

# Katarzyna Wasilewska-Ostrowska

---

## Profilaktyka uzależnień w ujęciu terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach

---

Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.  
Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 5, 107-122

---

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

**KATARZYNA WASILEWSKA-OSTROWSKA**  
**Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy**

## **Profilaktyka uzależnień w ujęciu terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach**

### **Prevention of addiction in terms of therapy, focusing on solutions**

**Key words:** addiction, prevention of addictions, Focused on Therapy Solutions, youth

**Summary:** Addiction is a problem that affects more people. Not without significance, therefore, are preventive measures in this regard. In psychology, a lot of different trends suggests a way to prevent this problem. An interesting example is the Solutions Focused Therapy, which only a few years is placed in Poland. It assumes the importance of proper communication, coping with emotions, acquiring social skills, exploring their strengths, goals and life plans, and constructing a solid value system.

#### **Istota uzależnienia**

Uzależnienie to silna potrzeba zażywania jakiejś substancji lub wykonywania pewnej czynności (Kupisiewicz, Kupisiewicz, 2009), jest to sytuacja osoby, która jest zależna od kogoś lub czegoś (Sillamy, 1995). Ustawa o Przeciwdziałaniu Narkomanii podaje następującą definicję: „uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych – zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem” (Art. 4 pkt. 24 Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii z dn. 29.07.2005 r. – Dz.U. Nr 179, poz. 1485).

Można wyróżnić uzależnienie fizyczne, rozumiane jako konieczność przyjmowania używki, bez której człowiek źle się czuje, doświadcza bólu, ma problemy ze snem, wymioty, biegunkę, wysoką temperaturę. Osoba taka zrobi wszystko, by dostać środek psychoaktywny. Tak bardzo go potrzebuje jak jedzenia czy picia.

Człowiek przyjmuje narkotyk coraz częściej i we większych ilościach i z czasem nie wyobraża sobie życia bez tej używki.

Ponadto, można mówić o uzależnieniu psychicznym, czyli uporczywych, nawracających myślach o środku odurzającym. Człowiek nie jest w stanie skoncentrować się na niczym innym, szczęście osiąga dopiero wówczas, gdy przyjmie dany środek. Robi to po to, by zlikwidować napięcie, nieprzyjemne emocje, lęk, obawy.

Kolejnym jest uzależnienie społeczne, traktowane jako zależność od grupy społecznej. Przejawia się ono w silnym przywiązaniu do innych ludzi. Człowiek koncentruje się wokół grupy, z którą spędza czas, rezygnuje z własnych zainteresowań, pasji na rzecz grupy. Robi to, co inni, nie mając własnego zdania i celu w życiu.

Uzależnienia mają pewne cechy wspólne: pojawiają się zmiany nastrojów, objawy odstawienia, nawroty, konflikty z otoczeniem i samym sobą. Używka i dążenie do jej uzyskania stają się najważniejsze w życiu, występuje tolerancja (Pospiszyl, 2008).

Dziś uzależnienie to zjawisko złożone: „z jednej strony uzależnienie opisywane jest i traktowane w kategoriach choroby przewlekłej, z drugiej – duże znaczenie w procesie zdrowienia przydaje się odpowiednio ukierunkowanej aktywności i odpowiedzialności samej osoby uzależnionej” (Szczepkowski, 2007, s. 42).

Niebezpieczeństwem jest fakt, że coraz więcej osób sięga po środki psychoaktywne w coraz młodszym wieku, pojawia się coraz więcej nowych używek, a ludzie eksperymentują z więcej niż jedną używką. W Polsce jest obecnie 5-6 milionów osób uzależnionych od nikotyny, 1 milion od alkoholu i kilkadziesiąt tysięcy od narkotyków (Szczepkowski, 2007).

Skutkami uzależnień są problemy ze zdrowiem fizycznym (uszkodzenia narządów wewnętrznych, np. wątroby, nerek, mózgu, infekcje wirusowe i bakteryjne, przedawkowania, zatrucia kończące się nieraz śmiercią), problemy ze zdrowiem psychicznym (zaburzenia: nerwice, lęki, psychozy), problemy w życiu rodzinnym (utrata więzi rodzinnych, brak zaufania, izolacja), problemy w życiu zawodowym lub szkolnym (nie wypełnianie swych zadań, brak zainteresowania pracą), problemy z normami i zasadami moralnymi-obniżenie zdolności do rozpoznawania rzeczy właściwych i niewłaściwych, co może prowadzić do wielu zagrożeń jednostki i otoczenia (por. Ostaszewski, 2003; Pospiszyl, 2008).

Jedną z konsekwencji używania są zgony z powodu przedawkowania. Tabela poniżej wskazuje na liczbę osób, które zmarły z tej przyczyny. W wielu krajach wyraźnie da się zauważyć tendencję wzrostową (Austria, Belgia, Czechy, Dania, Finlandia, Irlandia, Norwegia, Polska, Szwecja, Wielka Brytania). Najgorzej sytuacja wygląda w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Włoszech, Dani, Czechach, Grecji, Hiszpanii.

Według tych badań w Polsce w 1990 roku zmarło z przedawkowania 155 osób, pięć lat później już o 20 osób więcej, a w 2000 roku aż 310.

**Tabela 1. Liczba zgonów po przedawkowaniu w Europie (Number of acute drug-related deaths recorded in EU Member States – 25 members and candidates – according to national definitions-Part (i) Total drug-related deaths, 1985 to 2004, <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/elements/drdrtab03a-en.html> (20.03.2011)**

Państwo	Rok				
	1985	1990	1995	2000	2004
Austria	-	43	170	139	185
Belgia	-	50	132	-	-
Bułgaria	-	24	19	41	26
Czechy	-	-	-	145	241
Dania	150	115	274	247	275
Grecja	10	66	176	304	240
Hiszpania	140	444	373	254	-
Holandia	57	73	70	131	127
Finlandia	-	41	51	134	135
Francja	172	350	465	119	69
Irlandia	20	7	36	113	-
Litwa	-	-	9	45	38
Luksemburg	1	11	22	26	13
Łotwa	-	-	-	42	14
Malta	-	-	1	6	6
Niemcy	324	1491	1565	2030	1385
Norwegia	45	70	153	360	-
Polska	-	155	175	310	-
Portugalia	-	82	198	318	156
Słowenia	-	1	7	21	40
Szwecja	-	62	70	191	-
Węgry	-	-	-	38	34
Wielka Brytania	2260	2356	3035	3517	-
Włochy	242	1161	1195	1016	441

Według Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w latach 1998-2005 liczba osób, które zmarły z powodu przedawkowania zmieniała się. Najwięcej osób, poniosło taką śmierć w latach 2002 i 2000. Liczba ta mieści się w granicach 145-324 na rok. W 1988 roku było takich osób 145, 10 lat później 235, a w 2005 roku – 290. Widać zatem, że liczba ta stale wrasta.

**Tabela 2. Zgony z powodu przedawkowania środków psychoaktywnych według danych GUS**

L.p.	Liczba zgonów	Rok
1.	145	1988
2.	181	1989
3.	155	1990
4.	213	1991
5.	199	1992
6.	211	1993
7.	185	1994
8.	175	1995
9.	179	1996
10.	153	1997
11.	235	1998
12.	292	1999
13.	310	2000
14.	294	2001
15.	324	2002
16.	277	2003
17.	231	2004
18.	290	2005

Istnieje wiele koncepcji uzależnienia. W ujęciu biologicznym podkreśla się znaczenie nietypowej przemiany biochemicznej w organizmie pod wpływem używki, podwyższonym stężeniu dopaminy i serotoniny, co powoduje, że dany środek jest „pożądany” przez organizm człowieka. Istotne są też różnice w aktywności bioelektrycznej mózgu u ludzi podatnych na uzależnienie oraz przekazywanie uzależnienia genetycznie lub poprzez zaburzenie genetyczne (por. Pospiszył, 2008; Jędrzejko, Neroj, Wojcieszek, Kowalewska, 2009).

W koncepcji psychologicznej traktuje się uzależnienie jako wynik zaburzeń osobowości, choroby psychicznej, jako charakterystyczną cechę danego typu osobowości, jako przejaw zachowań autodestruktywnych i jako formę ucieczki od problemów dnia codziennego, redukcji napięcia (Pospiszył, 2008). Dużą rolę może tu odegrać brak umiejętności emocjonalnych, radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania i wyrażania uczuć, asertywności.

W podejściu społeczno-kulturowym o uzależnieniu decyduje dostępność używek, ich niska cena, wzory używania, bieda, bezrobocie, bezdomność i inne patologie społeczne, akceptacja używania niektórych środków, np. piwa, wódki, wina, a także traktowanie środków psychoaktywnych jako metody radzenia

sobie w trudnych sytuacjach (Pospiszyl, 2008). Nie bez znaczenia jest zapewne środowisko rodzinne, niewłaściwe postawy rodzicielskie, brak więzi między jej członkami, konflikty, awantury, czy używanie środków odurzających przez najbliższych.

Rejniak (2002) dzieli źródła sięgania po środki psychoaktywne przez młodzież na: ucieczkowe (ucieczka od trudności rodzinnych, ucieczka od pustki, nudy, samotności i lęku), konformizmu (wpływ reklamy, grupy rówieśniczej), egzystencjonalne (brak sensu, celu w życiu, pustka wewnętrzna), poszukiwawcze (ciekawość, chęć przeżycia czegoś nowego), hedonistyczne (celem w życiu staje się przyjemność), snobistyczne (chęć bycia dorosłym, podniesienie swej samooceny, poczucia własnej wartości).

W 2008 roku, na prośbę Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, CBOS przeprowadził badanie na temat używania przez młodzież środków uzależniających. Wyniki pokazują, iż uczniowie eksperymentują z wieloma środkami odurzającymi. Najwięcej, bo aż 30,5% sięga po marihuanę i haszysz oraz po leki-21,8%. Niebezpieczne jest to, iż substancje te często łączą z alkoholem (29,5% respondentów). W ciągu ostatniego roku najczęściej młodzież sięgała po marihuanę i haszysz (16,4%), po leki nasenne i uspokajające (11,2%) oraz po alkohol połączony z marihuaną i tabletkami (17,2%). Niepokojące jest to, iż w ostatnim miesiącu duża liczba badanych uczniów przyznała się do korzystania z narkotyków. Wśród nich wymieniali marihuanę, haszysz (7,3%), alkohol wraz z marihuaną (4,9%), leki (4,7%). Wnioskować można zatem, że po narkotyki sięga coraz więcej młodych osób, co stanowi o poważnym problemie społecznym.

**Tabela 3. Używanie przez młodzież środków psychoaktywnych (CBOS)**

Substancje psychoaktywne	Używanie środków psychoaktywnych		
	Kiedykolwiek w życiu	W ciągu ostatnich 12 miesięcy	W ciągu ostatnich 30 dni
Marihuana, haszysz	30,5%	16,4%	7,3%
Leki nasenne, uspokajające	21,8%	11,2%	4,7%
Alkohol razem z marihuaną	17,3%	10,1%	4,9%
Alkohol razem z tabletkami	12,2%	7,1%	3,1%
Amfetamina	9,0%	3,7%	1,1%
Ecstasy	5,5%	3,0%	1,1%
Poppersy	4,8%	2,4%	0,8%
Grzyby halucynogenne	3,6%	2,0%	1,1%

cd. Tabela 3.

Substancje psychoaktywne	Używanie środków psychoaktywnych		
	Kiedykolwiek w życiu	W ciągu ostatnich 12 miesięcy	W ciągu ostatnich 30 dni
Dopalacze	3,5%	2,6%	1,5%
Sterydy anaboliczne	3,4%	1,9%	0,7%
Leki przeciwkaszlowe	3,2%	1,9%	0,9%
Substancje chemiczne (np. klej, Aerozol)	2,9%	1,0%	0,6%
LSD i inne halucynogeny	2,3%	1,3%	0,5%
Kokaina	2,2%	1,1%	0,6%
Szałwia wieszczą	2,1%	1,1%	0,6%

1 kwietnia 2011 roku Sejm wprowadził kilka zmian do Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii z 29 lipca 2005 roku. Najważniejsze zapisy dotyczą zwiększenia kary dla osób, które wprowadzają do obrotu znaczne ilości środków psychoaktywnych lub w tym uczestniczą, z maksymalnie 10 do 12 lat (Art. 56 pkt. 3 Ustawy z dnia 1.04.2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw). Ponadto, surowiej będą karane osoby, które posiadają znaczne ilości narkotyków-z 8 do 10 lat (Art. 63, pkt. 2 wyżej wymienionej Ustawy).

Zmieniona Ustawa wprowadza też zapis, iż prokurator może odstąpić od wymierzenia kary wobec osób, które zostaną zatrzymane za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków, jeżeli służą one tylko do ich celów: „Art. 62a. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości”.

Poza tym osoba używająca lub uzależniona może teraz poddać się leczeniu, rehabilitacji lub dodatkowo (czego wcześniej nie było) może wziąć udział w programie edukacyjno-profilaktycznym. Zakłady opieki zdrowotnej będą miały obowiązek informować Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii na temat swoich pacjentów. Jednostki administracji rządowej, Żandarmeria Wojskowa i Służby celne będą mogły posiadać substancje psychoaktywne w związku z koniecznością określenia, czy mają do czynienia z przestępstwem. Ustawa reguluje też zasady otrzymania certyfikatu terapeuty uzależnień i instruktora terapii uzależnień.

## Profilaktyka uzależnień w ujęciu wybranych teorii psychologicznych

Profilaktyka obejmuje działania zmierzające do zwiększenia szans i zasobów sprzyjających zdrowemu stylowi życia oraz dotyczy tych działań, które zmniejszają koszty związane z konsekwencjami uzależnienia (Cierpiałkowska, 2001).

W profilaktyce występują pewne strategie postępowania. Są nimi: edukacja dotycząca skutków używania, fizycznych, społecznych, emocjonalnych, rozpoznawanie, diagnozowanie i wczesna identyfikacja problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych, podejmowanie interwencji po stwierdzeniu używania środków odurzających, leczenie uzależnienia, zapobieganie zagrożeniom uzależnienia poprzez działania wzmacniające i rozwijające zasoby tkwiące w jednostce, a także podejmowanie działań na szczeblu polityki (Cierpiałkowska, 2001).

Można też mówić o pewnych modelach działań profilaktycznych:

- ❑ model oświaty zdrowotnej – to dostarczenie informacji o używkach i konsekwencji używania,
- ❑ model edukacji humanistycznej – właściwy rozwój osobowości następuje poprzez kształtowanie odpowiednich umiejętności: radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania i wyrażania emocji, umiejętności komunikacyjnych, poczucia własnej wartości,
- ❑ model edukacji społecznej zakłada, że środowisko ma na nas znaczący wpływ, ważna jest zatem pomoc w określeniu swojego miejsca w grupie, roli społecznej odmawiania, podejmowania decyzji, radzenia sobie z presją grupy,
- ❑ model edukacji w zakresie umiejętności życiowych – to uczenie sposobów zaspokajania potrzeb i radzenia sobie z trudnościami,
- ❑ model alternatywnych form-to pomoc w znalezieniu racjonalnych sposobów spędzania czasu wolnego, w wydobyciu zainteresowań, pasji,
- ❑ model promocji zdrowia – idea zdrowia fizycznego, społecznego, emocjonalnego, duchowego, zdrowego stylu życia, to zdrowe odżywianie, sport, edukacja biologiczna, ekologiczna, obywatelska (Cierpiałkowska, 2001).

Według Stokera (za: Cierpiałkowska, 2001) mamy następujące modele profilaktyczne: straszenie, wartości i uczucia (podkreślanie istotnych emocji i wartości), alternatywy i wybory (różne formy spędzania czasu wolnego), sztuka odmowy (umiejętność asertywności), angażowanie środowiska (pobudzanie do działania grup lokalnych), model systemowy (relacje między różnymi elementami środowiska).

W profilaktyce dostrzec także można cztery kierunki działań profilaktycznych: kierunek prawniczy (dokumenty prawne ograniczające sięganie po środki psychoaktywne i ich realizacja), polityka rządowa i społeczna (zmiana postaw i przekonań na temat używania, zmiana w regulacjach dotyczących sprzedaży



używek, ich cen i dostępności), wczesna diagnoza i terapia (wczesna interwencja wobec osób eksperymentujących z używkami), upowszechnianie wiedzy na temat uzależnienia (Chlebio-Abed, 2000).

Teorie psychologiczne podsuwają wiele propozycji działań profilaktycznych. Psychoanaliza to metoda leczenia polegająca na ujawnianiu obecnych przenieśń wobec ludzi i otoczenia oraz terapeuty, uświadamianie sobie istnienia nieświadomych idei i emocji, zmniejszanie oporów, podejmowanie działań poprzez interpretację, klaryfikację i konfrontację. Choroby zgodnie z tą koncepcją pojawiają się przez regresję wytworzoną przez neutralną postawę terapeuty (Sokolik, 1994). Czynniki leczącymi w tej psychoterapii są: likwidowanie mechanizmów obronnych, dbanie o wytworzenie związku emocjonalnego pacjenta z terapeutą, identyfikacja pacjenta z terapeutą (lub inkorporacji, introjeksi) (Sokolik, 1994). Techniki stosowane w psychoanalizie to swobodne skojarzenia, analiza snów, klaryfikacje, konfrontacje, analiza i interpretacja oporu, przepracowywanie (Czabała, 2008).

Profilaktyka w tym ujęciu polega na:

- uczeniu nowych sposobów zachowania się,
- uczeniu odkrywania emocji i ich przeżywania,
- uczeniu wyładowywanie wszelkich uczuć,
- odkreślaniu roli samodzielności, autonomii i niezależności.

Teoria behawioryzmu interesuje się zachowaniem pacjenta w kategorii: bodziec-reakcja, które to jest wynikiem uczenia się, stanu motywacji, różnic indywidualnych. Terapia składa się z czterech faz: diagnostycznej, wzbudzania motywacji do zmiany, stosowania danej procedury terapeutycznej, utrzymywania zmian (Jakubowska, 1994). Najczęściej stosowane są techniki ekspozycyjne, awersyjnego przewarunkowywania, modelowania, asertywności, restrukturalizowania poznawczego, ukierunkowania na uczenie się umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, uczenia się rozwiązywania problemów, trening relaksacyjny, desensytyzacja (Czabała, 2008).

Profilaktyka w tej teorii zakłada uczenie radzenia sobie ze stresem, nabycie umiejętności rozwiązywania konfliktów, uczenie komunikacji, rozpoznawania problemów i umiejętności ich nazywania oraz rozwiązywania.

Koncepcja poznawcza podkreśla znaczenie procesów poznawczych. I tak w terapii racjonalno-emotywniej Ellisa człowiek chory przejawia zachowania autodestrukcyjne, charakteryzujące się zaburzeniami w patogenicznych poglądach: lepiej unikać trudności niż się z nimi zmierzyć, szczęście zależy od czynników zewnętrznych, osiąga się je poprzez bierność i oczekiwanie na nie, jednostka zawsze potrzebuje kogoś na kim będzie polegać (zamiast na sobie), od wszystkich powinniśmy oczekiwać szacunku (zamiast dbać o szacunek do samego siebie), niepowodzenie traktowane jest jako najwyższa życiowa porażka. Ludzie, którzy niegodnie i źle się zachowują powinni być ukarani, gdyż trzeba być doskonałym

w każdym aspekcie życia, przeszłość decyduje o terażniejszości. Jednostka nie potrafi z założenia kontrolować swoich uczuć (Czabała, 2008). Technikami terapeutycznymi są tu przepisywanie objawu, motywowanie do działań ograniczonych, przyjmowanie perspektywy pacjenta (Czabała, 2008).

W terapii poznawczej Becka zaburzenia psychiczne wynikają ze zniekształceń poznawczych:

- ❑ wnioskowanie nieoparte dowodami,
- ❑ wnioskowane na podstawie pojedynczych zdarzeń,
- ❑ formułowanie zasad na podstawie pojedynczych wydarzeń,
- ❑ poczucie sprawczości w wydarzeniach bez uzasadnienia,
- ❑ percepcja zdarzeń albo jako sukcesu albo porażki,
- ❑ wyolbrzymianie, pomniejszanie znaczenia zdarzeń (Czabała, 2008).

Profilaktyka zgodnie z teorią poznawczą to przede wszystkim uczenie dbania o własne dobro, adaptacji społecznej, niezależności, tolerancji, akceptacji niepewności, elastyczności i racjonalności myślenia, zaangażowania, odpowiedzialności za własne działania (Czabała, 2008).

W podejściu humanistyczno-egzystencjalnym zaburzenie traktowane jest jako efekt deficytu rozwoju osobowości wskutek niezaspokojonych ważnych potrzeb emocjonalnych. Duże znaczenie odgrywa autonomia klienta, partnerskie relacje między klientem a terapeutą, samodecydowanie o problemie. W terapii ważne jest rozumienie innych ludzi oraz siebie, poznanie własnego sposobu życia, poszukiwanie sensu życia. Stosowane techniki terapeutyczne to pokazywanie emocji przeżywanych przez klienta, skupianie się na niektórych doświadczeniach klienta, wyrażanie emocji przez terapeutę, autentyczny związek z terapeutą (Czabała, 2008).

Celem profilaktyki w ujęciu humanistyczno-egzystencjalnym jest uczenie samodzielności, bliskości, otwartości, empatii, dążenie do samorozwoju, rozpoznawania i wyrażania emocji.

Psychoterapia skoncentrowana na kliencie Rogersa zakłada, że człowiek jest zdolny do samoaktualizacji, co jest warunkiem homeostazy psychicznej. Terapia polega na łączeniu „ja” z doświadczeniem. Terapeuta koncentruje się na terażniejszości, ważna jest atmosfera zaufania, akceptacji klienta.

Profilaktyka w tym ujęciu dąży do rozwoju psychicznego człowieka, kształtowania pozytywnego obrazu samego siebie, uczenia komunikacji z innymi, rozpoznawania i wyrażania uczuć.

Psychoterapia Gestalt doszukuje się źródeł zaburzeń w zatrzymaniu rozwoju osobowości. Człowiek podejmuje zachowania zgodne z oczekiwaniami społecznymi, nie zaś z własnymi potrzebami. Celem terapii jest dotarcie do prawdziwego „ja” jednostki.

Profilaktyka zgodnie z tą teorią podkreśla znaczenie samoświadomości rozumienia siebie, swych uczuć, zachowania, poznania potencjału tkwiącego

w człowieku, wzmocnienia potrzeb, celów życiowych, uczenia komunikacji z innymi, akceptacji samego siebie, odpowiedzialności za własny rozwój psychiczny.

W koncepcji podejścia systemowego zachowanie człowieka zależy od relacji z innymi ludźmi, z jakimi się kontaktuje, jednostka działa na innych i inne osoby wpływają na jednostkę. Celem terapii jest tu nie zmiana człowieka, ale systemu, w jakim funkcjonuje. Stosowane są następujące techniki: przeformułowywanie, odtwarzanie sposobów komunikacji, analiza genogramów, psychoedukacja, określanie granic.

Profilaktyka zakłada uczenie komunikacji społecznej, radzenia sobie z problemami, dbanie o granice.

W terapii Eriksona nie trzeba znać źródeł problemów jednostki, by jej pomóc, gdyż ludzie mają możliwość samodzielnego uporania się z trudnością. Rolą terapeuty jest wzmocnić klienta, dawać mu informacje o jego mocnych stronach, skupiać się na przyszłości, nie zaś na przeszłości. To klient określa cel terapii. Ważne jest to, co realne, a nie potencjalne (idealne), to pacjent jest całkowicie odpowiedzialny za proces terapii. Każde zachowanie zarówno pozytywne, jak i negatywne ma u źródeł dobre intencje.

Profilaktyka uwzględnia wydobywanie zasobów z człowieka, pokazuje znaczenie myślenia o przyszłości, poznania siebie, swych mocnych stron, nauczenie umiejętności społecznych, emocjonalnych, radzenia sobie z problemami i zaspokajanie potrzeb oraz uczenie odpowiedzialności i budowanie poczucia własnej wartości, a także podnoszenie samooceny.

Są też inne teorie psychologiczne, przydatne w profilaktyce uzależnień. Przykładem jest teoria Społecznego Uczenia się Bandury, w której to uzależnienie traktuje się jako rezultat obserwacji innych osób i ich naśladowania. Wynika z niej, iż należy pokazywać młodym ludziom zachowania aprobowane społecznie, rozmawiać o nich i wzmocniać pozytywnie. Konsekwencje trzeba wyciągać wówczas, gdy dziecko łamie ustalone zasady i normy (za: Okulicz-Kozaryn, 2003).

Teoria Poprawy Reputacji Caroll podkreśla, że naturalnym jest, iż młodzież chce zaistnieć w grupie, chce pokazać swoją odrębność i wzmocnić poczucie własnej wartości. Każdy jednak wymyśla własny sposób, jak to uczynić, jedni robią to metodami akceptowanymi, pozytywnymi, inni wybierają środki psychoaktywne. Zaleceniem dla profilaktyki staje się ukazywanie racjonalnych sposobów wypełniania czasu wolnego, a zarazem podkreślanie swego znaczenia w grupie i podnoszenie samooceny. Wychowawcy powinni uczyć młodzież, jak te zamierzenia osiągać bez używek (za: Okulicz-Kozaryn, 2003).

W teorii Faz vel substancji „torujących drogę” Kandela tkwi założenie, iż dzieci i młodzież wybierają środki psychoaktywne fazami – od najsłabszych do najsilniejszych. Według licznych badań jeśli człowiek wybiera używkę, to najpierw mniej uzależniającą, a potem przechodzi do tych powodujących szybsze uza-

leżnienie. Ważne jest zatem, by profilaktykę rozpoczynać jak najszybciej, zanim jeszcze dzieci w ogóle rozpoczną eksperymenty z substancjami odurzającymi (za: Okulicz-Kozaryn, 2003).

## **Profilaktyka w ujęciu terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach**

W Polsce Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach jest wprowadzana od lat dziewięćdziesiątych. Główną jej filozofią stanowią trzy zasady: jeśli coś się nie zepsuło-nie naprawiaj tego, jeśli coś działa-rób tego więcej, jeśli coś nie działa, nie rób tego więcej-rób coś innego (Szczepkowski, 2007, 2010).

Główne założenia Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach to:

- ❑ nie ma pacjentów, są tylko klienci,
- ❑ każdy klient jest inny i potrzebuje czegoś innego,
- ❑ nie ma gotowych „recept” na każdego klienta,
- ❑ nie ma łatwych rozwiązań, które pasowałyby do każdego uzależnionego,
- ❑ opór przeszkadza w pracy z klientem, jeśli klient nie chce współpracować z terapeutą to ten ostatni powinien zrobić coś innego,
- ❑ zmiana i współpraca jest potrzebna i nieuchronna, współpraca jest konieczna – bez niej nie ma terapii, zmiana jest nieuchronna-klient się zmienia, jego sytuacja się zmienia-terapeuta musi być gotowy na zmianę klienta,
- ❑ gdy skupiamy się na problemie to wywołujemy negatywne emocje, gdy na rozwiązaniu to motywujemy klienta, pokazujemy mu szansę na wyjście z tej sytuacji,
- ❑ na określonej sytuacji można zawsze spojrzeć na wiele sposobów i znaleźć wiele rozwiązań, im więcej rozwiązań tym większa szansa, że znajdziemy w końcu coś co będzie dla nas odpowiednie,
- ❑ potrzebna jest tylko mała zmiana,
- ❑ klienci posiadają zasoby i siłę, by dokonać w życiu zmiany, rolę terapeuty jest je wydobyć i pokazać klientowi,
- ❑ nie trzeba znać szczegółów problemu, by móc go rozwiązać,
- ❑ lepiej koncentrować się na przyszłości niż przeszłości,
- ❑ klienci są „ekspertami” w swoim problemie, to oni określają cele terapii, klient zna rozwiązanie i sam ustala cele,
- ❑ żaden problem nie trwa wiecznie, wszystko się zmienia (Szczepkowski, 2007).

Terapia ta określa zasady pracy z klientem. Po pierwsze, nie koncentrujemy się na problemie, ale na celach, jakie klient chce osiągnąć. Trzeba zbadać, jakich zmian w swoim życiu oczekuje klient, co chce, aby się zmieniło, jakie ma oczekiwania wobec siebie i osoby pomagającej, ponadto musi sobie odpowiedzieć na pytanie, jakie zmiany i przeobrażenia muszą nastąpić w jego życiu i w nim

samym, by te cele zrealizować. Po drugie, musi nastąpić ustalenie celów klienta, nie zaś terapeuty, czy kogoś z otoczenia klienta. Cele muszą być ustalone tak, by były realne do spełnienia, ułożone w sposób pozytywny, mające coś nowego rozpocząć, a nie z czymś się zmagać z przeszłości, dotyczące zachowania, nie cech charakteru czy osobowości, takie, które można zaobserwować, małe, lecz jednocześnie wymagające zaangażowania i ciężkiej pracy klienta. Muszą być także określone terminy, w których można sprawdzić, jak ten cel będzie realizowany. Po trzecie, konieczne jest wyobrażenie, ustalenie przez klienta jak będzie wyglądało jego życie, gdy cele zostaną zrealizowane, co będzie klient robił, jak ta zmiana będzie wpływać na zachowanie innych osób w jego otoczeniu. Ważne są jednak szczegóły, drobne rzeczy. Potrzebne jest także ukazanie wyjątków, czyli sprawdzenie, czy w życiu klienta były już takie momenty, gdy radził sobie z problemem, jak problemu nie było (np. przez jakiś czas nie brał narkotyków)-trzeba wraz z klientem sprawdzić, co takiego robił klient, że tego problemu nie było (że powstrzymywał się od używki), jakie cechy musi mieć w sobie, które pozwoliły mu uporać się z trudnością, jak się wtedy zachowywał, czym zajmował, co robiły inne osoby. Należy określić, co z tego, co pomogło klientowi poradzić sobie chwilowo z problemem jest już teraz, a co jeszcze zostało do pracy. Ważna jest pomoc w znalezieniu mocnych stron klienta, zasobów, których szuka się w rodzinie klienta, jego wartościach, wiedzy, umiejętnościach, działaniach. W pracy metodą TSR wykorzystuje się techniki: pytania o cud, pytania o radzenie sobie, pytania o wyjątki, informacje zwrotne i komplementy (Szczepkowski, 2007).

Terapeuta musi też wykazać się wieloma umiejętnościami, między innymi: postawą „nic nie wiem”, używaniem języka klienta, słuchaniem ze zrozumieniem, poczuciem humoru, przyznaniem się do porażki terapeuty, dzieleniem się swym doświadczeniem z klientem, postrzeganiem klienta jako eksperta, dopytywaniem o szczegóły, powtarzaniem istotnych słów klienta, stosowaniem pytań otwartych i relacyjnych, parafrazy, stosowaniem ciszy w czasie rozmowy, komplementowaniem, pokazywaniem różnych stron tej samej sytuacji, angażowaniem ważnych osób, diagnozowaniem potrzeb i zasobów, tworzeniem obrazu planowanej przyszłości, poszukiwaniem wyjątków, empatii, przyjmowania perspektywy klienta, patrzenie na świat oczami klienta, okazywaniem zainteresowania rozmową (Szczepkowski, 2007).

W pracy z klientem występują zgodnie z tą teorią pewne etapy. W pierwszej fazie należy stworzyć odpowiednie warunki spotkania (poznanie się, zadbanie o atmosferę), w kolejnym trzeba określić cel klienta, dokonać wizualizacji (jak będzie wyglądał świat, gdy cel zostanie osiągnięty), sprawdzić, czy już kiedyś zdarzały się sytuacje w życiu klienta, gdy problemu nie było (jak wtedy funkcjonował, co się z nim działo). W późniejszym czasie istnieje konieczność zaplanowania działań, jak ten cel osiągnąć oraz pomóc klientowi w osiągnięciu przez niego celu i obserwowanie zmian (Szczepkowski, 2007).

Profilaktyka według Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach to, przede wszystkim, wzmacnianie poczucia własnej wartości, nabywanie umiejętności dokonywania wyborów, słuchania innych, poznania swych mocnych i słabych stron, planów, celów, uczenie współpracy z innymi, empatii, radzenia sobie ze złymi myślami, akceptacji siebie i innych, komunikacji z innymi.

Dla profilaktyka w ujęciu TSR ważne jest nabywanie wiedzy o rozwoju dzieci i młodzieży, uczenie wychowanków umiejętności budowania zaufania, radzenia sobie z emocjami, wprowadzania norm i zasad społecznych.

Dużą rolę odgrywa nauczenie się konstruktywnego działania, optymizmu, który oznacza oczekiwanie na pozytywne rozwiązanie trudności, stały system wartości, poczucie kontroli, poczucie tożsamości, zaangażowanie w działalność prospołeczną, zaspokajanie potrzeby więzi z przyjaciółmi, akceptacji trudności (Konieczna, 2010).

Korzystając z koncepcji Hansena można podkreślić istnienie pewnych strategii przydatnych w profilaktyce zgodnie z Terapią Skoncentrowaną na Rozwiązaniach. Pierwszą z nich są przekonania normatywne, czyli uczenie, że normą jest „nie sięganie po środki psychoaktywne” (nieprawdą jest, że wszyscy to robią i że jest to przez wszystkich akceptowane). Kolejną strategią są osobiste postanowienia, czyli zachęcanie do podejmowania ważnych zadań, które wcześniej są przemyślane przez jednostkę. Dalej jest strategia kształtowania systemu wartości, a zatem budowanie własnego „szkieletu” moralnego, zasad etycznych, które będą wytyczać drogę postępowania. Strategia informowania o realnych konsekwencjach zakłada, że każdy musi poznać i zrozumieć, jakie skutki może nieść jego postępowanie. W strategii uczenia konstruktywnego odmawiania kładzie się nacisk na umiejętność asertywności, która ma znaczenie w radzeniu sobie z presją grupy. Strategia wyznaczania celów polega na określeniu, co jest najważniejsze w życiu, (gdy wiem, co chcę w życiu osiągnąć, to wiem do czego dążyć, myślę przyszłościowo, a nie żyję dniem dzisiejszym). Strategia „alternatywne sposoby życia” zakłada wyeliminowanie z życia nudy, która jest przyczynkiem do wielu niewłaściwych zachowań. Strategia podejmowania decyzji-to uczenie dokonywania samodzielnych, racjonalnych i odpowiedzialnych wyborów. Są jeszcze: strategię uczenia radzenia sobie ze stresem, podnoszenia poczucia własnej wartości, nabywania umiejętności społecznych oraz dostępności pomagania, czyli uzyskiwania informacji o osobach i instytucjach udzielających wsparcia i pomocy (Hansen, za: Agresja i przemoc, 2005).

Można tu wyróżnić trzy nurty działań profilaktycznych: edukacyjno-informacyjny (dla wszystkich), korekcyjny (dla grup powyższego ryzyka, zagrożonych uzależnieniem), terapeutyczny i resocjalizacyjny (dla osób z grup najwyższego ryzyka, które mają już problem z uzależnieniem) (Gaś, 1993).

Zgodnie z profilaktyką według Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach istotne jest wzmacnianie czynników chroniących i niwelowanie czynników ryzyka. Do tych pierwszych zaliczyć można silną więź emocjonalną z rodzi-

cam, zainteresowania, szacunek do prawa, norm i wartości, przynależność do pozytywnej grupy. Do drugiej zaś niską samoocenę, niskie poczucie własnej wartości, niedojrzałość emocjonalną i społeczną, niską kontrolę wewnętrzną, brak pasji, niewłaściwą więź z rodzicami, zaburzoną strukturę rodziny, wysoki poziom lęku (Agresja i przemoc w szkolnych działaniach profilaktycznych, 2005).

W tej profilaktyce ważne jest niwelowanie postawy „mi to się nie może zdarzyć”, weryfikowanie innych mitów na temat uzależnień, uczenie radzenia sobie z emocjami, pomoc w zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych i społecznych w sposób aproblemowy, rozwój umiejętności społecznych oraz podejmowanie szybkiej interwencji w sytuacji wykazywania aspołecznych zachowań przez jednostkę (za: Chlebio-Abed, 2000).

Profilaktyka w ujęciu TSR kładzie nacisk na kształtowanie umiejętności komunikacyjnych. Duże znaczenie ma tu aktywne słuchanie, z wykorzystaniem parafrazy, precyzowania (stosowania dodatkowych pytań, by otrzymać jak najwięcej informacji), udzielanie informacji zwrotnej, która powinna być natychmiastowa, szczerza i wspierająca. Istotne jest też słuchanie otwarte (przyjmowanie wszystkich słów, bez wcześniejszego nastawienia do rozmówcy), świadome słuchanie (zwracanie uwagi na spójność wypowiedzi), słuchanie empatyczne (próba zrozumienia perspektywy rozmówcy, spojrzenia na świat oczami klienta). W trakcie rozmowy należy posługiwać się komunikatami typu „ja”, mówić do osoby, a nie o osobie, starać się zrozumieć to, co chce przekazać rozmówca, jego uczucia, opinie, potrzeby i cele (McKay, Davis, Fanning, 2007).

Najczęstsze problemy w komunikacji, jakie mogą się pojawić w relacji profilaktyk-klient to polaryzacja (gdzie otaczającą rzeczywistość postrzegamy w barwach białoczarnej, wszystko jest albo dobre albo złe, właściwe albo niewłaściwe), etykietowanie (nadawanie człowiekowi stygmatu), pewność siebie (profilaktyk wie wszystko najlepiej), statyczna ocena (założenie, że świat jest niezmienny, wszystko jest stałe, zmiana jest niemożliwa), klasyfikowanie (grupowanie osób lub wydarzeń, traktowanie wszystkich tak samo, nie branie pod uwagę indywidualności człowieka), mieszanie faktów i wniosków (Głodowski, 1994).

Inne bariery utrudniające komunikację to przerywanie, poprawianie, porównywanie, domyślanie się, przygotowywanie gotowych odpowiedzi, słuchanie wybiórcze, ocenianie, dopowiadanie, utożsamianie się (informacje od rozmówcy porównuje się z ważnymi doświadczeniami i wiedzą), „myślę sobie” (prowadzenie w czasie rozmowy z klientem wewnętrznego monologu), „odpowiem Ci zaraz” (układanie natychmiastowej odpowiedzi na to, co właśnie wypowiedział klient), ignorowanie przekazów, wartościowanie (ocena komunikatu i rozmówcy), udzielanie gotowych porad, rutyna, sprzeciwianie się wypowiedzi, przekonywanie do swoich argumentów (postawa „wiem swoje”), zmiana tematu podczas rozmowy, zjednywanie (zgadzam się ze wszystkim, co mówi rozmówca) (por. McKay, Davis, Fanning, 2007; Łęcki, Szóstak, 1999).

Poza tym w profilaktyce TRS rolę odgrywa kształtowanie celu życia, wzmacnianie poczucia własnej wartości oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem. Przy tym ostatnim należy podjąć działania proaktywnej oceny sytuacji stresowej (nauczenia się przewidywania i unikania trudności, uczenie radzenia sobie z nimi), proaktywnego wyobrażenia (próbę przewidywania możliwych kłopotów i sposobów zaradczych, antycypacji stresu), proaktywnego zarządzania zasobami (uświadomienie sobie istnienia wsparcia od innych i sposobów ich wykorzystania we własnym życiu), proaktywnej kontroli emocji (nauczenia się dystansu do sytuacji problemowych, oddzielenia się od trudności), proaktywnego celowego działania (zapobieganie problemom już istniejącym, walka z kłopotami) (za: Łosiak, 2009).

Podsumowując, można dostrzec, iż wiele koncepcji profilaktyki według różnych teorii psychologicznych ma wiele wspólnych cech. Podkreśla się w nich znaczenie kształcenia umiejętności społecznych, emocjonalnych, radzenia sobie ze stresem, wzmacnianie poczucia własnej wartości, samodyscypliny, rozpoznawania i wyrażania uczuć, asertywności. Ważny jest element właściwej komunikacji opartej na szacunku i empatii. Młody człowiek musi się nauczyć wybierać pozytywne style życia, zaspokajając własne potrzeby w sposób akceptowany społecznie, brać odpowiedzialność za swoje zachowanie. W profilaktyce zgodnie z Terapią Skoncentrowaną na Rozwiązaniach istotne jest odkrywanie mocnych stron oraz szukanie celu w życiu i pomysłu na przyszłość. Najważniejsze jest jednak wsparcie ze strony otoczenia. Młody człowiek, który wchodzi w dorosłe życie musi otrzymać pomoc, zwłaszcza ze strony osób dorosłych. Dzieci i młodzież nie mogą pozostać ze wszystkim samemu. „Mądry” profilaktyk może być zatem „drogowskazem” dla młodych i wskazywać im, jak mają radzić sobie w trudnych momentach, rozpoznawać zagrożenia i podejmować szybkie interwencje. Najważniejsza jest jednak sama postawa profilaktyka, który powinien być przykładem, jak żyć i te umiejętności wykorzystywać na co dzień, w praktyce.

## Literatura cytowana

- *Agresja i przemoc w szkolnych działaniach profilaktycznych. Poradnik metodyczny dla nauczycieli* (2005). Warszawa: MENiS.
- Chlebio-Abed, D. (2000). *Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Cierpiałkowska, L. (2001). *Alkoholizm: przyczyny, leczenie, profilaktyka*. Poznań: UAM.
- Czabała, J. C. (2008). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Gaś, Z. B. (1993). *Profilaktyka uzależnień*. Warszawa: WSiP.
- Gaś, Z. B. (1994). *Uzależnienia. Skuteczność programów profilaktycznych*. Warszawa: WSiP.



- Głodowski, W. (1994). *Komunikowanie interpersonalne*. Warszawa: MON.
- Jakubowska, U. (1994). Podejście behawioralno-poznawcze. W: L. Grzesiuk (red.) *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 32-49). Warszawa: PWN.
- Jędrzejko, M., Neroj, A., Wojcieszek, K. A., Kowalewska, A. (2009). Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych. W: M. Jędrzejko (red.) *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych* (s. 77-155). Pułtusk-Warszawa: ASPRA-JR.
- Konieczna, E. J. (2010). *Poczucie sensu życia osób niepełnosprawnych*. Kraków: Impuls.
- Kulisiewicz, Cz., Kulisiewicz, M. (2009). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN.
- Łęcki, K., Szóstak, A. (1999). *Komunikacja interpersonalna w pracy socjalnej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Łosiak, W. (2009). *Stres i emocje w naszym życiu*. Warszawa: WAiP.
- McKay, M., Davis, M., Fanning, P. (2007). *Sztuka skutecznego porozumiewania się. Praca, rodzina, zabawa*. Gdańsk: GWP.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2003). Teorie psychologiczne w praktyce profilaktycznej. *Remedium*, 12, 36-37.
- Ostaszewski, K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pospiszyl, I. (2008). *Patologie społeczne*. Warszawa: PWN.
- Rejniak, R. (2002). Problematyka uzależnień a nowoczesna psychoprofilaktyka. *Problemy Narkomanii*, 3, 38-40.
- Sillamy, N. (1995). *Słownik psychologii*. Katowice: Książnica.
- Sokolik, Z. (1994). Psychoanaliza (ortodoksyjna i teorie relacji z obiektem). W: L. Grzesiuk (red.) *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy* (s. 19-30). Warszawa: PWN.
- Szczepkowski, J. (2007). *Terapia młodzieży z problemem narkotykowym. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*. Toruń: Akapit.
- Szczepkowski, J. (2010). *Praca socjalna – podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*. Toruń: Akapit.
- Szymańska, J. (2002). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: CMPPP.
- Ustawa o Przeciwdziałaniu Narkomanii z dn. 29.07.2005 r. (Dz.U. Nr 179, poz. 1485, z późn.zm.).
- Wegscheider-Cruse, S. (2002). *Poczucie własnej wartości. Jak pokochać siebie*. Gdańsk: GWP.
- Wons, A. (2006). Stres i radzenie sobie ze stresem. W: A. Trzcieniecka-Green (red.) *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych* (s. 359-405). Kraków: Universitas.