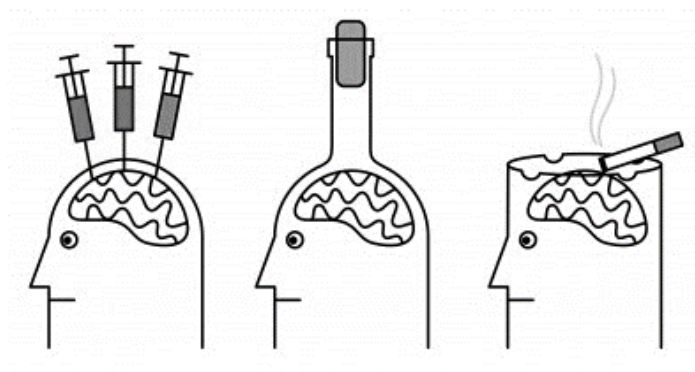




„UZALEŻNIENIA I RYZYKOWNE ZACHOWANIA MŁODZIEŻY ORAZ ICH PROFILAKTYKA”

**TRENER:
MARZENA KOWALCZYK**





Część 1. Wprowadzenie

Problemy i zachowania ryzykowne młodzieży oraz ich konsekwencje zdrowotne, rozwojowe, społeczne i ekonomiczne stanowią szczególnie ważne wyzwanie dla samorządów, dla rodziców, dla wychowawców i całej społeczności lokalnej.

Wiek młodzieńczy to niezwykle dynamiczna faza okresu dojrzewania, w której młodzi ludzie doświadczają zawieszenia między już minionym dzieciństwem, a jeszcze odległą dorosłością. Przemiany fizyczne dojrzewania współwystępują z napięciami wywoływanymi przez silne emocje i sprzeczne potrzeby, a rozwój psychoseksualny, społeczny i moralny dokonuje się wśród wątpliwości co do własnej wartości i trudnych pytań o własną tożsamość. Jednocześnie wiek młodzieńczy jest szczególnie istotny jako czas pojawiania się poważniejszych marzeń i planów życiowych, ujawniania się szczególnych talentów i pasji, bezkompromisowego spojrzenia na świat wartości dorosłych, będącego próbą dla młodzieńczego idealizmu. To, czy w tym trudnym okresie młody człowiek ugnie się pod ciężarem napięć i zejdzie na ścieżkę zachowań ryzykownych, czy też przezwycięży trudności, podejmując konstruktywnie wyzwania życia, w znacznej mierze zależy od wsparcia, którego udzieli mu otaczający go dorośli.

RODZAJE ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH WŚRÓD MŁODZIEŻY

W polskiej literaturze dotyczącej profilaktyki trudno jest znaleźć klasyfikacje, które obejmowałyby możliwie pełny przekrój zagrożeń, problemów i zachowań ryzykownych młodzieży. Przedstawiam Państwu 3 główne kategorie zachowań ryzykownych, które zostaną omówione podczas dzisiejszego szkolenia:

1) Korzystanie z substancji psychoaktywnych :

- a) legalnych (picie alkoholu, upijanie się, palenie tytoniu, używanie tabaki, nadużywanie leków, korzystanie ze środków wziewnych)
- b) nielegalnych (narkotyki: haszysz, marihuana, lsd, ecstasy, kokaina, amfetamina oraz dopalacze)



2) Uzależnienia i problemy związane z używaniem nowych technologii

- a) związane z korzystaniem z komputera, telefonu komórkowego i internetu (uzależnienie od gier komputerowych, uzależnienie od internetu, dysfunkcyjny sposób korzystania z nowych mediów, cyberprzemoc, uzależnienie od portali społecznościowych etc.)

3) Inne uzależnienia czynnościowe i zachowania ryzykowne

- a) bigoreksja, tanoreksja, ortoreksja
- b) zachowania problemowe związane z odżywianiem (anoreksja, bulimia, BED)
- c) zachowania ryzykowne związane z sferą seksualną (przedwczesna aktywność seksualna, seksting, grooming, korzystanie z pornografii)



Część 2. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych

2.1 Uzależnienie

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), uzależnienie to psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem, a substancją chemiczną (do których należą: alkohol, narkotyki, nikotyna, leki), charakteryzujący się zmianami i innymi reakcjami takimi jak: konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczania jej wpływu na psychikę lub by uniknąć objawów towarzyszących brakowi substancji.

Wyróżnia się 3 aspekty uzależnienia:

-uzależnienie fizyczne: to nabyta, silna potrzeba zażywania jakiejś substancji, odczuwana jako szereg dolegliwości fizycznych (np.: bóle brzucha, biegunka, uczucie zimna, wymioty, drżenie mięśni, drżenie rąk, kłopoty ze snem). Odstawienie substancji prowadzi do wystąpienia zespołu objawów nazywanych zespołem abstynencyjnym.

-uzależnienie psychiczne: Uzależnienie psychiczne, znane też jako psychologiczne, to nabyta silna potrzeba stałego wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji, w celu dostarczenia sobie przyjemności.

-uzależnienie społeczne : Uzależnienie społeczne (socjologiczne), wiąże się z zażywaniem środków toksycznych pod wpływem panującej mody lub w grupie ludzi podobnych do siebie, w kręgach młodzieży z tzw. subkultur. Istotą zjawiska jest bardzo silne uzależnienie od grupy, co pociąga za sobą bezwzględne respektowanie panujących w niej zasad i obyczajów.

2.2 Najistotniejsze wnioski związane z używaniem alkoholu przez polską młodzież (raport ESPAD 2019)

1. Picie alkoholu przez młodych ludzi jest najczęstszym zachowaniem ryzykownym – kontakt z alkoholem ma za sobą 80% 15-16-latków. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 46,7% 15-latków (badanie ESPAD 2019). Dlatego, myśląc o działaniach profilaktycznych i ochronie dzieci i młodzieży przed różnymi zagrożeniami, powinniśmy mieć na uwadze, że to właśnie alkohol jest najczęściej spożywaną przez nich substancją psychoaktywną, która otwiera drogę do podejmowania innych zachowań ryzykownych.

2. Dużym problemem w pracy z młodymi ludźmi są ich własne przekonania normatywne dotyczące alkoholu, bagatelizowanie strat, przyswajanie pozytywnych skojarzeń z zabawą i relaksem, budowanych przez reklamę napojów alkoholowych. Próby pokazania młodym ludziom alkoholu jako substancji, która może być dla nich niebezpieczna, napotykać również na inną ważną przeszkodę – przyzwolenie rodziców, którzy często mylnie uważają, że „lepiej żeby dziecko piło, niż brało narkotyki”. Ważne jest, aby w podejmowanych działaniach opierać się na sprawdzonych, efektywnych strategiach profilaktycznych i nie zaniedbywać elementów, które mogą





podnieść skuteczność naszych działań (np. w każdym programie dla uczniów powinny być zawarte elementy pracy z rodzicami).

3. Nadal wyzwaniem dla osób pracujących z młodzieżą jest grupa młodych ludzi eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi i przekraczających próg nietrzeźwości (wg badań ESPAD z 2019 roku w 2019 r. 34,1% gimnazjalistów oraz 58,7% uczniów szkół ponadgimnazjalnych wypilo choć raz pięć drinków przy jednej okazji w czasie ostatnich 12 miesięcy. Warto zauważyć, że w młodszej grupie 12,0% badanych wypijało ponad 5 drinków przy jednej okazji, co najmniej, co dziesięć dni. W starszej grupie takich uczniów było 25,9%) Niestety, w 2015 roku zaledwie 121 samorządów gminnych podjęło próbę pracy interwencyjno-korekcyjnej z młodymi ludźmi. Pokutuje jeszcze przekonanie, że nawet w sytuacjach problemowych pojedynczych uczniów, rozwiązaniem będzie praca z całą klasą.

4. W badaniach obserwujemy również trend wyrównywania się zachowań ryzykownych wśród dziewcząt i chłopców. Przełamywanie stereotypów dotyczących tego, że piją tylko chłopcy czy dzieci ze środowisk zagrożonych oraz praca z dziewczętami to kolejne obszary, które powinny być uwzględniane w działaniach profilaktycznych.

5. Planując w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych działania, których celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu wśród dzieci i młodzieży, należy pamiętać, że osiągnięcie tego celu stanie się możliwe tylko wówczas, gdy nasze działania będą prowadzone systematycznie i planowo, przy wykorzystaniu różnych form oddziaływań skierowanych wielopłaszczyznowo.

6. Należy również pamiętać, że wiele z podejmowanych działań (np. programów profilaktycznych) może się odnosić do różnych zachowań ryzykownych i zagrożeń wynikających z ich podejmowania (przemoc, agresja, sięganie po substancje psychoaktywne, wagary, przedwczesna inicjacja seksualna czy prostytutka), a nie tylko do jednego specyficznego zachowania problemowego. Nie oznacza to jednak, że jako działania informacyjne i edukacyjne w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych mogą być realizowane wszystkie programy z zakresu promocji zdrowia (np. higiena jamy ustnej czy profilaktyka otyłości itp.)

Część 3. Uzależnienia i problemy związane z używaniem nowych technologii

Cyfrowi tubylcy i cyfrowi imigranci

Dzisiejsza młodzież należy do generacji, która dorastała w otoczeniu nowych technologii. Całe świadome życie spędzili oni w otoczeniu komputerów, gier wideo, odtwarzaczy mp3, aparatów cyfrowych, telefonów komórkowych i wszystkich pozostałych cyfrowych zdobyczy XXI wieku. To jest ważna część ich życia.

Mark Prensky, badacz mediów cyfrowych i ich wykorzystania w edukacji, podaje, że przeciętny absolwent amerykańskiego college'u spędził mniej niż 5000 godzin na czytaniu, ale więcej niż 10 000 godzin na graniu w gry wideo, 10 000 godzin rozmawiając przez telefon, a 20 000 godzin na oglądaniu telewizji. Prawdopodobnie uczeń kończący polską szkołę ponadgimnazjalną ma wcale nie gorsze „wyniki” niż jego amerykańscy rówieśnicy.

Komputer, gry, Internet, telefony komórkowe, SMS-y to integralne części życia pokolenia urodzonego po 1983 roku. Generację, której udziałem są opisane powyżej doświadczenia, przyjęto się określać mianem digital natives, czyli cyfrowi tubylcy, urodzeni użytkownicy mediów cyfrowych.



Nazywamy ich cyfrowymi tubylcami, ponieważ żaden z nich nie zna świata, w którym nie byłoby komputerów, 24-godzinnych wiadomości, łatwo i wszędzie dostępnego internetu oraz telefonów komórkowych. Dla cyfrowego tubylca jest naturalne, że z komórki nie tylko się dzwoni, ale że również można na niej przechowywać filmy wideo, muzykę oraz że może służyć jako aparat fotograficzny. Ci młodzi ludzie sporadycznie odwiedzają tradycyjną bibliotekę i wyszukują informacje w klasycznych encyklopediach - zamiast tego używają Google, Yahoo albo innych wyszukiwarek internetowych. Co istotne, każdy człowiek urodzony w ostatnich kilkunastu latach w krajach rozwiniętych jest automatycznie cyfrowym tubylcem. Nauczyciele, rodzice nie należą do generacji, która dorastała w otoczeniu nowych technologii. Te pojawiały się w ich życiu stopniowo (w Polsce mniej więcej od połowy lat 80-tych). Można też powiedzieć, że raczej dowiadywali się o nich przypadkiem, często od swoich lub nie swoich dzieci. Nauczyciele, podobnie jak wiele osób dorosłych, byli często zaskakiwani (i nadal chyba są): coraz to nowszymi i wydajniejszymi komputerami, rozwojem Internetu i interaktywnego oprogramowania, popularnością gier komputerowych i wideo, przerosło ich pojawienie się mp3 i odtwarzaczy multimedialnych (bo przecież muzyka i nagrania, to tylko na płycie CD lub jeszcze lepiej, winylowej), na szczęście spodobały im się aparaty cyfrowe i kamery wideo, ale gorzej już z nowoczesnymi, wielofunkcyjnymi telefonami komórkowymi (bo te dodatkowe funkcje to czarna magia)...

Wraz z rozwojem technologii cyberprzestrzeń w sposób zupełnie naturalny stała się miejscem podejmowania przez młodzież codziennych aktywności na równi ze światem realnym.. Z perspektywy młodych ludzi nie sposób już w zasadzie mówić o odrębności rzeczywistości online i offline. Pyżalski podkreśla, że w porównaniu z zagrożeniami wynikającymi z korzystania przez dzieci i młodzież z tzw. mediów tradycyjnych (np. telewizji) w przypadku internetu „potencjalne ryzyko staje się bardziej powiązane z aktywnością własną młodego człowieka. To jego działanie lub zaniechanie zwiększa prawdopodobieństwo wiktyimizacji” W przypadku młodych ludzi szczególnym rodzajem takich aktywności są zachowania ryzykowne online, czyli „takie działania podejmowane przez młodych ludzi online, które są zagrażające dla nich lub innych osób.



W literaturze wyróżnia się m.in.:

- udostępnianie swoich danych lub zdjęć w internecie w sposób publicznie widoczny
- podawanie nieznanym swoich danych w internecie
- nawiązywanie kontaktu przez internet z nieznanymi – zawieranie znajomości w internecie
- dodawanie do list kontaktów lub książek adresowych osób nieznanymi lub poznanych w
- spotykanie się w świecie rzeczywistym z osobami poznanymi w internecie
- angażowanie się w rozmowy na tematy związane z seksem przez internet
- eksperymentowanie z internetową tożsamością – udawanie kogoś, kim nie jest się w rzeczywistości
- nękanie innych w internecie, zamieszczanie obraźliwych komentarzy lub wpisów

Specyfika internetu, a zwłaszcza jego anonimowość, eksterytorialność, globalność i powszechność dostępu powoduje, że jest on nie tylko środowiskiem skłaniającym do podejmowania swoistych zachowań ryzykownych, ale także doskonałym miejscem dla rozwoju wszelkiej przestępczości, której ofiarami mogą paść młodzi ludzie. To właśnie upowszechnienie dostępu do internetu umożliwiło dynamiczny rozwój zjawiska groomingu online, polegającego na nawiązywaniu kontaktu z dzieckiem za pośrednictwem nowych mediów w celu wykorzystania seksualnego. Rzeczywistość wirtualna umożliwia bowiem budowanie relacji o charakterze seksualnym, a także wyrażanie zachowań seksualnych, które nigdy nie mogłyby mieć miejsca w świecie realnym.

Część 4. UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE I INNE ZACHOWANIA RYZYKOWNE

4.1 Katalog zachowań ryzykownych jest otwarty i ciągle aktualizowany w związku z pojawianiem się nowych zagrożeń oraz zachowań dysfunkcyjnych w miarę rozwoju cywilizacyjnego. Wśród stosunkowo nowych uzależnień czynnościowych znalazły się m.in. :

a) tanoreksja- uzależnienie od opalania się.

Tanoreksję zalicza się do zaburzeń osobowości wynikających z kultu własnego ciała. Osoby cierpiące na tanoreksję najczęściej mają obniżone poczucie własnej wartości i czują się nieatrakcyjne. Początki często są niewinne. Komuś bardzo dobrze poszło spotkanie biznesowe po wizycie w solarium. Ktoś inny słyszy mnóstwo komplementów po wakacjach w nadmorskim kurorcie, gdzie większość czasu spędził na plaży. Opalenizna sprawia wówczas, że można poczuć się lepiej w swojej skórze. Szybko dochodzi się do wniosku, że trzeba nadal pielęgnować opaleniznę. Do niedawna z tanoreksją borykały się najczęściej kobiety w średnim wieku. Niestety szybko do tego grona zaczęły dołączać coraz młodsze kobiety.

b) ortoreksja- czyli chorobliwe kontrolowanie tego, co dana osoba spożywa. Osoby z obsesją na punkcie jedzenia wyłącznie zdrowych produktów poświęcają znaczną część dnia na planowanie i kontrolowanie swych posiłków. Znaczenie ma tu nie tylko pochodzenie produktu, lecz także sposób jego przetworzenia (na etapach produkcji) oraz przygotowania do spożycia. Objawy to:



przesadne, patologiczne wręcz zwracanie uwagi na jakość spożywanych produktów w połączeniu z nadmierną ilością czasu przeznaczaną na zakupy „zdrowej żywności”
przeznaczanie znacznej części swej aktywności na przyrządzanie posiłków
obsesyjne studiowanie zdrowych diet, kaloryczności i wszelkich informacji związanych z odżywianiem
pielęgnowanie i rozwijanie zainteresowania rodzajem i jakością swoich posiłków
czerpanie satysfakcji, uczucie znacznej przyjemności z kontrolowania tej dziedziny życia
ograniczanie życia towarzyskiego, aby utrzymać rygor diety
poczucie wyższości z powodu stylu życia; litowanie się nad ludźmi „jedzącymi niezdrowo”
Efektem takiego zachowania jest często zaburzenie relacji towarzyskich, nadmierna drażliwość na punkcie swoich zainteresowań oraz skutki zdrowotne. Pojawić się mogą m.in. zaburzenia równowagi, ciśnienia, koncentracji, osłabienie i zaburzenia hormonalne. Efektem może być także anemia czy spadek odporności organizmu, do uszkodzenia narządów włącznie.

c) bigoreksja- obsesja na punkcie muskulatury

"Siłownia to całe moje życie. Na nic innego nie mam miejsca. Mam jeden cel: być coraz większy" (Marek, 17 lat)

Przeciętny bigorektyk spędza cały czas wolny w siłowni. Wydaje wszystkie pieniądze na odżywki i suplementy. Bywa że bierze środki dopingujące. Jego uwaga jest w pełni skoncentrowana na przybywającej masie mięśniowej, dzięki której samoocena wzrasta. By zaktualizować wiedzę dotyczącą odżywek Carbo, testosteronu lub sterydów, bigorektyk szuka informacji w Internecie. Krąg jego znajomych zaczyna ograniczać się do tych z siłowni, bo dla reszty nie starcza czasu. Obniża wyniki w nauce i traci kontrolę nad własnym życiem.

4.2. Zachowania ryzykowne związane z odżywianiem się

a) Anoreksja – jadłowstręt psychiczny.

Anoreksja jest najpoważniejszym schorzeniem spośród zaburzeń odżywiania. Występuje głównie u dziewcząt i młodych kobiet (u mężczyzn 10 razy rzadziej), średnia wieku zachorowania wynosi 17 lat. Objawy które przesądzą o rozpoznaniu tej choroby to znaczna utrata wagi i odmowa utrzymania jej na minimalnym poziomie, nasilona obawa przed przytyciem, zaburzenia postrzegania własnego ciała, zanik miesiączki.

Pacjentki wykazują specyficzne cechy charakteru jak solidność, pilność w nauce, skłonność do perfekcjonizmu. Są ambitne, przywiązują dużą wagę do osiągniętych wyników, są owładnięte potrzebą sukcesu i kontroli. Powstrzymywanie się od jedzenia daje im satysfakcję kontroli nad własnym ciałem. Unikają kontaktów, zwłaszcza z chłopcami, nie lubią działań grupowych.

Często chorobę poprzedza odchudzanie na skutek krytycznych uwag ze strony otoczenia lub presji środowiska (np. szkoły baletowe). Początkowo jest to unikanie pewnych potraw – węglowodanów i tłuszczów, z czasem ograniczenia stają się coraz większe. Bywa, że chora ma w jadłospisie tylko kilka produktów – np. jogurty, jabłka, sałata - w małych ilościach.





Przeważnie ma bardzo dużą wiedzę w zakresie dietetyki i potrafi precyzyjnie określać kaloryczność potrawy.

Unikanie posiłków rodzinnych, jedzenie w samotności – w swoim pokoju, jedzenie bardzo powolne, krojenie jedzenia na talerzu na bardzo małe porcje, gotowanie dla całej rodziny i nie jedzenie przygotowanej potrawy to symptomy bardzo charakterystyczne. Osoby anorektyczne często piją kawę i wodę, żują gumę lub palą papierosy w celu uśmierzenia głodu (wbrew powszechnemu pogładowi głód odczuwają). Do tego dochodzą intensywne ćwiczenia fizyczne. Po pewnym czasie potrzeba kontroli nad jedzeniem i wysiłkiem fizycznym przybiera skrajne i obsesyjne formy. Początkowa euforia i satysfakcja przechodzi w apatię, w wielu przypadkach dochodzi do depresji i stanów lękowych.

Objawami fizycznymi, poza wychudzeniem, jest sucha skóra, charakterystyczny meszek na ciele, kruchość, łamliwość włosów na głowie oraz wypadanie ich pod pachami i na wzgórku łonowym. Zaburzenia miesiączkowania u dziewcząt i kobiet prowadzące do ich zaniku są wynikiem braku tkanki tłuszczowej i zaburzeń hormonalnych. Obniżenie temperatury poniżej 36 stopni, nietolerancja chłodu (stąd ciepłe ubrania nawet w letnie dni), zasinienie stóp, obrzęki, zaburzenia rytmu serca, anemia, osteoporoza – to kolejne objawy tej choroby. Mimo ewidentnych objawów wyniszczenia organizmu pacjentki zaprzeczają istnieniu problemu i sprzeciwiają się próbom pomocy ze strony rodziny czy lekarza, psychologa.

b) Bulimia (żarłoczność psychiczna) to zaburzenie odżywiania charakteryzujące się napadami objadania się, po których występują zachowania kompensacyjne. Na bulimię zazwyczaj chorują kobiety w wieku pomiędzy 18 a 25 rokiem życia. Masa ciała bulimiczek zwykle nie jest zmniejszona i oscyluje w górnych granicach normy. Schorzenie charakteryzuje się nawracającymi niekontrolowanymi atakami objadania się, a następnie stosowaniem zabiegów, które mają przeciwdziałać skutkom przejedzenia: prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających i odwadniających, lewatyw. Spożywanie zwykle pokarmów wysokokalorycznych odbywa się w ukryciu i towarzyszy mu poczucie winy i dyskomfortu. Dlatego częstym objawem towarzyszącym bulimii jest depresja, która prowadzi do prób samobójczych - jako wyraz bezradności wobec choroby. Strach przed przytyciem zwiększa się, pojawia się także poczucie winy, które jest chwilowo łagodzone kolejnym napadem. Uznaje się, że za przyczynę bulimii odpowiada szereg różnych czynników, m.in.:

1) Czynniki biologiczne

Predyspozycje do zachorowań występują w szczególności, kiedy ktoś w rodzinie cierpiał z powodu depresji lub otyłości. Niektóre badania wykazują, że do czynników wystąpienia bulimii należą również:

- przewlekłe podniesiony poziom hormonu stresu - kortyzolu,
- zaburzenia poziomu greliny - hormonu odpowiedzialnego m.in. za odczuwanie głodu,
- zaburzenia funkcji neuroprzekaźników

2) Czynniki psychologiczne : niska samoocena, poczucie beznadziejności życia, problemy z kontrolowaniem zachowań impulsywnych, niestabilność emocjonalna, nieumiejętność wyrażania gniewu. W rodzinach chorych na bulimię często obserwuje się konfliktowość. Objawy bulimii związane są ze środowiskiem rodzinnym, w którym dziecko nie ma poczucia bezpieczeństwa. Matki osób chorób na bulimię mają tendencje do bycia bardzo krytycznymi, a także zdystansowanymi emocjonalnie względem swoich dzieci.



3) Czynniki socjologiczne : media , popkultura, moda oraz „kult pięknego, szczupłego, ciała”

c) BED , ang. binge-eating disorder, nazywany także „zespołem gwałtownego objadania się” lub „zaburzeniem odżywiania z epizodami niekontrolowanego objadania się”.

Cechy charakterystyczne: spożywanie bardzo dużych ilości pokarmu w krótkich epizodach czasowych (w ciągu 2 godzin) bez odczuwalnego poczucia głodu, aż do uczucia przepełnienia. Objawy towarzyszące: uczucie wstydu i obrzydzenia do siebie z powodu braku kontroli nad objadaniem się. Możliwa depresja, stany napięcia i uczucie znacznego dyskomfortu. Efektem często jest ograniczenie życia towarzyskiego, jedzenie w samotności spowodowane uczuciem wstydu, nadwaga. Nie ma natomiast chęci działań ograniczających przyrost wagi, jak intensywne ćwiczenia fizyczne czy przeczyszczanie się.

Aby zdiagnozować zaburzenie objadania się, epizody muszą występować średnio 2 dni w tygodniu/ kolejnych 6 miesięcy.

Czynniki ryzyka: inne choroby psychiczne (zaburzenia osobowości, stany lękowe, depresja), nieradzenie sobie z emocjami (jedzenie jako próba rozładowania napięcia lub poprawy samopoczucia), zaabsorbowanie obrazem własnego ciała.

4.3 Zachowania ryzykowne młodzieży związane z sferą seksualną

Seksualność człowieka towarzyszy mu od początku jego istnienia i na każdym etapie życia charakteryzuje się różnymi formami ekspresji. Wiele zachowań przejawianych przez nastolatków jest naturalnym etapem rozwoju psychoseksualnego, jednak wiele jest takich, które mogą stanowić realne zagrożenie.

Wśród tych niebezpiecznych zachowań ryzykownych charakterystycznych dla młodzieży, specjaliści wymieniają m.in. :

- Kontakty seksualne bez zabezpieczenia
- Kontakty seksualne z wieloma partnerami/ gry seksualne
- Przygodne kontakty seksualne z nieznanymi osobami
- Kontakty seksualne pod wpływem alkoholu/ narkotyków
- Kontakty seksualne ze starszymi osobami
- Kontakty seksualne za wynagrodzenie (tzw. sponsoring)
- PROMISKUITYZM oznacza podejmowanie kontaktów seksualnych bez więzi uczuciowej, często z przypadkowymi partnerami w ryzykownych okolicznościach
- Grooming – nawiązywanie relacji seksualnych z dorosłymi osobami przez Internet; grooming jest aktywnością osób dorosłych, które chcą wykorzystać dziecko seksualnie.
- Prostytucja – uprawianie seksu w zamian za korzyść majątkową.
- Pornografia – przedstawianie nagości na zdjęciach i filmach, dziś często umieszczanych w anonimowo w Internecie



Wśród najczęstszych przyczyn seksualnych zachowań ryzykownych młodych ludzi wymienia się:

- Potrzeba bliskości niezaspokojona w domu
- Potrzeba pieniędzy
- Korzystanie z poczucia wolności



- Przecistawianie się rygorowi domowemu, szkolnemu

Część 5. DLACZEGO MŁODZI LUDZIE SIĘGAJĄ PO UŻYWKI I STOSUJĄ RÓŻNE ZACHOWANIA RYZYKOWNE ?

Dlaczego młodzi ludzie sięgają po używki i stosują różnego rodzaju zachowania ryzykowne?

- **CIEKAWOŚĆ** jest w czołówce powodów, jakie wskazuje młodzież zapytana dlaczego dochodzi do sięgania po określone środki odurzające. Ale ciekawości bezwzględnie towarzyszą obawy.
- **OBAWY**- najbardziej emocjonalny powód brania. Obawa przed śmiesznością, kpina, krytyką, lęk przed nieakceptacją czy wręcz odrzuceniem kolegów. Chęć uniknięcia tych wszystkich kłopotów i bycia akceptowanym przez własne środowisko jest bardzo często pułapką, niełatwym do zerwania łańcuchem, który może nas trzymać bardzo mocno na uwięzi i czasem skłaniać do takich działań, na które kiedy indziej nie mielibyśmy wcale ochoty.
- **WPLYW INNYCH OSÓB**- rówieśników, kolegów, przyjaciół. Ciekawe, że na początku przyjmowanie narkotyków/alkoholu prawie nigdy (może wyjątkowo) nie odbywa się w samotności i w pojedynkę, lecz w grupie, a przynajmniej w obecności jednej czy dwóch osób.
- **PREJACJA**- czy musi to być nachalna i bezpośrednia? Najczęściej sposoby są bardziej subtelne.
Wystarczy na przykład roztaczać wokół siebie pewną aurę „wtajemniczenia” i z politowaniem lub wyższością spoglądać na resztę, by wprawić tę resztę w zakłopotanie i uruchomić w niej chęć dołączenia się do „kręgu wtajemniczonych”. Czasem może to być kpina z obaw danej osoby przed używkami albo sugerowanie, że jest mięczakiem, tchórzem, maminsynkiem – i to wystarczy. Trzeba naprawdę sporo niezależności i odwagi, aby w takich sytuacjach nie poddać się subtelnej (czasem mniej subtelnej) presji.
- **KŁOPOTY Z POCZUCIEM WARTOŚCI**. Skłonność do ulegania naciskowi ze strony innych ludzi, zwłaszcza rówieśników świadczy o ryzyku wejścia na drogę używek. Osoby o stosunkowo wysokim poczuciu wartości mają większe oparcie w samych sobie, nie muszą mniemania o sobie opierać w tak wysokim stopniu na opiniach otoczenia. W gorszej sytuacji są osoby o niskim poczuciu własnej wartości. One z kolei jakby nie wiedzą, ile właściwie są warte, toteż ocenę samych siebie oddają w ręce innych: jeśli otoczenie je akceptuje, wtedy ich poczucie wartości rośnie, jeśli nie –





rozpada się w gruzy. Dlatego tak trudno narazić się im na ryzyko nieakceptacji. Ale akceptacja ma swoją cenę – trzeba spełniać wymagania otoczenia. Nie można się wychylać.

Rozumienie tego mechanizmu podpowiada oczywisty sposób postępowania, służący jego eliminacji lub osłabieniu: praca nad poczuciem własnej wartości wpływa na zwiększenie niezależności od otoczenia. Gdy ma się nieco więcej owej wewnętrznej niezależności, gotowości do obrony własnego zdania – wtedy łatwiej podjąć decyzję na przykład o odmowie przyjęcia narkotyków/ spożywania alkoholu, gdy się nie ma na to ochoty, alby przynajmniej ma się co do tego wątpliwości. Właśnie te wątpliwości bywają nierzadko tłumione pod wpływem nacisku z zewnątrz. Ktoś o większej pewności siebie może natomiast dać sobie do tych wątpliwości prawo, podobnie jak prawo do tego, aby nie podejmować decyzji natychmiast tylko dlatego, że nie potrafi (obawia się) odmówić.

Rodzinne uwarunkowania zachowań ryzykownych

- zaburzenia więzi /zwłaszcza uczuciowej/ między rodzicami i dziećmi.
- wysoki poziom konfliktów w rodzinie, w tym pomiędzy rodzicami /prowadzących często do rozpadu rodzin/
- zaburzenia w pełnieniu ról ojca i matki,
- niejasny system wymagań stawianych dziecku
- brak dyscypliny i kontroli lub nadmiernie surowa,
- niekonsekwencja w wychowaniu,
- tolerancja wobec zachowań ryzykownych dzieci,
- rodzice jako wzorce nieprawidłowych zachowań /picie alkoholu, palenie, przedwczesna ciąża, agresja fizyczna /



Taka rodzina nie wypełnia swoich funkcji, a toruje drogę zachowaniom ryzykownym. Dziecko wychowane w źle funkcjonującej rodzinie nie będzie zachowywało się prawidłowo. Przeżycia negatywne, brak poczucia bezpieczeństwa, odrzucenie, brak znajomości reguł postępowania, brak rozeznania, co dobre, a co złe, utrudnia zaistnienie w życiu społecznym.

Żyłna, trwała więź między rodzicami stwarza podstawy do dobrego funkcjonowania rodziny, nawet już zanim pojawi się na świecie dziecko. Dalszy proces opieki i wychowywania potomstwa przez rodziców powinien opierać się na odpowiedzialnym rodzicielstwie i realizowaniu ustalonych zasad wychowawczych. Rodzice, którzy nie wiedzą, co zrobić z dzieckiem, jak zabezpieczyć mu zaspokajanie potrzeb, jak zorganizować czas na pracę, naukę, zabawę, odpoczynek, sprawiają wrażenie nieprzygotowanych do pełnienia swojej roli. Pamiętajmy, że **dziecko żyje w świecie, który mu stworzymy**.

Z dobrze funkcjonującą rodziną wiąże się **zaspokojenie potrzeby miłości**. Dziecko ma okazję do odczuwania czułości, intymności, szczęścia, zadowolenia,, chęci sprawienia przyjemności drugiej osobie, przejawia zainteresowanie innymi członkami rodziny. Osoba odrzucona czuje się samotna, gorsza, zła, zagrożona. Jest smutna, popada w depresję, jest nerwowa, lękliwa,. Potrzeba miłości i akceptacji jest tak ważna, że będzie zaspokajana gdzie indziej, jeśli dom rodzinny jest zimny emocjonalnie.



Człowiek wygłodzony emocjonalnie będzie poszukiwać każdego rodzaju bliskości, choćby to było złe, poniżające, czy groźne. Dziecko głodne miłości często trafia do sekt, grup subkulturowych i przestępczych.

Kolejną kardynalną zasadą postępowania rodziców **jest wyznaczenie granic dla zachowań dziecka** i to już od jego narodzin. Granice te ułatwiają dziecku poznawanie otoczenia i funkcjonowanie w nim. Granice i reguły są dzieciom niezbędne dla zachowania poczucia bezpieczeństwa. Są koniecznym elementem procesu socjalizacji. Dziecko, któremu się stawia wymagania i kontroluje się ich respektowanie, ma szansę na wytworzenie zdrowego systemu wartości intelektualnych, emocjonalnych, zbuduje własne wewnętrzne granice. Będzie krytyczne, ufne własnym spostrzeżeniom, będzie odrzucać rzeczy złe lub zbędne, oprze się manipulacjom, reklamie, będzie mieć własne zdanie. **Granice fizyczne** decydują o tym, jak blisko pozwalamy się innym ludziom zbliżyć do siebie fizycznie, umożliwiają chronienie własnego ciała przed niechcianą bliskością i formami przemocy. Brak kar fizycznych przekonywa dziecko o nietykalności innej osoby, eliminuje przemoc z jego zachowania. Osoby nieświadome tych granic, pozwalają się wykorzystywać, manipulować sobą, stają się ofiarą. Nie zauważają też granic u innych ludzi, przekraczają je, stają się agresorami. Dziecko pozbawione granic postrzegane jest jako bezmyślne, niegrzeczne, nietaktowne, bezczelne, agresywne, co utrudnia mu kontakty społeczne i naraża je na liczne frustracje.

	CZYNNIKI RYZYKA	CZYNNIKI CHRONIĄCE
a/ związane z sytuacją rodzinną dziecka	<ul style="list-style-type: none"> - niewłaściwe postawy rodzicielskie (brak jasnych reguł postępowania, brak rygorów lub surowa dyscyplina i niekonsekwencje, stosowanie kar cielesnych, brak wiary w możliwości dziecka, brak wsparcia ze strony rodziców), - brak zrozumienia dla problemów dziecka, - konflikty w rodzinie, - niski status materialny, - negatywny wzór postępowania rodziców. 	<ul style="list-style-type: none"> - postawa akceptacji i miłości, - atmosfera życzliwości, poszanowania i zrozumienia, - uznawane przez członków rodziny normy i zasady, - stawianie wymagań adekwatnych do możliwości dziecka, - konsekwencje w działaniach wychowawczych, - negatywna postawa rodziców wobec zachowań ryzykownych (palenia papierosów), - wspomaganie rozwoju dziecka



<p>b/ związane z sytuacją szkolną dziecka</p>	<ul style="list-style-type: none"> - trudności w nauce (nawarstwiają się), - niska motywacja i brak zainteresowania nauką, - specyficzne trudności w nauce spowodowane deficytami rozwojowymi, (inteligencja poniżej normy, niekompetencja społeczna, deficyt uwagi, trudności w czytaniu,) - brak odpowiednich nawyków i umiejętności związanych z pracą - niewystarczająca pomoc w nauce, - poczucie bezradności wobec problemów związanych z nauką. 	<ul style="list-style-type: none"> - osiąganie wyników w nauce zgodnych z możliwościami dziecka, - sukcesy szkolne (docenianie przez szkołę wszelkich osiągnięć ucznia), - stwarzanie okazji do działań w różnych obszarach aktywności uczniów - zainteresowania nauką szkolną, aktywność poznawcza uczniów, - wspierające i motywujące ocenianie osiągnięć dziecka, - bazowanie w działaniach na mocnych stronach ucznia, - indywidualizacja działań edukacyjnych, - poczucie bezpieczeństwa w szkole i poza nią, - dobre relacje między uczniami w klasie, - obowiązujące w szkole normy zachowania, - osobisty przykład nauczycieli, - określony system reagowania na przypadki zachowań ryzykownych wśród uczniów
<p>c/ związane z grupą rówieśniczą</p>	<ul style="list-style-type: none"> - brak umiejętności współżycia społecznego, - brak integracji z zespołem klasowym, - nieakceptowane społecznie sposoby rozwiązywania konfliktów rówieśniczych, - negatywna presja grupy rówieśniczej (zachęcanie do zachowań ryzykownych) 	<ul style="list-style-type: none"> - umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktów z rówieśnikami, - świadomość zagrożeń wynikających z podejmowania zachowań ryzykownych, - umiejętność odpierania presji grupy (podejmowanie zachowań asertywnych), - dobra pozycja w grupie.



d/ czynniki osobowościowe dziecka	<ul style="list-style-type: none">- problemy emocjonalne i zaburzenia zachowania,- niskie poczucie własnej wartości,- brak umiejętności radzenia sobie z problemami,- nieznajomość zasad współżycia społecznego.	<ul style="list-style-type: none">- właściwa samoocena, poczucie własnej wartości, akceptacji siebie,- przyjazne nastawienie do ludzi świata,- przyswojone normy zachowań akceptowanych społecznie,- umiejętność reagowania na sytuacje problemowe,- preferowanie zdrowego stylu życia,- realizowanie zainteresowań,- umiejętność komunikowania się z rówieśnikami.
--	---	---



Stanowisko otoczenia społecznego

Z punktu widzenia młodzieży dorosłe otoczenie społeczne i instytucjonalne oddziałuje na układ młodzież–używków w trojaki sposób.

1. Grozi, przestrzega, napomina, straszy, „dobrze radzi” tego nie robić. Czyni to jednak w sposób mało wiarygodny.
2. Reaguje wyłącznie represyjnie w razie stwierdzenia kontaktu z używkami. Młodzież twierdzi, że w przeważającej większości wypadków ujawnienie faktu wzięcia narkotyków/spożycia alkoholu spotkałoby się z ostrą, nieprzychylną reakcją ze strony znaczących osób (rodziców, nauczycieli) i instytucji (szkoły, policji). Awantury, cały repertuar kar, represji czy retorsji, począwszy od wyrzucenia z domu, awantur i bicia ze strony rodziców, wyrzucenia ze szkoły, przetrzymywania na posterunku, oddania pod nadzór kuratorski, a skończywszy na „cichych dniach”, utracie opinii, ograniczeniu swobód czy utracie przywilejów.
3. Roztacza ochronny parasol w wypadku poważniejszych kłopotów, czyli uzależnienia. Otoczenie społeczne i instytucjonalne oferuje – zdaniem respondentów – różne formy pomocy osobom z problemem narkotykowym/alkoholowym. W ofercie jest pomoc psychologa lub pedagoga szkolnego, rodziny, znajomych, służby zdrowia, są telefony zaufania, poradnie antynarkotykowe, ośrodki terapii i Monar. Jeśli ktoś tylko chce albo potrzebuje, to na pewno łatwo znajdzie informację lub miejsce, do którego może się zwrócić o pomoc. W świadomości młodzieży funkcjonuje przeświadczenie o istnieniu siatki asekuracyjnej, łagodzącej możliwy upadek wywołany narkotykami albo różnymi zachowaniami ryzykownymi.

Dlatego podstawową umiejętnością rodzica służącą ochronie przed uzależnieniem jest nawiązanie z dzieckiem dialogu i prowadzenie umiejętnej rozmowy !

Część 6. KOMUNIKACJA KLUCZEM DO SUKCESU

Rozmowa jest podstawą dobrych kontaktów z nastolatkiem, a podstawą rozmowy jest uważne słuchanie.

- Rozmawiaj z młodym człowiekiem zawsze, wszędzie i o wszystkim. Im częściej z nim rozmawiasz, tym lepiej poznajesz jego świat, jego oczekiwania, marzenia, a także problemy.
- Znajdź też czas, gdy chce się podzielić radością, sukcesem. Okaż swoje zadowolenie, pochwal, spytaj o szczegóły wydarzenia. Nie umniejszaj wagi sukcesu, powiedz, jaki jesteś z niego dumny. To mu dodaje wiary w siebie i jest zachętą do osiągania dalszych sukcesów.
- Stwarzaj warunki do luźnej rozmowy. Wykorzystuj naturalne chwile przy wspólnej herbacie, kolacji, na spacerze, stwórz nastrój do wieczornej „pogaduchy”, proponuj wspólne spędzanie wolnego czasu atrakcyjne



także dla niego.

- Okazuj zainteresowanie jego sprawami, ale nie wypytuj natarczywie. Poczekaj, aż samo zacznie mówić o tym, co się u niego dzieje. To ono decyduje, ile chce nam o sobie powiedzieć. Uszanuj to.

- Opowiadaj o sobie. Dzieci lubią wspomnienia rodziców z czasów ich młodości. Takie opowiadania zbliżają, bo przypominają dzieciom, że ich rodzice też byli młodzi. Nie przedstawiaj się jednak wyłącznie kryształowo, powiedz, że także robiłeś błędy i uczyłeś się podejmować trudne decyzje.

- Rozmawiaj na każdy temat, nie unikaj trudnych spraw. Zadbaj o to, żeby w waszym domu nie było tematów tabu. Rozmawiaj także o tym, czego się obawiasz. Bądź raczej doradcą niż ekspertem.

BARIERY KOMUNIKACYJNE	JAK UNIKAĆ BARIER KOMUNIKACYJNYCH ?
Brak umiejętności słuchania	Rozmawiaj tak, aby miało poczucie, że jesteś zainteresowany tym o czym mówi. Ważny jest kontakt wzrokowy i inne oznaki potwierdzające, że słuchasz je z uwagą.
Przerywanie	Staraj się wysłuchać dziecka do końca. Daj mu szansę wypowiedzieć się, zanim cokolwiek powiesz. Nie zakładaj, że wiesz co chce ci powiedzieć. Przerywanie może spowodować niechęć dziecka do dalszej rozmowy.
Brak skupienia uwagi na rozmówcy	Poświęć czas wyłącznie na rozmowę z dzieckiem. Wykonywanie w tym samym czasie innych czynności może być odczytane przez dziecko jako brak zainteresowania dla niego i umniejszanie wagi problemu.
„Prawienie kazań”, moralizowanie, „zrządzenie i gderanie”	To zwykle „grzechy główne” rodziców. Staraj się je przezwyciężać, bo to mało skuteczne sposoby, a dzieci szybko zaczynają przez to ignorować rodziców. Jeżeli przyłapiesz się na tym - zmień taktykę.
Krytykowanie	Staraj się nie krytykować nadmiernie, a jeżeli to konieczne, krytykuj konkretne zachowanie, a nie dziecko. Nie porównuj go też z innymi podając ich za dobry przykład. Staraj się zachować obiektywizm w wydawaniu ocen.
Podnoszenie głosu	Chociaż dzieci mają dużą zdolność wyprowadzania rodziców z równowagi, pamiętaj, że krzykiem niewiele można osiągnąć, a do tego często wykrzykujemy słowa, których potem żałujemy.



Rodzic/Dorosły ma zawsze rację	Nie wykorzystuj przewagi, że jesteś rodzicem i nie używaj argumentu, że posłuszeństwo dziecka należy się rodzicom „z urzędu”.
Bagatelizowanie	Chociaż niektóre problemy twojego dziecka mogą ci się wydać błahe lub wyolbrzymione, staraj się przywiązywać wagę do wszystkiego co go martwi.
Brak warunków sprzyjających rozmowie	Trudno zachować intymność rozmowy, jeżeli coś rozprasza uwagę. Wyłącz telewizor czy radio, staraj się stworzyć warunki, by nikt wam nie przeszkadzał.

Jeżeli jakieś zachowanie twojego dziecka / ucznia/ młodego człowieka jest dla ciebie nie do przyjęcia, spróbuj to zmienić. Powiedz mu:

- o jakie konkretnie zachowanie ci chodzi
- jakie uczucia przeżywasz, gdy ono zachowuje się w ten nieakceptowany przez ciebie sposób
- dlaczego to zachowanie jest twoim zdaniem niewłaściwe
- jakie konsekwencje dla ciebie lub innych ma to jego zachowanie
- jakiej zmiany oczekujesz



Część 7 Profilaktyka.

7.1 Poziomy profilaktyki

→ Profilaktyka uniwersalna jest ukierunkowana na całą populację. Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji). Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi zachowań ryzykownych w danej populacji.

→ Profilaktyka selektywna jest ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka. Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zdrowia psychicznego.

→ Profilaktyka wskazująca jest ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka które ujawniają pierwsze symptomy problemów alkoholowych. Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup), które demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zachowania.



7.2. PROFILAKTYKA POZYTYWNA (OFENŹYWNA) vs PROFILAKTYKA NEGATYWNA (DEFENŹYWNA)

Tabela Skutki i konsekwencje skupienia na problemach lub na pozytywnym potencjale Młodzieży (za: Grzelak Szymon, „Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży.

Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych)

WYKUTKI I KONWSEKWENCJE	
Skupienie uwagi na problemach	Skupienie uwagi na pozytywnym potencjale
Poznawanie problemów zwiększa wiedzę o tych problemach, jednak nie dostarcza dobrego punktu oparcia do pracy wychowawczej i profilaktycznej.	Poznanie pozytywnego potencjału poszerza spojrzenie na młodzież i pomaga znaleźć pozytywne punkty oparcia do pracy wychowawczej i profilaktycznej.
Skupienie na problemach w badaniach naukowych prowadzi do nieustannego rozwoju wskaźników tych problemów. W rezultacie wiemy coraz więcej o problemach, a wciąż niewiele o pozytywnym potencjale	Skupienie na pozytywnym potencjale prowadzi do wypracowania wskaźników tego potencjału. W rezultacie możemy coraz lepiej poznawać ten istotny punkt oparcia pracy profilaktycznej i tworzyć skuteczniejsze strategie działania.
Skupienie na problemach prowadzi do analizy przyczyn i czynników ryzyka tych problemów, w tym także czynników dotyczących rodziny i społeczności lokalnej. W rezultacie utrwała się postrzeganie rodziców, rodziny i społeczności lokalnej od strony negatywnych aspektów.	Skupienie na pozytywnym potencjale prowadzi do zrozumienia źródeł tego potencjału. W rezultacie rozwija się spojrzenie dostrzegające pozytywne znaczenie i siłę oddziaływania wychowawczego rodziców, rodziny i społeczności lokalnej .
Problemy silnie „zakotwicząją emocjonalnie” uwagę. Skupienie na nich utrudnia dostrzeganie pozytywnego potencjału.	Skupienie większości uwagi na pozytywnym potencjale nie utrudnia równolegle prowadzonej diagnozy problemów.
Koncentracja dorosłych na postrzeganiu młodzieży przez pryzmat problemów dociera do młodych ludzi, którzy mają poczucie, że dorośli w nich nie wierzą i nie dostrzegają tego, co	Koncentracja dorosłych na postrzeganiu pozytywnego potencjału może być bardzo silnym czynnikiem motywującym młodych ludzi do dobrego i zdrowego życia. Gdy to, co dobre, jest dostrzegane



<p>dobrze, więc może nie warto się starać... W młodzieży ugruntowuje się tożsamość oparta na niskim poczuciu własnej wartości. Jeśli oczekiwania dorosłych są niskie, przestają być one impulsem rozwojowym.</p>	<p>i chwalone, młodzi ludzie starają się jeszcze bardziej, a ich tożsamość kształtuje się w oparciu o zalety i adekwatne poczucie własnej wartości.</p>
<p>Źkupienie uwagi na problemach może ułatwiać zdobycie środków na działania profilaktyczne. Im bardziej eksponujemy problemy i ukazujemy je w dramatycznym świetle, tym łatwiej przekonać urzędników, radnych, komisję rozpatrującą projekt.</p>	<p>Źkupienie uwagi na pozytywnym potencjale i przedstawianie problemów we właściwej proporcji może utrudniać zdobywanie środków nadziałania profilaktyczne. Dla wielu urzędników eksponowanie pozytywnego potencjału młodzieży może być argumentem przeciw wydawaniu pieniędzy na działanie. Skoro jest tak dobrze, to po co je wspierać?</p>
<p>Koncentracja rodziców, nauczycieli i samorządowców na problemach z młodzieżą zniechęca do wysiłków wychowawczych, wywołuje postawę bezradności i przyspiesza proces wypalenia.</p>	<p>Koncentracja rodziców, nauczycieli i samorządowców na pozytywnym potencjale młodzieży wzmacnia poczucie sensu ich pracy, motywuje do wysiłków wychowawczych i zapobiega wypaleniu.</p>



BIBLIOGRAFIA:

- raport ESPAD 2019 i 2015
- badanie NASK 3.0 2020 i 2016
- Pyżalski J.- Agresja elektroniczna cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży (Impuls, Kraków 2012)
- Jędrzejko M, Kowalski M., Rosik B.- Uzależnienia behawioralne. Wybrane aspekty (ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2015)
- Robin M. Kowalski, Susan P. Limber, Patricia W. Agatston – Cyberprzemoc wśród dzieci i młodzieży (Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2010)
- Olweus D. - Mobbing. Fala przemocy w szkole. Jak ją powstrzymać? (Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, 2007)
- Filipiak M.- Wirtualny plac zabaw. Gry sieciowe i przemiany kultury współczesnej (Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2006)
- Lopez R.- Twój nastolatek - zdrowie i dobre samopoczucie(PZWL, Warszawa 2004)
- Craggs-Hinton, C.- Jak radzić sobie z zaburzeniami jedzenia (Łódź : JK : Wydawnictwo Feeria, 2008)
- Urban B. (red.)-Dewiacje wśród młodzieży : uwarunkowania i profilaktyka (Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001)
- Maxwell R.-Dzieci, Alkohol, Narkotyki . Przewodnik dla rodziców (GWP, 2004)
- Faber A.- Mazlish E. -Jak mówić do nastolatków, żeby nas słuchały, jak słuchać, żeby do nas mówiły ?(Media Rodzina, 2016)
- Griffiths M.- Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania (GWP, Gdańsk 2004)
- Guerreschi C.- Nowe uzależnienia (Wyd. Salwator, Kraków 2006)
- Kosińska E., Zachara . -Profilaktyka pierwszorzędowa w szkole : scenariusze zajęć z uczniami(Rubikon,2003)
- Grondas, M. „Rozwijanie umiejętności wychowawczych - materiały dla nauczycieli i dyrektorów” (Warszawa, 2007)
- Grzelak Sz.- Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży.Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych(Wyd. II, Warszawa 2015, ORE)
- Kurzępa J.-Młodzież pogranicza — 'świnki', czyli o prostytucji nieletnich (Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001)





ZAŁĄCZNIKI DO ĆWICZEŃ.

1) Najczęściej stosowane narkotyki wśród polskiej młodzieży – podstawowe informacje

GR. I MARIHUANA I HASZYSZ- narkotyki hamujące działanie OUN

Marihuana i haszysz wytwarzane są z konopi indyjskich, tj. roślin zawierających wiele

substancji aktywnych, z których główną jest tetrahydrokanabinol (THC).



Postać/wygląd

Marihuana występuje w postaci suszu i jest mieszanką suchych liści i kwiatostanów żeńskich konopi indyjskich. Stężenie substancji aktywnej THC w marihuanie dostępnej na

nielegalnym rynku może wahać się 1 – 16% (zgodnie z europejskimi danymi z 2011 roku).

Haszysz jest żywicą z kwiatostanów żeńskich zmieszanych z kwitnącymi szczytami i pędami

roślin żeńskich, która może przyjmować formę brązowych lub czarnych kulek/kostek.



posoby przyjmowania

Najczęstszą drogą przyjmowania marihuany i haszyszu jest palenie, choć w Europie

powszechne jest także mieszanie konopi indyjskich z tytoniem. Znane jest też spożywanie ich z żywnością.





🔗 skutki użycia

Marihuana i haszysz, stosowane w małych dawkach, wywołują uczucie euforii odprężenia i lekkiego podniecenia. Skutkiem ich jednorazowego użycia może być jednak również spadek koncentracji uwagi, pogorszenie sprawności psychofizycznej oraz zmniejszenie samokontroli i zahamowań. Użycie konopi indyjskich, szczególnie w dużych dawkach, połączonych np. z alkoholem, może powodować doświadczenie silnego lęku lub wywołać objawy psychotyczne, np. omamy. Przewlekłe, wieloletnie używanie marihuany i haszyszu może skutkować uzależnieniem, którego znaną formą jest tzw. zespół amotywacyjny objawiający się m.in. apatią, spadkiem zainteresowań i ogólnej aktywności, niechęcią do podejmowania działania, trudnościami z koncentracją uwagi i problemami z przyswajaniem nowych informacji. Przetwory konopi indyjskich to jedne z najbardziej rozpowszechnionych narkotyków, których używanie utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie.

GR.II LSD I ECTSASY- narkotyki powodujące halucynacje i omamy

- LSD

LSD (dietyloamid kwasu lizergowego) jest substancją półsyntetyczną należącą do grupy halucynogenów. Jako środek halucynogeny ma działanie psychomimetyczne, co oznacza wywoływanie omamów przy niezbyt nasilonych zaburzeniach świadomości oraz procesów poznawczych. Poziom używania LSD w Europie jest niski i stabilny od wielu lat.



Postać/wygląd

Narkotyk ten ma postać białego, krystalicznego proszku, przy czym na rynku narkotykowym popularne są nasączone papierki, kapsułki, tabletki i kolorowe bibułki.

🔗 sposoby przyjmowania

LSD najczęściej stosowane jest doustnie i podjęzykowo. Znane jest też ssanie papierków nasączonych tą substancją.

🔗 skutki użycia

Podobnie jak w przypadku innych substancji halucynogeny, użycie LSD powoduje doświadczenie uczucia zmienionego stanu świadomości, nastroju euforycznego, iluzji, omamów wzrokowych, ale mogą też wystąpić zaburzenia pamięci, lęki oraz napady paniki.



-ECSTASY

Nazwą **ecstasy** określa się substancję syntetyczną MDMA.

Postać/wygląd

Ecstasy najczęściej występuje w formie tabletek, choć może być dostępna także w postaci kapsułek lub proszku.

Źposoby przyjmowania

Najczęstszą formą przyjmowania tego narkotyku jest połykanie.

Źkutki użycia

Użycie ecstasy wpływa stymulująco na ośrodkowy układ nerwowy (OUN), ale narkotyk ma

także działanie określane jako zwiększenie wrażliwości zmysłowej. Po zażyciu następuje m.in. wzrost ciśnienia krwi i przyspieszenie akcji serca. Osoby używające ecstasy doświadczają uczucia zmienionego stanu świadomości, nastroju euforycznego, ale też wzmożonej pobudliwości, wyostzonego postrzegania barw i dźwięków. Po użyciu ecstasy mogą pojawić się także zaburzenia o obrazie psychotycznym, np. omamy wzrokowe.



GR.III Narkotyki stymulujące działanie OUN : kokaina i amfetamina

Kokaina jest substancją pochodzącą z liści krzewu koki.

Postać/wygląd

Najczęściej występuje w formie białego proszku. Jej bardziej zanieczyszczona forma znana jest jako crack, który przyjmuje postać m.in. jasnobrązowych kuleczek czy białych okruców.

Źposoby przyjmowania

Kokaina w formie proszku jest głównie wciągana do nosa, może być też przyjmowana dożylnie, a także poprzez palenie lub wdychanie oparów (jako crack).



Źkutki użycia

Efekty użycia kokainy/cracku to m.in. doświadczenie stanu euforii, uczucia ustąpienia zmęczenia fizycznego i psychicznego, poczucia zwiększonej pewności siebie, zmniejszenia lęku społecznego, wzrostu aktywności.



Kokaina jest najpopularniejszym narkotykiem stymulującym (działanie na ośrodkowy układ nerwowy) z używanych w krajach południowej i zachodniej Europy.

Amfetamina to narkotyk syntetyczny o działaniu pobudzającym ośrodkowy układ nerwowy.

Postać/wygląd

Zwykle występuje w formie białego proszku, ale również może być dostępna w tabletkach, kapsułkach lub pod postacią beżowego proszku.

Źposoby przyjmowania

Amfetamina może być wciągana do nosa, a także przyjmowana doustnie lub dożylnie.

Źkutki użycia

Skutki jednorazowego przyjęcia amfetaminy to m.in. uczucie zniesienia zmęczenia, euforia, zwiększenie inicjatywy, napędu, nasilenie pragnień seksualnych, zmniejszenie łaknienia i potrzeby snu, a także subiektywne poczucie wydolności fizycznej i psychicznej. Użycie amfetaminy może jednak nasilać zachowania agresywne. Do skutków zdrowotnych wynikających z regularnego używania amfetaminy



należą problemy sercowo-naczyniowe, oddechowe, neurologiczne i psychiatryczne. Warto nadmienić, że tabletki zawierające amfetaminę mogą wyglądać podobnie jak tabletki ecstasy. Pochodną amfetaminy jest metamfetamina, której działanie stymulujące ośrodkowy układ nerwowy może być dużo silniejsze.

GR. IV DOPALACZE

Dopalacze – potoczna nazwa różnego rodzaju produktów zawierających substancje psychoaktywne, które nie znajdują się na liście środków kontrolowanych przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii. Spożycie ich ma na celu wywołanie w organizmie jak najwierniejszego efektu narkotycznego substancji zdelegalizowanych.

Skład chemiczny dopalaczy ulega ciągłej ewolucji, a producenci tego rodzaju środków nie podają zwykle ich pełnego składu chemicznego.



Dopalacze (designer drugs, smart drugs) można podzielić na 3 grupy:

1) środki pochodzenia głównie roślinnego (susze, kadzidełka), które stosuje się tak jak tytoń (efekty zbliżone do palenia marihuany) Mieszanki typu „spice”



2) środki syntetyczne zawierające jedną, konkretną substancję, która (jeszcze) nie jest zakazana, sprzedawane w postaci znaczków do lizania, małych pigułek i w innych formach; środki te są stosunkowo najmniej popularne.

3) środki pochodzenia głównie syntetycznego, sprzedawane w formie tabletek (tzw. party pills) lub proszków w torebkach, które zawierają zazwyczaj rozmaite mieszanki różnych grup związków działających psychoaktywnie: stymulantów, halucynogenów, dysocjantów.

MITY NA TEMAT DOPALACZY:

- Dopalacze to bezpieczna alternatywa dla substancji nielegalnych .

Od lipca 2015 dopalacze są w polskim prawie traktowane tak samo jak narkotyki.

- Dopalacze to wyroby kolekcjonerskie

Dopalacze często są przedstawiane jako produkty kolekcjonerskie. Są adresowane do kolekcjonerów tabletek, którzy umieszczają je w specjalnych albumach i trzymają obok klaserów ze znaczkami. Tak, dopalacze mogą być postrzegane jako wyroby kolekcjonerskie, ale dla kolekcjonerów-psychopatów. Normalni ludzie powinni omijać je szerokim łukiem. Na ich etykietach są umieszczane informacje, że nie nadają się do spożycia, a w przypadku przypadkowego kontaktu z naszym układem pokarmowym, należy niezwłocznie udać się do lekarza. To wyrachowana hipokryzja, która ma na celu zatuszowanie prawdziwego przeznaczenia dopalaczy. I tym samym obejścia polskiego prawa. Gdyby dopalacze faktycznie były niegroźne, to już dawno byłyby zarejestrowane jako substancje spożywcze.



- W większości dopalaczy są tylko ziołowe mieszanki .

Dopalacze nie są jak cukierki nimm2 – łakocie i witaminy. Od ziołowych mieszanek prawdopodobnie się zaczęło (o tym wiedzą tylko chemicy, bo kilka lat temu nie prowadzono badań nad dopalaczami), ale dzisiaj w substancjach takich, jak osławiony „Mocarz” jest więcej składników syntetycznych niż naturalnych. Tłumaczenia osób zażywających dopalacze, że przecież podobne substancje odurzające od setek lat są wykorzystywane w obrzędach religijnych na całym świecie, nie mają sensu. W żadnym stopniu to nie są substancje podobne.

GR. V „DOMOWE NARKOTYKI”

1) GAZ DO ZAPALNICZEK

Działanie : podobnie jak kleje, rozpuszczalniki, farby i lakiery należy do grupy tzw. inhalantów.

Działa średnio 10-20 minut. Oznaki zażycia: zaburzenia mowy, nieporadność ruchowa, gadatliwość, nadwrażliwość na światło, kichanie, kaszel, ożywienie i podniecenie.



Propan-butan może spowodować uduszenie; ulatnia się z płuc i nie zostawia po sobie żadnych śladów (dlatego trudno jest określić, że jest przyczyną zgonu)

2) Tussipect, Acodin (substancja działająca : pseudoefedryna)

Działanie : pobudza centralny UN, przyspiesza akcję serca, powoduje wzrost ciśnienia tętniczego i skurcz naczyń krwionośnych. W dużych dawkach może wywoływać bezsenność, niepokój, trudności z oddychaniem, zawroty głowy, nadmierną suchość w gardle i nosie, bóle oraz kołatanie serca, wymioty, może dojść do omdleń, poważnego osłabienia, a także zatrucia organizmu po zażyciu przyływ energii, ale potem pojawiają się: przygnębienie, lęki, myśli prześladowcze.

3) Środki nasenne i uspokajające

Najpopularniejsze środki nasenne (barbiturany) to Cyclobarbitol i Luminal, uspokajające (benzodiazepiny) - Relanium, Oxazepam, Nitrazepam.

Działanie : Działają bezpośrednio na UN, uzależniają fizycznie w bardzo krótkim czasie (szczególnie barbiturany). Niewielkie dawki wywołują uczucie odprężenia, zobojętnienia na wszystko i wszystkich, czasem wręcz euforię, a większe ilości wywołują przyćmienie świadomości i halucynacje. Mają silne działanie depresyjne, wywołują poczucie ciągłego zmęczenia i apatii.

4) Kaktusy, grzyby i inne rośliny

- Grzyby (substancja psychoaktywna- psylocybina): np. rosnąca w Polsce tyszcza lancetowata i muchomor czerwony
- Zioła: rosnące na łąkach (np. bieluń dziedzierzawa, pokrzyk wilcza jagoda), i niektóre z dostępnych w sklepach zielarskich
- Odurzająco działają także popularne przyprawy (np. gałka muskatołowa czy kardamon) i niektóre odmiany kaktusów(substancja psychoaktywna-meskalina)

DZIAŁANIE : krótkotrwałe uczucie szczęścia, wyostrenie zmysłów wzroku i słuchu

5) Płyn do higieny intymnej (TANTUM ROSA; substancja psychoaktywna: BENZYDAMINA)

Działanie : branie tego narkotyku może doprowadzić do całkowitego rozregulowania organizmu, w większych dawkach halucynacje, urojenia, suchość w ustach i drgawki, działanie utrzymuje się do 8 godzin, po czym osoba zażywająca staje się zmęczona i wyciszona, niemniej jednak zaśnięcie jest niemal niemożliwe.



ZAŁĄCZNIK NR 2. NA ILE CYFROWY JESTEŚ ?

1. Czy zaczynasz dzień od sprawdzenia portali społecznościowych?
2. Czy masz ponad 300 znajomych na swoim koncie społecznościowym?
3. Czy regularnie umieszczasz w internecie swoje zdjęcia lub nagrania – z wakacji, koncertów, imprezy?
4. Czy piszesz ponad 15 smsów dziennie bez wyraźnej potrzeby?
5. Czy grasz w gry sieciowe?
6. Czy zmieniasz telefon co najmniej raz do roku, bez wyraźnej potrzeby?
7. Czy utrzymujesz relacje z osobami znanymi tylko i wyłącznie z sieci?
8. Czy posiadasz więcej niż 10 aplikacji na swoim telefonie?
9. Czy twój telefon jest zintegrowany z pocztą elektroniczną, kalendarzem, dyskiem komputerowym itp.?
10. Czy na wakacjach sprawdzasz codziennie internet i pocztę elektroniczną?
11. Czy robisz zakupy w internecie częściej niż w sklepach (z wyjątkiem spożywczych)?
12. Czy spędzasz w sieci więcej niż 3 godziny dziennie (nie licząc czasu pracy)?