Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

WYMIANA DOBRYCH PRAKTYK ZDROWEGO WYPOCZYNKU W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY

Dekalog dobrych praktyk

Materiał opracowany w ramach projektu "Wymiana dobrych praktyk zdrowego wypoczynku w zakresie profilaktyki uzależnień wśród młodzieży"

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Koordynator:
Fundación ASPAYM Castilla y León, Valladolid, Hiszpania

Partnerzy:
Rosto Solidario - Santa Maria da Feira, Portugalia
AICSCC - Gamma Institute, Iași, Rumunia
Dione - Youth Organization, Nicosia, Cypr
Polska Akademia Rozwoju, Poznań, Polska

Streszczenie

Rozdział 1 - WYMIANA DOBRYCH PRAKTYK ZDROWEGO WYPOCZYNKU W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY **1**

1.1. Prezentacja projektu 1

1.2. Cele projektu 3

1.3. Co zrobiliśmy ? 4

1.4. Jakie są nasze grupy docelowe ? 5

1.5. Partnerzy 6

Rozdział 2- ANALIZA UZALEŻNIEŹ **11**

2.1. Wprowadzenie do konceptu uzależnień 11

2.2. Psychologiczne i chemiczne uzależnienia 20

2.3. Uzależnienia i Covid-19 76

2.4. Pomoc osobom z uzależnieniami 86

Rozdział 3- ANALIZA KONTEKSTU UZALEŻNIEŹ WŚRÓD MŁODZIEŻY W KAŻDYM PAŃSTWIE **92**

CHAPTER 4 - EWALUACJA PROGRAMÓW MAJĄCYCH NA CELU PREWENCJĘ UZALEŻNIEŃ **155**

CHAPTER 5 - WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE TWORZENIA AKCJCJI PRZECIWDZIAŁAJĄCYCH UZALEŻNIENIOM W ZAKRESIE ALTERNATYW SPEDZANIA CZASU WOLNEGO **192**

BIBLIOGRAPHY **205**

ROZDZIAŁ 1

WYMIANA DOBRYCH PRAKTYK ZDROWEGO WYPOCZYNKU W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY

1.1. Prezentacja projektu

Projekt jest wymianą dobrych praktyk pomiędzy Hiszpanią, Portugalią, Rumunią, Polską i Cyprem w zakresie zapobiegania uzależnieniom wśród młodzieży poprzez zdrowy wypoczynek, który wynika z potrzeby poszukiwania działań zapobiegających uzależnieniom wśród młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem młodych ludzi bardziej narażonych lub z mniejszymi szansami.

Dzięki wymianie dobrych praktyk podmioty biorące udział w projekcie będą mogły poszerzyć swoją wiedzę w zakresie alternatywnego spędzania czasu wolnego na rzecz profilaktyki uzależnień wśród młodzieży w następujących obszarach:

1. Jak promować zdrowe zachowania i nawyki, które zmniejszają podatność na używanie substancji i zachowania uzależniające.

2. Jak realizować akcje i działania w czasie wolnym i rekreacyjnym na rzecz profilaktyki uzależnień.

3. Jak promować środowiskowe/strukturalne działania profilaktyczne z udziałem młodzieży.

4. Jak wykorzystywać strategie komunikacyjne skierowane do populacji młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem nieletnich, zwiększając wysiłki w celu dotarcia do młodych ludzi poprzez wiarygodne komunikaty i kanały, które zwiększają percepcję ryzyka społecznego związanego z używaniem substancji i innymi uzależnieniami.

5. Jak doskonalić programy i projekty profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej.

ROZDZIAŁ 1

WYMIANA DOBRYCH PRAKTYK ZDROWEGO WYPOCZYNKU W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY

W celu jej opracowania w pierwszej kolejności zostanie przeprowadzona analiza sytuacji w zakresie uzależnień wśród młodzieży w regionie każdej z jednostek stowarzyszonych.
Po drugie, zostaną określone konkretne wytyczne do opracowania działań profilaktycznych w zakresie alternatywnego spędzania czasu wolnego z młodzieżą.
Na koniec zostaną ocenione propozycje profilaktyki uzależnień, które zostały opracowane na poziomie lokalnym i regionalnym z udziałem młodzieży w każdym kraju.
Ponadto, wyniki zostaną zebrane i opublikowane w dekalogu dobrych praktyk, który będzie dostępny w każdym z języków krajów uczestniczących w projekcie.
Wreszcie, oczekuje się, że projekt przyczyni się do zmiany rutyny spędzania wolnego czasu przez młodych ludzi, generując nowe alternatywne oferty spędzania wolnego czasu, dostosowane do ich potrzeb i satysfakcjonujące, aby uniknąć rozpoczęcia zachowań uzależniających.

Krótko mówiąc, wpływ, jaki zamierzamy osiągnąć w tym projekcie, to ten, który będzie miał miejsce po jego zakończeniu, gdzie strategie, narzędzia, propozycje i działania są realizowane w celu zapobiegania uzależnieniom i promowania zdrowego wypoczynku.
Chodzi o ustanowienie pewnych wstępnych wytycznych, które pozwolą nam kontynuować w czasie zajmowanie się tym problemem, który dotyka dziś tak wielu młodych ludzi.

1.2. CELE I ZAŁOŻENIA PROJEKTU

Generalne założenia:

- Zmniejszenie obecności i promocji zachowań uzależniających wśród młodzieży poprzez wymianę dobrych praktyk realizowanych w różnych kontekstach.

Szczegółowe założenia:

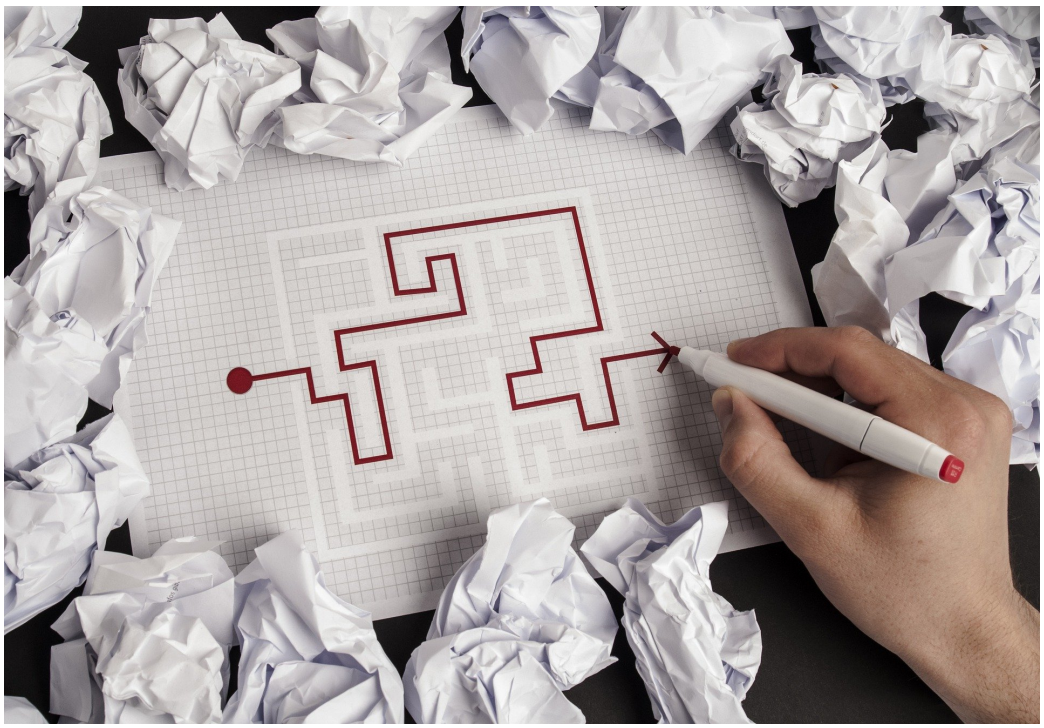
-Przeanalizowanie kontekstu i zmiennych uzależnień w każdym z krajów pochodzenia, które są częścią projektu.
- Określenie konkretnych wytycznych do opracowania działań prewencyjnych w zakresie zdrowego lub alternatywnego spędzania czasu wolnego przez młodzież.
- Ocenić propozycje prewencyjne, które zostały zrealizowane na poziomie lokalnym i regionalnym z wykorzystaniem
- Stworzenie wytycznych do działań mających na celu wdrażanie i rozwijanie praktyk zdrowego wypoczynku z udziałem młodzieży.

DLACZEGO TEN PROJEKT ?

1.3 Dlaczego przeprowadziliśmy ten projekt ?

Dla młodych ludzi korzystanie z czasu wolnego ma ścisły związek z rozwojem ich tożsamości, będąc jednym z podstawowych momentów, w których poszukują oni grup rówieśniczych i nawiązują z nimi relacje, wymieniają się wartościami i modelami zachowań.
Ponadto, to właśnie w kontekście czasu wolnego mogą pojawić się pierwsze zachowania ryzykowne, związane głównie z używaniem narkotyków, hazardem i nowymi technologiami.

Jest to punkt wyjścia dla projektu "Wymiana dobrych praktyk zdrowego spędzania czasu wolnego w celu zapobiegania uzależnieniom wśród młodzieży", który powstał z potrzeby poszukiwania działań zapobiegających uzależnieniom wśród młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży najbardziej narażonej lub z mniejszymi szansami.



GRUPY DOCELOWE

1.4 Jakie są nasze grupy docelowe ?

- - Wszystkie osoby, które byłyby zainteresowane badaniem
- Młodzi ludzie, w wieku od 13 do 30 lat
- Osoby cierpiące na uzależnienia
- Członkowie rodzin i przyjaciele osób, które są lub były uzależnione
- Osoby niepełnosprawne
- Osoby (w każdym wieku) z problemami psychologicznymi takimi jak: niska samoocena, epizody lękowe lub depresyjne, mobbing w szkole lub środowisku organizacyjnym, trudności w przejściu przez całe życie (rozpoczęcie samodzielnego życia w wieku młodzieńczym, rozwód, zmiany w karierze zawodowej - reprofesjonalizacja) itp.
- Osoby, które miały trudne doświadczenia od dzieciństwa i/lub doświadczyły mobbingu, ubóstwa, nigdy nie miały szansy wykazać się własną kreatywnością i/lub mają silne emocje związane z utratą siebie, niezdolnością do radzenia sobie z rzeczywistością taką, jaka jest i/lub osoby, które przeszły przez traumatyczne/depresyjne epizody.
- Specjaliści i przyszli specjaliści w dziedzinie uzależnień
- Specjaliści w dziedzinie edukacji i psychologii: osoby pracujące z młodzieżą i osobami z problemami psychologicznymi, nauczyciele i doradcy szkolni/ zawodowi, psychoterapeuci, psychologowie, liderzy społeczni, trenerzy sportowi itp.
- Przyszli specjaliści w dziedzinie psychologii: studenci psychologii (studia licencjackie i magisterskie)

1.5. PARTNERZY

FUNDACIÓN ASPAYM CASTILLA Y LEÓN – HISZPANIA

Fundación ASPAYM Castilla y León rozpoczyna działalność w 2004 roku, dwanaście lat po założeniu ASPAYM w regionie Castilla y León. ASPAYM Castilla y León działa w celu osiągnięcia znaczącej poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych fizycznie oraz zmniejszenia barier w ich codziennym życiu. Ponadto, organizacja ma być wiodącym stowarzyszeniem, które poprzez jakość swoich programów i działań, badania i wykorzystanie nowych technologii, zapewnia osobom niepełnosprawnym fizycznie narzędzia niezbędne do realizacji misji stowarzyszenia.

Fundación ASPAYM Castilla y León koncentruje się na usługach społecznych, a w szczególności na problematyce niepełnosprawności fizycznej. Służy ludziom przez całe ich życie i czyni to zarówno na poziomie pomocy edukacyjnej, jak i na poziomie lokalnym. Fundacja współpracuje z ekspertami w dziedzinie edukacji, społeczeństwa i badań nad grupą osób z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną. Główne cele to:

- Zachęcanie do korzystania z autonomii osób niepełnosprawnych, szczególnie tych z niepełnosprawnością fizyczną.
- Promowanie rozwoju działań i programów, które pozwalają na włączenie i uczestnictwo w życiu społecznym osób niepełnosprawnych.
- Stworzenie planu komunikacji zewnętrznej i wewnętrznej, który pozwoli na realizację misji jednostki.
- Prowadzenie innowacyjnych badań, które poprawiają jakość życia osób niepełnosprawnych.

fundación aspaym castilla y león

PARTNERZY

ROSTO SOLIDÁRIO – PORTUGALIA

Rosto Solidário (RS) jest portugalską NGOD (pozarządową organizacją na rzecz rozwoju), założoną w 2007 roku. Praca RS ma na celu promowanie globalnego obywatelstwa i solidarności poprzez wzmacnianie rozwoju ludzkiego i społecznego lokalnych społeczności.

Głównymi zasadami RS są: partycypacja obywatelska, integracja społeczna, solidarność, tworzenie sieci i partnerstwo.

Cel pracy organizacji obejmuje cztery główne obszary: Międzynarodowa Współpraca na rzecz Rozwoju, Edukacja Obywatelstwa Globalnego, Wolontariat oraz Wsparcie Społeczne Oparte na Rodzinie. Równość płci, prawa człowieka i włączenie społeczne są traktowane jako zagadnienia przekrojowe.

Organizacja traktuje również edukację pozaformalną jako narzędzie do uczenia się przez całe życie w ramach Global Citizenship Framework.

RS jest uznaną organizacją przyjmującą i wysyłającą w projektach Wolontariatu Europejskiego od 2011 roku.

Obecnie pracuje w ramach Europejskiego Korpusu Solidarności.

ROSTO SOLIDÁRIO

Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

PARTNERZY

AICSCC – GAMMA INSTITUTE – RUMUNIA

Celem Institute for Research and Study of Cuantic Consciousness - Gamma Institute jest promowanie, rozwój, badania i inicjowanie działań w dziedzinie psychologii, psychoterapii i zdrowia psychicznego, w szczególności poprzez programy szkoleniowe, warsztaty, usługi psychologiczne i pomoc psychologiczną, doradztwo, psychoterapię i szkolenie specjalistów; innym celem jest ułatwienie współpracy między rumuńskimi specjalistami z wyżej wymienionych dziedzin i innymi specjalistami z obszaru międzynarodowego. Instytut Gamma posiada 3 działy:

- Gamma Training - dział edukacji, akredytowany przez Rumuńskie Stowarzyszenie Psychologów.
- Gamma Clinic Psychology - dział zdrowia i interwencji. W tym dziale dostępne są różne usługi psychologiczne, w sesjach indywidualnych, sesjach dla par, rodzin lub grup oraz warsztaty na interesujące tematy.
- Gamma Projects & Research jest działem, który rozwija europejskie projekty i badania w dziedzinie psychologii, w celu promowania samoświadomości i promowania korzyści płynących ze stanu psychicznego na jakość życia jednostki i rodziny. Ponadto, poprzez ten dział, umożliwiamy wymianę mobilności i dobrych praktyk dla psychoterapeutów i studentów szkoły szkoleniowej w zakresie psychoterapii systemowej.

GAMA INSTITUTE
Sănătate, Educaţie, Cercetare

PARTNERZY

DIONE – CYPR

Dione założona w 2016 roku w Nikozji na Cyprze. Jest organizacją młodzieżową o charakterze pozarządowym i non-profit. Głównymi celami organizacji jest promowanie kultury Cypru oraz dawanie motywacji młodym ludziom do udziału w projektach unijnych . Ponadto Dione promuje równość płci, politykę antyrasistowską, prawa człowieka oraz integrację społeczną osób z mniejszymi szansami. Wreszcie, Dione kładzie nacisk na rozwój umiejętności i edukacji nieformalnej młodych ludzi, którzy są związani z naszą organizacją pozarządową lub ze społecznościami, które współpracują z Dione. Aby osiągnąć nasze cele, nasi pracownicy i współpracownicy organizują wydarzenia kulturalne, wykłady na temat integracji społecznej osób z mniejszymi szansami oraz seminaria mające na celu informowanie i uaktualnianie młodych społeczności o projektach UE.

Większość członków uczestniczyła w kilku projektach unijnych poprzez dwie inne cypryjskie organizacje Rivensco i Organizację Promocji Spraw Europejskich.

Dione zatrudnia 15 stałych, nieopłacanych pracowników oraz 18 współpracowników. Liczba młodych ludzi, do których dociera, wynosi około 75, a spotkania odbywają się co 15 dni. W czasie wakacji i świąt Bożego Narodzenia spotkania mogą odbywać się raz w tygodniu.

Dione
Youth Organisation N.G.O.

PARTNERZY

POLSKA ACADEMIA ROZWOJU – POLAND

Polska Akademia Rozwoju jest polską organizacją pozarządową założoną w 2016 roku. Zajmuje się organizacją projektów europejsko-afrykańsko-azjatyckich.

Jest grupą aktywnych osób pracujących z młodzieżą, których celem jest wszechstronny rozwój społeczeństwa oraz poprawa partnerstwa międzykulturowego i międzynarodowego.

Pomaga dzieciom i młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym wykorzystując metody edukacji pozaformalnej. Wykorzystuje również sport i sztukę jako niektóre z metod zapobiegania wykluczeniu społecznemu. Polska Academia posiada ogólnopolską sieć klubów sztuk walki.

Posiada doświadczenie w organizacji wymian międzynarodowych, konferencji, szkoleń i imprez masowych, a także współpracuje z lokalnymi organizacjami, szkołami oraz urzędami i radami. Jednym z celów jest reprezentowanie Polski na międzynarodowych konferencjach typu Model United Nations.

Wspiera także rozwój kultury na poziomie lokalnym, organizując koncerty i wystawy.

Ich liderzy to zespół praktyków, ekspertów i pasjonatów działań wielokulturowych. W ich zespole są zawodowi tancerze, instruktorzy pływania i inni profesjonaliści, którzy pomagają młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym dbać o zdrowie psychiczne i fizyczne.

Polska Akademia wspiera proces edukacji młodych ludzi poprzez przyznawanie stypendiów.

POLSKA AKADEMIA ROZWOJU

ROZDZIAŁ 2

ANALIZA UZALEŻNIEŃ

2.1. Wstęp do konceptu uzależnień

Człowiek ma tendencję do powtarzania zachowań, które powodują satysfakcjonujące konsekwencje, dlatego pewne zachowania mogą generować zachowania uzależniające.
Mówiąc historycznie o pojęciu uzależnienia mamy na myśli uzależnienie od narkotyków. Ostatnio opierają się one na pojęciu uzależnienia fizycznego i psychicznego, ewentualnie związanego z substancjami psychoaktywnymi, które, przyjmowane przez człowieka, mają potencjał generowania uzależnienia. Należą do nich alkohol, tytoń, marihuana, kokaina, heroina itp.
Spożycie niektórych substancji lub narkotyków, zapewnia znaczny wzrost neuroprzekaźnika zwanego dopaminą, co generuje u osoby uczucie euforii lub haju. Wzrost dopaminy nie jest związany tylko z używaniem substancji, ale może być również generowany przez inne rodzaje zachowań, takich jak: hazard, stosunki seksualne, binge eating, zakupy, itp.
Tak więc, oprócz uzależnień od substancji, w ostatnich latach zaobserwowano, że istnieją uzależnienia behawioralne, takie jak patologiczny hazard. I że istnieją również zachowania, które powodują poważne problemy dla ludzi, którzy wykonują tego typu zachowania, takie jak uzależnienie od Internetu, nadmierne zachowania seksualne, problematyczne korzystanie z sieci społecznych, jedzenie, zakupy, itp.
Co charakteryzuje uzależnienie, morze z substancji lub zachowania, jest osoba traci kontrolę nad tym zachowaniem, a jednocześnie prowadzi do poważnych problemów osobistych, społecznych, zawodowych, akademickich, partnera, itp. Gossop (1989) zdefiniował jako charakterystyczne elementy każdego uzależnienia następujące aspekty:

OGÓLNE INFORMACJE O UZALEŻNIENIACH

1. Silne pragnienie lub uczucie przymusu do wykonania określonego zachowania.
2. Upośledzona zdolność do kontrolowania zachowania
3. Dyskomfort i zmieniony nastrój, kiedy zachowanie jest uniemożliwione lub zatrzymane
4. Trwanie w zachowaniu pomimo wyraźnych dowodów na to, że ma ono poważne konsekwencje dla danej osoby.

Kryteria WHO dotyczą istnienia u danej osoby uzależnienia fizycznego (abstynencja, tolerancja), psychologicznego (cechy osobowościowe i uczenie się) oraz społecznego (środowisko i grupa rówieśnicza lub pokrewieństwo), rozumiejąc przez to sytuację, w której występuje poczucie satysfakcji lub popęd psychiczny, który wymaga zachowań nałogowych w celu wytworzenia przyjemności lub uniknięcia męskiego generatora.
Pomimo faktu, że istnieją specyficzne kryteria dla różnych zaburzeń, takich jak uzależnienie od substancji psychoaktywnych lub patologicznego hazardu, kiedy mówimy o uzależnieniu zawsze zaczynamy od kryteriów uzależnienia od substancji psychoaktywnych, biorąc pod uwagę, że również w uzależnieniach, czy z lub bez substancji, zjawiska tolerancji, zespół odstawienia, itp.

W przypadku DSM-V- (American Psychiatric Association, 2013) uzależnienie od substancji charakteryzuje się maladaptacyjnym wzorcem używania substancji, który niesie ze sobą klinicznie istotne ryzyko lub chorobę, wyrażone przez trzy lub więcej objawów.

Rozważa również nadużywanie substancji, które definiuje jako nieprawidłowy wzorzec używania substancji, który niesie ze sobą ryzyko lub klinicznie dotkniętych mężczyzn, wyrażone przez jeden (lub więcej) z objawów.
W powyższym, gdy mówimy o uzależnieniach behawioralnych, z zastąpieniem "substancji" na "zachowanie" wyjaśnimy dokładnie, na czym to polega.
Na podstawie tych kryteriów możemy zobaczyć, czy różne zachowania uzależniające są określone, zarówno te, które są wytwarzane przez substancję chemiczną, jak i te, które nie są przez nią wytwarzane.

Kryteria DSM-V dla zaburzeń związanych z używaniem substancji:
Nieprzystosowawczy wzorzec używania substancji, który prowadzi do klinicznie istotnego upośledzenia lub dyskomfortu, wyrażonego przez trzy (lub więcej) z poniższych pozycji w pewnym momencie w nieprzerwanym okresie 12 miesięcy:

1. Niebezpieczne użytkowanie

2. Problemy społeczne / interpersonalne związane z konsumpcją

3. Nieprzestrzeganie głównych ról w związku z konsumpcją

4. Problemy prawne

5. Zespół odstawienia narkotyków

5.1. Intensywny impuls do realizacji zachowania, które niesie ze sobą szkodliwe skutki dla osoby, która je realizuje

5.2. Wzmożone napięcie do czasu realizacji zachowania

6. Tolerancja

6.1. Potrzeba wyraźnie wzrastających ilości substancji, aby osiągnąć zatrucie lub pożądany efekt

6.2. Efekt tych samych ilości substancji wyraźnie zmniejsza się przy dalszym spożyciu

7. Wykorzystanie większej ilości czasu na rozwinięcie zamierzonego zachowania

8. Powtarzające się próby rzucenia / kontrolowania konsumpcji

9. Problemy fizyczne/psychologiczne związane z konsumpcją

10. Zaprzestanie wykonywania innych czynności z powodu konsumpcji

Pierwszym aspektem, który jest obecny we wszystkich zachowaniach nałogowych jest przymus lub utrata kontroli. Ze wszystkiego, co widzieliśmy do tej pory, wynika, że jest to prawdopodobnie główna cecha tego problemu.

Drugim aspektem są objawy odstawienia, które pojawiają się, gdy osoba nie wykonuje nałogowych zachowań dobrowolnie lub gdy uniemożliwiają jej ich wykonanie.

Przez zespół odstawienny rozumie się (Becoña, 2008), odnoszący się do substancji psychoaktywnych, który jest stanem klinicznym (zestawem oznak i objawów), który objawia się występowaniem zaburzeń fizycznych i psychicznych o różnej intensywności (według różnych sposobów i poziomów nasilenia), gdy podawanie leku zostaje przerwane lub jego działanie zostaje poddane wpływowi poprzez podawanie specyficznego antagonisty, w tym przypadku nazywany jest zespołem odstawiennym z przydomkiem zespołu odstawiennego przyspieszonego. To samo odnosi się do wszystkich zachowań uzależniających bez podłoża chemicznego, co zostało stwierdzone w różnych badaniach nad nimi (Echeburúa, 1999).

Trzecim aspektem jest tolerancja. Polega ona na procesie, w którym osoba spożywająca daną substancję ma potrzebę zwiększenia jej spożycia, aby osiągnąć ten sam efekt, który miała na początku. W zachowaniach nałogowych można zaobserwować, że w miarę jak dana osoba realizuje to zachowanie, konieczne jest zwiększenie ilości czasu i wysiłku poświęconego na nie, aby osiągnąć ten sam efekt.

Granice między zachowaniami normalnymi a uzależniającymi charakteryzują się następującymi aspektami:

1. Utrata kontroli
2. Silna zależność psychologiczna
3. Utrata zainteresowania innymi satysfakcjonującymi zajęciami
4. Poważne zakłócenia w życiu codziennym

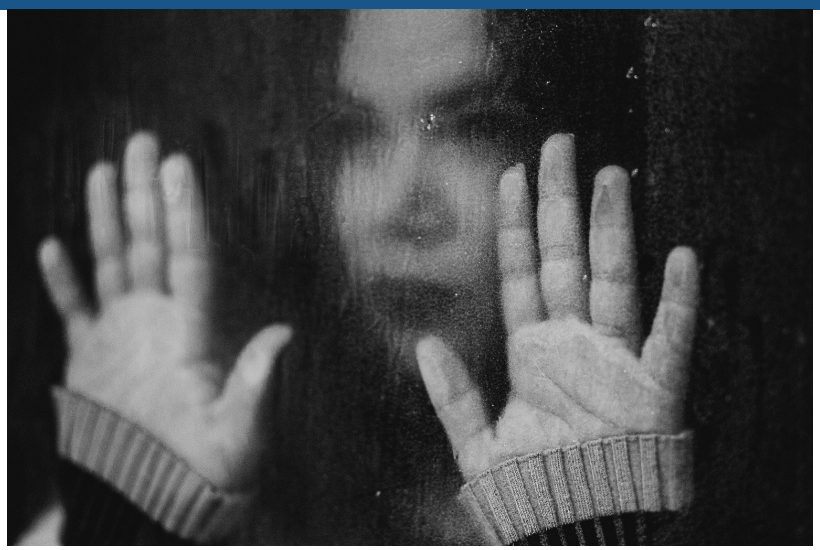
Czwartym aspektem jest odurzenie, które występuje we wszystkich substancjach chemicznych, lub quasi-dysocjacja, która występuje zarówno w substancjach chemicznych, jak i w zachowaniach powodujących uzależnienie. W tym stanie, osoba wydaje się być poza sobą tak jakby była kimś innym (Jacobs, 1989).

Piąty aspekt, który uważamy za istotny, odnosi się do faktu, że osoba uzależniona cierpi z powodu poważnych problemów w sferze fizycznej i/lub zdrowotnej, w sferze osobistej, rodzinnej, zawodowej i społecznej. Problemy te, w mniejszym lub większym stopniu, są obecne we wszystkich zachowaniach nałogowych.

Wraz z powyższym, nie możemy przestać wskazywać na dwa inne fakty.

Pierwszy, że nałogowe zachowanie nie jest samo w sobie, ale że kilka z nich jest zazwyczaj obecnych w tym samym czasie u tej samej osoby. Zjawisko politoxicomanía, tak częste w uzależnieniach od narkotyków (znane również jako polidependencia lub poliadicción), wskazuje, że nie ma jednego zachowania uzależniającego, ale kilka w tym samym czasie.

Ponadto, w wyniku powyższych, lub w interakcji z zachowań uzależniających, obecność organicznych, psychologicznych i psychiatrycznych patologii jest często stwierdzane, przynajmniej u osób uzależnionych. Wiedza na ten temat jest ważna zarówno dla poznania przyczyny problemu, jak i jego ewolucji oraz możliwości leczenia lub powrotu do zdrowia.



Poniżej przedstawimy kilka definicji uzależnień:

“Uzależnienie od narkotyków odnosi się koncepcyjnie do substancji chemicznych. Ale pewne zachowania, takie jak patologiczny hazard, uzależnienie od komputera, hiperseksualność, nadmierny apetyt, uzależnienie od zakupów, irracjonalne ćwiczenia fizyczne, nadmierna praca, itp. Mogą być uważane psychopatologicznie za uzależnienia.”

(Alonso-Fernández, 1996; Echeburúa i Corral, 1994).

"Narkotyki mają niezwykłą zdolność do zwiększania poziomu neuroprzekaźnika zwanego dopaminą. To właśnie wzrost dopaminy w mózgach osób uzależnionych jest przyczyną haju - uczucia euforii - wywoływanego na przykład przez kokainę. Dopamina może jednak wzrastać również podczas kontaktów seksualnych, popijawy, przyjemności płynącej z robienia zakupów czy zaczepiania się na automacie do gry. Osoby raz uzależnione od danej substancji lub zachowania przyzwyczajają się do wysokiego stężenia dopaminy."

(Echeburúa, 2003)

"Zależność, rozumiana jako subiektywna potrzeba imperatywnego wykonywania zachowań w celu przywrócenia równowagi homeostatycznej oraz podporządkowanie stylu życia podtrzymywaniu nawyku, stanowi centralne jądro uzależnienia. Dlatego tym, co charakteryzuje uzależnienie bez narkotyków, nie jest rodzaj zachowania, ale rodzaj relacji, jaką podmiot z nim nawiązuje. ”

(Echeburúa i Corral, 1994).

Inne aspekty charakteryzujące zachowania nałogowe to wzmocnienie pozytywne i wzmocnienie negatywne, na które składają się Pragnienie uzyskania przyjemności i dobrego samopoczucia dzięki używaniu substancji może działać jako pozytywny czynnik wzmacniający, który zwiększa częstotliwość podawania i stopniowo zwiększa spożywaną dawkę.
Próba uniknięcia wystąpienia zespołu odstawiennego, może działać jako negatywne wzmocnienie, które również generuje wzrost częstotliwości zażywania lub zwiększenie dawki.

Jednym z głównych czynników ryzyka inicjacji zachowań nałogowych jest etap adolescencji, w którym następuje proces poszukiwania tożsamości, co wiąże się z postępującym uniezależnianiem się od rodziny i rosnącym wpływem grupy rówieśniczej. . Jest to najbardziej krytyczny okres, jeśli chodzi o zachowania ryzykowne w ogóle, a w szczególności o te związane z uzależnieniami, ponieważ jest to czas, kiedy zaczyna się z nimi eksperymentować.
Najmłodsi zaczynają używać substancji coraz wcześniej, tak samo jak coraz wcześniej zaczynają się zachowania uzależniające, które mogą generować uzależnienia behawioralne, takie jak Internet, hazard czy sieci społecznościowe.
Jednym z ważnych czynników ryzyka w powstawaniu zachowań uzależniających u młodych ludzi jest brak zinternalizowania ciężkości początków zachowań, a nawet brak możliwości rozwoju procesu uzależnienia. Dla młodych ludzi korzystanie z czasu wolnego jest ściśle związane z rozwojem ich tożsamości, będąc jednym z podstawowych momentów, w których poszukują oni i nawiązują relacje z grupami rówieśniczymi, wymieniają się wartościami i wzorcami zachowań. Co więcej, to właśnie w kontekście czasu wolnego mogą pojawić się pierwsze zachowania ryzykowne, związane głównie z używaniem narkotyków, hazardem i nowymi technologiami.

Wyjaśnienie pojęć

Użytkowanie: Ćwiczenie lub ogólna praktyka czegoś. Używamy przedmiotów zgodnie z ich użytecznością i w określonym celu.

Nadużycie: nadmierne lub niewłaściwe użycie lub wykorzystanie czegoś lub kogoś, ze szkodą dla siebie lub innych.

Używanie problemowe: może być spowodowane nadużywaniem (nadmierne używanie), niewłaściwym używaniem (używanie nieodpowiednie lub powodujące szkody), nie musi wiązać się z uzależnieniem, ale ma negatywne skutki dla osoby lub jej otoczenia.

Uzależnienie: oznacza zależność osoby od czegoś (substancji lub zachowania), co jest szkodliwe dla niej samej lub jej otoczenia.

2.2. Psychologiczne i chemiczne uzależnienia

Kiedy mówimy o uzależnieniach, nie mówimy już tylko o uzależnieniu od substancji. Dziesiątki lat temu, w dziedzinie leczenia uzależnień, ludzie pracowali tylko z problemami związanymi z alkoholem, kokainą, heroiną, konsumpcją tytoniu ... ale wiele innych rodzajów zostało już rozpoznanych, takich jak uzależnienie od hazardu, nowych technologii lub seksu.
Istnieją tak zwane chemiczne lub toksyczne uzależnienia, ponieważ składają się one z konsumpcji określonej substancji, lub niechemiczne, nietoksyczne, lub behawioralne, które polegają na prowadzeniu zachowań, bez implikacji konsumpcji substancji.

Klasyfikacja uzależnień jest dokonywana, zgodnie z DSM-5 w uzależnieniach chemicznych i psychologicznych, wtedy ta różnica może być widoczna w tabeli:

TYPY	NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANE WARIANTY
PSYCHOLOGICZNE	PATOLOGICZNY HAZARD, UZALEŻNIENIE OD SEKSU, UZALEŻNIENIE OD ZAKUPÓW UZALEŻNIENIE OD JEDZENIA UZALEŻNIENIE OD PRACY UZALEŻNIENIE OD ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH UZALEŻNIENIE OD TELEFONU KOMÓRKOWEGO UZALEŻNIENIE OD INTERNETU

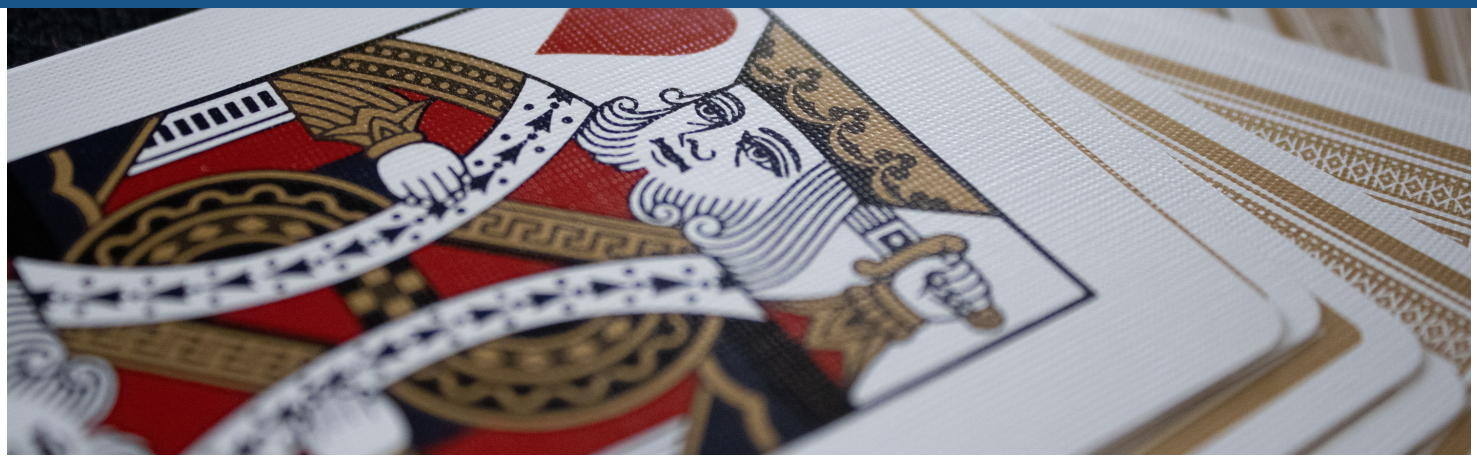
TYPY	NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANE WARIANTY
CHEMICZNE	OPIOIDY ALKOHOLIZM KOKAINA / AMFETAMINA HALUCYNOGENY KONOPIE INDYJSKIE INNE NARKOTYKI (KONOPIE INDYJSKIE, NARKOTYKI SYNTETYCZNE)

2.2.1. Patologiczny hazard

Kiedy mówimy o patologicznym hazardzie, odnosimy się do zaburzenia, które występuje w sposób niekontrolowany i postępujący, to znaczy, że osoba uzależniona będzie coraz bardziej niezdolna do oparcia się własnym impulsom w kierunku hazardu, co prowadzi do zachowań, które wpływają zarówno na jej życie osobiste i rodzinne, a nawet na jej cele zawodowe. Jest to zatem zaburzenie o cechach psychologicznych. Zaburzenie to obejmuje cztery główne cechy:

1. Sporadyczna lub długotrwała utrata kontroli nad hazardem.
2. Ciągłe zaabsorbowanie hazardem i tym, jak zdobyć pieniądze na hazard.
3. Irracjonalne myśli na temat hazardu.
4. Osoba kontynuuje hazard pomimo negatywnych konsekwencji.

Osoba uzależniona od hazardu będzie miała początkowy okres niskiego poziomu hazardu i hazardu, aż do osiągnięcia patologicznego hazardu, który może rozwijać się przez okres 10-15 lat. W tym czasie ludzie mogą mieć błędne myśli na temat swojej sytuacji, w której zaprzeczają swojemu problemowi, mają poczucie kontroli i władzy nad prawdopodobieństwem wyników lub nadmiernej pewności siebie. W innych przypadkach ludzie mogą:

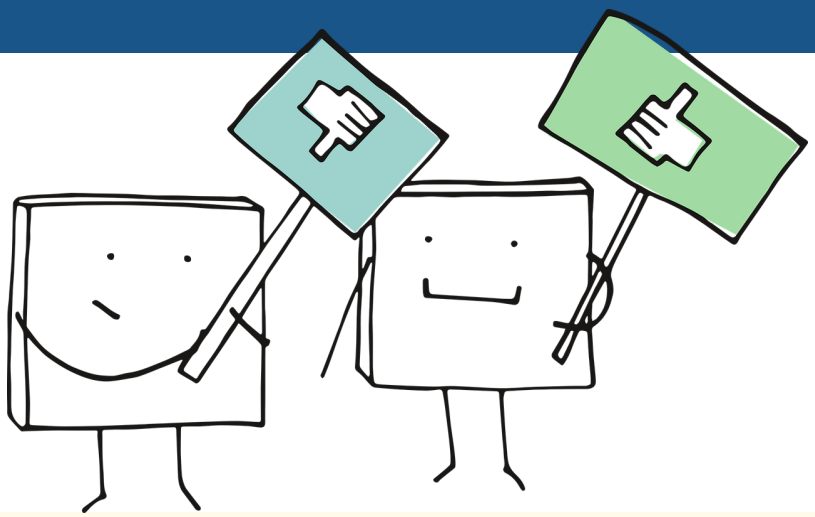


1. Są przekonani, że pieniądze są przyczyną, jak również rozwiązaniem ich problemów.
2. Są impulsywni, konkurencyjni, energiczni, niespokojni lub mają tendencję do łatwego nudzenia się.
3. Bądź bardzo zaniepokojeni aprobatą innych i stają się hojnymi do punktu ekstrawagancji.
4. Stają się przygnębieni, samotni i grają z poczuciem bezradności i winy, w niektórych przypadkach nawet próbują popełnić samobójstwo.

Zaburzenia będą się rozwijać w następujący sposób: po pierwsze, będą wydawać więcej pieniędzy niż się spodziewano, następnie będą uprawiać hazard, aby odzyskać to, co stracili, a w końcu będą kontynuować hazard, nawet jeśli przegrają.

Główne znaki uzależnienia

1. Tolerancja: potrzeba grania coraz większych sum pieniędzy, aby osiągnąć pożądany dreszczyk emocji.
2. Zespół odstawienia: niepokój i drażliwość w obliczu perspektywy przerwania lub zaprzestania gry.
3. Utrata kontroli: osoba podejmuje powtarzające się wysiłki, aby spróbować kontrolować, przerwać lub zatrzymać grę.
4. Zaabsorbowanie: osoba często czuje się zaabsorbowana hazardem.
5. Unikanie: osoba często gra, kiedy czuje się zdesperowana, winna, zaniepokojona lub przygnębiona.



6. Odzyskanie pieniędzy: po przegraniu pieniędzy w hazardzie, często wraca się na drugi dzień, aby spróbować je odzyskać.
7. Kłamstwa: Kłamie, aby ukryć zakres swojego zaangażowania w hazard.
8. Związki: z powodu hazardu ryzykują lub tracą ważne relacje międzyludzkie, pracę i możliwości edukacyjne.
9. Pożyczanie: poleganie na innych osobach w celu pożyczenia im pieniędzy, aby złagodzić ich rozpaczliwą sytuację finansową spowodowaną hazardem.

Konsekwencje uzależnienia

- Poziom osobisty: osoby uzależnione od hazardu zazwyczaj nie czują się dobrze, sytuacja generuje poziom dyskomfortu (smutek, niepokój) i w końcu pogorszenie samoakceptacji.

- Poziom ekonomiczny: sytuacja ekonomiczna ma tendencję do pogarszania się, zwiększając liczbę długów. Sytuacja ta może prowadzić do kradzieży lub oszustw albo do tego, że rodzina znajdzie się w trudnej sytuacji finansowej.

- Sytuacja w pracy: wydajność w pracy spada w wyniku ciągłego myślenia o hazardzie i nieobecności lub zaniedbywania pracy. Może to prowadzić do zwolnienia z powodu kradzieży lub niewypełniania obowiązków służbowych.

- Życie społeczne: mają mało czasu na kontakty towarzyskie i w końcu porzucają swoje dotychczasowe związki. Tracą przyjaciół, ponieważ nie zwracają pieniędzy, które wcześniej im pożyczyli, a w końcu stają się coraz bardziej odizolowani i przygnębieni.

- Stosunek do prawa: to, co niektórzy hazardziści rozumieją jako "pożyczanie", w rzeczywistości jest kradzieżą. Często są oni zaangażowani w zachowania, które są karane przez prawo.

- Środowisko rodzinne: uzależnienie od hazardu uniemożliwia uzależnionemu poświęcenie niezbędnej uwagi partnerowi i dzieciom. W związku może pojawić się szereg problemów, głównie wynikających z: ukrywania lub zaprzeczania problemowi, braku komunikacji i kłamstw, poczucia porażki lub winy, frustracji seksualnej, itp.

2.2.2. Uzależnienie od seksu

“Uzależnienie od seksu" jest opisywane jako kompulsywna potrzeba wykonywania aktów seksualnych w celu osiągnięcia takiego rodzaju "załatwienia", jakie osoba z zaburzeniami używania alkoholu uzyskuje po wypiciu drinka lub osoba z zaburzeniami używania opiatów uzyskuje po zażyciu opiatów. Uzależnienia od seksu (opisanych tu kompulsywnych zachowań seksualnych) nie należy mylić z zaburzeniami takimi jak pedofilia czy bestialstwo. Dla niektórych osób uzależnienie od seksu może być bardzo niebezpieczne i powodować znaczne trudności w relacjach z innymi. Podobnie jak uzależnienie od narkotyków czy alkoholu, może ono mieć negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne, relacje osobiste, jakość życia i bezpieczeństwo danej osoby.

Główne oznaki uzależnienia

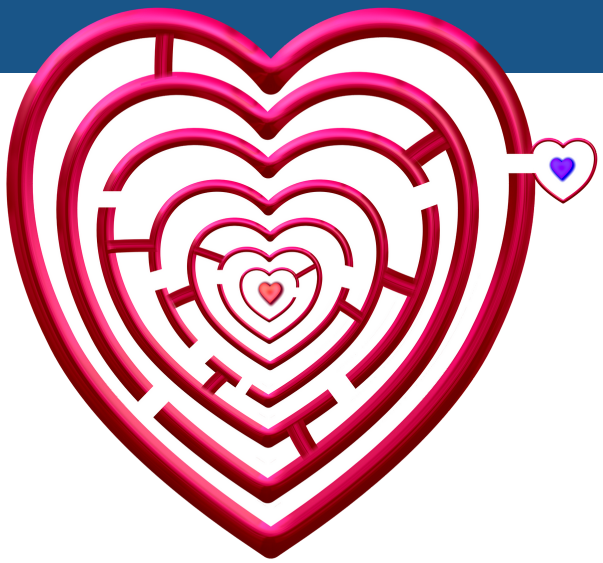
Jedną z cech charakterystycznych może być skrytość zachowań, w których osoba z zaburzeniem staje się biegła w ukrywaniu swoich zachowań i może nawet utrzymać stan w tajemnicy przed współmałżonkami, partnerami i członkami rodziny. Mogą kłamać na temat swoich działań lub angażować się w nie w czasie i miejscach, w których nie zostaną odkryte. Czasami jednak objawy są obecne i zauważalne.
Osoba może być uzależniona od seksu, jeśli wykazuje niektóre lub wszystkie z poniższych objawów:

1. chroniczne, obsesyjne myśli i fantazje seksualne
2. kompulsywne stosunki z wieloma partnerami, w tym z nieznajomymi
3. kłamstwa w celu ukrycia zachowań
4. zaabsorbowanie uprawianiem seksu, nawet jeśli przeszkadza to w codziennym życiu, produktywności, wydajności pracy itd.
5. niezdolność do zaprzestania lub kontrolowania zachowań
6. narażanie siebie lub innych na niebezpieczeństwo z powodu zachowań seksualnych
7. wyrzuty sumienia lub poczucie winy po stosunku
8. doświadczanie innych negatywnych konsekwencji osobistych lub zawodowych.

Kompulsywne zachowania mogą nadwerężyć relacje, na przykład, ze stresem niewierności - chociaż niektórzy ludzie mogą twierdzić, że mają uzależnienie od seksu jako sposób na wyjaśnienie niewierności w związku.

Konsekwencje uzależnienia

Konsekwencje uzależnienia od seksu pojawiają się na kilku poziomach: psychicznym, umysłowym, emocjonalnym, społecznym, duchowym.



Fizyczne - Poważniejszym fizycznym powikłaniem uzależnień od seksu i miłości jest narażenie na choroby przenoszone drogą płciową. Opryszczka, infekcje grzybicze, brodawki weneryczne, chancroids, rzeżączka, nongonococcal urethritis, granuloma inguinale, lymphogranuloma venereum, kiła i HIV infekcje wszystkie mogą być przekazywane przez kontakt seksualny. Po pierwsze, pogoń za hajsem sprawia, że ciało uzależnionego oczekuje podniecenia i "pracuje na najwyższych obrotach".

Psychiczne - istnieją głębokie skutki na procesy psychiczne spowodowane przez uzależnienia od seksu i miłości. Czujność i ostrość umysłu, jak również koncentracja są naruszone. Wtargnięcie niechcianych myśli i fantazji może uniemożliwić uzależnionym pracę lub nawet skupienie się na normalnej rozmowie. Czasami pojawiają się rozproszone lub tak, jakby nie zwracali uwagi, ale często będą one przeszkoleni, aby pojawić się czujny, nawet gdy nie są;

Emocjonalne - Uzależnienia mają głęboki wpływ na życie emocjonalne uzależnionego od seksu i miłości. Uczucia są zazwyczaj "wypchane" lub stłumione, a uzależniony staje się odrętwiały, nieczuły i nieczułe. Brak prawdziwego życia emocjonalnego pozostawia uzależnionego jak łódź bez steru.

Społeczny - społeczny aspekt życia osoby uzależnionej jest głęboko dotknięty przez uzależnienie. Kiedy mówię o społecznym obszarze życia osoby uzależnionej od seksu i miłości, mam na myśli rodzinę, przyjaciół, znajomych i życie zawodowe; innymi słowy, wszystkie areny, w których istnieją możliwości interakcji międzyludzkich. Po pierwsze, życie rodzinne osoby uzależnionej jest zazwyczaj najbardziej zniszczone przez nałóg. Uzależnieni od seksu i miłości co najmniej zaniedbują i oddalają się od swoich rodzin, a w najgorszych przypadkach wykorzystują je i krzywdzą emocjonalnie, fizycznie i seksualnie.

Duchowość - jest jedną z pierwszych rzeczy, które odchodzą i jedną z ostatnich, które powracają dla uzależnionego od seksu i miłości. Koncepcje Boga i religii są uszkadzane i często niszczone przez uzależnienie. Uzależnieni, z których wielu miało formalne szkolenie religijne jako dzieci, stają się rozczarowani Bogiem i religią, ponieważ nie udało im się pomóc uzależnionym uniknąć ześlizgnięcia się w nałóg.

2.2.3. Uzależnienie od zakupów

Uzależnienie od zakupów jest definiowane jako deficyt kontroli impulsów, który objawia się chęcią ciągłego dokonywania nowych zakupów niepotrzebnych lub zbędnych rzeczy. Jest to pojęcie podobne do "oniomanii" lub "kompulsywnego kupowania", chociaż te terminy mają zwykle bardziej kliniczne podejście, związane z psychologicznym zaburzeniem kontroli impulsów. Wyrażenie "uzależnienie od zakupów" ma zazwyczaj bardziej psychospołeczną perspektywę, lub jest umieszczane wśród uzależnień nie zawierających narkotyków, takich jak uzależnienie od hazardu, Internetu lub gier wideo.
Według Shopaholics Anonymous, istnieje kilka różnych typów zakupoholików, a są one następujące:

- Kompulsywni zakupoholicy, którzy robią zakupy, gdy odczuwają emocjonalny niepokój
- Zakupoholicy z problemami, którzy zawsze szukają idealnego przedmiotu
- Zakupoholicy, którzy chcą mieć wizerunek osoby wydającej duże pieniądze i uwielbiają krzykliwe przedmioty
- Poszukiwacze okazji, którzy kupują przedmioty, których nie potrzebują, ponieważ są na wyprzedaży
- Bulimiczni kupujący, którzy wpadają w błędne koło kupowania i zwracania
- Kolekcjonerzy, którzy nie czują się kompletni, jeśli nie mają jednego elementu w każdym kolorze lub każdy kawałek zestawu.

Główne znaki uzależnienia

Istnieje lista pytań, które z pewnością pomogą stwierdzić, czy dana osoba ma problem, czy też jest po prostu entuzjastą zakupów:

- Czy zawsze kupujesz to, co chcesz, nie zastanawiając się, czy tego potrzebujesz lub czy cię na to stać?
- Czy chodzisz na zakupy, kiedy jesteś zły, smutny, podekscytowany lub myślisz, że zasługujesz na smakołyk?
- Czy wydajesz prawie wszystkie pieniądze zaraz po otrzymaniu pensji lub pieniędzy z gospodarstwa domowego na rzeczy, które chciałbyś kupić, a nie na dom czy rodzinę?
- Czy prawie jedna trzecia, lub więcej, twoich dochodów lub pieniędzy na wydatki idzie na opłacenie twoich osobistych rachunków?
- Czy kłamiesz na temat swoich wydatków lub osobistych rachunków swojej rodzinie i przyjaciołom?
- Czy kupujesz wiele ulubionych rzeczy, takich jak ulubione perfumy, biżuteria lub kosmetyki, zanim zostaną zużyte; lub kupujesz więcej gadżetów lub książek, zanim zużyjesz poprzednie?
- Czy zawsze żonglujesz swoimi finansami i stylem życia?
- Czy starasz się zmniejszyć poczucie winy z powodu wydatków, robiąc więcej zakupów?
- Czy zawsze przekraczasz budżet, który sobie założyłeś?
- Czy tracisz kontrolę nad sobą, kiedy zaczynasz zakupy?

Jeśli odpowiedź twierdząca na aż pięć z tych pytań, osoba może mieć Compulsive Buying Disorder, lub CBD.

Konsekwencje uzależnienia

- Osoby uzależnione od zakupów często wydają ponad stan. Chociaż może wydawać się mniej szkodliwe niż inne formy uzależnienia, takie jak nadużywanie narkotyków lub alkoholu, uzależnienie od zakupów może powodować i powoduje poważne problemy. Problemy finansowe są najbardziej oczywistymi problemami związanymi z kompulsywnymi zakupami.

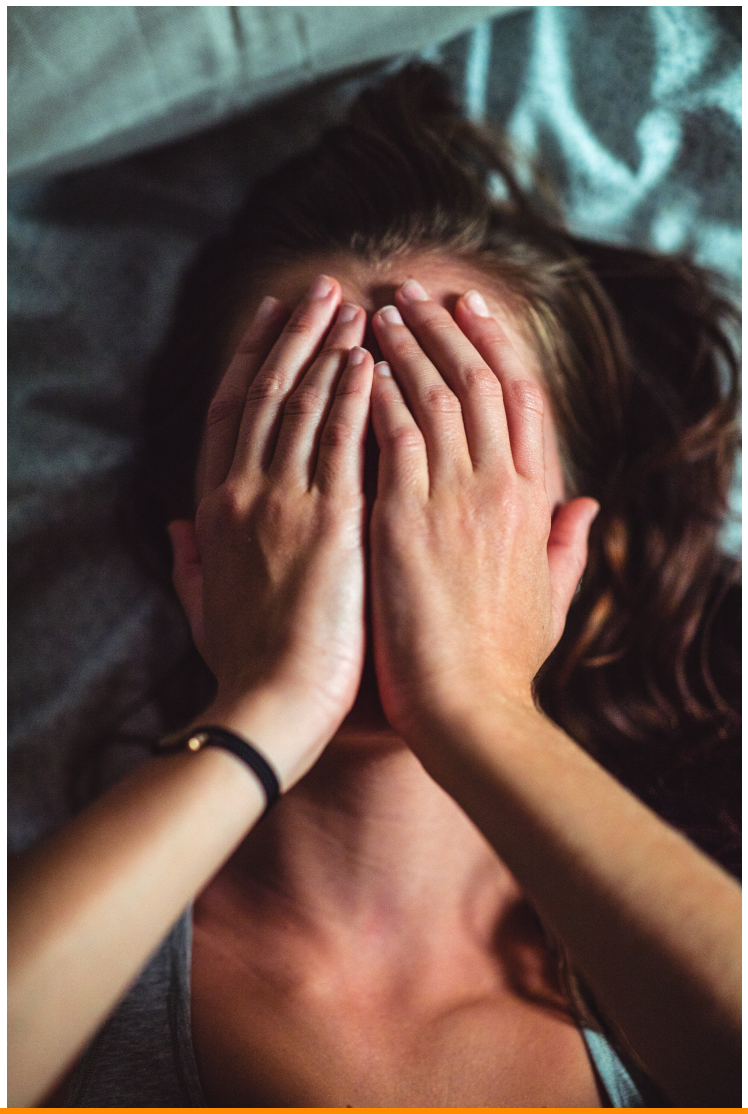
- Bez niczego, co mogłoby powstrzymać ten problem, osoby z tym problemem często wydają pieniądze do momentu, kiedy absolutnie nie mogą już kupić nowych rzeczy. Może to oznaczać, że skończyły im się pieniądze, karty kredytowe osiągnęły maksimum i nie są w stanie pożyczyć pieniędzy, aby dalej karmić nałóg. Uzależnienie od zakupów może powodować problemy finansowe, a nawet prawne, jeśli ci, którzy cierpią, nie są w stanie wypełnić swoich innych zobowiązań finansowych z powodu uzależnienia.

- Osoby z kompulsywnym zakupoholizmem mogą uciekać się do pożyczania pieniędzy od rodziny i przyjaciół, aby podsycić swój nałóg. Relacje z bliskimi mogą z czasem stać się napięte, ponieważ osoby uzależnione od zakupów mają tendencję do ciągłego pożyczania pieniędzy, nawet jeśli nie są w stanie spłacić swojego długu.

- Wstyd i chęć ukrycia wydatków często nadwerężają małżeństwa i związki. Może to prowadzić do napiętych lub zerwanych związków, ponieważ nawet cierpliwi i kochający partnerzy w końcu nie są w stanie poradzić sobie z konsekwencjami uzależnienia.

- W niektórych przypadkach kompulsywne zakupy wpływają na ocenę kredytową danej osoby, co może uniemożliwić jej zakup domu lub niezawodnego pojazdu. W niektórych przypadkach niska punktacja kredytowa może wpłynąć na zdolność do podjęcia pracy. Poważne przypadki uzależnienia od zakupów mogą również obniżyć zdolność danej osoby do pracy, a robienie zakupów online w godzinach pracy może doprowadzić do jej zakończenia.

- Pozostawione bez rozwiązania, kompulsywne zakupy mogą stać się tak samo problematyczne i autodestrukcyjne, jak prawie każda inna forma uzależnienia.



2.2.4. Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania to stany behawioralne charakteryzujące się poważnymi i trwałymi zaburzeniami zachowań żywieniowych oraz związanymi z nimi niepokojącymi myślami i emocjami. Mogą być bardzo poważnym schorzeniem wpływającym na funkcjonowanie fizyczne, psychologiczne i społeczne. Rodzaje zaburzeń odżywiania obejmują: anoreksję (anorexia nervosa), bulimię (bulimia nervosa), zaburzenia łaknienia (binge eating disorder), unikanie restrykcyjnego przyjmowania pokarmów (avoidant restrictive food intake disorder), inne określone zaburzenia odżywiania i jedzenia (inne określone zaburzenia karmienia i jedzenia), łaknienie (pica) i zaburzenia przeżuwania (rumination disorder).

Główne oznaki

Uzależnienia od jedzenia charakteryzują się poważnymi zaburzeniami w zachowaniach związanych z jedzeniem, a także ekstremalnymi i zniekształconymi obawami dotyczącymi kształtu i/lub wagi ciała. W odniesieniu do pierwszego zagadnienia, wiele różnych zachowań związanych z uzależnieniem od jedzenia było, w tej czy innej formie, konceptualizowanych jako uzależniające. Większość modeli uzależnień od jedzenia skupia się głównie na kompulsywnym objadaniu się (binge eating disorder).
Uzależnienie od jedzenia, podobnie jak uzależnienie od narkotyków czy alkoholu, często zaczyna się jako sposób radzenia sobie ze stresem, zwiększania głośności przyjemnych emocji (takich jak szczęście czy komfort) lub tłumienia nieprzyjemnych uczuć (takich jak lęk, złość czy smutek). Wiąże się to z niezdrową obsesją na punkcie jedzenia.

Czujesz się przygnębiony, wierzysz, że dany produkt spożywczy poprawi ci nastrój, jesz go i to działa: czujesz ukojenie lub ulgę, choćby chwilową. Twój mózg uczy się, że możesz szybko osiągnąć poprawę i zaczyna się cykl uzależnienia. Jeśli jesteś uzależniony od jedzenia, być może używasz go, aby radzić sobie ze stresem lub zarządzać swoimi emocjami.

Kiedy zaczynasz jeść zbyt dużo pewnych produktów, na punkcie których masz obsesję, w twoim ciele i mózgu dochodzi do zaburzeń równowagi, które prowadzą do głodu - jednego z objawów uzależnienia od jedzenia.

Dokładnie to samo dzieje się w przypadku nadużywania narkotyków. I znowu, nie każdy, kto zażywa narkotyki, pije lub ma obsesję na punkcie określonych pokarmów, staje się uzależniony.

Cykl pobudzenia składa się z trzech faz (Koob 2009):

- Faza zaabsorbowania lub oczekiwania: W tej fazie nie możesz się doczekać, aż dostaniesz w swoje ręce swoje jedzenie. Czekasz na to z wielką niecierpliwością.

- Podniecanie się swoim jedzeniem: Czerpiesz przyjemność z jedzenia swojego przysmaku. Czasami twój food fix może wprowadzić cię w stan podniecenia lub transu.

- Faza odstawienia lub zawiedzenia: W tej fazie czujesz się przygnębiony, zdegustowany, zawstydzony i winny. Możesz również odczuwać fizyczne skutki pobłażania sobie, takie jak wzdęcia, problemy trawienne, bóle stawów lub ogólne zmęczenie.

Konsekwencje uzależnienia

Skutki fizyczne - Uzależnienie od jedzenia może powodować wiele negatywnych skutków fizycznych w organizmie, ponieważ spożywany jest nadmiar jedzenia. Oto niektóre skutki fizyczne, które mogą być doświadczane:

- Choroby serca
- Cukrzyca
- Problemy trawienne
- Niedożywienie
- Otyłość
- Chroniczne zmęczenie
- Przewlekły ból
- Zaburzenia snu
- Zmniejszony popęd płciowy
- Bóle głowy
- Letarg
- Zapalenie stawów
- Udar mózgu
- Choroby nerek/ wątroby
- Osteoporoza

Efekty psychologiczne - Uzależnienie od jedzenia może być wyniszczające dla zdrowia psychicznego, zwłaszcza jeśli brakuje wsparcia lub pomoc jest nieodpowiednia. Niektóre z efektów psychologicznych, które mogą być doświadczane, obejmują:

- Niską samoocenę
- Depresja
- ataki paniki
- Wzmożone uczucie niepokoju
- uczucie smutku, beznadziejności lub rozpaczy
- Zwiększona drażliwość, zwłaszcza jeśli dostęp do pożądanych pokarmów jest ograniczony
- Emocjonalne oderwanie lub odrętwienie
- Myślenie samobójcze

Wreszcie, uzależnienie od jedzenia może mieć wpływ na Twoje życie społeczne i relacje z innymi. Społeczne skutki uzależnienia od jedzenia obejmują:

- Obniżenie wydajności w pracy lub szkole
- Izolacja od bliskich
- Podział w rodzinie
- Brak radości z hobby lub zajęć, które kiedyś sprawiały przyjemność
- Unikanie wydarzeń lub funkcji społecznych

2.2.5. Uzależnienie od pracy

Uzależnienie od pracy jest często nazywane "pracoholizmem". Podobnie jak każde inne uzależnienie, uzależnienie od pracy charakteryzuje się niemożnością powstrzymania swojego zachowania. Często wynika z kompulsywnej potrzeby osiągnięcia statusu i sukcesu lub ucieczki przed stresem emocjonalnym. Jest powszechne u ludzi, których społeczeństwo określa mianem perfekcjonistów. Ludzie cierpiący na to uzależnienie rzadko czują się zadowoleni lub zrelaksowani, chyba że robią coś, co wiąże się z ich pracą. Pracoholizm to nie to samo, co pozostawanie po godzinach kilka razy, aby ukończyć ważny projekt. Główną różnicą między nimi jest kompulsywna chęć przepracowania się a zdrowe pragnienie pracy.

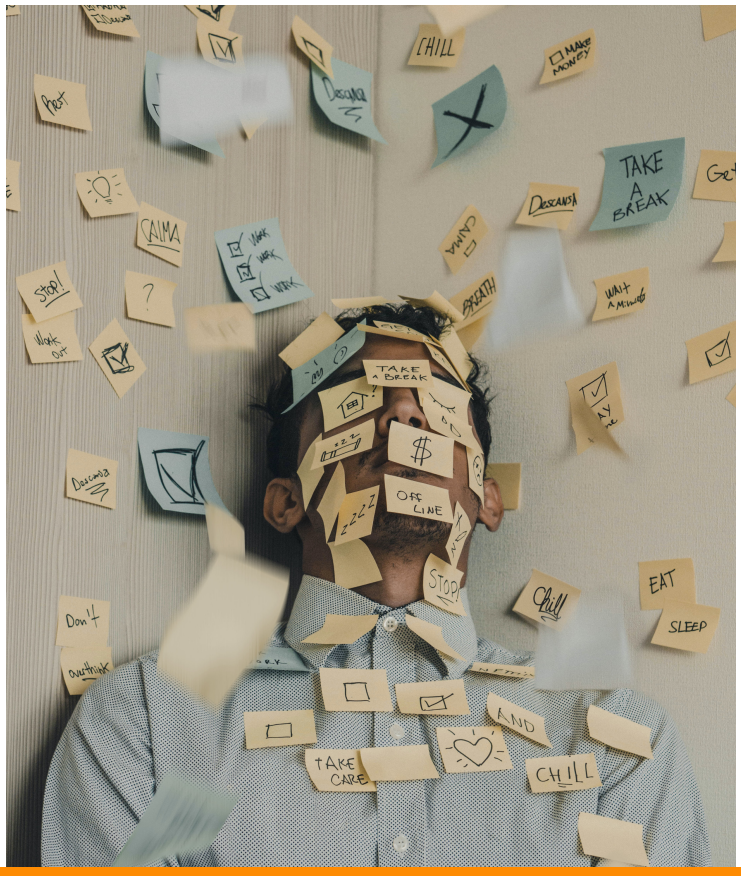
Główne oznaki

Najprostszym czynnikiem, który pozwala zauważyć osobę uzależnioną od pracy jest to, że będzie ona pracować o wiele więcej niż to, co jest wymagane. Kolejnym zachowaniem charakterystycznym dla tego uzależnienia jest nieumiejętność relaksowania się i zastępowania pracy wypoczynkiem. Osoby cierpiące na pracoholizm często pomijają posiłki, pozostają w pracy długo po godzinach typowych dla innych pracowników.
Istnieje wiele objawów, po których człowiek może rozpoznać pracoholika. Oto niektóre z cech charakterystycznych:

1. Bycie podekscytowanym pracą bardziej niż wakacjami i spotkaniami z przyjaciółmi
2. Praca w weekendy i wakacje
3. Pracować i jeść posiłki w tym samym czasie
4. Ciągłe zamartwianie się o pracę
5. Poczucie winy, kiedy nie pracujesz
6. Bycie sfrustrowanym, kiedy inni mówią, żeby przestać pracować lub próbują oderwać twoje oko od pracy
7. Usprawiedliwianie długich godzin pracy miłością do swojej pracy
8. Praca w celu zmniejszenia poczucia winy, bezradności i niepokoju
9. Bycie zestresowanym, kiedy nie wolno ci pracować

Konsekwencje uzależnienia

Uzależnienie od pracy prowadzi do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia. Osłabia układ odpornościowy i sprawia, że człowiek jest bardziej narażony na choroby i urazy. Są to niektóre z powszechnych konsekwencji:



- **Bezsenność i inne problemy związane ze snem**

Osoba, która czuje się zestresowana i winna tego, że nie pracuje, może mieć problemy z zasypianiem.

- **Wypalenie zawodowe**

- **Niezadowolenie z życia i stres**

Pracoholicy są napędzani przez uczucie stresu i niepokoju. Stres może prowadzić do pogorszenia samopoczucia danej osoby.

- **Śmierć**

W niektórych przypadkach przepracowanie może spowodować niewydolność serca lub udar mózgu. W innych przypadkach może prowadzić do samobójstw spowodowanych stresem związanym z przepracowaniem.

2.2.6. Uzależenienie od wysiłku fizyczniego

W o odróżnia zwykłego entuzjastę siłowni od osoby uzależnionej od ćwiczeń? Czy elitarnego sportowca trenującego do olimpiady uznalibyśmy za uzależnionego od ćwiczeń? A co z oddanym biegaczem, który po obiedzie w restauracji typu fast food dodaje do swojego planu biegowego dodatkowe trzy mile?

Hausenblas i Downs identyfikują uzależnienie od ćwiczeń fizycznych w oparciu o następujące kryteria, które są modyfikacją kryteriów DSM-IV TR dla uzależnienia od substancji.

Chociaż inni definiowali uzależnienie od ćwiczeń fizycznych przy użyciu różnych modeli, powyższa definicja jest najbardziej zbliżona do kryteriów DSM-5 dla uzależnień behawioralnych, które będą wzorowane na kryteriach dla uzależnienia od substancji.

Sussman, Lisha i Griffiths na podstawie przeglądu szerokiego zakresu badań nad uzależnieniem od ćwiczeń fizycznych szacują, że rozpowszechnienie w populacji ogólnej wynosi blisko 3%.

Wśród niektórych grup, takich jak ultramaratończycy i studenci nauk sportowych, wskaźnik ten jest jeszcze wyższy.

Według Lejoyeux, Avril, Richoux, Embouazza i Navoli, 42% członków paryskiego klubu fitness spełniało kryteria uzależnienia od ćwiczeń.

Główne oznaki uzależnienia

1.***Tolerancja***: zwiększanie ilości ćwiczeń w celu uzyskania pożądanego efektu, czy to "buczenia" czy poczucia spełnienia;

2. Odstawienie: przy braku ćwiczeń osoba doświadcza negatywnych efektów, takich jak niepokój, drażliwość, niepokój i problemy ze snem.

3. Brak kontroli: nieudane próby zmniejszenia poziomu ćwiczeń lub zaprzestania ćwiczeń na pewien okres czasu;

4. Efekty intencjonalne: niezdolność do trzymania się zamierzonej rutyny, o czym świadczy przekroczenie czasu przeznaczonego na ćwiczenia lub konsekwentne przekraczanie zamierzonej ilości;

5. Czas: dużo czasu poświęca się na przygotowanie do ćwiczeń, zaangażowanie w nie i powrót do zdrowia po ich zakończeniu;

6.Ograniczenie innych aktywności: w bezpośrednim wyniku ćwiczeń aktywność społeczna, zawodowa i/lub rekreacyjna występuje rzadziej lub zostaje przerwana;

7. Kontynuacja: kontynuowanie ćwiczeń pomimo świadomości, że aktywność ta powoduje lub nasila problemy fizyczne, psychiczne i/lub interpersonalne.

Konsekwencje uzależnienia

Podczas gdy osoby ćwiczące rekreacyjnie włączają codzienną aktywność fizyczną do swojego życia, ci, których ćwiczenia stają się problematyczne, zaczynają organizować swój dzień wokół reżimu ćwiczeń, który staje się coraz bardziej sztywny.

Inną cechą wyróżniającą ćwiczenia na poziomie problemowym jest charakter negatywnych konsekwencji. Gdzie poprzednio negatywne skutki wynikały bezpośrednio z zachowania, na poziomie problemowym dominują wtórne negatywne konsekwencje.

Wtórne negatywne konsekwencje obejmują własną i/lub cudzą reakcję na niekorzystne skutki ćwiczenia. Przykładem wtórnej negatywnej konsekwencji dla Sally byłoby, gdyby jej chłopak zaczął narzekać na poczucie, że woli biegać niż być z nim lub gdyby Sally stała się zła na siebie za ponowne zranienie kostki.

Raz w problematycznej fazie, zachowanie kontynuuje pomimo osiągnięcia określonego celu - podobnie jak w przypadku osoby pijącej problematycznie, która kontynuuje picie nawet po tym, jak pożądana ulga od stresu spowodowana alkoholem wystąpiła. W przypadku Sally, po osiągnięciu satysfakcji z osiągnięcia celu, jakim było przebiegnięcie pięciomilowego wyścigu, kontynuuje ona swój sumienny reżim treningowy. Dodatkowo, wspólne dla poziomu problemowego jest to, że zachowanie, kiedyś wykonywane społecznie, teraz pojawia się samo. Sally przestaje trenować z grupą, by trenować na własną rękę.

Konsekwencje uzależnienia

Utrzymanie kontroli nad zachowaniem staje się trudniejsze w fazie problemowej, ponieważ po zaprzestaniu zachowania pojawiają się objawy odstawienia.

Pomysł, że uzależnienia behawioralne są związane z klasycznymi objawami uzależnienia - tolerancją i wycofaniem - był przedmiotem dyskusji.

Przynajmniej w przypadku ćwiczeń, istnieją dobre dowody na to, że ćwiczenia aerobowe i intensywne używanie dużych mięśni wiąże się ze zmianami w endorfinach.

Jeżeli organizm obniża produkcję endorfin w odpowiedzi na ćwiczenia, brak ćwiczeń może wiązać się z wycofaniem.

Wycofanie się z ćwiczeń zostało wykazane i zilustrowane przez drażliwość Sally i brak poczucia własnej wartości po kontuzji kostki.

Na tym poziomie, zachowanie nie występuje już tylko dla jego efektów zmieniających nastrój, ale także w celu usunięcia objawów odstawienia.

2.2.7. Uzależnienie od telefonu

Uzależnienie od telefonu komórkowego jest zaburzeniem, które polega na kompulsywnym nadużywaniu telefonów komórkowych, zwykle w oparciu o liczbę razy, kiedy użytkownicy uzyskują dostęp do swojego urządzenia i/lub całkowitą ilość czasu, kiedy są online w określonym okresie czasu.

Kompulsywne używanie smartfonów jest tylko jednym z rodzajów uzależnienia od technologii. Jednak inne technologie podatne na nadużywanie, takie jak media społecznościowe i gry, są często dostępne za pośrednictwem urządzeń mobilnych.

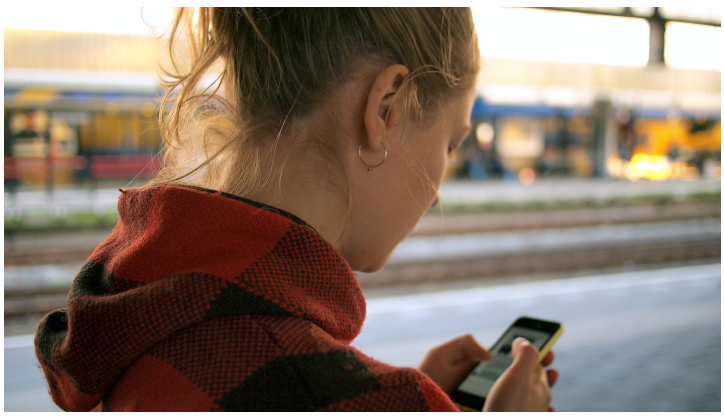
Smartfony sprzyjają nadużywaniu, ponieważ w przeciwieństwie do komputerów stacjonarnych czy laptopów, można je łatwo zabrać ze sobą wszędzie. W rezultacie, urządzenia te coraz częściej stają się głównym urządzeniem komputerowym użytkownika. Plany taryfowe na transmisję danych i niemal wszechobecna sieć Wi-Fi umożliwiają łączność z niemal każdego miejsca.

Telefony komórkowe stały się tak potężnymi i wszechstronnymi narzędziami, że dla wielu ludzi czują się one dosłownie niezbędne. W rzeczywistości łatwo jest poczuć się jak ten, który się zgubił, gdy nie można znaleźć swojego telefonu.

Skąd więc możesz wiedzieć, czy twoje przywiązanie do telefonu jest tylko zjawiskiem kulturowym XXI wieku, czy prawdziwym, zmieniającym życie uzależnieniem?

Główne oznaki uzależnienia

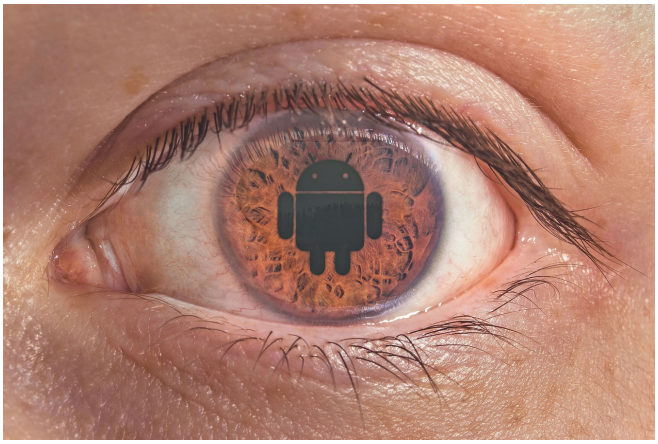
Naukowcy uważają, że ludzie, którzy kompulsywnie korzystają z telefonów komórkowych mogą próbować uniknąć problemów w swoim życiu, które wydają się zbyt trudne lub skomplikowane do rozwiązania.



Tak więc, jedną z pierwszych rzeczy do rozważenia jest to, czy jest coś głębszego, co Cię niepokoi. Rozwiązanie podstawowego problemu może być kluczem do zmniejszenia niepokoju

- Potrzeba coraz częstszego korzystania z telefonu komórkowego, aby osiągnąć ten sam pożądany efekt.
- Uporczywe, nieudane próby rzadszego korzystania z telefonu komórkowego.
- Zaabsorbowanie używaniem smartfona.
- Zwracanie się ku telefonowi komórkowemu, gdy doświadcza się niepożądanych uczuć, takich jak lęk lub depresja.
- Nadmierne korzystanie z telefonu charakteryzuje się utratą poczucia czasu.
- Naraża na niebezpieczeństwo związek lub pracę z powodu nadmiernego korzystania z telefonu komórkowego.
- Tolerancja.
- Potrzeba posiadania najnowszego telefonu komórkowego, większej liczby aplikacji lub zwiększonego użycia.
- Wycofanie się, gdy telefon komórkowy lub sieć są nieosiągalne.
- Gniew.
- Napięcie.
- Depresja.
- Drażliwość.
- Niepokój.

Konsekwencje uzależnienia



Nie ma wątpliwości, że nadmierne korzystanie z telefonu komórkowego jest problemem dla wielu ludzi.

Jednak istnieje pewna debata wśród lekarzy i specjalistów zdrowia psychicznego o tym, czy problematyczne korzystanie z telefonu komórkowego jest naprawdę uzależnienie lub wynik problemu kontroli impulsów.

Wielu ekspertów medycznych jest niechętnych do przypisania słowa "uzależnienie" do czegokolwiek innego niż nawykowe nadużywanie substancji.

Jednakże, Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych (podręcznik używany w społeczności medycznej do diagnozowania zaburzeń psychicznych) uznaje jedno uzależnienie behawioralne: kompulsywny hazard.

Warto zauważyć, że istnieją pewne istotne podobieństwa między nadużywania telefonu komórkowego i uzależnień behawioralnych, takich jak kompulsywny hazard.

Podobieństwa te obejmują:

- utrata kontroli nad zachowaniem
- uporczywość, czyli posiadanie rzeczywistych trudności z ograniczeniem zachowania
- tolerancja, czyli potrzeba częstszego angażowania się w dane zachowanie, aby uzyskać to samo uczucie
- poważne negatywne konsekwencje wynikające z zachowania
- wycofanie, czyli uczucie drażliwości i niepokoju, kiedy zachowanie nie jest praktykowane
- nawrót, czyli ponowne wejście w nawyk po okresach unikania go

Istnieje pewna debata w środowisku medycznym, czy nadużywanie telefonu jest uzależnieniem lub problem kontroli impulsów.Istnieje jednak wiele podobieństw między nadużywaniem telefonu i innych uzależnień behawioralnych, takich jak kompulsywny hazard.

Centrum Badań raporty, że 81 procent Amerykanów teraz własne smartfony - w górę z zaledwie 35 procent w 2011 roku. Ponadto, w ciągu ostatnich 5 lat, Google Trends wskazuje, że wyszukiwania dla "uzależnienie od telefonu komórkowego" zostały podobnie rośnie.

Zawsze warto zwrócić się o pomoc, jeśli masz do czynienia z problemem, który Cię niepokoi lub nad którym czujesz, że nie masz kontroli. Jeśli zauważasz u siebie symptomy uzależnienia lub osoby, które rozmawiają z Tobą na temat ilości czasu, jaki spędzasz przy telefonie, dobrym pomysłem może być zwrócenie się o pomoc. Rozważ dotarcie do terapeuty lub lekarza, sprawdzenie przewodnika samopomocy lub skorzystanie z programu cyfrowego detoksu. Problematyczne korzystanie z telefonu komórkowego ma wiele cech charakterystycznych dla uzależnień behawioralnych, takich jak kompulsywny hazard. Ludzie, którzy rozwijają zależny wzór korzystania z telefonu zazwyczaj doświadczają utraty kontroli. Często odkrywają, że ich nawyki korzystania z telefonu komórkowego powodują prawdziwe szkody w ich życiu. Jeśli korzystanie z telefonu stało się problematyczne, lub jeśli czujesz, że stało się uzależnieniem, istnieją kroki, które możesz podjąć, aby przekwalifikować się na zdrowsze sposoby korzystania z telefonu. Terapia poznawczo-behawioralna i programy cyfrowego detoksu mogą być bardzo skuteczne w odzyskiwaniu poczucia kontroli nad korzystaniem z telefonu.

2.2.8. Uzależnienie od internetu

Czy grasz w gry wideo w Internecie w nadmiarze? Czy robisz kompulsywnie zakupy online? Nie możesz fizycznie przestać sprawdzać Facebooka? Czy Twoje nadmierne korzystanie z komputera zakłóca Twoje codzienne życie - związki, pracę i szkołę?
Jeśli odpowiedziałeś "tak" na którekolwiek z tych pytań, możesz cierpieć na Internet Addition Disorder, powszechnie określane również jako kompulsywne korzystanie z Internetu (CIU), problematyczne korzystanie z Internetu (PIU) lub iDisorder.

Pierwotnie dyskutowane jako "prawdziwa rzecz", to było satyrycznie teoretyzowane jako zaburzenie w 1995 roku przez dr Ivana Goldberga, MD, który porównał jego oryginalny model do patologicznego hazardu. Od tego hoax rodzaju, zaburzenie szybko zyskał grunt i został podany poważnej uwagi od wielu badaczy, doradców zdrowia psychicznego i lekarzy jako naprawdę wyniszczające zaburzenie.

Chociaż nie jest oficjalnie uznany za zaburzenie w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), jego rozpowszechnienie w kulturach amerykańskich i europejskich jest oszałamiająca - wpływając do 8,2% populacji ogólnej. Niektóre raporty sugerują jednak, że dotyka ona nawet 38% populacji ogólnej. Tak duża różnica w częstości występowania może wynikać z faktu, że nie opracowano prawdziwych i standardowych kryteriów dla zaburzenia uzależnienia od Internetu. Jest on badany w różny sposób przez naukowców i specjalistów od zdrowia psychicznego. Jest też różnie badane w różnych kulturach etnicznych.

Główne oznaki uzależnienia

Niektóre z emocjonalnych objawów zaburzeń uzależnienia od Internetu mogą obejmować:

- Depresja
- Nieuczciwość
- Poczucie winy
- Lęk
- Uczucia euforii podczas korzystania z komputera
- Niezdolność do ustalania priorytetów lub prowadzenia harmonogramów
- Izolacja
- Brak poczucia czasu
- Defensywność
- Unikanie pracy
- Agitacja
- wahania nastroju
- Strach
- Samotność
- Znudzenie rutynowymi zadaniami
- Prokrastynacja

Fizyczne symptomy uzależnienia od internetu mogą zawierać:

- Ból pleców
- Zespół cieśni nadgarstka
- Bóle głowy
- Bezsenność
- Złe odżywianie (brak jedzenia lub jedzenie w nadmiarze, aby uniknąć bycia z dala od komputera)
- Słaba higiena osobista (np. niekąpanie się, aby pozostać online)
- Ból szyi
- Suchość oczu i inne problemy z widzeniem
- Przyrost lub utrata wagi

Konsekwencje uzależnienia

Jeśli cierpisz na to zaburzenie, może ono mieć wpływ na Twoje relacje osobiste, życie zawodowe, finanse lub życie szkolne.
Osoby cierpiące na to zaburzenie mogą izolować się od innych, spędzać długi czas w izolacji społecznej i negatywnie wpływać na ich relacje osobiste. Problemy z zaufaniem i nieuczciwością mogą również wynikać z tego, że osoby uzależnione od Internetu próbują ukryć lub zaprzeczyć ilości czasu spędzanego w sieci.

Ponadto, osoby te mogą tworzyć w sieci inne postacie, próbując w ten sposób ukryć swoje zachowania w sieci. Poważne problemy finansowe mogą również wynikać z unikania pracy, bankructwa z powodu ciągłych zakupów online, gier online lub hazardu online. Uzależnieni od Internetu mogą mieć również problemy z nawiązywaniem nowych relacji i wycofać się społecznie - ponieważ czują się bardziej swobodnie w środowisku online niż fizycznym.

2.2.9. Uzależnienie od opioidów

Opioidy to leki, których celem jest wpływanie na układ nerwowy w taki sposób, aby wywoływał on uczucie przyjemności i łagodził ból. Niektóre opioidy są legalnie przepisywane przez lekarzy w celu złagodzenia bólu po poważnym urazie lub zabiegu medycznym. Powszechnie przepisywane opioidy to oksykodon, fentanyl, buprenorfina, metadon, oksymorfon, hydrokodon, kodeina i morfina. Uzależnienie można opisać jako kompulsywną potrzebę używania opioidów, nawet gdy nie jest to już potrzebne, wymagane medycznie lub nie jest już przepisane. Opioidy mają wysoki potencjał uzależniający dla niektórych osób. Dzieje się tak nawet w sytuacji, gdy leki są przepisywane prawidłowo i przyjmowane zgodnie z zaleceniami.

Główne oznaki uzależnienia

- Silne pragnienie lub potrzeba używania opioidów
- Kontynuowanie zażywania opioidów pomimo występowania problemów społecznych i psychicznych z tego powodu
- Bardzo częste przyjmowanie dużych ilości narkotyku
- Silna tolerancja na opioidy
- Doświadczanie odstawienia po zaprzestaniu przyjmowania narkotyku
- Przyjmowanie opioidów, aby nie stawić czoła odstawieniu

Znaki pomagające w rozpoznaniu osoby uzależnionej:

- **C**zęste przyjmowanie opioidów w dawkach większych niż zalecane
- Przyjmowanie opioidów przez okres dłuższy niż zalecany
- Kontynuowanie przyjmowania opioidów pomimo problemów, jakie stwarza w szkole lub pracy
- Osoba spędza długi czas na zdobywaniu opioidów
- Ograniczenie aktywności zawodowej, rekreacyjnej i społecznej w związku z używaniem opioidów
- Powtarzające się używanie opioidów w sytuacjach, które są niebezpieczne fizycznie
- Kontynuowanie używania opioidów pomimo świadomości występowania nawracającego problemu fizycznego lub psychologicznego, który prawdopodobnie został spowodowany przez tę substancję.
- Wykazanie wysokiej tolerancji
- Występowanie objawów odstawienia

Konsekwencje uzależnienia

Uzależnienie od opioidów może powodować zagrażające życiu problemy zdrowotne, w tym ryzyko przedawkowania.

Przedawkowanie może nastąpić, gdy duża dawka opioidów jest podjęta przez osobę, co powoduje spowolnienie lub zatrzymanie oddechu. Prowadzi to do utraty przytomności, a jeśli przedawkowanie nie jest natychmiast leczone, osoba może odejść.

Krótkotrwałe konsekwencje

- Zaparcia
- Nudności
- Senność
- Utrata przytomności
- Spowolnione oddychanie
- Wymioty
- Halucynacje

Długotrwałe konsekwencje

- Osłabiony układ odpornościowy
- Śpiączka
- Zapadanie się żył
- Zatkane naczynia krwionośne
- Narażenie na HIV i inne choroby zakaźne

2.2.10. Uzależnienie od alkoholu

Alkoholizm to nadmierne i powtarzające się picie napojów alkoholowych w takim stopniu, że osoba pijąca wielokrotnie doznaje szkody lub szkodzi innym. Krzywda może być fizyczna lub psychiczna; może być również społeczna, prawna lub ekonomiczna. Ponieważ takie używanie jest zwykle uważane za kompulsywne i pod znacznie zmniejszoną dobrowolną kontrolą, alkoholizm jest uważany przez większość klinicystów za uzależnienie i chorobę.

Alkoholizm można zdefiniować jako przymus poszukiwania i przyjmowania alkoholu, utratę kontroli nad ograniczaniem spożycia oraz pojawienie się negatywnego stanu emocjonalnego, gdy dostęp do narkotyku jest uniemożliwiony. Alkoholizm wpływa na wiele mechanizmów motywacyjnych i może być konceptualizowany jako zaburzenie, które obejmuje progresję od impulsywności (wzmocnienie pozytywne) do kompulsywności (wzmocnienie negatywne).

Zaburzenie używania alkoholu (Alcohol Use Disorder - AUD) jest przewlekłą, nawracającą chorobą mózgu, charakteryzującą się upośledzoną zdolnością do zaprzestania lub kontrolowania używania alkoholu pomimo niekorzystnych konsekwencji społecznych, zawodowych lub zdrowotnych. AUD może mieć przebieg od łagodnego do ciężkiego, a wyleczenie jest możliwe niezależnie od stopnia zaawansowania.

Uzależnienie od alkoholu rozwija się, gdy dana osoba pije tak dużo, że powoduje to zmiany chemiczne w mózgu, które zwiększają uczucie przyjemności odczuwane podczas spożywania alkoholu, co sprawia, że chce ona pić częściej, nawet jeśli jest to szkodliwe. Kiedy przyjemne uczucia związane z alkoholem znikają, osoba z AUD będzie pić, aby zapobiec objawom odstawienia.

Główne oznaki uzależnienia

Zgodnie z piątym wydaniem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), kryteria diagnozy zaburzeń związanych z używaniem alkoholu to:

- pożywał więcej alkoholu lub spędzał więcej czasu na piciu niż zamierzał.
- Chciałby ograniczyć lub zaprzestać używania alkoholu, ale nie udało mu się to.
- Spędza nadmiernie dużo czasu na piciu, chorowaniu i odczuwaniu skutków używania alkoholu.
- Silny głód alkoholu.
- Spożywanie alkoholu lub choroby z jego powodu uniemożliwiły tej osobie zajmowanie się obowiązkami domowymi i dziećmi, a także spowodowały trudności w pracy lub w szkole.
- Kontynuowanie picia pomimo tego, że powodowało to problemy z rodziną i bliskimi.
- Zaprzestanie lub sporadyczne angażowanie się w rzeczy, które kiedyś były przyjemne lub ważne, aby móc pić.
- Wielokrotnie znajdowała się w sytuacjach podczas spożywania alkoholu, które zwiększały prawdopodobieństwo doznania obrażeń (używanie maszyn, prowadzenie samochodu).
- Nawet jeśli dana osoba czuje się smutna lub przygnębiona, albo wpływa to na istniejące już problemy zdrowotne, nadal pije. Albo, po epizodach zapominania lub nie pamiętania o wydarzeniach podczas picia, dana osoba kontynuuje używanie alkoholu.

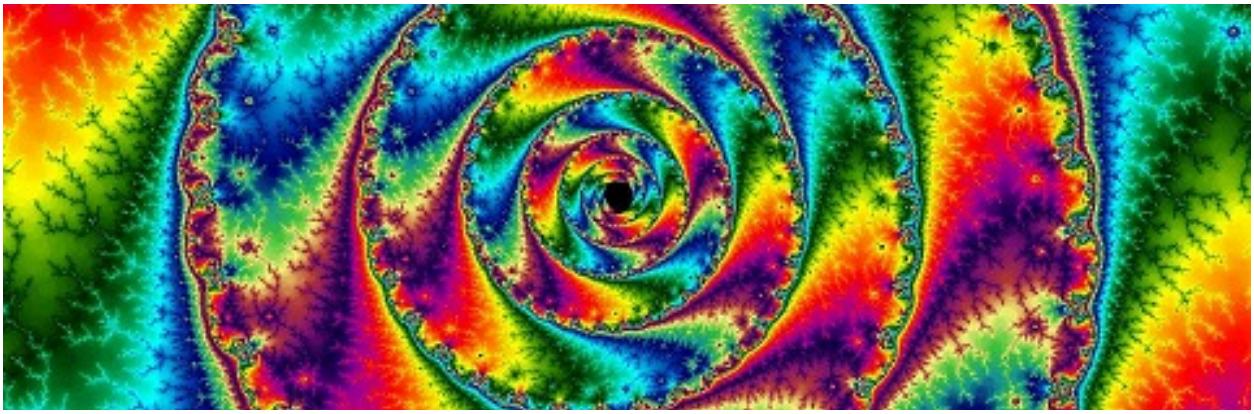
- Konieczność zwiększenia ilości wypijanego alkoholu, aby uzyskać pożądane rezultaty (zwykła ilość alkoholu daje niewielkie rezultaty).
- Gdy alkohol zużywa się, powodując objawy, takie jak bezsenność, trudności w utrzymaniu snu, pobudzenie, nerwowość, smutek, rozstrój żołądka i nudności i / lub pocenie się. Lub, osoba czuła, że przedmioty były tam, ale w rzeczywistości nie są.

Obecność dwóch objawów w kryteriach oznacza łagodną postać AUD. Kiedy osoba ma cztery do pięciu kryteriów, diagnoza AUD jest uważana za umiarkowaną. U osób, u których występuje sześć lub więcej kryteriów, diagnozuje się ciężką postać AUD.

Konsekwencje uzależnienia

Wykazano, że osoby nadmiernie spożywające alkohol cierpią w różnym stopniu na choroby zarówno ostre, jak i przewlekłe.
Na całym świecie zachorowalność spowodowana nadużywaniem alkoholu jest na równi z malarią i niebezpiecznym seksem, większa niż zachorowalność spowodowana paleniem tytoniu i znacznie większa niż zachorowalność spowodowana zażywaniem nielegalnych narkotyków. Liczby te stawiają alkoholizm w pierwszym szeregu problemów zdrowia publicznego.
Śmiertelność wśród alkoholików jest 2,5 razy większa od oczekiwanej.
Szkodliwe używanie alkoholu znajduje się w pierwszej piątce czynników ryzyka chorób, niepełnosprawności i śmierci na całym świecie.
Jest przyczyną ponad 200 chorób i urazów u osób, zwłaszcza uzależnienia od alkoholu, marskości wątroby, nowotworów i urazów.
Niektóre krótkotrwałe skutki to niewyraźna mowa; przytłumiona percepcja, zwłaszcza wzroku; brak koordynacji i problemy z koncentracją; skrajne zmiany nastroju; zaniki pamięci; spowolniony oddech; obniżenie zahamowań, prowadzące do złej oceny sytuacji społecznej i utraty krytycznej oceny; obniżenie temperatury ciała; podwyższenie ciśnienia krwi; omdlenia; wymioty.

Oprócz skutków krótkoterminowych, istnieją również skutki długoterminowe. Osoby, które spożywają alkohol przez dłuższy czas, są bardziej narażone na rozwój tych powikłań. Objawy ujawniają się stopniowo w ciągu miesięcy i lat. Przykładami są choroby układu krążenia, choroby wątroby, nerek i trzustki, choroby układu trawiennego, infekcje dróg oddechowych, nowotwory, uszkodzenia nerwów i mózgu, zaburzenia układu rozrodczego i skutki psychologiczne (takie jak duża depresja, niektóre zaburzenia lękowe, schizofrenia, choroba dwubiegunowa i inne).



2.2.11. Uzależnienie od halucynogenów

Halucynogeny to zróżnicowana grupa narkotyków, które zmieniają procesy myślowe i percepcję użytkownika w sposób prowadzący do znacznego zniekształcenia rzeczywistości. Halucynogeny powszechnie dzieli się na dwie kategorie: klasyczne halucynogeny (takie jak LSD) i narkotyki dysocjacyjne (takie jak PCP).

U osób, które używają tych substancji w celach niemedycznych, mają problemy z kontrolowaniem ich używania i doświadczają negatywnych konsekwencji w wyniku ich używania, można zdiagnozować zaburzenie związane z używaniem halucynogenów lub zaburzenie związane z używaniem fencyklidyny w przypadku używania PCP.

Dowody wskazują na to, że niektóre halucynogeny mogą być uzależniające i że ludzie mogą rozwinąć na nie tolerancję. Wiele osób utożsamia pojęcie uzależnienia z doświadczaniem objawów po odstawieniu, mimo że są to dwie odrębne kwestie. Użytkownicy halucynogenów nie mają tendencji do doświadczania objawów po zaprzestaniu ich zażywania, co wynika z faktu, że leki te nie mają dużego potencjału uzależnienia fizycznego. I chociaż halucynogeny nie są klasycznie uzależniające, osoby mogą nadal cierpieć z powodu problematycznego używania, które upośledza ich codzienne życie. Ze względu na niejednoznaczność terminu "uzależnienie", nie jest on już stosowany klinicznie w procesie diagnostycznym. Zamiast tego stosuje się termin "zaburzenie używania substancji", oznaczający zaburzenie psychiatryczne/psychologiczne występujące u osób, które doświadczają negatywnych konsekwencji i problemów z kontrolowaniem używania narkotyków.

Główne oznaki uzależnienia

Odurzenie halucynogenami rozpoznaje się po niedawnym zażyciu jednego lub więcej halucynogenów, po którym wystąpił znaczny niepokój lub depresja, wyobrażenia odniesienia, obawa przed utratą rozumu, wyobrażenia paranoidalne, zaburzona ocena sytuacji lub zaburzone funkcjonowanie społeczne lub zawodowe, które wystąpiły podczas zażywania narkotyku lub bezpośrednio po jego zażyciu. Ponadto osoba doświadcza subiektywnego nasilenia percepcji, depersonalizacji, derealizacji, iluzji, halucynacji i synestezji podczas używania narkotyku lub bezpośrednio po jego zażyciu; i mogą wystąpić objawy kliniczne, takie jak tachykardia, rozszerzenie źrenic, pocenie się, kołatanie serca, zamazanie widzenia, drżenie i brak koordynacji.

Diagnoza "Inne zaburzenia związane z używaniem halucynogenów" może być postawiona osobie, która zażywa halucynogeny wymienionych powyżej rodzajów i wykazuje co najmniej dwa z następujących objawów w okresie 12 miesięcy:

- Osoba zażywa więcej halucynogenów niż zamierzała.
- Osoba ma trudności z ograniczeniem lub kontrolowaniem zażywania halucynogenów.
- Osoba spędza dużo czasu na zdobywaniu, używaniu i dochodzeniu do siebie po zażyciu halucynogenów.
- Osoba ta pożąda halucynogenów.
- Osoba nie jest w stanie pełnić ważnych ról w swoim życiu w pracy, szkole lub domu z powodu zażywania halucynogenów.
- Osoba kontynuuje zażywanie halucynogenów, mimo że ma problemy społeczne lub interpersonalne, takie jak kłótnie, wynikające z zażywania narkotyków.
- Osoba rezygnuje lub ogranicza inne działania, które były dla niej ważne, takie jak działania społeczne, związane z pracą i inne działania rekreacyjne.

- Osoba używa narkotyków halucynogennych w niebezpiecznych sytuacjach, takich jak prowadzenie samochodu lub obsługa maszyn.
- Osoba kontynuuje używanie halucynogenów, mimo że wie, że powoduje to lub pogarsza problem fizyczny lub psychologiczny.
- Tolerancja na halucynogeny.

Konsekwencje uzależnienia

Efekty halucynogenów, takich jak LSD, można opisać jako psychozę wywołaną przez narkotyki - zniekształcenie lub dezorganizację zdolności osoby do rozpoznawania rzeczywistości, racjonalnego myślenia lub komunikowania się z innymi.

Na niektórych "wyjazdach" użytkownicy doświadczają wrażeń, które są przyjemne i stymulujące umysłowo i które dają poczucie zwiększonego zrozumienia. "Złe podróże", jednak, obejmują przerażające myśli i koszmarne uczucia niepokoju i rozpaczy, które obejmują obawy utraty kontroli, szaleństwa lub śmierci.

Wraz z halucynacjami, inne krótkoterminowe efekty ogólne obejmują zwiększoną częstość akcji serca, nudności, wzmożone odczucia i doświadczenia zmysłowe (takie jak widzenie jaśniejszych kolorów), zmiany w poczuciu czasu (na przykład uczucie, że czas płynie wolniej).

Specyficzne krótkotrwałe efekty działania niektórych halucynogenów obejmują wzrost ciśnienia krwi, częstości oddychania lub temperatury ciała; utratę apetytu; suchość w ustach; problemy ze snem; doświadczenia duchowe; uczucie odprężenia; nieskoordynowane ruchy; nadmierne pocenie się; panikę; paranoję - skrajną i nieuzasadnioną nieufność wobec innych; psychozę - zaburzone myślenie oderwane od rzeczywistości i dziwaczne zachowania.

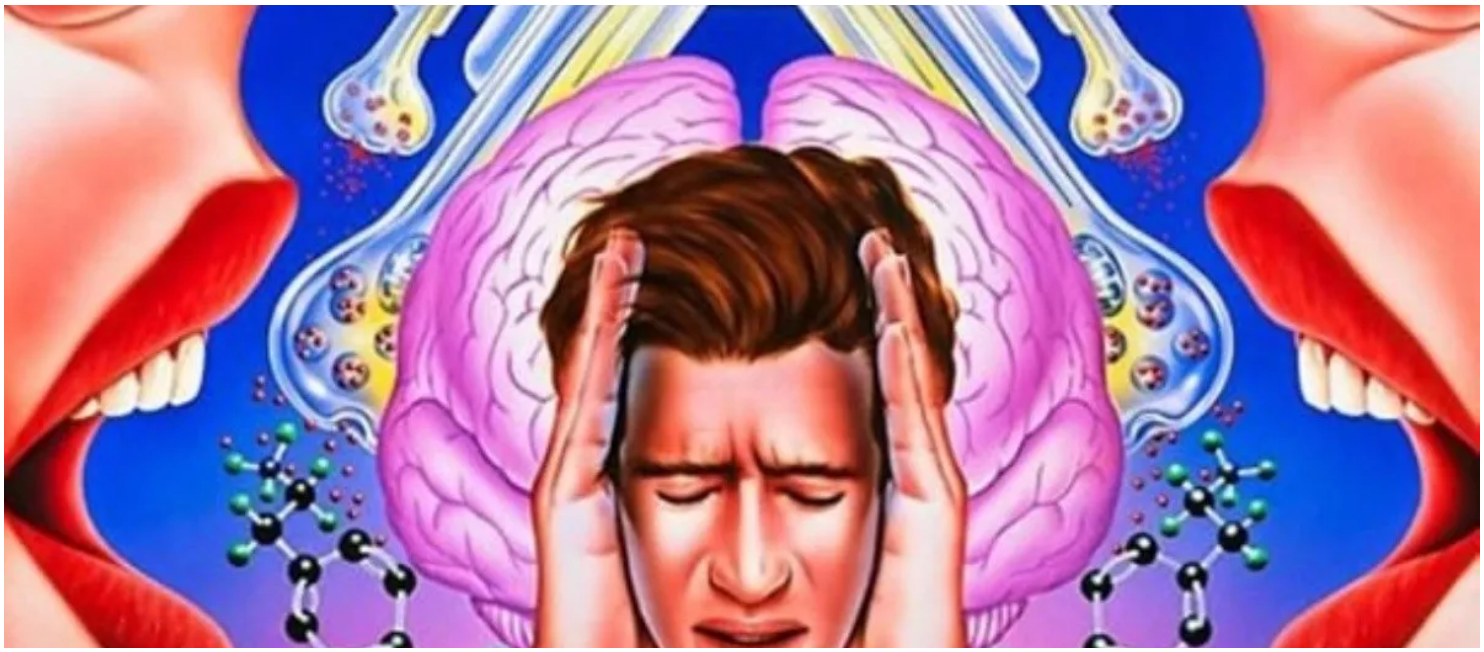
Ogólnie rzecz biorąc, z używaniem klasycznych halucynogenów wiążą się dwa długoterminowe efekty, choć są one rzadkie:

a) uporczywa psychoza (Persistent Psychosis) - seria utrzymujących się problemów psychicznych, w tym zaburzenia widzenia, dezorganizacja myślenia, paranoja i zmiany nastroju oraz

b) Hallucinogen Persisting Perception Disorder - nawroty pewnych doświadczeń związanych z narkotykami, takich jak halucynacje lub inne zaburzenia widzenia.

Te retrospekcje często zdarzają się bez ostrzeżenia i mogą wystąpić w ciągu kilku dni lub ponad roku po zażyciu narkotyku.

Objawy te są czasami mylone z innymi zaburzeniami, takimi jak udar mózgu lub guz mózgu.



2.2.12. Uzależnienie od tytoniu

Zgodnie z DSM-5, zaburzenie związane z używaniem tytoniu jest diagnozowane, gdy osoba jest uzależniona od nikotyny, która znajduje się w tytoniu. Tytoń zawiera substancję psychoaktywną - nikotynę, która jest środkiem pobudzającym OUN (ośrodkowy układ nerwowy).

Cechy wyrobów tytoniowych, które zwiększają ich potencjał uzależniający, obejmują nagradzające właściwości nikotyny, behawioralne wzmocnienie nawyku palenia od ust do ust, brak wsparcia społecznego dla zaprzestania palenia, łatwość dostępu do wyrobów tytoniowych oraz kulturową akceptację wyrobów tytoniowych. Innym czynnikiem zwiększającym uzależniające właściwości nikotyny jest bioinżynieria stosowana przez firmy tytoniowe, które dodają do nikotyny amoniak w celu ułatwienia jej wchłaniania i biodostępności.

Uzależniający charakter nikotyny obejmuje zachowania wymuszone przez narkotyk, obsesyjne używanie i ponowne sięganie po nią po odstawieniu, a także zależność fizyczną i tolerancję.

Oprócz powodowania uzależnienia, nikotyna ma wiele negatywnych skutków fizycznych i różnorodne objawy odstawienia.

Najnowsze badania podważyły tezę, że do uzależnienia konieczne jest utrzymywanie się stałego poziomu nikotyny i zasugerowały, że niektóre wskaźniki uzależnienia, zwłaszcza utrata autonomii, mogą być widoczne już po wypaleniu kilku papierosów (na przykład niektóre osoby nie palące codziennie w wieku studenckim były uzależnione od nikotyny i odwrotnie, nie wszystkie osoby palące codziennie w tej grupie były uzależnione od nikotyny). Uzależnienie od nikotyny prawdopodobnie występuje na ogólnym kontinuum od niższych do wyższych poziomów używania, ale istnieje duża zmienność.

Główne oznaki uzależnienia

Problematyczny wzorzec używania tytoniu prowadzący do klinicznie istotnego upośledzenia lub niepokoju. Zgodnie z DSM-V kryteria diagnostyczne zaburzeń związanych z używaniem tytoniu (co najmniej dwa kryteria w ciągu ostatnich 12 miesięcy) to:

- Tytoń jest często zażywany w większych ilościach lub przez dłuższy okres niż zamierzano
- Uporczywe pragnienie lub bezskuteczne wysiłki, aby ograniczyć lub kontrolować używanie tytoniu
- Dużo czasu poświęca się na czynności niezbędne do zdobycia lub użycia tytoniu
- Łaknienie, czyli silne pragnienie lub chęć sięgnięcia po tytoń
- Powtarzające się używanie tytoniu powodujące niewypełnianie ważnych obowiązków w pracy, szkole lub domu (np. przeszkadzanie w pracy)
- Kontynuowanie używania tytoniu pomimo utrzymujących się lub powtarzających się problemów społecznych lub interpersonalnych spowodowanych lub nasilonych przez działanie tytoniu (np. kłótnie z innymi na temat używania tytoniu)
- Rezygnacja lub ograniczenie ważnych działań społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu używania substancji
- Powtarzające się używanie tytoniu w sytuacjach, w których jest to fizycznie niebezpieczne (np. palenie w łóżku)
- Używanie tytoniu jest kontynuowane pomimo wiedzy o istnieniu stałego lub powtarzającego się problemu fizycznego lub psychologicznego, który prawdopodobnie został spowodowany lub zaostrzony przez tytoń.

- Tolerancja: potrzeba wyraźnie zwiększonej ilości tytoniu w celu osiągnięcia pożądanego efektu lub wyraźnie zmniejszony efekt przy dalszym używaniu tej samej ilości tytoniu.

- Odstawienie: charakterystyczny dla tytoniu (lub substancji blisko spokrewnionej, takiej jak nikotyna) zespół odstawienia przyjmowany w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów odstawienia.

- Objawy odstawienia obejmują drażliwość, irytację, niepokój i chęć sięgnięcia po nikotynę.

Konsekwencje uzależnienia

Nie istnieje bezpieczny poziom palenia, ponieważ nawet u osób, które zawsze paliły na niskim poziomie, występuje zwiększone ryzyko wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych.

Nawet przy stosunkowo krótkim narażeniu na niskie dawki, takie jak w przypadku narażenia na bierne palenie, dochodzi do zmian w aktywacji płytek krwi i funkcji komórek śródbłonka, a ryzyko sercowo-naczyniowe, w szczególności, wydaje się gwałtownie wzrastać przy niskich poziomach narażenia lub konsumpcji, przy czym odnotowano ryzyko wynoszące 1,53 (niepalący jako punkt odniesienia) dla osób palących od 1 do 9 CPD oraz liniowe ryzyko wraz ze wzrostem konsumpcji (5%-6% wzrost ryzyka na każdego wypalanego dziennie papierosa).

Na całym świecie ponad 3 miliony osób umiera obecnie każdego roku z powodu palenia, z czego połowa przed 70 rokiem życia, a ponad jedna trzecia obecnych palaczy spotyka się z częściowym lub trwałym kalectwem.

Palenie tytoniu wiąże się zatem z ogromnymi kosztami ludzkim
i i społecznymi.

Istnieje silny związek pomiędzy dymem tytoniowym a różnymi chorobami, takimi jak:

- Choroby serca;
- Choroby układu oddechowego;
- Nowotwory (płuc, górnego odcinka przewodu pokarmowego, trzustki, żołądka, nerek, pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych oraz inne nowotwory, takie jak rak jelita grubego i piersi);
- Problemy z układem rozrodczym;
- Problemy z zajściem w ciążę;
- Choroby oczu i
- Choroby stomatologiczne.

2.2.13. Uzależnienia od innych narkotyków

Uzależnienie od narkotyków, znane również jako zaburzenie substancji, jest niezdolność do kontrolowania nadmiernego korzystania z nielegalnych narkotyków lub leków.
Istnieją trzy główne rodzaje narkotyków: depresanty, halucynogeny i stymulanty. Kategoryzacja opiera się na tym, jak wpływają one na organizm ludzki.

Depresanty zmniejszają prędkość komunikatów transportowanych między mózgiem a ciałem. Wpływa to na koncentrację i szybkość reakcji na to, co dzieje się wokół.

Halucynogeny zmieniają postrzeganie rzeczywistości poprzez wywoływanie halucynacji. Zaburzają ludzkie zmysły, takie jak zapach czy stan, jak również.

Stymulanty zwiększają szybkość funkcjonowania układu nerwowego. Na początku sprawiają, że osoba czuje się bardziej pobudzona i energiczna, ale mogą również prowadzić do paranoi lub ataków lękowych.

SIGNS

Główne oznaki uzależnienia

SUBSTANCJE ZAWIERAJĄCE KONOPIĘ	SYMULANTY	HALUCYNOGENY
CZERWONE OCZY	ZWIĘKSZONA CZUJNOŚĆ	HALUCYNACJE
SUCHOŚĆ W USTACH	ROZSZERZONE ŹRENICE	ZACHOWANIA IMPULSYWNE
ZMNIEJSZONA KOORDYNACJA	WYMIOTY	GWAŁTOWNE ZMIANY W EMOCJACH
SPOWOLNIONY CZAS REAKCJI	SZYBKA UTRATA WAGI	RETROSPEKCJE
ZAPACH MARIHUANY NA UBRANIACH	USZKODZENIE BŁONY ŚLUZOWEJ NOSA BŁONY ŚLUZOWEJ NOSA (W PRZYPADKU WCIĄGANIA NARKOTYKÓW)	
ŻÓŁTE ODCISKI PALCÓW	BEZSENNOŚĆ	
PRZESADNE PRAGNIENIE OKREŚLONYCH POKARMÓW (MOŻE WYSTĘPOWAĆ O DZIWNYCH PORACH)	OWRZODZENIA JAMY USTNEJ	
EUFORIA	UCZUCIE EKSCYTACJI I NADMIERNEJ PEWNOŚCI SIEBIE	

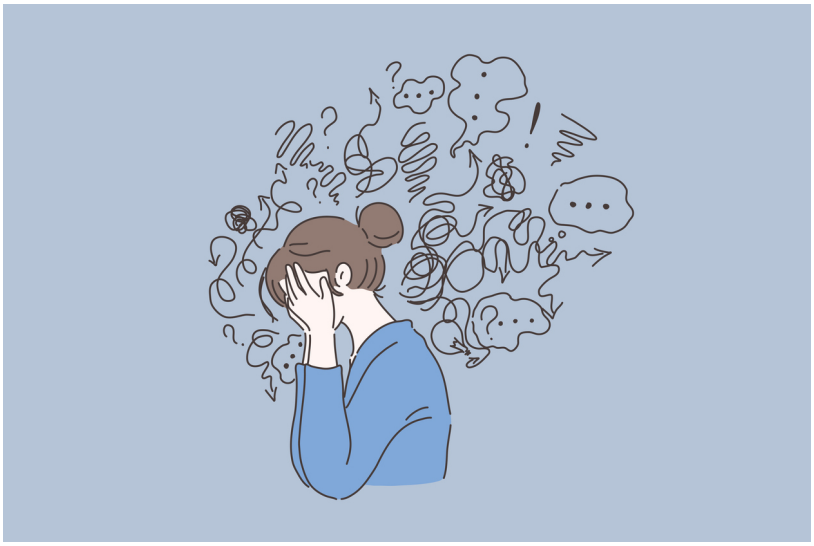
KONSEKWENCJE UZALEŻNIENIA

DEPRESANTY

KRÓTKOTRWAŁE	DŁUGOTRWAŁE
SPOWOLNIONE FUNKCJONOWANIE MÓZGU	ŚMIERĆ
ZMYLIĆ	DEPRESJA
ZMĘCZENIE	CHRONICZNE ZMĘCZENIE
GORĄCZKA	TRUDNOŚCI W ODDYCHANIU
OSPAŁOŚĆ	PROBLEMY SEKSUALNE
SPOWOLNIONY PULS I ODDYCHANIE	BEZSENNOŚĆ
ROZSZERZONE ŹRENICE	
SŁABA KONCENTRACJA	
ZAWROTY GŁOWY	
NIEWYRAŹNA MOWA	
ZABURZENIA WIDZENIA	
TRUDNOŚCI LUB NIEMOŻNOŚĆ ODDANIA MOCZU	

HALUCYNOGENY

KRÓTKOTRWAŁE	DŁUGOTRWAŁE
HALUCYNACJE	UTRATA PAMIĘCI (DŁUGOTRWAŁA)
UTRATA PAMIĘCI (KRÓTKOTRWAŁA)	PARANOJA
ZWIĘKSZONA CZĘSTOŚĆ AKCJI SERCA	CIĄGŁY NIEUSTAJĄCY NIEPOKÓJ
AGRESJA	
DRĘTWIENIE	
DEZORIENTACJA	
DEZORIENTACJA	
UCZUCIE UNOSZENIA SIĘ	



STYMULANTY

KRÓTKOTRWAŁE	DŁUGOTRWAŁE
BLOOD PRESSURE GOES UP	NIEUSTAJĄCY LĘK
BODY TEMPERATURE GOES UP	PANIKA
HEART BEATS FASTER	NAPADY DRGAWEK
	SKURCZE ŻOŁĄDKA
	PARANOJA
	ZMNIEJSZONY APETYT
	BEZSENNOŚĆ

2.2.14. Uzależnienie wielorakie

Wielokrotne uzależnienia, czy to od alkoholu, narkotyków, seksu, hazardu czy czegokolwiek innego, są często postrzegane w próżni. Prawda jest jednak taka, że wszystkie one opierają się na tych samych potrzebach chemicznych i biologicznych, i wszystkie pochodzą z tego samego podstawowego miejsca. Dlatego musimy spojrzeć na wiele uzależnień jako część całości.

Uzależnienie krzyżowe występuje wtedy, gdy osoba, która rozwinęła uzależnienie od jednego konkretnego narkotyku (np. alkoholu lub kokainy) lub zachowania (np. hazardu lub seksu), jest bardziej narażona na ryzyko rozwoju uzależnienia od innej substancji lub zachowania, jednocześnie lub w jego miejsce.
Uzależnienia krzyżowe często występują, gdy osoby uzależnione od określonej substancji zaprzestają jej używania lub zmniejszają jej ilość. Osoby te zaczynają wtedy używać nowej substancji w przekonaniu, że nie spowoduje ona takich samych problemów z uzależnieniem.

Drugą koncepcją uzależnień krzyżowych jest to, że osoba, która osiągnęła zdrowienie z danego uzależnienia i pozostaje abstynentem, może zostać doprowadzona z powrotem do tego pierwotnego uzależnienia, jeśli weźmie udział w innej substancji lub zachowaniu.

Osoby z zaburzeniami używania substancji są w grupie podwyższonego ryzyka rozwoju uzależnień krzyżowych. Uzależnienia krzyżowe nie zawsze wiążą się z używaniem narkotyków lub alkoholu.

Wiele osób zastępuje zaburzenia związane z używaniem substancji zaburzeniami kontroli impulsów, które wpływają na szlak nagrody w mózgu w taki sam sposób, jak substancje nadużywane. Ludzie mogą rozwijać uzależnienia od seksu, pornografii, hazardu, zakupów, jedzenia lub innych impulsywnych zachowań.

Jednak najczęstszym uzależnieniem krzyżowym jest uzależnienie od wielu substancji. W rzeczywistości, wielu specjalistów leczenia mówi, że jest to bardziej powszechne dla ludzi, aby mieć wiele uzależnień niż jeden. Uzależnienia krzyżowe, takie jak marihuana i opioidy, opioidy i alkohol oraz kokaina i leki ADHD są powszechne wśród osób z zaburzeniami używania substancji.

Główne objawy u osoby uzależnionej

Kiedy dana osoba walczy z wieloma uzależnieniami, narkotyki mogą nasilać początkowe stany psychiczne lub tworzyć zupełnie nowe, które utrudniają zaprzestanie używania jedynej rzeczy, która sprawia, że czuje się lepiej - haju.
Jednakże, jeśli chodzi o uzyskanie czystości i trzeźwości, skutki długotrwałej walki z wieloma uzależnieniami mogą znacznie utrudnić proces zdrowienia.
Wykazano, że może on zwiększać depresję, lęk, myśli samobójcze, bezsenność, drażliwość i wahania nastroju.
Dla każdego, kto zmaga się z jakimkolwiek uzależnieniem lub z wieloma uzależnieniami jakiegokolwiek rodzaju, proces prób utrzymania zdrowia fizycznego i psychicznego może być niemożliwym zadaniem.

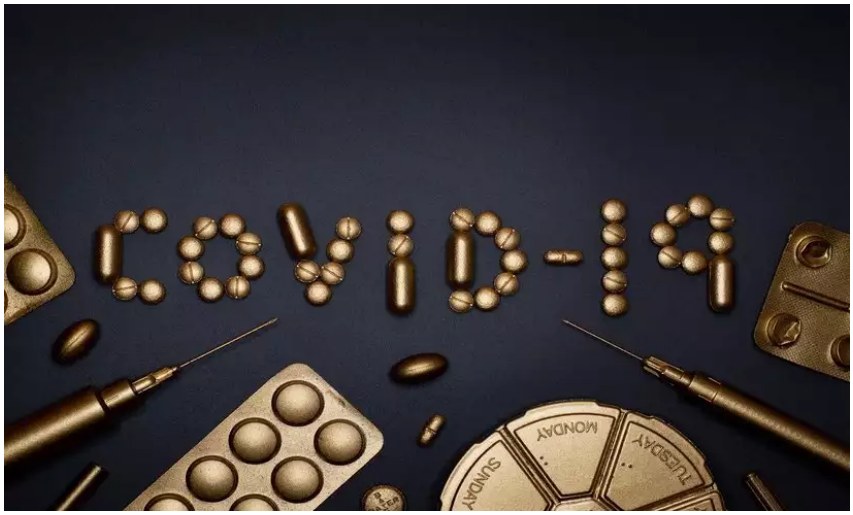
TW ICD-10 - Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Behawioralnych - zdefiniowano rozpoznanie "Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych".

Do określenia stanów klinicznych mogą być stosowane kody cztero- i pięcioznakowe, a mianowicie:

- Ostre zatrucie,
- Użycie szkodliwe,
- Zespół uzależnienia,
- Stan odstawienia,
- Stan odstawienia z delirium,
- Zaburzenia psychotyczne,
- Zespół amnestyczny,
- rezydualne i późne zaburzenia psychotyczne,
- Inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz nieokreślone zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

Jednoczesne zajęcie się uzależnieniem i współwystępującym zaburzeniem poprzez zintegrowane leczenie jest generalnie najbardziej skutecznym sposobem pomocy ludziom w wychodzeniu z uzależnienia krzyżowego.

Ograniczenie czynników wyzwalających nadużywanie substancji i impulsywne zachowania jest kluczowym elementem nauczania ludzi, jak żyć w trzeźwości i unikać angażowania się w destrukcyjne zachowania.



2.3. Uzależnienia i Covid-19

Jeśli do już istniejących w populacji uzależnień behawioralnych dodamy głęboki i szeroki wpływ obecnego kryzysu COVID na świecie, możemy zrozumieć konsekwencje, reperkusje i wpływ, jaki cała ta sytuacja wywiera zarówno na poziomie fizycznym (sama choroba), jak i psychicznym i społecznym (strach przed chorobą, utrata życia rodziny i bliskich przyjaciół, zamknięcie i wszelkiego rodzaju ograniczenia itp.

Konsekwencje te w znaczący sposób wpłynęły na te uzależnienia, a tym samym je pogłębiły. Dlatego też w dalszej części artykułu przedstawimy kilka danych na temat tego, jak ta sytuacja wpłynęła na każde z nich, w tym na uzależnienie od hazardu online, korzystania z telefonu komórkowego i Internetu, pracy, ćwiczeń fizycznych, jedzenia, seksu i zakupów.

Uzależnienie od hazardu, zwłaszcza od hazardu przez Internet lub hazardu online, znacznie wzrosło w czasie pandemii, ponieważ hazard pozostał dostępny w obliczu zamykania kasyn.

Według Håkanssona et al. (2020) stwierdzono, że wszystkie krajowe i międzynarodowe kryzysy finansowe miały znaczący wpływ na zachowania związane z hazardem, zwiększając problemy z nim związane. Chociaż nie wiadomo tego na pewno, jednym z powodów jest to, że osoby z tym uzależnieniem mogą być zmotywowane do uprawiania hazardu, aby spróbować wygrać pieniądze po trudnościach finansowych, takich jak, w tym przypadku, obawy finansowe związane z finansowymi konsekwencjami COVID.

Inne przyczyny wzrostu korzystania z gier hazardowych online, które powiązano z pandemią, obejmują zamknięcie w domu, szybkie zmiany warunków pracy, stres psychospołeczny, lęk i depresję itp. Oprócz łatwości i dostępności gier hazardowych online, wraz z nudą i eskapizmem związanym z konsumpcją gier hazardowych online.

Ci sami autorzy odnoszą się do badania przeprowadzonego przez Uniwersytet Zaburzeń Hazardowych i Innych Uzależnień Behawioralnych Wydziału Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego Bellvitge w Barcelonie, w którym, w ciągu pierwszych czterech tygodni pobytu w zamknięciu związanym z COVID, stwierdzili, że po udzieleniu odpowiedzi na krótki kwestionariusz dotyczący wpływu zamknięcia na ich stan emocjonalny i objawy hazardu, większość uczestników miała obawy dotyczące zwiększonej niepewności co do negatywnego wpływu na ich pracę, ryzyka zakażenia siebie lub swoich bliskich oraz leczenia. Ponadto warto zauważyć, że dwa tygodnie po zamknięciu, 12% wykazywało oznaki pogorszenia w odniesieniu do hazardu.W ten sposób Javed, (2020) i Perez (2020) cytowani przez King et al. (2020), dostarczają istotnych danych dodając, że mandaty pobytowe i kwarantanny zwiększyły konsumpcję rozrywki cyfrowej, w szczególności gier online i powiązanych działań, takich jak oglądanie e-sportu i strumieniowanie gier wideo.

Ponadto Platform of Associations of Psychiatry and Clinical Psychology for Child and Adolescent Mental Health (2020) postuluje, aby:

Przedłużające się okresy izolacji, nadmiernej aktywności opartej na technologii i ograniczonej interakcji twarzą w twarz z ludźmi są czynnikami ryzyka utrwalania niezdrowych wzorców stylu życia, nasilania zaburzeń związanych z technologią i prowadzącymi do trudności w ponownej adaptacji po zakończeniu kryzysu COVID (strona 76).

Inną obawą w tym względzie jest to, że niektóre osoby mogą rozwijać, zwiększać lub powracać do niezdrowych wzorców grania w celu złagodzenia stresu związanego z pandemią, a ograniczenia związane z samoizolacją mogą hamować poszukiwanie pomocy i stanowić bariery dla osób już poddanych leczeniu.

Innym aspektem, który został dotknięty przez COVID i wynikający z niego kryzys na wszystkich poziomach, jest uzależnienie od urządzeń mobilnych i Internetu, jak stwierdził Bonenberg (2019), cytowany w Mestre-Bach et al. (2020):

gwałtowne zmiany wpłynęły na wielu ludzi na wiele sposobów. Stresory społeczne, finansowe, zdrowotne, zawodowe i inne związane z pandemią mogą wpływać na motywację ludzi do angażowania się w potencjalnie uzależniające zachowania, w tym w Internecie *(strona 181)*.

Ponadto, jak wskazują wyniki uzyskane przez hiszpańskie obserwatorium ds. narkotyków i uzależnień w sprawozdaniu COVID-19 (2020 r.), dzięki ankiecie internetowej dotyczącej korzystania z internetu, gier wideo i hazardu, przeprowadzonej w czasie pandemii przez COVID, nastąpił wzrost zarówno częstotliwości korzystania z gier wideo, jak i częstotliwości korzystania z internetu.

Dostarcza również konkretnych danych, ponieważ wyniki szczegółowo opisują, że:

115,2% badanych osób zaczęło korzystać z gier wideo w okresie pobytu w zakładzie zamkniętym, a u 7,2% graczy stwierdzono możliwe zaburzenia w korzystaniu z gier wideo według skali kryteriów DSM-V.
Z kolei 68,9% badanych osób twierdzi, że zwiększyło zakres korzystania z Internetu (72,2% u kobiet, 67,5% u mężczyzn), a wśród tych osób, które korzystają z Internetu, 11,2% wykazuje możliwe kompulsywne korzystanie według skali CIUS, przy czym zachowanie to jest częstsze wśród osób młodychle
(strony 4-5).

W innym badaniu przeprowadzonym przez Departament Zdrowia Rządu Kraju Basków i SIIS (2020) na temat wpływu COVID-19 i jego konsekwencji w dziedzinie uzależnień w Kraju Basków wyszczególniono, że:

od momentu ogłoszenia stanu wyjątkowego w marcu 2020 roku do grudnia 2020 roku, technicy gminni ds. profilaktyki uzależnień deklarują, że na podstawie pracy wykonanej w ich jednostce samorządowej zauważyli wśród mężczyzn wzrost praktykowania gier wideo (64,7%) oraz korzystania z internetu i sieci społecznościowych (58,8%). Jeśli chodzi o zmiany zaobserwowane wśród kobiet, sześciu na dziesięciu techników profilaktyki uważa, że w ostatnich miesiącach kobiety zwiększyły zakres korzystania z Internetu i sieci społecznościowych (58,8%). (strona 12).

W odniesieniu do uzależnienia od ćwiczeń wykazano, że w ramach blokady i ograniczeń spowodowanych pandemią, osoby nieświadome swojego uzależnienia od ćwiczeń mogą mieć szereg problemów, takich jak ataki paniki czy lęki wynikające z niemożności wykonywania ćwiczeń na świeżym powietrzu, podczas gdy ze względu na tę sytuację nie są również w stanie przezwyciężyć swoich podstawowych zaburzeń.

Co więcej, według międzynarodowego badania De la Vega i wsp. (2020), wszyscy ci, którzy uzależnili się od ćwiczeń i którzy mają główny motyw związany ze zdrowiem lub czynnik terapeutyczny związany z radzeniem sobie z trudnościami życiowymi, takimi jak w tym przypadku konsekwencje pandemii, będą mieli jeszcze większe trudności z ograniczeniem ilości ćwiczeń niż ci, którzy ćwiczą z powodów społecznych. Powodem jest to, że w czasie pandemii urządzenia do ćwiczeń i ćwiczenia społeczne mogą być ograniczone, ale kiedy istnieje zagrożenie, które może wpłynąć na zdrowie, osoba będzie miała tendencję do szukania alternatywnych sposobów ćwiczenia i w końcu rozwinie niezdrową obsesję na punkcie sprawności i ćwiczeń.

Warto również zauważyć, że ci sportowcy zespołowi, którzy wykazują uzależnienie od sportu, mogą wykazywać większy spadek ilości ćwiczeń z powodu konsekwencji pandemii, ponieważ wpłynęła ona na ograniczone przemieszczanie się ludności, utrzymanie dystansu i zamknięcie wielu obiektów związanych z ćwiczeniami.

Pozytywnym zjawiskiem jest to, że wiele osób przestaje ćwiczyć w domu, ponieważ, jak stwierdzono w tym samym badaniu, pandemia zmusza osoby regularnie ćwiczące do zmniejszenia dziennej ilości ćwiczeń o około połowę.

W ten sposób, jak twierdzi Lim (2020), mogą oni poczuć, jak to jest ćwiczyć z umiarem, a w dni, kiedy nie ma sesji na siłowni, mogą poświęcić się korzystaniu z siebie w inny sposób i w ten sposób oderwać się od tęsknoty za nadmiernymi ćwiczeniami.

Należy zauważyć, że COVID wywarł również silny wpływ na młodych ludzi, ponieważ z powodu kryzysu zdrowotnego, niestabilności pracy itp. są oni coraz bardziej skoncentrowani na dbaniu o swoją pracę. Ta obsesja na punkcie utrzymania pracy i pilnowania jej m.in. na siłowni, w łazience, podczas posiłku z przyjaciółmi, doprowadziła do tego, że młodzi ludzie cierpią na pracoholizm. Jest to możliwe ze względu na możliwość telepracy, fakt jeszcze bardziej obecny w przepisach związanych z pandemią. Dlatego, jak stwierdza Álvarez Cuesta (2020), "należy zwrócić uwagę na techno-uzależnienie lub potrzebę bycia stale podłączonym, na technostres, pracoholizm lub depresję czy lęk spowodowany samotnością" (s. 190). Dodaje również, że:

centralnym elementem definiującym jest irracjonalne zaangażowanie w nadmierną pracę; charakteryzowałoby się ono nadmiernym poświęceniem pracy, uczynieniem jej jedynym celem życia, brakiem zainteresowania wszystkim, co nie jest pracą i niezdolnością do zaprzestania pracy, w tym przypadku wzmocnioną przez naciski lub bodźce wynikające z jednej strony z zapotrzebowania na zasoby, a z drugiej strony z zachęt oferowanych przez przedsiębiorstwa (strona 190).

Do powyższego dodaje, że:

Brak organizacji czasu jest jednym z głównych powodów uzależnienia od pracy. Pokolenie Millennialsów jest bardzo namiętne i ta pasja, jeśli nie jest zorganizowana, może stać się uzależnieniem, a oni nie zdają sobie z tego sprawy. Wszystko w nadmiarze może być szkodliwe, a kiedy robią to z pasją, mogą nie zauważyć, że stało się to szkodliwe dla ich życia osobistego.

Innym aspektem, który należy wziąć pod uwagę podczas kryzysu COVID, są osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania lub zaburzenia zachowania związane z jedzeniem, ponieważ, jak twierdzą psychologowie kliniczni Gonzalo i Torres w monografii na temat patologii, które nasiliły się po zamknięciu z powodu pandemii Covid (2020), zamknięcie wywołało sytuacje ryzyka prowadzące do ogólnego pogorszenia problemu z powodu takich czynników, jak niemożność wykonywania ćwiczeń fizycznych ze względu na środki ograniczające. Skutkuje to zwiększonym strachem przed przybraniem na wadze, a co za tym idzie szkodliwymi nawykami żywieniowymi, takimi jak zwiększone ograniczanie kalorii lub częstsze objadanie się.

Ten wpływ na obraz ciała może z kolei prowadzić do problemów lękowych, depresji, fobii społecznej, a nawet agorafobii. Ponadto, jak wynika z tego samego badania, kryzys zdrowotny zmusił szpitale do priorytetowego traktowania opieki nad wszystkimi osobami zakażonymi wirusem COVID, co spowodowało, że szpitale są przeciążone i pozbawione zasobów ludzkich i materialnych, co ma wpływ na niektóre obszary szpitalne, takie jak zdrowie psychiczne, i dlatego wiele osób z zaburzeniami odżywiania nie było w stanie uzyskać potrzebnej im pomocy.

Dane opublikowane przez Pornhub, najpopularniejszą na świecie stronę pornograficzną, ujawniają, że jest to jeden ze skutków pandemii uzależnienia od seksu:

w ciągu jednego miesiąca, od 24-25 lutego 2020 r. do 17 marca 2020 r., zaobserwowano globalny wzrost korzystania z pornografii o 11,6 procent w dniu 17 marca 2020 r. w porównaniu z poprzednimi średnimi dniami; we wszystkich 27 krajach, dla których dostarczono dane, zaobserwowano wzrost korzystania z pornografii, zazwyczaj w zakresie od 4 do 24 procent. (Pornhub, 2020).

Ponadto w jurysdykcjach, w których Pornhub udostępnił swoje usługi premium bezpłatnie z powodu kwarantanny i ograniczeń związanych z pozostawaniem w domu, zaobserwowano bardziej znaczące wzrosty o 57%, 38% i 61% odpowiednio we Włoszech, Francji i Hiszpanii, przy czym każdy z nich nastąpił jeden dzień po udostępnieniu bezpłatnych usług.

Ponadto autorzy tacy jak Mestre-Bach i wsp. (2020) twierdzą, że okoliczności związane z COVID mogą również ograniczać przygodny seks i inne zachowania, co powoduje, że osoby sięgają po pornografię jako strategię radzenia sobie z problemami.
Osoby z PPU mogą również nawracać do używania pornografii w środowisku poczucia bezsilności, beznadziejności i odłączenia od 12-stopniowych systemów wsparcia, co zaobserwowano w przypadku uzależnień od substancji. Ogólnie rzecz ujmując, materiały pornograficzne mogą zapobiegać odczuwaniu przez ludzi niepokoju, nudy lub samotności oraz innych negatywnych emocji związanych z pandemią (Grubbs i in., 2020 cytowani w Mestre-Bach i in., 2020).

Według kilku badań, trudności w adekwatnym radzeniu sobie z regulacją emocjonalną są związane z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (Gómez-Zapiain i in., 2016) i uzależnieniem od seksu (Díez i in., 2019), przy czym najsilniejszy związek wykazują chłopcy (Díez i in., 2019) cyt. Nebot-García et al. 2020.

Na koniec, według Sarrión (2020), jak stwierdzono w grupie VOLMAE, zamknięcie w domu jako środek ograniczający COVID stwarza większe ryzyko dla wszystkich tych, którzy cierpią na zaburzenia behawioralne związane z używaniem narkotyków. Konsekwencje związane z Covid, takie jak konieczność spędzania większej liczby godzin w domu, stanowią dodatkowe ryzyko w odniesieniu do tego uzależnienia ze względu na trzy podstawowe czynniki: dostępność większej ilości wolnego czasu, ograniczenie aktywności fizycznej i konsumpcja jako ucieczka od problemów.

Dokładniej rzecz ujmując, fakt posiadania większej ilości wolnego czasu bez możliwości poświęcenia go na wszystkie te czynności, które wcześniej mogły być wykonywane poza domem, może wywołać szereg stanów emocjonalnych, począwszy od apatii lub nudy, a skończywszy na zwiększonym niepokoju lub potrzebie wypełnienia poczucia pustki, uciekając się do zachowań kompulsywnych, takich jak uzależnienie od zakupów online, dążąc do natychmiastowego złagodzenia tego dyskomfortu.

Jednocześnie zmniejszenie aktywności fizycznej oznacza, że cała energia, która wcześniej była wydatkowana na zajęcia sportowe, takie jak siłownia czy jazda na rowerze, bieganie lub inne ćwiczenia wykonywane poza domem, przyczyniła się do rozładowania napięcia, zmniejszenia stresu i poprawy samopoczucia psychicznego.

Ta zmiana nawyków doprowadziła do nagromadzenia nadmiaru energii i trudności w jej właściwym ukierunkowaniu, co może również skutkować niezdolnością do kontrolowania impulsów, takich jak kompulsywne zakupy, nawet jeśli nie ma takiej potrzeby. Ponadto, kompulsywne zakupy mogą być ucieczką od problemów, ponieważ czas spędzony na zakupach nie jest poświęcony na myślenie o zmartwieniach, niepewności i obawach związanych z pandemią, chwilowo odcinając osobę od tego, co odczuwa jako negatywne. To skojarzenie pomiędzy dobrym samopoczuciem wynikającym z unikania zakupów może spowodować, że osoba będzie powtarzać zachowania zakupowe i w końcu doprowadzić do uzależnienia.

W tym przypadku, jak stwierdzają ci sami autorzy, zakupy nie mają na celu zaspokojenia potrzeb materialnych, ale są zachowaniem realizowanym w celu zaspokojenia innych potrzeb emocjonalnych, afektywnych lub psychologicznych, które wraz ze wszystkimi wyżej wymienionymi komponentami, takimi jak zaburzenia depresyjne i lękowe, izolacja społeczna i porzucenie zdrowych nawyków spowodowane pandemią (Balluerka i in., 2020), prowadzą do wzrostu liczby zakupoholików.

2.4. Pomoc osobom uzależnionym

Kiedy ktoś zmaga się z uzależnieniem, może to mieć poważny negatywny wpływ na jego relacje z rodziną, przyjaciółmi i kolegami z pracy. Uzależnienie jest przewlekłą, nawracającą chorobą mózgu, a droga do wyzdrowienia dla osoby uzależnionej jest często długa i trudna. Wpływa to również na osoby najbliższe, a profesjonalna pomoc może okazać się konieczna, aby doprowadzić osobę uzależnioną na leczenie i do wyzdrowienia.

Ważne jest, aby zrozumieć oznaki i objawy uzależnienia. Mogą one być różne w zależności od rodzaju uzależnienia, z którym dana osoba sobie radzi, czy są to narkotyki, alkohol, ćwiczenia fizyczne, telefony komórkowe/media społecznościowe.

Wiele osób jest w stanie ukryć swoje uzależnienie nawet przed najbliższymi i może być kuszące, aby ignorować problem, gdy wydaje się to łatwiejsze. Niektóre z najczęstszych oznak, że ktoś cierpi z powodu uzależnienia obejmują:

Zmiany w zachowaniu

- Pojawiają się problemy w pracy lub w szkole
- Kłamanie na temat substancji lub ilości zażywanej substancji
- Złość, gdy ktoś pyta o używanie
- Zmienianie grup przyjaciół
- Potajemne zachowania, kłamstwa, kradzieże
- Zmiany w normalnych nawykach lub wahania nastroju
- Rezygnacja z aktywności społecznej

Zmiany fizyczne

- Częste pojawianie się w stanie odurzenia
- Problemy z pamięcią lub poznaniem
- Nietypowe zmęczenie
- Przekrwione oczy
- Gwałtowne wahania wagi
- Słaba higiena i pielęgnacja

Osoby cierpiące z powodu uzależnienia często przejawiają negatywne zachowania i postawy, kiedy konfrontują się z tematem swojego uzależnienia. Wiele osób reaguje w następujący sposób:

Zaprzeczanie

Częściowym powodem, dla którego uzależnienie jest tak trudne do opanowania i leczenia, jest fakt, że osoba nim dotknięta nie chce przyjąć do wiadomości, że ma problem. To może być frustrujące i dezorientujące dla osób z otoczenia osoby dotkniętej uzależnieniem, gdy obserwują jej destrukcyjne zachowania i gdy w konfrontacji z nimi pozostają w zaprzeczeniu.

Złość

W przypadku konfrontacji, osoba dotknięta problemem będzie zaprzeczać, że ma problem i zazwyczaj będzie reagować złością, początkowo lub jeśli zostanie popchnięta w tej sprawie. Osoby uzależnione będą się na ogół bronić i mogą stać się agresywne, jeśli kwestia ich używania zostanie podniesiona. Nawet "najmilsze" podejście może spotkać się z gniewem.

Unikanie

Osoba dotknięta problemem może zacząć cię unikać lub unikać mówienia o swoich problemach, jeśli zacznie się czuć "atakowana". Osoba uzależniona będzie często używała tego jako metody radzenia sobie z problemami, aby ich uniknąć i może kontynuować to unikanie, zaczynając zamykać się przed tobą i innymi bliskimi, którzy się z nią konfrontują.

Jak możesz pomóc komuś uzależnionem

Niezależnie od tego, czy starasz się pomóc komuś, kto nigdy nie był przyjęty na leczenie, czy też komuś, kto był na odwyku, a teraz powraca do nałogu, oto 6 rzeczy do zapamiętania, które mogą pomóc:

Nie umożliwiaj

Obserwowanie, jak ktoś popada w uzależnienie, może być naprawdę trudne, zwłaszcza jeśli osoba ta osiągnęła punkt, w którym nie jest już w stanie radzić sobie z codziennymi funkcjami, jak kiedyś. W takich przypadkach rodzina i przyjaciele mogą mieć pokusę, by wkraczać i pomagać, np. przejmować obowiązki, dawać pieniądze, wykonywać więcej prac domowych i opiekować się dziećmi lub przepraszać innych ludzi za swoje zachowanie. Może być trudno wyznaczyć granicę między wspieraniem bliskiej osoby a umożliwianiem jej działania. Chociaż robi się to z miłości lub poczucia obowiązku, pomaga to odgrodzić się osobie dotkniętej chorobą od rzeczywistości.

W wielu przypadkach, dopiero gdy dana osoba musi zmierzyć się z konsekwencjami swoich działań i zachowań, może pogodzić się z własnym uzależnieniem i zaangażować w leczenie i powrót do zdrowia.

Miej współczucie

Stara mądrość głosi, że osoba uzależniona powinna być traktowana z "twardą miłością" przez osoby z jej otoczenia, aby dać jej bodziec do zmiany. Może to jednak przynieść efekt odwrotny do zamierzonego. Bez wsparcia osoba uzależniona może poczuć się jeszcze bardziej osamotniona i odcięta od świata, co będzie prowadzić ją do dalszego używania. Negatywne wsparcie społeczne jest jedną z największych barier w podjęciu leczenia, ponieważ osoba obawia się, że zostanie poddana ostracyzmowi ze strony rodziny i przyjaciół. Ale współczucie może być jednym z największych motywatorów, które rodzina i przyjaciele mogą wykorzystać, ponieważ zachęcają osobę uzależnioną do szukania pomocy. Okazując współczucie, osoba cierpiąca poczuje się bardziej komfortowo i będzie w stanie otworzyć się, a także zrozumieć, jak jej działania wpływają na ciebie. Wiodący eksperci uważają obecnie, że empatia i wsparcie społeczne mogą być kluczem do podjęcia leczenia i utrzymania się na odwyku. Ważne jest jednak, aby zrozumieć różnicę między umożliwianiem a wspieraniem, co może oznaczać różnicę w podjęciu leczenia lub nie. Niektóre sposoby okazywania współczucia to m.in:

- Pytania otwarte
- Włączenie rodziny w terapię
- Słuchanie i uznawanie bólu
- Praca nad zrozumieniem uzależnienia
- Podkreślanie troski i opieki

Nie skupiaj się na poczuciu winy lub wstydu

Osoba zmagająca się z uzależnieniem zazwyczaj już odczuwa głębokie poczucie winy, wstydu i złości z powodu swojego nałogu. Ponadto wiele osób czuje się osądzanych przez rodzinę i przyjaciół, a w odpowiedzi na krytykę, która jest kierowana pod ich adresem, zachowuje się defensywnie. Jeśli pojawi się osądzanie lub moralizowanie, zamiast pomóc, mogą zwrócić się ku używaniu, aby zwalczyć uczucie stresu, które im to daje.

Jest to jednak zrozumiałe, ponieważ osoba cierpiąca mogła już głęboko cię zranić, złamać twoje zaufanie lub rozgniewać cię.

Tam, gdzie pozostała miłość, ważne jest jednak, aby zrozumieć, że uczucia wstydu, złości i osądu mogą negatywnie wpłynąć na relacje z osobą uzależnioną i aktywnie zaszkodzić jej szansom na wyzdrowienie. Badania pokazują, że wstyd jest jednym z najmniej skutecznych bodźców do zmiany, ponieważ jest izolujący, bolesny i może sprawić, że osoba uzależniona uwierzy, że nie jest warta miłości lub leczenia.

Zachęcaj do zdrowych nawyków

Kiedy ktoś cierpi z powodu uzależnienia, często zdarza się, że cierpi również z powodu pogorszenia się stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i złej higieny. Problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak depresja i lęk, często nasilają się w wyniku uzależnienia lub pogarszają samo uzależnienie. Zachęcanie osoby dotkniętej uzależnieniem do poszukiwania pomocy w leczeniu problemów zdrowotnych może pomóc jej zrozumieć, jak wielki wpływ na jej życie ma uzależnienie. Ustanowienie zorganizowanego środowiska, zachęcanie do zdrowych nawyków żywieniowych i ćwiczeń fizycznych może pomóc osobie dotkniętej uzależnieniem w dążeniu do zdrowszego stylu życia i poszukiwaniu leczenia.

Bądź pozytywny

Uzależnienie może zniszczyć rodzinę, przyjaciół i relacje w pracy. Jest to choroba przewlekła, która będzie trwała do końca życia osoby uzależnionej i ma charakter nawracający. Wiedząc o tym, może wydawać się prawie niemożliwe, aby zachować nadzieję. Ale uzależnienie jest uleczalne i choć nie ma na nie lekarstwa, wiele osób pozostaje na odwyku do końca życia lub jest w stanie wrócić na odwyk po nawrocie.

Kiedy nadzieja zanika, szanse na wyzdrowienie również maleją, nawet jeśli osoba uzależniona ma potencjał, by prowadzić długie i znaczące życie.

Pomaganie osobie uzależnionej wymaga edukacji, cierpliwości i empatii. Uzależnienie jest wstrząsającym doświadczeniem dla wszystkich zaangażowanych, a jeśli nie jest leczone, może zniszczyć związki, rodziny i osoba uzależniona może skończyć samotnie. Rozpoznanie tego i dotarcie do kogoś, zanim to nastąpi, może być trudne, ale ważne jest, aby zachować optymizm i uzyskać wsparcie, gdy jest ono potrzebne.

ROZDZIAŁ 3

ANALIZA KONTEKSTU UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY W KAŻDYM PAŃSTWIE

3.1. KONTEKST UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY W HISZPANII

3.1.1. Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień od substancji lub związków chemicznych

Zgodnie z danymi uzyskanymi na podstawie wyników krajowego raportu z badania EDADES 2019/20 (2020) 1,7% Hiszpanów w wieku od 15 do 64 lat twierdzi, że w pewnym momencie swojego życia spróbowało nowych substancji psychoaktywnych. Chociaż wiek rozpoczęcia używania substancji psychoaktywnych nie wykazuje żadnych znaczących zmian, substancje legalne, takie jak alkohol i tytoń, są tymi, które zaczynają być używane w młodszym wieku, a środki hipnozujące i przeciwbólowe zaczynają być używane w późniejszym wieku.
Alkoholu, tytoniu i nielegalnych narkotyków w Hiszpanii, przeprowadzone przez Hiszpańskie Obserwatorium ds. Narkotyków i Uzależnień (2020), przedstawia szereg danych dotyczących wieku, w którym rozpoczyna się bardziej powszechne używanie substancji, a który wynosi średnio około 14 lat.

Mówiąc bardziej szczegółowo, od 2006 r. początek używania tytoniu był stopniowo opóźniany o jeden rok, z 13,1 roku do 14,1 roku w 2018 r., dokładnie te same dane, które uzyskano w 2016 r. Ponadto nieco ponad pół roku po pierwszym spożyciu rozpoczyna się codzienne spożywanie, które średnio ustala się na 14,7 roku życia.

W odniesieniu do konsumpcji alkoholu, młodzi ludzie, którzy spożyli tę substancję przynajmniej raz w życiu, umieszczają swoje pierwsze spożycie w wieku 14,0 lat. Średni wiek konsumpcji wykazuje pewną stabilność w całej serii, rejestrując w tym roku wartość podobną do tej uzyskanej w 2016 roku. Podobnie, tygodniowe spożycie alkoholu rozpoczyna się średnio w wieku 15,2 lat, bez znaczących zmian w odniesieniu do ostatnich zarejestrowanych pomiarów.

Jeśli chodzi o środki hipnozujące, na receptę lub bez, wiek rozpoczęcia konsumpcji wzrósł w ciągu ostatnich dwóch lat, przy czym odnotowano go na poziomie 14,3 lat.

Młodzi ludzie, którzy przy jakiejś okazji użyli kokainy w proszku lub na bazie, ustalają, że pierwsze użycie miało miejsce w wieku 15,2 lat, co stanowi średnią bardzo zbliżoną do średniej odnotowanej w przypadku takich substancji, jak ecstasy (15,4 lat), amfetaminy (15,4 lat) lub halucynogeny (15,2 lat).

Z drugiej strony występują znaczące różnice pod względem płci, ponieważ w przypadku używania konopi indyjskich odsetek mężczyzn, którzy używali ich w 2020 r., jest ponad dwukrotnie wyższy niż kobiet (14,6% w porównaniu z 6,3%), a w przypadku kokainy w proszku lub kokainy bazowej ta różnica w zależności od płci jest czterokrotnie większa (4,1% mężczyzn i 1% kobiet). W przypadku środków hipnozujących wydawanych bez recepty i opioidowych środków przeciwbólowych wydawanych bez recepty są to jedyne substancje psychoaktywne, których używanie jest podobne dla obu płci (1,3% mężczyzn i 1,2% kobiet).

Jednocześnie dane z tego samego badania potwierdzają, że najpowszechniej używane w Hiszpanii substancje są legalne.

Na pierwszym miejscu jest alkohol (77,2% badanych spożywało go w ostatnim roku; 75,2% zrobiło to w 2017/2018); na drugim miejscu jest tytoń (39,4% paliło tytoń w ostatnim roku, w porównaniu do 40,9% w 2017/2018).

Natomiast jeśli odniesiemy się do nielegalnych narkotyków, to tymi, które są bardziej konsumowane są konopie indyjskie (0,5% w ostatnim roku w 2019/2020 w porównaniu do 11,0% w 2017/2018), a następnie kokaina w proszku i/lub baza (2,5% w porównaniu do 2,2% w 2017/2018).

Pozostałe badane substancje nielegalne charakteryzują się wskaźnikiem używania w 2020 r. poniżej 1%. Ecstasy - 0,9%; amfetamina - 0,7%; halucynogeny - 0,6%; grzyby psychodeliczne - 0,4%; metamfetamina - 0,3% i heroina - 0,1%, czyli taki sam odsetek jak w przypadku lotnych środków wziewnych.

Używanie jednego narkotyku nie wyklucza używania 3 lub więcej substancji psychoaktywnych lub tak zwanego zażywania wielu narkotyków, które jest bardzo rozpowszechnione i skoncentrowane wśród mężczyzn w wieku od 15 do 24 lat i obejmuje w 90% przypadków używanie alkoholu, tytoniu i konopi indyjskich.

Kontekst, w którym rozwijają się młodzi ludzie, ma ogromny wpływ na konsumpcję substancji takich jak alkohol, tytoń, konopie indyjskie, kokaina, między innymi dlatego, że rozpowszechnienie ich konsumpcji będzie wyższe w zależności od obecności tych substancji w grupie przyjaciół.

Bardziej szczegółowo, spożywanie alkoholu jest powszechne wśród młodych ludzi, którzy potwierdzają, że ich przyjaciele spożywali alkohol, i wynosi 80,4% w tych przypadkach, w których wszyscy wskazują, że wszyscy lub większość ich przyjaciół spożywa alkohol, a spada do 39,6% w tych grupach, w których niewielu lub nikt z ich członków nie spożywa alkoholu.

Podobnie wpływ zachowań grupy rówieśniczej na młodych ludzi jest widoczny, jeśli chodzi o używanie tytoniu lub konopi indyjskich - 60% osób, które mają większość przyjaciół używających tych substancji.

W przypadku kokainy różnice są bardzo uderzające, ponieważ wskaźnik używania wśród osób mających większość znajomych, które używały tego narkotyku, wynosi 18,5% w porównaniu z 0,5% wśród osób niemających znajomych, które używały tego narkotyku.

Inne czynniki wpływające na konsumpcję substancji takich jak alkohol, tytoń, konopie indyjskie i kokaina to fakt, że większość młodych ludzi nie jest świadoma zagrożeń związanych z nadużywaniem tych substancji oraz że istnieje wysoki stopień tolerancji społecznej wobec tej masowej konsumpcji, co sprzyja jej upowszechnieniu i normalizacji.

Innymi czynnikami wpływającymi, obok aspektów rodzinnych, społeczno-ekonomicznych, poznawczych i emocjonalnych, które różnią się w zależności od osoby, są życie nocne i osoby regularnie wychodzące wieczorem, dokonujące zakupów przez Internet lub odwiedzające strony internetowe dla dorosłych.

Konkretnie, według RAPORTU na temat alkoholu, tytoniu i nielegalnych narkotyków w Hiszpanii (2020):

- Ponad 80% młodych ludzi, którzy wychodzili z domu co najmniej jedną noc w miesiącu, wypiło w ostatnim roku napój alkoholowy, w porównaniu z 29,2%, którzy spożywali napoje alkoholowe i twierdzą, że nie wychodzili w nocy.

- Jeśli chodzi o używanie tytoniu, 2 na 10 uczniów, którzy sporadycznie wychodzili z domu (mniej niż jedna noc w miesiącu) przyznaje się do palenia w tym okresie, ale odsetek ten waha się od 42% do 60% wśród osób, które wychodzą z domu co najmniej jedną noc w tygodniu.
-
- Używanie konopi indyjskich stanowi mniejszość wśród nastolatków, którzy nie wychodzili nocą w ciągu ostatniego roku lub wychodzili sporadycznie (mniej niż jedna noc w miesiącu). Wskaźnik używania wzrasta jednak po zgłoszeniu pewnego poziomu życia nocnego - ponad połowa uczniów używa konopi indyjskich, jeżeli zgłasza, że wychodzi na miasto więcej niż cztery noce w tygodniu.
-
- Używanie kokainy wykazuje szczątkowe rozpowszechnienie wśród uczniów, którzy wychodzą na miasto rzadziej niż raz w tygodniu, a szczyt osiąga wśród tych, którzy wychodzą na miasto częściej niż cztery noce w tygodniu (10,6%).

Z drugiej strony, jeśli chodzi o substancje psychoaktywne wymienione powyżej, można zauważyć, że podobnie jak w przypadku liczby nocy spędzanych poza domem, zaobserwowano również, że im później młodzi ludzie wracają do domu, tym większe jest rozpowszechnienie konsumpcji tych substancji.

Widzimy zatem, że zarówno używanie legalnych narkotyków (alkoholu, tytoniu i środków nasennych), jak i nielegalnych (konopi indyjskich, sproszkowanej kokainy, bazy kokainowej, heroiny, amfetaminy, ecstasy, halucynogenów lub gHB) staje się tym bardziej powszechne, im później wracają oni do domu po nocy spędzonej poza domem.

Jeśli chodzi o zażywanie więcej niż jednego narkotyku, wskaźnik ten wzrasta wraz z późniejszym powrotem młodych ludzi do domu - od 22,7% wśród tych, którzy wracają do domu przed godziną 12.00, do 72,4% wśród tych, którzy wracają do domu po godzinie 8.00.

Konsekwencje używania narkotyków przez młodych ludzi mogą być katastrofalne, ponieważ działają one na centralny układ nerwowy, a w szczególności na mózg, co zwiększa ryzyko uszkodzenia zdrowia psychicznego, wystąpienia pewnego rodzaju zaburzeń, a także stworzenia uzależnienia fizycznego i/lub psychicznego wraz z szeregiem problemów społecznych.

3.1.2. Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień niesubstancjalnych lub behawioralnych

W oparciu o Strategię Narodowego Planu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2024 uwzględniono pytania związane z uzależnieniami behawioralnymi, takimi jak kompulsywne korzystanie z Internetu oraz hazard problemowy.

W odniesieniu do kompulsywnego korzystania z Internetu jako metodę szacowania zastosowano skalę CIUS (Compulsive Internet Use Scale), co pozwoliło zaobserwować, że:

W odniesieniu do kompulsywnego korzystania z internetu, w latach 2019/2020 wydaje się, że 3,7% populacji w wieku 15-64 lata, czyli około 1 100 000 osób, zaangażowało się w kompulsywne korzystanie z internetu (2,9% w roku 2017/2018).
Jeśli chodzi o gry hazardowe z udziałem pieniędzy w internecie, w latach 2019/2020 6,7% populacji w wieku od 15 do 64 lat przyznało, że w ostatnim roku uprawiało gry hazardowe z udziałem pieniędzy w internecie (3,5% w latach 2017/2018), przy czym profil tych hazardzistów to mężczyźni.

W odniesieniu do gier hazardowych z udziałem pieniędzy w twarzą w twarz niektóre dane, które zapewniają większą jasność, są następujące: w 2017 r. 63,6% populacji w wieku 15-64 lat stwierdziło, że w ostatnim roku uprawiało gry hazardowe z udziałem pieniędzy w twarz (59,5% w 2017/2018).
Częstość występowania gier hazardowych z wykorzystaniem pieniędzy w formie bezpośredniej jest wyższa wśród mężczyzn i osób starszych.

Najpopularniejsze gry to loterie, w które grał największy odsetek osób (94,4%), następnie loterie błyskawiczne - 24,9% oraz gry typu football pools i/lub football pools (14,6%).

Podobnie w raporcie zatytułowanym "Uzależnienia behawioralne. Hazard i kompulsywne korzystanie z Internetu w badaniach EDADES" i "ESTUDES na temat narkotyków i uzależnień w Hiszpanii", który ma na celu ocenę rozpowszechnienia i czynników związanych z hazardem i kompulsywne korzystanie z Internetu w Hiszpanii.

Dane, opublikowane przez hiszpańskie Obserwatorium ds. Narkotyków i Uzależnień Delegatury Rządu ds. Narodowego Planu Narkotykowego, pochodzą z badań ankietowych na temat alkoholu i narkotyków w Hiszpanii (EDADES) oraz badań ankietowych na temat używania narkotyków w szkolnictwie średnim w Hiszpanii (ESTUDES), które przeprowadzane są co dwa lata i które od 2014 r. zawierają specjalny moduł do oceny tego rodzaju uzależnień behawioralnych.

Oprócz wszystkich danych wymienionych powyżej, w sprawozdaniu dodano następujące dane:

Dane odnośnie hazardu:

- Odsetek osób w wieku od 15 do 64 lat, które twierdzą, że w 2017 roku uprawiały hazard online, wynosi 3,5%, przy czym odsetek ten jest wyższy u mężczyzn (5,8%) niż u kobiet (1,2%).

Gry hazardowe online są najczęstszą formą hazardu wśród młodszych osób, a ich rozpowszechnienie maleje wraz z wiekiem.
Maksymalna kwota wygrana w ciągu jednego dnia wśród większości populacji wynosi od 6 do 30 euro.
Wśród rodzajów gier hazardowych online, mężczyźni są bardziej rozpowszechnieni w zakładach sportowych (75,1%), podczas gdy kobiety wybierają zarówno zakłady sportowe, jak i gry typu loteryjnego (w tym primitivas, quinielas lub bonoloto).
Młodzi ludzie w wieku 14-18 lat są grupą o najwyższym rozpowszechnieniu hazardu z pieniędzmi online i tendencja ta jest bardziej widoczna u mężczyzn (10,2%) niż u kobiet (2,5%).
W ciągu 2016 roku 2% uczniów zgłosiło, że uprawia hazard raz w tygodniu lub częściej, a podobny odsetek spędzał na grach średnio ponad dwie godziny dziennie. Wśród studentów najpopularniejszą grą online są zakłady sportowe.
Według danych z 2014 r., 11,2% z nich wydało ponad 300 euro w ciągu 12 miesięcy.

Jeśli chodzi o hazard face-to-face:

Gry hazardowe twarzą w twarz są znacznie bardziej rozpowszechnione wśród populacji niż gry hazardowe online. Dane z badania ujawniają również, że trend ten ma tendencję wzrostową - w 2015 r. korzystało z niego 37,4% populacji w wieku 15-64 lat, a w 2017 r. już 59,5%.

- Większość osób, które zdecydowały się na gry hazardowe twarzą w twarz, uczyniła to za pośrednictwem konwencjonalnych gier loteryjnych, przy czym zakres największych kwot pieniędzy wydanych w ciągu jednego dnia wynosił od 6 do 30 EUR.
- W przypadku gier hazardowych oferowanych w formie bezpośredniej nie zaobserwowano różnic między mężczyznami i kobietami, przy czym zmienna wieku ma wpływ na wyniki, tak że im starszy wiek, tym większe rozpowszechnienie gier hazardowych oferowanych w formie bezpośredniej.
- Młodzi ludzie w wieku 14-18 lat również wykazują większą skłonność do gier hazardowych w twarzą w twarz niż w Internecie, chociaż w mniejszym stopniu niż ogół populacji, gdzie odsetek ten wynosi 13,6 %.
- Młodzi ludzie są bardziej skłonni do uprawiania gier hazardowych w twarzą w twarz w loteriach i zakładach oraz deklarują, że w ciągu roku wydali mniej niż 50 EUR.

W odniesieniu do problematycznych zachowań hazardowych i zaburzeń hazardowych:

- W oparciu o kryteria DSM-5 w sprawozdaniu stwierdzono, że częstość występowania problematycznych zachowań hazardowych w populacji hiszpańskiej wynosi 0,4%, natomiast zaburzeń hazardowych - 0,3%.
- Osoby z problemami hazardowymi częściej uprawiają hazard i ponoszą większe wydatki dzienne na tę działalność niż ogół społeczeństwa, a także częściej nadużywają alkoholu i palą tytoń.

W odniesieniu do problematycznego korzystania z internetu

- Dane zgromadzone w sprawozdaniu delegatury rządu ujawniają, że 2,9% populacji korzysta z Internetu w sposób nałogowy, przy czym częstość występowania tego problemu jest siedmiokrotnie wyższa (21%) wśród młodzieży w wieku 14-18 lat.
- Wreszcie, podobnie jak w przypadku problematycznego hazardu, kompulsywne korzystanie z internetu wiąże się z częstszym używaniem alkoholu i konopi indyjskich.

Główne uzależnienia behawioralne, takie jak patologiczny hazard, uzależnienie od zakupów, seksu lub pracy, nadużywanie Internetu i sieci społecznościowych, mogą znacząco wpływać i zakłócać codzienne życie osoby cierpiącej na to zaburzenie behawioralne i uniemożliwiać jej prowadzenie satysfakcjonującego życia na wszystkich poziomach (osobistym, rodzinnym, społecznym, zawodowym i ekonomicznym). Uzależnienia te są zazwyczaj leczone za pomocą terapii poznawczo-behawioralnych.

3.1.3. Postrzeganie i opinia mieszkańców na temat rozwoju uzależnień

Odnosząc się do rozwoju uzależnień niektóre z czynników wpływających zgodnie z Narodową Strategią Uzależnień na lata 2017-2024 to:

sytuacja gospodarcza, bezrobocie i prekariat, przerwana trajektoria życia u wielu młodych ludzi w związku z sytuacją kryzysową;

wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych i samotności, trudności w godzeniu życia zawodowego z rodzinnym;

destrukturyzacja rodziny i wzrost liczby gospodarstw domowych z jednym rodzicem;

większa presja konsumpcyjna wśród nastolatków oraz

promowanie poszukiwania satysfakcji i/lub natychmiastowych reakcji to czynniki, które mogą przyczynić się do nadużywania substancji i innych zachowań o potencjale uzależniającym, takich jak nadużywanie nowych technologii.

W związku z tym należy zauważyć, że zaobserwowano wzrost liczby przepisywanych leków o potencjale uzależniającym (benzodiazepiny i środki hipnozujące). (strona 20)

3.2. KONTEKST UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY W PORTUGALII

3.2.1. Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień od substancji lub związków chemicznych

Aby postawić diagnozę dotyczącą sytuacji uzależnień wśród młodzieży w Portugalii, sięgnięto do wielu krajowych dokumentów i badań. Dla każdej substancji psychoaktywnej zostanie przedstawiony wiek i płeć konsumentów, kontekst i wyniki negatywne.

Wszystkie substancje nielegalne
Rozpowszechnienie konsumpcji jakichkolwiek narkotyków w Portugalii wzrasta od 2015 roku. Wyróżniają się następujące dane:

- Portugalia odnotowała wskaźniki rozpowszechnienia używania jakiegokolwiek narkotyku (14%) poniżej średnich europejskich.

- W 2019 r. w badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród młodzieży w wieku 18 lat wskaźnik używania jakiegokolwiek narkotyku wynosił 35% w ciągu całego życia, 28% w ciągu ostatnich 12 miesięcy i 17% w ciągu ostatnich 30 dni.

- W 2018 r. około 4% uczniów klas VI, VIII i X, używało narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni (3% w 2014 r. i 6% w 2010 r.), a około 1% robi to regularnie;

- W 2019 roku rozpowszechnienie długotrwałego używania jakiegokolwiek narkotyku wśród uczniów w wieku 13-18 lat wyniosło 15%, a używania w ostatnim czasie - 13%.

- Rozpowszechnienie zażywania jakiegokolwiek narkotyku wzrasta wraz z wiekiem - od 3% (13 lat) do 31% (18 lat) w przypadku eksperymentowania oraz od 2% (13 lat) do 27% (18 lat) w przypadku niedawnego zażywania, z wyjątkami zależnymi od substancji.

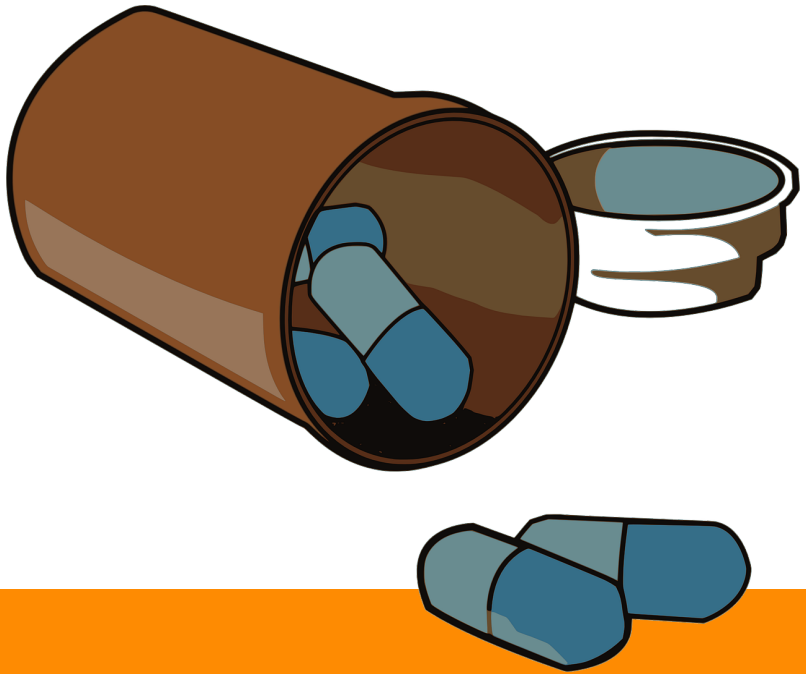
- W latach 2015-2019 w zakresie rozpowszechnienia używania jakiegokolwiek narkotyku wśród uczniów w wieku 13-18 lat odnotowano spadek poziomu eksperymentowania (z 18% do 15%).

- Jeśli chodzi o inne nielegalne narkotyki, Portugalia była jednym z niewielu krajów, które w latach 2015-2019 zwiększyły wskaźnik używania narkotyków innych niż konopie indyjskie (mianowicie ecstasy).

- W 2019 r., w porównaniu ze średnimi europejskimi, portugalscy uczniowie postrzegali regularne i okazjonalne spożywanie różnych substancji jako "większe ryzyko"; odwrotna sytuacja występuje w odniesieniu do eksperymentowania. Wyniki wykazały również spadek postrzeganego ryzyka związanego z używaniem narkotyków w latach 2015-2019.

Konopie indyjskie

W krajowych badaniach epidemiologicznych prowadzonych na przestrzeni lat konopie indyjskie wyłaniały się zawsze jako narkotyk o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia konsumpcji w różnych kontekstach i na różnych etapach cyklu życia.



Wyróżniają się następujące wnioski:

W 2019 r. konopie indyjskie ponownie wyłoniły się jako substancja o najwyższym rozpowszechnieniu konsumpcji (33% w ciągu całego życia, 27% w ciągu ostatnich 12 miesięcy i 16% w ciągu ostatnich 30 dni) poza niedawną i obecną konsumpcją, w większości grup wiekowych. Ponad połowa konsumentów zadeklarowała, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy spożywała narkotyk tylko od 1 do 2 razy (31%) lub 20 lub więcej razy (30%). Około 4% respondentów (26% obecnych konsumentów) zgłosiło codzienne lub prawie codzienne spożycie w ciągu ostatnich 30 dni.

Wśród populacji szkolnych konopie indyjskie nadal charakteryzują się znacznie wyższym wskaźnikiem używania niż inne narkotyki.
W latach 2015-2019 w rozpowszechnieniu używania konopi indyjskich wśród wszystkich uczniów w wieku 13-18 lat odnotowano spadek poziomu eksperymentowania (z 16% do 13%).

Obecne spożycie nadal jest głównie okazjonalne, przy czym większość konsumentów spożywa od 1 do 5 razy w ciągu ostatnich 30 dni, przy czym około 2% 18-letnich uczniów (15% konsumentów) miało codzienne / prawie codzienne spożycie.

3,8% uczniów portugalskich zostało sklasyfikowanych jako osoby z grupy wysokiego ryzyka, zgodnie z testem przesiewowym w kierunku nadużywania konopi indyjskich (CAST) (średnia europejska: 4,0%).

Około 2% tych uczniów próbowało konopi indyjskich w tym samym wieku lub w wieku poniżej 13 lat (3% w 2015 r.), co stanowi taki sam odsetek jak średnia europejska.

Konopie indyjskie nadal stanowiły najwyższy wskaźnik używania, w każdej z klas szkolnych w danym roku, przy czym około 1%, 4%, 11% i 26% uczniów z 6., 8., 10. i 12. klasy deklarowało, że już próbowało.

Używanie konopi indyjskich jest nadal bardziej wyraziste u chłopców niż u dziewcząt, na co wskazuje rozpowszechnienie niedawnego i bieżącego używania (32% i 21% w grupie mężczyzn w porównaniu z 22% i 12% w grupie kobiet).

Analiza ewolucji używania konopi indyjskich w latach 2015-2019, w zależności od płci, poziomu wykształcenia i sytuacji związanej z pracą, pozwoliła zweryfikować największe przyrosty wśród dziewcząt, a także w grupie młodych studentów (zwłaszcza studiów wyższych).

Konopie indyjskie są nielegalnym narkotykiem, któremu młodzi Portugalczycy przypisują mniejsze, wysokie ryzyko dla zdrowia.

Jeśli chodzi o wskaźniki "problemów związanych z konsumpcją", konopie indyjskie były głównym narkotykiem najczęściej wymienianym przez nowych użytkowników ambulatoryjnych, przy wzroście liczby użytkowników, którzy uciekali się do leczenia z konopiami indyjskimi jako głównym narkotykiem.

Kokaina

- Z krajowych badań epidemiologicznych wynika, że kokaina jest jedną z najczęściej używanych substancji wśród młodzieży:

- W badaniach przeprowadzonych w latach 2018 i 2019 w populacjach szkolnych kokaina nadal wyłania się jako drugi narkotyk o najwyższym wskaźniku używania wśród młodszych uczniów, choć znacznie poniżej konopi indyjskich i blisko innych narkotyków.

- W latach 2015-2019 nastąpił niewielki spadek wskaźników używania kokainy w większości grup wiekowych w szkołach, co ma większe znaczenie w kontekście eksperymentowania.

- Jeśli chodzi o postrzeganie dostępności, 12% portugalskich uczniów w wieku 16 lat stwierdziło, że zdobycie kokainy jest łatwe lub bardzo łatwe, co stanowi odsetek zbliżony do odsetka z 2015 r. (11%) i średniej europejskiej z 2019 r. (13%).

- We wskaźnikach dotyczących problemów związanych z konsumpcją kokaina nadal odgrywa istotną rolę, pojawiając się w 2019 r. po raz kolejny na trzecim miejscu jako główny narkotyk osób używających jej w placówkach ambulatoryjnych, zyskując większe znaczenie wśród pacjentów ponownie przyjętych i nowych użytkowników.

- Dwóch na dziesięciu użytkowników kokainy zgłasza potrzebę korzystania z pomocy w związku z jej zażywaniem. Spośród nich ponad połowa odwołała się do ośrodków zdrowia / klinik rehabilitacyjnych, ponad 20% twierdzi, że skorzystało z pomocy specjalistycznej, a 15% odwołuje się do Ośrodków Pomocy dla Osób Uzależnionych od Narkotyków.

- 1/3 osób używających kokainy zgłasza odczuwanie takich objawów, jak silne pragnienie zażycia substancji, niemożność oparcia się jej lub niewykonywanie ważnych czynności w celu poszukiwania i zażywania kokainy.

- 17% osób używających kokainy zgłosiło, że ma problemy zdrowotne, ale zdecydowana większość (80%) kontynuowała jej używanie.

- Prawie wszystkie (92,2%) osoby używające kokainy są w stanie począć życie bez sięgania po tę substancję. Odsetek kobiet, które nie wyobrażają sobie życia bez używania kokainy, jest dwukrotnie wyższy niż mężczyzn.

- Kokaina nadal odgrywa bardzo ważną rolę w śmiertelności, prawie zawsze w połączeniu z innymi substancjami, będąc dominującą substancją w przedawkowaniach zarejestrowanych w 2019 r. Odnotowano wzrost liczby przedawkowań kokainy trzeci rok z rzędu, osiągając w 2019 r. najwyższą wartość w dekadzie.

Heroina

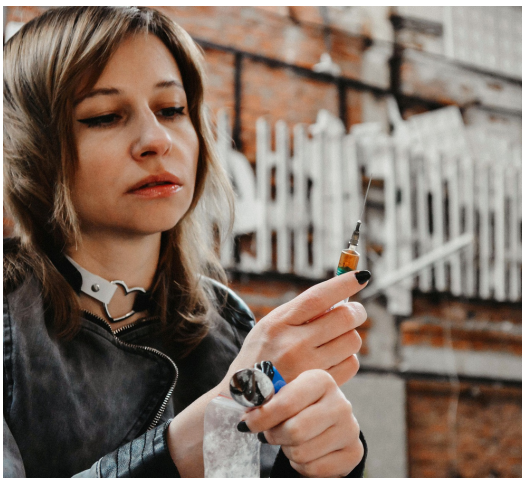
Z różnych krajowych badań epidemiologicznych wynika, że używanie heroiny wzrasta, tracąc na znaczeniu w porównaniu z innymi narkotykami:

- W populacji ogólnej, w latach 2016/17, heroina pojawiła się z rozpowszechnieniem szczątkowego spożycia w populacji w wieku 15-74 lata i jeszcze większym w populacji w wieku 15-34 lata.

- W 2019 r. w ogólnopolskim badaniu ankietowym do 18-latków opioidy pojawiły się po raz kolejny z najniższym rozpowszechnieniem konsumpcji w porównaniu z innymi narkotykami.

- W populacjach szkolnych wskaźnik używania heroiny jest nadal niższy.

- Jeśli chodzi o postrzeganie dostępności, wśród Portugalczyków w wieku 15-24 lat nastąpił wzrost postrzegania łatwiejszego dostępu do heroiny, przy czym średnia w Portugalii jest wyższa od średnich europejskich.



- W "problemach związanych z konsumpcją" wskaźniki, w 2019 r. po raz kolejny heroina straciła na znaczeniu w większości grup użytkowników, którzy uciekli się do leczenia.

- 1/3 użytkowników heroiny zgłasza potrzebę uciekania się do pomocy w związku z jej zażywaniem. Spośród nich 34% odwołało się do ośrodków zdrowia / poradni rehabilitacyjnych, 33% twierdzi, że uciekło się do pomocy specjalistycznej, a 23% powołuje się na Ośrodki Wsparcia dla Osób Uzależnionych od Narkotyków.

- Spośród osób, które zgłosiły problemy zdrowotne związane z używaniem heroiny, tylko około 15% zaprzestało używania tej substancji.

- 88% osób używających heroiny jest w stanie począć życie bez używania tej substancji. Odsetek kobiet, które nie wyobrażają sobie życia bez używania heroiny jest ponad dwukrotnie wyższy niż mężczyzn.

Ekstasy

W krajowych badaniach epidemiologicznych konsumpcja ecstasy charakteryzuje się wskaźnikiem używania zbliżonym do kokainy.

W populacji generalnej w latach 2016/17 ecstasy straciło relatywnie na znaczeniu w stosunku do kokainy, pojawiając się jako trzeci najczęściej konsumowany narkotyk w grupie wiekowej 15-34 lata.

- W najnowszych badaniach w populacjach szkolnych (2018 i 2019 r.) ecstasy pojawia się ponownie jako drugi narkotyk o najwyższym wskaźniku używania wśród starszych uczniów, choć bardzo odległy od konopi indyjskich i bliski innym narkotykom.

- Po raz kolejny ecstasy zostało uznane przez portugalskich uczniów w wieku 16 lat za mniej dostępne niż konopie indyjskie, a tendencją w ostatnich latach było zmniejszenie postrzeganej łatwości dostępu do ecstasy.

- W latach 2015-2019 stwierdzono, że 16-letni portugalscy uczniowie zmniejszyli swoje postrzeganie ryzyka zdrowotnego związanego z eksperymentowaniem z ecstasy.

- W różnych wskaźnikach dotyczących problemów związanych z konsumpcją, ecstasy nadal odgrywa szczątkową rolę. Zdecydowana większość osób używających ecstasy nie deklaruje konsekwencji związanych z jej konsumpcją. Wszystkie osoby, które zadeklarowały, że miały problemy zdrowotne wynikające z konsumpcji ecstasy, kontynuowały konsumpcję.

- W poszukiwaniu leczenia odniesienia do ecstasy jako głównego narkotyku pozostają bardzo szczątkowe (mniej niż 1%). Przeważająca większość użytkowników ecstasy deklaruje, że nigdy nie korzystała z pomocy w związku z jej zażywaniem.

- 81,5% konsumentów ecstasy jest w stanie wyobrazić sobie swoje życie bez używania tej substancji. Odsetek ten wynosi 90,8% w przypadku mężczyzn i tylko 40,4% w przypadku kobiet.

Inne nielegalne narkotyki (amfetaminy, substancje halucynogenne i wydawane bez recepty środki uspokajające)

W odniesieniu do innych narkotyków, krajowe badania epidemiologiczne wskazują, w różny sposób, na bardzo zbliżone do siebie rozpowszechnienie konsumpcji.

- W 2019 r. w ogólnopolskim badaniu 18-latków, ponownie po konopiach indyjskich i z dużo niższym rozpowszechnieniem, pojawiły się amfetaminy / metamfetaminy (w tym ecstasy) oraz leki uspokajające / nasenne bez recepty.

- Halucynogeny wykazały rozpowszechnienie konsumpcji zbliżone do rozpowszechnienia kokainy.

- W 2019 r., w porównaniu ze średnią europejską, uczniowie portugalscy deklarowali mniejszy łatwy dostęp do amfetamin.

- W najnowszych badaniach z udziałem populacji szkolnych (2018 i 2019 r.) wskaźniki używania amfetaminy i halucynogenów były, ogólnie rzecz biorąc, zbliżone, przy czym w różnych grupach wiekowych odnotowano nieznacznie zwiększone spożycie amfetamin i LSD.

- W latach 2015-2019 stwierdzono, wśród 16-latków, spadek postrzeganego ryzyka używania amfetaminy.

- We wskaźnikach dotyczących problemów związanych z konsumpcją odosobnione odniesienia do amfetamin i halucynogenów pozostają szczątkowe; bardziej wyraziste są odniesienia do leków hipnotycznych / uspokajających i używania polidrugów, zarówno w zakresie zapotrzebowania na leczenie, jak i wskaźnika umieralności.

- Około 8% konsumentów leków bez recepty odczuwało w ciągu ostatnich 12 miesięcy potrzebę ograniczenia ich konsumpcji, a 19% odczuwało to samo dłużej.

- Wśród innych problemów związanych z konsumpcją jest poczucie winy i otrzymywanie krytyki od bliskich osób.

- Około połowa konsumentów nie wyobraża sobie życia bez konsumpcji leków. To poczucie uzależnienia jest nieco wyższe w przypadku konsumpcji u kobiet.

- Wszyscy użytkownicy amfetaminy deklarują, że nigdy nie uciekali się do pomocy z powodu jej zażywania.

- Ponad 60% osób, które zadeklarowały, że miały problemy zdrowotne wynikające z zażywania amfetamin, kontynuuje ich zażywanie.

- Nieco ponad 80% osób używających amfetaminy wyobraża sobie życie bez jej zażywania. Odsetek kobiet, które nie wyobrażają sobie życia bez zażywania amfetaminy wynosi prawie 3 na 10.

- Jeden na dziesięciu konsumentów LSD może począć swoje życie bez uciekania się do tej substancji..

Alkohol (patrz grafika w załączniku nr 2)

- W 2019 r. rozpowszechnienie spożycia przez całe życie jakiegokolwiek napoju alkoholowego wśród uczniów w wieku 13-18 lat wynosiło 68%, a w przypadku niedawnego i obecnego spożycia - 59% i 38%.

- W 2019 roku 41% 16-letnich portugalskich uczniów wcześnie zaczęło pić alkohol, a 5% upiło się, gdy mieli 13 lat lub mniej.

- Wśród uczniów w wieku 13-18 lat rozpowszechnienie łagodnego upijania się w ciągu ostatnich 12 miesięcy wynosiło 32%, a 20% w przypadku poważnego upijania się. Rozpowszechnienie upijania się w ciągu ostatnich 30 dni wyniosło 20%.

- Rozpowszechnienie spożycia jakiegokolwiek napoju alkoholowego wzrasta wraz z wiekiem - od 32% (13 lat) do 90% (18 lat) w przypadku eksperymentowania, od 21% (13 lat) do 85% (18 lat) w przypadku niedawnego spożycia oraz od 9% (13 lat) do 66% (18 lat) w przypadku aktualnego spożycia.

- Nie odnotowano istotnych różnic między płciami w rozpowszechnieniu niedawnego spożywania (zwłaszcza u osób starszych, będąc jeszcze bardziej rozpowszechnionym u chłopców wśród najmłodszych), a jeśli chodzi o upijanie się i binge, to różnice były bardziej widoczne u starszych uczniów (zwłaszcza 18-letnich), przy czym chłopcy w większym stopniu deklarowali tego typu praktyki. Należy też zauważyć, wśród najmłodszych (14 i 15 lat), odwrócenie tej zależności między płciami, polegające na większym rozpowszechnieniu pijaństwa i brania u dziewcząt w porównaniu z chłopcami.

- Różnice między płciami mają tendencję do zacierania się zarówno w ostatnim spożyciu, jak i w upijaniu się i binge'owaniu, a w 2019 roku należy odnotować przewagę upijania się u dziewcząt.

- Jeśli chodzi o postrzeganie ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu, 32% 16-letnich uczniów stwierdziło, że codzienne / quasi-codzienne spożywanie 1/2 napojów alkoholowych jest obarczone dużym ryzykiem, wzrastającym do 75% w przypadku 4/5 drinków. Około 66% uznało za wysokie ryzyko spożywanie 5 lub więcej drinków w weekendy.

- Ponad 90% konsumentów twierdzi, że nie odczuwa żadnych konsekwencji związanych z konsumpcją alkoholu.

- Wśród odczuwanych konsekwencji najczęściej wymieniane są: konieczność ograniczenia spożycia, krytyka ze strony bliskich osób, poczucie winy, silne pragnienie spożycia napojów alkoholowych bez możliwości oparcia się oraz poczucie, że ta sama ilość wypitego napoju wywołuje mniejszy efekt.

- Są też tacy, którzy zgłaszają występowanie problemów zdrowotnych, które przypisują spożywaniu napojów alkoholowych. Spośród nich około 20% twierdzi, że kontynuowało spożywanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a 40,5% kontynuuje spożywanie.

- Jeśli chodzi o zgłoszenia o zagrożeniach przekazywane do Komisji Ochrony Dzieci i Młodzieży, to w 2019 r. w zbiorze 7 657 zgłoszeń 320 (4%) dotyczyło spożywania napojów alkoholowych.

- Natomiast spośród 4 866 zgłoszeń narażenia na zachowania, które mogą zagrażać dobru i rozwojowi dziecka/młodego człowieka, 628 (13%) dotyczyło spożywania alkoholu. W stosunku do roku 2018 wzrosły znaki związane ze spożywaniem alkoholu + 99% w ujęciu całościowym, przy czym wartości z roku 2018 i 2019 są najwyższe z ostatnich siedmiu lat.

Tytoń

- - Ponad 90% portugalskich palaczy zaczęło palić przed 25 rokiem życia.

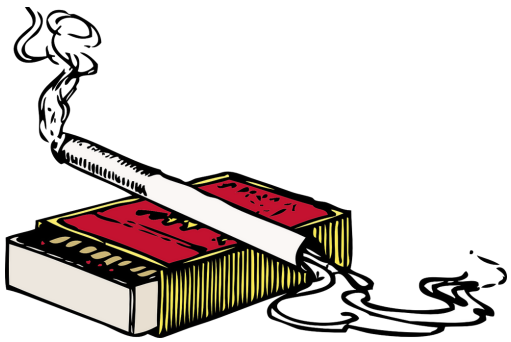
- - Używanie tytoniu wśród młodzieży do 16 roku życia spada od 2003 roku. Średni wiek rozpoczęcia konsumpcji tytoniu podawany przez populację w wieku od 15 do 24 lat wzrósł z 15 do 16 lat.

- - 30,9% ankietowanych młodych ludzi przyznało, że próbowało już palić tytoń.

- - Chłopcy częściej próbowali tytoniu niż dziewczęta: 10,2% chłopców i 9,1% dziewcząt regularnie używa tytoniu.

- - Konsumpcja tytoniu wzrasta wraz z wiekiem - w wieku 15 lat 12,3% chłopców i 8,6% dziewcząt regularnie używa tytoniu, a 6,1% chłopców i 4,0% dziewcząt pali tytoń okazjonalnie.

- - 40% młodych ludzi, którzy palą, robi to przy 40 lub więcej okazjach.



3.2.2. Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień niezwiązanych z substancjami lub uzależnień behawioralnych

W Portugalii istniejące badania dotyczące uzależnień niezwiązanych z substancjami koncentrują się głównie na korzystaniu z internetu i sieci społecznościowych oraz na hazardzie i zakładach. W związku z tym dane, które zostaną przedstawione, uwzględniają te dwie kwestie:

Internet

Z całej populacji ogólnej w Portugalii 60,4% korzysta z Internetu, z czego 40,9% codziennie. Stopień umiarkowanego lub wysokiego uzależnienia od Internetu jest bardziej rozpowszechniony wśród najmłodszych (15-24 lata) i wśród mężczyzn.

Większość młodych ludzi miała już kontakt z Internetem, zaczynając z niego korzystać przed 15 rokiem życia: 35% deklaruje, że zaczęło korzystać z niego przed 10 rokiem życia, a chłopcy deklarują wcześniejsze rozpoczęcie korzystania niż dziewczęta.

25% młodych ludzi korzysta z portali społecznościowych przez 4/5 godzin dziennie, a 25% przez 6 lub więcej godzin.

W 2015 i 2019 r. rozpowszechnienie korzystania z sieci społecznościowych, a mianowicie przez 6 lub więcej godzin dziennie, jest podobne w różnych segmentach populacji (w zależności od płci, poziomu wykształcenia i sytuacji związanej z pracą).

- Jednak jeśli chodzi o bardziej intensywne korzystanie, dziewczęta, młodzież gorzej wykształcona (do 9 klasy) i bezrobotni wydają się spędzać więcej godzin na portalach społecznościowych.

- 73,3% młodych ludzi w wieku od 14 do 25 lat miało objawy sugerujące uzależnienie od Internetu. Spośród nich 13% miało poważny poziom uzależnienia, a 52,1% respondentów uważało się za "uzależnionych od Internetu".

- Dzieci, młodzież i studenci szkół wyższych są najbardziej narażoną populacją na tego typu uzależnienia.

- W 2019 roku, podobnie jak w latach poprzednich, 25% młodych ludzi zadeklarowało, że doświadczyło problemów, które przypisuje korzystaniu z Internetu, przy czym doświadczenie to nieznacznie wzrosło, zwłaszcza wśród dziewcząt.

- Najczęściej wymieniane problemy dotyczą wyników w szkole / pracy, sytuacji złego samopoczucia emocjonalnego oraz problemów z zachowaniami w domu.

- Istnieje istotny i pozytywny związek między problematycznym korzystaniem z Internetu a zaburzeniami snu oraz negatywny związek z samopoczuciem psychicznym.

- Młodzi ludzie, którzy wykazują oznaki uzależnienia od świata online, mają również objawy izolacji, a czasem depresji. Wśród respondentów, którzy wykazują oznaki uzależnienia, prawie jedna czwarta (22,1%) ma wysoki poziom izolacji społecznej.

Gry

- Rozpowszechnienie gier hazardowych online wśród młodzieży wydaje się wzrastać, najwyraźniej bardziej w odniesieniu do gier bez zakładów.
-
- 1 na 2 młodych ludzi gra w gry online, przy czym 15% gra na pieniądze (zakłady). W obu przypadkach większość graczy gra mniej niż 2 godziny dziennie.
-
- Jest to praktyka bardziej rozpowszechniona wśród chłopców, z niższym wykształceniem i bezrobotnych.

- Rozpowszechnienie grania w Internecie jest znacznie wyższe wśród chłopców (blisko 80%, w ciągu tygodnia lub w weekendy) w porównaniu z dziewczętami (blisko 30% w obu okresach: około 3 chłopców na każdą dziewczynę).

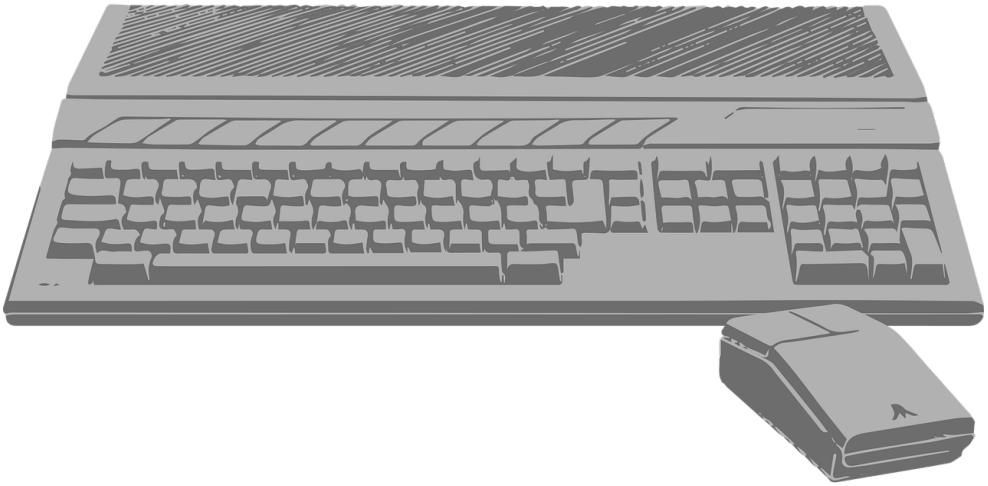
- 7% młodych ludzi wspomniało o graniu przez 6 lub więcej godzin dziennie w ciągu tygodnia, a 9% o graniu w weekendy.

Gry hazardowe

- Mniej niż 2 na 10 młodych ludzi gra w Internecie w gry hazardowe.

- 15% młodych ludzi stwierdziło, że obstawia zakłady przez internet.

- Wśród tych, którzy grają w gry hazardowe, czas spędzony w internecie na tej czynności jest również przeważnie krótszy niż 2 godziny dziennie (w ciągu tygodnia lub w weekend).



Gaming

Jest to bardziej powszechna praktyka wśród chłopców, z mniejszym wykształceniem i bezrobotnych.

Rozbieżność wynosi około 25% dla chłopców i 5% dla dziewcząt: 5 chłopców na każdą dziewczynę, która obstawia.

3.2.3. Postrzeganie i opinia ludności na temat rozwoju uzależnień

Nie ma wielu badań na temat postrzegania uzależnień przez Portugalczyków. Przeprowadzono jednak badania ankietowe dotyczące "SPOŁECZNYCH REPRESENTACJI ZACHOWAŃ UZALEŻNIAJĄCYCH" wśród młodych ludzi (15-34 lata) obecnych na festiwalu muzycznym "Rock in Rio" (ostatnie w 2018 r.). Wyniki pokazują, że:

Uzależnienia od substancji chemicznych lub substancji

- Istnieje tendencja do negatywnego postrzegania zachowań uzależniających związanych z używaniem substancji, czyli używaniem napojów alkoholowych i nielegalnych narkotyków. Dla badanych myślenie o zachowaniach uzależniających to myślenie przede wszystkim o używaniu substancji psychoaktywnych, z naciskiem na napoje alkoholowe (przede wszystkim piwo) oraz substancje nielegalne (przede wszystkim marihuana, ale także kokaina).

- Spożywanie napojów alkoholowych jest postrzegane jako główne zachowanie uzależniające wśród młodych Portugalczyków, a przede wszystkim wśród osób starszych.

- Wręcz przeciwnie, z perspektywy badanych używanie nielegalnych narkotyków jest problemem o większej wyrazistości jedynie wśród młodzieży.

- Wśród substancji nielegalnych konopie indyjskie wydają się mieć szczególny status, są postrzegane w sposób bardziej zestandaryzowany i mniej stereotypowy niż symboliczna kategoria "narkotyki". Nie oznacza to jednak, że respondenci mają pozytywną opinię o konopiach indyjskich, czy też postrzegają ich używanie jako korzystne dla zdrowia. W rzeczywistości więcej jest badanych, którzy kojarzą ją ze szkodliwością niż tych, którzy kojarzą ją z czymś pozytywnym, więcej jest też badanych, którzy twierdzą, że nie spożywają tej substancji i wyrażają odrzucenie i dystans niż odwrotnie.

- W odpowiedziach respondentów przeważa negatywne spojrzenie na zachowania uzależniające. Na ogół jednak w ich odpowiedziach nie pojawia się strona problemowa. Szczególnie wyraźnie widać to w przypadku marihuany, gdyż odsetek respondentów, którzy od razu kojarzą ją z konkretnymi problemami, uzależnieniem czy konsekwencjami zdrowotnymi jest bardzo mały.

- W odpowiedziach nie pojawia się również figura konsumenta/użytkownika substancji jako osoby marginalizowanej lub wykluczonej społecznie.

- Wyraźnie widoczna jest nieznajomość obowiązujących przepisów dotyczących używania narkotyków w ogóle, a marihuany w szczególności, co przekłada się na nieprecyzyjne wyobrażenia i dezorientację co do statusu prawnego tej substancji.

- Respondenci opowiadają się za legalizacją narkotyków w celach leczniczych, ale są podzieleni co do ich legalizacji w celach rekreacyjnych

2. Uzależnienia behawioralne lub niesubstancjalne

-Niewielu respondentów dokonuje skojarzenia z uzależnieniami bez substancji, czyli ze wszystkim, co ma związek z nowymi technologiami (sieci społecznościowe, smartfony, gry wideo itp.), które nie są postrzegane jako problematyczne.

-To samo dotyczy hazardu, który jest postrzegany w sposób "neutralny", w tym sensie, że generalnie respondenci nie kojarzą go ani z czymś dobrym, ani złym, a tylko nieliczni kojarzą go z kompulsywnością lub uzależnieniem.

3.3. KONTEKST UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY W RUMUNII

3.3.1. Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień od substancji lub chemikaliów

40,3% populacji rumuńskiej młodzieży jest zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, a ponadto wzrasta liczba osób nadużywających substancji. Interesująca była ocena postaw uczniów, jak również ich wiedzy na temat tych substancji w celu przeanalizowania przyczyn i rodzajów ryzykownych zachowań u młodych ludzi.

W próbie znalazło się 1 980 uczniów o średniej wieku 17 lat, z czego 1 727 poprawnie odpowiedziało na pytania zawarte w kwestionariuszu.
Do palenia papierosów przyznało się 37,4% uczniów, a do picia alkoholu 67%.
Test Fagerströma wykazał, że 68,2% respondentów nie jest silnie uzależnionych od dymu tytoniowego, podczas gdy 31,8% wiąże się ze średnim lub wysokim poziomem uzależnienia.
Niepokojącym zjawiskiem wśród studentów jest tygodniowe spożycie piwa.
Jeśli chodzi o cierpienie psychiczne spowodowane molestowaniem, odnotowano wysoki iloraz szans między palaczami a osobami używającymi narkotyków.
Ponad połowa uczniów nie wiedziała o konsekwencjach zdrowotnych palenia papierosów, taki sam wynik odnotowano w przypadku spożywania alkoholu.
Należy zwrócić szczególną uwagę na zrozumienie problemu molestowania wśród młodzieży. W zasadzie prawie wszyscy respondenci deklarowali, że byli molestowani i przyznawali się do używania narkotyków i papierosów.

Wiek rozpoczęcia konsumpcji i płeć

Statystyki z całego świata wskazują, że największą liczbę konsumentów stanowią ludzie młodzi (Popescu i in., 2004).
Młodzież, młodzi ludzie stanowią populację podatną na używanie narkotyków, ponieważ są znacznie bardziej otwarci na nowe i ekstremalne doświadczenia. F
ednym z przykładów są statystyki dotyczące używania narkotyków w Niemczech i Francji, które wskazują, że około 50% młodych ludzi w tych krajach używało lub używa narkotyków.
Obserwuje się, że średni początek używania narkotyków drastycznie się zmniejszył, osiągając przypadki dzieci spożywających tylko 10-12 lat, a także w Rumunii.

Centers for the Prevention and Control of Adolescent Toxic Use podaje następujące informacje:

- około 10% nastolatków pali do 15 papierosów dziennie, 20 dni w miesiącu (choć odsetek ten stale rośnie). Tytoń ma wiele długoterminowych szkodliwych skutków i jest uzależniający. Nastolatek, który pali dłużej niż 1 rok ma 80% szans na uzależnienie.

- Około 75% uczniów szkół ponadgimnazjalnych piło alkohol okazjonalnie. Spośród nich 28% zgłasza epizody nadmiernego spożycia alkoholu (więcej niż 5 mocnych drinków w ciągu kilku godzin). Jedną z głównych przyczyn zgonów wśród młodzieży są wypadki samochodowe spowodowane nadmiernym spożyciem alkoholu.

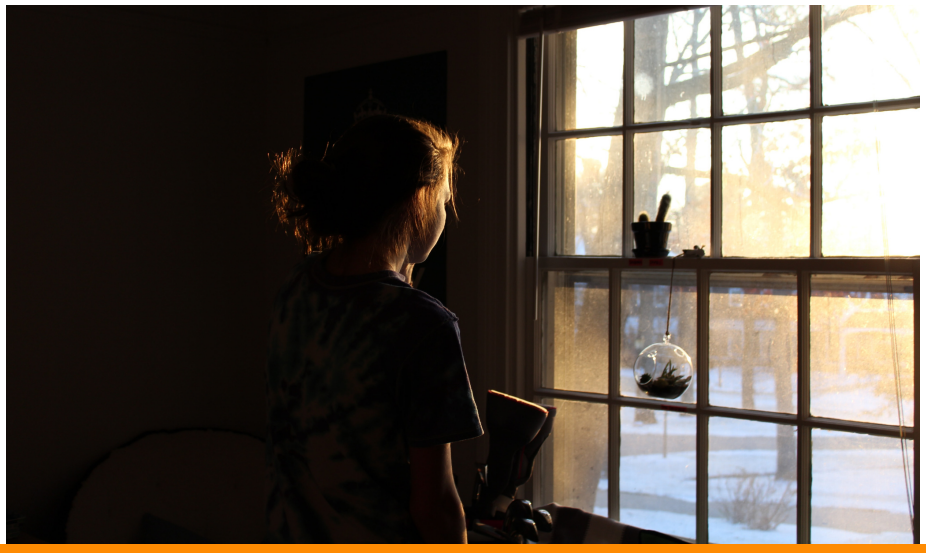
Spożywanie alkoholu obniża właściwe dla wieku zahamowania i predysponuje nastolatków do niewłaściwego życia seksualnego (seks bez zabezpieczenia), co zwiększa ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową (HIV-AIDS, opryszczka, chlamydia) lub zajścia w niechcianą ciążę.

- Około 40% nastolatków przynajmniej raz spróbowało marihuany, a 22% z nich często sięga po ten narkotyk. Marihuana jest częstą opcją wśród nastolatków i może powodować utratę pamięci, zaburzenia poznawcze (uczenie się) lub zaburzenia uwagi.

- Około 9% nastolatków próbowało kokainy, a 4% używa tego narkotyku często (co najmniej raz w miesiącu).

Średni wiek w momencie rozpoczęcia używania narkotyków.
Według raportu z badań, jeśli chodzi o początek używania narkotyków, dla wszystkich analizowanych rodzajów narkotyków, najniższy średni wiek rozpoczęcia używania narkotyków występuje wśród młodzieży męskiej i przedstawia się następująco:

11 lat - w używaniu leków nasennych,
13 lat - w używaniu leków przeciwdepresyjnych,
14 lat - przy stosowaniu leków uspokajających/nasennych, odpowiednio przy stosowaniu inhalantów,
14,5 roku - w używaniu SNPP.



W porównaniu z chłopcami dziewczęta wydają się rozpoczynać używanie narkotyków w starszym wieku, najniższy średni wiek rozpoczęcia używania wśród dziewcząt to 15 lat, odpowiednio w przypadku SNPP i leków przeciwdepresyjnych.

W zależności od płci, obserwuje się następujące zjawiska:

- większość beneficjentów to mężczyźni (stosunek M / F wynosi 3,2);

- w przypadku obu kategorii beneficjentów odnotowano wyższy odsetek nawrotów i wniosków o pomoc w związku z przewagą używania opiatów;

- w przypadku beneficjentów płci męskiej odnotowano większe zróżnicowanie pod względem głównego narkotyku, wyższy odsetek zgłoszeń do leczenia w związku z SNPP i konopiami indyjskimi oraz niższą wartość minimalnego wieku zachorowania (8 lat) i przyjęcia do leczenia (12 lat);

- większość beneficjentów rozpoczęła zażywanie w wieku 17 lat i zwróciła się o pomoc średnio po około 6 latach zażywania; przeważa podawanie w formie iniekcji i codzienne zażywanie;

- w przypadku kobiet odnotowano wyższy odsetek zgłoszeń do pomocy w związku z zażywaniem leków hipnotycznych i uspokajających; większość z nich rozpoczęła zażywanie w wieku 15 lat i zwróciła się o pomoc średnio po około 5 latach zażywania; dominuje podawanie doustne i zażywanie codzienne.

Jeśli chodzi o charakterystykę osób używających narkotyków:

- chłopcy używają narkotyków częściej niż dziewczęta;

- młodzież starsza i z wyższych klas społecznych częściej sięga po narkotyki;

- na zażywanie narkotyków bardziej narażeni są z jednej strony młodzi ludzie, których rodzice mają niski poziom wykształcenia i niższy status społeczny i nie mają środków i umiejętności, aby kierować i doradzać swoim dzieciom, a z drugiej strony młodzi ludzie pochodzący z rodzin o wyższym wykształceniu i wysokim statusie, które mogą zapewnić im środki na zażywanie narkotyków, a które nie mają czasu na nadzorowanie własnych dzieci;

- najbardziej narażeni na zażywanie narkotyków są młodzi ludzie ze słabymi wynikami w szkole i ci, którzy powtarzali klasę;

- wpływ na używanie narkotyków mają ich własne rodziny poprzez nadmierny styl autorytarny, poprzez klimat rodzinny charakteryzujący się częstymi kłótniami między rodzicami a dziećmi, między małżonkami, poprzez destrukcję rodziny w wyniku rozwodu, a także poprzez alkoholizm rodziców.

Rodzaje najczęściej spożywanych substancji

Nadużywanie alkoholu jest przyczyną 25% zgonów wśród młodych mężczyzn (między 15 a 29 rokiem życia), wiąże się z 60% przypadków gwałtów, 70% przypadków przemocy domowej, 40% przestępstw i 1 na 6 samobójstw.

Dane zarejestrowane przez ALIAT - Towarzystwo Walki z Alkoholizmem i Narkomanią - od 1993 roku do chwili obecnej:

- ponad 15.000 osób uzależnionych od narkotyków wstrzykiwanych dożylnie
- ponad 1000 osób nadużywających alkoholu lub będących członkami rodziny, w której występuje alkoholizm.

Młodzież w Rumunii doświadcza poważnych problemów z alkoholem.

Nowe badanie wykazało, że rumuńska młodzież w wieku od 18 do 24 lat płaci za alkohol najwięcej. Na przykład wydają 17 razy więcej na alkohol niż na kulturę.

Na alkohol wydali 70 RON (15 euro), podczas gdy na kulturę wydali tylko 4 RON (mniej niż 1 euro). Według badania, na to, ile młodzież wydaje na alkohol, wpływa kilka kryteriów. Należą do nich cena, marka i reklama.

Istnieją solidne dowody na to, że marketing alkoholu skierowany do młodzieży ma wpływ na inicjację alkoholową i poziom spożycia alkoholu.

Właśnie z tego powodu Big Alcohol intensywnie inwestuje w marketing alkoholu.

Według Mariusa Luicana, prowadzącego badania, spożycie alkoholu w Rumunii jest prawdopodobnie znacznie wyższe niż oficjalne dane, ponieważ 50-60% alkoholu sprzedawanego na rynku spirytusowym nie jest opodatkowane.

Całkowite spożycie alkoholu na osobę jest wyższe niż średnia europejska w przypadku rumuńskich chłopców w wieku 15-19 i 20-24 lat.

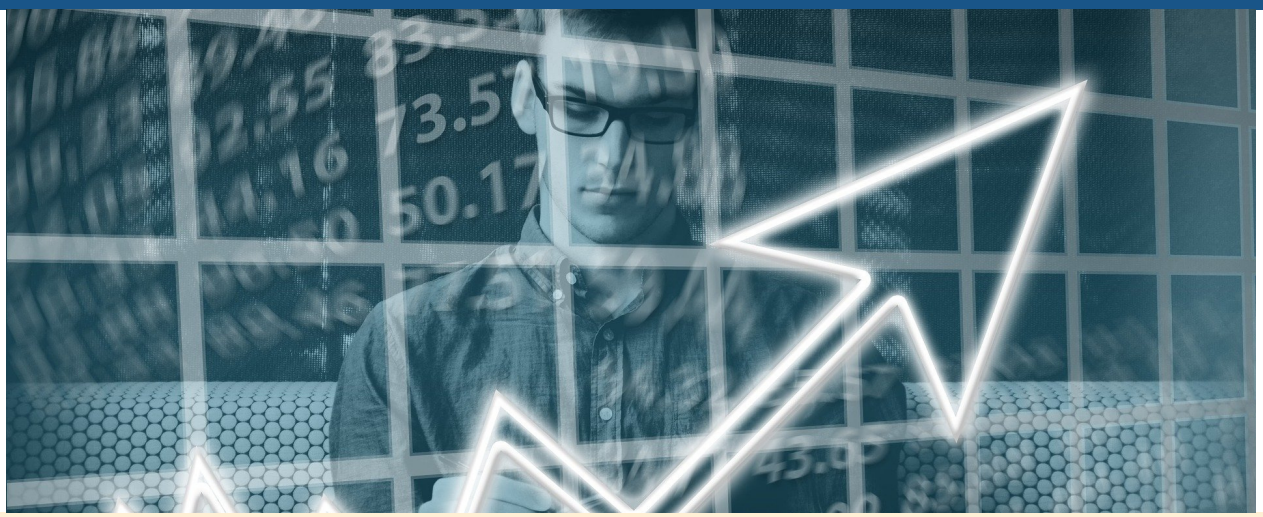
Dla dziewcząt w wieku 15-19 lat konsumpcja jest taka sama jak średnia europejska, ale dla dziewcząt w wieku 20-24 lat konsumpcja jest wyższa niż średnia europejska.

Picie alkoholu w nadmiernych ilościach jest również wyższe niż średnia europejska dla całej młodzieży, niezależnie od wieku i płci.

W porównaniu z innymi krajami europejskimi wskaźnik używania nielegalnych substancji w Rumunii jest niski, ale w ostatnich latach wzrasta.

Najbardziej rozpowszechnione są konopie indyjskie, ale 2,5% dorosłych Rumunów zgłasza, że przynajmniej raz w życiu spróbowało NPS. W 2017 r. w Rumunii odnotowano ponad 3 tys. nagłych przypadków związanych z narkotykami, przy czym jedna trzecia z nich była związana z NPS. W jednej piątej nagłych wypadków w grę wchodził alkohol lub więcej niż jeden narkotyk.
Łączenie narkotyków lub łączenie narkotyków z alkoholem jest nierozsądne, powodując nieprzyjemne objawy, takie jak nudności i wymioty, a czasami niebezpieczne objawy, takie jak problemy z układem krążenia.

3,8% badanej młodzieży przynajmniej raz w życiu spotkało się z takim lub innym rodzajem narkotyków. Jednocześnie, ograniczając badaną próbę tylko do nastolatków w wieku od 14 do 18 lat, autorzy stwierdzają, że rozpowszechnienie używania narkotyków w ciągu całego życia wynosi 5,4%, a ponadto, jeśli próba zostanie jeszcze bardziej zawężona, odsetek nastolatków w wieku 14 lat i starszych z obszarów miejskich, którzy kiedykolwiek używali narkotyków, wynosi 7,5%.



- 2,3% nastolatków zgłosiło spożycie konopi indyjskich, 1% ecstasy, 1% nowych substancji o właściwościach psychoaktywnych (znanych również jako "etnobotaniczne"), 1% zażyło środki nasenne, 1% środki uspokajające, 1% substancje halucynogenne i 1% środki inhalacyjne.

- Używanie narkotyków wydaje się być bardziej rozpowszechnione wśród chłopców, podczas gdy wśród dziewcząt bardziej rozpowszechnione jest używanie środków uspokajających, nasennych i antydepresyjnych.

- Wśród młodzieży w wieku od 10 do 13 lat używanie narkotyków jest niższe w porównaniu z innymi analizowanymi grupami wiekowymi, odpowiednio od 14 do 18 lat, przy czym najwyższy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia narkotyków odnotowano wśród młodzieży w tej kategorii wiekowej w przypadku używania środków wziewnych, halucynogenów, leków uspokajających/nasennych (0,8%).

- Wśród nastolatków w wieku od 10 do 13 lat najwyższy wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia dotyczy używania cracku i leków nasennych (0,5%).

- Żaden z badanych nastolatków w wieku do 14 lat nie używał heroiny 0,3% osób starszych używało kiedykolwiek tego typu narkotyków. W zależności od środowiska zamieszkania, używanie narkotyków jest rzadkie u młodzieży na wsiach. Ponadto żaden z nastolatków wiejskich nie używał heroiny, natomiast wśród osób mieszkających w miastach robiło to 0,3%. W ciągu ostatnich 30 dni 2,3% młodzieży z terenów miejskich używało marihuany do trzech razy, w przeciwieństwie do młodzieży z terenów wiejskich, która nie użyła jej ani razu.

Kontekst i negatywne skutki

Spożywanie alkoholu (AC) ma negatywne konsekwencje społeczne i ekonomiczne, wpływa na zdrowie i może prowadzić do uzależnienia. Ponieważ uzależnienie jest szczególnie trudne do wyleczenia, ważna jest profilaktyka.

Celem tego badania było określenie częstotliwości, ilości, okazji, przyczyn, rodzaju AC oraz korelacji z akcentowanymi cechami osobowości wśród młodych dorosłych w Rumunii.

W badaniu przeprowadzonym w Rumunii wzięło udział 1359 młodych dorosłych w wieku 18-30 lat (średnia wieku 22,67 lat) ze środowisk miejskich, w tym z głównych ośrodków uniwersyteckich.

W latach 2013-2014 uczestnikom podawano kilka kwestionariuszy obejmujących takie zagadnienia jak zachowania ryzykowne dla zdrowia (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, seks bez zabezpieczenia, siedzący tryb życia, niezdrowe odżywianie), agresja, osobowość, zdolności adaptacyjne, spójność i komunikacja.

Częstymi powodami, dla których młodzi dorośli po raz pierwszy spróbowali AC, były ciekawość (67,8%), chęć bycia jak rówieśnicy (17,9%) i wpływ dorosłych (6,5%).

Jeśli chodzi o częstotliwość picia AC, 72,5% spożywało alkohol tylko przy specjalnych okazjach/świętach, 19,4% w weekendy, 4,8% trzy do czterech razy w tygodniu, a 0,4% codziennie.

W celu pokonania zahamowań seksualnych/emocjonalnych lub dla odwagi 2,1% uczestników piło często, a 23,5% od czasu do czasu. AC najczęściej miało miejsce w grupie przyjaciół (62,3%). Dla 9,7% uczestników AC było powodem słabej koncentracji lub problemów w pracy/szkole.

3.3.2.Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień innych niż od substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych

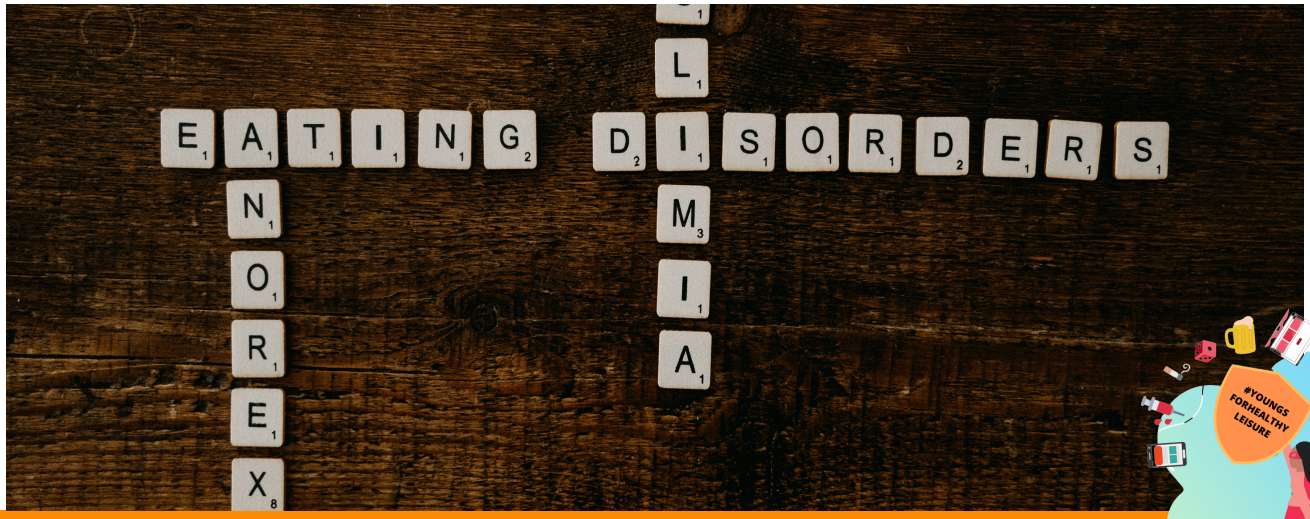
Uzależnienie od hazardu

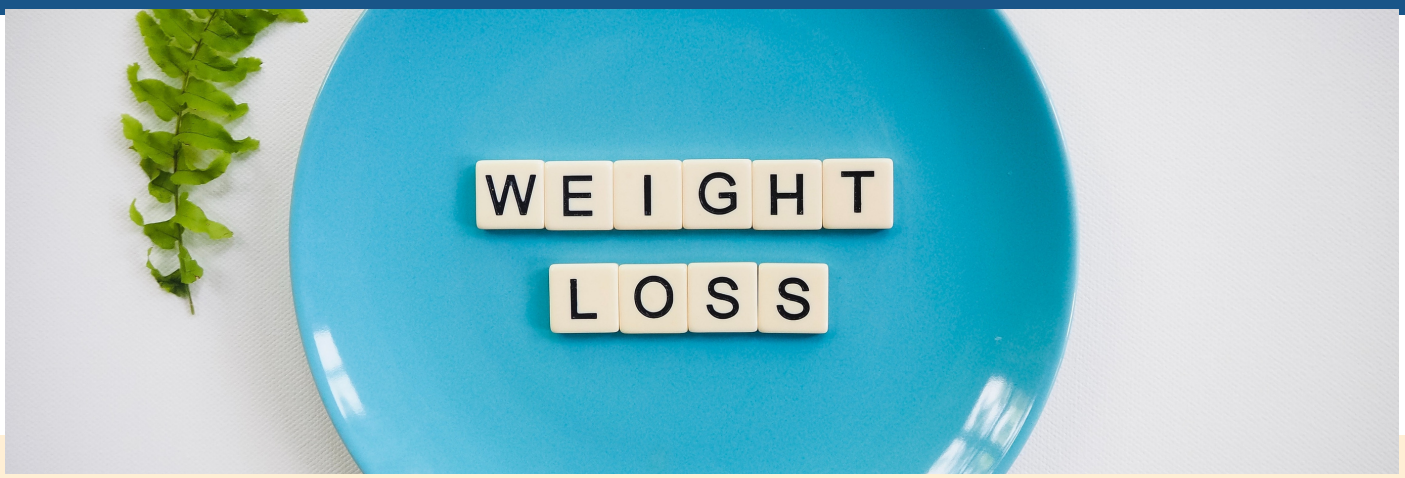
Według badania "Gambling in Romania", częstość występowania hazardu w Rumunii wynosi 15%. Tak więc, według wspomnianego badania, 2,4 mln osób w wieku powyżej 18 lat uprawiało hazard przynajmniej raz, a większość graczy to mężczyźni w wieku od 18 do 24 lat, stanu wolnego, z obszarów miejskich. Częstość występowania problemów z hazardem wśród rumuńskiej populacji w wieku powyżej 18 lat wynosi 0,6%, czyli 98 000 osób.

Uzależnienie od jedzenia

Ponad 400 000 osób w Rumunii cierpi z powodu widocznych zaburzeń odżywiania (anoreksja, bulimia lub EDNOS).

- Śmiertelność związana z anorexia nervosa jest 12 razy wyższa niż śmiertelność z powodu WSZYSTKICH przyczyn śmierci wśród kobiet w wieku 15-24 lat.
- 20% osób cierpiących na anorexia nervosa umrze przedwcześnie z powodu powikłań spowodowanych zaburzeniami odżywiania, w tym samobójstw i problemów z sercem.
- Anoreksja jest trzecią najczęstszą chorobą przewlekłą wśród nastolatków.
- 95% osób z zaburzeniami odżywiania jest w wieku od 12 do 25 lat.
- 50% dziewcząt w wieku 11-13 lat jest postrzeganych jako grube.





- 80% 13-latków próbowało schudnąć
- 51% dziewcząt w wieku 9-10 lat czuje się bardziej dowartościowana, bardziej akceptowana, jeśli stosuje dietę odchudzającą.
- Połowa osób w wieku 18-25 lat wolałaby być rozdeptana przez ciężarówkę niż być gruba, a 2/3 wolałoby być złe lub niedobre niż grube.
- 42% dziewcząt z klas 1-3 chce być szczuplejsza.
- 46% dziewcząt w wieku 9-11 lat jest "czasami" lub "bardzo często" na diecie, a 82% ich rodzin jest "czasami" lub "bardzo często" na diecie.
- 91% uczniów przynajmniej raz próbowało kontrolować swoją wagę poprzez dietę, a 22% robi to "często" lub "stale".

3.3.3. Postrzeganie i opinia społeczeństwa na temat rozwoju uzależnień

Europejski projekt badań ankietowych w szkołach na temat alkoholu i innych narkotyków (ESPAD) stanowi podstawę rozwoju polityki, strategii i interwencji w odniesieniu do uczniów szkół średnich.

W 2011 r. Rumunia miała czwarty co do wielkości udział w projekcie, w którym uczestniczyły takie instytucje, jak Krajowa Szkoła Zdrowia Publicznego, Zarządzania i Rozwoju Zawodowego, Krajowa Agencja Antydopingowa (NAA), Ministerstwo Edukacji, Badań, Młodzieży i Sportu oraz okręgowe inspektoraty szkolne. Agencje te współpracowały z dyrektorami szkół i wychowawcami wybranych klas.

W 2011 r. w ESPAD wzięło udział 2770 rumuńskich uczniów szkół średnich w wieku 16 lat. Jednak 9% rodziców i 2% uczniów odmówiło udziału w badaniu, co stanowiło najwyższy odsetek odmów wśród wszystkich krajów objętych ESPAD (średnia europejska wynosi 1% odmów).

Poziom abstynencji uczestniczących w badaniu rumuńskich nastolatków wyniósł 9,2%, chociaż 33% z nich doświadczyło upijania się, co jest wskaźnikiem niższym niż w latach 2003 i 2007 oraz o 14% niższym niż średnia dla krajów objętych badaniem ESPAD.

Przynajmniej raz w życiu 3,2% uczestniczących w badaniu nastolatków spożywało alkohol z tabletkami.

3.4. KONTEKST UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY NA CYPRZE

3.4.1. Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień od substancji lub związków chemicznych

Wiek pojawienia się uzależnienia i płeć
Zgłaszany jest silny związek między płcią a używaniem nielegalnych narkotyków, przy czym wskaźniki rozpowszechnienia dla wszystkich narkotyków są wyższe wśród mężczyzn.
Średni wiek eksperymentowania z konopiami indyjskimi wynosi 18-20 lat.
Używanie nowych substancji psychoaktywnych jest również skoncentrowane wśród osób w wieku od 15 do 34 lat, przy czym najczęściej zgłaszanymi substancjami są syntetyczne kannabinoidy.

Rodzaje najczęściej zażywanych substancji

Jak wynika z Europejskiego raportu narkotykowego 2020, w ostatnich latach na Cyprze wzrasta liczba osób używających konopi indyjskich i kokainy. Jednocześnie odnotowano niewielki spadek liczby osób zażywających heroinę i wzrost liczby młodych osób zażywających kokainę. Wraz ze spadkiem liczby zgonów związanych z narkotykami - z 12 w 2018 roku do pięciu w 2019 roku.
Według raportu, kokaina jest najpopularniejszą używką w populacji ogólnej.
Odnotowano również wzrost o dwa punkty procentowe w stosunku do poprzednich badań u osób, które stwierdziły, że paliły marihuanę - nawet tylko raz.

Konkretnie, z 12,1% w 2016 r. odsetek ten wzrósł do 14,1%.
Dodatkowo odsetki dla trwającego używania narkotyków w bieżącym roku wzrosły z 1,2% do 2,2%, podczas gdy odsetki dla niedawnego używania narkotyków wzrosły do 4% w 2019 r. z 2,2% w 2016 r.Używanie nielegalnych substancji w populacji ogólnej na podstawie raportu przedstawia się obecnie następująco:

Marihuana 8,1 proc,
kokaina 0,9%,
MDMA (ecstasy) 0,4%
amfetaminy 0,2%.

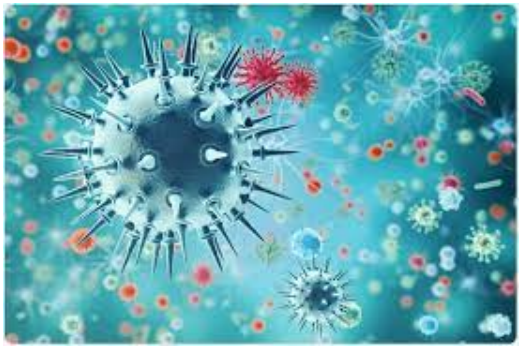
Jeśli chodzi o używanie kokainy na 1000 mieszkańców, badania pokazują, że w Limassol wynosi ono 272 osoby, a w Nikozji 224.
Dodatkowo obserwuje się wzrost używania kokainy wśród młodych ludzi w wieku 15-34 lat, który wzrósł z 0,4% w 2016 r. do 0,9% w 2019 r.
W ostatnich latach zaobserwowano również wzrost liczby przestępstw związanych z kokainą.

Ponadto w 2019 r. opiaty były trzecią najczęściej używaną substancją po konopiach indyjskich i kokainie.

Jeśli chodzi o używanie konopi indyjskich, dane z badania ankietowego populacji ogólnej z 2019 r. wskazują, że konopie indyjskie pozostają najpopularniejszą substancją nadużywaną o najwyższym wskaźniku używania.

Dominujący wiek pierwszego użycia konopi indyjskich to 19 lat. Konopie indyjskie pozostają najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem w populacji ogólnej na Cyprze, przy czym około 1 na 10 osób dorosłych w wieku 15-64 lat zgłasza używanie konopi indyjskich co najmniej raz w życiu. Używanie konopi indyjskich jest w dalszym ciągu skoncentrowane wśród młodych osób dorosłych w wieku 15-34 lat.

Analiza długoterminowa wskazuje na spadek wskaźnika używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku w tej grupie od 2009 r., z możliwą stabilizacją w ostatnich latach. Używanie innych substancji nielegalnych jest mniej powszechne.



Kontekst i negatywne konsekwencje

Choroby zakaźne związane z narkotykami

Na Cyprze dane dotyczące zgłoszeń chorób zakaźnych są dostarczane przez Departament Chorób Zakaźnych i Krajowy Program Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) Ministerstwa Zdrowia. Inne dane dotyczące chorób zakaźnych związanych z narkotykami (DRID) uzyskuje się przede wszystkim poprzez monitorowanie występowania DRID wśród pacjentów leczonych z powodu narkotyków.

Liczba osób, które wstrzykują narkotyki (PWID) z ważnymi wynikami badań w kierunku DRID pozostaje niska.

W 2017 r. tylko jedna czwarta osób rozpoczynających leczenie odwykowe skorzystała z testów na obecność wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV) i wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV).

W programach ambulatoryjnych nie oferuje się badań na miejscu.

W 2017 r. u nieco ponad połowy badanych stwierdzono dodatni wynik w kierunku HCV.

Rozpowszechnienie zakażenia HBV wśród PWID, którzy zostali przebadani w ośrodkach leczenia uzależnień od narkotyków, wynosiło poniżej 10%.

Rozpowszechnienie zakażeń ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) związanych ze wstrzykiwaniem narkotyków szacuje się na niskie w porównaniu z innymi krajami europejskimi, przy czym w 2017 r. wśród PWID, którzy poddali się badaniom, zidentyfikowano dwie osoby zakażone HIV.

Zgony i śmiertelność spowodowana narkotykami

Zgony spowodowane zażywaniem narkotyków to zgony, które można przypisać bezpośrednio zażywaniu nielegalnych narkotyków (tj. zatrucia i przedawkowania).
W 2017 r. w rejestrze specjalnym odnotowano wzrost liczby zgonów spowodowanych zażywaniem narkotyków na Cyprze. Jedenaście z 16 zgonów dotyczyło opioidów w zdecydowanej większości przypadków w połączeniu z lekami psychoaktywnymi. Cztery z tych przypadków dotyczyły oksykodonu.
Na Cyprze wskaźnik śmiertelności spowodowanej narkotykami wśród dorosłych (w wieku 15-64 lat) wyniósł 26 zgonów na milion w 2017 r., czyli ponad dwukrotnie więcej niż w roku 2016 i podobnie jak najnowsza średnia europejska wynosząca 22 zgony na milion.

3.4.2. Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień innych niż od substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych

Gry hazardowe

Wiek rozpoczęcia i płeć w przypadku hazardu

12,5 roku to średni wiek, w którym ludzie zaczynają grać w gry losowe na Cyprze, podczas gdy 92% Cypryjczyków w wieku 15+ grało w gry losowe przynajmniej raz w życiu.
Przechodząc do analizy spontanicznych odniesień do gier losowych w podziale na płeć, warto zwrócić uwagę na kilka rozbieżności, które dają pewne wstępne wskazówki odnośnie popularności różnych gier losowych wśród płci.
Po pierwsze, warto wspomnieć, że jedynymi grami losowymi, które były częściej wymieniane przez kobiety, były zakłady loteryjne oferowane u bukmacherów OPAP (Lotto, Joker, Kino, Proto, Super 3, Extra 5), zdrapki/krajowe loterie i losowania. Wszystkie pozostałe gry były najczęściej wymieniane przez mężczyzn.

Ranking spontanicznego odnoszenia się do gier losowych przez mężczyzn na Cyprze:
1. Najbardziej znanymi grami wśród mężczyzn respondentów były gry loteryjne oferowane u bukmacherów OPAP (72%).
2. Na drugim miejscu znalazły się gry karciane, takie jak poker (63%).
3. Trzecią najczęściej wymienianą grą były stacjonarne zakłady sportowe u bukmachera (60%).
4. Na kolejnych miejscach znalazły się zdrapki/loterie oraz gry kasynowe (59%).

5. Zakłady na wyścigi konne zostały wymienione przez prawie połowę mężczyzn i zajęły 5 miejsce (49%).
6. Bingo stacjonarne miało jeszcze niższą referencję wśród mężczyzn (38%), podobnie jak automaty do gry (38%).
7. Zakłady sportowe online były wymieniane przez 35% mężczyzn.
8. Gry hazardowe online znalazły się na jeszcze niższym miejscu, na które wskazało 31% mężczyzn.
9. Losowania znalazły się na ostatnim miejscu, wspomniane tylko przez 27% mężczyzn.

Ranking spontanicznego odnoszenia się do gier losowych przez kobiety na Cyprze:
1. Prawie osiem na dziesięć respondentek odnosiło się do zakładów wzajemnych oferowanych u bukmacherów OPAP (78%).
2. Na drugim miejscu znalazły się zdrapki/loterie narodowe (66%).
3. Na trzecim miejscu znalazły się gry kasynowe (53%).
4. Połowa respondentek (50%) wymieniła gry karciane, w tym pokera.
5. Na stacjonarne zakłady sportowe (u bukmachera) wskazało 43% kobiet.
6. Bingo stacjonarne zostało wymienione przez 37% uczestniczek.
7. Nieco mniej kobiet wspomniało o zakładach konnych (36%).
8. Na kolejnym miejscu znalazły się automaty do gry (32%).
9. O losowaniach mówiło 31% kobiet.
10. Gry hazardowe online wymieniło 28% kobiet.
11. Najrzadziej wymienianą przez kobiety grą były zakłady sportowe online, które wymieniła mniej więcej co czwarta respondentka (26%).

Dlatego też, gdy większość kobiet słyszy o grach losowych, myśli o zakładach loteryjnych i zdrapkach/loterii krajowej. Z drugiej strony, mężczyźni myślą o wyżej wymienionych, a także o grach karcianych i stacjonarnych zakładach sportowych.

Najbardziej rozwinięte rodzaje uzależnień od hazardu na Cyprze

Zgodnie z przeglądem spontanicznych odniesień do gier losowych Krajowego Urzędu ds. Zakładów, na pierwszym miejscu znajdują się różne zakłady loteryjne oferowane przez OPAP, tj. gry losowe, które opierają się na przewidywaniu liczb, które pojawią się w ręcznym lub elektronicznym losowaniu, o których wspomina 76% uczestników.
W szczególności mowa była o następujących grach z tej kategorii: Joker, Lotto, Proto, Kino, Super 3 oraz Extra 5.
Na drugim miejscu znalazły się zdrapki/loterie krajowe, o których mówi 63% badanych, następnie gry w kasynie - 56%, gry karciane/poker - 55% oraz stacjonarne zakłady sportowe (w zakładzie bukmacherskim) - 51%.
O zakładach na wyścigi konne wspomniało 42% respondentów, a następnie o stacjonarnym bingo (37%) i automatach do gry (35%).
Zakłady sportowe online zostały wymienione przez jeszcze mniejszą liczbę uczestników (30%), podczas gdy gry liczbowe i hazardowe online zostały wymienione po 29%.

Analiza pierwszego poziomu spontanicznych odniesień Cypryjczyków w wieku powyżej 15 lat do gier losowych, które znają, ujawnia, że dla 3 na 4 osób termin "gry losowe" odnosi się do zakładów loteryjnych, przy czym zdrapki/loteria krajowa również zajmują wysokie miejsce w rozumieniu tego terminu, prawdopodobnie ze względu na ich długą historię na Cyprze, podobnie jak gry w kasynie, gry karciane, w tym poker, oraz stacjonarne zakłady sportowe.

Kontekst i negatywne konsekwencje hazardu

Poniżej przedstawiamy dane z National Betting Authority of Cyprus za rok 2017 dotyczące wydatków hazardzistów na Cyprze i ich zachowań, ponieważ konsekwencje finansowe są najbardziej istotnym czynnikiem, jeśli chodzi o to uzależnienie.
Zdecydowana większość hazardzistów bez ryzyka obstawia małe kwoty pieniędzy, gdyż 86% twierdzi, że wydaje mniej niż 10€ tygodniowo, a 11% z nich twierdzi, że wydaje od 10 do 50€. Zaledwie 1% z tej kategorii odpowiada, że wydaje między 50,01 a 100 EUR, a taka sama liczba odpowiada, że wydaje między 100,01 a 300 EUR. Żaden z tego typu hazardzistów nie twierdzi, że wydaje więcej niż 300€ tygodniowo na gry hazardowe.

Jeśli chodzi o ryzykownych hazardzistów, prawie połowa z nich (49%) wydaje tygodniowo od 10 do 50 EUR, podczas gdy jedna osoba na trzy twierdzi, że obstawia mniej niż 10 EUR tygodniowo. 13% ryzykownych hazardzistów odpowiada, że wydaje 50,01-100 EUR, podczas gdy 1% obstawia 100,01-300 EUR, a kolejny 1% twierdzi, że ich tygodniowe wydatki na hazard przekraczają 300 EUR. Hazardziści problemowi/patologicznie uzależnieni wydają wyższe kwoty na gry hazardowe.

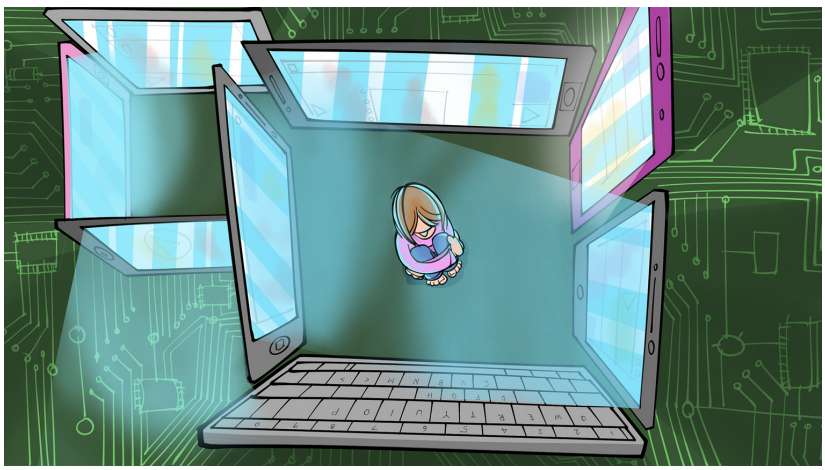
Większość (38%) wydaje między 10 a 50 EUR tygodniowo, a jedna czwarta z nich (24%) wydaje między 50,01 a 100 EUR. 17% problemowych hazardzistów twierdzi, że ich tygodniowe zakłady nie przekraczają 10€, 14% oblicza swoje tygodniowe wydatki w przedziale 100,01€ - 300€, a 7% problemowych hazardzistów wydaje więcej niż 300€ na gry hazardowe każdego tygodnia. Jest zatem oczywiste, że rozwój problematycznych zachowań hazardowych jest analogiczny do wzrostu pieniędzy wydawanych na zakłady i gry hazardowe przez hazardzistów.

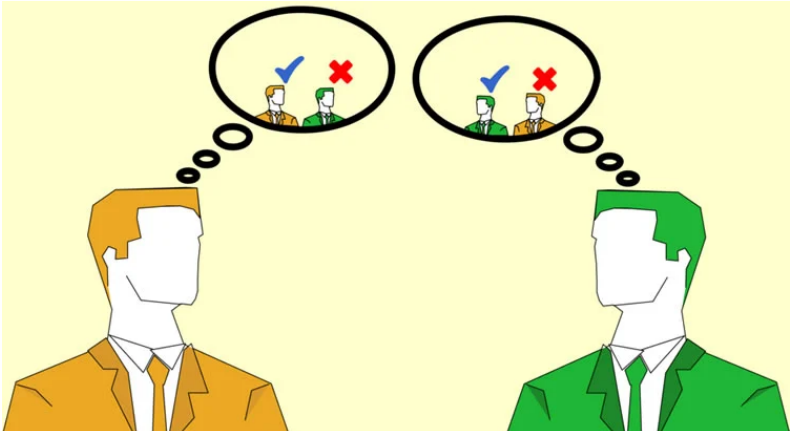
Ponadto, według Cyprus Gaming and Casino Supervision Commission, hazard na Cyprze nie tylko zakłóca życie osobiste i zawodowe jednostki, ale jego skutki mogą stworzyć lub pogorszyć już istniejące trudności dla jej rodziny, przyjaciół lub kolegów.

Problem gier hazardowych można również rozpatrywać w odniesieniu do szeregu problemów zdrowotnych, psychologicznych i społecznych, które potencjalnie dotyczą służb publicznych, takich jak zdrowie publiczne, edukacja i przestępczość.

Uzależnienie od Internetu

Dane dotyczące tej kwestii na Cyprze są bardzo ograniczone. Można znaleźć tylko jedno najnowsze badanie. Według Christodoulidesa (2021) ponad 24% cypryjskich studentów (licealistów i studentów wyższych uczelni) jest uzależnionych od Internetu, a około 8% od mediów społecznościowych.





3.4.3. Postrzeganie i opinia ludności na temat rozwoju uzależnień

Uzależnienia chemiczne i substancjalne

Większość respondentów badań społecznych wykazuje sympatię i zrozumienie dla osób z problemem uzależnienia od narkotyków. Wielu z nich zgadza się ze stwierdzeniami, że uzależnienie od narkotyków jest chorobą, że osoby z historią uzależnienia od narkotyków są demonizowane w mediach oraz że mamy obowiązek zapewnienia jak najlepszej opieki osobom uzależnionym od narkotyków.
Istniała także powszechna zgoda co do tego, że osoby leczące się z uzależnienia od narkotyków powinny być częścią społeczności i mieć takie same prawa do pracy, jak wszyscy inni. Ponadto istniało zrozumienie, że uzależnienie od narkotyków jest czymś, co może dotknąć praktycznie każdego.
Jednakże, choć wielu respondentów wykazało empatię wobec osób z historią uzależnienia od narkotyków, istnieje także znaczna część populacji, która uważa, że osoby z problemem narkotykowym są odpowiedzialne za swoją sytuację i że mają one możliwość przezwyciężenia swoich problemów, jeśli tylko tego chcą.

Uzależnienia behawioralne lub inne niż od substancji psychoaktywnych

Według raportu National's Betting Authority Report (2017) zdecydowana większość uczestników uważa, że na Cyprze istnieje problem uzależnienia od gier losowych w stosunku do liczby ludności tego kraju.

Dokładniej, 41% uczestników deklaruje, że całkowicie zgadza się z tym stwierdzeniem, podczas gdy 22% zgadza się częściowo.
Podczas gdy 7% uczestników pozostaje neutralnych wobec tego stwierdzenia, odsetek osób, które się z nim nie zgadzają jest niski - 4% uczestników wyraża częściową niezgodę, a tylko 1% deklaruje całkowitą niezgodę.
Opinie mężczyzn i kobiet na temat tego stwierdzenia są w dużej mierze zbieżne - 42% kobiet i 39% mężczyzn wyraża całkowitą zgodę na to stwierdzenie.
Skłonność do zgadzania się deklaruje 22% mężczyzn i kobiet, podczas gdy 8% mężczyzn i 6% kobiet ani nie zgadza się, ani nie zgadza się z tym stwierdzeniem. 5% mężczyzn i 4% kobiet twierdzi, że raczej się nie zgadza, podczas gdy tylko 1% mężczyzn i kobiet całkowicie nie zgadza się z tym stwierdzeniem.

3.5. KONTEKST UZALEŻNIEŃ WŚRÓD MŁODYCH LUDZI W POLSCE

3.5.1. Prevalence of the development of addictions with substances or chemicals

W procesie opracowywania danych na temat uzależnień w Polsce uwzględniono różne dane dostarczone przez krajowe i międzynarodowe instytucje i organizacje publiczne. W tej części przedstawione zostaną informacje dotyczące każdej substancji, wieku i płci każdego konsumenta, kontekstu oraz negatywnych wyników.

Wszystkie substancje nielegalne

- Najczęściej używanym narkotykiem wśród osób w wieku 15-34 lata jest marihuana, używana przez 9,8% osób z tej grupy wiekowej (EMCDDA, 2019).
- Większość zgłoszeń na leczenie dotyczy uzależnienia od konopi indyjskich (31%), amfetamin (29%) i heroiny (12%) jako narkotyków podstawowych (EMCDDA, 2019).
- Osoby identyfikujące się jako mężczyźni częściej zgłaszają zażywanie narkotyków niż kobiety (EMCDDA, 2019).
- Najnowsze dane dotyczące używania narkotyków wśród uczniów zostały zebrane w 2015 r. w ramach europejskiego projektu badań ankietowych w szkołach na temat alkoholu i innych narkotyków (ESPAD,2015);
- Według tego badania zgłoszone przypadki używania narkotyków we wszystkich formach przez całe życie były wyższe niż średnia europejska (która opierała się na danych dostarczonych przez 35 krajów. (EMCDDA, 2019)

- W Polsce jest około 14 664 osób używających opioidów (EMCDDA, 2019)
- Spada liczba zakażeń HIV przypisywanych iniekcjom narkotykowym (EMCDDA, 2019)
- Każdego roku z powodu przedawkowania narkotyków umiera od 250 do 300 osób (EMCDDA, 2019)

Marihuana

Z badań przeprowadzonych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wynika, że:

konopie indyjskie są najczęściej używaną substancją nielegalną w kraju (EMCDDA, 2019)
9,8% młodych ludzi w wieku 15-34 lat spożywało konopie indyjskie w 2019 r. (EMCDDA, 2019)
Badania długoterminowe pokazują, że używanie marihuany wśród mieszkańców Polski potroiło się w latach 1995-2011 i od tego czasu utrzymuje się na stałym poziomie (EMCDDA, 2019)
Marihuana jest najczęściej popełnianym przestępstwem z zakresu prawa narkotykowego, uszeregowanym według ilości odmierzonych kilogramów, natomiast marihuana zajmuje drugie miejsce w rankingu. (EMCDDA, 2019)
W 2017 r. do specjalistycznego leczenia odwykowego w Polsce zgłosiło się 2209 osób, z czego 1390 osób zostało przyjętych po raz pierwszy;
15% użytkowników konopi indyjskich podejmujących leczenie stanowiły kobiety, a 85% mężczyźni, co świadczy o dużej różnicy między płciami. (EMCDDA, 2019; dane z 2017 r.)
Średnia wieku w momencie pierwszego użycia konopi indyjskich wynosi około 16 lat, natomiast w przypadku pierwszego zgłoszenia się na leczenie jest równa 23 latom. (EMCDDA, 2019; dane z 2017 r.)

Kokaina

Z badań przeprowadzonych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wynika, że:

0,4% młodych ludzi w wieku 15-34 lat spożywało Kokainę w 2019 r. (EMCDDA, 2019)
W 2017 r. do specjalistycznego leczenia odwykowego w Polsce zgłosiły się 163 osoby, z czego 88 osób zostało przyjętych po raz pierwszy;
13% osób używających kokainy i rozpoczynających leczenie stanowiły kobiety, a 87% mężczyźni, co świadczy o dużej różnicy między płciami. (EMCDDA, 2019; dane z 2017 r.)
Średnia przy pierwszym użyciu kokainy wynosi około 23 lat, natomiast przy pierwszym rozpoczęciu leczenia równa się 30 lat. (EMCDDA, 2019; dane z 2017 r.)

Amfetaminy

0,4% młodych ludzi w wieku 15-34 lat spożywało amfetaminy w 2019 r. (EMCDDA, 2019)
W 2017 r. do specjalistycznego leczenia odwykowego w Polsce zgłosiło się 2085 osób, z czego 1126 osób zostało przyjętych po raz pierwszy;
19% użytkowników amfetamin rozpoczynających leczenie stanowiły kobiety, a 81% mężczyźni, co świadczy o dużej różnicy między płciami. (EMCDDA, 2019; dane z 2017 r.)
Średnia przy pierwszym użyciu amfetamin wynosi około 19 lat, natomiast przy pierwszym rozpoczęciu leczenia jest równa 27 lat. (EMCDDA, 2019; dane z 2017 r.)

MDMA

Z badań przeprowadzonych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wynika, że:

0,9% młodych ludzi w wieku 15-34 lat spożywało MDMA. (EMCDDA, 2019)

Heroina

W 2017 r. do specjalistycznego leczenia odwykowego w Polsce zgłosiło się 831 osób, z czego 1126 osób zostało przyjętych po raz pierwszy;
18% użytkowników heroiny rozpoczynających leczenie stanowiły kobiety, a 82% mężczyźni, co świadczy o dużej różnicy między płciami. (EMCDDA, 2019; dane z 2017 r.)
Średnia przy pierwszym użyciu heroiny wynosi około 22 lat, natomiast przy pierwszym rozpoczęciu leczenia jest równa 32 latom. (EM

Inne uzależnienia

Alkohol

Używanie alkoholu w ciągu całego życia zmniejsza się na przestrzeni lat, na co wskazują badania przeprowadzone w latach 1955-2015, w których badano używanie substancji wśród 15-16 letnich uczniów w Polsce (ESPAD, 2015)
Osoby wykazujące objawy zaburzeń związanych z używaniem alkoholu utrzymywały się na względnie stałym poziomie, co stanowi około 2% populacji ogólnej w Polsce, z czego 3%obserwowano u mężczyzn, a 1% u kobiet (Nowakowska I, Lewczuk K, Gola M, 2020)
Z danych wynika, że kobiety rzadziej niż mężczyźni cierpią na zaburzenia związane z używaniem alkoholu (Nowakowska I, Lewczuk K, Gola M, 2020).

Tytoń

Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia papierosów zmniejsza się na przestrzeni lat, co pokazują badania przeprowadzone w latach 1995-2015, w których badano używanie substancji wśród 15-16-letnich uczniów w Polsce (ESPAD, 2015).

3.5.2. Rozpowszechnienie rozwoju uzależnień niesubstancjalnych i behawioralnych

Obserwuje się tendencję wzrostową w rozpowszechnieniu uzależnień behawioralnych w ogóle (Moskalewicz J, Badora B, Feliksiak M, Głowacki A, Gwiazda M 2019; Badora B, Gwiazda M, Herrmann M, Kalka J, Moskalewicz J, 2015)

Problematyczne korzystanie z internetu

Odsetek osób uzależnionych spadł do 0,03% w 2019 roku (61)
Odsetek osób zagrożonych wystąpieniem zaburzeń związanych z problemowym korzystaniem z Internetu wynosił od 1,2% do 1,5% populacji ogólnej

Hazard

W odniesieniu do hazardu W 2019 r. odsetek użytkowników w populacji ogólnej osiągnął 37,1%;
Można zaobserwować wzrost liczby mężczyzn uprawiających hazard o 14,9% pomiędzy 2012 r. a 2019 r. (28,4% w 2012 r., 43,3% w 2019 r.)
wzrost liczby kobiet uprawiających hazard o 13% w latach 2012-2019 (18,5% w 2012 r., 31,5% w 2019 r.);
Odsetek osób w Polsce, u których zidentyfikowano ryzyko rozwoju uzależnienia od hazardu w stopniu lekkim wzrósł o 1,3% (2,6% w 2012 r., 3,9% w 2014 r.).
Nastąpił spadek o 0,2% osób narażonych na umiarkowane ryzyko rozwoju tego uzależnienia (0,9% w 2012 r., 0,7% w 2014 r.).

- Wzrost o 0,5% można zaobserwować wśród osób wykazujących symptomy problemowego uprawiania hazardu (0,2% w 2012 r., 0,7% w 2014 r.)
- W zakresie przejawiania objawów problemowego uprawiania hazardu mężczyźni przejawiają je częściej niż kobiety.

3.5.3. Postrzeganie i opinia mieszkańców na temat rozwoju uzależnień

Uzależnienia substancji chemicznych lub innych substancji

- W badaniu przeprowadzonym na temat powszechnych poglądów na temat uzależnień i perspektyw zdrowienia w Polsce podkreślono, że:

- W społecznym postrzeganiu uzależnień w Polsce dominuje model chorobowy uzależnienia. Obarcza on jednostki odpowiedzialnością za używanie narkotyków i nakłada na nie oczekiwanie poddania się specjalistycznemu leczeniu.

- Wśród badanych osób pojawił się optymizm dotyczący leczenia bez względu na rodzaj uzależnienia, a możliwość wyzdrowienia bez specjalistycznego leczenia uznano za mniej prawdopodobną.

ROZDZIAŁ 4

EWALUACJA PROGRAMÓW MAJĄCYCH NA CELU ZAPOBIEGANIE UZALEŻNIENIOM WŚRÓD MŁODZIEŻY

Jednym z głównych celów tego projektu jest ocena propozycji profilaktyki uzależnień, które zostały przeprowadzone na poziomie lokalnym i regionalnym z młodzieżą z każdego kraju.

W tym rozdziale zostaną przedstawione propozycje programów profilaktyki uzależnień, opracowane w krajach partnerów tego projektu.

Ocena ta polegała, na początku, na analizie programów opracowanych w każdym kraju, a w drugim momencie na ich krytycznej analizie.

W ten sposób opisanych zostanie 14 programów, z uwzględnieniem ich celów, grup docelowych, rezultatów, jak również sugestii dotyczących ulepszeń.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
El barrio más joven.
2. Temporalización
Projekt jest realizowany w ciągu dwóch lat, z których pierwszy przypada na lata 2019-2020 i skupia się na promowaniu tworzenia tkanki stowarzyszeniowej młodzieży w dzielnicach Madrytu, a drugi na lata 2020-2021, w którym strategia zapobiegania uzależnieniom jest realizowana poprzez mechanizmy uczestnictwa i promocji stowarzyszeń.
3. Charakterystyka grupy docelowej
Bezpośrednimi beneficjentami projektu jest młodzież zamieszkująca dzielnice, w których projekt jest realizowany. Pośrednimi beneficjentami są pozostali mieszkańcy, dzielnice i inne podmioty społeczne lub grupy młodzieżowe.
4. Cele projektu

- Cel ogólny:
  - Praca nad zapobieganiem uzależnieniom poprzez połączenie tkanki stowarzyszeniowej młodzieży w sześciu dzielnicach Madrytu.
- Cele szczegółowe:
  - Promowanie profilaktyki zachowań uzależniających i ryzykownych w populacji młodzieży w wieku od 14 do 30 lat.
  - Rozwój działań szkoleniowych mających na celu dostarczenie rodzinom i specjalistom pracującym bezpośrednio z młodzieżą narzędzi do wykrywania i zwalczania patologii związanych z zaburzeniami uzależnień.
  - Generowanie zdrowych alternatyw spędzania wolnego czasu.
  - Promowanie wśród młodzieży narzędzi do samozarządzania i organizacji w oparciu o ich potrzeby i wymagania.
  - Promowanie uczestnictwa i zaangażowania młodych ludzi w struktury stowarzyszeniowe i wspólnotowe oraz organy instytucjonalnego uczestnictwa obywatelskiego.

- Cele operacyjne:
  - O.E.1 Promowanie podejścia prewencyjnego w działaniach projektu, zachęcanie do zdrowego stylu życia i alternatywnego spędzania czasu wolnego:
  - O.O.1.1 Towarzyszyć młodym ludziom w korzystaniu z pełni praw obywatelskich, wzmacniając poczucie przynależności i aktywnego uczestnictwa w dzielnicy, na bazie solidarności, różnorodności kulturowej i szacunku.
  - O.O.1.2 Prowadzenie kampanii uświadamiających w zakresie zapobiegania zachowaniom uzależniającym.
  - O.E.2 Promowanie wśród młodzieży narzędzi do samozarządzania i organizacji w oparciu o ich potrzeby i wymagania:
  - O.O.2.1: Towarzyszyć i wspierać młodych ludzi w realizacji ich pomysłów, propozycji i inicjatyw.
  - O.O.2.2: Ułatwianie tworzenia i towarzyszenie grupom powstałym dzięki projektowi "El Barrio Más Joven".
  - O.O.2.3: Reagowanie na potrzeby zaobserwowane lub wymagane przez grupy i młodzież związane z projektem "El Barrio Más Joven".
  - O.E.3 Promowanie uczestnictwa i zaangażowania młodych ludzi w struktury stowarzyszeniowe i wspólnotowe oraz w organy instytucjonalnego uczestnictwa obywatelskiego:
  - O.O.3.1: Ułatwianie zdobywania wiedzy o zasobach i działaniach, które występują w dzielnicy, osiedlu lub innym szerszym obszarze terytorialnym, a które są cenione jako pozytywne.
  - O.O.3.2: Promowanie uczestnictwa młodzieży w strukturze stowarzyszeniowej, przestrzeniach sieciowych, inicjatywach wspólnotowych i instytucjonalnych organach partycypacji.
  - O.O.3.3: Oferowanie szkoleń z zakresu partycypacji i rozwoju społeczności.

5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Uzależnienia ogólne
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Projekt jest realizowany w sześciu dzielnicach miasta Madryt: Almendrales, Ventilla, Lucero, Buenavista, Ascao i Amposta. Dzielnice te zostały wybrane zgodnie z kryteriami podatności na zagrożenia wynikające z nierównowagi społecznej i terytorialnej, które ówczesny Obszar Koordynacji Terytorialnej i Publicznej Współpracy Społecznej Rady Miasta Madrytu opublikował w 2016 r., wszystkie one posiadają wskaźniki pomiędzy 4 a 5, wymagające przywrócenia równowagi.
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Projekt "El Barrio Más Joven" jest realizowany przez Federación Regional de Asociaciones Vecinales de Madrid, Injucam, Scouts de Madrid-Movimiento Scout Católico i Exploradores de Madrid na mocy porozumienia z Radą Miasta Madryt.

8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe, pozwalające na zmianę struktury społecznej, która wspiera uzależnienia?
Projekt działa z perspektywy przekrojowej, ponieważ stara się zająć profilaktyką uzależnień poprzez narzędzie promowania uczestnictwa. Z tego powodu obszary pracy obejmują zarówno sztukę i muzykę, jak i sport, a także kwestie środowiskowe i feministyczne oraz te związane z różnymi procesami społecznymi, takimi jak wspólnotowe stacje radiowe czy stowarzyszenia sąsiedzkie. Ponadto, niektóre z zasad metodologicznych projektu opierają się na: • Podejście oparte na prawach i wartościach. • Praca w sieci. • Praca na ulicy. • Równość. • Podejście protagonisty. • Zintegrowana wiedza. • Zdolność do adaptacji.

9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? - **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka** - **Redukcja obrażeń**
Zapobieganie ryzykownym sytuacjom związanym z uzależnieniami wśród nastolatków i młodzieży poprzez promowanie uczestnictwa, stowarzyszeń, organizacji i samozarządzania wśród młodych ludzi w dzielnicach Madrytu, w których prowadzimy działania.

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?

- **Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami**
- **Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania**
- **Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone**
- **Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia**
- **Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**

Projekt odpowiada na powyższe kryteria, ponieważ jest ukierunkowany na profilaktykę uzależnień oraz zachowań uzależniających i ryzykownych, co ma wpływ na zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami. W ramach projektu opracowano również cykl szkoleń, których celem jest dostarczenie rodzinom i specjalistom pracującym z młodzieżą szeregu narzędzi do wykrywania i zwalczania patologii związanych z zaburzeniami nałogowymi, które zapobiegają progresji w kierunku nadużywania i uzależnienia. Ponadto dostarcza młodym ludziom narzędzi do samokontroli i organizacji w oparciu o ich rzeczywiste potrzeby i wymagania, co również ma wpływ na zapobieganie i zmniejszanie ryzyka oraz na unikanie rozwoju w kierunku nadużywania i uzależnienia. W ramach programu poszukuje się również alternatywnych sposobów spędzania czasu wolnego i nawyków zdrowego stylu życia dla młodych ludzi, co powoduje większe zainteresowanie młodzieży innymi aspektami, które nie są związane z przyciąganiem do narkotyków i ich zażywaniem.

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

W ciągu dwóch lat trwania projektu wskaźniki zostały osiągnięte prawie w całości, co świadczy o sukcesie projektu. Wyniki te pokazują, jak projekt rozwinął się w kluczu innowacji, umożliwiając zbudowanie czegoś, co można by nazwać "szkołą obywatelstwa" dla młodych ludzi. Udało się stworzyć przestrzeń, w której młodzi ludzie stali się protagonistami jako twórcy kultury, jako dynamizatorzy tkanki stowarzyszeniowej, promotorzy sportu, kierownicy zdrowych form spędzania wolnego czasu, agenci prewencji w terenie i aktywiści rozwoju społeczności.

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?

- Uczestnictwo: łącznie 4.708 młodych ludzi, z których 1.835 uczestniczyło bezpośrednio, a 2.873 uczestniczyło pośrednio poprzez działania wspólnotowe, takie jak festiwale, karnawały i inne wydarzenia otwarte dla dzielnic, w których "El Barrio más Joven" uczestniczyło wraz z innymi podmiotami i przestrzeniami sieciowymi.

- Wzmocnienie stowarzyszeń: projekt ten przyczynił się do rozwoju procesów samoorganizacji i wzmocnienia istniejących grup i stowarzyszeń. Konkretnie, na tym etapie projektu, całkowita liczba utworzonych grup wynosiła 23, a całkowita liczba nieformalnych grup/podmiotów/sieci utworzonych przy wsparciu "El Barrio más Joven" wynosiła 14.

- Wizualizacja przykładów współistnienia i dobrych praktyk "Młodszego Sąsiedztwa": Poprzez inicjatywy upowszechniania i komunikacji, populacja młodzieży została uświadomiona o projekcie. Do tego momentu w projekcie udało się stworzyć media i kanały, które zostały rozwinięte w kolejnych punktach: Instagram, Facebook i Twitter, za pomocą których można było dzielić się z młodzieżą różnymi zasobami, które mogłyby być dla niej interesujące, a także inicjatywami kulturalnymi, sportowymi, rekreacyjnymi, artystycznymi i społecznymi.
W tej fazie ustanowiono również bezpośrednie kanały z Radami Miejskimi każdej dzielnicy i ustalono, że celem dwukierunkowym będzie rozpowszechnianie w sieciach działań prowadzonych w dzielnicy poprzez oficjalne kanały rozpowszechniania każdej Rady oraz, że same Rady będą rozpowszechniać w swoich sieciach działania prowadzone przez "El Barrio más Joven" w każdej dzielnicy.
Do tego momentu uzyskano darmową reklamę w lokalnym magazynie dzielnicy Amposta oraz przeprowadzono wywiad w programie Onda Cero z więcej niż jedną z grup, z którymi "El Barrio más Joven" pracowało w Ventilli. Liczba wystąpień "El Barrio más Joven" w mediach

wynosi 16, liczba sesji szkoleniowych, prezentacji i wykładów wynosi 10, a liczba przedstawień, imprez, reprezentacji i wystaw wynosi 26.

- Płeć: całkowita liczba kobiet, którym udzielono pomocy wynosi 975 z 1835 osób, dlatego też za duże osiągnięcie uznaje się pracę wykonaną w oparciu o podejście genderowe, która zaowocowała zwiększonym udziałem młodych kobiet w ich dzielnicach.

13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?

dla nich podstawowym elementem. Niezbędne jest stworzenie pozytywnych odniesień, aby podkreślić znaczenie projektu. Odbyły się 32 wystąpienia "Najmłodszego Sąsiedztwa" w mediach, 18 sesji szkoleniowych, prezentacji i wykładów prowadzonych przez "Najmłodsze Sąsiedztwo" oraz 40 spektakli, imprez, przedstawień i wystaw prowadzonych przez "Najmłodsze Sąsiedztwo".

- Płeć: Udział kobiet w przestrzeniach stowarzyszeniowych jest niższy niż udział mężczyzn w Madrycie, dlatego należy podkreślić wysiłek włożony w projekt, aby położyć kres tej nierówności i pozytywnym rezultatom uzyskanym zgodnie z danymi liczbowymi: całkowita liczba kobiet, którym udzielono pomocy: 1 676, 52,3% z 3 207 osób, którym udzielono pomocy w rozwoju projektu, co oznacza 100% całkowitej liczby osób, którym udzielono pomocy.

14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione

Dotarcie do większej grupy młodych ludzi i rozwinięcie większej liczby działań i aktywności w celu promowania świadomości większej liczby istniejących zasobów w dzielnicach i osiedlach, przybliżenie przestrzeni dla uczestnictwa obywatelskiego i w ten sposób zachęcanie zarówno do uczestnictwa, jak i do rozwoju tkanki stowarzyszeniowej, co wymaga długich cykli czasowych i wystarczających środków, aby kontynuować konsolidację osiągniętych celów i osiągać nowe cele.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
Sprzedaż Hoy?
2. Temporalización
Projekt jest realizowany w weekendy i rozwija zaplanowane corocznie konkretne Projekt jest realizowany w weekendy, z konkretnymi interwencjami planowanymi corocznie w piątkowe i sobotnie wieczory między 19:45 a 01:15. Interwencje odbywały się w dwóch fazach lub przedziałach czasowych: • Pierwsza faza: Od 19:45h do 22:30h. Zorientowany zasadniczo na grupę młodzieży w wieku od 15 do 17 lat. • Druga faza: Od 22:30h do 01:15h. Z zamiarem dotarcia do starszej grupy wiekowej, od 18 do 30 lat.
3. Charakterystyka grupy docelowej
Młodzież i młodzi ludzie w wieku 15-30 lat w lokalach nocnych.
4. Cele projektu
Ogólnym celem projektu jest zapobieganie zażywaniu narkotyków wśród nastolatków i młodzieży, promowanie odpowiedzialnego zażywania narkotyków oraz podnoszenie świadomości na temat zagrożeń związanych z zażywaniem narkotyków. Cele szczegółowe projektu to: • Skłonić ludzi do myślenia lub refleksji nad konsumpcją, skutkami i zagrożeniami z niej wynikającymi, • Próbuje podnieść świadomość. • Promowanie odpowiedzialnego podejmowania decyzji i planowania konsumpcji.
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie

Substancje uzależniające i zmniejszanie ryzyka związanego z ich używaniem (niebezpieczny seks, jazda pod wpływem alkoholu).
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Sales Hoy? ma na celu zaoferowanie modulowanej interwencji, w której, w zależności od potrzeb użytkownika, interwencja ma mniejszą lub większą głębokość. Dlatego przed rozpoczęciem procesu interwencji przeprowadza się rozmowę motywacyjną, która ma na celu skłonienie osoby do refleksji nad swoją konsumpcją. Stosowany jest styl komunikacyjny oparty na pytaniach otwartych, refleksyjnym słuchaniu i wydobywaniu myśli motywacyjnych. Po przeprowadzeniu ankiety motywacyjnej uczestnicy, zarówno bezpośredni jak i pośredni, otrzymują karty informacyjne o używanej przez siebie substancji. Przeprowadzane są również kwestionariusze audytowe/asystenckie, skierowane do osób, które po udziale w ankiecie motywacyjnej chcą dokładniej poznać poziom ryzyka, w jakim znajduje się ich konsumpcja alkoholu lub innych substancji. Jeżeli podczas jakichkolwiek działań związanych z programem u osób o pozytywnym nastawieniu do zmiany zostanie wykryte ryzykowne spożycie, zostaną one skierowane do innych źródeł, które mogą być przydatne lub konieczne do rozwiązania konkretnego problemu (CTD, CAD lub CAID, służby zajmujące się analizą substancji itp.)
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Nie, tylko Hiszpański Czerwony Krzyż (Wspólnota Madrytu)
8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?
Młodzieżowy Czerwony Krzyż we Wspólnocie Madrytu od 2007 roku angażuje się w działania prewencyjne w miejscach nocnych, skierowane do młodzieży i nastolatków, opierając się na założeniu "bycia coraz bliżej ludzi", zobowiązując się do opuszczenia ośrodków i

uelastyczniając swoje interwencje, aby zbliżyć środki do ludzi i stać się częścią ich środowiska.

Istnieje dychotomia między programami nieinterwencyjnymi, które ograniczają się do dostarczania informacji użytkownikowi (bez prób bezpośredniej zmiany wzorców), a programami interwencjonistycznymi, które uważają się za uprawnione do interweniowania za wszelką cenę (bez modulowania lub dostosowywania oferowanego przekazu do profilu lub potrzeb użytkownika). Sales Hoy? chce zaoferować interwencję modulowaną, w zależności od zapotrzebowania użytkownika, interwencja ma większą lub mniejszą głębokość.

Dlatego też interwencja opiera się na potrzebach samej osoby, zapewniając w każdym przypadku odpowiednie środki. Fakt ten decyduje o tym, że wzorce konsumpcji mogą być bezpośrednio zmieniane i że są one dostosowane do każdej osoby, co skutkuje lepszym zapobieganiem i zmniejszeniem ryzyka związanego z konsumpcją substancji.

9. **Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań?**
   - **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka:**

"Sales Hoy?" to projekt zapobiegania zażywaniu narkotyków i ograniczania ryzyka, realizowany w nocnych lokalach Madrytu. Projekt ma na celu jednoczesne działanie na dwóch płaszczyznach: z jednej strony, w sensie prewencyjnym, z młodymi ludźmi, którzy nie mieli kontaktu z narkotykami, a z drugiej strony, z tymi, którzy je spożywają, próbując zmniejszyć ryzyko związane z alkoholem lub innymi substancjami, sprzyjając pozytywnym postawom wobec zmian i refleksji oraz zachęcając do samodzielnego i krytycznego podejmowania decyzji.

10. **Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?**

    - Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami
    - Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania
    - Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone
    - Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia
    - Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami

Cele programu Sales Hoy? są związane z zaleceniami różnych autorów lub modeli, takimi jak opóźnianie wieku rozpoczęcia używania narkotyków, ograniczanie liczby i rodzaju używanych

substancji, unikanie przechodzenia od testowania substancji do nadużywania i uzależnienia, czy zmniejszanie negatywnych konsekwencji używania narkotyków u osób regularnie je zażywających.

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

Osiągnięto znaczny spadek używania zarówno alkoholu, jak i konopi indyjskich, deklarowanego przez respondentów. W pytaniach dotyczących opinii na temat alkoholu i narkotyków w niektórych pytaniach nastąpiły niewielkie zmiany, które wydają się odzwierciedlać szereg zmian w postawach wobec alkoholu i narkotyków w kierunku proprofilaktycznym.

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?

Wpływ wynikający z porównania pomiaru 1 i pomiaru 3:

- Zmiana. Istnieją pewne wskaźniki zmian:

- W grupie M1 jest o 15% mniej osób, które zgadzają się ze stwierdzeniem "Są rzeczy dużo bardziej ryzykowne niż używanie marihuany".
- W stwierdzeniu "Używam 4 lub 5 piw prawie codziennie" w M1 jest większa świadomość dużego ryzyka.

- Planowanie/podejmowanie decyzji:

- O 18,5% więcej w porównaniu z M3 myśli o zaprzestaniu regularnego zażywania narkotyków.

nałogowe zażywanie narkotyków.

- 19% osób myśli o zrobieniu czegoś ze swoim zażywaniem narkotyków,

w szczególności:

- 20% nie mieszać substancji.
- 20% twierdzi, że zamierza wykorzystać to, co pierwotnie zamierzało wykorzystać.
- 15% szuka alternatywy dla zażywania narkotyków.

- Odbij:

- 9% więcej osób w M1 obawia się, że narkotyki wpłyną na ich zdrowie.
- 8% więcej przypadków M1 wstydziło się, że kiedykolwiek piło.

Wpływ wynikający z porównania pomiaru 1 i pomiaru 2:

- Zmiana. Istnieją pewne wskaźniki zmian:

- Zmniejszenie używania alkoholu i konopi indyjskich w ciągu tygodnia (0,6 i 0,9 dnia) i miesiąca (3,5 dnia).
-Większe postrzeganie ryzyka związanego z alkoholem i konopiami indyjskimi (18% i 14%).

- Odbij:

Młodzi ludzie są mniej pewni swojej postawy wobec narkotyków (od 12% do 27%).
-Wzrost liczby wątpliwości.

13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?

Po przeprowadzeniu ewaluacji procesu, oceniającej działania, uczestników, szkolenia dla zaangażowanego personelu (wolontariuszy), jakość realizacji programu poprzez grupy kontrolne oraz zadowolenie uczestników, stwierdzono, że akceptacja projektu i zadowolenie uczestników sugerują wysoki stopień satysfakcji. Podobnie, utrzymanie projektu na przestrzeni lat i jego rozszerzenie na kilka gmin we Wspólnocie Madrytu świadczy o dobrym zarządzaniu projektem, a także o jego wysokiej żywotności i trwałości.

Ponadto w niniejszej ocenie opisano znaczny spadek używania alkoholu i konopi indyjskich, deklarowany przez respondentów. W pytaniach dotyczących opinii na temat alkoholu i narkotyków w niektórych pytaniach nastąpiły niewielkie zmiany, które wydają się odzwierciedlać szereg zmian w postawach wobec alkoholu i narkotyków w kierunku proprofilaktycznym.

14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione

Interwencja zawiera pewną dwuznaczność, ponieważ obejmuje zarówno użytkowników, jak i osoby nieużywające narkotyków, bardzo młodych ludzi i dorosłych.

Organizatorzy odwołują się jednocześnie do profilaktyki uniwersalnej i selektywnej. Materiały i niektóre elementy projektu, które wydają się rozsądne do wykorzystania w pracy z użytkownikami, mogą mieć negatywny wpływ na osoby nieużywające narkotyków, jeśli będą przekazywać przesłanie, że używanie jest czymś normalnym. Innymi słowy, zaleca się bardziej precyzyjne określenie populacji docelowej, koncentrując się na konsumentach. Treści programowe odpowiednie dla młodych, ryzykownych użytkowników mogą mieć negatywne skutki dla osób niebędących użytkownikami.

Instrumenty gromadzenia danych w ocenie wyników nie dostarczają dowodów ważności.

Nie ma danych z grupy kontrolnej lub referencyjnej, z którymi można by porównać wyniki uzyskane przez grupę interwencyjną.

Trudno jest nadać ocenie wiarygodność, biorąc pod uwagę selekcję, nieobecność, przypominanie sobie i inne obecne uprzedzenia. Wyniki mogą być rezultatem dojrzewania, historii, prostej zmiany kontekstowej w zbieraniu danych przed i po, lub chęci zadowolenia ankietera.

Populacja docelowa nie jest jasno określona: w rzeczywistości przekłada się ona na szerokie spektrum użytkowników:

- Uprzedzenia.
- Wybór populacji najbardziej zagrożonej i nie-młodzieżowej.
- Miejsce pochodzenia populacji docelowej, z nadmierną obecnością niektórych dzielnic i brakiem innych.

Zaleca się przeprowadzenie bardziej ambitnej oceny przydatności programu, obejmującej:

-Użycie zatwierdzonych instrumentów.

-Ocena wyników z grupą porównawczą lub kontrolną, aby ocenić efekt programu bez uprzedzeń związanych z wyborem, historią, dojrzewaniem lub pamięcią.

-ocena oparta na projekcie quasi-eksperymentalnym, z dłuższym okresem obserwacji.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
"Mani Festa Saúde"
2. Temporalizatión
Składa się z 10 sesji stosowanych w trzech odrębnych fazach: informowanie, szkolenie umiejętności i utrzymanie. Na poziomie wskaźników oceny rezultatów, obejmuje on baterię składającą się z 5 kwestionariuszy wypełnianych samodzielnie przed i po teście.
3. Charakterystyka grupy docelowej
Jest to program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji, skierowany do młodzieży w wieku od 12 do 14 lat (profilaktyka uniwersalna), która nie zaczęła jeszcze pić, lub której spożycie jest jeszcze w początkowej fazie (profilaktyka pierwszorzędowa).
4. Cele projektu
Realizuje ona dwa cele: - opóźnienie wieku rozpoczęcia spożywania alkoholu - ograniczenie nadużywania alkoholu i innych środków odurzających.
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Nadużywanie alkoholu i innych substancji.
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Nie bardzo. Jednak na poziomie wskaźników oceny rezultatów zawiera baterię składającą się z 5 pre-testów i post-testów, wypełnianych samodzielnie kwestionariuszy.
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Program jest stosowany w środowisku szkolnym i jest realizowany pod nadzorem Portugalskiego Zakonu Psychologów.

8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?
Projekt oparty jest na Społecznej Teorii Uczenia się (Bandura) i Teorii Racjonalnego Działania (Fishbein, Ajzen). Program jest realizowany w środowisku szkolnym i koncentruje się na treściach i umiejętnościach bezpośrednio związanych z narkomanią, dlatego może być włączony do szczegółowych programów profilaktycznych.
9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? - **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka** - **Redukcja obrażeń**
Profilaktyka i redukcja ryzyka: Jest to program profilaktyki nadużywania alkoholu i innych substancji skierowany do młodzieży w wieku od 12 do 14 lat (profilaktyka uniwersalna), która nie zaczęła jeszcze pić, lub której spożycie jest jeszcze na wczesnym etapie (profilaktyka pierwszorzędowa).

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?

- Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami

- Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania

- Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone

- Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia

- Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami

- Opóźnianie wieku rozpoczęcia spożywania alkoholu.
- Ograniczenie nadużywania alkoholu i innych środków odurzających.

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

Tak

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?

Poziom wiedzy:

- Poznaj skutki działania narkotyków w krótkim i długim okresie czasu;
  Naucz się rozróżniać używanie i nadużywanie narkotyków w oparciu o reperkusje zdrowotne;
- Przeanalizuj motywacje, które skłaniają młodzież do spożywania alkoholu i narkotyków;
- Znajomość czynników ryzyka związanych z nadużywaniem alkoholu i innych narkotyków;
- Zmiana postrzegania powszechności spożywania alkoholu i innych narkotyków przez młodzież;
- Zidentyfikuj formy presji społecznej dotyczącej spożywania alkoholu i innych legalnych środków odurzających;
- Naucz się rozpoznawać formy nacisku społecznego i strategie reklamy perswazyjnej;
- Zidentyfikuj cechy charakterystyczne dla zachowań asertywnych;
- - Rozróżnia zachowania (asertywne, pasywne i agresywne).

13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?

- Poprawa umiejętności społecznych uczestników;
- Rozwijanie umiejętności nawiązywania relacji z innymi bez uciekania się do zażywania substancji psychoaktywnych;
- Naucz się aktywnie słuchać, rozmawiać i wyrażać opinie.
- Nabycie / doskonalenie umiejętności przeciwstawiania się presji rówieśników, szczególnie w sytuacjach związanych z używaniem narkotyków itp.

14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione

Część projektu poświęcona rozpowszechnianiu może zostać ulepszona, aby osiągnąć komplementarność z innymi inicjatywami, mianowicie w szkołach i w społeczności.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEZNIEN

1. Nazwa projektu
"MySelf and Others"
2. Temporalizatión
Program oparty jest na eksploracji interaktywnych narracji, czyli historii, w których uczestnicy podejmują decyzje, wpływając na rozwój fabuły. Dostępnych jest dziewięć narracji, a dla każdej z nich standardowy program przewiduje co najmniej 7 sesji na jej eksplorację. Każda sesja powinna trwać około jednej godziny.
3. Charakterystyka grupy docelowej
MySelf and Others" to program profilaktyki uniwersalnej problemów związanych z zachowaniami dyktycznymi i uzależnieniami, skierowany do młodzieży w wieku od 12 do 18 lat.
4. Cele projektu
Główne cele to: - Wspieranie grupowej refleksji nad problemami rozwojowymi związanymi z okresem dojrzewania. - Stworzenie dynamiki grupy, która generuje rozwój osobisty i społeczny. - Wspieranie procesów decyzyjnych, konfrontacji w grupie i poszukiwania informacji.
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
. Tytoń, alkohol, anorektyki, sterydy anaboliczne, marihuana, heroina, kokaina, ecstasy i halucynogeny zostały omówione w kontekście substancji psychoaktywnych, ram prawnych dotyczących substancji oraz sieci reagowania na problemy związane z substancjami. Jeśli chodzi o tematy związane z dorastaniem, treści dotyczą relacji międzypokoleniowych, zachowań żywieniowych, uzależnienia od sieci, przyjaźni, homofobii, kultur młodzieżowych (stereotypów), zastraszania, lojalności rodzinnej, wykorzystywania pracy dzieci, seksualności i złego traktowania w czasie randek, kontekstów rekreacyjnych i wsparcia grupy przyjaciół, środowiska i przyszłości, obywatelstwa i osób niepełnosprawnych.
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Mniej więcej. Program opiera się na eksploracji interaktywnych narracji, czyli historii, w których uczestnicy podejmują decyzje, wpływając tym samym na rozwój fabuły.
Stworzono 9 postaci, które przedstawiają stereotypy kultur młodzieżowych lub ról społecznych. Prowadzona jest praca mająca na celu zbadanie identyfikacji uczestników z różnymi postaciami. Eksploracja narracji może obejmować poszukiwanie informacji, badanie sieci odpowiedzi w poruszanych obszarach tematycznych i eksperymentowanie z dynamiką grupy.
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Usługi interwencyjne w zakresie zachowań nałogowych i uzależnień" w Portugalii.
8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe, pozwalające na zmianę struktury społecznej, która wspiera uzależnienia?
Tak. Program opiera się na eksploracji interaktywnych narracji, czyli takich, w których uczestnicy podejmują decyzje, wpływając tym samym na rozwój fabuły. Stworzono 9 postaci, które przedstawiają stereotypy kultur młodzieżowych lub ról społecznych. Praca jest prowadzona w celu zbadania identyfikacji uczestników z poszczególnymi postaciami. Opiera się na 9 historiach zorganizowanych w paragrafy, na końcu których gracze, wcielając się w rolę głównego bohatera, stają przed kilkoma opcjami, z których mogą wybrać tylko jedną.

9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? - **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka** - **Redukcja obrażeń**
"MySelf and Others" to program profilaktyki uniwersalnej dotyczący problemów związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych.
10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi? **- Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami** **- Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania** **- Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone** **- Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia** **- Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**
W tym programie substancje są traktowane w sposób zintegrowany z innymi tematami związanymi z codziennym życiem nastolatków. Tak więc, zwiększenie wiedzy na temat zdrowia nie tylko na temat centralny, ale na wszystkich, którzy pojawiają się w trakcie historii.
11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?
Program posiada protokół ewaluacyjny, który obejmuje stosowanie kwestionariuszy przed i po interwencji. Instrument oceny przeszedł adaptacje ewoluując od umiejętności życiowych do obecnie integrujących wiedzę, postawy i oczekiwania wobec konsumpcji substancji psychoaktywnych. Wyniki uległy znacznej poprawie w stosunku do lat poprzednich, a czynnikami, które uległy znacznej zmianie są: Kompetencje Społeczne, Elastyczność Intelektualna, Przywództwo w Grupie, Kontrola Emocjonalna i Proaktywność.
12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?
Korzyści z realizacji projektu "Ja i inni" dla uczniów to: - Pracuj nad umiejętnością podejmowania decyzji. - Wzmocnienie relacji między partnerami. - Zwiększenie zaangażowania, dynamizmu i uczestnictwa w rozwoju szkolenia. - Znajomość i stosowanie różnych dynamicznych i interaktywnych podejść. - Zwiększaj wiedzę na temat zdrowia nie tylko w odniesieniu do głównego tematu, ale do każdego, kto pojawia się w historii.
13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?
Wyniki uległy znacznej poprawie w stosunku do lat ubiegłych, przy czym istotną zmianą są czynniki: Kompetencje Społeczne, Elastyczność Intelektualna, Przywództwo w Grupie, Kontrola Emocjonalna i Proaktywność.
14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione
Program ten był szeroko testowany i stosowany w Portugalii, a jego wyniki wskazują na skuteczność w profilaktyce uniwersalnej wśród nastolatków. Nie ma więc żadnych propozycji ulepszeń.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
Program Ryzyko i Wyzwania
2. Temporalizatión
Program Risks & Challenges to kompleksowy, przekrojowy i współuczestniczący program profilaktyki zachowań nałogowych i uzależnień, składający się z zestawu 8 cotygodniowych dwugodzinnych sesji. Program miał charakter eksperymentalny i zawierał pomiary przed, po i po zakończeniu zajęć (6 miesięcy).
3. Charakterystyka grupy docelowej
Młodzież i młodzi dorośli. Jest on skierowany w szczególności do studentów pierwszego roku studiów wyższych.
4. Cele projektu
Ogólnym celem programu jest zapobieganie zachowaniom nałogowym i uzależnieniom poprzez redukcję czynników ryzyka i promowanie czynników ochronnych oraz przyjęcie zdrowego stylu życia.
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Alkohol, tytoń i konopie indyjskie
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Nie do końca. Jednakże, na poziomie wskaźników oceny wyników, obejmuje ona projekt eksperymentalny, z pomiarem przed, po i po teście oraz pomiarem kontrolnym.
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Program jest stosowany w środowisku uniwersyteckim i jest realizowany pod nadzorem Portugalskiego Zakonu Psychologów.

8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe, pozwalające na zmianę struktury społecznej, która wspiera uzależnienia?
Program wpisuje się w psychospołeczne programy rozwoju umiejętności życiowych i łączy trening ogólnych umiejętności osobistych i społecznych z treningiem umiejętności odpornościowych, zakładając, że promowanie tych umiejętności u młodych ludzi zmniejszy ich motywację do zachowań uzależniających i zaangażowania w działania dewiacyjne.
9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? - **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka** - **Redukcja obrażeń**
Zapobieganie i ograniczanie ryzyka

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi? **- Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami** **- Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania** **- Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone** **- Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia** **- Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**
Wszystkie kryteria. Program łączy trening ogólnych umiejętności osobistych i społecznych z treningiem umiejętności odpornościowych, zakładając, że poprzez promowanie tych umiejętności u młodych ludzi zmniejszy się ich motywacja do zachowań uzależniających i zaangażowanie w działania dewiacyjne. Obejmuje on wiele komponentów, takich jak między innymi: informacja, podejmowanie decyzji, konsolidacja tożsamości, umiejętności komunikacyjne, rozwój autonomii i pozytywnych relacji interpersonalnych, regulacja emocjonalna.
11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?
Tak.
12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?
- Ułatwianie studentom adaptacji i sukcesu w kontekście uniwersyteckim; - Promowanie budowy sieci wsparcia społecznego wśród uczniów; - Zmniejszenie liczby osób porzucających naukę w pierwszym roku uczęszczania na studia;
- Zmniejszenie rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży oraz opóźnienie wieku pierwszego użycia; - Unikanie przejścia od eksperymentowania z substancjami do nadużywania i uzależnienia; - Ograniczenie liczby i rodzaju stosowanych substancji; - Podniesienie poziomu informacji/świadomości na temat alkoholu i zagrożeń związanych z jego spożywaniem; - Zmniejszenie negatywnych skutków konsumpcji dla osób, które używają narkotyków lub mają problemy z ich nadużywaniem lub uzależnieniem od nich.
13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?
- Rozwijanie umiejętności osobistych i interpersonalnych; - Promowanie zachowań ochronnych i zapobieganie zachowaniom zagrażającym zdrowiu; - Promowanie konsolidacji tożsamości; - Edukacja osób, aby były w stanie utrzymywać dojrzałe i odpowiedzialne relacje z substancjami psychoaktywnymi.
14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione
Część projektu poświęcona upowszechnianiu może zostać ulepszona w celu osiągnięcia komplementarności z innymi inicjatywami, mianowicie na uniwersytetach i w społeczności.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
Audyt Saptamana - Krajowy Tydzień Testów na Spożycie Alkoholu we Własnym Domu
2. Temporalizatión
5-11 lipca 2021 r. Projekt ten jest rozwijany w każdym roku.
3. Charakterystyka grupy docelowej
Ogólna liczba ludności Rumunii, bez ograniczeń wiekowych
4. Cele projektu
W 2019 roku Alliance for the Fight Against Alcoholism and Drug Addiction (ALIAT) - najstarsza organizacja pozarządowa działająca w obszarze uzależnień, wraz z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego (INSP), głównym partnerem wydarzenia, rozpoczęła pierwszą kampanię osobistego testowania alkoholu wśród Rumunów: 5 czerwca - Narodowy Dzień Testowania Osobistego Spożycia Alkoholu. Z tej okazji, podczas ogólnokrajowego wydarzenia, zachęcaliśmy jak największą liczbę Rumunów do przyjścia do centrów testowych, gdzie mogli ocenić swój poziom spożycia alkoholu poprzez wykonanie testu AUDIT.
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Uzależnienie od alkoholu
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Test AUDIT jest naukowym narzędziem do oceny indywidualnego spożycia alkoholu, opracowanym i zwalidowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), stosowanym już w ponad 190 krajach, najbardziej wiarygodnym narzędziem do wczesnego diagnozowania ryzykownego spożycia alkoholu. W ciągu zaledwie 5 minut, odpowiadając na 10 pytań, możesz ocenić własne spożycie alkoholu. W tym roku zapraszamy do wykonania Testu AUDIT na stronie www.saptamanaaudit.ro, ONLINE, przez 7 dni (5-11 lipca 2021 r.), w ramach wydarzenia "Ogólnopolski Tydzień Testowania Osobistego Spożycia Alkoholu".
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Zespół specjalistów i wolontariuszy ALIAT będzie dostępny online, aby zapewnić pomoc w zastosowaniu Testu AUDIT oraz porady dla tych, którzy o to poproszą, poprzez Chat Box na stronie głównej. Osoby, które po wypełnieniu kwestionariusza online dowiedzą się, że spożywają alkohol w sposób ryzykowny, będą mogły w przyszłości uniknąć problemów zdrowotnych związanych ze szkodliwym spożywaniem alkoholu, dzięki niezbędnym poradom, z których będą mogły skorzystać.

8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?

Tak

9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań?

- **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka**
- **Redukcja obrażeń**

Zapobieganie: Wypełnienie kwestionariusza jest poufne i anonimowe. Jedynie zebrane i przeanalizowane dane pomogą specjalistom ALIAT i INSP lepiej zrozumieć na poziomie krajowym zjawisko problemowego spożywania alkoholu oraz opracować w przyszłości skuteczne programy profilaktyczne.

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?

- Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami
- Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania
- Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone
- Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia
- Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami

Nie dotyczy

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

Wyniki z imprezy w 2019 r:

Wnioski:

- ryzyko wystąpienia problemów z nadużywaniem alkoholu jest 5-6 razy większe u mężczyzn niż u kobiet.
- 1 na 7 mężczyzn zalicza się do grupy osób spożywających alkohol w sposób szkodliwy lub bardzo szkodliwy.
- Ryzykowne spożywanie alkoholu dotyczy 25% mężczyzn.
- niższy poziom wykształcenia, zamieszkiwanie na wsi oraz wiek pomiędzy 40 a 70 rokiem życia zwiększają ryzyko szkodliwego i bardzo szkodliwego spożywania alkoholu, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

Wyniki:

- 15% respondentów twierdzi, że nigdy nie pije alkoholu, a 25% pije przynajmniej 2-3 razy w tygodniu.
- 10% kobiet i 35% mężczyzn pije alkohol kilka razy w tygodniu.
- 15% ma ryzykowną konsumpcję, 3% ma szkodliwą konsumpcję, a 5% ma skrajnie szkodliwą konsumpcję.
- Ryzyko szkodliwego lub skrajnie szkodliwego spożycia jest znacznie wyższe w przypadku mężczyzn niż kobiet: 13% w przypadku mężczyzn w porównaniu z 2,2% w przypadku kobiet.
- Ryzyko szkodliwego lub skrajnie szkodliwego spożycia wśród mężczyzn nieznacznie wzrasta wraz z wiekiem, osiągając maksimum u osób w wieku 50-70 lat - ok. 16% ma szkodliwe lub skrajnie szkodliwe spożycie.
- Ryzyko szkodliwej lub bardzo szkodliwej konsumpcji wśród mężczyzn różni się istotnie w zależności od poziomu wykształcenia - 23% osób bez wykształcenia średniego ma szkodliwą lub bardzo szkodliwą konsumpcję.
- Mężczyźni mieszkający na wsi są bardziej narażeni na nadużywanie alkoholu, około 19% z nich spożywa go w sposób szkodliwy lub bardzo szkodliwy.
- W przypadku mężczyzn wyraźne ryzyko szkodliwego spożywania alkoholu występuje wśród osób rozwiedzionych - ponad 30% z nich popada w szkodliwe lub skrajnie szkodliwe spożywanie alkoholu. Najniższe ryzyko występuje u osób pozostających w związku małżeńskim.

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?
Ponad 14 400 osób wypełniło ten kwestionariusz w ponad 200 ośrodkach w całym kraju, z pomocą blisko 600 wolontariuszy. Dowiedzieli się, w jakiej kategorii ryzyka się znajdują, co oznacza zbyt duże lub szkodliwe dla zdrowia spożycie oraz jak o nie dbać.
13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?
Wyniki są publikowane i mogą stanowić podstawę dla przyszłych projektów dotyczących zapobiegania i interwencji w zakresie uzależnień wśród młodzieży. Prowadzimy również badania podłużne dotyczące występowania alkoholizmu i jego ewolucji w czasie. W ten sposób możemy analizować różne czynniki, nad którymi możemy pracować w przyszłych projektach.
14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione
Część dotycząca rozpowszechniania powinna zostać ulepszona, tak aby była dostępna dla większej liczby osób.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
Projekty i działania Krajowej Agencji Antynarkotykowej (Rumunia) w latach 2019-2020
2. Temporalizatión
Agencja Narodowa ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest główną instytucją publiczną odpowiedzialną za zapobieganie i interwencję w dziedzinie uzależnień, głównie od alkoholu, narkotyków i narkotyków, ale opracowuje projekty i kampanie dotyczące wszystkich uzależnień, w każdym roku, na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym.
3. Charakterystyka grupy docelowej
Przeciwdziałania Narkomanii jest cała populacja rumuńska, ale prowadzi ona głównie kampanie w szkołach, liceach i we współpracy z różnymi agencjami na poziomie krajowym i międzynarodowym. Działania, na których skupimy się podczas tej ewaluacji będą dotyczyły dzieci i nastolatków (młodzieży).
4. Cele projektu
Z tego punktu widzenia wysiłki instytucjonalne urzeczywistniły się zarówno w zakresie koordynacji, oceny i monitorowania na szczeblu krajowym polityki w dziedzinie zapobiegania nielegalnemu handlowi narkotykami i ich zażywaniu oraz zwalczania tych zjawisk, jak i w zakresie opracowywania, promowania i wdrażania, w sposób jednolity, zintegrowanego i ciągłego reagowania na popyt na narkotyki i ograniczania ich podaży. **We wspólnocie:** • Promowanie udziału społeczności lokalnej w rozwijaniu umiejętności społecznych i postaw prospołecznych. • Ułatwianie dostępu do zdrowych alternatyw spędzania czasu wolnego, w tym takich, które pozwalają na odpowiednie ukierunkowanie poszukiwania nowych doznań, w celu zwiększenia zadowolenia z czasu wolnego. • Ułatwianie nawiązywania różnorodnych stosunków międzyludzkich wokół interesujących działań niezwiązanych z narkotykami w celu zmniejszenia społecznej presji na konsumpcję, zwłaszcza presji rówieśników, oraz zachęcanie do tworzenia subiektywnych zasad przeciwdziałania narkomanii

W środowisku rodzinnym:

- Rozwijanie odpowiednich stylów wychowawczych w rodzinie jako sposób na poprawę samokontroli i umiejętności podejmowania decyzji.
- Rozwój indywidualnych umiejętności nawiązywania relacji społecznych, zwłaszcza z rówieśnikami;
- Stworzenie wartościowego klimatu rodzinnego i wsparcia emocjonalno-afektywnego jako podstawy do podniesienia poczucia własnej wartości;
- Ułatwianie wspólnego uczestnictwa rodziców i dzieci w różnych formach spędzania czasu wolnego;
- Kształtowanie zdrowych nawyków zachęcających do ustanowienia zasad przeciwdziałania narkomanii.
- Rozwój solidnego systemu normatywnego i systemu wartości.

W środowisku szkolnym:

- Podniesienie poczucia własnej wartości;
- Rozwijanie empatii, jako podstawy rozwoju afektywnego, umiejętności interpersonalnych i postaw prospołecznych;
- Zwiększenie zdolności do emocjonalnego wyrażania siebie;
- Poprawa samokontroli;
- Rozwój zachowań sprzyjających zdrowemu trybowi życia;
- Rozwijanie umiejętności podejmowania decyzji;
- Rozwój umiejętności interpersonalnych;
- Poprawa samoafirmacji.

5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie

Celem projektu jest zapobieganie i interwencja we wszystkich rodzajach uzależnień, ale w szczególności od narkotyków, alkoholu i papierosów.

6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić

Tak, Krajowa Agencja ds. Przeciwdziałania Narkomanii posiada krajowe i międzynarodowe badania, na których opiera swoje kampanie prewencyjne i interwencyjne. Co roku publikuje raporty dotyczące uzależnień w Rumunii, ale także dane z poziomu europejskiego i międzynarodowego (przetłumaczone i opublikowane w języku rumuńskim).
Prowadzą również kampanie wykrywania i wspierają inicjatywy innych organizacji w zakresie oceny, zapobiegania i interwencji w zakresie uzależnień, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

7. **Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?**

W zakresie działalności i projektów instytucji istnieje wiele form współpracy z instytucjami publicznymi na poziomie lokalnym i regionalnym, ale również Krajowa Agencja Antynarkotykowa ma swoje biura w każdym okręgu.
Instytucja jest zaangażowana w wiele kampanii profilaktycznych innych organizacji i instytucji, szczególnie we współpracę z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Edukacji.

8. **Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?**

Tak, ich inicjatywy mają udokumentowane badania zgodnie z bardziej socjokulturowym modelem, ale zaczynają się od tego modelu, włączając w to specjalne kampanie również dla osób wrażliwych lub dając wsparcie grupom wrażliwym i organizacjom pozarządowym, które pracują w obszarach zagrożonych wykluczeniem społecznym.

9. **Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań?**
   - **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka**
   - **Redukcja obrażeń**

Przeciwdziałania Narkomanii podążają w wielu kierunkach, mają więcej wydziałów (poniżej wyszczególniono tylko te wydziały, które realizują cele opisane powyżej):

1. **Rumuńskie Obserwatorium ds. Narkotyków i Narkomanii (ORDT)**
- aktualizowanie sprawozdania krajowego, w którym przedstawiana jest sytuacja w zakresie narkotyków na poziomie krajowym;
- aktualizację systemu informacji o działaniach na rzecz ograniczenia popytu (EDDRA);
- udział w systemie wczesnego ostrzegania;
- aktualizację map informacyjnych punktu centralnego, z wyjątkiem map w dziedzinie ograniczania popytu, dla których istnieje odrębny program (EDDRA);
- realizowanie wszystkich działań niezbędnych do realizacji kluczowych wskaźników epidemiologicznych;
- koordynacja, ocena, realizacja badań w terenie.

2. **Krajowe Centrum Szkolenia i Dokumentacji Narkotykowej** - System upowszechniania informacji - dokumentacji - informacji umożliwia gromadzenie dokumentów i informacji, ich przetwarzanie, porządkowanie i kapitalizację wszystkim jego beneficjentom: studentom, nauczycielom, strukturom centralnej i lokalnej administracji publicznej, społeczności lokalnej (organizacjom pozarządowym, stowarzyszeniom, władzom lokalnym itp.

3. **Usługi w zakresie ograniczania popytu na narkotyki**
- Zapobieganie nadużywaniu narkotyków
- Zapobieganie zażywaniu narkotyków w celach pozamedycznych
- Zapobieganie nadużywaniu narkotyków
- Profilaktyka uzależnień od narkotyków
- Zapobieganie negatywnym konsekwencjom związanym z zażywaniem narkotyków
- Unikanie przekształcania się konsumpcji rekreacyjnej w konsum nadużywającą i uzależnienie;
- Zwiększanie wpływu czynników chroniących i zmniejszanie wpływu czynni ryzyka w używaniu narkotyków.

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?

- **Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami**
- **Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania**
- **Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone**
- **Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia**
- **Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**

Nie dotyczy

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

Tak, każdy projekt jest śledzony pod względem celów i wskaźników, a agencja ma na stronie internetowej raport roczny, w którym opisane są liczby, wskaźniki i wpływ jakościowy.

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?

Krótkoterminowe oddziaływanie działań Agencji ujawnia się poprzez realizowane projekty. Na przykład w latach 2020-2021 Agencja realizuje następujące projekty szczegółowe na rzecz dzieci i młodzieży:

"JAK ROSNĄĆ ZDROWO", projekt polegający na kształtowaniu zdrowych nawyków życiowych wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (klasa przygotowawcza), podkreślający znaczenie przyjęcia zdrowego stylu życia (dieta, higiena, ruch), zachowań (dym papierosowy, alkohol, leki bez recepty) oraz nieagresywnych sposobów rozwiązywania konfliktów i podejmowania decyzji.

"ABC EMOCJI", czyli projekt mający na celu kształcenie i wzmacnianie umiejętności emocjonalnych jako czynników chroniących w profilaktyce antynarkotykowej, skupiający się na samoświadomości, rozwijaniu asertywnej komunikacji, radzeniu sobie z nieprzyjemnymi emocjami, umiejętności postępowania w obliczu presji rówieśniczej oraz podejmowania decyzji na rzecz zdrowego rozwoju.

Projekt **"UNCENSORED"**, certyfikowany i oceniony z punktu widzenia efektywności, na poziomie międzynarodowym, posiadający dwa komponenty - jeden dla uczniów w wieku 12-14 lat, który obejmuje 12 lekcji mających na celu rozwój umiejętności życiowych i integracji społecznej oraz drugi, komponent dla rodziców, który obejmuje 3 moduły coachingowe z zakresu równoważenia relacji z dziećmi.

Projekt **"FRED GOES NET"** skierowany jest do uczniów w wieku 14-19 lat, aby nie rozpoczynać lub opóźniać rozpoczęcia używania narkotyków, ale także aby nie dopuścić do przekształcenia się eksperymentalnego i okazjonalnego używania w używanie regularne. Projekt, realizowany od 2000 roku w ponad 10 krajach europejskich, obejmuje 8 spotkań grupowych z uczniami, którzy potrzebują odpowiedniej interwencji.

13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?

Nie dotyczy

14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione

Część projektów opracowanych przez Krajową Agencję Antynarkotykową dotycząca rozpowszechniania może zostać ulepszona w celu osiągnięcia komplementarności z innymi inicjatywami, być może z obszaru organizacji pozarządowych, pracy z młodzieżą i edukacji nieformalnej.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
CONNECT 1-la-1 - projekt mentoringowy opracowany przez Centrum Preventis
2. Temporalizatión
Program Mentoringowy jest programem ciągłym, rozwijanym przez Preventis Center, co roku.
3. Charakterystyka grupy docelowej
Grupą docelową są dzieci i młodzież w wieku od 8 do 18 lat, które znajdują się w trudnej sytuacji. Większość z nich przechodzi przez trudne okresy w swoim życiu (z powodu warunków rodzinnych, szkolnych lub materialnych) i / lub ma trudności w nawiązywaniu przyjaźni.
4. Cele projektu
Kluczem do programu jest znalezienie odpowiedniego opiekuna dla każdego dziecka, biorąc pod uwagę osobowość i preferencje obu, przy czym relacja między każdym dzieckiem a jego opiekunem jest wyjątkowa.
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Program ma na celu zapobieganie wszelkim ryzykownym zachowaniom dzieci i młodzieży, ale szczególnie koncentruje się na takich uzależnieniach jak: uzależnienie od alkoholu, narkotyków, hazardu i internetu.
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Nie
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Nie, Centrum Preventis rozwija z własnych funduszy i poprzez kampanie fundraisingowe działalność profilaktyczną i interwencyjną w zakresie uzależnień dla dzieci, młodzieży i rodziców.
8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?
Nie dotyczy
9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? - **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka** - **Redukcja obrażeń**
Projekt zawiera wszystkie te kierunki w działaniach, włączając w to profilaktykę i redukcję ryzyka, ale także redukcję szkód poprzez działania mentorskie, które są rozwijane w perspektywie dziennika (i w ten sposób rezultaty są widoczne dla młodego człowieka, który jest zaangażowany w projekt mentorski).

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?

- Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami
- Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania
- Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone
- Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia
- Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami

Nie dotyczy

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

Cele osiągnięte przez organizację poprzez jej kampanie (w tym program Mentoring) w 2019 r:

- Procedury pracy w programie mentoringu zostały zaktualizowane i usprawnione, dzięki czemu są bardziej stabilne i przynoszą bardziej widoczne rezultaty.
- Wszyscy mentorzy w programie mentoringu skorzystali z Mentor Handbook, drukowanego przewodnika, przydatnego w relacji z młodszym kolegą.
- Grupa SMART została zainicjowana, opracowano materiały i promowano ją w różnych środowiskach. Grupa a działała regularnie od lutego do września 2019 r.
- Przygotowali plan tematyczny dla 10 filmów edukacyjnych dla rodziców; niektóre z nich zostały już sfilmowane.
- Przeprowadzili 32 seminaria dla rodziców na temat zapobiegania narkomanii i uzależnieniom u dzieci.
- Mieli dużą liczbę seminariów i szkoleń dla różnych specjalistów: Szkolenie podstawowe i Masterclass w wywiadzie motywacyjnym, argumentowali kurs uzależnień w ramach Master of Psychology of Public and Clinical Health, w ramach Wydziału Psychologii i Nauk Edukacyjnych, UBB Cluj, seminaria antynarkotykowe dla innych grup docelowych (młodzi ludzie korporacji, lekarze, rodzice adopcyjni, młodzi ludzie w kościołach).

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?

Dzięki Programowi Wsparcia i edukacji rodzicielskiej poznali się z nimi rodzice dzieci objętych programem mentorskim. W 2019 roku zaproponowaliśmy więc rodzicom programową edukację rodzicielską "Krąg bezpieczeństwa", jednocześnie co miesiąc organizowaliśmy grupę wsparcia dla
matek dzieci objętych programem.
Krąg bezpieczeństwa to program edukacyjny oparty na ponad 50-letnich badaniach nad przywiązaniem i jego wpływem na dzieci. Program odbywał się podczas 7 spotkań, na których rodzice uczyli się o swoich potrzebach, o potrzebach, jakie mają dzieci, a także o tym, jak jako rodzice mogą lepiej zarządzać emocjami, aby zaspokoić potrzeby dzieci w celu zbudowania bezpiecznego przywiązania. Rodzice odzwierciedlili w emocjonalnych ramach wsparcia to, jak dorastali i jak relacje z rodzicami wpływają na sposób, w jaki wychowują swoje dzieci. Dowiedzieli się również o naprawianiu relacji i jak mogą zapewnić
większe bezpieczeństwo dla dzieci.
Grupa wsparcia dla matek dzieci w programie mentorskim Connect 1-to-1 była najbardziej dobrym sposobem na wsparcie emocjonalne matek, które mają trudności w życiu osobistym i rodzinnym, w celu wzmocnienia ich zdolności do reprezentowania zasobów tak stabilnych, jak to tylko możliwe.
dla swoich dzieci. Dla większości z nich comiesięczne spotkanie grupy wsparcia jest jedynym kiedy wyjdą do miasta i pozwolą sobie na rozpieszczanie. Cenią sobie udział w grupie wsparcia, ponieważ mogą odciąć się od codziennych problemów.

13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?
Po okresie zakończenia programu odzyskiwania należności od firmy Preventis jeden z klientów W tym roku powiedział nam: "Największą zmianą jest to, że nauczyłem się żyć w prawdzie - ze sobą i z innymi. Jestem wolnym człowiekiem! ". W tym roku miałem okazję być razem przez krótszy lub dłuższy czas, z ponad 100 osobami, które zwróciły się do nas o pomoc. Ponad 300 efektywnych godzin doradztwa, setki telefonów, setki godzin, na które się przygotowywaliśmy, przyszło z pomocą w najlepszy możliwy sposób.

14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione
Lepsze rozpowszechnienie tych działań, aby były dostępne dla większej liczby dzieci i młodzieży, ale także dla rodzin. Rozpowszechnianie na szeroką skalę opublikowanych materiałów przeciwko uzależnieniom, ponieważ materiały wyprodukowane do tej pory są bardzo jakościowe i dobrze byłoby, gdyby zostały rozpowszechnione wśród organizacji młodzieżowych na poziomie krajowym.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu

Uścisk integracji

2. Temporalizacja

Nie dotyczy

3. Charakterystyka grupy docelowej

Młodzież i młodzi ludzie w wieku 13-18 lat pochodzący z rodzin dotkniętych chorobą psychiczną

4. Cele projektu

Celem projektu jest zapobieganie zażywaniu przez dzieci narkotyków takich jak marihuana, kokaina i innych substancji związanych z używaniem narkotyków.
cele projektu są również
- Zapobieganie wykluczeniu społecznemu i negatywnemu postrzeganiu tych nastolatków
- Aby uchronić je od naśladowania negatywnych wzorców zachowań z powodu choroby psychicznej/psychiatrycznej rodziców.

5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie

Wszystkie substancje związane z narkotykami
Nacisk również na potencjalne używanie tytoniu i alkoholu
Zapobieganie nielegalnym zachowaniom i niebezpiecznym praktykom seksualnym

6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić

Hug of inclusion ma na celu oferowanie prewencji, poradnictwa, wsparcia psychologicznego, możliwości stworzenia grupy wsparcia społecznego i sieci, aby młodzież nie została zepchnięta na margines społeczeństwa. Doświadczeni doradcy motywacyjni są wykorzystywani w tym projekcie wraz z pomocą pracowników socjalnych, pedagogów i prawników.

7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?

Departament usług socjalnych, Ministerstwo Edukacji

8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?

9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań?

- **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka:**

Projekt ma za zadanie skupić się na zapobieganiu, a nie na usuwaniu skutków braku prewencji. W związku z tym stara się dotrzeć do nastolatków, zanim utrwalą się w nich negatywne wzorce.

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?

- **Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami**
- **Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania**
- **Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone**
- **Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia**
- **Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**

W projekcie przyjęto bardzo pragmatyczny punkt widzenia. Zawsze łatwiej jest zapobiegać niż radzić sobie z konsekwencjami negatywnych zachowań.

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

Ze względu na to, że jest to projekt prewencyjny, wykorzystuje się dane z programów, które nie były wykorzystywane w projektach prewencyjnych. Wstępne dane są bardzo zachęcające, ale nie istnieją żadne przekrojowe dane/ studia/ badania na poziomie ilościowym. Dowody empiryczne/jakościowe sugerują ponad 50% wskaźnik sukcesu.

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?

Oddziaływanie krótkoterminowe odnosi się do faktu, że połowa uczestniczących w programie nastolatków nie będzie w przyszłości przejawiała zachowań problemowych, które mogą doprowadzić do negatywnych konsekwencji w ich życiu.

13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?

-zapobieganie wielu problemom psychologicznym/medycznym, społecznym, prawnym, które stanowią problem negatywnego nastawienia do wykluczenia społecznego, stygmatyzacji
Przekazanie młodym ludziom systemu wartości, który będzie im służył przez całe życie.

Poszerzenie świadomości własnej osoby poprzez zwiększenie pewności siebie
-wzmocnienie mechanizmów obronnych u całej zagrożonej młodzieży
-zapewnienie zdolności adaptacyjnych w środowisku społecznym
Poszerzenie tolerancji dla siebie i innych

14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione

Projekty tego kalibru muszą być liczniejsze, a liczba pracowników, którzy przyczyniają się do tych wysiłków, musi również wzrosnąć.
Zatrudnienie wykwalifikowanych statystyków w celu pozyskiwania danych naukowych.
Ogólnie rzecz biorąc, projekt był innowacyjny i dość skuteczny.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
Jocasta
2. Temporalizatión
Nie dotyczy
3. Charakterystyka grupy docelowej
Młodzież w wieku 12-15 lat .
4. Cele projektu
Ogólnym celem projektu jest zapobieganie nadmiernemu korzystaniu z Internetu i gier komputerowych przez młodzież. Próba podniesienia świadomości na temat niebezpieczeństw związanych z Internetem (wirusy, phishing, itp.). - Podniesienie świadomości dotyczącej siedzącego trybu życia, który wzrósł w wyniku korzystania z Internetu.
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Uzależnienie od Internetu, w tym od gier
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Jocasta jest prewencyjnym projektem edukacyjnym, który prowadzi i oferuje świadomość nastolatkom, aby zapobiec ich wejściu na negatywną ścieżkę.
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Ministerstwo Edukacji ma swój wkład
8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?
Projekt ten wyraźnie oferuje prewencję i świadomość w zakresie nadużywania Internetu i jego możliwych zagrożeń dla młodych ludzi.
9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? **- Zapobieganie i ograniczanie ryzyka:** Projekt realizowany jest na terenie Nikozji i obejmuje uczestników, którzy przejawiają zachowania uzależniające.
10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi? **- Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami** **- Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania** **- Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone** **- Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia** **- Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**
Kryteria są subiektywne i opierają się na opinii rodziców, ale ankiety i wywiady z nastolatkami zostały przeprowadzone przed rozpoczęciem projektu, tak aby dotrzeć do osób najbardziej zagrożonych.

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?
Projekt osiągnął możliwe 40% redukcji zachowań nałogowych w stosunku do uzależnienia od Internetu Cele projektu nie były stawiane zbyt wysoko z uwagi na fakt, że był to projekt pilotażowy i realizatorzy wiedzieli, że po dostrzeżeniu ewentualnych słabości muszą go dopracować i pracować nad kolejnym
12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?
Ograniczanie uzależnień młodzieży od Internetu i uświadamianie jej możliwych zagrożeń w przypadku ujawnienia danych osobowych i możliwości ich wykorzystania przeciwko niej.
13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?
Długotrwały wpływ stanowi świadomość zagrożeń, świadomość uzależnienia, gdzie wcześniej uzależnienie od Internetu było uważane za normalne zachowanie. Bardziej rozbudowana koncentracja niż przed nadmiernym korzystaniem z internetu. Poprawa pamięci. Poprawa w zakresie bardziej pozytywnych zachowań.
14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione
Zdecydowanie, musi być więcej pracowników, więc może to przynieść lepsze wyniki. Również porównawcze przekrojowe analizy statystyczne z innych badań. Projekt musi mieć dłuższy czas trwania, dużo więcej godzin pracy.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
Rea: Kobiety w ciąży i nadużywanie alkoholu
2. Temporalizatión
Nie dotyczy
3. Charakterystyka grupy docelowej
Samice w spektrum cyklu reprodukcyjnego w wieku od 20 do 40 lat
4. Cele projektu
Ogólnym celem projektu jest śledzenie kobiet zagrożonych, aby zapewnić doradztwo tam, gdzie jest to potrzebne, aby powstrzymać je od samookaleczenia. Szczegółowe cele projektu są następujące - Aby uświadomić kobietom, jak niebezpieczne jest to zachowanie i jak wiele możliwych powikłań może wystąpić po urodzeniu dzieci lub nawet wcześniej. - Pozytywnie wzmocnić kobiety, aby przejąć to bardzo negatywne zachowanie
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Nadużywanie alkoholu w czasie ciąży. Oczywiste ryzyko teratogennych skutków ubocznych dla potomstwa.
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Projekt Rea jest projektem kompleksowym, w ramach którego oferuje poradnictwo, doradztwo, psychoterapię i/lub poradnictwo prowadzone przez lekarzy specjalistów, którzy mają doświadczenie w tym zakresie. Przed rozpoczęciem poradnictwa przeprowadzane są rozmowy kwalifikacyjne. Program obejmuje również testy psychometryczne i testy osobowości. Zaraz po nich przeprowadzane są również testy medyczne, które mają na celu ocenę fizycznego/hematologicznego zdrowia matki i płodu.
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Ministerstwo Zdrowia

8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?
Nie, jest to przede wszystkim projekt mający na celu zapobieganie
9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? **- Zapobieganie i ograniczanie ryzyka:** Istotą projektu jest profilaktyka. Jako taki jest on oparty na skierowaniach z wydziału usług społecznych i ma na celu zmniejszenie ryzyka związanego z uzależnieniem od alkoholu w czasie ciąży.
10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi? **- Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami** **- Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania** **- Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone** **- Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia** **- Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**

9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań?

- **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka:**

Istotą projektu jest profilaktyka. Jako taki jest on oparty na skierowaniach z wydziału usług społecznych i ma na celu zmniejszenie ryzyka związanego z uzależnieniem od alkoholu w czasie ciąży.

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?

- **Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami**
- **Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania**
- **Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone**
- **Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia**
- **Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**

Projekt profilaktyki opiera się na jasno określonych kryteriach medycznych i psychologicznych.

(a) Jeśli przyszła matka nie powstrzyma się od spożywania alkoholu, istnieje szansa na neurologiczne/medyczne uszkodzenie tego dziecka, a także matka alkoholiczka stanowi zagrożenie dla samego płodu.

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

Projekt zakończył się sukcesem, a wyniki wykazały radykalne zmniejszenie zagrożenia medycznego zarówno dla matki, jak i dziecka. Równowaga psychologiczna została osiągnięta u ponad 65% badanych.

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?

Zyski w zakresie aspektów medycznych mogą być ogromne, choć dowody są niepotwierdzone i empiryczne, ponieważ nie zastosowano grupy kontrolnej.

13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?

Lepsze funkcje poznawcze u matek. Świadomość zagrożeń dla zdrowia, niezdolność do prawidłowej integracji w kontekście środowiska społecznego, możliwa niezdolność matki do opieki nad noworodkiem.
Uczestnicy spodziewali się, że matki uznają projekt za bardzo wartościowy i do 60% ogółu.
Projekt tego kalibru będzie wznawiany i kontynuowany.

14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione

Ponieważ i ze względów etycznych grupy kontrolne nie mogą być używane, jakościowe, empiryczne i anegdotyczne dane muszą z konieczności być w centrum uwagi część słabości wynika z braku grupy kontrolnej, ale w tym przypadku nie ma innego miejsca na teraz.
Projekt pokazał, że przy zwiększonej liczbie personelu odsetek sukcesów może zostać zwiększony.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
Nowożytni gladiatorzy
2. Temporalizatión
2012-2013
3. Charakterystyka grupy docelowej
Młodzież w wieku od 13 do 16 lat, zagrożona wykluczeniem społecznym
4. Cele projektu
- **Promocja integracji społecznej** - **Zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem** - **Zapobieganie uzależnieniom wśród młodzieży poprzez sport i muzykę** - **Integracja ze społecznością lokalną jako sposób na rozwijanie pozytywnych czynników profilaktyki uzależnień**
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Uzależnienia od narkotyków i alkoholu
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
Po dokonaniu oceny potrzeb młodzieży uczestniczącej w projekcie, stworzyli oni własny klub sportowy o nazwie BJJ team, jako sposób na stworzenie społeczności, w której organizowane byłyby zajęcia rekreacyjne zapobiegające uzależnieniom.
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
54 Liceum Ogólnokształcące Uniwersytet III Wieku (nieformalna grupa dla seniorów) Kluby sportowe Cohorta Kluby sportowe Strefa Aikido Młodzież w Działaniu - finansowanie projektu

8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?
Poprzez dotarcie do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, walczących z uzależnieniami i współpracę z lokalnymi podmiotami projekt miał na celu zmianę postrzegania młodzieży przez społeczność lokalną. W ten sposób starano się zmienić kulturę postrzegania przez społeczeństwo młodych ludzi walczących z uzależnieniami.
9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? **- Zapobieganie i ograniczanie ryzyka** **- Redukcja obrażeń**
Projekt zawiera profilaktykę i redukcję ryzyka uzależnień.
10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi? **- Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami** **- Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania** **- Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone** **- Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia** **- Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**
Nie dotyczy
11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?
Tak
12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?
- Kilku uczestnikom projektu udało się ukończyć szkołę średnią - Tworzenie płyty z muzyką i teledysku
13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?
Stworzenie klubu sportowego Brasilian Jiu Jitsu, który z czasem przekształcił się w oddział 11 Klubów Sportowych Barracuda w Polsce i jeden w Irlandii.
14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione
Zatrudnienie większej liczby specjalistów, którzy ułatwialiby konsultacje indywidualne w trudnych momentach pracy z młodzieżą, np. w okresach, w których była ona na granicy ponownego popadnięcia w nałogi.

OCENA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

1. Nazwa projektu
Aktywni (nie)Pełnosprawni - obóz artystyczno-sportowy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych. Poprawa stanu fizycznego i psychicznego osób niepełnosprawnych.
2. Temporalizatión
5 czerwca - 7 sierpnia 2017 r.
3. Charakterystyka grupy docelowej
Osoby niepełnosprawne w wieku 8-18 lat z terenu miasta Poznania
4. Cele projektu
- **organizowanie w okresie letnim wielu imprez kulturalnych i sportowych jako metody zapobiegania uzależnieniom** - **Poszerzenie wiedzy o kulturze europejskiej i azjatyckiej** - **Odnajdywanie i rozwijanie pasji młodzieży tak, aby więcej czasu poświęcała na ich realizację i miała mniej czasu na myślenie o narkotykach czy innych substancjach uzależniających** - **Poprawa kondycji fizycznej i psychicznej uczestników** - **Rozwijanie umiejętności miękkich i kompetencji społecznych jako sposób na kształtowanie pozytywnych czynników profilaktyki uzależnień**
5. Typologia uzależnień, nad którymi pracuje się w projekcie
Narkotyki i uzależnienia behawioralne
6. Czy projekt lub propozycja jest częścią wstępnej oceny mającej na celu określenie potrzeb i ukierunkowanie działań? Jeśli tak, wyjaśnić
N/A
7. Czy istnieje współpraca lub czy zaangażowane są inne podmioty lub administracje?
Urząd Miasta Poznania - Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
8. Czy projekt wychodzi od modelu ekologicznego lub socjokulturowego, który obejmuje czynniki biologiczne, społeczne i kulturowe pozwalające na zmianę struktury społecznej wspierającej uzależnienia?
Koncentruje się na profilaktyce uzależnień wśród młodzieży niepełnosprawnej
9. Czy projekt zawiera któryś z poniższych kierunków działań? - **Zapobieganie i ograniczanie ryzyka**

Obejmuje on profilaktykę uzależnień i zmniejszanie ryzyka poprzez organizację różnych form spędzania wolnego czasu. Miało to na celu rozwijanie pasji młodych ludzi i uczenie ich cennych umiejętności jako sposobu na sensowne spędzanie wolnego czasu i mniejszą nudę, z której bardzo często biorą się uzależnienia.

10. Czy planowanie projektu prewencyjnego jest opracowywane zgodnie z następującymi kryteriami pragmatycznymi?

- **Młodzi ludzie są mniej zainteresowani narkotykami**
- **Opóźnienie wieku rozpoczęcia konsumpcji, używania i nadużywania**
- **Czy zużycie doświadczalne nie jest przekroczone**
- **Unikanie postępu w kierunku nadużywania i uzależnienia**
- **Zmniejszenie ryzyka i szkód związanych z uzależnieniami**

N/A

11. Czy projekt osiągnął początkowo założone cele?

Tak

12. Jaki jest krótkoterminowy wpływ projektu?

- Organizowanie czasu wolnego dla młodzieży w okresie letnim
- Uczenie młodych ludzi, jak sensownie spędzać wolny czas
- Poszerzenie wiedzy o kulturze europejskiej i azjatyckiej
- Nagranie piosenki i nakręcenie teledysku

13. Jaki jest długoterminowy wpływ projektu?

- Rozwijanie relacji ze zdrowymi wzorcami i figurami, które pomogłyby im poprawić sposób planowania i spędzania wolnego czasu
- Pomoc młodym ludziom w rozwijaniu umiejętności miękkich, które przyniosą im korzyści i zmniejszą ryzyko uzależnienia się w przyszłości

14. Wskazanie, które aspekty ocenianego wniosku mogą zostać poprawione lub zmienione

Akcja ta mogła być kontynuowana w kolejnych latach innymi imprezami kulturalnymi, artystycznymi i sportowymi o charakterze rekreacyjnym.

ROZDZIAŁ 5

WYTYCZNE DO OPRACOWANIA DZIAŁAŃ PREWENCYJNYCH W ZAKRESIE ALTERNATYWNEGO SPĘDZANIA CZASU WOLNEGO Z MŁODZIEŻĄ

Włączenie strategii prewencyjnych do oferty spędzania czasu wolnego dla młodzieży jest korzystne, ponieważ może powstrzymać ją przed rozwojem uzależnienia. Może uczyć młodzież o negatywnych konsekwencjach uzależnień i w ten sposób zniechęcić ją np. do zażywania nielegalnych substancji. Ważne jest jednak, aby pokazać im, jak planować swój wolny czas, rozwijać pozytywne relacje w społeczności i znaleźć osoby, z którymi mogą dzielić się swoimi przemyśleniami i doświadczeniami. Wszystko to odgrywa kluczową rolę w profilaktyce uzależnień. Dlatego ważne jest, aby osoby organizujące czas wolny pamiętały o tym, jak wielką rolę odgrywają w zapobieganiu uzależnieniom wśród młodzieży, czy to bezpośrednio, czy pośrednio.

Identify high-risk groups

Risk factors for youth high-risk substance use can include:

- Family history of substance use
- Favorable parental attitudes towards the behavior
- Poor parental monitoring
- Parental substance use
- Family rejection of sexual orientation or gender identity
- Association with delinquent or substance using peers
- Lack of school connectedness
- Low academic achievement
- Childhood sexual abuse
- Mental health issues

Co jest ważne dla młodych ludzi, aby zapobiegać rozwojowi uzależnień:
Model procesu afirmacji młodzieży (Kim i in., 1998) opiera się na wielu teoriach lub komponentach takich jak teoria kontroli społecznej, model rozwoju społecznego, zachowań problemowych i społecznego uczenia się.

Składniki, które obejmuje ten model to:

Adekwatne wsparcie rodzinne;
Adekwatne wsparcie społeczne;
Troska i wsparcie rodziny w życiu młodego człowieka;
Wysokie oczekiwania społeczne ze strony ważnych osób wobec młodego człowieka;
Możliwości uczenia się umiejętności życiowych, które mają wpływ na pracę;
Odpowiednie okazje do podjęcia odpowiedzialności;
Możliwości uczestniczenia i wnoszenia znaczącego wkładu w działania społeczne, kulturalne, ekonomiczne i publiczne w szkole i społeczności;
możliwości wykazania się umiejętnościami i osiągnięcia sukcesu;
Wzmacnianie osiągnięć przez odpowiednie osoby w szkole, domu, ale także przez innych dorosłych.

Rodzaje programów profilaktycznych i interwencyjnych

Autorzy podręcznika opublikowanego przez Office for the Prevention of Abuse of Substances (OSAP) w Stanach Zjednoczonych sklasyfikowali programy profilaktyczne (skierowane szczególnie do młodzieży), w następujący sposób:

Programy skoncentrowane na jednostce (person-centered programs)

Rozwój wiedzy, zachowań i postaw wobec używania tytoniu, alkoholu i narkotyków są najczęściej stosowaną strategią profilaktyczną. Celem tych programów jest wywarcie wpływu na większą liczbę jednostek, a nie na ich środowisko społeczne czy ekonomiczne. podejście stosowane w tych programach to:

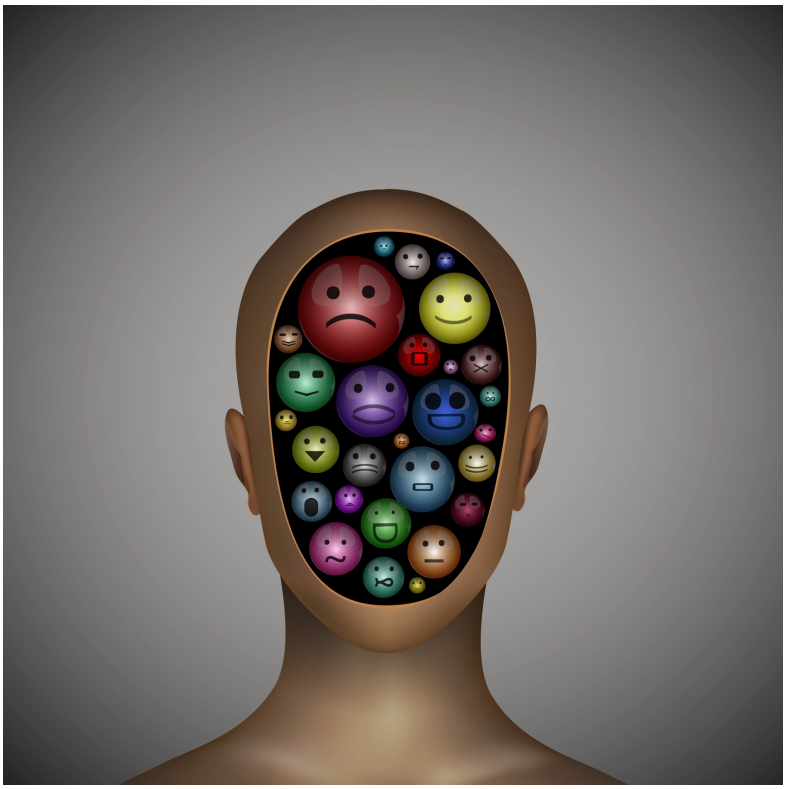
Informacja. Podejście to wychodzi z założenia, że ludzie używają narkotyków, ponieważ nie zostali dostatecznie poinformowani o ich szkodliwych skutkach. Jeśli źródło, z którego pochodzą otrzymywane informacje, jest uznawane przez grupę docelową za wiarygodne, to - pomijając element "strachu" - przekazywane informacje mogą stać się ważną częścią bardziej złożonego podejścia.

"To może mi się przydarzyć". Podstawowym założeniem tego podejścia jest to, że choć młodzi ludzie znają negatywne skutki używania narkotyków, nie biorą pod uwagę, że mogłoby to dotknąć również ich. Zatem uświadomienie tego potencjalnego ryzyka przez grupę docelową może być skuteczne w zapobieganiu konsumpcji, jeśli przekazywane komunikaty są oparte na dowodach naukowych.

- Zarządzanie emocjami. Podejście to wychodzi od hipotezy, że ludzie sięgają po narkotyki w wyniku problemów emocjonalnych. Podejście to koncentruje się na poprawie odporności na stres i wykrywaniu grup ryzyka, aby w porę udzielić im niezbędnego wsparcia.

- Poprawa umiejętności społecznych. Programy te mają na celu promowanie stanowczości, poprawę komunikacji społecznej, rozwój asertywności i zachęcanie uczestników do przeciwstawiania się presji negatywnych czynników społecznych.

- Identyfikacja zachowań antyspołecznych we wczesnych stadiach. Hipotezą, od której zaczyna się to podejście jest to, że agresja, bunt, niecierpliwość i nieśmiałość są potencjalnymi wskazówkami przyszłych problemów behawioralnych. Programy te mają na celu zidentyfikowanie dzieci z takimi wczesnymi problemami i skierowanie ich w bardziej akceptowalnym kierunku z poziomu społecznego.



2. Programy zorientowane na rówieśników

W przypadku młodych ludzi członkowie grupy mają zazwyczaj duży wpływ. Programy szkolne mogą to wykorzystać, angażując młodych ludzi w działania profilaktyczne. Wskazane jest, by takie programy zawierały elementy interaktywnego rozwoju umiejętności społecznych i technicznych.

3. Programy skoncentrowane na rodzinie

Programy te opierają się na założeniu, że rodzina odgrywa aktywną rolę w zapobieganiu narkomanii. W ramach tych programów edukacja, rodzice są informowani o używaniu narkotyków i jego skutkach.

i jego skutkach, rozwijają umiejętności aktywnego słuchania, ustalania zasad i granic, wczesnego rozpoznawania używania narkotyków itp. Spotkania z rodzicami są o wiele bardziej efektywne niż przekazywanie tych informacji za pomocą materiałów informacyjno-edukacyjnych. Broszury informacyjne mogą być pierwszym krokiem do pobudzenia aktywnego zaangażowania rodziców.

Przykłady metod zapobiegawczych

Edukacja

Dostarczanie wiedzy na temat uzależnień skutkuje dokonywaniem lepszych wyborów. Jeśli młodzi ludzie mają podstawową wiedzę na temat objawów i wad uzależnień, mogą być mniej skłonni do popadania w nie. Co więcej, zwiększa to szanse, że będą

Mentoring

Silna więź z szanowanym mentorem może pomóc ukierunkować młodych ludzi we właściwym kierunku, zapobiegając ich popadnięciu w uzależnienia.

Ćwiczenie i kultywowanie pozytywnych nawyków

Zapoznanie się z nowymi zainteresowaniami może sprawić, że młodzi ludzie w pozytywny sposób wypełnią swój plan dnia. Jest to bardzo ważny czynnik, ponieważ w wielu przypadkach uzależnienia rodzą się z nieumiejętności spędzania wolnego czasu, a co za tym idzie z ogromnej nudy.

Jak skonstruować kampanię informacyjną na temat uzależnień?

Holenderscy badacze Janssen i Geelen stworzyli następującą listę kryteriów, które powinny spełniać programy profilaktyki (i leczenia) problemów zdrowia psychicznego w walce z uzależnieniami:) M. Janssen i K. Geelen, Prevention is more good than cure - Quality criteria for prevention mental health problems:

ETAP	KRYTERIA
1. PROJECT DEVELOPMENT	
Generalne aspekty	- wspiera wiarygodność oczekiwanych rezultatów/skutków; - uwzględnia negatywne skutki zapobiegania; - angażuje członków grupy, gdy tylko jest to możliwe, w rozwój projektu; - określa, w jaki sposób oczekiwane efekty będą wpływać na zakres prac i wysiłków rozwojowych;

Identyfikacja problemu	- szacuje dotkliwość i znaczenie problemu oraz związane z nim koszty; - wykorzystuje istniejące dane epidemiologiczne - wyjaśnia, dlaczego wybrano określony problem;
Analiza problemu	- analizuje uwarunkowania problemu w skali mikro- i makrospołecznej, a także to, jak te czynniki na siebie oddziałują; - opiera się na wiedzy o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących oraz rozróżnia, jakie czynniki, których nie można zmienić; - wykorzystuje dostępne dane naukowe.
Ustalenie celu	- dokładnie opisuje oczekiwane wyniki pośrednie; - dokładnie opisuje oczekiwane wyniki końcowe; - dokładnie opisuje grupę lub grupy docelowe; - dokładnie opisuje grupę lub grupy docelowe, które zapobiegają pośrednim rezultatom; - sformułować cele w taki sposób, aby można było łatwo - sprawdzić, czy zostały one osiągnięte; - wyznaczyć konkretne cele.

Skreślenie strategii i wybór metodologii	- analizuje cel interwencji; - wybiera rodzaj interwencji w oparciu o wiedzę na temat skutecznych strategii podejścia; - przeprowadza serię spójnych interwencji na poziomie mikro- i makrospołecznym; - ocenia skuteczność i wykonalność strategii i wybranej metodologii; - wcześniej testuje interwencję lub wykorzystuje typ interwencji wcześniej zastosowany w innym miejscu;
Planowanie projektu	ma opracowany systematyczny plan, który wskazuje jego działania i harmonogram; zawiera okresy oceny i testowania;

2. IMPLEMENTACJA PROJEKTU

Implementacja projektu	- it is implemented following the step-by-step plan; - is coordinated with the activities of third parties (administrator, service facilitators, other levels, etc.).

3. PROJECT EVALUATION & FOLLOW-UP

Rezultaty	- jest zaprojektowany jako cel i forma, dla określonego celu grupowego; - jest uważany za atrakcyjny przez grupę docelową (dobry projekt graficzny, niskie koszty)
Rozpowszechnianie	- zawiera jasny i wyczerpujący opis projektu. - zwraca uwagę grup docelowych na oczekiwane rezultaty; - przedstawia ich jasny i wyczerpujący opis;
Istotność projektu	- ukierunkowane na wyniki / efekty o dużym zasięgu w rzędzie grup docelowych; - ukierunkowane na efekty, które są społecznie pożądane
Efekty	- wykazuje osiągnięcie pośrednich pożądanych wyników/skutków - wykazuje osiągnięcie pożądanych rezultatów prewencyjnych.

jAK STWORZYĆ BEZPIECZNĄ PRZESTRZEŃ

Stworzenie bezpiecznej przestrzeni jest kluczowym elementem profilaktyki uzależnień. Może ona służyć edukacji, kształtowaniu zdrowych nawyków, zapewnieniu możliwości spędzania wolnego czasu lub sprawić, że ludzie poczują się związani z małą społecznością. Wszystkie te elementy są ważne w profilaktyce uzależnień. Poniżej przedstawiamy 5 zasad, które sprawią, że tworzenie bezpiecznej przestrzeni dla profilaktyki uzależnień będzie bardziej efektywne:

Bądź gościnny i życzliwy dla osób
Traktuj uczestników w sposób, który sprawi, że poczują się komfortowo i jak w domu. Pozwoli im to otworzyć się i w pełni uczestniczyć w rozmowach i działaniach zaplanowanych dla grupy. Przyczyni się to również do lepszej energii w pomieszczeniu i dynamiki grupy.

Uwzględniaj wszystkie osoby i ich doświadczenia
Aby stworzyć bezpieczną przestrzeń, w której młodzi ludzie mogą się uczyć i rozwijać umiejętności potrzebne do tego, by nie wpaść w pułapkę uzależnienia, musi ona mieć charakter integracyjny. Ważne jest, aby podkreślić, że każdy może tam być i dzielić się swoimi doświadczeniami, bez względu na pochodzenie. Należy stworzyć środowisko integracyjne pod względem płci, rasy, wieku, religii, poglądów politycznych i wartości ważnych dla członków grupy. Pozwoli to na lepsze uznanie szerokiej gamy doświadczeń życiowych i sposobów postrzegania sytuacji, które mogą pozytywnie wpłynąć na rozwój grupy.

Staraj się rozwijać pozytywne relacje

National Institute on Drugs Abuse podkreśla, że silne więzi między jednostkami i członkami społeczności mogą być kluczową częścią strategii zapobiegania. Dlatego należy starać się wzmacniać relacje między członkami grupy. Odnosi się to do poprzedniego punktu mówiącego o byciu inkluzywnym i uznawaniu różnych czynników odgrywających rolę w życiu innych ludzi.

Ponadto, gdy jednostka będzie czuła się bardziej rozumiana przez grupę i będzie miała poczucie, że może otworzyć się na swoje problemy, będzie mniej prawdopodobne, że wpadnie w pułapkę uzależnienia, ponieważ bardzo często wynikają one z braku więzi w społeczeństwie i poczucia niezrozumienia. Dlatego ważne jest, aby młodzi ludzie czuli, że mogą swobodnie dzielić się swoimi doświadczeniami i uczuciami z innymi ludźmi i mogą rozmawiać o swoich przemyśleniach.

Ustalenie podstawowych zasad lub wytycznych, których grupa musi przestrzegać

Wytyczne są ważnym elementem regulującym pracę grupy i jej dynamikę. Upewnij się, że grupa zgadza się na wspólny sposób interakcji i komunikacji, a także na to, co i w jaki sposób jest przekazywane poza grupą.

Zapewnij czas na dialog

Poświęć czas i pozwól członkom grupy wyrazić swoje opinie, pomysły i obawy. Pomoże to w dostosowaniu profilaktyki do osób, z którymi pracujecie. Poświęcenie wystarczającej ilości czasu na rozmowy pomaga także budować i wzmacniać relacje w grupie. Pomaga to rozwijać więzi pomiędzy jednostką a społecznością, co jest zdrowym czynnikiem prewencyjnym.

Nauczać zdrowych mechanizmów radzenia sobie

Postaraj się włączyć uczenie zdrowych mechanizmów radzenia sobie z problemami do prowadzonych przez siebie zajęć lub warsztatów. Wiele zaburzeń związanych z używaniem narkotyków wynika z tego, że niektóre osoby nie potrafią w zdrowy sposób radzić sobie z negatywnymi emocjami i w tym celu sięgają po nielegalne substancje. Dlatego tak ważne jest, aby uwzględnić to w zajęciach.

Skuteczne strategie prewencyjne uwzględniają specyficzne potrzeby uczestników w odniesieniu do ich:

Płeć

Według UNODC w zapobieganiu uzależnieniom od narkotyków i substancji psychoaktywnych konieczne jest podejście oparte na płci. Istnieją specyficzne czynniki związane z płcią w odniesieniu do odporności i podatności na zagrożenia. Ponadto badania wykazują, że strategie profilaktyczne nie przynoszą takich samych korzyści mężczyznom i kobietom. Podejście uwzględniające płeć podczas prowadzenia działań prewencyjnych może pomóc w ich skuteczności. Upewniłoby się ono, że prowadzenie działań jest dostosowane do potrzeb różnych płci, co skutkowałoby większą inkluzywnością. Dla przykładu, podczas gdy strategie oparte na rodzinie wydają się działać tak samo dla obu płci, strategie oparte na społeczności lokalnej i szkole są bardziej narażone na niepowodzenie w przypadku dziewcząt i kobiet.

Wiek

Ważne jest, by metody prewencji i podejście były odpowiednie w zależności od wieku osób uczestniczących w zajęciach lub warsztatach. Powinny być przyjęte różne sposoby komunikacji i podejścia.

Kultura

W zależności od kultury, w której dana osoba się wychowała, o uzależnieniach może się mówić w inny sposób. W wielu kulturach istnieje piętno i może to być postrzegane jako temat tabu. Należy być przygotowanym na to, że kultura, w której żyjemy, powinna być brana pod uwagę, aby osiągnąć jak najlepszy efekt metod prewencyjnych w ramach organizowanego wypoczynku.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.). Washington, DC: APA.
- Álvarez Cuesta, H. (2020). Del recurso al teletrabajo como medida de emergencia al futuro del trabajo a distancia. *Lan Harremanak*, 43, 175-201. Recovered from: https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.21722
- Badora B, Gwiazda M, Herrmann M, Kalka J, Moskalewicz J 'Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnieńbehawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych. Część I: Rozpowszechnienie wybranych uzależnień behawioralnych i ich związek z używaniem substancji psychoaktywnych' (2015)
- Balluerka, N., et al. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. Bilbao, Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. Recovered from: https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Consecuencias_psicologicas_COVID19.pdf
- Balsa, Casimiro (2018). IV National Survey Consumption of Psychoactive Substances in the general population, Portugal, 2016/2017. Lisbon: SICAD
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice (pp. 45-74). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Becoña, E. (2008). ¿Qué debemos saber para hacer una buena prevención de las drogodependencias? Revista Peruana de Drogodependencias, 5, 71-96.
- Bequir, S. (2020). Adicciones comportamentales. Recovered from: https://www.institutocastelao.com/adicciones-comportamentales/
- Calado, Vasco and Lavado, Elsa (2018). *Social representations of additive behaviors. Survey of young people resent in the Rock in Rio - Lisbon 2018*. Lisbon: SICAD
- Carapinha, Ludmila; Calado, Vasco; Neto, Helena (2020). *Additive Behaviors at 18 years. Survey of young people participating in the Day of National Defense – 2019*. Lisbon: SICAD

- Christodoulides , C. (2021). The relationship between young people in Cyprus with Social Networking and Internet.

- De la Vega, R., Almendros, L. J., Barquín, R. R., Boros, S., Demetrovics, Z., & Szabo, A. (2020). Exercise Addiction During the COVID-19 Pandemic: an International Study Confirming the Need for Considering Passion and Perfectionism. International Journal of Mental Health and Addiction, 1-12. Recovered from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7714253/

- Departamento de Salud del Gobierno Vasco y SIIS (2020). El impacto de la COVID-19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Recovered from: http://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/COVID_adicciones_euskadi.pdf

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud, 5, 251-258.

- Echeburúa, E. (2003). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. Adicciones, 20, 164-195.

- ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 'Poland Country Drug Report 2019'

- Gil-Torres, A., Martín-Quevedo, J., Gómez-García, S. & San José-De la Rosa, C. (2020). El coronavirus en el ecosistema de los dispositivos móviles: creadores, discursos y recepción. Revista Latina de Comunicación Social, (78), 329-358. Recovered from: http://nuevaepoca.revistalatinacs.org/index.php/revista/article/view/251/863

- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M.J. y Eceiza, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: El rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. Anales de Psicología, 32, (3), pp. 899-906. Recovered from: https://www.redalyc.org/pdf/167/16746507033.pdf

- Håkansson, A., Fernández-Aranda, F., Menchón, J. M., Potenza, M. N., & Jiménez-Murcia, S. (2020). Gambling during the COVID-19 crisis–a cause for concern. Journal of addiction medicine, 14(4), 10-12. Recovered from:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273946/

- King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. Journal of Behavioral Addictions, 9(2), 184-186. Recovered from: https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016
- Klingemann I.J, Klingemann H, and Moskalewicz J, 'Popular views on Addiction and on Prospects for Recovery in Poland, Substance, Use & Misuse' (2017)
- Lim, M. A. (2020). Exercise addiction and COVID-19-associated restrictions. *Journal of Mental Health*. Recovered from: https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1803234.
- Mestre-Bach, G., Blycker, G.R. & Potenza, M.N. (2020) Pornography use in the setting of the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9 (2), 181-183. Recovered from: https://www.researchgate.net/publication/340961962_Pornography_use_in_the_setting_of_the_COVID-19_pandemic
- Moskalewicz J, Badora B, Feliksiak M, Głowacki A, 'Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identykacja czynnikow ryzyka i czynnikow chroniących hazardu i innych uzależnieńbehawioralnych – edycja 2018/2019' (Raport badań, 2019) Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Badania Opinii Publicznej
- Nebot-García, J.E., Ruiz-Palomino, E., Giménez-García, C., Gil-Llario, M.D. y Ballester-Arnal, R. (2020). Frecuencia sexual de los adolescentes españoles durante el confinamiento por COVID-19. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 7, (3), 19-26. Recovered from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7649328
- Nowakowska I, Lewczuk K, Gola M 'Changes in the Addiction Prevalence in Polish Population between 1990-2019: Review of Available Data' (2020) 6(1) Journal of Addiction Science
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (DGPNSD) (2020). Informe COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones. Recovered from: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO_COVID-19_OEDA_final.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2020). Informe sobre adicciones comportamentales 2020. Ministerio de Sanidad. Recovered from: https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2020). INFORME 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad. Recovered from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2021). Informe Nacional EDADES 2019/2020. Ministerio de Sanidad. Recovered from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recovered from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

- Patrão, Ivone and Fernendes, Pedro (2019). Online addictions: a study on the perception of parental supervision in a sample of parents of children and young people. Lisbon: Edições ISPA

- Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (2020). Informe. Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19. Madrid, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Recovered from: https://www.sepypna.com/documentos/2020_InformeCOVID_final.pdf

- Pornhub. (2020). Coronavirus insights. Recovered from: https://www.pornhub.com/insights/corona-virus.

- Phellas, C., Kentas, G., & Stylianou, A. (2017). (rep.). National Betting Authority. Retrieved from https://nba.gov.cy/wp-content/uploads/ReportGambling_EN.pdf \

- Robertson, E. B., David, S. L. y Rao, S. A. (2003). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders, 2nd ed. Bethesda, MD: U. S. Department of Health and Human Services, National

- Sarrión, B. (2020). Adicción a las compras durante el confinamiento. Recovered from: https://volmae.es/adiccion-a-las-compras-durante-el-confinamiento/

- SICAD (2020). Annual Report 2019. The Country's Situation Concerning Drugs and Drug Addiction. Lisbon: SICAD

- SICAD (2020). Statistical bulletin 2019 (Alcohol; Gaming, Gambling and Internet; Illicit Substances; Medicines). Lisbon: SICAD

Links of interest

- https://aptta.ro/statistici.html
- https://castlecraig.ro/despre-noi/mass-media/statistici-dependenta
- https://www.cgc.org.cy/en/the-cyprus-gaming-commission
- https://globalyouthadvocacy.net/sport-not-alcohol-and-drugs/
- https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/01/Analiza-de-situatie-2015-1.pdf
- https://www.mediafax.ro/social/patima-jocurilor-de-noroc-o-dependenta-periculoasa-ce-afecteaza-in-special-tinerii-ce-consecinte-pot-aparea-si-cum-se-poate-trata-17517039
- https://movendi.ngo/news/2020/01/24/romania-alcohol-problems-among-youth/
- https://www.naac.org.cy/el/home
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6196370/
- https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf
- https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf
- https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563215000862
- http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao
- https://snpcar.ro/factori-psihologici-si-sociali-implicati-in-consumul-de-droguri-la-adolescenti/
- https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-016-0080-3

Thank You

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Agencia Nacional Española

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD · SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD · injuve

fundación aspaym castilla y león

GAMA INSTITUTE
Sănătate, Educație, Cercetare

ROSTO SOLIDÁRIO
Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

POLSKA AKADEMIA ROZWOJU

Dione