

Środki psychoaktywne

Scenariusz zajęć dla klas szkolnych – część II

Program: Bezpieczna szkoła. Społeczność szkolna przeciw przemocy i wykluczeniu.

Cele:

1. dostarczenie wiedzy na temat specyfiki okresu dojrzewania (nowe potrzeby, sposoby przeżywania i radzenia sobie z zadaniami rozwojowymi charakterystycznymi dla tego etapu życia)
2. odkrycie zależności między trudnościami przeżywanymi w okresie dojrzewania, stanowiącymi podłoże ryzyka wejścia w uzależnienie, a doświadczeniami socjalizacyjnymi i sposobami zaspokajania potrzeb emocjonalnych
3. przekazanie wiedzy na temat funkcjonalności używek – roli, jaką mogą pełnić w radzeniu sobie z problemami
4. odkrycie stereotypów w myśleniu na temat używek, przekształcenie przekonań normatywnych dotyczących używek
5. zainspirowanie uczestników do refleksji nad własnym funkcjonowaniem i podjęcia działań zwiększających efektywność radzenia sobie z zadaniami rozwojowymi
6. dostarczenie umiejętności radzenia sobie z presją rówieśniczą wywieraną w kierunku brania środków psychoaktywnych
7. skoncentrowanie uczestników na potrzebie udzielania pomocy rówieśniczej w sytuacjach przyjmowania środków psychoaktywnych

Czas trwania:

2 godziny

Metody:

- * praca w grupach
- * burza mózgów
- * dyskusja
- * elementy wykładu
- * wypełnianie kwestionariuszy

Pomoce:

- * kartki papieru
- * długopisy
- * duże arkusze papieru
- * markery
- * Zeszyt ucznia

Podstawowe założenia

Pierwsze założenie: uczestnicy tego programu wielokrotnie brali udział w lekcjach dotyczących uzależnień i w związku z tym ich nastawienie do zajęć na ten temat jest negatywne. Potraktują nasz warsztat jako kolejną próbę dydaktycznego i fasadowego przekonania ich do unikania używek jako wysoce szkodliwych, niemoralnych, itd., itp.

Drugie założenie: zajęcia, w których uczestnicy programu brali udział, polegały na pokazywaniu negatywnych konsekwencji używek: zdrowotnych, psychicznych, społecznych i demonstracji objawów towarzyszących długotrwałemu korzystaniu z używki, mającej na celu eskalowanie w odbiorcach lęku, z nadzieją zniechęcenia młodych ludzi do kontaktów z używką.

Trzecie założenie: młodzi ludzie generalnie wiedzą, że używki są groźne i mogą prowadzić do uzależnienia. Jednak – pomimo posiadania tej wiedzy – młodzież na ogół nie korzysta z niej, zwłaszcza iż rzadko łączy ryzyko wejścia w uzależnienie ze swoją osobą i sytuacją, w jakiej się znajduje.

Czwarte założenie: młodzi ludzie nie mają wiedzy na temat specyfiki zależności między właściwościami jednostki i sytuacji, w jakiej przebywa, a ryzykiem wejścia w uzależnienie (czyli tego, kiedy i dla kogo używka jest ryzykowna). W związku z tym nie są w stanie adekwatnie ocenić własnego ryzyka wejścia w uzależnienie, a tym samym podjąć kroków, aby się przed nim skutecznie uchronić.

Proponowany warsztat z jednej strony pokazuje mechanizm wchodzenia w uzależnienie, z drugiej wyposaża w wiedzę, nastawienia i umiejętności zmniejszające ryzyko wejścia w uzależnienie.

Cele zajęć będą realizowane głównie poprzez dyskusję z uczestnikami, koncentrującą się wokół stawianych przez prowadzącego kluczowych pytań. Dyskusja umożliwi ujawnienie wiedzy i postaw uczestników oraz wspólną weryfikację możliwych odpowiedzi.

Krok I

Wstęp

- ✓ poinformowanie, że to 2 lekcje zajęć mających na celu zwiększenie umiejętności uczniów konstruktywnego radzenia sobie ze środkami psychoaktywnymi,
- ✓ informacja, że materiałem pracy będą wypowiedzi i emocje uczniów, odwołanie się do osobistego doświadczenia,
- ✓ deklaracja, że to, co będzie się działo na zajęciach nie zostanie przez prowadzącego wyniesione na zewnątrz.

Krok II

Burza mózgów na temat szkód i korzyści z picia alkoholu przez młodych ludzi.

Jakie są korzyści i straty korzystania z używek (alkoholu i narkotyków)

Zapisać na tablicy w dwóch kolumnach - szkody i korzyści.

Skomentować szczegółowo każdą z propozycji, wykorzystując tę okazję do przekazu rozmaitych konsekwencji picia i brania narkotyków przez młodych, ujawniając – jeśli się pojawią - stereotypy i mity dotyczące używek.

Krok III

Mity na temat alkoholu

☛ Rozdać uczestnikom **Zeszyt ucznia – część 2**, wskazać zadanie 1 (Z1) - kwestionariusz na temat picia¹.

Które z poniższych zdań jest prawdziwe (P), a które fałszywe (F)?.

Przy każdym punkcie napisz **P** lub **F**.



Twierdzenie	Odpowiedź
1. Ci, którzy mają mocną głowę mogą pić spokojnie.	
2. Piwo i wino to nie jest prawdziwy alkohol.	
3. Kierowca może się trochę napić.	
4. Problemy alkoholowe dotyczą marginesu społecznego.	
5. Alkohol może być dobrym lekarstwem na dolegliwości.	
6. Alkohol rozgrzewa.	
7. Alkoholicy piją codziennie.	
8. Alkoholicy upijają się za każdym razem, kiedy piją.	
9. Kobiety nie zostają alkoholiczkami.	
10. Słabe alkohole tj. piwo czy wino nie uzależniają.	
11. Alkoholikom brak silnej woli by mogli przestać pić.	
12. Aby przestać pić wystarczy chcieć.	

¹ symbol „☛” wskazuje, że dany materiał znajduje się w *Zeszycie ucznia*.

13. Alkoholicy to tylko ludzie dorośli.	
14. Nie ma zabawy bez alkoholu.	
15. Młodzież gardzi abstynentami.	
16. Jeśli chcę być podziwiany wśród rówieśników, muszę pić alkohol.	
17. Wszyscy piją lub chcieliby pić.	
18. Alkohol powoduje pewne straty, ale korzyści są ważniejsze.	
19. Jeśli zdarza się, że piję alkohol, szkody alkoholowe mogą trafić się dopiero w przyszłości.	

Odpowiedzi.

- Ci, którzy mają mocną głowę mogą pić spokojnie.

FAŁSZ. Mogą wypić więcej i z większymi szkodami zdrowia i psychiki, zwiększa to ryzyko uzależnienia.
- Piwo i wino to nie jest prawdziwy alkohol.

FAŁSZ. W USA ok. 50% uzależnionych to piwosze.
- Kierowca może się trochę napić.

FAŁSZ. Zwolnienie reakcji, upośledzenie kontroli jazdy, brawura.
- Problemy alkoholowe dotyczą marginesu społecznego.

FAŁSZ. Zaledwie 3-5% uzależnionych to tzw. margines, reszta dotyczy wszystkich warstw, grup zawodowych itp.
- Alkohol może być dobrym lekarstwem na dolegliwości.

FAŁSZ. Stosowany w chorobie wiecowej nie rozszerza naczyń krwionośnych, natomiast subiektywna poprawa jest wynikiem znieczulającego i uspokajającego działania alkoholu. Większe dawki powodują zwężenie naczyń krwionośnych i niedotlenienie mięśnia sercowego. Alkohol nie usuwa przyczyn złego samopoczucia, daje złudzenie poprawy.
- Alkohol rozgrzewa.

FAŁSZ. Alkohol powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, zatem przyspiesza utratę ciepła.
- Alkoholicy piją codziennie.

FAŁSZ. Tylko niektórzy; częściej picie przerywane jest okresami wymuszonej abstynencji.

8. Alkoholicy upijają się za każdym razem, kiedy piją.
FAŁSZ. Upośledzona zdolność kontroli picia, możliwe próby kontroli picia przez krótki okres czasu.
 9. Kobiety nie zostają alkoholiczkami.
FAŁSZ. 40% członków AA (Anonimowych Alkoholików) w USA to kobiety.
 10. Słabe alkohole tj. piwo czy wino nie uzależniają.
FAŁSZ. W USA ok. 50% w AA to piwosze.
 11. Alkoholikom brak silnej woli by mogli przestać pić.
FAŁSZ. Alkoholizm nie jest sprawą woli, ale bio-psycho-społeczną chorobą, posiadającą określone objawy i mechanizmy.
 12. Aby przestać pić wystarczy chcieć.
FAŁSZ. Niewielu alkoholików potrafi pomóc sobie samemu, muszą przejść terapię.
 13. Alkoholicy to tylko ludzie dorośli.
FAŁSZ. Znane są przypadki uzależnionych kilkulatków.
 14. Nie ma zabawy bez alkoholu
FAŁSZ. Zabawa bez alkoholu może być nawet lepsza niż z alkoholem.
 15. Młodzież gardzi abstynentami
FAŁSZ. Stosunek młodzieży do osób niepijących jest zróżnicowany, duża jej część darzy abstynentów szacunkiem.
 16. Jeśli chcę być podziwiany wśród rówieśników, muszę pić alkohol.
FAŁSZ. Nawet, jeśli dla niektórych powodem podziwu jest picie alkoholu, to są też tacy, dla których liczy się coś innego niż picie alkoholu.
 17. Wszyscy piją lub chcieliby pić
FAŁSZ. Pijący stanowią mniejszość.
 18. Alkohol powoduje pewne straty, ale korzyści są ważniejsze.
FAŁSZ. Korzyści z picia tak naprawdę są stratami.
 19. Jeśli zdarza się, że piję alkohol, szkody alkoholowe mogą trafić się dopiero w przyszłości
FAŁSZ. Jeśli zdarza się, że piję alkohol, szkody alkoholowe dosięgają mnie tu i teraz.
- Omówienie kwestionariusza poprzez przedstawienie prawdziwych odpowiedzi. Dyskusja na temat zgodności-rozbieżności opinii, komentarze klasy.

Krok IV

Mini wykład.

**Wybór spośród następujących tematów umieszczonych w załączniku –
Materiały dla prowadzącego**

Mity i fakty o alkoholu

Co to jest alkohol?

Motywy picia alkoholu

Działanie alkoholu na organizm ludzki

Objawy ostrzegawcze

Czy można pić bezpiecznie?

Problemy związane z alkoholem

Leczenie zespołu uzależnienia od alkoholu

Element mini wykładu

W jakiej ilości różnych napojów alkoholowych zawarte jest 10g etanolu?

☛ plansza w Zeszycie ucznia

Z2. Plansza

Równoważniki jednego drinka = 10g etanolu



Jeden drink



200 ml piwa 5%



100 ml wina 10%



25 ml wódki 40%

☛ tabela w Zeszycie ucznia

Z3. Zawartość alkoholu we krwi w zależności od wypitej ilości

Stężenie alkoholu osiąga swój szczyt w ciągu 30-45 minut po wypiciu. Po upływie ok. 1,5 godziny od spożycia, poziom alkoholu we krwi mężczyzny o wadze ok. 70 kg przedstawia się następująco:

piwo 6-procentowe: 300 ml - 0,3 promila, 900 ml - 0,7 promila,
1500 ml - 1,32 promila;

wino 12-procentowe: 200 ml - 0,4 promila, 600 ml - 1,2 promila

wódka 40-procentowa: 100 ml - 0,5 promila, 250 ml - 1,4 promila.

Krok V

Narkotyki – mity

- ☛ Prowadzący wskazuje uczestnikom kwestionariusz na temat narkotyków (zadanie 4 – Z4):

Które z poniższych zdań jest prawdziwe (P), a które fałszywe (F)?

Przy każdym punkcie napisz **F** lub **P**.



<i>Twierdzenie</i>	<i>Odpowiedź</i>
1. Jednorazowe zażycie narkotyku nie jest groźne.	
2. Uzależniają się tylko słabi ludzie.	
3. Marihuana to niegroźne „zióło”.	
4. Narkoman to zaniedbany, wyniszczony „ćpun” zażywający narkotyki dożylnie.	
5. Uzależniony musi brać narkotyki codziennie.	
6. Zażywanie narkotyków syntetycznych nie wiąże się z żadnym ryzykiem.	
7. Wystarczy tylko przestać brać, aby nie być uzależnionym.	

1. Jednorazowe zażycie narkotyku nie jest groźne.

NIEPRAWDA. Bywa, że pierwszy kontakt z narkotykami ma fatalne następstwa: stany psychiatryczne, wypadki drogowe, przedawkowanie, kolizja z prawem – to tylko kilka przykładów.

2. Uzależniają się tylko słabi ludzie.

NIEPRAWDA. Wszyscy, którzy złapali się w pułapkę tego stwierdzenia mają dzisiaj ogromne problemy z narkotykami. Nikt przecież nie zamierza z własnej woli utracić kontroli nad braniem i uzależnić się.

3. Marihuana to niegroźne „zióło”.

NIEPRAWDA. Dzisiejsze odmiany zawierają ok. 10% THC (składnik aktywnie działający na komórki mózgowe). Marihuana, podobnie jak haszysz uzależnia psychicznie, a ponadto może powodować niepokój, rozkojarzenie, pogorszenie koncentracji, zubożnienie i zniechęcenie do codziennych zajęć.

4. Narkoman to zaniedbany, wyniszczony „ćpun” zażywający narkotyki dożylnie.

NIEPRAWDA. „Współczesny” narkoman często nie odpowiada temu stereotypowi. W przypadku uzależnienia od marihuany czy amfetaminy, wygląd młodego człowieka przez dłuższy czas nie budzi zastrzeżeń. Zresztą, wkłada on dużo energii w ukrywanie śladów, które mogłyby go zdradzić.

5. Uzależniony musi brać narkotyki codziennie.

NIEPRAWDA. Osoby uzależnione od amfetaminy, marihuany lub haszyszu mogą przerwać przyjmowanie tych środków na pewien czas. O tym, że ktoś jest narkomanem świadczy przymus brania narkotyków, a nie częstotliwość brania.

6. Zazywanie narkotyków syntetycznych nie wiąże się z żadnym ryzykiem.

NIEPRAWDA. Zaburzenia psychiczne, które wymagają leczenia w szpitalu psychiatrycznym, zgony spowodowane odwodnieniem czy zapaściami np. po imprezach tanecznych – to fakty.

7. Wystarczy tylko przestać brać, aby nie być uzależnionym.

NIEPRAWDA. Uzależnienie to nie tylko kwestia brania narkotyków lecz przede wszystkim pewnych zachowań, stylu życia i zafałszowanych uczuć. Potrzeba wielu sesji terapeutycznych, pobytu w ośrodku, aby uzależniony nauczył się radzenia sobie z problemami i własnymi uczuciami.

Omówienie kwestionariusza poprzez przedstawienie prawdziwych odpowiedzi. Dyskusja na temat zgodności-rozbieżności opinii, komentarze klasy.

Krok VI

Straty rozwojowe będące konsekwencją przyjmowania środków psychoaktywnych (alkoholu i narkotyków)

Zwrócić uwagę na straty rozwojowe – następują one wtedy, gdy ktoś zamiast podejmować zadania rozwojowe używa do rozwiązania nowej sytuacji środków psychoaktywnych.

Przykład – kontakty między płciami i dojrzewanie do miłości.

Zaproponować scenkę:

Chłopak ma wybrać dziewczynę i zaprosić ją do odegrania następującej sytuacji: widzi nieznaną dziewczynę na dyskotecę i chce ją poznać. Co ma zrobić?

Zapytać audytorium, zebrać podawane pomysły i poprosić o odegranie najlepszego pomysłu.

Odegranie scenki....

Prawdopodobnie stanie się jasne, że jest to trudna sytuacja. Poprosić audytorium o odpowiedź na pytanie: Jak ludzie rozwiązują takie trudności?

Prawdopodobnie wiele osób wymieni alkohol, jako receptę na poradzenie sobie z tą sytuacją.

Skomentować:

Ci, którzy skorzystają z alkoholu i uda im się, nie będą już mieli motywacji do tego, żeby uczyć się nowych zachowań. Uzyskają alkoholową protezę zamiast własnej mocy. Alkohol oszukuje ich.

Krok VII

Mini wykład: mechanizm wchodzenia w uzależnienie

W związku z grupą wiekową, w której odbywają się zajęcia kanwą teoretyczną mechanizmu wchodzenia w uzależnienie stanowi koncepcja **kryzysu wieku dojrzewania** (opisana w artykule *Kryzys wieku dojrzewania a profilaktyka - załącznik*).

Ważne podkreślenia jest to, że czas dojrzewania stanowi okres krytyczny w życiu jednostki, w którym mogą powstać i utrwalić się błędne sposoby radzenia sobie z sytuacjami budzącymi napięcie emocjonalne (ze względu na to, że okres dojrzewania charakteryzuje się wysokim stopniem destabilizacji psychospołecznej, generującej napięcie psychoemocjonalne, a ponadto nastolatek dysponuje jeszcze ubogim zasobem umiejętności skutecznego i zdrowego radzenia sobie z napięciem). Te patologiczne sposoby radzenia sobie – a jednym z nich jest korzystanie ze środków psychoaktywnych – mogą wejść na stałe w dorosłe strategie błędnego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Krok VIII

Potrzeby społeczne nastolatka a środki psychoaktywne

Ten krok ma za zadanie przeniesienie wiedzy teoretycznej na poziom refleksji nad własnymi mechanizmami funkcjonowania społecznego oraz obserwowanymi wśród znajomych.

Odwołajmy się do wiedzy, przemyśleń i doświadczeń uczestników w rozmowie na tematy (dyskusja w grupie, zebranie przez prowadzącego ujawnionej wiedzy, sądów i postaw podsumowanie):

- * Jakie są aktualnie wasze najważniejsze potrzeby?
- * Jak sobie radzicie z zaspokajaniem ich? Jak radzą sobie wasi znajomi?
- * Co dzieje się – z wami, z waszymi znajomymi – jeśli nie można zaspokoić tych potrzeb?
- * Co w sposobach radzenia sobie z problemami okresu dojrzewania jest – waszym zdaniem – zdrowe i przystosowawcze, co jest patogenne, ryzykowne, nieprzystosowawcze?

Należy jeszcze raz podkreślić, że opcją ryzykowną jest spostrzeganie rzeczywistości w kategoriach zagrożenia. Takie rozumienie sytuacji powoduje reakcję wycofania, z kolei taka reakcja wcześniej czy później podwyższa poziom napięcia. Zaczyna działać mechanizm sprzężenia zwrotnego: niezaspokojone potrzeby podwyższają poziom przeżywanego napięcia, wyższe napięcie blokuje zdolność zaspokojenia potrzeb.

I tu dochodzimy do **funkcjonalnej roli** pełnionej przez środki psychoaktywne.

Zapytajmy uczestników, jak działają środki psychoaktywne w sytuacji przeżywania stresu i napięcia? Odpowiedzą prawdopodobnie, że powodują rozluźnienie i uspokajają, zwiększają odwagę.

Mamy tu do omówienia najtrudniejszy aspekt problemu, ponieważ bezpośredni efekt działania środków psychoaktywnych rzeczywiście jest przystosowawczy – przynoszą one

wyraźny, rozpoznawalny, oczekiwany efekt: spełniają pozytywną, pożądaną funkcję. Chęć przeżycia takiego efektu stanowi odpowiedź na pytanie, dlaczego młodzież po nie sięga .

Nie wolno zatrzymać się na tym poziomie opisu i analizy mechanizmu działania używek. Ważne, by pogłębić dyskusję o następny krok:

Jakie są konsekwencje ujawnionego mechanizmu uczenia się: napięcie – środki psychoaktywne – przeżycie ulgi/rozluźnienia.

Podkreślenia wymaga fakt, że używka tylko pozornie rozwiązuje problem: nie powoduje zaspokojenia ważnych potrzeb psychologicznych jednostki, nie zwiększa umiejętności skutecznego radzenia sobie przez nią w sytuacjach trudnych. Realna sytuacja nastolatka nie ulega rzeczywistej zmianie.

Jeszcze raz powtórzmy:

ci, którzy w sytuacji problemowej skorzystają ze środków psychoaktywnych i osiągną zamierzony skutek, nie będą już mieli motywacji do tego, żeby uczyć się nowych zachowań. Uzyskają chemiczną protezę zamiast własnej mocy. Środki psychoaktywne oszukują ich.

Naszym zadaniem jest przekonanie uczestników do takiej tezy.

Krok IX

Obrady sejmowe – osobiste postanowienia dotyczące postaw i zachowań antyuzależnieniowych

Podzielić uczestników na losowe równoliczne grupy (po 4-6 osób w grupie). Wyjaśnić, że każda grupa odegra teraz rolę klubu parlamentarnego. Kluby opracują tematy, które na forum całości zostaną przegłosowane. Chodzi o przedstawienie takich tematów, które mogłyby być wspólnym postanowieniem grupy, jakby „grupowym prawem”, a chroniłyby młodzież przed szkodami i pozornymi korzyściami będącymi konsekwencją brania środków psychoaktywnych. Każda grupa powinna wyłonić lidera – sprawozdawcę, który przedstawi dorobek „klubu parlamentarnego”.

Po 15-20 minutach sprawozdawcy „klubów” przedstawiają projekty ustaw opracowane przez poszczególne kluby. Projekty są zapisywane na tablicy. Po sporządzeniu listy propozycji należy wybrać te, które bezpośrednio dotyczą samej młodzieży i są rzeczywiście chroniącymi postulatami (takimi jak np. „Nie będziemy pić”, „Należy namawiać kolegów do niepicia/niećpania”).

Każdą propozycję z ostatecznej listy „ustaw sejmowych” poddajemy pod głosowanie. Zapisujemy wyniki.

Prowadzimy dyskusję na temat:

Na ile każdy z was będzie skłonny wprowadzać w życie te zasady? Dlaczego tak/nie?

Krok X

Rozpoznawanie wskaźników problemowego używania narkotyków

- ☛ Poprosić o wypełnienie testu wskaźników problemowego używania narkotyków (zadanie 5 – Z5 w Zeszycie ucznia)

Problemowe używanie narkotyków (definicja) – takie zażywanie narkotyków, które wyszło już poza fazę okazjonalnego eksperymentowania z nimi w celach rekreacyjnych, charakteryzujące się ryzykiem pojawienia się zaburzeń fizycznych, psychicznych i/lub społecznych.

W jakim stopniu każde z następujących zdarzeń wskazuje na problemowe używanie narkotyków.

- Oceń wstawiając odpowiednią cyfrę:
- 1 – zdecydowanie nie
 - 2 – raczej nie
 - 3 – w średnim stopniu
 - 4 – raczej tak
 - 5 – zdecydowanie tak

W jakim stopniu każde z następujących zdarzeń wskazuje na problemowe używanie narkotyków?



	Ocena
1. Jednokrotnie nie pójście lub spóźnienie się do szkoły z powodu narkotyków.	
2. Kłopoty w szkole z powodu używania narkotyków.	
3. Jednokrotny samodzielny zakup narkotyków od dealera.	
4. Wydanie na narkotyki takiej kwoty, że spowodowało to rezygnację z zakupu innej rzeczy, na której zależało tej osobie.	
5. Kłopoty z policją z powodu używania narkotyków.	
6. Zrobienie komuś krzywdy pod wpływem narkotyków.	
7. Poszukiwanie mocniejszych narkotyków niż te, które brało się wcześniej.	
8. Częste odczuwanie potrzeby wzięcia narkotyku.	
9. Wzięcie narkotyku w samotności.	
10. Poważny konflikt z przyjaciółmi z powodu brania narkotyków.	

Źródło: Na podstawie testu PUN - Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Omówienie wyników:

Które zdarzenie uznajecie za najbardziej wskazujące na problemowe używanie narkotyków?...dlaczego?

Które za najmniej?.....dlaczego?

Na ile niepokojące jest(pytać kolejno o zdarzenia z ankiety).

Pozwolić na rozwinięcie się dyskusji

Podsumowanie:

Przekazać informację, że badania nad ankietą pokazały, że już dwie odpowiedzi twierdzące na którekolwiek pytania ankiety wskazują z prawdopodobieństwem przekraczającym 80% na problemowe używanie narkotyków osoby odpowiadającej (czyli na 10 osób udzielających 2 odpowiedzi twierdzących 8 zażywa narkotyki w sposób problemowy).

W tym kontekście można poruszyć kwestię bardzo częstego braku świadomości osób już problemowo biorących narkotyki, że są już poważnie zagrożone uzależnieniem.

Podobnie dzieje się w przypadku osób pijących alkohol.

Dodatkowo działa **mechanizm iluzji i zaprzeczania** (załącznik).

Krok XI

Asertywna odmowa – metoda ochrony siebie

Asertywna odmowa stosowana jest w sytuacji, gdy potencjalnie jesteśmy w stanie spełnić oczekiwania lub prośbę naszego rozmówcy, ale kosztem naszych chęci, dążeń lub interesów. Asertywna odmowa jest elementem stanowienia praw, określa pozycję i przedstawia jasną decyzję dotyczącą konkretnej sprawy. Jest stwierdzeniem czytelnym, bezpośrednim, uczciwym i stanowczym.

Nieasertywnymi rodzajami odmowy są:

- ▶ **odmowa uległa**, która cechuje się przeproszaniem, tłumaczeniem się, usprawiedliwianiem;
- ▶ **odmowa agresywna**, stosowana najczęściej przez osoby, które w pewnych sytuacjach mogą uważać prośbę za zbyt wygórowaną lub zbyt często ponawianą, a osobę proszącą za bezczelną, nachalną lub egoistyczną.

Podstawą asertywnej postawy przy odmawianiu jest założenie, że obie strony - prosząca i proszona, są "w porządku". Asertywna odmowa nie zawiera pretensji ani usprawiedliwień. Relacja między proszącym a proszonym jest wyłącznie partnerska, nie ma tu winnych ani skrzywdzonych, co wynika z jednego z praw asertywnych:

"Ja mam prawo prosić, ty masz prawo odmówić.

Ja mam prawo odmówić, ty masz prawo prosić."

W asertywnej odmowie zamiast słów: nie mogę, muszę, jestem zmuszona/y, używa się takich, które odwołują się do własnych preferencji i postanowień: wolę, chcę, wybieram, jest dla mnie ważne, mam zamiar, postanowiłam/em, zdecydowałam/em.

Model asertywnej odmowy

Konstrukcja zdaniowa asertywnej odmowy zawiera następujące elementy składowe:

- ▶ słowo NIE - nadaje kierunek dalszej wypowiedzi;
- ▶ informacja o decyzji - komunikat, że nie zostanie podjęte działanie, o które zostało się poproszonym i poinformowanie o tym swojego rozmówcy;
- ▶ ew. wyjaśnienie motywu odmowy - wyjaśnienie prawdziwych powodów, dla których zdecydowaliśmy się odmówić czyni odmowę bardziej zrozumiałą dla drugiej strony i taki jest cel informowania o motywach naszych decyzji (bez usprawiedliwień lub pretensji);
- ▶ ew. zmiękczenie (komunikat podtrzymujący relację) - czyni odmowę bardziej do przyjęcia przez drugą stronę, przy czym wypowiedź nie traci nic ze swej szczerości.

Rodzaje zmiękczeń

"Przykro mi"

Mówimy "przykro mi" wtedy, gdy faktycznie jest nam przykro z powodu konieczności odmówienia komuś. Wyrażenie to nie ma nic wspólnego ze słowem "przepraszam", na które w asertywnej odmowie nie ma miejsca. "Przykro mi" jest przejawem naszej empatii i zrozumienia dla emocji przeżywanych przez naszego rozmówcę.

"Kocham, ale nie dam"

Komunikat ten podkreśla pozytywną wartość, jaką ma dla nas osoba, której odmawiamy, lub relacja z nią, jeżeli tak jest w istocie. Technika ta zabezpiecza odmawiającego przed osądzeniem, że jego odmowa jest tak naprawdę aktem psychologicznego odrzucenia osoby proszącej.

"Jest mi trudno"

Często samo powiedzenie NIE jest decyzją trudną. Technika ta ułatwia odmowę dzięki komunikatowi, który potwierdza otwartość osoby odmawiającej, wyraża zaufanie do partnera, a równocześnie jest to informacja o znaczeniu, jakie ma oznajmienie odmowy w danej sytuacji.

"Upredzanie"

Technika ta jest stosowana wobec osób, co do których można przewidzieć, że odmowa może je zranić, głęboko urazić lub wywołać inne reakcje wywodzące się z poczucia skrzywdzenia. Upredzając jeszcze przed odmową, że spodziewamy się właśnie takiej reakcji działa w ten sposób, że osoba upredzona stara się tak właśnie nie zachować, co w efekcie ułatwia jej pogodzenie się z odmową i jest konstruktywne dla obu stron.

Przykład asertywnej odmowy

Nie zapalę z tobą marihuany (*słowo „nie” + decyzja*), bo nie chcę stracić kontaktu z rzeczywistością (*wyjaśnienie motywu odmowy*). Wiem, że moja odmowa sprawi ci przykrość (*zmiękczenie przez upredzanie*), ale nie wynika ona z tego, że cię nie lubię – zależy mi na twojej przyjaźni (*zmiękczenie - metoda „kocham, ale nie dam”*).

10 sposobów odmawiania

☛ Wskazać listę w zeszytcie ucznia (Z6)

1. Po prostu powiedz „NIE”

Pokręć głową: „Nie dziękuję. Nie mam ochoty. Nie myślę tego robić.”

2. Odejdź

Zasadą jest powiedzenie „nie”, nie więcej niż dwa razy i jeśli to nie skutkuje, odejść – szybko i pewnie.

3. Zignoruj

Po prostu zignoruj, udawaj, że jesteś zajęty, w ogóle nie odpowiadaj.

4. Podaj powód

„Muszę iść do domu, spodziewam się telefonu. Przepraszam, mam inne plany”.

5. Zmień temat

„Podobają mi się twoje adidas, drogo kosztowały?”

6. Zażartuj

„Z rozkoszą, ale zaplanowałam uporządkować dziś szufladę ze skarpetami”.

7. Oburz się

„Nie mogę uwierzyć w to co słyszę. Chyba nie mówisz tego poważnie”.

8. Powiedz komplement

„Jesteś fajnym chłopakiem, ale ten pomysł to niewypał”.

9. Zaproponuj coś lepszego

„Mam lepszy pomysł, chodźmy do mnie posłuchać nowej płyty”.

10. Rzuć wyzwanie

„Jesteś przecież moim przyjacielem, więc nie namawiaj mnie do czegoś, czego nie chcę zrobić”

Techniki zachowań asertywnych

- ☛ Wskazać listę w zeszytcie ucznia (Z7)

Technika „Zdartej płyty”

polega na wielokrotnym i stanowczym powtarzaniu zdania kluczowego oraz parafrazy połączonej z nazywaniem uczuć, np. „nie, nie pożyczę ci tej kasety”, „nie pożyczę ci kasety, bo nie oddałeś mi poprzedniej”, „rozumiem, że to się zmieni, ale nie pożyczę ci kasety” itd., aż do wycofania się osoby proszącej.

Technika „zasłony dymnej”

polega na tym, że gdy ktoś atakuje, nie mówimy wprost o co chodzi; kluczowe w tej technice jest używanie zwrotów: możliwe, że tak jest; chyba faktycznie....; być może....np. „być może źle zrobiłem”, „chyba faktycznie nie pomyślałem...” Wytrąca się w ten sposób „broń agresji słownej i zarzutów” rozmówcy.

Technika "Jestem słoniem"

jest to raczej zasadą postępowania niż techniką komunikacji. W sytuacji interpersonalnej konfrontacji, a więc również w sytuacji odmawiania, nasze napięcie powoduje, że rytm działania ulega przyspieszeniu. Przyspieszenie powoduje, że jakość naszego zachowania pogarsza się, powodując większe poczucie niepewności i niezadowolenia z siebie.

"Jestem słoniem" to propozycja kontroli tempa własnego zachowania. Zasada ta mówi o tym, aby w sytuacji odmawiania mówić wolniej, głębiej oddychać, parafrazować i dopytywać się, gdy coś jest niezrozumiałe. Nie uciekać od kontaktu wzrokowego tylko patrzeć rozmówcy w oczy. Dać sobie prawo do zastanowienia. Zwolnienie tempa, nawet gdy odbywa się w sposób niespontaniczny, powoduje zwiększenie poczucia własnej mocy. Druga strona również odbiera odmawiającego jako pewniejszego siebie.

Z treści na proces

Kiedy zauważysz, że rozmowa odbiega od tego, o czym chcesz rozmawiać, należy przesunąć uwagę z aktualnego tematu (treści) na to, co dzieje się pomiędzy tobą a rozmówcą (proces). Możesz na przykład powiedzieć: „Odeszliśmy od tego, o czym mieliśmy rozmawiać i gawędzimy sobie teraz o starych czasach” albo „Uświadomiłem sobie, że ja cały czas mówię, a ty milczysz”.

Przesunięcie uwagi z treści na proces wymaga ujawnienia tego, co czujemy lub myślimy w danej interakcji w określonym momencie. Na przykład: „Boję się coś więcej powiedzieć”.

Widzę, jak się zaczerwieniłeś i zaciskasz zęby” lub „Czuję dyskomfort, kiedy rozmawiamy o tym w miejscu publicznym. Zauważyłam, że oboje zaczęliśmy mówić szeptem” lub „Bardzo dobrze się czuję, kiedy widzę, że powoli rozwiązujemy ten problem. Naprawdę szczerze rozmawiamy. Bardzo pozytywnie cię teraz odbieram”.

Przesunięcie uwagi z treści na proces jest szczególnie pomocne, gdy ty i twój rozmówca czujecie złość i zaczynacie podnosić głos. Możesz wówczas powiedzieć: „Widzę, że obydwoje jesteśmy zdenerwowani. To bardzo drażliwy temat” lub „Rozmawiamy o wiele głośniejszy niż na początku i widzę, że oboje szykujemy się do walki”. Sztuka polega na tym, aby wypowiedzieć komentarz na temat tego, co dzieje się pomiędzy wami w sposób neutralny i bez emocji – tak, aby uwaga ta nie odebrana została jako atak.

Chwila na oddech

Czy czujesz się zmuszony do natychmiastowej odpowiedzi w każdej sytuacji? Kiedy ktoś zadaje ci pytanie, być może czujesz, że powinienes od razu na nie odpowiedzieć. Reagując w ten sposób, prawdopodobnie często robisz lub mówisz coś, czego potem żałujesz. Jeżeli nie dajesz sobie czasu, aby uświadomić sobie swoje uczucia i potrzeby, być może pozwalasz, aby inni podejmowali decyzje za ciebie.

Chwila na oddech pozwala ci: (1) upewnić się, że rozumiesz drugą osobę, (2) zanalizować to, co zostało powiedziane, (3) skupić się na swoim wnętrzu i uświadomić sobie, co czujesz, myślisz i czego chcesz w danej sytuacji, oraz (4) świadomie wpływać na sytuację, aby zwiększyć prawdopodobieństwo osiągnięcia swojego celu. Daje ci ona możliwość pomyślenia i przygotowania się.

Oto kilka przykładów wypowiedzi z zastosowaniem tej techniki:

„Powoli! Jest to zbyt ważne, aby tak się z tym śpieszyć”.

„To ciekawe. Pozwól mi chwilę pomyśleć”.

„Niezupełnie to rozumiem. Mógłbyś to powiedzieć inaczej?”

Powtarzasz to, co – jak sądzisz – zostało powiedziane. Daje ci to czas na „przetrawienie” komunikatu i refleksję.

Odkładanie na później

Kiedy wiesz, że to, o czym mówicie, jest istotne, ale dyskusja utknęła w martwym punkcie, odłóż ją na później. Technika odkładania na później jest cenna zwłaszcza wówczas, gdy interakcja jest zbyt bierna lub zbyt agresywna. Jedna ze stron może być na przykład zbyt małomówna, może płakać lub potulnie zgadzać się ze wszystkim, co mówi druga strona – lub przeciwnie: może ranić, obrażać i przywoływać dawne konflikty. Odkładanie na później może być dobrą strategią również wtedy, gdy potrzebujemy nieco czasu na przemyślenie czegoś. Na przykład w sytuacji, kiedy nie możesz zdecydować, który samochód kupić, a sprzedawca wywiera na ciebie presję; lub gdy twoja dziewczyna właśnie powiedziała ci, że cię kocha i chce wiedzieć, co ty do niej czujesz; albo gdy właśnie dostałeś od swoich teściów zaproszenie na weekend do ich domku letniskowego.

Poniżej opisana jest typowa sytuacja, w której można zastosować strategię odkładania na później.

W odpowiedzi na oskarżenia kolegi, który jest osobą nieelastyczną, możesz odpowiedzieć: „Myślę, że to, o czym mówisz, jest ważne i chciałbym o tym porozmawiać jutro”.

Zadanie 1 - Sztuka odmawiania

Spróbujmy zmierzyć się z sytuacją, w której będziemy starali się skutecznie odmówić.

Prowadzący opowiada historyjkę: Krzysiek zaprosił na swoje urodziny grupę koleżanek i kolegów. Jeden z nich - Tomek - przyniósł ze sobą butelkę wina i proponuje chłopcom wspólne picie. Dwóch kolegów chce się napić, dwóch nie chce. Są oni intensywnie namawiani do picia.

Uczestnicy dobierają się w zespoły czteroosobowe i przygotowują jej inscenizację, zwracając szczególną uwagę na argumentację obu stron. Przedstawiają scenkę, a potem dzielą się z grupą swoimi wrażeniami (jak czuli się w swojej roli? czy łatwo było odmawiać kolegom? które argumenty były najtrudniejsze do odparcia?).

Zadanie 2 - Mam prawo

Postawcie się w roli osób skutecznie broniących własnego zdania w sytuacji nacisku.

Prowadzący rozdaje 4-5 osobowym grupom tematy scenek do odegrania. Zadaniem zespołów jest próba asertywnego odmówienia kolegom poprzez zachowanie własnego zdania, które należy wyraźnie przedstawić. Prowadzący podkreśla, że zdaniami, których można w takich sytuacjach użyć są: mam inne zdanie na ten temat; inaczej widzę tę sytuację, mam prawo zachować swoją opinię.

Tematy scenek:

1) Po wyjściu ze szkoły grupa kolegów idzie do parku. Tam jeden z nich wyjmuje paczkę papierosów i częstuje pozostałych. Namawia kolegów do palenia. Część grupy waha się, część jest zdecydowanie przeciwna paleniu.

2) Ktoś w klasie puścił plotkę, że wychowawczyni dowiedziała się od Marty o bójce między chłopcami. Dwie osoby postanawiają namówić resztę klasy, aby przestała odzywać się do koleżanki.

Krok XII

„Droga Redakcjo” - Jak pomóc innym

☛ Prowadzący dzieli uczniów na 4-5 osobowe grupy. Każdej grupie wskazuje jeden list w Zeszycie ucznia (Zadanie 8 - **Z8**) i prosi, żeby spróbowali przygotować się do odpisania na list poprzez opracowanie odpowiedzi na problem nadawcy. Jak można mu pomóc?

List 1.

Droga redakcjo!

Piszę, bo sama już nie wiem, co mam robić. Ostatnio oglądałam program o narkomanii, mówili o tym, jak można się uzależnić i co się dzieje z człowiekiem, który długo bierze narkotyki. Nie bardzo w to wierzę, jednak trochę się niepokoję. Od 1,5 roku palę marihuanę. Nie jestem od niej uzależniona, bo mogę przestać palić nawet dzisiaj, tylko nie chce mi się. Od miesiąca palę też heroinę i tego się trochę boję, bo zauważyłam, że chcę palić coraz częściej, a to przecież ciężki narkotyk. Napiszcie, czy jestem uzależniona i co mogę zrobić?

Anka

List 2.

Droga Redakcjo!

Mój najlepszy kolega bierze narkotyki. Wiem, że nie robi tego jeszcze codziennie, ale niepokoję się. Coraz mniej czasu spędzamy razem, bo częściej chodzi po osiedlu z nowymi kumplami. Raz próbował mnie poczęstować skrętem, ale nie zapaliłem. Nie chcę tego robić, bo wiem, że można się wciągnąć. Czy mogę mu pomóc?

Tomek

List 3.

Droga Redakcjo!

Mam pewien problem. Niedawno przeprowadziłem się do domku jednorodzinny. Wiele osób z klasy zazdrości mi tego, szczególnie jedna koleżanka. Nigdy specjalnie mnie nie lubiła, nagle jednak zaczęła się do mnie podlizywać i cały czas pyta, kiedy rodzice gdzieś na dłużej wyjadą, bo przecież trzeba zrobić u mnie imprezę. Mówi o tym tak często, że już wszyscy dokoła pytają mnie o to. Nie chcę robić imprezy, gdy rodziców nie ma w domu, bo wiem, co z tego może wyniknąć. Boję się jednak, że ludzie przestaną zapraszać mnie do siebie i stracę przyjaciół.

Ewa

List 4.

Kochana Redakcjo!

Wczoraj zauważyłam, że mój brat pali dziwnego papierosa. Kiedy mnie zauważył, to najpierw go schował, a potem zaczął tłumaczyć, że tak sobie spróbował i żebym nie mówiła nic rodzicom. Zapytał też, czy chcę sobie zapalić marihuanę, a ja stwierdziłam, że mogę spróbować. Nie było w tym nic specjalnego, nie wiem, co mój brat w tym widzi. Czytałam w gazecie, że może się od tego uzależnić. Czy to jest groźne?

Beata

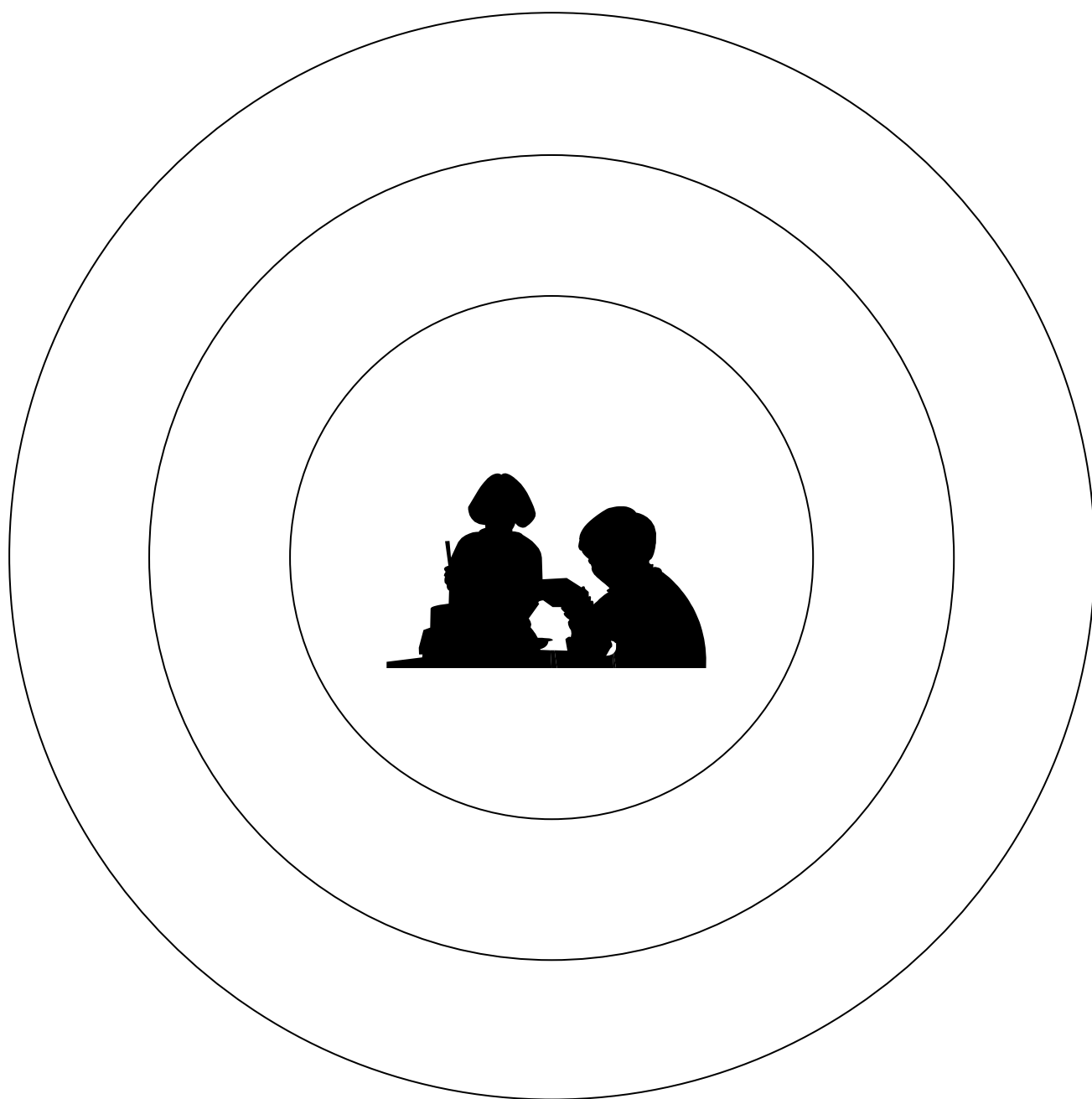
Prezentacja dorobku pracy grup. Dyskusja wokół diagnozy problemu i metod udzielanej pomocy i przekazywanych porad.

Krok XIII

Kto może mi pomóc?

Prowadzący wskazuje w Zeszycie ucznia rysunek - Zadanie 9 – **Z9** i prosi, aby w poszczególne kręgi wpisać osoby i znane każdemu instytucje, do których uczniowie zwróciliby się po pomoc w trudnej sytuacji. W bliższych kręgach należy wpisać osoby, do których mają największe zaufanie i od których spodziewają się uzyskać najlepszą pomoc.

Po wypełnieniu kręgów prowadzący zapisuje na tablicy adresy i telefony lokalnych instytucji oferujących pomoc młodzieży biorącej środki psychoaktywne.



Krok XIV

Podsumowanie warsztatu

Czy w tych zajęciach było coś, co uznajesz za ważne dla siebie? Jeśli tak, co to było?

Źródła wykorzystane przy konstruowaniu scenariusza warsztatów:

Akademia dorosłości,

Marzena Pasek, Narkotyki przy tablicy, Toret, Warszawa 2000,

Magdalena Pilip i Maria Łasocha, Scenariusz przedsięwzięcia edukacyjnego,

Sposób na przemoc w szkole. Program Profilaktyczny, Internetowe Centrum Zasobów Edukacyjnych MEN,

Roger E. Vogler, Wayne R. Bartz, Nastolatki i alkohol, PARPA, Warszawa 2003,

Krzysztof Wojcieszek, Debata – scenariusz zajęć profilaktycznych, maszynopis,

Wikipedia,

Załącznik - Materiały dla prowadzącego

Poniżej zamieszczono pulę materiałów dotyczących różnych aspektów dotyczących środków psychoaktywnych. O wykorzystaniu poszczególnych fragmentów tych materiałów powinien decydować prowadzący w zależności od potrzeb konkretnej klasy uczestniczącej w programie.

Spis treści

CO TO JEST ALKOHOL?	22
MOTYWY PICIA ALKOHOLU	25
DZIAŁANIE ALKOHOLU NA ORGANIZM LUDZKI	27
OBJAWY OSTRZEGAWCZE	29
MITY I FAKTY O ALKOHOLU	30
CZY MOŻNA PIĆ BEZPIECZNIE?	35
PROBLEMY ZWIĄZANE Z ALKOHOLEM	37
PROBLEMY ZWIĄZANE Z ALKOHOLEM	37
LECZENIE ZESPOŁU UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU	38
KRYZYS WIEKU DOJRZEWANIA A PROFILAKTYKA	39
MECHANIZM ILUZJI I ZAPRZECZANIA	43

Co to jest alkohol?

Słowo alkohol pochodzi najprawdopodobniej od któregoś z dwóch słów arabskich: al-kuhl (antymon, delikatny, drobny proszek) lub al-ghoul (zły duch). Badania antropologiczne upoważniają do stwierdzenia, że alkohol towarzyszy człowiekowi praktycznie od zarania jego dziejów, pełniąc różne funkcje. Początkowo służył jako środek wspomagający funkcje fizjologiczne organizmu (np. redukcja bólu, zmęczenia), psychologiczne (np. redukcja lęku, odprężenie, odhamowanie) i społeczne (np. ułatwienie kontaktów, integracja, element obrzędów i praktyk religijnych), a z czasem zaczął pełnić również funkcje ekonomiczne i polityczne.

Pierwsze napoje alkoholowe powstały, w sposób niezamierzony i przypadkowy, w wyniku fermentacji winogron (wino) i ziarna jęczmiennego (piwo). Nie sposób jest dzisiaj ustalić co było pierwsze. Znalezione w piaskach Pustyni Sumeryjskiej tabliczki piktograficzne wspominają o konsumpcji "chmielowego soku", który był, obok chleba, podstawowym artykułem spożywczym na terenie Mezopotamii. Uprawę winorośli (a zatem również tłoczenie wina) zapoczątkowano prawdopodobnie w Azji Środkowej około 6000 lat p.n.e. Nieco później pojawiła się ona w Mezopotamii, Fenicji i w Egipcie. O winie i piwie wspominają, zarówno znalezione w Mezopotamii, a pochodzące z ok. 5000 r. p.n.e., teksty pisma klinowego, jak i egipskie papiirusy pochodzące z ok. 3500 r. p.n.e. Warzenie piwa było dość powszechne w starożytnym Egipcie i zyskało rangę podstawowego napitku mieszkańców tego kraju. Jednocześnie dbające o swój wygląd Egipcjanki i Egipcjanie stosowali okłady z piany do odświeżania skóry. Wiadomo też, że wino było popularne na Krecie, a mniej więcej 2400 lat p.n.e. król Krety wprowadził podatek od produkcji tego trunku. Z kolei, w Babilońskim Kodeksie Hammurabiego (ok. 1800 r. p.n.e.) można przeczytać, że: " ... wszyscy, którzy będą fałszowali piwo i nie będą przestrzegali reguł jego sprzedaży, będą skazani na śmierć przez utopienie ... jeżeli kapłanka, która nie mieszka w domu niewiast poświęconych, otworzy winiarnię albo do niej wstąpi, to się ją spali". W Chinach piwo wytwarzano z ryżu ok. 4000 lat p.n.e. Z innych przekazów historycznych wiadomo, że 1000 lat p.n.e. winorośl uprawiano już w południowej Grecji i Italii, a ok. IV wieku n.e. trafiła ona do Europy zachodniej i środkowo-wschodniej. Starożytni Grecy wprowadzenie uprawy winorośli przypisywali bogowi Dionizosowi. Egipskim bóstwem wina był Ozyrys, a rzymskim - Bachus.

W Polsce winnice pojawiły się prawdopodobnie w XII wieku, ale przez jeszcze wiele lat (mniej więcej do końca XVI wieku) - ze względu na cenę (najczęściej importowano) - podstawowym napojem było piwo. Słowo piwo znaczyło pierwotnie "napój, to co się pije". Piwo znane było już w czasach piastowskich, a pierwsze browary powstały przy klasztorach. Bolesław Chrobry, zgodnie z opisem niemieckiego kronikarza Thiethmara, zwany był przez Niemców "Tragbier", czyli piwosz. Piwo było też podobno, ulubionym napojem Leszka Białego, a potem Władysława Jagiełły. W XVI i XVII wieku w całej Rzeczypospolitej bardzo słynne było piwo z Warki. Władysław Kopaliński w "Słowniku mitów i tradycji kultury" pisze, że papież Klemens VIII, w czasach kiedy był nuncjuszem apostolskim w Polsce, zasmakował w wareckim piwie. Podobno na łożu śmierci wzdychał w gorączce: "O sancta piva di Polonia! O sancta biera di Warka". Otaczający go dostojnicy myśleli, że przywołuje jakąś świętą osobę i przyłączyli się do tych westchnień mówiąc: "O Sancta Piva, ora pro eo" (łac. O Święta Piwo, módl się za nami"). Inna wersja tego wydarzenia mówi, że kiedy papież Klemens VII ciężko zachorował na "wrzód w gardle" i jego stan był już beznadziejny, wzdychał w gorączce "... O sancta piva ...", a kiedy zgromadzeni przy łożu odpowiedzieli na to "O Sancta Piva, ora pro nobis", roześmiał się głośno, "wrzód" pękł, a jego życie zostało uratowane. Proces destylacji, umożliwiający uzyskiwanie napojów alkoholowych znacznie mocniejszych od piwa i wina, został odkryty później. Trudno jest jednoznacznie ustalić, kto i kiedy otrzymał po raz pierwszy czysty alkohol (destylat). Proces destylacji odkrył prawdopodobnie arabski lekarz Phazes - było to przed naszą erą. Jest bardzo prawdopodobne, że znali go już kapłani w starożytnym Egipcie, którzy podczas religijnych obrzędów zmoczone wodą okrycia głowy polewali alkoholem i podpalali je. Płonący alkohol otaczał głowę ognistą aureolą a widok ten skłaniał ludzi do oddawania kapłanom czci boskiej. Z przekazów pisemnych wiadomo też, że Arystoteles znał prawdopodobnie czysty alkohol, uzyskując go poprzez gotowanie wysokoprocentowego wina ("wino palone"). W Europie czysty alkohol pojawił się w VIII w. n.e. W drugiej połowie XIII wieku francuski profesor Arnold de Villanova zastosował, po raz pierwszy w medycynie, alkohol jako środek przeciwbólowy, przeciwbólowy oraz zapobiegający nudnościom i wymiotom podczas kołysania statku na morzu.

Właściwości i metabolizm alkoholu.

Alkoholami nazywana jest grupa organicznych związków chemicznych, pochodnych węglowodorów, do której obok alkoholu etylowego (etanolu) należą m.in. metanol, propanol, butanol. Dla celów spożywczych wykorzystywany jest jedynie alkohol etylowy, spożywany pod postacią wódek, koniaków, whisky (przeciętna zawartość alkoholu 40-50%), wina (zaw. alk. 10-20%) i piwa (zaw. alk. 3-7%). Pozostałe alkohole są związkami znacznie bardziej toksycznymi dla organizmu człowieka. Ze względu na bardzo zbliżony smak i wygląd najczęściej mylony jest alkohol etylowy (etanol) i metylowy (metanol). Ten ostatni używany jest głównie jako rozpuszczalnik przemysłowy i stąd łatwo dostępny. Omyłkowe spożycie metanolu powoduje, w najlepszym przypadku, trwałe upośledzenie, a nawet utratę wzroku oraz znaczne pogorszenie słuchu. Zdarzało się jednak, że już po wypiciu 30 do 100 ml metanolu następuje zgon na skutek porażenia ośrodka oddechowego.

Alkohol etylowy (etanol) jest cieczą lżejszą od wody, przezroczystą, o charakterystycznej woni i piekącym smaku. W normalnych warunkach, występuje w organizmie człowieka jako alkohol fizjologiczny, w stężeniu nie przekraczającym 0,15 promila. Wchłanianie rozpoczyna się natychmiast po wprowadzeniu alkoholu do organizmu, tj. już w jamie ustnej. Szybkość wchłaniania zależy m.in. od tempa przesuwania się treści pokarmowej z żołądka do dwunastnicy i jelit, a także od zawartości tłuszczu w pożywieniu. Stwierdzono na przykład, że u osób, które wypity alkohol po posiłku zawierającym tłuszcz, białko i węglowodany, wchłanianie alkoholu jest trzykrotnie wolniejsze niż u osób, które piły na pusty żołądek. Jelita są miejscem, gdzie najwięcej alkoholu przenika do krwi, natomiast najwyższe jego stężenie występuje w ślinie, moczu, krwi, żółci i płynie mózgowo-rdzeniowym.

Stężenie alkoholu osiąga swój szczyt w ciągu 30-45 minut po wypiciu. Proces metabolizowania alkoholu przebiega wolniej niż proces jego wchłaniania. Po upływie ok. 1,5 godziny od spożycia, poziom alkoholu we krwi mężczyzny o wadze ok. 70 kg przedstawia się następująco:

piwo (6%): 300 ml - 0,3 promila, 900 ml - 0,7 promila, 1500 ml - 1,32 promila;

wino (12%.): 200 ml - 0,4 promila, 600 ml - 1,2 promila

wódka (40%.): 100 ml - 0,5 promila, 250 ml - 1,4 promila.

Należy wiedzieć, że pomimo spożycia tej samej ilości alkoholu występuje różnica w stężeniu alkoholu we krwi mężczyzn i kobiet. Różnica ta wynika z różnej zawartości płynów w stosunku do masy całego ciała (u kobiet stanowi ok. - 60%, u mężczyzn - ok. 70%)

dr med. Bohdan Tadeusz Woronowicz,
Źródło: Centrum AKMED www.akmed.zdrowie.net

Motywy picia alkoholu

Dotychczas nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, dlaczego jedni ludzie piją mniej, a inni więcej, dlaczego jedni stają się alkoholikami, a inni nie, pomimo że piją w sposób do siebie zbliżony.

Podjęmowano natomiast wiele prób znalezienia odpowiedzi na te pytania. Jeżeli zapytamy reprezentatywną grupę ludzi o to, dlaczego piją, uzyskamy różne odpowiedzi. Usłyszymy, że piją:

- ☐ aby się lepiej odprężyć,
- ☐ aby się dobrze poczuć,
- ☐ aby złagodzić stresującą sytuację w domu,
- ☐ aby chronić się przed depresją (złagodzić jej objawy),
- ☐ aby się pobudzić, gdy się jest zmęczonym,
- ☐ aby złagodzić nudę,
- ☐ aby ugasić pragnienie,
- ☐ dlatego, że ktoś proponuje,
- ☐ ponieważ taki jest zwyczaj towarzyski,
- ☐ ponieważ alkohol pomaga zasnąć,
- ☐ aby uzyskać pozycję w grupie rówieśniczej,
- ☐ aby wyrazić bunt (przeciwko rodzicom, władzy itp.)
- ☐ aby się dobrze bawić,
- ☐ ponieważ alkohol smakuje (sic! - redakcja),
- ☐ aby złagodzić kaca,
- ☐ z powodu uzależnienia od alkoholu,
- ☐ aby wzmóc potencję,
- ☐ gdyby nie było co pić, to by się nie piło,
- ☐ z żadnego konkretnego powodu itp. itd.

Przedstawiona lista jest oczywiście niekompletna, jednak różnorodność odpowiedzi pozwala na podjęcie próby określenia najczęściej spotykanych grup motywów, dla których ludzie sięgają po alkohol. Jack London pisał, w jednej ze swoich książek: „Pozostaje mi tylko w alkoholu szukać ukojenia, które przeklęta flacha zawsze obiecuje, ale którego nigdy nie daje”. Okazuje się więc, że ludzie piją m.in. dla zredukowania napięcia, poprawy własnej samooceny, obniżenia poczucia winy, dla lepszej zabawy, a także w celach manipulacyjnych (otoczenie widzi, że cierpię więc będzie dla mnie miłsze, zachowania agresywne po alkoholu, czy robienie różnych głupstw, jest prędzej rozgrzeszane niż na trzeźwo itp.).

Zdaniem J. Szczepańskiego ludzie piją z chęci ucieczki od rzeczywistości, z przyczyn ceremonialnych, w związku z zabawą, dla dodania sobie odwagi oraz nałogowo.

A. Kępiński wyróżniał:

- ☐ „neurasteniczny” styl picia (dla redukcji zmęczenia i rozdrażnienia),
- ☐ „kontaktywny” (dla uzyskania lepszego kontaktu z innymi ludźmi),
- ☐ „dionizyjski” (dla uzyskania oszołomienia i ucieczki od rzeczywistości),
- ☐ „heroiczny” (dla osiągnięcia poczucia mocy),
- ☐ „samobójczy”.

Inni badacze motywów picia wyróżniają trzy, najczęściej spotykane, grupy powodów picia zaznaczając, że niektóre z nich mogą występować:

- „ucieczkowe”, np. w celu zapomnienia o kłopotach, zredukowania napięcia, poprawy nastroju i odprężenia się;
- „społeczne”, np. dla towarzystwa, z uprzejmości, z okazji;
- „w poszukiwaniu przyjemności” np. dla smaku alkoholu, czy też wierząc w jego zdrowotne działanie (patrz - Mity i fakty o alkoholu).

Upraszczając można więc powiedzieć, że ludzie sięgają po alkohol głównie z dwóch przyczyn tj. ze względów społecznych (np. uroczystości czy uleganie namowom) oraz ze względów indywidualnych tj. w celu odczucia efektu jego działania. Znacznie trudniej jest odpowiedzieć jednoznacznie na pytania dotyczące przyczyn uzależnienia, bowiem mechanizmy jego powstawania nie zostały jeszcze wystarczająco dobrze poznane. Na dzień dzisiejszy przyjmuje się, że mamy tu do czynienia z czynnikami społecznymi, psychologicznymi oraz duchowymi, nakładającymi się na podłoże biologiczne. Jest rzeczą niekwestionowaną, że na rozległość uszkodzeń układów i narządów oraz na szybkość powstawania uzależnienia istotny wpływ wywiera stopień dojrzałości organizmu, a w przypadku uzależnienia - szczególnie dojrzałość ośrodkowego układu nerwowego (głównie mózgu). Z badań wynika, że znaczącą rolę odgrywa tu wiek, w którym rozpoczęło się intensywne picie alkoholu. Zanim dojdzie do uzależnienia daje się zaobserwować kilka kolejnych etapów używania, począwszy od pierwszego kontaktu z alkoholem (czy inną substancją psychoaktywną) jeszcze w wieku dziecięcym czy młodzieżowym poprzez używanie eksperymentalne (próbowanie różnych alkoholi czy różnych substancji), socjalne (w ramach określonych grup rówieśniczych, w rodzinie, w pracy), "nawykowe" (z obecnymi cechami zależności psychicznej) aż do pełnego uzależnienia (z obecnymi objawami psychologicznymi i fizycznymi).

Osoby młode, poniżej 20 lat, które piją intensywnie mogą uzależnić się już po kilku miesiącach. Między 20 a 25 rokiem życia potrzeba na to średnio ok. 3-4 lata, a powyżej tego wieku okres uzależniania się może trwać kilka, a nawet kilkanaście lat, jednak należy pamiętać o uwarunkowaniach indywidualnych, które mogą te okresy skrócić lub wydłużyć.

Można również zidentyfikować czynniki powstrzymujące od spożywania alkoholu. Będą to np. nieprzyjemne reakcje fizjologiczne na alkohol, ograniczenia finansowe, zaangażowanie w inne działania i realizacja innych zainteresowań, brak aprobaty ze strony najbliższego otoczenia (rodzina, znajomi, współpracownicy), odrzucenie hedonistycznego stylu życia, udział w grupach religijnych bądź kulturowych, gdzie picie jest zabronione lub źle widziane, oraz wiele, wiele innych. Przy tej okazji warto wiedzieć, że w 1998 roku odsetek abstynentów w społeczeństwie polskim wynosił 19% (11,6% wśród mężczyzn i 25,7% wśród kobiet).

dr med. Bohdan Tadeusz Woronowicz

Źródło: Centrum AKMED - www.akmed.zdrowie.net

Działanie alkoholu na organizm ludzki

Fizjologiczna reakcja na alkohol.

Warto od razu nadmienić, że z punktu widzenia medycznego, alkohol nosi wszelkie znamiona trucizny!

Poniższe zestawienie obrazuje rozwój zatrucia (upojenia zwykłego) w zależności od stężenia alkoholu we krwi.

- stężenie **0,3 < 0,5** promila - Nieznaczne zaburzenia równowagi oraz euforia i obniżenie krytycyzmu, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz zaburzenia widzenia:
 - **0,3** promila - oko dostrzega gorzej rodzaj i kształt przedmiotów ukazujących się w głębi pola widzenia, następuje obniżenie zdolności dostrzegania ruchomych źródeł światła;
 - **0,4** promila - czas adaptacji oka do ciemności po oślnieniu wydłuża się o ok. 2/3;
 - **0,5** promila - czas reakcji na nowe bodźce wzrokowe ulega opóźnieniu, zdolność dostrzegania ruchomych świateł obniża się o 1/3, pojawia się również opóźnienie i osłabienie dostrzegania przedmiotów na obwodzie pola widzenia;
- stężenie **0,5 < 0,7** promila - zaburzenia sprawności ruchowej (niezauważalne osłabienie refleksu) nadmierna pobudliwość i gadatliwość, a także obniżenie samokontroli oraz błędna ocena własnych możliwości, które często prowadzą do fałszywej oceny sytuacji z jaką może spotkać się kierowca;
- stężenie **0,7 < 2,0** promila - zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, obniżenie progu bólu, spadek promila sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków itp.) pogłębiający się w miarę narastania intoksykacji alkoholowej; opóźnienie czasu reakcji, wyraźna drażliwość, obniżona tolerancja, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie akcji serca.
- stężenie **2,0 < 3,0** promila - zaburzenia mowy (bełkotliwa), wyraźne spowolnienie i zaburzenia równowagi (chód na szerokiej podstawie, chwieianie i przewracanie się), wzmożona senność; znacznie obniżona zdolność do kontroli własnych zachowań (w większości przypadków trudno jest mówić o jakimkolwiek prawidłowym samodzielnym działaniu i wykonywaniu skoordynowanych ruchów).
- stężenie **3,0 < 4,0** promila - spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, osłabienie lub zanik odruchów fizjologicznych oraz głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki.
- stężenie **> 4,0** promila - !!! STAN ZAGROŻENIA ŻYCIA !!! - głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodka oddechowego i naczyniowo-ruchowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol.

dr med. Bohdan Tadeusz Woronowicz, Centrum AKMED - www.akmed.zdrowie.net

Objawy ostrzegawcze

Niebezpieczeństwo uzależnienia od alkoholu pojawia się w chwili, kiedy człowiek zauważa, że działanie alkoholu odpręża i daje ulgę, redukuje napięcie i niepokój, osłabia poczucie winy, ośmiela, ułatwia zaśnięcie czy pobudza do działania.

Stopniowo, osoba zagrożona uzależnieniem zaczyna poszukiwać, inicjować i organizować okazje do wypicia, pije z chciwością, wyprzedza kolejki, powtarzają się przypadki upicia, a także pije alkohol pomimo zaleceń lekarskich, sugerujących konieczność powstrzymywania się od picia.

Wkrótce zaczyna być dumna z tego, że może wypić większą niż uprzednio ilość alkoholu (tzw. mocna głowa świadcząca o wzroście tolerancji na alkohol), ale jednocześnie pojawia się niepokój spowodowany trudnościami w odtworzeniu wydarzeń, które miały miejsce podczas picia (tzw. palimpsesty alkoholowe, "urwane filmy", "przerwy w życiorysie").

Osoby, które uprzednio piły wyłącznie w sytuacjach towarzyskich zaczynają pić samotnie i do tego w ukryciu. Coraz częściej powtarzają się przypadki prowadzenie samochodu po niewielkiej nawet ilości alkoholu.

Osoba "wchodząca" w uzależnienie stara się unikać rozmów na temat swojego picia, a później reaguje gniewem bądź agresją na sygnały sugerujące potrzebę ograniczenia picia oraz w sytuacjach utrudniających dostęp do alkoholu.

Kiedy zaczyna sobie zdawać sprawę z tego, że jej picie różni się od picia innych osób podejmuje "ciche" próby ograniczania picia po to, aby udowodnić sobie, że jeszcze posiada kontrolę nad piciem alkoholu.

Opracowanie: dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz

Mity i fakty o alkoholu

W naszym społeczeństwie krąży wiele mitów na temat alkoholu a wiele osób, usiłując usprawiedliwić swoje picie, dorabia do tego odpowiednią ideologię. Oto przykłady najczęściej głoszonych mitów i ich konfrontacja z prawdą.

MIT:

Lampka wina, kufel piwa czy "kieliszek" wódki nikomu jeszcze nie zaszkodziły.

FAKT:

Alkohol, wypijany w niewielkich ilościach i do tego sporadycznie, nie powoduje widocznych zmian w organizmie. Kiedy sięganie po alkohol powtarza się zbyt często lub kiedy organizm jest szczególnie wrażliwy na działanie alkoholu - nawet niewielkie jego ilości muszą, w jakimś momencie, zaszkodzić.

MIT:

Mężczyzna jest bardziej odporny na alkohol niż kobieta

FAKT:

Wprawdzie po wypiciu tej samej ilości alkoholu, jego stężenie będzie mniejsze w organizmie mężczyzny niż kobiety, jednak to wcale nie oznacza, że mężczyzna może pić bezkarnie. Zdarza się, że przy bardzo podobnym sposobie picia - zmiany chorobowe pojawiają się u mężczyzny wcześniej niż u kobiety. Sposób reagowania na alkohol zależy bowiem od indywidualnych cech organizmu, stanu zdrowia, sposobu odżywiania się itp.

MIT:

Alkohol poprawia odporność organizmu

FAKT:

U osób z podwyższoną ciepłotą ciała i stanami zapalnymi alkohol zmniejsza odporność obronną organizmu poprzez ograniczenie aktywności białych ciałek krwi, których zadaniem jest zwalczanie wszelkich infekcji. Osłabienie systemu odpornościowego pod wpływem alkoholu zwiększa podatność nie tylko na wszelkie infekcje, ale także na wystąpienie choroby nowotworowej.

MIT:

Alkohol dodaje sił

FAKT:

Rzeczywiście alkohol może sprawiać takie wrażenie, ponieważ poprzez swoje działanie pobudzające pozwala na krótko zapomnieć o zmęczeniu. Bardziej systematycznie picie alkoholu powoduje jednak uszkodzenie zarówno układu nerwowego jak i mięśniowego, a tym samym osłabienie siły mięśniowej a nawet zaniki mięśni i niedowładny.

MIT:

Alkohol jest dobrym środkiem "na rozgrzewkę"

FAKT:

Efekt rozgrzania jest tylko chwilowy. Wypicie alkoholu powoduje bowiem, na krótki czas, poczucie ciepła spowodowane napłynięciem do rozszerzonych naczyń skórnych ciepłej krwi "ze środka" organizmu. Rozszerzone naczynia krwionośne przyspieszą wymianę ciepła z otoczeniem i tym samym jego utratę. Ochłodzona krew wraca z powrotem "do środka", do narządów wewnętrznych, zaburzając ich funkcjonowanie. Stąd częste przeziębienia

(niejednokrotnie zapalenia oskrzeli czy płuc) u osób, które po wypiciu alkoholu starały się gwałtownie ochłodzić na chłodnym powietrzu.

MIT:

Alkohol zapobiega chorobie wieńcowej i zawałom serca

FAKT:

Wprawdzie spotykamy badania wykazujące, że picie niewielkich ilości alkoholu wpływa "ochronnie" na serce, jednak należy do tego rodzaju stwierdzeń podchodzić bardzo ostrożnie. Według tych badań "ochronne" działanie alkoholu ma polegać na jego wpływie na gospodarkę tłuszczową i opóźnianie procesu miażdżycowego. Niestety nie jest wiadomo jaki będzie końcowy efekt systematycznego spożywania, niewielkich nawet, ilości alkoholu. Osoby, których organizmy, z przyczyn genetycznych, są mniej odporne na działanie alkoholu mogą bowiem nieświadomie, "podpierając się" badaniami naukowymi, stosunkowo szybko uszkodzić sobie układ nerwowy, wątrobę czy trzustkę, a nawet uzależnić się od alkoholu.

Do każdego z nas należy więc wybór czy "chronić" przy pomocy alkoholu swoje serce, czy też ryzykować innymi poważnymi następstwami zdrowotnymi picia alkoholu łącznie z uzależnieniem. Warto jednocześnie wiedzieć, że alkohol i produkty jego przemiany działają bardzo niekorzystnie na mięsień sercowy, prowadząc do jego zwyrodnienia oraz uszkadzają śródbłonek naczyń krwionośnych narażając je tym samym na pęknięcie, które może spowodować wylew krwi do mózgu czy zawał.

MIT:

Alkohol jest lekarstwem "na serce"

FAKT:

Najnowsze badania wykazały, że u osób z dolegliwościami "sercowymi" subiektywna poprawa samopoczucia następująca po spożyciu "lampki koniaku" jest wynikiem uspokajającego i znieczulającego działania alkoholu, a nie poprawy w ukrwieniu mięśnia sercowego. Naczynia wieńcowe, które odżywiają (dotleniają) mięsień sercowy nie ulegają bowiem rozszerzeniu, a tym samym dopływ krwi do mięśnia nie zwiększa się. Niedotlenienie utrzymuje się. Jednocześnie alkohol powoduje niebezpieczne "skoki" ciśnienia tętniczego krwi, a przy dłuższym jego używaniu uszkodzenie ścianek naczyń krwionośnych i wystąpienie zmian zwyrodnieniowych w mięśniu sercowym, co jest efektem bezpośredniego działania na mięsień - alkoholu i produktów jego przemiany.

MIT:

Alkohol poprawia sprawność psychofizyczną

FAKT:

Wykonywane, na niezmiernie czulej aparaturze, badania psychometryczne wykazują, że nawet po niewielkich dawkach alkoholu reakcje kierowców mogą wydłużać się nawet dwukrotnie tzn. o 0,3-0,5 sek. (czas prawidłowej reakcji u trzeźwego i pełnosprawnego kierowcy mieści się na ogół w granicach 0,5 sek.).

MIT:

Alkohol relaksuje i jest dobrym środkiem na zdenerwowanie

FAKT:

Chwilowe odprężenie, jakiego doznają niektóre osoby po spożyciu alkoholu, odrywa je na bardzo krótko od problemów życiowych. Problemy pozostają jednak nadal nierozwiązane, nawarstwiają się i często jeszcze bardziej komplikują. Po wytrzeźwieniu powraca się do nich z jeszcze większym napięciem i niepokojem. Dalsze sięganie po alkohol z myślą o zrelaksowaniu się grozi uruchomieniem mechanizmu "błędnego koła", który prowadzi do uzależnienia. Tak naprawdę to negatywny wpływ alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy pociąga za sobą jeszcze większą "nerwowość".

MIT:

Alkohol jest lekarstwem na sen

FAKT:

Zaśnięcie po spożyciu alkoholu jest wynikiem toksycznego działania alkoholu na mózg (zatrucia alkoholem). Sen nie jest wówczas naturalny (fizjologiczny), a człowiek podczas takiego snu nie wypoczywa w sposób właściwy.

MIT:

Alkohol jest środkiem poprawiającym trawienie

FAKT:

Prawda jest taka, że alkohol drażni i uszkadza śluzówki, zaburza pracę jelit, utrudnia wchłanianie pokarmów, a także upośledza funkcje takich narządów jak wątroba czy trzustka, które są niezbędne do prawidłowego przebiegu procesu trawienia. Osłabienie procesów trawienia i zaburzenia wchłaniania pociągają za sobą niedożywienie. Efektem niedożywienia mogą być stany niedocukrzenia, które są szczególnie niekorzystne dla mózgu i mogą spowodować jego uszkodzenie.

MIT:

Alkohol może zastępować pokarm

FAKT:

Alkohol nie jest w stanie zastąpić niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu składników pokarmowych, takich jak białka, węglowodany czy tłuszcze. Nie może więc stanowić źródła energetycznego nie tylko ze względu na wielokierunkową toksyczność ale również ze względu na metabolizm, uniemożliwiający gromadzenie zapasów energetycznych. Alkohol rzeczywiście dostarcza organizmowi pewną ilość kalorii (z 1 grama ok. 7 kcal.), jednak są to tzw. "puste" kalorie.

MIT:

Alkohol leczy nerki

FAKT:

Wprawdzie picie piwa bywa niekiedy zalecane osobom cierpiącym na kamicy nerkową ("piasek w nerkach") ze względu na jego działanie moczopędnie, jednak słysząc taką propozycję, nawet od lekarza, należy zawsze pamiętać o negatywnym wpływie alkoholu (bo piwo to przecież także alkohol) na inne układy i narządy.

MIT:

Niektórzy rodzą się alkoholikami

FAKT:

Takie stwierdzenie nie jest prawdziwe, bo przemawiałoby za tym, że alkoholizm powstaje wyłącznie na drodze dziedziczenia. Dzieci alkoholików byłyby wówczas skazane na alkoholizm, a tak przecież nie jest. W myśl dzisiejszych poglądów - na powstawanie alkoholizmu czyli uzależnienia od alkoholu składają się nie tylko czynniki biologiczne, ale także czynniki psychologiczne, duchowe i społeczne.

MIT:

Nie jestem alkoholikiem, bo nikt mnie nie widział pijanym

FAKT:

Upijają się zarówno alkoholicy, jak i nie alkoholicy. Jest wielu alkoholików, którym tylko sporadycznie zdarza się być pijanym, bowiem piją alkohol w niewielkich dawkach i tylko w

takiej ilości, aby uzyskać stan lekkiego oszołomienia, a jednocześnie nie dopuścić do wystąpienia bardzo przykrych dolegliwości związanych z zespołem abstynencyjnym. Z kolei stwierdzenie, że ktoś jest pijany nie upoważnia absolutnie do postawienia diagnozy uzależnienia od alkoholu.

MIT:

Alkoholik to ktoś, kto musi pić codziennie

FAKT:

Codziennie picie alkoholu nie jest objawem alkoholizmu, aczkolwiek zdarza się, że alkoholik pije przez wiele kolejnych dni (tzw. "ciąg" alkoholowy). Nie trudno spotkać alkoholików, którzy piją tylko raz czy parę razy w roku przez ileś kolejnych dni, zaś całymi tygodniami czy miesiącami potrafią zachowywać abstynencję. Coraz częściej można też spotkać alkoholików, którzy nie piją 5, 10, 20 czy nawet więcej lat (ostatnio spotkałem takiego, który nie pije od 57 lat).

MIT:

Alkoholicy to ludzie z marginesu i degeneraci
Alkoholicy to ludzie źli i niemoralni

FAKT:

Z opiniami tymi trudno dyskutować, bo przeczą im powszechnie znane fakty. Problemy z alkoholem mieli bowiem wspaniali pisarze i poeci (w tym niektórzy spośród laureatów literackiej Nagrody Nobla). Do pobytów w ośrodkach leczenia uzależnień przyznawały się gwiazdy światowego teatru i filmu. Także wśród znanych polskich aktorek i aktorów oraz innych osób publicznie znanych i szanowanych są takie, które nie kryją tego, że miały w przeszłości problem alkoholowy, jednak potrafiły się z nim uporać.

dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz

Alkohol – dodatkowe fakty i mity

Alkohol obniża masę mięśniową...

Niestety, to prawda. Po prostu w trakcie picia alkoholu zmniejsza się produkcja testosteronu w organizmie. A ponieważ testosteron jest hormonem pobudzającym rozwój masy mięśniowej, więc jego zanikanie pociąga za sobą zanik mięśni. Nawet zapasy glikogenu, który jest motorem wszelkiej energii, wbrew pozorom stają się coraz mniejsze. Rezultat jest taki, że mięśnie maleją, a kondycja słabnie.

Alkohol powoduje otłuszczenie sylwetki.

Obiegowa teoria głosi, że alkohol podnosi temperaturę ciała, a także że alkoholowe kalorie znikają jako ulatniające się ciepło. Nieprawda! Im mniejsze są zapasy testosteronu w organizmie, tym mniejsza jest jego zdolność do spalania tłuszczu. Spójrzmy na otyłe osoby po pięćdziesiątce, szczególnie te, które nie uprawiają sportu – one z natury mają obniżony procent testosteronu w organizmie, na skutek czego brakuje czynnika spalającego tłuszcz.

Tak samo dzieje się po wypiciu alkoholu. Młody człowiek nabiera nagle właściwości pięćdziesięciolatka, któremu natura obniżyła poziom testosteronu. Nawet jeżeli objętość mięśnia jest taka jak była, to ten mięsień został już nasycony tkanką tłuszczową. Krótko mówiąc – stracił na wartości.

Nie wolno zapominać, że coraz popularniejsze w naszym kraju piwo ma indeks glikemiczny (IG)=110, a więc jest ono czynnikiem szybko ściągającym insulinę do krwi. Im gwałtowniejszy wyrzut insuliny, tym większe będą jej zapasy, które następnie u siedzącego piwosza zamieniają się w tkankę tłuszczową.

Czy można pić bezpiecznie?

Pierwsze prace na temat picia „bezpiecznego” pojawiły się jeszcze w XIX stuleciu, ale dopiero Becker (1908 r.) po przebadaniu mężczyzn, którzy przeżyli powyżej 90 lat stwierdził, że bezpieczną dla zdrowia granicę stanowi 15 g czystego alkoholu dziennie. Inni badacze za „picie umiarkowane” uznawali konsumpcję nie przekraczającą 2,5 uncji (1 uncja = ok. 30 g) etanolu dziennie, a badania grupy alkoholików wykazały, że pili oni więcej niż 120 g czystego alkoholu dziennie.

W latach 70 Brytyjskie Królewskie Kolegium Psychiatryczne określało tzw. bezpieczną granicę dziennego spożycia alkoholu dla mężczyzn na ok. 60-80 g, a dla kobiet na 30-40 g. Te same ilości podawała włoska Encyklopedia Medyczna. Badania z lat 80 wykazały jednak, że wartości te były znacznie zawyżone. Z przeprowadzonych we Francji badań (Pequignot i wsp. 1978) wynika, że u mężczyzn spożywających 28 do 42 porcji alkoholu tygodniowo (w Polsce przyjmuje się, że 1 standardowa porcja - "drink" zawiera ok. 10 g czystego alkoholu, co odpowiada ok. 200 ml 5% piwa, 100 ml 10% wina lub 25 ml 40% wódki), ryzyko wystąpienia marskości wątroby jest sześciokrotnie wyższe niż u mężczyzn pijących mniej niż 14 porcji tygodniowo oraz że ryzyko to wzrasta z kolei aż 14-krotnie u mężczyzn pijących 42 do 56 porcji tygodniowo. Progowe wartości czystego alkoholu powodujące uszkodzenie wątroby szacowano we Francji na 60 g dziennie dla mężczyzn i 20 g dla kobiet. Badania grupy brytyjskich urzędników wykazały zwiększoną śmiertelność wśród mężczyzn spożywających ponad 30 porcji alkoholu tygodniowo.

W ostatnich latach, zgodnie z sugestiami ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (X wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10), weszły do użycia dwa terminy „szkodliwe spożywanie alkoholu” i „picie ryzykowne”. Szkodliwe spożywanie alkoholu oznacza taką konsumpcję, która wywołuje szkody w funkcjonowaniu fizycznym i psychicznym człowieka. Picie ryzykowne polega na spożywaniu alkoholu w takich ilościach i w taki sposób, że wiąże się to z bardzo wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia szkód zdrowotnych, o ile sposób picia nie ulegnie istotnym zmianom.

Zdaniem niektórych badaczy tzw. bezpieczna, a więc nie związana ze zbyt dużym ryzykiem wystąpienia szkód zdrowotnych, granica wynosi dla mężczyzn 3-4 porcje, a dla kobiet - 2 porcje alkoholu dziennie, wypijane przez 5 dni w tygodniu (sugeruje się dwa dni przerwy w tygodniu) Jednocześnie podkreśla się, że jednorazowe wypicie tygodniowej "normy" (tj. np. 10-15 porcji) zwiększa ryzyko wystąpienia niekorzystnych dla organizmu zmian. Zdaniem wielu badaczy nie należy spożywać więcej niż dwie porcje alkoholu dziennie, aby maksymalnie zmniejszyć ryzyko wystąpienia niepożądanych efektów. Inni uważają, że również te ilości alkoholu są zdecydowanie zbyt wysokie, a im mniej alkoholu się pije, tym jest lepiej dla zdrowia. Przykładem może być opinia prof. Ulfa Rydberga ze Szwecji, który w wygłoszonym w 1992 roku, podczas Kongresu Międzynarodowej Rady ds. Alkoholizmu i Uzależnień, referacie stwierdził, że ryzyko wystąpienia spowodowanych alkoholem szkód zdrowotnych można zminimalizować w przypadku spożywania dawki w granicach 7 gramów czystego alkoholu dziennie.

Nie ulega wątpliwości, że każda ilość alkoholu jest szkodliwa dla zdrowia, zarówno z punktu widzenia toksykologii, jak i psychologii, chociaż po jednorazowym spożyciu małej dawki alkoholu, szkody te mogą być trudne do uchwycenia. Niewielkie dawki alkoholu, spożywane jednorazowo w określonych sytuacjach (np. przez bardzo młode osoby, kobiety ciężarne, osoby cierpiące na niektóre schorzenia czy przyjmujące określone leki) mogą wyrządzać szkody zdrowotne nieproporcjonalnie duże w stosunku do ilości wypitego alkoholu. Należy też liczyć się z tym, że alkohol zmienia stan naszej świadomości, a każda nawet niewielka jego ilość upośledza sprawność psychomotoryczną. Może więc ona wpłynąć na podjęcie

nieprawidłowej i niekorzystnej dla nas decyzji, bądź spowodować wystąpienie różnorodnych, a do tego trudnych do przewidzenia reakcji i zachowań. Dotyczy to szczególnie osób z pewnymi predyspozycjami (np. z organicznymi uszkodzeniami mózgu czy też po przebytych urazach czaszki) oraz osób, które znalazły się w określonych okolicznościach (np. niedożywienie, niedospanie czy upały).

Zróznicowane są także reakcje na długotrwałe picie alkoholu. Udowodniono na przykład, że alkohol powoduje w organizmach młodych osób znacznie większe szkody, niż w organizmach osób dorosłych. Negatywne następstwa picia alkoholu występują zazwyczaj znacznie wcześniej u kobiet niż u mężczyzn, a choroby somatyczne i psychiczne oraz przyjmowanie szeregu leków zmieniają reakcje na alkohol. Propozycja ilościowego określenia bezpiecznego poziomu picia nie znalazła szerszego poparcia. Ze względu na indywidualne cechy konsumentów nie można więc mówić o tzw. „bezpiecznych” dawkach alkoholu. To co jest „bezpieczne” dla jednych, może okazać się bardzo niebezpieczne dla innych. Grupy, których tzw. „bezpieczny” poziom spożycia nie dotyczy zupełnie to dzieci i młodzież, kobiety w ciąży i matki karmiące, osoby uzależnione od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, dzieci i bliscy krewni osób uzależnionych (szczególnie płci męskiej), większość osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, osoby przyjmujące leki psychotropowe, osoby przyjmujące leki wchodzące w interakcję z alkoholem, osoby z chorobami somatycznymi, których przebieg może być pogarszany przez alkohol, osoby wykonujące niektóre czynności zawodowe (prowadzące pojazdy, kierujące maszynami, pracujące na wysokości lub wykonujące odpowiedzialną pracę wymagającą pełnej sprawności psychomotorycznej itp.). Oczywiście jest, że do grupy tej można dołączyć również większość osób, które już obecnie piją w sposób szkodliwy bądź ryzykowny.

Można powiedzieć, że jedynie zupełni abstynenci nie ryzykują w tej sprawie niczym, natomiast nieumiarkowane picie alkoholu pociąga za sobą występowanie różnego rodzaju problemów. Problemy związane z alkoholem rozpatrywane są zarówno na poziomie jednostki, jak i na płaszczyznach jej społecznego funkcjonowania. Mogą one dotyczyć człowieka bezpośrednio, a także wpływać na jego losy w sposób pośredni. Część klasyfikacji dokonuje podziału na problemy związane ze zdrowiem (somatycznym i psychicznym), problemy społeczne (rodzinne, zawodowe, prawne) oraz związane z nimi problemy ekonomiczne. Inne próby systematyzacji wyszczególniają problemy dotyczące samego pijącego, jego bliskich, środowiska pracy oraz takie, które mają związek z przestrzeganiem prawa i porządku tj. m.in. (przestępstwa i wykroczenia popełniane przez osoby w stanie nietrzeźwym, nielegalny import, produkcja i handel alkoholem itp.), a także niezgodną z prawem reklamę czy krypto reklamę napojów alkoholowych. Wiadomości na temat rozpowszechnienia problemów związanych z alkoholem uzyskiwane są w oparciu o analizę statystyk społecznych i zdrowotnych, a rozpowszechnienie problemów wiąże się ściśle z wielkością średniego spożycia napojów alkoholowych. Według Ledermanna liczba osób nadmiernie pijących rośnie proporcjonalnie do kwadratu średniego spożycia.

dr med. Bohdan Tadeusz Woronowicz

Źródło: Centrum AKMED - www.akmed.zdrowie.net

Problemy związane z alkoholem

Alkohol jest przyczyną wielu różnorodnych problemów społecznych i zdrowotnych, których rozpowszechnienie jest ściśle związane z wielkością spożycia.

Rzeczywiste spożycie alkoholu w Polsce szacowane jest w ostatnich latach na 9,5-10 l. 100% alkoholu na głowę mieszkańca. Spożycie rejestrowane jest zwykle niższe o 20-30% (np. w 1998 roku wynosiło ono 6,81 l.).

W latach 1990 - 1998 uległa poprawie struktura spożycia alkoholu. Zmniejszył się udział napojów spirytusowych w ogólnym spożyciu alkoholu i wynosił 35,2% (1990 r. - 60,89%). Stało się to poprzez zwiększenie konsumpcji piwa do 39,65% (1990 r. - 24,36%) oraz wina do 25,11% (1990 r. - 14,74%). Obecnie szacuje się, że napoje spirytusowe stanowią ok. 50% ogólnego spożycia, wina ok. 20% a piwa ok. 30%.

Problemy społeczne spowodowane alkoholem dotyczą:

- ☐ pijącej jednostki (m.in. bezrobocie, samobójstwa, skrócenie długości życia osób uzależnionych o 10-20 lat, zaburzenia rozwoju psychofizycznego i kariery edukacyjnej nastolatków, bezdomność i włóczęgostwo,)
- ☐ życia rodzinnego (m.in. kłótnie, przemoc, niechciane ciąży, demoralizacja, dewiacje seksualne, zubożenie, rozkład rodziny, zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne u dzieci i innych członków rodziny itp.),
- ☐ środowiska pracy (m.in. absencja - większa o ok. 30%, 30-70% spadek wydajności, pogorszenie jakości, 2-3 krotnie większa wypadkowość),
- ☐ naruszenia prawa i porządku przez osoby nietrzeźwe (przestępczość - ok. 25% ogólnej liczby, prowadzenie pojazdów - ok. 20% wypadków, zachowania w miejscach publicznych m.in. agresja, wybryki pseudokibiców itp.)
- ☐ przestępstw i wykroczeń związanych z obrotem alkoholem (nielegalna produkcja, import, sprzedaż napojów alkoholowych, sprzedaż alkoholu nieletnim i nietrzeźwym, zabroniona prawem reklama, kryptoreklama).

Problemy zdrowotne dotyczą zarówno zdrowia fizycznego jak i psychicznego. Wśród nich istotną rolę odgrywa uzależnienie od alkoholu, które można określić jako stan psychiczny i fizyczny, wynikający ze współdziałania organizmu i alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu i innymi następstwami, w tym zawsze przymusem (trudną do odparcia chęcią) ciągłego lub okresowego używania alkoholu po to, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub aby uniknąć przykrych objawów wynikających z jego braku. Człowiek może uzależnić się równolegle od alkoholu i innych środków (spożywanych, wdychanych czy przyjmowanych w formie zastrzyków).

Rozpoznawanie uzależnienia od alkoholu należy opierać na analizie powiązanych ze sobą i powtarzających się objawów. Jednocześnie konieczne jest uwzględnienie wpływu czynników wewnętrznych i zewnętrznych, stopnia nasilenia objawów oraz częstości ich występowania. Prawidłowo postawiona diagnoza zespołu uzależnienia od alkoholu musi więc być wypadkową objawów somatycznych, psychicznych i społecznych, występujących w ramach określonego kręgu kulturowego.

W krajach, gdzie spożycie alkoholu na jednego mieszkańca waha się w granicach ok. 8 l. 100% alkoholu na głowę mieszkańca, osoby uzależnione od alkoholu stanowią 5-10% populacji, w krajach gdzie jest ono wyższe odsetek osób uzależnionych może być istotnie większy.

dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz

Leczenie zespołu uzależnienia od alkoholu

Ponieważ uzależnienie od alkoholu jest chorobą "demokratyczną", może zapaść na nią każdy, bez względu na płeć, wiek, poziom intelektualny, wykształcenie i uprawiany zawód. Każdemu też konieczna jest pomoc w powrocie do zdrowia. Podstawową formą leczenia jest psychoterapia uzależnienia, a sam proces terapeutyczny to ciężka i żmudna praca zawierająca w sobie wiele różnorodnych działań, których efektem powinny być głębokie i możliwie trwałe zmiany. Zmiany te powinny dotyczyć postaw, przekonań, zachowań, przyzwyczajeń, relacji z innymi, a także sposobów przeżywania, odczuwania, myślenia itp.

Programy zdrowienia planowane są na okres wielu miesięcy a nawet lat. Początek ich stanowią najczęściej paro- lub kilkutygodniowe, intensywne oddziaływania prowadzone w warunkach stacjonarnych bądź intensywne programy ambulatoryjne obejmujące 16-20 godzin zajęć tygodniowo. Leczenie stacjonarne osób uzależnionych, w odróżnieniu od leczenia szpitalnego innych schorzeń, nie jest przeznaczone wyłącznie dla szczególnie ciężkich bądź "beznadziejnych" przypadków. Warunki stacjonarne umożliwiają bowiem zwiększenie intensywności zajęć, a poprzez to osiągnięcie w znacznie krótszym czasie tego, co dają wielomiesięczne programy ambulatoryjne. Drugi etap to uczestniczenie w programie opieki poszpitalnej, czyli terapia uzupełniająca bądź podtrzymująca, prowadzona w warunkach ambulatoryjnych.

Prawidłowo prowadzone leczenie powinno przebiegać zgodnie z - przygotowanym przez terapeutę (opiekuna, przewodnika), uzgodnionym z pacjentem oraz na bieżąco aktualizowanym i monitorowanym - indywidualnym programem (planem) psychoterapii uzależnienia.

Niezmiernie cennym uzupełnieniem, zarówno stacjonarnych jak i ambulatoryjnych form terapii, jest Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików. Stąd większość ośrodków terapeutycznych zaleca swoim pacjentom uczestniczenie w spotkaniach Wspólnoty AA a ich bliskim udział w spotkaniach grup Al-Anon i Alateen. Ponadto wiele materiałów pomocnych w terapii uzależnień opiera się na doświadczeniach Wspólnoty AA. Zobacz: www.anonimowi-alkoholicy.org.pl

Zarówno badacze jak i praktycy są zgodni co do tego, że stosowanie jakichkolwiek środków farmakologicznych, bez względu na ich skład chemiczny i profil działania, nie może być traktowane jako leczenie uzależnienia od alkoholu.

Przez wiele lat, w lecznictwie odwykowym w Polsce, powszechną a często jedyną "metodą", było "leczenie uczulające" lub "leczenie awersyjne" polegające na wymuszaniu abstynencji poprzez podawanie pacjentom disulfiramu w formie doustnej (Anticol, Antabus) lub w formie implantu (Esperal, Disulfiram). Przy obecnych możliwościach korzystania z nowoczesnych metod leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce, proponowanie disulfiramu jako "metody leczenia" należy traktować jako działania nieprofesjonalne, a w niektórych przypadkach nawet nieetyczne.

Ostatnio poświęca się coraz więcej uwagi środkom, które wpływają hamująco na tzw. przymus picia poprzez zmniejszenie nasilenia "głodu" alkoholowego bądź osłabiają "nagradzające" działanie alkoholu. Środki te powinny być jednak stosowane tylko na zlecenie specjalisty, w określonych i indywidualnych przypadkach oraz powinny być traktowane wyłącznie jako czynnik wspomagający psychoterapię uzależnienia od alkoholu. Samo podawanie tych środków nie daje szans na wyzdrowienie.

dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz

Kryzys wieku dojrzewania a profilaktyka

Z perspektywy naszego – dorosłego – życia okres młodości jawi się na ogół jako czas beztrudnego szczęścia. Chętnie wspominamy ten etap naszej egzystencji, pamiętając jednak raczej miłe jego momenty i... łatwość, z jaką przychodziło nam pokonywanie problemów, na jakie natrafialiśmy – szczególnie w kontekście późniejszych, a zwłaszcza aktualnych kłopotów.

Myślę, że te dwa elementy – idealizacja czasu własnej młodości oraz przeświadczenie o łatwości życia w tym okresie (i nikłej wadze problemów, z jakimi konfrontowani są młodzi ludzie) – bardzo silnie rzutują na nasz stosunek do nastolatków.

Z naszej perspektywy takie wydarzenia, jak np. zła ocena stawiana uczniowi, zawód miłosny, który go spotkał, odsunięcie się od niego przyjaciela – to mało znaczące epizody w kontekście tego, co wiemy o życiu i czego najprawdopodobniej doświadczy nasz uczeń w dorosłym życiu. On (ona) naprawdę przesadza – to częsta reakcja na sposób, w jaki nastolatek odbiera to, co go spotyka.

W naszej postawie pobrzmiewa lekceważenie wagi problemów, z jakimi młodzi ludzie są konfrontowani. To, co prezentujemy wobec nich, nosi wyraźne znamiona postawy niepartnerskiej.

Nie tylko ich problemy interpretujemy według własnego systemu znaczeń, ale i oczekujemy, że oni nasz system znaczeń przyjmą za swój i użyją go do oceny tego, co się dzieje.

Śmiem twierdzić, że kłopoty w nawiązaniu sensownej relacji z nastolatkami – jeśli wynikają z opisanej wyżej różnicy doświadczeń życiowych nauczyciela i jego ucznia – są skutkiem naszego deficytu: niezdolności do tzw. decentracji poznawczej – czyli nieumiejętności przyjęcia perspektywy drugiej strony. Bo z punktu widzenia nastolatka – i w jego systemie znaczeń – jego sytuacja życiowa jawi się jako ważna i jedyna.

Jeśli zależy nam na nawiązaniu partnerskiej relacji z wychowankiem, musimy rozumieć sytuację egzystencjalną, w jakiej się znajduje, i respektować jego punkt widzenia.

Okres dojrzewania (adolescencji) jest kryzysowym momentem w życiu jednostki. Kryzys ów polega na załamaniu się wypracowanych wcześniej i skutecznych dotychczas sposobów zaspokajania własnych potrzeb i radzenia sobie w środowisku społecznym.

Dotychczasowa adaptacja załamuje się pod wpływem intensywnych i gwałtownych zmian, jakim podlega nastolatek.

Z tego względu – wg psychoanalityczki Françoise Dolto – „ostatni rozdział dzieciństwa (wiek dojrzewania) odgrywa równie istotną rolę co narodziny. Nastolatek przechodzi przez okres przejściowy, o którym sam nic nie wie, a dla dorosłych jest wielkim znakiem zapytania”¹.

Zmiany zachodzą na co najmniej trzech podstawowych dla jednostki płaszczyznach.

Pierwsza – biologiczna – w obrębie której ujawnia się nowa jakość natury fizjologicznej, prowadząca w konsekwencji do dojrzałości płciowej. Rozwój fizjologiczny powoduje konieczność podjęcia wyznaczonej przez naturę roli mężczyzny lub kobiety, samookreślenia się w obrębie własnej płci.

Na drugiej płaszczyźnie – rodzinnej – dochodzi do rozdźwięku między oczekiwaniami nastolatka a rodziców.

Pojawia się konflikt

między bronionym przez jednostkę statusem dziecka a dynamicznie zmieniającymi się oczekiwaniami bliskiego otoczenia społecznego, pragnącego widzieć w jednostce coraz bardziej samodzielne „w coraz większym stopniu dorosłego”,

lub odwrotnie – parcie nastolatka do niezależnej samodzielności blokowane przez najbliższe otoczenie społeczne, próbujące zachować status quo. Równocześnie w okresie dorastania występuje wyraźna tendencja zmniejszania się roli rodziny jako głównego źródła oparcia na rzecz rosnącego znaczenia grupy rówieśniczej.

Trzecia płaszczyzna – społeczna – to konieczność nowego samookreślenia się w szerszym kontekście społecznym. Wejście na poziom szkoły ponadpodstawowej zmusza do zaadaptowania się w rzeczywistości nowej szkoły i nowej grupy rówieśniczej, a także – najczęściej po raz pierwszy w życiu – do myślenia o sobie w perspektywie podjęcia zdefiniowanej roli zawodowej w gwałtownie przybliżającej się dorosłości.

Konsekwencją tych zmian jest nieuchronny dla okresu adolescencji kryzys tożsamości, konieczność odpowiedzenia sobie od początku na pytania skrytowane: „kim jestem?”, „kim są inni ludzie?”, „czym jest świat, który mnie otacza?”.

Kryzys wieku dojrzewania nie jest immanentnie związany z rozwojem ontogenetycznym jako takim. Wyniki badań Margaret Mead nad życiem plemion zamieszkujących Wyspy Samoa na Południowym Pacyfiku wskazują, że problemy wieku dojrzewania warunkowane są specyfiką zachodniej kultury.

Koncentrując się w swych badaniach na życiu samozańskich dziewcząt Margaret Mead opisuje cykl ich życia jako proces, który przebiega w sposób harmonijny i bez zakłóceń – co stoi w wyraźnej sprzeczności z obrazem lat dojrzewania w naszej kulturze. (...) Na Samoa chłopcy i dziewczęta wczesnie zapoznają się z podstawowymi kwestiami życiowymi, śmiercią i seksem. Seksualizm jest traktowany tam w otwarty, zindywidualizowany sposób. Jeszcze przed adolescencją młodzi ludzie mogą swobodnie angażować się w rozmaite związki seksualne i miłosne. W ten sposób młodzież z Wysp Samoa w mniejszym stopniu niż ich rówieśnicy z Zachodu doświadcza poczucia winy i wstydu, a również nie musi, jak ich rówieśnicy z zachodnich społeczeństw, radzić sobie z uczuciami lęku i zagubienia. (...) W rezultacie w okresie adolescencji brak szczególnych wydarzeń życiowych, które mogą być źródłem stresu i niepokoju. Z kolei w zachodnich społeczeństwach młodzi ludzie w okresie dorastania żyją życiem, które wypełniają rozmaitego rodzaju wyzwania, okazje, ambicje, potrzeby osiągnięć i w konsekwencji napięcia i stresy, które są nieodłączną częścią takiego stylu życia².

Obyczajowo-normatywnym wymogom kultury zachodniej podlegają wszyscy. Każdy młody człowiek musi zmierzyć się z problemami przejścia z okresu dzieciństwa do dorosłości.

Dlaczego więc część nastolatków radzi sobie – lepiej bądź gorzej – z tą nową rzeczywistością, a dla części problemy wieku dorastania przerastają ich możliwości?

Wydaje się, że u podstaw skuteczności (lub jej braku) w pokonywaniu problemów charakterystycznych dla tego wieku leży typ generalnej postawy przyjmowanej przez młodych ludzi wobec nowej rzeczywistości. Odpowiedzią jednostki na utratę podstawowych wyznaczników konstytuujących jej dotychczasową egzystencję jest jeden z dwóch typów reakcji:

- **mobilizacja**, umożliwiająca podjęcie działań mających na celu przewyciężenie stanu kryzysu,
- **destabilizacja** emocjonalna, często dezintegracja i pojawienie się zaburzeń funkcjonowania.

W pierwszym przypadku dorastający traktuje kryzys jak wyzwanie – zadanie do wykonania, w drugim – rozpoznaje kryzys jako zagrożenie wiążące się z przeżywaniem silnego napięcia i poczuciem nieradzenia sobie z rzeczywistością.

To, jak konkretna jednostka zareaguje na zmiany charakterystyczne dla okresu dorastania i na ile poradzi sobie z kryzysem, zależy od jej „wyposażenia socjalizacyjnego”. Innymi słowy nastolatek zareaguje na aktualne kłopoty dokładnie tak, jak nauczył się tego w swoim dotychczasowym życiu. A z kolei to, czego się nauczył, zależne było od właściwości środowiska socjalizacyjnego, w którym się wychowywał.

W odniesieniu do przytłaczającej większości nas cechy środowiska socjalizacyjnego dziecka wyznaczone są przez jego rodziców. Chodzi tu nie tylko o stosunek emocjonalny rodziców do dziecka – czyli emocjonalny klimat, w jakim dziecko się wychowywało. Ważny jest także styl wychowawczy, jakiemu dziecko podlegało, wpajany mu system wartości, przekazywane sądy na jego temat, współwyznaczające poziom poczucia własnej wartości dziecka.

Trudności w osiągnięciu zdrowej adaptacji do nowych wymagań i przyjęcie postawy „bycia w zagrożeniu” są konsekwencją deficytu socjalizacyjnego, któremu jednostka podlegała w rodzinie lub innej pierwotnej grupie społecznej.

Na ogół rodzice działają w dobrej wierze i z pozycji pełnych miłości do własnych dzieci. Zaskakująco często jednak ich wysiłki wychowawcze obarczone są błędami i – wbrew ich intencjom – szkodzą dziecku.

Należy jednak wyraźnie podkreślić, że przytłaczająca większość porażek wychowawczych bierze się z nieumiejętności, a nie ze złej woli rodziców.

I nie jest to dziwne w kulturze, która opiera się na założeniu, że każdy „rodzi się do bycia rodzicem” – to znaczy w oczywisty sposób i bez praktycznie żadnej specjalnej edukacji potrafi właściwie wychować swoje dzieci.

Kto więc ma szansę – w kontekście własnych doświadczeń socjalizacyjnych – potraktować kryzys wieku dojrzewania jako wyzwanie, a kto zareaguje na kryzys jako na zagrożenie, z wszystkimi wynikającymi z tej postawy konsekwencjami?

Na tak postawione pytanie można udzielać odpowiedzi na różnym poziomie szczegółowości i uwzględniających różne zestawy koniecznych i przydatnych cech. Ograniczę się tylko do tych, które uważam za niezbędne.

By podjąć jakiegokolwiek działanie, trzeba być do niego zmotywowanym.

Warunkiem koniecznym jest, by działający podmiot z minimalnym chociaż prawdopodobieństwem oceniał, że podjęcie działania doprowadzi do pożądanego celu. Ta minimalna chociaż nadzieja na sukces jest niemożliwa, jeśli przyjmujemy, że nie jesteśmy zdolni do osiągnięcia zamierzonego celu – a więc konieczne jest przekonanie o własnej wartości.

Ocena możliwości osiągnięcia sukcesu zależy też od wcześniejszych doświadczeń w samodzielnym realizowaniu stawianych sobie celów.

Innymi słowy – by potraktować kryzys jako zadanie do wykonania trzeba co najmniej wierzyć w siebie i mieć za sobą doświadczenia w samodzielnym skutecznym działaniu. I odwrotnie – nastolatek (choć dotyczy to przecież ludzi w każdym wieku) nie podejmie żadnych kroków mających na celu poradzenie sobie z kłopotami, jeśli ma zbyt niskie mniemanie o sobie („ja nie dam rady”) lub jeśli nie doświadczył wcześniej skuteczności własnych działań.

Jeśli tak, to wyraźnie widać, że niezwykle ważnymi elementami postawy rodziców wobec dziecka oraz działań wychowawczych w rodzinie powinny być takie, które zwiększają poczucie własnej wartości dziecka oraz pozwalają mu na zdobywanie doświadczenia w samodzielnym działaniu.

Nieumiejętność adaptacyjnego rozwiązywania problemów wieku dojrzewania prowadzi często do wejścia w chroniczny stan napięcia emocjonalnego i „wpadnięcie” w mechanizm „błędnego koła”: im dotkliwiej i dłużej odczuwany jest dyskomfort związany z niemożnością osiągnięcia pożądanego celu, tym poziom napięcia jest intensywniejszy. Im napięcie silniejsze, tym trudniej działać skutecznie.

Prześledźmy to na przykładzie: dla nastolatka istotną potrzebą jest bycie akceptowanym przez grupę rówieśniczą i poczucie przynależności do niej. Nieumiejętność podjęcia aktywności wobec rówieśników nakierowanej na zdobycie ich akceptacji pozostawia go poza grupą. Poczucie bycia mało atrakcyjnym i odrzuconym przez grupę przy intensywnie odczuwanej potrzebie akceptacji i przynależności prowadzi do chronicznego napięcia, które dodatkowo utrudnia podjęcie skutecznych działań wobec rówieśników.

Ten przykład jest także ilustracją „samospelniającej się przepowiedni”: przeświadczenie, że nie potrafię nic zrobić, żeby zdobyć akceptację grupy, uniemożliwia aktywność, w konsekwencji rzeczywiście pozostaje na zewnątrz grupy.

Młodzi ludzie nie radzący sobie z kryzysem zagrożeni są niebezpieczeństwem wejścia w proces tzw. „błędnej adaptacji”, prowadzący do zachowań z kręgu psychopatologii (nerwicy i psychozy) lub patologii społecznej (zachowania antisocjalne, alkoholizm czy narkomania).

Zgodnie z tzw. funkcjonalnymi teoriami psychopatologii nerwicowe i psychotyczne objawy nie pojawiają się znikąd. Są one właśnie funkcjonalne względem stanu psychoemocjonalnego jednostki, która je przeżywa i wpływają na ten stan.

Na przykład czynności kompulsywne w nerwicy natręctw obniżają napięcie. Podobnie urojenia psychotyczne umożliwiają nadanie otaczającej rzeczywistości nowego, mniej zagrażającego (choć oczywiście nieadekwatnego) znaczenia, czyniąc ją bardziej znośną.

Zarówno alkohol, jak i większość narkotyków działa odprężająco, pozwala na „chwilę wytchnienia”, znosząc chroniczne uczucie dyskomfortu. Odczucie ulgi związane z przyjmowaniem środków psychoaktywnych rodzi tendencję do powtarzania doświadczeń z nimi i inicjuje proces błędnej adaptacji.

Młody człowiek zyskuje co prawda sposób na pozbycie się negatywnych uczuć, ale dzieje się to bez związku ze sprawami, które są odpowiedzialne za powstanie tych uczuć. Jego realne problemy pozostają nierozwiązane. Picie alkoholu lub branie narkotyków nie zwiększa jego umiejętności np. społecznych. Dlatego właśnie proces ten należy określać jako błędną adaptację.

Tomasz Kowalewicz

Źródło: www.narkomania.org.pl

Mechanizm iluzji i zaprzeczania

W świadomości osoby, u której rozwija się proces uzależnienia coraz częściej ścierają się negatywne informacje o szkodach powodowanych przez picie oraz sygnały wskazujące na rosnące zapotrzebowanie na pozytywne emocjonalne efekty picia. Dysonans ten redukowany jest przez zaprzeczanie informacjom o szkodach, co doprowadza do wytworzenia się patologicznego systemu regulacji psychicznej, nazwanego mechanizmem iluzji i zaprzeczania. Utrudnia on rozpoznawanie szkód i ich alkoholowej przyczyny oraz dostarcza wskazówek przeszkadzających w powstrzymaniu uzależnienia i tworzy złudne i pozytywne wizje życia z alkoholem. Mechanizm ten działa okresowo i bez udziału świadomości. Aktywizuje się wtedy, gdy nasila się dążenie do uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych i pokusa doświadczenia pozytywnych skutków picia oraz gdy tematem procesów umysłowych stają się sprawy związane z piciem alkoholu.