

# **Wczesna profilaktyka uzależnień w grupach dzieci i młodzieży – potrzeby społeczne i zadania pedagogów**

Wyższa Szkoła Pedagogiczna  
w Bydgoszczy

**Maria  
Deptuła**

Podjmując problem potrzeb społecznych w zakresie profilaktyki uzależnień wśród dzieci i młodzieży korzystam z wyników badań ogólnopolskich, które dostarczają informacji o sięganiu po substancje psychoaktywne przez dzieci i młodzież. Wynika z nich, że alkohol jest w tej grupie najbardziej popularną substancją zmieniającą świadomość. Z tego względu celem pierwszej części artykułu jest bliższa charakterystyka zjawiska używania alkoholu przez uczniów szkół podstawowych i średnich. Celem drugiej części jest rozważenie możliwości efektywnego wykonania przez pedagogów ustawowych zadań w zakresie wczesnej profilaktyki uzależnień.

## **Rozpowszechnienie zażywania substancji psychoaktywnych wśród dorastających w Polsce w latach dziewięćdziesiątych**

Dane na temat rozpowszechnienia picia alkoholu i zażywania narkotyków przez młodzież, które omawiam w tej części artykułu pochodzą z trzech badań wykonanych na próbach ogólnopolskich. Są to:

- badania przeprowadzone w 1995 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie we współpracy z Radą Europy pn. Europejski program badań ankietowych na temat używania alkoholu i narkotyków [Sierosławski, 1997],

- badania wykonane w 1995 roku przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w ramach Programu Monitorowania Problemów Alkoholowych w Polsce [Alkohol, 1997],
- badania zrealizowane w 1994 roku przez zespół B. Woynarowskiej [Kwiatkowska, i in., 1996].

Wyniki prezentujące odsetki badanych, którzy przynajmniej raz w życiu pili alkoholi i odsetki badanych, którzy choć raz w życiu używali innych niż alkohol i papierosy substancji psychoaktywnych wskazują na to, że tak jak w populacji dorosłych, napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną używaną przez młodzież. Do używania substancji psychoaktywnych przynajmniej raz w życiu przyznaje się 32,5% uczniów klas I szkół ponadpodstawowych i 38,5% uczniów klas III tych szkół. W tej grupie 18,5% pierwszoklasistów używało leków uspokajających i nasennych bez zalecenia lekarza, 10,4% używało substancji wziewnych a 11,1% badanych nielegalnych substancji psychoaktywnych. Wśród uczniów klas III odsetek używających leków uspokajających i nasennych jest nieco wyższy (20,8 %), wzrasta też odsetek badanych używających nielegalnych substancji psychoaktywnych (17,3 %), maleje natomiast grupa używających substancji wziewnych (7,9% badanych). Najbardziej popularne wśród młodzieży narkotyki to marihuana i haszysz [Sierosławski, 1997].

Tymczasem do picia napojów alkoholowych przynajmniej raz w życiu przyznaje się **ponad połowa jedenastoletków, około dwóch trzecich trzynastoletków oraz ponad 90% uczniów szkół średnich**. Wskaźnik informujący o spożywaniu alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie, odnotowany wśród uczniów klas III, zbliżony jest do analogicznego wskaźnika u ludzi dorosłych. (W badaniach prowadzonych w 1993 roku 88,8% dorosłych twierdziło, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy pili alkohol.) Wysokość wskaźnika informującego o spożywaniu alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni poprzedzających badanie świadczy o tym, że w szkołach średnich do grupy często konsumującej alkohol trzeba zaliczyć **połowę uczniów klas I oraz niemal 2/3 uczniów klas III** [Alkohol, 1997; Sierosławski, 1997]. Badania prowadzone były w maju, czerwcu i w październiku, a więc w okresie wolnym od wszelkich świąt, karnawału czy wakacji, które tradycyjnie stanowią szczególne okazje do picia. Nie stwierdzono znaczących różnic pomiędzy dziewczętami i chłopcami, jedynie w grupie pijących alkohol w ciągu ostatnich 30 dni odnotowano około 10% mniej dziewcząt niż chłopców. Więcej dziewcząt jest też abstynentami [Alkohol, 1997].

Różnice w rozpowszechnieniu spożywania alkoholu wśród uczniów różnych typów szkół średnich (zasadnicze zawodowe, technika i licea zawodowe, licea ogólnokształcące) są nieznaczne. Stwierdzono natomiast, że rozpowszechnienie picia alkoholu wyraźnie wiąże się z miejscem zamieszkania i miejscem nauki. Najwyższy wskaźnik pijącej młodzieży odnotowano w dużych aglomeracjach miejskich, najniższy na wsi. (Wśród mieszkających na wsi 24,9% badanych było abstynentami, w małym mieście (do 10 tys. mieszkańców) 18,7%, a w dużym mieście (powyżej 100 tys. mieszkańców) 11,9%. Przyпуска się, że jednym z powodów tego zjawiska może być bardziej konsekwentny – niż wśród mieszkańców dużych miast – stosunek dorosłych na wsi do normy zakazującej nieletnim spożywania alkoholu, a także rozwinięta na wielką skalę, choć całkowicie nielegalna, reklama napojów alkoholowych w dużych miastach, głównie piwa [Alkohol, 1997].

Rozpowszechnienie picia wśród młodzieży zróżnicowane jest też regionalnie. Najniższy wskaźnik odnotowano w regionach wschodnim (72,7%) i południowo-wschodnim (68,6%) a najwyższy w regionie południowo-zachodnim (84,3%) obejmującym województwa: katowickie, bielskie, opolskie i częstochowskie. W pozostałych regionach wskaźniki rozpowszechnienia picia alkoholu przez młodzież są podobne i zbliżone do średniego wskaźnika ogólnopolskiego uzyskanego w tych badaniach, który wynosi 79,8%. Szacuje się, że jedynie 20% badanych w wieku do 17 lat porzeka na jednorazowym doświadczeniu picia, a odsetek ten istotnie zmniejsza się wraz z wiekiem [Alkohol, 1997].

Największe ryzyko wypadku oraz potencjalna szansa stania się ofiarą lub sprawcą przestępstwa związane są z piciem alkoholu w ilościach przekraczających próg nietrzeźwości. Z badań prowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że znaczna część młodych ludzi w Polsce przekroczyła ten próg przynajmniej raz w życiu. Co najmniej raz upiło się ponad 20% trzynastolatków, prawie połowa piętnastolatków oraz 60% 17-latków. W grupie tej jest więcej chłopców niż dziewcząt [Alkohol, 1997].

W tych badaniach uzyskano również informacje dotyczące wieku inicjacji alkoholowej i intensywności picia. Pytano młodych ludzi o to, kiedy po raz pierwszy świadomie i intencjonalnie pili napoje alkoholowe. Co szósty ankietowany chłopiec (16,0% badanych) i co dwunasta dziewczynka (8,2%) swój

**pierwszy kontakt z alkoholem mieli w wieku 9 lub mniej lat.** Z badań prowadzonych pod kierunkiem B. Woynarowskiej wiadomo, że najbardziej popularnym alkoholem jest piwo i wino [Kwiatkowska i inni, 1996].

Wskaźnikiem **intensywności picia** jest częstotliwość spożywania alkoholu i ilość alkoholu wypijana zwykle za jednym razem. Uzyskane od badanych informacje prowadzą do wniosku, że już w **szkole podstawowej kilku uczniów na stu zazwyczaj pije alkohol raz w tygodniu, a kilkunastu uczniów pije co najmniej raz w miesiącu.** W szkole średniej systematyczne używanie alkoholu dotyczy już **co piątego badanego, a w niektórych środowiskach osiąga jeszcze większe rozmiary.** Szacuje się, że około **20%** uczniów można uznać za zagrożonych uzależnieniem od alkoholu, a przynajmniej za osoby o dość utrwalonym nawyku używania alkoholu. Od **20 do 30%** badanych pije na tyle intensywnie, że odczuwa nie tylko doraźne skutki nadużycia alkoholu, ale także popada w konflikty z otoczeniem [Stępień, 1995].

### **Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych**

Badania trendów w używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną prowadzi od 1984 roku w odstępach czteroletnich Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Obejmują one wszystkich uczniów klas I szkół ponadpodstawowych warszawskiej dzielnicy Mokotów. Ich wyniki wskazują na **istotny wzrost** od końca lat 80. do 1996 roku **odsetka uczniów, którzy używali substancji psychoaktywnych.** Największy wzrost odnotowano w przypadku kontaktów młodzieży z narkotykami, ale tendencja wzrostowa dotyczy również alkoholu, papierosów i leków uspokajających. W latach 1992-1996 istotnie wzrósł odsetek badanych, którzy codziennie palą papierosy lub przyjmują leki uspokajające i nasenne.

W pierwszej połowie lat 90. podobne trendy do zaobserwowanych na Mokotowie odnotowano w całym kraju, co pozwala przypuszczać, że wyniki świadczące o wzroście zainteresowania młodzieży substancjami psychoaktywnymi na Mokotowie stanowią odbicie ogólniejszych tendencji obserwowanych po 1989 w całym kraju, a zwłaszcza w środowiskach młodzieży z dużych miast [Ostaszewski, 1998a, 1998b; Okulicz-Kozaryn i Borucka, 1997].

Autorzy raportu zwracają uwagę, że alkohol i narkotyki stają się elementem młodzieżowego stylu życia wśród piętnastolatków z dużych miast, a w cieniu

nagłaśnianego problemu narkotyków niezauważone pozostaje znacznie częstsze sięganie po leki uspokajające i nasenne [Ibidem, patrz też: Sierosławski, 1997].

### **Przyczyny sięgania przez dzieci i młodzież po substancje psychoaktywne**

Związki między piciem alkoholu a używaniem narkotyków są tak wyraźne, że można mówić o jednym złożonym zjawisku określanym jako ogólna skłonność do używania substancji psychoaktywnych [Zucker, Boyd, Howard (red.), 1997]. W publikacjach dotyczących uwarunkowań picia alkoholu i zażywania narkotyków przez młodych ludzi często powtarza się pogląd, że powodów sięgania przez dzieci i młodzież po środki zmieniające świadomość jest wiele. Twierdzi się, że część przyczyn związana jest z psychologicznymi potrzebami okresu dojrzewania – potrzebą przeciwstawienia się rodzicom, ciekawością. Wśród przyczyn znaczącego wzrostu spożycia substancji psychoaktywnych przez młodzież w ostatnich latach wymienia się wzrost dostępności środków legalnych i nielegalnych, wpływ kultury masowej, reklamę papierosów i alkoholu oraz frustrację spowodowaną poczuciem zagrożenia i stresem związanym z pogorszeniem się warunków życia wielu rodzin, koniecznością przystosowania się wszystkich do nowych, zmieniających się warunków życia. Sytuację pogarsza osamotnienie dzieci i młodzieży w rodzinie i w szkole, powodowane brakiem zainteresowania ich problemami, nieumiejętnością niesienia pomocy przez rodziców i nauczycieli, odrzuceniem autorytetu dorosłych [Patrz m.in. Ostaszewski, 1998a; Wojcieszek, 1998]. Brakuje też bezpłatnych zajęć pozalekcyjnych, które pozwalałyby na rozwijanie zainteresowań i dostarczały wzorów zdrowego spędzania czasu wolnego. Do takiego rozumienia źródeł zagrożeń dostosowane są metody działania zalecane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w celu zmniejszenia ilości alkoholu spożywanego przez młodzież w latach dziewięćdziesiątych [Narodowy program, 1996; Alkohol, 1997].

Kiedy w poszukiwaniu źródeł zagrożeń skupimy uwagę nie tylko na zjawiskach kulturowych i społecznych lecz na indywidualnym rozwoju dzieci i młodzieży, który jest tymi zjawiskami w jakimś stopniu uwarunkowany, to docieramy do przyczyn sięgania po środki zmieniające świadomość związanych z zaburzeniami rozwoju inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznej, z niewła-

ściwą postawą wobec różnych trudnych zdarzeń życiowych [Goleman, 1997; Maruszewski i Ścigała, 1998; Gagnon, 1998; Seligman, 1997]. Przyczynom tym, moim zdaniem, nie poświęcano uwagi w badaniach nad uwarunkowaniami używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież w Polsce, chociaż część oddziaływań profilaktycznych opiera się właśnie na założeniu, że przyczyną sięgania po substancje zmieniające świadomość są zaburzenia rozwoju emocjonalnego, brak wiary w siebie, nieumiejętność nawiązywania kontaktu z innymi ludźmi, nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych [Kołodziejczyk i inni, 1997; Król-Fijewska, Fijewski P., 1992]. Na problemy emocjonalne młodych ludzi, jako przyczynę używania substancji psychoaktywnych zwraca też uwagę ks. dr M. Dziewiecki, pisząc o nieumiejętności poradzenia sobie z przeżywanymi bolesnymi stanami emocjonalnymi, których źródłem jest doświadczany przez nich kryzys życia [Dziewiecki, 1998].

Niestety nie znalazłam prac łączących oba stanowiska – wskazujących zarówno na przyczyny społeczno-kulturowe, jak i przyczyny związane z indywidualnym rozwojem. Nie ma odpowiedzi na pytanie: Co i jak zmieniło się w Polsce w warunkach rozwoju dzieci i młodzieży, że dla tak wielu z nich alkohol, papierosy, leki uspokajające i nasenne czy narkotyki okazują się być aż tak atrakcyjne?

Twierdzenie, że sięganie po alkohol przez dorastających jest przejawem charakterystycznego dla tego okresu rozwojowego sprzeciwu wobec dorosłych i konwencjonalnego społeczeństwa, które pewnych zachowań zakazuje tylko dzieciom i młodzieży nie ma, moim zdaniem, wystarczających podstaw. Wyniki badań informują, że 50% uczniów pije alkohol w czasie uroczystości rodzinnych, w obecności rodziców a 2/3 **inicjacji alkoholowych dokonuje się w rodzinie**. Fakt, że próba kupna alkoholu przez niepełnoletnich niezwykle rzadko (mniej niż w 20% przypadków) jest udaremniana przez dorosłych [Stępień, 1995] świadczy o tym, że zakaz spożywania alkoholu przez nieletnich ma wśród dorosłych bardzo małą liczbę faktycznych zwolenników. **Przeciwko czemu więc miałyby występować młodzież sięgając po alkohol skoro zakaz picia przez nieletnich praktycznie nie istnieje?**

Wyjaśnienia wymaga też twierdzenie, że przyczyną picia przez młodych ludzi są przemiany polityczne i gospodarcze w Polsce, które doprowadziły do pogorszenia warunków życiowych wielu rodzin. Z porównania danych z różnych krajów wynika, że wskaźnik rozpowszechnienia picia wśród dorastających w Polsce

jest niższy niż w Wielkiej Brytanii i Belgii, zbliżony do wskaźnika dla USA, wyższy od wskaźników w Niemczech, Francji i we Włoszech. Analizy trendów tego zjawiska informują o wyraźnej tendencji spadkowej rozpowszechnienia picia wśród młodych Niemców, Francuzów i Szwedów oraz o systematycznym wzroście w Polsce, Anglii, Holandii i Hiszpanii [Ibidem]. Bez odpowiedzi pozostaje pytanie czy coś łączy warunki życia dzieci i młodzieży w Polsce i tych krajach, w których alkohol jest równie popularny?

### **Zadania pedagogów w dziedzinie wczesnej profilaktyki uzależnień**

Zadania pedagogów w dziedzinie wczesnej profilaktyki uzależnień określa Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 znowelizowana 12 września 1996 (art. 5,6,7 i 23 punkt 2) oraz Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 1997-1999. W obu tych dokumentach zapisana jest konieczność zwiększania zasięgu i intensyfikacji działań profilaktycznych w szkołach i placówkach opiekuńczych oraz obejmowania nimi nie tylko dzieci i młodzieży, ale także ich rodziców. Obowiązkiem placówek podległych Ministrowi Edukacji jest też opracowywanie i wdrożenie procedury postępowania profilaktyczno-socjoterapeutycznego w stosunku do dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych, młodzieży nadużywającej alkoholu i przebywającej w internatach. Zaleca się też wprowadzenie do programów kształcenia dyplomowego i podyplomowego nauczycieli zajęć przygotowujących do podejmowania zadań z zakresu profilaktyki.

Efektywne działanie profilaktyczne w szkołach i placówkach opiekuńczych wymaga opracowywania procedur umożliwiających profesjonalną diagnozę zagrożeń rozwoju dzieci i młodzieży. Niezbędne jest gromadzenie wiedzy naukowej umożliwiającej projektowanie działań profilaktycznych adresowanych do różnych grup oraz ewaluację podejmowanych w praktyce działań.

Diagnozie rozmiaru i charakteru zagrożeń w starszych klasach szkoły podstawowej służyć może Skala Zaburzeń Socjalizacji opracowana przez S. Kowalika [Kowalik, 1996]. Skale opracowane przez B. Wolniewicz-Grzelak i J. Grzelaka [1996] pozwalają poznawać natężenie zjawiska picia alkoholu, zamiary w tym zakresie na najbliższy rok, samoocenę umiejętności odmawiania oraz ogólną postawę wobec alkoholu wśród uczniów począwszy od klasy IV. Propozycję

diagnozy zaburzeń w zachowaniu się dzieci w młodszym wieku szkolnym przedstawiła B. Czeredrecka [1994]. Rozpoznawaniu zagrożeń w tej grupie wiekowej służy także moja propozycja diagnozy rozwoju społecznego dzieci [Deptuła, 1996].

Koncepcję diagnozy rodzaju zaburzeń odnoszącą się do dzieci siedmioletnio-jedenastoletnich zaliczanych do grupy ryzyka opracował J. Strzemieczny [1988]. Tej grupy wiekowej dotyczy też koncepcja opracowana przez zespół pracujący pod kierunkiem M. Jon-Borys [1997]. Wskaźniki pozwalające przy pomocy obserwacji wyodrębnić dzieci w wieku przedszkolnym, których rozwój jest zagrożony z powodu wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym oraz kwestionariusze umożliwiające takie rozpoznanie w grupach uczniów dziewięcioletnich i starszych, znajdują się w pracy B. Robinson [1998].

Korzystanie z tych propozycji pozwala określić rozmiary i charakter zagrożeń w populacji i w grupach podwyższonego ryzyka przed podjęciem działań profilaktycznych i po ich zakończeniu. Większość z nich umożliwia też wyjaśnianie obserwowanych stanów rzeczy. Żadna z koncepcji nie umożliwia jednak postawienia pełnej diagnozy, która zdaniem S. Kawuli [1988] powinna obejmować **opis stanów rzeczy, ocenę, konkluzję oceniającą, wyjaśnienie analizowanych stanów rzeczy** (na które składa się według S. Ziemskiego [1973] diagnoza genetyczna, funkcjonalna, fazowa i prognostyczna), **postulowanie i przyjęcie hipotezy o charakterze sprawczym**, czyli opracowanie opartego na wiedzy naukowej projektu zmian.

Proponowane przez autorów procedury najczęściej nie dostarczają lub dostarczają zbyt mało informacji, by można formułować hipotezy o charakterze sprawczym, czyli racjonalnie projektować działania zapobiegające sięganiu po środki zmieniające świadomość przez dzieci i młodzież.

Wiedza o powodach rosnącej atrakcyjności alkoholu dla dzieci i młodzieży w Polsce jest rozproszona, fragmentaryczna i dyskusyjna.

Profilaktyka to podejmowanie działań, zanim pojawi się zaburzenie. Stąd w centrum uwagi badaczy na świecie znajduje się systematyczne poznawanie potencjalnych zwiastunów zaburzeń lub zdrowia, zwanych odpowiednio **czynnikami ryzyka** oraz **czynnikami chroniącymi**. **Czynnikami ryzyka** nazywa się te zmienne, które wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem nadużywania substancji psychoaktywnych. Pojęcie **czynników chroniących** odnosi się do warun-



ków zwiększających odporność człowieka na czynniki ryzyka i zaburzenia [Coie i in., 1996].

Większość programów profilaktycznych zalecanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych opiera się na kilku wybranych czynnikach ryzyka z listy przedstawionej przez zespół J.D. Hawkinsa. Lista ta obejmuje wybrane warunki rodzinne, wybrane cechy indywidualne, problemy emocjonalne, problemy interpersonalne, problemy szkolne, cechy środowiska lokalnego [Ibidem].

Wiadomo, że „każda indywidualna decyzja sięgnięcia po alkohol ma swój wymiar biologiczny, jednostkowy, rodzinny, związany z grupą rówieśniczą oraz społeczno-kulturowy” [Zucker, Boyd, Howard (red.), 1997]. Ryzyko wczesnego i intensywnego picia nie jest równomiernie rozłożone w populacji i dla opracowania efektywnej strategii prewencji konieczne jest lepsze rozumienie jego etiologii. Brakuje syntez wiedzy zgromadzonej przez reprezentantów różnych dyscyplin naukowych, w ramach których prowadzi się badania nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi. Niezrozumiałe są interakcje między różnymi czynnikami.

Ten stan rzeczy skłonił specjalistów w Stanach Zjednoczonych do rozpoczęcia prac nad integracją wyników badań uzyskanych w takich dziedzinach jak biologia, genetyka, psychologia i socjologia. Efektem pracy kilku interdyscyplinarnych zespołów jest opracowanie monografii prezentującej stan wiedzy i hipotezy dotyczące powiązań między różnymi czynnikami ryzyka.

Przykładowo, jedna ze ścieżek indywidualnych prowadzących do ryzyka nadużywania alkoholu w okresie dojrzewania przebiega od upośledzenia zdolności poznawczych, poprzez problemy w nauce i obniżoną zdolność do radzenia sobie z trudnościami aż do odrzucenia przez rówieśników w klasie szkolnej i powiązania z grupami, w których normą jest używanie substancji psychoaktywnych. Takie rozpoznanie czynników ryzyka umożliwia opracowanie adekwatnej strategii profilaktycznej. Jej celem może być poprawienie wyników w nauce, zdobycie akceptacji społecznej w klasie szkolnej lub rozwijanie umiejętności radzenia sobie z trudnościami [Ibidem]. Można też lepszą opieką otoczyć dzieci z upośledzeniem procesów uwagi i uczenia się w pierwszym roku nauki, by nie dopuścić do niepowodzeń szkolnych.

Inna ścieżka ryzyka nadużywania alkoholu ukazuje wpływy rodziny. Błędy rodziców: brak czułości, i (lub) nadmierny krytycyzm i wrogość, niedostateczna

lub niekonsekwentna dyscyplina i nadzór, ogólny brak zaangażowania prowadzą do rozwoju agresywnych i antyspołecznych zachowań u dzieci. Ujawniają się one w wieku przedszkolnym nieposłuszeństwem, odmową podporządkowania, prowadzą do odrzucenia przez rówieśników już w przedszkolu i w pierwszych latach uczęszczania do szkoły, słabych postępów w nauce aż w końcu „znajdują wyraz w aktach przestępczych, nadużywaniu alkoholu i narkotyków i szukaniu towarzystwa osób z podobnymi problemami” [Ibidem]. Świadomość tych warunkowań pozwala, moim zdaniem, objąć profilaktycznymi oddziaływaniami dzieci przejawiające agresywne i antyspołeczne zachowania w okresie przedszkolnym oraz ich rodziców. Można w tym celu wykorzystać program rozwijania umiejętności wychowawczych rodziców opracowany przez C. Sutton [1992]. Inne działania należy podjąć wobec dzieci odrzucanych przez rówieśników w pierwszych latach uczęszczania do szkoły. Można korzystać z procedury terapeutycznej dla dzieci agresywnych opracowanej przez J. Grochulską [1992] lub programu „Spójrz inaczej” [Kołodziejczyk i in., 1997], który jest propozycją wspomagania rozwoju emocjonalnego i rozwijania kompetencji społecznej wszystkich dzieci w klasie szkolnej.

Zakłada się, że w rozwoju dziecka i funkcjonowaniu rodziny występują trzy okresy szczególnej podatności na oddziaływanie. Są to 2-3 rok życia, gdy dziecko uczy się samoregulacji behawioralnej i emocjonalnej, pierwsze lata szkolne, kiedy dziecko rozwija relacje z otoczeniem i uczy się pracy w systemie szkolnym oraz wejście w okres dojrzewania, kiedy staje się bardziej samodzielne i niezależne, narażone jest na większe niż dotąd stresy i naciski rówieśników znajdując się jednocześnie w okresie burzliwych przemian fizycznych [Zucker, Boyd, Howard (red.), 1997]. W każdym z tych okresów inna jest rola poszczególnych czynników ryzyka i czynników chroniących. Jej precyzyjne określenie wymaga jednak dalszych badań.

Efektywne działanie pedagogów w dziedzinie profilaktyki wymaga większego niż dotąd teoretycznego zaangażowania przedstawicieli nauk pedagogicznych. Konieczne jest opracowywanie procedur pozwalających praktykom na stawianie pełnej diagnozy przyczyn zaburzeń rozwoju i poznawanie czynników chroniących, procedur skupiających ich uwagę na tych zmiennych, które poddają się interwencji pedagogicznej. Niezbędne jest dokonywanie analizy i syntezy wiedzy o wzajemnych powiązaniach czynników ryzyka i ich roli w różnych okresach rozwojowych, wiedzy gromadzonej w ramach różnych dyscyplin naukowych

w Polsce i na świecie. Konieczne jest upowszechnianie tej wiedzy wśród pedagogów, by ich działania w praktyce miały naukowe podstawy. Od kilku lat w różnych miejscach w Polsce podejmowane są działania profilaktyczne według autorskich projektów. Niestety większość z nich nie doczekała się naukowego opisu i analizy. Podejmowanie badań ewaluacyjnych lub badań *typu action research* w tym obszarze mogłoby wzbogacić zarówno teorię, jak i praktykę pedagogiczną.

## Bibliografia

- Alkohol i życie codzienne. Młodzież w Polsce i alkohol*, 1997, Biuletyn Informacyjny Nr 30, lipiec, PARPA, Warszawa
- Coie J.D., Watt N.F., West S.G., Hawkins J.D., Asarnow J.R., Markman H.J., Ramey S.L., Shure M.B., Long B., 1996, *Profilaktyka: teoria i badania. Ramy teoretyczne i wybrane wytyczne narodowego programu badawczego*, „Nowiny Psychologiczne”, 2.
- Czeredrecka B., 1994, *Analiza pedagogiczna zaburzeń w zachowaniu dzieci w młodszym wieku szkolnym*, WSP, Rzeszów
- Deptuła M., 1996, *Koncepcja diagnozy rozwoju społecznego dzieci w klasach I-IV*, Wyd. Uczelniane WSP, Bydgoszcz
- Dziewiecki M., ks. dr, 1998, *Młodzież wobec alkoholu*, „Remedium”, 6.
- Gagnon C., 1988, *Compétence sociale et difficultés d'adaptation aux pairs*, w: *Relation entre enfants. Recherches et interventions éducatives*, C. Gagnon, P. Durning, R.E. Tremblay (red), édition Fleurus, Paris
- Goleman D., 1997, *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina of Poznań
- Grochulska J., 1992, *Wspomaganie rozwoju społecznego dziecka*, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław – Warszawa – Kraków
- Kawula S., 1980, *Istota i zakres diagnostyki pedagogicznej środowiska*, w: *Diagnozowanie potrzeb opiekuńczo-wychowawczych i kulturalnych środowiska*, Kawula S., Dąbrowski Z., Gałaś M. (red.), UMK, Toruń
- Kołodziejczyk A., Czemieszewska E., Kołodziejczyk T., 1997, *Spójrz inaczej. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas 1-3, 4-6, 7-8 szkół podstawowych*, ATE s.c., Skarżysko-Kamienna

- Kowalik S., 1996, *Wstępna wersja Skali Zaburzeń Procesu Socjalizacji*, w: *Zaburzenia procesu socjalizacji dzieci i młodzieży województwa poznańskiego. Elementy diagnozy i terapii*, S. Kowalik (red.), WOM, Poznań
- Król-Fijewska M., Fijewski P., 1992, *Nasze spotkania. Przewodnik do realizacji zajęć psychologicznych*, IPZiT, PTP, Warszawa
- Kwiatkowska J., Woynarowska B., Oblacińska A., Burzyńska I., 1996, *Niektóre uwarunkowania spożywania alkoholu przez uczniów w wieku 11, 13, 15 lat w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania”, 4
- Maruszewski T., Ścigała E., 1998, *Emocje – Aleksytymia – Poznanie*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – Program Działań Administracji Rządowej na lata 1997-1999*, 1996, PARPA, Warszawa
- Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., 1997, *Zmiany w picciu alkoholu przez młodzież, badania mokotowskie: 1984-1988-1992-1996*, „Alkoholizm i Narkomania”, 2.
- Ostaszewski K., 1998a, *Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, 1
- Ostaszewski K., 1998b, *Zmiany w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie*, „Alkoholizm i Narkomania”, 1,
- Pomoc dzieciom zagrożonym patologią środowiska rodzinnego i lokalnego*, 1997, John-Borys M. (red.), UŚ, Katowice
- Powstawanie problemów alkoholowych. Biologiczne, psychospołeczne i socjologiczne czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu*, 1997, Zucker R., Boyd G., Howard J. (red.), PARPA, Warszawa
- Robinson B.E., 1998, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa
- Seligman M.E.P., 1997, *Optymistyczne dziecko*, Media Rodzina of Poznań
- Sierosławski J., 1997, *Używanie narkotyków przez młodzież szkolną*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, 1
- Stępień E., 1995, *Alkohol a polska młodzież. Raport 1994*, „Alkohol a zdrowie”, 11, PARPA, Warszawa
- Strzemieczny J., 1988, *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*, MEN Warszawa

- Sutton C., 1992, *Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci*, Fundacja „Synapsis”, Warszawa
- Wojcieszek K., 1998, „*I ujrzałem bestię...*”, „Remedium”, 9
- Wolniewicz-Grzelak B., Grzelak J., 1996, *Skale do badań skuteczności edukacyjnych alkoholowych programów profilaktycznych*, „Alkoholizm i Narkomania”, 3
- Ziemski S., 1973, *Problemy dobrej diagnozy*, PWN, Warszawa

## **THE EARLY PREVENTION OF ADDICTIONS AMONG GROUPS OF CHILDREN AND TEENAGERS – SOCIAL NEEDS AND PEDAGOGICAL TASKS**

The results of researches on alcohol and drugs abuse by school students carried out in Poland show the social needs for early prevention. The data indicate that the usage of psychoactive substances, especially alcohol, has become an element of young people's lifestyle and alcoholic initiation takes place very early. There is also a significant number of target students who used tranquillizers without doctor's prescription.

The researches on trends of using psychoactive substances conducted from late 80's to 1996 show an essential growth of the percentage of students who used substances, which influenced their consciousness. I cannot find in the scientific literature any convincing explanation of how and what changed in children and the young's living conditions in the 90's that made the psychoactive substances so attractive for them.

According to the law introduced in 1982 and corrected in 1996 more and more teachers and educators are getting involved in early prevention addressed both to the whole population of children and the youth and to the groups of higher risk.

The effective action of the educators requires now greater involvement of the representatives of pedagogical studies. The practitioners are now provided with procedures that allow them to identify the size and the character of threats relevant to the students' alcohol abuse, a professional diagnosis of the socialization process disorders and the threats of children and the youth development. However those procedures do not allow giving a full diagnosis that is essential in

pedagogical practice. The full diagnosis is composed not only of the description of the phenomenon, its evaluation and explanation but also of a rational project of activities focused on preventing young people from using psychoactive substances. To be sure that what they do is scientifically valid practitioners need to have an access to the knowledge of the risk and protective factors and their relationships at various development stages. Such a knowledge is owned by different scientific disciplines both in Poland and in the world. A good example of it is the work of R. Zucker, G. Boyd and J. Howard. There we can find some statements and hypotheses that let us understand better the individual risk paths of reaching for psychoactive substances by children and the youth.

It is also vital to conduct evaluation and 'action' researches to describe and analyse in a scientific way preventive actions taken up by the practitioners. Such researches would enrich both the theory and the pedagogical practice.