

Lidia Wawryk*

Mariusz Gwozda**

MINIMALIZOWANIE ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH MŁODZIEŻY ORAZ WSPIERANIE CZYNNIKÓW CHRONIĄCYCH W ŚWIELE TEORII RESILIENCE

Interpretacja zagadnień z zakresu profilaktyki społecznej opiera na różnorodnych koncepcjach, m.in.: koncepcji zachowań problemowych Jessorsów (1977; Jessor 1987, 1998), nieco mniej znanej w Polsce koncepcji rozwoju społecznego Dawida Hawkinsa oraz Josepha Weisa (1985) czy koncepcji salutogenezy – efektywnego radzenia sobie ze stresem (Antonovsky 1995, 1997). Koncepcje te wykorzystywane są w interpretowaniu zachowań problemowych młodzieży, w których analizuje się splot różnorodnych czynników bio-psycho-społecznych, warunkujących pojawianie się zachowań ryzykownych. Koncepcja Antonovskiego (1995, 1997) różni się od koncepcji Jessorsów czy teorii Hawkinsa i Weisa tym, że akcentuje wzmacnianie właściwości człowieka, które sprawiają, że staje się on odporny na działanie negatywnych czynników. Podobną zależność znajdziemy w koncepcji resilience skoncentrowanej przede wszystkim na rozwijaniu i wzmacnianiu tzw. czynników chroniących (Rutter 1987, Gamezy i in. 1984, 1985; Luthar 1991, Hawkins i in. 1992, Werner 1992, 1995, 2000; Masten 2001, 2006; Masten, Obradović 2006; w Polsce: Szymańska 2002, Gaś 2000, 2003, 2006; Borucka, Ostaszewski 2003; Ostaszewski 2003, 2005, 2006; Borucka 2011, Junik 2011). W polskim piśmiennictwie nie ma jednego określenia, które w pełni definiowałoby znaczenie angielskiego terminu resilience – najczęściej przyjmuje się, że oznacza ono elastyczność, sprężystość, prężność, odporność, zdolność regeneracji sił, zdrowienie (Borucka 2011, s. 11).

Według Wioletty Junik (2011, s. 47) zjawisko resilience to fenomen pozytywnej adaptacji. Koncepcja ta odnosi się do zjawiska psychospołecznego, złożonego procesu i splotu czynników chroniących, gwarantujących odporność na negatywne wpływy, będących efektem nakładania się

***Lidia Wawryk** – doktor, adiunkt w Katedrze Opieki, Terapii i Profilaktyki Społecznej Uniwersytetu Zielonogórskiego.

****Mariusz Gwozda** – doktor, adiunkt, Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

indywidualnych, rodzinnych i pozarodzinnych czynników chroniących. Koncepcja ta przede wszystkim wyjaśnia fenomen pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży narażonych na sytuacje ryzykowne, przeciwności losu oraz zdarzenia traumatyczne (Rutter 1987). Teoria została też zdefiniowana jako dynamiczny proces odzwierciedlający względnie dobre przystosowanie się jednostki mimo doświadczanych przez nią zagrożeń lub traumatycznych przeżyć (Borucka, Ostaszewski 2008, s. 588).

Jeśli czynniki ryzyka są powszechnie rozumiane jako wszystko to, co zwiększa prawdopodobieństwo zachowywania się w sposób problemowy lub sprzyjają rozwojowi zaburzeń, to analogicznie – czynniki chroniące oznaczają to, co zmniejsza to prawdopodobieństwo (Wojcieszek 2005, s. 29-30). Poniżej przybliżam istotę koncepcji resilience – przedstawiam czynniki ryzyka, a przede wszystkim rozwijam kwestię dotyczącą czynników chroniących, stanowiących podstawy tej koncepcji. Analizę opieram na dostępnej literaturze przedmiotu, mając na uwadze, że jest to zjawisko niejednorodne – brak jest bowiem zgodności w definiowaniu terminu, a także istnieją rozbieżności w trzech głównych nurtach badań dotyczących koncepcji.

Zagrożone dzieci a czynniki ryzyka

Dzieciom zagrożonym brakuje wiedzy, zachowań, postaw i umiejętności potrzebnych do skutecznego funkcjonowania w życiu dorosłym. Można zauważyć, że już we wczesnym dzieciństwie, a zwłaszcza w pierwszych latach nauki szkolnej często przejawiają one zachowania, cechy funkcjonowania poznawczego i emocje układające się w dysfunkcjonalne, zazębiające się syndromy. Mogą one łatwo przekształcić się w samospelniającą przepowiednię, w pogłębiającą się spiralę problemów – jeżeli się ich od razu nie wykorzeni (McWhirter i in. 2005, s. 136). Alan Kazdin zauważa, że alarmująca liczba dzieci i młodzieży podejmuje działania ryzykowne (np. picie alkoholu, współżycie seksualne bez zachowania środków ostrożności), a także narażona jest – według autora – na sytuacje (np. wykorzystywanie, przemoc itd.). Młodzież więc zachowuje się w sposób ryzykowny, a samo definiowanie zachowań ryzykownych oznacza „działania zwiększające prawdopodobieństwo pojawienia się niekorzystnych psychologicznych, społecznych i zdrowotnych konsekwencji” (Kazdin 1996, s. 39). McWhirter i in. (2005, s. 38) terminem zagrożenie/ryzyko określają „zespół mechanizmów przyczynowo-skutkowych przypuszczalnie narażających młodzież na negatywne zdarzenia w przyszłości”. W rozumieniu Krzysztofa Ostaszewskiego (2005, s. 113) – zachowania ryzykowne (biorąc pod uwagę kryterium wyróżniającym te zachowania) to „niezgodność tych zachowań z normami społecznymi, ale przede

wszystkim zagrożenia dla zdrowia i rozwoju”. Za najbardziej szczegółową listę czynników ryzyka uchodzi ta przedstawiona przez zespół badaczy J.D. Coie i in.:

Obecnie badacze są zgodni, że działanie jednego czynnika nie jest wystarczające dla wystąpienia jakiegoś zakłócenia w funkcjonowaniu jednostki czy wystąpieniu choroby. Dopiero współwystępowanie kilku czynników ryzyka może powodować nieprzystosowanie lub wywołać chorobę (za: Borucka, Ostaszewski 2008, s. 4).

Czynniki chroniące w profilaktyce

Wiele programów profilaktycznych „charakteryzuje się próbami ograniczania czynników ryzyka i/lub zwiększania siły oddziaływania czynników chroniących” (Kazdin 1996, s. 53). Zdaniem Coie i in. (1996, s. 16) czynnikami ryzyka nazywamy te zmienne, które wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia, większym nasileniem i dłuższym czasem trwania istotnych problemów dotyczących zdrowia psychicznego. Pojęcie czynników chroniących autorzy odnoszą do warunków zwiększających odporność człowieka na czynniki ryzyka i zaburzenie. Definiując czynniki chroniące najczęściej przyjmuje się, że są to cechy, sytuacje, warunki zwiększające odporność na działanie czynników ryzyka (Szymańska 2002, s. 17). W podstawowym zakresie zdefiniowania czynników chroniących – próby te zostały podjęte przez Masten, Best i Garmezy (1990), gdzie autorzy zaliczyli do nich: stałą opiekę sprawowaną przez kompetentną osobę dorosłą, zdolności umożliwiające dobre wyniki w nauce, umiejętności rozwiązywania problemów, wrażliwość społeczną oraz poczucie własnej skuteczności. Norman Garmezy (1985) akcentuje trzy grupy powiązane ze sobą, które budują ochronny mechanizm adaptacyjny: czynniki indywidualne – zrównoważony (pozytywny) temperament, poczucie humoru i inne wrodzone predyspozycje, dobre funkcjonowanie intelektualne; cechy środowiska rodzinnego – ciepło, spójność, zaangażowanie rodziców w sprawy dziecka; cechy pozarodzinnego środowiska społecznego, m.in. wsparcie ze strony innych osób dorosłych np. nauczyciela; innych instytucji wychowawczych – które zmierza do stymulacji dzieci w pokonywaniu trudności. Szczegółowe określenie obszarów odporności prezentuje tabela nr 1.

Najbardziej powszechnego ujęcia najważniejszych czynników chroniących dokonał Hawkins (1992), zaliczając do nich: silną więź emocjonalną z rodzicami, zainteresowanie nauką szkolną, regularne praktyki religijne, poszanowanie prawa, norm, wartości i autorytetów społecznych oraz przynależność do pozytywnej grupy. McWhirter i in. (2005, s. 143-156) ujmują

je odnosząc do pięciu podstawowych obszarów kompetencji: krytycznych kompetencji szkolnych; obrazu własnej osoby i samooceny; komunikacji; radzenia sobie ze stresem; uzyskiwania kontroli nad podejmowaniem decyzji, odraczaniem natychmiastowej gratyfikacji oraz posiadaniem życiowego celu.

Kształtowanie odporności jest złożonym procesem, dlatego w literaturze przedmiotu funkcjonują różne modele resilience. Najbardziej powszechne to:

- model równoważenia ryzyka (compensatory model)
- redukowania ryzyka (immunity of protective model)
- uodparniania na ryzyko (challenge model) (Garmezy i in. 1984).

Model równoważenia ryzyka zakłada, że czynniki chroniące bezpośrednio oddziałują na zachowanie, równoważąc wpływ czynników ryzyka. Model redukowania ryzyka ukazuje, że czynniki chroniące wchodzi w interakcję z czynnikami ryzyka i zmniejszają ich wpływ na zachowanie (tworzą bufor lub tarczę ochronną). Ostatni model, uodparniania na ryzyko, podkreśla, że umiarkowany poziom ryzyka może uodparniać i przygotowywać jednostkę do nowych i trudniejszych wyzwań (za: Borucka, Ostaszewski 2008, s. 592).

Zakończenie

Reasumując, koncepcja resilience zdaniem Krzysztofa A. Wojcieszka (2005, s. 31) umożliwiła dostrzeganie sił działających na człowieka. Wyraźnie widać działanie zarówno sił negatywnych (czynniki ryzyka), ale również pozytywnych (czynników chroniących). Warto mieć na uwadze model, który łączy czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące – a został on usystematyzowany przez K. Ostaszewskiego.

Wyraźnie z tego wynika, że obszary koncepcji odporności wywodzą się ze „zwykłej magii”, jak określa je Ann Masten (2001). Garbarino (za: McWhirter i in. 2005, s. 137-138) słusznie zauważa, że „każde dziecko i młody człowiek muszą się w końcu ugiąć pod naporem wystarczająco silnie deprymującego otoczenia społecznego, rodzinnego i szkolnego. Istnieje bowiem taki punkt, w którym szala może się przechylić albo w kierunku dobra (nadziei, pozytywnego stosunku do siebie, funkcjonalności), albo w kierunku zła (rozpaczy, niskiej samooceny, dysfunkcjonalności)”. Warto więc przechylać szalę w kierunku odporności, wspierać obszary chroniące, które niwelują lub tamują czynniki ryzyka. Należy o nich pamiętać, wspierać je oraz nieustannie szukać odpowiedzi na pytanie zadane przez Jeffries McWhirtera (2005, s. 135) „jak to się dzieje, że jedne dzieciaki mają w sobie inne zaś klepią ziemię łopatką, szukają brylantu po omacku, by znaleźć tylko żwir?”.

Próba odpowiedzi na to pytanie pozwoli na odszukanie zasobów (czynników chroniących) w każdym dziecku, które doświadcza trudności. Stanowiąc mogą one bazę do diagnozy sytuacji dziecka, podjęcia zindywidualizowanych działań profilaktycznych wobec niego, a także nieustannego wzmacniania czynników chroniących.

Literatura

- ANTONOVSKY A. (1995), Rozwikłanie tajemnicy zdrowia, tłum. H. Grzełkowska-Klarkowska, Wyd. IPN, Warszawa.
- (1997), Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia, [w:] Psychologia zdrowia, red. I. Heszen-Niedojdek, H. Sęk, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- BORUCKA A., OSTASZEWSKI K. (2008). Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12: 587-597.
- BORUCKA A. (2011), Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań, [w:] red. W. Junik, Resilience, Parpamedia, Warszawa, s.1-11.
- COIE J.D., WATT N/F., WEST S.G. I IN. (1996). Profilaktyka: teoria i badania. Ramy teoretyczne i wybrane wytyczne narodowego programu badawczego, tłum. H. Grzełkowska-Klarkowska, „Nowiny Psychologiczne”, 2, s. 15-37.
- GARMEZY N. I IN. (1984), The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 95-111.
- GARMEZY N. (1985), Stres-resistant children: The search for protective factors [w:] J. Stevenson (red.) Recent research in developmental Psychopathology, Pergamon Press, Oxford-New York-Toronto-Sydney-Paris- Frankfurt, 213-234.
- GAŚ Z. B. (2000), Psychoprofilaktyka: procedury konstruowania programów wczesnej interwencji, Wyd. UMCS, Lublin.
- (2003), Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja. Poradnik metodyczny, MENiS, Warszawa.
- (2006), Profilaktyka w szkole, WSiP, Warszawa.
- SZYMAŃSKA J. (2002), Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki, CMPP-P, Warszawa.
- HAWKINS D., WEIS J. (1985), The social development model: an integrated approach to delinquency prevention, *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.

- HAWKINS J.D., CATALANO R.F., MILLER J.Y. (1992), Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implication for substance abuse prevention, „Psychological Bulletin”, 112, 1. 64-105.
- JESSOR R., JESSOR S. (1977), Problem behavior and psychological development: a longitudinal study of youth. New York, Academic Press.
- JESSOR R. (1987), Problem-Behavior Theory, Psychological Development, and Adolescent Problem Drinking, British Journal of Addiction, 82, 331-342.
- (1998) New perspectives on adolescent risk behaviour, [w:] R. Jessor (red.) New perspectives on adolescent risk behaviour, Cambridge University Press, s. 1-10.
- JUNIK W. (2011), Zjawisko rezyliencji – wybrane problemy metodologiczne, [w:] Resilience, red. W. Junik, Parpamedia, Warszawa.
- KAZDIN A.E. (1996), Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze, tłum. M. Ojrzyńska, „Nowiny Psychologiczne”, 2, s. 39-74.
- LUTHAR S., ZIGLER E (1991), Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood, American Journal of Orthopsychiatry, 61, 1, 6-22.
- MASTEN A.S., BEST K.M., GARMETZ N. (1990), Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity, Development and Psychopathology, 2, 425-444.
- MASTEN A.S. (2001), Ordinary magic, American Psychologist, 56, 3, 227-238.
- MASTEN A.S. (2006), Competence and resilience in development, Annals of the New York Academy of Sciences, 1984, s. 13-27.
- MC WHIRTER J. J. I IN. (2005), Zagrożona młodzież. Ujęcie kompleksowe dla pracowników poradni, nauczycieli, psychologów i pracowników socjalnych, tłum. H. Grzegółkowska-Klarkowska, A. Basaj, PARPA, Warszawa.
- OSTASZEWSKI K. (2003), Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa.
- (2005), Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży [w:] Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej, red. M. Deptuła, Bydgoszcz, Wyd. UKW
- (2006), Pozytywna profilaktyka, „Świat Problemów”, 3, 158, 1-5.

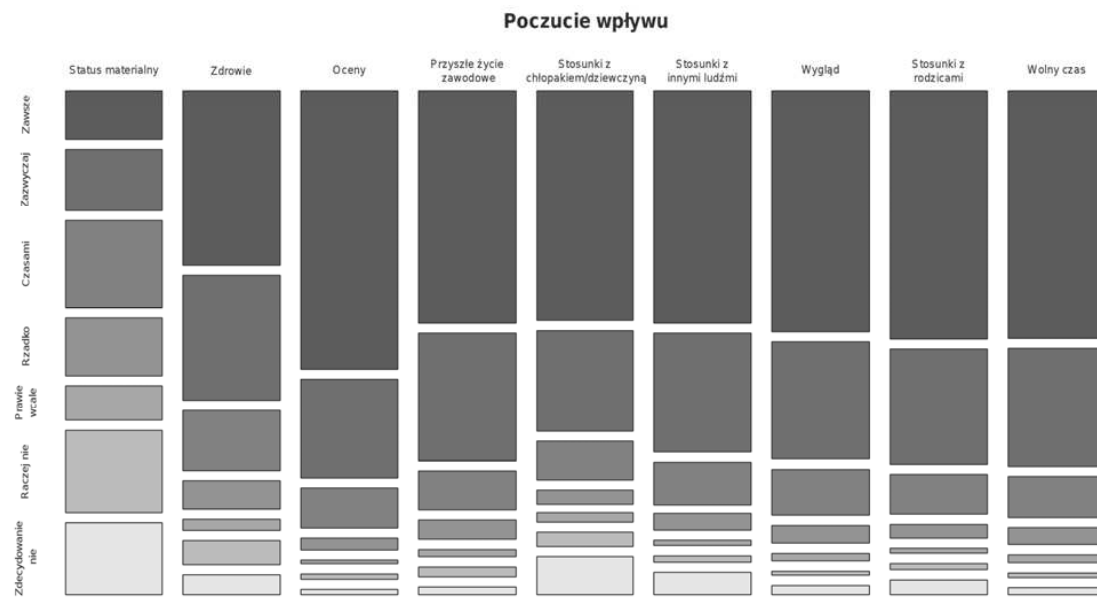
- RUTTER M. (1985), Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder, *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- (1987), Psychosocial Resilience and Protective Mechanism, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 3, 316-331.
- WERNER E.E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- (1992) The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood, „*Journal of Adolescent Health*”, nr 13, 262-268.
- (2000), Protective factors and individual resilience, [w:] S. J. Meisels., J. P. Shonkoff (red.) *Handbook of early childhood intervention*, Cambridge University Press, New York, s.115-132.
- WOJCIESZEK K. A. Na początku była rozpacz... Antropologiczne podstawy profilaktyki, Rubikon, Kraków.

Lidia D. Wawryk
Mariusz Gwozda

**MINIMIZING RISKY BEHAVIOURS OF YOUNG PEOPLE
 AND SUPPORTING PROTECTIVE FACTORS IN THE LIGHT
 OF RESILIENCE THEORY**

Abstract

The paper deals with one of the preventive concepts - resilience. The authors start with terminological assumptions, and then they characterize basic concept areas - risk factors (characterization of risk areas) and protective factors (the authors refer to the conditions enhancing human immunity). The article presents basic information about the resilience concept which is worth referring to while analyzing the causes and mechanisms of behaviour disorders or the symptoms of social maladjustment in children and adolescents.



Wykres 2. Obszary poczucia wpływu. Wykres mozaikowy demonstruje strukturę odpowiedzi na pytanie o poczucie wpływu w odpowiednich obszarach. Ciemniejsze kolory odpowiadają wyższemu poczuciu wpływu, jaśniejsze niższemu. Wielkość prostokąta jest proporcjonalna do liczby uczniów, którzy udzielili danej odpowiedzi.

Tabela 1

Zestawienie ogólnych obszarów czynników ryzyka

Wybrane obszary czynników ryzyka	
Warunki rodzinne	Przynależność do niższej klasy społecznej; konflikty rodzinne, choroba psychiczna w rodzinie; liczna rodzina; słaba więź z rodzicami; dezorganizacja rodziny, zaburzenia w komunikowaniu się
Problemy emocjonalne	Maltretowanie w dzieciństwie; apatia i ośpienie emocjonalne; niedojrzałość emocjonalna; stresujące zdarzenia życiowe; niska samoocena; brak kontroli emocjonalnej
Problemy szkolne	Niepowodzenia w nauce; demoralizacja szkolna
Kontekst ekologiczny	Zdezintegrowane środowisko sąsiedzkie; dyskryminacja rasowa; bezrobocie, skrajna nędza
Upośledzenie fizyczne	Komplikacje okołoporodowe; uszkodzenie narządów zmysłów; upośledzenie organiczne; zaburzenie równowagi neurochemicznej;
Problemy interpersonalne	Odrzucenie przez rówieśników; alienacja i izolacja
Opóźnienia w rozwoju	Inteligencja poniżej normy; niekompetencja społeczna; deficyty uwagi; trudności w czytaniu; brak odpowiednich nawyków i umiejętności związanych z pracą

Opracowanie własne na podstawie: J.D. Coie, N/F. Watt., S.G. West i in., Profilaktyka: teoria i badania. Ramy teoretyczne i wybrane wytyczne narodowego programu badawczego, tłum. H. Grzegółkowska-Klarkowska, „Nowiny Psychologiczne”, 2, 1996, s. 33.

Tabela 2

Wybrane warunki kształtujące odporność dzieci i młodzieży

Kompetencje społeczne manifestujące się w formie zachowań prospołecznych – uczeń dzięki nim rozwija umiejętności odnajdywania, budowania i utrzymywania zdrowych relacji z innymi ludźmi	* osobista odpowiedzialność; * plastyczność, rozumiana jako umiejętność adekwatnego reagowania na sytuacje i ludzi; * empatia; * komunikacja; * poczucie humoru
Dobrze rozwinięte umiejętności rozwiązywania problemów – rozumiane jako umiejętność rozpoznawania wpływów społecznych w środowisku oraz celowym dokonywaniu wyborów	* umiejętność planowania pozwalająca na konstruktywne organizowanie swojej przyszłości; * umiejętność krytycznej analizy rzeczywistości; * rozwijanie wyobraźni; * inicjatywa
Autonomia – działanie zgodne z poczuciem własnej tożsamości	* samoocena; * samodyscyplina; * umiejętność niezależnego działania; * odporność na negatywne opinie na własny temat
Zaangażowanie religijne	* umożliwia przynależność do konstruktywnej grupy społecznej oraz przeżywanie poczucia bycia użytecznym dla innych i zadowolonym z siebie
Poczucie sensu życia – polegające na uświadamianiu sobie celowości istnienia i optymistycznym podejściu do przyszłości	* specjalne zainteresowania, umożliwiające rozwój poznawczy i samodoskonalenie się; * wewnątrzsterowność; * motywacja osiągnięć; * aspiracje edukacyjne; * określony system wartości; * realizacja zamierzeń; * optymizm życiowy

Opracowanie własne na podstawie: Z. B. Gaś (2006), Profilaktyka w szkole, WSiP, Warszawa, s. 25-26.

Tabela 3

Model czynników ryzyka i czynników chroniących

Czynniki ryzyka	Czynniki chroniące
Rodzice	
Alkoholizm lub inne uzależnienia; brak nadzoru, chłód emocjonalny; konflikty w rodzinie; przyzwalające postawy wobec zachowań problemowych	Dobry kontakt z dzieckiem; monitorowanie jego zachowań; pozytywne egzekwowanie dyscypliny; komunikowanie oczekiwań dotyczących norm społecznych i zdrowia; wsparcie rodzicielskie
Szkoła	
Niepowodzenia wczesnoszkolne; negatywny stosunek do szkoły, wagary; problemy z zachowaniem w szkole; deficyty poznawcze i uwagi	Pozytywny stosunek do szkoły i nauczycieli; zaangażowanie w życie szkoły
Rówieśnicy	Rówieśnicy i nieformalny system wsparcia
Rówieśnicy, którzy przejawiają zachowania problemowe; odrzucenie przez rówieśników	Konstruktywni rówieśnicy; posiadanie dorosłego przyjaciela, doradcy
Wczesne zachowania problemowe	Pozytywny stosunek do wartości i norm społecznych
Wczesna inicjacja alkoholowa, papierosowa; inne wczesne zachowania problemowe	Zaangażowanie w życie religijne; brak akceptacji dla zachowań odbiegających od norm
Środowisko	Indywidualne predyspozycje i umiejętności
Bieda, bezrobocie, wysoka przestępczość; niski poziom nauczania i opieki w szkole; dezorganizacja życia społecznego	Pozytywna motywacja; zdolności intelektualne i samoświadomość; umiejętności społeczne; umiejętności radzenia sobie z negatywnymi uczuciami; dbałość o swoje zdrowie

Za: K. Ostaszewski (2005), Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży, [w:] Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej, red. M. Deptuła, Wyd. UKW, Bydgoszcz, s. 130-131.