

Celem artykułu jest przedstawienie niektórych zmian w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży i ich wybranych uwarunkowań. Jest to zaproszenie do refleksji nad tym, gdzie byliśmy, gdzie jesteśmy i gdzie moglibyśmy być, korzystając z dotychczasowego dorobku w dziedzinie profilaktyki.

PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY DAWNIEJ I DZIŚ

Maria Deptuła

Katedra Pedagogiki Opiekuńczej i Profilaktyki Społecznej

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego

John D. Coie, Norman F. Watt, Stephen G. West, J. Dawid Hawkins, Joan R. Asarnow, Howard J. Markman, Sharon L. Ramey, Myrna B. Shure i Beverly Long prekursorzy naszego dzisiejszego sposobu myślenia o profilaktyce przyjęli, że profilaktyka to działalność uprzedzająca wystąpienie choroby (Coie i in., 1996). W odniesieniu do ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży oznacza to działanie zanim zaczną one zagrażać rozwojowi, zdrowiu, a nawet życiu dzieci i młodzieży. Jej celem jest zapobieganie najbardziej szkodliwym zachowaniom, zmniejszanie ich natężenia, eliminowanie lub łagodzenie czynników

zagrażających prawidłowemu rozwojowi. Profilaktyka jako nauka koncentruje się na badaniu „zwiastunów choroby lub zdrowia, zwanych odpowiednio *czynnikami ryzyka* (*risk factors*) oraz *czynnikami chroniącymi* (*protective factors*) (Coie i in., 1996, s. 16). Mianem czynników ryzyka określa się te zmienne, które „wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia, większym nasileniem i dłuższym czasem trwania istotnych problemów dotyczących zdrowia psychicznego”. Do czynników chroniących zalicza się warunki zwiększające „odporność człowieka na czynniki ryzyka i zaburzenie” (Coie i in., 1996, s. 16).

Tabela 1. Najważniejsze zmiany zachodzące w sposobie myślenia o profilaktyce zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży i jej uprawianiu w praktyce.

Cele główne profilaktyki	
Zapobieganie zjawiskom ocenianym jako niekorzystne.	Tworzenie warunków do pozytywnego rozwoju.
Cele szczegółowe – zmienne w polu zainteresowania	
Zachowania problemowe/ryzykowne oraz ich indywidualne i środowiskowe uwarunkowania.	Czynniki chroniące/czynniki ryzyka w środowiskach życia dzieci i młodzieży. Kompetencje dzieci i młodzieży sprzyjające pozytywnemu rozwojowi.
Oczekiwane efekty programów profilaktycznych	
Obniżenie natężenia/częstotliwości zachowań niepożądanych. Osłabienie czynników ryzyka.	Wzmacnianie czynników chroniących: środowiskowych – rozwój kompetencji wychowawczych rodziców i nauczycieli; poprawa relacji w rodzinie, klimatu w szkole, indywidualnych – rozwój kompetencji dzieci i młodzieży ważnych dla realizacji posiadanego potencjału (np. samoregulacji, funkcji wykonawczych ¹) i dobrych relacji z innymi ludźmi (np. samoregulacji, stylu komunikowania się opartego na aktywnym słuchaniu, używaniu komunikatu „ja”; teorii umysłu ² , empatii, gotowości pomagania innym, umiejętności współpracy, konstruktywnego rozwiązywania konfliktów).
Strategie, metody, struktura oddziaływań profilaktycznych	
Programy jednowątkowe – ukierunkowane na jedno zachowanie ryzykowne/na jedną grupę odbiorców. Programy krótkotrwałe z ewentualną „dawką przypominającą” po upływie pewnego czasu.	Programy wielowątkowe – ukierunkowane na wiele czynników ryzyka i obejmujące wiele lat pracy z jedną grupą – dziećmi i nastolatkami. Programy wielowątkowe – ukierunkowane na wiele czynników ryzyka, na więcej grup społecznych jednocześnie, obejmujące dzieci z grupy ryzyka i ich środowiska życia przez wiele lat.

Źródło: Opracowanie własne z wykorzystaniem analizy zmian wykonanej przez Krzysztofa Ostaszewskiego (2014) oraz Marię Deptułę (2013).

W profilaktyce zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży opartej na naukowych podstawach przyjęto ten sposób myślenia, odnosząc wyżej wymienione grupy czynników do zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży.

Ścieżki zmiany

Profilaktyka zarówno jako nauka, jak i praktyka społeczna zmieniała się na przestrzeni lat dzięki rozwojowi badań naukowych, w tym zwłaszcza nad przejawami i natężeniem zachowań ryzykownych oraz ich podmiotowymi i środowiskowymi uwarunkowaniami, a także interakcjami obu rodzajów czynników. Zmieniała się również dzięki intensywnemu rozwojowi praktyki społecznej w tym zakresie.

Najważniejsze zmiany zachodzące w sposobie myślenia o profilaktyce zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży i jej uprawianiu w praktyce przedstawiono w tabeli 1.

Zmiana w zakresie formułowania celu głównego oddziaływań profilaktycznych polega na przejściu od koncentracji na zapobieganiu zjawiskom ocenianym jako niekorzystne do tworzenia warunków do pozytywnego rozwoju. **W celach szczegółowych programów profilaktycznych** widać wyraźnie, że drogą do ograniczania zachowań ryzykownych młodzieży jest coraz częściej wzmacnianie czynników chroniących, o których, dzięki stale prowadzonym badaniom, wiadomo coraz więcej (por. Junik, 2014; Ostaszewski, 2014). Przez wiele lat naukowcy poszukiwali odpowiedzi na pytanie: dlaczego część nastolatków pije alkohol, upija się, używa narkotyków, podejmuje życie seksualne przed uzyskaniem psychospołecznej dojrzałości, uprawia ryzykowny seks itp.? Czym oni się różnią od tych młodych ludzi z tego pokolenia, którzy mają większy respekt dla norm społecznych i realizują swoje potrzeby i zadania rozwojowe – autonomii, budowania tożsamości, bez ryzyka lub z mniejszym ryzykiem dla swojego zdrowia i możliwości realizowania posiadanego potencjału.

Kierunek zmian w zakresie celów oddziaływań profilaktycznych jest konsekwencją systematycznego poszerzania przedmiotu badań profilaktyki i ich celów – od koncentracji na zagrożeniach do koncentracji na tworzeniu warunków do aktualizacji potencjału jednostek i grup społecznych oraz zwiększania ich szans na satysfakcjonujące życie bez substancji psychoaktywnych i ponadnormatywnego zaangażowania w czynności prowadzącego do uzależnień behawioralnych. Zachodzące zmiany są efektem:

- badań empirycznych nad ryzykownymi zachowaniami młodzieży (badania epidemiologiczne) i ich uwarunkowaniami,
- rozwoju teorii wyjaśniających podejmowanie ryzykownych zachowań przez młodzież,
- rozwoju teorii opisujących przebieg rozwoju psychospołecznego od urodzenia człowieka do kresu jego życia, radzenie sobie z zadaniami życiowymi i barierami na drodze do ich realizacji.

Ta wiedza zmieniała punkt widzenia naukowców i praktyków³. Lepsze rozumienie wielości i złożoności przyczyn sięgania przez młodych ludzi po substancje psychoaktywne, podejmowania zachowań szkodliwych dla swojego zdrowia i zagrażających prawidłowemu rozwojowi pozwoliło na dostrzeżenie zachowań ryzykownych młodzieży w szerszym kontekście – w perspektywie szans na pozytywny rozwój, udane życie w roli osoby dorosłej.

Dzięki nagromadzeniu wiedzy naukowej możliwe było także przejście od koncentracji na pojedynczym zachowaniu ryzykownym, np. takim jak palenie papierosów, picie alkoholu, używanie narkotyków – do koncentracji na syndromie zachowań ryzykownych, czyli współwystępowaniu niepożądanych zachowań (Ostaszewski, 2014, s. 58-68). Profilaktyka zmienia się też w wyniku zmian cywilizacyjnych. Wraz z upowszechnieniem dostępu do internetu, elektronicznych urządzeń mobilnych i pojawieniem się nowych form aktywności młodych ludzi w sieciach społecznościowych prowadzone są badania nad przejawami i rozmiarami tej aktywności młodzieży. Ocenia się ich konsekwencje dla zdrowia i pozytywnego rozwoju (por. np. Pyżalski, 2010, 2012; Jarczyńska, 2016). Projektuje się też oddziaływania profilaktyczne.

Zmiana w zakresie oczekiwanych efektów programów profilaktycznych polega przede wszystkim na tym, że w polu uwagi profilaktyków są nie tylko dzieci i młodzież, ale też osoby dorosłe – rodzice i nauczyciele oraz tworzone przez nich dzieciom i młodzieży warunki rozwoju. Wynika to ze zrozumienia, że dziecko i młody człowiek częściej wybierają zdrowe życie, jeśli w domu i w szkole czują się bezpiecznie, są w dobrym kontakcie emocjonalnym z ważnymi osobami dorosłymi i rówieśnikami, mają poczucie autonomii i sprawstwa oraz mogą rozwijać kompetencje niezbędne do realizacji zadań rozwojowych, które przed nimi stoją w danym okresie życia. Umiejętność radzenia sobie z problemami i świadomość, że w razie potrzeby uzyskają wsparcie w rodzinie, od rówieśników lub nauczycieli, dopełnia

obraz czynników ważnych dla pomyślnego rozwoju (por. m.in. Brzezińska, 2005).

Wcześniej adresatem oddziaływań były przede wszystkim nastolatki. Obecnie są nimi także dzieci, grupa rówieśnicza, rodzice, nauczyciele, środowisko lokalne. Podejmowane są próby wpływania na całe społeczeństwo poprzez rozwiązania prawne oraz za pośrednictwem mediów – poprzez kampanie profilaktyczne. Kampanie adresowane są do różnych grup odbiorców, przykładowo:

- do kobiet w ciąży i wszystkich dorosłych ludzi – „Cięża bez alkoholu”⁴,
- do rodziców najmłodszych dzieci – „Dobry rodzic, dobry start”⁵,
- do młodzieży w celu przeciwdziałania hejtowaniu w sieci – „Dodaj znajomego”⁶,
- do młodzieży i dziadków w celu wzmacniania więzi międzypokoleniowych – „Dziadkowie i wnuki, wspólna historia”⁷.

Wiedza o rozwoju człowieka i mechanizmach zmian zachodzących w jego zachowaniach doprowadziła też do **zmian w zakresie strategii i metod profilaktycznego działania**. Dokonało się przejście od koncentracji wyłącznie na edukacji, której celem było powstrzymanie dzieci i młodzieży przed używaniem substancji psychoaktywnych, poprzez dostarczanie wiedzy o ich szkodliwych skutkach (często wywoływano strach o zdrowie i życie), do wplatania wątków edukacyjnych, dostarczających wiedzy o przyczynach zachowań ryzykownych i ich skutkach w szerszy kontekst wzmacniania czynników chroniących w danej grupie wiekowej, tworzenia warunków sprzyjających pozytywnemu rozwojowi i zdrowemu życiu.

Przekaz wiedzy jest zastępowany przez tworzenie adresatom oddziaływań warunków do jej odkrywania w toku pracy indywidualnej i wspólnej z innymi uczestnikami zajęć. Większą wagę przypisuje się rozwijaniu przez osoby biorące udział w zajęciach profilaktycznych własnych umiejętności będących ważnymi czynnikami chroniącymi.

Zmienia się także struktura oddziaływań profilaktycznych. Większość programów profilaktycznych, które powstały w latach 80. i 90. ubiegłego wieku miała charakter kilkutygodniowych oddziaływań adresowanych do młodzieży, których głównym celem było przeciwdziałanie jej problemowym zachowaniom. Jeden z pierwszych w Polsce programów profilaktycznych „Elementarz alkoholowy” (realizowany od 1993 roku, za: Fatyga i in., 2000, s. 5), którego wersja druga „Drugi Elementarz, czyli Program

Siedmiu Kroków: program profilaktyki dla młodzieży, nauczycieli i rodziców” (Arendarska i in., 1995) miała bardzo szeroki zasięg, a do dziś jest realizowana jego trzecia wersja⁸ – dotyczył przede wszystkim jednej substancji psychoaktywnej, najbardziej rozpowszechnionej w Polsce – alkoholu. Początkowo program był adresowany do uczniów 14-16-letnich. Wersję drugą uzupełniono obowiązkową częścią dla rodziców pt. „Przygotowanie do profilaktyki domowej”, na którą składały się trzy scenariusze spotkań z rodzicami (Arendarska, Wojcieszek, 1996). Można powiedzieć, że to był program, którego głównym celem było zapobieganie zjawiskom ocenianym jako niekorzystne przez dostarczanie wiedzy w atrakcyjny sposób, okazji do refleksji i konfrontacji przekonania z wiedzą naukową.

Jednak już w tamtym czasie powstały programy, których głównym celem było tworzenie warunków do pozytywnego rozwoju.

Jednym z pierwszych w tej grupie był program psychoedukacyjny dla młodzieży „Nasze Spotkania” (Król-Fijewska, Fijewski, 1992), realizowany w ciągu kilkutygodniowych spotkań w grupie 15-18-latków. Jego cele szczegółowe dotyczyły wzmacniania czynników chroniących w postaci:

- większej świadomości swoich uczuć i potrzeb oraz umiejętności ich komunikowania innym ludziom, rozwijania poczucia własnej wartości,
- osobistych kompetencji młodzieży ważnych dla budowania dobrych relacji z innymi ludźmi (między innymi takich jak: aktywne słuchanie, empatyczne reagowanie na potrzeby rówieśników i pomaganie im),
- umiejętności asertywnej obrony swoich praw.

Tak skonstruowany program uwzględniał indywidualne czynniki chroniące, ale dzięki realizacji zajęć w małej grupie, umożliwiał nawiązanie lub pogłębienie więzi między uczestnikami, co mogło prowadzić do poprawy czynników środowiskowych – np. klimatu w klasie szkolnej. Zmiana klimatu w klasie mogła też być konsekwencją lepszych kompetencji uczniów w zakresie komunikowania się z rówieśnikami i rozwiązywania problemów. Szkolenia przygotowujące pedagogów szkolnych do realizacji tych zajęć umożliwiały im rozwijanie umiejętności niezbędnych do nawiązania relacji wspierającej rozwój (Rogers, 2002). Drugi program, który zaliczam do kategorii ukierunkowanych na tworzenie warunków do pozytywnego rozwoju, nosi nazwę „Spójrz Inaczej. Program zajęć profilaktyczno-wychowawczych” (Kołodziejczyk, Czerniewska, 1993)⁹. Powstał w roku 1993 i do dziś jest realizowany w klasach

szkolnych w całym kraju. Jak dotąd jest on jedyną ofertą tak długofalowej pracy profilaktycznej z dziećmi i młodzieżą. Składa się z trzech części. Pierwsza z nich adresowana jest do uczniów klas I-III szkoły podstawowej, a druga do uczniów klas IV-VI szkoły podstawowej. Adresatem części trzeciej byli początkowo uczniowie klas VII-VIII szkoły podstawowej, następnie uczniowie gimnazjum, a teraz po zmianie systemu szkolnego w Polsce i powrotu do ośmioklasowej szkoły podstawowej powstaje wersja dla klas VII-VIII. Każda z części programu w obecnie realizowanej wersji (Kołodziejczyk i in. 2007; 2008; 2010) zawiera cztery bloki tematyczne: postrzeganie siebie i rozumienie swoich uczuć, uczestnictwo w grupie, rozwiązywanie problemów i dbanie o zdrowie. Ostatni blok w częściach 2 i 3 zawiera również scenariusze dotyczące uzależnień. Zajęcia z dziećmi i nastolatkami są ukierunkowane na wzmacnianie kluczowych czynników chroniących związanych z jednostką, ale dzięki metodyce ich prowadzenia wzmacniają także więzi w klasie szkolnej między uczniami i z nauczycielem-wychowawcą klasy, który te zajęcia prowadzi po uprzednim przeszkoleniu. Prezentowane wyżej przykłady programów profilaktycznych są ofertą profilaktyki uniwersalnej, dawniej nazywanej profilaktyką pierwszego stopnia albo pierwszorzędowną, adresowane są bowiem do całej populacji, niezależnie od stopnia indywidualnego zagrożenia, które dotyczy poszczególnych osób. W tej dziedzinie mamy w Polsce największe osiągnięcia, o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części tego artykułu.

Znacznie wolniej rozwijają się oferty działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży z grup ryzyka. Przed nami wyzwanie nie tylko wzbogacania i podnoszenia jakości oferty dla tej grupy, ale także budowania profilaktyki systemowej, obejmującej dzieci i młodzież z grup ryzyka oraz środowiska ich życia – rodzinę, placówki wczesnej opieki i edukacji dla dzieci do lat 3, przedszkole i szkołę. Przykładem takiej systemowej profilaktyki jest wieloletni program Fast Track¹⁰, opracowany i empirycznie zweryfikowany w USA. Dotyczy on dzieci zaliczonych do grupy ryzyka na podstawie diagnozy indywidualnej i środowiskowej w okresie przedszkolnym. Interwencja profilaktyczna trwała przez całą szkołę podstawową (I-VI klasa) i w gimnazjum. Obejmowała dzieci z grupy ryzyka, ich rodziców oraz ich nauczycieli. W okresie szkoły podstawowej pracowano również z całą klasą, realizując program z zakresu profilaktyki uniwersalnej. Treści i formy wsparcia dla dzieci i ich ro-

dziców zmieniały się wraz z wiekiem dzieci (patrz m.in. CPPRG 2004a i 2004b; Gagnon, Vitaro 2003; Bierman, 2004; CPPRG 2011). Jest to przykład długofalowego (10 lat) programu wieloskładnikowego ukierunkowanego na zmianę w środowiskach życia dziecka – w rodzinie i w szkole, obejmujący samo dziecko i jego rówieśników w klasie szkolnej, rodziców i nauczycieli. Jego celem jest stworzenie dzieciom z grupy ryzyka szansy na pozytywną adaptację, wykorzystanie i rozwój posiadanego potencjału. Obiecujące są też efekty odroczone programu (szerzej na ten temat Deptuła, 2013, rodz. 8).

Uważam, że wielkim osiągnięciem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytutu Psychiatrii i Neurologii (instytucje podlegające Ministerstwu Zdrowia) oraz Ośrodka Rozwoju Edukacji (agenda Ministerstwa Edukacji Narodowej) jest wypracowanie standardów oceny programów profilaktycznych i konsekwentne rozwijanie od roku 2010 systemu rekomendacji programów (patrz <http://programyrekomentowane.pl/>). Znaczenie wprowadzenia tej procedury dla rozwoju profilaktyki jako nauki i praktyki społecznej w naszym kraju trudno przecenić.

W systemie mamy obecnie (sierpień 2018 roku) 21 programów opartych na naukowych podstawach i spełniających standardy przynajmniej w stopniu minimalnym (program obiecujący). W grupie programów rekomendowanych¹¹ na poziomie promocji zdrowia mamy – 3 programy, na poziomie profilaktyki uniwersalnej – 13, profilaktyki selektywnej – 8, wskazującej – 3. W przypadku większości programów adresatem są nastolatki, a tylko dwa dotyczą bezpośrednio rodziców, w tym jeden także wychowawców/nauczycieli. We wszystkich programach bierze się pod uwagę ważne w danym okresie rozwojowym czynniki chroniące i czynniki ryzyka, uwzględnia strategię i metody, których skuteczność została opisana w literaturze naukowej.

Po pierwsze, po drugie, po trzecie czyli podsumowanie

Myślę, że dysponując taką ofertą, warto się zastanowić nad dalszym jej doskonaleniem. **Po pierwsze**, warto przeprowadzić analizę programów znajdujących się w tej bazie według kryteriów wieku adresatów i czynników, na które ukierunkowane są oddziaływania. Pozwoli ona odpowiedzieć na pytanie, jakie ważne czynniki chro-

niące/czynniki ryzyka zostały uwzględnione na danym poziomie profilaktyki w danej grupie wiekowej, a jakie czekają jeszcze na włączenie ich w ofertę profilaktyki opartej na naukowych podstawach. Uważam, że analiza powinna dotyczyć nie tylko czynników indywidualnych, czyli związanych z jednostką (takich programów mamy najwięcej na wszystkich poziomach), ale też czynników występujących w podstawowych środowiskach życia dzieci i młodzieży – w rodzinie i instytucjach opieki i edukacji, by profilaktyka profesjonalna miała miejsce jak najwcześniej, co znacznie obniży jej koszty a podniesie skuteczność.

Po drugie, warto przeanalizować, czego potrzebują poszczególne oferty działań profilaktycznych, by mogły uzyskać rekomendacje na wyższym poziomie niż obecny. Być może pozwoli to odkryć, jakiego wsparcia w zakresie badania skuteczności programów potrzebujemy, by podać wpisane do systemu oferty bardziej rygorystycznej ewaluacji i dzięki temu je doskonalić, rekomendować na wyższy poziom. Kto wie, czy efektem takiej analizy nie byłoby odkrycie, że konstrukcja czy adaptacja kilkunastu skal o sprawdzonych wartościach psychometrycznych dla poszczególnych grup wiekowych pozwoliłaby podnieść jakość procesu ewaluacji nie tylko tych ofert profilaktycznych, które już w systemie mamy, ale także tych, które z powodu braku ewaluacji nie mogą tam być zgłoszone. Przy okazji mógłby powstać otwarty lub częściowo otwarty bank narzędzi, które sprawdzono już w dotychczasowych badaniach. Bogaty dorobek w tym zakresie ma Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Po trzecie, należałoby precyzyjnie wskazać, jakich programów potrzebujemy, by tworzyć ofertę profilaktyki systemowej, zwłaszcza na poziomie profilaktyki selektywnej i wskazującej począwszy od żłobka, klubu malucha, przedszkola i szkoły podstawowej obejmującej dzieci, ich rodzinę i te instytucje. Efektem tego działania mogłoby być wyszukanie stosowanych już w praktyce społecznej rozwiązań, ale nieznanymi szerzej, nieupowszechnianymi z powodu braku ewaluacji, środków na promocję, braku możliwości zaangażowania się w takie działania autorów i realizatorów tych oddziaływań. Uzupełnieniem takiego działania mogłoby być projektowanie nowych oddziaływań profilaktycznych uzupełniających brakujące ogniwa systemu i badanie ich skuteczności w powiązaniu z istniejącymi już programami. Efektem takich działań mogłoby być w niedalekiej przyszłości projektowanie,

realizowanie i badanie efektów oddziaływań systemowych trwających przez wiele lat.

Profilaktyka zawsze będzie kosztowała społeczeństwo mniej niż leczenie i wspieranie przez wiele lat ludzi, którzy nie potrafią żyć bez substancji psychoaktywnych, z ich powodu mają poważne problemy zdrowotne, nie wykorzystali posiadanego potencjału (nie zdobyli kwalifikacji umożliwiających znalezienie pracy zaspokajającej ich potrzeby materialne i aspiracje co do standardu życia), nie znajdują radości i satysfakcji w utrzymywaniu siebie i rodziny z własnej pracy, przejawiają zachowania antyspołeczne lub popełniają poważne przestępstwa skutkujące osadzeniem w zakładach karnych. Inwestycja w profilaktykę może ograniczyć skalę występowania tych problemów oraz ich transmisję międzypokoleniową.

Przypisy

- ¹ Z analizy przeprowadzonej przez Annę I. Brzezińską i Annę Nowotnik, wynika, że te dwa pojęcia oddają dwa różne ujęcia procesów ważnych m.in. dla osiągnięć szkolnych uczniów. Samoregulację określa się jako zdolność do „kierowania własnymi myślami i zachowaniem w sposób świadomy, celowy i przez siebie zaplanowany”, dzięki czemu dziecko „rozwija swoją niezależność i kształtuje poczucie własnej tożsamości i samoskuteczności (Kochanska, Coy i Murray, 2001, za Brzezińską, Nowotnik, 2012, s. 61). Funkcje wykonawcze „definiuje się (Blair, Zelazo i Greenberg, 2005; Pennington i Ozonoff, 2006; Putko, 2008) jako »psychologiczne procesy zaangażowane w świadomą kontrolę myśli i działań lub jako procesy odpowiedzialne za ukierunkowane na cel zachowanie«. Funkcje wykonawcze są odpowiedzialne między innymi za pamięć roboczą, kontrolę hamowania impulsów, giętkość poznawczą (Brzezińska, Nowotnik, 2012, s. 64).
- ² Teoria umysłu to „intuicyjne rozumienie przez ludzi własnych i cudzych stanów psychicznych” (Schaffer, 2010, s. 136).
- ³ Szeroki opis tych zmian zawiera część I pracy Ostaszewskiego (2014).
- ⁴ Kampania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, patrz m.in. <http://www.parpa.pl/index.php/ciaza-bez-alkoholu>, <http://www.ciazabezalkoholu.pl/>
- ⁵ Kampania Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę - <http://fdds.pl/oferta/dobry-rodzic-dobry-start/>
- ⁶ Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę - <http://fdds.pl/oferta/dodaj-znajomego/>
- ⁷ Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (<http://fdds.pl/oferta/dziadkowie-wnuki-wspolna-historia/>).
- ⁸ Obecnie realizowana jest jego trzecia wersja pt. „Trzeci Elementarz, czyli Program Siedmiu Kroków”, Fundacja ETOH http://www.etoh.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=313&Itemid=58
- ⁹ Od chwili ukazania się tej wersji program był modyfikowany i miał kilka wydań zmienianych i uzupełnianych. Obecnie realizowana wersja ma trzech autorów są to: Andrzej Kołodziejczyk, Ewa Czerniewska, Tomasz Kołodziejczyk (2007; 2008; 2010). Więcej informacji na stronie Stowarzyszenia Psychoprofilaktyki „Spójrz Inaczej” <http://www.spojrzinaczej.pl/index.php/historia-programu> oraz na stronie prowadzonej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii <http://programyrekomentowane.pl/strony/artykuly/spojrz-inaczej,4> <http://programyrekomentowane.pl/strony/artykuly/spojrz-inaczej,29>.
- ¹⁰ Program posiada swoją stronę internetową: www.fasttrack.project.org.
- ¹¹ Suma jest wyższa od 21, bowiem część programów jest ze względu na swoją specyfikę rekomendowana jednocześnie na dwóch poziomach.

Bibliografia dostępna w redakcji.