

**EWOLUCJA POZIOMÓW PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH  
– STAN I KIERUNKI ROZWOJU W PERSPEKTYWIE PROFILAKTYKI POZYTYWNEJ**

**Sławomir Kania**  
Uniwersytet Opolski  
pl. Kopernika 11a, 45-040 Opole  
E-mail: [1kania.slawomir@gmail.com](mailto:1kania.slawomir@gmail.com)



**ABSTRAKT**

**Teza.** Ewolucja programów profilaktyki spowodowała również zmianę w podejściu do poziomowania działań zapobiegawczych. Współcześnie obowiązujące poziomy w profilaktyce pedagogicznej tworzone są w oparciu o grupy ryzyka. Poziomy te jednak ponownie muszą zostać zweryfikowane w obliczu nowego podejścia tzw. profilaktyki pozytywnej.

**Omówione koncepcje.** W artykule przedstawiono proces ewolucji poziomów, prezentując nieobowiązujący model określany jako tradycyjny podział, przyczynę jego zmiany i uzasadnienie modelu obowiązującego. Omówiono również propozycję modelu poziomów dla profilaktyki pozytywnej.

**Wyniki i wnioski.** Można zastosować dychotomiczny podział działań, uwzględniając poziom psychopedagogiczny oraz socjopedagogiczny.

**Wartość poznawcza podejścia.** Propozycja nowych poziomów profilaktyki pedagogicznej w odwołaniu do profilaktyki pozytywnej.

**Słowa kluczowe:** profilaktyka pedagogiczna, profilaktyka pozytywna, poziomy profilaktyki, grupy ryzyka

**Evolution of levels of prophylaxis of risky behaviours - the state and directions of development in the perspective of positive prophylaxis**

**ABSTRACT**

**Thesis.** The evolution of prevention programs has also changed the approach to levelling preventive actions. Contemporary levels in pedagogical prophylaxis are created based on risk groups. However, these levels have to be verified again in the face of a new approach, the so-called positive prophylaxis.

**Concepts discussed.** The article presents the process of level evolution by presenting a non-binding model defined as a traditional division, the reason for its change and the justification of the applicable model. The proposal of a level model for positive prophylaxis was also discussed.

**Results and conclusions.** Dichotomic division of activities can be applied, taking into account the psycho-pedagogical and socio-pedagogical levels.

The cognitive value of the approach. A proposal of new levels of pedagogical prophylaxis in reference to positive prophylaxis.

**Key words:** pedagogical prophylaxis, positive prophylaxis, prevention levels, risk groups

#### **WSTĘP**

Poziomowanie działań profilaktycznych obecnie stanowi standard profesjonalnej profilaktyki szkolnej zachowań ryzykownych. Celem tego standardu jest wzmacnianie skuteczności oddziaływań profilaktycznych poprzez selekcjonowanie grupy odbiorców pod względem skali ryzyka występowania problemów wychowawczych. W ramach tej selekcji dostosowuje się czy też specjalizuje odpowiednie działania uwzględniające natężenia ryzyk psychospołecznych. W ramach tego podziału możliwe jest również określenie kompetencji realizatorów profilaktyki przy uwzględnieniu trudności zadania. W perspektywie rozwoju naukowego i ewaluacji programów wychowawczo-profilaktycznych nastąpiła potrzeba zmiany nie tylko nazewnictwa, ale również zakresu działań. Głównym celem artykułu jest przedstawienie ewolucji poziomów profilaktyki szkolnej oraz wskazanie nowej perspektywy zmiany w odniesieniu do zdobywającej coraz to większą popularność tzw. profilaktyki pozytywnej.

#### **POZIOMY PROFILAKTYKI UWZGLĘDNIAJĄCE RYZYKO**

Zbigniew B. Gaś w oparciu o ustalenia Geralda Caplana zaproponował trójstopniowy system podziału psychoprofilaktyki na profilaktykę pierwszorzędową, profilaktykę drugorzędową i profilaktykę trzeciorzędową (Gaś, 1999).

Profilaktyka pierwszorzędowa związana jest z dychotomicznymi działaniami ukierunkowanymi na promocję zdrowia oraz na zapobieganie dysfunkcjom behawioralnym oraz związanym z nimi trudnościami przystosowawczym. Działania pierwszorzędowe skoncentrowane są na trenowaniu umiejętności psychospołecznych, pozwalających na radzenie sobie w sytuacjach trudnych, oraz zaopatrywaniu w silnie uargumentowaną i sprawdzalną przez odbiorców wiedzę, w oparciu o ich potrzeby (Gaś, 1999). U podstaw profilaktyki pierwszorzędowej obecne jest przeświadczenie o występowaniu czynników zagrażających prawidłowej socjalizacji jednostek oraz ich normatywnemu funkcjonowaniu (Śliwa, 2015).

Profilaktyka drugorzędowa skoncentrowana jest na wczesnej identyfikacji zaburzeń zachowania, a głównym jej celem jest zapobieganie ich rozwojowi. Ważnym obszarem działań jest ujawnianie osób zagrożonych rozwojem dysfunkcji, czyli dokonanie selekcji i dostosowanie do tej grupy działań zapobiegawczych (Gaś, 1999). Grupa docelowa profilaktyki drugorzędowej znajduje się w stanie zagrożenia utrwalenia się patologii zachowania (Śliwa, 2015). Skoncentrowanie działań wobec wyselekcjonowanej grupy ma uniemożliwić utrwalenie zachowań ryzykownych, rezygnację z destrukcyjnych zachowań (Róg, 2009) oraz wzmocnienie kontroli społecznej wobec określonej grupy podwyższonego ryzyka.

Profilaktyka trzeciorzędowa, inaczej określana jako interwencyjna, jest działaniem wdrażanym po ujawnieniu jednostek z utrwalonymi już dysfunkcjami. W obszarze

jej działań znajdują się rehabilitacja, resocjalizacja oraz terapia, której celami są zatrzymanie rozwoju dysfunkcji i ponowna socjalizacja (Gaś, 1999). Działania na tym poziomie mają charakter minimalizacji szkód przejawianych destrukcyjnych zachowań (Michel, 2013). Podstawą działań na tym poziomie jest świadomość, że w danej społeczności funkcjonują jednostki, które korzystały ze wsparcia terapeutycznego i potrzebują działań konserwujących wypracowane zdolności niekonfliktowego funkcjonowania w zgodzie z normami społecznymi (Śliwa, 2015).

Szczegółowa specyfikacja porównawcza została dokonana przez Luciana L'Abate'a (Gaś, 1999) w oparciu o kryteria różnicujące proponowane poziomy działań profilaktycznych pod względem: celów działań, ryzyka uzależnień, form uczestnictwa, odwracalności przejawów niedostosowania, sposobów włączania adresatów profilaktyki, prawdopodobieństwa odrzucenia pomocy, kosztów realizacji programu, zakresu populacji adresatów, zdolności uczenia się poszczególnych poziomów profilaktyki, przewidywanej skuteczności, realizatorów i rodzajów interwencji wraz ze specyfiką i charakterem działań. Efekty porównań zaprezentowano w tabeli poniżej.

Tabela 1. Porównanie poziomów profilaktyki pierwszo-, drugo-, trzeciorzędowej.

	Profilaktyka pierwszorzędowa	Profilaktyka drugorzędowa	Profilaktyka trzeciorzędowa
Ryzyko uzależnienia	Od minimalnego do niskiego	Wysokie, ale nie krytyczne	Krytyczne
Odwracalność przejawów niedostosowania	Wysoka (100-50%)	Średnia (50-25%)	Niska (25-0%)
Prawdopodobieństwo odrzucenia pomocy	Niskie	Umiarkowane	Realne
Zakres populacji objętej działaniami	Niekliniczny (diagnozowana ogólnie)	Przedkliniczny (wstępna diagnoza kliniczna)	Kliniczny (pełna diagnoza kliniczna)
Zdolność uczenia się osób objętych działaniami	Wysoka	Umiarkowana	Niska
Cele działań	Wzrost kompetencji i umiejętności psychospołecznych	Obniżenie poziomu stresu i odsunięcie niebezpieczeństwa kryzysu	Przywrócenie funkcjonalności
Forma uczestnictwa	Uczestnictwo dobrowolne	Uczestnictwo obowiązkowe	Uczestnictwo przymusowe
Sposoby włączania adresatów programu	Propozycja udziału	Zalecenie udziału	Wskazanie konieczności udziału
Koszty działań	Bardzo niskie	Umiarkowane	Wysokie
Skuteczność działań	Wysoka	Zróżnicowana	Mało skuteczna
Realizatorzy	Niefachowcy	Profesjoniści	Wysoko wyspecjalizowani specjaliści
Rodzaj wprowadzanych interwencji	Niespecyficzne: rozwojowe, wzmacniające, wzbogacające	Specyficzne: warsztaty, treningi	Wysoko specjalistyczne: terapia, rehabilitacja
Specyfika działań	Niska	Umiarkowana	Wysoka
Charakter działań	Proaktywna i przedterapeutyczna	Paraaktywna i paraterapeutyczna	Reaktywna i terapeutyczna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (L. L'Abate, 1989, Za: Z. B. Gaś, 1999).

W Tabeli 1. poza kategoriami wyróżnionymi przez L. L'Abate'a, zawarto również jego uwagi co do charakteru poziomu profilaktyki. Jego zdaniem prezentowane po-

ziomy profilaktyki różnią się w zasadniczy sposób pod względem charakteru działań w nich przewidzianych. Dla profilaktyki pierwszorzędowej działania mają charakter uprzedzający dysfunkcje bez względu na stopień zagrożenia, dla profilaktyki drugorzędowej działania mają charakter interwencyjny, uwzględniający ryzyko dysfunkcji i zmierzający do redukcji ryzyka w grupie. Profilaktyka trzeciorzędowa natomiast ma charakter reaktywny, czyli jest działaniem odwołującym się do stopnia utrwalenia dysfunkcji, najczęściej w wymiarze jednostkowym, a nie grupowym (Gaś, 1999).

Analiza porównawcza pozwala na wskazanie profilaktyki pierwszorzędowej jako tej najskuteczniejszej pod względem wszystkich wyróżnionych kryteriów oraz wskazanie profilaktyki trzeciorzędowej jako tej najmniej efektywnej. Miejscem działań profilaktyki pierwszorzędowej oczywiście będą placówki oświatowe, np. szkoły, profilaktyki drugorzędowej – przede wszystkim placówki wspierające szkoły, np. poradnie psychologiczno-pedagogiczne, a ostatni poziom jest zarezerwowany dla ośrodków specjalistycznych, takich jak poradnie uzależnień. W przypadku profilaktyki drugorzędowej możliwa jest jej realizacja także w szkole, jednakże uwarunkowane jest to poziomem umiejętności profilaktyczno-wychowawczych i organizacyjnych pedagogów tam pracujących. Przedstawione poziomy profilaktyki społecznej posiadają również cechy wspólne, które stanowią fundament działań zapobiegawczych. Do cech wspólnych Z. B. Gaś (2006) zaliczył:

- propagowanie zdrowego stylu życia oraz pozytywnego usposobienia, zmierzającego do maksymalizacji długości życia jednostki,
- ograniczenie populacji jednostek dysfunkcyjnych w danym środowisku,
- ograniczenie rozwoju chorób i śmiertelności powiązanych z destrukcyjnym funkcjonowaniem psychospołecznym,
- redukcja niebezpieczeństwa niezdolności do funkcjonowania przez jednostki w zgodzie z normami powszechnie akceptowanymi przez ogół społeczeństwa.

Omawiane poziomy profilaktyki społecznej posiadają znacznie szerszą podstawę w postaci dziesięciu celów i zadań:

- realizowanie powszechnej edukacji w zakresie zagrożeń dla rozwoju jednostki i skali rozprzestrzeniania się tychże zagrożeń,
- uświadamianie w zakresie zdrowych postaw konsumpcyjnych,
- rozwijanie kompetencji interpersonalnych, pozwalających na zgodne współżycie z innymi członkami społeczeństwa,
- rozwijanie kompetencji intrapersonalnych, zapewniających adekwatny poziom rozumienia i poznawania własnych zdolności i ograniczeń,
- kształtowanie umiejętności podejmowania świadomych, nielosowych wyborów, rozwiązywania trudności życiowych, przy ukierunkowaniu na wybory pozytywne, zapewniające satysfakcjonujący i społecznie akceptowany rozwój,
- kształtowanie kontaktów z pozytywnymi grupami rówieśniczymi oraz poczucie przynależności i współodpowiedzialności grupowej,
- kształtowanie poczucia odpowiedzialności i wskazywanie zachowań odpowiedzialnych jako zachowań pożądaných i wartych naśladowania,
- poprawę jakości życia jednostek poprzez wzmacnianie środowisk, w którym funkcjonują, tj. środowiska rodzinnego, rówieśniczego czy środowiska pracy,
- zmiany regulacji prawnych i przekonań normatywnych, by stanowiły one gwarancję i podbudowę zdrowego środowiska, a tym samym wyrażały akceptację dla zdrowego stylu życia,

- stwarzanie możliwości wczesnego ujawniania zagrożeń dla rozwoju psychospołecznego jednostek oraz stwarzanie warunków do opracowywania i wdrażania działań zapobiegawczych i przeciwdziałających już zaistniałym zagrożeniom (Gaś, 1983).

Cechy, które stanowią wspólny mianownik dla poziomów, stanowią zarazem ich integralne i fundamentalne kierunki działań. Wszystkie poziomy odnoszą się w sposób bezpośredni lub/i pośredni do tychże celów. Zaprezentowane poziomy nie są więc różnymi koncepcjami działań zabezpieczających, a różnice w obszarach działań są raczej próbą wyspecjalizowania i profesjonalizacji, przy urzeczywistnianiu wspólnych celów.

#### EWOLUCJA POZIOMÓW PROFILAKTYKI ZE WZGLĘDU NA RYZYKO

Współcześnie jednak coraz częściej rezygnuje się z podziału profilaktyki na pierwszo- drugo- i trzeciorzędową, wprowadzając nowy podział. Zmiana ta spowodowana była szeregiem strat dla praktyki pedagogicznej, wynikających ze stosowania starej klasyfikacji. Nowy podział działań profilaktycznych uwzględnia również trzy poziomy działania: uniwersalny, selektywny oraz wskazujący (Gaś, 2006), jednakże ich zakresy nie są zbieżne z poziomami wynikającymi z poprzedniego podziału (Tabela 2).

Tabela 2. Stary i nowy podział poziomów profilaktyki społecznej.

Kryterium podziału	Stary podział	Nowy podział
Pełne zdrowie		Promocja zdrowia
Brak ryzyka	Pierwszorzędowa	Profilaktyka uniwersalna
Ryzyko zaburzeń zachowania		Profilaktyka selektywna
Wysokie ryzyko/Pierwsze oznaki zaburzeń zachowania	Drugorzędowa	Profilaktyka wskazująca
Utrwalone oznaki zaburzeń zachowania		Resocjalizacja
Ryzyko nawrotu zaburzeń zachowania	Trzeciorzędowa	Rehabilitacja

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: (K. Ostaszewski, 2005).

Profilaktyka uniwersalna jest zespołem działań adresowanych do całej populacji, opartych na ogólnej diagnozie grupy, jej zasobów oraz zjawisk w niej zachodzących. Czynniki o charakterze indywidualnym nie są uwzględniane na tym poziomie, a głównym wyznacznikiem działań są właściwości grupy osadzone w kontekście szerszej społeczności. Na poziomie profilaktyki uniwersalnej nie wprowadza się warunków uczestnictwa ani też szczególnej selekcji, gdyż podstawą realizacji działań uprzedzających są zmienne wspólne dla większości adresatów. Szkolna profilaktyka na tym poziomie przybiera charakter działań ogólnych i wspierających rozwój całej populacji uczniów, pomijając stopień ryzyka przejawiania dysfunkcji. Realizatorami działań uniwersalnych powinny być osoby, które bezpośrednio i w dłuższym okresie czasu pracują z głównym adresem działań profilaktycznych. W przypadku szkoły są to nauczyciele, pedagog szkolny, wolontariusze, pracownicy administracji itp. Warunkiem skuteczności jest odpowiednie przygotowanie realizatorów przez specjalistów z zakresu profilaktyki. Działania na tym poziomie z reguły realizowane są w taki sposób, by nie wymagały od odbiorców zwiększenia zaangażowania i specjalnej motywacji. Ideą przewodnią takich działań jest to, by zmiany wprowadzane na tym poziomie miały charakter nieinwazyjny (Gaś, 2016).

Poziom selektywny jest już działaniem wyższej specjalizacji, które wymaga, by grupa odbiorców przeszła pewną selekcję, przy uwzględnieniu stopnia ryzyka inicjacji w zachowania ryzykowne. Z ogółu populacji szkolnej wyróżnia się podgrupę osób, które zapraszone są do udziału w specjalnych zajęciach. Warto podkreślić, że uczestnictwo ma tutaj charakter dobrowolny – niewymuszony. Zdaniem Krzysztofa Ostaszewskiego na tym poziomie możliwa jest już realizacja działań zindywidualizowanych (Ostaszewski, 2005). Proponowane na tym poziomie czynności wymagają jednak większego osobistego zaangażowania zarówno od odbiorców, jak i realizatorów. Od odbiorców oczekuje się zwiększonej motywacji i aktywności, natomiast realizatorzy muszą posiadać większy zakres wiedzy dotyczącej problematyki rozwoju adresatów, środowiska rodzinnego oraz najbliższego środowiska lokalnego. Działania selektywne wymagają dłuższego czasu realizacji niż działania na poziomie uniwersalnym, przez co są bardziej kosztowne, ale jednocześnie mniej skuteczne (Gaś, 2016).

Poziom wskazujący jest najbardziej wyspecjalizowanym działaniem profilaktycznym. Odbiorcą nie jest już podgrupa, a poszczególne jednostki wywodzące się z grupy ryzyka. Cechą charakterystyczną odbiorców na tym poziomie profilaktyki jest częste przejawianie zachowań ryzykownych oraz już utrwalone oznaki dysfunkcji. Głównym celem profilaktyki wskazującej jest zahamowanie nasilenia dysfunkcji w oparciu o indywidualne faktory ryzyka i czynniki chroniące. Uczestnictwo w działaniach na tym poziomie jest zalecane określonej jednostce. Działania charakteryzują się wysoką częstotliwością, intensywnością i dłuższym przedziałem czasu zaplanowanym na ich realizację. Indywidualny charakter działań oraz specjalistyczne przygotowanie realizatorów sprawia, że jest to najdroższy poziom realizowania działań zapobiegawczych (Gaś, 2016). Realizatorami tego poziomu profilaktyki są specjaliści z przygotowaniem klinicznym i terapeutycznym, jednakże działania prowadzone na tym poziomie nie mają charakteru terapii. Ze względu na wysokie wymagania co do realizatorów, w przypadku profilaktyki szkolnej poziom wskazujący związany jest z włączaniem instytucji pozaszkolnych, specjalistycznych, z zakresu pomocy psychologicznej lub medycznej (Sliwa, 2013).

Tabela 3. Straty i zyski – zmiany w rozumieniu poziomów profilaktyki problemów społecznych.

Stary podział		Nowy podział	
Wady	Konsekwencje (Straty)	Zalety	Konsekwencje (Zyski)
Nieostry podział między leczeniem a zapobieganiem dysfunkcjom	Działania naprawcze stają się bardziej pożądane, gdyż są bardziej widoczne	Jasny podział działań profilaktycznych na zapobieganie i przeciwdziałanie	Działania zapobiegawcze nie rozmywają się z działaniami leczniczymi
Obecność rehabilitacji, resocjalizacji i leczenia w obszarze profilaktyki	Środki finansowe przekazywane są w głównej mierze na działania lecznicze na rzecz działań zapobiegawczych	Wyłączenie leczenia z zakresu działań profilaktycznych	Środki zarezerwowane na profilaktykę nie przechodzą na leczenie, a służą rozwojowi działań zapobiegawczych
Brak akcentowania na działania o charakterze uprzedzającym	Realizacja działań „opóźnionych”, realizowanych wtedy, kiedy nastąpi ryzyko, lub przejaw dysfunkcji	Koncentracja na działaniach uprzedzających	Realizacja działań, zanim nastąpi ryzyko

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (K. Ostaszewski, 2016).

Zdaniem K. Ostaszewskiego zmiana w zakresie określania poziomów profilaktyki jest korzystna z dwóch głównych przyczyn – pragmatycznej i merytorycznej (Ostaszewski, 2005). Pierwszy powód związany jest z zarządzaniem środkami pieniężnymi przewidzianymi na realizację programów profilaktycznych. Stary podział umożliwiał realizację badań i rozwijanie działań z obszaru leczenia kosztem działań profilaktycznych, co oczywiście nie jest korzystne przy zapobieganiu problemom społecznym. Drugi powód posiada charakter merytoryczny – konstruowanie działań w oparciu o stary podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową profilaktykę zacierało granicę między działaniem uprzedzającym a działaniem korygującym zjawiska patologiczne. Używanie starej terminologii utrudniało jasne wskazanie, co jest zapobieganiem, a co jest już leczeniem.

#### **POZIOMY PROFILAKTYKI POZYTYWNEJ - PERSPEKTYWY ROZWOJU**

Obecnie coraz częściej upowszechniana jest koncepcja profilaktyki pozytywnej. Zakłada ona, że głównym kierunkiem działań powinny być zasoby i potencjały zwiększające prawdopodobieństwo wzmocnienia i konserwacji zachowań prozdrowotnych i prospołecznych (Kania, 2016, s. 68). Perspektywa ta odsuwa na dalszy plan działania wygaszające czynniki ryzyka, akcentując za to czynniki chroniące (Ostaszewski, 2016). W tej perspektywie, zakładając, że model profilaktyki pozytywnej zdominuje współczesne myślenie praktyków, przedstawione poziomy profilaktyki nie mogą być zastosowane, ponieważ:

- zakładają podział na zasadzie czynników ryzyka, przy czym głównym motorem działań są czynniki chroniące,
- niosą ryzyko konserwacji zachowań problemowych poprzez sztuczny podział i etykietowanie danej grupy wychowanków na tle środowiska szkolnego,
- utrudniają realizację działań w szkole, ponieważ niektóre placówki mogą przyjmować, że w ich środowisku nie występuje żadne ryzyko, i będą automatycznie blokowały możliwość ich zastosowania (Kania, 2016),
- selekcjonowanie wychowanków pod względem pierwszych oznak zaburzeń zachowania może prowadzić do tzw. treningu dewiacji (Deptuła, 2013),
- ze względu na trudności w działaniu na niektóre czynniki ryzyka nie dają możliwości pchnięcia wychowanków w kierunku niskiego ryzyka, a tym samym nie daje uczniowi możliwości rozwoju (Nowak, 2015).

Przedstawione argumenty to nie jedyne, jednak wystarczające przesłanki do poszukiwania nowej propozycji działania. Jedną z nich zakłada wyróżnienie dwóch kierunków: działań psychopedagogicznych i działań socjopedagogicznych (Kania, 2016). Przez działania psychopedagogiczne rozumie się wszelkie działania rozwijające i budujące odporność psychiczną poprzez działania na zasoby psychologiczne jednostki. Natomiast drugi kierunek zakłada działania skierowane na najbliższe środowisko wychowanka lub kształtowanie takiego obrazu środowiska wychowanków, który będzie wzmocniał pozytywną adaptację i działania uspołeczniające. Wprowadzenie tego podziału utrudnia już sam poziom diagnozy efektywności działań profilaktycznych, ponieważ efektem profilaktyki pozytywnej jest wzrost zachowań prozdrowotnych i prospołecznych. Jednym z działań prospołecznych jest budowanie zachowań

altruistycznych i trudno wyobrazić sobie, by szkoły realizujące profilaktykę w duchu pozytywnym zdecydowały się na obserwację skali zachowań społecznych.

#### PODSUMOWANIE

Ewolucja, która nastąpiła w obszarze poziomów profilaktyki, była efektem zwiększenia skuteczności oddziaływań profilaktycznych. Stosowany podział nie jest jednak ostateczny i nadal istnieje możliwość poszukiwania nowych propozycji w tym obszarze. W perspektywie zdobywania popularności przez nową koncepcję – profilaktykę pozytywną – należy ponownie rozważyć poziomowanie działań. Dotychczasowe propozycje opierały się wyłącznie na czynnikach ryzyka, natomiast koncepcja profilaktyki pozytywnej akcentuje czynniki chroniące, marginalizując potrzebę działania na czynniki ryzyka. Zaprezentowana propozycja jest próbą, którą ma stanowić odpowiedź na zmianę akcentu w obranym kierunku rozwoju profilaktyki – z działania na czynniki ryzyka na działanie na czynniki chroniące.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Deptuła, M. (2013). *Odrzucenie rówieśnicze: Profilaktyka i terapia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
2. Gaś, Z. B. (1999). *Młodzieżowe programy wsparcia rówieśnicze*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
3. Gaś, Z. B. (2006). *Profilaktyka w szkole*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
4. Gaś, Z. B. (2016). Profilaktyka jako działanie pomocowe na rzecz wychowanków OHP. W: Z. Jasiński, E. Nycz (red.), *Identyfikacja potrzeb i oczekiwań młodzieży na rynku pracy - Konteksty społeczno-pedagogiczne realizacji projektu*. Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski.
5. Gaś, Z. B. (1993). *Rodzina wobec uzależnień*. Warszawa: Michalineum.
6. Kania, S. (2016). Analiza transakcyjna w budowaniu klimatu szkoły – w poszukiwaniu pozytywnej profilaktyki zachowań ryzykownych, *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, nr 5, 111-121.
7. Kania, S. (2016). Profilaktyka pozytywna jako tendencja w zapobieganiu zachowań ryzykownych, *Ogrody Nauk i Sztuk*, Tom 6, 255-262.
8. Kania, S. (2016). Znaczenie czynników poznawczych w profilaktyce pedagogicznej Profilaktyka pozytywna zachowań ryzykownych, *Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna*. Vol. 4 2 (8), 61-71.
9. Michel, M. (2013). Profilaktyka zachowań ryzykownych w działalności edukacyjnej szkoły. Aspekty teoretyczne i praktyczne – *know how* profilaktyki szkolnej. W: A. Szecówka, B. Ogonowski, (red.), *Profilaktyka zachowań dewiacyjnych dzieci i młodzieży*. Wrocław: Wydawnictwo Atła 2.
10. Nowak, B. M. (2015). *Rodzina w kryzysie: Studium resocjalizacyjne*. Warszawa: PWN.
11. Ostaszewski, K. (2005). Nowe definicje programów profilaktyki, *Remedium*, nr 7/8, 40-41.
12. Ostaszewski, K. (2016). Pozytywna profilaktyka po 10 latach. *Świat Problemów*. Pobrane z: <http://www.swiat-problemow.pl/pozytywna-profilaktyka-po-10-latach>.
13. Róg, A. (2009). Realizacja działalności profilaktycznej w szkole gimnazjalnej. W: Z. Bartkiewicz, J. Rejman (red.), *Antyspołeczność: Diagnoza, Profilaktyka, Interwencja*. Tarnobrzeg: Wydawnictwo PWSZ w Tarnobrzegu.
14. Śliwa, S. (2013). Rola diagnozy pozytywnej w profilaktyce selektywnej i wskazującej wobec uczniów zagrożonych wykluczeniem społecznym. W: A. Szecówka, B. Ogonowski (red.), *Profilaktyka zachowań dewiacyjnych dzieci i młodzieży*. Wrocław: Wyd. Atła 2.
15. Śliwa, S. (2015). *Profilaktyka pedagogiczna*. Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski.