



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Profilaktyka społeczna : aspekty teoretyczno-metodyczne

Author: Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz, Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Citation style: Borzucka-Sitkiewicz Katarzyna, Kowalczevska-Grabowska Katarzyna. (2013). Profilaktyka społeczna : aspekty teoretyczno-metodyczne. Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

PROFILAKTYKA SPOŁECZNA

Aspekty teoretyczno-metodyczne

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz
Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

PROFILAKTYKA SPOŁECZNA

Aspekty teoretyczno-metodyczne

PRACE
NAUKOWE



UNIWERSYTETU
ŚLĄSKIEGO
W KATOWICACH

NR 2973

PROFILAKTYKA SPOŁECZNA

Aspekty teoretyczno-metodyczne

*Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz
Katarzyna Kowalczevska-Grabowska*

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2013

Redaktor serii: Pedagogika
Anna Nowak

Recenzent
Małgorzata Orłowska

Na okładce zamieszczono zdjęcie autorstwa Marzeny Darul

Redakcja: *Olga Nowak*

Projekt okładki i redakcja techniczna: *Małgorzata Pleśniar*

Korekta: *Mirosława Żłobińska*

Skład i łamanie: *Małgorzata Wasil*

Copyright © 2013 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-2117-2
(wersja drukowana)
ISBN 978-83-226-2322-0
(wersja elektroniczna)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 11,25. Ark. wyd. 13,5. Papier offset.
kl. III, 90 g Cena 14 zł (+ VAT)

Druk i oprawa: PPHU TOTEM s.c.
M. Rejnowski, J. Zamiara
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

Spis treści

Wstęp	7
-----------------	---

PODSTAWY TEORETYCZNE ANALIZOWANYCH ZAGADNIĘĆ

Charakterystyka wybranych zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży	13
Uzależnienia	13
Agresja w relacjach społecznych	42
Zachowania seksualne	58
Profesjonalna profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży – cele, za- dania, założenia	72
Wprowadzenie w problematykę profilaktyki społecznej	72
Typy i poziomy profilaktyki	75
Nauczyciel profilaktyk i jego warsztat metodyczny	80
Rodzaje programów profilaktycznych. Zasady konstruowania programu	86
Rodzaje programów profilaktycznych a ich skuteczność	86
Etapy konstruowania programu profilaktycznego	92
Profilaktyczne strategie zapobiegania wybranym zachowaniom problemowym	97

PROPOZYCJE PRAKTYCZNO-METODYCZNE: BLOKI TEMATYCZNE

Blok integracyjny	105
Blok „Jaki jestem?”	117
Blok dotyczący zdrowotnych i psychospołecznych konsekwencji zachowań ryzy- kownych	127

Blok dotyczący umiejętności psychologicznych	139
Blok dotyczący umiejętności społecznych	149
Zakończenie	167
Bibliografia	169
Summary	179
Zusammenfassung	180

Wstęp

W ostatnim czasie coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że zachodzące przemiany społeczno-cywilizacyjne determinują m.in. chaos w wielu sferach wyznawanych dotąd wartości lub przyjętych wzorców postępowania oraz przyczyniają się, jeśli nie do upadku, to z pewnością do poważnego kryzysu tradycyjnych autorytetów, odgrywających tak ważną rolę w procesach socjalizacyjno-wychowawczych¹.

Anthony Giddens² podkreśla, że współczesny świat, który systematycznie oddziałuje na człowieka, daleko wykracza poza bezpośrednie środowisko jednostkowych zachowań i spraw osobistych, co jest efektem stale nasilających się procesów globalizacyjnych. Globalizacja z kolei, postępująca wraz z rozwojem środków masowej komunikacji, oznacza, że jednostka zostaje pozbawiona możliwości nieuczestniczenia w przemianach, jakie niesie późna nowoczesność. Świat, do którego wkraczamy, jest światem bardzo ekspansywnego, dynamicznego, ale i uwikłanego w wewnętrzne sprzeczności demokratycznego kapitalizmu.

Ten świat, chociaż niedoskonały, uznawany jest jednak za najlepszy z możliwych, niemający alternatywy. Prezentowanie go – w przekazach edukacyjnych, medialnych, politycznych i marketingowych – jako nieustannie rozwijającego się i gwarantującego lepszą przyszłość prowokuje młode pokolenie do formułowania coraz ambitniejszych planów życiowych. W międzyczasie jednak ten demokratyczny i barwny kapitalizm, do którego socjalizowani są młodzi ludzie, przeżywa głęboki kryzys i wystawia młodzieńcze aspiracje na wielką próbę³, powodując stale narastające dysproporcje pomiędzy rozbudzonymi potrzebami konsumpcyjnymi a możliwościami ich zaspokajania. Dysproporcje te stanowią często mechanizm popychający ludzi – zwłaszcza młodych, najskuteczniej socjalizowa-

¹ Z. BAUMAN: *Globalizacja*. Warszawa, PIW: 2000.

² A. GIDDENS: *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 2002, s. 15–49.

³ K. SZAFRANIEC: *Młodzi 2011*. Warszawa, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów 2011, s. 12.

nych do konsumpcyjnego stylu życia – do poszukiwania sposobów zaspokajania rozbudzonych potrzeb w dostępny, aczkolwiek niekoniecznie akceptowany społecznie sposób. Sprawia to, że liczba młodych osób angażujących się w różnego typu patologiczne działania systematycznie wzrasta.

Miejscem, które powinno neutralizować negatywne wpływy makrostrukturalne, jest szkoła. Powinność ta stała się tym większa, że od 1999 roku szkoły są zobligowane do tworzenia własnych programów profilaktycznych dostosowanych do potrzeb uczniów. Nierzadko jednak tworzenie programu ogranicza się do opracowania kolejnego dokumentu, niewdrażanego później do praktycznej realizacji. Tym samym dzieci i młodzież szkolna tracą możliwość zdobywania wiedzy i umiejętności życiowych, potrzebnych do przeciwstawienia się zagrożeniom społecznym i zdrowotnym. Z myślą o zapobieganiu tego rodzaju sytuacjom powstała niniejsza publikacja.

Książka składa się z dwóch komplementarnych części. Pierwsza część – zatytułowana *Podstawy teoretyczne analizowanych zagadnień* – obejmuje trzy główne rozdziały. W pierwszym – zawierającym *Charakterystykę wybranych zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży* – dokonano prezentacji uzależnień, agresji w relacjach społecznych i ryzykownych zachowań seksualnych, występujących w populacji dzieci i młodzieży. Szczególny nacisk położono na zachowania charakterystyczne w okresie dzieciństwa i adolescencji. Opisano czynniki ryzyka, czynniki chroniące, etiologię zaburzeń, kryteria diagnostyczne, przejawy i objawy ryzykownych zachowań. W rozdziale drugim: *Profesjonalna profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży – cele, zadania, założenia* podjęte zostały zagadnienia związane z różnymi sposobami definiowania pojęcia profilaktyki społecznej, opisano typy i poziomy oddziaływań profilaktycznych oraz scharakteryzowano sylwetkę i warsztat metodyczny nauczyciela prowadzącego zajęcia profilaktyczno-wychowawcze. Kolejny rozdział – *Rodzaje programów profilaktycznych. Zasady konstruowania programu* – odnosi się do skuteczności dotychczasowych działań profilaktycznych. Scharakteryzowano w nim poszczególne etapy planowania oddziaływań z zakresu profilaktyki. Zawiera on również strategie działań profilaktycznych w obszarach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, prezentowaniem zachowań agresywnych i przemocowych oraz ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. Obejmuje również wykaz wybranych programów profilaktycznych możliwych do zastosowania w pracy szkoły.

Druga część książki zawiera propozycje ćwiczeń warsztatowych ujętych w pięciu blokach tematycznych: *Blok integracyjny*, *Blok „Jaki jestem?”*, *Blok dotyczący zdrowotnych i psychospołecznych konsekwencji zachowań ryzykownych*, *Blok dotyczący umiejętności psychologicznych* i *Blok dotyczący umiejętności społecznych*. Opis poszczególnych ćwiczeń obejmuje ich cele, pomoce i przebieg. Część praktyczna w zamyśle ma na celu uzupełnienie przedstawionych w pracy

wiadomości teoretycznych. Zarazem ma stanowić pomoc w praktycznym wdrażaniu oddziaływań profilaktycznych.

Chciałybyśmy, aby prezentowana publikacja okazała się przydatna dla wszystkich osób, które profesjonalnie lub nieprofesjonalnie zajmują się planowaniem i realizacją działań z zakresu profilaktyki społecznej. Jednocześnie składamy serdeczne podziękowania Pani Profesor Małgorzacie Orłowskiej oraz Pani Profesor Ewie Syrek za cenne sugestie dotyczące merytorycznej treści niniejszej publikacji.

*Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz
Katarzyna Kowalczevska-Grabowska*

PODSTAWY TEORETYCZNE ANALIZOWANYCH ZAGADNIEŃ

Charakterystyka wybranych zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży

Uzależnienia

*Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz
Katarzyna Kowalczevska-Grabowska*

Uzależnienie to zjawisko dotyczące wielu aspektów funkcjonowania jednostki, na tyle złożone, że nie można go ująć w ramy precyzyjnej definicji, która została by przez wszystkich zaakceptowana. Na poziomie behawioralnym uzależnienie ujawnia się przez poszukiwanie określonych substancji czy powtarzanie pewnych zachowań, przy tak dużym zaabsorbowaniu przedmiotem uzależnienia, że zaniedbywane są inne sprawy – od relacji uczuciowych po kwestie zawodowe. Negatywne skutki takiej sytuacji wpływają na całe życie człowieka i są przyczyną subiektywnego cierpienia w obszarze fizycznym, psychicznym i społecznym¹.

Przyczyny sięgania po środki uzależniające

Poszukując odpowiedzi na pytanie, dlaczego ludzie sięgają po środki uzależniające, trudno znaleźć jednoznaczną odpowiedź – powodów jest wiele i niejednokrotnie są one ze sobą wzajemnie powiązane. Niemniej w literaturze przedmiotu wyróżnia się najczęściej dwie grupy przyczyn²:

1. **Przyczyny indywidualne** – należą do nich: predyspozycje psychologiczne, tj. skłonność do podejmowania ryzyka, ciekawość, poszukiwanie wrażeń, ogra-

¹ C. GUERRESCHI: *Nowe uzależnienia*. Kraków, Wydawnictwo Salwator 2010, s. 19.

² B. WOYNAROWSKA: *Używanie substancji psychoaktywnych*. W: *Zdrowie i szkoła*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa: PZWL 2000; R. MAXWELL: *Dzieci, alkohol, narkotyki. Przewodnik dla rodziców*. Gdańsk, GWP 2001.

niczona zdolność do przewidywania konsekwencji swoich działań; zaniżone poczucie własnej wartości; chęć poprawienia swojego wizerunku i samopoczucia, upodobnienia się do idoli i/lub postaci z mediów; wysoki poziom lęku, brak równowagi emocjonalnej, nasilony egocentryzm, mała odporność psychiczna, stany depresyjne, zachowania autodestrukcyjne, zaniżone poczucie sensu życia. Niektóre z tych predyspozycji, zwłaszcza poszukiwanie nowości, wrażeń, ryzyka, są przynajmniej po części warunkowane czynnikami dziedzicznymi, stwierdzono bowiem, iż jeden z genów – kodujący receptor neuroprzekaźnika dopaminy gen DRD4, a konkretnie jego dłuższe allele – jest związany z tego typu zachowaniami; stwierdzono także powiązanie tego genu z nadużywaniem narkotyków, w tym opiatów oraz uzależnieniem od heroiny³.

2. **Przyczyny środowiskowe**, które mogą być związane z:

- ogólną sytuacją społeczno-ekonomiczną – do tego typu przyczyn należą: sprzyjające normy społeczne związane z przyzwoleniem na stosowanie określonej grupy środków w danej kulturze, tradycji, religii; stopień przestrzegania norm prawnych w danej społeczności; wzorce tworzone przez osoby dorosłe; dezorganizacja środowiska lokalnego, brak atrakcyjnych sposobów spędzania wolnego czasu; reklama; dostępność środków i ich cena;
- rodziną – ten typ przyczyn obejmuje: status społeczno-ekonomiczny rodziny (wbrew powszechnym oczekiwaniom według danych CBOS po narkotyki sięgają najczęściej dzieci rodziców z wykształceniem średnim i pomaturalnym, dobrze sytuowanych), używanie środków uzależniających przez rodziców i rodzeństwo (modelowanie), przyzwolenie ze strony rodziców, złe relacje z rodzicami, nieprawidłowe postawy rodzicielskie (brak zainteresowania, odrzucenie, nadmierne wymagania, zbyt duży liberalizm), czynniki biogenetyczne;
- szkołą – w tym przypadku przyczynami są: poczucie izolacji, trudności w nauce, konflikty z nauczycielami;
- grupą rówieśniczą – tego rodzaju przyczynami są: stosowanie substancji psychoaktywnych przez rówieśników, potrzeba akceptacji i przynależności do grupy, presja ze strony innych, konflikty, kontakt z nieformalnymi grupami o charakterze antyspołecznym;

Znamienne jest to, że w narkomanię rzadko popadają ludzie dorośli, najczęściej są to dzieci i młodzież. Co zatem sprawia, że narkotyki są dla nich tak atrakcyjne?

Psychologowie, wskazują jako szczególnie istotne, przede wszystkim trzy spośród wymienionych motywów⁴. Pierwszą przyczyną jest poszukiwanie nowych, przyjemnych wrażeń – nastolatek pragnie zaspokoić swoją ciekawość i zdobywać

³ R. PLOMIN, J. DEFRIES, G. MCCLEARN, P. MCGUFFIN: *Genetyka zachowania*. Warszawa, PWN 2001.

⁴ M. PASEK: *Narkotyki? Na pewno nie moje dziecko!* Warszawa, Toret 1998.

ekscytujące doświadczenia. W tej sytuacji narkotyk staje się „łatwą przyjemnością”, pozwalającą poprawić samopoczucie i odczuwać dreszczycy emocji bez specjalnego wysiłku i bez czekania na gratyfikację.

Drugą przyczyną jest chęć uwolnienia się od stresu, napięć i problemów. Młodzi ludzie często nie potrafią radzić sobie w trudnych sytuacjach, nie wiedzą także, jak wypełnić swój wolny czas. Narkotyk staje się więc drogą „na skróty”, ponieważ pozwala na chwilę się rozluźnić, oderwać od rzeczywistości, stłumić uczucia, znowu bez aktywnego uczestnictwa w rozwiązywaniu problemu.

I wreszcie trzecią przyczynę stanowi chęć uzyskania akceptacji w grupie. Nastolatek chce czuć się silny, pasować do ogólnie lansowanego wzorca człowieka podziwianego, wyluzowanego, nieprzejmującego się problemami, korzystającego z szybkich i natychmiastowych rozwiązań. Oglądając filmy lub reklamy nabiera przekonania, że wszyscy, tylko nie on, są piękni, wspaniali, mają życie pełne przygód, a jeśli znajdują się w trudnej sytuacji, znajdują błyskawiczne rozwiązanie. W związku z tym kiedy czuje się niepewnie, nie wie, co zrobić, obawia się oceny czy odrzucenia – bierze narkotyk.

W ten sposób narkotyk staje się dla nastolatka środkiem, który łatwo i szybko „zaspokaja” jego potrzeby. Jak pisze Marzena Pasek: „kiedy boli głowa – bierze tabletkę, kiedy jest zmęczony – pije napój energetyzujący lub łyka »cudowne witaminy«, kiedy ktoś proponuje – nie odmawia”.

Kryteria diagnostyczne i fazy rozwoju uzależnienia

Należy pamiętać, że uzależnienie nie pojawia się od razu po pierwszym kontakcie ze środkiem uzależniającym, choć jego rozwój jest, oczywiście, związany z pewnymi predyspozycjami osobniczymi. Uzależnienie to trwający krócej lub dłużej proces, który zwykle obejmuje cztery charakterystyczne fazy⁵:

1. **Eksperymenty** – kluczową kwestią na tym etapie jest ciekawość. Kontakt z substancją uzależniającą następuje najczęściej w czasie wakacji, na imprezie, w grupie, w której nastolatek chce być akceptowany. Wtedy młody człowiek nie planuje jeszcze kolejnego „brania”. Część osób po zaspokojeniu pierwszej ciekawości nigdy nie próbuje już tego typu eksperymentów; są jednak tacy, którzy uczą się w ten sposób zmieniać swoje samopoczucie; nie opierają się pokusie, żeby kolejny raz skorzystać z okazji.
2. **Używanie towarzyskie** – w tej fazie człowiek zaczyna kojarzyć swój dobry nastrój z narkotykiem. Kiedy czuje się spięty, niepewny siebie, ma kłopoty z rozmawianiem w grupie, wtedy przejawia chęć, żeby poradzić sobie z tymi problemami za pomocą narkotyku. Nastolatek już nie czeka, aż zostanie poczęstowany, tylko aktywnie zaczyna szukać okazji i towarzystwa, w którym

⁵ M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy*. Warszawa. Toret 2000.

będzie mógł zażywać narkotyki. Oczywiście, przerwanie brania narkotyków na tym etapie, obiektywnie rzecz biorąc, nie jest jeszcze trudne, kłopot w tym, że młodemu człowiekowi coraz bardziej zaczyna się to podobać. W konsekwencji rozwija się zjawisko zaprzeczenia – nastolatek potrafi wykazać się dużą pomysłowością w poszukiwaniu innych przyczyn zażywania narkotyków niż uzależnienie.

3. **Nadużywanie (regularne zażywanie)** – nastolatek zaczyna zażywać narkotyk, żeby doraźnie poradzić sobie z narastającymi problemami i chociaż na chwilę o nich zapomnieć; coraz krótsze są okresy abstynencji, a na zakup kolejnych porcji potrzebne są coraz większe środki – zaczynają się kradzieże, długi, handel narkotykami. Jednocześnie narasta proces zaprzeczeń – młody człowiek próbuje przekonać wszystkich, również siebie, że nadal kontroluje sytuację i może przestać, kiedy tylko zechce.
4. **Uzależnienie (ciągłe zażywanie)** – na tym etapie człowiek odczuwa silny przymus zażywania danego środka, mimo że narkotyk wyrządza już zauważalne (nawet dla niego samego) szkody w jego życiu i zdrowiu. Trzeźwość oznacza konieczność konfrontacji z poczuciem winy i niezadowolaniem z siebie oraz z problemami, których narkotyk nie był w stanie rozwiązać. Stan odurzenia trwa właściwie nieprzerwanie i często zażywane są coraz mocniejsze środki, czego efektem jest rozwój uzależnienia fizycznego, m.in. pojawienie się objawów abstynencyjnych po odstawieniu narkotyku. Faza ta oznacza całkowity brak kontroli, nie tylko nad narkotykiem, ale także nad całym życiem.

Uzależnienie jest nie tylko zjawiskiem psychospołecznym, jest także oficjalnie uznawaną jednostką nozologiczną. W 1994 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne włączyło uzależnienie do klasyfikacji zaburzeń psychicznych, a kryteria diagnostyczne uzależnienia oraz nadużywania substancji psychoaktywnych zostały określone w DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Zawarto tam również definicję uzależnienia, zgodnie z którą „uzależnienie jest przymusem używania substancji, zbędnej z medycznego punktu widzenia, prowadzącym do pogorszenia stanu zdrowia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego”⁶, przy czym „substancją nazywamy niezaliczany do pokarmów związek chemiczny, wpływający na funkcje biologiczne ludzi lub zwierząt”. „Substancja psychoaktywna [...] działając w mózgu, zmienia nastroj, procesy myślowe czy zachowanie.

Zgodnie z DSM-IV, aby można było rozpoznać uzależnienie od substancji, trzeba stwierdzić występowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej trzech z siedmiu objawów podstawowych:

⁶ American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994; World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva, World Health Organization 1993.

1. Tolerancja rozumiana jako:
 - zapotrzebowanie na znacznie większe niż wcześniej dawki substancji, konieczne do osiągnięcia stanu intoksykacji lub pożądanego efektu;
 - znacznie osłabiony efekt działania dotychczas przyjmowanej dawki substancji.
2. Objawy odstawienne charakteryzujące się:
 - zespołem odstawiennym, charakterystycznym dla danej substancji;
 - przyjmowaniem tej samej (bądź też innej) substancji w celu złagodzenia objawów odstawiennych lub w celu ich uniknięcia.
3. Substancja jest często przyjmowana w dawkach większych niż zamierzone lub przez czas dłuższy niż planowany.
4. Uporczywe pragnienie używania substancji lub nieudane próby jego ograniczenia czy kontrolowania.
5. Poświęcanie dużej ilości czasu na działania zmierzające do uzyskania substancji, do jej używania (np. wspólne palenie) lub do uwolnienia się od jej działania.
6. Zaprzestanie lub ograniczenie istotnej aktywności społecznej, zawodowej lub wypoczynkowej ze względu na używanie substancji.
7. Kontynuowanie używania substancji mimo świadomości, że doświadczane trwałe lub nawracające dolegliwości somatyczne bądź psychiczne zostały prawdopodobnie spowodowane lub nasilone przez tę substancję.

DSM-IV precyzuje też kryteria dla nadużywania substancji:

- A. Szkodliwy model używania substancji, prowadzący do istotnych klinicznie szkód zdrowotnych lub do cierpienia, który w ciągu ostatnich 12 miesięcy przejawiał się jednym (lub więcej) z następujących objawów:
 1. Powtarzające się używanie substancji, uniemożliwiające właściwe wypełnianie podstawowych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu (np. powtarzające się nieobecności w pracy lub obniżenie wydajności pracy związane z używaniem substancji; nieobecności w szkole, zawieszenie w obowiązkach ucznia lub relegowanie ze szkoły w związku z używaniem substancji; zaniedbywanie dzieci lub gospodarstwa domowego).
 2. Powtarzające się używanie substancji w sytuacjach, w których stwarza to fizyczne zagrożenie (np. prowadzenie samochodu lub kierowanie maszynami pod wpływem substancji).
 3. Powtarzające się konflikty z prawem, związane z używaniem substancji (np. zatrzymania z powodu niewłaściwych zachowań, związanych z używaniem substancji).
 4. Kontynuowanie używania substancji mimo stałych lub nawracających problemów społecznych bądź interpersonalnych, powodowanych lub nasilanych przez działanie substancji (np. kłótnie ze współmałżonkiem w związku z następstwami intoksykacji, bijatyki).
- B. Objawy nigdy nie spełniały kryteriów uzależnienia od danej grupy substancji.

Specjaliści⁷ wskazują, oprócz wymienionych powyżej zachowań, także szereg objawów ostrzegawczych, które powinny zwrócić uwagę rodziców oraz wychowawców. Nie są one tożsame z kryteriami diagnostycznymi, niemniej sygnalizują, że z nastolatkiem dzieje się coś niedobrego, co może mieć związek z eksperymentowaniem ze środkami uzależniającymi. Do objawów tych zalicza się:

- pogorszenie stopni w szkole (które może przebiegać stopniowo),
- kłopoty z koncentracją,
- zmniejszenie motywacji do nauki,
- ospałość lub duże pobudzenie (bez wyraźnej przyczyny),
- zwolnienie funkcji intelektualnych,
- wagary,
- częste oszukiwanie i kłamstwa,
- nadmierne reakcje na krytykę lub małe niepowodzenia,
- brak samokontroli i dyscypliny (zaniechanie obowiązków),
- zmiany nastroju,
- chroniczne zmęczenie,
- napięcie, podenerwowanie, ekscytacja, agresja,
- nieopanowane ruchy, skurcze, niemożność usiedzenia na miejscu,
- dreszcze / drgawki,
- zatkany nos, krwotoki z nosa,
- chronicznie zaczerwienione spojówki,
- źrenice niereagujące na zmianę światła,
- nadmierne zmniejszenie lub zwiększenie wagi ciała,
- zmiany w nawykach jedzeniowych (nagły apetyt lub jego utrata),
- zmiana w porach spania,
- dziwaczne podejrzenia paranoiczne,
- lęki,
- kłopoty z koordynacją,
- zmiany w życiu rodzinnym,
- kradzieże, częste awantury,
- późne powroty, otrzymywanie dziwnych telefonów.

Oczywiście, żeby objawy te można było uznać za sygnał o stosowaniu środków psychoaktywnych, przynajmniej kilka z nich musi ze sobą współwystępować i pojawiać się w miarę systematycznie.

⁷ M. PASEK: *Narkotyki...*; R. MAXWELL: *Dzieci, alkohol, narkotyki. Przewodnik dla rodziców*. Gdańsk, GWP 2001, s. 82–86.

Czynniki determinujące powstawanie uzależnienia

Poszukując czynników odpowiedzialnych za rozwój uzależnienia, należy odwołać się do trzech grup teorii przywoływanych w literaturze przedmiotu, które bardzo się od siebie różnią, a mimo to nawzajem się nie wykluczają⁸. Pierwsza z nich odnosi się do neurobiologicznych skutków działania substancji uzależniających, druga – do czynników psychologicznych, trzecia natomiast koncentruje się na elementach środowiska społeczno-kulturowego zwiększających prawdopodobieństwo uzależnienia.

Teorie biologiczne

Akt wyboru, dotyczący spróbowania narkotyku, ma charakter wolicjonalny, jednak wiele z fizjologicznych i psychologicznych skutków działania tego narkotyku jest zdeterminowanych genetycznie i może modyfikować dalszy wzrost jego przyjmowania w sposób niezależny od naszej woli. Badania genetyków behawioralnych wskazują, że choć pierwsze sięgnięcie po narkotyk czy alkohol jest związane głównie z czynnikami środowiskowymi, to czynniki genetyczne są w dużej mierze odpowiedzialne za dalsze używanie i nadużywanie, czyniąc różnych ludzi w różny sposób podatnymi na rozwój uzależnienia⁹. Z uwagi na fakt, że praktycznie wszystkie substancje psychoaktywne oddziałują na układ nagrody w mózgu¹⁰, odpowiedzialności za taki stan rzeczy szuka się w genach kodujących różne elementy tego układu. Jednym ze zidentyfikowanych jest np. receptor dopaminy, który jest również wymieniany w kontekście genetycznych predyspozycji do zapotrzebowania na stymulację. W istocie zresztą obie kategorie zachowań mogą wykazywać znaczne podobieństwa¹¹.

Teorie psychologiczne

Teorie psychologiczne próbujące wyjaśnić zjawisko uzależnienia często odwołują się do terminów i pojęć używanych także w odniesieniu do innych zaburzeń charakteryzujących się zachowaniami przymusowymi lub impulsywnymi

⁸ M. TEESON, L. DEGENHARDT, W. HALL: *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk, GWP 2005.

⁹ R. PŁOMIN, J. DEFRIES, G. MCCLEARN, P. MCGUFFIN: *Genetyka zachowania...*; K. BORZUCKA-SITKIEWICZ, K. SAS-NOWOSIELSKI: *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich – zasięg, skutki i przeciwdziałanie*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2007.

¹⁰ D.M. TOMKINS, E.M. SELLERS: *Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence*. „Canadian Medical Association Journal”, nr 164(6): 2001, s. 817–821.

¹¹ M. ZUCKREMAN: *Biological connection between sensation seeking and drug abuse*. In: Eds. J. ENGEL et al. *Brain reward systems and abuse*. New York, Raven Press 1985.

(tj. zaburzenia obsesyjno-kompulsywne czy hazard). Wśród tych teorii można wyróżnić¹²:

- teorie behawioralne,
- teorie poznawcze,
- teorie osobowościowe,
- teorie racjonalnego wyboru.

Teorie behawioralne wskazują, że zachowanie jest podtrzymywane lub staje się bardziej prawdopodobne z powodu następstw mających charakter wzmocnień pozytywnych (nagród). W tym rozumieniu zażywanie substancji psychoaktywnych stanowi przykład zachowania instrumentalnego, ponieważ działanie jest instrumentalne wobec uzyskiwanych konsekwencji (efektów działania danego środka). Podkreśla się, że substancja uzależniająca może wzmacniać na dwa sposoby: (1) poprzez bezpośredni wpływ na określony system wzmacniający mózgu oraz (2) poprzez wpływ na czynniki społeczne (np. lepsze kontakty interpersonalne) i/lub efekty behawioralne (np. większa koncentracja uwagi). Obok warunkowania instrumentalnego teorie behawioralne akcentują też wpływ warunkowania klasycznego na rozwój uzależnienia, wskazując, że bodziec, który był pierwotnie obecny podczas zażywania substancji, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia uwarunkowanej reakcji. Ilość bodźców, które mogą kojarzyć się z zachowaniem nałogowym, jest praktycznie nieograniczona; można je podzielić na: (1) bodźce eksteroceptywne (występujące przed użyciem substancji), takie jak charakterystyczny zapach, widok igły czy nawet pora dnia, w której narkotyk był przyjmowany; (2) bodźce interoceptywne (wewnętrzne), tj. wpływ substancji na receptory mózgowe, procesy poznawcze czy nastrój. Odpowiedź na te bodźce może mieć charakter autonomiczny (zmiany częstości pracy serca, ciepłoty ciała, wydzielania śliny), symboliczno-ekspresyjny (poczucie głodu substancji, popęd do jej użycia) lub behawioralny (rosnące prawdopodobieństwo użycia substancji).

Teorie poznawcze wyjaśniają mechanizm uzależnienia, odwołując się do konstruktów poznawczych (określonego sposobu myślenia), zakładając najczęściej, że ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój problemów z używaniem substancji psychoaktywnych są trudności w zakresie samoregulacji, rozumianej jako „kierowana zdolność do planowania prowadzenia i kontrolowania własnego zachowania w sposób elastyczny, odpowiednio do zmieniających się warunków”¹³. Zachowania nałogowe są więc uważane za efekt nadmiernego zaufania do czynników zewnętrznych (w tym przypadku zażywanej substancji) jako niezbędnych dla utrzymania równowagi psychicznej i fizycznej – człowiek

¹² M. TEESON, L. DEGENHARDT, W. HALL: *Uzależnienia. Modele kliniczne...*

¹³ R. DIAZ, A. FRUHAUF: *The origins and development of self-regulation: A developmental model on the risk for addictive behaviours*. W: *Self-control and the addictive behaviours*. Eds. N. HEATHER, W. MILLER, J. GREELEY. Sidney, Maxwell Macmillan Publishing 1991.

jest przekonany, że tylko dzięki przyjmowanym środkom jest w stanie dobrze funkcjonować i poradzić sobie z problemami¹⁴.

Teorie osobowościowe, takie jak teoria Hansa Eysencka¹⁵, zakładają, że ludzie popadają w uzależnienie z powodu tzw. osobowości nałogowej. Eysenck próbował dowiedzieć, iż osobom charakteryzującym się tego typu osobowością zachowanie polegające na przyjmowaniu substancji psychoaktywnej przynosi korzyści, nawet jeżeli po jakimś czasie pojawiają się jego negatywne następstwa. Eysenck wyróżnił trzy niezależne, determinowane genetycznie wymiary osobowości: (1) psychotyczność (odzwierciedlającą skłonność do występowania psychozy czynnościowej), która cechuje się m.in. agresywnością, chłodem, egocentryzmem, bezosobowością i impulsywnością, (2) neurotyczność (wiążąca się ze skłonnością do chwiejności uczuciowej) – do jej cech zalicza się m.in. zmienność nastroju, drażliwość, lęk, (3) ekstrawersję – introwersję¹⁶. Liczne badania dowiodły, że osoby uzależnione m.in. od alkoholu, heroiny, benzodiazepin, nikotyny osiągają wyższe od normy wartości w wymiarach neurotyczności i psychotyczności, niemniej nie udało się ustalić jednoznacznych wniosków co do rodzaju zależności między wymiarami osobowości a problemami związanymi z używaniem i nadużywaniem substancji psychoaktywnych – niewykluczone, że osoby, które problemowo używają środków uzależniających, stają się bardziej drażliwe, zmienne w nastroju lub agresywne właśnie w wyniku ich stosowania. Badania poświęcone udziałowi czynników genetycznych w kształtowaniu się osobowości wskazują, że neurotyczność może wskazywać na ogólną wrażliwość wobec zaburzeń psychopatologicznych, a nie tylko na tendencję do powstawania „osobowości nałogowej”.

Teorie racjonalnego wyboru analizują problem dobrowolnego udziału ludzi w zachowaniach autodestrukcyjnych. Zwolennicy tego podejścia uważają, że osoby uzależnione są w stanie dokonać świadomego wyboru między dwoma możliwościami, z których każda może być racjonalnie oceniona pod kątem jej przyszłych konsekwencji; mimo że mają oni pełną świadomość tego, iż jedna z nich jest bardziej korzystna, decydują się na tę drugą. Próby wyjaśnienia tego paradoksu odwołują się do zdolności ludzi do wartościowania obecnych i przyszłych gratyfikacji. Jedno z podejść zakłada, że ludzie są „poznawczo krótkowzroczni”, co oznacza, że ich zdolność do rozważania przyszłych korzyści jest ograniczona - w tym kontekście wybór użycia substancji psychoaktywnej w określonym czasie wydaje się racjonalny. Według innego podejścia ludzie mają

¹⁴ H.S. RAYTEK, T.J. MORGAN, N.M. CHUNG: *Interwencje poznawczo-behawioralne w nadużywaniu alkoholu i uzależnieniu od alkoholu*. W: *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Red. M.A. REINECKE, D.A. CLARK. Gdańsk, GWP 2005.

¹⁵ H. EYSENCK: *Addiction, personality and motivation*. „Human Psychopharmacology”, No. 12: 1997, s. 79–87.

¹⁶ Por. C.S. HALL, G. LINDZEY: *Teorie osobowości*. Warszawa, PWN 2002.

co prawda zdolność do analizowania wielu przyszłych korzyści, ale natychmiastowe gratyfikacje są „cenniejsze” niż te odłożone w czasie, co sprawia, że dla doraźnej korzyści sięgamy po to, co w dłuższej perspektywie może okazać się dla nas problematyczne.

Teorie społeczne (związane z otoczeniem)

Czynniki społeczne i kulturowe wymieniane w kontekście powstawania uzależnienia są często zbieżne z przytoczonymi powyżej środowiskowymi motywami sięgania po środki uzależniające. Wśród nich można wskazać¹⁷:

- większe prawdopodobieństwo wystąpienia problemów związanych ze stosowaniem substancji uzależniających u osób przejawiających zachowania antyspołeczne,
- zależność między przyjmowaniem środków uzależniających a stosowaniem ich w grupie rówieśniczej,
- związek między stosowaniem substancji psychoaktywnych a występowaniem zaburzeń w funkcjonowaniu środowiska rodzinnego, czyli modelowanie używania substancji przez rodziców i innych członków rodziny, przyjmowanie przez rodziców postawy przyzwalającej na stosowanie środków uzależniających, niski poziom więzi rodzinnych, korzystanie przez rodziców z niespójnych i/lub ubogich zasad kształtowania zachowań, dysharmonia w rodzinie,
- większe ryzyko problemowego używania substancji psychoaktywnych wśród osób żyjących w niekorzystnych warunkach społeczno-ekonomicznych.

Klasyfikacja i charakterystyka środków uzależniających

Substancje uzależniające różnią się między sobą składem chemicznym, statusem prawnym, skutkami działania czy wreszcie stopniem społecznej akceptacji. Z tego powodu tworzone są różne ich klasyfikacje, z których każda uwzględnia inne kryteria podziału. Najprostsza i najczęściej stosowana typologia dzieli substancje psychoaktywne na trzy grupy, w zależności od ich wpływu na działanie centralnego układu nerwowego – wyróżniono w niej środki o działaniu hamującym, pobudzającym i halucynogennym. Klasyfikację tę ze względu na jej prostotę często wykorzystuje się w celach edukacyjnych, jednak nie jest ona pozbawiona pewnych wad, wśród których należy wymienić umieszczenie w jednej grupie substancji o bardzo różnym wpływie na stan zdrowia oraz arbitralne zaliczanie substancji o charakterze mieszanym (np. *extasy*) do jednej z grup. W literaturze medycznej spotkać można specjalistyczne klasyfikacje środków psychoaktywnych, w których podstawą wyszczególnienia określonych typów substancji są ich

¹⁷ M. TEESON, L. DEGENHARDT, W. HALL: *Uzależnienia. Modele kliniczne...*

właściwości farmakologiczne. Z kolei międzynarodowa klasyfikacja chorób wyróżnia dziewięć grup substancji ze względu na charakterystykę wywoływanych przez nie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – są to: (1) alkohol, (2) opiaty, (3) przetwory konopi indyjskich, (4) leki uspokajające i nasenne, (5) kokaína, (6) inne niż kokaina substancje pobudzające, (7) substancje halucynogenne, (8) tytoń, (9) lotne rozpuszczalniki¹⁸. W niniejszej publikacji przyjęto podział na sześć grup środków psychoaktywnych. Głównym kryterium podziału są somatyczne i psychospołeczne konsekwencje przyjmowania poszczególnych typów substancji.

Środki tłumiące (depresanty)

Depresanty działają tłumiąco na czynność ośrodkowego układu nerwowego, powodując efekt odprężenia, rozluźnienie, senność. Mogą także wywoływać nastrój euforyczny, ponieważ redukują stan napięcia i ograniczają kontrolę wolicjonalną. Do środków tych zalicza się¹⁹:

- alkohol,
- środki nasenne, uspokajające, antydepresyjne – barbiturany, benzodiazepiny, trankwilizatory (luminal, oxazepam, nitrazepam, xanax, coaxil, valium, relanium, reladorm, lorafen, eter, chloroform),
- leki przeciwkaszlowe i przeciwalergiczne (tussipect, sudafen, DXM),
- środki silnie usypiające - tzw. pigułki gwałtu (GHB, rohypnol, mieszanki leków nasennych i uspokajających),
- środki rozluźniające (tzw. poppers) – produkowane na bazie azotanu amylu (efedryna, podtlenek azotu, środki nasercowe tj. brocaceł, interpharm, pulmuival).

Uczucie odprężenia i uspokojenia oraz poprawa snu pojawiające się pod wpływem środków tłumiących zachęcają do powtarzania dawek, co prowadzi do „szkodliwego używania”, którego efektem mogą być zaburzenia nastroju, snu, zachowania agresywne, epizodyczne stany lękowe czy zaburzenia koordynacji ruchowej. Nadużywanie depresantów czasami powoduje też zaburzenia metaboliczne, hematologiczne oraz uszkodzenia wątroby.

Wielotygodniowe przyjmowanie środków tłumiących może doprowadzić do uzależnienia. Jest ono najczęstsze u osób nadużywających równocześnie innych środków²⁰. Pojawia się wówczas zależność psychiczna, fizyczna, wzrost tolerancji i zespół abstynencyjny w przypadku odstawienia. Zależność psychiczna poprze-

¹⁸ K. OSTASZEWSKI: *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowania oraz ewaluacji programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar 2003, s. 63.

¹⁹ I. POSPISZYL: *Patologie społeczne*. Warszawa, PWN 2009, s. 174–175.

²⁰ M.B. KING: *Long-term benzodiazepine users – a mixed bag*. „Addiction”, No. 89: 1994, s. 1367–1370.

dza pojawienie się zależności fizycznej, której rozwój koreluje z wielkością dawek i czasem ich przyjmowania.

Wieloletnie przyjmowanie depresantów powoduje systematyczne narastanie zaburzeń osobowości i zachowania, z takimi objawami, jak: impulsywność, drażliwość, kumulowanie afektu, utrata kontroli nad emocjami, drobiazgowość, nieprzestrzeganie norm społecznych. Pojawiają się również zakłócenia w funkcjonowaniu procesów poznawczych, z dominacją zaburzeń pamięci świeżej. Luki pamięciowe wypełniane są treściami zaczerpniętymi z wcześniejszych okresów życia, a czasami konfabulacjami (zmyśleniami). Chociaż osoba taka potrafi zapamiętać krótkie pytanie, odpowiedzieć na nie czy wykonać proste zadanie, to po paru minutach już tego nie pamięta. Zaburzenia zapamiętywania dotyczą głównie materiału werbalnego, a znajomość nabytych wcześniej zasobów pamięciowych jest zachowana. Progresa tego typu objawów może doprowadzić do rozwoju zespołu otępiennego²¹.

Objawami wskazującymi na stosowanie depresantów są: spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia koordynacji ruchowej, niewyraźna mowa, czasem euforyczny nastrój, zasinienia (po krwiakach), głównie na kończynach, zapach alkoholu z ust. Do objawów abstynencyjnych należą: bezsenność, koszmary nocne, utrata łaknienia, stany hipodepresyjne, depresja, huśtawka nastrojów, nadwrażliwość sensoryczna.

Środki pobudzające (stymulanty)

Środki pobudzające (stymulanty) należą do różnych grup pod względem chemicznym, ale działają podobnie na ośrodkowy układ nerwowy. Powodują wzrost aktywności, likwidują uczucie zmęczenia, głodu, senności, mogą wywoływać stany euforyczne. W tej grupie substancji znajduje się²²:

- kofeina i nikotyna,
- amfetamina, metamfetamina, AMU (metamfetamina z beta-karotenem) – narkotyki syntetyczne, występujące najczęściej w postaci tabletek, białego proszku, kostek o wyglądzie parafiny, kryształków, płynu do wstrzykiwania,
- kokaina, crack – kokaina występuje w postaci białego proszku; crack ma postać kryształków, granulek, kremowych lub brązowych kulek, jest przeznaczony do palenia lub wdychania, zaczyna działać po kilku sekundach od przyjęcia, ale działa do 20 minut – krócej od klasycznej kokainy, której działanie utrzymuje się 3–6 godzin; crack jest jednak silniejszy od klasycznej kokainy o 20–50 razy,

²¹ C. SALZMAN: *Behavioral side effects of benzodiazepines*. In: *Adverse effects of psychotropic drugs*. Eds. J.M. KANE, J.A. LIEBERMAN. New York, Guilford Press 1992; D.M. PERRINE: *The chemistry of mind – altering drugs*. Washington, DC, American Chemical Society 1996.

²² I. POSPISZYL: *Patologie...*, s. 175–176.

- extasy – niejednorodna grupa środków, najczęściej mieszanka kilku np. amfetaminy i LSD lub heroiny, amfetaminy i psylocybiny; występuje w postaci tabletek, często z napisami bądź symbolami graficznymi,
- rośliny o działaniu stymulującym, takie jak żeń-szeń, mandragora, wilcza jagoda, lubczyk.

Środki pobudzające najczęściej są połykane, palone lub wciągane przez nos, niekiedy także przyjmowane poprzez nacieranie śluzówki oka lub wewnętrznej strony warg.

Do efektów działania stymulantów zalicza się: zniesienie uczucia zmęczenia, euforia, wzmożenie koncentracji uwagi i kojarzenia, poczucie wydolności fizycznej i psychicznej, wzmożenie inicjatywy, napędu, agresywności, zmniejszenie łaknienia, zmniejszenie potrzeby snu, stereotypie ruchowe, podwyższenie ciśnienia krwi, przyspieszenie czynności serca. U przewlekłe zażywających powstaje silna zależność psychiczna oraz słabo wyrażona zależność fizyczna, narasta też zjawisko tolerancji, które głównie dotyczy działania euforyzującego, anorektycznego i wpływa na stan czuwania przez redukcję ilości snu. Pojawiają się też konsekwencje zdrowotne w postaci napadów drgawkowych, udarów niedokrwiennych i krwotoków mózgowych oraz uszkodzenia nerek i wątroby. Do konsekwencji natury psychospołecznej należą: obniżenie nastroju, myśli i tendencje samobójcze, a także objawy psychopatologiczne, takie jak: nieufność, wielomówność, niepokój, zaburzenia koncentracji i snu, częste stereotypie ruchowe.

Na stosowanie stymulantów może wskazywać: rozszerzenie źrenic z brakiem reakcji na światło, gadatliwość, zgrzytanie zębami, bladość twarzy, niepokój, gonitwa myśli, majaczenia, drżenie, intensywne pocenie się, nudności, wymioty, bóle w klatce piersiowej, wielogodzinny sen, podrażnienie śluzówki nosa.

Do objawów abstynencyjnych należą: wyczerpanie, huśtawka nastrojów, depresja, lęk, początkowo bezsenność, a następnie zwiększona potrzeba snu, wzmożony apetyt²³.

Halucynogeny

Halucynogeny stanowią najbardziej złożoną grupę środków odurzających, niejednorodną pod względem efektów działania. Początkowo dają objawy w postaci majaczeń i stanów urojeniowych, jednak ich zasadniczy wpływ polega na pogłębieniu nastroju, intensyfikacji wrażeń zmysłowych i zniekształceniu rzeczywistości. Mogą też powodować uczucie odprężenia, senności, rozluźnienia lub euforii. Im dłużej są stosowane, tym częściej pod ich wpływem pojawiają się nieprzyjemne doznania. Do środków halucynogennych należą²⁴:

²³ K. BORZUCKA-SITKIEWICZ, K. SAS-NOWOSIELSKI: *Stosowanie substancji...*

²⁴ I. POSPISZYL: *Patologie...*, s. 176–178.

- kanabinole (pochodne konopii indyjskich) – marihuana, haszysz, olej haszyszowy; marihuana jest suszem liści, łodyg i kwiatostanów konopi przeznaczonym do palenia; haszysz to żywica konopi łączona często z woskiem lub klejami organicznymi, występująca w postaci sprasowanych tabliczek, grudek, kulek, granulek, palonych w fajkach lub na aluminiowych foliach; olej haszyszowy jest ciemnobrązową cieczą, dodawaną najczęściej do papierosów; wszystkie te substancje zawierają aktywny składnik THC – tetrahydrokanabinol,
- skuny – skręty papierosowe dużo silniejsze od klasycznej marihuany, ponieważ w przypadku skunów konopie przeznaczone do ich produkcji uprawiane są w wodzie nasączonej innymi narkotykami, np. opiatami,
- LSD – występuje najczęściej w postaci znaczków z różnymi symbolami, nasączanych bibułek lub pastylek,
- meskalina – biały proszek lub płyn pierwotnie produkowany z kaktusa meksykańskiego, a obecnie pozyskiwany również syntetycznie,
- fencyklidyna (PCP) – działa jednocześnie halucynogenicznie i znieczulająco, powodując nieprzewidywalne i skrajne reakcje – od letargu po wybuchy agresji, paniki lub lęku; rozpowszechniana jest w postaci tabletek lub płynu,
- psylocybina – pozyskiwana z grzybów meksykańskich, występuje w postaci tabletek, płynu lub papierosów nasączonych preparatem,
- grzyby halucynogenne (muchomory, pierścienniaki),
- rośliny halucynogenne (bieluń dziedzierzawa, boska szalwia).

Halucynogeny mogą być przyjmowane doustnie, palone, inhalowane oraz wstrzykiwane. Następstwa ich stosowania są trudne do przewidzenia, ponieważ zależą od wielu czynników: cech indywidualnych osoby zażywającej, warunków, w jakich zostały przyjęte, i postawy otoczenia wobec przyjmującego. Osoby, które w danym dniu mają obniżony nastrój, po zażyciu halucynogenów mogą przeżywać negatywne odczucia, takie jak lęk czy panika, w spotęgowany sposób. Zaburzenia utrzymują się zwykle od 1 do 3 godzin, ale mogą wydłużyć się do 12 godzin. Zazwyczaj objawy ustępują samoistnie.

Osoby przyjmujące halucynogeny mają tzw. epizody *flashbacks*, czyli dochodzi u nich do nawrotu objawów psychotycznych, trwającego od kilku sekund do kilku minut. Zjawisko to pojawia się wyłącznie w okresie utrzymywania abstynencji i mija samoistnie. Objawy są najczęściej podobne do tych, które występowały po przyjęciu substancji, np. omamy wzrokowe, napady lęku, zaburzenia percepcji czasu i doznań zmysłowych. Zazwyczaj zachowany jest krytycyzm w stosunku do przeżywanych doznań. Osoby regularnie zażywające halucynogeny doświadczają tych epizodów częściej niż osoby przyjmujące sporadyczne dawki. Występowanie *flashbacks* może być stymulowane takimi czynnikami, jak: stres, zmęczenie, nagłe przejście z jasnego do ciemnego pomieszczenia²⁵.

²⁵ Por. C.R. YOUNG: *Sertraline treatment of hallucinogen persisting perception disorder*. „Journal of Clinical Psychiatry”, No. 58: 1997.

Uzależnienie wyłącznie od substancji halucynogennych należy do rzadkości, z uwagi na fakt, że szybki wzrost tolerancji nie pozwala na codzienne, systematyczne ich przyjmowanie. Dopiero po kilkudniowej abstynencji możliwe jest ponowne reagowanie na halucynogeny. Uzależnieni mają trudności w funkcjonowaniu społecznym, gdyż przewlekłe stany psychotyczne, podtrzymywane przez powtarzanie dawek, praktycznie eliminują ich z codziennego życia. W okresach nawet wielomiesięcznej abstynencji po ustąpieniu objawów psychotycznych obserwuje się zmiany w osobowości w postaci tendencji do magicznego myślenia, fantazjowania, pseudofilozofowania, apatii, wahań nastroju oraz niedostosowania do obowiązujących norm społecznych.

O stosowaniu halucynogenów mogą świadczyć takie objawy, jak: gadatliwość, wesołkowatość, senność, odrętwienie, rozszerzone źrenice, suchość w ustach, zaczerwienione oczy, specyficzny (słodki) zapach, podwyższone ciśnienie krwi, spadek kontroli napięcia mięśniowego, chroniczne stany zapalne górnych dróg oddechowych, zaburzenia koncentracji uwagi.

Środki wziewne (inhalanty)

Środki wziewne mają najczęściej jednoczesne działanie tłumiące i halucynogenne. Zwykle są to preparaty ogólnodostępne, używane powszechnie w technice i gospodarstwie domowym. Zalicza się do nich:

- kleje,
- preparaty aerozolowe,
- środki czyszczące,
- rozpuszczalniki,
- gazy,
- produkty żywnościowe,
- azotyny.

Przy stosowaniu środków wziewnych bardzo łatwo dochodzi do przedawkowania, prowadzącego niekiedy do ostrego zatrucia. Substancje te działają depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy, powodując zaburzenia oddychania, spadek ciśnienia krwi, zwolnienie czynności serca oraz zaburzenia przytomności. Uszkodzeniu ulegają narządy mięjszowe: wątroba, nerki, trzustka, a czasami także inne układy, np. naczynia krwionośne, szpik, nerwy obwodowe, często następują również zmiany atroficzne mózgu²⁶. Podstawowymi objawami zatrucia są: obrzęk płuc, bezmocz, kwasica i zaburzenia rytmu serca. Utrata przytomno-

²⁶ G. PRYOR: *Persisting neurotoxic consequences of solvent abuse: A developing animal model for toluene - induced neurotoxicity*. In: *Residual effects of abused drugs on behavior*. Eds. J.W. SPENCER, J.J. BOREN. „Research Monograph”, No. 101. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse. 1990; J.C. GARRIOTT: *Death among inhalant abusers*. In: *Inhalant abuse: A volatile research agenda*. Eds. C.W. SHARP, F. BEAUVAIS, R. SPENCER. „Research Monograph”, No. 129. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse 1992.

ści bywa często poprzedzona gwałtownym pobudzeniem, majaczeniem oraz napadami drgawkowymi. Zatrucia mają ciężki przebieg, objawy rozwijają się bardzo szybko, chorzy wymagają pilnej hospitalizacji, a umieralność jest wysoka. Niezależnie od toksycznego działania samej substancji, sposób jej przyjmowania (najczęściej przez wdychanie z worka foliowego), a także możliwość wystąpienia ostrych reakcji alergicznych (skurcz krtani) stwarzają również zagrożenie śmierci przez uduszenie.

Oznakami stosowania inhalantów są: zapach kleju lub acetonu utrzymujący się we włosach, ubraniu, euforia z tendencją do fantazjowania, spowolnienie, zaburzenia równowagi, niezdolność ruchowa, czasem zachowania gwałtowne i agresywne, „zamazana” mowa, bóle głowy, wymioty, częste krwawienia z nosa, podrażnienie błon śluzowych nosa i gardła, przekrwienie gałek ocznych, szerokie źrenice, spadek apetytu. Do objawów abstynencyjnych należą²⁷: drażliwość, niepokój, lęk, przygnębiecie, zaburzenia snu, mdłości, drżenia mięśniowe, przyspieszenie czynności serca.

Środki uśmierzające (opiaty)

Środki odurzające mają na celu neutralizację bólu (analgezję) i, co ciekawe, jeśli używane są rzeczywiście w tym celu, ryzyko uzależnienia zmniejsza się, gdy zaś wykorzystuje się je do odurzania, wówczas ryzyko to gwałtownie wzrasta. Pierwotnie pozyskiwane były z maku, obecnie coraz częściej produkowane są syntetycznie. Efekt euforyczny, często występujący w początkowym okresie przyjmowania produktów pochodzenia organicznego, w narkotykach syntetycznych jest eliminowany. Do środków uśmierzających należą²⁸:

- opium, morfina, kodeina, heroina – opium występuje w formie ciemnobrązowych kulek lub proszku; morfina i kodeina najczęściej mają postać tabletek, białego proszku lub płynu do iniekcji; heroina zwykle jest białym proszkiem, ale może też być brązowymi grudkami lub granulkami bądź płynem do wstrzykiwania; w ostatnim czasie coraz bardziej popularny staje się tzw. *brown sugar* – heroina w formie brązowych kryształków przeznaczonych do palenia.
- „kompot” (polska heroina) – płyn przypominający esencję herbacianą, zwykle bardzo zanieczyszczony.

Substancje opiatowe najczęściej przyjmowane są dożylnie (rzadziej doustnie lub palone), ponieważ w ten sposób wywołują silniejszą euforię. Chwilę po zażyciu pojawia się tzw. kop, czyli stan zamroczenia, który z czasem ustępuje miejsca rozleniwieniu i senności. Pierwsze dawki mogą powodować nudności i wymio-

²⁷ H. BARAN-FURGA, K. STEINBARTH-CHMIELEWSKA: *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie*. Warszawa, PZWL 1999.

²⁸ I. POSPISZYL: *Patologie społeczne...*, s. 179–180.

ty. Opiaty posiadają duży potencjał uzależniający – powodują szybkie narastanie zależności fizycznej, psychicznej oraz tolerancji, która jest odpowiedzialna za wzrost częstości i ilości przyjmowanych dawek. W toku rozwoju uzależnienia odczuwanie euforii po przyjęciu opiatów ulega osłabieniu.

Do podstawowych objawów ostrego zatrucia opiatami zalicza się²⁹: zwężone, szpilkowate źrenice, śpiączkę o różnym nasileniu, spowolnienie częstości skurczów serca, obniżenie ciśnienia krwi, obniżenie temperatury ciała, zwolnienie i zaburzenie oddychania. Zgon z powodu zatrucia opiatami może nastąpić zaraz po przyjęciu dożylnym lub w ciągu 2–4 godzin po przyjęciu doustnym bądź podskórnym. Jego bezpośrednią przyczyną jest niewydolność krążeniowo-oddechowa.

Szkody somatyczne związane z przewlekłym przyjmowaniem opiatów są bardzo rozległe i obejmują³⁰: uszkodzenie narządów mięszkowych, głównie wątroby, zaburzenia hormonalne, prowadzące do nieprawidłowości w zakresie gospodarki wodnej (obrzęki kończyn) oraz płodności (w przypadku kobiet – zaburzenia miesiączkowania, aż do jej zatrzymania, zaburzenia jajeczkowania; w przypadku mężczyzn – osłabienie libido i potencji), zaburzenia układu odpornościowego, wyniszczenie, zmiany zapalne skóry, zapalenie naczyń żylnych i chłonnych, zakażenia – bakteryjne (posocznica bywa częstą przyczyną śmierci) i wirusowe (np. HIV, zapalenie wątroby typu B, C, D), zatrucia, urazy, wczesna umieralność, próchnica zębów, prowadząca często do bezzębicia, zaparcia, sprzyjające powstawaniu kamieni kałowych.

Na stosowanie opiatów wskazują: ślady nakłuć na żyłach, zmniejszone, nie reagujące na światło źrenice, „wodniste” spojrzenie, brak apetytu, nudności, wymioty, niepokój ruchowy lub spowolnienie psychoruchowe, senność. Do objawów abstynencyjnych należą: wzrost ciśnienia krwi i częstości tętna, wzrost temperatury ciała, „gęsia skórka” (piloerekcja), wysięk z nosa, łzawienie, ziewanie, wzmożona potliwość, bezsenność, wymioty, drżenia mięśniowe.

Steroidy anaboliczno-androgenne

Steroidy anaboliczno-androgenne, zwane potocznie sterydami, nie są typowymi środkami uzależniającymi, nie są bowiem zażywane w celu odurzania się, lecz z powodu chęci wywołania określonych zmian w wyglądzie zewnętrznym. Powodują szybki przyrost masy mięśniowej, wagi, siły i wytrzymałości. Najczęściej są produkowane na bazie męskiego hormonu płciowego testosteronu, stymulatorów produkcji krwi i hormonu wzrostu. Szczególnie szkodliwe jest ich

²⁹ L. DYKSTRA: *Opioid analgesics*. In: *Pharmacological aspects of drug dependence: Toward an integrated neurobehavioral approach*. Eds. C.R. SCHUSTER, M.J. KUCHAR. Berlin, Springer-Verlag 1996; H. BARAN-FURGA, K. STEINBARTH-CHMIELEWSKA: *Uzależnienia...*

³⁰ H. BARAN-FURGA, K. STEINBARTH-CHMIELEWSKA: *Uzależnienia...*

zażywanie w okresie dojrzewania organizmu, przed zakończeniem wzrostu oraz w okresie ciąży³¹.

Sterydy najczęściej są przyjmowane w formie doustnej lub domięśniowej, choć w medycynie stosowane są także kremy, tabletki umieszczone pod skórą, czy plastry. Dawki stosowane w celach wywoływania pożądanego efektu anabolicznego zwykle znacznie przekraczają dawki terapeutyczne - w niektórych badaniach stwierdzano, iż dawki te bywają nawet kilkadziesiąt i sto razy wyższe od uznawanych za terapeutyczne.

Sterydy są substancjami o dużej aktywności biologicznej i jako takie wpływają na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego. Z tego względu skutki przyjmowania sterydów dotyczą zarówno sfery zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Działanie sterydów w sferze psychicznej objawia się przede wszystkim w wyzwalaniu: agresji, depresji, paranoi, manii i hipomanii, wahań nastroju, uzależnienia – zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Skutki przyjmowania sterydów w zakresie zdrowia fizycznego dotyczą: układu krążenia, układu hormonalnego, narządu ruchu, wątroby, skóry. W literaturze przedmiotu nie brak doniesień na temat zgonów wskutek zmian sercowo-naczyniowych wywołanych przyjmowaniem sterydów w celach nieterapeutycznych³².

Do objawów przyjmowania steroidów anaboliczno-androgennych należą: obrzęki twarzy, szyi i nóg, rozstępny, trądzik, przebarwienia skóry, obniżenie głosu, porost włosów w nietypowych miejscach, zaburzenia cyklu menstruacyjnego – u kobiet, a u mężczyzn – łysienie.

Uzależnienie od alkoholu

Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Początki nadużywania szkodliwych napojów alkoholowych sięgają doby istnienia społeczeństw pierwotnych. Alkohol spełniał wówczas funkcje odżywcze i psychologiczno-społeczne³³, będąc istotnym elementem obrzędów magicznych, ceremonii, oraz ważnych dla życia szczepu czy rodziny wydarzeń. W starożytnej Grecji towarzyszył „rytuałom religijno-magicznym, był składany w ofierze bogom, stanowił nieodłączny element świąt, uczt, spotkań towarzyskich, służył jako pożywienie i napój, miał także pewne funkcje medyczne, zwłaszcza jako środek uśmierzający ból”.³⁴ Wraz z upływem lat poglądy na charakter i istotę skutków

³¹ I. POSPISZYL: *Patologie społeczne...*, s. 180–181.

³² K. BORZUCKA-SITKIEWICZ, K. SAS-NOWOSIELSKI: *Stosowanie substancji...*

³³ A. BIELEWICZ, J. MOSKALEWICZ: *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*. W: *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*. Red. I. Wald. Warszawa, PWN 1986, s. 12.-

³⁴ *Ibidem*, s. 16.

nadużywania alkoholu uległy ewolucji. Picie alkoholu rozpatrywano w kategoriach moralności, traktując jako zachowanie grzeszne. Dopiero w początkach XIX wieku zdefiniowano pojęcie choroby jako następstwa spożywania alkoholu. Pierwszym lekarzem, który użył pojęcia choroby w przypadku nadużywania alkoholu, był angielski internista Thomas Trotter. W wydanej w 1804 roku książce *O pijaństwie i jego wpływie na ciało ludzkie* napisał: „Uważam pijaństwo, ściśle biorąc, za chorobę spowodowaną odległą przyczyną, powstającą w organizmie i zakłócającą czynności i zdrowie”³⁵. Również w Polsce w początkach XIX wieku pojawiły się pierwsze opracowania zajmujące się problematyką alkoholizmu. Pierwszy polski *Traktat o pijaństwie* napisany przez lekarza wileńskiego Jakuba Szymkiewicza został wydany już w 1818 roku. Dzieło to było pierwszą tego typu rozprawą w Europie Środkowo-Wschodniej.

Termin „alkoholizm” przez wielu autorów był traktowany w rozmaity sposób i w różnych kontekstach oznaczał różne zjawiska. Do opisu zjawiska nadmiernego spożywania alkoholu przez wiele lat używano określeń: „pijaństwo”, „alkoholomania”, „oinomania” (gr. *oinos* – wino), „dipsomania” (gr. *dipsa* – pragnienie). Dopiero w 1849 roku w opublikowanej pracy szwedzkiego psychiatry Magnusa Hussa pojawiły się terminy: „alkoholizm” i „choroba alkoholowa”. W 1901 roku Kurz i Krapelin jako pierwsi użyli terminu „nałóg alkoholowy” w odniesieniu do osób, które „nie były dostatecznie silne, aby zaprzestać picia wówczas, gdy picie narażało je na poważne szkody materialne, społeczne i cielesne”³⁶. Niektórzy pod pojęciem „alkoholizm” rozumieli chorobę alkoholową albo zespół uzależnienia od alkoholu, inni tym terminem określali wszelkiego rodzaju nadużywanie alkoholu, wykraczające poza normy kulturowo przyjęte, powodujące szkodliwe następstwa, natomiast pozostali obejmowali nim całością patologii społecznej związanej z nadmiernym piciem napojów alkoholowych. Trudności związane z niejednoznacznością terminu „alkoholizm” doprowadziły do tego, że eksperci związani z Światową Organizacją Zdrowia w 1978 roku zdecydowali o wprowadzeniu do IX wersji Międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów terminu „zespół uzależnienia od alkoholu” („zespół zależności alkoholowej”) zastępującego dotychczas stosowane określenia. W miejsce terminu „alkoholizm w szerokim znaczeniu” wprowadzono określenia „problemy alkoholowe” lub „stany ograniczonej sprawności spowodowanej alkoholem”³⁷.

Aktualnie w Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 uwzględnione zostały dwie jednostki chorobowe związane z piciem alkoholu, a mianowicie: szkodliwe picie alkoholu (F10.1) oraz zespół uzależ-

³⁵ Cyt. za: M. OCHMAŃSKI: *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*. Lublin, Wydawnictwo UMCS 1997, s. 14.

³⁶ *Ibidem*, s. 14.

³⁷ *Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów – IX rewizja*. Rozdz. V: *Zaburzenia psychiczne*. „Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego” 1983, nr 1–2, s. 34.

nienia od alkoholu (F10.2). **Szkodliwe picie alkoholu** charakteryzuje się takim sposobem picia alkoholu, który niekorzystnie wpływa na zdrowie. Szkodliwe działanie może mieć charakter somatyczny (np. marskość wątroby) lub psychiczny (np. epizody zespołu depresyjnego). Aby rozpoznać ten stan, konieczne jest stwierdzenie aktualnego upośledzenia zdrowia somatycznego lub psychicznego osoby pijącej. O **zespole uzależnienia od alkoholu** można mówić wówczas, gdy stwierdzi się występowanie przez jakiś czas w okresie poprzedzającego roku co najmniej trzech z następujących objawów.

- „Silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
- Trudności w kontrolowaniu rozpoczęcia lub zakończenia picia lub ilości wypijanego alkoholu.
- Wystąpienie zespołu abstynencyjnego po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki alkoholu, przejawiające się charakterystycznymi objawami alkoholowego zespołu abstynencyjnego lub przyjmowaniem tej samej (lub bardzo podobnej substancji) w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów zespołu abstynencyjnego).
- Objawy tolerancji, takiej jak zwiększanie dawki alkoholu w celu uzyskania efektów, które początkowo były wywołane przez dawki niższe (dobry przykład stanowią osoby uzależnione od alkoholu, które są w stanie wypić ilość alkoholu, jaka u osób nie przyzwyczajonych mogłaby spowodować utratę przytomności lub śmierć).
- Narastające zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia alkoholu; zwiększona ilość czasu poświęcona zdobywaniu alkoholu, jego picciu lub odzyskiwaniu równowagi po wypiciu alkoholu.
- Kontynuowanie picia pomimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw, takich jak uszkodzenie wątroby na skutek intensywnego picia lub obniżenie nastroju następujące po okresach picia dużych ilości alkoholu. Należy dołożyć starań w celu ustalenia, czy osoba pijąca jest lub można się spodziewać, że będzie, świadoma natury swojego picia i zakresu jego szkodliwych skutków”³⁸.

Według ICD – 10 objawami diagnostycznymi alkoholizmu są:

- „głód alkoholowy”,
- upośledzenie zdolności kontrolowania picia alkoholu,
- picie alkoholu, aby złagodzić alkoholowy zespół abstynencyjny albo mu zapobiec, oraz subiektywne poczucie skuteczności takiego postępowania (tzw. klinowanie),
- objawy abstynencyjne, takie jak drżenia mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność,
- zmienna tolerancja na alkohol,
- zawężenie repertuaru zachowań związanych z piciem do jednego-dwu wzorców,

³⁸ <http://www.alkoholizm.akcjasos.pl/116.php> [data dostępu 20.09.2011].

- postępujące zaniedbywanie alternatywnych wobec picia przyjemności,
- picie alkoholu pomimo oczywistej wiedzy o jego szczególnej szkodliwości dla zdrowia pijącego,
- palimpsesty alkoholowe – powtarzające się epizody „urwanych filmów”, „przerw w życiorysie”, luki pamięciowe – okresy zaburzeń pamięci związanych z nadużywaniem alkoholu,
- próby zapanowania nad piciem (ograniczanie pory, rodzaju trunków, dobrowolne podejmowanie okresowej abstynencji w celu picia bez obaw w przyszłości),
- ciągi picia,
- nawroty picia po okresach abstynencji,
- zaprzeczanie uzależnieniu,
- nasilony lęk, ataki paniki bez powodu,
- psychozy alkoholowe,
- próby samobójcze i samouszkodzenia,
- inne³⁹.

Na szczególną uwagę zasługują poglądy kanadyjskiego lekarza Elvin Morton Jellinka, który na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań stwierdził, że „alkoholizm przewlekły to każde używanie napojów alkoholowych, które powodują szkodę dla osoby pijącej, społeczeństwa lub obojga”⁴⁰. Wyodrębnił czynniki wpływające na powstanie alkoholizmu. Zaliczył do nich skłonności biologiczne, warunki psychologiczne oraz społeczne. Dokonał również podziału typów choroby alkoholowej oraz wyróżnił cztery kolejne fazy jej przebiegu.

Faza wstępna (przedalkoholiczna, objawowa) – charakteryzuje się piciem alkoholu w celu uzyskania ukojenia, ulgi. Początkowo stan ten przypisuje się sytuacji, w której spożywało się alkohol, a nie samemu piciu, co skutkuje poszukiwaniem podobnych sytuacji sprzyjających piciu. W tej fazie znamieny jest również wzrost tolerancji na alkohol. By upić się, jednostka potrzebuje coraz większych dawek alkoholu. Granicę między fazą wstępną a ostrzegawczą wyznacza pojawienie się luk pamięciowych, tzw. palimpsestów.

Faza ostrzegawcza (zwiastunowa) – pojawienie się luk pamięciowych chory określa mianem „przerwy w życiorysie”. Nie potrafi przypomnieć sobie co robił, o czym rozmawiał, jakie decyzje podejmował, a nawet nie pamięta, z kim pił. Luki te mogą wystąpić po niewielkiej ilości alkoholu albo w przypadku zmęczenia psychicznego bądź fizycznego. Poza palimpsestami znamieną cechą tej fazy są: picie potajemne, częste myślenie o alkoholu, picie z chciwością. Chorzy coraz częściej organizuje sytuacje do wypicia, jednocześnie mając poczucie winy i unikając rozmów na temat alkoholu. Faza ta może trwać od pół roku do pięciu lat.

³⁹ M. KUCIŃSKA: *Jakie one są?* „Świat Problemów” 1997, nr 3, s.19.

⁴⁰ Cyt za: B.T. WORONOWICZ: *Alkoholizm jako choroba*. Warszawa, PARPA 1994, s. 38.

Faza krytyczna (ostra) – stanowi początek prawdziwego uzależnienia. Charakterystyczną cechą tej fazy jest przymus picia, świadczący o utracie kontroli nad wypijanym alkoholem. Upośledzenie tej kontroli powoduje, że osoba uzależniona nie potrafi kontrolować ilości, częstotliwości i sytuacji picia. Początkowo chory uważa, że ma możliwość wyboru, o czym przekonuje siebie i otoczenie, jednocześnie poszukując sytuacji sprzyjających picciu. Wynajduje sobie alibi tłumaczące okoliczności picia. Z czasem chory coraz bardziej traci kontrolę nad własnym pićciem. W fazie tej może dojść do okresów całkowitej abstynencji, szczególnie pod naciskiem najbliższych. Nie trwa to jednak długo. Kolejnego ratunku chory upatruje w zmianie rodzaju napojów alkoholowych, co również nie przynosi żadnego efektu. Stopniowo zatracą kontakt z najbliższymi. Pojawiają się kłopoty w różnych obszarach funkcjonowania. Traci wszelkie zainteresowania niezwiązane z alkoholem. Jego potrzeba przyjmowania *alkoholu* wzrasta. Pijący skrzętnie ukrywa jego zapasy. Pijąc doprowadza się do głębokiego upicia, nierzadko połączonego z utratą przytomności. Wówczas pojawiają się również problemy zdrowotne, będące konsekwencją przewlekłego zatrucia organizmu, np. brak łaknienia, dolegliwości somatyczne oraz zaburzenia potencji. Pod koniec tej fazy występuje przymus picia od samego rana.

Faza przewlekła – jej początek stanowi wielodniowe pijaństwo w towarzystwie osób z niższego kręgu społecznego. W przypadku braku pieniędzy pijący spożywa alkohole niekonsumpcyjne, sprzedaje rzeczy własne i rodziny oraz ucieka się do kradzieży. Powoli postępuje degradacja moralna oraz zaburzenia sprawności umysłowej. Pojawiają się bezprzedmiotowe lęki, drżenia kończyn, które po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu na krótko ustępują. Picie nabiera cech natręctw, a tolerancja na alkohol obniża się do tego stopnia, że chory może upić się nawet jednym piwem. Żeby rozwinął się zespół uzależnienia od alkoholu, potrzeba od kilku do kilkunastu lat.

Rozwinięty w pełni zespół uzależnienia od alkoholu cechują typowe zmiany w sferze psychicznej, somatycznej i w dziedzinie zachowania społecznego⁴¹. W sferze psychicznej dochodzi do picia napojów alkoholowych w sposób patologiczny, do zmiany osobowości, szczególnie w tzw. wyższej uczuciowości społecznej, występują: egoizm, egocentryzm, brak samokrytycyzmu, wzmożenie pobudliwości emocjonalnej, chwiejność uczuciowa, drażliwość, wybuchowość, następuje postępująca utrata bliskich kontaktów z otoczeniem, nasilającą się aż do nastawień urojeniowych w odniesieniu do osób najbliższych, luki pamięciowe pojawiają się nawet po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu⁴².

W sferze somatycznej występują: zaburzenia przewodzenia pokarmowego, zmiany wątrobowe, rozszerzenie naczyń skórnych na twarzy i szyi, wytrzeszcz gałek

⁴¹ M. OCHMAŃSKI: *Alkoholizm ojców...*, s. 17.

⁴² T. KULISIEWICZ: *Zespół uzależnienia od alkoholu*. W: *Alkohol oraz związane z nim problemy...*, s. 218; por. M. OCHMAŃSKI: *Alkoholizm ojców...*, s. 17.

ocznych z ich zażółceniem, przekrwieniem i błyszczeniem, sinawoszare zabarwienie skóry na twarzy, przy czym skóra ta jest wyraźnie zwiótczała: ponadto pojawiają się objawy neurologiczne: zapalenie wielonerwowe, zmiany mięśniowe, toksyczna neuropatia wzrokowa, obkurczenie mózgu. Nierzadko stwierdza się również cechy feminizacji u mężczyzn (wzrost gruczołów piersiowych, osłabienie lub nawet zanik zarostu na twarzy, zmiany typu owłosienia męskiego na żeńskie na wżórkku łonowym)⁴³.

W sferze zachowania społecznego następuje zaniedbywanie obowiązków, co wiąże się z częstymi absencjami (dom, szkoła, praca). Utrudniona jest również możliwość utrzymywania więzi społecznych z innymi ludźmi, którzy często nie godzą się na zachowania alkoholika.

Ogromny problem stanowi picie alkoholu przez młodzież. W ostatnich latach upijanie się nieletnich stało się wręcz problemem społecznym. Nawet sporadyczne picie alkoholu przez młodych ludzi jest częstą przyczyną pogorszenia się wyników w szkole, konfliktów z rodzicami czy przyjaciółmi, może też doprowadzić do wystąpienia różnego rodzaju szkód i zachowań ryzykownych, m.in.:

- „co ósmy 15-latek (13,0%) oraz co trzynasta 15-latka uczestniczyli w kłótni lub sprzeczce z powodu alkoholu;
- 13,2% 15-letnich chłopców oraz ponad 20% siedemnastolatków brało udział w bójce w związku z alkoholem i miało zniszczone rzeczy lub ubrania (12,3%);
- 12,6% chłopców oraz 6,3% dziewcząt przyznaje, iż w związku z pićm alkoholu miało problemy z rodzicami. W przypadku 17-latków przyznaje się do tego co piąty młody człowiek;
- co dziesiąty 17-latek przyznaje, iż z powodu picia alkoholu miał wypadek lub doznał uszkodzeń ciała (11,3%);
- niemal 6% 17-letnich dziewcząt z powodu picia alkoholu odbyło niechciane stosunki seksualne⁴⁴.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2008 roku wynika, że napoje alkoholowe okazały się używką bardziej rozpowszechnioną wśród młodzieży szkolnej niż papierosy czy narkotyki. W ciągu miesiąca poprzedzającego ostatni pomiar 75% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 54% – wódkę i inne mocne alkohole, 29% – wino⁴⁵; w 1992 roku picie mocnych alkoholi deklarowała ponad 1/4 badanej młodzieży (28%), a w 2003 roku – już ponad połowa (53%)⁴⁶.

Ewa Grudziak-Sobczyk podaje następujące **motywy skłaniające młodzież do picia alkoholu:**

⁴³ Ibidem s. 218. Por. <http://olu.lublin.pl/szkody-zdrowotne> [data dostępu: 20.09.2011].

⁴⁴ http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=12 [data dostępu: 2.01.2009].

⁴⁵ *Opinie i diagnozy nr 13: Młodzież 2008*. Warszawa, CBOS 2009, s. 137. Por. *Youth In Europe. A statistical Portrait, Eurostat, European Commission*. Luxemburg, Publications Office of the European Union 2009.

⁴⁶ Ibidem, s. 139.

- zmniejszenie zahamowań,
- nabranie śmiałości w kontaktach z ludźmi,
- nawiązanie znajomości,
- wprawianie się w stan podniecenia,
- dla odprężenia się,
- dla zabawy,
- z ciekawości,
- pod wpływem reklamy,
- z nudów,
- „ponieważ wszyscy piją”,
- żeby uciec przed problemami,
- obniżenie lęku,
- znieczulenie dolegliwości fizycznych,
- zwrócenie na siebie uwagi rodziny i szkoły,
- prowokowanie dorosłych (przekora),
- bunt młodzieńczy⁴⁷.

Do **rodzinyh uwarunkowań sprzyjających używaniu i nadużywaniu alkoholu** przez młodzież zalicza się⁴⁸:

- słabe kierowanie rodziną (błędy wychowawcze popełniane przez rodziców, brak reguł postępowania, wadliwe postawy rodzicielskie),
- wysoki poziom konfliktów w rodzinie (rodzina problemowa, konflikty między rodzicami)
- tolerancja rodziców wobec używania przez dzieci substancji uzależniających (postawa akceptacji wobec podawania używek już od najmłodszych lat, np. w przypadku podawania szampana bezalkoholowego podczas urodzin, czy przekonanie, że lepiej jest jak dziecko pije alkohol w domu niż poza nim itp.)
- palenie papierosów, picie alkoholu przez rodziców (z tym wiąże się pojęcie kariery zdrowotnej – jest to pewien „bagaż” wiedzy i doświadczeń związanych ze zdrowiem, uzyskiwanych w różnych etapach życia, które decydują o umiejętnościach, zachowaniach zdrowotnych i stylu życia człowieka⁴⁹; bezpośrednio przekłada się to również na zainteresowanie zażywaniem środków uzależniających),
- niski status społeczno-ekonomiczny rodziny⁵⁰.

⁴⁷ J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa, CMPP-P 2002, s. 14.

⁴⁸ Ibidem, s. 18–19.

⁴⁹ B. WOYNAROWSKA: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla osób prowadzących kształcenie i doskonalenie nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie 1995, s. 10.

⁵⁰ A. KOWALEWSKA: *Używanie substancji psychoaktywnych*. W: *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Podręcznik akademicki*. Red. B. WOYNAROWSKA, A. KOWALEWSKA, Z. IZDEBSKI, K. KOMOSIŃSKA. Warszawa, PWN 2010, s. 270.

Nie bez znaczenia są również **czynniki środowiskowe**, takie jak: dostępność, wzorce zachowań społecznych czy niekorzystne warunki ekonomiczne. Również grupa rówieśnicza wywiera ogromny wpływ na inicjację alkoholową i późniejsze alkoholizowanie się, szczególnie w środowiskach zubożałych i w sytuacji braku akceptacji oraz chęci przynależności do określonej grupy. Czynniki występują również w środowisku szkolnym. Trudności w nauce, izolacja od grupy, zbyt duże wymagania – to czynniki ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo picia alkoholu przez młodzież. Każda jednostka ma również własne, osobiste cechy, które predysponują ją (lub nie) do przyjmowania środków uzależniających.

W literaturze przedmiotu odnaleźć można również opis czynników / zasobów chroniących przed ryzykownymi zachowaniami związanymi z piciem alkoholu. Do czynników chroniących można zaliczyć wsparcie ze strony rodziny i bliskich osób (nauczycieli, kolegów), wzmacnianie młodych ludzi poprzez angażowanie ich w działalność wolontariacką, wyznaczanie jasnych granic i oczekiwań (w domu, szkole, w społeczności lokalnej), konstruktywne wykorzystywanie czasu czy zaangażowanie w naukę. Ważne są również zasoby wewnętrzne, m.in. pozytywne wartości, pozytywna tożsamość i umiejętności psychospołeczne⁵¹.

Eksperymentowanie z alkoholem (również z nikotyną) rozpoczyna się często we wczesnym okresie adolescencji i niestety – jak pokazują badania – w znacznym stopniu środki te „torują drogę” do eksperymentowania z narkotykami⁵². Dlatego tak ważne jest wcześniejsze przygotowanie dzieci do zachowania abstynencji.

Nowe uzależnienia

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Tzw. *new addictions* to wszelkie uzależnienia, w których substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli, a ich przedmiotem są działania lub zachowania akceptowane społecznie. W przypadku większości osób działania te są po prostu wkomponowane w codzienność, jednak u niektórych przyjmują formy patologiczne i powodują groźne skutki⁵³. W ostatnich latach obserwuje się bardzo duży

⁵¹ A. KOWALEWSKA: *Używanie substancji psychoaktywnych...*, s. 271–272

⁵² B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 488. Por. I. TABAK: *Używanie innych substancji psychoaktywnych*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka 2006, s. 72.

⁵³ C. GUERRESCHI: *Nowe uzależnienia...*, s. 24.

wzrost tego typu uzależnień behawioralnych, Dlatego stają się one przedmiotem coraz większego zainteresowania naukowców. Na szczególną uwagę – w związku z szybkim rozprzestrzenianiem się wśród stosunkowo młodych grup wiekowych – zasługują zwłaszcza dwa spośród *new addictions*: uzależnienie od Internetu i telefonu komórkowego.

Uzależnienie od Internetu

Zgodnie z definicją uzależnienie od Internetu to zaburzenie kontroli nawyków niepowodujące intoksykacji, natomiast istotnie pogarszające funkcjonowanie człowieka w sferze społecznej i psychologicznej⁵⁴. Uzależnienie to można rozpoznać na podstawie siedmiu symptomów⁵⁵:

- silne zaabsorbowanie Internetem, a szczególnie jego pewnymi aplikacjami, manifestujące się obsesyjnym myśleniem o aktywności w Internecie,
- wzrastająca potrzeba coraz dłuższego przebywania w sieci, aby osiągnąć satysfakcję z tej aktywności,
- powtarzające się nieudane próby kontroli korzystania z Internetu,
- pojawianie się silnych negatywnych emocji, takich jak irytacja, złość, przygnębienie, niepokój, w sytuacji ograniczania dostępu do Internetu,
- problemy z organizacją czasu przebywania w sieci (pojedyncze sesje trwające do 20 godzin na dobę),
- narastający stres, problemy osobiste i społeczne, związane z zaabsorbowaniem Internetem,
- kłamstwo i korzystanie z innych form manipulacji otoczeniem społecznym w celu ukrywania informacji dotyczących własnej aktywności w sieci.

Uzależnienie od Internetu nie rozwija się zwykle z dnia na dzień, ale jest procesem, który można ująć w kilka faz. W fazie pierwszej (poznawania oraz racjonalnego i efektywnego wykorzystywania Internetu) korzystanie z Internetu wywołuje ciekawość i sprawia przyjemność, ale stopniowo jednostka traci inne zainteresowania i coraz więcej czasu spędza w sieci. Faza druga (uzależnienia) jest już związana z pojawieniem się natrętnych myśli w sytuacjach, kiedy dostęp do Internetu z różnych względów jest utrudniony. W związku z tym następuje stopniowe ograniczenie innych istotnych form aktywności. W fazie trzeciej (destrukcji) jednostka całkowicie rezygnuje z wielu ważnych czynności rodzinnych, zawodowych, społecznych i rekreacyjnych na rzecz codziennego, wielogodzinnego i często nieprzerwanego korzystania z sieci, pomimo świadomości narastania trudności życiowych oraz problemów psychicznych i fizycznych. Wówczas poja-

⁵⁴ R. POPRAWA: *W pułapce Internetu. Kontrowersje, fakty, mechanizmy*. W: *Nowe media a media tradycyjne. Prasa, reklama, Internet*. Red. M. JEZIŃSKI. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek 2009, s. 227.

⁵⁵ S. KOZAK: *Patologie komunikowania w Internecie. Zagrożenia i skutki dla dzieci i młodzieży*. Warszawa, Difin 2011, s. 115–116.

wiają się też symptomy wskazujące na istotne pogorszenie stanu zdrowia: pogorszenie wzroku, bóle pleców i kręgosłupa, podrażnienia skóry, podatność na infekcje, zaburzenia koncentracji uwagi i sprawności myślenia, zaburzenia kontroli popędów, bezsenność, nadpobudliwość⁵⁶.

W literaturze przedmiotu wyodrębniono kilka rodzajów uzależnień internetowych. Należą do nich⁵⁷:

- Socjomania internetowa (*cyber-relationship addiction*) – uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych związane z nadmiernym zaangażowaniem w wirtualne związki. Jednostka nawiązuje kontakty jedynie poprzez sieć (grupy dyskusyjne, IRC, poczta elektroniczna), ma przy tym zachwiane relacje interpersonalne poza siecią. Osoby takie potrafią godzinami dyskutować z innymi użytkownikami Internetu, a jednocześnie mają trudności w kontaktach osobistych.
- Erotomania internetowa (*cybersexual addiction*) – jest to nałogowe używanie stron z materiałami dotyczącymi seksu i pornografii, polegające głównie na oglądaniu filmów i zdjęć bądź korzystaniu z chatów o tematyce seksualnej. Zjawisko to jest szczególnie groźne, gdy na materiały o treści pornograficznej trafiają osoby małoletnie lub z zaburzeniami emocjonalnymi.
- Uzależnienie od sieci (*net compulsions*) – polega na stałym przebywaniu w Internecie i obserwowaniu różnych stron internetowych. Osoby takie obsesyjnie grają w gry dostępne w sieci, uczestniczą w aukcjach itp.
- Uzależnienie od komputera (*computer addiction*) – w tym przypadku osoba uzależniona nie musi być zalogowana do sieci, wystarczy, że spędza czas przy komputerze. Kwestią drugoplanową pozostaje cel korzystania z komputera, choć najczęściej jest on wykorzystywany do obsesyjnego grania w gry komputerowe.
- Przeciążenie informacyjne (*information overload*) – nałogowe surfowanie w sieci, przeglądanie baz internetowych lub kanałów informacyjnych, powodujące zbyt duży natłok danych.

Uzależnienie od Internetu nie pociąga za sobą tak poważnych konsekwencji fizycznych, jakie powoduje alkoholizm czy narkomania. Na pierwszy plan wysuwają się tutaj skutki psychologiczne, zaburzenia relacji rodzinnych oraz problemy ekonomiczne i zawodowe, które przybierają czasem bardzo poważne rozmiary. W skrajnych przypadkach uniemożliwienie ponownego skorzystania z sieci może u osób uzależnionych wywołać „syndrom odstawienia”, powodujący wystąpienie objawów, takich jak: lęki, stany depresyjne łącznie z próbami samobójczymi, poczucie zmęczenia, osłabienie, wyczerpanie, dyskomfort psychoso-

⁵⁶ A. AUGUSTYNEK: *Psychologiczne aspekty korzystania z Internetu*. W: *Formowanie się społeczności informacyjnej na przykładzie Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie*. Red. L. HABER. Kraków, Tekst-Graf 2003, s. 73.

⁵⁷ S. KOZAK: *Patologie komunikowania...*, s. 113.

matyczny, zaburzenia trawienne, np. zanik łaknienia, bóle i zawroty głowy, bóle mięśni i stawów, nudności, zaburzenia widzenia, bezsenność w nocy z następczą sennością w ciągu dnia, męczące koszmary nocne lub rozmaite przywidzenia pojawiające się w stanie półsnu. Główny problem osób uzależnionych sprowadza się do niemożności kontrolowania potrzeby łączenia się z siecią, co staje się centrum niepokojów i frustracji uzależnionego podmiotu.

Uzależnienie od telefonu komórkowego

W ostatnich latach telefon komórkowy stał się przedmiotem codziennego użytku, z którego korzystają osoby w każdym wieku. W konsekwencji pewna część społeczeństwa uzależnia się od posiadania i korzystania z telefonu, co prowadzi do tzw. fonoholizmu – coraz częściej występującego nałogu. Uzależnienie rozpoczyna się w momencie, gdy pojawiają się wewnętrzny przymus nieustannego komunikowania się z innymi przy użyciu telefonu oraz narastający lęk w sytuacji, gdy skorzystanie z telefonu staje się niemożliwe. Do charakterystycznych cech osób uzależnionych od telefonu komórkowego najczęściej zalicza się⁵⁸:

- przywiązywanie wielkiej wagi do posiadania telefonu,
- posiadanie go ciągle przy sobie,
- traktowanie telefonu jako najważniejszego narzędzia codziennych kontaktów z innymi – telefon jest pośrednikiem w kontaktach społecznych,
- odczuwanie głębokiego dyskomfortu w sytuacjach, gdy nie ma się do dyspozycji naładowanego aparatu; dyskomfort ten przejawia się złym nastrojem, niepokojem, niekiedy atakami paniki,
- korzystanie z telefonu niepodyktowane koniecznością, ale działaniem czynników natury emocjonalnej i społecznej,
- używanie telefonu do sprawowania nieustannej kontroli nad obiektem uczuć,
- odczuwanie przymusu nieustannego kontaktowania się z kimś,
- usprawiedliwianie swojego zachowania wygodą i bezpieczeństwem,
- posiadanie silnej potrzeby przynależności do grupy i zdobywania w niej uznania,
- przejawianie objawów fobii społecznej lub obawa przed samotnością,
- maskowanie objawów lęku lub zaprzeczanie im,
- tendencja do przeżywania smutku i znudzenia, odmowa podejmowania współżycia seksualnego, brak apetytu.

Istnieje kilka rodzajów uzależnienia od telefonu komórkowego. W literaturze przedmiotu osoby uzależnione dzieli się na następujące grupy⁵⁹:

- Uzależnieni od SMS-ów – odczuwają przymus nieustannego wysyłania i otrzymywania wiadomości tekstowych, a ich nastrój danego dnia zależy od liczby

⁵⁸ C. GUERRESCHI: *Nowe uzależnienia...*, s. 209.

⁵⁹ *Ibidem*, s. 210–212.

wymienionych SMS-ów. Wysyłają SMS-y również do siebie samych i do osób znajdujących się na tyle blisko, że można z nimi nawiązać kontakt bez używania telefonu. Na ich kciukach często pojawia się charakterystyczny odcisk, a klawiatura telefonu jest zwykle bardzo zniszczona.

- Uzależnieni od nowych modeli – nabywają coraz nowsze modele telefonów komórkowych i są skłonni wydawać na ich zakup duże sumy. Częstotliwość, z jaką dokonują zmiany aparatu na nowy model wynosi zwykle pięć miesięcy, choć w praktyce jest zależna od tego, do jakiej grupy społecznej należy użytkownik.
- „Komórkowi ekshibicjoniści” – przy wyborze telefonu dużą wagę przywiązują do jego stylistyki i koloru, a następnie chętnie demonstrują innym funkcje, w jakie wyposażony jest ich aparat. Kiedy rozmawiają przez telefon, mówią bardzo głośno i długo zwlekają z odbieraniem telefonu, żeby wszyscy go zauważyli. Czasem celowo każą do siebie dzwonić wtedy, kiedy przebywają w miejscach publicznych lub udają, że rozmawiają.
- Gracze – przejawiają nadmierne zainteresowanie grami, w jakie wyposażony jest telefon komórkowy, traktują telefon jak swego rodzaju konsolę do gier. Grają w gry telefoniczne bardzo często, za każdym razem tak długo, aż pobiją kolejny rekord.
- SWT (syndrom wyłączonego telefonu) – osoby cierpiące na ten syndrom obawiają się wyłączyć swój telefon, dlatego noszą przy sobie naładowaną zapasową baterię. Nie wyłączają telefonu na noc.

Konsekwencją uzależnienia od telefonu jest stopniowe wycofanie z relacji ze światem i spędzanie czasu coraz częściej samotnie. Prowadzi to do narastających trudności w komunikacji interpersonalnej i w wyrażaniu emocji oraz do mentalnego oderwania od rzeczywistości. Innymi skutkami uzależnienia mogą być: zanik zainteresowań, gwałtowne zmiany nastroju, zaburzenia snu i odżywiania, nadużywanie leków i narkotyków, popadanie w długi z powodu wysokich rachunków telefonicznych, konflikty z bliskimi i kłopoty w życiu zawodowym⁶⁰. W literaturze przedmiotu zwraca się ponadto uwagę na możliwe zdrowotne konsekwencje nadmiernego korzystania z telefonu komórkowego związane z emitowanym przez niego promieniowaniem elektromagnetycznym – mogą one dotyczyć zaburzeń w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego i układu hormonalnego oraz zmian w strukturach oka, mięśnia sercowego i nerek⁶¹.

⁶⁰ Ibidem, s. 212–213.

⁶¹ B. WORONOWICZ: *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań, Media Rodzina 2009, s. 521.

Agresja w relacjach społecznych

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Pomimo zidentyfikowania szeregu negatywnych konsekwencji i wzrastającej koncentracji przedstawicieli opinii publicznej na incydentach prześladowania, przemoc w relacjach interpersonalnych jest zjawiskiem występującym powszechnie nie tylko w Polsce, ale również w większości krajów europejskich, a także poza Europą⁶². I. Pufal-Struzik⁶³ podkreśla, że niepokoją zarówno narastanie różnych form agresji i przemocy wśród osób dopiero wchodzących w życie społeczne, jak i znaczna brutalizacja działań i emocjonalna ozięłość coraz młodszych sprawców. W ich wypowiedziach uderza brak poczucia winy, przrzucanie na innych odpowiedzialności za własne postępowanie, duża tolerancja dla własnych antyspołecznych zachowań, nasilone poczucie krzywdy, podejrzliwość i nieufność wobec najbliższych. I. Pospiszyl⁶⁴ zwraca dodatkowo uwagę na następujące prawidłowości związane ze zjawiskiem agresji wśród młodzieży:

- Unifikacja grupowa – agresja staje się powszechna we wszystkich warstwach społecznych, podczas gdy jeszcze do połowy lat osiemdziesiątych była kojarzona głównie ze środowiskiem marginesu społecznego.
- Unifikacja płciowa – wzrost agresywności obserwowany jest zarówno w grupie dziewcząt, jak i chłopców; w ostatnich latach wskaźnik przestępczości dziewcząt podwoił się, podczas gdy u chłopców uległ pewnej stabilizacji.
- Manifestacja przejawów agresji nawet w tych obszarach przestrzeni społecznej, w których nie było, jak dotąd, przyzwolenia na ich prezentowanie, takich jak szkoła, miejsca publiczne.

W ostatnich latach obserwuje się co prawda pewien spadek i/lub stabilizację liczby agresywnych przestępstw dokonywanych przez młodzież⁶⁵, niemniej statystyki są i tak niepokojące, dotyczą bowiem najbardziej drastycznych przejawów agresji.

⁶² *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey.* Eds. C. CURRIE et al. Edinburgh, The University of Edinburgh 2008, s. 159–162.

⁶³ I. PUFAL-STRUZIK: *Dyspozycja do reagowania agresją u dziecka a wadliwa socjalizacja w rodzinie – aspekty psychologiczne.* W: *Agresja dzieci i młodzieży. Uwarunkowania indywidualne, rodzinne i szkolne.* Red. I. PUFAL-STRUZIK. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP 2007, s. 7–8.

⁶⁴ I. POSPISZYL: *Patologie społeczne...*, s. 107; por. I. POSPISZYL, R. SZCZEPANIAK: *Zachowania dewiacyjne dziewcząt i kobiet.* Łódź, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna 2007.

⁶⁵ www.policja.pl/Statystyka/Wybrane_statystyki.

Definiowanie i typologia zaburzeń zachowania

Utrwalony sposób funkcjonowania związany z łamaniem obowiązujących jednostkę norm i zasad postępowania – nazywany zaburzeniami zachowania (*conduct disorder*) – obejmuje określoną grupę objawów⁶⁶. Zaburzenia te pojawiają się u dzieci i młodzieży nieuchronnie powodują problemy w ich społecznym funkcjonowaniu, ponieważ utrudniają realizację zadań wynikających z konieczności przystosowania się do pełnienia różnych ról społecznych, zakłócają też nawiązywanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Należy pamiętać, że wraz z rozwojem potrzeb i sprawności samego dziecka zmieniają się jego interakcje z otoczeniem społecznym – przekształceniu ulegają nie tylko wymagania dziecka w stosunku do innych, ale także oczekiwania wszystkich partnerów interakcji wobec zaburzonego dziecka. Zmiany rozwojowe prowadzą zatem do transformacji samej natury zaburzenia – o ile na wcześniejszych etapach rozwoju zaburzenie przejawia się w granicach indywidualnego problemu dziecka i jego najbliższego otoczenia, o tyle w miarę dorastania urasta do rangi problemu społecznego⁶⁷.

Jak dowodzi Bronisław Urban⁶⁸, posługiwanie się terminem „zaburzenia zachowania” eliminuje niebezpieczeństwo stygmatyzowania dzieci oraz usuwa wszelkie trudności związane z definiowaniem pojawiających się problemów emocjonalnych i behawioralnych. Termin ten jest stosowany w szerokim i wąskim znaczeniu. W ujęciu szerszym o zaburzeniach zachowania mówi się wtedy, kiedy postępowanie jednostki nie prowadzi do realizacji funkcji indywidualnej (nie zapewnia zaspokojenia potrzeb biologicznych i psychospołecznych) i/lub społecznej (zapewnia zaspokojenie potrzeb, ale w sposób niezgodny z wymaganiami obowiązującymi w danym środowisku). W ujęciu wąskim zaburzenia zachowania traktuje się jako deficyty specyficzne dla okresu dzieciństwa i adolescencji, nierozpoznawalne w wieku dorosłym. Nie oznacza to, że osoby dorosłe nie przejawiają agresji, oszukiwania czy łamania norm, w takich przypadkach diagnozuje się jednak konkretne zaburzenia osobowości lub zespoły behawioralne, co niejednokrotnie jest zresztą poprzedzone występowaniem zaburzeń zachowania w dzieciństwie⁶⁹.

Klasyfikacja DSM-IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego⁷⁰ umożliwiła wczesne diagnozowanie zaburzeń, dzięki precyzyjnie sformułowanym

⁶⁶ K. KALETA: *Praca z dzieckiem z zaburzeniami zachowania*. W: *Psychologiczne aspekty trudności w wychowaniu dzieci z zaburzeniami rozwoju i wychowania*. Red. K. KALETA, J. MRÓZ. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP 2010, s. 34

⁶⁷ B. URBAN: *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2000, s. 17.

⁶⁸ Ibidem, s. 18.

⁶⁹ K. KALETA: *Praca z dzieckiem z zaburzeniami zachowania...*, s. 34–35; R.C. GARSON, J.N. BUTCHER, S. MINEKA. *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk, GWP 2006, s. 808.

⁷⁰ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, APA 1994.

kryteriom odnoszącym się do nieprawidłowych form zachowań występujących w wieku dziecięcym, które jeśli nie zostaną poddane właściwym oddziaływaniom terapeutycznym, mogą doprowadzić do pojawienia się różnego typu patologii w rozwoju osobowości. Według DSM-IV zaburzenia zachowania (*conduct disorder*) polegają na „występowaniu powtarzających się i utrzymujących sposobów postępowania, prowadzących do pogwałcenia podstawowych praw innych osób lub naruszających stosowne do wieku normy społeczne”. Do rozpoznania zaburzeń zachowania konieczne jest stwierdzenie wystąpienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej trzech z poniższej listy zachowań, przy czym przynajmniej jedno z nich musi wystąpić w ciągu ostatnich 6 miesięcy:

1. Agresja wobec ludzi i zwierząt:

- dokuczanie innym, grożenie lub tyranizowanie,
- częste wszczynanie bójek,
- używanie przedmiotów, które mogą spowodować poważne obrażenia fizyczne innych,
- dopuszczanie się fizycznego okrucieństwa wobec ludzi,
- dopuszczanie się fizycznego okrucieństwa wobec zwierząt,
- dopuszczanie się kradzieży przy bezpośrednim kontakcie z ofiarą
- zmuszanie kogoś do kontaktów seksualnych.

2. Niszczenie własności:

- umyślne dokonywanie podpałek z zamiarem spowodowania poważnej szkody,
- umyślne niszczenie cudzej własności.

3. Oszustwo lub kradzież:

- włamywanie się do cudzego domu,
- częste kłamstwa w celu uzyskania korzyści,
- kradzież towarów znacznej wartości.

4. Poważne naruszenia obowiązujących zasad:

- częste przebywanie w nocy poza domem, mimo zakazu rodziców (przed ukończeniem 13. roku życia),
- przynajmniej dwukrotne uciezki na noc z domu rodziców,
- częste wagarowanie (przed ukończeniem 13 lat).
- Wszystkie wymienione kryteria noszą znamiona zachowania agresywnego. Klasyfikacja uwzględnia trzy **stopnie głębokości zaburzeń**⁷¹:
- łagodny – wystąpienie jedynie kilku (jeśli w ogóle) objawów ponad minimum niezbędne do postawienia diagnozy oraz tylko minimalne (lub żadne) obniżenie funkcjonowania społecznego.
- umiarkowany – występujące objawy i/lub obniżenie funkcjonowania społecznego plasuje się pomiędzy stopniem łagodnym a poważnym (np. wandalizm, kradzież).

⁷¹ Por. B. URBAN: *Zaburzenia w zachowaniu...*, s. 93–94.

- poważny – występowanie wielu objawów ponad minimum wymagane do postawienia diagnozy oraz znaczne pogorszenie funkcjonowania w domu, w szkole i w kontaktach z rówieśnikami (np. okrucieństwo fizyczne, przemoc seksualna, kradzież w kontakcie z ofiarą, napady, włamania).

Biorąc pod uwagę wiek pojawienia się zaburzeń, w DSM-IV wyróżniono dwa ich typy:

- typ okresu dzieciństwa: przed 10. rokiem życia pojawia się co najmniej jeden symptom zaburzeń.
- typ okresu adolescencji: przed 10. rokiem życia nie występuje żaden z wymienionych symptomów.

Zaburzenia zachowania w wieku wczesnoszkolnym najczęściej przyjmują formę mniej lub bardziej zaawansowanej agresji, skierowanej ku rówieśnikom. Szczególne znaczenie ma w tym kontekście zjawisko dręczenia dzieci przez dzieci (*bullying*), ponieważ występowanie zarówno w roli agresora, jak i ofiary może torować drogę do zachowań przestępczych w wieku adolescencji⁷².

Obok wyszczególnionych powyżej kryteriów zaburzeń w DSM-IV wyróżniono całkowicie odrębną kategorię o nazwie Zespół negatywistycznego, wrogiego i buntowniczego zachowania⁷³. Zespół ten rozpoznaje się po stwierdzeniu w ciągu ostatnich 6 miesięcy co najmniej czterech z następujących zachowań:

- częste wpadanie w złość,
- częste kłótnie z dorosłymi,
- aktywny bunt, sprzeciw lub odmowa stosowania się do życzeń / zasad osób dorosłych,
- umyślne dokuczanie innym,
- obwinianie innych za własne błędy,
- wzmożona drażliwość,
- częste przejawy złości,
- złośliwość i mściwość.

Analiza zaburzonych zachowań (występujących przed ukończeniem 18. roku życia) prowadzi do wniosku, że relacje zaburzonego dziecka z otoczeniem społecznym są trudne ze względu na sposób jego odnoszenia się do świata zewnętrznego, który może przybierać formę ataku, negocjacji i niszczenia bądź wycofania i izolacji. Sprawę jeszcze bardziej komplikuje fakt, iż przejawy zaburzenia nie mają charakteru uniwersalnego, a ich występowanie jest uwarunkowane środowiskowo. Oznacza to, że konkretne dziecko w szkole może być zidentyfikowane jako zaburzone, podczas gdy w rodzinie zachowuje się zupełnie „normalnie”.

⁷² K. KALETA: *Praca z dzieckiem z zaburzeniami zachowania...*, s. 37; I. OBUCHOWSKA: *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*. W: *Psychologia kliniczna*. Red. H. SĘK. T. 2. Warszawa, PWN 2005, s. 40.

⁷³ Por. M. ORWID, K. PIETRUSZEWSKI: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków, Collegium Medicum UJ 1996, s. 137.

Różnice w diagnozie mogą ponadto wynikać z pełnienia przez dziecko różnych ról społecznych, z których każda wymaga innych zachowań i wybiórczego ustosunkowania się do obowiązujących w jej ramach norm i reguł⁷⁴. Wszystko to sprawia, że przy ocenie zachowania dziecka wymagane są szczególna czujności oraz wiedza ze strony opiekunów i wychowawców, aby zastosować właściwą interwencję.

Systematyka pojęć „agresja” i „przemoc”

Terminu „agresja” równie często jest stosowany zarówno w codziennym życiu, jak i w słowniku fachowym, jednak posługiwanie nim nie zawsze oznacza zgodę co do jego znaczenia. W języku naukowym istnieje przede wszystkim potrzeba precyzyjnego zdefiniowania kryteriów, jakie musi spełniać zachowanie, aby można je było rozpatrywać jako agresywne⁷⁵. Podstawowym kryterium jest w tym przypadku intencja wywołania negatywnych konsekwencji, co związane jest z oczekiwaniem, że podjęte działanie doprowadzi do określonego, negatywnego rezultatu. Tym samym z kategorii agresywnych zachowań należy wykluczyć działania powodujące niezamierzone szkody, powstałe np. na skutek zaniedbania czy niekompetencji. Jednocześnie do tej kategorii będą się zaliczać wszystkie zachowania mające na celu wyrządzenie komuś krzywdy, które z jakichś przyczyn nie doprowadziły do zamierzonych konsekwencji. Koncentracja na samej intencji wywołania szkody pozwala także interpretować jako agresywny brak działania w sytuacji, gdy nieudzielenie pomocy jest równoznaczne z koniecznością poniesienia przez kogoś krzywdy lub straty.

TABELA 1. Wymiary typologii zachowań agresywnych

Modalność reakcji	werbalna – fizyczna
Jakość reakcji	działanie – brak działania
Bezpośredniość	bezpośrednie – pośrednie
Widoczność	jawne – ukryte
Wzbudzenie	niesprowokowane – odwetowe
Ukierunkowanie na cel	wrogie – instrumentalne
Typ szkody	fizyczna – psychiczna
Trwałość konsekwencji	przejściowe – długotrwałe
Zaangażowane obiekty społeczne	jednostki – grupy

Źródło: B. KRAHE: *Agresja*. Gdańsk, GWP 2005, s. 17.

⁷⁴ B. URBAN: *Zaburzenia w zachowaniu...*, s. 16–19.

⁷⁵ B. KRAHE: *AGRESJA*. Gdańsk, GWP 2005, s. 16–17; por. D. CLARKE: *Zachowania prospołeczne i antyspołeczne*. Gdańsk, GWP 2005, s. 18.

Definicję uwzględniającą opisane powyżej kryteria zaproponowali R.A. Baron i D.R. Richardson⁷⁶, uznając, że termin „agresja” może być stosowany do opisanego „każdej formy zachowania, której celem jest wyrządzenie szkody lub spowodowanie obrażeń innej żywej istocie, motywowanej do uniknięcia takiego potraktowania”. Tak definiowana agresja ma wiele różnych wymiarów (przedstawionych w tabeli 1.), których najczęściej nie bierze się pod uwagę w potocznym rozumieniu.

Wyodrębnienie agresji wrogiej i instrumentalnej wymaga pewnego komentarza, ponieważ odwołuje się do funkcji agresywnego zachowania. W przypadku agresji wrogiej pierwotnym motywem jest chęć wyrządzenia szkody drugiej osobie, będąca formą ekspresji uczuć negatywnych, natomiast w przypadku agresji instrumentalnej – zamiar osiągnięcia określonego celu za pomocą aktu agresji. Rozróżnienie to jest istotne, mimo że te dwa typy motywacji często ze sobą współwystępują.

Stosunkowo często stosowany jest też podział na agresję bezpośrednią i pośrednią oraz fizyczną i słowną⁷⁷. Agresja bezpośrednia polega na skierowaniu ataku wprost na określoną osobę lub rzecz, natomiast w przypadku agresji pośredniej zachowania powodujące szkodę lub przykrość nie przybierają formy bezpośredniego działania. W tym kontekście agresja słowna może przyjmować formę bezpośrednich wypowiedzi napastliwych, poniżających i szkodzących, ale może także mieć postać pośrednią, zmierzającą do wytworzenia negatywnej aury wokół atakowanej osoby i obniżenia jej wartości w oczach innych. Z kolei agresja fizyczna wyraża się w bezpośrednim zadawaniu bólu innym osobom i niszczeniu przedmiotów. Warto pamiętać, że atak nie zawsze jest skierowany na tę osobę, która była powodem agresywnego zachowania. Często – zwłaszcza w przypadku dzieci, choć nie tylko – agresja jest kierowana na osoby słabsze (lub przedmioty martwe). Mówi się wówczas o tak zwanej agresji z przeniesienia – występuje ona przede wszystkim wtedy, kiedy dana osoba na podstawie wcześniejszych doświadczeń może przewidywać, że atak na kogoś, kto był powodem gniewu lub frustracji, zostanie ukarany.

W odróżnieniu od sposobu definiowania agresji, której różne przejawy bywają oceniane ambiwalentnie, termin „przemoc” jest stosowany dla określenia zachowań jednoznacznie pejoratywnych. Definiuje się go jako „silne oddziaływanie na osobę lub własność w celu zniszczenia, ukarania lub kontroli”⁷⁸. W badaniach

⁷⁶ R.A. BARON, D.R. RICHARDSON: *Human aggression*. New York, Plenum Press 1994; cyt. za: B. KRAHE: *Agresja...*, s. 17.

⁷⁷ J. SURZYKIEWICZ: *Agresja i przemoc w szkole. Uwarunkowania socjoekologiczne*. Warszawa, CMPPP 2000, s. 15–16; por. A. KOZŁOWSKA: *Jak pomagać dziecku z zaburzeniami życia uczuciowego*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak” 1996, s. 59–70.

⁷⁸ R.G. GEEN: *Przemoc*. W: *Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna*. Red. A.S. MANSTEAD, M. HEWSTONE. Warszawa, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co 2001.

socjologicznych coraz wyraźniej krystalizuje się pojęcie przemocy uwzględniające zarówno jej aspekt fizyczny, jak i psychiczno-emocjonalny. W tym kontekście A. Frączek⁷⁹ przyjmuje, że przemoc interpersonalna to „czynności intencjonalnie podejmowane przez ludzi [...] stanowiące zagrożenie bądź powodujące szkody w fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanie innych osób [...], wywołujące ból, cierpienie, destrukcję, prowadzące do utraty cenionych wartości”.

Według Jerzego Mellibrudy⁸⁰, aby dane zachowanie można było rozpatrywać jako przemoc, należy wziąć pod uwagę następujące jego właściwości:

- intencjonalność,
- naruszenie dóbr i praw osobistych jednostki,
- niezdolność ofiary do obrony (nierównowaga sił),
- powodowanie szkód,
- powtarzalność.

Niezależnie od określonych cech, można wyróżnić dwie zasadnicze formy przemocy: przemoc spontaniczną (gorącą) i przemoc chłodną⁸¹. Pierwsza z nich ma swoje źródła w gniewie i furii, które wynikają z frustracji i niemocy, druga – jest zakotwiczona w wyuczonych sposobach zachowania i związana z działaniem podejmowanym z premedytacją. Dokonując bardziej szczegółowych klasyfikacji do pojęcia „przemoc” dodaje się określone specyfikacje; można zatem mówić o przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej, przeciwko dzieciom, kobietom, osobom odmiennej rasy, wyznania itp.

Funkcjonalną typologię przemocy zaproponowali Mark A. Mattaini i jego współpracownicy⁸², wyodrębniając sześć jej potencjalnych funkcji w zachowaniu:

- zmiana sytuacji awersyjnej lub ucieczka od niej,
- wzmocnienie pozytywne, czyli osiągnięcie konkretnego celu,
- wyładowanie negatywnego pobudzenia afektywnego,
- rozwiązanie konfliktu,
- zdobycie szacunku,
- atak na zdefiniowanego kulturowo „wroga”, czyli członka dewaluowanej grupy.

Przemoc interpersonalna ma zatem nie tylko wymiar indywidualny, ale dotyczy także aktywności na poziomie grup społecznych i całych społeczności. Szczególną jej formę stanowi przemoc strukturalna, która odnosi się do warunków społecznych, pociągających za sobą szkodliwe konsekwencje dla pewnych grup. Ten typ przemocy uważany jest za niejawną cechę systemów społecznych, prowadzącą do nierówności i niesprawiedliwości, np. poprzez nie-

⁷⁹ Agresja wśród dzieci i młodzieży. Perspektywa psychoedukacyjna. Red. A. FRĄCZEK, I. PUFAL-STRUZIK. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP 1996.

⁸⁰ J. MELLIBRUDA: *Oblicza przemocy*. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA 1993.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² M.A. MATTAINI, J.S. TWYMAN, W. CHIN, K.N. LEE: *Youth violence*. In: *Finding solutions to social problems*. Eds. M.A. MATTAINI, B.A. THYER. Washington, DC, American Psychological Association 1996, s. 75–111.

równą dystrybucję określonych dóbr czy instytucjonalizację hierarchii władzy pod względem płci⁸³.

Przemoc rówieśnicza – rozstrzygnięcia definicyjne

W odniesieniu do przemocy występującej w grupach rówieśniczych najczęściej stosuje się zamiennie dwa terminy: *bullying*, co trudno jednoznacznie przełożyć na język polski, ale najczęściej tłumaczy się jako tyranizowanie, oraz *mobbing*, rozumiany jako osaczanie, wywieranie presji.

Według klasycznej już definicji Dana Olweusa⁸⁴ uczeń podlega tyranizowaniu (prześladowaniu), kiedy przez dłuższy czas jest narażony na regularnie powtarzające się negatywne działania ze strony innego ucznia lub grupy rówieśników. Tego typu działania mogą przybierać formę:

- werbalną – grożenie, przedrzeźnianie, krzyk, obraźliwe epitety,
- fizyczną – bicie, przetrzymywanie, deptanie itp.,
- symboliczną – obraźliwe gesty, wyłączenie z grupy.

Wielu autorów⁸⁵ stoi na stanowisku, że aby można było zastosować pojęcie *bullying*, musi wystąpić nierównowaga sił między sprawcą / sprawcami a ofiarą. Tyranizowanie polega na zamierzonej intencji skrzywdzenia drugiej osoby, a agresywny akt nie jest wynikiem prowokacji i powtarza się w ciągu jakiegoś czasu. W tym kontekście Wendy M. Craig i Debra J. Pepler⁸⁶ wymieniają cztery kryteria, jakie bierze się pod uwagę, analizując tego typu zachowanie:

- natura – może przybierać formę fizyczną lub psychiczną, jest skierowane bezpośrednio lub pośrednio (izolacja, wyłączenie z działań grupy) do ofiary,
- intensywność – jest bardzo zróżnicowana: od przedrzeźniania do fizycznej opresji, dlatego czasem trudno jednoznacznie rozróżnić przesadną zabawę i rzeczywiste tyranizowanie,
- nierównowaga sił – sprawca jest zawsze silniejszy od ofiary; siłę określa się, biorąc pod uwagę rozmiar ciała, natężenie głosu oraz liczbę atakujących osób,
- stabilność – jest stosunkowo stałe, powtarza się w miarę regularnie.

Terminem *mobbing* z kolei tradycyjnie opisywano celowe działania zmierzające do wyłączenia danej osoby ze wspólnoty oraz wywieranie nacisku na

⁸³ B. KRAHE: *Agresja...*, s. 19.

⁸⁴ D. OLWEUS: *Bullying: What We Know and What We Can Do*. Oxford, Blackwell Publishers 1993, s. 9.

⁸⁵ J. SURZYKIEWICZ: *Agresja i przemoc w szkole...*, s. 29–30; S. GUERIN, E. HENNESSY: *Przemoc i prześladowanie w szkole. Skuteczne przeciwdziałanie agresji wśród młodzieży*. Gdańsk, GWP 2004, s. 30–31.

⁸⁶ W.M. CRAIG, D.J. PEPLER: *Naturalistic observations of bullying and victimization in the school yard*. [Unpublished manuscript] 1994; cyt. za: J. SURZYKIEWICZ: *Agresja i przemoc w szkole...*, s. 30.

współpracownika lub podwładnego, by w ten sposób zmusić go do rezygnacji z pracy. Z czasem termin ten zaczął być stosowany również w odniesieniu do zachowań dzieci i młodzieży, głównie na terenie szkoły. Aktualnie odnosi się do konfliktowych sytuacji w miejscu pracy lub nauki, w trakcie których określona jednostka narażona jest na systematyczną opresję ze strony jednej lub kilku osób, w wyniku czego odbiera ten stan jako wyraz dyskryminacji, toteż przyjmuje status ofiary. Co prawda szkoła, w odróżnieniu od miejsca pracy, należy do tzw. instytucji bezprofitowych, ale również w niej, na tle ambicjonalnym, w wyniku rywalizacji lub nudy może dochodzić do sytuacji opresyjnych⁸⁷.

Według licznych badań⁸⁸ uczestniczenie w prześladowaniu wywiera długotrwały, negatywny wpływ zarówno na ofiarę, jak i na prześladowców. Skutkiem doświadczania przemocy ze strony rówieśników może być pojawienie się całego szeregu problemów natury somatycznej i psychospołecznej, takich jak: depresja, niepokój, niska samoocena, brak osiągania wyników adekwatnych do możliwości, podejmowanie prób samobójczych⁸⁹. Wśród destrukcyjnych konsekwencji występujących u ofiar wymienia się także: trudności w budowaniu relacji interpersonalnych, poczucie samotności, symptomy psychosomatyczne (problemy ze snem, moczenie nocne, bóle głowy i brzucha) oraz większe prawdopodobieństwo sięgania po środki psychoaktywne⁹⁰. Jednocześnie dowiedziono, że aktywny udział młodych ludzi w dręczeniu słabszych skutkuje o wiele częstszym angażowaniem się w działania społeczne, w tym także przestępcze, w wieku dorosłym.

Etiologia agresji i przemocy w relacjach rówieśniczych

Zachowanie człowieka zależy od jego cech indywidualnych oraz od czynników występujących w środowisku. Czynniki te mogą mieć charakter chroniący

⁸⁷ K.E. DAMBACH: *Mobbing w szkole. Jak zapobiegać przemocy grupowej*. Gdańsk, GWP 2003.

⁸⁸ P.K. SMITH, S. SHARP: *The problem of school bullying*. In: *School Bullying: Insights and Perspectives*. Eds. P.K. SMITH, S. SHARP. London, Routledge 1994; P.K. SMITH: *Bullying: The silent nightmare*. „The Psychologist” 1991, No. 4, s. 243–248; D. OLWEUS: *Bullying: What We Know and What We Can Do...*

⁸⁹ D. OLWEUS: *Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program*. In: *The development and treatment of childhood aggression*. Eds. D. PEPLER, K. RUBIN. New York, Erlbaum 1991, s. 411–448; W. CRAIG: *The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety and aggression in elementary school children*. „Personality and Individual Differences” 1998, No. 24, s. 123–130.

⁹⁰ P. DUE et al.: *Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross-sectional study in 28 countries*. „European Journal of Public Health” 2005, No. 15(2), s. 128–132.

(czynniki chroniące; patrz rozdział 2.) lub zwiększający możliwość podjęcia określonego zachowania (czynniki ryzyka). Prawdopodobieństwo podjęcia zachowania destrukcyjnego jest tym większe, im więcej występuje czynników ryzyka, im bardziej są one szkodliwe, im dłużej trwa ich działanie. Do czynników ryzyka zachowań agresywnych należą⁹¹:

- wysoki poziom lęku i niepokoju,
- niska samoocena,
- niedojrzałość emocjonalna i społeczna,
- słaba kontrola wewnętrzna,
- nierealistyczne oczekiwania wobec siebie i otoczenia,
- brak zainteresowania nauką szkolną,
- zaburzona więź z rodzicami,
- nieprawidłowa struktura rodziny.

W ramach nauk o wychowaniu agresja coraz częściej jest rozpatrywana jako zachowanie społeczne, nabywane w wyniku określonych interakcji z otoczeniem i będące efektem uczestnictwa społecznego jednostki. Pojęcie środowiska wychowawczego, stanowiącego źródło określonych wzorców zachowań, wymaga jednak współcześnie pewnej reinterpretacji z uwagi na istotne zmiany cywilizacyjne, społeczne i polityczne, jakie zaszły w ostatnich latach w skali lokalnej i globalnej. Postrzegane w tym kontekście środowisko wychowawcze daleko wykracza już poza klasyczne instytucje edukacyjne i opiekuńcze, a także poza wymiar środowiska lokalnego. W obecnej sytuacji jest nim nie tylko to, co dzieje się w bezpośrednim otoczeniu człowieka, ale również wszystko to, co dociera do niego dzięki przekazowi pośredniemu oraz pod postacią skutków działań politycznych i gospodarczych⁹². Biorąc to pod uwagę, należy podkreślić, że dzieci podlegają socjalizacji w zróżnicowanej przestrzeni społecznej, a za najważniejsze jej elementy uznaje się najczęściej oddziaływanie rodziny, szkoły, grupy rówieśniczej oraz środków masowej komunikacji⁹³. Wszystkie te czynniki nie pozostają bez wpływu na rozwój dziecka, determinując indywidualny sposób percepcji rzeczywistości oraz reagowania emocjonalnego, co oznacza, że w określonych warunkach mogą przyczyniać się do generowania zachowań sprzecznych z ogólnie przyjętym systemem aksjonormatywnym, w tym także zachowań agresywnych.

⁹¹ J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne...*, s. 15–17; por. *Agresja i przemoc w szkolnych działaniach profilaktycznych. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*. Warszawa, MENiS 2004.

⁹² A. PRZECLAWSKA, W. THEISS: *Pedagogika społeczna: nowe zadania i szanse*. W: *Pedagogika społeczna. Kąty poszukiwań*. Red. A. PRZECLAWSKA. Warszawa, Wydawnictwo „Żak” 1996, s. 9–28; por. N. POSTMAN: *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*. Warszawa, PIW 1995.

⁹³ J. SURZYKIEWICZ: *Agresja i przemoc w szkole...*, s. 98–120; *Agresja i przemoc w szkolnych działaniach profilaktycznych...*; por. J.H. TURNER: *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*. Poznań, Wydawnictwo „Zysk i Sp.” 1998, s.77–81; P. SZTOMPKA: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków, Wydawnictwo „Znak” 2002, s. 395.

Wśród wszystkich oddziaływań socjalizacyjnych, jakim podlega jednostka w trakcie swojego życia, najważniejsze miejsce przypisuje się wpływom rodzinnym. Rozpatrując wpływ rodziny na pojawienie się u dziecka tendencji do reagowania agresją, wskazuje się przede wszystkim na naturę związku uczuciowego między rodzicami a dzieckiem, wyznaczającą „klimat rodziny”⁹⁴. Klimat ten jest determinowany przez rodzaj relacji między poszczególnymi członkami rodziny, a relacje te są zależne od typu środowiska rodzinnego, w jakim wychowuje się dziecko.

Zgodnie z klasyfikacją systemową wyróżnić można rodziny funkcjonalne, splątane i niezwiązane⁹⁵, z których każda stanowi swego rodzaju matrycę rozwoju psychospołecznego dorastających w niej dzieci. W rodzinie funkcjonalnej istnieją jasne granice pomiędzy generacjami, co umożliwia członkom poszczególnych podsystemów spełnianie odpowiednich dla nich funkcji, a jednocześnie granice te są na tyle przepuszczalne, by możliwy był kontakt między członkami rodziny należącymi do odrębnych podsystemów. Wychowywanie się dziecka w rodzinie funkcjonalnej ujemnie koreluje z występowaniem takich problemów, jak: uczestniczenie w bójkach, wdawanie się w sprzeczki, stosowanie pogroźek, czy kłótnie w środowisku szkolnym. Rodziny niezwiązane charakteryzują się nadmiernie sztywnym systemem granic, utrudniającym wzajemne porozumiewanie się i troskę – członkowie rodziny rzadko podejmują wspólne aktywności, nie udzielają sobie wsparcia i niewiele wiedzą na swój temat. Rodzice nie posiadają silnych więzi emocjonalnych ze swoimi dziećmi, ale niewłaściwie funkcjonuje również podsystem małżeński. Cechy rodziny niezwiązanej, takie jak: brak akceptacji, małe wsparcie, chłód emocjonalny, odrzucenie, słaba kontrola rodzicielska, konfliktowa atmosfera, pozytywnie korelują z występowaniem u dzieci zaburzeń zachowania, nieposłuszeństwa, negatywizmu, braku uległości, dokuczliwości, kłótności i agresji. Dodatkowo dzieci takie częściej stają się ofiarami prześladowania ze strony rówieśników, częściej też same angażują się w prześladowanie innych. Rodziny splątane stanowią przeciwieństwo rodzin niezwiązanych – granice między podsystemami są w nich zamazane, zmniejsza się dystans i zanika indywidualność poszczególnych osób. Rodzice nadmiernie koncentrują się na dzieciach, nie pozwalając im na rozwój autonomii, a jednocześnie włączają je w sprawy bezpośrednio ich niedotyczące, naruszając tym samym ich osobiste granice. Konsekwencją wychowywania się w rodzinie splątanej może być także wystąpienie pewnych zaburzeń rozwoju społecznego, przejawiających się niepo-

⁹⁴ S. GUERIN, E. HENNESSY: *Przemoc i prześladowanie w szkole...*, s. 20–21.

⁹⁵ S. MINUCHIN: *Families and family therapy*. Cambridge, Harvard University Press, 1974; por. M. DE BARBARO: *Struktura rodziny*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Red. B. DE BARBARO. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 1999, s. 48; *Spójność rodzinna dorastających*. Red. M. JOHN-BORYS. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2004.

słuszeństwem, tyranizowaniem, wybuchowością, zawziętością, czy zuchwałością wobec innych. Można zatem stwierdzić, że rodzaj granic rodzinnych kształtuje w dziecku system jego własnych granic. Podczas gdy granice nadmiernie sztywne skłaniają dzieci do emocjonalnego dystansu i odrzucania innych, granice zbyt przepuszczalne predysponują do niespektowania praw innych oraz do budowania relacji opartych na elemencie kontroli⁹⁶.

W literaturze przedmiotu w odniesieniu do środowiska rodzinnego zwraca się również uwagę na sytuacje, w których gniew i agresja dziecka wywołują podobne reakcje innych członków rodziny, co wtórnie wzmacnia agresywne reakcje samego dziecka. W konsekwencji rodzice często wycofują się z konfrontacji, nieświadomie wzmacniając tym samym cykl przymusu, ponieważ dziecko uzyskuje to, na co pierwotnie miało ochotę, wygrywa więc walkę i korzysta z repertuaru agresywnych zachowań z coraz większą częstotliwością⁹⁷. Ponadto wskazuje się, że w przypadku braku realnego sprawowania funkcji kontrolnej przez rodzinę rolę prawdziwej rodziny przejmuje grupa rówieśnicza, która może się stać istotnym czynnikiem socjalizującym w kierunku negatywnego systemu wartości i wzorów zachowań⁹⁸.

Drugim po rodzinie miejscem ważnym dla przebiegu procesów socjalizacyjnych jest szkoła. O tym, jak dziecko przystosuje się do funkcjonowania w środowisku szkolnym i – co za tym idzie – jaki wpływ szkoła będzie na nie wywierać, w dużym stopniu decyduje poziom osiągnięć szkolnych. Tymczasem z zaburzeniami zachowania często współwystępują (lub poprzedzają je) różnego typu mikrodeficyty rozwojowe, które sprawiają, iż dzieci niechętnie angażują się w wykonywanie zadań mających na celu przygotowanie ich do podjęcia nauki szkolnej (rysowanie, słuchanie czytanego tekstu itp.). W efekcie dziecko wkracza w okres szkolny z pewnymi opóźnieniami, a niedostatecznie zindywidualizowany system edukacyjny przyczynia się do wystąpienia dalszych niepowodzeń i uzyskania stosunkowo niskiej pozycji w grupie rówieśniczej. Niepowodzenia w standardowych sytuacjach zaczynają być kompensowane w reakcjach zastęp-

⁹⁶ K. KALETA: *Praca z dzieckiem z zaburzeniami zachowania...*, s. 52–54; por. A.D. HENDERSON, T.V. SAYGER, A.M. HORNE: *Mothers and sons: a look At the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression and family cohesion*. „Family Journal” 2003, No. 11, s. 33–42; D. BORECKA-BIERNAT: *Rodzinne i emocjonalne uwarunkowania występowania agresywnej strategii radzenia sobie młodzieży w trudnych sytuacjach społecznych*. W: *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania*. Red. M. PŁOPA. Elbląg, Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej 2005, s. 263–278; D.J. LAIBLE, G. CARLO, M. RAFFAELLI: *The differentia relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment*. „Journal of Youth and Adolescence” 2000, No. 29, s. 45–49.

⁹⁷ K. KALETA: *Praca z dzieckiem z zaburzeniami zachowania...*, s. 43; por. M.E.P. SELIGMANN, E.F. WALKER, D.L. ROSENHAM: *Psychopatologia*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka 2003, s. 380–381.

⁹⁸ B. URBAN: *Zachowania dewiacyjne młodzieży w interakcjach rówieśniczych*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2005, s. 45.

czych i agresywnych, dzięki czemu dziecko zyskuje uwagę otoczenia i w ten sposób realizuje potrzebę uznania sukcesu, czy nawet bezpieczeństwa⁹⁹.

Ostatecznym rezultatem takiego stanu rzeczy jest często sytuacja, w której dzieci agresywne, z niskimi umiejętnościami społecznymi doświadczają odrzucenia ze strony nauczycieli, rówieśników czy nawet rodziców, co jest przyczyną wystąpienia swego rodzaju samonapędzającego się mechanizmu – odrzucenie powoduje izolację i alienację dziecka, które w celu uzyskania akceptacji zaczyna poszukiwać kontaktu z innymi dziećmi z zaburzeniami zachowania lub z grupami łamiącymi normy społeczne. W ten sposób dewiacyjne grupy dostarczają motywacji do prezentowania zachowań antyspołecznych i zarazem je racjonalizują¹⁰⁰. W literaturze przedmiotu jednoznacznie stwierdza się¹⁰¹, że grupy rówieśnicze szczególnie nacechowane postawami aspołecznymi odgrywają znaczącą rolę w generowaniu zachowań agresywnych. Dochodzi do tego zwłaszcza wtedy, kiedy zdeterminowane biologicznie lub wyuczone zachowania są przenoszone przez dzieci na teren szkoły, gdzie następuje ich dalszy rozwój w relacjach z rówieśnikami. Oczywiście, wszystkich nieformalnych grup rówieśniczych nie można utożsamiać z grupami problemowymi, gdyż w większości odgrywają one pozytywną rolę w rozwoju społecznym jednostki, jednak w niektórych sytuacjach mogą stanowić „pomost” w przejściu do grup o odmiennej hierarchii wartości i regułach odbiegających od powszechnie przyjętych norm społecznych¹⁰².

Dodatkowo wzmacniając na funkcjonowanie jednostki i grupy oddziałują czynniki społeczne związane z otoczeniem mezo- i makrostrukturalnym, a w szczególności masowe środki komunikacji. Wpływ mediów wydaje się mieć szczególne znaczenie w kształtowaniu tendencji do agresywnych zachowań wśród dzieci i młodzieży, ponieważ – jak wskazują dostępne dane – gwałtowny wzrost agresywności młodzieży zbiega się w czasie z upowszechnieniem elektronicznych środków przekazu¹⁰³. Badania nad konsekwencjami agresji przedstawianej w mediach zasadniczo potwierdzają, że nasila ona agresję w zachowaniu widzów. Metaanaliza wyników 217 badań przeprowadzona przez Haejunga Paika i George’a Comstocka¹⁰⁴ wykazała istotny statystycznie związek między

⁹⁹ K. KAŁETA: *Praca z dzieckiem z zaburzeniami zachowania...*, s. 42–43; por. B. URBAN: *Zaburzenia w zachowaniu – koncepcje teoretyczne, typologia i ewolucja*. W: B. URBAN, J. STANIK: *Resocjalizacja*. Warszawa, PWN 2008, s. 149; R.C. GARSON, J.N. BUTCHER, S. MINEKA: *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk, GWP 2006, s. 812.

¹⁰⁰ Por. B. URBAN: *Zachowania dewiacyjne młodzieży...*

¹⁰¹ J. SURZYKIEWICZ: *Agresja i przemoc w szkole...*, s. 107.

¹⁰² A. SIEMASZKO: *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*. Warszawa, PWN 1993.

¹⁰³ M.A. SAŁAPACKA: *Ekran monitora czarodziejskim lustrem? „Edukacja” 2005, nr 2; I. PO-SPISZYL: *Patologie społeczne...*, s. 111.*

¹⁰⁴ H. PAIK, G. COMSTOCK: *The effects of television violence on antisocial behavior: A meta-analysis*. „Communication Research” 1994, No. 21, s. 516–546.

oglądaniem scen przemocy w mediach a podwyższeniem poziomu agresji. W analizowanych badaniach istotnymi zmiennymi pośredniczącymi okazały się wiek i płeć – zależność między kontaktem z przemocą w mediach a agresją była silniejsza w przypadku mężczyzn niż kobiet, a także dzieci i młodzieży w porównaniu z dorosłymi. Co ciekawe, stwierdzono też, że fikcyjne obrazy przemocy w filmach rysunkowych lub programach fantastycznych generują agresję w większym stopniu niż programy bardziej realistyczne, filmy akcji, programy kryminalne czy wiadomości zawierające sceny przemocy.

Podkreśla się, że treści prezentowane w mediach wpływają na młodych ludzi przede wszystkim poprzez efekt modelowania – oglądając przemoc, dowiadują się, że pewne zachowania są wobec niektórych ludzi dopuszczalne i akceptowalne, ponieważ ani „sami sobie na nie zasługują”. Stanowi to wygodne uzasadnienie i usprawiedliwienie własnych agresywnych działań. Szczególnie podatne na tego typu wpływy są dzieci z trudnościami w dostosowaniu społecznym oraz pochodzące z rodzin rozbitych lub problemowych¹⁰⁵. Najbardziej znaczący zarzut przeciwko agresywnym przekazom medialnym wysuwany jest w związku z ich wpływem na obniżanie tzw. progu hamowania, czym tłumaczy się także wzrost poziomu agresji w szkołach¹⁰⁶. Opisywane zjawisko dotyczy wzrostu tolerancji wobec przemocy i gotowości do jej przejawiania. W konsekwencji powstaje klimat powszechnej akceptacji, a nawet gloryfikacji przemocy, która – jako „normalna” droga rozwiązywania konfliktów międzyludzkich i społecznych – staje się istotną cechą obecnej kultury.

Zjawisko kozła ofiarnego w relacjach grupowych

Mimo że istnieje wiele podobieństw między zjawiskiem *mobbingu* a kreowaniem kozła ofiarnego, to jednak druga z tych sytuacji ma znacznie głębsze podłoże i zaspokaja o wiele ważniejsze potrzeby psychiczne opresorów. Delegowanie jednostki lub grupy do odegrania roli kozła ofiarnego jest najbardziej obciążającą formą wykluczenia społecznego, ponieważ krzywdzonemu podmiotowi odmawia się prawa do otrzymania statusu ofiary poprzez przypisanie mu stygmatu dewianta, przestępcy, zbrojnego czy agresora¹⁰⁷.

¹⁰⁵ J. IZDEBSKA: *Rodzina, dziecko, telewizja. Szanse wychowawcze i zagrożenia telewizji*. Białystok, Wydawnictwo „Trans Humana”, 1996; *Media elektroniczne w życiu dziecka, w kontekście wartości wychowawczych oraz zagrożeń*. por. Red. J. IZDEBSKA. Białystok, Wydawnictwo „Trans Humana”, 2008.

¹⁰⁶ J. SURZYKIEWICZ: *Agresja i przemoc w szkole...*, s. 111–112; por. A. FRĄCZEK: *Dzieci mordują dzieci. Rozmowa*. „Polityka” 1997, nr 3, s. 31–32.

¹⁰⁷ I. POSPISZYL: *Patologie społeczne...*, s. 315.

Mechanizmy stygmatyzacyjne wyjaśnia teoria *labelingu*¹⁰⁸, opierająca się na założeniach symbolicznego interakcjonizmu, która zakłada, że pozycji jednostki w grupie nie wyznaczają obiektywne czynniki, lecz jej symboliczne miejsce w świadomości członków grupy. W takim rozumieniu dewiantem nie jest osoba, która narusza normy, ale ten, kto zostanie tak nazwany przez jednostki lub grupy dysponujące społeczną siłą. Sam **proces naznaczenia** następuje w trzech etapach¹⁰⁹:

1. Konfrontacja – jest związana ze skierowaniem uwagi i zainteresowania przedstawicieli społeczności na „kandydata” do naznaczenia, w wyniku czego powstaje przekonanie, że „z tą osobą trzeba coś zrobić”.
2. Osądzenie – to szereg działań łączących się z wydaniem „diagnozy” przez przedstawicieli kontroli społecznej, którzy – po zaistnieniu określonego zachowania naruszającego normę – nadają mu odpowiednie znaczenie i komunikują, że zachowanie kwalifikuje się do potępienia.
3. Wpisanie się w rolę – w tej fazie następuje redefinicja roli jednostki naznaczonej; charakterystyczne dla niej jest uczenie się przez otoczenie społeczne nowego sposobu odnoszenia się do osoby naznaczonej oraz uczenie się przez samą osobę naznaczoną nowego sposobu zachowania, a także zaakceptowanie i zinternalizowanie nowej pozycji społecznej – jednostka naznaczona godzi się z tym, czego chciała grupa, i zaczyna pełnić rolę wynikającą z treści etykiety (np. jeśli przypisano jej agresywność i wybuchowość, będzie kontynuować to zachowanie). Paradoksalnie, w tej fazie procesu naznaczenia zachowania normalne, przejawiane w niektórych okolicznościach, będą przez otoczenie społeczne traktowane jako nienormalne – jeśli np. dziecko „agresywne” przez cały dzień nie dokona żadnego aktu agresji, będzie się uważać, że „po prostu miało dobry dzień”.

Twórcy teorii stygmatyzacji byli przekonani, że jednostka nie jest w stanie samodzielnie obronić się przed naznaczeniem. Z punktu widzenia psychologicznego i pedagogicznego podkreśla się negatywne konsekwencje naznaczenia, zwłaszcza w przypadku osób w wieku rozwojowym, przede wszystkim w okresie wczesnej adolescencji, ponieważ po „wpisaniu się” jednostki w rolę „dewianta” cała jej aktywność organizuje się wokół tej roli, co – na zasadzie samospełniającej się przepowiedni – wyznacza dewiacyjny kierunek na dalsze życie.

Kozioł ofiarny – zgodnie z definicją to niewinna ofiara, niesłusznie obciążona odpowiedzialnością za czyny, których nie popełniła, i złamanie reguł, których nie naruszyła, ponosząca konsekwencje za niepowodzenia innej osoby lub grupy¹¹⁰. Wyróżnia się kilka przyczyn tego zjawiska, wskazujących jednocześnie na dominujące potrzeby osób dokonujących opresji¹¹¹:

¹⁰⁸ B. URBAN: *Zaburzenia w zachowaniu...*, s. 60–64.

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ I. POSPISZYL: *Patologie społeczne...*, s. 315.

¹¹¹ Ibidem, s. 316–319.

- poczucie bezsilności wobec zagrożeń pozostających poza kontrolą jednostki,
- pragnienie zrozumienia lub wyjaśnienia zagrożenia, któremu jednostka bądź grupa nie jest w stanie się przeciwstawić,
- niedostępność bezpośredniego winnego niepowodzenia lub krzywdy,
- pragnienie ochrony siebie przed agresją innych członków społeczności,
- potrzeba sprawowania kontroli nad otoczeniem poprzez wzbudzenie pragnienia przemocy tkwiącego w zbiorowości,
- pragnienie samooczyszczenia poprzez przeniesienie własnych zakazanych lęków i pragnień na osobę delegowaną,
- potrzeba odreagowania porażek i niepowodzeń,
- potrzeba samousprawiedliwienia poprzez przypisanie osobie delegowanej winy rzeczywistych winnych.

Oprócz wyszczególnionych tu przyczyn ważne są także cechy samego podmiotu naznaczonego przez grupę piętnem dewianta i delegowanego do pełnienia roli kozła ofiarnego. Proces kreowania kozła ofiarnego – nazywany selekcją ofiarniczą lub typowaniem ofiar – sprowadza się do poszukiwania kandydata posiadającego następujące cechy¹¹²:

- alienacja – mająca na celu minimalizowanie podobieństw między sprawcami a kozłem ofiarnym, umożliwiającą zatem identyfikację z jednostką delegowaną do roli ofiary; najłatwiejszymi ofiarami są osoby, które nie mogą liczyć na wsparcie społeczne,
- widoczność – wyróżnianie się jednostki z otoczenia, czasami dodatkowo podkreślane przez grupę dominującą,
- dostępność – pozostawanie w bliskości grupy dominującej, mającej możliwość delegowania innych do pełnienia ról dewiacyjnych,
- słabość i niemożność odwetu – kierowanie agresji na „bezpieczny” obiekt, mający małe szanse pozyskania wsparcia,
- rekrutowanie się z grupy, w której istnieją historycznie utrwalone antagonizmy z grupą dominującą – posiadanie przez sprawców przemocy wypracowanych w przeszłości i utrwalonych w tradycji usprawiedliwień, stanowiących gotowe katalizatory ewentualnego poczucia winy.

W procesie kreowania kozła ofiarnego zupełnie obojętny jest fakt, czy jednostka rzeczywiście brała udział w czynach, które jej się zarzuca. Najważniejsze bowiem jest to, czy winy, jakimi obarcza się ofiarę, stanowią odzwierciedlenie istotnych lęków i frustracji danej społeczności. Jeśli tak jest, kozioł ofiarny daje członkom tej społeczności poczucie, że rzeczywistość jest przewidywalna, ponieważ mogą ją kontrolować i odzyskać tym samym utracone poczucie bezpieczeństwa.

¹¹² Ibidem, s. 320–322.

Zachowania seksualne

Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Czym jest seksualność? – wyjaśnienie podstawowych pojęć

„Istotą seksualności ludzkiej jest otwarcie się na »drugiego«, otwarcie się na miłość. Seksualność jest miejscem przyjmowania i dawania siebie. Nie chodzi jedynie o wzajemne otwarcie się na siebie mężczyzny i kobiety. Chodzi także o więzi mające wymiar powszechny; chodzi o każdy rodzaj miłości”¹¹³. Seksualność – mimo że jest integralną częścią życia ludzkiego – często bywa tematem tabu, toteż i w różnych kulturach i religiach pojmowana jest w rozmaity sposób. Ogólnie można przyjąć, że jest zespołem cech i sposobów zachowania prowadzących do rozmnażania płciowego. Gatunek ludzki tym różni się od zwierząt, że traktuje zachowania seksualne jako mechanizmy tworzenia więzi międzyludzkich, a nie jedynie jako środki służące prokreacji. To rozróżnienie stało się szczególnie istotne w drugiej połowie XX wieku, gdy wynaleziono antykoncepcję, co umożliwiło znaczne dowartościowanie cielesności i seksu.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć dwa terminy związane z seksualnością, a mianowicie „zdrowie seksualne” i „zdrowie prokreacyjne”. **Zdrowie seksualne** jest „integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości”¹¹⁴. Termin ten wprowadziła w 1975 roku Światowa Organizacja Zdrowia. **Zdrowiem prokreacyjnym** nazywamy „stan pełnego dobrostanu (*well – being*) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich okresach życia”¹¹⁵.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wskazuje na jednostki chorobowe, które odbiegają od przyjętych norm medycznych określających zdrowie seksualne. W klasyfikacji tej można odnaleźć wszelkie dysfunkcje seksualne: brak lub utrata potrzeb seksualnych, awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej, brak reakcji genitalnej, brak orgazmu czy nadmierny popęd seksualny oraz zaburzenia preferencji seksualnych (np. fetyszizm, ekshibicjonizm, voyeurism itp.).

¹¹³ J. AUGUSTYN SJ: *Seksualność miejscem spotkania i dawania życia*. W: *Zagadnienia prorodzinnnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS. Materiały dla nauczycieli realizujących proces dydaktyczny*. Red. J. RZEPKA. Katowice, Studio Wydawnicze AGAT 1998, tom 1, s. 37.

¹¹⁴ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, PWN 2007, s. 344.

¹¹⁵ *Ibidem*, s. 345.

Badania nad zachowaniami seksualnymi są prowadzone od wielu lat (Kinsey, 1948, Masters, Johnson lata siedemdziesiąte XX w.), również w Polsce (Kowalski, 1898; Moszczyńska, 1903; Malewska, 1967; Kupis, Imieliński, Trawińska, Machel, Czekaj, Lew-Starowicz, 1974; Dulko, 1987–1998; Ślusarz, Beisert, 1991; Wojnarowska, 2006; Izdebski, 2012¹¹⁶) mimo, że stwarzają wiele trudności badaczowi, któremu brakuje w pełni zobiektywizowanych metod badawczych czy dających się ostatecznie weryfikować wyników. Zwykle ma on trudności z przebicciem się przez stereotypy, mity, fobie czy kompleksy. Nie pomaga również od lat marginalnie prowadzona w szkołach edukacja seksualna.

Zachowania seksualne w okresie adolescencji

W czasie trwania procesu socjalizacji dziecko odbiera z najbliższego otoczenia wzory postępowania w zakresie wywiązywania się z ról płciowych, naśladowając i identyfikując się z rodzicem tej samej płci czy z rodzeństwem. Dziecko stopniowo uczy się, jakie zachowania są odpowiednie bądź niestosowne dla danej płci. Uczy się, które formy aktywności są wskazane, a które zakazane (np. noszenie sukienek tylko przez dziewczynki). Stopniowo dziecko odczuwa społeczną aprobatę lub dezaprobatę, jednocześnie oczekując nagrody lub unikając kary za swoją aktywność. Utożsamianie się z własną płcią jest jedynie bazą, podstawą do nawiązywania relacji damsko-męskich w późniejszym czasie. To, z jakimi wzorami zachowań w relacjach partnerskich styka się dziecko w swoim domu rodzinnym, może mieć wpływ na późniejsze funkcjonowanie w tym obszarze w życiu dorosłym. To, jakie postawy względem seksualności prezentują rodzice, będzie rzutowało na seksualność ich dziecka. Rodzina nie ma monopolu na wywieranie wpływu na własne potomstwo. W miarę jak świat społeczny dziecka rozszerza się w wyniku kontaktów z innymi ludźmi, zyskuje ono nową wiedzę o swojej płci, seksualności i narzuconych społecznie rolach. Postawy i wartości z nią związane są również kształtowane przez kulturę, religię, ekonomię, mass media i szkołę.

Adolescencja – będąca trudnym okresem w życiu człowieka – zwykle przypada między 12. a 18. rokiem życia. Wtedy również zachodzą zmiany w seksualności. Następuje przejście z seksualności dziecięcej do seksualności dorosłej. Jest to niezwykle ważny etap. Jedno z jego zadań stanowi integracja seksualności z uczuciowością. Młody człowiek wchodzący w ten okres posiada podstawową wiedzę na temat swojej seksualności oraz doświadczenia zdobyte podczas różnorodnych eksperymentów seksualnych. W tym czasie w jego organizmie zachodzą zmiany biologiczne. Rodzi się pragnienie stworzenia pary i podję-

¹¹⁶ M. KOZAKIEWICZ: *Historia badań w Polsce – dorobek, słabości, ocena metodologiczna*. W: *Zagadnienia prorodzinnej edukacji...*, T. 1, s. 173–180.

cia nieznanymi dotąd form ekspresji seksualnej. Widoczne są wyraźne różnice pomiędzy płciami, nie tylko biologiczne. Zarówno chłopcy, jak i dziewczęta przeżywają w tym czasie dezintegrację seksualną okresu dorastania, ale w różny sposób próbują ją rozwiązać. **Dezintegracja seksualna** – typowy dla nastoletniej młodzieży – oznacza rozdźwięk między uczuciowością a podnieceniem i pożądaniem¹¹⁷.

W przypadku nastoletniego chłopca przechodzenie od dezintegracji do integracji przebiega dwutorowo. W pierwszym etapie, trwającym mniej więcej do 14. roku życia, kontakty z rodzicami przypominają co do treści pełne konfliktów kontakty z fazy edypalnej¹¹⁸. Matka traktowana jest jako obiekt seksualny, ojciec natomiast jest potencjalnym rywalem¹¹⁹. W związku z tym proces uniezależniania się od rodziców przebiega dość gwałtownie i nierzadko nacechowany jest agresją wobec ojca. W tym czasie wzrasta zainteresowanie grupą rówieśniczą obojga płci. Zachowania seksualne najczęściej przejawiają się ekspozycją własnych narządów płciowych, porównywaniem ich rozmiarów. Pojawiają się pierwsze próby dotykania narządów płciowych innych osób. W tym okresie rozwoju nastoletnich chłopców interesuje również pornografia. Ogólnie można uznać, że wówczas zachowania seksualne chłopców są niedojrzałe i niepohamowane. Druga faza, rozpoczynająca się po 14. roku życia, zmienia charakter zachowań seksualnych. Młody chłopiec, posiadający już wiedzę o procesach w nim zachodzących, z łatwością rozładowuje napięcie seksualne, które mu towarzyszy. Szuka więc kontaktów z dziewczętami – na początku tylko takich, które mają podobne oczekiwania lub godzą się na oczekiwania partnera. Sukcesywnie następuje również potrzeba zawierania związków emocjonalnych, co przekłada się na poszukiwanie dziewcząt, które można obdarzyć uczuciami (zwykle takie, które nie podejmują kontaktów seksualnych) i które w percepcji chłopca ulegają idealizacji. Zdolność do utworzenia związku opartego na więzi emocjonalnej i kontakcie fizycznym określana jest mianem **integracji seksualnej**; nie musi ona oznaczać trwałości związku.

Proces dochodzenia do integracji seksualnej dziewcząt przebiega nieco odmiennie. Początkowo dziewczęta nieuświadamiają sobie swoich potrzeb seksualnych. Następuje – podobnie jak w przypadku chłopców – powolne odcinanie się od rodziców i szukanie kontaktów w gronie rówieśników, przy czym ważne staje się dążenie do bliskości, a seksualność doświadczana jest jako pragnienie więzi emocjonalnej. Przebieg związku zależy od wyboru partnera. Najczęściej są

¹¹⁷ M. BEISERT: *Trud dorastania seksualnego*. W: *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Red. M. BEISERT. Warszawa, PWN 2009, s. 147.

¹¹⁸ Ibidem s. 147.

¹¹⁹ M. CHOMCZYŃSKA-MILISZKIEWICZ: *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2002, s. 55.

to związki krótkotrwałe, oparte jedynie na bliskości emocjonalnej. Jeżeli związek trwa dłużej, pięciokrotnie wzrasta prawdopodobieństwo podjęcia wczesnych kontaktów seksualnych¹²⁰. Około 16. roku życia dziewczęta dopuszczają do świadomości pragnienia seksualne. W ich związkach pojawia się coraz więcej zachowań seksualnych. Integracja seksualna przejawia się chęcią urzeczywistnienia pragnień seksualnych z osobą obdarzoną uczuciem.

Aktywność seksualna w okresie dorastania przybiera różne formy – począwszy od masturbacji, poprzez petting, aż do inicjacji seksualnej. **Masturbacja** – będąca formą rozładowania napięcia seksualnego bez udziału innej osoby – polega najczęściej na stymulacji narządów płciowych. Jeżeli nie przybiera charakteru nałogowego, nie jest zachowaniem wykraczającym poza normę rozwojową i nie stanowi zagrożenia dla rozwoju psychoseksualnego. Niepokojące są masturbacje o dziwacznym schemacie (np. osiąganie satysfakcji za pomocą strumienia wody z prysznicy) lub zagrażające zdrowiu i życiu (np. poprzez podwieszanie się). Właściwy stosunek do masturbacji to stosunek rzeczowy – oparty na rzetelnej wiedzy seksuologicznej i pozbawiony elementów restrykcyjnych, prowadzących jedynie do urazu psychicznego¹²¹.

Bardziej dojrzałą formą zachowań seksualnych jest **petting**, mający na celu wzajemne doprowadzenie do orgazmu partnerów, z wykluczeniem stosunku seksualnego. Badania Zbigniewa Izdebskiego prowadzone wśród uczniów szkół ponadpodstawowych wykazały, że 32,4% respondentów uprawiało petting, a 51% – necking¹²².

Ostatnią aktywnością seksualną podejmowaną przez nastolatków są stosunki genitalne. Sukcesywnie obniża się wiek **inicjacji seksualnej** w Polsce, do czego niechlubnie zachęcają również mass media, np. emitując filmy, w których młodzi bohaterowie z rozpoczęciem współżycia seksualnego nie czekają aż do ślubu (*M jak miłość, Na dobre i złe*)¹²³. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka w 2005 roku wynika, że 37,4% badanych 16–18 latków odbyło stosunek płciowy, a aż 26,4% pierwszy stosunek seksualny miało w 15. roku życia lub wcześniej¹²⁴. Niepokojące są również dane dotyczące liczby partnerów seksu-

¹²⁰ M. BEISERT: *Trud dorastania seksualnego...*, s. 147–151; EADEM: *W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka*. W: *Seksualność w cyklu życia człowieka...*, s. 22–23; A. JACZEWSKI: *Różnice rozwoju w okresie dojrzewania chłopców i dziewcząt*. W: *Zagadnienia prorodzinnej edukacji...*, T. 2, s. 387.

¹²¹ L. GAPIK: *Rozwój seksualny człowieka*. W: *Zagadnienia prorodzinnej edukacji...*, T. 2, s. 362.

¹²² M. BEISERT: *Trud dorastania seksualnego...*, s. 162.

¹²³ B. ŁACIAK: *Medialny obraz polskich obyczajów erotycznych – odbicie rzeczywistości czy jej kreacja?* W: *Przemiany seksualności*. Red. M. KACZOREK, K. STACHURA. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 2009, s. 14–15.

¹²⁴ B. WOYNAROWSKA: *Zachowania seksualne*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psy-*

alnych, gdyż aż 26,3% badanych przyznaje się do trzech lub więcej partnerów¹²⁵. Badania przeprowadzone przez Instytut Matki i Dziecka dowodzą również, że aż 11,1% nastolatków nie używa żadnej antykoncepcji¹²⁶.

W literaturze przedmiotu znana jest klasyfikacja wzorów zachowań seksualnych młodzieży¹²⁷, a jej wybór zależy od wielu zmiennych:

- **wzór „stabilnego, rozważnego seksu”** (starsza młodzież, w związkach, pochodząca z mniejszych miejscowości),
- **wzór „różnicowanej aktywności”** (raczej mężczyźni, osoby niereligijne, zamieszkujące większe miejscowości),
- **wzór „trudności”** (młode kobiety z trudnościami w osiągnięciu satysfakcji seksualnej, poszukujące odpowiedniego partnera, podejmujące częste kontakty seksualne),
- **wzór „seksu romantycznego”** (młode dziewczyny w związkach monogamicznych, doświadczające niewielkiej liczby doznań seksualnych).

Przyczyny i motywy podejmowania przez młodzież ryzykownych zachowań seksualnych

Do ryzykownych zachowań seksualnych należy zaliczyć wczesną inicjację seksualną, podejmowanie kontaktów seksualnych z różnymi partnerami oraz brak stosowania zabezpieczenia w trakcie ich trwania. Co decyduje o tym, że młodzi ludzie podejmują ryzykowne zachowania seksualne?

W świetle **interakcyjnego modelu funkcjonowania człowieka** zachowanie jednostki jest wypadkową oddziaływania kilku grup czynników. **Czynniki zewnętrzne** związane są z otoczeniem społecznym jednostki. Zaliczyć do nich można:

- strukturę rodziny,
- wykształcenie, zawód i wyznanie rodziców,
- system przekonań i religijność rodziców,
- klimat domowy,
- wpływy rówieśników,
- wpływy mediów.

chospołecznych i ekonomicznych. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOJNAROWSKA. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka 2006. s. 80; por. A. MAŁKOWSKA, I. TABAK, M. JODŁOWSKA, A. OBLACIŃSKA, W. OSTRĘGA: *Zdrowie i styl życia młodzieży u progu dorosłości. Raport techniczny z badań uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka 2005, s. 98.

¹²⁵ B. WOJNAROWSKA: *Zachowania seksualne...*, s. 80.

¹²⁶ A. MAŁKOWSKA, I. TABAK, M. JODŁOWSKA, A. OBLACIŃSKA, W. OSTRĘGA: *Zdrowie i styl życia młodzieży u progu dorosłości...*, s. 100.

¹²⁷ M. BEISERT: *Trud dorastania seksualnego...*, s. 164–165.

Czynnikami wewnętrznymi natomiast, tkwiącymi w jednostce, są:

- motyw i osobiste przekonania jednostki (przekonania normatywne),
- samokontrola,
- system spostrzegania środowiska¹²⁸.

Interakcja tych czynników decyduje o tym, czy jednostka podejmie zachowania ryzykowne bądź czy będzie przejawiać zachowania zgodne z powszechnie akceptowanymi normami.

W przypadku wczesnej inicjacji seksualnej do motywów podejmowania takich zachowań zalicza się pragnienia seksualne, ciekawość, miłość, uległość wobec partnera, uległość wobec nacisków ze strony rówieśników, podniesienie poczucia własnej wartości, chęć przeżycia czegoś ekscytującego, litość wobec partnera, wpływ alkoholu¹²⁹. Natomiast Z. Izdebski jako czynniki wiążące się z wczesną inicjacją seksualną wyróżnia: małą religijność, intensywne uprawianie sportu i palenie papierosów¹³⁰. Z badań Barbary Woynarowskiej wynika, że w przypadku chłopców czynnikami sprzyjającymi podejmowaniu przedwczesnej inicjacji seksualnej są również częste upijanie się, spędzanie większości czasu z kolegami, posiadanie większych kwot pieniędzy na własne wydatki. Podobne zależności można wskazać w przypadku dziewcząt, chociaż repertuar czynników zwiększa się o używanie amfetaminy i wagarowanie¹³¹.

Duże znaczenie dla podejmowania wczesnej aktywności seksualnej ma również sytuacja rodzinna jednostki. Lawrence Kay i Arnold Pawelski¹³² wymieniają następujące czynniki ryzyka tkwiące w rodzinie:

- nieobecność ojca w domu,
- rozwód, separacja, rodzina rekonstruowana,
- śmierć jednego z rodziców,
- destabilizacja układu z ojcem,
- surowość lub pobłażliwość rodziców,
- brak silnej więzi matki z córką,
- liczne rodzeństwo,
- przedwczesna ciąża matki,
- aprobatą rodziców dla podjęcia aktywności seksualnej przez dziecko.

Najpełniej czynniki podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych wyjaśnia **behawioralno-ekologiczny model zachowań seksualnych**, zawierający 11 sfer czynników, do których przyporządkowane są określone zachowania ryzykowne. Wyznaczone sfery obejmują następujące czynniki:

¹²⁸ J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne...*, s. 16.

¹²⁹ Ibidem, s. 14.

¹³⁰ S. GRZELAK: *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar 2006, s. 26–27.

¹³¹ Ibidem, s. 26.

¹³² J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne...*, s. 19.

- demograficzne,
- rodzinne,
- szkolne,
- związane z grupą rówieśniczą,
- medialne,
- osobowościowe,
- wzorce zachowań i relacje,
- nastawienia i przekonania,
- wiedza o seksie, umiejętności i zachowanie partnera,
- wyzwalające określony wzorzec zachowań seksualnych,
- konsekwencje podtrzymujące wzorzec zachowań seksualnych¹³³.

Do **czynników demograficznych** należy zaliczyć:

- płeć męską (starszy nastolatek lub młody dorosły),
- niski status społeczno-ekonomiczny,
- niskie aspiracje edukacyjne,
- rozwiązłość wspieraną przez kulturę,
- doświadczenia w zakresie uprawiania ryzykownego seksu z wieloma partnerami.

Najważniejszymi **czynnikami rodzinnymi** – w myśl tej teorii – są:

- ciągłe konflikty między rodzicami a dziećmi,
- rozwód rodziców,
- niewłaściwa kontrola rodzicielska (nadmierna bądź jej brak),
- zaburzona komunikacja pomiędzy rodzicem a dzieckiem.

Do **czynników szkolnych** należą:

- niska potrzeba osiągnięć,
- brak zajęć z zakresu edukacji seksualnej,
- wadliwie prowadzona edukacja seksualna (koncentracja na informacji, a nie na kształtowaniu umiejętności psychospołecznych i psychoseksualnych).

Kolejną grupę czynników stanowią **czynniki związane z grupą rówieśniczą**, obejmujące m.in.:

- stające się normą podejmowanie ryzyka (np. picie alkoholu),
- aktywność seksualną rówieśników,
- ryzykowne zachowania seksualne, stanowiące normę,
- presję rówieśników do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.

Do **czynników medialnych** można zaliczyć modele zachowań seksualnych, będące wytworem fantazji.

¹³³ A. CARR: *Program szkolnej profilaktyki w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową*. Gdańsk, GWP 2004, s. 22–23

Znaczenie mają **czynniki osobowościowe** takie jak:

- predyspozycje do intensywnego poszukiwania wrażeń,
- niska samoocena,
- duża niekonwencjonalność w zachowaniu.

Grupa czynników związana z **wzorcami zachowań i relacjami** obejmuje używanie substancji uzależniających oraz przestępczość, natomiast **nastawienia i przekonania** związane są z:

- permissywną postawą wobec seksu przedmałżeńskiego,
- pozytywnym nastawieniem do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych,
- przekonaniem o wyższości ryzykownego seksu i o korzyściach z niego płynących,
- przekonaniem o wysokich kosztach bezpiecznego seksu (np. koszt antykoncepcji).

Kolejna grupa czynników łączy się z zasobem **wiedzy o seksie, umiejętnościach i zachowaniem partnera**. Czynniki do niej należące są:

- niedostateczna wiedza na temat bezpiecznego seksu,
- brak umiejętności posługiwania się prezerwatywą,
- brak umiejętności asertywnych w sferze seksualnej,
- dominujący partner będący zwolennikiem ryzykownego seksu,
- presja seksualna ze strony partnera,
- przymus i nadużycia ze strony partnera.

Za czynniki **wyzwalające określony wzorzec zachowań seksualnych** można uznać:

- stan po użyciu substancji uzależniających,
- wysokie podniecenie płciowe,
- otoczenie sprzyjające podejmowaniu ryzykownych zachowań (np. impreza w gronie rówieśników, starsze towarzystwo),
- brak środków zabezpieczających,
- partner dominujący i lubiący ryzyko.

Ostatnią grupę czynników stanowią **konsekwencje podtrzymujące wzorzec zachowań seksualnych**. Należą do nich:

- zwiększona przyjemność seksualna bez użycia środka zabezpieczającego,
- niebezpieczeństwo konfliktu z partnerem, będącym przeciwnikiem używania prezerwatyw,
- zgoda na ryzykowny seks ze strony patologicznej grupy rówieśniczej¹³⁴.

¹³⁴ Ibidem, s. 22–23; S. GRZELAK: *Profilaktyka ryzykownych...*, s. 25.

Konsekwencje ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży

W literaturze przedmiotu wszechstronnie opisywane są problemy zdrowotne i społeczne, na jakie narażone są osoby podejmujące wcześniej współżycie seksualne. Wśród bezpośrednich problemów wyróżnia się: niechcianą ciążę, zakażenia przenoszone drogą płciową, zapalenia narządów miednicy mniejszej¹³⁵. Groźne są również problemy odległe w czasie, związane np. z większym ryzykiem zachorowania na raka szyjki macicy u osób wcześniej rozpoczynających współżycie seksualne i posiadających wielu partnerów, obejmujące niepłodność, ciążę pozamaciczną i inne skutki przebytych infekcji oraz dysfunkcje psychoseksualne w następstwie negatywnych, wczesnych doświadczeń w zaspokojeniu potrzeb seksualnych.

Konsekwencją podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych jest niepożądana **ciąża** nastolatek. Mimo iż z biologicznego punktu widzenia ciąża nie stanowi problemu dla rozwoju młodej kobiety, wywołuje jednak następstwa natury społeczno-ekonomicznej i psychologicznej oraz może powodować różnego rodzaju komplikacje w trakcie jej przebiegu, takie jak: anemia, toksemia, nadciśnienie, niska masa urodzeniowa dziecka, wyższe ryzyko śmiertelności noworodka oraz większe prawdopodobieństwo poronień podczas kolejnych ciąż¹³⁶. Konsekwencje natury społeczno-ekonomicznej i psychologicznej są niezwykle liczne – począwszy od tego, iż nastoletnia matka nie może w pełni zaspokoić wszystkich potrzeb dziecka, a skończywszy na jej ograniczonych umiejętnościach i możliwościach w zakresie sprawowania opieki nad nowo narodzonym dzieckiem. Nastoletnie matki cechuje również mniejsza wrażliwość i reaktywność, mają większe trudności w komunikowaniu się z potomstwem, z okazywaniem mu uczuć oraz zapewnianiem stymulującego środowiska domowego. Powszechnie występujący w takich przypadkach brak ojca również komplikuje jakość życia matki i dziecka, pociągając za sobą dalsze konsekwencje w życiu dziecka (np. trudności w przystosowaniu). Zjawisko niepożądanych ciąż nastolatek w krajach rozwijających się szacuje się na 13 mln rocznie, a w krajach rozwiniętych skala problemu jest większa, np. od ponad 20 lat rocznie w USA blisko milion nastolatek zachodzi w ciążę¹³⁷.

Mnogość partnerów i brak zabezpieczenia prowadzą nierzadko do chorób przenoszonych drogą płciową, takich jak chlamydia, kłykciny kończyste, rzeżączka, opryszczka, kiła, zapalenie pochwy, nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej u mężczyzn (NGU), rzesistkowica, zapalenie wątroby typu B, zakażenie wirusem HIV i AIDS¹³⁸.

¹³⁵ B. WOYNAROWSKA: *Zachowania seksualne...*, s. 79.

¹³⁶ A. CARR: *Program szkolnej profilaktyki...*, s. 14.

¹³⁷ S. GRZELAK: *Profilaktyka ryzykownych zachowań...*, s. 22.

¹³⁸ A. CARR: *Program szkolnej profilaktyki...*, s. 61–63; J. PROHASKA: *Choroby przenoszone drogą płciową. W: Zagadnienia prorodzinnej edukacji...*, T. 2, s. 547–552.

Chlamydia jest chorobą, która u większości ludzi nie daje objawów. Zarażać się nią można podczas stosunku waginalnego, analnego lub oralnego. Może prowadzić do uszkodzenia narządów płciowych i być przyczyną problemów związanych z poczęciem dziecka.

Kłykciny kończyste (condylomata accuminata), inaczej zwane **brodawkami** narządów płciowych, są wywołane wirusem HPV, którym można się zarażać podczas stosunku waginalnego, analnego lub oralnego z nosicielem. Jest to choroba nieuleczalna. Pierwsze objawy pojawiają się od 1 miesiąca do 8 miesięcy po kontakcie seksualnym z nosicielem. Niestety, nawet po leczeniu brodawki mogą pojawić się powtórnie. Brodawki mogą również być przenoszone z matki na dziecko podczas porodu.

Rzeżączka (tryper) jest chorobą utajoną, wywołaną przez drobnoustrój nazywany dwoinką rzeżączki lub gonokokiem. U większości kobiet i znacznej części mężczyzn nie daje żadnych objawów. Można się nią zarażać podczas stosunku waginalnego, analnego lub oralnego. Powoduje: poważne infekcje, uszkodzenie organów rozrodczych, trudności z poczęciem dziecka, problemy z sercem, artretyzm, choroby skóry czy utrata wzroku. Choroba wymaga leczenia i jest uleczalna.

Opryszczka objawowo przypomina grypę, a cechują ją drobne pęcherzyki na narządach płciowych lub ustach, które mają tendencję do nawrotów. Opryszczką można się zarazić podczas stosunku seksualnego (waginalnego, analnego, oralnego) z osobą zarażoną lub podczas porodu. Choroba jest nieuleczalna.

Kiła (lues, syfilis) jest chorobą wywołaną krętkiem bladym. Charakteryzuje ją bezbolesne, czerwono-brązowe owrzodzenie w okolicach narządów płciowych, na ustach, piersiach i palcach, które utrzymuje się od tygodnia do 5 tygodni. Pierwsze objawy występują od 3 do 12 tygodni po odbyciu stosunku seksualnego z osobą zarażoną. Następnie po ustąpieniu pierwszych objawów pojawia się wysypka, której towarzyszą objawy podobne do przeziębienia, przy czym po ustąpieniu objawów choroba pozostaje w formie utajonej w organizmie. Do zakażenia dochodzi podczas stosunku waginalnego, analnego i oralnego. Kiła prowadzi do chorób serca, uszkodzeń mózgu, utraty wzroku, a nawet śmierci. Może być przekazywana z matki na dziecko podczas porodu. Jest uleczalna.

Zapalenie pochwy jest często chorobą występującą u kobiet. Zwykle charakteryzuje się swędzeniem, pieczeniem i bólem, nierzadko połączonym z wydzieliną z pochwy. U mężczyzn będących nosicielami zapalenia pochwy stan zapalny przebiega bezobjawowo. Do zakażenia dochodzi podczas stosunku waginalnego, analnego i oralnego z chorą osobą. Choroba jest uleczalna. Nieleczona prowadzi u mężczyzn do zapalenia cewki moczowej bądź zapalenia gruczołu krokowego.

Nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej u mężczyzn (NGU) – objawy polegają na wycieku z cewki moczowej płynu śluzowo-ropnego, czemu towarzy-

szy pieczenie. Najczęściej przyczyną choroby są chlamydie, mikoplazmy i rzęsi-
stek pochwy. Stan zapalny może prowadzić do powikłań (zapalenie najądrzy
i gruczołu krokowego). Nie jest to typowa choroba weneryczna.

Rzęsistkowica wywołana jest przez rzęsiotka pochwowego. Do zakażenia
najczęściej dochodzi podczas kontaktu seksualnego, ale możliwe jest również
zakażenie poprzez używanie tych samych przyborów toaletowych i urządzeń
sanitarnych. Rozwój choroby następuje od kilku dni do 4 tygodni. W przypad-
ku kobiet występują objawy: zapalenie pochwy i sromu, upławy, ból, pieczenie
i świąd, czasami dochodzi do zapalenia kanału szyjki macicy oraz pęcherza.
W przypadku mężczyzn przebieg choroby jest łagodniejszy, chociaż może dojść
do powikłań przejawiających się stanem zapalnym żołądki, worka napletkowego
i gruczołu krokowego.

Zapalenie wątroby typu B (WZW) jest chorobą, w której pierwsze objawy
zakażenia pojawiają się od miesiąca do 9 miesięcy po odbytym stosunku płcio-
wym z osobą zarażoną. Do objawów tej choroby można zaliczyć: żółtaczkę, prze-
ciągające się uczucie zmęczenia, kał o jasnej kolorystyce, mocz barwy ciemnej.
Choroba przenoszona jest przez kontakt z zarażoną krwią. Do zakażenia może
dojść podczas stosunku waginalnego, analnego lub oralnego z osobą zarażoną
oraz podczas porodu. W niektórych przypadkach choroba jest uleczalna, w po-
zostałych w formie utajonej utrzymuje się w organizmie.

AIDS jest chorobą nieuleczalną wywołaną przez wirus HIV. Pierwsze objawy
występują kilka miesięcy lub nawet kilka lat po odbytym stosunku waginalnym,
analnym lub oralnym z nosicielem. Do najczęstszych objawów należy zaliczyć
niewytłumaczalną utratę masy ciała, zmęczenie, objawy podobne do przeziębie-
nia, biegunkę, białe plamy wewnątrz ust czy występujące u kobiet przewlekłe in-
fekcje drożdżakowe. Choroba przenoszona jest przez zarażoną krew i podczas
porodu. Prowadzi do wielu chorób i śmierci. Jest nieuleczalna.

Warto zaznaczyć, że relatywnie większy odsetek młodych dziewcząt jest
narażony na zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, co wynika
z czynników natury fizjologicznej i rozwojowej. Częściej ich błona śluzowa ule-
ga mikrouszkodzeniom podczas kontaktów seksualnych. Charakteryzuje je niż-
sza odporność immunologiczna, którą w pełni nabierają dopiero około 21. roku
życia¹³⁹.

Czynniki chroniące przed ryzykownymi zachowaniami seksualnymi

Behawiorystyczno-ekologiczny model zachowań seksualnych zakłada gru-
pę czynników, które z punktu widzenia ich występowania mogą ograniczać lub
niwelować ryzyko podejmowania wcześniejszych zachowań seksualnych oraz

¹³⁹ S. GRZELAK: *Profilaktyka ryzykownych zachowań...*, s. 22.

braki w zakresie zastosowania odpowiednich reguł towarzyszących kontaktom seksualnym.

Do **czynników demograficznych** można zaliczyć:

- rasę białą,
- płeć kobiecą,
- młodszy wiek kobiety,
- późniejsze dojrzewanie,
- wysoki status społeczno-ekonomiczny,
- aspiracje życiowe i edukacyjne,
- religijność i wartości religijne wspierane przez kulturę tradycyjną,
- wstrzemięźliwość,
- doświadczenia w uprawianiu bezpiecznego seksu.

Wśród **czynników rodzinnych** istotną rolę odgrywają:

- bliskie więzi z rodzicami,
- współpraca między rodzicami i dziećmi wynikająca z akceptacji, zrozumienia i poszanowania,
- właściwa kontrola rodzicielska stosowna do wieku (dawanie rozumnej swobody),
- prawidłowo przebiegająca komunikacja między rodzicem a dzieckiem (zarówno na płaszczyźnie werbalnej, jak i pozawerbalnej),
- wsparcie ze strony rodziców oraz ich troskę o potomstwo.

Czynniki szkolne związane są z:

- dużą potrzebą osiągnięć naukowych (motywacja i aspiracje),
- prawidłowo realizowaną edukacją seksualną koncentrującą się na kształtowaniu umiejętności związanych z bezpiecznym seksem.

Do **czynników związanych z grupą rówieśniczą** należą:

- bezpieczne zachowania seksualne traktowane jako norma,
- presja rówieśników do podejmowania jedynie bezpiecznych zachowań seksualnych,
- unikanie wszelkiego ryzyka (unikanie picia alkoholu, brania narkotyków).

Informacje na temat bezpiecznych zachowań seksualnych płynące z mediów stanowią również istotne czynniki chroniące, zaliczane do **czynników medialnych**.

Czynniki osobowościowe związane są z niewielkimi predyspozycjami do poszukiwania wrażeń, podejmowania zachowań niekonwencjonalnych oraz z wysoką samooceną.

Wzorce zachowań i relacje pozbawione tendencji do zachowań przestępczych, również abstynencja od używek, stanowią ważne czynniki chroniące, podobnie jak **przekonania i nastawienia** (np. o korzyściach płynących ze wstrzemięźliwości czy bezpiecznego seksu). Te ostatnie wynikają często ze zdobytej

wiedzy na określony temat (np. na temat skutków ryzykowanych zachowań seksualnych czy na temat możliwości stosowania antykoncepcji). Wśród **umiejętności** mogących być czynnikami chroniącymi należy wskazać umiejętności stosowania prezerwatyw, ale przede wszystkim dobrze rozwiniętą asertywność seksualną. Ważne jest również posiadanie partnera o podobnych poglądach, nastawieniach i umiejętnościach.

Do **czynników wyzwalających określony wzorzec zachowań seksualnych** zalicza się:

- trzeźwość i przytomność umysłu,
- podniecenie seksualne w stopniu umiarkowanym,
- otoczenie, które sprzyja podejmowaniu bezpiecznych zachowań seksualnych (również posiadanie partnera o podobnych poglądach),
- posiadanie prezerwatywy.

Brak zgody rodziny i otoczenia na niezaplanowane ciąży czy zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz świadomość groźących niebezpieczeństw w podejmowaniu ryzykownych zachowań seksualnych stanowią **konsekwencje podtrzymujące wzorzec zachowań seksualnych**¹⁴⁰.

Intensywność działania zarówno czynników chroniących, jak i czynników ryzyka jest zależna od wieku jednostki. W młodszym wieku większe znaczenie mają czynniki rodzinne. Sytuacja domowa, atmosfera, relacje, wartości preferowane w domu czy kontrola ze strony rodziców znacząco wpływają na podejmowanie lub unikanie określonych zachowań natury seksualnej. Na przełomie dzieciństwa i okresu dojrzewania dużego znaczenia nabierają wpływy rówieśnicze. Ważny jest zatem dobór odpowiedniej grupy rówieśniczej – unikanie osób, mogących mieć negatywny wpływ na zachowanie nastolatka. Najczęściej to, z kim nastolatek się spotyka, również zależy od czynników natury rodzinnej. Prawidłowa atmosfera w domu nie wymusza na nastolatku poszukiwania osób, które zaspokoją potrzeby i oczekiwania młodego człowieka, nierzadko w domu niezaspokojone. Zaburzone więzi rodzinne, stanowią największe niebezpieczeństwo dla podejmowania ryzykownych zachowań, które mają, niestety, tendencje do kumulowania się (picie alkoholu czy zażywaniu narkotyków często towarzyszą właśnie ryzykowne zachowania seksualne). Obecność czynników chroniących redukuje występowanie czynników ryzyka. Im więcej jednostka ich posiada (wysokie IQ, umiejętności psychospołeczne, pozytywny obraz siebie, konstruktywni rówieśnicy, kompetentni dorośli, przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo), tym bardziej potrafi się zaadaptować do warunków i unikać niebezpieczeństw.

Mimo zidentyfikowania przez badaczy ponad 100 czynników korelujących z podejmowaniem życia seksualnego i ryzyka z nim związanego, trudno jest je uporządkować i zhierarchizować, a badania prowadzone na ten temat są niewy-

¹⁴⁰ Ibidem, s. 22–23, 25.

starczające (np. niewielki odsetek badań prowadzony jest na tej samej próbie badawczej). Warto podkreślić, że układ czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z podejmowaniem aktywności seksualnej oraz ryzykownych zachowań natury seksualnej zależy również od uwarunkowań społecznych, politycznych i ekonomicznych¹⁴¹.

¹⁴¹ Ibidem, s. 25–28.

Profesjonalna profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży – cele, zadania, założenia

Wprowadzenie w problematykę profilaktyki społecznej

Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Zmieniająca się rzeczywistość społeczna i związane z nią narastanie problemów społecznych sprawiają, że wśród dzieci i młodzieży występuje coraz więcej problemów dysfunkcjonalności, szczególnie w zakresie społecznego funkcjonowania. Z problemami tymi często nie radzą sobie ani rodzice, ani nauczyciele. Dlatego ważnym zadaniem jest prowadzenie działań zapobiegających występowaniu i pogłębianiu się niekorzystnych zachowań wychowawczych.

Istnieje wiele koncepcji związanych z definiowaniem profilaktyki. Sam zakres tego pojęcia jest szeroki. Słowo „profilaktyka” pochodzi od greckiego *phylax*¹, będącego odpowiednikiem słowa „stróż”, oraz *prophylaktikos*², czyli „zabezpieczający”. W literaturze przedmiotu zamiennie stosuje się określenia „prewencja” czy „zapobieganie” do wszystkich działań podejmowanych w celu przeciwdziałania pojawieniu się i/lub rozwojowi niepożądanych stanów, zachowań oraz zjawisk w danej populacji³. Profilaktyka, chociaż najczęściej kojarzy się z medycyną, niewątpliwie dotyczy wszystkich sfer życia, począwszy od zapobiegania katastrofom ekologicznym, a skończywszy na profilaktyce przestępczości.

Zgodnie z definicją słownikową profilaktyka to „ogół działań zapobiegających niepożądanym zjawiskom w rozwoju i zachowaniu się ludzi. W medycynie sprowadza się do zapobiegania chorobom, propagowania zasad racjonalnego

¹ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, PWN 2007, s. 127.

² F. KOZACZUK: *Profilaktyka pedagogiczna wobec zagrożeń cywilizacyjnych*. W: *Profilaktyka i resocjalizacja młodzieży*. Red. F. KOZACZUK, B. URBAN. Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego 2004, s. 33.

³ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 127.

żywienia, hartowania organizmu, prawidłowego łączenia pracy z wypoczynkiem oraz stwarzania innych warunków sprzyjających rozwojowi organizmu, w pedagogice – do zapobiegania powstawaniu u dzieci niepożądanych przyzwyczajęń i postaw, błędów w uczeniu się lub wad postaw ciała. W pewnym znaczeniu każde pożądane oddziaływanie pedagogiczne jest jednocześnie działaniem profilaktycznym, wytwarzając bowiem jakieś wartościowe cechy, jednocześnie zapobiega powstawaniu cech niepożądanych lub ich utrwaleniu⁴.

W naukach pedagogicznych zwykle akcentuje się społeczny kontekst działań profilaktycznych. Helena Radlińska określała profilaktykę jako „zapobieganie klęskom społecznym i wykojeniom jednostek”⁵, a w odniesieniu do wychowania definiowała ją jako „zapobieganie powstawaniu niekorzystnych dla życia człowieka stanów i zjawisk”⁶. Szersze ujęcie profilaktyki zaproponował Aleksander Kamiński, ujmując ją jako działalność „polegającą na zapobieganiu tym wszystkim sytuacjom, które powodują wyłanianie się potrzeb z zakresu opieki społecznej, a więc i kompetencji społecznej”⁷. Zadaniem profilaktyki jest przeciwdziałanie stanom zagrożenia moralnego, zdrowotnego, kulturalnego, społecznego i ewentualnym odchyleniom od normy⁸. Dość ogólną definicję profilaktyki podał Ryszard Wroczyński, traktując ją jako „szczególnego typu działalność związaną z neutralizowaniem wpływu czynników powodujących potencjalne zagrożenie”⁹.

Przez **profilaktykę pedagogiczną** należy zatem rozumieć wszelkie działanie stosujące jako środki zapobiegania realizacji wartości edukacyjnych, w szczególności w szkole, na wszystkich poziomach edukacyjnych¹⁰.

W pedagogice resocjalizacyjnej profilaktyka łączy się z wszelkimi działaniami mającymi na celu przeciwdziałanie występowaniu i potęgowaniu zjawisk z obszaru patologii społecznej. Często zamiennie używa się pojęcia „prewencja”

Konieczność podkreślenia środowiskowego kontekstu działań uprzedzających stany nieprawidłowe / niepożądane spowodowała dookreślenie pojęcia „profilaktyka” epitetem „społeczna”. **Profilaktyka społeczna** – będąca zorganizowaną działalnością zbiorową – ma na celu zapobieganie powstawaniu niekorzystnych / szkodliwych dla społeczeństwa zjawisk. Oddziaływanie profilaktyczne dotyczy nie tylko jednostek, ale również grup społecznych, środowisk

⁴ Cyt. za: R. CZERNIACHOWSKA: *Profilaktyka, kompensacja, ratownictwo, pomoc – analiza pojęć i wzajemnych powiązań między nimi*. W: *Pedagogika społeczna*. Red. E. MURYNOWICZ-HETKA. T. 1. Warszawa, PWN 2007, s. 113.

⁵ Cyt. za: H. RADLIŃSKA: *Pedagogika społeczna*. Wrocław 1953, s. 65.

⁶ *Ibidem*, s. 68.

⁷ Cyt. za: F. KOZACZUK: *Profilaktyka pedagogiczna...*, s. 33.

⁸ *Ibidem*, s. 33.

⁹ R. WROCZYŃSKI: *Pedagogika społeczna*. Warszawa, PWN 1974, s. 68.

¹⁰ W.W. SZCZĘSNY: *Zarys resocjalizacji z elementami patologii społecznej i profilaktyki*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak” 2003, s. 205.

lokalnych, instytucji itp. Do kluczowych odbiorców oddziaływań profilaktycznych zaliczyć zatem należy:

- dzieci i młodzież – młodych ludzi zarówno uczących się, pracujących, jak i bezrobotnych, oraz osób z grup ryzyka,
- liderów społecznych, a mianowicie: nauczycieli, pracowników socjalnych, kuratorów, policjantów, liderów organizacji pozarządowych itp;
- dorosłych – zwłaszcza rodziców, specjalne grupy dorosłych (np. ludzi starszych), a także osoby marginalizowane,
- środki społecznej informacji (massmedia),
- ogół społeczeństwa, do którego kierowane są warsztaty i treningi interpersonalne mające na celu wypracowanie podstawowych umiejętności aprobowanego społecznie funkcjonowania¹¹.

Głównymi zadaniami profilaktyki społecznej są:

- oddziaływanie (opieka socjalna, wszelkiego rodzaju pomoc, wsparcie) na rodzinę zagrożoną patologią,
- pomoc w tworzeniu programów profilaktycznych dla różnych środowisk (np. szkoły),
- pomoc w realizacji (również finansowa) programów oraz ich ewaluacji,
- uświadomienie społeczeństwa o grożących patologiach i konieczności prowadzenia działań profilaktycznych, redukujących skalę zjawisk patologicznych¹².

Lesław Pytka uważa profilaktykę społeczną za odrębną dziedzinę wiedzy i umiejętności praktycznych (społecznych, pedagogicznych, socjalnych, terapeutycznych i opiekuńczych), mającą związki z takimi naukami, jak: pedagogika, psychologia, prawo, socjologia, demografia, kryminologia oraz medycyna¹³.

Profilaktyka obejmuje „działania stwarzające człowiekowi okazję aktywne gromadzenia różnych doświadczeń, które powodują wzrost jego zdolności do radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych”¹⁴, czy „proces, który wspiera człowieka w prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu, przez zapewnienie pomocy potrzebnej mu w konfrontacji ze złożonymi, stresującymi warunkami życia, a w efekcie umożliwienie mu osiągnięcia subiektywnie satysfakcjonującego, społecznie akceptowanego, bogatego życia”¹⁵. Przytoczone tu definicje profilaktyki ujmują ją w sposób wąski, ale niewątpliwie oddają sedno celowości działań pro-

¹¹ Z.B. GAŚ: *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu 2003, s. 26.

¹² W.W. SZCZĘŚNY: *Zarys resocjalizacji...*, s. 205–206; Z.B. GAŚ: *Profilaktyka w szkole*. W: *Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczycieli*. Red. B. KAMIŃSKA-BUŚKO, J. SZYMAŃSKA. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej 2005, s. 17–18.

¹³ L. PYTKA: *Profilaktyka społeczna (prewencja)*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Red. D. LALAK, T. PILCH. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak” 1999, s. 214.

¹⁴ M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy*. Warszawa, Toret 2000, s. 3.

¹⁵ Ibidem, s. 19.

filaktycznych. Współcześnie realizowany model zajęć profilaktycznych – opierający się na założeniu, że to nie patologie (np. alkoholizm, narkomania) są groźne, ale niedoskonałości człowieka w radzeniu sobie z nimi – nastawiony jest przede wszystkim na rozwijanie ogólnych umiejętności psychospołecznych.

Typy i poziomy profilaktyki

Dotychczasowa praktyka pedagogiczna pozwoliła na wyodrębnienie dwóch typów działań profilaktycznych, a mianowicie profilaktyki pobudzającej i profilaktyki hamującej. **Profilaktyka pobudzająca** – zdaniem R. Wroczyńskiego – obejmuje działalność odnoszącą się do pomocy wspierającej pomyślny rozwój jednostki, a zatem uwzględniającą działalność wychowawczą, której celem jest niwelowanie pojawienia się zachowań niekorzystnych poprzez pobudzenie aktywności w dziedzinach pożądanych. Natomiast **profilaktyka hamująca** odnosi się do „hamowania aktywności w dziedzinach stwarzających potencjalne zagrożenie”¹⁶.

Inną propozycję uwzględniającą jako kryterium stosowane środki zaprezentował Stanisław Górski, rozróżniając profilaktykę powstrzymującą i eliminującą. **Profilaktyka powstrzymująca** obejmuje działania polegające na usuwaniu warunków sprzyjających zachowaniom niepożądanym (np. zakaz sprzedaży alkoholu nieletnim), uświadamianiu konsekwencji określonych czynów oraz unie możliwianiu jednostce wykonania niepożądanych zachowań, np. poprzez patrołowanie czy monitorowanie sklepów monopolowych oraz stosowanie wysokich kar za sprzedaż alkoholu nieletnim. **Profilaktyka eliminująca** związana jest z eliminowaniem objawów (profilaktyka eliminująco-objawowa) poprzez prowadzenie działań wychowawczych o charakterze interwencyjnym wobec jednostek przejawiających pierwsze objawy zachowań niepożądanych. Drugi rodzaj profilaktyki eliminującej – profilaktyka eliminująco-uprzedzająca – polega na usuwaniu wszelkich czynników, zarówno natury środowiskowej, jak i organicznej (interwencje lekarskie), których występowanie sprzyja pojawieniu się zachowań patologicznych¹⁷.

W naukach pedagogicznych przyjęty został również podział na profilaktykę uprzedzającą i objawową. **Profilaktyka uprzedzająca** ma na celu przeciwdziałanie zjawiskom, które jeszcze nie wystąpiły, natomiast **profilaktyka objawowa** podejmowana jest wówczas, gdy pierwsze symptomy zaburzenia są obserwowane¹⁸.

¹⁶ R. WROCYŃSKI: *Pedagogika społeczna...*, s. 68.

¹⁷ R. CZERNICHOWSKA: *Profilaktyka, kompensacja...*, s. 114–115.

¹⁸ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 491.

W literaturze przedmiotu można również odnaleźć propozycję określania poziomów profilaktyki. Wśród nich wyróżnia się profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową. Ta pierwsza – tzw. **profilaktyka (prewencja) ogólna** – odnosi się do działań skierowanych do całej populacji, a zmierzających do zniwelowania występowania czynników ryzyka danego zaburzenia czy choroby. Swoim zasięgiem obejmuje działania polegające na usuwaniu przyczyn kryminogennych (alkohol, narkotyki, nędza itp.) oraz prowadzące do podnoszenia ogólnego poziomu życia, zmiany stylu życia, poprawy jakości życia¹⁹. **Profilaktyka drugiej fazy** (drugorzędowa) obejmuje badania profilaktyczne osób z grupy ryzyka w celu wykrycia pierwszych objawów zaburzenia (choroby / nieprawidłowości). W profilaktyce społecznej wyróżnia się prewencję drugiego stopnia. **Profilaktyka trzeciorzędowa** uwzględnia działania rewalidacyjne, rehabilitacyjne, reedukacyjne, skierowane do osób chorych czy niepełnosprawnych²⁰, a sprzyjające powrotowi jednostek do społeczeństwa.

Coraz częściej profilaktycy posługują się klasyfikacją z 1994 roku Mazanek i Haggerty, która wprowadza podział na profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą. **Profilaktyka uniwersalna** (*ang. universal prevention intervention*) jest adresowana do całej populacji (np. do wszystkich uczniów), bez względu na stopień ryzyka wystąpienia określonych problemów. Ma ona na celu opóźnienie inicjacji zachowań ryzykownych. **Profilaktyka selektywna** (*ang. selective prevention intervention*) ukierunkowana jest na grupy zwiększonego ryzyka. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy. Tego typu profilaktyka polega na prowadzeniu – na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka – działań uprzedzających. **Profilaktyka wskazująca** (*ang. indicated preventive intervention*) ukierunkowana jest na jednostkę wysokiego ryzyka, mającą już pierwsze objawy zaburzeń²¹. Profilaktyka uniwersalna pokrywa się z działaniami realizowanymi w zakresie profilaktyki pierwszego stopnia, natomiast profilaktyka selektywna i wskazująca obejmuje działania profilaktyki drugorzędowej, przy czym w profilaktyce trzeciej fazy prowadzone są działania lecznicze, rehabilitacyjne i resocjalizacyjne.

W literaturze przedmiotu wyróżniony został jeszcze jeden rodzaj profilaktyki, a mianowicie **profilaktyka kreatywna**, zdefiniowana przez Lesława Pytkę. Obejmuje ona wszelką działalność wzmacniającą i podtrzymującą te formy i sposoby zachowania, które wyraźnie mają prospołeczny charakter i są godne do naśladowania, jednocześnie ograniczając oddziaływanie czynników szkodliwych²². Za

¹⁹ W.W. SZCZĘŚNY: *Zarys resocjalizacji...*, s. 205.

²⁰ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 127–128.

²¹ Ibidem, s. 490–491. *Profilaktyka uzależnień w szkole. E-poradnik*. Oprac. D. MECANDER, s. 6–7. http://www.ore.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=577&Itemid=1148 [data dostępu 28.08.2011].

²² Podaję za: W.W. SZCZĘŚNY: *Zarys resocjalizacji...*, s. 205.

czynniki ryzyka uważa się cechy, sytuacje i warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych, najczęściej związanych z patologiami²³.

Czynniki ryzyka są niezwykle istotne z punktu widzenia jednostki, zwłaszcza ucznia, który przejawia różnego rodzaju zachowania ryzykowne, co jest szczególnie częste w okresie dorastania. W pedagogicznej literaturze przedmiotu występują określenia „zachowanie ryzykowne” i „zachowanie problemowe”, przy czym pojęcie „zagrożenie / ryzyko” jest wykorzystywane jako użyteczna kategoria opisu rozległej grupy młodzieży, której członkowie na skutek problemów w domu rodzinnym, szkole czy swojej społeczności mogą nie wyrosnąć na ludzi odpowiedzialnych i produktywnych²⁴. Oznacza to, że w przypadku osób podejmujących zachowania ryzykowne istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia jakiejś choroby czy zaburzenia.

Dobór oddziaływań profilaktycznych zależy od stopnia zagrożenia jednostki. Niektórzy autorzy dzielą populację dorastających na dwie kategorie, a mianowicie: grupę niskiego ryzyka i grupę podwyższonego ryzyka, przy czym ta ostatnia uwzględnia trzy podgrupy:

- grupę bardzo wysokiego ryzyka (liczne zachowania ryzykowne),
- grupę wysokiego ryzyka (dwa, trzy typy zachowań problemowych),
- grupę umiarkowanego ryzyka (pojedyncze zachowania problemowe)²⁵.

W praktyce wyróżniane są trzy grupy ryzyka:

- **grupa niskiego ryzyka**, do której można zaliczyć osoby, które nie podjęły jeszcze inicjacji i wobec których najbardziej adekwatna jest profilaktyka pierwszorzędowa,
- **grupa podwyższonego ryzyka**, do której należą osoby po inicjacji przynajmniej jednego zachowania ryzykownego i w której obserwuje się liczne czynniki ryzyka (konieczność prowadzenia profilaktyki drugiej fazy),
- **grupa wysokiego ryzyka**, obejmująca osoby z utrwalonymi zachowaniami problemowymi, odczuwające jednocześnie społeczne i zdrowotne skutki swoich problemowych zachowań (przestępcy, alkoholicy, narkomani, prostytutki itp.), wobec których konieczne jest prowadzenie profilaktyki trzeciorzędowej²⁶.

W środowisku szkolnym, szczególnie w szkole podstawowej, najliczniejszą grupę stanowią osoby z grupy niskiego ryzyka. Im starsi są uczniowie, tym większa jest wśród nich grupa osób będących po inicjacji alkoholowej czy seksualnej, co niewątpliwie zwiększa ryzyko podejmowania innych zachowań ryzykownych, np. zażywania narkotyków.

²³ J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne...*, s. 16.

²⁴ Podaję za: A. CZERKAWSKI: *Czas wolny gimnazjalistów z zachowania ryzykowne*. W: *Wybrane zagadnienia patologii społecznej – implikacje empiryczne*. Red. A. NOWAK, A. CZERKAWSKI. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2008, s. 67.

²⁵ J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne...*, s. 31.

²⁶ *Ibidem*, s. 31.

W profilaktyce społecznej niezwykle ważne jest zachowanie kolejności działań. Realizując profilaktykę w szkole, należy w pierwszej kolejności prowadzić działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej, będącej niejako „szczepionką”, zwiększającą odporność uczniów na zagrożenia (papierosy, alkohol, narkotyki, przestępczość). Prawidłowe opracowanie programów profilaktycznych i właściwa ich realizacja niewątpliwie będą sprzyjać poprawie funkcjonowania nie tylko poszczególnych jednostek, ale całej grupy szkolnej i być może przyczynią się do trwałego utrzymania pożądanego stanu rzeczy. Realizatorami programów w profilaktyce pierwszorzędowej są najczęściej nauczyciele.

W trakcie realizacji programu możliwe jest wyselekcjonowanie dzieci, wobec których konieczne jest prowadzenie działań interwencyjnych, należących do profilaktyki drugorzędowej. Zwykle są to dzieci zaniedbane wychowawczo, które pochodzą z rodzin z problemem alkoholowym. Udział w profilaktyce drugorzędowej daje im możliwość lepszego przystosowania do wymogów życia społecznego, jednocześnie polepszając ich funkcjonowanie w szkole. Problemy rodzinne często przekładają się na trudności w przystosowaniu do wymagań edukacyjnych i sprzyjają wzrostowi niepowodzeń szkolnych, jednocześnie zwiększając częstotliwość podejmowania zachowań ryzykownych. Celem profilaktyki drugorzędowej jest zatem podjęcie działań interwencyjnych nie tylko w odniesieniu do jednostki, ale również do jej rodziny. Poprawa funkcjonowania rodziny korzystnie bowiem wpłynie na zmianę zachowania ucznia. Na tym poziomie profilaktyki realizatorami działań są psychologowie (socjoterapeuci, doradcy rodzinni), a zajęcia prowadzone są w świetlicach środowiskowych, socjoterapeutycznych, klubach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

W przypadku działań profilaktycznych realizowanych w ramach profilaktyki trzeciorzędowej działalnością terapeutyczną (naprawczą) obejmuje się jednostki ze specyficznymi trudnościami związanymi z określonym typem zaburzenia. Realizatorami tych programów są lekarze specjaliści, psychoterapeuci, psychologowie kliniści, rehabilitanci, kryminolodzy, pracownicy socjalni. Tego typu działania profilaktyczne podejmowane są najczęściej w poradniach specjalistycznych, oddziałach szpitalnych, zakładach karnych oraz placówkach wychowawczych i resocjalizacyjnych²⁷.

Działania profilaktyczne powinny być prowadzone jak najwcześniej, już na pierwszym poziomie. Im wcześniej jednostka czy rodzina objęte zostaną pomocą, tym większa się możliwość powodzenia podejmowanych przedsięwzięć.

Celem profilaktyki społecznej jest nie tylko eliminacja lub redukcja czynników ryzyka, ale również wzmacnianie czynników chroniących. **Czynnikami chroniącymi** są cechy, sytuacje, warunki zwiększające odporność jednostki na działanie czynników ryzyka. J. David Hawkins, Françoise Dolto, John Mc Graw za czynniki chroniące uznają:

²⁷ Ibidem, 33–34.

- silną więź emocjonalną z rodzicami,
- zainteresowanie nauką szkolną,
- wiarę i regularne praktyki religijne,
- poszanowanie norm, praw i wartości,
- poszanowanie autorytetów,
- przynależność do pozytywnej grupy rówieśniczej²⁸.

Inną propozycję czynników chroniących – opracowaną na podstawie prac Ann S. Masten, Jenifer L. Powell i Krzysztofa Ostaszewskiego – prezentuje Barbara Woynarowska. Wyróżnia ona trzy poziomy czynniki chroniących:

- zasoby indywidualne,
- zasoby wynikające z relacji z osobami z najbliższego otoczenia,
- zasoby czerpane ze środowiska lokalnego²⁹.

Do **zasobów indywidualnych** zalicza: zdolności poznawcze, cechy temperamentu sprzyjające łatwości adaptowania się do określonych warunków, wysoko rozwinięte mechanizmy samokontroli, optymizm i pogodę ducha, umiejętności psychospołeczne, przekonanie o własnych możliwościach i własnej skuteczności oraz szeroko zakrojone procesy motywacyjne. **Zasoby wynikające z relacji z osobami z najbliższego otoczenia** obejmują: dobre relacje z rodzicami, więzi przyjacielskie z konstruktywnymi rówieśnikami oraz utrzymywanie relacji z dobrymi i kompetentnymi dorosłymi (wychowawca, trener). Jednostka może również czerpać **zasoby ze środowiska lokalnego**. Do czynników chroniących w tym zakresie należą: dobra szkoła, zaangażowanie jednostki w konstruktywną działalność pozaszkolną (np. kluby sportowe) oraz przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo³⁰. Badania nad czynnikami chroniącymi stały się podstawą do sformułowania koncepcji **resilience**, uważanej przez wielu autorów za „wieloczynnikowy proces pozytywnej adaptacji, w którym czynniki chroniące kompensują lub redukują wpływy czynników ryzyka”³¹.

Działania profilaktyczne kierowane do dzieci i młodzieży winny zatem jednocześnie obejmować trzy obszary aktywności, a mianowicie:

- wspomaganie dziecka w konstruktywnym radzeniu sobie z problemami zagrożającymi prawidłowemu rozwojowi psychofizycznemu oraz wysokiej jakości życia,
- ograniczanie i likwidowanie czynników ryzyka, które zaburzają prawidłowy rozwój psychofizyczny i wpływają negatywnie na styl życia,
- inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi psychofizycznemu i prozdrowotnemu stylowi życia³².

²⁸ Ibidem, s. 17; B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 48–49.

²⁹ EADEM: *Edukacja zdrowotna...*, s. 49.

³⁰ Ibidem, s. 49.

³¹ Cyt. za: K. OSTASZEWSKI: *Druga strona ryzyka*. „Remedium” 2005, nr 2, s. 2.

³² Z.B. GAŚ: *Szkolny program profilaktyki...*, s. 19.

Nauczyciel profilaktyk i jego warsztat metodyczny

Nie każdy może zajmować się profilaktyką. Musi to być osoba dobrze znająca klasę bądź daną szkołę, potrafiąca jednocześnie diagnozować problem i opracować adekwatny, dostosowany do potrzeb grupy plan działań.

Prowadzenie działań profilaktycznych wymaga od realizujących przede wszystkim merytorycznej wiedzy, predyspozycji oraz znajomości odpowiedniego warsztatu metodycznego.

Osoby zajmujące się profilaktyką powinny:

- znać mechanizmy i prawidłowości rozwoju człowieka,
- posiadać szeroką wiedzę na temat czynników chroniących,
- wykazywać umiejętność identyfikacji czynników ryzyka i być na nie wyczułone³³.

Osoba zajmująca się organizacją działań profilaktycznych winna również – jak każdy wychowawca – mieć świadomość siebie i swojego systemu wartości, umiejętność przeżywania i okazywania uczuć, być wzorem postaw i zachowań dla wychowanka. Nie mogą być jej obce sprawy ludzkie – nie tylko musi posiadać wiedzę na temat problemów społecznych, ale również winna wykazywać zaangażowanie w ich rozwiązywanie. Powinny cechować ją jasne zasady etyczne oraz poczucie odpowiedzialności za siebie (za swoją pracę) i za zachowanie wychowanka (adekwatnie do jego rozwoju psychofizycznego).

Wśród niezbędnych umiejętności profesjonalnych można wyróżnić trzy następujące grupy:

- umiejętności rozumienia wychowanka oraz jego zachowań i okazywania mu swego zainteresowania,
- umiejętności zapewnienia bezpieczeństwa w sytuacjach trudnych,
- umiejętności sprzyjania pozytywnemu działaniu.

W grupie pierwszej znajdują się umiejętności związane z aktywnym słuchaniem, prowadzeniem rozmowy, odzwierciedlaniem uczuć i treści zasłyszanych od wychowanka, a zapewniających o zrozumieniu rozmówcy. Ważne są również umiejętności podsumowywania, dające wychowankowi możliwość doświadczenia postępu w rozumieniu siebie, umiejętności konfrontowania i interpretowania, a także umiejętność informowania, czyli dzielenia się z wychowankiem na bieżąco faktami dotyczącymi procesu, w którym on uczestniczy. Druga grupa związana z umiejętnościami zapewniającymi bezpieczeństwa obejmuje umiejętności wspierania w trudnościach, co niewątpliwie pozwala na odzyskanie poczucia bezpieczeństwa i poradzenia sobie z problemami, oraz umiejętności interwencji w sytuacji kryzysu, skupiania się na problemie i kierowania do pomocy

³³ Ibidem, s. 19.

specjalistycznej. Te ostatnie umiejętności związane są ze świadomością własnej niekompetencji w sytuacji określonych problemów wychowanka oraz z wiedzą na temat placówek mogących udzielić wychowankowi pomocy. W ostatniej grupie umiejętności sprzyjających pozytywnemu działaniu mieszczą się umiejętności podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów oraz wspierania w zmienianiu zachowania³⁴.

Skuteczność prowadzenia działań profilaktycznych zależy również od warsztatu metodycznego prowadzącego. Metoda (z języka greckiego *methodos*) oznacza drogę, sposób postępowania, który zależy od liczby osób, ich cech osobistych i warunków, w jakich przyszło realizować profilaktykę. Metoda nauczania to „racjonalnie zaplanowana przez nauczającego forma organizacji etapów procesu uczenia się. Metoda stwarza określoną sytuację i warunki, w których uczący podąża w jasno wyznaczonym kierunku, według wymaganych przez nauczającego założeń, by osiągnąć założony cel, jakim jest pewien zasób wiedzy i umiejętności”³⁵.

Najbardziej skuteczne w działalności profilaktycznej są **metody aktywizujące**, bazujące na wykorzystaniu wiedzy i umiejętności wychowanka w sytuacji rzeczywistej lub zbliżonej do takiej. W literaturze przedmiotu używa się zamiennie określeń: „aktywne, uczestniczące, skoncentrowane na uczącym się, heurystyczne, poszukujące, problemowe, uczenie się przez doświadczenie”³⁶. Metody aktywizujące charakteryzuje przeniesienie akcentu z procesu nauczania na proces uczenia z uwzględnieniem emocjonalnego aspektu oraz stworzenie osobom uczącym się przestrzeni do samodzielnego myślenia i działania. Podmiotowość uczestników jest ważnym elementem metod aktywizujących. Umożliwiają one zaspakajania podstawowych braków w zakresie wiedzy i umiejętności wszystkich uczestników procesu uczenia. Każdy z uczestników ma możliwość wzięcia odpowiedzialności za formę, dobór treści oraz efekty kształcenia. Szczególnie ważnym atutem tych metod jest wielostronna komunikacja, oparta na informacji zwrotnej, zapewniająca wywieranie wpływu na decyzje dotyczące uczestników i modyfikacji kontraktu zgodnie z aktualnym stanem potrzeb każdego z nich. Uczenie w tych metodach jest efektem doświadczenia, nie tylko bieżącego, ale odniesienia go również do wcześniejszych doświadczeń życiowych. Osoba prowadząca zajęcia staje się koordynatorem wspólnego planu działania³⁷.

W literaturze przedmiotu występują różne klasyfikacje metod i technik aktywizujących. A. Klimowicz³⁸ wymienia następujące metody:

³⁴ Ibidem, s. 11–14.

³⁵ Cyt za: B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 175.

³⁶ Ibidem, s. 174.

³⁷ Ibidem, s. 174–176.

³⁸ A. KLIMOWICZ: *Metody nauczania w pracy z dorosłymi*. W: *Poradnik edukatora*. Red. M. OWCZARZ. Warszawa, CODN 2005, s. 192; E. BRZEZIŃSKA: *Aktywizujące metody nauczania*. W: *Aktywne metody nauczania w szkole wyższej*. Red. M. JAROSZEWSKA, D. EKIERT-OLDROYD. Poznań, Wydawnictwo Nakom 2002, s. 43–46.

- dyskusja,
- wchodzenie w rolę,
- analizowanie i rozwiązywanie problemów,
- uczenie się w małych zespołach,
- projekt,
- stacje zadaniowe,
- portfolio (teczka),
- wizualizacja.

Dyskusja jest metodą, która umożliwia kształtowanie umiejętności aktywnego słuchania, prezentowania własnych argumentów i wyciągania wniosków. Przy stosowaniu tej metody wykorzystywane są techniki: debata „za i przeciw”, debata panelowa, dyskusja punktowana, metaplan, poker kryterialny, „sześć kapeluszy” według de Bono, akwarium. **Wchodzenie w rolę** jest metodą uczącą empatii, tolerancji, a jej technikami są gry i zabawy dydaktyczne, odgrywanie scenek, wszelkie techniki dramy, przeprowadzanie wywiadów i symulacja. Metoda **analizowania i rozwiązywania problemów** umożliwia ustalanie priorytetów i poszukiwanie rozwiązań. Najbardziej znanymi technikami tej metody są: „burza mózgów”, drzewo decyzyjne, procedura „U”, ranking diamentowy, studium przypadku, analiza SWOT. **Uczenie się w małych zespołach** daje możliwość uczenia się odpowiedzialności, współpracy i poszanowania cudzych poglądów. W ramach tej metody najczęściej stosuje się technikę śnieżnej kuli, sztafetę, puzzle czy plakat podsumowujący treść zajęć. **Projekt** – będący praktycznym wykorzystaniem wiedzy i umiejętności – rozwija twórcze myślenie, umiejętność podejmowania decyzji, planowania pracy, integrowania wiedzy z różnych dziedzin i prezentacji wyników. Uczy samodzielności (np. w doborze tematu czy sposobu jego realizacji) i rozwija współpracę pomiędzy uczestnikami biorącymi udział w realizacji zadania. Zawiera wiele metod i technik, wykorzystywanych zależnie od potrzeb uczestników oraz tematu, który jest podejmowany. **Stacje zadaniowe** są metodą, która polega na wyborze przez uczniów zadań z różnych dziedzin aktywności, związanych z określonym blokiem tematycznym, a zaproponowanych przez nauczyciela. Metoda ta kształtuje umiejętność wyszukiwania informacji i ich analizowania. Dobór technik jest uzależniony od rodzaju umiejętności, które mają być kształtowane. **Portfolio** daje możliwość kształtowania umiejętności wyszukiwania i gromadzenia informacji na określony temat. Sprzyja ponadto systematyczności. Metoda ta może być wykorzystywana w pracy indywidualnej lub grupowej. **Wizualizacja** umożliwia doskonalenie umiejętności zapamiętywania tekstu, rozumienia terminów i symboli. W ramach tej metody można wykorzystywać mapy myśli, mapy skojarzeń, ale również przygotowywać wystawy interaktywne, układać rebusy czy sporządzać plakaty³⁹. Technik aktywizujących jest wiele. W literaturze przedmiotu wymienia się następu-

³⁹ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 177.

jące: ale kino, analiza SOFT, analiza SWOT, argumenty „za i przeciw”, barometr nastroju, bazgroły, bezludna wyspa, burza mózgów, circept, czytanie według „5 kroków”, debata, drama, drzewko decyzyjne, dyskusja, dyskusja panelowa, dywanik pomysłów, dzienniczek uczenia się, eksperyment, graffiti, haki pamięciowe, informacja błyskawiczna, informacja zwrotna, inscenizacja, język fotografii, karuzela, klimat uczenia się, kolaż, konflikt w grupie, kosz i walizeczka, krąg wewnętrzny, list do siebie, mapa mózgu, mapa nieba, mapa skojarzeń, mądrala, memory, metoda 66, metoda tekstu przewodniego, metoda trójkąta, mowa ciała, myślące kapelusze, niemy dialog, otwarte ucho, pewnego razu..., piramida priorytetów, planowanie działań, podróż w świat wyobraźni, poker kryterialny, po nitce do partnera, priorytety uczenia się, procedura „U”, profil biegunowy, projekt, pytania do eksperta, rozmowa dydaktyczna, rozmowa kontrolowana, rozwiązywanie problemów, rybi szkielet, rybki w akwarium, smily, symulacja, „sześć – trzy – pięć”, szybkie czytanie, tarcza strzelecka, targ, technika grupy nominalnej, tort decyzyjny, twoje – moje argumenty, wędrujący pamiętnik, wystawa karykatur, wywiad z grupą, wywiad z partnerem, wzajemne odpytywanie się, zagadka kryminalna⁴⁰.

TABELA 2. Charakterystyka wybranych technik aktywizujących

Nazwa techniki	Opis
Analiza SWOT	Technika ta polega na przeciwstawianiu cech i poglądów na określony temat. Jej przykładem jest zabawa „Moje wady i zalety”.
Akwarium	Jest to jedna z technik dyskusji. Polega na pracy w dwóch koncentrycznych kręgach (wewnętrznym i zewnętrznym), przy czym krąg wewnętrzny ma możliwość prowadzenia dyskusji na określony temat, a osoby z kręgu zewnętrznego przysłuchują się i obserwują procesy zachodzące w grupie. Jeżeli ktoś z kręgu zewnętrznego chce uczestniczyć w dyskusji, zajmuje wolne krzesło w kręgu wewnętrznym. Następnie wraca na miejsce. Na zakończenie obserwatorzy odpowiadają na pytania zadane przez prowadzącego, np. „Kto był najbardziej aktywny w dyskusji?”, „Jakimi metodami osiągnięto porozumienie?” Technika ta sprzyja kształtowaniu umiejętności skutecznej komunikacji i aktywnego słuchania.
Burza mózgów (metoda Osborna, giełda pomysłów, jarmark pomysłów, fabryka pomysłów)	Jest to metoda poszukiwania i rozwiązywania problemów. Polega na podaniu grupie jednego problemu do rozstrzygnięcia w formie prostego pytania otwartego: „Jak...?” Zadaniem uczestników jest wskazanie jak największej liczby pomysłów (również niekonwencjonalnych) potrzebnych do rozstrzygnięcia tego problemu. Pomysł zapisuje się na tablicy. Nie przywiązuje się wagi do ich autorstwa.

⁴⁰ E. BRUDNIK, A. MOSZYŃSKA, B. OW CZARSKA: *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*. Kielce, OWN Oficyna Wydawnicza Nauczycieli 2003, s. 2–3; Por. K. RAU, E. ZIĘTKIEWICZ: *Jak aktywizować uczniów. „Burza mózgów” i inne techniki w edukacji*. Poznań, G&P Oficyna Wydawnicza 2000, s. 35–91.

cd. tab. 2

Debata panelowa	Jest to jedna z technik dyskusji. Polega na prowadzeniu dyskusji na określony temat przez grupę osób będących ekspertami, której przysłuchuje się grupa słuchaczy. Technika ta sprzyja formułowaniu poglądów i publicznemu ich wyrażaniu.
Drzewo decyzyjne	Jest to technika wizualnie prezentująca przebieg procesu myślenia, służąca kształtowaniu umiejętności podejmowania decyzji. Wizualizowane warianty rozwiązania problemu umożliwiają uczniowi dokonanie jak najlepszego wyboru, zarazem uniknięcie negatywnych konsekwencji złych wyborów.
Dyskusja punktowana	Technika ta polega na organizowaniu dyskusji określonej liczby osób, poddawanych jednocześnie ocenie. Pozostali uczniowie jedynie przysłuchują się prowadzonej dyskusji. Ocenie podlegają treści merytoryczne oraz zachowanie uczniów podczas dyskusji. Nauczyciel przydziela punkty na specjalnej karcie do punktowania. Technika ta zarówno umożliwia poznanie zasobów wiedzy ucznia, jak i kształtuje umiejętność logicznego i krytycznego myślenia oraz zbierania i werbalizowania argumentów, ponadto uczy szacunku do rozmówcy.
Kula śnieżna	Technika ta służy tworzeniu i definiowaniu pojęć. Wykorzystywana jest w pracy indywidualnej i w małych zespołach. Polega na przedstawieniu określonego problemu i zachęceniu do indywidualnego zastanowienia się nad nim. Następnie uczestników łączy się w pary i prosi o przedyskutowanie problemu oraz ustalenie wspólnego stanowiska. W kolejnym etapie pracują już grupy 4–8-osobowe. Na końcu następuje prezentacja wspólnie wypracowanego stanowiska. Technika ta uczy współdziałania i skutecznego porozumiewania się.
Metaplan	W tworzeniu metaplanu, będącego plastycznym zapisem dyskusji w formie plakatu, wykorzystuje się następujące kształty: chmurka (zapis tematu), owal (pomysły, problemy, pytania), koło (opis faktów) oraz prostokąt (wnioski). Plakat podzielony jest na kilka obszarów: „jak jest”, „jak powinno być”, „dlaczego nie jest tak, jak powinno”, „co zrobić, by tak było”. Zaletami tej techniki są m.in.: nauka współpracy, umiejętność spojrzenia na problem w sposób całościowy, nauka wnioskowania i zwięzłego formułowania myśli.
Ranking diamentowy (diamentowe uszeregowanie, karo)	Technika ta polega na hierarchicznym uszeregowaniu priorytetów (twierdzenia, cechy, zasady) w kształcie „karo”, począwszy od najistotniejszego. Uczy współpracy, kształtuje umiejętność podejmowania decyzji oraz osiągania porozumienia w grupie.
Symulacja	Technika ta polega na naśladowaniu rzeczywistości „na niby”. Sprzyja bezpiecznemu przeżywaniu trudnych sytuacji i ćwiczeniu reakcji w bezpiecznej sytuacji ćwiczeniowej. Służy doskonaleniu konkretnych umiejętności, zdobywaniu nowych doświadczeń i ich wykorzystywaniu. Koniecznym warunkiem prowadzenia zajęć techniką symulacji jest jej końcowe omówienie.

Każde nauczanie, a w szczególności nauczanie profilaktyczne winny cechować:

- konieczność twórczego podejścia do tematu, a nie jedynie schematyczna jego realizacja,
- nauczanie za pomocą metod aktywizujących, będących w opozycji do monologu nauczyciela,
- wykorzystywanie potencjału intelektualnego ucznia, jego doświadczeń, myśli, poglądów,
- umiejętność budowania grupy współpracującej, a nie rywalizującej, zachęcanie jej do współpracy,
- indywidualne podejście do uczniów, pozbawione tendencji obniżania lub podwyższania wymagań,
- umiejętność zauważania klimatu w klasie i dostosowywanie do niego zajęć,
- konieczność wskazywania mocnych stron uczestników, co sprzyja motywacji do uczestnictwa w zajęciach,
- wprowadzenie jasnych kryteriów oceny i bieżące udzielanie wyjaśnień⁴¹,
- konieczność współpracy z rodzicami, gdyż bez nich efekty podejmowanych działań mogą okazać się mizerne.

⁴¹ M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy...*, s. 53.

Rodzaje programów profilaktycznych

Zasady konstruowania programu

Rodzaje programów profilaktycznych a ich skuteczność

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz

Nadrzędnym celem oddziaływań profilaktycznych jest polepszenie standardów życia tak, by ograniczyć lub zredukować czynniki ryzyka, które mogą być przyczyną patologii i innych zachowań prowadzących do niedostosowania społecznego. Nim zatem zostanie opracowany program profilaktyczny, konieczne jest podjęcie decyzji na temat tego, jakie wartości ma on prezentować i jakie podstawowe koncepcje leżą u podłoża tych wartości¹. Wypracowano kilka strategii profilaktycznych, które różnią się między sobą założeniami teoretycznymi oraz rodzajem podejmowanych działań. Najbardziej popularne są wśród nich²:

1. **Programy informacyjne** – opierają się na założeniu, że dostarczenie rzetelnej wiedzy prowadzi do zmiany postaw. Działania tego rodzaju często są określane jako „nauczanie faktów”, a przekazywane odbiorcom informacje z reguły dotyczą przyczyn oraz bezpośrednich i odległych skutków zachowań dysfunkcyjnych. Oddziaływania profilaktyczne najczęściej mają formę prelekcji i wykładów, ilustrowanych zwykle materiałami audiowizualnymi, chociaż w ostatnim czasie model informacyjny jest coraz częściej realizowa-

¹ M. SZPRINGER: *Profilaktyka społeczna. Rodzina, szkoła, środowisko lokalne*. Kielce, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej 2004, s. 79.

² Z.B. GAŚ: *Profilaktyka uzależnień*. Warszawa, WSiP 1993; IDEM: *Profilaktyka w szkole*. W: *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*. Red. B. KAMIŃSKA-BUŚKO. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej 1997; H. SĘK: *Wybrane zagadnienia z psychoprofilaktyki*. W: *Spoleczna psychologia kliniczna*. Red. H. SĘK. Warszawa, PWN 1993; S.A. MAISTO, M. GALIZIO, G.J. CONNORS: *Uzależnienia. Zażywanie i nadużywanie*. Warszawa, Karan 2000.

ny poprzez umieszczanie treści edukacyjnych na billboardach, ulotkach lub w środkach masowego przekazu. Omawiane programy są najskuteczniejsze wobec małych dzieci, a ich skuteczność maleje wraz ze wzrostem wieku odbiorców, ze względu na następujące fakty:

- wiedza, zwłaszcza młodych ludzi, nie zawsze współgra z podejmowanymi działaniami, a uczenie się ma bardziej incydentalny niż intencjonalny charakter;
- model ten jest mało skuteczny w odniesieniu do osób z trudnościami w nauce, które stanowią jedną z grup wysokiego ryzyka;
- współcześnie zaleca się przechodzenie od jednostronnego przekazywania wiadomości do dwustronnej wymiany informacji, co zmusza odbiorców do przejścia od roli pasywnego słuchacza do aktywnego uczestnika, natomiast założenia omawianego modelu są dokładnie odwrotne;
- osoba dostarczająca informacji musi być wiarygodna, z czym wiąże się zagadnienie: jaki nadawca jest najbardziej skuteczny – rodzic, nauczyciel, rówieśnik czy ekspert; dotychczas prowadzone badania dostarczają różnych wyników, chociaż najczęściej skuteczność jest największa wtedy, kiedy zachowanie nadawcy pozostaje zgodne z głoszonymi przez niego treściami.

2. Programy afektywnej edukacji (ukierunkowane na wywoływanie uczuć)

– zmierzą do lepszego poznawania siebie, a tym samym do rozbudzania osobistego rozwoju. Działania profilaktyczne polegają na organizowaniu zajęć, podczas których młodzi ludzie mają możliwość rozmawiania o sobie i doświadczania swojej niepowtarzalności. U podstaw omawianych programów leży założenie, że wraz z pobudzeniem rozwoju osobowego, osłabieniu ulega ryzyko wystąpienia zachowań dysfunkcyjnych jednostki, ponieważ głównym celem odurzania się jest kompensacja niskiej samooceny lub braku umiejętności podejmowania decyzji. Podczas realizacji zajęć duża odpowiedzialność spoczywa na prowadzącym, gdyż to przede wszystkim jego wiedza i umiejętności decydują o tym, które działania i w jakim czasie będą preferowane. Dodatkowe utrudnienie polega na tym, iż podczas tego rodzaju interakcji mogą ujawniać się osobiste problemy poszczególnych uczestników, co obliuguje prowadzącego do podjęcia interwencji. Aby mógł on skutecznie radzić sobie w takich sytuacjach, musi sam wcześniej przejść właściwe przeszkolenie lub własną terapię.

3. Programy kompetencji społecznej – koncentrują się na tzw. psychologicznym uodpornianiu, czyli rozwijaniu u uczestników umiejętności funkcjonowania w różnorodnych sytuacjach społecznych, aby dzięki temu potrafili się przeciwstawiać negatywnej presji. Do umiejętności kształtowanych w ra-

mach oddziaływań profilaktycznych zalicza się najczęściej: asertywność, prezentowanie własnych opinii, wyrażanie życzeń i oczekiwań, nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów interpersonalnych. Brian R. Flay³ dodaje do nich także rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji, podwyższenie poczucia własnej wartości oraz radzenie sobie z lękiem i stresami bez środków uzależniających.

4. **Programy działań alternatywnych** – opierają się na założeniu, że można skutecznie zapobiegać dysfunkcyjnym zachowaniom młodzieży, poprzez stworzenie jej warunków do podejmowania działań alternatywnych wobec dewiacji, dających zadowolenie i sprzyjających rozwojowi społecznemu. Ze względu na cel tych działań, wyróżnia się cztery ich rodzaje:

- umożliwiające młodym ludziom podejmowanie niepraktykowanej dotąd, a jednocześnie społecznie akceptowanej aktywności;
- zaspokajające podstawowe potrzeby emocjonalne młodzieży;
- wzmacniające już istniejące uczestnictwo w aktywności alternatywnej;
- wspierające formalne i nieformalne grupy młodzieżowe w inicjowaniu akcji prospołecznych.

Konieczne jest zatem różnicowanie działań alternatywnych tak, aby odpowiadały specyficznym potrzebom młodych ludzi.

5. **Programy wczesnej interwencji** – koncentrują się na identyfikowaniu osób z grup wysokiego ryzyka i zapewnieniu im różnorodnych form pomocy w celu zapobiegania powstawaniu poważniejszych zaburzeń. Stephen E. Hunt⁴ charakteryzuje takie osoby jako jednostki przed 21. rokiem życia, u których występuje wysokie ryzyko rozwoju patologii z uwagi na fakt, że w ich zachowaniu pojawiły się już następujące objawy:

- wagary lub porzucenie szkoły,
- ciąża przedmałżeńska,
- życie w złych warunkach ekonomicznych,
- wychowywanie się w rodzinie patologicznej,
- doświadczanie przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej,
- współuczestniczenie w działaniach przestępczych lub w stosowaniu przemocy,
- dysfunkcje w zakresie zdrowia psychicznego,
- podjęcie próby samobójczej,

³ B.R. FLAY: *What we know about the social influences to smoking prevention: Review and recommendations*. In: *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents*. Eds. C. BELL, R. BATTJES. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse 1985.

⁴ S.E. HUNT: *Drug prevention curricula: A guide to selection and implementation*. Washington, Office of Education Research and Improvement 1988.

- utrzymywanie kontaktów z odurzającymi się rówieśnikami,
- doświadczenie – na skutek choroby lub urazu – bólu trwającego przez dłuższy czas.
Szczególnie podatne na zachowania dysfunkcjonalne są osoby:
 - wykazujące defekty w zakresie zdrowia somatycznego lub możliwości intelektualnych,
 - zmieniające szkołę w trakcie semestru lub roku szkolnego,
 - wybitnie uzdolnione, przechodzące awansem do klas wyższych, przy niższym od innych uczniów danej klasy poziomie dojrzałości psychicznej.

Należy pamiętać, że w programach o charakterze wczesnej interwencji nie jest możliwe powszechne stosowanie jednolitych form oddziaływań, ponieważ problemy doświadczane przez młodzież są bardzo zróżnicowane i zbyt ryzykowne byłoby twierdzenie, że jeden z nich bezpośrednio warunkuje inne. Oddziaływania profilaktyczne powinny rozpoczynać się od form stosunkowo mało ekspansywnych i czasochłonnych. Dopiero z upływem czasu można stopniowo zwiększać ich zakres i nasilenie. W systemie wczesnej interwencji preferuje się podejście proaktywne i pozytywne, kosztem reaktywnych i punitywnych. Podstawą skutecznego udzielania pomocy przez osobę prowadzącą jest jej wiarygodność, dlatego wszystkich uczestników zajęć obowiązują jednoznaczne role, poczucie odpowiedzialności oraz przestrzeganie przepisów i zasad.

Istnieją dwa rodzaje programów wczesnej interwencji – programy prowadzone przez profesjonalistów oraz tzw. programy rówieśnicze, w których pomoc i wsparcie zapewnia odpowiednio przygotowana młodzież.

Oprócz wymienionych powyżej rodzajów programów profilaktycznych Monika Szpringer⁵ wymienia dodatkowo jeszcze dwa typy działań o takim charakterze:

- **Programy zmian środowiskowych** – zorientowane są na identyfikację i zmianę tych społecznych i fizycznych czynników środowiskowych, które przyczyniają się do wystąpienia zachowań patologicznych. Wprowadzane modyfikacje mogą dotyczyć środowisk, w jakich występują zachowania patologiczne, bądź miejsc przebywania osób nieprzystosowanych społecznie. Podejmowane oddziaływania zakładają również zabezpieczenie ogółu społeczeństwa przed potencjalnie destrukcyjnymi zachowaniami osób nieprzystosowanych oraz zmianę postaw społecznych wobec tych osób.
- **Zmiany przepisów społecznych** – ukierunkowane są zwykle na całą społeczność lokalną. Najczęściej w ich ramach stosuje się następujące oddziaływania: zmiany przepisów prawnych i rozporządzeń lokalnych, ograniczenie dostępu do źródeł patologii, reklama społeczna.

⁵ M. SZPRINGER: *Profilaktyka społeczna...*, s. 78.

Badania skuteczności 127 programów profilaktycznych⁶ wykazało, że najgorsze efekty przyniosły programy informacyjne w formie godzinnych pogadanek, nieco więcej szans powodzenia miały programy alternatywne. O wiele skuteczniejsze okazały się programy kompetencji społecznej i afektywnej edukacji, ale najlepsze rezultaty, dają programy całościowe, w których jest miejsce na rodzinę, działania w grupie rówieśniczej i środowisku lokalnym.

Podobne wnioski sformułował Krzysztof Ostaszewski⁷, wymieniając kluczowe elementy programu profilaktycznego, decydujące o jego skuteczności. Są to:

- **Podstawy empiryczne i teoretyczne** – skuteczny program profilaktyczny powinien mieć precyzyjne uzasadnienie teoretyczne. W trakcie jego konstrukcji i wdrażania warto wykorzystać: (1) twierdzenia teorii psychospołecznych wyjaśniających ludzkie zachowania, (2) wiedzę o predyktorach występowania dysfunkcji w okresie rozwojowym i możliwościach ich modyfikowania, (3) wiedzę o czynnikach chroniących i sposobach ich wzmacniania, (4) wiedzę o specyficznych potrzebach rozwojowych adresatów programu.
- **Treść oparta na sprawdzonych strategiach** – zgodnie z wynikami badań najbardziej efektywne są programy wykorzystujące strategie: budowania odporności na negatywne wpływy społeczne, edukacji normatywnej oraz treningu umiejętności życiowych. Dobre rezultaty daje również tworzenie bardziej wszechstronnych programów łączących opisane strategie.
- **Interaktywne metody i odpowiednia intensywność zajęć** – nowoczesne strategie oddziaływań profilaktycznych wymagają stosowania interaktywnych metod oddziaływań. Wynika to z faktu, że tradycyjne metody edukacyjne oparte jedynie na wymianie i utrwalaniu informacji nie spełniają swojej funkcji, gdy w grę wchodzi uczenie i wzmacnianie nowych umiejętności czy kształtowanie norm. Istotną rolę odgrywa też odpowiednia intensywność oddziaływań – badania nad odroczonej w czasie efektami sugerują, że program powinien obejmować co najmniej 10–15 standardowych zajęć w pierwszym roku realizacji i około 5 zajęć uzupełniających w kolejnych dwóch latach.
- **Działania szkolno-środowiskowe** – dobre efekty przynosi łączenie edukacji profilaktycznej prowadzonej w szkole i społeczności lokalnej. Takie działania mają większą szansę powodzenia dzięki temu, że aktywizują jednocześnie indywidualne i społeczne mechanizmy pożądanych zmian.
- **Przygotowanie i motywacja realizatorów** – warunkiem sukcesu prowadzonych oddziaływań jest dobre przygotowanie realizatorów i zapewnienie im systemu wsparcia, zwłaszcza w przypadku osób, które nie prowadziły wcześniej zajęć z wykorzystaniem metod interaktywnych i udziałem różnych grup

⁶ Cyt. za: M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy...*

⁷ K. OSTASZEWSKI: *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar 2003, s. 119–121.

TABELA 3. Standardy jakości programów profilaktycznych

Informacja	Skuteczne sposoby komunikacji formalnej i nieformalnej między realizatorami, adresatami programów profilaktycznych i ich sponsorami
Niezawodność	Zdolność do wywiązywania się z przyjętych zobowiązań wobec odbiorców, profesjonalistów i sponsorów
Kompetencje	Profesjonalna wiedza i umiejętności oraz odpowiednie dla danej działalności standardy techniczne
Dostępność	Jasno określone kryteria kwalifikacyjne umożliwiające potencjalnym uczestnikom łatwe włączenie się w działania proponowane w ramach programu lub skorzystanie z konkretnych propozycji programowych
Zewnętrzny wizerunek	Jasna i przejrzysta wizytówka programu stanowiąca jednocześnie ofertę i reklamę prowadzonych działań
Elastyczność	Dostosowanie realizowanych działań i zadań do indywidualnych potrzeb odbiorców
Bezpieczeństwo i zaufanie	Zapewnienie odbiorcom ochrony ich prywatności, dyskrecja i respektowanie ich praw; jawność i dostępność regulaminu, przepisów, dokumentów, źródeł finansowania
Stosunek do odbiorców	Oparta na empatii, życzliwości i poszanowaniu indywidualności relacja z uczestnikami; respektowanie potrzeb i oczekiwań odbiorców
Różnorodność prowadzonych działań	Zapewnienie różnorodnych form oddziaływań profilaktycznych, przejrzystość poszczególnych elementów programu, kompatybilność pomiędzy poszczególnymi częściami projektu
Prawa klienta	Jawne procedury interwencyjne, jasno określone i przestrzegane normy pracy grupowej

ŹRÓDŁO: J. KOCZUROWSKA: *Standardy jakości programów profilaktycznych*. W: *Profilaktyka w środowisku lokalnym*. Red. E. ŚWIĄTKIEWICZ. Warszawa, Zakład Poligraficzny Le Graf 2002, s. 115–116.

społeczności docelowej. Prowadzenie zajęć przez osoby bez odpowiedniego przygotowania i motywacji może skutkować niepowodzeniami w realizacji oraz utratą szans na pożądane efekty.

- **Potrzeby grup mniejszościowych oraz grup zwiększonego ryzyka** – prawidłowo skonstruowany program profilaktyczny powinien uwzględniać występowanie różnic środowiskowych, kulturowych, religijnych, a także lokalnie zróżnicowanych zagrożeń i potrzeb w zakresie przedmiotu działań profilaktycznych. Ważne jest również zwracanie uwagi na te zagadnienia podczas szkoleń realizatorów, aby mieli oni świadomość, że oddziaływania profilaktyczne nie mogą być nastawione na ogólną populację.
- **Ewaluacja i monitorowanie** – poprawne przygotowanie programu profilaktycznego zakłada badanie jego skuteczności. Literatura przedmiotu sugeruje zastosowanie schematu badawczego typu „pretest – posttest”, grupy kontrolnej i behawioralnych wskaźników skuteczności. Choć przestrzeganie tych zasad w praktyce jest trudne, warto starać się je zastosować w procedurze planowania i wdrażania programu.

Na etapie planowania i realizacji programu profilaktycznego warto również pamiętać o standardach jakości zestawionych w tabeli 3.

Etapy konstruowania programu profilaktycznego

Konstruowanie programu profilaktycznego jest procesem długotrwałym, wymagającym znajomości potrzeb społeczności lokalnej, w której planowane działania będą realizowane. Zgodnie z propozycją M. Szpringer⁸ proces konstruowania programu można podzielić na 10 faz, ukierunkowanych na odrębne cele:

- Faza I – diagnoza potrzeb danej społeczności lokalnej w zakresie profilaktyki.
- Faza II – sformułowanie stwierdzeń problemowych, czyli określenie filozofii profilaktyki, roli lokalnych uwarunkowań społecznych oraz podstaw prawnych wszelkich działań o charakterze profilaktycznym.
- Faza III – określenie celów opracowywanego programu.
- Faza IV – opracowanie zadań, co następuje poprzez przełożenie celów na kolejne działania etapowe.
- Faza V – przełożenie zadań na konkretne kroki, które będą realizowane w ramach tworzonego programu.
- Faza VI – ustalenie źródeł ludzkich, materialnych i finansowych warunkujących sprawną realizację programu oraz określenie ich dostępności w społeczności lokalnej.
- Faza VII – określenie źródeł (pomoc techniczna, wsparcie szkoleniowe) spoza społeczności lokalnej niezbędnych do realizacji programu.
- Faza VIII – ustalenie kryteriów oceny (ewaluacji), która będzie prowadzona w trakcie realizacji programu, oraz podjęcie decyzji dotyczącej strategii pomiaru i zakresu niezbędnej pomocy z zewnątrz.
- Faza IX – ustalenie potencjalnych ograniczeń i trudności, jakie mogą wystąpić w trakcie realizacji programu.
- Faza X – określenie finalnego planu działania.

Dodatkowo na etapie konstruowania programu można zaplanować formy oddziaływań, które będą wykorzystane w trakcie jego realizacji. Według M. Szpringer⁹ należą do nich:

- wolontariat – forma działania indywidualnego lub grupowego, ukierunkowanego na udzielanie wsparcia lub świadczenie usług dla innych bez pobierania wynagrodzenia;

⁸ M. SZPRINGER: *Profilaktyka społeczna...*, s. 80.

⁹ Ibidem, s. 81

- sieć – poszukiwanie lub podtrzymywanie kontaktów angażujących jednostki i organizacje chętne do współpracy w ramach działalności profilaktycznej;
- wywieranie wpływu – proces komunikacji między osobą w organizacji upoważnioną do podejmowania decyzji a grupą, która stara się modyfikować te decyzje; strategia szczególnie użyteczna dla realizatorów programu profilaktycznego organizujących kampanie o charakterze politycznym lub społecznym;
- mobilizacja społeczności – proces mający na celu zachęcenie członków społeczności do identyfikacji potrzeb wewnątrzśrodowiskowych i aktywnego angażowania się w rozwiązywanie problemów związanych z występowaniem określonej patologii.

Ważnym miejscem, w którym organizuje się działania profilaktyczne jest szkoła. Reforma systemu edukacji w Polsce wprowadziła obowiązek posiadania przez szkołę następujących dokumentów, które sprzyjają konsekwentnemu realizowaniu misji szkoły:

- szkolny program wychowania – opisujący wypracowane przez nauczycieli, rodziców i uczniów cele oraz strategie wychowawcze realizowane w szkole;
- szkolny program nauczania – obejmujący treści nauczania niezbędne do wypełnienia misji szkoły i osiągnięcia celów wychowawczych;
- szkolny system oceniania – umożliwiający uczniom branie odpowiedzialności za własny rozwój i dojrzewanie;
- szkolny program profilaktyki – wspomagający wychowanie i nauczanie w kontekście przyjętych celów.

Szkolny program profilaktyki jest zatem dokumentem, który obligatoryjnie musi posiadać każda placówka. Zasady i etapy konstruowania takiego programu określił Zbigniew B. Gaś¹⁰. Jego propozycja nie stoi w sprzeczności z opisanym powyżej modelem, ale raczej go uzupełnia. Zgodnie z nią w konstruowaniu szkolnego programu profilaktyki można wyróżnić następujące fazy:

1. **Faza wstępnej identyfikacji** – jej celem jest wyizolowanie, nazwanie oraz ukazanie w szerszym kontekście teoretycznym objawów niepokojących wychowawców i sugerujących istnienie trudności oraz zagrożeń. W jej ramach wyodrębnić można trzy etapy:
 - **Identyfikacja objawów** – warunkiem identyfikacji jakiegoś zachowania jako dysfunkcjonalnego jest odniesienie go do norm prawidłowego rozwoju i zdrowego funkcjonowania człowieka.
 - **Verbalizacja problemu** (nazwanie problemu, którego rozwiązanie będzie możliwe dzięki działaniom profilaktycznym) – nazwanie problemu pozwala na uwolnienie się do zjawiska etykietowania osób dysfunkcyjnych, a także umożliwia koncentrację na mechanizmie dysfunkcji oraz na czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących.

¹⁰ Z.B. GAŚ: *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja. Poradnik metodyczny*. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu 2003, s. 33–38.

- **Teoretyczna perspektywa rozumienia problemu** – do pełnego zrozumienia istoty trudności oraz szczegółowego zaplanowania procesu diagnostycznego konieczne jest określenie koncepcji teoretycznej wyjaśniającej naturę obserwowanej dysfunkcji i potencjalne możliwości przeciwdziałania; określenie perspektywy teoretycznej jest również ważne przy doborze specjalistów, którzy będą prowadzić działania profilaktyczne.
- 2. **Faza diagnozy sytuacji szkolnej** – jej celem jest możliwie pełne oszacowanie tych przejawów funkcjonowania uczniów, nauczycieli i rodziców, które są istotne dla poznania etiologii dysfunkcji i zaprojektowania działań zaradczych. Na fazę tę składają się następujące etapy działań:
 - **Identyfikacja populacji przeznaczonej do diagnozy** – na tym etapie należy odpowiedzieć na pytania, o to kogo objąć badaniami oraz jak liczna powinna być badana grupa, by uzyskać wiarygodne dane.
 - **Dobór narzędzi diagnostycznych** – powinien być dokonywany z uwzględnieniem trzech aspektów: rodzaju proponowanych metod, ich zgodności z przyjętą koncepcją teoretyczną oraz ich wartości psychometrycznej.
 - **Realizacja procedury diagnostycznej** – badania diagnostyczne powinny prowadzić osoby kompetentne oraz wiarygodne dla badanych.
 - **Analiza wyników badań** – uzyskany materiał należy poddać analizom ilościowym i jakościowym; taka procedura zapobiega intuicyjnym szacunkom i wycinkowym analizom.
 - **Werbalizacja zaleceń dla SPP** – zidentyfikowane prawidłowości funkcjonowania diagnozowanych osób lub grup muszą zostać przełożone na postulaty, jakie powinny być uwzględnione przy konstruowaniu SPP, zgodnie ze schematem: uzyskane wyniki – stwierdzone prawidłowości – zalecenia dla SPP.
 - **Faza konceptualizacji szkolnego programu profilaktyki** – jej celem jest ostateczne skonstruowanie SPP. Obejmuje ona pięć szczegółowych etapów:
 - **Określenie celu SPP** – cel powinien być mierzalny, oparty na przyjętych założeniach teoretycznych, wykorzystujący zalecenia płynące z przeprowadzonej diagnozy, uwzględniający przejawy dysfunkcyjności poszczególnych osób i grup.
 - **Określenie zadań SPP** – zadania zrealizowane przez właściwe osoby lub grupy umożliwiają osiągnięcie celu programu; jednoznaczne sformułowanie zadań jest warunkiem wyznaczenia osobistej odpowiedzialności realizatorów i uczestników działań profilaktycznych.
 - **Określenie struktury i treści SPP:**
 - wskazane jest, by programem zostały objęte wszystkie osoby tworzące środowisko szkolne (profilaktyka środowiskowa),
 - w programie działań profilaktycznych powinny zostać uwzględnione możliwie wszystkie najważniejsze strategie (działania informacyjne, edukacyjne,

alternatywne, interwencyjne oraz zmiany środowiskowe i zmiany przepisów społecznych),

- szczególną uwagę należy zwrócić na to, jakie treści profilaktyczne, komu, kiedy, przez kogo i w jaki sposób będą przekazywane (treści profilaktyczne w ramach obowiązkowego programu nauczania, standardowe programy profilaktyczne, autorskie programy profilaktyczne).
- **Określenie sposobu realizacji SPP** – ten etap obejmuje ustalenie harmonogramu i terminów realizacji poszczególnych przedsięwzięć (w perspektywie roku szkolnego i poziomów nauczania).
- **Określenie strategii ewaluacyjnej SPP** – na tym etapie trzeba ustalić, czy będzie to ewaluacja wewnątrzszkolna (prowadzona przez osoby zaangażowane w tworzenie i realizację programu), czy zewnętrzna (prowadzona przez zewnętrznych ewaluatorów), czy mieszana (prowadzona przez zespół wewnętrznych ewaluatorów kierowany przez zewnętrznego specjalistę); wskazane jest także zaplanowanie sposobu upublicznienia wyników ewaluacji. W strategii ewaluacyjnej powinny zostać uwzględnione wszystkie elementy programu profilaktycznego:
- zasoby używane w trakcie realizacji programu: realizatorzy, niezbędne pomoce i materiały, nakłady finansowe, formalne i nieformalne kontakty interpersonalne;
- zastosowanych strategii oddziaływań profilaktycznych;
- wyniki bezpośrednie, możliwe do zaobserwowania niezwłocznie po zakończeniu programu, tj. zmiany postaw i zachowań uczestników;
- wyniki odroczone, czyli zmiany obserwowane w funkcjonowaniu psychospołecznym uczestników oddziaływań profilaktycznych co najmniej rok po zakończeniu programu.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że szkolna profilaktyka – realizowana w różny sposób – może mieć charakter¹¹:

- samodzielnych programów profilaktycznych, niezależnych od realizowanego programu nauczania, zorientowanych na specyficzne cele i zadania;
- działań zintegrowanych z programem szkolnym, wykorzystujących obowiązkowy program do promowania i rozwijania zdrowia psychospołecznego;
- działań incydentalnych, będących odpowiedzią na konkretne zdarzenia zachodzące w szkole lub środowisku lokalnym.

Każdy program profilaktyczny konstruowany dla danej społeczności szkolnej musi odpowiadać jej specyficznym potrzebom, jednak najczęściej tego typu programy obejmują następujące bloki tematyczne¹²:

- **Blok integracyjny** – zawiera ćwiczenia umożliwiające lepsze poznanie się uczestników zajęć oraz tworzenie pozytywnych norm grupowych.

¹¹ IDEM: *Profilaktyka w szkole...*, s. 35.

¹² M. SZPRINGER: *Profilaktyka społeczna...*, s. 94.

- **Blok „jaki jestem”** – umożliwiający tworzenie adekwatnej samooceny.
- **Blok dotyczący zdrowotnych i psychospołecznych konsekwencji zachowań ryzykownych** – uwzględnia treści związane z używaniem i nadużywaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, agresji, wczesnej aktywności seksualnej itp.
- **Blok dotyczący umiejętności psychologicznych**, takich jak: umiejętność radzenia sobie ze stresem, podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów itp.
- **Blok dotyczący umiejętności społecznych**, takich jak: umiejętność budowania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z presją grupy itp.

Choć każdy członek społeczności szkolnej jest po części odpowiedzialny za realizację szkolnego programu profilaktyki, znaczna część tej odpowiedzialności spoczywa na pedagogu / psychologu szkolnym. Szkolny program profilaktyki obejmuje następujące zadania realizowane przez pedagoga / psychologa¹³:

- **Selekcja i wdrażanie programu** – pedagog / psycholog jest odpowiedzialny za gromadzenie informacji o różnych istniejących programach profilaktycznych, ponieważ to od niego zależy wybór programu najbardziej odpowiedniego w danej sytuacji oraz jego ewentualna adaptacja do warunków szkolnych, aby uczniowie, nauczyciele i rodzice otrzymali potrzebną im pomoc.
- **Konsultowanie** – zadaniem pedagoga / psychologa jest pomaganie nauczycielom i rodzicom w lepszym rozumieniu potrzeb psychologicznych dzieci i młodzieży, procesów rozwoju i dojrzewania, znaczenia umiejętności radzenia sobie z problemami, a tym samym tworzenie właściwych warunków dla indywidualnego rozwoju uczniów.
- **Modelowanie** – psycholog / pedagog musi mieć świadomość, że dostarcza wzorców postępowania zarówno uczniom, jak i dorosłym pracownikom szkoły, z uwagi na fakt, iż uczenie się przez obserwację jest jednym z najważniejszych sposobów przyswajania nowych zachowań.
- **Poradnictwo dla rodziców** – do obowiązków pedagoga / psychologa należy zapoznanie rodziców z realizowanymi w szkole programami profilaktycznymi, praca na rzecz usprawniania komunikacji między dziećmi a rodzicami oraz włączenie rodziców w programy pomocowe dla młodzieży.
- **Ewaluowanie programów profilaktycznych** – pedagog / psycholog powinien również opisywać, badać i oceniać efekty realizowanych przez szkołę programów profilaktycznych.

¹³ Z.B. GAŚ: *Profilaktyka w szkole...*

Profilaktyczne strategie zapobiegania wybranym zachowaniom problemowym

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz
Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Skuteczne działania profilaktyczne koncentrują się na wzmacnianiu czynników chroniących i eliminowaniu lub osłabianiu czynników ryzyka. W środowisku szkolnym działania te powinny być adresowane do całej społeczności, czyli do uczniów, rodziców, nauczycieli oraz innych osób zatrudnionych w szkole. Powinny być ukierunkowane na jednostkę oraz na środowisko społeczne. Stosowane strategie profilaktyczne muszą być dobrane odpowiednio do wieku, rodzaju problemów i stopnia zagrożenia.

Elementami programów profilaktycznych są:

- **Naukowe podstawy** – programy profilaktyczne oparte są na wiedzy dotyczącej czynników ryzyka, czynników chroniących i sposobów ich wzmacniania, potrzeb rozwojowych odbiorców oraz psychospołecznych teorii tłumaczących mechanizmy zachowania.
- **Sprawdzone strategie** – programy profilaktyczne łączą różne strategie, stosując spiralny układ treści.
- **Różne kanały oddziaływań** – do działań profilaktycznych włączane są różne grupy odbiorców: uczniowie, rodzice, nauczyciele, społeczność lokalna, liderzy młodzieży.
- **Interaktywne metody** – w ramach programów profilaktycznych stosuje się metody motywujące do podejmowania aktywności własnej.
- **Odpowiednia intensywność zajęć** – co najmniej 10–15 standardowych zajęć organizowanych jest w pierwszym roku i po około 5 zajęć uzupełniających w kolejnych dwóch latach.
- **Przygotowanie i motywacja realizatorów.**
- **Uwzględnianie potrzeb dzieci i młodzieży z grup zwiększonego ryzyka** – w programach profilaktycznych brano pod uwagę różnice środowiskowe, kulturowe, religijne oraz uwzględniano lokalnie zróżnicowane zagrożenia i potrzeby.
- **Ewaluacja i monitorowanie** – w programach profilaktycznych zastosowano ewaluację procesu i ewaluację wyników, wykorzystywano schemat badawczy „pretest – posttest”¹⁴.

¹⁴ K. OSTASZEWSKI: *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych*. W: B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, PWN 2007, s. 508–509.

Profilaktyka uzależnień

W profilaktyce uzależnień wyróżniamy strategie wiodące i uzupełniające. Do **strategii wiodących** zalicza się:

- **pracę z rodzicami** – wzmacnianie więzi między rodzicami a dziećmi, przekazywanie informacji, wzmacnianie umiejętności wychowawczych, aktywne włączanie do zajęć;
- **pracę z mentorami** – rolę mentora może pełnić nauczyciel, inna osoba dorosła, przyjaciel, starszy brat, starsza siostra; zadaniem mentora jest udzielanie wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego, informowanie, doradzanie oraz udzielanie informacji zwrotnych;
- **rozwijanie umiejętności życiowych**, m.in. podejmowania decyzji, konstruktywnego rozwiązywania problemów, budowania pozytywnego obrazu samego siebie, samokontroli, radzenia sobie ze stresem i lękiem itp.;
- **edukację normatywną** – kształtowanie i wzmacnianie norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych;
- **budowanie więzi ze szkołą i społecznością lokalną** – kształtowanie więzi ze środowiskiem, co warunkuje prawidłowy przebieg procesów socjalizacyjnych.

Strategie uzupełniające obejmują:

- **przekazywanie informacji**, głównie o psychospołecznych skutkach stosowania używek;
- **organizację czasu wolnego** – atrakcyjne formy spędzania czasu wolnego warunkują uczenie się konstruktywnych sposobów zaspokajania osobistych potrzeb;
- **kształtowanie odporności na wpływy społeczne** – uświadamianie różnych form nacisku społecznego oraz kształtowanie umiejętności radzenia sobie z nimi;
- **edukację rówieśniczą** – modelowanie właściwych postaw i zachowań prozdrowotnych przez znaczących rówieśników.

Profilaktyka agresji

Do działań mających na celu zapobieganie agresji i przemocy najczęściej zalicza się następujące strategie¹⁵:

- **„Przekonania normatywne”** – kwestionowanie nieprawidłowych norm, przekonań i oczekiwań społecznych (np. wszyscy są agresywni) poprzez konfrontowanie ich ze stanem faktycznym i budowanie na tej podstawie norm, przekonań i oczekiwań prawdziwych i pozytywnych.

¹⁵ Agresja i przemoc w szkolnych działaniach profilaktycznych. Poradnik metodyczny dla nauczycieli. Warszawa, MENiS, 2004.

- **„Osobiste postanowienia”** – motywowanie uczniów do podejmowania osobistych i kontrolowanych tylko przez siebie postanowień dotyczących ważnych wyborów życiowych, co wzmacnia samoocenę, poczucie odpowiedzialności i samokontrolę.
- **„Kształtowanie systemu wartości”** – odkrywanie, nazywanie i przyjmowanie przez młodych ludzi wartości mających dla nich największe znaczenie, co zabezpiecza młodych ludzi przed ryzykiem podejmowania zachowań naruszających cenne wartości, takie jak zdrowie, życie.
- **„Informowanie o realnych konsekwencjach”** – przekazywanie informacji o realnych szkodach oraz bezpośrednich i odległych skutkach podejmowania zachowań destrukcyjnych.
- **„Uczenie konstruktywnego odmawiania”** – kształtowanie umiejętności radzenia sobie z presją i naciskiem innych osób czy grupy do podejmowania zachowań destrukcyjnych.
- **„Alternatywne sposoby życia”** – wskazywanie innych, alternatywnych sposobów spędzania czasu oraz inspirowanie do aktywności i rozwijania zainteresowań.
- **„Wyznaczanie celów”** – określanie konkretnych, krótkoterminowych wymagań oraz motywowanie do osiągnięć.
- **„Uczenie podejmowania decyzji”** – zwiększanie zdolności do podejmowania racjonalnych decyzji oraz dokonywania przemyślanych wyborów.
- **„Zwiększanie poczucia własnej wartości”** – odkrywanie sposobów radzenia sobie z negatywnym stosunkiem do samego siebie w celu zwiększenia poczucia własnej wartości.
- **„Umiejętność opanowania stresu”** – doskonalenie umiejętności zaradczych w sytuacjach frustracji i stresu.
- **„Dostępność pomagania”** – zwiększanie wiedzy o dostępnych miejscach i formach pomocy oraz możliwościach pozyskiwania wsparcia społecznego.
- **„Nabywanie umiejętności społecznych”** – rozwijanie zdolności do nawiązywania pozytywnych kontaktów interpersonalnych.

Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych

Programy profilaktyczne mające na celu redukcję ryzykownych zachowań seksualnych powinny być konstruowane i realizowane stosownie do potrzeb osób w nich uczestniczących.

Każdy program profilaktyczny z tego zakresu winien realizować następujące zadania:

- określenie najważniejszych osób w danym środowisku,
- zawarcie umowy dotyczącej współpracy (z najważniejszymi osobami w danym środowisku, z potencjalnymi liderami grup rówieśniczych, z instytucjami umożliwiającymi uzyskanie potrzebnych środków),

- przeprowadzenie szkolenia zespołu,
- prowadzenie programu pod kontrolą osoby nadzorującej,
- ewaluacja¹⁶.

Program profilaktyki w zakresie ryzykownych zachowań seksualnych powinien obejmować następujące etapy:

- **psychoedukacja w zakresie bezpiecznych i ryzykownych zachowań seksualnych**,
- **podjęcie zobowiązania** – kształtowanie umiejętności przewidywania konsekwencji i planowania podjęcia współżycia,
- **trenowanie umiejętności ograniczania ryzykownych sytuacji** – rozwijanie umiejętności unikania ryzykownych sytuacji i radzenia sobie z nimi,
- **trenowanie asertywności komunikacyjnej i seksualnej** – umiejętność przeciwstawiania się presji ze strony innych oraz nalegania na stosowanie antykoncepcji,
- **trenowanie umiejętności związanych ze stosowaniem środków antykoncepcyjnych**,
- **samowzmacnianie i poszukiwanie wsparcia** – podtrzymywanie praktykowania bezpiecznych zachowań seksualnych i nakłanianie do tego innych,
- **radzenie sobie z nawrotami ryzykownych zachowań seksualnych**¹⁷.

W szkole przewiduje się realizację – w zależności od potrzeb – następujących programów profilaktycznych¹⁸:

- **Cukierki** (fundacja HOMO HOMINI): program wczesnej profilaktyki uzależnień, przemocy i rozwijania umiejętności życiowych, przeznaczony dla dzieci klas I–III szkół podstawowych oraz starszych grup przedszkolnych.
- **Dziękuję – nie** (autorzy: Stefan Mieszalski, Mirosław Szymański, Ewa Morawska, Jacek Morawski): program profilaktyki uzależnień dla klas IV–VI szkoły podstawowej i gimnazjum.
- **Spójrz inaczej** (autorzy: Andrzej Kołodziejczyk, Ewa Czerniewska, Tomasz Kołodziejczyk): program rozwijania osobowości i przystosowania społecznego dla różnych typów szkół.
- **Spójrz inaczej na agresję** (autorzy: Andrzej Kołodziejczyk, Ewa Czerniewska, Tomasz Kołodziejczyk): program profilaktyki agresji i przemocy przeznaczony dla klas VI szkół podstawowych oraz gimnazjum.
- **Trzeci Elementarz, Czyli Program Siedmiu Kroków** (PARPA): program profilaktyki uzależnień z elementami treningu umiejętności życiowych dla uczniów w wieku 12–17 lat.

¹⁶ A. CARR: *Program szkolnej profilaktyki...*, s. 27–30.

¹⁷ Ibidem, s. 38–60.

¹⁸ www.ore.edu.pl [data dostępu: 21.09.2011]; por. J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne...*, s. 91–99.

- **Trzy koła** (autorzy: Barbara Wolniewicz-Grzelak, Edyta Boguszewska-Ogłoblin, Alicja Nowakowska): program wychowawczo profilaktyczny przeznaczony dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum.
- **Jak żyć z ludźmi** (autor opracowania wersji polskiej: Alicja Kobiałka): program z zakresu rozwijania umiejętności interpersonalnych dla różnych grup wiekowych.
- **Zanim spróbujesz** (autorzy: Barbara Jakubowska, Zofia Sobolewska, Alicja Pacewicz): program psychoedukacyjny dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych.
- **Tak czy nie** (autor: Witold Skrzypczyk): program edukacyjno-treningowy z zakresu profilaktyki uzależnień przeznaczony dla uczniów klas I–II gimnazjum oraz szkół ponadpodstawowych.
- **Spotkania** (autor: Jolanta Koczurowska): program edukacyjno–wychowawczy przeznaczony dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych.
- **Pion, czyli Płciowość i odpowiedzialność nastolatków** (fundacja HOMO HOMINI): program wychowawczy mający na celu kształtowanie odpowiedzialności w sferze seksualnej, przeznaczony dla uczniów gimnazjum.
- **Wyspa skarbów** (autor: Szymon Grzelak): program profilaktyczny wspomagający rozwój psychoseksualny przeznaczony dla uczniów gimnazjum i liceum.

Działania profilaktyczne podejmowane przez szkołę powinny być zintegrowane z działaniami prowadzonymi w tym zakresie w środowisku lokalnym, ponieważ we wszystkich społecznościach istnieją instytucje i organizacje (np. ośrodki pomocy społecznej, sądy rodzinne, powiatowe centra pomocy rodzinie, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, gminne i miejskie ośrodki kultury, placówki służby zdrowia), które ze względu na specyfikę swojej pracy realizują zadania z zakresu profilaktyki. Według założeń współczesnej profilaktyki instytucje te mają ze sobą współpracować w ramach koalicji, w której szkoła stanowi jedno z ogniw¹⁹.

¹⁹ Z.B. GAŚ: *Profilaktyka w szkole...*, s. 54; J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne...*, s. 50.

**PROPOZYCJE
PRAKTYCZNO-METODYCZNE:
BLOKI TEMATYCZNE**

BLOK INTEGRACYJNY

Kłębowisko¹

Cel: zabawa, budowanie zaufania w grupie.

Przebieg: Prowadzący prosi, by uczestnicy stanęli w kręgu, zamknęli oczy, a następnie wyciągnęli ręce przed siebie. Zbliżając się do środka, mają za zadanie chwycić czyjeś dłonie (jedną dłonią chwytają czyjąś dłoń, drugą – dłoń kogoś innego). Prowadzący prosi o otwarcie oczu i rozplątanie kłębowiska bez puszczenia trzymanyh dłoni.

„Kim jesteś?”²

Cel: lepsze poznanie się poszczególnych członków grupy, doskonalenie różnych form komunikacji w grupie.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na pary. Każda para przeprowadza między sobą wywiad, by dowiedzieć się jak najwięcej na temat partnera (wywiad trwa około 10 minut). Następnie osoba A staje za plecami osoby B, która siedzi, i wciela się w nią, opowiadając o niej w pierwszej osobie, wykorzystując dane uzyskane podczas wywiadu. W dalszej części następuje zamiana. Na zakończenie prowadzący może zadać dodatkowe pytania:

- *Czy słuchalibyście partnera dokładniej, gdybyście wiedzieli, jak będzie wyglądał drugi etap?*
- *Jakie były wasze odczucia, gdy na chwilę staliście się drugą osobą z pary?*
- *Czy słuchając, wasz partner udzielał informacji zwrotnej, by upewnić się, czy dobrze zrozumiał przekaz?*
- *W jaki sposób przekazywaliście informacje partnerowi?*

Podanie dłoni lub pokłon³

Cel: wzajemne poznawanie się poszczególnych członków grupy.

Pomoc: plakat z wypisanymi różnego rodzaju gestami powitalnymi (opcjonalnie).

Przebieg: Prowadzący rozmawia z uczestnikami na temat powitalnych gestów różnych narodów, zapowiadając, że za chwilę będą je wykorzystywać w ćwiczeniu. Brane są pod uwagę następujące gesty:

- Chiny: lekki pokłon ze skrzyżowanymi na piersiach ramionami;
- Francja: podanie dłoni i pocałunek w oba policzki;
- Rosja: objęcie i trzy pocałunki w policzki;
- Eskimosi: pocieranie nosami;

¹ M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy*. Warszawa, Toret 2000, s. 123; M. JACHIMSKA: *Grupa bawi się i pracuje. Zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych*. Wałbrzych, Oficyna Wydawnicza UNUS 1994, s. 103.

² Na podstawie: M. WOODCOCK: *Podręcznik doskonalenia pracy zespołowej*. Radom, Ośrodek Kształcenia i Doskonalenia Kadr Instytutu Technologii Eksploatacji 1997, s. 127.

³ K.W. VOPEL: *Zabawy, które łączą. Otwartość i zaufanie w początkowej fazie istnienia grupy*. Kielce, Wydawnictwo „Jedność” 2001, cz. 1, s. 18.

- Indie: lekki ukłon, złożone dłonie trzymane są przy tym na wysokości czoła;
- Japonia: lekki pokłon, ramiona i dłonie blisko ciała;
- Hiszpania: pocałunek w oba policzki, ręce położone na ramionach partnera;
- Niemcy: podanie dłoni, patrzenie w oczy partnerowi;
- Malezja: lekkie uściśnięcie dłoni partnera obiema rękami, przy czym dotykają się one tylko koniuszkami palców.

Po omówieniu poszczególnych gestów grupa ustawia się w kręgu. Jeden z uczestników wchodzi do środka, podaje swoje imię i wita się z osobą, która stoi po jego prawej stronie, wykorzystując jeden z wybranych sposobów, a następnie przechodzi dalej zgodnie z kierunkiem wskazówek zegara i wita pozostałych członków grupy. Za każdym razem może na nowo zdecydować, jakim gestem chce powitać swojego partnera, jednak każdorazowo musi wymienić swoje imię. Powitana osoba również podaje swoje imię. W kolejnej rundzie do środka kręgu wchodzi osoba, która stała po prawej stronie pierwszego uczestnika i wykonuje te same czynności. Liczba powtórzeń jest dowolna i zależy od prowadzącego.

Wymyślanie historyjek

Cel: trening twórczości, wzajemne poznawanie się uczestników zajęć.

Przebieg: Prowadzący dzieli uczestników na pary. Partnerzy w parach przez 5 minut przedstawiają się po imieniu i rozmawiają na następujące tematy:

- Skąd wzięło się ich imię, kto je nadał, czy znają inne osoby o tym samym imieniu?
- Czy znają kogoś sławnego, kto nosi to samo imię?
- Jakie nastawienie do życia wyrażają lub zawierają w sobie imiona osób z danej pary?

Następnie prowadzący zapowiada zadanie właściwe – każdy uczestnik wymyśla historyjkę, której główny bohater nosi jej imię, i opowiada ją partnerowi z pary (około 5 minut dla każdej z osób). Partner, słuchając, ma za zadanie odpowiedzieć na pytanie, jak osoba, która opowiada taką historię, podchodzi do życia. Po zakończeniu fazy opowiadania osoby z pary udzielają sobie informacji zwrotnej. Następnie cała grupa ponownie siada w kręgu i każdy kolejno przedstawia swojego partnera – zwraca uwagę nie na treść usłyszaną historii, ale na określenie cech charakteru opowiadającego.

„A kto urodził się w maju...”⁴

Cel: rozgrzewka, przełamanie zahamowań pojawiających się w początkowej fazie pracy grupy.

Pomoce: kartka dla prowadzącego z wypisanymi propozycjami poleceń dla grupy.

⁴ Ibidem, s. 60.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników, by usiedli w kręgu, i wyjaśnia, że będzie wymieniał szereg cech. Osoba która należy do wymienionej grupy, ma za zadanie wstać ze swojego miejsca i wykonać to, co polecił prowadzący, następnie ponownie usiąść na krześle. (np.: *Kto ma brata, niech strzeli kilka razy palcami!*). Ćwiczenie powinno być przeprowadzone w dosyć szybkim tempie. Oto propozycje zdań do przeczytania przez prowadzącego:

1. *Kto ma niebieskie oczy, ten mruga trzy razy powiekami!*
2. *Kto jest wyższy niż metr siedemdziesiąt, ten woła bardzo głośno „King Kong”!*
3. *Kto ma samogłoski „I” i „A” w swoim imieniu, ten woła głośno „IA”!*
4. *Kto dzisiaj w domu zjadł dobre śniadanie, ten głaska się po brzuchu!*
5. *Kto urodził się w maju, ten chwytą dowolną osobę za rękę i tańczy z nią jeden raz wkoło.*
6. *Kto kocha psy, niech trzy razy zaszczeka!*
7. *Kto kocha koty, niech trzy razy zamiauczy!*
8. *Kto ma dzisiaj na sobie coś czerwonego (niebieskiego, żółtego...), niech powie swojemu sąsiadowi po prawej stronie, że nigdy nie lubił takiej fryzury, jaką on nosi!*
9. *Kto ma zamężną siostrę, niech powie swojemu sąsiadowi po lewej stronie, że to nikogo nie obchodzi!*
10. *Kto dodaje do kawy mleko i cukier, niech zagładnie teraz pod swoje krzesło!*
11. *Kto kiedykolwiek zapalił papierosa, niech krzyknie głośno: „Zaprzeczam”!*
12. *Kto ma brązowe oczy, niech wykona przed pozostałymi osobami w kole głęboki pokłon!*
13. *Kto ma piegi, niech przebiegnie jeden raz na zewnątrz koła!*
14. *Kto jest zamężny / żonaty, niech namaluje wyprostowaną ręką ósemkę w powietrzu!*
15. *Kto jest jedynym dzieckiem swoich rodziców, niech stanie na krześle!*
16. *Kto został przez kogokolwiek zmuszony, by przyłączyć się do tej grupy, niech tupnie nogą w podłogę i zawoła: „Nie dam się zmusić”!*
17. *Kto sam ma już dzieci, niech podskoczy wysoko do góry!*
18. *Kto się cieszy, że należy do tej grupy, niech powie głośno „A”!*
19. *Kto uważa, że jest ciekawym świata człowiekiem, niech zamieni się miejscami z taką osobą, która podobnie o sobie myśli!*
20. *Kto czasem chciałby być niewidzialny, niech schowa się za jednym z uczestników!*
21. *Kto gra na jakimś instrumencie muzycznym, niech zademonstruje w formie pantomimy, jak to robi!*
22. *Kto regularnie uprawia jogging, niech biega w miejscu!*
23. *Kto nie znosi dymu papierosowego, niech głośno krzyknie „palenie szkodzi zdrowiu”!*
24. *Kto ma przy sobie gumę do żucia, czekoladę albo cukierki, niech trzy razy głośno mlaśnie!*

25. *Kto czasem pije zbyt dużo alkoholu, niech zatacza się jeden raz wokół swojego krzesła!*
26. *Kto uważa, że zabawa ta trwała już wystarczająco długo, niech uderzy płaską dłońią trzy razy o siedzisko krzesła, skrzyżuje ramiona na piersiach i zawoła głośno: „Dosyć”!*

Zapamiętywanie imion

Cel: wzajemne poznawanie się uczestników zajęć.

Przebieg: Grupa siedzi w kręgu. Wybrana przez prowadzącego osoba przedstawia się, mówiąc np.: *Nazywam się Marek*. Osoba siedząca po jej prawej stronie mówi: *Nazywam się Jan, a to jest Marek*, kolejna osoba mówi: *Nazywam się Marta. To jest Jan, a to Marek* i tak dalej, aż przedstawią się wszyscy siedzący w kręgu. Dla utrudnienia do imienia można dodać słowo zaczynające się na tę samą literę lub podać ulubione zajęcie.

Karta danych osobowych – „O mnie”⁵

Cel: wzajemne poznawanie się uczestników zajęć w bezpiecznej atmosferze.

Pomoce: karta ćwiczeń „O mnie” (dla każdego uczestnika), długopisy, szpilki.

Przebieg: Uczestnicy wypełniają kartę ćwiczeń, a następnie chodzą z nią po sali, odczytując informacje innych i rozmawiając z nimi na temat podobieństw oraz różnic.

*O mnie*⁶

Po wypełnieniu trzymaj tę kartkę przed sobą lub przypnij do ubrania. Podejdź do innej osoby z grupy i przedstaw się, wykorzystując informacje, które umieściłaś na kartce, do nawiązania rozmowy.

Urodziłam się w:

Lubię robić następujące rzeczy:

1.

2.

3.

Nazywam się:

Mój ulubiony program telewizyjny to:

Ludzie, których podziwiam to:

1.

2.

⁵ „Jak żyć z ludźmi”. Umiejętności interpersonalne. Program profilaktyczny dla młodzieży. Warszawa, MEN 2002, s. 2–2.

⁶ Ibidem, s. 2–19.

Autografy

Cel: wzajemne poznawanie się uczestników zajęć w bezpiecznej atmosferze.

Pomoce: karta ćwiczeń „Autografy” (dla każdego uczestnika zajęć), długopisy.

Przebieg: Każdy uczestnik zajęć otrzymuje kartę ćwiczeń i postępuje zgodnie z zawartą w niej instrukcją. Po wykonaniu zadania wszyscy siadają w kręgu i kolejno wypowiadają się na temat własnego sposobu postępowania i ewentualnych trudności, które pojawiły się w trakcie ćwiczenia.

Autografy⁷

Z poniższych zdań wybierz 5 dowolnych i oznacz je krzyżykiem. Następnie wyszukaj osoby, które odpowiadają wybranym przez siebie kategoriom. Osoby te powinny złożyć swoje podpisy przy właściwych zdaniach. Z każdą z nich chwilę porozmawiaj.

Ma taki sam znak zodiaku jak ja

Woli pracować sam

Lubi wątróbkę

Czyta poezję

Wydaje mi się atrakcyjny

Wierzy w magię

Lubi gotować

Czasem pracuje zarobkowo

Wydaje się sympatyczny

Jego ręka ma taką samą długość jak moja

Gra na jakimś instrumencie

Kiedyś palił papierosy

Lubi rywalizację

Niedokończone zdania

Cel: wzajemne poznawanie się uczestników zajęć, kształtowanie umiejętności wypowiedziania się na forum grupy.

Pomoce: karta z wypisanymi niedokończonymi zdaniami dla prowadzącego.

Przebieg: Prowadzący odczytuje wybrane zdania, a uczestnicy siedzący w kręgu kolejno je kończą (po każdej rundzie należy zmienić kierunek).

Niedokończone zdania⁸

1. Dzisiaj czuję się...

2. W grupie przeważnie znajduję się w roli...

3. Gdybym mogła pojechać gdzie zechce, wybrałabym...

4. Dwie rzeczy, które podobają mi się w sobie samej, to...

5. Mój ulubiony pisarz, to...

⁷ Ibidem, s. 2–21.

⁸ Ibidem, s. 2–23.

6. Jedną z najciekawszych chwil mojego życia...
7. Osiągnięcie, z którego jestem naprawdę dumna, to...
8. Chciałabym, żeby...
9. Najbardziej jestem szczęśliwa, kiedy...
10. Uczę się...
11. Jest mi smutno, kiedy...
12. Uczestniczę w tych zajęciach, żeby...
13. Moją ulubioną gwiazdą filmową jest...
14. Moje hobby to...
15. Kiedy jestem sama, lubię...
16. Dwa słowa opisujące mnie to...
17. Najważniejsza cecha przyjaciela to moim zdaniem...
18. Jedną z moich najlepszych cech jest...
19. Jedną z moich ulubionych książek jest...
20. Prezent urodzinowy, który pamiętam, to...
21. Moją rodzinę można opisać słowami...
22. W mojej rodzinie jestem...
23. Mój ulubiony deser to...
24. Moje najlepsze wakacje...
25. Chce mi się śmiać, kiedy...
26. Mój ulubiony film animowany to...
27. Kiedy jestem zły...
28. Złoszczę się, kiedy...
29. Polak, którego naprawdę podziwiam, to...
30. Mój ulubiony napój to...

Styl życia⁹

Cel: wzajemne poznawanie się poszczególnych uczestników zajęć, nauka komunikacji na forum grupy.

Pomoce: kartki formatu A4 lub większe, kredki, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Na kartkach papieru uczestnicy wykonują rysunki symbolizujące ich obecny styl życia, następnie kolejno je omawiają. Grupa może zadawać pytania dotyczące rysunku lub prezentacji. Na zakończenie wszystkie rysunki zostają powieszone na ścianie.

Współpraca

Cel: kształtowanie umiejętności komunikacji i współpracy w grupie, analiza ról grupowych.

Pomoce: kartki papieru, długopisy.

⁹ Ibidem, s. 2–5.

Przebieg: Prowadzący dzieli uczestników na zespoły 4–5-osobowe. Przez 10 minut każdy zespół ma ustalić listę niezbędnych przedmiotów, które zabrałyby ze sobą na wycieczkę (na Mazury, w Bieszczady, za granicę – do wyboru). Po zakończeniu pracy grupowej prowadzący zadaje każdemu zespołowi pytania:

- W jaki sposób została ustalona lista niezbędnych rzeczy? Czy wszyscy zgadzali się z podjętą przez grupę decyzją?
- Czy każdy miał prawo głosu? Czy ktoś narzucał swoje zdanie?
- Jakie role przyjmowały poszczególne osoby w grupie?

Grupowy uścisk

Cel: budowanie zaufania w grupie, budowanie wspólnoty grupowej.

Przebieg: Uczestnicy stają w kręgu i kładą ręce na ramionach osób stojących obok. Na dany przez prowadzącego sygnał wszyscy obejmują lub ściskają swoich sąsiadów.

„Wszyscy, którzy...”

Cel: rozgrzewka, przełamanie zahamowań pojawiających się w początkowej fazie pracy grupy.

Pomoce: krzesła – o jedno mniej niż jest uczestników.

Przebieg: Uczestnicy siadają na rozstawionych w kręgu krzesłach. Jedna osoba staje pośrodku. Osoba ta mówi: *Wszyscy, którzy...* (np. *...mają czarne oczy, ...mają na sobie coś czerwonego, ...mają na sobie dzinsy*). Uczestnicy, którzy mieszczą się w danej kategorii, mają za zadanie zmienić miejsce. Osoba, dla której zabrakło miejsca, znowu staje na środku i wydaje kolejną komendę. Ćwiczenie kończy się na polecenie prowadzącego.

Tratwa ratunkowa

Cel: rozgrzewka, przełamanie zahamowań pojawiających się w początkowej fazie pracy grupy.

Pomoce: Karton o wymiarach 60 x 90 cm dla każdej grupy.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na zespoły 6–10-osobowe. Każdy zespół otrzymuje karton z instrukcją, że przedstawia on tratwę ratunkową. Zadaniem zespołu jest zmieścić się na tratwie tak, aby każdy jego członek stał na niej przynajmniej jedną nogą, i wytrzymać w tej pozycji 30 sekund (dla utrudnienia – w zależności od liczebności zespołów – w drugiej fazie ćwiczenia karton można zgiąć na pół).

Jurty¹⁰

Cel: budowanie zaufania w grupie.

Przebieg: Uczestnicy stają w kręgu, w odległości na wyciągnięcie ręki jeden od drugiego. Odliczają do dwóch. Na dany przez prowadzącego sygnał łapią się za

¹⁰ Ibidem, s. 2–16.

ręce. Jedyńki powoli wychylają się do przodu, a dwójki do tyłu (bez zginania się w pasie). Pozycję taką utrzymują przez chwilę, po czym powtarzają ćwiczenie, zamieniając się rolami. Na zakończenie poszczególne osoby mogą podzielić się odczuciami, jakie towarzyszyły im w trakcie wykonywania ćwiczenia.

„Kto daje sygnał?”

Cel: budowanie wspólnoty grupowej, poznawanie się poszczególnych członków grupy, kształtowanie umiejętności komunikacji w grupie.

Przebieg: Jedna osoba wychodzi z sali, pozostali uczestnicy siedzą w kręgu. Wskazana przez prowadzącego osoba zaczyna wykonywać powoli dowolne ruchy, a inni te ruchy naśladują, starając się nie patrzeć na inicjującego ruch, lecz na kogoś naprzeciw siebie. Po pewnym czasie osoba, która wyszła, wchodzi do sali i staje w środku kręgu. Jej zadaniem jest odgadnięcie, kogo naśladuje grupa. Ćwiczenie może zostać powtórzone kilka razy.

„Wrzuć strach do kapelusza”¹¹

Cel: budowanie zaufania w grupie, przełamywanie lęku związanego z funkcjonowaniem w grupie.

Pomoce: małe karteczki dla każdego uczestnika, długopisy, worek.

Przebieg: Każdy uczestnik otrzymuje kartkę, na której (anonimowo) ma napisać, czego najbardziej obawia się w grupie. Kiedy wszyscy skończą, złożone kartki wrzucane są do worka. Następnie każdy losuje jedną kartkę i odczytuje jej treść na forum grupy, tak jakby ta treść dotyczyła jego. Na zakończenie uczestnicy dzielą się odczuciami, jakie towarzyszyły im w trakcie wykonywania ćwiczenia – zazwyczaj okazuje się, że na większości kartek pojawiają się te same twierdzenia.

Od najmniejszego do największego¹²

Cel: rozgrzewka, budowanie zaufania w grupie, budowanie wspólnoty grupowej.

Przebieg: Uczestnicy poruszają się swobodnie po sali. Na sygnał prowadzącego zatrzymują się, zamykają oczy i z zamkniętymi oczami próbują ustawić się w rzędzie – od najmniejszego do największego. Kiedy uznają, że zadanie zostało zakończone, otwierają oczy i sprawdzają, czy dobrze się ustawili.

Przepis na mnie¹³

Cel: autoprezentacja, trening twórczości, wzajemne poznawanie się uczestników zajęć.

Pomoce: kartki, długopisy, worek.

¹¹ M. JACHIMSKA: *Grupa bawi się i pracuje...*

¹² M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy...*, s. 123.

¹³ *Ibidem*, s. 124.

Przebieg: Każdy uczestnik ma za zadanie zaprezentować siebie w formie przepisu kucharskiego (np. *jedna para niebieskich oczu, garść dobrych chęci*). Wszystkie „przepisy” wrzucane są do worka. Każdy uczestnik losuje jeden, odczytuje na głos i wspólnie z całą grupą próbuje ustalić, kogo dotyczy prezentowany opis.

Łapka¹⁴

Cel: budowanie wspólnoty grupowej, kształtowanie adekwatnego poczucia własnej wartości.

Pomoce: kartki formatu A4, długopisy, mazaki.

Przebieg: Każdy uczestnik odrysowuje na kartce kontur swojej dłoni, podpisuje i przekazuje osobie siedzącej obok. Osoba ta powinna wpisać w otrzymaną dłoń jakąś cechę, którą lubi u właściciela kartki, i przekazać kartkę dalej. Procedura powtarza się, aż kartka wróci do właściciela (powinny być na niej adnotacje wszystkich pozostałych członków grupy). Po zakończeniu ćwiczenia każdy uczestnik wypowiada się na temat tego, jak się czuje, czy coś go zaskoczyło i czy łatwo było uzupełniać kartki innych.

¹⁴ Ibidem, s. 127.

BLOK „JAKI JESTEM?”

„Moje imię – mój program”¹

Cel: rozwijanie samoświadomości, określenie mocnych stron.

Pomoce: kartki papieru, długopisy.

Przebieg: Każdy uczestnik na kartce zapisuje pionowo swoje imię i próbuje do każdej litery dopasować określoną cechę, umiejętność, zdolność itp., która go charakteryzuje. Po wykonaniu zadania dzieli się z pozostałymi osobami przemyśleniami na własny temat.

„Moje zalety i moje wady”²

Cel: rozwijanie samoświadomości, tworzenie adekwatnej samooceny.

Pomoce: kartki papieru, długopisy.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników o wypisanie na kartkach swoich zalet i wad (jeżeli ktoś będzie miał problem z wymienieniem zalet, należy poprosić grupę, by to uczyniła). Następnie uczestnicy omawiają swoje zalety i wady w grupach, np. 4-osobowych. Na zakończenie prowadzący może zadać następujące pytania:

- *Czy zdziwiła Was liczba zalet, jakie posiadacie?*
- *Jakie są proporcje zalet i wad?*
- *Czy można się pozbyć posiadanych wad? Jak to zrobić?*
- *Czy posiadacie jakieś cechy, które w pewnych sytuacjach mogą się okazać pozytywne, a w innych negatywne?*

Dłonie

Cel: odkrywanie siebie, wzmocnienie ze strony grupy.

Pomoce: arkusz szarego papieru, mazaki, kredki, masa mocująca.

Przebieg: Każdy uczestnik odrysowuje na arkuszu szarego papieru swoją dłoń. Ułożenie dłoni powinno przypominać koło, aby całość sprawiała wrażenie, że wszyscy trzymają się za ręce. Każdy uczestnik po odrysowaniu swojej dłoni zapisuje na jej środku imię oraz cechę, która go najbardziej – jego zdaniem – charakteryzuje. Następnie pozostałe osoby na „palcach” dopisują inne pozytywne określenia na temat konkretnej jednostki. Po zakończeniu zadania prowadzący zawiesza w widocznym miejscu w pomieszczeniu plakat przygotowany przez grupę. Prowadzący zachęca również uczestników do podzielenia się własnymi odczuciami po uzyskaniu informacji zwrotnej na swój temat.

„Jaki jestem? Jaki chciałbym być?”

Cel: rozwijanie samoświadomości, tworzenie adekwatnej samooceny.

Pomoce: kartki, kredki, mazaki, długopisy, arkusz szarego papieru.

¹ R. PORTMANN: *Zabawy rozwijające inteligencję*. Kielce, Wydawnictwo „Jedność” 2003, s. 22.

² „*Jak żyć z ludźmi*”. *Umiejętności interpersonalne. Program profilaktyczny dla młodzieży*. Warszawa, MEN 1997, s. 3–4.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników, by narysowali siebie na jednej stronie kartki zgodnie z tym, jak siebie postrzegają (eksponując walory zewnętrzne i dopisując wokół za pomocą przymiotników swoje cechy). Następnie na drugiej stronie kartki uczestnicy próbują stworzyć swój wymaginowany portret, ukazując się takimi, jakimi chcieliby być. Również dopisują pożądane cechy charakteru. Kolejno wszyscy prezentują i omawiają rezultat swojej pracy, a prowadzący zachęca do zastanowienia się nad różnicami między poszczególnymi rysunkami, do określenia stopnia akceptacji siebie i wskazania propozycji pracy nad budowaniem wysokiej samooceny. Tę część można przeprowadzić, stosując technikę „burzy mózgów” i zapisując wszystkie pomysły na arkuszu szarego papieru.

„Jestem gwiazdą”

Cel: wzmacnianie poczucia własnej wartości, pokonywanie lęku przed publicznymi występami.

Przebieg: Uczestnicy ustawiają się w szpaler i kolejno przechodzą przez jego środek, owacyjnie witani przez pozostałych. Ćwiczenie kończy rundka: *Kiedy uwaga innych skupiona jest na mnie, czuję...*

Zwierzęta³

Cel: poznanie siebie, tworzenie adekwatnej samooceny.

Pomoce: kartki, mazaki.

Przebieg: Uczestnicy rysują siebie jako zwierzęta, które powinny posiadać takie cechy, jak oni sami (raczej koncentrują się na pozytywnych stronach). Potem kartki składają i kładą na podłodze. Następnie każdy losuje rysunek i na wylosowanych kartkach wypisuje cechy, jakie – jego zdaniem – posiadają przedstawione na rysunkach zwierzęta. Uczestnicy kolejno pokazują wszystkim wylosowane rysunki i odczytują wypisane cechy. Grupa odgaduje autorów rysunków.

„Wyobraź sobie”⁴

Cel: poznanie siebie, tworzenie adekwatnej samooceny, elementy treningu twórczości.

Przebieg: Prowadzący wybiera jedną osobę z grupy i prosi ją o opuszczenie pomieszczenia. Spośród pozostałych grupa wybiera osobę, o której wszyscy będą mówić, a którą musi odgadnąć osoba przebywająca poza pomieszczeniem. Po wstępnych ustaleniach prowadzący zaprasza nieobecnego do sali i prosi, by zadawał kolejno pytania w jednolitej formie: *Co by było, gdyby ta osoba była...*, dodając jakiś rzeczownik, np. *pora roku, warzywo, owoc, samochód, kwiat, kolor* itd., czyli: *Jaką porą roku by była?* Pytany odpowiada zgodnie ze swoim przekonaniem, raczej

³ Ibidem, s. 3–5.

⁴ E. НЕССКА: *Trening twórczości. Podręcznik dla psychologów, pedagogów i nauczycieli*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 1998, s. 38.

koncentrując się na cechach charakteru niż na walorach zewnętrznych (warunek – grupa musi się znać już jakiś czas). Gdy pytający odgadnie, o kim jest mowa, następuje zamiana i z sali wychodzi ten, o którym wcześniej mówiono itd.

Wyobrażenia

Cel: poznawanie siebie i innych, wzmacnianie poczucia własnej wartości.

Przebieg: Uczestnicy dobierają się w pary, a następnie jedna z osób mówi do partnera: *Wyobrażam sobie, że jesteś..., że lubisz..., że interesujesz się...* Potem następuje zamiana. Na zakończenie odbywa się rundka, podczas której każdy z uczestników kończy zdanie: *Jestem..., lubię..., interesuję się*. Prowadzący może zachęcić do rozmowy na temat tego, co okazało się prawdą, a co nie.

Linia życia⁵

Cel: określenie mocnych stron, uświadomienie sobie dotychczasowych osiągnięć życiowych, wyznaczenie celów na przyszłość.

Pomoce: kartki, długopisy.

Przebieg: Na polecenie prowadzącego uczestnicy na kartkach zaznaczają dwa punkty (początek i koniec) oraz obecny moment. Następnie rysują dwa łuki: jeden łączy datę urodzin z datą obecną, drugi – datę dzisiejszą z datą śmierci. Pod lewym łukiem uczestnicy wypisują swoje dotychczasowe osiągnięcia. Z prawej strony zapisują to, co chcieliby osiągnąć w przyszłości. Po narysowaniu swojej linii każdy z uczestników omawia ją z wybraną osobą z grupy. Prowadzący na zakończenie może zadać dodatkowe pytania, np.:

- *Czy zaskoczyło Was, ile udało się Wam już osiągnąć?*
- *Czy macie dużo planów na przyszłość? Jak zamierzacie je zrealizować?*
- *Czy udało się Wam bliżej poznać rozmówcę?*

Herb⁶

Cel: rozwijanie samoświadomości, rozwijanie umiejętności nazywania i publicznego wyrażania cenionych przez siebie wartości.

Pomoce: kartki papieru z przygotowanym uprzednio symbolem herbu, podzielonym na sześć części.

Przebieg: Uczestnicy wypełniają karty „Herb” według następującej instrukcji:

Herb symbolizuje to, kim jesteś. Wypełnij herb, umieszczając w następujących polach:

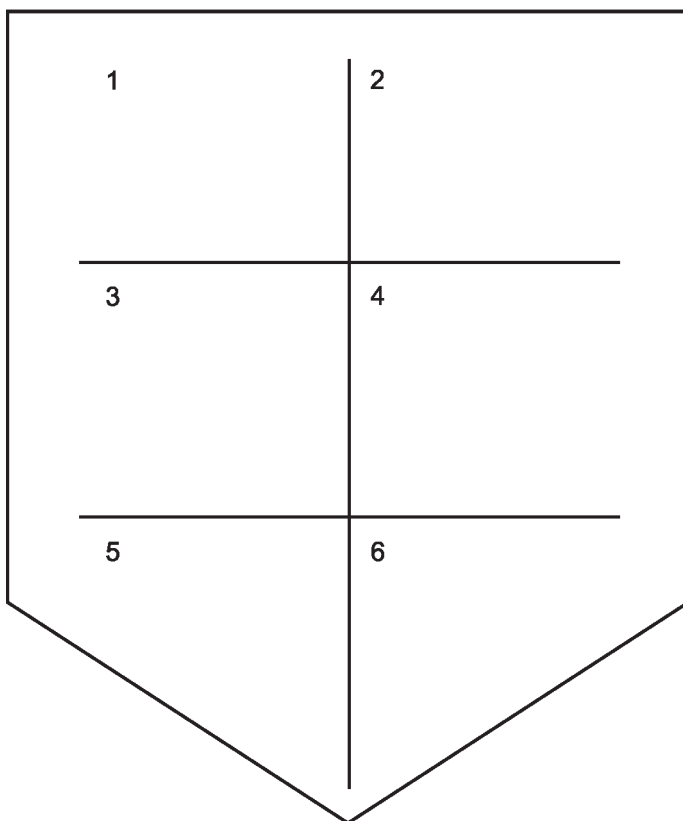
1. *Dwa rysunki – jeden przedstawiający to, w czym jesteś dobry,*
2. *Dwa rysunki – drugi: to, w czym chciałbyś być dobry.*
3. *Rysunek przedstawiający jedną z naczelnych wartości Twojego życia, coś niezwykle ważnego, z czego nigdy nie zrezygnujesz.*

⁵ „Jak żyć z ludźmi”..., s. 3–10.

⁶ Ibidem, s. 3–8.

4. Rysunek przedstawiający wartość szczególnie cenioną w twojej rodzinie.
5. Rysunek przedstawiający to, co byś zrobił (wybrał), gdyby wszystko, czego się tkniesz, świetnie ci wychodziło, gdybyś mógł osiągnąć, co tylko zechcesz.
6. Rysunek przedstawiający to, w co mocno wierzysz i w co chciałbyś, by wszyscy wierzyli.

HERB



Na zakończenie prowadzący może zadać następujące pytania:

- Czy w herbach znajdują się elementy wspólne dla kilku osób?
- Czy posiadanie wspólnych wartości ułatwia współzycie z innymi ludźmi?
- Jakie właściwości poszczególnych osób mogą utrudniać współzycie z innymi?

Duma

Cel: określanie mocnych stron.

Przebieg: Uczestnicy siedzą w kręgu. Każdy po kolei kończy zdanie: *Jestem dumny, że...*

„Jestem, potrafię, mam”

Cel: określenie mocnych stron, samopoznanie.

Pomoce: kartki papieru, długopisy.

Przebieg: Prowadzący prosi, by uczestnicy napisali na kartkach trzy słowa: *jestem...*; *potrafię...*; *mam...* i przypięli je do pleców (możliwa wzajemna pomoc). Następnie prosi, by każda z osób podeszła do trzech innych i dokończyła zdanie, odnosząc się do cech, możliwości, predyspozycji danego uczestnika (ważne jest, by każdy uczestnik wypisywał zakończenie trzy razy, ale u trzech różnych osób – nie wolno wykonywać kontynuacji więcej niż jednego słowa u tej samej osoby!). Po zakończeniu zadania każdy z uczestników zapoznaje się z treścią zdań na swój temat, a chętni mogą podzielić się nimi na forum.

Szacunek

Cel: określenie mocnych stron, budowanie wysokiego poczucia własnej wartości.

Przebieg: Uczestnicy siedzą w kręgu. Jeden ochotnik wchodzi do środka. Zadaniem każdego uczestnika jest powiedzenie osobie w środku, co ceni w niej najbardziej. Gdy kolejno każdy wyrazi swoją opinię, osoba ze środka wraca na miejsce, a do kręgu wchodzi osoba siedząca po jej lewej stronie. Zabawa trwa do momentu, kiedy każdy znajdzie się w środku i uzyska informację zwrotną na swój temat. W zadaniu ważne jest to, by zwracać się bezpośrednio do osoby i dokładnie precyzować opinię, którą chce się jej przekazać, np. nie wystarczy powiedzieć, że się ją lubi, ale trzeba uzasadnić, np.: *Lubię twój sposób mówienia, bo mówisz rzeczowo i potrafisz nawiązać kontakt wzrokowy*. Na zakończenie każdy z uczestników może podzielić się na forum swoimi odczuciami i odnieść się do tego, co usłyszał na swój temat.

Co nowego i co dobrego

Cel: rozwijanie samoświadomości.

Pomoce: kartki, długopisy.

Przebieg: Prowadzący prosi, by każdy z uczestników dokończył zdanie: *Najmilszą rzeczą, która zdarzyła mi się w tym tygodniu było...*, zapisując je na kartce. Następnie wszystkie kartki wrzucane są do jednego worka. Każdy uczestnik losuje kartkę, czyta zdanie i próbuje odgadnąć, kto jest autorem.

Ogłoszenie

Cel: rozwijanie samoświadomości, określanie mocnych stron.

Pomoce: kartki, długopisy.

Przebieg: Każdy z uczestników pisze ogłoszenie do gazety, w którym reklamuje siebie. Po złożeniu ogłoszeń do torby, wszyscy kolejno wyciągają kartki, głośno odczytują i próbują zgadnąć, kto jest autorem (można zmodyfikować polecenie i prosić o zareklamowanie siebie jako np. przyjaciela).

„Wiersz o mnie”

Cel: rozwijanie samoświadomości, trening twórczości.

Pomoce: kartki papieru, długopisy.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników o napisanie wiersza na swój temat. Wiersz ma zarówno zawierać opis wyglądu zewnętrznego, jak i charakteryzować przede wszystkim osobowość, charakter, umiejętności, zdolności jednostki. Następnie wszyscy kolejno odczytują swoje utwory. Zabawę można zmodyfikować, wprowadzając zadanie napisania książki na swój temat. Prowadzący określa liczbę stron i wątki, które winny zostać w niej poruszone. Możliwe będzie potem odczytanie kolejnych prac na forum grupy.

Podróże w przyszłość

Cel: wyznaczenie celów na przyszłość, samoświadomość.

Pomoce: kartki, mazaki, kredki, farby.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników, by z zamkniętymi oczami przenieśli się w dowolny moment w przyszłości i spróbowali wyobrazić sobie siebie i to, jak będzie wyglądało ich życie. Następnie każdy wykonuje rysunek tego, co udało mu się wyobrazić (techniki dowolne). Na zakończenie następuje prezentacja prac i ich omówienie.

Skrzydła

Cel: rozwój osobisty, określenie słabych i mocnych stron, budowanie wysokiego poczucia własnej wartości.

Pomoce: materiały potrzebne do budowy skrzydeł (piórka, kartony, klej, nożyczki, farby, wata, bibuła, koraliki, sznurki itp.).

Przebieg: Prowadzący prosi, by uczestnicy kolejno opowiedzieli, co ich – zdaniem – mogłoby dodać im skrzydeł, by realizowali określone życiowe zamierzenia. Po rundce prowadzący zachęca, by każdy uczestnik wykonał własne skrzydła. Wybór techniki jest dowolny, ale chodzi o wykonanie skrzydeł, a nie jedynie o ich symbolikę. Na zakończenie następuje prezentacja wytworów. Każdy uczestnik zakłada swoje skrzydła i mówi o aktualnych emocjach na forum grupy.

Mapa życia

Cel: rozwijanie samoświadomości, rozwój umiejętności mówienia o sobie.

Pomoce: kartki, długopisy, mazaki, kredki.

Przebieg: Każdy uczestnik ma za zadanie narysować „mapę drogową” swojego dotychczasowego życia, počawszy od narodzin, aż do dnia dzisiejszego. Na drodze powinny zostać zaznaczone – poza „dobrą drogą” – wszystkie dziury, wyboje, roboty drogowe i przeszkody. Powinien być również zaznaczony główny kierunek dzisiejszej trasy. Po wykonaniu prac, każdy uczestnik omawia swój rysunek na forum.

Kapsuła czasu

Cel: określenie mocnych stron, odkrywanie pozytywnych stron.

Pomoce: kartki, długopisy.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników o zastanowienie się, co chcieliby, by inni wiedzieli na ich temat, szczególnie w odniesieniu do ich mocnych stron. Następnie prosi o wyobrażenie sobie sytuacji, w której każda osoba z grupy przygotowuje materiał dla potomności o ludziach żyjących obecnie i składa go w kapsule czasu. Po krótkim wstępie uczestnicy spisują na kartkach listy kierowane do następnych pokoleń, próbując zaprezentować siebie w jak najlepszym świetle.

„Zabijmy kompleksy”⁷

Cel: rozwijanie samoświadomości, umiejętność radzenia sobie z negatywnym myśleniem o sobie samym.

Pomoce: kartki, kredki, mazaki.

Przebieg: Uczestnicy otrzymują od prowadzącego kartki, na których proszeni są o narysowanie własnych kompleksów (jeżeli takie posiadają!). Wykonują rysunki indywidualnie, nie pokazując ich pozostałym, a następnie kartki składają i zostawiają na środku sali. Każdy uczestnik kolejno wybiera rysunek, omawia na forum, co może on przedstawiać, a następnie zgniata kartkę i wrzuca do kosza, mówiąc: *My tworzymy kompleksy, zatem my możemy je zniszczyć.*

„Potrafię to, ponieważ...”⁸

Cel: rozwijanie wiary w siebie samego, pobudzenie do wyrażania pozytywnych opinii przez inne osoby.

Pomoce: kartki, długopisy.

Przebieg: Wszyscy członkowie grupy zapisują na kartkach początek zdania: *Potrafię to, ponieważ...*, następnie proszą kogoś o przyklejenie kartek do pleców. Potem uczestnicy spacerują i dokończają zdanie innych osób, dopisując np.: *...umiem radzić sobie w trudnych sytuacjach, ...jestem odważny, ...jestem sportowcem, ...każde zadanie umiem doprowadzić do końca.* Ważne, by uwagi były zgodne z prawdą i miały jedynie pozytywne zabarwienie. Zabawa kończy się, gdy każdej z osób zostaną dopisane przynajmniej trzy opinie. Uczestnicy kolejno zapoznają się z wypowiedziami na swój temat. Na zakończenie prowadzący zachęca do udzielenia odpowiedzi na przykładowe pytania:

- Czy trudno było wyrażać pozytywne opinie na temat innych?
- Jak przyjmowali opinie na swój temat od innych?
- Czy dowiedzieli się czegoś nowego na swój temat?

⁷ A. HERCZAKOWSKA: *Lubię i akceptuję siebie – lubię i akceptuję świat*. [Niepublikowany program profilaktyczny].

⁸ R. PORTMANN: *Zabawy...*, s. 19.

Pławić się własnymi osiągnięciami⁹

Cel: rozwijanie samoświadomości, docenianie własnych osiągnięć.

Pomoce: kartki papieru, kredki, mazaki.

Przebieg: Każdy uczestnik rysuje na kartce papieru słońce z promieniami. Swoje osiągnięcia nanosi na promienie. Szczególne dokonania zapisuje na dłuższych promieniach, mniej ważne – na krótszych. Można również użyć określonego koloru dla podkreślenia ważności zapisywanych osiągnięć. Na zakończenie uczestnicy pokazują na forum swoje prace i omawiają je.

„Najbardziej lubię osobę, która...”

Cel: wzmacnianie poczucia własnej wartości.

Przebieg: Uczestnicy siedzą w kręgu. Kolejno każdy mówi, kogo najbardziej lubi z grupy, kończąc zdanie: *Osoba, którą najbardziej lubię, jest wśród nas i ma...* lub *...i jest...* Zadaniem pozostałych uczestników jest odgadnięcie, o kogo chodzi. Na zakończenie prowadzący zachęca uczestników do mówienia o swoich odczuciach podczas opisywania ich przez inne osoby.

⁹ Ibidem, s. 19.

**BLOK DOTYCZĄCY
ZDROWOTNYCH I PSYCHOSPÓŁECZNYCH
KONSEKWENCJI ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH**

Wściekle początki zdania

Cel: kształtowanie umiejętności radzenia sobie z negatywnym pobudzeniem emocjonalnym.

Pomoc: lista z uprzednio przygotowanymi niedokończonymi zdaniami.

Przebieg: Uczestnicy, siedząc w kręgu, kolejno kończą zdania czytane przez prowadzącego:

- *Kiedy jestem zły / zła to...*
- *Moi rodzice złością mnie, kiedy...*
- *Najbardziej złości mnie...*
- *Wściekam się, gdy...*
- *Mój kolega / koleżanka złości mnie, gdy...*
- *Ciągle muszę...*
- *Kiedy inni są rozłoszczeni, to... itp.*

Start rakiety

Cel: kształtowanie umiejętności rozładowania negatywnych emocji.

Przebieg: Uczestnicy wykonują kolejne polecenia prowadzącego:

- bębnią palcami po stole, najpierw bardzo cicho, potem coraz głośniej;
- uderzają płaskimi dłońmi o stół albo klaszczą, również coraz głośniej;
- tupią nogami, zaczynając cicho i sukcesywnie zwiększając natężenie;
- naśladują brzęczenie owadów, przechodzą od cichego odgłosu do wrzasku;
- wstają gwałtownie ze swoich miejsc, wyrzucając z głośnym wrzaskiem ramiona do góry;
- powoli siadają na swoich miejscach, naśladując brzęczenie owadów, które stopniowo zanika, aż do całkowitej ciszy.

Łobuz

Cel: kształtowanie umiejętności rozładowania negatywnych emocji.

Przebieg: Prowadzący dzieli osoby na pary (osoby A i B). Osoby stają w parach naprzeciw siebie. Osoba A mówi cicho słowo *łobuz*, a osoba B wypowiada słowo *łobuz* głośniej. Wypowiadają to słowo coraz głośniej na przemian, próbując się przekrzyknąć. Milkną na ustalony wcześniej sygnał prowadzącego. Na zakończenie uczestnicy opowiadają o swoich odczuciach.

Wycieczka w przeszłość

Cel: identyfikowanie sytuacji wyzwalających złość i czynników ułatwiających radzenie sobie ze złością.

Pomoc: muzyka relaksacyjna.

Przebieg: Prowadzący włącza spokojną muzykę. Prosi o przyjęcie wygodnej pozycji i zamknięcie oczu. Instruuje uczestników, by zrobili trzy głębokie wdechy i wydechy, rozluźnili wszystkie mięśnie i postępowali zgodnie z wypowiedzaną przez niego instrukcją.

Instrukcja:

Wyobraź sobie, że masz trzy lata, czasem zdarza Ci się być niegrzecznym, nieposłusznym, a nawet agresywnym. Przypomnij sobie takie chwile... Co w takich sytuacjach robili ludzie wokół Ciebie? Co w ich zachowaniu pomagało Ci się uspokoić, wyciszyć... Co przeszkadzało, budziło jeszcze większą złość?

A teraz wyobraź sobie, że masz siedem lat i czasami zdarza Ci się... (prowadzący powtarza poprzednie kwestie).

A teraz wyobraź sobie, że masz dwanaście lat i czasami zdarza Ci się... (prowadzący powtarza poprzednie kwestie).

A teraz wracamy tu i teraz, weź głęboki wdech i wydech, otwórz oczy.

Po zakończeniu ćwiczenia, prowadzący zadaje każdemu uczestnikowi następujące pytania:

- *Co sobie przypomniałeś?*
- *Jak się czułeś podczas wykonywania ćwiczenia?*

Wyzwalacze złości

Cel: identyfikacja sytuacji / okoliczności wyzwalających złość.

Pomoce: arkusz szarego papieru, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników o wymienienie wszystkich sytuacji, które u nich wywołują złość; zapisuje je na plakacie. Następnie prowadzący wspólnie z grupą analizuje wymienione okoliczności, wyróżniając wśród nich zewnętrzne (związane z obiektywną sytuacją) i wewnętrzne (związane ze sposobem myślenia i reagowania samego podmiotu). Na zakończenie prowadzona jest dyskusja na temat tego, których „wyzwalaczy” jest więcej i dlaczego.

Sygnaly złości

Cel: rozpoznawanie wewnętrznych sygnałów złości.

Pomoce: kartki, mazaki, arkusz szarego papieru z narysowaną postacią ludzką, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników o wypisanie na kartkach odczuwanych przez nich sygnałów złości (powinni skoncentrować się na tym, co dzieje się w ich ciele, w sytuacji, kiedy odczuwają złość). Każdy omawia efekty swojej pracy na forum. W tym czasie prowadzący zaznacza na narysowanej na plakacie postaci człowieka miejsca, w których najczęściej odczuwane są sygnały złości (np. zaciśnięte szczęki, sztywność karku, napięte mięśnie, pocenie się). W ramach podsumowania prowadzący może zapytać uczestników, co powinni zrobić, kiedy zaczynają odczuwać złość, żeby konstruktywnie poradzić sobie z emocjami.

Scenariusz „Czy to są żarty?”¹

Cel: rozpoznanie przejawów i przyczyn agresji oraz poznanie sposobów przeciwdziałania przemocy.

Pomocce: opis scenek z podziałem na role dla 5 osób, 4 arkusze szarego papieru, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący wybiera 5 osób do odegrania trzech scenek według scenariusza. Pozostali uczestnicy wcielają się w rolę obserwatorów. Po każdej inscenizacji prowadzący wraz z uczestnikami omawia scenkę oraz zapisuje na arkuszu szarego papieru rodzaje agresji i jej przejawy, przyczyny zachowań agresywnych, cechy ofiary i agresora oraz możliwe sposoby przeciwdziałania przemocy wśród młodzieży.

Scenariusz:

Postacie: Jurek, Dawid, Igor, Anka, Kasia

Scena I

Dawid: Cześć Jurek, może po lekcjach pójdziesz z nami zagrać w piłkę?

Jurek: Nie mogę, muszę się uczyć, a zresztą sam wiesz....

Dawid: Wcale nie musisz się uczyć, zawsze wszystko umiesz, nawet więcej niż potrzeba. No to jak będzie z tą piłką?

Jurek: Chciałbym, ale Igor, sam wiesz, jaki on jest.

Dawid: Igor tylko żartuje, to taka zabawa.

Jurek: Dla mnie to nie jest żadna zabawa, wcale mi z tego powodu nie do śmiechu, wolę się uczyć.

Dawid: Nie pomyślałeś sobie nigdy, że on naśmiewa się z Ciebie, bo odnosi wrażenie, że go ignorujesz i traktujesz z góry.

Jurek: To nie prawda, ja po prostu go unikam, nie chcę być jego kozłem ofiarnym.

Dawid: No z tym „kozłem” to chyba trochę przesadziłeś, nie robi przecież nic, na co byś mu nie pozwolił – Ty przecież wcale się nie bronisz.

Jurek: To by tylko pogorszyło sprawę. Poza tym on ciągle chodzi z tymi swoimi kolegami, a ja jestem sam – więc czy obrona coś da i będzie skuteczna.

Dawid: Nie jesteś sam. Masz mnie, Darka, Pawła, starszego brata.

Jurek: I co z tego, po co mam komuś zaprzętać głowę swoimi problemami.

Dawid: Musisz więc zacząć się jakoś bronić przed tymi dowcipami, umiesz przecież mówić.

Jurek: Myślę, że lepiej ich po prostu unikać.

Dawid: Zbyt serio to bierzesz, a do tego dajesz z sobą wszystko zrobić.

Jurek: Myślisz, że przyjemnie jest być pośmiewiskiem dla innych, dla Ciebie to może nie szczególnie, ale dla mnie te kpiny, zaczepki, niszczenie moich rzeczy to zwyczajna agresja.

¹ Scenariusz opracowany przez uczniów I gimnazjum w Zawierciu pod kierunkiem pani mgr J. Pucek.

Dawid: *Nie powiesz mi chyba, że takie żarty to agresja.*

Jurek: *Tak, jeżeli naruszają poczucie wolności i wartości drugiego człowieka, jeżeli sprawiają przykrość, wywołują strach.*

Dawid: *No dobra, poważnie porozmawiam z Igozem. Myślę, że Cię zrozumie i zmieni swoje zachowanie, znacie się przecież tyle lat.*

Scena II

Dawid: *Cześć Igor, dzisiaj zagra z nami Jurek.*

Igor: *No dobra, będzie się z kogo pośmiać.*

Dawid: *Dlaczego tak mówisz, chyba nieco przesadzasz z tymi dowcipami – nie pomyślałeś, że sprawiasz mu przykrość. Jurek na to nie zasługuje, jest zawsze w porządku i można na niego liczyć w potrzebie.*

Anka: *Dawid ma rację. Jurek jest uczynny i uczciwy, a Twoje zachowanie od dawna mi się nie podoba, byliście kiedyś kumplami. On zresztą nadal jest w stosunku do Ciebie koleżeński, tłumaczy Ci matkę i daje odpisywać lekcje.*

Igor: *I co z tego, mnie każdy daje odpisywać, nikt by się nie odważył sprzeciwić.*

Anka: *Nie bądź taki ważny, dlaczego nie postawisz się komuś starszemu lub silniejszemu od siebie, tylko na swoje ofiary wybierasz osoby ciche i zrównoważone.*

Igor: *Bo nie ma takiej potrzeby, a co do Jurka to co ja takiego mu robię, co złego jest w żartach.*

Kasia: *Ładne mi żarty. Codziennie z niego kpisz, wyśmiewasz go i krytykujesz – tak się nie robi. Postaw się w jego sytuacji, jakbyś się czuł.*

Igor: *Po pierwsze bym się tym nie przejmował, a po drugie gdyby ktoś ośmielił się ze mnie drwić, to bym mu przyłożył.*

Kasia: *Nie wszyscy są tacy jak Ty, a poza tym nie wolno nikogo bić, to przecież przestępstwo.*

Igor: *No teraz to już zaczynacie mocno przesadzać, robicie z igły widły.*

Dawid: *Niemniej jednak jesteś nie w porządku. Znasz Jurka od dziecka, kiedyś kolegowaliście się ze sobą – to chyba coś znaczy.*

Igor: *Niby co?*

Dawid: *Jak to co, przyjaźń dla Ciebie nic nie znaczy? Przyjaciele nie są Ci już potrzebni. Przypomnij sobie, Ciebie też kilka lat temu wyśmiano, a Ty zachowałeś się jak bekka – było Ci miło?*

Igor: *To było dawno, a ja byłem wtedy mały, zresztą poradziłem sobie z tym.*

Anka: *No nie wiem, czy tak sobie poradziłeś. To ci starsi chłopcy zostawili Cię w spokoju. Pewnie znudziło im się wyśmiewanie Ciebie.*

Igor: *Powiedziała, co wiedziała. No to do piątej na boisku.*

Anka: *Dla Igora żarty, kpiny, wyśmiewanie czy bójki to już chyba normalka.*

Kasia: *To przecież przemoc, nie można tego tolerować – dzisiaj dotyka to Jurka, jutro może nas.*

Anka: *Wiesz co, ja myślę, że Igor zwyczajnie się popisuje, nie może niczym nikomu zaimponować, więc w ten sposób się dowartościowuje. On jest zwykłym przeciętniakiem, nawet w piłkę gra marnie.*

Kasia: *Mówisz, że ma jakieś kompleksy?*

Anka: *Jestem tego pewna.*

Scena III

Igor: *No cześć Juruniu, co u Ciebie, przyszedłeś sobie pokopać?*

Jurek: *Tak, ale jak masz coś przeciwko, to mogę sobie pójść.*

Igor: *Nic do Ciebie nie mam i przypadkiem nie odchodź – jeszcze sobie inni pomyślą, że znowu Cię obrażałem.*

Jurek: *To zdanie innych jest dla Ciebie istotne?*

Igor: *A Ty myślałeś, że nie? Przecież każdy chce mieć grono przyjaciół, nawet ja.*

Jurek: *No to szkoda tylko, że w ten sposób niektórych traktujesz, może w ten właśnie sposób chcesz zdobyć uznanie swoich nowych wytatuowanych przyjaciół?*

Igor: *To moi kumple, nie przyjaciele. Tak naprawdę to chyba nie mam prawdziwych przyjaciół. Mnie nikt by tak nie bronił, jak Ciebie: Dawid, Kaśka, Anka.*

Jurek: *To dlaczego zaczepiasz ludzi, drwisz z nich, szydzisz, niszczysz ich rzeczy, wszczynasz bójkę – tak się nie robi. Postępując w taki sposób, raczej tracisz przyjaciół, niż zyskujesz ich.*

Igor: *Ja chyba nic innego nie potrafię.*

Jurek: *Moim zdaniem ty niczego innego nie próbowałeś. Najwyższa pora to zmienić, może znowu zaczniemy wspólnie grać w szachy?*

Igor: *I tak zawsze ty wygrywałeś.*

Jurek: *No, Ty też wygrywałeś – byłeś naprawdę dobry.*

Igor: *Myślisz?*

Jurek: *Ja to wiem. Zostaw swoich nowych kumpli, bądź znowu taki jak dawniej, z nimi nie czeka Cię nic dobrego. Przez nich osoby, na które możesz liczyć, odwrócą się od Ciebie, zostaniesz sam albo skończysz w jakimś ośrodku wychowawczym.*

Igor: *Może spróbuję. Przepraszam stary za wszystko.*

„Z jakim uzależnieniem mamy do czynienia?”

Cel: umiejętność identyfikowania rodzajów uzależnień.

Pomoc: ilustracje z gazet, książek przedstawiające osoby uzależnione od narkotyków, papierosów, Internetu, leków, zakupów, telefonów komórkowych czy też pracoholików.

Przebieg: Prowadzący rozkłada na podłodze ilustracje. Zadaniem uczestników jest określenie, z jakim typem uzależnienia kojarzy im się dana ilustracja. Na zakończenie prowadzący zadaje przykładowe pytania:

- Które z uzależnień najbardziej wpływają na człowieka i dlaczego?
- Które są najbardziej szkodliwe dla zdrowia człowieka i dlaczego?
- Gdzie osoba zagrożona uzależnieniem lub uzależniona może szukać pomocy?

Ćwiczenie może być wprowadzeniem do szerszego omówienia zagadnień związanych z uzależnieniami.

Portret osoby uzależnionej

Cel: identyfikacja symptomów uzależnienia.

Pomoce: Dwa arkusze szarego papieru, mazaki, kredki, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na dwa zespoły i prosi o stworzenie portretu osoby uzależnionej: pierwszy zespół rysuje portret osoby uzależnionej od alkoholu, drugi – od narkotyków. Ważne jest, by uczestnicy skoncentrowali się na cechach zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych uzależnionego. Grupy prezentują swoje wytwory. W podsumowaniu prowadzący może podkreślić, iż objawy uzależnienia są podobne bez względu na to, jakie substancje prowadzą do uzależnienia, oraz że uzależnienie dotyka wszystkich obszarów funkcjonowania człowieka.

Skojarzenia²

Cel: uświadomienie konsekwencji zażywania środków psychoaktywnych.

Pomoce: dwie sylwetki człowieka wycięte z szarego papieru, mazaki, kredki, kartki, długopisy.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na czteroosobowe zespoły i prosi, żeby każdy z nich wypisał jak najwięcej skojarzeń ze słowem *narkomania*. Każdy zespół kolejno odczytuje efekty swojej pracy. Prowadzący dokonuje zapisu skojarzonych słów – pozytywne skojarzenia zapisuje na jednej postaci, a negatywne na drugiej. Następnie przykrywa sylwetkę z negatywnymi skojarzeniami sylwetką z określeniami pozytywnymi. W dalszej części wspólnie z uczestnikami analizuje każde pozytywne skojarzenie. Kiedy grupa w swoich wypowiedziach podważy jego zasadność, prowadzący odcina kawałek „pozytywnej sylwetki”. Po zakwestionowaniu wszystkich pozytywnych skojarzeń pozostaje prawdziwy – negatywny – obraz osoby uzależnionej.

„Czy jestem uzależniony?”³

Cel: poznanie faz i mechanizmów uzależnienia.

Pomoce: kartki i długopisy dla poszczególnych grup.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na trzy zespoły. Prosi, aby pierwszy zespół spisał myśli i odczucia osoby, która po raz pierwszy zażyła narkotyk. Drugi zespół zajmuje się myślami i odczuciami osoby, która bierze narkotyki od czasu do czasu. Trzeci zespół wypisuje myśli i odczucia kogoś, kto bierze narkotyki codziennie. Kiedy zespoły skończą pracę, z pierwszego z nich zostaje wydelegowana jedna osoba – potencjalny uzależniony. Osoba ta staje na środku, a pierw-

² M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy*. Warszawa, Toret 2000, s. 127–128.

³ Ibidem, s. 128.

szy zespół otacza ją i na głos czyta zapisane wcześniej sformułowania. Kiedy skończy, zostaje na miejscu i otacza go drugi zespół, który również czyta swoje wypowiedzi. To samo czyni zespół trzeci. Po zakończeniu ćwiczenia uczestnicy wracają na miejsca, a prowadzący prosi osobę odgrywającą rolę uzależnionego o określenie, jak się czuła i co znaczyły dla niej poszczególne kręgi. W podsumowaniu prowadzący zachęca grupę do sformułowania wniosków na temat faz uzależnienia.

Jak zaczyna się uzależnienie?

Cel: poznanie mechanizmu zaprzeczania.

Pomoce: pasy szarego papieru, mazaki, zszywacze.

Przebieg: Prowadzący prezentuje historię: *Adam od czasu do czasu pali marihuanę, po raz pierwszy zapalił pół roku temu na imprezie towarzyskiej, a obecnie pali 3–4 razy w tygodniu. Niepalący kolega zapytał go, co się z nim dzieje i czy przypadkiem nie jest uzależniony. Jak odpowiedziałby Adam?* Uczestnicy w grupach czteroosobowych zapisują potencjalne odpowiedzi Adama. Każda odpowiedź jest umieszczana na oddzielnym pasie szarego papieru. Następnie wybierana jest jedna osoba z grupy, która będzie odgrywała rolę Adama. Osoba ta staje na środku. Z zapisanych pasów szarego papieru sporządzone są obręcze. Uczestnicy kolejno nakładają je na Adama (im jest ich więcej, tym lepiej!). Po zakończeniu ćwiczenia prowadzący pyta osobę odgrywającą rolę Adama, jak się czuła – czy jej odczucia rzeczywiście były zgodne z tym, co głosiły napisy na papierze. W podsumowaniu prowadzący krótko omawia mechanizm zaprzeczania.

„Jestem świadoma / świadomy”⁴

Cel: kształtowanie odpowiedzialności dotyczącej własnych zachowań seksualnych i decyzji o rodzicielstwie.

Pomoce: materiały związane z środkami regulowania płodności (zdjęcia, opakowania, instrukcje, ulotki itp.), wydrukowana tabela dla każdej grupy roboczej, długopisy.

Przebieg: Prowadzący rozkłada na podłodze przygotowane uprzednio materiały. Dzieli grupę na kilka zespołów, przydzielając każdej określone środki regulacji płodności. Zadaniem każdego z zespołów jest wypisanie wszystkiego, co wiedzą na temat przydzielonych im metod antykoncepcji z uwzględnieniem rodzaju metody, jej skuteczności, konieczności konsultacji lekarskiej, dostępności, ceny, sposobu użycia, skutków ubocznych (uczestnicy umieszczają te dane w otrzymanej od prowadzącego tabeli). Po zakończeniu pracy grupowej każdy zespół prezentuje wyniki swojej pracy, a prowadzący w razie konieczności uzupełnia je lub poprawia błędy. W podsumowaniu prowadzący może podać wyni-

⁴ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, PWN 2007, s. 369.

ki badań⁵ dotyczących niedostatków w używaniu metod sterowania płodnością. Zachęca uczestników do dyskusji na temat przyczyn niestosowania antykoncepcji przez osoby rozpoczynające współżycie.

„Co wiesz o chorobach przenoszonych drogą płciową?”

Cel: uświadomienie zagrożeń i zasad profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową.

Pomoce: arkusz „Co wiesz o chorobach przenoszonych drogą płciową?”, arkusz szarego papieru, mazaki, długopisy, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący rozdaje uczestnikom arkusz „Co wiesz o chorobach przenoszonych drogą płciową?” i prosi, aby wypełnili go indywidualnie. Po zakończonej pracy uczniowie wymieniają się arkuszami, a prowadzący podaje właściwe odpowiedzi. Uczestnicy zaznaczają na otrzymanych arkuszach błędy i zgłaszają je na głos. Jest to okazja do uzupełnienia wiadomości i podjęcia dyskusji na dany temat. Następnie prowadzący zawiesza na ścianie plakat z trzema kolumnami: zachowania seksualne bardzo ryzykowne, ryzykowne i mało ryzykowne. W poszczególnych kolumnach zapisuje propozycje podawane przez uczestników, wyjaśniając ewentualne kontrowersje. W trakcie dyskusji prowadzący zachęca uczestników, aby podawali powody, dla których ludzie podejmują ryzykowne zachowania seksualne pomimo posiadanej wiedzy. Na zakończenie uczestnicy w 3 zespołach wykonują plakaty dotyczące strategii profilaktycznej ABC (abstynencja, wierność, stosowanie prezerwatywy).

Arkusz „Co wiesz o chorobach przenoszonych drogą płciową?”⁶

Przeczytaj każde zdanie i zaznacz, czy jest to prawda (P), czy fałsz (F).

1. Nie można zakazić się więcej niż jedną z tych chorób na raz P F
2. Osoba, która raz zakaziła się daną chorobą, nie może się nią zakazić powtórnie P F
3. Można się zakazić przy innej formie fizycznego zbliżenia, a nie tylko podczas stosunku P F
4. Nie można zakazić się wirusem HIV w toalecie publicznej, przy wspólnym posiłku, od osoby kichającej czy kaszlącej P F
5. Dziewczyna nie może zakazić się przy pierwszym stosunku, ponieważ jest dziewicą P F
6. Dobra prezerwatywa skutecznie chroni przed zakażeniem wirusem HIV nawet przy powtórnyim użyciu P F
7. Można się zakazić od osoby, która nie ma objawów chorobowych P F

⁵ Z. IZDEBSKI: *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005*. Zielona Góra, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego 2006.

⁶ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 371.

8. *W gruncie rzeczy osobę chorą można rozpoznać – wygląda na zaniechaną lub niezdrową P F*
9. *Tylko homoseksualiści zakażają się HIV P F*
10. *Jeżeli partnerzy przeszli testy na AIDS i nie stwierdzono u żadnego z nich wirusa HIV, mogą bezpiecznie odbywać stosunki bez używania prezerwatywy P F*

Odpowiedzi prawidłowe: 1. F, 2. F, 3. P, 4. P, 5. F, 6. F, 7. P, 8. F, 9. F, 10. F

„Co wiesz o HIV i AIDS?”

Cel: poszerzenie wiadomości na temat zakażenia HIV / AIDS i sposobów zapobiegania zakażeniom.

Pomoce: kartki z tematami: drogi zakażenia HIV, AIDS, zapobieganie zakażeniom, jak nie można zarazić się HIV, długopisy, kartki do zapisywania wniosków.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na cztery zespoły i przydziela każdemu z nich określony temat. Zadaniem zespołów jest napisanie wszystkiego, co ich członkowie wiedzą na podany temat („burza mózgów”). Po zakończeniu zadania każdy zespół referuje efekty swojej pracy, a pozostali uczestnicy i prowadzący mają możliwość uzupełnienia informacji i zadawania pytań.

Przekazywanie informacji

Cel: kształtowanie umiejętności określania ryzyka zakażenia wirusem HIV, nauka zapobiegania i przewidywania możliwości zakażenia.

Pomoce: cztery arkusze szarego papieru, flamastry, kredki, długopisy, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na cztery zespoły. Ogólna instrukcja dla wszystkich zespołów jest następująca: *Opracujcie schematy serwisów informacyjnych zawierających komplet informacji o drogach szerzenia się wirusa HIV i możliwościach zapobiegania temu zakażeniu.* Dodatkowo każda grupa otrzymuje dyspozycje szczegółowe:

- grupa pierwsza ma opracować komunikat pielęgniarki szkolnej, pedagoga, psychologa adresowany do uczniów danej szkoły,
- grupa druga sporządza serwis w czasopiśmie młodzieżowym,
- grupa trzecia opracowuje informację dla mieszkańców dużej aglomeracji miejskiej, rozmieszczoną na billboardach,
- grupa czwarta konstruuje reklamę społeczną prezentowaną w radio i telewizji, przeznaczoną dla szerokiej grupy odbiorców.

Po zakończeniu pracy przedstawiciele każdego zespołu przedstawiają wyniki na forum grupy. Członkowie pozostałych grup mogą udzielać informacji zwrotnych na temat przedstawionych propozycji.

Impreza

Cel: uświadomienie uczestnikom, z jak dużą prędkością może rozprzestrzeniać się wirus HIV, jeśli nie stosuje się odpowiednich zabezpieczeń.

Pomoc: losy dla wszystkich uczestników zajęć (jeden los z oznaczeniem HIV, reszta losów pusta).

Przebieg: Uczestnicy siadają w kręgu. Kolejno ciągną losy. Osoba, która wyciągnęła karteczkę z napisem *HIV*, będzie odgrywała rolę nosiciela (nie może tego ujawniać). Na polecenie prowadzącego uczestnicy wyobrażają sobie, że są na imprezie towarzyskiej. Ich zadaniem jest swobodne poruszanie się po sali i rozmowa z innymi uczestnikami ćwiczenia. Zaczynając rozmowę, uczestnicy muszą podać sobie rękę, jak przy przywitaniu. Osoba „zakażona” podając rękę, sygnalizuje naciśnięciem kciuka, że to ona jest „nosicielem”. Od tego momentu jej partner również staje się „zakażony” i może „zakażać” innych. Po 10 minutach prowadzący przerywa ćwiczenie i prosi, by „zakażeni” stanęli po jednej stronie sali, a „zdrowi” po drugiej (zwykle okazuje się, że tych pierwszych jest więcej). Po zakończeniu ćwiczenia uczestnicy siadają w kręgu i kolejno każdy z nich wypowiada się na temat swoich odczuć dotyczących ćwiczenia.

**BŁOK DOTYCZĄCY
UMIEJĘTNOŚCI PSYCHOLOGICZNYCH**

Niedokończone zdania¹

Cel: werbalizacja uczuć, autoprezentacja.

Przebieg: Prowadzący czyta zdania, a uczestnicy kolejno kończą je zgodnie z własnymi emocjami i doświadczeniami:

- *Dzisiaj czuję się...*
- *Chciałabym, żeby...*
- *Najbardziej jestem szczęśliwa, kiedy...*
- *Jest mi smutno, kiedy...*
- *Dwa słowa opisujące mnie, to...*
- *Chce mi się śmiać, kiedy...*
- *Kiedy jestem zły...*
- *Złoszczę się, kiedy...*
- *Wczoraj czułem...*
- *Boję się, kiedy...*
- *Jestem znudzony...*
- *Jestem zawstydzony...*
- *Czuję niepewność, kiedy...*
- *Czuję się bezpiecznie, kiedy...*
- *Sposób, w jaki najczęściej wyrażam uczucia, to...*

„Narysuj uczucia”²

Cel: zabawa, rozgrzewka, uświadomienie sobie własnego nastroju.

Pomoc: kartki, mazaki, kredki.

Przebieg: Prowadzący zwraca się do uczestników: *Spróbujcie narysować, jak się teraz czujecie. Może to być rysunek abstrakcyjny, zawierający pewne słowa (lecz nie bezpośredni opis samopoczucia) i obrazy. Kiedy skończycie, pozwólcie, by inni członkowie grupy odgadli, co czujecie.* Można też poprosić grupę, by zinterpretowała rysunek, jeśli jego autor wyrazi zgodę.

Jaka to twarz?³

Cel: nazywanie i rozpoznawanie uczuć (werbalizacja) i rozwijanie empatii.

Pomoc: kolorowe gazety, arkusz papieru szarego podzielony na cztery kolumny, w których wpisane są poszczególne uczucia: złość, smutek, radość, niepokój.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników, aby zademonstrowali poszczególne uczucia, a następnie z kolorowych gazet wycięli ludzi przeżywających takie emocje i wkleili w odpowiednią kolumnę. Grupę można podzielić na zespoły. Każdy z nich będzie zajmował się jednym uczuciem. Kiedy arkusz zostanie

¹ „Jak żyć z ludźmi”. *Umiejętności interpersonalne. Program profilaktyczny dla młodzieży.* Warszawa, MEN 1997, s. 2–2, 2–3.

² M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy.* Warszawa, Toret 2000, s. 116.

³ *Ibidem*, s. 113.

wypełniony zdjęciami, wtedy można porozmawiać z uczestnikami o tym, czy mieli trudności z rozpoznawaniem uczuć na zdjęciach, które z fotografii najszybciej udało im się znaleźć, w jakich sytuacjach mogli uczestniczyć bohaterowie zdjęć.

Stoi na stacji lokomotywa

Cel: rozgrzewka, komunikacja uczuć i zabawa.

Pomoce: karteczki z wymienionymi emocjami: ZŁOŚĆ, ZDZIWIENIE, ROZCZAROWANIE, SMUTEK, PRZYGNĘBIENIE, RADOŚĆ, SZCZĘŚCIE, ZASKOCZENIE, NIEPEWNOŚĆ, ZNUDZENIE, WSTYD, NIECHĘĆ, GNIEW, ROZPACZ, ROZKOSZ, PRZYJEMNOŚĆ, ZADOWOLENIE, PRZYKROŚĆ, CIERPIENIE, STRACH, CIEKAWOŚĆ, ŻAL, RADOŚĆ.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników o wylosowanie karteczki z opisem określonych emocji. Następnie grupa ustawia się w kole i każdy po kolei wypowiada zdanie: *Stoi na stacji lokomotywa* z odpowiednim zabarwieniem uczuciowym (uczucie musi odpowiadać opisowi na karteczce).

„Człowiek i jego emocje”⁴

Cel: rozpoznawanie uczuć, nauka empatii.

Pomoce: sylwetka człowieka wycięta z szarego papieru, nożyczki, taśma klejąca, kartka z opisaną historyjką:

Tomek od rana czuł się niezbyt dobrze. W nocy śniły mu się koszmary, nawet coś przez sen krzyczał. Brat, który śpi z nim w pokoju, wszystko słyszał i potem stroił sobie z niego żarty. Tomek przemilczał uwagi. Sięgając po dzbanek z mlekiem, potracił szklankę i wylał herbatę. Teraz śmiała się z niego nawet młodsza siostra. Szybko więc wybiegł z domu, zabierając w pośpiechu teczkę. Rozbierając się w szatni, zauważył, że ma dwie różne skarpetki. „Może nikt nie zauważy” – pomyślał. Na pierwszej lekcji na szczęście nie był pytany, jednak na następnej nauczyciel poprosił go do tablicy. Długo nie chciał wyjść, a kiedy już dotarł na środek klasy, to o niczym innym nie myślał. Czuł się coraz gorzej. Oczywiście, skarpetki zauważyła Anka, największa złościana, i od razu zapytała na cały głos: „Co ty, po ciemku się ubierałeś czy kolorów nie rozróżniasz?” Zaraz dołączyli się inni.

– Lustra też chyba nie ma. Jakby spojrział, to by w ogóle z domu nie wychodził. Na szczęście była przerwa i szybko wybiegł z klasy.

– Hej, dokąd tak biegniesz? – zapytał ktoś. To był Adam, chłopak z tzw. paczki. Może pobiegiesz nam po papierosy? – wokół rozległ się śmiech.

Tego było za dużo. Tomek wziął teczkę z klasy i wyszedł z lekcji. Przechodząc koło sali gimnastycznej, natknął się jeszcze na grupkę palaczy.

– Może zapalisz z nami? Chyba że się boisz?

⁴ Ibidem, s. 119.

– Nie boję się, mogę zapalić – odpowiedział. Zaciągnął się dymem. Papieros był mocny i jakiś dziwny. Wyglądał jak ręcznie robiony. Dym był ostry. Do oczu nadbiegły łzy.

– Zabierz mu to, bo się popłacze, mięczak.
Tomek wziął teczkę i wolno ruszył do domu⁵.

Przebieg: Prowadzący czyta historię i prosi grupę o przerwanie w momencie, w którym bohater przeżywa trudne uczucia. Kiedy uczucie zostanie nazwane, uczestnik odrywa część papierowej sylwetki człowieka rozłożonej na podłodze. Po przeczytaniu całej historii prowadzący inicjuje rozmowę o sytuacjach w jakich znalazł się bohater:

- Jak czuł się pod koniec dnia?
- Co można było zrobić, żeby temu zapobiec?

Przy każdym pomysłe pomocy uczestnicy doklejają oderwane części sylwetki.

Filizanki⁶

Cel: autoprezentacja, identyfikacja przeżywanych emocji, projekcja własnych przeżyć.

Pomoce: kartki, długopisy dla każdego uczestnika.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników o zapisanie na kartce niedokończonego zdania: *Jestem filizanką, mieszkam w kredensie...* Każdy uczestnik, utożsamiając się z filizanką, kończy wypowiedź zgodnie z własnym przekonaniem. Następnie wszyscy uczestnicy po kolei odczytują własne historie. Po zakończeniu ćwiczenia uczestnicy mogą udzielić sobie informacji zwrotnych (czy potwierdziły się jakieś ich przypuszczenia, czy w opowieściach pojawiło się coś niespodziewanego, czy dowiedzieli się czegoś nowego o sobie itp.).

Jak można radzić sobie z uczuciami?⁷

Cel: werbalizacja emocji i określenie sposobu radzenia sobie z emocjami.

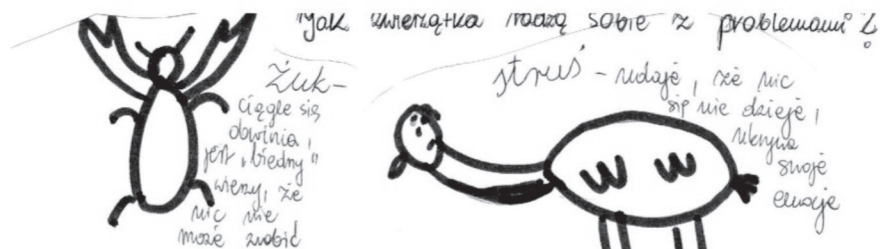
Pomoce: rysunki ze zwierzątkami dla każdego uczestnika.

Przebieg: Prowadzący prosi kolejno uczestników o podawanie przykładów zachowań charakterystycznych dla poszczególnych zwierząt. Zadanie uczestników polega także na określeniu, który ze sposobów radzenia sobie z uczuciami jest najbardziej charakterystyczny dla niego.

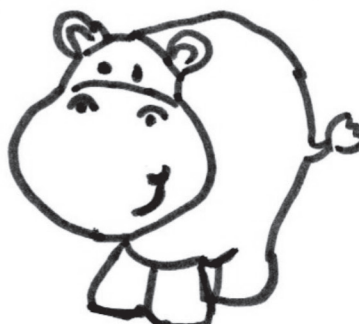
⁵ Ibidem, s. 119.

⁶ Por. H. KADUSON, Ch. SCHAEFER: *Zabawa w psychoterapii*. Gdańsk, GWP 2001.

⁷ M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy...*, s. 117.



Hipopotam - wali się innym, ciągle jest mu źle, ale nic nie robi



„Wyraź siebie”

Cel: identyfikacja emocji i zwiększenie samoświadomości.

Pomoce: kartki, kredki, mazaki, gazety.

Przebieg: Prowadzący prosi każdego z uczestników o zaprojektowanie koszulki wyrażającej jego samego, jego indywidualne cechy, sposoby radzenia sobie z emocjami itp. Następnie uczestnicy prezentują swoje prace.

Liść/t

Cel: ekspresja emocji, elementy treningu twórczości.

Pomoce: koperty i wiersz *Liść/t* Majki Parczewskiej⁸ (liczba materiałów musi być wystarczająca dla wszystkich uczestników zajęć).

Liść/t Majka Parczewska

*Każdy ma coś do powiedzenia
Każdy ma coś do powiedzenia, ale nie każdemu
Każdy chce, aby ktoś mu coś powiedział
Nie każdy umie powiedzieć, co chce*

*To, co powiesz zależy od ciebie
To ważne zdanie, przeczytaj je jeszcze raz
Ja jestem tu po to, aby napisać ten list
Ty napisz swój*

*list
liść
słowo
wiersz
co chcesz
ważne
ważne dla ciebie*

Napisz dużo, mało, jedno
I daj jemu, mnie, wszystkim, komuś*
Każdemu, o kim myślisz, że chce usłyszeć
od kogoś, od ciebie, od kogokolwiek
coś ważnego na życie, coś ważnego na chwilę
Ważne słowo, wiersz, liść/t
Albo nie pisz, jeśli nie chcesz, albo....
wybierz sam

⁸ Materiały szkoleniowe uzyskane podczas warsztatów organizowanych w ramach Studium Socjoterapii i Psychoterapii Młodzieży w Centrum Dydaktyki i Leczenia Psychodynamicznego w Krakowie.

Przebieg: Prowadzący przygotowuje koperty, do których wkłada kartki formatu A4 z tekstem wiersza Majki Parczewskiej. Koperty adresuje: *Dla Ciebie, jeżeli jesteś smutny, Dla Ciebie, jeżeli kochasz, Dla Ciebie, jeżeli przeżywasz lęki, Dla Ciebie, jeżeli czujesz się samotny* itp. (sposób adresowania jest uzależniony od specyfiki grupy biorącej udział w ćwiczeniu). Następnie prowadzący rozkłada koperty i prosi, by każda z osób wybrała kopertę, którą uważa za zaadresowaną do niej. Następnie każdy z uczestników zapoznaje się z treścią wiersza i próbuje napisać na odwrocie kilka słów (wiersz czy list do kogoś, komu chciałby o czymś ważnym powiedzieć). Koperty muszą od nowa zostać zaadresowane, zgodnie z zawartą treścią (np. jeżeli tekst dotyczy miłości: *Dla Ciebie, jeżeli szukasz miłości*, w przypadku żalu: *Dla Ciebie jeżeli czujesz żal*). Ponownie koperty zostają rozłożone i każdy z uczestników dobiera sobie kopertę, która odpowiada jego nastrojowi. W dalszej części uczestnicy, którzy chcą podzielić się z grupą otrzymanymi „listami”, odczytują zawarte w nich teksty.

„Zmień nastawienie”

Cel: kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i pozytywnego myślenia.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników, by wyobrazili sobie ostatnią sytuację, w której byli zestresowani, a następnie spróbowali przeżyć ją ponownie, koncentrując się na pozytywnych emocjach i zmieniając swoje zachowanie, np. uśmiechając się. Na zakończenie uczestnicy kolejno dzielą się własnymi odczuciami. Prowadzący może prosić chętnych uczestników o odegranie scenek ilustrujących wyobrażone sytuacje.

Myśl pozytywna⁹

Cel: kształtowanie umiejętności zmiany sposobu myślenia w sytuacjach stresujących.

Pomoce: arkusze „Zmiana sposobu myślenia”, długopisy.

Przebieg: Prowadzący dzieli uczestników na grupy trzy- czteroosobowe. Każdej grupie wręcza arkusz „Zmiana sposobu myślenia”. Członkowie grup wypełniają arkusz, a następnie grupy kolejno odczytują wyniki swojej pracy. W ramach podsumowania prowadzący zadaje uczestnikom następujące pytania:

- *Czy zamiana zdań negatywnych na pozytywne sprawiała trudności, a jeśli tak, to dlaczego?*
- *Jakie mogą być konsekwencje negatywnego myślenia w trudnych sytuacjach?*

Arkusz „Zmiana sposobu myślenia”

Sytuacja przykładowa:

Właśnie dowiedziałeś się, że nie zaliczyłeś testu z matematyki

⁹ „Jak żyć z ludźmi”..., s. 7–11, 7–12.

Myślenie negatywne: *Jestem beznadziejny! Na pewno nie zdam do następnej klasy!*

Myślenie pozytywne: *To przykre, ale każdemu może się zdarzyć! Dzięki temu, że wiem, co sprawia mi największą trudność, wiem, nad czym pracować, żeby poprawić ocenę!*

Sytuacja 1

Zapraszasz kolegę / koleżankę na urodziny. Zależy Ci na jej obecności, a ona odmawia.

Myślenie negatywne: *Jestem nudna / nudny, nieatrakcyjna / nieatrakcyjny! Nic dziwnego, że nikt nie chce się ze mną umawiać!*

Myślenie pozytywne: ...

Sytuacja 2

Opowiadasz koleżance o kwestii dla Ciebie ważnej, a ona wydaje się tym niezainteresowana.

Myślenie negatywne: *Mój problem nie jest dla niej istotny, zresztą tak jak ja!*

Myślenie pozytywne: ...

Sytuacja 3

Pierwsza próba jazdy na rolkach nie powiodła się.

Myślenie negatywne: *Jestem fajtłapą! Nigdy się tego nie nauczę!*

Myślenie pozytywne: ...

Sytuacja 4 (do wyboru)

Stres i jak sobie z nim radzić

Cel: wypracowanie skutecznych metod radzenia sobie ze stresem.

Pomoc: dwa arkusze szarego papieru, małe karteczki, długopisy, mazaki.

Przebieg: Prowadzący wspólnie z uczestnikami próbuje ustalić definicję pojęcia *stres*. Następnie na arkuszu szarego papieru tworzą listę sytuacji i obiektów wywołujących stres. Na drugim arkuszu sporządzają listę doznań, które pojawiają się u nich w sytuacji stresu; dzielą je na te pochodzące z ciała i te będące wytworem zaburzonej pracy umysłu. W dalszej części uczestnicy dobierają się w pary i opowiadają sobie o sytuacjach, w których odczuwali silny stres, ale poradzili sobie z nim (powinni zwrócić uwagę na konkretne działania i zachowania, jakie pomogły im zwalczać stres na tyle, żeby nie dezorganizował wykonania zadania). Na tej podstawie na forum grupy tworzona jest lista działań skutecznych w radzeniu sobie ze stresem. Na zakończenie każdy uczestnik indywidualnie na małej karteczce opisuje sytuację, w której odczuwa najsilniejszy stres. Wszystkie karteczki zostają podarte i ze słowami *Zniszczyłem swój stres* wyrzucone do kosza na śmieci.

Podjęmowanie decyzji z wykorzystaniem techniki drzewa decyzyjnego

Cel: kształtowanie umiejętności podejmowania decyzji.

Pomoce: arkusze papieru (lub gotowe schematy drzewa decyzyjnego), długopisy, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na zespoły 3–4-osobowe. Prosi, żeby każdy zespół wymyślił problem wymagający podjęcia decyzji. Zespoły otrzymują duże arkusze szarego papieru, na których w formie schematycznej, zgodnie z techniką drzewa decyzyjnego, przedstawiają sposób podejmowania decyzji według wzoru: u dołu arkusza (pień) należy zapisać problem decyzyjny; nieco wyżej możliwe rozwiązania (co najmniej 4, 5); po środku (korona drzewa) każde rozwiązanie trzeba przeanalizować pod kątem konsekwencji pozytywnych i negatywnych – na tej podstawie wybierane jest rozwiązanie optymalne; na samej górze arkusza (korony) określone są cele i wartości, jakimi kierują się osoby podejmujące decyzje, stanowiące zarazem kryterium oceny rozważanych umiejętności. Po wypełnieniu arkusza, każdy zespół omawia efekty swojej pracy na forum grupy. W ramach podsumowania prowadzący może wskazać korzyści z analizowania konsekwencji podejmowanych działań.

Rodzinne podejmowanie decyzji

Cel: utrwalenie umiejętności konstruktywnego podejmowania decyzji.

Pomoce: karteczki z opisem trudnych sytuacji domowych do wylosowania przez poszczególne zespoły, kartki, długopisy.

Przebieg: Prowadzący dzieli uczestników na zespoły 3–4-osobowe, które mają odgrywać role poszczególnych osób z rodziny (mama, tata, dziecko / dzieci). Każdy zespół losuje kartkę z opisem sytuacji wymagającej wspólnego podjęcia decyzji przez wszystkich członków rodziny, np. dokąd pojechać na wakacje, kto i jak zaopiekuje się chorą babcią, ojciec stracił pracę, dziecko nie otrzymało promocji do następnej klasy, na co przeznaczyć wygrane na loterii pieniądze, rodzice postanowili się rozwieść, dziecko wróciło pijane do domu, rodzice dostają atrakcyjną pracę w odległym miejscu. Po podjęciu decyzji przez wszystkie zespoły (rodziny) uczestnicy kolejno omawiają je na forum. Mówią o tym, jaka była droga dojścia do porozumienia albo dlaczego nie zostało ono osiągnięte.

**BLOK DOTYCZĄCY
UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

Analiza własnych doświadczeń w komunikowaniu się¹

Cel: analiza osobistych doświadczeń w zakresie komunikacji interpersonalnej, uświadomienie sobie własnych trudności i zaakcentowanie indywidualnych umiejętności komunikacyjnych.

Pomoc: arkusz „Własne doświadczenia komunikacyjne”.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników o wypełnienie arkusza dotyczącego analizy własnych doświadczeń w komunikowaniu się. Po wypełnieniu arkusza prowadzący prosi o samodzielne przemyślenie odpowiedzi na następujące pytania:

- *Które z sytuacji (skutecznej i nieskutecznej komunikacji) zdarzają Ci się częściej?*
- *Kto Twoim zdaniem (Ty czy partner) jest bardziej odpowiedzialny za skuteczność komunikacji i dlaczego?*

Następnie prowadzący prosi uczestników o indywidualne zapisanie wniosków i zachęca do podzielenia się nimi na forum grupy.

Arkusz „Własne doświadczenia komunikacyjne”

<i>Przypomnij sobie sytuacje, w których dobra komunikacja pomogła Ci osiągnąć sukces czy uporać się z trudnym problemem</i>	<i>W jakim stopniu dobra komunikacja była wynikiem Twoich umiejętności, a w jakim stopniu partnera? (10 punktów rozdział między siebie i partnera)</i>
Sytuacja 1	Ja Partner.....
Sytuacja 2	Ja..... Partner.....
<i>Przypomnij sobie sytuacje, w których nie zrealizowałeś swoich zamierzeń z powodu niewłaściwej komunikacji</i>	<i>W jakim stopniu nieskuteczna komunikacja była wynikiem braku Twoich umiejętności komunikacyjnych, a w jakim stopniu partnera? (10 punktów rozdział między siebie i partnera)</i>
Sytuacja 1	Ja..... Partner.....
Sytuacja 2	Ja..... Partner.....

¹ K. KNAFEL: *Komunikacja społeczna w organizacji. Program TERM FRSE*. Warszawa. Ministerstwo Edukacji Narodowej 1996, s. 31.

Próba definiowania pojęcia komunikacja interpersonalna z wykorzystaniem techniki śnieżnej kuli

Cel: zrozumienie istoty pojęcia komunikacji interpersonalnej i wskazanie różnic indywidualnych w rozumieniu tego pojęcia.

Pomoce: arkusze szarego papieru, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący dzieli uczestników na zespoły dwuosobowe i prosi o stworzenie definicji pojęcia *komunikacja interpersonalna* z koniecznością uwzględnienia wszystkich jej elementów z możliwością wykorzystania określeń, skojarzeń, ilustracji itp. Następnie prosi o łączenie się w zespoły czterosobowe i opracowanie (na podstawie wcześniejszych definicji) wspólnej propozycji i zapisanie jej na arkuszu. Ostatni etap polega na stworzeniu zespołów ośmiuosobowych i wykonanie takiego samego zadania, którego efektem jest przedstawienie poszczególnych definicji i stworzenie na ich podstawie wspólnej definicji całej grupy (liczba grup zależy od liczby uczestników biorących udział w ćwiczeniu).

Rysunek²

Cel: zapoznanie uczestników z komunikacją jedno- i dwukierunkową.

Pomoce: kartka formatu A4 z rysunkiem dowolnego, prostego układu figur geometrycznych.

Przebieg: Prowadzący wybiera jednego uczestnika i prosi go o wykonanie zadania:

- opisanie rysunku za pomocą słów, bez posługiwania się środkami niewerbalnymi (np. rysowanie w powietrzu);
- opisanie rysunku w połączeniu ze sprzężeniem zwrotnym (możliwość zadawania pytań ze strony grupy).

Na zakończenie prowadzący może zadać następujące pytania:

- Która wersja rysunku przypomina bardziej oryginał i dlaczego?
- W jakim stopniu zrozumiałe były instrukcje osoby opisującej rysunek?
- O jakich rodzajach komunikacji można mówić na podstawie tego ćwiczenia?

Kto mówi do kogo...?³

Cel: poznanie procesów zachodzących w trakcie komunikacji w grupie.

Pomoce: arkusz z wypisanymi imionami wszystkich uczestników ćwiczenia, mazak.

Przebieg: Prowadzący wybiera dwóch uczestników i informuje grupę, że przez jakiś czas będą oni obserwowali rozmowę grupy (rozmowa toczy się na dowolny temat, np. wspomnienia z wakacji). Zadaniem obserwatorów jest zapisanie

² „Jak żyć z ludźmi”. *Umiejętności interpersonalne. Program profilaktyczny dla młodzieży*. Warszawa, MEN 1997, s. 5–3, 5–4.

³ K.W. VOPEL: *Zabawy interakcyjne*. Cz. 1. Kielce, Wydawnictwo „Jedność” 1999, s. 24–25.

wszystkich procesów komunikacyjnych za pomocą strzałek na dużym arkuszu. Następnie cała grupa omawia eksperyment. Prowadzący pyta uczestników:

- Jak czuli się w czasie eksperymentu?
- Czy dochodzili do głosu tak często, jak chcieli?
- Do kogo zwracano się najczęściej?
- Co można zrobić, żeby powiększyć udział w rozmowie grupowej?

Umiejętność komunikowania się

Cel: określenie potrzeb i indywidualnych umiejętności komunikacyjnych.

Pomoce: arkusz szarego papieru, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Grupa pracuje nad problemem: *Jakie umiejętności są nam potrzebne, aby w procesie komunikowania się osiągnąć jak najlepsze efekty?* Przez pierwszych 5 minut uczestnicy powinni pracować indywidualnie, a następnie 10 minut przeznaczyć na tworzenie listy umiejętności, zapisując je na arkuszu papieru. Gotowy plakat z umiejętnościami komunikacyjnymi zostaje zawieszony na ścianie czy tablicy i omówiony przez wybranego uczestnika zajęć. Na zakończenie prowadzący udziela informacji zwrotnej i podsumowuje pracę grupy.

Rozmowa potworów

Cel: kształtowanie umiejętności unikania barier komunikacyjnych i aktywnego słuchania.

Przebieg: Prowadzący dzieli uczestników na pary i prosi, by jedna z osób opowiedziała coś na wybrany temat. (np. wspomnienia z poprzedniego dnia). W tym samym czasie zadaniem drugiej osoby jest naśladowanie sposobu wypowiedzania się partnera. Następnie prowadzący zadaje pytania:

- Jak rozmowa potworów wpłynęła na komunikację?
- Czy można było zrezygnować ze spekulowania, co partner powie?
- Czy przyjemniejsze było prowadzenie rozmowy, czy też naśladowanie partnera?

W ramach podsumowania ćwiczenia prowadzący podaje wniosek końcowy: *Kiedy słuchamy siebie nawzajem bez żadnych oczekiwań, wtedy unikamy nieporozumień.*

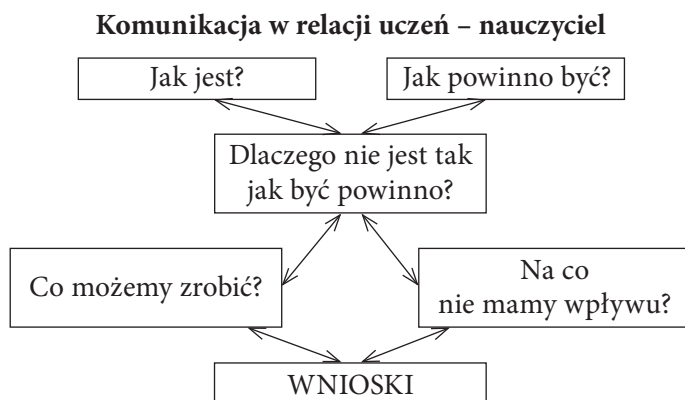
Przepływ informacji między uczniami a nauczycielami – metaplan

Cel: diagnoza umiejętności komunikacyjnych uczniów, analiza sposobu porozumiewania się w relacji uczeń – nauczyciel.

Pomoce: arkusze szarego papieru z wyszczególnionymi elementami metaplanu, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący dzieli uczestników na grupy (np. 4–5-osobowe). Każda z grup ma za zadanie wypełnić arkusz techniką metaplanu (według poniższego schematu), odnosząc się do sposobu komunikowania się uczniów z nauczycielami. Po zakończeniu pracy grupowej każdy zespół prezentuje swój plakat i oma-

wia go. Prowadzący podsumowuje efekty pracy grupy i wspólnie z uczestnikami formułuje wskazania dotyczące poprawy komunikacji w szkole.



Najważniejsze słowa

Cel: radzenie sobie z barierami komunikacyjnymi, elementy treningu twórczości.

Pomoce: kartki papieru dla każdego z uczestników, długopisy.

Przebieg: Prowadzący prosi, by każda z osób wypisała na kartce 3 słowa, które według niej są niezbędne w procesie komunikowania. Następnie prosi uczestników, by wyobrazili sobie, że przebywają na bezludnej wyspie, i spróbowali nawiązać w parach rozmowę (jak Robinson z Piętaszkiem) za pomocą 3 słów (każdy dysponuje tylko swoimi). Pary, którym udało się nawiązać dialog, prezentują go publicznie. W drugim etapie każda z osób z pary może wykorzystywać nie tylko swoje słowa, ale również słowa partnera. Słowa można dowolnie odmieniać! Ponownie pary prezentują dialogi. W kolejnym etapie prowadzący prosi, by każdy indywidualnie spróbował napisać wiersz za pomocą 6 słów. Można słowa powtarzać i dołączyć spójniki. Na koniec następuje publiczne odczytanie wierszy uczestników.

Komunikacyjny ekspert⁴

Cel: kształcenie umiejętności porozumiewania się i autoprezentacji.

Pomoce: kartki i długopisy w razie potrzeby.

Przebieg: Każdy członek grupy ustala swoje mocne strony (obszary fachowości, a nie cechy charakteru). Udziela sobie odpowiedzi na pytanie: *W czym jestem naprawdę dobry, co wiem lub umiem lepiej od innych?* Następnie każdy uczestnik przygotowuje trwający 3–5 minut „wykład” na jeden z dobrze mu znanych tematów. Wykład musi być przygotowany tak, aby każdy mógł go zrozumieć. Po-

⁴ E. НЕЦКА: *Trening twórczości. Podręcznik dla psychologów, pedagogów i nauczycieli*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 1998, s. 34–35.

tem uczestnicy kolejno wygłaszają swoje wykłady, a reszta grupy przekazuje im informacje zwrotne. Prowadzący szczególnie zachęca do udzielania konkretnych rad i wskazówek pozwalających uczynić wykład bardziej komunikatywnym.

„Co słyszę, gdy nie widzę, i co widzę, gdy nie słyszę?”

Cel: zapoznanie z komunikacją werbalną i niewerbalną, umiejętność aktywnego słuchania.

Pomoce: dwa 10-minutowe filmy, kartki, długopisy.

Przebieg: Prowadzący włącza 10-minutowe nagranie, którego uczestnicy nie znają. Prosi uczestników o odwrócenie się od ekranu i notowanie tego, co – ich zdaniem – dzieje się na ekranie, i zapisywanie odczuć, jakie są okazywane w filmie. Następnie grupa ogląda nagranie i porównuje z własną interpretacją. W dalszej części prowadzący włącza drugi film, tym razem z wyłączonym dźwiękiem. Zadanie polega na zanotowaniu tego, co – zdaniem uczestników – dzieje się w filmie, oraz nazwaniu odczuć, jakie są okazywane przez bohaterów. Na zakończenie uczestnicy oglądają film z dźwiękiem i porównują z własnymi spostrzeżeniami.

Marsjanie⁵

Cel: trening komunikacji pisemnej, kształtowanie umiejętności aktywnego słuchania i rozumienia treści przekazu.

Pomoce: kartki, długopisy i karteczki z nazwami przedmiotów (np. *trzepaczka do jajek, kinkiet, oczko wodne, patelnia do jajek, wyciskarka do owoców, zegar słoneczny*).

Przebieg: Grupa dzieli się na kilka zespołów, z których każdy losuje jedną kartkę z nazwą przedmiotu. Ćwiczenie polega na opisaniu tego przedmiotu pozostałym uczestnikom przy założeniu, że pochodzą oni z Marsa. Nie wolno używać określeń naprowadzających na zastosowanie tego przedmiotu. Opis sporządzany jest pisemnie, a następnie publicznie odczytywany. Zadaniem pozostałych grup jest odgadnięcie, o jaki przedmiot chodzi.

Co to jest?⁶

Cel: trening komunikacji pisemnej.

Pomoce: kartki formatu A4, długopisy, mazaki, dowolne przedmioty do wykorzystania.

Przebieg: Uczestnicy zostają podzieleni na dwie grupy. Każda z grup w osobnym pomieszczeniu dostaje przedmiot (np. tusz do rżęs, papier toaletowy) i pisze do drugiej grupy list, w którym próbuje opisać ten przedmiot, ale nie stosując

⁵ A. KIRBY: *Gry szkoleniowe. Materiały dla trenerów. Zestaw 1*. Kraków, Oficyna Ekonomiczna 2006, s. 131.

⁶ *Ibidem*, s. 49.

jego nazwy, słów związanych z jego użyciem oraz wyrazów pochodnych. Każda z grup po otrzymaniu listu próbuje narysować ten przedmiot. Oto przykładowa lista słów wyłączonych z użycia:

- *tusz do rzęs – wodoodporny, czarny, oko, źrenica, powieka, twarz, uroda, kosmetyk, szczoteczka, wydłużający, nazwy firm;*
- *papier toaletowy – biały, miękki, do wycierania, nazwy firm, długi, zrolowany, delikatny, z nadrukami.*

Sposoby ekspresji w komunikacji niewerbalnej⁷

Cel: poznanie rodzajów sygnałów niewerbalnych.

Pomoce: dwa arkusze szarego papieru, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na dwa zespoły i prosi uczestników o narysowanie na otrzymanych arkuszach postaci człowieka, a następnie o zaznaczenie na stworzonym rysunku, w odpowiednim miejscu, różnego rodzaju sygnałów niewerbalnych. Potem uczestnicy wraz z prowadzącym kolejno omawiają przykładowe rodzaje sygnałów pozawerbalnych, czyli:

- sposoby, w jakie człowiek tworzy otoczenie fizyczne (np. miejsce pracy, pokój);
- sposoby komunikacji, np. poprzez siedzenie, chodzenie, kontakt wzrokowy;
- ton głosu;
- wygląd: twarz, włosy, ciało, odzież i jej kolor, kobiecość / męskość;
- wyrażanie emocji poprzez: wzdychanie, płacz, marszczenie brwi, uśmiechanie się, śmiech, błaznowanie;
- gesty;
- odległość od innych ludzi itp.

Kalambury

Cel: kształtowanie umiejętności odczytywania sygnałów niewerbalnych.

Pomoce: kartki z propozycjami tytułów filmów, np. *Powrót Mechagodzilli, Szklana pułapka, Titanic, Oszukać przeznaczenie.*

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na kilka małych zespołów liczących 5–6 osób. Proponuje, aby każda z nich w osobnym pomieszczeniu, w ciągu 10 minut, przemyślała, w jaki sposób, bez użycia słów, przedstawi tytuł filmu, który wylosowała (treścią pantomimy mogą być też przysłowia, tytuły książek, tytuły popularnych filmów, audycji telewizyjnych albo powiedzenia). Następnie grupy prezentują scenki, a pozostali uczestnicy próbują rozszyfrować treść.

„Co widzę?”

Cel: umiejętność odczytywania sygnałów werbalnych i niewerbalnych.

Pomoce: arkusz „Co widzę?” dla każdego z uczestników, długopisy.

⁷ K. KNAFEL: *Komunikacja społeczna...*, s. 41.

Przebieg: Prowadzący rozdaje uczestnikom karty ćwiczeń. Uczestnicy je wypełniają, a potem na forum omawiają.

Arkusz „Co widzę?”

Na które z sygnałów werbalnych i niewerbalnych zwracasz uwagę, gdy:

- *chcesz się dowiedzieć, że ktoś Cię lubi:*

werbalne	niewerbalne

- *chcesz się dowiedzieć, że dana osoba Cię okłamuje:*

werbalne	niewerbalne

- *chcesz się dowiedzieć, że dana osoba jest przygnębiona:*

werbalne	niewerbalne

Obserwacja zachowań werbalnych i niewerbalnych

Cel: kształtowanie umiejętności odczytywania sygnałów werbalnych i niewerbalnych.

Pomoc: karta obserwacji zachowań werbalnych i niewerbalnych, długopisy.

Przebieg: Prowadzący dzieli uczestników na trzyosobowe zespoły. Proponuje, by jedna osoba z każdej trójki przyjęła rolę obserwatora i notowała – wykorzystując otrzymaną kartę obserwacji (wzór poniżej) – zachowania werbalne i niewerbalne. Pozostałe dwie osoby w tym czasie prowadzą rozmowę na wybrany temat (jedna osoba mówi, a druga słucha przez 5 minut, potem następuje zmiana). Na zakończenie obserwatorzy przekazują relację z rozmów.

Karta obserwacji zachowań werbalnych i niewerbalnych⁸

Zachowania	Osoba A	Osoba B
NIEWERBALNE: postawa (wychylenie ciała, zgarbiony / wyprostowany, dodatkowe ruchy) ruchy rąk nogi (ułożenie) kontakt wzrokowy mimika		
WERBALNE: zdania krótkie / długie szyk zdania określenia słownictwo (wyszukane, zrozumiałe, z elementami humoru)		

Łańcuch mimów⁹

Cel: kształtowanie umiejętności odczytywania sygnałów niewerbalnych.

Przebieg: 4/5 uczestników wychodzi z sali. Reszta grupy wymyśla czynności, które ci uczestnicy będą prezentować (np. kąpanie noworodka). Prowadzący prosi pierwszą osobę z korytarza i tłumaczy jej, co ma odegrać. Osoba ta prezentuje kolejnej daną czynność, druga osoba powtarza ją przed trzecią osobą itd. Na końcu należy porównać ostatnią odegraną scenkę z jej oryginałem. Prowadzący wraz z uczestnikami dokonuje podsumowania, ustalając, jakie czynniki zakłócające wystąpiły podczas wykonywania ćwiczenia.

Rzeźba¹⁰

Cel: kształtowanie umiejętności odczytywania sygnałów niewerbalnych.

Przebieg: Jeden z uczestników rzeźbi rzeźbę na wybrany przez siebie temat. Następnie pozostali uczestnicy muszą odgadnąć tytuł tej rzeźby. Jeżeli wystarczy czasu, można wybrać kolejnego „rzeźbiarza”.

⁸ Ibidem, s. 40.

⁹ „Jak żyć z ludźmi”..., s. 5–16.

¹⁰ E. НЕЧКА: *Trening twórczości...*, s. 35.

Zakłócenia w nadawaniu

Cel: poznanie barier komunikacyjnych.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na trzy zespoły: A, B, C. Zespół A ma za zadanie przekazać dowolny komunikat zespołowi C. Natomiast zespół B, stojący między zespołami A i C, ma za zadanie zakłócić przekaz.

Po czym poznać trudnego rozmówcę?

Cel: poznanie barier komunikacyjnych.

Pomoce: dwa arkusze papieru szarego, mazaki.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na dwa zespoły. Prosi, by pierwsza grupa na arkuszu papieru wypisała wszystkie zachowania werbalne, które są charakterystyczne dla złego rozmówcy. Natomiast drugi zespół zajmuje się zachowaniami pozawerbalnymi. Na zakończenie grupy prezentują swoje prace i wspólnie je omawiają.

Głuchy telefon¹¹

Cel: poznanie barier komunikacyjnych.

Przebieg: Uczestnicy kolejno przekazują sobie szeptem następujące zdanie: *W celu przeszukania bazy należy wpisać szukaną frazę w okienko wyszukiwarki google.* Na zakończenie prowadzący wraz z grupą analizuje powstałe utrudnienia i ich przyczyny.

Utrudnienia¹²

Cel: poznanie barier komunikacyjnych, kształtowanie umiejętności aktywnego słuchania.

Przebieg: Uczestnicy przeprowadzają rozmowę w parach na wybrany temat (np. plany wakacyjne) – rozmowa toczy się przy następujących utrudnieniach:

- mają zamknięte oczy,
- nie wolno im wykonywać najmniejszych ruchów,
- zachowują kamienny wyraz twarzy,
- siedzą z rękami założonymi za plecy,
- siedzą odwróceny do siebie plecami.

W ramach podsumowania prowadzący zadaje następujące pytania:

- *Czy trudno było porozumiewać się w takich warunkach?*
- *Czy zachowania niewerbalne utrudniają, a może ułatwiają komunikację i dlaczego?*

¹¹ „*Jak żyć z ludźmi*”..., s. 5–2, 5–3.

¹² *Ibidem*, s. 5–15.

Ciuciubabka / ślepiec¹³

Cel: kształtowanie umiejętności aktywnego słuchania i poznanie narzędzi aktywnego słuchania.

Przebieg: Prowadzący prosi, by uczestnicy dobrali się w pary i podzielili się na osoby: A i B. Osoba A z zamkniętymi oczami spaceruje po korytarzu, a osoba B udziela jej wskazówek i informuje ją o ewentualnych przeszkodach. Po 5 minutach następuje zamiana. Na zakończenie prowadzący zadaje następujące pytania:

- Czy łatwo było słuchać instrukcji z zamkniętymi oczami?
- Czy instrukcje były zrozumiałe?
- Czy uczestnicy mieli zaufanie do prowadzących?
- Czy trudno było kierować partnerem bez dotykania go?

Labirynty¹⁴

Cel: kształtowanie umiejętności aktywnego słuchania i poznanie narzędzi aktywnego słuchania.

Pomoce: kartki, długopisy.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników, by podzielili się na osoby: A i B. Następnie instruuje uczestników, by osoba A narysowała na kartce prosty labirynt, a osoba B z zamkniętymi oczami spróbowała – naprowadzona przez osobę A – przejść labirynt, zaznaczając trasę na kartce długopisem. Po wykonaniu zadania następuje zamiana. W trakcie zadania można udzielać jedynie instrukcji słownych, dotyk jest dopuszczalny tylko wówczas, gdy długopis znajdzie się poza brzegiem kartki. Na zakończenie można zadać następujące pytania:

- Czy instrukcje były jasne?
- Czy łatwo było udzielać instrukcji?
- Czy udzielanie instrukcji denerwowało uczestników, a może sprzyjało szybszemu rozwiązaniu zadania?
- Czy uczestnicy pamiętają z własnego doświadczenia sytuacje, w których denerwowali się, bo ktoś nie mógł ich zrozumieć?

Szpieg w państwie¹⁵

Cel: poznanie barier komunikacyjnych i radzenie sobie z nimi, odczytywanie sygnałów pozawerbalnych.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na dwa zespoły. Każdy z zespołów typuje jedną osobę, która wciela się w rolę szpiega i będzie próbowała podsłuchać hasło ustalone przez grupę konkurencyjną. Zadaniem szpiega będzie przekazanie swojej grupie na migi usłyszanego hasła przy jednoczesnych utrudnieniach (hałas, zasłanianie itp.) ze strony przeciwników. Szpiegdy działają jednocześnie. Na za-

¹³ Ibidem, s. 5–12.

¹⁴ Ibidem, s. 5–12.

¹⁵ M. PASEK: *Narkotyki przy tablicy...*, s. 112.

kończeniu wypowiadają się osoby odgrywające rolę szpiegów i pozostali uczestnicy zajęć.

Zaszyfrowana wiadomość

Cel: poznanie i przewycięzenie barier komunikacyjnych, umiejętność odczytywania komunikatów.

Pomoce: kartki, długopisy.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na pięć zespołów. Każdy zespół na kartce próbuje zaszyfrować wiadomość (bez użycia liter i cyfr). Następnie w tym samym momencie wszystkie wiadomości są przekazywane przez poszczególne grupy do grup po ich prawej stronie. Po otrzymaniu wiadomości grupy próbują je rozszyfrować, zapisując tekst na kartce poniżej, po czym zwijają kartkę tak, by kolejny zespół nie widział treści. Ponownie w tym samym momencie wiadomości są przekazywane do grup po prawej stronie itp. Zabawa kończy się w momencie, gdy wiadomości trafiają do autorów, a ci odczytują ustalenia. Na zakończenie można zadać pytania:

- Dlaczego jedne rysunki można było rozszyfrować szybciej, a inne sprawiały więcej trudności?
- Dlaczego jeden zespół lepiej odszyfrował wiadomość, a inne wolniej?

Doświadczenie uważnego słuchania

Cel: doświadczanie aktywnego słuchania, poznanie narzędzi aktywnego słuchania.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na dwuosobowe zespoły i proponuje przeprowadzenie rozmowy na dowolny temat. Osoba A mówi, a osoba B uważnie słucha. Po upływie 3 minut następuje zamiana. W ramach podsumowania prowadzący zadaje następujące pytania:

- *Co takiego było w zachowaniu osoby słuchającej, że dobrze Ci się mówiło?*
- *Jakie sygnały odebrałeś, które świadczyły o tym, że osoba Cię słucha?*
- *Co przeszkadzało w nadawaniu i odbiorze?*
- *Jakie umiejętności są potrzebne osobie uważnie, aktywnie słuchającej?*

Baloniki¹⁶

Cel: różnicowanie zachowań agresywnych, uległych i asertywnych.

Pomoce: baloniki dla każdego uczestnika, sznurek lub nitka do przywiązania balonika.

Przebieg: Każdy uczestnik otrzymuje balonik. Nadmucha go i przywiązuje sobie do prawej kostki. Prowadzący informuje uczestników, że ich zadanie polega na zniszczeniu baloników innych osób i ochronie swojego balonika. Kiedy wszystkie baloniki zostają zniszczone, każdy uczestnik opowiada o swoich od-

¹⁶ „Jak żyć z ludźmi”..., s. 6–6, 6–7.

czuciach związanych z ćwiczeniem. Na zakończenie prowadzący dokonuje kategoryzacji zachowań na zachowania agresywne i uległe. Tłumaczy też, na czym polegają zachowania asertywne.

Spacer

Cel: rozpoznawanie zachowania agresywnego, biernego i asertywnego.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników, by pomyśleli o znanej sobie osobie, zachowującej się w sposób bierny, a następnie przeszli się po sali, naśladowując jej gesty, postawę ciała itp. Na hasło *Stop* wszyscy zastygają w pozach, a prowadzący prosi o skomentowanie tego, w jaki sposób osoby stoją, jak trzymają ręce itp. Ćwiczenie zostaje powtórzone dla osób agresywnych i asertywnych.

Cztery sposoby komunikacji

Cel: rozpoznawanie zachowania agresywnego, manipulacyjnego, biernego i asertywnego.

Pomoce: kartki, długopisy.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na cztery zespoły. Zadaniem pierwszego zespołu jest wypisanie cech werbalnego i niewerbalnego zachowania agresywnego. Zadanie drugiego zespołu polega na zachowaniu biernym, trzeciego – zachowaniu manipulacyjnym, czwartego – zachowaniu asertywnym. Zespoły omawiają efekty swojej pracy na forum grupy.

Skojarzenia

Cel: poznanie i zrozumienie istoty asertywności.

Pomoce: arkusz szarego papieru, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący na środku arkusza szarego papieru zapisuje słowo *asertywny*. Zadaniem grupy jest dopisanie skojarzeń z tym słowem. W dalszej części prowadzący prosi grupę, by zaznaczyła osobnymi kolorami wszystkie określenia pozytywne i negatywne. Na zakończenie prowadzący omawia wyniki pracy grupy.

Definiowanie słowa *asertywność* z wykorzystaniem techniki śnieżnej kuli

Cel: poznanie i zrozumienie istoty asertywności.

Pomoce: arkusz szarego papieru, kartki, długopisy, mazaki, masa mocująca.

Przebieg: Uczestnicy w parach próbują na kartkach napisać definicję pojęcia *asertywność*. Następnie łączą się w cztery 8-osobowe zespoły (skład i liczba zespołów zależy od liczby uczestników). Efektem końcowym jest sporządzenie wspólnej definicji asertywności i zapisanie jej na dużym arkuszu szarego papieru.

Rozróżnianie komunikatów asertywnych i nieasertywnych

Cel: umiejętność rozpoznawania zachowań i komunikatów asertywnych.

Pomoce: karteczki z opisami sytuacji oraz możliwymi reakcjami na nie.

Przebieg: Każdy uczestnik losuje karteczkę z opisem konkretnej sytuacji i reakcji werbalnej. Jego zadaniem jest określenie, z jakim typem komunikatu (asertywnym, uległym lub agresywnym) ma do czynienia.

Przykładowe sytuacje:

Sytuacja	Reakcja
<i>Koleżanka prosi Cię kolejny raz o pożyczanie długopisu w trakcie lekcji.</i>	<i>Ty ciągle coś wyłudzasz!</i>
<i>Pożyczyłeś koledze płytę CD z ulubioną muzyką. Obiecał, że zwróci ją po dwóch tygodniach, ale tego nie zrobił.</i>	<i>Przykro mi, że do tej pory nie oddałeś mi płyty. Przynies mi ją proszę na jutro.</i>
<i>Kolega po raz kolejny prosi Cię o pożyczanie pieniędzy na drobne zakupy w sklepiku szkolnym. Wiesz, że jak mu pożyczysz, to zabraknie Ci na zakup drugiego śniadania.</i>	<i>No dobrze! Ostatecznie pożyczę Ci te pieniądze.</i>
<i>Ktoś Ci przerywa, kiedy mówisz.</i>	<i>Przepraszam, ale chciałbym dokończyć swoją wypowiedź.</i>
<i>Mama prosi Cię o pójście do sklepu w momencie, kiedy odrabiasz lekcje.</i>	<i>W zasadzie odrabiam teraz lekcje, ale odłożę to na później.</i>
<i>Kolega ma osobisty problem i prosi Cię o pomoc.</i>	<i>Nie wiem, co zrobi! To nie moja sprawa!</i>

„Prawa asertywności”

Cel: poznanie i zrozumienie istoty asertywności.

Pomoc: arkusz „Prawa asertywności” dla każdego uczestnika, kartki, mazaki.

Przebieg: Prowadzący rozdaje uczestnikom arkusz z wypisanymi prawami asertywności. Uczestnicy łączą się w pary. Każda z osób odczytuje prawa, używając zwrotu *Mam prawo...* Zadaniem drugiej osoby jest potwierdzanie, zapewnianie, że tak faktycznie jest, np. *Tak, masz prawo...* (ważna jest również komunikacja niewerbalna, np. potakiwanie). W dalszej części następuje zamiana. Po wykonaniu zadania przez wszystkich uczestników prowadzący prosi o podzielenie się emocjami, jakie towarzyszyły podczas wykonywania zadania, oraz powiedzenie, które z praw sprawiło uczestnikom największą trudność. Na zakończenie każdy wybiera jedno z praw (najlepiej to, które było dla niego najtrudniejsze do zaakceptowania), zapisuje je na kartce (można ją ozdobić), którą zabiera do domu i wiesza w jakimś widocznym miejscu.

Arkusz „Prawa asertywności”¹⁷

1. Prawo do domagania się tego, czego chcemy (ze świadomością, że partner może powiedzieć nie).
2. Prawo do własnego zdania, uczuć i emocji i do odpowiedniego ich wyrażania.
3. Prawo do wypowiadania opinii, które nie mają logicznej podstawy i których nie musimy uzasadniać (np. intuicyjne myśli i uwagi).
4. Prawo do podejmowania własnych decyzji i radzenia sobie z ich skutkami.
5. Prawo do dokonania wyboru w kwestii zaangażowania się w cudze problemy.
6. Prawo do niewiedzy i niezrozumienia czegośkolwiek.
7. Prawo do popełniania błędów.
8. Prawo do odnoszenia sukcesów.
9. Prawo do zmiany zdania.
10. Prawo do prywatności.
11. Prawo do samotności i niezależności.
12. Prawo do własnej przemiany i bycia asertywnym.

Techniki asertywne

Cel: kształtowanie umiejętności posługiwania się technikami asertywnymi.

Pomoce: karteczki z nazwą konkretnej techniki i podaną jej charakterystyką.

Technika „zasłony dymnej” – polega na tym, że pozornie zgadzamy się z atakującym nas werbalnie rozmówcą, stosując kluczowy zwrot: *być może*, mimo że tak naprawdę myślimy inaczej.

Technika „zdarłej płyty” – polega na tym, że powtarzamy to samo zdanie spokojnie i wyraźnie tak długo, aż nasz rozmówca przestanie nalegać. Komunikat ten powinien być zbudowany zgodnie z zasadami asertywnej odmowy, tzn. zawierać trzy elementy:

- słowo *nie*,
- informację o zamiarach,
- krótkie wyjaśnienie,

np. *Nie, nie pożyczę Ci pieniędzy, bo mi nie oddajesz* lub *Nie, nie pójdę z Tobą do kina, bo muszę się uczyć*.

Przebieg: Uczestnicy dobierają się w pary. Każda para przygotowuje scenkę z zastosowaniem wylosowanej techniki. Po zakończeniu ćwiczenia uczestnicy kolejno informują jak się czuli podczas jego wykonywania.

„Jestem asertywny”

Cel: doskonalenie umiejętności asertywnych.

¹⁷ G. LINDENFIELD: *Asertywność czyli jak być otwartym, skutecznym i naturalnym*. Łódź, Wydawnictwo „Ravi” 1995, s. 30–31.

Przebieg: Prowadzący prosi uczestników, by wyobrazili sobie znane osoby asertywne. Następnie uczestnicy chodzą po sali. Na znak prowadzącego zatrzymują się i rozmawiają przez jedną minutę z partnerem, utożsamiając się z osobą przez siebie wyobrażoną.

Komunikaty typu JA¹⁸

Cel: uczenie się konstruowania komunikatów typu JA.

Pomoce: arkusz „Komunikaty JA / TY”.

Przebieg: Uczestnicy w parach wypełniają formularz, zamieniając „Komunikat typu TY”, na „Komunikat typu JA” i wymyślając podobne sytuacje. Następnie rezultat omówiony zostaje na forum grupy.

Arkusz „Komunikaty JA / TY”

Komunikat typu TY – to komunikat na temat partnera komunikacyjnego odnoszący się do jego zachowania. Stosowanie komunikatów typu TY sprawia, że rozmówca ma wrażenie, iż jest obwiniany lub oskarżany.

Komunikat typu JA – to komunikat o własnych myślach, odczuciach i zamiarach. Stosowanie go sprawia, że komunikacja staje się bardziej otwarta. Komunikat powinien zawierać trzy elementy: *Ja* (określenie emocji), *kiedy Ty* (przedstawienie konkretnego zachowania drugiej osoby), *ponieważ* (informacja o tym jaki wpływ ma na nas zachowanie drugiej osoby), np. *Jestem zła, kiedy wracasz zbyt późno, ponieważ nie wiem, czy nie stało Ci się coś złego.*

Sytuacja	Komunikat TY	Komunikat JA
<i>Prosiłeś kilkakrotnie o zwrot książki, którą pożyczyłeś dłuższy czas temu koledze. On ciągle o niej zapomina.</i>	<i>Znowu zapomniałeś książki. Jesteś okropnie roztargniony!</i>	
<i>Twój kolega jest w wyjątkowo złym nastroju, jest cichy, nadąsany i unika Twojego towarzystwa.</i>	<i>Dlaczego się tak dziwnie zachowujesz? Powiedz natychmiast, o co Ci chodzi!</i>	
<i>Młodsze rodzeństwo przeszkadza Ci w odrabianiu zadania domowego.</i>		

¹⁸ „Jak żyć z ludźmi”..., s. 5–23, 5–24.

Rozwiązywanie konfliktów

Cel: poznanie sposobów rozwiązywania konfliktów oraz ich wad i zalet.

Pomoce: kartki z zapisanymi sposobami rozwiązywania konfliktów, długopisy.

Przebieg: Prowadzący dzieli grupę na pięć zespołów. Każdemu z nich daje kartkę z nazwą sposobu rozwiązania konfliktu (1 – dominacja, 2 – podporządkowanie, 3 – unikanie, 4 – kompromis, 5 – współpraca). Zadaniem każdego zespołu jest wymyślenie sytuacji konfliktowej i zademonstrowanie jej rozwiązania w określony sposób. Po odegraniu scenki osoby w niej uczestniczące udzielają informacji o swoich odczuciach. Obserwatorzy mogą przekazywać informacje zwrotne.

Rozwiązywanie konfliktów metodą bez porażek¹⁹

Cel: poznanie metody rozwiązywania konfliktów „bez porażek” i umiejętność jej zastosowania w sytuacji problemowej.

Pomoce: arkusz z wypisanymi fazami metody „bez porażek”, kartki, długopisy, masa mocująca.

Przebieg: Prowadzący zawiesza w widocznym miejscu arkusz z zapisanymi fazami metody „bez porażek”. Następnie dzieli grupę na zespoły 4–5-osobowe i prosi, żeby każda grupa wymyśliła sytuację konfliktową, nad którą będzie pracowała. Grupy pracują nad rozwiązaniem problemu zgodnie z poszczególnymi fazami metody „bez porażek” (fazy 0–4), zapisując rezultaty. Po zakończeniu każda grupa omawia efekty swojej pracy. Poszczególni uczestnicy mogą wyrazić swoją opinię na temat tego, jak czuli się podczas wykonywania zadania, czy są zadowoleni z efektów i co sądzą o zastosowaniu tej metody do rozwiązywania konfliktów w sytuacjach szkolnych.

- Fazy metody „bez porażek”.
- Faza zerowa (stworzenie warunków do współpracy, ustalenie czasu, miejsca, gotowości partnerów).
- Zdefiniowanie problemu (nazwanie konfliktu, określenie kogo dotyczy konflikt, ustalenie potrzeb osób zaangażowanych w konflikt).
- Znalezienie możliwych sposobów rozwiązania.
- Krytyczna ocena zaproponowanych rozwiązań na podstawie wcześniej zaproponowanych kryteriów.
- Wybór najlepszego rozwiązania.
- Realizacja najlepszego rozwiązania.
- Ocena efektów (w razie konieczności rozpoczęcie pracy od początku).

¹⁹ G. LINDENFIELD: *Asertywność...*, s. 154–155.

Zakończenie

Niniejsza publikacja stanowi kompendium wiedzy z zakresu profilaktyki społecznej. Naszą intencją było dostarczenie aktualnej wiedzy i jej usystematyzowanie. Dokonałyśmy wyboru najważniejszych treści związanych z charakterystyką zachowań problemowych dorastającego pokolenia, jednocześnie prezentując warsztat metodyczny nauczyciela – profilaktyka. Udoskonalanie i urozmaicanie warsztatu pracy winno cechować każdego nauczyciela, niezależnie od stażu pracy.

Prezentowana pozycja może niewątpliwie posłużyć jako pomoc w prowadzeniu zajęć wychowawczych i interwencyjnych. Zachęcamy nauczycieli do korzystania z zaprezentowanych w niej propozycji ćwiczeń, zarówno w planowaniu pojedynczych zajęć edukacyjnych, jak i w projektowaniu cyklu zajęć tematycznych. Pozycja ta może również stanowić źródło wiedzy dla studentów pedagogiki, psychologii czy socjologii. Liczymy, że może przyczynić się do kształcenia i rozwijania kompetencji pedagogicznych przyszłych adeptów zawodu.

Praca nad książką uświadomiła nam, że programowanie i realizacja profilaktyki społecznej, to zadanie niezwykle trudne, wymagające szerokiej wiedzy interdyscyplinarnej, ogromnego zaangażowania i nieograniczonej kreatywności, stałego diagnozowania stanu wyjściowego, planowania, oceniania i modyfikowania dotychczasowych działań. To praca bez końca, praca dla wytrwałych. Umożliwia ona nabywanie umiejętności życiowych, tak niezwykle potrzebnych w dobie konsumpcji, których kształtowanie polega na tworzeniu warunków sprzyjających nabywaniu wiedzy i umiejętności oraz modelowaniu właściwych postaw dla budowania i rozwijania zdrowego stylu życia. Umiejętności życiowe stanowią zdolności do przystosowania i pozytywnego zachowania, umożliwiające jednostce skuteczne radzenie sobie z wyzwaniami codziennego życia. W szczególności umiejętności życiowe obejmują psychospołeczne kompetencje i interpersonalne umiejętności pomagające ludziom w podejmowaniu słusznych decyzji, rozwiązywaniu problemów, w krytycznym i kreatywnym myśleniu,

skutecznym komunikowaniu się, budowaniu zdrowych relacji z innymi oraz radzeniu sobie i zarządzaniu własnym życiem w zdrowy i efektywny sposób. Mogą one odnosić się do działań jednostki, grupy, a także otaczającego środowiska, aby bardziej sprzyjało ono efektywnej socjalizacji. Wiele badań potwierdza istotną rolę psychospołecznych i interpersonalnych umiejętności w rozwoju młodych ludzi, ze względu na fakt, że wpływają one na zdolność adolescentów do ochrony przed różnymi zagrożeniami oraz do budowania kompetencji potrzebnych do pozytywnego zachowania i wzmacniania konstruktywnych relacji interpersonalnych¹.

W kontekście wyżej opisanych zagadnień jako ostateczne zakończenie książki niech posłużą słowa Wisławy Szymborskiej:

[...] nie wszystkie złe przygody
mieszczą się w regułach świata
i nawet gdyby chcieli,
nie mogą się zdarzyć.

Kaluża. W: *Milczenie roślin*. Kraków, Znak Emotikon 2012

¹ *Umiejętności życiowe – ważny komponent szkoły przyjaznej dziecku*. Oprac. V. TODOROVSKA-SOKOLOVSKA. http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=65:materiay-dot.-programu-edukacja-zdrowotna&Itemid=1105 [data dostępu 24.07.2012].

Bibliografia

- Agresja i przemoc w szkolnych działaniach profilaktycznych. Poradnik metodyczny dla nauczycieli.* Warszawa, MENiS 2004.
- Agresja wśród dzieci i młodzieży. Perspektywa psychoedukacyjna.* Red. A. FRĄCZEK, I. PUFAL-STRUZIK. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP 1996.
- ALBERTI R., EMMONS M.: *Asertywność.* Gdańsk, GWP 2007.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington, DC, American Psychiatric Association 1994.
- AUGUSTYN J. SJ: *Seksualność miejscem spotkania i dawania życia.* W: *Zagadnienia pro-drodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS. Materiały dla nauczycieli realizujących proces dydaktyczny.* Red. J. RZEPKA. Katowice, Studio Wydawnicze AGAT 1998, T. 1.
- AUGUSTYNEK A.: *Psychologiczne aspekty korzystania z Internetu.* W: *Formowanie się społeczności informacyjnej na przykładzie Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie.* Red. L. HABER. Kraków, Tekst-Graf 2003.
- BANKROFT J.: *Seksualność człowieka.* Red. wydania polskiego Z. LEW-STAROWICZ, A. ROBACHA. Wrocław, Elsevier Urban &Partner 2011.
- BARAN-FURGA H., STEINBARTH-CHMIELEWSKA K.: *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie.* Warszawa, PZWL 1999.
- BARON R.A., RICHARDSON D.R.: *Human aggression.* New York, Plenum Press 1994.
- BAUMAN Z.: *Globalizacja.* Warszawa, PIW 2000.
- BEISERT M.: *Trud dorastania seksualnego.* W: *Seksualność w cyklu życia człowieka.* Red. M. BEISERT. Warszawa, PWN 2009.
- BEISERT M.: *W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka.* W: *Seksualność w cyklu życia człowieka.* Red. M. BEISERT. Warszawa, PWN 2009.
- BERNASIEWICZ M.: *Interakcjonizm symboliczny w teorii i praktyce resocjalizacyjnej.* Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2011.
- BERNASIEWICZ M.: *Młodzież i popkultura. Dyskursy światopoglądowe. Recepcja i opór.* Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2009.
- BIELEWICZ A., MOSKALEWICZ J.: *Historia społeczno-kulturowa alkoholu.* W: *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne.* Red. I. WALD. Warszawa, PWN 1986.
- BORECKA-BIERNAT D.: *Rodzinne i emocjonalne uwarunkowania występowania agresywnej strategii radzenia sobie młodzieży w trudnych sytuacjach społecznych.* W: *Człó-*

- wiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania. Red. M. PLOPA. Elbląg, Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej 2005.
- BORZUCKA-SITKIEWICZ K.: *Środowiskowe uwarunkowania agresywnych zachowań młodzieży*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2010.
- BORZUCKA-SITKIEWICZ K., SAS-NOWOSIELSKI K.: *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich – zasięg, skutki i przeciwdziałanie*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2007.
- BRUDNIK E., MOSZYŃSKA A., OWCZARSKA B.: *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*. Kielce, Oficyna Wydawnicza Nauczycieli 2003.
- BRZEZIŃSKA E.: *Aktywizujące metody nauczania*. W: *Aktywne metody nauczania w szkole wyższej. Podręcznik nauczyciela akademickiego*. Red. M. JAROSZEWSKA, D. EKIERT-OLDROYD. Poznań, Wydawnictwo „Nakom” 2002.
- BUCKA B., KRUSZYŃSKA A.: *Psychologiczne aspekty tolerancji w życiu szkoły*. Katowice, Wydawnictwo „Metis” 2002.
- CARR A.: *Program profilaktyki szkolnej w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową*. Gdańsk, GWP 2004.
- CHOMCZYŃSKA-MILISZKIEWICZ M.: *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej 2002.
- CLARKE D.: *Zachowania prospołeczne i antyspołeczne*. Gdańsk, GWP 2005.
- CRAIG W.: *The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety and aggression in elementary school children*. “Personality and Individual Differences” 1998, No. 24.
- CRAIG W.M., PEPLER D.J.: *Naturalistic observations of bullying and victimization in the school yard*. Unpublished manuscript 1994.
- CZERKAWSKI A.: *Czas wolny gimnazjalistów a zachowania ryzykowne*. W: *Wybrane zagadnienia patologii społecznej – implikacje empiryczne*. Red. A. NOWAK, A. CZERKAWSKI. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2008.
- CZERNIACHOWSKA R.: *Profilaktyka, kompensacja, ratownictwo, opieka, pomoc – analiza pojęć i wzajemnych powiązań między nimi*. W: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. MURYNOWICZ-HETKA. Warszawa, PWN 2007.
- Czuję się bezpiecznie, czuję się dorosły. Program profilaktyczny dla uczniów szkół gimnazjalnych*. Red. U. STRZELCZYK. Regionalny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli „WOM” Katowice 2006.
- DAMBACH K. E.: *Mobbing w szkole. Jak zapobiegać przemocy grupowej*. Gdańsk, GWP 2003.
- DE BARBARO M.: *Struktura rodziny*. W: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Red. B. DE BARBARO. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 1999.
- Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka*. Red. B. URBAN. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2001.
- DIAZ R., FRUHAUF A.: *The origins and development of self – regulation: A developmental model on the risk for addictive behaviours*. In: *Self – control and the addictive behaviours*. Eds. N. HEATHER, W. MILLER, J. GREELEY. Sidney, Maxwell Macmillan Publishing 1991.
- DOLIŃSKI A., GAJEWSKA G., REWIŃSKA E.: *Teoretyczno-metodyczne aspekty korekcji zachowań. Programy profilaktyczne*. Zielona Góra, PEKW „Gaja” 2004.
- DUE P. I IN.: *Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross-sectional study in 28 countries*. “European Journal of Public Health” 2005, No. 15 (2).

- DYKSTRA L.: *Opioid analgesics*. In: *Pharmacological aspects of drug dependence: Toward an integrated neurobehavioral approach*. Eds. C.R. SCHUSTER, M.J. KUCHAR. Berlin, Springer-Verlag 1996.
- Encyklopedia zdrowia. Życie seksualne*. Przekł. S. JANECZEK. Warszawa, Bellona 2007.
- EYSENCK H.: *Addiction, personality and motivation*. "Human Psychopharmacology" 1997, No. 12.
- FLAY R.B.: *What we know about the social influences to smoking prevention: Review and recommendations*. In: *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents*. Eds. C. BELL, R. BATTJES. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse 1985.
- FRĄCZEK A.: *Dzieci mordują dzieci*. Rozmowa. „Polityka” 1997, nr 3.
- GAJEWSKA G., SZCZĘSNA A., DOLIŃSKI A.: *Teoretyczno – metodyczne aspekty wychowania młodzieży. Scenariusze zajęć wychowawczych*. Wyd. 2. Zielona Góra, PEKW „Gaja” 2003.
- GAJEWSKA G., SZCZĘSNA A., DOLIŃSKI A.: *Teoretyczno-metodyczne aspekty wychowania młodzieży a warsztat pedagoga. Scenariusze zajęć wychowawczych*. Wyd. 3. Zielona Góra, PEKW „Gaja” 2008.
- GAPIK L.: *Rozwój seksualny człowieka. W: Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV / AIDS. Materiały dla nauczycieli realizujących proces dydaktyczny*. Red. J. RZEPKA. T. 2. Katowice, Studio Wydawnicze „Agat” 1998.
- GARRIOTT J.C.: *Death among inhalant abusers*. In: *Inhalant abuse: A volatile research agenda*. Eds. C.W. SHARP, F. BEAUVAIS, R. SPENCE. Rockville MD, Research Monograph 129. National Institute on Drug Abuse 1992.
- GARSON R.C., BUTCHER J.N., MINEKA S.: *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk, GWP 2006.
- GAŚ Z.B.: *Profilaktyka uzależnień*. Warszawa, WSiP 1993.
- GAŚ Z.B.: *Profilaktyka w szkole*. Warszawa, WSiP 2006.
- GAŚ Z.B.: *Profilaktyka w szkole. W: Zapobieganie uzależnieniom uczniów*. Red. B. KAMIŃSKA-BUŚKO. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 1997.
- GAŚ Z.B.: *Profilaktyka w szkole. W: Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczycieli*. Red. B. KAMIŃSKA-BUŚKO, J. SZYMAŃSKA. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej 2005.
- GAŚ Z.B.: *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja. Poradnik metodyczny*. Warszawa, MENiS 2003.
- GEEN R.G.: *Przemoc*. W: *Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna*. Red. A.S. MANS-TEAD, M. HEWSTONE. Warszawa, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co 2001.
- GIDDENS A.: *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa, PWN 2002.
- GRZELAK S.: *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar” 2006.
- GUERIN S., HENNESSY E.: *Przemoc i prześladowanie w szkole. Skuteczne przeciwdziałanie agresji wśród młodzieży*. Gdańsk, GWP 2004.
- GUERRESCHI C.: *Nowe uzależnienia*. Kraków, Wydawnictwo „Salwator” 2010.
- GWIZDEK B., SOŁTYS E.: *Gimnazjalny projekt profilaktyczno-wychowawczy*. Warszawa, WSiP 2002.
- HALL C.S., LINDZEY G.: *Teorie osobowości*. Warszawa, PWN 2002.
- HARTLEY M.: *Mowa ciała w pracy*. Kielce, Wydawnictwo „Jedność” 2004.
- HENDERSON A.D., SAYGER T.V., HORNE A.M.: *Mothers and sons: a look At the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression and family cohesion*. "Family Journal" 2003, No. 11.

- HEYNE D., ROLLINGS S.: *Niechęć do szkoły. Jak pomóc dziecku, które opuszcza lekcje i wagaruje*. Gdańsk, GWP 2008.
- HOLLIN C.R., BROWNE D., PALMER E.J.: *Przestępczość wśród młodzieży. Rozpoznawanie zjawiska, diagnozowanie i profilaktyka*. Gdańsk, GWP 2004.
- HUNT E.S.: *Drug prevention curricula: A guide to selection and implementation*. Washington, Office of Education Research and Improvement 1988.
- Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Eds. C. CURRIE et al. Edinburgh, The University of Edinburgh 2008.
- IZDEBSKA J.: *Rodzina, dziecko, telewizja. Szanse wychowawcze i zagrożenia telewizji*. Białystok, Wydawnictwo Uniwersyteckie „Trans Humana” 1996.
- IZDEBSKI Z.: *Seksualność Polaków w dobie HIV / AIDS. Studium porównawcze 1997 – 2001 – 2005*. Zielona Góra, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego 2006.
- JACHIMSKA M.: *Grupa bawi się i pracuje. Zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych*. Wałbrzych, Oficyna Wydawnicza UNUS 1994.
- JACHIMSKA M.: *Scenariusze lekcji wychowawczych wg programu autorskiego Życ skuteczniej*. Wałbrzych, Oficyna Wydawnicza UNUS 1997.
- JACZEWSKI A.: *Różnice rozwoju w okresie dojrzewania chłopców i dziewcząt*. W: *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV / AIDS. Materiały dla nauczycieli realizujących proces dydaktyczny*. Red. J. RZEPKA. Katowice, Studio Wydawnicze „Agat”, 1998, T. 2.
- „*Jak żyć z ludźmi*” *Umiejętności interpersonalne. Program profilaktyczny dla młodzieży*. Warszawa, MEN 1997.
- JAROSZ E.: *Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2009.
- JĘDRZEJSKI M.: *Młodzież a subkultury*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak” 1999.
- KALETA K.: *Praca z dzieckiem z zaburzeniami zachowania*. W: *Psychologiczne aspekty trudności w wychowaniu dzieci z zaburzeniami rozwoju i wychowania*. Red. K. KALETA, J. MRÓZ. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP 2010.
- KING M.B.: *Long-term benzodiazepine users – a mixed bag*. „Addiction” 1994, No. 89.
- KIRBY A.: *Gry szkoleniowe. Materiały dla trenerów*. Zestaw 1. Kraków, Oficyna Ekonomiczna 2006.
- KIRBY A.: *Gry szkoleniowe. Materiały dla trenerów*. Zestaw 2. Kraków, Oficyna Ekonomiczna 2006.
- KLIMOWICZ A.: *Metody nauczania w pracy z dorosłymi*. W: *Poradnik edukatora*. Red. M. OW CZARZ. Warszawa, CODN 2005.
- KNAFEL K.: *Komunikacja społeczna w organizacji*. Program TERM FRSE. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej 1996.
- KOCZUROWSKA J.: *Standardy jakości programów profilaktycznych*. W: *Profilaktyka w środowisku lokalnym*. Red. E. ŚWIĄTKIEWICZ. Warszawa, Zakład Poligraficzny Le Graf 2002.
- KOWALCZEWSKA-GRABOWSKA K., GÓRSKA M., KOT-RADOJEWSKA M.: *Niedostosowanie społeczne w percepcji i doświadczeniach uczniów i nauczycieli różnych typów szkół. Analiza porównawcza*. Dąbrowa Górnicza, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Biznesu w Dąbrowie Górniczej 2009.
- KOWALEWSKA A.: *Używanie substancji psychoaktywnych*. W: *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Podręcznik akademicki*. Red. B. WOYNAROWSKA, A. KOWALEWSKA, Z. IZDEBSKI, K. KOMOSIŃSKA. Warszawa, PWN 2010.

- KOZACZUK F.: *Profilaktyka pedagogiczna wobec zagrożeń cywilizacyjnych*. W: *Profilaktyka i resocjalizacja młodzieży*. Red. F. KOZACZUK, B. URBAN. Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego 2004.
- KOZAK S.: *Patologie komunikowania w Internecie. Zagrożenia i skutki dla dzieci i młodzieży*. Warszawa, Difin 2011.
- KOZAKIEWICZ M.: *Historia badań w Polsce – dorobek, słabości, ocena metodologiczna*. W: *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV / AIDS. Materiały dla nauczycieli realizujących proces dydaktyczny*. T. 1. Red. J. RZEPKA. Katowice, Studio Wydawnicze AGAT 1998.
- KOZŁOWSKA A.: *Jak pomagać dziecku z zaburzeniami życia uczuciowego*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak” 1996.
- KRAHE B.: *Agresja*. Gdańsk, GWP 2005.
- KUCIŃSKA M.: *Jakie one są? „Świat Problemów”* 1997, nr 3.
- KULISIEWICZ T.: *Zespół uzależnienia od alkoholu*. W: *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*. Red. I. WALD. Warszawa, PWN 1986.
- LAIBLE D.J., CARLO G., RAFFAELLI M.: *The differentia relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment*. „Journal of Youth and Adolescence” 2000, No. 29.
- LINDENFIELD G.: *Asertywność czyli jak być otwartym, skutecznym i naturalnym*. Łódź, Wydawnictwo „Ravi” 1995.
- ŁACIAK B.: *Medialny obraz polskich obyczajów erotycznych – odbicie rzeczywistości czy jej kreacja?* W: *Przemiany seksualności*. Red. M. KACZOREK, K. STACHURA. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 2009.
- MAISTO S.A., GALIZIO M., CONNORS G.J.: *Uzależnienia. Zażywanie i nadużywanie*. Warszawa, Karan 2000.
- MAŁKOWSKA A., TABAK I., JODŁOWSKA M., OBLACIŃSKA A., OSTRĘGA W.: *Zdrowie i styl życia młodzieży u progu dorosłości. Raport techniczny z badań uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka 2005.
- MATTAINI M.A., TWYMAN J.S., CHIN W., LEE K.N.: *Youth violence*. In: *Finding solutions to social problems*. Eds. M.A. MATTAINI, B.A. THYER. Washington, DC American Psychological Association 1996.
- MATTIS S. G., OLLENDICK T. H.: *Lęki i fobie nastolatków. Jak pomóc dzieciom przezwyciężyć napady paniki*. Gdańsk, GWP 2004.
- MAXWELL R.: *Dzieci, alkohol, narkotyki. Przewodnik dla rodziców*. Gdańsk, GWP 2001.
- MCWHIRTER J. J., MCWHIRTER B. T., MCWHIRTER A. M., MCWHIRTER E. H.: *Zagrożona młodzież*. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA 2001.
- Media elektroniczne w życiu dziecka, w kontekście wartości wychowawczych oraz zagrożeń*. Red. J. IZDEBSKA. Białystok, Wydawnictwo Uniwersyteckie „Trans Humana” 2008.
- MELLBRUDA J.: *Oblicza przemocy*. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA 1993.
- Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów – IX rewizja*. Rozdz. V: *Zaburzenia psychiczne*. „Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego” 1983, nr 1–2.
- MINUCHIN S.: *Families and family therapy*. Cambridge, Harvard University Press 1974.
- MOCZYDŁOWSKA J., PEŁSZYŃSKA I.: *Profilaktyka w szkole dla młodzieży niedostosowanej społecznie. Elementy programu i scenariusze zajęć dla uczniów klas VI szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych*. Rzeszów, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE 2004.
- NĘCKA E.: *Trening twórczości. Podręcznik dla psychologów, pedagogów i nauczycieli*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 1998.

- NOLTING H-P.: *Jak zachować porządek w klasie*. Gdańsk, GWP 2004.
- NOWAK A., WYSOCKA E.: *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie. Elementy patologii społecznej i kryminologii*. Katowice, Wydawnictwo „Śląsk” 2001.
- OBUCHOWSKA I.: *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*. W: *Psychologia kliniczna*. T. 2. Red. H. SĘK. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 2005.
- OCHMAŃSKI M.: *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej 1997.
- OLWEUS D.: *Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program*. In: *The development and treatment of childhood aggression*. Eds. D. PEPLER, K. RUBIN. New York, Erlbaum 1991.
- OLWEUS D.: *Bullying: What We Know and What We Can Do*. Oxford, Blackwell Publishers 1993.
- Opinie i diagnozy nr 13: Młodzież 2008*. Warszawa, CBOS 2009.
- ORWID M., PIETRUSZEWSKI K.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego 1996.
- OSTASZEWSKI K.: *Druga strona ryzyka*. „Remedium” 2005, nr 2.
- OSTASZEWSKI K.: *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar 2003.
- PAIK H., COMSTOCK G.: *The effects of television violence on antisocial behavior: A meta-analysis*. „Communication Research” 1994, No. 21.
- PASEK M.: *Narkotyki i co dalej*. Warszawa, Toret 1997.
- PASEK M.: *Narkotyki przy tablicy*. Warszawa, Toret 2000.
- PASEK M.: *Narkotyki? Na pewno nie moje dziecko!* Warszawa, Toret 1998.
- PERRINE D.M.: *The chemistry of mind – altering drugs*. Washington DC, American Chemical Society 1996.
- PIOTROWSKI P.: *Subkultury młodzieżowe. Aspekty psychospołeczne*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak” 2003.
- PŁOMIN R., DEFRIES J., MCCLEARN G., MCGUFFIN P.: *Genetyka zachowania*. Warszawa, PWN 2001.
- POPRAWA R.: *W pułapce Internetu. Kontrowersje, fakty, mechanizmy*. W: *Nowe media a media tradycyjne. Prasa, reklama, Internet*. Red. M. JELIŃSKI. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek 2009.
- PORTMANN R.: *Zabawy rozwijające inteligencję*. Kielce, Wydawnictwo Jedność 2003.
- POSPISZYL I.: *Patologie społeczne*. Warszawa, PWN 2009.
- POSPISZYL I., SZCZEPANIAK R.: *Zachowania dewiacyjne dziewcząt i kobiet*. Łódź, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna 2007.
- POSTMAN N.: *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*. Warszawa, PIW 1995.
- Prawne i socjokulturowe uwarunkowania profilaktyki społecznej i resocjalizacji*. Red. F. KOZACZUK. Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego 2009.
- PROHASKA J.: *Choroby przenoszone drogą płciową*. W: *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV / AIDS. Materiały dla nauczycieli realizujących proces dydaktyczny*. T. 2. Red. J. RZEPKA. Katowice, Studio Wydawnicze AGAT 1998.
- Profilaktyka i resocjalizacja w pracy szkoły*. Red. B. TOMICKA. Warszawa, PZWS 1973.
- PRYOR G.: *Persisting neurotoxic consequences of solvent abuse: A developing animal model for toluene – induced neurotoxicity*. In: *Residual effects of abused drugs on behavior*. Eds. J.W. SPENCER, J.J. BOREN. Rockville MD, Research Monograph 101. National Institute on Drug Abuse 1990.

- PRZECŁAWSKA A., THEISS W.: *Pedagogika społeczna: nowe zadania i szanse*. W: *Pedagogika społeczna. Kręgi poszukiwań*. Red. A. PRZECŁAWSKA. Warszawa, Wydawnictwo „Żak” 1996.
- PUFAL-STRUZIK I.: *Dyspozycja do reagowania agresją u dziecka a wadliwa socjalizacja w rodzinie – aspekty psychologiczne*. W: *Agresja dzieci i młodzieży. Uwarunkowania indywidualne, rodzinne i szkolne*. Red. I. PUFAL-STRUZIK. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP 2007.
- PYTKA L.: *Profilaktyka społeczna (prewencja)*. W: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Red. D. LALAK, T. PILCH. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak” 1999.
- RADLIŃSKA H.: *Pedagogika społeczna*. Wrocław 1953.
- RADZIEWICZ-WINNICKI A.: *Pedagogika społeczna*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne 2008.
- RAU K., ZIĘTKIEWICZ E.: *Jak aktywizować uczniów. „Burza mózgów” i inne techniki w edukacji*. Poznań, G&P Oficyna Wydawnicza 2000.
- RAYTEK H.S., MORGAN T.J., CHUNG N.M.: *Interwencje poznawczo-behawioralne w nadużywaniu alkoholu i uzależnieniu od alkoholu*. W: *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Red. M.A. REINECKE, D.A. CLARK. Gdańsk, GWP 2005.
- REES S., GRAHAM R. S.: *Bądź sobą. Trening asertywności*. Warszawa, Książka i Wiedza 1993.
- RUMPF J.: *Krzyczeć, bić, niszczyć. Agresja u dzieci w wieku do 13 lat*. Gdańsk, GWP 2003.
- RYŚ M.: *Wychowanie do życia w rodzinie. Program dla szkół ponadpodstawowych*. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej 1999.
- SALZMAN C.: *Behavioral side effects of benzodiazepines*. In: *Adverse effects of psychotropic drugs*. Eds. J.M. KANE, J.A. LIEBERMAN. New York, Guilford Press 1992.
- SZAŁAPACKA M.A.: *Ekran monitora czarodziejskim lustrem? „Edukacja” 2005, nr 2*.
- SELIGMANN M.E.P., WALKER E.F., ROSENHAM D.L.: *Psychopatologia*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka 2003.
- SĘK H.: *Wybrane zagadnienia z psychoprofilaktyki*. W: *Społeczna psychologia kliniczna*. Red. H. SĘK. Warszawa, PWN 1993.
- SIEMASZKO A.: *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*. Warszawa, PWN 1993.
- SMITH P.K.: *Bullying: The silent nightmare*. „The Psychologist” 1991, No. 4.
- SMITH P.K., SHARP S.: *The problem of school bullying*. In: *School Bullying: Insights and Perspectives*. Eds. P.K. SMITH, S. SHARP. London, Routledge 1994.
- Socjoterapia*. Red. K. SAWICKA. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy – Psychologiczno-Pedagogicznej 2004.
- Spójność rodzinna dorastających*. Red. M. JOHN-BORYS. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2004.
- SURZYKIEWICZ J.: *Agresja i przemoc w szkole. Uwarunkowania socjoekologiczne*. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy – Psychologiczno-Pedagogicznej 2000.
- SYREK E.: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2008.
- SYREK E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2000.
- SZAFRANIEC K.: *Młodzi 2011*. Warszawa, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów 2011.
- SZCZĘSNY W.W.: *Zarys resocjalizacji z elementami patologii społecznej i profilaktyki*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak” 2003.

- SZPRINGER M.: *Profilaktyka społeczna. Rodzina, szkoła, środowisko lokalne*. Kielce, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej 2004.
- SZTOMPKA P.: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków, Wydawnictwo „Znak” 2002.
- SZYMAŃSKA J.: *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy – Psychologiczno-Pedagogicznej 2002.
- SZYMBORSKA W.: *Milczenie roślin*. Kraków, Wydawnictwo Znak Emotikon 2012.
- TABAK I.: *Używanie innych substancji psychoaktywnych*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka 2006.
- TEESON M., DEGENHARDT L., HALL W.: *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk, GWP 2005.
- TOMKINS D.M., SELLERS E.M.: *Addiction and the brain: the role of neurotransmitters in the cause and treatment of drug dependence*. „Canadian Medical Association Journal” 2001, No. 164(6).
- TURNER J.H.: *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*. Poznań, Wydawnictwo „Zysk i Sp.” 1998.
- URBAN B.: *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2000.
- URBAN B.: *Zachowania dewiacyjne młodzieży w interakcjach rówieśniczych*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2005.
- VOPEL K. W.: *Zabawy interakcyjne*. Kielce, Wydawnictwo „Jedność” 1999.
- VOPEL K. W.: *Zabawy, które łączą. Otwartość i zaufanie w początkowej fazie istnienia grupy*. Kielce, Wydawnictwo „Jedność” 2001, cz. 1 i 2.
- WEŹRE K., GRAY G.: *Promocja zdrowia psychicznego w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Poradnik dla osób prowadzących kształcenie i doskonalenie nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*. Warszawa 1996.
- World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva, World Health Organization 1993.
- WORONOWICZ B. T.: *Alkoholizm jako choroba*. Warszawa, PARPA 1994.
- WORONOWICZ B.: *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań, Wydawnictwo „Media Rodzina” 2009.
- WOYNAROWSKA B.: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, PWN 2007.
- WOYNAROWSKA B., SOKOŁOWSKA M., SZYMAŃSKA M. M., BURZYŃSKA I., PÓŁTORAK M.: *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla osób prowadzących kształcenie i doskonalenie nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*. Warszawa 1995.
- WOYNAROWSKA B.: *Zachowania seksualne*. W: *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka 2006.
- WOYNAROWSKA B.: *Używanie substancji psychoaktywnych*. W: *Zdrowie i szkoła*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa, PZWL 2000.
- WROCYŃSKI R.: *Pedagogika społeczna*. Warszawa, PWN 1974.
- YOUNG C.R.: *Sertraline treatment of hallucinogen persisting perception disorder*. „Journal of Clinical Psychiatry” 1997, No. 58.
- Youth In Europe. A statistical Portrait, Eurostat, European Commission*. Luxemburg, Publications Office of the European Union, 2009.
- Zaburzenia w zachowaniu – koncepcje teoretyczne, typologia i ewolucja*. W: *Resocjalizacja*. Red. B. URBAN, J. STANIK. Warszawa, PWN 2008.

-
- Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze.* Red. J. BULSKA. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2008.
- ZUCKREMAN M.: *Biological connection between sensation seeking and drug abuse.* In: *Brain reward systems and abuse.* Eds. J. ENGEL I IN. New York, Raven Press 1985.

Netografia

olu.lublin.pl/szkody-zdrowotne

Umiejętności życiowe – ważny komponent szkoły przyjaznej dziecku. Oprac. V. Todorovska-Sokolovska. http://www.ore.edu.pl/stronaore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=65:materiay-dot.-programu-edukacja-zdrowotna&Itemid=1105

www.alkoholizm.akcjasos.pl/116.php

www.ore.edu.pl

www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=12

[www.policja.pl/Statystyka/Wybrane statystyki](http://www.policja.pl/Statystyka/Wybrane_statystyki)

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz, Katarzyna Kowalczywska-Grabowska

Social prevention – theoretical and methodological aspects

Summary

The book consists of two complementary parts. The first one covers three main chapters. Chapter one *Selected child and youth problem behaviours* characterizes addictions, aggression in social relations, as well as risky sexual behaviours to be observed among the population of children and teenagers. A special emphasis was put on behaviours typical of the period of childhood and adolescence. The risk and prevention factors, as well as the etiology of disorders, diagnostic criteria, manifestations and symptoms of risky behaviours were described. Chapter two *A professional prevention of child and youth risky behaviours* deals with the issues connected with different ways of defining the notion of social prevention, described types and levels of preventive influences, and elaborates on a profile and methodological skills of a teacher conducting prevention and education classes. The next chapter *Types of prevention programmes. Principles of programme design* refers to the efficiency of already-made preventive actions, and characterizes particular stages of planning influences within the scope of prevention. It also includes a description of the strategies of preventive actions in the areas connected with using psychoactive substances, presenting aggressive and violent behaviours, as well as risky sexual behaviours. Besides, it encompasses a list of selected prevention programmes available for implementation in the school work.

A practical part of the book contains suggestions of workshop classes included in five thematic series: an integrative, a „what I am” one, a series concerning healthy and psychosocial consequences of risky behaviours, a series treating about psychological skills, and a series referring to social skills. A description of particular exercises covers aims, aids and course of action. The practical part was conceived to supplement a theoretical section presented in the work, and constitute support in a practical implementation of preventive influences.

Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz, Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Soziale Prophylaxe. Theoretisch-methodische Aspekte

Zusammenfassung

Das Buch besteht aus zwei komplementären Teilen. Der erste Teil umfasst drei Hauptkapitel. In dem ersten von ihnen *Ausgewählte Problemverhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen* werden die in der Population der Kinder und Jugendlichen auftretenden Abhängigkeiten, Aggression in gesellschaftlichen Kontakten und gewagte sexuelle Praktiken charakterisiert. Ein besonderer Nachdruck wird auf das für die Kindheit und Jugendzeit typische Benehmen gelegt. Besprochen werden: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Ätiologie der Störungen, diagnostische Kriterien, Anzeichen und Symptome von gewagten Taten. Das zweite *Kapitel Professionelle Prophylaxe von gewagten Taten der Kinder und Jugendlichen – Ziele, Aufgaben, Grundsätze* betrifft die mit der Definition der sozialen Prophylaxe verbundenen Fragen, verschiedene prophylaktische Methoden und die methodische Werkstatt des sich mit der Veranstaltung des prophylaktischen Unterrichts befassenden Lehrers. Das nächste Kapitel *Verschiedene Arten der prophylaktischen Programme. Die Grundsätze der Programmerrichtung* handelt über die Wirksamkeit der bisherigen und die einzelnen Stadien der kommenden prophylaktischen Maßnahmen. Hier wird auch die Strategie der prophylaktischen Maßnahmen im Bereich des Substanzmittelverbrauchs und des aggressiven und gewagten sexuellen Verhaltens besprochen. In dem Kapitel findet man außerdem die Liste der ausgewählten prophylaktischen Programme, die in der Schulpraxis angewandt werden können.

Der praktische Teil des Buches beinhaltet die Beispiele für verschiedenerlei Übungen, die hier in fünf folgende thematische Blöcke gefasst wurden: Integration, „wie bin ich?“, gesundheitliche und psychosoziale Folgen der gewagten Taten, psychologische Fähigkeiten und soziale Fähigkeiten. Bei den einzelnen Übungen werden Ziele, Hilfsmittel und Ablauf berücksichtigt. Dieser Teil sollte die im vorliegenden Buch dargestellten Probleme ergänzen und bei praktischer Anwendung der prophylaktischen Maßnahmen helfen.

A close-up photograph of a hand holding a book. The hand is positioned in the lower-left quadrant, with fingers gripping the edges of the book. The book's cover is a light, textured color, possibly white or cream. The background is a dramatic sky at sunset or sunrise, with soft, wispy clouds in shades of blue, purple, and orange. The lighting is warm and diffused, creating a serene and artistic atmosphere. The overall composition is vertical, with the hand and book as the primary subject in the foreground.

Cena 14 zł
(+ VAT)

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-2117-2