *Planach Działań* (*Action Plan*) na lata 2005–2008 oraz 2009–2012.

Instytucją zaangażowaną w prace na rzecz podnoszenia jakości profilaktyki jest **EMCDDA** (*The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) – Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Centrum jest zdecentralizowaną

agencją Unii Europejskiej, działalność zainaugurowało w Lizbonie w 1995 r., a jego zadaniem jest zapewnianie państwom członkowskim UE wiarygodnego obrazu problemu narkomanii w Europie oraz dostarczanie rzetelnych dowodów naukowych wspierających dyskusję poświęconą narkotykom. Centrum zbiera między innymi dane epidemiologiczne ze wszystkich krajów członkowskich Unii oraz krajów położonych na innych kontynentach, określa standardy, wskazuje nowe obszary badań i dostarcza specjalistom i praktykom odpowiednich narzędzi.

W 2004 roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii uruchomiło projekt **EDDRA** (*European Drug Demand Reduction Action*) – *Europejskie Działania Ograniczające Popyt na Narkotyki*, którego celem jest dokonanie identyfikacji, oceny i selekcji programów realizowanych w krajach Unii Europejskiej. W ramach projektu powstaje międzynarodowa baza danych, zawierająca informacje o programach ograniczających popyt na substancje psychoaktywne. W bazie EDDRA umieszczane są programy spełniające kryteria wysokiej jakości.

Ilościowe i jakościowe dane będą stanowiły podstawę do tworzenia nowych programów, standardów jakości oraz definiowania wskaźników ewaluacji. W projekcie EDDRA uczestniczą wszystkie kraje Unii Europejskiej, reprezentowane przez krajowych koordynatorów. Międzynarodowa baza danych obejmuje wszelkie programy ograniczające popyt na substancje psychoaktywne, zarówno z poziomu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, jak i terapeutyczne dla osób uzależnionych. Wszystkie kraje uczestniczące w projekcie posługują się ujednoczonym narzędziem zbierania informacji. Do badania, oceny i ewidencjonowania programów opracowano specjalny kwestionariusz. Formularz ten jest narzędziem porządkującym bazę danych, służy także badaniom na poziomie kraju.

Autorzy zainteresowani upowszechnianiem swego programu na terenie Unii Europejskiej powinni szczegółowo go opisać w formularzu w języku angielskim. Schemat opisu programu obejmuje 19 punktów, z których wiele pokrywa się z amerykańskimi standardami. Jednak w europejskich standardach nie kładzie się tak dużego nacisku na uzasadnienie teoretyczne. Zamiast ogólnego omówienia treści, wymagany jest opis poszczególnych modułów programu, sposobu wdrażania, statusu ewaluacji (planowana, właśnie prowadzona, zakończona), opis wypracowanych produktów (materiałów, wyposażenia). W zależności od uzyskanej oceny projekty kwalifikowane są na odpowiedni poziom w systemie klasyfikacji. Programy najwyższej jakości zamieszcza się w międzynarodowej **bazie programów modelowych EDDRA**, gdzie figuruje już kilka polskich programów.

Kwestionariusz EDDRA jest dostępny na stronach Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.kbpn.gov.pl).

Więcej informacji o projekcie EDDRA można znaleźć pod adresem (www.kbpn.gov.pl).

W Europie od kilku lat wskazywano potrzebę ujednoczenia standardów jakości działań profilaktycznych, szczególnie w profilaktyce uzależnień, oraz przygotowania dla praktyków rekomendacji dotyczących najbardziej efektywnych metod. W odpowiedzi na zgłaszane postulaty *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)* uruchomiło w 2007 roku projekt **Europejskie Standardy Antynarkotykowego Programu Profilaktycznego** (*European Drug Prevention Standards*). W projekcie koordynowanym przez John Moores University w Liverpoolu uczestniczy sześć krajów: Włochy, Hiszpania, Węgry, Rumunia, Wielka Brytania oraz Polska. Celem projektu jest dostarczenie decyden-

tom i specjalistom wspólnie uzgodnionych standardów programów profilaktycznych, opartych na podstawach naukowych, które będą stanowić podstawę opracowywanych dobrych praktyk we wszystkich obszarach profilaktyki uzależnień od narkotyków. Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronach internetowych (www.kbpn.gov.pl).

3. System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce

Uczestnictwo w programie EDDRA zobowiązało Polskę do uwzględniania i upowszechniania europejskich kryteriów dobrej jakości. Każdy kraj członkowski Unii Europejskiej, w oparciu o kryteria EDDRA, powinien opracować własne standardy i procedurę rekomendacji programów, stosownie do posiadanych zasobów i potrzeb. A zasoby i potrzeby poszczególnych krajów, zwłaszcza nowych członków UE, są bardzo zróżnicowane. W 2004 roku, w momencie akcesji dziesięciu nowych państw, w sześciu z nich szkolna profilaktyka zachowań problemowych nie istniała, a w trzech sprowadzała się do realizacji 1–2 zagranicznych programów edukacyjnych. Priorytetem tych krajów jest więc pozyskanie lub opracowanie programów dobrej jakości oraz szkolenie instruktorów i realizatorów, którzy będą upowszechniać je w szkołach.

Zupełnie odmienne potrzeby posiada Polska, należąca do europejskich liderów w obszarze profilaktyki. Programy profilaktyczne zaczęto wdrażać w naszym kraju, i to na stosunkowo szeroką skalę, już na początku lat dziewięćdziesiątych. W 1995 roku Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej zorganizowały pierwszą ogólnopolską konferencję, na której zaprezentowano dziesięć najlepszych programów, głównie rodzimych. Jej pokłosiem był pierwszy opublikowany krajowy wykaz programów, stanowiący załączek później utworzonego **Banku Rekomendowanych Programów Profilaktycznych** zamieszczonego na stronach internetowych CMPPP, obecnie Ośrodka Rozwoju Edukacji – www.ore.edu.pl w zakładce *Wychowanie i Profilaktyka/Programy profilaktyczne/Bank programów*. W 2001 roku opublikowano pierwsze *Standardy Jakości Edukacyjnych Programów Profilaktycznych*, a obecnie Bank zawiera 32 programy. Wiele projektów z pierwotnego rejestru zdezaktualizowało się i przeszło do historii.

W polskich szkołach realizowane są również programy, które nie figurują we wspomnianym Banku, a wiele z nich to zupełnie dobre projekty. Nie zostały jednak poddane badaniom ewaluacyjnym ze względu na jej wysokie koszty. Autorzy niektórych programów nie ubiegają się też o centralną rekomendację, ponieważ nie dysponują odpowiednią liczbą trenerów gotowych odpowiedzieć na zapotrzebowanie ze strony szkół i samorządów lokalnych. Uzyskaniem rekomendacji dla swoich programów są natomiast zainteresowane większe instytucje i organizacje pozarządowe. Ponadto istnieją tzw. **projekty autorskie**, realizowane tylko w jednej szkole lub na terenie jednej gminy, których liczba, a w wielu wypadkach także jakość, pozostaje nieznana.

Wydaje się, iż polskim problemem, w odróżnieniu od sytuacji w pozostałych krajach członkowskich UE, jest klęska urodzaju programów profilaktycznych. Identyfikacja, ocena i selekcja projektów wdrażanych w szkołach i placówkach systemu oświaty jest więc konieczna.

Zadanie to zostało wpisane do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu ds. Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Zespół roboczy złożony z przedstawicieli Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (obecnie ORE), Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 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 rekomendacji zawiera:

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

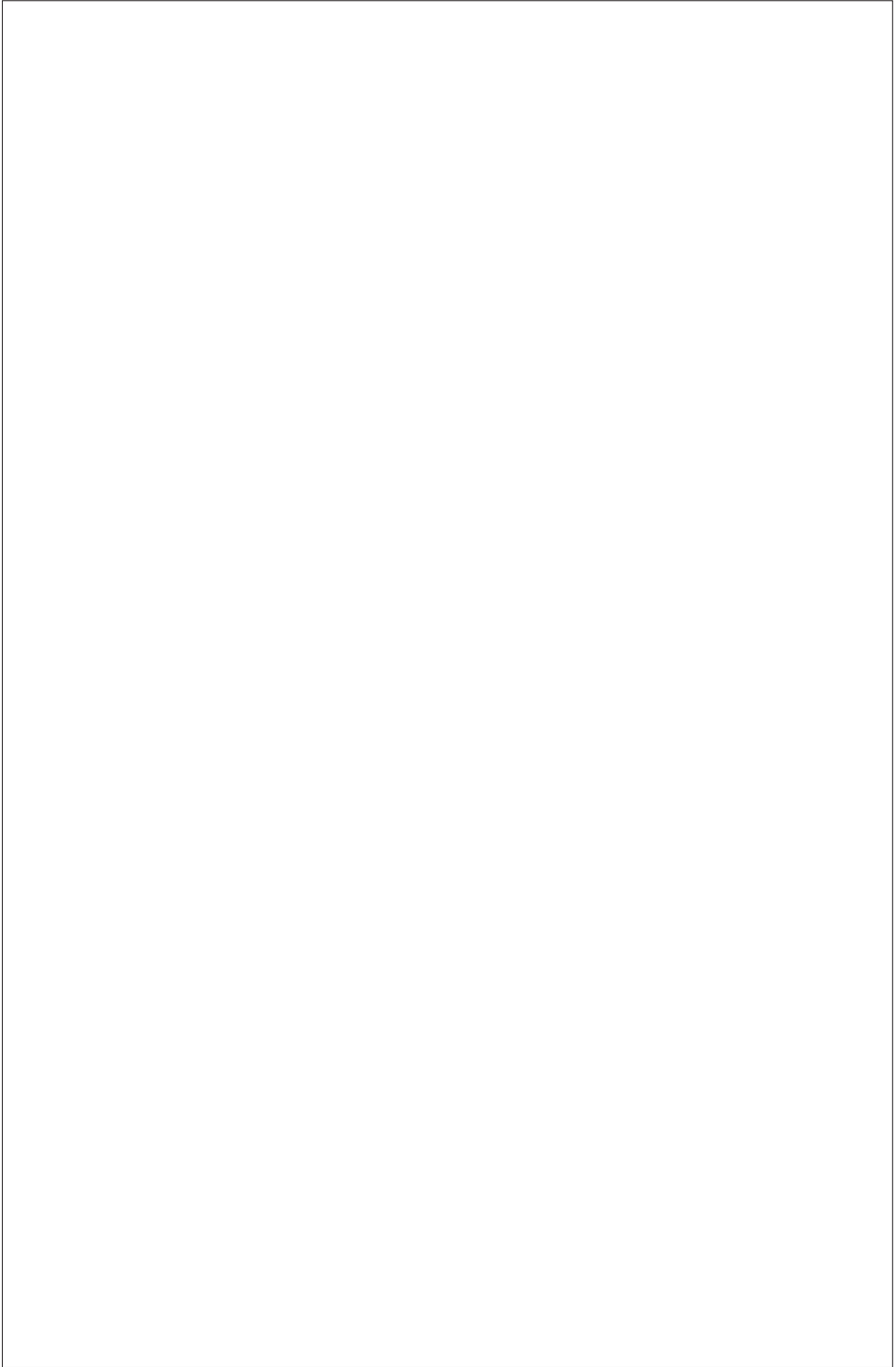
Szczegółowe informacje o systemie rekomendacji i materiały do pobrania zamieszczone są na stronach internetowych Ośrodka Rozwoju Edukacji (www.ore.edu.pl) oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.kbpn.gov.pl).

Autorzy lub instytucja opiekująca się programem, zainteresowani wpisaniem go do centralnego **Banku Rekomendowanych Programów Profilaktycznych**, mogą wypełnić kwestionariusz aplikacyjny i przesłać do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Warunki przyjęcia programu do oceny zostały opisane na wyżej wymienionych stronach internetowych w rozdziale *Zasady i procedury udzielania rekomendacji*.

Uzyskanie rekomendacji i zamieszczenie w Banku powoduje wzrost zainteresowania programem ze strony szkół i instytucji samorządowych. Opiekunowie programu, jeszcze przed zgłoszeniem go do oceny, powinni oszacować swoje możliwości realizacyjne (zasoby kadrowe). Mogą bowiem nie sprostać zamówieniom z terenu całego kraju.

System rekomendacji został wyposażony w ważny materiał pomocniczy. Przedstawiciele instytucji zaangażowanych w opracowanie i jego wdrożenie przygotowali publikację adresowaną do twórców programów – *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, wydany przez Fundację Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych ETOH. Publikacja zawiera przegląd najważniejszych teorii, słownik pojęć, a także wiele praktycznych wskazówek, jak planować, konstruować i ewaluować programy profilaktyczne. Poradnik podpowiada też, o co powinien zadbać autor, by nowo tworzony program spełniał kryteria dobrej jakości i był efektywny. Z zawartych w publikacji wskazówek mogą skorzystać również autorzy już istniejących programów, zainteresowani podnoszeniem ich jakości.

Szczegółowe informacje o przewodniku można znaleźć w internetowym wydaniu miesięcznika „Remedium” (www.remedium-psychologia.pl).



Rozdział IX

Program Profilaktyki w szkole

Kolejne rozdziały tej pracy poświęcone są przede wszystkim podstawom teoretycznym, określającym zawartość oraz warunki efektywności edukacyjnych **programów profilaktycznych** kierowanych do uczniów, rodziców i nauczycieli. Powyższe rozważania będą więc dotyczyły programów małych – użytecznych narzędzi lub „technologii” umożliwiających wyposażenie określonej grupy lub grup odbiorców w niezbędne kompetencje. Obecnie zajmiemy się pokrótce najmniejszym z dużych programów, nazywanych **programami profilaktyki**, a którym jest realizowany w szkole Program Profilaktyki.

1. Rozwiązania systemowe

Przez niemal dziesięć lat profilaktyka, będąca elementem programu wychowawczego, stanowiła margines zainteresowań szkoły, pomimo narastających zagrożeń ujawnianych w badaniach epidemiologicznych. Często sprowadzała się do działań incydentalnych, akcyjnych, przypadkowych, nieadekwatnych do rzeczywistych problemów i potrzeb szkoły. Akcje te określiłam mianem desantu profilaktycznego, ponieważ były adresowane przeważnie tylko do uczniów i realizowane przez osoby z zewnątrz, które nie interesowały się potem ani odbiorcami tych działań, ani potrzebami szkoły. W wielu przypadkach nauczyciele nie uczestniczyli w prowadzonych zajęciach. Do popularnych form należały spotkania z trzeźwymi alkoholikami lub narkomanami oraz tzw. teatry profilaktyczne – krótkie spektakle o niesprecyzowanych celach i nieznaney efektywności.

W 2002 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu przyjęło rozwiązanie systemowe. Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół włączono profilaktykę do stałych zadań szkoły i każdego nauczyciela.

W myśl przepisów każda szkoła, oprócz programu nauczania i programu wychowania, powinna realizować **program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym**.

Profilaktyka została wpisana do ustawy o zmianie ustawy o systemie oświaty z dnia 16 lutego 2007 roku (Dz.U. z 2007 r. Nr 80).

Cele i treści profilaktyczne realizowane w programach nauczania określa Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z 2014 r. poz. 803).

Zgodnie z rozporządzeniem

„Działalność edukacyjna szkoły (Rysunek 3.) jest określona przez:

1) szkolny zestaw programów nauczania, który uwzględniając wymiar wychowawczy, obejmuje całą działalność szkoły z punktu widzenia dydaktycznego;

2) program wychowawczy szkoły obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym;

3) program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym (Dz.U. z 2014 r. poz. 803 – zał. 1, 2)“.

Program Profilaktyki w szkole wspomaga wychowanie i nauczanie w kontekście przyjętych celów wychowania i nauczania (Gaś, 2005, s. 2). Powinien więc być spójny z programem nauczania i programem wychowania.

Szkoła realizuje więc swą misję przez trzy nierozłączne, uzupełniające się programy.



Rysunek 3. Działalność edukacyjna szkoły

Program Profilaktyki w szkole:

- zawiera opis wszystkich zaplanowanych celowych działań zapobiegawczych, dostosowanych do potrzeb rozwojowych uczniów oraz rzeczywistych problemów i potrzeb szkoły;
- jest adresowany do całej społeczności szkolnej – uczniów, rodziców i nauczycieli;
- obejmuje różne zagrożenia;
- wykorzystuje wiele strategii profilaktycznych;
- może zawierać propozycje dla środowiska lokalnego.

Aby program był adekwatny do potrzeb i problemów, niezbędna jest diagnoza. Nie trzeba diagnozować potrzeb rozwojowych uczniów – ich opis znajduje się w podręcznikach psychologii rozwojowej. Jednak każde środowisko szkolne ma swoje specyficzne problemy i potrzeby, które należy zidentyfikować i zdiagnozować – pozwala to bowiem określić priorytety szkolnej profilaktyki i konkretne zadania.

Zawartość Programu Profilaktyki w szkole

Metody i narzędzia monitorowania i diagnozowania problemów i potrzeb szkoły

Wypracowane zasady i przepisy szkolne, zatwierdzone przez nauczycieli, uczniów i rodziców

Szkolne procedury reagowania w sytuacjach kryzysowych

Działania informacyjne adresowane do uczniów, nauczycieli i rodziców

Działania edukacyjne:

- podstawa programowa,
- samodzielne edukacyjne programy profilaktyczne dla uczniów, nauczycieli i rodziców

Programy alternatyw

Działania interwencyjne

Wspomaganie procesu readaptacji uczniów powracających do szkoły po leczeniu

Działania na rzecz środowiska lokalnego (np. realizowane w ramach programów alternatyw: artystyczne, społeczne, w tym charytatywne)

Programy profilaktyczne mogą stanowić element Programu Profilaktyki w szkole. Są użytecznym narzędziem w pracy wychowawczej i profilaktycznej nauczycieli. Omówione we wcześniejszych rozdziałach wyniki badań, dotyczące roli nauczyciela w budowaniu odporności u dzieci, wskazują programy edukacyjne, które należy upowszechniać w szkole. **Najbardziej wartościowe są profesjonalne propozycje rozwijające kompetencje kadry pedagogicznej.** Wdrażanie programów profilaktycznych przygotowujących nauczycieli realizatorów jest inwestycją w zasoby szkoły. Przeszkolenie większej grupy w tej samej szkole może uruchomić pożądane zmiany w instytucji.

Istotna jest również współpraca szkoły ze środowiskiem. Szkoła nie jest samotną wyspą, ale ważną instytucją dla lokalnej społeczności. Otrzymuje od niej wsparcie, sama też ma wiele do zaoferowania.

Większość szkół dobrze radzi sobie z tym zadaniem. Wielu dyrektorów i nauczycieli wymienia następujące korzyści z wprowadzenia szkolnego Programu Profilaktyki:

- program obliguje szkołę do przyglądania się samej sobie – problemom, potrzebom i zasobom;
- włącza i aktywizuje rodziców;
- motywuje nauczycieli do podnoszenia kompetencji;

- obliguje szkołę do oceny efektywności własnych działań wychowawczych i zapobiegawczych;
- eliminuje działania przypadkowe i tzw. desant profilaktyczny;
- daje tytuł do ubiegania się o będące w dyspozycji gmin środki finansowe na doskonalenie nauczycieli i zakup wartościowych programów.

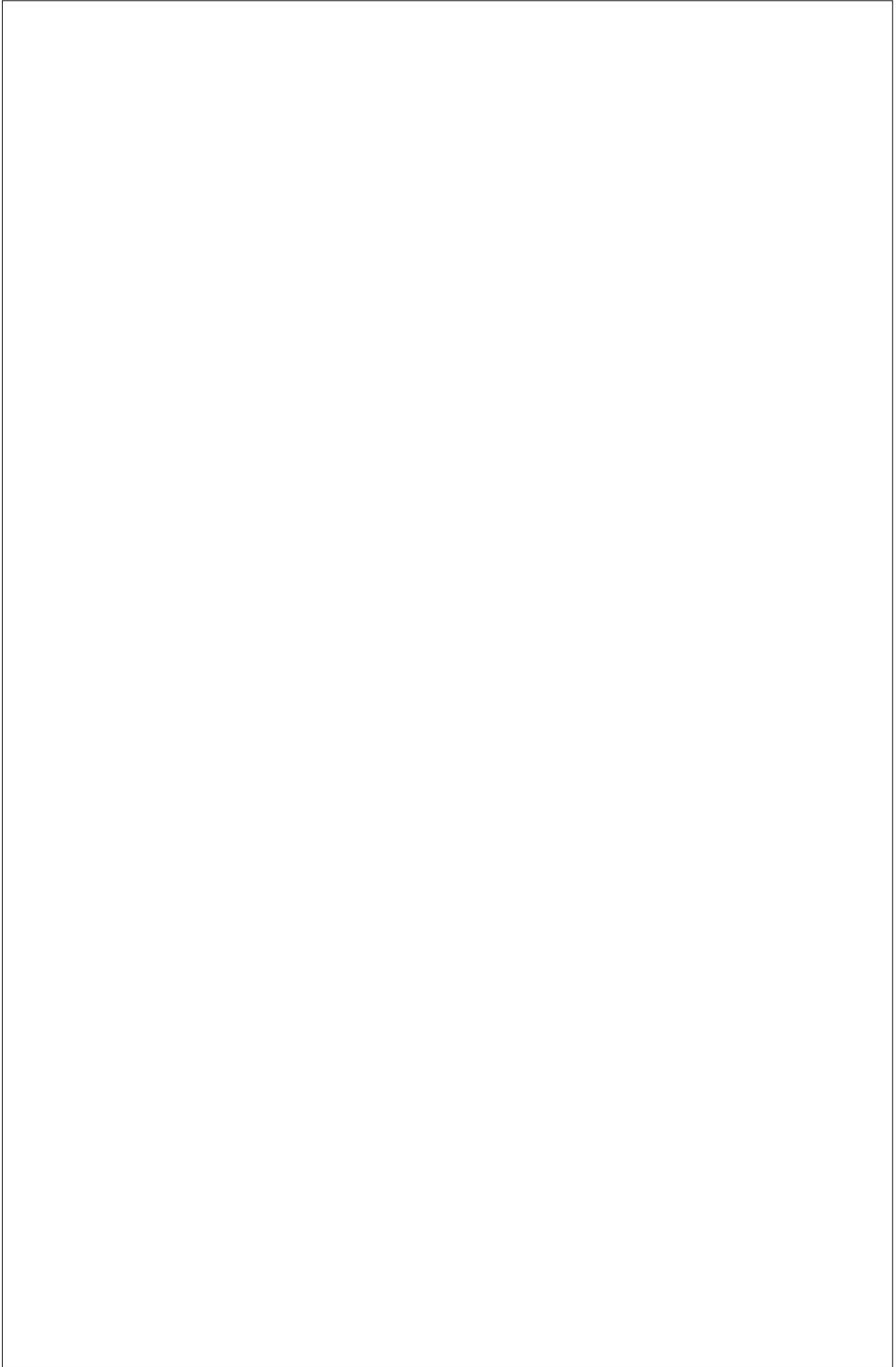
Zakończenie

Ostatnie lata przyniosły wiele inicjatyw zmierzających do zmiany zachowań młodych ludzi, a także ich poglądów na temat świata i własnej osoby, które ujęto w ramy programów profilaktycznych. Duże zainteresowanie ofertami profilaktycznymi pozwala sądzić, że wielu nauczycieli i pedagogów odczuwa niepokój wywołany zarówno nieprawidłowymi zachowaniami uczniów, jak i własną bezradnością wychowawczą. Rozczarowanie niektórych pracowników oświaty niską efektywnością programów kierowanych do dzieci i młodzieży wskazuje, iż traktowano je jako antidotum na narastające problemy wychowawcze szkoły.

Można nawet powiedzieć, że w praktyce oświatowej profilaktyka zaczęła zajmować miejsce normalnego wychowania. Brak spójnego programu wychowawczego szkoły – jasnego systemu wymagań i otwartości na problemy oraz konsekwencji w reagowaniu na nie – skutecznie osłabia efekty oddziaływań profilaktycznych. **Profilaktyka powinna uzupełniać wychowanie, nie może go jednak zastępować.**

Wychowanie i profilaktyka nie mogą sprowadzać się tylko do wyćwiczenia u uczniów odpowiednich umiejętności psychologicznych i społecznych. Wychowanie to przede wszystkim przekazywanie wartości, norm społecznych, w tym moralnych, oraz budowanie hierarchii wartości. Przykładem, jak zaniedbania wychowawcze w tym obszarze wpływają na efektywność zajęć profilaktycznych, są opisane wcześniej kłopoty z trenowaniem zachowań asertywnych u dzieci, które nie znają uniwersalnych wartości.

Działania profilaktyczne są ważne i potrzebne, ale istotna jest też kryjąca się za nimi podstawa aksjologiczna i antropologiczna, czyli to jaką przyjmuje się koncepcję człowieka i ku czemu zmierza, sterując jego zachowaniem.



Bibliografia

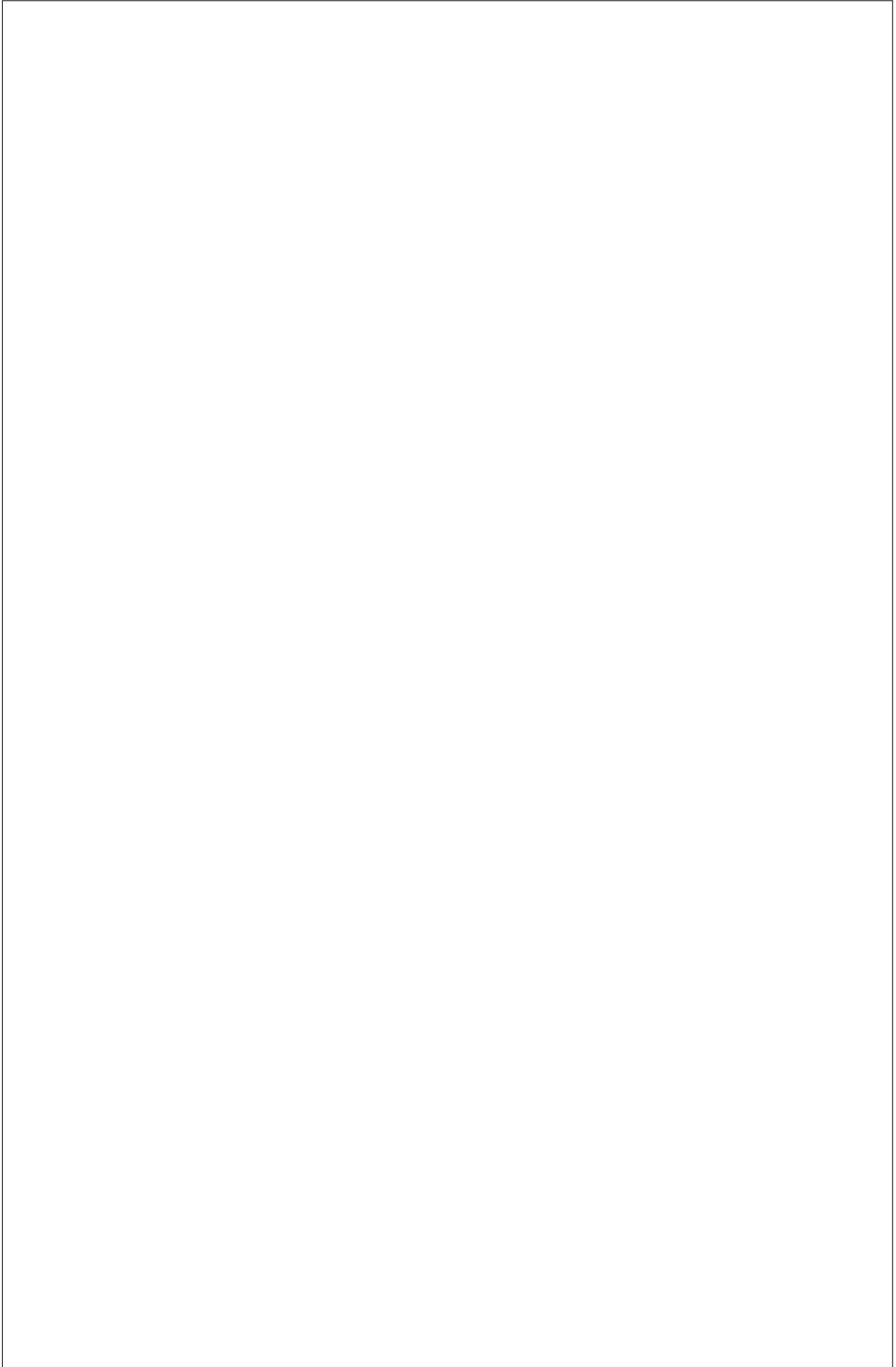
1. „Alkohol a Zdrowie”, nr 22, (1998), Warszawa: PARPA.
2. Allen J.P., Philliber S., Hoggson N., (1990), *School-based Prevention of Teen-age Pregnancy and School Dropout: Process Evaluation of the National Replication of the Teen Outreach Program*, „American Journal of Community Psychology”, nr 18.
3. Aronson E., Wilson T., Akert R., (1997), *Psychologia społeczna*, Poznań: Zysk i Spółka.
4. Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health (AUSEINET), (2007), *Mental Health Promotion and Illness Prevention in School Setting*, Adelaide: AUSEINET.
5. Barry M., Jenkins R., (2006), *Implementing Mental Health Promotion*, Oxford: Elsevier.
6. Bernard B., (1991), *Fostering Resiliency in Kid: Protective Factors in the Family, School and Community*, Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory.
7. Benard B., (1995), *Fostering Resilience in Children*, Council for Exceptional Children (ERIC Digests No. ED386327).
8. „Biblioteczka Reformy”, nr 13, (1999), *O wychowaniu w szkole*, Warszawa: MEN.
9. „Biblioteka Świata Problemów”, nr 2, (1997), Warszawa: PARPA.
10. Birch S., Ladd G., (1996), *Interpersonal Relationship in the School Environment and Children's Early School Adjustment: The Role of Teachers and Peers. Social Motivation: Understanding Children's School Adjustmen*, Junoven J., Wentzel K., Cambridge: Cambridge University Press.
11. Borucka A., Ostaszewski K., (2008), *Pokonać przeciwności losu – koncepcja resilience*, „Remedium”, nr 7–8.
12. Bobrowski K., (1995), *Pilotażowe badania ewaluacyjne nad programem profilaktyki alkoholowej: Drugi elementarz*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2.
13. Boyd G., (1995), *Badania ewaluacyjne w USA*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2.
14. Brooks R., Goldstein S., (2002), *Raising Resilient Children. Fostering Strength, Hope and Optimism in Your Child*, McGraw Hill Professional, USA.
15. Bryant P., Colman A. (red.), (1997), *Psychologia rozwojowa*, Poznań: Zysk i Spółka.
16. Burbach A.D., Fox R., Nicholson B.C., (2004), *Challenging Behaviors in Young Children: The Father's Role*, e-Publications@Marquette.
17. Campbell R., (1999), *Sztuka zrozumienia, czyli jak naprawdę kochać swoje dziecko*, Warszawa: Vocatio.
18. CBOS, (1994), *Młodzież a używki*.
19. CBOS, (1996), *Postawy młodzieży wobec kontaktów seksualnych*.
20. Cekiera C., (1992), *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
21. Chmielewska K., Baran-Furga H., (1995), *Ograniczanie szkód związanych z nadużywaniem narkotyków*, „Serwis Informacyjny. Narkomania”, nr 3.
22. Chomczyńska-Miliszkiwicz M., (1996), *Modele szkolnej edukacji seksualnej*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3–4.
23. Coie J.D., Ramey S.L., Watt N.F., Asarnow J.R., Shure M.B., West S.G., Markman H.J., Long B., (1996), *Profilaktyka: teoria i badania. Ramy teoretyczne i wybrane wytyczne narodowego programu badawczego*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 2.
24. Deptuła M., (2005), *Indywidualne ścieżki ryzyka a profilaktyka*, „Remedium”, nr 7–8, s. 1–3.
25. Dermen K., Cooper M., Agocha V., (1996), *Sex-related Alcohol Expectancies as Moderators of the Relationship between Alcohol Use and Risky Sex in Adolescents*, „Journal of Studies on Alcohol”, January.
26. Dolto F., (1995), *Nastolatki*, Warszawa: WAB.

27. Eccles J.S., Midgley C., (1989), „Stage-environment fit: Developmentally Appropriate Classroom for Young Adolescents”. Ames & Ames Researches on motivation in education, New York: Academic Press, Volume 3.
28. Fetting A., Ostrosky M., (2011), *Collaborating with Parents in Reducing Children's Challenging Behaviors: Linking Functional Assessment to Intervention*. „Child Development Research”, Volume 2011, Article ID 835941.
29. Fonagy P., (2001), *Attachment Theory and Psychoanalysis*, New York: Other Press.
30. Fox L., Dunlap G., Hemmeter M.L., Joseph G.E., Strain P.S., (2003), *The Teaching Pyramid: A Model for Supporting Social Competence and Preventing Challenging Behavior in Young Children*, „Young Children”, nr 4, s. 58.
31. Frieske K., Sobiech R., (1987), *Narkomania*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
32. Frydrychowicz A., (1996), *Rysunek rodziny*, Warszawa: CMPPP.
33. Garbarnio J., (1985), *Adolescent Development: An Ecological Perspective*, Columbus, OH: Charles E. Merrill Publishing Company.
34. Garnezy N., Masten A.S., (1991), *The Protective Role of Competence Indicators in Children at Risk*, [w:] *Life-Span Developmental Psychology: Perspectives on Stress and Coping*, Cummings E.M., Greene A.L., Karraker K.H., Hillsdale (red.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers, s. 151–74.
35. Gaś Z.B., (1993), *Profilaktyka uzależnień*, Warszawa: WSiP.
36. Gaś Z.B., (1995), *Pomoc psychologiczna młodzieży*, Warszawa: WSiP.
37. Gaś Z.B., (1997), *Profilaktyka w szkole*, [w:] *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, Warszawa: CMPPP.
38. Gaś Z.B., (2005), *Profilaktyka w szkole*, [w:] *Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczycieli*, red. Kamińska-Buśko B., Szymańska J., Warszawa: CMPPP.
39. Gaś Z.B., (1998), *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
40. Godwod-Sikorska C., (1994), *Ocena wdrażania terapii metadonem w zapobieganiu HIV/AIDS wśród narkomanów opiatowych*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.
41. Goldstein S., Brooks R.B., (2005), *Handbook of Resilience in Children*, New York: Kluwer Academic Publishers.
42. Goleman D., (1997), *Inteligencja emocjonalna*, Poznań: Media Rodzina.
43. Gordon R., Kimberly A., Longo M., Trickett M., *Fostering Resilience in Children*, Ohio State University Bulletin, 875–99, <http://ohioline.osu.edu/b875/index.html>
44. Grudziak-Sobczyk E., (1992), *Alkohol a polska młodzież*, Warszawa: MZIOS.
45. Grzelak S., (1995), *Ocena skuteczności realizacji studialnej programu NOE. Ewaluacja sumatywna*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2.
46. Hankała A., (1994), *Podstawowe zespoły zaburzeń więzi międzyludzkich w relacjach partnerskich*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 1–2.
47. Hansen W.B., (1993), *School-based Alcohol Prevention Programs*, „Alcohol Health and Research World”, t. 17, nr 1.
48. Hawkins J.D., (1992), *Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescents and Early Adulthood. Implications for Substance Abuse Prevention*, „Psychological Bulletin”, t. 112, nr 1.
49. Hawkins J.D., (1994), *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*, Warszawa–Olsztyn: IPIŃ, PTP.
50. Hawkins J.D., Graham J., Maguin E., Abbot R., Hill K., Catalano R., (1997), *Exploring the Effects of Age of Alcohol Use Initiation and Psychological Risk Factors on Subsequent Alcohol Misuse*, „Journal of Studies on Alcohol”, May.

51. Izdebski Z., (1993), *Aktywność seksualna*, [w:] *Sytuacja dzieci i młodzieży w Polsce – raport*, Warszawa: Polska Fundacja Dzieci i Młodzieży, Intercamhs: www.intercamhs.org/index.html
52. Jessor R., (1993), *Successful Adolescent Development Among Youth in High-Risk Settings*, „American Psychologist” t. 48, nr 2.
53. Kamińska-Buśko B., (1997), *Profilaktyka uzależnień w systemie oświaty*, [w:] *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, Warszawa: CMPPP.
54. Kay L., (1996), *Seks wśród nastolatków*, „Medycyna po Dyplomie”, t. 5, nr 2.
55. Kazdin A., (1996), *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 2.
56. Kozakiewicz M., (1993), *Inicjacja seksualna młodzieży*, „Seksuologia”, nr 5.
57. Król-Fijewska M., (1993), *Trening asertywności*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
58. LeBoutillier M., (1997), *Wystarczy powiedzieć NIE*, Warszawa: Wydawnictwo Eska.
59. Lifton R., (1994), *The Protean Self: Human Resilience in an Age of Fragmentation*, New York: Basic Books.
60. Matyjas B., (1996), *Agresja dziecka w szkole jako skutek błędów wychowawczych rodziców*, [w:] *Agresja wśród dzieci i młodzieży*, Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.
61. Malinowska M., (1989), *Pierwsze: nie straszyc*, „Problemy Zagrożenia Młodzieży Uzależnieniem”, nr 3, Warszawa: COMP.
62. Masten A.S., Best K.M., Garmezy N., (1990), *Resilience and Development: Contributions from the Study of Children who Overcome Adversity*, „Development and Psychopathology”, nr 2, s. 425–444.
63. McDowell J., (1999), *Mity edukacji seksualnej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Vocatio.
64. McGraw J., (1995), *Samotność: głód bliskości/sensu*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 1–2.
65. „Medical Tribune”, (1993), *Wczesny seks przyczyną niepłodności*.
66. Mellody P., (1993), *Granice JA. Trudności w ustalaniu granic funkcjonalnych*, [w:] *ABC psychologicznej pomocy*, Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza.
67. Mitchel A.T., (1994), *Dlaczego? Czyli samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Vocatio.
68. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Monograph, (2000), *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health*, Canberra: Mental Health and Special Programs Branch.
69. Moskalewicz J., (1995), *Programy zmniejszania szkód – światowe tendencje*, „Serwis Informacyjny. Narkomania”, nr 3.
70. Mrazek P.J., Haggerty R.J., (1994), *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington DC, National Academy Press.
71. Noam G.G., Fiore N., (2004), *Relationships across Multiple Setting. An Overview*, „New Direction for Youth Development”, nr 103, Fall 2004, Wiley Periodicals Inc.
72. Obuchowska I., Jaczewski A., (1992), *Rozwój erotyczny*, Warszawa: WSiP.
73. Obuchowska I., (1996), *Drogi dorastania*, Warszawa: WSiP.
74. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., (1999), *Pozytywne oczekiwania wobec picia alkoholu przez młodzież. Analiza koncepcji i przykłady badań*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.
75. Oleś M., (1998), *Asertywność u dzieci w okresie wczesnej adolescencji*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
76. Ostaszewski K., (1995), *Zastosowanie techniki Draw and Write do oceny skuteczności szkolnego programu profilaktyki uzależnień Spójrz Inaczej*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2.
77. Ostaszewski K., (1996), *Tradycyjne i współczesne programy profilaktyki uzależnień*, „Serwis Informacyjny. Narkomania”, nr 5.
78. Ostaszewski K., (2005), *Druga strona ryzyka*, „Remedium”, nr 2, s. 144.

79. Ostaszewski K., (2005), *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium”, nr 7–8, s. 149–150.
80. Ostaszewski K., (2009), *Czynniki i ścieżki ryzyka*, „Remedium”, nr 1, s. 191.
81. Ostrowska K., (1994), *W poszukiwaniu wartości*, Gdańsk: GWP.
82. Pacewicz A., (1992), *Szkolne programy profilaktyczne na świecie*, „Alkohol a Polska Młodzież”, nr 3, Warszawa: MZIOS.
83. Pacewicz A., (1995), *Jak pomóc dziecku nie pić*, Warszawa: PARPA.
84. Pawelski A., (1997), *Przedwczesna inicjacja seksualna jako czynnik zagrożenia AIDS*, „Seksuologia”, nr 5–6.
85. Popielarska E., (1987), *Zaburzenia nerwicowe*, [w:] „Psychiatria”, t. 1, Warszawa: PZWL.
86. NSW Department of Health, (November, 2002), *Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health*, Sydney.
87. National Institute on Drug Abuse, (2004), *Prevention Principles*, www.nida.nih.gov/Prevention/RISKFACT.html
88. Pufal-Struzik I., (1996), *Konflikty i agresja w kontaktach interpersonalnych nauczycieli i uczniów*, [w:] *Agresja wśród dzieci i młodzieży*, Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.
89. Pużyńska E., (1986), *Depresja u dzieci i młodzieży*, [w:] Pużyński S., *Depresje*, Warszawa: PZWL.
90. Reid M., Webster-Stratton C., (2001), *The Incredible Years Parent, Teacher and Child Intervention: Targeting Multiple Areas of Risk for a Young Child With Pervasive Conduct Problems Using a Flexible, Manualized Treatment Program*, „Cognitive and Behavioral Practice”, nr 8, s. 377–386.
91. Rostowski J., (1987), *Zarys psychologii małżeństwa*, Warszawa: PWN.
92. Rutter M., Pickles A., Murray R., Eaves L., (2001), *Testing Hypotheses on Specific Environmental Causal Effects on Behavior*, „Psychological Bulletin”, nr 127, s. 291–324.
93. Scheier L., Botvin G., Baker E., (1997), *Risk and Protective Factors of Adolescent Alcohol Involvement and Transitions in Alcohol Use: A Prospective Analysis*, „Journal of Studies on Alcohol”, November.
94. Sierosławski J., Zieliński A., (1999), *Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych*, „Alkohol a Zdrowie”, nr 23, Warszawa: PARPA.
95. Staniaszek M., (1993), *Polska scena narkotyczna*, [w:] Dimoff T., Carper S., *Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki*, Warszawa: Elma Books.
96. Stępień E., (1994), *Alkohol a polska młodzież – raport*, Warszawa: PARPA.
97. Stępień E., (1996), *O picciu alkoholu przez młodzież szkolną*, [w:] *Zanim w szkole będzie źle*, Warszawa: CMPPP.
98. Surzykiewicz J., (2000), *Agresja i przemoc w szkole*: Warszawa: CMPPP.
99. Szymańska J., (1996), *Programy profilaktyki uzależnień dla szkół*, „Serwis Informacyjny. Narkomania”, nr 5.
100. Szymańska J., (1997), *Diagnoza i wczesna pomoc młodzieży zagrożonej uzależnieniem w warunkach poradni oświatowej*, [w:] *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, Warszawa: CMPPP.
101. Szymańska J., Zamecka J., (2002), *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki*, [w:] *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Warszawa: Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
102. Szymańska J., (2003), *Działania profilaktyczne a klimat szkoły*, „Remedium”, nr 2.
103. Szymańska J., (2007), *Warunki skuteczności szkolnej profilaktyki*, „Remedium”, nr 8.
104. Webster-Stratton C., (1999), *How to Promote Children's Social and Emotional Competence*, London: Paul Chapman.
105. Weinberg N., Rahdert E., Colliver J., Glantz M., (1998), *Adolescent Substance Abuse: A Review of the Past 10 Years*, „Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry”, March.
106. Wentzel K. R., (1996), *Social Goals and Social Relationships as Motivators of School Adjustment*, [w:] *Social Motivation: Understanding Children's School Adjustmen*, red. Junoven J., Wentzel K. R., New York: Cambridge University Press.

107. Wentzel K.R., (2001), *Social Goals and Social Relationship as Motivators of School Adjustment. Handbook of Positive Psychology.*
108. Werner E., Smith R., (1989), *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*, New York: Adams, Bannister and Cox.
109. Werner E., Smith R., (1992), *Overcoming the Odds: High-risk Children from Birth to Adulthood*, New York: Cornell University Press.
110. Włodarski Z., Matczak A., (1998), *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa: WSiP.
111. Wojcieszek K., (1996), *Jak mówić o narkotykach i co z tego wynika*, „Serwis Informacyjny. Narkomania”, nr 5.
112. Wojcieszek K., (1997), *Noe*, Warszawa: PARPA.
113. Zimbardo P., (1994), *Psychologia i życie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.





OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

Aleje Ujazdowskie 28
00-478 Warszawa
tel. 22 345 37 00
fax 22 345 37 70

www.ore.edu.pl

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

MINISTERSTWO
EDUKACJI
NARODOWEJ



 OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI