

# MATERIAŁ EDUKACYJNY

## Olimpiada wiedzy o zdrowiu psychicznym 2024 rok

### „Życie zaangażowane”

*„Nasycenie relacji z ludźmi autentyczną troską o drugiego człowieka może wydatnie zwiększyć poczucie szczęścia i poprawić zdrowie i funkcjonowanie zarówno nasze, jak i osób, z którymi mamy kontakt.”*

*Glenn R. Schiraldi*

*„Siła rezyliencji. Jak poradzić sobie ze stresem, traumą i przeciwnościami losu”*

#### Pojęcia:

**Zdrowie psychiczne wg Światowej Organizacji Zdrowia** to: „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka może realizować swój własny potencjał, radzić sobie z normalnymi stresami życia, pracować produktywnie i wносить wkład w społeczność” (WHO).

**Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przyjmuje z kolei następującą definicję:** „zdrowie psychiczne to dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, a także zdolność do rozwoju i samorealizacji. Oznacza nie tylko brak chorób psychicznych, ale także poczucie własnej wartości i umiejętność czerpania radości z życia” (NFZ).

### DYSONANS POZNAWCZY

Dysonans poznawczy to stan nieprzyjemnego napięcia psychicznego, pojawiający się wtedy, gdy dana osoba posiada jednocześnie dwa elementy poznawcze (np. myśli i sądy), które są niezgodne ze sobą. Dysonans może pojawić się także wtedy, gdy zachowania nie są zgodne z postawami. Stan dysonansu wywołuje napięcie motywacyjne i związane z nim zabiegi, mające na celu zredukowanie lub złagodzenie napięcia.

#### **Przykłady pojawienia się dysonansu i jego redukcji:**

- Palacze mają inne zdanie na temat szkodliwości palenia niż osoby niepalące, mimo równego dostępu wszystkich ludzi do rzetelnych badań na temat konsekwencji palenia.
- Palę papierosy i dowiaduję się, że wywołują one wiele chorób. W związku z tym np. podważam zasadność twierdzeń o szkodliwości palenia – „Moja babcia ma 90 lat, od 70 lat pije, pali i... żyje”. Dysonans zostaje zredukowany. Odkryto np., że prawie wszyscy niepalący zgadzają się z tym, że palenie jest szkodliwe, a wśród osób palących zgadza się z tym tylko połowa badanych.
- Stosuję wobec swojego dziecka kary cielesne, ale mój dobry znajomy mówi mi, że to źle. Dysonans może być zredukowany poprzez przekonanie siebie, że to co się robi z dzieckiem, to nie jest żadne bicie – „zwykłe klapsy” albo też zerwanie przyjaźni.
- Uważam, że należy być dobrym i życzliwym człowiekiem, ale odmawiam dania drobnych pieniędzy żebrakowi, który mnie o to prosi. „To zwykły naciągacz i darmozjad,

pewnie potrzebował na piwo. Podobno niektórzy żebracy jeżdżą mercedesami” – zaczynam myśleć.

- Jestem przekonany o moich zdolnościach intelektualnych, ale bardzo źle wypadam w rozwiązaniu testu inteligencji. „Miałem wyjątkowo zły dzień”, „Jedna pomyłka każdemu może się zdarzyć” itp.
- Posiadam pewien pogląd religijny i uważam się za osobę bardzo religijną, ale dowiaduję się, że stanowisko papieża w danej sprawie jest zupełnie inne niż moje. Widocznie się myliłem – zaczynam myśleć.

#### **Motywacja wzbudzona przez dysonans jest tym silniejsza, im:**

- bardziej wyrazista jest niezgodność między dwoma elementami poznawczymi,
- ważniejsze są dla jednostki te elementy,
- bardziej powiązane są one z innymi przekonaniem czy strukturami poznawczymi danej osoby.

#### **Sposoby redukowania dysonansu:**

Gdy wzbudzony zostaje dysonans dana osoba motywowana jest do jego redukowania i przywrócenia zgodności między sprzecznymi informacjami.

Może to być osiągnięte przez:

1. **Zmianę** jednego z elementów będących ze sobą w kolizji. Palacz, który dowiaduje się, że jest to szkodliwe, może rzucić palenie lub odrzucić informację o szkodliwości palenia (albo unikać myślenia o niej).
2. **Przeformułowanie znaczenia** jednego z elementów, które są ze sobą niezgodne. Na przykład palacz może twierdzić, że pali, ale tylko papierosy light, co nie jest szkodliwe. Bądź też, że „Życie też jest szkodliwe dla zdrowia, nie tylko papierosy” – właściwie wszystko jest szkodliwe, cukier, sól, brak cukru, nadmiar witamin itp., przez co zmienia znaczenie słowa „szkodliwe”.
3. **Dodanie** nowego elementu poznawczego, którego zadaniem jest zredukowanie sprzeczności między dotychczasowymi elementami. Palacz może twierdzić, że palenie go uspokaja i rozluźnia (czyli jest zdrowe). Może zacząć uprawiać sport lub twierdzić, że zawsze wchodzi na siódme piętro piechotą, a te jego wysiłki niwelują szkodliwość palenia.

#### **Dysonans poddecyzyjny:**

- im ważniejsza decyzja - tym większy dysonans,
- im bardziej nieodwracalna decyzja - tym większa potrzeba redukcji dysonansu.

#### **Dysonans poddecyzyjny jest rozwiązywany poprzez:**

- podniesienie atrakcyjności wybranej alternatywy,
- obniżenie atrakcyjności alternatywy, której się nie wybrało.

## **KOMUNIKACJA**

Proces **komunikacji** dotyczy czterech zjawisk:

1. **intrapSYchicznego** - czyli doświadczanego wewnątrz;
2. **interpersonalnego** - czyli dotyczącego dwóch osób pozostających ze sobą w bezpośrednim kontakcie;
3. **grupowego** - obejmującego porozumiewanie się członków grupy, zajmujących w tej strukturze określone pozycje;

4. **społecznego** - gdzie komunikacja ma charakter interakcji między grupami lub dużymi liczebnościami osób o tożsamości anonimowej.

**Komunikacja** interpersonalna to proces przekazywania i odbierania informacji w bezpośrednim kontakcie z drugą osobą w celu tworzenia relacji i wzajemnego zrozumienia. Wpływa na nasz rozwój, samopoczucie i efektywność w realizowaniu życiowych celów. Skuteczna komunikacja interpersonalna opiera się na dialogu. Dlatego bardzo ważna jest umiejętność okazania zainteresowania, uważnego słuchania, udzielania informacji zwrotnej i rozumienia perspektywy drugiej osoby. Wiąże się to również z umiejętnością przekazywania własnych myśli i uczuć w jasny sposób, tak aby druga osoba mogła je zrozumieć.

Rozpoznawanie i nazywanie uczuć i emocji nie jest łatwe. W odpowiedzi na pytanie „co czujesz”- często słyszymy opinie i poglądy, a nie informacje o przeżywanych uczuciach. Nie zauważone, nie zrozumiane uczucia i emocje mogą doprowadzić do frustracji, a nawet konfliktu. Nie wyrażone uczucia (szczególnie nieprzyjemne) potrafią się gromadzić i w pewnych okolicznościach ujawnić z siłą nieadekwatną do danej sytuacji. W sytuacji trudnej, zdolność i możliwość wyrażenia swoich uczuć może (i powinna) spełnić rolę „wentyla” i pozwolić zająć się rzeczywistym problemem. W celu dobrego i sprawnego porozumiewania się w sytuacjach trudnych, tak, aby móc powiedzieć o swoich uczuciach, potrzebach i zostać wysłuchanym, powinniśmy posłużyć się komunikatem typu JA. Budowa tego komunikatu wygląda następująco:

JA czuję, (ja jestem) ....., kiedy Ty ....., ponieważ .....

Wiele nieporozumień w relacjach interpersonalnych jest wynikiem złej komunikacji. Niewłaściwe odczytanie intencji z jednej strony, zawoalowane oczekiwania z drugiej to trudności, których doświadcza niemal każdy z nas w codziennych rozmowach. O efektywnej komunikacji można mówić wówczas, kiedy treść wypowiedzi jest rozumiana zgodnie z intencjami nadawcy przekazu.

Właściwa komunikacja jest narzędziem do rozwiązywania i unikania konfliktów, a jej efektem porozumienie między rozmawiającymi osobami.

Błędem w komunikowaniu się z innymi osobami są wypowiedzi oceniające, obniżające wartość rozmówcy, naruszające jego godność: krytykowanie, osądzanie, pouczanie, zawstydzanie.

Uważne słuchanie natomiast buduje atmosferę zaufania, współpracy i życzliwości. Podczas aktywnego słuchania utrzymujemy kontakt wzrokowy z rozmówcą, zachęcamy do wypowiedzi np. poprzez potakiwanie głową, zadawanie dodatkowych pytań, nie przerywamy rozmówcy.

**Bariery komunikacyjne** to wszystkie czynniki, które utrudniają zrozumienie przekazu zawartego w wypowiedzi. Należą do nich:

**Różnice kulturowe** – polegają na tym, że każdy człowiek wychowuje się w innym środowisku, innej sytuacji politycznej, innej kulturze, a ponadto obciążony jest własnym bagażem doświadczeń. Dlatego ten sam komunikat może być odebrany zupełnie inaczej przez różne osoby (np. gesty uznawane u nas za pozytywne, w innych regionach, krajach mogą oznaczać coś innego, niekiedy obraźliwego). Należy o tym pamiętać w celu uniknięcia nieporozumień, a nawet poważnych problemów.

Brak umiejętności **decentracji** - pełne zrozumienie rozmówcy możliwe jest dzięki przyjęciu jego perspektywy. Ktoś, kto skupia się wyłącznie na sobie, nie jest zdolny przyjąć innego punktu widzenia niż własny, nie może być dobrym słuchaczem, a tym samym dobrym rozmówcą.

**Utrudnienia percepcyjne** związane z nadawaniem i odbiorem mowy, np. zaburzenia słuchu, artykulacji, używanie niezrozumiałych dla odbiorcy słów czy skrótów myślowych, ale też niekorzystne czynniki z otoczenia, np. hałas.

**Emocje**, np. gniew, zazdrość, lęk, miłość, złość, zakłopotanie, wpływają na zrozumienie słyszanych komunikatów i na to, jak nasze komunikaty oddziałują na innych.

**Stereotypy** – chętniej i uważniej słuchamy kogoś, kogo uważamy za autorytet niż kogoś, z kim się za bardzo nie liczymy (łatwo przypniemy mu etykietkę, powiemy, że „on się nie zna”).

**Wybiórczość uwagi** - koncentrowanie się jedynie na określonych, interesujących nas szczegółach, zamiast na całokształcie wypowiedzi może znacznie zniekształcić przekaz.

**Samopoczucie** – nasza forma psychofizyczna. Wpływa na poziom naszej koncentracji, motywacji, uprzejmości wobec rozmówcy.

Skuteczna komunikacja przebiega wielopłaszczyznowo. Polega na spójnym powiązaniu sygnałów werbalnych i niewerbalnych.

**Komunikacja werbalna**, inaczej nazywana słowną, jest używaniem słownych, sformułowanych w zdania przekazów.

**Komunikacja niewerbalna**, inaczej nazywana bezsłowną, wykorzystuje gesty, mimikę, tzw. mowę ciała do przekazów komunikacyjnych.

Większość naszych komunikatów (65%) ma charakter niewerbalny.

### **Komunikacja niewerbalna**

Nie wypowiadając ani słowa, ciało nieustannie emituje sygnały, które wyrażają nasze samopoczucie, nastawienia, postawy. Komunikacja niewerbalna jest wielokanałowym procesem przebiegającym spontanicznie, obejmującym subtelne nielingwistyczne zachowania, dokonującym się w sposób ciągły i w dużej mierze, bez udziału naszej świadomości. Nawet jeżeli zdajemy sobie sprawę z emitowania poprzez własne ciało określonych sygnałów niewerbalnych, to w niewielkim jedynie stopniu potrafimy sprawować kontrolę nad tym procesem. Trudno opanować np. drżenie rąk, ton głosu, natomiast najłatwiej wyraz twarzy (można się postarać by twarz wyrażała uśmiech, zdziwienie itp.).

Przyjrzyjmy się teraz dokładniej poszczególnym kanałom ekspresji niewerbalnej. Można je podzielić na:

- **ruchy ciała** - mimika, kontakt wzrokowy, gesty, pozycja ciała, dotyk,
- **zależności przestrzenne** - dystans, jaki utrzymujemy z rozmówcą w czasie interakcji,
- **parajęzyk**.

**Mimika** twarzy stanowi cenne źródło informacji na temat stanów emocjonalnych i postaw, takich jak sympatia czy wrogość. Naukowcy stwierdzili, że istnieje sześć głównych rodzajów mimiki odpowiadających następującym emocjom: szczęście, zdziwienie, strach, smutek, gniew, pogarda. Jako najbardziej ekspresyjna część ciała – twarz odzwierciedla szybko zmieniające się nastroje, reakcje na wypowiedzi i zachowania rozmówcy. Najbardziej ekspresyjne są okolice brwi i ust.

**Kontakt wzrokowy** - oczy stanowią najważniejszy obszar wizualnej uwagi - nasza uwaga koncentruje się na oczach rozmówcy przez ok. 45% czasu. Patrzenie na inną osobę jest wyrazem zainteresowania, a jednocześnie przejawem pozytywnej lub negatywnej odpowiedzi na to zainteresowanie.

**Dotyk** zależy od charakteru związku interpersonalnego. Istnieje szereg sytuacji, w których kontakt cielesny jest akceptowany, mimo braku bliższych relacji, np. w sporcie, podczas tańca, podczas badania lekarskiego. Przekaz dotykowy jest szczególnie skuteczny w dostarczaniu pocieszenia osobom potrzebującym psychicznego wsparcia. Poprzez dotyk okazujemy sympatię, zrozumienie, współczucie. Dotyk odgrywa ogromnie ważną rolę w kształtowaniu bliskich relacji. Odgrywa szczególne znaczenie w relacjach rodzice – dzieci.

**Gesty** - kiedy mówimy, nieustannie poruszamy rękami, głową i całym ciałem. Ruchy te są skoordynowane z mową i stanowią część całościowego procesu komunikowania się.

**Pozycja ciała** - nasze ciało intencjonalnie lub nieintencjonalnie stale wysyła sygnały poprzez postawę, pochylenie, rozluźnienie, napięcie i komunikuje nastawienie wobec rozmówcy oraz treści rozmowy.

### **Dystans fizyczny**

Wyróżnia się cztery strefy określające odległość między rozmówcami, świadczące o łączącej ich relacji. Są to:

- strefa intymna (0-45cm),
- strefa osobista (45-120 cm),
- strefa społeczna (1,2-3,6 m),
- strefa publiczna (3,6-6m).

**Parajęzyk** to cechy wokalne głosu, sposób mówienia, czyli tonacja, akcent, rezonans, tempo, artykulacja, siła głosu, rytm. Pełni ważną rolę w komunikacji, np. zdradza nasz nastrój, nastawienie.

### **Komunikacja werbalna**

To używanie słów o określonym znaczeniu, połączonych w zdania za pomocą określonych reguł gramatycznych. Za pośrednictwem języka przekazujemy informacje, ale także zawieramy i podtrzymujemy kontakty z innymi oraz więzi społeczne. Poznajemy świat przez zmysły, a interpretujemy swoje doświadczenia za pomocą języka mówionego i pisanego. Używamy go do komunikacji z innymi osobami, ale też do prowadzenia wewnętrznego dialogu.

## **STRES**

### **Strategie i style radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej**

Naturalnym pragnieniem każdego człowieka jest życie w dobrym zdrowiu i samopoczuciu. Tymczasem często jesteśmy poddawani różnego rodzaju stresom. Stresujemy się prawie wszystkim: wydarzeniami na świecie, bezrobociem, korkiem na ulicy, spojrzeniem przełożonego, chorobą, rozwodem, etc. W rzeczywistości stres towarzyszy człowiekowi od narodzin życia na Ziemi. Zapewne źródła stresu były wówczas inne niż te, które zna współczesny człowiek, niemniej istniały.

Poziom stresu zwiększa się w szczególnie trudnych sytuacjach, gdzie jesteśmy zagrożeni lub mamy poczucie zagrożenia fizycznego, społecznego lub psychicznego.

Zjawisko jest tak powszechne, że aż trudne do ogarnięcia. Wielu z nas uważa, że jest ono typowe dla naszych czasów, naszego stulecia. I wówczas stres podobnie tak jak i dziś, był i jest przede wszystkim powodem depresji, frustracji, znacznie rzadziej jest sojusznikiem

w osiągnięciu sukcesów i wytyczonych celów.

## **Stres i skutki przewlekłego stresu**

Pojęcie stresu jest znane każdemu i potocznie kojarzone w znaczeniu ujemnym z przeciążeniem, wywołanym sytuacją trudną, konfliktową, chorobą, przykrym przeżyciem, zmartwieniem, ale też wpływem bodźców fizycznych, np. hałasu. Stres (ang. *stress*) – zespół powiązanych procesów w organizmie i systemie nerwowym, stanowiących ogólną reakcję osobnika na działanie bodźców lub sytuacji niezwykłych, trudnych, zakłócających, zagrażających, przykrych lub szkodliwych, zwanych stresorami (Kocowski T).

Popularny Słownik Języka Polskiego PWN definiuje stres jako „stan mobilizacji sił organizmu będący reakcją na negatywne bodźce fizyczne i psychiczne, mogący doprowadzić do zaburzeń czynnościowych”. Natomiast Słownik Psychologiczny rozróżnia dwa rodzaje stresu:

1. **stres psychiczny** – wywołany przez silny bodziec zewnętrzny i wewnętrzny (stresor), wzrost napięcia emocjonalnego prowadzący do ogólnej mobilizacji sił organizmu, mogący przy długotrwałym działaniu doprowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu, wyczerpania i chorób psychosomatycznych;
2. **stres fizjologiczny** – całokształt zmian, którymi organizm odpowiada na różnorakie czynniki uszkadzające, jak zranienie, oziębienie, przegrzanie itp.

W nauce stres kojarzony jest z twórcą pierwszej teorii stresu, lekarzem H. Selye. Użył on słowa stres, który zdefiniował z punktu widzenia biologii i fizjologii jako „nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu żądanie”. Koncepcja Selye wzbudziła zainteresowanie i zaowocowała powstaniem kilku teorii stresu psychologicznego. Istnieją trzy nurty w określeniu stresu psychologicznego. I. Heszen - Niejodek przedstawia stres jako:

1. bodziec, sytuację lub wydarzenie zewnętrzne o określonych właściwościach,
2. reakcje wewnętrzne człowieka, zwłaszcza reakcje emocjonalne, doświadczane wewnętrznie w postaci określonego przeżycia,
3. relację między czynnikami zewnętrznymi, a właściwościami człowieka.

Istnieje wiele medycznych jak i psychologicznych koncepcji stresu.

## **Psychologiczne koncepcje stresu**

Omówienie różnych koncepcji stresu warto rozpocząć od przybliżenia fizjologicznej teorii stresu H. Selyego, której istotą według J. Terelaka jest pojęcie Ogólnego Zespołu Adaptacyjnego. Jest to zespół wszelkich niespecyficznych zmian fizjologicznych (nie związanych bezpośrednio z działaniem i naturą bodźca szkodliwego) będących odpowiedzią na stres.

Odpowiedź ta rozwija się przez trzy stadia:

1. reakcja alarmowa (faza szoku, faza przeciwdziałania szokowi),
2. stadium odporności,
3. stadium wyczerpania.

Reakcja alarmowa powstaje pod wpływem szkodliwego bodźca, ma na celu dwustopniową mobilizację sił obronnych organizmu: najpierw przez fazę szoku obejmującą bezpośrednią reakcję organizmu na czynnik szkodliwy i charakteryzującą się silnym pobudzeniem organizmu do obrony. Następną fazą jest przeciwdziałanie szokowi, które obejmuje reakcje obronne i którym towarzyszą zmiany w funkcjach fizjologicznych organizmu (np. wzrost ciśnienia krwi). Drugie stadium stanowi stadium odporności, w którym organizm mobilizuje

swoje zasoby energetyczne i mechanizmy obronne - następuje względna adaptacja organizmu na działanie szkodliwego bodźca. Trzecie, stanowi stadium wyczerpania, które charakteryzuje się obniżeniem możliwości energetycznych i obronnych organizmu, czego wskaźnikiem może być rozregulowanie funkcji fizjologicznych organizmu.

Selye rozróżnia dwa aspekty stresu: fizjologiczny i psychologiczny. Fizjologiczny odnosi się do relacji pomiędzy siłą i intensywnością bodźca a poziomem pobudzenia fizjologicznego. Natomiast, jak dalej pisze J. Terelak, psychologiczny aspekt stresu łączy się z treścią charakterystyką bodźca stresowego będącą odzwierciedleniem jego znaczenia dla życia i rozwoju człowieka. Selye rozróżnia stres dobry i zły.

1. **Dystres** (stres zły) - kiedy stres jest tak ciężki lub trwa tak długo, że wywołuje dezorganizację działania;
2. **Eustres** (stres dobry) - działanie mimo chwilowego dyskomfortu prowadzi do rozwoju osobowości.

W sensie fizjologicznym stres dobry i zły nie różnią się od siebie, jeśli chodzi o pobudzenie (aktywację) organizmu do walki z nim. Natomiast w sensie psychologicznym pojawia się zróżnicowanie: stres zły (dystres) rozumiany jest jako niosący cierpienie i dezintegrację, natomiast stres dobry (eustres) rozumiany jest przez Selyego jako czynnik motywujący do wysiłku mimo trudności i prowadzący do rozwoju własnej osobowości i osiągnięć życiowych. Wszystko zależy od oceny poznawczej, od tego, jaki sens nadajemy stresowi.

Termin „stres psychologiczny” został po raz pierwszy użyty przez klasyka, twórcy teorii napięcia emocjonalnego I.L.Janisa. Jego definicję stresu psychologicznego przytacza Terelak jako „taką zmianę w otoczeniu, która typowo, tzn. u przeciętnej osoby wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego, które przeszkadza w normalnym sposobie reagowania”. Definicja ta obejmuje dwa aspekty stresu:

- sytuację stresową opisywaną za pomocą bodźców wywołujących zaburzenia zachowania,
- reakcję stresową, rozumianą jako wszelkie zmiany w zewnętrznym zachowaniu się, uczuciach, postawach wywołanych przez bodźce stresowe.

Zdaniem cytowanego autora, w stresie można wyróżnić trzy fazy:

1. **faza zagrożenia**, podczas której człowiek dostrzega oznaki niebezpieczeństwa wywołujące strach,
2. **faza działania niebezpieczeństwa** - człowiek spostrzega niebezpieczeństwo, którego uniknięcie zależy od własnych działań obronnych lub innych ludzi,
3. **faza skutków** - człowiek spostrzega mniej lub bardziej długotrwałe negatywne skutki stresu.

## **Radzenie sobie ze stresem**

Marek Aureliusz, panujący w II w. cesarz rzymski i filozof, doradzał, by rzucić wyzwanie „sędziemu”, którego nosimy w sobie : „Odrzuć jego wyroki, a wszystko stanie się proste... Rzeczy są takie, jakimi czyni je Twoja opinia, a ta opinia mieszka w Tobie. Możesz ją odmienić, kiedy tylko zechcesz, a wówczas granice same się wygładzą i wszystko się uciszy: morze spokojne, niebo bezchmurne”.

Według Marka Aureliusza, zmieniając własną ocenę sytuacji, możemy stać się spokojniejsi i mniej zestresowani. W ciągu ostatnich czterdziestu lat podejście takie zyskało aprobatę psychologów, a przeprowadzane przez nich badania potwierdziły skuteczność tej metody w rozwiązywaniu problemów związanych ze stresem.

Wielu wydarzeń i sytuacji życiowych nie jesteśmy w stanie przewidzieć, a tym samym uniknąć, bo są nagłe, nieoczekiwane. Nie możemy również całkowicie odizolować się

od innych ludzi, od wpływu czynników biologicznych i fizycznych na nasz organizm. Ale do wielu z tych wydarzeń możemy próbować nie dopuszczać, a tym samym ochronić nasz organizm przed ich wpływem.

Zgodnie z hipotezą M. Reuchlina, każdy człowiek dysponuje wieloma sposobami adaptacji, z których jedne są łatwiej, a inne trudniej uruchamiane u tego samego osobnika. A zatem istnieje wiele dostępnych człowiekowi sposobów przystosowania się do określonych warunków, przy czym ich skuteczność jest różna. Jedni ludzie stale unikają trudnych sytuacji, inni aktywnie próbują poradzić sobie, co może skutkować utrwaleniem się takiego a nie innego sposobu adaptacji.

W zakresie wykorzystywanych strategii radzenia sobie ze stresem istnieje pomiędzy ludźmi duże zróżnicowanie. Jedni podejmują działania służące zwalczeniu stresu, uporaniu się z trudnościami, inni ograniczają się do „obrony” tzn. do poprawienia swojego samopoczucia, opanowania objawów stresu. Pierwszą z postaw można nazwać walczącą, drugą obronną. W każdej z tych strategii pojawia się dalsze zróżnicowanie pomiędzy ludźmi. Wybierając bezpośrednie działanie skierowane na stresory ludzie mogą reagować unikaniem lub ucieczką, mogą także atakować fizycznie. Mogą również zastosować mechanizmy obronne: racjonalizację, intelektualizację, techniki tłumienia, wypierania ze świadomości, zaprzeczania lękowi itp.

Nie ma jednej uniwersalnej recepty, skutecznego sposobu, przepisu na poradzenie sobie, pokonanie stresu. Efektywność tych sposobów zależy od wielu czynników. Wynikają one z tego, jaki jest człowiek w sensie biologicznym, jak i psychicznym – jakie ma cechy, jak funkcjonuje jego organizm, a zwłaszcza układ nerwowy.

Nie bez znaczenia jest także osobowość, inteligencja, „obycie” ze stresem oraz to, w jakich warunkach stresowych trzeba funkcjonować (jak bardzo są one złożone i jak silne wpływają). Ludzie szukają, uczą się rozmaitych sposobów radzenia sobie ze stresem, naśladując innych, albo metodą „prób i błędów”, ale są i tacy, którzy pozostają bierni.

Sposób, który zastosujemy, wykorzystamy na uporanie się ze stresem, zależy od rodzaju sytuacji stresowej, od intensywności stresu oraz od indywidualnych właściwości człowieka.

Z. Ratajczak zakłada istnienie czterech strategii zaradczych tworzących określoną sekwencję działań, podyktowaną przez tzw. rozwój sytuacji zagrożenia (takie sytuacje to rozwód, utrata pracy, egzamin):

- **Strategia prewencyjna**, można ją zastosować przed nastąpieniem zagrożenia, które może mieć miejsce w przewidywalnej przyszłości. Zapobieganie wydaje się być najbardziej sensowne, oszczędne a tym samym najbardziej do zaakceptowania. Jest się już psychicznie przygotowanym, a także jest czas, by lepiej się przygotować i wykorzystać później swoje zasoby w walce z zagrożeniem.
- **Strategia walki**, ataku, aktywnego mierzenia się z „agresywnym” czynnikiem bezpośrednio zagrażającym życiu, zdrowiu itp. Wydatek energetyczny i intelektualny jest tu ogromny. Nie zawsze jest to strategia optymalna.
- **Strategia obrony** (ochrony) siebie, oszczędzania sił i środków, ukrywania się, zasłaniania i czekania, aż zagrożenie zmniejszy się samo. To jednak może nie nastąpić.
- **Strategia ucieczki** to powszechnie znany sposób radzenia sobie w tzw. sytuacjach beznadziejnych, gdy już nic nie można zrobić, zmienić. Człowieka ogarnia wówczas poczucie bezradności, niemożności, a takie odczucia same w sobie tworzą syndrom rzeczywistej bezradności i rzeczywistego braku sił.



## **Radzenie sobie ze stresem wg Lazarusa**

R. Lazarus określa stres jako szczególny rodzaj relacji człowiek – środowisko, który wynika ze sposobu oceny sytuacji, w której się znaleźliśmy oraz własnych możliwości radzenia sobie z sytuacją. Gdy sytuacja zostanie określona jako stresowa, w konsekwencji pojawiają się negatywne emocje, które pobudzają człowieka do działania celem zmiany warunków (sytuacji), albo do „złagodzenia” emocji.

Radzenie sobie jest zbiorem czynności ukierunkowanych na walkę z zagrożeniem (Lazarus, Folkman,). W zależności od natury owego zagrożenia proces ten może być bardzo złożony i ostatecznie mieć twórczy charakter.

Aktywność zaradcza tym się różni od tej normalnej aktywności, nastawionej na osiągnięcie celu, że przebiega w warunkach zakłócenia równowagi, że jest aktywnością utrudnioną, zagrożoną i potencjalnie zagrażającą). Formy tej aktywności mogą służyć zarówno rozwiązywaniu problemu, jak i opanowaniu emocji.

Najpowszechniej przyjmowana definicja radzenia sobie ze stresem R. S. Lazarusa i S. Folkmana brzmi następująco: „jest to ciągle zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny, skierowany na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające bądź przekraczające możliwości człowieka”. Ich zdaniem różne sposoby radzenia sobie ze stresem pełnią dwie zasadnicze funkcje. Po pierwsze, służą one zmianie sytuacji na lepsze, albo poprzez zmianę własnego zachowania, albo poprzez zmianę otoczenia. Druga funkcja polega na opanowywaniu emocji w taki sposób, aby nie wymknęły się spod kontroli i nie załamały odporności psychicznej ani też nie utrudniły relacji, kontaktów z innymi ludźmi.

Radzenie sobie uważane jest ponadto za podstawowy proces adaptacyjny. Jeżeli osoba w pierwotnej ocenie uzna sytuację za stresową, to uruchomiony zostanie proces zaradczy. Jego przebieg zależy głównie od oceny wtórnej zagrożenia, kiedy to osoba dokonuje oszacowania, co może uczynić, by sprostać wymaganiom sytuacji. Radzenie sobie obejmuje czynności poznawcze i behawioralne, ukierunkowane na zmianę własnej sytuacji na lepszą. Uzyskuje to w wyniku zmiany własnego zaburzonego wskutek stresu działania (skoncentrowanie się na sobie) albo poprzez zmianę zagrażającego otoczenia bądź na regulację emocji (samouspokojenie). Funkcje te mogą się uzupełniać (jeżeli człowiek ma jeszcze siły) albo wchodzić w konflikt – unikając przykrych myśli, można zaniechać działań usuwających zagrożenie.

### **R.S Lazarus rozróżnia cztery strategie zaradcze:**

- poszukiwanie informacji,
- bezpośrednie działanie,
- powstrzymywanie się od działania,
- procesy intrapsychiczne.

Kiedy znajdziemy się w sytuacji stresowej możemy poszukiwać informacji po to, aby dowiedzieć się czegoś o samej sytuacji, co będzie można wykorzystać przy podejmowaniu decyzji o tym, w jaki sposób zachować się lub co zrobić, aby zmienić sytuację. Często informacje pozwalają przewartościować szkody, straty czy zagrożenia, a tym samym zmienić pierwotną ocenę sytuacji. Informacje mogą także służyć potwierdzeniu słuszności wcześniejszej decyzji, czy wreszcie samouspokojeniu. Zdarza się jednak i tak, że unikamy informacji, wolimy czegoś nie wiedzieć, z czegoś nie zdawać sobie sprawy.

Takiego podejścia wymaga osiągnięcie samouspokojenia. Bywa, że pozostawanie w niepewności, nie dochodzenie szczegółów jest właściwą strategią, gdyż pełna informacja mogłaby spowodować nasilenie, zamiast osłabienia stresu. Zwłaszcza w sytuacjach „beznadziejnych”, „bez wyjścia”, kiedy niewiele można zrobić, aby je zmienić – pozostawanie w niepewności może podtrzymać nadzieję i odporność psychiczną. Wiele osób woli nie wiedzieć wszystkiego, bo cała prawda mogłaby ich załamać. Niepewność rodzi często nadzieję, że zło przeminie, że wszystko jeszcze się ułoży. Tak bywa w przypadku chorych, przed którymi ukrywane są szczegóły rozpoznania i rokowania w przebiegu choroby.

Jest też grupa ludzi, którzy zawsze i w każdych okolicznościach wolą znać prawdę, nawet jeżeli jest okrutna, wolą mieć pełną świadomość tego co ich czeka. Pozwala im to na przystosowanie się do sytuacji, pomaga przetrwać bądź pogodzić się z losem. Ważne jest, aby inni ludzie z otoczenia takiego człowieka potrafili rozszyfrować, czego się od nich oczekuje: prawdy, która może załamać czy też zatajenia szczegółów, dając tym samym nieprawdziwy obraz sytuacji, ale jednocześnie i nadzieję.

Innym sposobem radzenia sobie w sytuacjach stresowych jest podejmowanie bezpośrednich działań, czynności, służących zmianie tej sytuacji. Mogą one być bardzo zróżnicowane i mogą służyć zarówno przezwyciężeniu skutków zdarzenia jak również „odsunięciu” od siebie problemów, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Stąd ucieczki w alkohol, narkotyki. Zapobieganie przyszłym zagrożeniom, niedopuszczanie do ich powstawania dokonywane zarówno w otoczeniu jak i w samym sobie mogą zmienić sytuację na lepszą, znacznie korzystniejszą.

Zdaniem Lazarusa bywa i tak, że niereagowanie, brak działania mogą przynieść więcej korzyści i okazać się skuteczniejszym sposobem poradzenia sobie z sytuacją stresową niż to, co mielibyśmy ochotę zrobić. Niewłaściwie wybrany w określonej sytuacji sposób zachowania może okazać się szkodliwy i spowodować poważne następstwa. Czasem to sytuacja nie pozwala na wybór sposobu zachowania.

R. Lazarus wyłączył z grupy bezpośrednich działań służących opanowaniu stresu wyłączył procesy poznawcze tworzące odrębną grupę tzw. wewnątrzpsychicznych metod zaradczych. Obejmuje ona bardzo zróżnicowane sposoby służące zarówno samooszukiwaniu się poprzez zaprzeczanie („to nieprawda”, „nie wierzę”, „to nie może być prawda”) czy pozorowanie reakcji, udawanie, „nadrabianie miną”. Są to zachowania przeciwne do rzeczywiście przeżywanych uczuć a służą unikaniu zagrożenia, oddzieleniu się od niego. Temu ma służyć także wycofywanie się, racjonalizacja (przyjmowanie pozornie rozsądnego wytłumaczenia własnego działania) czy intelektualizacja (nadmiernie logiczne analizowanie, rozważanie tego, co zagraża).

Wszystkie te działania mają znaczenie przede wszystkim uspokajające, poprawiające samopoczucie poprzez redukcję przykrych emocji. Nie zmienia to jednak obiektywnej relacji człowiek – środowisko, czyli nie zmienia samej sytuacji stresowej.

### **Typowe sposoby radzenia sobie ze stresem**

Jest wiele psychologicznych sposobów postępowania, wykorzystywanych przez ludzi dla opanowania stresu w różnych sytuacjach. Maja one niejednakowa skuteczność, co zależy nie tylko od samej sytuacji, w której są wytwarzane i stosowane, ale także od cech jednostki np. wiedzy, inteligencji, życiowego doświadczenia itp. oraz czasu jaki jest do dyspozycji.

Jest rzeczą naturalną, normalną, że człowiek unika sytuacji trudnych, stresotwórczych. Stara

się nie dopuścić do ich powstania, albo, jeśli już zaistniały, próbuje się z nich wycofać, uciec. Osoby nieśmiałe (często tak bywa) konsekwentnie odmawiają udziału w spotkaniach towarzyskich lub pod jakimkolwiek pretekstem usiłują z nich wyjść. Jeśli nie jest to możliwe np. ze względu na obawę przed ośmieszeniem lub skompromitowaniem się we własnych lub innych oczach, to mimo przeżywania silnego strachu i typowej dla tych emocji reakcji ucieczki – pozostają. Z takich właśnie powodów rzadko kiedy pacjenci uciekają z fotela dentystycznego. Typowo ludzkim zachowaniem jest odkładanie, odsuwanie w czasie tego, co może stanowić źródło potencjalnego stresu: egzaminu, ważnego spotkania, rozmowy.

Innymi technikami opanowania, kontroli stresu jest nabywanie doświadczenia i wprawy w wykonywaniu zadania, co pośrednio zmniejsza jego trudność, stopniowe „oswajanie się” z zadaniem, poszerzanie własnych kompetencji, poszukiwanie informacji o zdarzeniu lub sytuacji np. o przebiegu egzaminu, o osobie, z którą mamy się spotkać itp.

Czasami ludzie próbują przewidywać zdarzenia i usiłują je przeżyć emocjonalnie znacznie wcześniej, niż mają one miejsce w rzeczywistości. Tak można się przygotować do ważnej rozmowy, publicznego występu. Podobnie rzecz ma się z przewidywaniem własnych reakcji na stres. W chwili, gdy pojawią się wraz ze stresem nie będą zaskoczeniem i to pozwoli na kontrolę nad sytuacją, nad tym, co się dzieje.

Bywają sytuacje kiedy ludzie próbują odwracać uwagę od źródła stresu, próbować obracać w żart, lekceważyć, deprecjonować niebezpieczeństwo lub pomniejszać znaczenie straty, porażki.

Sposobem na przeżycie stresu dla pewnej grupy osób jest intensywny wysiłek fizyczny lub skoncentrowanie uwagi na jakiejś czynności, co wyraża się w szczególnie dokładnym jej wykonaniu. Wizualnym przykładem takiego zachowania może być także silna koncentracja uwagi na jakimś punkcie np. uważne przyglądanie się paznokciom, czubkom butów, „skubanie” garderoby.

W stresie może ujawnić się i nasilić tendencja do korzystania z pomocy innych ludzi, bo wynika to ze związku potrzeby kontaktu emocjonalnego z potrzebą bezpieczeństwa. Czasami jednak ludzie w trudnych chwilach wolą pozostać przez pewien czas sami, w odosobnieniu by ich cierpień nie widzieli inni, by nie być postrzeganymi inaczej niżby chcieli. W dużym stopniu dotyczy to mężczyzn obawiających się uznania ich za „mięczaków”.

Są przypadki, kiedy ważną rolę w zwalczaniu stresu odgrywa identyfikacja z grupą, do której człowiek należy. W poczuciu silnej więzi emocjonalnej z drugą osobą lub grupą osób łatwiej jest znieść stres. Podobnie rzecz ma się, gdy źródło stresu jest wyraźnie określone i przeciwko niemu kierowana jest np. agresja.

### **Radzenie sobie z ostrym stresem**

Silne stesy manifestują się najczęściej silnymi emocjami, takimi jak wściekłość, gniew, poczucie bezradności, poczucie winy itp.; ich wyraz zależy od indywidualnych dyspozycji osobowościowych człowieka.

Napad jest przykładem krytycznej sytuacji, w której możliwości radzenia sobie, zdolności przystosowawcze ofiary zostają niespodziewanie, nagle skonfrontowane z wymaganiami ekstremalnej sytuacji zewnętrznej, w której nieoczekiwanie znalazła się napadnięta osoba. Towarzyszy temu przeżycie silnego strachu związanego z bezpośrednim zagrożeniem życia.

Drastycznym przykładem sposobów radzenia sobie z ostrym stresem jest opis reakcji psychologicznych i fizjologicznych na ostry stres u ofiar gwałtu. Opublikowane w latach siedemdziesiątych wyniki badań A.W. Bergessa i L.L. Holmstroma dostarczyły danych na temat reakcji na zagrożenie napadem, podczas gwałtu oraz zachowań w czasie odległym od napadu u kobiet będących ofiarami gwałtu. Radzenie sobie z sytuacją w pierwszej fazie napadu polegało na różnych próbach uniknięcia zdarzenia. Większość kobiet stosując słowne formy usiłowało bronić się poprzez przeciąganie czasu, błagania, przekonywanie, żarty lub groźby. Nieliczne próbowały bronić się, atakując fizycznie napastnika lub uciekając. Jednakże znaczna część kobiet (1/3 z 92 badanych), jak to określiły, była „sparaliżowana”, „złamana”. Miało to taki skutek, że nie były w stanie zareagować na napad, owładnęło nimi uczucie krańcowego wyczerpania. W chwili, gdy miały świadomość, że nie unikną zgwałcenia, zaczynały działać różnie, ale szczególne znaczenie miały w tym momencie strategie poznawcze. Niemal wszystkie kobiety mówiły, że starały się z całej siły koncentrować na jakiegokolwiek innej myśli, nie myśleć o tym co się dzieje. Aby nie prowokować dalszej agresji próbowały zachować spokój, nie stawiać oporu, modliły się o pomoc i oto, aby koszmar się skończył. Usiłowały zapamiętać cechy napastnika. Dla rozładowania napięcia, zwrócenia uwagi otoczenia, licząc na nadejście pomocy, co uchroni je od gwałtu, zastosowane (typowe dla wszystkich kobiet) strategie miały formę przeraźliwego krzyku, płaczu, albo też była to forma przekonywania napastnika do zaprzestania agresji. Miało to na celu uniknięcie dalszego okrucieństwa. Były też próby obrony przed napastnikiem, ale takie zachowania mogą pogorszyć sytuację, ponieważ są czynnikiem wzmacniającym negatywne zachowania napastnika. Reakcją na tak ostry stres było występowanie niekontrolowanych reakcji fizjologicznych: mdłości, torsje, kłopoty z oddychaniem, utrata przytomności lub pełne zahamowanie reakcji.

Reakcje emocjonalne w pierwszych godzinach po zdarzeniu były wręcz skrajne. W przypadku silnej ekspresji wyrażały się w formie płaczu, szlochania, niepokoju i napięcia. W przypadku zahamowania, przeżycia były tłumione, ukrywane sprawiając wrażenie powściągliwego spokoju lub przygnębienia. Ostre zaburzenia somatyczne objawiające się poczuciem zmęczenia, znużenia, silnymi bólami głowy, zaburzeniami snu, brakiem apetytu, występowały u ofiar przez kilka pierwszych tygodni po napadzie. Zaburzeniom somatycznym towarzyszyły reakcje psychologiczne: od strachu, upokorzenia, poniżenia, poprzez wściekłość, żądę zemsty, po samoobwinianie się. U wszystkich postępowała dezorganizacja życia, które później ulegało reorganizacji. Wiele z tych kobiet zmieniało miejsce zamieszkania, wyjeżdżało na dłuższy czas, większość zmieniała numer telefonu.

Po tak drastycznych przejściach kobiety te potrzebowały bliskości rodziny, przyjaciół. Miało to im dać poczucie bezpieczeństwa, zaspokajając potrzebę bliskiego kontaktu emocjonalnego. Ponad  $\frac{3}{4}$  z nich poszukiwało pomocy w organizacjach społecznych. Niemal wszystkie miały koszmary nocne związane z tym, co je spotkało, u wielu rozwijała się nerwica. Wszystkie bały się powtórnego napadu, współżycia, tłumy, w ogóle ludzi a w każdym mężczyźnie widziały gwałciiciela.

### **Techniki psychorelaksacyjne**

Mądrość zawarta w dziełach filozofów, której istotą było ludzkie życie, nie zaprzędane w niewolę sukcesu i osiągnięć materialnych, a nakierowane na pełny rozwój umysłowy i duchowy człowieka, zyskuje wśród naukowców coraz większe uznanie i jest wykorzystywana w tworzeniu wartościowych strategii w walce ze stresem. Elementy filozofii, religii, psychologii z dawnych, lecz do dzisiaj istniejących systemów leczniczych Dalekiego Wschodu przenikają do kultury Zachodu i pomagają w praktyce terapeutycznej.

Techniki relaksu, z których korzysta się w walce ze stresem, wywodzą się głównie z systemów filozoficzno - religijnych ludów Indii, Chin i Japonii. Wśród wielu sposobów przeciwdziałania psychosomatycznym skutkom stresów bardzo skuteczne są treningi relaksacyjne. Badacze zajmujący się zjawiskiem stresu różnie określają istotę tych treningów. Stanisław Siek nazywa je zabiegami, mającymi na celu wprowadzenie organizmu w stan odprężenia.

Można zatem stwierdzić, że zjawisko relaksu jest opozycyjną reakcją do zjawiska stresu, zarówno na poziomie fizjologicznym, jak i psychicznym. Oprócz zmniejszenia syndromów mobilizacyjnych organizmu (wyciszenie nadmiernej aktywności wegetatywnego układu nerwowego, spadek napięcia mięśniowego) dochodzi do pogłębienia samoświadomości. Relaks jest skutecznym sposobem obniżania napięcia lękowego i symptomów choroby somatycznej. Lęk powoduje wzrost aktywności nerwowego układu sympatycznego. Natomiast wzrost aktywności pogarsza samopoczucie, wzmacnia bóle, które z kolei nasilają lęk.

Relaks wpływa zarówno na zmniejszenie aktywności sympatycznej, jak i bezpośrednio na objawy lęku. W konsekwencji osłabia dolegliwości bólowe chorego. W czasie kilkunastominutowego relaksu z pomocą różnych technik (m.in. zen i joga, medytacja transcendentalna, trening autogenny i inne) w organizmie człowieka pojawiają się takie pozytywne reakcje, jak: zmniejszenie zużycia tlenu o około 10-20%, co jest wskaźnikiem, że organizm wówczas pracuje oszczędnie; wzrost częstotliwości i intensywności fal alfa w mózgu, co poprawia jego biologiczną i psychiczną sprawność; obniżenie poziomu kwasu mlekowego jako konsekwencja rozluźnienia grup mięśni (rąk, nóg, tułowia); zmniejszenie liczby uderzeń serca na minutę; zwolnienie rytmu oddychania.

Mimo, że potrzeba relaksu należy do wrodzonych skłonności organizmu, to konieczność stałej mobilizacji w codziennym życiu nie pozwala jej realizować. Dlatego relaksu, z którym wiąże się odprężenie, trzeba się nauczyć.

**Wstępny etap ćwiczeń relaksacyjnych** to nauka przyjmowania biernej postawy, „wyłączenia” możliwie wszystkich obszarów aktywności (myślowej, uczuciowej, mięśniowej).

**Drugi etap** to uczenie koncentrowania się na reakcjach własnego organizmu (oddech, napięcie mięśniowe), co połączone jest z etapem trzecim – uczeniem się umiejętności sterowania pracą swojego organizmu. Ćwiczenia w tych etapach dotyczą: koncentracji uwagi na wrażeniach mięśniowych płynących z organizmu i wywoływaniu wrażenia ciężkości we wszystkich jego częściach (głównie dotyczy to rąk, nóg, tułowia); uczenia się koncentracji na wrażeniach płynących z poszczególnych narządów, na przykład pracy serca itp. Ćwiczenia te odgrywają wielką rolę podczas przestrajania pracy organizmu i oddziałują również na życie psychiczne – tonizują reakcje emocjonalne i nastawienie wobec siebie. Relaks w postaci ćwiczeń ma niewątpliwie korzystny wpływ na łagodzenie objawów stresu i jego skutków, może odegrać ważną rolę w profilaktyce naszego zdrowia i samopoczucia.

Ćwiczenia relaksacyjne uprawiane systematycznie można z pożytkiem wykorzystać do formowania wielu cech własnej osobowości (życzliwość, stanowczość, odwaga, pracowitość, wytrwałość, odporność psychiczna itp.), a także po to, by dotrzeć do zapomnianych czy tłumionych emocji. Z całą pewnością jest to dobry sposób radzenia sobie z cywilizacyjnym stresem, co może ochronić nasze zdrowie.

Pozytywne zmiany fizjologiczne będące następstwem różnych technik relaksu (m.in. zen i joga, medytacja transcendentalna, trening autogenny i inne) to wyraźny wzrost lub spadek

istotnych życiowo funkcji organizmu. I tak, w czasie medytacji transcendentalnej, treningu autogennego, ćwiczeń jogi i zen obniża się zużycie tlenu, zwalnia się rytm oddechu, spada ciśnienie tętnicze i tętno, a wyraźnie wzrastają fale alfa w mózgu.

## ASERTYWNOŚĆ

**Asertywność** - to przyjazna stanowczość bez napięcia agresywnego i lękowego: w obronie własnych praw, podczas prezentacji swojego zdania wobec niechętnego audytorium, przy przyjmowaniu i wyrażaniu krytyki, protestowaniu, występowaniu w czyjejs obronie – w różnych trudnych społecznych sytuacjach, w których chcemy podkreślić, że jesteśmy równie ważni jak inni.

Asertywność to umiejętność, styl komunikacji, po którego jednej stronie leży styl agresywny, a po drugiej styl pasywny (uległy). Każdy człowiek w swoim życiu korzysta z zachowań charakterystycznych dla każdego z tych stylów. W jednej sytuacji jesteśmy asertywni, w innej ulegli, a w jeszcze innej agresywni.

Osoba, dla której charakterystycznym stylem komunikacji jest **styl pasywny** nie wyraża bezpośrednio myśli, uczuć i życzeń. Najczęściej próbuje wyrazić je pośrednio, mówi cicho, pod nosem albo tłumi je całkowicie. Taka osoba swoje potrzeby podporządkowuje potrzebom innych. Gdy ma zabrać głos, odpowiedzieć na głos, wypowiedzi zaczyna od słów: nie jestem pewna, nie wiem, wbija wzrok w podłogę. Trudno jej nawiązać kontakt wzrokowy. W związku z takimi zachowaniami osoby o stylu pasywnym są często wykorzystywane przez innych, mają niskie poczucie własnej wartości, nie ufają swoim umiejętnościom, potrzebom czy pragnieniom.

Ludzie o **stylu agresywnym** potrafią wyrazić co czują i czego chcą, ale często przybiera to formę krzyku, roszczeń i narusza prawa i uczucia innych osób. Kiedy coś dzieje się nie po ich myśli zaczynają krzyczeć, używać siły. W relacjach z innymi nie słuchają co oni mają do powiedzenia, bo najważniejsze jest ich zdanie.

Osoby, które sięgają po **styl asertywny** jasno mówią o swoich uczuciach, myślach i życzeniach. Starają się słuchać tego co inni mają do powiedzenia. Skutecznie radzą sobie z krytyką czy niepowodzeniami, bo traktują je jako lekcję, kolejne doświadczenie, a nie tragedię. W trakcie rozmowy nawiązują kontakt wzrokowy. Gdy propozycja innych osób im nie odpowiada, potrafią powiedzieć nie.

### Siedem warunków asertywności:

1. dawanie innym takich samych praw, jak sobie (do słabości, zmęczenia, błędów, niewiedzy itp.),
2. zwięzłość i precyzja wypowiedzi,
3. używanie komunikatów typu „JA” do wyrażania opinii, nie ocen (np. myślę, sądzę, moim zdaniem, według mnie, moja opinia to, czuję, że..., mam wrażenie, że...),
4. przyjazna i zdecydowana mowa ciała,
5. spójność mowy ciała ze słowami,
6. naturalność, brak pozy,
7. uprzejma forma wypowiedzi.

## UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

**Zespół uzależnienia od alkoholu**, zgodnie z kryteriami zawartymi w 10 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD 10) należy definiować jako wystąpienie przynajmniej trzech z następujących objawów, w okresie

przynajmniej jednego miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach krótszych niż miesiąc:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia ("głód alkoholowy").
2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z piciem (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu).
3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie drżenie) lub używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych.
4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu.
5. Koncentracja życia wokół picia kosztem zainteresowań i obowiązków.
6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia.

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą chroniczną, postępującą i potencjalnie śmiertelną. Nie jest możliwe całkowite jej wyleczenie, a jedynie zahamowania narastania jej objawów i szkód zdrowotnych z nią związanych.

W świetle nowoczesnej wiedzy uzależnienie od alkoholu jest chorobą wieloczynnikową, bio-psycho-społeczną, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Model leczenia tego schorzenia musi być dostosowany do takiego sposobu postrzegania tej choroby.

## Działanie alkoholu na organizm

### Szkody zdrowotne

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Większe ryzyko niesie za sobą palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu.

Alkohol działa szkodliwie na niemal wszystkie tkanki i narządy. Alkohol, a także jego główny metabolit, aldehyd octowy, są bezpośrednio toksyczne dla tkanek. Alkohol i jego metabolity wchodzi w bezpośrednie reakcje z fizjologicznymi substancjami w organizmie. Działanie pośrednie alkoholu polega na silnym wpływie na homeostazę ustroju poprzez działanie na układ wegetatywny, endokryny, odpornościowy, gospodarkę wodno-elektrolitową, wchłanianie niezbędnych składników odżywczych, itp..

Toksyczne działanie alkoholu etylowego o wzorze  $C_2H_5OH$  i produktów jego przemiany powoduje zmiany chorobowe w następujących układach:

- **układ nerwowy:** polineuropatia, zmiany zanikowe mózdzku i mózgu, zwyrodnienia w płatach czołowych, ubytek szarej substancji mózgu, encefalopatia Wernickego i inne;
- **układ pokarmowy:** przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy, zaburzenia perystaltyki jelit oraz upośledzenie wchłaniania, stany zapalne trzustki i wątroby (stłuszczenie, zwłóknienie i marskość) i inne;
- **układ krążenia:** nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia alkoholowa (zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśnia sercowego, stłuszczenie i powiększenie serca);
- **układ oddechowy:** przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. U osób

nadużywających alkoholu 10 - krotnie częściej występuje rak jamy ustnej, krtani oraz tchawicy;

- **układ moczowy:** ostra niewydolność nerek, wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi i związane z tym objawy dny moczanowej (zapalenie stawów spowodowane gromadzeniem się złogów moczanowych);
- **układ hormonalny:** nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników i zniszczenie ich struktury, hypogonadyzm i feminizacja u mężczyzn, u kobiet zaburzenia miesiączkowania, zanik jajników i maskulinizacja.

Alkohol wpływa na osłabienie systemu odpornościowego organizmu. Skutkiem tego jest m.in. zwiększone ryzyko występowania pewnych odmian raka, zwłaszcza przełyku, wątroby, części nosowej gardła, krtani i tchawicy oraz raka sutka u kobiet.

Alkohol wywołuje też niedobory witamin i innych pierwiastków niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Następstwem owych niedoborów są zaburzenia widzenia, zmiany skórne, zapalenie wielonerwowe, zmiany w błonach śluzowych i szpiku kostnym, zaburzenia procesów rozrodczych, szkorbut i inne.

Alkohol wywołuje znaczące zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym człowieka: bezsenność, depresję, niepokój, próby samobójcze, zmiany osobowości, amnezję, delirium tremens, psychozę alkoholową, halucynozę alkoholową, otępienie (zespół Korsakowa).

## **Picie ryzykowne i szkodliwe**

### **Różne wzory spożywania alkoholu**

Nikt nie sięga po alkohol po to, aby mieć problemy. Przeciwnie każdy, kto spożywa alkohol oczekuje korzyści – chce poprawić sobie nastrój, ubarwić szarą codzienność, ułatwić kontakty towarzyskie, zrelaksować się. Niektórzy nawet wierzą, że alkohol może mieć korzystne działanie zdrowotne. Choć alkohol jest trucizną i z punktu widzenia toksykologii każda ilość wypitego alkoholu jest ryzykowna, to jednak w większości przypadków spożywanie małych dawek alkoholu nie pociąga za sobą widocznych szkód zdrowotnych i konsekwencji społecznych. Mimo to **nie powinni wcale pić alkoholu:**

- młodzi ludzie (ze względu na ryzyko poważnych zaburzeń rozwojowych),
- kobiety w ciąży i matki karmiące (z powodu ryzyka uszkodzenia płodu i negatywnego wpływu na zdrowie dziecka),
- osoby chore, przyjmujące leki wchodzące w reakcje z alkoholem,
- wszyscy, którzy znajdują się w okolicznościach wykluczających picie (kierując pojazdami, przebywając w pracy, w szkole, itp.),
- osoby, którym szkodzi każda, nawet najmniejsza, ilość alkoholu.

Co ósmy dorosły Polak nie pije w ogóle alkoholu. Kilkanaście procent dorosłych Polaków spożywa alkohol problemowo. Szacuje się, że w grupie tej znajduje się ok. 900 tys. osób uzależnionych oraz ponad 2 mln osób pijących alkohol ryzykownie lub szkodliwie. Większość pijących spożywa alkohol w sposób, który nie powoduje negatywnych konsekwencji dla nich i dla osób z ich otoczenia.

**Osoby pijące alkohol mogą wielokrotnie w ciągu swojego życia zmieniać wzór spożywania alkoholu przemieszczając się na continuum od abstynencji, poprzez picie o niskim poziomie ryzyka, do spożywania alkoholu w sposób wysoce ryzykowny i szkodliwy. Niektóre z nich się uzależnią.** Jest to wędrówka w dwie strony. Ktoś, kto dzisiaj pije alkohol na poziomie niskiego ryzyka może w wyniku różnego rodzaju okoliczności zwiększyć swoje picie do poziomu wysokiego ryzyka. Ktoś, kto dziś pije ryzykownie lub szkodliwie może na tyle ograniczyć swoje picie, aby radykalnie zmniejszyć wynikające



z niego szkody. Abstynent może w każdej chwili zacząć pić, a osoba uzależniona może zostać abstynentem. Najmniej prawdopodobna jest sytuacja, że osobie uzależnionej uda się trwale ograniczyć spożywanie alkoholu, a więc wrócić na stałe do picia kontrolowanego, o niskim ryzyku szkód.

**Ryzykowne spożywanie alkoholu** to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i łącznie w określonym czasie) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony.

**Picie szkodliwe** to taki wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu.

## Sygnaly ostrzegawcze

**Picie alkoholu staje się problemem, gdy:**

- zwiększa się ilość i częstotliwość spożywania alkoholu,
- zmienia się funkcja picia i rola alkoholu w życiu (picie nie jest już tylko elementem wzorca kulturowego, ale staje się lekarstwem na stres, smutek, samotność, lęk),
- postępuje przywiązanie do sytuacji picia (narasta koncentracja na sytuacjach związanych z piciem, oczekiwanie na moment picia, celebrowanie picia, niepokój w sytuacji niemożności napicia się),
- alkohol spożywany jest w nieodpowiednich sytuacjach jak: okres ciąży i karmienia piersią, prowadzenie pojazdów, przy spożywaniu leków wchodzących w reakcje z alkoholem,
- pomimo chorób wykluczających spożywanie alkoholu, itp.,
- nasilają się incydenty upojenia,
- pojawia się zaniepokojenie piciem i uwagi krytyczne wyrażane przez osoby bliskie,
- sygnały sugerujące ograniczenie ilości lub powstrzymanie się od picia,
- używanie alkoholu staje się sposobem usuwania przykrych skutków poprzedniego picia (klinowanie),
- pojawiają się trudności w przypominaniu sobie co się działo poprzedniego dnia w sytuacjach związanych z piciem,
- rosną negatywne konsekwencje nadużywania alkoholu, a mimo to picie jest nadal kontynuowane.

## UZALEŻNIENIE OD NARKOTYKÓW

Narkotyki charakteryzują się możliwością wywoływania stanu przyzwyczajenia, a nawet przymusu ich dalszego stosowania. Różnego rodzaju substancje psychoaktywne, wykazując taki rodzaj działania, że osobie zażywającej sprawia ono przyjemność i poprawia samopoczucie - niosą ryzyko powstawania **zależności psychicznej**. Będzie się ona wyrażać regularną chęcią przeżywania różnych sytuacji pod wpływem narkotyku. Możliwość wytworzenia tego rodzaju zależności jest wspólnym mianownikiem właściwie wszystkich narkotyków. Jednak to, czy się ona wytworzy, zależy głównie od rodzaju narkotyku, cech osobowościowych i sytuacji osoby eksperymentującej z narkotykiem. Jeśli powstanie ten rodzaj zależności, to będzie się charakteryzować silną potrzebą i niekontrolowanym pragnieniem ponownego przyjęcia danej substancji. Dużą rolę odgrywa także wiek osób sięgających po środki odurzające. Jest nieomal prawidłowością, że ci dorośli,

którzy uzależnili się od narkotyków pierwsze eksperymenty z nimi zaczęli w wielu kilkunastu lat, kiedy emocjonalnie dopiero dojrzewali.

Innym rodzajem uzależnienia, jest **zależność fizyczna**, która dotyczy tylko niektórych grup narkotyków. Zależność taka, to wynik adaptacji układu nerwowego do obecności danej substancji psychoaktywnej. Fizjologiczne mechanizmy powstawania zależności fizycznej przebiegają rozmaicie w przypadku różnych grup narkotyków. Przykładem mogą być barbiturany, których działanie wpływa na osłabienie aktywności neuronów. Przy nagłym odstawieniu barbituranów neurony te stają się nadaktywne prowadząc do wielu zaburzeń w czynnościach fizjologicznych organizmu.

Zaburzenia, wywołane odstawieniem substancji, od której organizm jest uzależniony nazywa się **zespołem abstynencyjnym** lub objawami odstawienia. Zespół abstynencyjny może mieć różny charakter, w zależności od rodzaju środka, który spowodował uzależnienie; może mieć też różne natężenie - zależy to od długości okresu stosowania tego środka, jak również od wielkości przyjmowanych dawek. Zespół abstynencyjny będzie miał zawsze bardzo nieprzyjemny dla uzależnionego przebieg i jego rezultatem będzie poszukiwanie substancji w celu zniesienia takiego stanu.

Uważa się, że wielkość przyjmowanych dawek narkotyku wywołującego zależność fizyczną musi ulegać podwyższeniu, gdyż każda kolejna porcja narkotyku powoduje słabszą na niego reakcję organizmu. Zjawisko to nazywane jest **tolerancją**. Przy jego występowaniu, w celu uzyskania tych samych efektów konieczne jest stałe zwiększanie dawki. Powstawanie tolerancji najlepiej potwierdza fakt, że niektórzy narkomani przyjmują dawki heroiny, które wielokrotnie przewyższają dawki śmiertelne.

W kontekście społecznym mówi się również o powstawaniu **uzależnienia środowiskowego**, które obejmuje całą gamę sytuacji i zachowań wymuszonych przez zdobywanie i stosowanie narkotyków. Ten rodzaj zależności pogłębia się znacznie w przypadku stosowania substancji odurzających, które są nielegalne.

## **Skutki używania narkotyków**

Problem nadużywania substancji uzależniających jest o tyle poważny, że większość osób, które ich używają nie leczy się, a nawet nie zdaje sobie sprawy z tego, jak poważne ma problemy ze zdrowiem. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych rodzi szereg problemów zdrowotnych dla człowieka. Mogą być to m.in. śmiertelne zatrucia (przedawkowania), ostre i przewlekłe zaburzenia psychiczne, zaburzenia funkcjonowania poszczególnych narządów lub całego organizmu. Wszystko to prowadzi do obniżenia jakości życia i jego skrócenia. Uzależnienia są przyczyną niebagatelnych szkód społecznych. Na poziomie funkcjonowania rodziny prowadzą do poważnych problemów natury emocjonalnej i ekonomicznej. Na poziomie społeczeństw prowadzą do rosnących kosztów opieki medycznej, powiększania się grupy osób chorych i niepełnosprawnych. Około 50% wszystkich samobójstw popełnianych jest pod wpływem substancji psychoaktywnych, a do więcej niż połowy śmiertelnych wypadków drogowych przyczynia się osłabienie zdolności psychomotorycznych kierowców z powodu alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Rozprzestrzenianie się chorób przenoszonych przez krew, wśród nich HIV/AIDS i wirusowego zapalenia wątroby jest w dużej mierze skutkiem używania narkotyków drogą dożylną.

Jak widać, zjawisko używania narkotyków przez poszczególne jednostki ma z reguły także określone negatywne konsekwencje dla ich najbliższego otoczenia oraz zakłóca prawidłowe funkcjonowanie całego społeczeństwa rodząc dlań szereg szkód i kosztów. Dlatego też używanie narkotyków nie może być kwestią społecznie obojętną.

## **Dlaczego uzależniamy się od narkotyków?**

Zastanawiając się nad przyczynami sięgania po narkotyki widzimy, że czymś innym będą powody eksperymentów z narkotykami, a czymś innym przyczyny, dla których osoba, która sięgnęła po narkotyk, uzależnia się od niego. Możemy też założyć, że w tym ostatnim przypadku o uzależnieniu zdecyduje zarówno psychofizyczna konstrukcja jednostki, jak i właściwości konkretnej substancji. O tym, czy ktoś uzależni się od narkotyków nie zadecyduje tylko incydentalny z nimi kontakt. Cały szereg czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych będzie wpływać na relacje pomiędzy narkotykiem a jednostką.

Brak życiowych perspektyw, duża przestępczość i bezrobocie to tylko niektóre czynniki związane ze środowiskiem społecznym mogące podkopać wiarę młodego człowieka w siebie i we własną przyszłość. Niebagatelną rolę odegrają tu grupy rówieśnicze, w których młody człowiek funkcjonuje – a w których niekiedy narkotyki są atrybutem buntu i sprzeciwu wobec społeczeństwa.

Rozbite rodziny, zachwiane relacje w rodzinach pełnych, brak wsparcia i porozumienia, nieprawidłowe wzorce ze strony rodziców związane np. z nadużywaniem alkoholu generują wśród dzieci postawy ucieczkowe, a narkotyk staje się jedną z form tej ucieczki. Niepewność i niedojrzałość emocjonalna, mała odporność na stres, słaba motywacja do działań, które nie przynoszą natychmiastowych korzyści – to tylko niektóre cechy jednostek podatnych na uzależnienia.

Postawy rodziców są także często odpowiedzialne za poważniejsze zaburzenia osobowości mogące mieć znaczenie w społecznych kontaktach wychowanków: przesadna idealizacja bądź lekceważenie innych, zmienność nastrojów, zakłócenia tożsamości, poczucie pustki – mogą mieć źródło w niedbałym i niewłaściwym traktowaniu dziecka przez rodziców, oddaleniu się od jego potrzeb emocjonalnych. Poważne zachowania aspołeczne mogą dalej pogłębić się w wyniku nadużywania środków psychoaktywnych. Wśród zaburzeń psychicznych mogących odgrywać pierwszorzędną rolę w podatności na uzależnienie dominuje lęk i zaburzenia nastroju. Zresztą będą one pogłębiać się w okresie uzależnienia, bo narkotyki uśmierzać będą te zaburzenia tylko doraźnie. Podwyższone ryzyko uzależnienia wynika nie tylko ze środowiskowych oddziaływań, ale także może mieć związek z czynnikami biologicznymi. W przypadku alkoholu teza na temat genetycznych predyspozycji dzieci alkoholików do podatności na to uzależnienie została ponad wszelką wątpliwość udowodniona.

## **Czy wszystkie narkotyki możemy wrzucić do jednego worka?**

Są ogromne różnice pomiędzy tym, jak działają rozmaite substancje psychoaktywne. Kofeina działa inaczej niż alkohol, ecstazy inaczej niż kokaina, a działanie LSD w niczym nie przypomina działania heroiny. To, że ktoś próbował niektórych narkotyków – wcale nie oznacza, że próbując innych doświadczy podobnych doznań. To, że marihuana kogoś nie zabiła nie oznacza, że nie robi tego heroina.

Niektóre narkotyki otrzymywane są z roślin (heroina, kokaina), inne na drodze syntezy (amfetamina, LSD). Ale nawet, jeśli narkotyki wyglądają podobnie – mogą oddziaływać bardzo różnie. Nielegalne narkotyki robione są na bazie różnych składników, niekiedy wyjątkowo toksycznych, a wyglądające zdawałoby się identycznie tabletki mogą zawierać znacznie różniące się od siebie substancje. Tak więc ktoś, kto sięga po narkotyki nigdy nie ma pewności, co tak naprawdę bierze. Nie ma bezpiecznego sposobu używania nielegalnych narkotyków.

Substancje te są połykane, palone, wdychane lub wstrzykiwane. Im bardziej bezpośrednią drogą narkotyk dostaje się do krwioobiegu tym efekt jego działania jest silniejszy, a ryzyko śmiertelnego przedawkowania większe. Możemy wyróżnić trzy główne typy działania narkotyków:

1. typ pobudzający,
2. typ uspokajający,
3. typ halucynogeny.

## Jak zorientować się, czy ktoś sięga po narkotyki?

Szczegółowe symptomy użycia poszczególnych narkotyków zostały przedstawione w dalszej części niniejszego opracowania, podczas ich szczegółowego omawiania. Kontakt z narkotykiem objawia się przede wszystkim w **obrębie zmian zachowania** danej osoby. Jednak zmiany zachowania zależą tu od rodzaju substancji psychoaktywnej, jaka została zażyta i w przypadku narkotyków z różnych grup będą wyglądać rozmaicie. Natężenie zmian w zachowaniu jest ściśle związane z ilością przyjętego narkotyku i nie zawsze musi być wyraźnie widoczne. Najlepiej rozpoznać takie stany wtedy, gdy osoba jest nam znana i wiemy jak na ogół zachowuje się i jak reaguje. Możemy jednak spróbować uogólnić pewne wskazówki dotyczące zmian zachowania pod wpływem narkotyków.

W sytuacji zażycia **narkotyków psychostymulujących** (amfetamina, kokaina, crack), osoba będzie pobudzona motorycznie, nienaturalnie pewna siebie, niekiedy może być nerwowa, a nawet agresywna. Po pewnym czasie, kiedy ustaje działanie narkotyku – stan ten może zmienić się w ospałość, uczucie zmęczenia, przygnębienie i niechęć do czegokolwiek. Środki te zaburzają dobowy rytm snu, a więc stany pobudzenia i ospałości mogą przeplatać się dając różnorodny obraz zachowań.

**Środki halucynogenne** (LSD, grzyby halucynogenne) będą powodować silne zaburzenia zachowania objawiające się przede wszystkim w nieracjonalnych i dziwacznych wypowiedziach. Niekiedy, przy większych dawkach tych narkotyków, może dochodzić do zaburzeń koordynacji motorycznej.

Również zachowanie osoby będącej pod wpływem **środków wziewnych** (kleje i rozpuszczalniki) będzie dziwaczne, a przeżywane halucynacje zdecydują o skrajnie nieracjonalnych wypowiedziach, nie mających nic wspólnego z realną sytuacją.

W przypadkach używania środków z **grupy opiatów** (heroina, morfina) zachowanie charakteryzować będzie się nadmiernym uspokojeniem osoby, sennością (opadające powieki), przerwami w dłuższych wypowiedziach. Jednak gdy zaczynają się pojawiać objawy abstynencyjne – osoba będzie niespokojna i nerwowa.

Wiele podobieństw zauważymy również w przypadku, gdy osoba będzie pod wpływem **środków uspokajających** (benzodiazepiny) czy **nasennych** (barbiturany). Po krótkim okresie euforycznego pobudzenia zachowanie jej wyraźnie „przygaśnie” i nastąpi okres nienaturalnego uspokojenia lub w wyniku niemożności powstrzymania się od snu – osoba

zapadnie w sen. W wypowiedziach osób będących pod wpływem tych środków wyraźnie dostrzeżemy problemy z artykułowaniem słów (bełkotliwa mowa).

Pod wpływem **preparatów konopi** (marihuana, haszysz) osoba może być nieco pobudzona, często nad wyraz gadatliwa i wesołowata. Wypowiedzi mogą być chaotyczne i coraz bardziej oderwane od kontekstu rozmowy.

Trudniej natomiast rozpoznać działanie dwóch lub więcej użytych jednocześnie narkotyków o zupełnie innym działaniu, co jest rzeczą dość powszechną (np. równoczesne stosowanie amfetaminy i heroiny).

Działanie większości narkotyków można również identyfikować na podstawie **wyglądu oczu oraz reakcji źrenic na światło**. Po otwarciu oczu w jasno oświetlonym pomieszczeniu źrenice błyskawicznie zwężają się, a następnie powoli, przyzwyczajając się do natężenia światła, powiększają się. Większość substancji psychoaktywnych zaburza ten proces. Środki pobudzające i halucynogenne powodują zazwyczaj powiększenie źrenic. Działanie heroiny powoduje, że oczy są szkliste, a źrenice ekstremalnie zwężone. Po wypaleniu marihuany bądź haszyszu białka oczu mogą być przekrwione.

Do zażywania większości narkotyków służą specyficzne **akcesoria**, na podstawie których możemy próbować rozpoznawać, jaka substancja jest zażywana:

- ✓ I tak do palenia **marihuany** służą zazwyczaj szklane lufki i fiki, różnych kształtów fajki drewniane lub gliniane (na ogół mniejsze niż te, w których palony jest tytoń).
- ✓ Do palenia haszyszu, który często mieszany jest z tytoniem potrzebne są bibułki i maszynki do robienia skrętów. Niekiedy, szczególnie podczas zbiorowego palenia preparatów konopi, używa się prymitywnych fajek wodnych zrobionych z plastikowych butelek.
- ✓ Środki takie, jak **amfetamina czy kokaina** (niekiedy heroina) stosowane są poprzez tzw. *snifowanie*, czyli wciąganie do nosa i umożliwianie przedostawania się substancji psychoaktywnej do krwioobiegu przez śluzówkę. Tutaj najczęstszymi akcesoriami są różnego rodzaju rurki (np. krótko przycięte słomki). Gładką powierzchnię, na której usypywane są za pomocą żyletek lub kart telefonicznych „ścieżki” proszku stanowią np. lusterka.
- ✓ Palenie brązowej wersji **heroiny** wymaga folii aluminiowej, na której narkotyk jest podgrzewany, a powstające opary wciągane przez usta.

Przyjmowanie narkotyków poprzez iniekcje (najczęściej „kompot”, **brązowa heroina, amfetamina**) wymaga posiadania nie tylko igieł i strzykawek, ale także innych przyborów: łyżki do rozpuszczania narkotyku z wodą (łyżka zwykle jest okopcona od podgrzewania); kwasku cytrynowego, który ułatwia rozpuszczanie; kawałka waty lub filtru papierosowego do odfiltrowania zanieczyszczeń.

Zażywanie **środków wziewnych** (kleje i rozpuszczalniki) odbywa się najczęściej z plastikowych woreczków lub kawałków nasączonych tymi substancjami szmatek.

## Działania wobec osób uzależnionych

### Placówki ambulatoryjne

Zanim osoba uzależniona rozpocznie leczenie trafia do poradni lub punktu konsultacyjnego. Placówki ambulatoryjne są miejscami, gdzie zazwyczaj odbywa się pierwszy kontakt osoby uzależnionej z terapeutą za którym stoi cały system pomocy. Nie zawsze jednak ktoś

trafiający do ambulatorium jest zdecydowany na terapię i rozstanie się z narkotykami. Z reguły zaczyna odczuwać on pierwsze problemy życiowe, których źródła nie chce identyfikować z nałogowym używaniem narkotyków. Diagnoza poziomu uzależnienia, rozpoznanie oczekiwań pacjentów, ocena ich funkcjonowania społecznego to podstawowe elementy decydujące o wyborze sposobu leczenia. Poradnie stwarzają możliwość terapii w trybie indywidualnym, jak i w ramach grup terapeutycznych. Można uzyskać w nich skierowanie do oddziałów detoksykacji, stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjnych na terenie całej Polski, a także do innych programów leczniczych. Sieć tego typu placówek ma ogromne znaczenie zarówno dla osób mających problemy z nadużywaniem i uzależnieniem od narkotyków, jak również dla tych wszystkich, którzy chcą pomóc swoim bliskim dotkniętym uzależnieniem.

### **Programy wymiany igieł i strzykawek**

Jednymi z najskuteczniejszych działań minimalizujących ryzyko zakażeń HIV/AIDS, a także innych chorób przenoszonych przez krew wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji są programy wymiany igieł i strzykawek. Szacuje się, że redukują one o ok. 50% dzielenie się sprzętem infekcyjnym w tych środowiskach, gdzie są prowadzone. Są w miarę tanie i proste w realizacji – co sprzyja ich efektywności, biorąc pod uwagę koszty leczenia chorych na zmiany zachowań narkomanów na bardziej bezpieczne z punktu widzenia zakażeń chorobami przenoszonymi przez krew. Jednocześnie dzięki pracy terapeutów ulicznych stanowią one istotne ogniwo pomiędzy zazwyczaj bardzo zmarginalizowanym środowiskiem narkomanów a różnorodnymi serwisami pomocy: terapeutycznej, medycznej czy socjalnej. Pracownicy uliczni docierają do miejsc spotkań osób uzależnionych służąc pomocą tym, którzy nieraz całkowicie zostali odsunięci na margines społeczeństwa.

### **Oddziały detoksykacji**

Detoksykacja ma na celu poprzez odizolowanie pacjenta od narkotyków i wdrożenie leczenia farmakologicznego – w miarę komfortowe uporanie się z zespołem abstynencyjnym, jaki pojawia się po odstawieniu niektórych narkotyków. Główną grupą osób wymagających takiej kuracji są uzależnieni od opiatów (heroina). Ten rodzaj narkotyków powoduje silną zależność fizyczną co uniemożliwia podjęcie jakiegokolwiek psychoterapii bez wcześniejszego odtrucia. Pobyt w oddziale detoksykacji trwa od tygodnia do dwóch; w nielicznych przypadkach nieco dłużej.

### **Stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne**

Ośrodki rehabilitacyjne proponują uzależnionym leczenie oparte głównie o metodę społeczności terapeutycznej. Terapia jest ukierunkowana na radykalną zmianę stylu życia pacjentów, zmianę środowiska i uzyskanie trwałej abstynencji od środków psychoaktywnych. Osoby przebywające w ośrodkach uczą się życia poprzez społeczną interakcję (głównie w obrębie grupy); nabierają poczucia odpowiedzialności za własne zachowanie, uczą się rozumienia i wyrażania własnych emocji. Cel leczenia w społeczności terapeutycznej wykracza daleko poza zmianę zachowań – zachowanie jest tylko objawem prawdziwych problemów. W myśl filozofii terapii – osoba uzależniona musi zmienić negatywny obraz siebie na pozytywny, nauczyć się konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i umiejętności cieszenia się z życia po to, by zmniejszyć niebezpieczeństwo powrotu do autodestruktywnych zachowań z przeszłości.

Częstą praktyką jest pomoc w nawiązywaniu ponownych, tym razem poprawnych relacji z rodziną. W ośrodkach obowiązuje całkowita abstynencja od takich środków jak narkotyki i alkohol. Pobyt w tego typu placówkach może trwać od kilku do kilkunastu miesięcy i zazwyczaj podzielony jest na etapy związane z rozwojem pacjenta i uzyskiwaniem przez niego umiejętności i doświadczeń społecznych.

### **Programy substytucji lekowej**

Do tego rodzaju leczenia wykorzystuje się środki farmakologiczne będące agonistami (metadon) lub częściowymi agonistami (buprenorfina) opiatów. Programy substytucji lekowej to rozwiązania polegające na zastąpieniu nielegalnego narkotyku legalną substancją o podobnym bądź takim samym działaniu farmakologicznym. Jediną grupą uzależnionych objętych takimi programami są osoby uzależnione od heroiny, które nie chcą lub nie potrafią zrezygnować z używania tego środka. Podstawowym celem prowadzenia substytucji lekowej jest ustabilizowanie sytuacji życiowej osób uzależnionych poprzez m.in. wyeliminowanie wszystkich czynności związanych ze zdobyciem nielegalnych narkotyków (redukcji zachowań o charakterze kryminalnym) oraz obniżenie poziomu niebezpieczeństw zdrowotnych płynących z niekontrolowanego ich zażywania. Służyć ma temu legalny substytut narkotyku oraz szereg oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym i readaptacyjnym mających umożliwić i ułatwić powrót do pełnienia ról społecznych. Osoby uczestniczące w programach substytucyjnych są więc nadal uzależnione od narkotyków – tej samej lub podobnej substancji psychoaktywnej. Jednak dzięki legalnemu dostępowi do bezpłatnego i czystego farmakologicznie narkotyku, a także do serwisów socjalnych i terapeutycznych mają szansę na zmianę stylu życia lub przynajmniej na jego stabilizację. Długość udziału w terapii substytucyjnej nie jest z góry określona – o jej zakończeniu decyduje sam pacjent (chyba, że wcześniej zostanie usunięty z programu z powodu „dobierania” nielegalnych narkotyków). W większości przypadków udział w terapii jest wieloletni.

### **Grupy Anonimowych Narkomanów**

Grupy NA istnieją w Polsce od ponad 25 lat ([www.anonimowinarkomani.org](http://www.anonimowinarkomani.org)). Ich program oparty jest na Dwunastu Krokach i Dwunastu Tradycjach Anonimowych Alkoholików. Fundamentalną zasadą umożliwiającą osobom uzależnionym trzeźwienie we wspólnocie jest zasada anonimowości. Dzięki niej mogą one czuć się bezpiecznie, wolne od szykan, poniżania i wytykania palcami. Osobie uzależnionej przychodzącej na mityngi zaleca się realizację programu Dwunastu Kroków zmieniającego kompulsywne zachowanie na świadomy wybór. Nikt nie sprawdza ani nie egzaminuje nikogo z jego realizacji (może z wyjątkiem samego życia). Dzielenie się radością siłą nadzieją oraz doświadczeniem, które ma miejsce na mityngu, może być skuteczną pomocą w trzeźwieniu. Zgodnie z filozofią i przekonaniem członków wspólnoty NA – narkomania jest chorobą w której choruje i cierpi ciało, umysł i dusza. Realizacja programu pozwala na wyzdrowienie tych sfer funkcjonowania człowieka. Uczestnictwo w mityngach porównywane jest do siły wspierającej narkomana na tej drodze, a sama abstynencja od narkotyków jest efektem ubocznym tych zmian. Osoba uzależniona zyskuje radość i spokój w życiu, przedtem zabrane przez narkotyki. Narkomania, w rozumieniu uczestników ruchu NA jest chorobą, którą można skutecznie zatrzymać. Wymaga to jednak czasu, spokoju, cierpliwości, zrozumienia i nadziei, które osoba uzależniona może znaleźć w grupie.

## Charakterystyka dopalaczy

Dopalacze są substancjami psychoaktywnymi. Można je kupić w Internecie lub w specjalnych sklepach. Składniki dopalaczy są legalne, jednak nie warto ich zażywać – są tak samo szkodliwe jak narkotyki, a w mediach coraz częściej donoszą o przypadkach śmiertelnych po zażyciu dopalaczy. Dopalacze cieszą się dużą popularnością wśród młodzieży, która nie ma świadomości, czym się truje. Jako niezakazane **środki psychoaktywne** dopalacze stanowią alternatywę dla nielegalnych narkotyków. Dopalacze bowiem nie zostały uwzględnione na liście w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.

Dopalacze (ang. designer drugs) nie są objęte zakazem antynarkotykowym. Mogą przyjmować postać kadzidełek, suszu, skrętów, fajek, tabletek (tzw. party pills), proszków w torebkach, znaczków do lizania czy mieszanek aromatycznych. Podstawowym **składnikiem dopalaczy** jest BZN (benzylpiperazyna), która działa jak amfetamina. BZN powoduje przyspieszenie tętna, odwodnienie organizmu i prowadzi do uzależnienia. BZN łączona jest z TFMPP.

Jeszcze do niedawna **legalne dopalacze** to popularne mieszanki ziołowe: susz roślinny, liście drzewa mitragyna speciosa (stymulują ośrodkowy układ nerwowy), kratom, szaflwia wieszczą (wywołuje halucynacje) oraz muchomor czerwony lub plamisty (fly agaric). Dopalacze, szczególnie w postaci kapsułek, są zażywane przez młodych ludzi w celu wprowadzenia się w stan błogości, nastrój euforyczny oraz do poprawy kondycji seksualnej i fizycznej niezbędnej podczas intensywnych zabaw tanecznych. Najbardziej popularną formą dopalaczy w Polsce są środki typu „spice” w postaci suszu i mieszanek roślinnych.

## Rodzaje dopalaczy

Co to są dopalacze? To produkty zawierające substancje psychoaktywne nie znajdujące się na liście substancji zakazanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Dopalacze wywołują u spożywającej je osoby efekt narkotyczny zbliżony do zdelegalizowanych substancji – producenci starają się jak najwierniej oddać działanie narkotyków. Problem kontroli produkcji dopalaczy jest znany zarówno w Stanach Zjednoczonych, krajach Unii Europejskiej, jak i w Polsce.

**Skład chemiczny dopalaczy** ulega ciągłej zmianie w celu ominięcia zakazów antynarkotykowych. Wraz z wejściem ustawy zabraniającej obrotu konkretną substancją psychoaktywną producenci zamieniają ją na jej analog, czyli substancję, która ma bardzo podobne działanie, a jeszcze nie została zakazana. W Stanach Zjednoczonych, Australii i Nowej Zelandii rozszerzono definicję nielegalnych substancji psychotropowych, dzięki czemu taki proceder jest niemożliwy. Kolejnym problemem prawnym w Polsce jest fakt, że produkty oficjalnie nieprzeznaczone do spożycia nie podlegają kontroli Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, co skwapliwie zostało wykorzystane przed producentów rozprowadzających dopalacze jako „produkty kolekcjonerskie”.

Warto pamiętać, że rzadko zdarza się, aby na opakowaniu umieszczono pełną listę substancji psychoaktywnych zawartych w danym produkcie. Według badań, potencjalnych substancji psychoaktywnych jest ponad 12 tysięcy.

**Działanie dopalaczy** opiera się na substancjach psychoaktywnych, które wywołują różne efekty zbliżone do działania narkotyków. Wyróżnia się trzy grupy dopalaczy:

- susze i kadzidełka (tzw. „spice”) pochodzenia najczęściej roślinnego, których działanie



jest zbliżone do marihuany lub opium, a zażywa się je za pomocą spalania w fajkach lub skrętach; w ich składzie może znajdować się także kofeina, wanilina, THC, eugenol;

- tzw. „party pills”, czyli tabletki lub proszkek pochodzenia głównie syntetycznego, będące mieszkanką halucynogenów, stymulantów, opioidów, empatogenów lub dysocjantów; ich działanie ma być pobudzające i poprawiające nastrój, a także wspomagające przy braku energii; tabletki ecstazy była dawniej „party pill” – obecnie jest zakazana;
- środki syntetyczne w formie m.in. małych pigułek lub znaczków do lizania, w składzie których jest tylko jedna substancja.

## Skutki uboczne dopalaczy

Dopalacze do niedawna były legalnie dostępne jako produkty kolekcjonerskie, nie do spożycia. Ze względu na omińnięcie przepisów substancje psychoaktywne stały się dostępne dla ludzi, mimo iż ich szkodliwość nie została nawet przebadana. Obecnie obrót dopalaczami stał się zabroniony, dzięki czemu ich dostępność została znacznie utrudniona. Warto pamiętać, że niewinnie wyglądające tabletki mogą prowadzić do utraty zdrowia, a nawet życia.

Skutki używania dopalaczy nie są jeszcze do końca zbadane. Skład dopalaczy wielokrotnie ulegał zmianie, dlatego nie wiadomo do końca, jakie są następstwa ich stosowania. Jedno jest pewne – **skutki dopalaczy** są poważne. Dopalacze mogą wywołać w zależności od wrażliwości organizmu:

- nudności,
- bóle głowy,
- zawroty głowy,
- stany lękowe,
- bezsennaść,
- drgawki,
- problemy z oddychaniem,
- znużenie,
- urojenia,
- ataki szału,
- wysoką gorączkę,
- nadmierne pocenie się,
- śpiączkę,
- wymioty,
- biegunkę,
- brązowienie na skórze.

Na temat dopalaczy krąży wiele mitów, w które najczęściej wierzy młodzież i to niestety ta coraz młodsza. Po dopalacze najczęściej sięgają uczniowie klas gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Młodzież zazwyczaj nie wie, jak działają dopalacze. Te substancje psychoaktywne są łatwe do nabycia, dlatego nawet jeśli wszystkie sklepy sprzedające te specyfiki zostaną zamknięte, pozostanie nadal Internet. Skuteczną metodą **ochrony przed dopalaczami jest kampania informująca o skutkach zażywania środków psychoaktywnych**. Po kilkudziesięciu śmiertelnych przypadkach zatrucia dopalaczami zaczęto akcję zamykania sklepów z tego typu używkami. Z danych Centrum Kryzysowego Ministerstwa Zdrowia wynika, że zamknięcie punktów sprzedaży dopalaczy przyczyniło się do redukcji hospitalizacji na oddziałach toksykologicznych w całej Polsce.

## **Kto bierze dopalacze?**

Coraz częściej słyszy się, jak młodzi ludzie dyskutują o dragach, dropsach, wódce w żelu i dopalaczach. Same dyskusje nie są aż tak groźne. Gorsze jest to, że często młodzież sięga po te środki. Napoje energetyczne i ich skład nie jest im obcy. Znajomość składu chemicznego to dla nich podstawa. Dzieci z gimnazjum wiedzą, jak połączyć substancje, aby uzyskać lepszy „odjazd”, poczucie mocy i siły. Zdarza się tak, że sami rodzice serwują swoim pociechom bomby kaloryczne, energetyczne i pobudzające w słodyczach, napojach, sztucznym pożywieniu.

Dlaczego tak się dzieje? Rodzice nie czytają etykietek na produktach i w konsekwencji nie znają składu danego produktu. Brak świadomości jest pierwszym podstawowym błędem popełnianym przez rodziców. Rodzice podają dzieciom zbyt dużą ilość witamin, co również jest zagrożeniem dla zdrowia. Serwując dziecku sztuczne tłuszcze, słodziki, konserwaty zawarte w różnych produktach, narażamy dziecko na różne niebezpieczeństwa. Co piąte dziecko w Polsce ma alergię, prawie 10% objawy ADHD, a coraz więcej cierpi na zaburzenia emocjonalne.

## **Od czego można się uzależnić?**

Uzależnić można się zarówno od substancji zażywanej, jak i od stanu emocjonalnego uzyskiwanego za pomocą używki – jednym słowem uzależnić można się od wszystkiego. Reklamy, propaganda i znajomi – często właśnie dzięki nim młody człowiek sięga po używki. Kiedy reklama mówi, że po zażyciu danego produktu pamięć się wzmocni, to młody człowiek nie będzie potrafił skupić się bez danego produktu. Również uprawiając jakiś sport i chcąc osiągnąć wysoki wynik, należy sięgnąć po batonika, cukierka czy napój, które na pewno zapewnią zwycięstwo. To wszystko powoduje, że młoda osoba przenosi później te używki do życia codziennego i do dyskotek, ponieważ bez pobudzenia chemicznego nie czuje się na siłach, aby coś osiągnąć. Działa tu tzw. efekt placebo.

## **Napoje energetyczne**

Dostępne prawie w każdym sklepie i niebudzące najmniejszych podejrzeń, zawierają niewielkie dawki substancji uzależniających. Te substancje to guarana i tauryna. Guarana to znany brazylijski afrodyzjak, który pobudza i zwiększa sprawność seksualną. Bezsenność, zaburzenia lękowe i depresja – to stany, do których może doprowadzić zażywanie guarany. Natomiast tauryna poprawia metabolizm na krótki czas oraz daje przyływ energii. Niestety, po pewnym czasie prowadzi do wyczerpania psychicznego i fizycznego oraz do depresji.

Znane są przypadki osób, u których po odstawieniu napojów energetycznych, zaobserwowano typowe objawy abstynencji, jak w alkoholizmie, np.: drgawki, delirium, inne dolegliwości związane z **odstawieniem używki**.

## **STALKING**

**Stalking** jest to powtarzające się uporczywe nękanie poprzez rozmaite formy naruszenia wolności osobistej i prywatności drugiej osoby, wywołujące u prześladowanego niepokój, skrępowanie, dyskomfort fizyczny i psychiczny, szereg dolegliwości zdrowotnych – fizycznych i psychicznych, trudności w kontaktach interpersonalnych i uzasadnione obawy o własne bezpieczeństwo.

**Stalking stanowią:** natrętne fizyczne lub wirtualne kontaktowanie się z osobą, która sobie tego kontaktu na życzy, komunikowanie się z nią wbrew jej woli poprzez uporczywe nękanie telefonami, zadzwończenie wiadomościami sms, bądź e-mail, obserwowanie, podglądanie, śledzenie, nachodzenie miejscu zamieszkania lub w pracy, uciążliwe i niemile widziane wręczane bądź wysyłane podarunki lub kwiaty, groźby, zachowania agresywne, niszczenie mienia i rozmaite formy działania na szkodę osoby, która w tym kontekście staje się ofiarą.

## **Ofiary stalkingu**

Ofiarą stalkingu może być każdy! Najczęściej ofiarą stalkingu staje się były partner (a ściślej partnerka), jednakże ofiarą stalkingu może również zostać osoba całkiem obca dla prześladowcy, wręcz przypadkowa, w odniesieniu do której stalker stworzył wymyślony związek uczuciowy. Przeprowadzone badania wykazały, iż najczęściej ofiarami stalkingu są kobiety w wieku poniżej 40 lat (64% ofiar).

## **Sprawcy stalkingu**

Sprawcy stalkingu to najczęściej mężczyźni w wieku poniżej 40 roku życia. 82 % ofiar (mężczyzn i kobiet) wskazało na mężczyznę jako swojego prześladowcę, a 75 % sprawców stalkingu to mężczyźni poniżej 40 roku życia. W 75,% przypadków sprawca był lub jest osobą płci przeciwnej niż ofiara, a w 3% przypadków ofiary obydwu płci nie znały płci sprawcy.

Autorem stalkingu (stalkerem) mogą być zarówno osoby psychotyczne, u których występują lub występowały uprzednio, zaburzenia schizofreniczne albo schizofrenia, jak i niepsychotyczne. Zdecydowana większość stalkerów to osoby niepsychotyczne, w przypadku których możemy mówić o stylach osobowości autorów stalkingu, nie zaś o psychopatologii.

Stalkerzy będący osobami niepsychotycznymi wykazują rozmaite zaburzenia osobowości takie, jak: zaburzenia z pogranicza (borderline) czy narcystyczne zaburzenia osobowości, a także zaburzenia zachowania typowe dla depresji, zaburzenia adaptacji. Wykazują również skłonność do uzależnień od rozmaitych substancji. U osób tych na prześladowanie ofiar mogą wpływać rozmaite czynniki psychologiczne, w tym, strach przed odrzuceniem i chęć utrzymania jak najbliższej więzi z ofiarą, potrzeba bliskości, przekonanie o doznaniu niesprawiedliwości ze strony ofiary, zazdrość i pragnienie zemsty. Takie zachowania ujawniają trudności typu uczuciowego i relacyjnego ze strony autora stalkingu.

Stalker ma zafałszowane poczucie własnej wartości, silnie uzależnione od osoby, która go porzuciła. Odrzucenie przez obiekt uczuć powoduje poczucie wstydu i poniżenia, co wpływa na obniżenie się jego samooceny. W celu wyrównania tego poczucia oraz osiągnięcia poprzedniego status quo stara się sprawować kontrolę nad życiem swej ofiary. Prowadzi to do ciągłego nachodzenia i szukania kontaktu z tą osobą, składania propozycji, wysyłania listów, prezentów, aranżowania spotkań. Dalsze kontakty z ukochaną pozwalają na odzyskanie równowagi oraz powrót do poprzedniego poziomu samooceny. Należy tutaj zaznaczyć, że stalker nie zawsze kieruje się względami emocjonalnymi, uczuciowymi, często główną motywacją do kontaktu z ofiarą jest jedynie chęć przeciwstawienia się decyzji rozstania, którą podjęła druga strona. Zerwanie relacji powoduje wyidealizowanie związku i pragnienie jego odbudowania.

Niejednokrotnie główną motywacją stalkera jest chęć przeciwstawienia się osobie, która podjęła decyzję o rozstaniu. Prześladowca sprawia wrażenie osoby uzależnionej od osoby, którą nęka.

Nie jest w stanie powstrzymać się od pewnych zachowań, nawet jeśli niejednokrotnie jest świadom, iż jego postępowanie jest niepożądane przez ofiarę. Z czasem potrzeba kontrolowania ofiary staje się celem jego życia. Stalkerzy odczuwają potrzebę dominowania nad ofiarą, kontrolowania i zastraszania jej, gdyż bezsilność i lęk ofiary daje mu poczucie władzy. Manipulowanie znajomymi i rodziną ofiary mają na celu osłabienia ofiary poprzez jej wyizolowanie i brak wsparcia ze strony najbliższego otoczenia. Daje to sprawcy dodatkowe poczucie przewagi i władzy nad ofiarą. Uprzedmiotawiając ofiarę, poniżając ją usprawiedliwia sprawcę (przed samymi sobą) i pozwala mu traktować ofiarę w sposób bezwzględny, bez odczuwania empatii, współczucia. Dostrzegając słabość ofiary oraz jej zależność od sprawcy czują się oni usprawiedliwiony do podejmowania decyzji w imieniu ofiary. Niejednokrotnie żywią iluzje, iż są ofierze potrzebni, wręcz niezbędni, pragną na swój sposób chronić ofiarę (np. poprzez nie dopuszczanie jej do kontaktu z innymi osobami), czują się usprawiedliwieni by wedle własnego uznania karać ofiarę.

Stalkerzy charakteryzują się małą elastycznością w funkcjonowaniu psychologiczno-społecznym, brakiem empatii, nieumiejętnością utrzymywania trwałych relacji interpersonalnych, egoizmem, zafałszowanym poczuciem własnej wartości, niską tolerancją na niepowodzenia i na brak akceptacji ze strony otoczenia, tendencją do zniekształconego postrzegania rzeczywistości i błędną interpretacją zachowań innych ludzi. Część autorów stalkingu cechuje narcystyczny styl osobowości. W związku osoby te lubią dominować. Są wiecznie niezadowoleni, nierzadko też reagują z agresją. Mają potrzebę kontrolowania partnera, starają się z nim niejako zjednoczyć, zlewać. Działają świadomie, w sposób wolny. Na ogół nie tracą kontaktu z samym sobą. Do zachowań zaliczanych do stalkingu dochodzi najczęściej w sytuacji separacji, wobec osób porzuczanych, co sprawcom pozwala na manipulację i fałszowanie rzeczywistości.

Niejednokrotnie autorzy stalkingu to osoby o zaburzeniach typu: borderline. Żyją oni z trwałym poczuciem wewnętrznej pustki, łatwo się irytują. O drugiej osobie myślą z pasją, namiętnością, idealizując lub poniżając i następnie odpychając. Przy ich szybkich zmianach emocjonalnych, wywołują w partnerze relacje litości lub rozdrażnienia, fascynacje lub odrzucenie.

## **Relacja między ofiarą i sprawcą**

Stalking najczęściej dotyczy osób powiązanych więzami rodzinnymi lub tworzących związek partnerski. Jednakże ofiarą może stać się każdy, a stalkerem może być nawet osoba zupełnie obca ofierze. Cytowane badania nad występowaniem stalkingu w Polsce wykazały, iż w 88% przypadków (N=240, kobiet i mężczyzn łącznie) istniała relacja znajomości między ofiarą i napastnikiem, z czego: w 14% przypadków napastnikiem okazał się dalszy znajomy, w 4% przypadków – przyjaciel, w 6% przypadków – krewny, w 4% przypadków – znajomy z pracy, w 17% – partner, a w 40% – były partner. Zatem w 58% przypadków stalkingu prześladowcą jest lub był partner lub były partner ofiary.

## **Wzorzec zachowań stanowiących stalking**

Stalking mogą stanowić następujące zachowania: uporczywe wydzwanianie (nawet nocne) i wysyłanie listów, wiadomości sms i innych elektronicznych wiadomości tekstowych,

np. email (w tym również anonimowe telefony i listy) i inne formy cyberstalkingu, pozostawianie wiadomości pod drzwiami w mieszkaniu ofiary, pozostawianie wiadomości na poczcie głosowej, wręczanie lub przesyłanie ofierze niechcianych prezentów (zarówno romantycznych, jak i obraźliwych, szokujących oraz deprymująco cennych), przesyłanie bądź wręczanie ofierze kwiatów i innych podarunków, których ona sobie nie życzy, natrętne składanie propozycji spotkań, wspólnych wyjazdów i propozycji seksualnych; śledzenie, podążanie za ofiarą i zlecenie agencjom detektywistycznym śledzenia ofiary. (zatrudnianie prywatnych detektywów), obserwowanie, podglądanie ofiary, przebywanie w okolicy miejsca zamieszkania lub pracy ofiary, czekanie na ofiarę (wyczekiwanie) w miejscu jej pracy lub w okolicy miejsca jej zamieszkania, przyglądanie się ofierze, dążenie do nawiązania kontaktu z ofiarą za pośrednictwem wspólnych znajomych i rodziny (w tym również dzieci), wypytywanie ich o szczegóły z życia prywatnego ofiary, wypytywanie o ofiarę w miejscu jej zamieszkania i pracy, zakładanie podsłuchu telefonicznego, przeszukiwanie prywatnych notatek i śmieci ofiary celem uzyskania informacji o niej, wdzieranie się do mieszkania ofiary celem zabrania ofierze przedmiotów osobistych, bądź pozostawienie śladu obecności celem zastraszenia, rejestrowanie faktów z życia prywatnego ofiary za pośrednictwem aparatu fotograficznego i sprzętu audio-video (kamery video i cyfrowe), podszywanie się pod ofiarę, np. poprzez składanie zamówień w jej imieniu, podszywanie się pod znajomych lub rodzinę ofiary wysyłając jej listy z fałszywymi informacjami, manipulowanie ofiarą na przykład poprzez wszczynanie postępowania karnego przeciwko ofierze lub groźby wszczęcia postępowania czy groźby lub próby samobójstwa celem wymuszenia na ofierze pewnych zachowań, w tym wymuszenia kontaktu ze stalkerem, uprzedmiotowienie ofiary, poniżanie jej, manipulowanie przyjaciółmi i rodziną ofiary celem ich odwrócenia się od niej (nastawianie ich przeciw ofierze), zaczepianie ofiary w miejscach publicznych, niszczenie mienia prywatnego ofiary, szantaż emocjonalny, szantaż ekonomiczny, wyrządzanie szkody ulubieńcom – zwierzętom domowym będących własnością ofiary, groźby (w tym groźby uszkodzenia ciała lub groźby śmierci), akty przemocy fizycznej, trzymanie w mieszkaniu ostrych narzędzi celem zastraszenia ofiary, akty wandalizmu i uszkodzenia mienia np. zarysowania, stłuczenia – celem zastraszenia ofiary (najczęściej dotyczy to samochodu ofiary lub miejsca jej zamieszkania), wykrzykiwanie w miejscach publicznych obelg pod adresem ofiary w jej obecności (np. w okolicy miejsca pracy lub zamieszkania) [3].

## **Wpływ doświadczenia stalkingu na ofiarę**

Doświadczenie stalkingu niejednokrotnie wpływa negatywnie na życie i zdrowie ofiar wywołując liczne skutki psychiczne i relacyjne. Powoduje wystąpienie psychologicznej traumy, wywołuje u ofiary poczucie zagrożenia (podwyższony poziom lęku), niepokój, ataki paniki, fobie, depresję, drażliwość, poczucie chaosu i wewnętrznego zamieszania, obniżenie poczucia własnej wartości i pewności siebie, wiary we własne siły i możliwości, utrata zaufania do innych, poczucie winy, wstyd i zażenowanie, frustrację, problemy z intymnością, emocjonalne odrętwienie – doświadczenie wyuczonej bezradności, nadwrażliwość, trudności z koncentracją uwagi, trudności w wypełnianiu codziennych obowiązków, poczucie wyizolowania (w tym również izolacje od rodziny i przyjaciół), zaburzenia psychosomatyczne, w tym bóle i zawroty głowy, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego i układu krwionośnego, palpacje serca, nadmierne pocenie się, trudności z oddychaniem, zaburzenia czynnościowe życia płciowego, a także problemy w relacjach interpersonalnych (zmiany lub trudności w kontaktach interpersonalnych w rodzinie, w parze, w miejscu pracy). Niejednokrotnie ofiary chcąc uwolnić się od stalkera zmuszone są do zmian w życiu prywatnym, w tym zmiany miejsca pracy czy zamieszkania. Czasem względy zdrowotne (doświadczenie traumy) uniemożliwia ofierze kontynuację życia zawodowego – ofiara przestaje pracować ze względów

zdrowotnych. U niektórych ofiar doświadczenie stalkingu doprowadza do wystąpienia nerwicy pourazowej (PTSD - *post-traumatic stress disorder*), czy wręcz myśli, a nawet prób samobójczych.

## **Prewencja w przypadku stalkingu**

Z uwagi na interdyscyplinarność zjawiska dla skutecznego przeciwdziałania problemowi stalkingu nie wystarczą osamotnione oddziaływanie policji, psychologów, przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości czy służb społecznych (pracowników pomocy społecznej). Konieczne jest współdziałanie poszczególnych specjalistów! W świetle współczesnej wiedzy o autorach stalkingu nie wydaje się wystarczające podjęcie stosownych oddziaływań, gdy już dochodzi do stalkingu. Zasadnym wydaje się, wobec nasilania się różnych form nękania (takich, jak: zadzwończenie telefonami, smsami, czy korespondencją email i innymi formami cyberstalkingu) w związku z rozwojem i coraz większą dostępnością techniki, informatyki i nowych form komunikacji podjęcie oddziaływań prewencyjnych skierowanych do młodzieży, tym bardziej iż stalking dotyka głównie osób młodych, poniżej 40 roku życia. Celem podjęcia kroków w kierunku wczesnej prewencji autorka niniejszej publikacji we współpracy z Włoskim Stowarzyszeniem Psychologii i Kryminologii przeprowadziła badania nad cechami osobowości, stylami przywiązania, kontrolą emocjonalną i agresywnością młodzieży – badania nad przyszlými potencjalnymi sprawcami aktów przemocy i stalkingu. Badanie zostało przeprowadzone w marcu 2008, wśród młodzieży gimnazjalnej i licealistów w Chełmie, na grupie badawczej N=800. Badanie wykazało, iż ponad 7% ankietowanych odpowiada wskaźnikom jako potencjalni przyszli sprawcy aktów nękania i przemocy. Są to dane niepokojące, wymagające jednak dalszego zgłębienia, a w dalszej konieczności – podjęcia stosownych oddziaływań prewencyjnych.

## **CYBERPRZEMOC**

W związku z szybkim rozwojem technologii oraz wzrostem dostępności do Internetu w Sieci pojawiło się wiele niebezpiecznych zjawisk. Najczęściej wymienia się tu cyberprzemoc oraz zespół uzależnienia od Internetu.

**Cyberprzemoc** (agresja elektroniczna) – stosowanie przemocy poprzez: prześladowanie, zastraszanie, nękanie, wyśmiewanie innych osób z wykorzystaniem Internetu i narzędzi typu elektronicznego takich jak: SMS, e-mail, witryny internetowe, fora dyskusyjne w internecie, portale społecznościowe i inne. Ma ona charakter celowy i długotrwały a działania podejmowane przez agresora są powtarzalne. Najczęściej mówi się o niej w odniesieniu do przemocy rówieśniczej dzieci i młodzieży. Osobę dopuszczającą się wyżej wymienionych czynów określa się stalkerem.

Cyberprzemoc to bardzo niebezpieczny rodzaj przemocy, który uderza bezpośrednio w społeczny wizerunek danej osoby, zwłaszcza, jeśli chodzi o publikowanie i rozpowszechnianie w sieci kompromitujących materiałów. Zamiarem internetowych chuliganów jest zdyskredytowanie konkretnej osoby lub grupy ludzi czy nawet całych społeczności. Takie działania wynikają z poczucia anonimowości lub bezkarności sprawców i ułatwane są np. zamieszczeniem witryny internetowej na serwerze w kraju, w którym pisemne groźby nie są przestępstwem. Taka forma znęcania się nad swoimi ofiarami, zdaniem psychologów wynika z tego, że łatwiej poniżać, dyskredytować i szykanować, gdy istnieje szansa ukrycia się za internetowym pseudonimem i nie ma potrzeby konfrontacji z ofiarą oko w oko. Prześladowanie przez Internet jest szczególnie groźne dlatego, że kompromitujące czy poniżające materiały są dostępne w krótkim czasie dla wielu osób i pozostają w sieci na zawsze, jako kopie na wielu komputerach, nawet po ustaleniu i ukaraniu sprawcy.

Tego typu działania mogą prowadzić do:

- utraty pewności siebie;
- utraty poczucia bezpieczeństwa;
- depresji;
- nerwicy;
- izolacji od rówieśników.

Czyny noszące znamiona cyberprzemocy mogą być zakwalifikowane jako:

- art.190. Kodeksu Karnego (groźba popełnienia przestępstwa)
- art.191. Kodeksu Karnego (zmuszanie do określonego zachowania)
- art. 202 Kodeksu Karnego (pornografia)
- art. 212 Kodeksu Karnego (zniesławienie)
- art. 216 Kodeksu Karnego (zniewaga)
- art. 267 Kodeksu Karnego (naruszenie tajemnicy korespondencji)
- lub jako wykroczenie z art. 107 Kodeksu Wykroczeń (złośliwe nękanie).

W związku z tym, że zarówno dzieci, młodzież jak i dorośli coraz więcej czasu spędzają przed ekranem monitora pojawiło się nowe uzależnienie nazywane **Zespołem Uzależnienia od Internetu (ZUI)**.

#### **Symptomy ZUI:**

1. Silna potrzeba korzystania z Internetu;
2. Osłabienie lub brak kontroli nad ilością czasu spędzanego przed komputerem;
3. Uczucie niepokoju i rozdrażnienia, kiedy nie możesz skorzystać z Internetu;
4. Aby być zadowolonym spędzasz coraz więcej czasu w Sieci;
5. Zaniedbywanie innych sfer życia;
6. Korzystanie z Sieci pomimo negatywnych następstw.

#### **Skutki Zespołu Uzależnienia od Internetu:**

- zaburzenia relacji interpersonalnych (np. rezygnacja z bezpośredniego kontaktu);
- utrata zainteresowania wszelkimi formami aktywności społecznej;
- zaniedbanie życia rodzinnego;
- zaniedbywanie nauki lub pracy;
- zapominanie o posiłkach;
- zaburzenia w sferze uczuć i emocji;
- utrwalenie postaw egocentrycznych;
- zaburzenia w zakresie własnej tożsamości;
- zawężenie zainteresowań i możliwości intelektualnych;
- zmiana języka (zubożenie, techniczny slang, używanie skrótów);
- zmniejszenie potrzeb seksualnych;
- niekontrolowanie czasu spędzanego w Sieci;
- rezygnacja z innych rozrywek i przyjemności;
- brak troski o własne zdrowie (zarwane noce, nieregularne posiłki) i higienę osobistą;
- kłopoty finansowe (przy korzystaniu z kosztownej Sieci w domu);
- utrata pracy (przy wykorzystywaniu dla swoich potrzeb Sieci w firmie).

#### **Dolegliwości somatyczne towarzyszące ZUI:**

- pogorszenie wzroku;
- migrena;
- tzw. padaczka ekranowa;
- bóle pleców i karku;

- niedożywienie;
- zaburzenia snu;
- nieprawidłowy oddech;
- zespół kanału nadgarstka;
- zaniki mięśni grzbietu;
- zanik mięśni pasa biodrowego.

## **ZABURZENIA AFEKTYWNE TYPU DEPRESYJNEGO**

**Zaburzenia afektywne** jest to kategoria zaburzeń psychicznych, w których kluczowe objawy dotyczą patologii życia emocjonalnego, reakcji emocjonalnych i nastroju. Zaburzenia te mogą występować pod postacią manii, hipomanii i depresji.

**Stan maniakalny** cechuje się:

- podwyższonym nastrojem,
- poczuciem euforii i wielkości, niespożytej energii,
- nieuzasadnionym poczuciem wszechmocy,
- rozrzutnością i podejmowaniem ryzykownych inwestycji,
- zwiększonym zainteresowaniem sferą seksualną i ryzykownymi zachowaniami w tej sferze,
- przyspieszonym tokiem myślenia,
- wielomównością,
- niemożnością skupienia się na jednej sprawie,
- niecierpliwością,
- skłonnością do irytacji i wybuchów gniewu,
- brakiem potrzeby snu.

Przy skrajnym nasileniu manii występuje rozerwanie toku myśli i urojenia wielkościowe. W zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych maniakalno-depresyjnych mogą występować poczucie winy i myśli samobójcze.

**Stan hipomanii** – niewielkie nasilenie manii, trwa przez krótki okres czasu, nieznacznie utrudnia funkcjonowanie poznawcze.

**Zaburzenia depresyjne** należą one do najczęściej występujących problemów zdrowotnych współczesnych czasów, są uznawane za poważny problem społeczny. Około 10% populacji cierpi na depresję. Najczęściej ujawnia się pomiędzy 15 a 30 rokiem życia oraz w podeszłym wieku, zachorować mogą także dzieci. 25% epizodów trwa krócej niż jeden miesiąc. 50% ustępuje przed upływem trzech miesięcy. Depresja ma skłonność do nawrotów. 75% chorych zachoruje ponownie w ciągu 2 lat od wyleczenia poprzedniego epizodu. Na depresję częściej chorują kobiety niż mężczyźni. Około 15% pacjentów z ciężką depresją umiera wskutek samobójstwa, 20-60% chorych na depresję próbuje sobie odebrać życie, 40-80% ma myśli samobójcze.

Depresją potocznie często określa się chwilową melancholię lub obniżenie nastroju. Depresja może mieć różne objawy w zależności od indywidualnych uwarunkowań danej jednostki. Jest jednak zespół cech wspólnych dla większości osób cierpiących na to zaburzenie.

Są nimi:

- obniżenie nastroju,
- obniżenie napędu psychoruchowego,
- zaburzenie rytmów okołodobowych,
- lęk.



Wiele z tych symptomów może świadczyć o naturalnym, chwilowym obniżeniu nastroju. Jednak im więcej ich wykazuje dana osoba i im dłużej one trwają, tym większe prawdopodobieństwo, że w tym przypadku mamy do czynienia z depresją. Ważne aby pomagając osobom z depresją, lub udzielając im zwykłego wsparcia nie mówić weź się w garść, będzie dobrze lub musisz się pozbierać. Proste słowa: rozumiem, że jest Ci trudno, będą wystarczające, ponieważ dają zrozumienie a nie ocenę i krytykę.

### **Kryteria diagnostyczne depresji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO):**

#### **Objawy podstawowe:**

- nastrój depresyjny,
- utrata zainteresowań lub anhedonia (brak lub utrata zdolności odczuwania przyjemności),
- zmniejszenie aktywności (energii) lub zwiększona męczliwość.

#### **Objawy dodatkowe:**

- niska samoocena,
- nadmierne lub nieuzasadnione poczucie winy,
- myśli i zachowania samobójcze,
- osłabienie koncentracji i uwagi, skargi na zmniejszoną zdolność myślenia,
- zaburzona aktywność psychoruchowa: pobudzenie lub zahamowanie,
- zaburzenia snu,
- zmiany apetytu (wzrost lub spadek) ze zmianą wagi.

**Zespół somatyczny.** Do jego rozpoznania konieczne jest wystąpienie 4 z poniższych objawów:

- wyraźna utrata zainteresowań lub anhedonia,
- brak reakcji emocjonalnych w sytuacjach wcześniej takie reakcje wywołujących,
- wcześniejsze budzenie się (o 2 lub więcej godzin),
- dobowe wahania nastroju (rano obniżony),
- spadek masy ciała (5% lub więcej w ciągu ostatniego miesiąca),
- wyraźny spadek libido.

#### **Rozpoznanie (objawy przez co najmniej dwa tygodnie):**

- **Epizod depresyjny łagodny (F.32.0):** 2 podstawowe + 2 dodatkowe + zespół somatyczny
- **Umiarkowany (F32.1):** 2 podstawowe + 3 (lub 4) dodatkowe + zespół somatyczny
- **Ciężki:**
  - ✓ F32.2: bez objawów psychotycznych: 3 podstawowe + 4 (i więcej) dodatkowe,
  - ✓ F32.3: z objawami psychotycznymi: jw. + urojenia (grzeszności, ubóstwa, nieuchronnej klęski, przestępstw [odpowiedzialności]), omamy (słuchowe - głosy oszczercze, oskarżające, węchowe - zapach zgnilizny, rozkładającego się ciała), osłupienie depresyjne,
  - ✓ przyjmuje się, że zespół somatyczny występuje w większości epizodów ciężkiej depresji.

#### **Postacie depresji:**

- **depresja endogenna – jednobiegunowa.** Uważa się, że nie ma ona żadnej konkretnej

przyczyny zewnętrznej ani konkretnego wydarzenia życiowego. Depresja ta wywołana jest przez zaburzenia funkcjonowania mózgu, głównie systemu hormonalnego lub nerwowego (spadek noradrenaliny i serotoniny). Choroba ta powoduje poważne zakłócenia funkcji psychicznych i fizycznych.

- **depresja reaktywna.** Powstaje w wyniku reakcji na jakies przykre wydarzenie w życiu pacjenta. Najczęściej wydarzeniem tym jest utrata czegoś. Poczucie straty, które owocuje depresją reaktywną, może być zarówno natury duchowej, materialnej jak i ludzkiej. Szczególną i najczęstszą odmianą depresji reaktywnej jest depresja w żałobie, która pojawia się jako reakcja na utratę bliskiej osoby.
- **dystymia** jest przewlekłą formą depresji o niewyjaśnionym podłożu. Dystymią nazywamy zaburzenie, którego objawy są mniej nasilone niż depresji endogennej, jednak zdecydowanie bardziej przewlekłe, utrzymują się miesiącami (często latami). Nieleczona dystymia może trwać nawet całe życie.  
Do objawów dystymii należą:
  - ✓ wycofanie się z życia towarzyskiego i społecznego,
  - ✓ trudności w koncentracji i podejmowaniu decyzji,
  - ✓ zaburzenia snu,
  - ✓ drażliwość i / lub apatia,
  - ✓ zmiany ciężaru ciała, zarówno chudnięcie, jak i przybieranie na wadze.
- **depresja dwubiegunowa**, właściwie nazywana **chorobą afektywną dwubiegunową CHAD**, to zaburzenie psychiczne, którego przebieg złożony jest z trzech komponentów - elementu depresyjnego, w którym pacjent ma pełne objawy depresji endogennej, elementu manii - w którym pacjent staje się hiperaktywny i pobudzony oraz elementu pozornego zdrowia psychicznego. Wszystkie elementy przeplatają się ze sobą najczęściej w cyklu mania - depresja - zdrowie. W tej formie zaburzenia afektywnego, pacjent porusza się po kontinuum obniżonego i podwyższonego nastroju, najczęściej lądując na przeciwległych jego krańcach, choroba nosi nazwę dwubiegunowej.
- **depresja poporodowa.** Zaburzenia nastroju, drażliwość, płaczliwość, bezsenność i inne podobne objawy występują po porodzie u prawie 80% kobiet. Ten stan, który trwa nawet do kilku tygodni nazywany jest baby blues i jest czymś w rodzaju łagodnej, przejściowej depresji poporodowej, która występuje samoistnie. Jeśli jednak objawy nie ustępują, a matka dodatkowo ma myśli samobójcze, odczuwa agresję wobec dziecka, cierpi na bezsenność i ma napady paniki oznacza to, że rozwija się depresja poporodowa. Zaburzenie to może wystąpić również nie bezpośrednio po porodzie, ale nawet do 12 miesięcy od porodu.

## ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE

W populacji osób, które decydują się na odebranie sobie życia znaczną część stanowią osoby chore na depresję. Stwierdzono, że samobójstwo jest przyczyną około 15 – 25% zgonów osób z jej rozpoznaniem.

### **Przyczyny i czynniki ryzyka:**

- wysoki poziom lęku,
- poczucie beznadziejności, niemożności rozwiązania własnych problemów, uzyskania pomocy,
- poczucie winy, dopuszczenia się ciężkiego przewinienia i oczekiwanie poniesienia kary lub poczucie jej doświadczania,

- wzmożona drażliwość,
- dolegliwości bólowe i obecność różnych chorób,
- zaburzenia snu, niekiedy z całkowitą bezsennością.

### **Czynniki chroniące przed samobójstwem**

- Zasoby zewnętrzne np.: dobrze funkcjonująca rodzina, wsparcie społeczne
- Zasoby wewnętrzne: umiejętności radzenia sobie z problemami i stresem, dobra samoocena
- Percepcja motywacji do życia (zapytajmy o podanie chociaż jednego powodu dla którego warto żyć)
- Ochronna rola religii (potwierdzona w badaniach)
- Posiadanie hobby
- Angażowanie się w różne aktywności społeczne

## **LISTA SYGNAŁÓW OSTRZEGAWCZYCH**

**Należy zwrócić uwagę na to:**

**Co mówi:**

- Nic mi nie wychodzi.
- Cokolwiek się dzieje, cokolwiek robi: „to już nie ma znaczenia”.
- Już dalej nie mogę.
- Wkrótce będzie po wszystkim.
- Chciałbym nie żyć.

**Co się dzieje?**

- Zerwanie związku (np. z chłopakiem, dziewczyną).
- Kłopoty rodzinne.
- Ofiara przemocy obecnie lub w przeszłości.
- Epizod depresyjny w przeszłości.
- Poczucie bycia nieudacznikiem.
- Poczucie, że nie ma gdzie się zwrócić po pomoc.

**Co widzisz?**

- Smutek.
- Utrata zainteresowań i aktywności.
- Zmiany w zakresie snu, jedzenia lub wyglądu.
- Wszelkie wyraźne zmiany w zachowaniu, działaniu lub postawach.
- Osoba jest nienaturalnie dla niej spokojna lub pobudzona (agresywna, drażliwa).
- Porzucenie zainteresowań, aktywności, np. sportowej.
- Zaprzestanie chodzenia do szkoły.
- Mówienie o śmierci lub kultowych postaciach, które zginęły śmiercią samobójczą.
- Ryzykowne zachowania (jeżdżenie samochodem z nadmierną prędkością).
- Używanie dużej ilości alkoholu lub środków psychoaktywnych.
- Pozbywanie się własności, żegnanie się z ludźmi.

**Funkcje samookaleczeń**

- Samokaranie:
  - ukarać siebie za coś,
  - oczyścić siebie, swoje ciało,
- Radzenie sobie z doświadczeniami traumatycznymi:
  - odtworzyć traumatyczne doświadczenia,

- uwolnić się od trudnych wspomnień,
- zasygnalizować swoje cierpienie otoczeniu,
- ukarać innych, np. swojego prześladowcę,
- Radzenie sobie z emocjami:
  - przestać czuć emocje, które są nieprzyjemne i trudne,
  - rozładować napięcie i lęk,
  - poczuć ulgę i odprężenie,
  - poczuć cokolwiek choćby ból,
  - dostarczyć silnych bodźców,
  - wywołać przyjemny stan.
- Poczucie kontroli:
  - zogniskować ból, żeby lepiej go kontrolować,
  - zapanować nad własnym ciałem i bólem,
  - znaleźć poczucie kontroli i/lub autonomii w swoim życiu,
  - mieć wpływ na siebie.
- Komunikacja i wywieranie wpływu:
  - zasygnalizować cierpienie otoczeniu,
  - zwrócić na siebie uwagę innych ludzi, zakomunikować im coś,
  - wyrzucić wpływ, sprawić, aby inni zachowywali się w określony sposób.

## WSPARCIE OTOCZENIA

Depresja to bardzo niebezpieczna choroba, która w niektórych przypadkach może doprowadzić nawet do samobójstwa osoby, która się z nią zmagają. Dlatego tak istotnym jest, by nie lekceważyć symptomów choroby jakie pojawią się u bliskiej nam osoby. Szybka i odpowiednia reakcja daje większe szanse na wyleczenie, a nawet uratowanie życia.

Najważniejszym, co muszą zrozumieć bliscy osoby chorej na depresję to fakt, iż depresja jest prawdziwą chorobą, **a nie kaprysem, chwilowym wymysłem czy próbą ściągnięcia na siebie uwagi**. Zaburzenie to wpływa na funkcjonowanie mózgu chorego, a w rezultacie na jego samopoczucie, spojrzenie na świat, samoocenę, nastrój i energię. Wiele osób obserwując objawy choroby z zewnątrz, mówi „weź się w garść”, „na pewno będzie dobrze”, „musisz się pozbierać”, jednak to nie jest takie proste. Jeśli chcesz wesprzeć swoją bliską osobę lepiej powiedz rozumiejąc, że jest Ci trudno.

Jeśli zauważymy, że z bliską nam osobą dzieje się coś złego, a objawy wskazują na depresję, jak najszybciej powinniśmy znaleźć dla niej profesjonalną pomoc. Należy próbować przekonać chorego do wizyty u lekarza i choć depresję może zdiagnozować nawet internista, najlepszym wyjściem będzie wizyta u psychiatry bądź psychologa. Chory może odmawiać takiej konsultacji z wielu powodów, z których najczęstszym jest wstyd i przekonanie, że do takich specjalistów chodzą osoby chore psychicznie, a on przecież do takich się nie zalicza. Jeśli jednak uda nam się doprowadzić do takiej wizyty, rozpoczęcie terapii wspomaganą lekami da bardzo duże szanse na poprawę stanu zdrowia osoby chorej na depresję.

Poza profesjonalną pomocą, ogromną rolę w leczeniu depresji odgrywa wsparcie otoczenia. Chory najczęściej ma bardzo obniżoną samoocenę i tendencję do obwiniania siebie niemal za wszystko. Jako jego bliscy, musimy więc dać mu wsparcie i jak najwyraźniej sygnalizować, że w pełni go akceptujemy, rozumiemy i jesteśmy gotowi do pomocy w każdej sytuacji.

Pomagając, powinniśmy zapomnieć o moralizatorskich radach w stylu „musisz się pozbierać”, „inni mają gorzej”, „weź się w garść” itp. Lepsze efekty dadzą rozmowy, podczas których po pierwsze zainteresujemy się stanem i samopoczuciem chorego, a po drugie damy mu jasno do zrozumienia, że go wspieramy i jesteśmy gotowi pomagać w każdej chwili.

Dobrym pomysłem jest także organizacja czasu osoby zmagającej się z depresją. Nakłanianie do wspólnych aktywności, które mogą sprawić jej przyjemność, wyszukiwanie potencjalnego hobby, czy ustalanie zadań do wykonania, które pozwolą choć na chwilę oderwać uwagę od własnego cierpienia i skupić ją na wykonywanej czynności.

Pomagając bliskiemu uporać się z depresją musimy uzbroić się w cierpliwość. Życie z taką osobą nie jest ani łatwe, ani przyjemne. Trzeba wykazać się dużym zrozumieniem, siłą, tolerancją i miłością, by wytrzymać ten trud i być wsparciem dla chorego.

Mądra, rozumiejąca problemy chorego rodzina jest nieoceniona w procesie leczenia. Jej zadaniem jest pomóc bliskiemu przełamywać wstyd i opór przed wychodzeniem do ludzi, ma przeciwdziałać izolacji społecznej chorego. Istotne jest by rodzina pamiętała, że ich bliski jest co prawda chory, ale nie oznacza to, że powinien być odsunięty na margines. Bardzo ważne jest okazanie mu szacunku, chociażby poprzez liczenie się z jego zdaniem. To rodzina powinna też kontrolować proces leczenia, stosowania się do zaleceń lekarskich oraz regularnego przyjmowania leków.

Depresja jest ciężką, przewlekłą chorobą, która wymaga pomocy lekarskiej oraz wsparcia rodziny i przyjaciół. Przy takim założeniu jest chorobą uleczalną.

## **Metody leczenia zaburzeń depresyjnych**

W leczeniu depresji najczęściej stosowane są farmakoterapia i psychoterapia. Metody te nie są ze sobą sprzeczne i bardzo często lekarz prowadzący pacjenta z depresją decyduje się na równoległe wykorzystanie obu.

Farmakoterapia – forma leczenia oparta na działaniu środków farmakologicznych. Warunkiem skuteczności jakichkolwiek leków w przebiegu farmakoterapii jest regularne zażywanie ich przez chorego, zgodnie z zaleceniami lekarza i zgłaszanie zarówno skutków ubocznych, jak i korzystnych. Prawdą jest, że niekiedy na efekty farmakoterapii trzeba czekać od kilku dni do kilku tygodni, jednak prawidłowe dobranie dawki i rodzaju leku sprawia, że warto znieść ten pierwszy okres. Drugą ważną kwestią jest terapia podtrzymująca i profilaktyczna – w przypadku ryzyka nawrotów ważne jest dalsze przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami, dzięki czemu można to ryzyko zminimalizować.

Trzecią, coraz rzadziej stosowaną metodą terapii depresji, są elektrowstrząsy.

Innymi metodami leczenia depresji jest fototerapia (leczenie światłem) stosowana w depresjach sezonowych i deprywacja (pozbawienie snu).

## **INSTYTUCJE POMOCOWE**

### **❖ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**

#### **Zadania:**

- organizowanie opieki w rodzinach zastępczych i placówkach opiekuńczo -

- wychowawczych,
- prowadzenie domów pomocy społecznej,
  - udzielanie pomocy pełnoletnim wychowankom rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo-wychowawczych,
  - kierowanie od młodzieżowych ośrodków wychowawczych (*postanowienie sądu*),
  - prowadzenie szkoleń dla kandydatów na rodziców zastępczych,
  - udzielanie specjalistycznego poradnictwa dla rodzin naturalnych i zastępczych,
  - podejmowanie działań zmierzających do ograniczania skutków niepełnosprawności,
  - dofinansowywanie pobytu osób niepełnosprawnych na turnusach rehabilitacyjnych,
  - zaopatrywanie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
  - likwidowanie barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych,
  - refundacja kosztów organizacji stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych, zwrot kosztów wynagrodzenia wraz ze składką ZUS,
  - udzielanie pożyczek na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub rolnej dla osób niepełnosprawnych i dofinansowanie oprocentowania kredytu bankowego, obsługa programów celowych PFRON,
  - dofinansowywanie kosztów utrzymania i działalności warsztatów terapii zajęciowej.

#### **Do kogo kierowana jest pomoc?**

- dzieci,
- rodzin zastępczych,
- młodzieży,
- rodzin naturalnych,
- osób starszych,
- osób niepełnosprawnych.

#### **Z kim współpracuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR)?**

- ośrodkami pomocy społecznej,
- poradniami,
- sadami,
- służbą zdrowia,
- policją,
- organizacjami pozarządowymi,
- szkołami,
- fundacjami,
- stowarzyszeniami.

#### **❖ OŚRODKI INTERWENCJI KRYZYSOWEJ**

Ośrodek Interwencji Kryzysowej to placówka udzielająca pomocy osobom potrzebującym w trudnych chwilach życia kompleksowego wsparcia psychologicznego, prawnego i socjalnego.

Ośrodek Interwencji Kryzysowej to miejsce, do którego mogą zgłosić się wszystkie osoby potrzebujące pomocy w trudnych sytuacjach życiowych. Z pomocy mogą korzystać między innymi osoby mające myśli samobójcze, cierpiące z powodu doświadczanej od innych osób przemocy, będące ofiarami molestowania lub napaści seksualnej. Do ośrodka może zgłosić się także każda osoba, która była świadkiem lub uczestnikiem wszelkiego rodzaju katastrof – na przykład kolejowych, samochodowych, lotniczych lub związanych z warunkami atmosferycznymi (powódzie, wichury i tym podobne) i nie potrafi poradzić sobie

z doświadczanymi emocjami.

### **Jak funkcjonują ośrodki?**

Ośrodki Interwencji Kryzysowej działają w większości dużych miast w Polsce. Pracują one zazwyczaj przez całą dobę, przez siedem dni w tygodniu – tak aby każdy potrzebujący pomocy człowiek mógł się do nich zgłosić, kiedy zajdzie taka konieczność. Porady można uzyskać zgłaszając się do ośrodka osobiście, dzwoniąc lub wysyłając wiadomość drogą mailową. Pracownikami takich placówek są specjaliści z różnych dziedzin, między innymi psychologowie, pedagodzy, prawnicy, socjolodzy, psychoterapeuci. Udzielana przez nich pomoc jest nieodpłatna. Ich obowiązkiem jest wsparcie w trudnych momentach, uspokojenie emocji, udzielenie informacji, w jaki sposób rozwiązać istniejące problemy, skierowanie do odpowiednich instytucji (na przykład na policję). Czasem także za zadanie mają ochronę życia zgłaszających się do nich osób. Pomoc udzielana w takich ośrodkach powinna być natychmiastowa, konkretna, a także – co ważne – dyskretna.

### **Zakres pomocy udzielanej przez ośrodki**

Ośrodek Interwencji Kryzysowej to miejsce, gdzie pojawiają się osoby z bardzo szerokim zakresem problemów. Podstawową formą udzielanej pomocy jest uspokojenie osób zgłaszających się, które często odczuwają silny niepokój, są pobudzone, mają trudności z koncentracją i logicznym myśleniem. W niektórych ośrodkach w przypadku, gdy występuje zagrożenie życia (na przykład na skutek doświadczanej w rodzinie przemocy) możliwe jest uzyskanie schronienia w specjalnie do tego celu przygotowanych hostelach. Pracownicy ośrodków prowadzą także mediacje między członkami rodzin. Osobom o niskim statusie materialnym udzielana jest pomoc socjalna. Osoby zmagające się z problemami psychologicznymi (takimi jak depresja czy myśli samobójcze) mogą liczyć na rozmowę z psychologiem, a także na krótkotrwałą psychoterapię, obejmującą maksymalnie 12 spotkań. Oprócz doraźnych form pomocy, wykorzystywanych w sytuacjach kryzysowych, Ośrodki Interwencji Kryzysowej prowadzą także działania profilaktyczne. Polegają one na szerzeniu wiedzy na temat trudnych sytuacji życiowych oraz metod efektywnego radzenia sobie z nimi.

### **❖ PORADNIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

Poradnia Zdrowia Psychicznego (PZP) udziela świadczeń indywidualnych w zakresie psychiatrii i psychologii oraz świadczeń środowiskowych pacjentom i ich rodzinom.

#### **Do zadań Poradni Zdrowia Psychicznego należy:**

- diagnostyka,
- leczenie,
- wczesna rehabilitacja,
- diagnostyka psychologiczna,
- poradnictwo psychologiczne,
- psychoterapia indywidualna,
- psychoedukacja,
- działania profilaktyczne,
- orzecznictwo,
- konsultacje dla podstawowej opieki zdrowotnej,
- kierowanie na badania diagnostyczne,
- szkolenie personelu.

Konsultacje udzielane są przez lekarza psychiatrę i psychologa klinicznego. Poradnia nie jest

objęta rejonizacją. Pacjenci leczeni są na własne życzenie, a jeśli zachodzą okoliczności uzasadniające potrzebę leczenia szpitalnego lekarz psychiatra kieruje pacjenta do szpitala.

### ❖ **PORADNIE PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNE**

Celem poradni jest udzielanie dzieciom (w wieku od urodzenia) i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym pomocy logopedycznej, pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu, a także udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej rodzicom i nauczycielom związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży.

#### **Do zadań poradni należy w szczególności:**

- wspomaganie wszechstronnego rozwoju dzieci i młodzieży, efektywności uczenia się,
- nabywania i rozwijania umiejętności negocjacyjnego rozwiązywania konfliktów i problemów oraz innych umiejętności z zakresu komunikacji społecznej,
- profilaktyka uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży z grup ryzyka,
- terapia zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych,
- pomoc uczniom w dokonywaniu wyboru kierunku kształcenia, zawodu i planowaniu kariery zawodowej,
- prowadzenie edukacji prozdrowotnej wśród uczniów, rodziców i nauczycieli,
- pomoc rodzicom i nauczycielom w diagnozowaniu i rozwijaniu potencjalnych możliwości oraz mocnych stron uczniów,
- wspomaganie wychowawczej i edukacyjnej funkcji rodziny,
- wspomaganie wychowawczej i edukacyjnej funkcji szkoły.

#### **Poradnia realizuje powyższe zadania w szczególności przez:**

- diagnozę,
- konsultację,
- terapię,
- psychoedukację,
- rehabilitację,
- doradztwo,
- mediację,
- interwencje w środowisku ucznia,
- działalność profilaktyczną,
- działalność informacyjną.

#### **W sytuacjach koniecznych i niezbędnych dla rozwiązania problemów dziecka lub rodziny poradnia współdziała:**

- z innymi poradniami psychologiczno-pedagogicznymi działającymi w systemie oświaty, wytypowanymi przez Kuratora Oświaty do prowadzenia badań specjalistycznych dzieci niepełnosprawnych (niewidomych i niedowidzących, głuchych i niedosłyszących oraz autystycznych),
- z placówkami służby zdrowia poprzez realizację skierowań lekarskich i wydawanie informacji o wynikach badań psychologiczno - pedagogiczno – logopedycznych, korzystanie ze specjalistycznych konsultacji medycznych,
- z policją, prokuraturą i sądem,
- Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie,
- ośrodkami pomocy społecznej,
- organizacjami pozarządowymi, w szczególności ze stowarzyszeniami i fundacjami świadczącymi pomoc dzieciom i ich rodzicom,
- innymi instytucjami świadczącymi pomoc dzieciom, młodzieży oraz rodzicom.



### **Poradnia wydaje opinie w sprawach:**

- wcześniejszego przyjęcia dziecko do szkoły podstawowej bądź odroczenia rozpoczęcia szkoły,
- pozostawienie ucznia kl. I-III szkoły podstawowej na drugi rok w tej samej klasie,
- objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej,
- dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb ucznia”,
- zwolnienia ucznia z wadą słuchu z nauki drugiego języka obcego,
- udzielenia zwolnienia na indywidualny program lub tok nauki,
- pierwszeństwa przyjęcia ucznia z problemami zdrowotnymi do szkoły ponadgimnazjalnej,
- dostosowania wymagań edukacyjnych do potrzeb dziecka, u którego stwierdzono zaburzenia i odchylenia rozwojowe, bądź specyficzne trudności w uczeniu się, które uniemożliwiają sprostanie tym wymaganiom.

### **❖ MŁODZIEŻOWE OŚRODKI SOCJOTERAPII**

Do zadań Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii (MOS) należy eliminowanie przyczyn i przejawów zaburzeń zachowania oraz przygotowanie wychowanków do życia zgodnego z obowiązującymi normami społecznymi i prawnymi.

Zadania te realizowane są poprzez:

- organizowanie zajęć dydaktycznych, profilaktyczno - wychowawczych, terapeutycznych i socjalizacyjnych,
- kształtowanie środowiska wychowawczego sprzyjającego rozwijaniu poczucia odpowiedzialności, miłości ojczyzny oraz poszanowania dla polskiego dziedzictwa kulturowego, przy jednoczesnym otwarciu się na wartości kultur Europy i świata,
- wspomaganie w zakresie nabywania umiejętności życiowych, ułatwiających funkcjonowanie społeczne, organizację specjalistycznych działań socjoterapeutycznych umożliwiających zmianę postaw i osiągnięcie pozytywnych, trwałych zmian w zachowaniu wychowanków,
- wspieranie rodziców (prawnych opiekunów) w pełnieniu funkcji wychowawczej i edukacyjnej, w tym w rozpoznawaniu i rozwijaniu potencjalnych możliwości młodzieży.

W MOS przebywa młodzież ze specjalnymi trudnościami wychowawczymi i edukacyjnymi.

### **Tryb przyjęcia do ośrodka:**

Dzieci przyjmowane są do placówki w dwojaki sposób:

- na podstawie orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej i prośbę rodziców
- lub na podstawie postanowienia sądu rodzinnego o umieszczeniu w placówce

Do MOS-u kieruje wychowanków Starostwo Powiatowe na podstawie orzeczeń poradni psychologiczno-pedagogicznych. Młodzież przyjęta pozostaje pod wpływem opieki częściowej i na ogół dni wolne od nauki (soboty, niedziele, święta, ferie itp. ) spędzają w domach rodzinnych.

Natomiast dzieci przyjęte na podstawie postanowień sądu przybywają w placówce cały rok, choć są także na opiece częściowej. Przepustek do domów rodzinnych udziela sąd

w porozumieniu z dyrektorem ośrodka.

## ❖ OŚRODKI POMOCY SPOŁECZNEJ

### **Pomoc społeczna polega w szczególności na:**

1. Przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń.
2. Pracy socjalnej.
3. Prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej.
4. Analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej.
5. Realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych.
6. Rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

### **W ramach zadań OPS wykonuje:**

1. Zadania własne gminy o charakterze obowiązkowym, do których należy:
  - opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka;
  - sporządzenie bilansu potrzeb gminy w zakresie pomocy społecznej;
  - udzielenie schronienia, zapewnienie posiłku oraz odzieży osobom tego pozbawionym;
  - przyznawanie i wypłacanie zasiłków okresowych , celowych : na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego; na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom nie mającym dachu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ; w formie biletu kredytowego;
  - opłacanie składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę, która rezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie nie zamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem;
  - praca socjalna;
  - organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
  - prowadzenie i zapewnienie miejsc w placówkach opiekuńczo - wychowawczych wsparcia dziennego lub mieszkaniach chronionych;
  - tworzenie gminnego systemu profilaktyki i opieki nad dzieckiem i rodziną;
  - dożywianie dzieci;
  - sprawienie pogrzebu, w tym osobom bezdomnym;
  - kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu;
  - sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, również w wersji elektronicznej, z zastosowaniem systemu informatycznego;
  - utworzenie i utrzymywanie ośrodka pomocy społecznej, w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników.
2. Zadania własne gminy, do których należy:
  - przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych;
  - przyznawanie i wypłacanie pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie w formie

- zasiłków, pożyczek oraz pomocy w naturze;
  - prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki;
  - podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznaczonych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych.
3. Zadania zlecone z zakresu administracji rządowej realizowane przez gminę, do których należy:
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych;
  - opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ;
  - organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
  - przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków związanych z kłęską żywnościową lub ekologiczną;
  - prowadzenie i rozwój infrastruktury środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
  - realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia.
4. Zadania wynikające z innych ustaw.

#### ❖ SZPITALY PSYCHIATRYCZNE

Podstawowym zadaniem szpitala psychiatrycznego jest zapewnienie osobie z zaburzeniami psychicznymi pełnej opieki psychiatrycznej i psychologicznej. O potrzebie hospitalizacji decyduje lekarz psychiatra po przeprowadzeniu szczegółowej analizy przypadku chorego. Decyzja o hospitalizacji jest także decyzją pacjenta i zawsze dąży się do uzyskania od niego zgody na taką formę leczenia. Celem hospitalizacji jest przede wszystkim pomoc choremu i ułatwienie mu powrotu do społeczeństwa. Chory musi się poddać leczeniu szpitalnemu tylko wtedy, gdy istnieje realne zagrożenie dla zdrowia i życia jego lub osób z jego otoczenia.

Leczenie w szpitalu w oddziale pełnodobowym traktuje się jako ostateczność i zależy nam na tym, aby czas pobytu pacjenta w izolacji od środowiska był jak najkrótszy. Cały ciężar opieki kładzie się na leczenie środowiskowe. W tym celu potrzebny jest dalszy rozwój form pośrednich leczenia oraz edukacja nie tylko pacjentów i ich rodzin, ale i społeczeństwa, które przyjmie do siebie z powrotem chorego po rehabilitacji.

Osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne może być przyjęta bez uprzedniego wyrażenia na to zgody – do szpitala psychiatrycznego w pewnych szczególnych okolicznościach. Postępowanie takie dokładnie regulują przepisy Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego oraz odpowiednie rozporządzenia Ministra Zdrowia. W obydwu przypadkach nadrzędną zasadą jest dobro i zdrowie chorego.

Pacjent z zaburzeniami psychicznymi może być hospitalizowany przymusowo w chwili, gdy jego zachowanie wskazuje, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia. Podstawą do przymusowego leczenia w warunkach szpitalnych może być także orzeczenie sądu opiekuńczego. Zawsze w takich sytuacjach konieczne jest szczegółowe uzasadnienie potrzeby hospitalizacji, dokonywane przez lekarza psychiatrę.

Szpital psychiatryczny nie jest izolatką dla chorych psychicznie, lecz instytucją niosącą pomoc osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne. O każdym przyjęciu do szpitala psychiatrycznego chorego bez jego zgody musi zostać powiadomiony prokurator. Ta wielostopniowa weryfikacja zasadności hospitalizacji wbrew woli chorego wynika

ze szczególnej ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi, do jakiej ustawowo jest zobowiązane państwo.

### ❖ **PORADNIE PROFILAKTYKI I TERAPII UZALEŻNIEŃ**

Celem Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień jest stworzenie oferty pomocy psychoterapeutycznej dla osób zagrożonych uzależnieniem, uzależnionych od narkotyków alkoholu oraz eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi (narkotyki i alkohol). Program szeroko rozumianej terapii uzależnień ma na celu zwiększenie dostępności do specjalistycznej pomocy terapeutycznej dla tychże osób i ich rodzin poprzez: indywidualne konsultacje dla osób dotkniętych problemem narkomanii, alkoholizmu; pomoc rodzicom w formie konsultacji; prowadzenie indywidualnej terapii motywacyjnej zmierzającej do podjęcia terapii stacjonarnej zorientowanej na zmianę; diagnozowanie stopnia uzależnienia od narkotyków, alkoholu.

**W ofercie Poradni znajdują się również grupy wsparcia dla różnych odbiorców, w tym dla:**

- osób eksperymentujących z alkoholem i narkotykami,
- rodziców dzieci eksperymentujących,
- współuzależnionych małżonków/partnerów,
- Dorosłych Dzieci Alkoholików,
- osób uzależnionych od hazardu i komputerów.
- osób uzależnionych od seksu.

**PYTANIA TESTOWE DO OLIMPIADY WIEDZY O ZDROWIU PSYCHICZNYM 2024 „Życie zaangażowane” opracowano na podstawie powyższych materiałów edukacyjnych oraz następujących pozycji źródłowych:**

1. Glenn R. Schiraldi

„Siła rezyliencji. Jak poradzić sobie ze stresem, traumą i przeciwnościami losu?”

To poradnik dobrego, pełnego życia – mimo doświadczania trudności i kryzysów.

To zachęta do życia, którym warto żyć, a nie takiego, które nam się po prostu przydarza.

Sabina Sadecka

Wstęp s. 9-24

Rozdział 12 - „Poczucie własnej wartości” s. 145-163

Rozdział 18 - „Inteligencja społeczna” s. 213-219.

2. [www.madraochrona.pl](http://www.madraochrona.pl)

Artykuły:

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące – A. Borkowska

Młodzi ludzie a alkohol - A. Pisarska

3. <https://mlodeglowy.pl/kompendium/jestem-mloda-osoba/poczucie-przynaloznosci-w-srodowisku-szkolnym-2/>

4. <https://mlodeglowy.pl/kompendium/jestem-mloda-osoba/autoagresja-samookaleczenia-i-samouszkodzenia-copy/>

5. <https://mlodeglowy.pl/kompendium/jestem-mloda-osoba/autoagresja-samookaleczenia-i-samouszkodzenia-copy/>

6. <https://116111.pl/dopamina/>

7. <https://mlodeglowy.pl/kompendium/jestem-mloda-osoba/potrzeby/>

8. [https://fdds.pl/\\_Resources/Persistent/4/b/2/8/4b284d3df9b1087f1d2d0c9724538c9c6f24bf6e/Dzieci%20si%C4%99%20licz%C4%85%202022%20-%20Zdrowie%20psychiczne%20dzieci%20i%20m%C5%82odzie%C5%BCy.pdf](https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/b/2/8/4b284d3df9b1087f1d2d0c9724538c9c6f24bf6e/Dzieci%20si%C4%99%20licz%C4%85%202022%20-%20Zdrowie%20psychiczne%20dzieci%20i%20m%C5%82odzie%C5%BCy.pdf)

9. <https://it-szkola.edu.pl/publikacje,plik,101>

10. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025. - Dz.U.2021.642 - OpenLEX

