

MATERIAŁ EDUKACYJNY

Olimpiada wiedzy o zdrowiu psychicznym 2025 rok

„W zdrowym ciele zdrowy mózg... i odwrotnie”

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).

I. PSYCHIATRA, PSYCHOLOG, PSYCHOTERAPEUTA

- ❖ **Psychiatra** jest lekarzem medycyny o specjalizacji psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży. Diagnostuje (według aktualnie obowiązującej międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń światowej organizacji zdrowia) i leczy zaburzenia natury psychicznej. Lekarz ma prawo do przepisywania recept na leki (prowadzenia leczenia farmakologicznego) i zwolnienia lekarskiego.
- ❖ **Psycholog** – zawód ten nie jest tak ściśle określony jak zawód psychiatry, lecz istnieje Ustawa o Zawodzie Psychologa i Samorządzie Zawodowym Psychologów (z dnia 8 czerwca 2001 r.), a kolejna jest w trakcie weryfikacji przez sejm (w maju 2025 został przyjęty przez radę ministrów). Zawód psychologa może wykonywać osoba, która ukończyła pięcioletnie studia magisterskie i zajmuje się on: diagnozą (jeśli posiada uprawnienia do posługiwania się specjalistycznymi testami psychologicznymi),

opiniowaniem oraz udzielaniem pomocy psychologicznej na wielu szczeblach administracji i gospodarki.

Pomoc psychologiczna

Pojęcie pomocy psychologicznej pojawiło się w literaturze specjalistycznej w latach 80. XX w. i wiązało się z powstaniem nowych form praktycznego działania psychologów. Pojęcie to obejmuje szeroki zakres działań psychologicznych:

- **promocja zdrowia** - działania nastawione na rozwój cech, które sprzyjają kształtowaniu i zachowaniu zdrowia,
- **prewencja** - zapobieganie patologii,
- **poradnictwo psychologiczne** - pomoc w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych,
- **interwencja kryzysowa** - pomoc w rozwiązywaniu sytuacji traumatycznych i kryzysowych,
- **psychoterapia, resocjalizacja** - pomoc w zmniejszeniu i usunięciu zaburzeń emocjonalnych.

Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. Udział psychologii w promocji zdrowia to zespół działań profesjonalnych psychologów, których celem jest kształtowanie i utrwalenie zachowań potrzebnych do rozwoju i utrzymania zdrowia jednostki. Można wyróżnić dwie możliwości wykorzystania psychologii w realizowaniu zadań promocji zdrowia:

1. Upowszechnianie wiedzy psychologicznej
2. Udział psychologów w promocji zdrowia

Psychologiczna prewencja jest to zespół działań, w których wykorzystuje się metody i środki psychologiczne w celu obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu somatycznym, psychicznym i społecznym. Działanie prewencyjne ma w pierwszym rzędzie przeciwdziałać pojawieniu się zaburzeń. Jest więc nastawione przede wszystkim na grupy ryzyka.

Poradnictwo psychologiczne to forma pomocy oferowana osobom zdrowym przeżywającym tak zwane kryzysy rozwojowe lub trudności przystosowawcze. Poradnictwo psychologiczne

użyteczne jest w zmianach rozwojowych i nagromadzeniu się wydarzeń życiowych. Odbywa się ono w formie kilku spotkań, których głównym celem jest zidentyfikowanie problemu i poszukiwanie sposobów jego rozwiązania.

Poradnictwo można podzielić na cztery fazy:

1. diagnoza problemu, to znaczy zidentyfikowanie trudności z jaką osoba sobie nie radzi,
2. określenie czynników podtrzymujących istnienie problemu oraz trudności związanych z jego rozwiązaniem,
3. poszukiwanie nowych sposobów rozwiązania trudności,
4. wzmocnienie klienta w realizowanych przez niego zmianach.

Interwencja kryzysowa jest działaniem zmierzającym do odzyskania przez osobę dotkniętą kryzysem zdolności jego samodzielnego rozwiązania. Ma charakter pomocy psychologicznej, medycznej, socjalnej lub prawnej i służy wsparciu emocjonalnemu osoby w kryzysie. Kryzys jest momentem zwrotnym, stanem, który cechuje się dużym napięciem emocjonalnym, uczuciem przerażenia, obawą przed utratą kontroli i poczuciem bezradności oraz przed różnymi formami dezorganizacji zachowania i objawami somatycznymi. Osoba przeżywająca taki stan, ze względu na ograniczenie bądź wyczerpanie własnych możliwości rozwiązania problemu, wymaga pomocy z zewnątrz. Istnieją ośrodki interwencji kryzysowej, które działają często jako rodzaj pogotowia, są czynne przez całą dobę (np. Centra Interwencji Kryzysowej CIK). Proponują one pomoc w złagodzeniu cierpienia i bezradności, w odzyskaniu sił oraz kontroli nad własnym życiem, interwencję w środowisku, fachową informację i w wyjątkowych sytuacjach czasowe schronienie. W ramach tych ośrodków działa też z reguły telefon zaufania.

- ❖ **Psychoterapeuta** to osoba, która ukończyła studia psychologiczne i przeszła szkolenie podyplomowe (najczęściej czteroletnie) w zakresie psychoterapii. Specjalizuje się on w głębokiej pracy nad problemami, emocjami oraz zachowaniami pacjenta/klienta. Zasób wiedzy oraz techniki pracy uzależnione są od specjalistycznego nurtu, który wybrał na podyplomowe szkolenie. Należy wyróżnić ich kilka: psychodynamiczny, Gestalt, poznawczo-behawioralny, systemowy, integratywny oraz humanistyczny (lub humanistyczno-egzystencjalny).

Psychoterapia (od *psyche* = duśza i *therapein* = leczyć) to zbiór technik leczących lub pomagających leczyć rozmaite schorzenia i problemy natury psychologicznej. Wspólną

cechą wszystkich tych technik jest kontakt międzyludzki, w odróżnieniu od leczenia czysto medycznego.

Cele psychoterapii ukierunkowane są zwykle na zmiany zachowań i postaw pacjenta, jak też na rozwój jego kompetencji emocjonalnych, np. na podniesienie poziomu samokontroli, radzenie sobie z lękami oraz stresem, podniesienie samooceny, poprawę zdolności tworzenia więzi, współpracy i komunikowania się z otoczeniem, czy też na poprawę własnej motywacji do działania.

Istnieje pięć głównych kategorii nurtów teoretycznych związanych z psychoterapią:

- podejście psychoanalityczne (nazywane często podejściem psychodynamicznym),
- podejście behawioralno-poznawcze,
- podejście humanistyczno-egzystencjalne,
- podejście systemowe,
- inne szkoły (m. in. psychoterapia Ericksonowska).

Podejście poznawczo-behawioralne

Bazuje on na analizie naszych myśli, uczuć i zachowań z życia codziennego. Pozwala zmienić błędne przekonania, wzorce myślowe, które negatywnie wpływają na nasze emocje i działanie. Z reguły terapia jest krótkotrwała i skupiona na konkretny cel ustanawiany przez pacjenta przy pomocy terapeuty. Najczęściej zalecana przy problemach związanych z chorobami afektywnymi (tj. depresja czy choroba dwubiegunowa), zaburzeniami lękowymi (fobią społeczną, lękiem uogólnionym, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi) oraz uzależnieniami.

Podejście psychodynamiczne

Bazuje on na badaniu procesów nieświadomych dziejących się w naszym umyśle poprzez analizowanie mechanizmów działania, ukrytych potrzeb bądź wewnętrznych konfliktów, z których najczęściej nie zdajemy sobie sprawy. Zewnętrznym i dostępnym racjonalnemu poznaniu przejawem funkcjonowania nieświadomości są takie akty psychiczne jak: marzenia senne, objawy nerwicowe (np. lęki), przeżyczenia oraz czynności pomyłkowe, które po ujawnieniu przez pacjenta stają się przedmiotem analizy. Zazwyczaj terapia jest długotrwała

i najczęściej stosuje się ją w takich problemach jak zaburzenia osobowości, odżywiania czy choroby afektywne.

Podejście systemowe

Bazuje on na analizie środowiska (takiego jak np. rodzina) oraz jego wpływu na pacjenta potrzebującego pomocy. Według tego nurtu rodzina jest systemem. Jej członkowie wchodzi z sobą w stałe relacje i mają na siebie wzajemnie wpływ. W tym sposobie myślenia za problem rodzinny nigdy nie odpowiada jedna osoba, ale wpływają na niego wszystkie jednostki wchodzące w skład rodziny. Ważne jest przekazywanie z pokolenia na pokolenie przekonania dotyczące relacji, rodziny i jej roli w życiu człowieka. Problemy rodzinne pojawiają się wtedy, gdy jakiś sposób porozumiewania się wewnątrz systemu przestaje dobrze działać. Najczęściej polecana dla osób borykających się z problemami małżeńskimi, kryzysami rodzinnymi, kłótniami między członkami rodziny oraz dla DDA (dorosłych dzieci alkoholików).

Podejście humanistyczno – egzystencjalne

Jest złożonym podejściem terapeutycznym, które czerpie z wielu myśli filozoficznych i kierunków terapeutycznych, mając jednak zawsze w centrum uwagi człowieka, jako niepowtarzalną jednostkę oraz traktując jego troski jako potencjalną możliwość rozwoju. Jest to psychoterapia, która nie zaniebując powagi przeżywanych trudności, wydobywa z pacjenta potencjał do samodzielnej zmiany. Kierowana jest do osób, które poszukują prawdy o sobie, chcą poszerzyć swoją świadomość, poprawić jakość swojego życia oraz polepszyć funkcjonowanie. Podejście to może pomóc również osobom doświadczającym trudności w relacjach z bliskimi lub otoczeniem, w lękach, nerwicach, w sytuacjach kryzysowych w pracy i życiu osobistym.

Psychoterapię można podzielić na:

- 1. Psychoterapia indywidualna** - oparta na bezpośrednim kontakcie terapeuty z pacjentem. Dlatego też, uważa się psychoterapię indywidualną za klasyczną, wręcz modelową postać oddziaływań psychoterapeutycznych. W terapii tej, wskazane jest, by miejsce i czas spotkań psychoterapeuty z pacjentem sprzyjały szczerej i swobodnej rozmowie.

Istnieje szereg kryteriów pozwalających zakwalifikować określoną jednostkę do psychoterapii indywidualnej. Do najważniejszych należą:

- norma intelektualna,
- pozytywna motywacja do leczenia i zmian,
- chęć pracy nad sobą,
- ujmowanie swoich problemów w kategoriach wewnętrznych.

Charakterystyczna w psychoterapii indywidualnej, jest zwłaszcza rola terapeuty, który tak naprawdę jest jedynym czynnikiem leczącym. Poza samym sobą nie dysponuje on właściwie żadnymi innymi narzędziami. Sprawia to, że każde jego zachowanie i słowo stają się czynnikiem o niezwykle dużej wartości. Doprowadza to do tego, że główną formą oddziaływania psychoterapeuty na pacjenta, staje się „rozmowa terapeutyczna”.

Głównymi czynnikami leczącymi w psychoterapii indywidualnej staje się w związku z tym:

- wzbudzanie nadziei u pacjenta,
- dostarczanie mu wiedzy,
- stwarzanie sytuacji umożliwiających odreagowanie,
- pomoc w integracji doświadczeń i uczuć przeżywanych w różnych okresach życia,
- ćwiczenie nowych zachowań i umiejętności,
- oraz modelowanie.

Inne techniki, po które sięgają niektórzy terapeuci, to sterowane wyobrażenia, desensytyzacja, granie ról i hipnoza.

W psychoterapii indywidualnej cały czas terapeuty i cała jego uwaga koncentrują się na pacjencie. Wiąże się z tym kolejne, niezwykle trudne dla psychoterapeuty zadanie, musi on, bowiem czuwać, by normalna zależność, jaka istnieje między chorym, a osobą udzielającą mu pomocy, nie przerodziła się w zależność patologiczną. Charakterystyczne wydaje się być również to, iż z psychoterapii indywidualnej korzystają najczęściej osoby, które nie mają problemów z nawiązaniem bliskich relacji z innymi.

2. Psychoterapia grupowa, czyli praca z grupą. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż nie istnieje jeden zestaw reguł umożliwiający pracę z grupą psychoterapeutyczną, nie ma też ogólnie przyjętych na temat faz rozwoju tej grupy, zadań psychoterapeuty

grupowego czy czynników leczących grupie. Istotne jest również, że styl pracy niektórych psychoterapeutów z grupą określa się jako „pracę indywidualną na tle grupy”. Oznacza to, że uwaga terapeuty koncentruje się przede wszystkim na procesach interpersonalnych w grupie, a więc traktowana jest ona, jako suma poszczególnych pacjentów.

W psychoterapii grupowej, terapeuta wykorzystuje naturalne procesy zachodzące w grupie. Istotne są zarówno relacje interpersonalne między pacjentami należącymi do danej grupy, jak również naturalna zdolność grupy do wywoływania pożądanых zmian u poszczególnych pacjentów.

Psychoterapia grupowa prowadzona może być w dwóch rodzajach grup:

- w grupach zamkniętych, gdy wszyscy członkowie danej grupy rozpoczynają i kończą leczenie w tym samym czasie,
- w grupach otwartych, których członkowie nie spełniają powyższego warunku.

Przy czym, lepsze rezultaty osiągają na ogół pacjenci pracujący w grupach zamkniętych.

Niezwykle istotną sprawą w pracy z każdą grupą jest jej liczebność, która nie powinna przekraczać dwunastu, maksymalnie piętnastu członków. Przed rozpoczęciem pracy w grupie psychoterapeutycznej, terapeuta wspólnie z członkami grupy muszą dokładnie określić warunki swoich spotkań, najczęściej odbywa się to poprzez podpisanie kontraktu. Określa on zazwyczaj czas trwania terapii, częstotliwość spotkań oraz normy obowiązujące w grupie - począwszy od obowiązku regularnego i punktualnego przychodzenia, a na swobodzie wypowiedzi skończywszy.

Istnieje kilka podstawowych czynników, które uznaje się za czynniki charakterze leczącym w grupie psychoterapeutycznej.

- Pierwszym czynnikiem jest wzbudzenie nadziei na rozwiązanie swoich problemów i pozbycie się wszelkich zaburzeń. Przekonanie to pacjenci opierają zazwyczaj na doświadczeniach i osiągnięciach innych członków grupy.
- Drugim czynnikiem leczącym, jest poczucie, że inni również borykają się z tym samym problemem, poczucie to likwiduje towarzyszące na ogół pacjentom przekonanie o ich negatywnej wyjątkowości.

- Innym czynnikiem o charakterze leczącym stają się informacje zwrotne, które w czasie terapii pacjent otrzymuje od grupy. Pozytywny wpływ na pacjenta mają również pożądane zachowania demonstrowane przez członków grupy oraz wsparcie, którego grupa jest źródłem.

3. Psychoterapia rodzinna - z uwagi na wielość metod i teorii badawczych dotyczących psychologii rodziny, w obrębie psychoterapii rodzinnej nie spotykamy jednego, ogólnie przyjętego podejścia. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku psychoterapii indywidualnej i grupowej, i tutaj wyróżnić możemy podejścia dominujące, takie jak: behawioryzm, psychoanaliza, fenomenologia czy systemowość.

Jako przyczynek do wyodrębnienia się psychoterapii rodziny, jako subdyscypliny naukowej posłużyło spostrzeżenie, iż specyfika relacji pomiędzy członkami rodziny opiera się na fakcie, że osoby znaczące, przede wszystkim rodzice, występują nie tylko w świecie wewnętrznych przeżyć, jako intrapsychiczne obiekty pacjenta, ale istnieją również realnie, w jego codziennym otoczeniu.

W dalszej kolejności analizie poddano wpływ, początkowo jednokierunkowy, następnie wielokierunkowy, pomiędzy członkami rodziny i zwrócono uwagę na mechanizmy stosowane przez dominujących członków rodziny, by podporządkować sobie pozostałych. Kolejnym krokiem naprzód, było ustandaryzowanie ról przyjmowanych przez poszczególnych członków rodziny. Ostatnim etapem rozwoju terapii rodzinnej, który przyjmuje się obecnie za obowiązujący, jest tzw. myślenie systemowe o rodzinie. W myśl założeń tej właśnie szkoły, rodzina stanowi system składający się z, co najwyżej, kilku podsystemów. Podsystemami tymi mogą być związki pomiędzy rodzicami, rodzicami i dziećmi, oraz związki pomiędzy rodzeństwem. Jednocześnie rodzina również stanowi podsystem pewnego większego systemu, który roboczo określić można jako społeczeństwo.

Jeśli chodzi o główne różnice pomiędzy psychoterapią rodzinną, a psychoterapią indywidualną bądź grupową, to w psychoterapii rodzinnej na pierwszy plan wysuwają się rzeczywiste i konkretne relacje, podczas gdy indywidualne postępowanie terapeutyczne odbywa się bardziej w wewnętrznym świecie pacjenta – w sferze symbolicznej i wewnętrznej.

Przy prowadzeniu terapii rodzinnej wyróżnia się podejście systemowe i niesystemowe. W terapii zorientowanej systemowo psychoterapeuta pracuje w większości przypadków ze wszystkimi członkami rodziny, choć definiują oni zwykle problem jako zaburzenie dotyczące tylko i wyłącznie jednej osoby. Systemowa psychoterapia rodzinna zakłada jednak, że źródłem

patologii nie jest jednostka, a cały system. W terapii rodziny zorientowanej niesystemowo patologia przypisywana jest jednostce i temu założeniu podporządkowane są wszelkie zabiegi terapeutyczne.

4. Psychoterapia małżeńska adresowana jest nie tylko do małżeństw, ale do wszystkich par, których wspólne życie wystawione zostało na próbę. Rzadko kiedy zdajemy sobie sprawę, że u źródeł konfliktów w związkach leży brak komunikacji i emocje, które w wielu sytuacjach zupełnie niepotrzebnie dają o sobie znać. Zdarza się, że często doprowadzają one do konfliktów, wywołują poczucie niezrozumienia i wyobcowania u jednego lub dwójki partnerów. W takich sytuacjach wskazywanie na, przysłowiową, „różnicę charakterów” jako przyczynę złego stanu rzeczy, jest co najmniej nieroztropne. Wielu osobom, wbrew pozorom, zależy na ratowaniu czegoś, co budowali przez kilka naście miesięcy bądź lat życia. Rozsądne wydaje się wówczas skorzystanie z usług psychoterapeuty, który pomoże zdiagnozować rzeczywiste przyczyny problemu i dołoży starań, by naprowadzić partnerów na właściwą ścieżkę ich rozwiązywania.

W nomenklaturze psychologicznej, psychoterapię małżeńską traktuje się niekiedy jako podtyp terapii rodziny. Większość psychoterapeutów traktuje ją jednak jako odrębny rodzaj terapii. W przypadku terapii rodziny, mamy bowiem do czynienia z oddziaływaniem terapeutycznym nakierowanym na większą grupę osób oraz podsystemy rodziny, które pomiędzy nimi istnieją. W przypadku terapii małżeńskiej mamy do czynienia z dwójką partnerów, których wzajemne relacje i pozycja względem siebie są jednoznacznie określone. Oddziaływanie psychoterapeutyczne dotyczy w tym przypadku, podobnie jak w przypadku terapii rodzinnej, konkretnych osób, nie zaś obiektów intrapsychicznych, symbolicznych znajdujących się w świecie wewnętrznym pacjenta.

W psychoterapii małżeńskiej wyróżnia się kilka różnych podejść. Ogólnie rzecz biorąc – czerpie ona z doświadczeń zarówno terapii indywidualnej, jak i grupowej, a oddziaływania terapeutyczne kładzione są przede wszystkim na wypracowanie należytego poziomu porozumienia i komunikacji pomiędzy partnerami. W dłuższej perspektywie pozwala to zażegnać zaistniałe do tej pory konflikty i dowartościować małżonków lub partnerów, ułatwia wyrażanie własnego stanowiska, emocji, uczuć, a także pomaga sprecyzować wymagania jednego partnera względem drugiego.

II. PSYCHOLOGIA ROZWOJU CZŁOWIEKA

Psychologia rozwoju człowieka – jeden z najstarszych działów psychologii. Zajmuje się przemianami psychiki człowieka jakie zachodzą od momentu jego poczęcia (zapłodnienia) do śmierci.

Przedmiot badań psychologii rozwoju człowieka:

Pojęcie rozwoju zostało wprowadzone przez Arystotelesa, który ujmował rozwój jako zmianę celową, polegającą na przechodzeniu od form niższych do form wyższych. W filozofii współczesnej rozwój oznacza wszelki długotrwały proces kierunkowych zmian, w którym można wyróżnić prawidłowo po sobie następujące etapy przemian (fazy rozwojowe) danego obiektu (układu) pod określonym względem. Obiektem może być pojedyncza jednostka, ale także grupa osób, np. rodzina, naród, obiektem psychologii rozwoju może być także kultura, gospodarka.

Psychologia rozwoju człowieka zajmuje się badaniem zmian dokonujących się w psychice (tzn. w procesach, strukturach i funkcjach psychicznych) oraz zmian dokonujących się w zachowaniu człowieka w różnych fazach jego życia. W myśl niektórych teorii psychologicznych przedmiotem badań psychologii rozwojowej są przede wszystkim zmiany zachodzące w zachowaniu. Wg innych teorii, np. piagetowskiej teorii rozwoju przedmiotem badań powinno być przede wszystkim wykrywanie przekształceń w organizacji (strukturach) procesów psychicznych leżących u podłoża zmian obserwowanych w zachowaniu. Podstawowym obszarem zmian rozwojowych, które bada psychologia rozwojowa jest cykl życia jednostki ludzkiej. Przedmiotem zainteresowań badawczych są także zmiany rozwojowe psychiki i zachowania się, jakie zachodzą w toku rozwoju gatunkowego i w procesie dziejów historycznych ludzkości.

Tradycyjna psychologia rozwojowa przyjmowała, że zmiany rozwojowe psychiki są powiązane przyczynowo z procesami biologicznego dojrzewania organizmu, a więc występują tylko w okresie dzieciństwa i dorastania. Przedmiotem badań tradycyjnej psychologii rozwojowej były zmiany zachodzące w psychice i zachowaniu się dzieci i młodzieży. Sądono, że procesy rozwojowe kończą się wraz z osiągnięciem dojrzałości. Psychologia rozwojowa była utożsamiana z psychologią dziecka.

Obecnie uważa się, że rozwój psychiczny człowieka trwa całe życie tj. od jego poczęcia aż do śmierci, przy czym zmiany rozwojowe w wieku dojrzałym nie są ani mniej liczne ani mniej głębokie niż te, które dokonują się w okresie dzieciństwa i dorastania.

Na ogół przyjmuje się istnienie następujących faz rozwojowych człowieka:

- zapłodnienie
- okres embrionalny
- okres płodowy
- niemowlęstwo (1 rok życia)
- wczesne dzieciństwo (2 i 3 rok życia)
- średnie dzieciństwo (od 4 do 6 roku życia)
- późny okres dzieciństwa (od 7 do 10 lub 12 roku życia)
- okres dojrzewania (13-18 lat)
- wczesna dorosłość (18-25 lat)
- dorosłość (25-60 lat)
- starość (+60 lat)
- śmierć

III. 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 – „zwykle 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.

IV. KOMUNIKACJA

Proces **komunikacji** dotyczy czterech zjawisk:

1. **intrapSYchicznego** - czyli doświadczanego wewnątrznie;
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. Niewyrażone 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 zrozumiana 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 etykietę, 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.

V. 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 osiąganiu 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 niezwykle 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 treściową 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, „obyście” 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 zagrażającemu 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, zagrożona i potencjalnie zagrażającą). Formy tej aktywności mogą służyć zarówno rozwiązaniu 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 nieprawdą”, „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. Mają one niejednakową 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 stresy 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 określili, była „sparaliżowana”, „złamana”. Miało to taki skutek, że nie były w stanie zareagować na napad, oładnęło 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, zaspokajać 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, tłumu, w ogóle ludzi a w każdym mężczyźnie widziały gwałciciela.

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 transcendentna, 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, „wyłączania” 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.

VI. 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, sędzę, 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.

VII. REZYLIENCJA

Rezyliencja to wewnętrzne przymioty umysłu i charakteru - zarówno wrodzone, jak i nabyte - umożliwiające człowiekowi odpowiednie reagowanie na przeciwności, w tym zdolność do:

- zapobiegania zaburzeniom powiązanym ze stresem, takim jak depresja czy lęk lub ich nawrotowi;
- szybszego i pełniejszego dochodzenia do siebie po doświadczeniu stresu i zależnych od niego zaburzeń;
- poprawy sprawności umysłowej i funkcjonowania w różnych obszarach życia.

Osoby charakteryzujące się dużą rezyliencją posiadają poniższe przymioty i mechanizmy radzenia sobie:

- poczucie autonomii (właściwa separacja lub niezależność od dysfunkcyjnej rodziny, bycie samowystarczalnym, determinacja w dążeniu do bycia innym - choćby

opuszczenia domu rodzinnego, w którym doświadcza się przemocy, umiejętność chronienia siebie, stawianie sobie za cel zbudowanie lepszego życia);

- spokój w obliczu presji (opanowanie, umiejętność regulowania poziomu stresu);
- racjonalne myślenie;
- poczucie własnej wartości;
- optymizm;
- szczęście oraz inteligencja emocjonalna;
- poczucie sensu i celu (wiara w to, że nasze życie ma sens);
- poczucie humoru;
- altruizm (wyuczona uczynność), miłość i współczucie;
- charakter (integralność, siła moralna);
- ciekawość;
- równowaga (zaangażowanie w wiele różnych zajęć, takich jak hobby, kształcenie się, praca, życie społeczne i kulturalne);
- towarzyskość i kompetencje społeczne (radzenie sobie w relacjach z ludźmi, umiejętność zacieśniania relacji, otwartość i zaangażowanie w nowe związki, czerpanie radości ze współzależności);
- zdolność adaptacji (wytrwałość, zaufanie, elastyczność, akceptowanie tego, na co nie ma się wpływu, wykorzystywanie umiejętności kreatywnego rozwiązywania problemów i aktywnych strategii radzenia sobie);
- wiara religijna;
- postrzeganie cierpienia w dłuższej perspektywie czasowej;
- zdrowe nawyki (wystarczająca ilość snu, pożywienia i ruchu, unikanie używek, dbanie o wygląd i higienę).

Wzmacnianie rezyliencji pozwala przeciwdziałać problemom psychicznym, których powstawaniu, utrzymywaniu się oraz nasilaniu sprzyja stres. Należą do nich: zaburzenia stresowe pourazowe, depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi, myśli i zachowania samobójcze, uogólniony stres lub niepokój, nadmierny lub chroniczny gniew, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, problemy w relacjach.

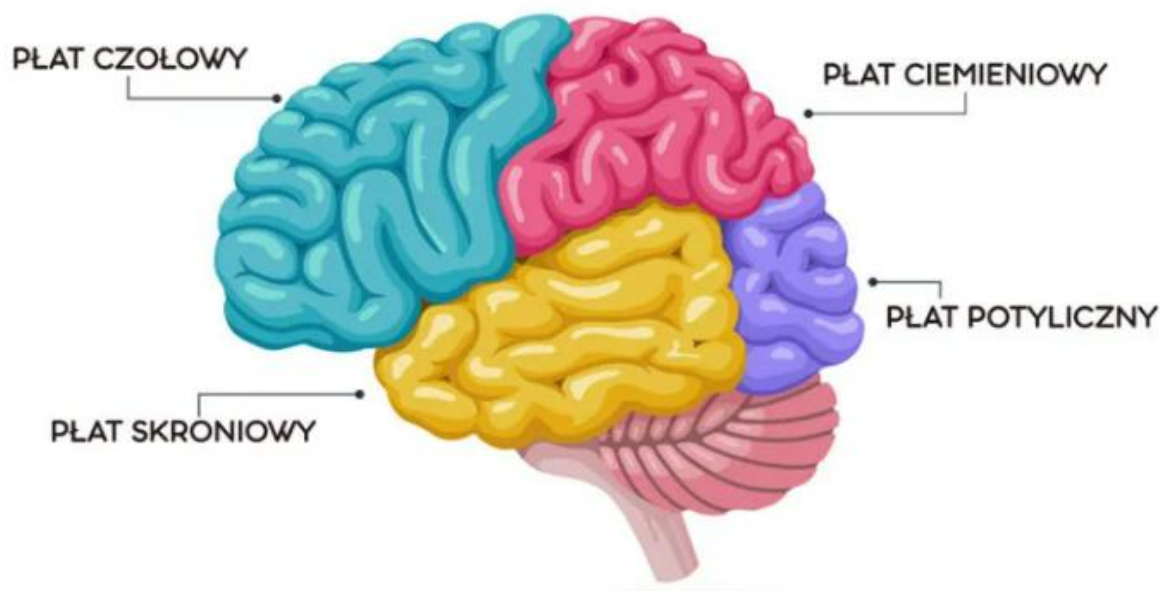
VIII. BUDOWA UKŁADU NERWOWEGO

Mózg jest odpowiedzialny za integrację i przetwarzanie informacji oraz zarządzanie pracą poszczególnych części ciała. Odpowiada również za wyższe czynności układu nerwowego, takie jak zapamiętywanie, analizowanie informacji czy uczenie się.

Pień mózgu odpowiada za podstawowe funkcjonowanie życiowe, takie jak: oddychanie, praca serca, regulacja ciśnienia krwi i temperatury ciała. W tej części mózgowia znajdują się ośrodki odpowiedzialne za czynności odruchowe, m.in.: kichanie, kaszel, połykanie, wymioty i pocenie się.

Móżdżek uczestniczy w koordynacji ruchowej organizmu.

Główną część mózgu stanowi **kresomózgowie**. Jest ono złożone z dwóch półkul połączonych ze sobą ciałem modzelowatym. Półkule są zbudowane z istoty szarej, tworzącej korę mózgu (korę nową), oraz istoty białej, która znajduje się pod korą. Kora mózgu jest silnie pofałdowana i tworzy liczne bruzdy. Największe bruzdy dzielą ją na płaty. Każda półkula ma cztery płaty: czołowy, skroniowy, ciemieniowy i potyliczny. W płatach są zlokalizowane ośrodki, które pełnią wyspecjalizowane funkcje.



1. W płacie czołowym znajdują się ośrodki kontrolujące pracę mięśni szkieletowych oraz ośrodki ruchowe mowy. Odpowiada on także m.in. za analizę i kontrolę emocji oraz planowanie i przewidywanie konsekwencji działania.

2. Płat ciemieniowy zbiera informację z receptorów dotyku, ucisku, rozciągania, temperatury i bólu, które są rozmieszczone w całym ciele.
3. Płat skroniowy jest odpowiedzialny za przetwarzanie wrażeń słuchowych.
4. W płacie potylicznym znajdują się ośrodki wzroku.

Ośrodki korowe:

Funkcjonalnie korę mózgu dzieli się na korę:

- ruchową
- czuciową
- wzrokową
- słuchową
- kojarzeniową

W każdej z nich znajdują się odpowiednie ośrodki nerwowe:

- Kora ruchowa (płat czołowy)
- Kora czuciowa (płat ciemieniowy)
- Kora wzrokowa (płat potyliczny)
- Kora słuchowa (płat skroniowy)

Kora kojarzeniowa obejmuje wszystkie płaty. Odpowiada za procesy zapamiętywania, uczenia się, kojarzenia i myślenia.

Układ limbiczny

Układ limbiczny obejmuje starsze ewolucyjnie obszary kory mózgu (kora stara) oraz jądra podkorowe, czyli podkorowe skupienia istoty szarej. Układ ten odpowiada m.in. za tworzenie pamięci, uczenie się, a także za emocje. Emocje to uczucia oraz nastroje, które mogą być negatywne (np. lęk, smutek, gniew) lub pozytywne (np. błogość, radość, szczęście). W skład układu limbicznego wchodzi przede wszystkim hipokamp oraz ciało migdałowate.

Hipokamp odpowiada za tworzenie pamięci długotrwałej - dzięki temu bierze udział w procesie uczenia się. Wywiera również wpływ na popęd płciowy i zachowania seksualne. Tylna część hipokampa jest związana z orientacją przestrzenną.

Ciało migdałowate uczestniczy w powstawaniu pamięci, odpowiada za emocje, motywację oraz zachowania (m.in, seksualne).

Układ nerwowy jest to zespół struktur w organizmie służący do odbierania bodźców ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego oraz do ich przetwarzania i przekazywania do odpowiednich narządów wykonawczych. Zbudowany jest z elementów pobudliwych, czyli:

- komórek nerwowych zwanych neuronami,
- tkanki glejowej utworzonej przez komórki glejowe.

Budowa komórki nerwowej:

Neuron lub inaczej komórka nerwowa jest to silnie wyspecjalizowana komórka pochodzenia entodermalnego, która jest podstawową jednostką strukturalną i funkcjonalną tkanki nerwowej. Zadaniem neuronu jest odbieranie, przetwarzanie, przewodzenie i przekazywanie sygnałów elektrycznych, czyli impulsów. Neuron zbudowany jest z:

- ciała komórki nerwowej zwanej perykarionem i odchodzących od niego dwóch rodzajów wypustek,
- wielu dendrytów,
- jednej długiej wypustki zwanej aksonem lub neurytem.

Podział neuronów ze względu na pełnione funkcje:

- neurony czuciowe (sensoryczne) - odbierają impulsy nerwowe np. od ciałek zmysłowych skóry wrażliwych na ból, zimno lub gorąco i przekazują je do ośrodkowego układu nerwowego
- neurony ruchowe (motoryczne) - odbierają impulsy nerwowe z ośrodkowego układu nerwowego które są wysyłane przez komórki nerwowe kojarzeniowe i doprowadzają je do narządu wykonawczego, czyli efektora, którym jest mięsień lub gruczoł,
- neurony kojarzeniowe (pośredniczące, interneurony) - są zlokalizowane w ośrodkowym układzie nerwowym i pośredniczą w przekazywaniu impulsu nerwowego między neuronami czuciowymi i ruchowymi.

Synapsa:

Synapsa jest to miejsce styku zakończenia aksonu jednego neuronu z dendrytem lub ciałem innego neuronu lub też z komórką narządu wykonawczego, czyli efektora (narządu, gruczołu). Synapsa pośredniczy w przekazywaniu stanów czynnościowych. Synapsa składa się z błony presynaptycznej, należącej do kolbki synaptycznej, tj. gruszkowatego tworów w obrębie zakończenia nerwu utworzonego przez akson pierwszego neuronu, błony postsynaptycznej należącej do następnej komórki i szczeliny synaptycznej, czyli wąskiej przestrzeni między obu błonami.

W kolbce synaptycznej są pęcherzyki zawierające mediator, gdy pobudzenie dochodzi do zakończenia nerwowego, ich zawartość dostaje się do szczeliny, a uwolniony mediator oddziałuje na błonę postsynaptyczną.

Układ nerwowy charakteryzuje się wysokim stopniem centralizacji. W związku z tym rozróżnia się:

- układ nerwowy ośrodkowy utworzony przez mózg i rdzeń kręgowy,
- układ nerwowy obwodowy, który tworzą zwoje nerwowe, nerwy i zakończenia nerwowe, czyli synapsy.

Ośrodkowy układ nerwowy:

- Mózg, mózgowie jest to największe skupisko komórek nerwowych(neuronów). Stanowi zespół najwyższych ośrodków czuciowych, kojarzeniowych i ruchowych. Mózg położony jest w mózgoczaszce a rozwija się z trzech pęcherzyków pierwotnych: przodomózgowia, śródmózgowia i tyłomózgowia, z których powstaje pięć pęcherzyków wtórnych, będących zawiązkami pięciu części mózgu: kresomózgowia, międzymózgowia, śródmózgowia, mózdzku, rdzenia przedłużonego przechodzącego rdzeń kręgowy. Wewnątrz mózgu znajduje się układ komór mózgowych, które wypełnione są płynem mózgowo - rdzeniowym. Płyn mózgowo-rdzeniowy jest to przezroczysta ciecz wypełniająca wnętrze komór mózgowych, kanału centralnego rdzenia kręgowego i przestrzeń podpajęczynówkową. Skład chemiczny płynu mózgowo - rdzeniowego jest zbliżony do składu osocza krwi. Ma on znaczenie ochronne dla mózgu i rdzenia kręgowego m.in. amortyzuje wstrząsy. Powierzchnię mózgu okrywają opony mózgowo-rdzeniowe. Opony mózgowo - rdzeniowe są to łącznotkankowe błony oddzielające powierzchnię mózgu i rdzenia kręgowego od otaczających je kości i stanowiące dodatkowe zabezpieczenie przed urazami mechanicznymi. U człowieka rozróżnia się 3 opony mózgowo-rdzeniowe: bezpośrednio do tkanki nerwowej przylega opona miękka, którą otacza pajęczynówka, czyli opona pajęcz. Pomiędzy nimi znajduje się przestrzeń podpajęczynówkowa, wypełniona płynem mózgowo-rdzeniowym. Na zewnątrz zaś leży opona twarda, której wpuklenie między półkule mózgowe jest zwane sierpem mózgu. Według często stosowanego podziału funkcjonalnego terminem mózg określa się kresomózgowie, czyli półkule mózgowe połączone ciałem modzelowatym i jądra podstawy, zaś pozostałe części mózgu, poza

mózdzkiem, określa się jako pień mózgu. Kresomózgowie, pień mózgu i mózdzek nazwane zostały mózgowiem. Zewnętrzna część półkul mózgowych pokryta jest korą mózgową, a wewnątrz zbudowana jest z istoty białej. Złożona jest ona z włókien nerwowych, wśród których mieszczą się jądra podstawy. Zalicza się do nich m.in. ciało prążkowane, które jest zespołem struktur regulujących płynność i precyzję ruchów, napięcie mięśniowe oraz ciało migdałowe, który kieruje czynnościami popędowo-emocjonalnymi. W skład pnia mózgu wchodzi wzgórze. Jest to ważna stacja przekaźnikowa dla impulsów biegnących do kory mózgowej i jąder podstawy oraz podwzgórze, które wraz ze wzgórzem należy do międzymózgowia kieruje reakcjami popędowymi utrzymaniem homeostazy, czynnościami autonomicznego układu nerwowego. Śródmózgowie, most i rdzeń przedłużony, zawierające m.in. jądra nerwów czaszkowych.

Masa mózgu dorosłego człowieka wynosi średnio 1200-1500 g i jest zależna m.in. od płci, wieku i masy ciała.

- **Rdzeń kręgowy** położony jest w kanale kręgowym i łącząca się z rdzeniem przedłużonym. Rdzeń kręgowy zbudowany jest z obwodowo ułożonej istoty białej i znajdującej się wewnątrz istoty szarej, której przekrój poprzeczny ma kształt litery H. Zawiera ośrodki ruchowe, oraz skupiska neuronów czuciowych. Istota biała zawiera szlaki (drogi) łączące rdzeń kręgowy z mózgiem.

Obwodowy układ nerwowy:

Obwodowy układ nerwowy jest to część układu nerwowego pośrednicząca w wymianie informacji między ośrodkowym układem nerwowym a narządami i tkankami organizmu. W jego skład wchodzi elementy przewodzące pobudzenie, czyli nerwy i zwoje nerwowe. Nerwy są struktury zbudowane z włókien nerwowych. Nerwy odchodzące od mózgu noszą nazwę nerwów czaszkowych, od rdzenia kręgowego odchodzą nerwy rdzeniowe. Włókna nerwowe w obrębie nerwu są ułożone w pęczki otoczone zrebem łącznotkankowym. W budowie nerwu wyróżnia się w nim, śródnervie, czyli tkankę otaczającą poszczególne włókna, onervie, które otacza pęczki włókien, oraz nanervie otaczające cały nerw. Włókna nerwowe przebiegają w kierunku odśrodkowym - od mózgu i rdzenia kręgowego do narządów wykonawczych, oraz dośrodkowym. Pierwsze z nich noszą nazwę eferentnych (odprowadzających), drugie - aferentnych (doprowadzających). Nerwy mogą zawierać tylko włókna aferentne lub eferentne bądź też, częściej, oba rodzaje. Niektóre oprócz włókien somatycznych zawierają także włókna

układu autonomicznego. Grubość nerwów jest bardzo zróżnicowana, w zależności od liczby włókien oraz grubości osłonek łącznotkankowych. Włókna nerwowe:

- Nagie (bezosłonkowe) - pozbawione są osłonek i otoczone neurylemmą. Włókna te przewodzą wolno, ponieważ mają małą średnicę. Są najpierwotniejszym typem włókien, u bezkręgowców występują powszechnie, a u kręgowców w nerwie węchowym.
- Jednoosłonkowe rdzenne - jeden aksonu otoczony jest osłonką mielinową, mają małą średnicę, prędkość przewodzenia impulsu 3 - 16 m/s, tworzy substancję białą w ośrodkowym układzie nerwowym.
- Jednoosłonkowe bezrdzenne - od 7 - 12 aksonów otoczonych jest osłonką mielinową i komórkami Schwana, czyli hemocytami, prędkość przewodzenia impulsu 0,3 - 2 m/s.
- Dwuosłonkowe - akson otoczony jest dwoma osłonkami: mielinową (rdzenną) i neurylemmą utworzoną przez hemocyty. W miejscu stykania się hemocytów powstają charakterystyczne przewężenia zwane przewężeniami Ranviera. Szybkość przewodzenia impulsu we włóknach dwuosłonkowych wynosi 120 m/s. Dwuosłonkowe występuje w układzie nerwowym autonomicznym

Skupiska ciał neuronów tworzą zwoje nerwowe.

Układ nerwowy dzieli się też na:

- **Układ somatyczny** kieruje dowolnymi czynnościami organizmu, takimi jak poruszanie się, czucie i percepcja, uczenie się. Działa na zasadzie łuku jest zorganizowany na odruchowego. Łuk odruchowy inaczej droga odruchowa jest to zespół struktur anatomicznych biorących udział w realizacji odruchu. Składa się z narządu odbiorczego - receptora, drogi doprowadzającej impulsy nerwowe do ośrodka nerwowego, ośrodka nerwowego, drogi odprowadzającej impulsy z ośrodka oraz narządu wykonawczego - efektor. Najprostszy łuk odruchowy to tzw. łuk odruchowy monosynaptyczny składający się z dwóch neuronów: czuciowego i wykonawczego. W ośrodku odruchu występuje tylko jedna synapsa. Przeważnie w skład łuku odruchowego wchodzi wiele neuronów to wtedy jest tzw. łuk odruchowy polisynaptyczny, gdyż między obu neuronami występują neurony pośredniczące (interneurony). Składa się z receptora, neuronu aferentnego (dośrodkowego), jednej lub wielu synaps w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, neuronu eferentnego (odśrodkowego) oraz efektor. Połączenie między neuronem aferentnym a

eferentnym znajduje się na terenie mózgowia i rdzenia kręgowego. Wypustki neuronów aferentnych przebiegają w obrębie nerwów czaszkowych.

- **Układ autonomiczny, wegetatywny układ nerwowy.** Unerwia mięśnie gładkie, mięsień sercowy i komórki gruczołowe zlokalizowane w różnych narządach. Jego działanie nie podlega naszej woli. Pozostaje pod kontrolą wyższych ośrodków mózgu. Autonomiczny układ nerwowy dzieli się na układ współczulny, czyli sympatyczny i przywspółczulny, czyli parasympatyczny; działanie obu części jest z reguły antagonistyczne. Ośrodki współczulne leżą w odcinku piersiowym i lędźwiowym rdzenia kręgowego. Wychodzące z nich włókna przedzwojowe dochodzą do zwojów kręgowych lub do zwojów dalej położonych, tzw. przedkręgowych, obwodowych (np. trzewnego), gdzie tworzą synapsy z następnymi neuronami. Wychodzące ze zwojów włókna tych neuronów, tzw. pozazwojowe, docierają do określonych narządów. Ośrodki przywspółczulne znajdują się w śródmózgowiu, moście, rdzeniu przedłużonym dołączają swe włókna do nerwów czaszkowych: III, VII, IX, X oraz w odcinku krzyżowym rdzenia kręgowego. Włókna przedzwojowe układu przywspółczulnego kończą się w zwojach, w pobliżu unerwianych narządów lub w samych narządach.

Układ współczulny (sympatyczny):

Składa się z połączonych ze sobą zwojów, które położone są po obu stronach kręgosłupa i tworzą tzw. pnie współczulne oraz sploty włókien nerwowych zlokalizowanych w innych narządach.

Ze zwojów i splotów odchodzą nerwy współczulne unerwiające różne okolice ciała.

- Rozszerzanie źrenicy oka
- Zmniejszanie wydzielania śliny
- Zwiększanie wydzielania potu
- Przyspieszanie akcji serca
- Podwyższanie ciśnienia krwi
- Zwalnianie ruchów jelit
- Zmniejszanie wydzielania soku żołądkowego
- Zmniejszanie wydzielania moczu
- Powoduje jeżenie się włosów

Układ przywspółczulny (parasympatyczny):

Włókna nerwowe wychodzą z pnia mózgu. Większość z nich przebiega wspólnie z nerwem błędnym i dochodzi do płuc, serca, żołądka, jelit, wątroby. W układzie przywspółczulnym zwoje leżą w pobliżu unerwianych narządów lub w samych narządach:

- Zwiększanie źrenicy oka
- Zwiększanie wydzielania śliny
- Zmniejszanie wydzielania potu
- Zwalnianie akcji serca
- Obniżanie ciśnienia krwi
- Przyspieszanie ruchów jelit
- Zwiększanie wydzielania soku żołądkowego
- Zwiększanie wydzielania moczu

IX. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA

Niepełnosprawność intelektualna to zaburzenie rozwojowe, które jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju intelektualnego, które charakteryzuje się zwłaszcza uszkodzeniem umiejętności ujawniających się w okresie rozwoju i składających się na ogólny poziom inteligencji czyli zdolności poznawczych, mowy, ruchowych i społecznych. Zawsze towarzyszące są także deficyty w zakresie zachowań adaptacyjnych. Nie jest to jednostka chorobowa, lecz zespół objawów towarzyszących wielu chorobom genetycznym (np. zespół Downa), neurologicznym (m.in. mózgowie porażenie dziecięce), metabolicznym, będących następstwem zmian w życiu prenatalnym lub urazów fizycznych. Może wystąpić wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi lub bez nich. Ocena poziomu funkcjonowania intelektualnego powinna uwzględniać wszelkie dostępne informacje, w tym objawy kliniczne, zachowania adaptacyjne (zdolność przystosowania się do codziennych wymagań w normalnym otoczeniu społecznym) oraz wyniki testów psychometrycznych.

Klasyfikacja deficytów intelektualnych

Stopień niepełnosprawności intelektualnej	IQ Wechslera	Poziom intelektualny	Krótką charakterystyka
Lekki	69 - 55	10 - 12 rok życia	-umiejętności językowe pozwalające na posługiwanie się mową do codziennych potrzeb i podtrzymywania rozmowy -niezależność w zakresie samoobsługi (jedzenie, mycie, ubieranie się, kontrola zwieraczy) - trudności w nauce szkolnej (trudności w uczeniu się, pisaniu, czytaniu) -umiejętności te nabywają zazwyczaj z pewnym opóźnieniem, w wolnym tempie -potencjalna zdolność do pracy, głównie wymagającej praktycznych umiejętności.
Umiarkowany	54 - 35	6-9 rok życia	-ograniczony zakres rozumienia i posługiwania się mową -upośledzone funkcjonowanie w zakresie samoobsługi i umiejętności ruchowych -osoby te potrzebują najczęściej codziennego nadzoru, potrafią jednak wykonywać proste, praktyczne czynności -postępy w nauce są ograniczone, część osób opanowuje podstawowe umiejętności czytania, pisania, liczenia

			-są zdolne do nawiązywania kontaktu, porozumiewania się i angażowania w proste społeczne działania -dorośli są zdolni do wykonywania prostych, praktycznych prac, jeśli zadania są starannie ustrukturalizowane i wykonywane pod nadzorem; rzadko są całkowicie niezależni
Znaczny	34 - 20	3-6 rok życia	-funkcjonowanie podobne jak u osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym w zakresie obrazu klinicznego -częściej pojawia się znaczne uszkodzenie ruchowe, aparatu słuchowego, gorszy jest rozwój mowy -występują deficyty wskazujące na istotne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.
Głęboki	poniżej 20	maks. 3. rok życia	-znaczne ograniczenia w rozumieniu, spełnianiu poleceń i instrukcji, porozumiewaniu się (komunikacja niewerbalna na poziomie podstawowym) -głęboko zaburzone funkcje ruchowe, -zmiany neurologiczne, częste są uszkodzenia wzroku i słuchu, - mogą wykształcić podstawowe i proste wzrokowo-przestrzenne umiejętności sortowania i dopasowywani, przy nadzorze i kierowaniu do ograniczonego udziału w domowych i praktycznych zadaniach

			- bardzo mała zdolności samodzielnego dbania o podstawowe potrzeby życiowe - wymagany nadzór przy wszystkich podstawowych czynnościach.
--	--	--	---

X. ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Autyzm dziecięcy i zespół Aspergera należą do grupy tzw. całościowych zaburzeń neurorozwojowych. Zaburzenia te charakteryzują się brakiem odpowiednich dla wieku umiejętności uwarunkowanych dojrzewaniem mózgu. Zaburzenia w rozwoju dotyczą wielu sfer rozwoju i funkcjonowania dziecka.

W przypadku autyzmu dziecięcego i zespołu Aspergera objawy dotyczą:

1. Stałych deficytów w zakresie komunikacji społecznej (dwustronnej komunikacji słownej i bezsłownej)
2. Ograniczonych, powtarzających się wzorców zachowania, zainteresowań i aktywności
3. Jakościowych zaburzeń interakcji społecznych
4. Hiporeaktywności dotyczącej zmysłów (obniżonej wrażliwości na bodźce)
5. Zaburzeń rozwoju intelektualnego (przy autyzmie dziecięcym)

Obszary kryteriów wraz z opisem towarzyszących objawów:

1. Deficyty w komunikacji społecznej.

Komunikacja:

Trudnością osób w spektrum jest porozumiewanie się z ludźmi. Warto zaznaczyć, że te deficyty nie są związane z ogólnym brakiem motywacji do komunikowania się. Chodzi tu o trudności z pojęciem do czego służy porozumiewanie się oraz o ograniczone umiejętności niezbędne do wykorzystania ich w kontaktach społecznych. Osoby w spektrum autyzmu często mają także trudność w komunikacji niewerbalnej tzn. rozumieniu i stosowaniu gestów, wyrazów twarzy

lub nawiązywaniu kontaktu wzrokowego. Wówczas mowa jak i ogólne zachowanie osób dotkniętych spektrum autyzmu może być odbierane jako nietypowe.

Komunikacja niewerbalna:

- unikanie kontaktu wzrokowego,
- mimika twarzy jest niedostosowana do wypowiedzi,
- osoba ma trudności z odczytywaniem mimiki twarzy, tonu głosu, gestów rozmówcy,
- wykonuje tylko nieliczne gesty w celach komunikacyjnych tj. wskazywanie szafki w celu otrzymania określonego przedmiotu,
- brak ekspresji emocji.

Komunikacja werbalna (mowa):

- osoba mówi nietypowym tonem głosu lub z nietypowym rytmem mowy np. wymawianie każdego zdania jak pytania,
- powtarza słowa lub zdania tzw. echolalia np. w odpowiedzi na pytanie, powtarza je, zamiast udzielenia odpowiedzi,
- mówi o sobie w 3 osobie tj. Janek chce czytać – zamiast: ja chcę przeczytać,
- wypowiedzi sprawiają wrażenie nieadekwatnych do sytuacji,
- osoba przejawia trudność w komunikowaniu potrzeb lub pragnień,
- osoba bierze wypowiedzi zbyt dosłownie – nie rozumie poczucia humoru, ironii, metafor, co często może wzbudzić jej frustrację.

2. Deficyty we wzajemności społeczno-emocjonalnej oraz interakcjach społecznych.

Interakcje społeczne:

Osoby w spektrum autyzmu nie rozumieją intuicyjnie reguł kontaktów z ludźmi np. kto i kiedy powinien mówić podczas rozmowy, jak zaprosić rówieśnika do wspólnego spędzania czasu lub wykonania wspólnie danej czynności:

- osoba nie jest zainteresowana rówieśnikami, otaczającymi ją ludźmi,
- nie potrafi inicjować kontaktu, spędzać wspólnie czasu, zdobywać przyjaciół,
- nie lubi zbyt bliskiego kontaktu tj. nie lubi być dotykana, trzymana na rękach lub przytulana,
- osoba nie angażuje się w zabawy w grupie, nie uczestniczy w pracy grupowej (woli wykonywać ją samodzielnie),
- nie naśladuje,

- nie używa zabawek w kreatywny sposób,
- ma trudności w rozumieniu uczuć lub mówieniu o uczuciach,
- wydaje się nie słyszeć, kiedy inni zwracają się do niej,
- nie dzieli się osiągnięciami lub zainteresowaniami np. zabawkami, rysunkami.

3. Ograniczone, powtarzające się wzorców zachowania, zainteresowań i aktywności.

Wiele osób z autyzmem lubi niezmiennosć otoczenia oraz przywiązuje się do rutyn. Z trudem akceptują zmiany zachodzące w ciągu dnia. Część osób ma intensywne pasje.

- osoba silnie przywiązuje się do rutyny np. nalega na codzienne chodzenie dokładnie tą samą drogą do szkoły,
- ma trudności z adaptacją do zmian w planie lub w środowisku np. płacze, kiedy przestawimy meble lub kiedy ma pójść do szkoły o innej godzinie niż zwykle,
- przywiązuje się silnie do niektórych zabawek lub obiektów tj. klucze, włączniki światła, nosi zawsze swoją ulubioną zabawkę,
- spędza dużo czasu na zgłębianiu zainteresowania wąską dziedziną wiedzy np. rozkłady jazdy tramwaju, godziny, dinozaury, kamienie, liczby, odkurzacze określonej marki,
- spędza dużo czasu na układaniu zabawek/przedmiotów w specyficzny sposób, obserwowaniu poruszających się przedmiotów, które są wprawione w ruch np. wentylator, pralka; lub koncentruje się na specyficznej części przedmiotu np. koło od auta,
- wielokrotnie powtarza ruchy takie jak trzepotanie rękami na wysokości oczu, kręcenie się wokół własnej osi – tzw. stereotypie ruchowe lub autostymulacje.

4. Zaburzenia sensoryczne.

Wiele osób z autyzmem ma także zaburzenia sensoryczne. Mogą to być **nadmiernie lub bardzo słabe reakcje** na doświadczenia zmysłowe:

- na zapachy (występuje reakcja wymiotna na silny zapach bądź wcale nie zwraca uwagi na zapach drażniący innych),
- na dotykana fakturę przedmiotów (np. dziecko płacze, kiedy dotyka piasku, lub gdy jego ubranka dotykają ciała),
- na smaki (np. dziecko ma wybiórczość pokarmową – je pokarmy o określonym smaku, o określonej konsystencji, nie akceptuje nowych smaków),
- na dźwięki (np. dziecko reaguje na ciche dźwięki tak jakby były zbyt głośne),

- wizualne fascynacje światłem (np. dziecko wpatruje się w padające promienie słońca),
- czasem widoczny jest całkowity brak reakcji na niektóre bodźce (dziecko sprawia wrażenie jakby nie odczuwało bólu po tym, jak się przewróciło).

Przeprowadzone badania dowodzą, że w etiologii ASD istotną rolę mogą odgrywać:

- czynniki genetyczne,
- czynniki środowiskowe,
- wewnątrzmaciczna ekspozycja na leki,
- ciąża mnoga,
- niedoczynność tarczycy u matki,
- cukrzyca ciążowa (szczególnie typu 2)
- nadciśnienie tętnicze,
- depresja
- palenie papierosów w okresie ciąży,
- czynniki związane z porodem (poród ukończony przed planowanym terminem, niska masa urodzeniowa, niska punktacja w skali Apgar w 5 minucie życia, konieczność resuscytacji lub tlenoterapii noworodka).

W przebiegu ASD obserwuje się tendencje do znacznej współchorobowości zarówno psychiatrycznej jak i somatycznej. Najczęstszymi zaburzeniami współwystępującymi są:

- ADHD,
- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia snu,
- zaburzenia nastroju,
- zachowania agresywne,
- zaburzenia obsesyjno-kompulsywne,
- zaburzenia odżywiania,
- schizofrenia.

Porównanie autyzmu i zespołu Aspergera

Sfery	Autyzm	Zespół Aspergera
Rozwój umysłowy	Opóźniony, wystąpić może także niepełnosprawność intelektualna.	W normie lub ponadprzeciętny. Funkcje poznawcze rozwijają się prawidłowo.
Komunikacja	Opóźnienie mowy lub całkowity jej brak. Występują echolalie, nietypowy rytm mowy.	Mowa rozwija się prawidłowo, choć osoby posługują się specyficznymi sformułowaniami – ich język jest nad wyraz dojrzały.
Funkcjonowanie społeczne	Trudność w zawarciu relacji z rówieśnikami, brak potrzeby zawierania interakcji z innymi osobami.	Odczuwana potrzeba bycia w grupie, ale na własnych zasadach. Często mimo chęci akceptacji ze strony otoczenia, osoby z ZA interpretują obecność innych ludzi jako „przeszkoda”.
Emocje	Labilność emocjonalna, brak rozumienia emocji i okazywania ich.	Trudność w zrozumieniu uczuć innych ludzi. Odczuwanie emocji bardzo intensywnie, reagowanie nieadekwatne do zaistniałego bodźca, zauważa się również frustrację poprzez poczucie odmienności.

Zachowania	Fiksacje, stereotypie, sztywność w zachowaniu. Nieprzewidywalność zachowań. Występuje wybiórczość pokarmowa oraz nadmierne reakcje na doświadczenia zmysłowe.	Ograniczone i stałe w czasie zainteresowania (w tym fiksacje na pojedynczych tematach) ale w mniejszym stopniu niż u osób z diagnozą autyzmu. Nadmierne reakcje na doświadczenia zmysłowe. Osoby zwracają uwagę na drobne zmiany, nieoczywiste wzory, dokładność wypowiedzi.
-------------------	---	--

XI. ZESPÓŁ DEFICYTU UWAGI - ADHD

ADHD (*ang. Attention Deficit Hiperactivity Disorder*) w DSM-IV rozumiany jest jako „Zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości”. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zburzeń ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia jest to „zespół hiperkinetyczny” lub „zaburzenia hiperkinetyczne”. Diagnozę w oparciu o kryteria klasyfikacyjne chorób i zaburzeń, stawia lekarz psychiatra, któremu czasem towarzyszy lekarz neurolog.

ADHD jest jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń wieku wczesnodziecięcego. W procesie diagnozy uczestniczą także rodzice i nauczyciele stanowiąc główne źródło wiedzy o badanym, poza obserwacją jego zachowania przez diagnostę. Nie istnieją biochemiczne czy genetyczne parametry dające pewne rozpoznanie, a dostępne narzędzia, takie jak rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa dostarczyć mogą jedynie danych dotyczących nieprawidłowości w funkcjonowaniu wybranych obszarów mózgu, zatem, poza diagnozą psychologiczno-pedagogiczną konieczny jest ścisły wywiad diagnostyczny i zbadanie różnych płaszczyzn funkcjonowania badanego. Wyróżniamy trzy podtypy ADHD: z przewagą deficytu uwagi, z przewagą impulsywności/nadruchliwości oraz mieszany.

Według klasyfikacji DSM-IV, by móc postawić diagnozę przynajmniej sześć miesięcy, musi utrzymywać się co najmniej sześć z poważniejszych objawów w stopniu nie przystosowawczym i nie spójnym z poziomem rozwojowym:

- **Podtypu z przewagą deficytu uwagi:**

- a) Często nie jest w stanie skupić uwagi na detalach lub często popełnia błędy z niedbalstwa w szkole, pracy i podczas innych działań.
- b) Często ma trudność ze skupieniem się podczas wykonywania zadań lub zabawy.
- c) Często wydaje się, że nie słucha, gdy się do niego mówi.
- d) Często nie przestrzega instrukcji i nie udaje mu się dokończyć wypełniania zadań szkolnych, obowiązków domowych lub zadań w miejscu pracy (co nie wynika z zachowania opozycyjnego ani z niezrozumienia instrukcji).
- e) Często ma trudność ze zorganizowaniem zajęć.
- f) Często unika, nie lubi lub opieszale angażuje się w zadania, które wymagają długotrwałego wysiłku umysłowego (np. zadania szkolne, prace domowe).
- g) Często gubi przedmioty potrzebne do wykonania zadań i działania (np. zabawki, ołówki, zadania szkole, książki czy narzędzia).
- h) Często rozprasza się pod wpływem bodźców pobocznych.
- i) Często zapomina o codziennych czynnościach.

- **Nadruchliwość:**

- a) Często wierci się na miejscu, wykręcając nogi i ręce.
- b) Często opuszcza swoje miejsce w klasie lub w innych sytuacjach, które wymagają pozostania w nim.
- c) Często biega lub wspina się w sytuacjach, w których uważane jest to za niewłaściwe (w okresie dorastania lub dorosłości może się to ograniczać do subiektywnego poczucia zniecierpliwienia).
- d) Często ma trudność z zaangażowaniem się w ciszy w zabawę lub wypoczynek.
- e) Często działa tak, jakby był „napędzany motorkiem”.
- f) Często nadmiernie dużo mówi.

- **Impulsywność:**

- a) Często wyrzuca z siebie odpowiedzi, zanim pytanie zostanie zadane do końca.
- b) Często ma trudność z czekaniem na swoją kolej.
- c) Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się w rozmowę lub zabawę).

Następnie, przy jednoczesnej identyfikacji występowania ww. objawów, musi zostać spełnionych kilka warunków:

1. Niektóre z objawów nadruchliwości/impulsywności i deficytu uwagi, które utrudniają funkcjonowanie i pojawiły się przed 7 rokiem życia.
2. Wyżej wymienione objawy występują przynajmniej w dwóch środowiskach (np. w szkole [w pracy] i w domu).
3. Istnieją wyraźne z klinicznego punktu widzenia dowody problemów w funkcjonowaniu społecznym, edukacyjnym i zawodowym.
4. Symptomy te nie pojawiają się podczas uogólnionego zaburzenia rozwojowego, schizofrenii lub innych zaburzeń psychiatrycznych i nie da się ich lepiej wytłumaczyć istnieniem innego zaburzenia umysłowego (np. zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowego, zaburzenia dysocjacyjnego lub zaburzenia osobowości).

Dominacja jednego z objawów prowadzi do określenia podtypu zaburzenia: ADHD z przewagą zaburzeń uwagi, ADHD z przewagą nadruchliwości/nadmiernej impulsywności oraz ADHD typ mieszany. Do objawów należy dołączyć także cechy tego zjawiska wypływające z definicji samego terminu „zaburzenie” – rozpoznać je można, gdy osoba odczuwa cierpienie lub dysfunkcjonalność z powodu objawów, a stan ten nie jest powszechnie przyjętą formą reagowania na dane wydarzenie i odbiega od zachowań innych osób w tym samym wieku.

ADHD to to zaburzenie przewlekłe, dlatego też nie można sądzić, że minie, a objawy same się wygaszą. Badania nad dorosłymi z ADHD pokazują, że są oni bardziej skłonni do wchodzenia w uzależnienia od substancji psychoaktywnych, podejmowania działań antyspołecznych, wchodzenia w konflikty z prawem, prezentują większe ryzyko tendencji samobójczych i powstania u nich stanów depresyjnych, ale też powodowania wypadków komunikacyjnych, niekonstruktywnych i utrzymujących się konfliktów rodzinnych, na pięć w różnych relacjach międzyludzkich. Istnieje konieczność jak najwcześniejszego wprowadzenia i utrzymania niezbędnych dobrych praktyk w zakresie pracy edukacyjno-wychowawczej opartej o współpracę obu środowisk – rodzinnego i szkolnego, tworzenie spójnego systemu wychowawczego, jak i umożliwienie nauczycielom, rodzinie i dziecku dostępu do systematycznego oficjalnego wsparcia. Źródłami pojawienia się ADHD, są zarówno czynniki genetyczne jak i środowiskowe. Tak jak temperament, jego cechy są silnie osadzone w mechanizmach o podłożu biologicznym, ale pod wpływem działań środowiskowych mogą ulec znacznym przemianom, tak funkcjonowanie z ADHD będzie uzależnione od wzajemnych wpływów ww. czynników.

Leczenie

Leczenie zespołu hiperkinetycznego głównie opiera się na terapii behawioralnej oraz farmakoterapii. Paradoksalnie, leki uspokajające pogarszają stan dzieci cierpiących na ADHD. U większości osłabienie jego objawów można wywołać poprzez podanie leków stymulacyjnych (np. metyfenidat, premolin). U przyjmujących je dzieci obserwuje się wzrost wrażliwości międzyludzkiej i wysiłku ukierunkowanego na cel, a także spadek poziomu aktywności i zachowań destrukcyjnych. Jednak ich użycie może pociągać za sobą skutki uboczne, które w przypadku metyfenidatu zostały dokładnie udokumentowane (bezsenność, bóle głowy, mdłości). Główną alternatywą dla terapii farmakologicznej stanowi terapia behawioralna. W leczeniu deficytów uwagi i nadruchliwości, szczególnie skuteczne okazały się programy warunkowania instrumentalnego. W jednym przypadku po precyzyjnym określeniu stopnia nadruchliwości pewnego dziewięcioletniego chłopca, tzn. podstawowego współczynnika nadruchliwego zachowania, otrzymywał on nagrodę za siedzenie w miejscu. Za każde dziesięć sekund, które wysiedział nieruchomo, dostawał jednego pensa. Pierwsza sesja eksperymentalna trwała pięć minut. Jednak po ośmiu spotkaniach jego nadruchliwość została ograniczona, a podczas obserwacji przeprowadzonych cztery miesiące później, chłopiec nie tylko się uspokoił, ale zaczął również robić postępy w czytaniu i nawiązywaniu przyjaźni. Zatem przy systematycznym stosowaniu bezpośrednia uwaga i namacalne czynniki wzmacniające mogą spowodować znaczne i szybkie zmiany.

XII. ZABURZENIA AFEKTYWNE

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 jakieś 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.

WSPARCIE OTOCZENIA

Depresja to bardzo niebezpieczna choroba, która w niektórych przypadkach może doprowadzić nawet do samobójstwa osoby, która się z nią zmagą. 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 wspomaganej 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 **phototerapia** (leczenie światłem) stosowana w depresjach sezonowych i depriwacja (pozbawienie snu).

XIII. 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.

LISTA SYGNAŁÓW OSTRZEGAWCZYCH

Należy zwrócić uwagę na to:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Funkcje samookaleczeń

- Samokaranie:
 - ukarać siebie za coś,
 - oczyścić siebie, swoje ciało,

- Radzenie sobie z doświadczeniami traumatycznymi:
 - odtworzyć traumatyczne doświadczenie
 - 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,
 - wywrzeć wpływ, sprawić, aby inni zachowywali się w określony sposób.

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

XIV. ZABURZENIA LĘKOWE

Lęk może być związany z fazą rozwojową i najczęściej mija bez konieczności konsultacji specjalistycznych.

Lęki specyficzne dla faz rozwojowych:

- Okres przedszkolny – lęk przed obcymi ludźmi i sytuacjami, lęk przed ciemnością, lęk przed wyimaginowanymi potworami, lęk przed zwierzętami.
- Okres szkolny – lęk przed odrzuceniem przez rówieśników, lęk przed zawstydzeniem.
- Dorastanie – lęk dotyczący wyglądu, niepowodzenia czy sytuacji społecznych.

Zaburzenia lękowe charakteryzują się intensywnym uczuciem lęku lub strachu, które często jest nieadekwatne do rzeczywistej sytuacji. Osoby dotknięte tymi zaburzeniami mogą odczuwać lęk w sytuacjach, które dla innych są normalne i bezpieczne. Zaburzenia lękowe mogą znacząco utrudniać codzienne funkcjonowanie, wpływając na życie osobiste, szkolne i zawodowe. Zaburzenia lękowe występują zarówno u dzieci, młodzieży, jak i dorosłych.

- **Lęk separacyjny (SAD)** – lęk przed separacją w dzieciństwie to nadmierne zamartwianie się lub strach przed byciem z dala od rodziny lub osób, do których dziecko jest najbardziej przywiązane. Dzieci z SAD boją się, że się zgubią lub że komuś z rodziny stanie się coś złego w czasie, gdy będą rozdzieleni.
- **Zespół lęku uogólnionego (GAD)** to chroniczne, nadmierne zamartwianie się i lęki, które zdają się nie mieć żadnej konkretnej przyczyny. Dzieci z lękiem uogólnionym bardzo często się martwią o to, co będzie, tym, co było, tym, czy będą akceptowane przez innych, sprawami rodziny, swoimi możliwościami i nauką w szkole.
- **Fobia szkolna (nie jest ona ujęta jako odrębna jednostka i zazwyczaj wpisuje się ją w szersze kategorie, na przykład fobie specyficzne)** to silne objawy lękowe związanego z ekspozycją na sytuacje społeczne. Współwystępują objawy somatyczne (nudności, gorączka, ból głowy, ból brzucha), które pojawiają się najczęściej tuż przed pójściem do szkoły, ich nasilenie zmniejsza się w ciągu dnia. Osoby doświadczające fobii szkolnej mają niską samoocenę, czują strach przed krytyką, ośmieszeniem, odrzuceniem i kompromitacją. Często występują zaburzenia w zakresie edukacji oraz w sferze rozwoju społecznego.
- **Mutyzm selektywny**- osoba z mutyzmem wybiórczym przeważnie swobodnie komunikuje się w domu, ale milczy lub rozmawia zdawkowo w środowisku szkolnym

lub innym społecznym. Ponadto, w sytuacjach stresowych dzieci z mutyzmem wybiórczym często:

- mogą mieć problem z nawiązaniem kontaktu wzrokowego;
 - nie uśmiechają się, mają „kamienną twarz”, nie zdradzającą żadnych emocji;
 - trudno jest im powiedzieć „cześć”, „do widzenia”, „dziękuję”;
 - czują duży niepokój, gdy są zmuszane do mówienia;
 - mogą ssać palce, obgryzać paznokcie, dotykać włosy lub gryźć rękaw bluzki;
 - mają niskie poczucie własnej wartości;
 - nie lubią zmian, szczególnie tych, które są zaskoczeniem;
 - nie lubią być w centrum uwagi.
- **Fobie specyficzne:** Charakteryzują się nieuzasadnionym lękiem lub strachem wobec określonych sytuacji, obiektów oraz wiąże się z silnym dążeniem do ich unikania. Lęk wynika głównie z irracjonalnej lub nadmiernej oceny danego przedmiotu czy sytuacji. Napadowi lęku mogą towarzyszyć takie objawy jak przyspieszenie oddechu i akcji serca, nudności, ból w klatce piersiowej, wzmożone napięcie mięśniowe czy pocenie się dłoni. Fobie specyficzne mogą dotyczyć:
 - **Zwierząt (zoofobia):** lęk przed pajakami – arachnofobia; rybami – ichtiofobia; motylami - lepidopterofobia
 - **Środowiska naturalnego:** lęk przed ciemnością – nyktofobia; przed wiatrem – ankraofobia; przed burzą – brontofobia; przed przeciągiem - psychrofobia
 - **Sytuacji codziennych:** lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami – klaustrofobia; lęk przed chodzeniem – ambulofobia; przed upadkiem - basifobia
 - **Stanu zdrowia:** lęk przed zastrzykami – trypanofobia;
 - **Liczb:** w Polsce np. lęk przed liczbą 13 – triskaidekafobia, w Japonii przed liczbą 9 - enneafobia
 - **Fobia społeczna** - polega na strachu przed oceną innych ludzi, który prowadzi do unikania sytuacji społecznych. Bardziej uogólnione fobie społeczne zwykle wiążą się z niską samooceną i strachem przed krytyką. Mogą one przejawiać się w formie dolegliwości takich jak czerwienienie się, drżenie rąk, nudności lub parcie na mocz. Pacjent często bywa przekonany, że te wtórne przejawy lęku stanowią pierwotny problem. Objawy mogą nasilać się aż do napadu lęku panicznego
 - **Agorafobia:** Charakterystyczną cechą agorafobii jest lęk przed znalezieniem się w miejscu lub sytuacji, z której ucieczka może być trudna lub w której pomoc może nie

być dostępna w przypadku ataku paniki. Lęk w agorafobii zazwyczaj prowadzi do ciągłego unikania sytuacji, które mogą obejmować:

- przebywanie w dużym tłumie ludzi,
 - podróżowanie samochodem, autobusem, metrem lub samolotem,
 - korzystanie z windy,
 - przebywanie z zatłoczonych pomieszczeniach.
- **Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny):** istotną cechą tego zaburzenia są nawracające napady ostrego lęku (stany paniki), które nie są ograniczone do jakiejś szczególnej sytuacji czy okoliczności, w związku z czym są niemożliwe do przewidzenia. Objawy somatyczne obejmują nagłe wystąpienie kołatania serca, bólu w klatce piersiowej, uczucia duszności, zawrotów głowy, a także poczucie obcości własnej osoby (depersonalizacja) lub otoczenia (derealizacja). Często występuje wtórny strach przed śmiercią, utratą kontroli czy chorobą psychiczną.
 - **Zespół stresu pourazowego:** Zasadniczą cechą zespołu stresu pourazowego (PTSD – Post - Traumatic Stress Disorder) jest rozwój charakterystycznych objawów po narażeniu na skrajnie traumatyczny stres (zazwyczaj związany z bezpośrednim doświadczeniem zagrożenia śmiercią lub poważnymi obrażeniami lub innym zagrożeniem). Reakcja osoby na zdarzenie musi obejmować: intensywny strach, bezradność lub przerażenie. Charakterystycznymi objawami wynikającymi z narażenia na traumę jest:
 - **uporczywe przeżywanie** traumatycznego wydarzenia (ciągłe powracanie do tej sytuacji w myślach
 - **unikanie bodźców związanych z traumatyczną sytuacją** (np. unikanie podróżowania samochodem po przeżytym wypadku).

Do pełnej diagnozy objawy te muszą się utrzymywać **przynajmniej miesiąc** oraz muszą powodować utrudnienia w normalnym funkcjonowaniu.

- **Ostra reakcja na stres:** istotną cechą ostrej reakcji na stres (ASR – Acute Stress Response) jest rozwój charakterystycznych lęków, dysocjacji i innych objawów, które występują w ciągu 1 miesiąca po doświadczeniu skrajnego stresu traumatycznego. Podczas doświadczania traumatycznego zdarzenia albo zaraz po zdarzeniu, osoba ma **co najmniej trzy** z następujących objawów:
 - subiektywne poczucie odrętwienia, oderwania się lub braku reakcji emocjonalnej,

- zmniejszenie świadomości jego otoczenia,
- derealizacja,
- depersonalizacja,
- amnezja dysocjacyjna.

Po doświadczonej traumie zdarzenie jest **nieustannie ponownie przeżywane**, a osoba **wyraźnie unika bodźców, które mogą obudzić wspomnienia traumy**. Zaburzenie **trwa co najmniej 2 dni i maksymalnie 4 tygodnie po zdarzeniu traumatycznym**. Jeśli objawy utrzymują się **dłużej niż 4 tygodnie, można postawić diagnozę zespołu stresu pourazowego**.

- **Zespół obsesyjno - kompulsywny** - podstawowymi cechami zaburzenia obsesyjno - kompulsywnego, nazywanego też **OCD (Obsessive - Compulsive Disorder)** są nawracające **obsesje lub kompulsje**, które utrudniają codzienne funkcjonowanie i są czasochłonne (trwają dłużej niż godzinę dziennie).

a. Obsesje to uporczywe myśli lub obrazy, które są doświadczane jako natrętne i niewłaściwe, powodujące wyraźny niepokój. Najczęstszymi obsesjami są:

- powtarzające się myśli o zanieczyszczeniu (np. poczucie nieczystości po korzystaniu z publicznego transportu),
- powtarzające się wątpliwości (np. zastanawianie się, czy pozostawiło się otwarte drzwi),
- potrzeba poukładania rzeczy w określonej kolejności (np. niepokój, gdy przedmioty są ułożone niesymetrycznie), agresywne lub przerażające impulsy (np. pokusa, aby wykrzyknąć nieprzyzwoite słowa),
- obrazy seksualne (np. powracające obrazy pornograficzne).

Obsesje nie są nadmiernymi obawami o prawdziwe problemy (np. obawy o rzeczywiste problemy finansowe), lecz lękami o wydarzenia nie mające zakotwiczenia w rzeczywistości.

b. Kompulsje to powtarzające się zachowania (np. mycie rąk, sprawdzanie drzwi) lub czynności umysłowe (np. modlitwa, powtarzanie słów w myślach), których celem jest zapobieganie lub zmniejszanie lęku, lub stresu.

W większości przypadków osoba czuje się **zmuszona do wykonywania zachowania kompulsywnego**, aby zmniejszyć niepokój towarzyszący obsesji lub zapobiec przerażającej sytuacji. Na przykład osoby z obsesją na punkcie brudu mogą zmniejszyć swój stres, myjąc ręce (często aż do momentu uszkodzenia skóry na dłoniach). W niektórych przypadkach osoby z zespołem obsesyjno - kompulsywnym wykonują swoje sztywne rytuały, mimo że nie potrafią wyjaśnić, dlaczego to robią. Kompulsje są albo wyraźnie nadmierne, albo nie są połączone

w realistyczny sposób z tym, czemu mają zapobiec. Najczęstsze kompulsje obejmują mycie i czyszczenie, liczenie i sprawdzanie (np. czy drzwi są zamknięte).

XV. ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Istnieją dwie główne kategorie zaburzeń odżywiania: **anoreksja i bulimia**. Choć charakteryzują je odmienne cechy, powodują niekiedy takie same objawy i mają być może podobną etiologię, a także podobny przebieg. Najczęściej zaburzenia te pojawiają się w okresie dorastania i zwykle trwają dłużej niż do końca okresu wczesnej dorosłości. W praktyce klinicznej **anoreksja i bulimia psychiczna** to zaburzenie nie zawsze rozłączne, a nastolatki prezentujące objawy anoreksji często, w kolejnym czasie trwania choroby, ujawniają objawy bulimii czy napady objadania się. Z perspektywy medycznej to odrębne jednostki chorobowe.

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja z grec. *anorexia nervosa* – *an* – brak, pozbawienie, *orexis* – apetyt) – polega na celowej utracie wagi wywołanej i podtrzymywanej przez osobę chorą. Obraz własnego ciała jest zaburzony. Lęk przybiera postać uporczywej **idei nadwartościowej**, w związku z czym pacjent wyznacza sobie niski limit wagi.

Anoreksja rozpoczyna się pozornie niegroźnym odchudzaniem, które w sposób niezauważony przyjmuje postać głodzenia się. Myśli, emocje i działania zostają uwikłane w zachowania zmierzające do zmniejszenia masy ciała. W prawidłowo przebiegających procesach biologicznego dojrzewania pewien nadmiar ciała stanowi rezerwuar substratów niezbędnych dla wzrostu i stabilizowania układów regulacji hormonalnej organizmu. Wszelkie zabiegi naruszające rezerwy wyjściowych substratów metabolicznych w tym okresie zatrzymują procesy dojrzewania. Nawet jeżeli nastoletkowe nawyki odchudzania nie rozwiną w pełni klinicznego obrazu anoreksji, to wielomiesięczne niedobory pokarmowe upośledzają naturalny przebieg dojrzewania systemu kontroli metabolicznej ustroju, uszkadzając nieodwracalnie niektóre fizjologiczne funkcje organizmu.

Podstawowe objawy anoreksji:

- silny lęk przed przybraniem na wadze, pomimo już i tak zbyt niskiej wagi ciała,
- odmowa utrzymywania wagi na (lub powyżej) minimalnym poziomie odpowiednim dla danego wieku i wzrostu,
- zaburzony wizerunek własnego ciała.

Skutki anoreksji:

- spadek ciśnienia krwi,
- obniżenie temperatury ciała,
- arytmia serca,
- anemia,
- sucha, łuszcząca się skóra,
- zasinienie dłoni i stóp,
- obrzęki dłoni, stóp i twarzy,
- kruche, łamliwe włosy, łysienie,
- zanik miesiączkowania,
- osteoporoza,
- spowolnienie psychoruchowe,
- nadwrażliwość na bodźce,
- uszkodzenie wątroby (zanik, marskość),
- uszkodzenie funkcji wydzielniczej nerek,
- zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym,
- niepłodność,
- zmętnienie rogówki,
- defekt metaboliczny - spowolnienie przemiany materii,
- potrzeba izolacji.

Anoreksja reprezentowana przez dwie kategorie diagnostyczne według DSM-5:

- **Anoreksja typu restrykcyjnego** – osoby w tym typie prezentują stałe ograniczanie dziennego spożywania pokarmów w stosunku do potrzeb, do wyraźnego momentu obniżenia masy ciała. Ciągłe obecny jest też u nich silny lęk przed przytyciem oraz zniekształcenie percepcji obrazu własnego ciała wraz z jego negacją w myślach, emocjach i zachowaniach. Negatywną samoocenę wobec ciała często wzmacnia uporczywy brak świadomości w zakresie jego malejącej masy i rozwijającego się wyniszczenia organizmu. W tym typie utrata wagi jest osiągnięta głównie na drodze rygorystycznych diet i głodówek oraz stosowania w sposób restrykcyjny ćwiczeń fizycznych, ale bez napadów obżarstwa i zachowań wydalających (prowokowanych wymiotów, nadużywania środków przeczyszczających i odwadniających oraz lewatyw)
- **Anoreksja typu żarłoczno-wydalającego** – obserwuje się w ostatnich trzech miesiącach obecność powtarzających się epizodów objadania się, z zachowaniami

wielokrotnego przeczyszczania się poprzez stosowane wymioty, lewatywy, środki przeczyszczające i odwadniające.

W leczeniu równie ważne są wszystkie formy terapii - indywidualna, grupowa oraz rodzinna, farmakoterapia i psychoterapia. Ważny jest kontakt pacjenta zarówno z lekarzem psychiatrą, terapeutą, psychologiem i pielęgniarką. Ważne, by osoba, która podjęła decyzję o rozpoczęciu leczenia, otrzymywała informacje zwrotne, o tym, co się zmienia, a co nie. Czas konfrontacji z chorobą jest jednym z najważniejszych przeżyć życiowych takiej osoby.

Leczenie anoreksji przebiega etapowo i obejmuje zarówno działania medyczne, jak i psychologiczne.

- W początkowej fazie głównym celem jest przyrost masy ciała oraz poprawa stanu fizycznego pacjenta. Ze względu na częsty brak motywacji do leczenia lub sprzeciw wobec terapii, w przypadkach skrajnego wychudzenia i zagrożenia życia stosuje się przymusowe karmienie przez sondę lub kroplówkę. W mniej ciężkich sytuacjach wprowadza się program rehabilitacji żywieniowej, który łączy kontrolowany przyrost wagi ze wsparciem psychologicznym.
- Inne formy terapii psychologicznej są wdrażane dopiero po ustabilizowaniu stanu zdrowia. Programy skupiające się wyłącznie na problemie odchudzania, bez analizy deficytów poznawczych, behawioralnych i żywieniowych, nie są zalecane na początku leczenia. Sama psychoterapia lub farmakoterapia nie wystarczają w przypadku silnie wyniszczonych pacjentów.
- Po osiągnięciu poprawy fizycznej leczenie skupia się na odbudowie relacji z własnym ciałem i kształtowaniu zdrowych nawyków. Wprowadza się racjonalną, bezpieczną aktywność fizyczną oraz działania ukierunkowane na akceptację siebie i eliminację destrukcyjnych strategii myślenia. W terapii wykorzystuje się techniki behawioralne oparte na pozytywnych wzmocnieniach, takie jak pochwały czy nagrody za przyrost masy ciała. Terapia behawioralna pomaga odbudować prawidłowe wzorce jedzenia, natomiast terapia poznawcza umożliwia zmianę negatywnego obrazu ciała i sposobu myślenia o przybieraniu na wadze. Ważnym elementem jest również terapia rodzinna, która wspiera proces zdrowienia i ułatwia powrót pacjenta do normalnego funkcjonowania.

Żarłoczność psychiczna (bulimia) pochodzi od *bulimis*, co dosłownie oznacza "byczy głód", gr. λιμός [*limos*] – głód; βους: [*bous*] – byk). Polegała ona na okresowych napadach żarłoczności z utratą kontroli nad ilością spożywanych pokarmów. Osoby chore często jedzą do momentu utraty możliwości czasowych lub fizycznych przyjmowania pokarmu, a następnie prowokują wymioty lub też dodatkowo stosują środki przeczyszczające. Często starają się też ćwiczyć na siłowni lub uprawiać inną intensywną aktywność fizyczną, co ma zapobiec nadmiernemu przyrostowi masy ciała. Jedzenie pokarmów wysokokalorycznych odbywa się zwykle w ukryciu i towarzyszy im poczucie winy i dyskomfortu oraz obniżenie samooceny z wyrzutami wobec samej siebie.

Osoba chora na bulimię zaczyna koncentrować się na jedzeniu, często zapytana, ile procent dnia myśli o jedzeniu, odpowiada 100%. Utrudnia to koncentrację na nauce, podtrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi. Jedzenie, kompensowanie, myślenie o jedzeniu zajmuje tak dużo czasu, że trudno wykonywać swoje obowiązki. Trzeba też wspomnieć, o bardzo wymiernych konsekwencjach – bulimia często bardzo dużo kosztuje. Powtarzane kilkakrotnie w ciągu objadanie się słodyczami, kupowanie leków zmniejszających łaknienie, potrafi zrujnować budżet. Częstym objawem towarzyszącym bulimii jest depresja, prowadząca do prób samobójczych jako wyraz niemożności opanowania sytuacji chorobowej.

Bulimia występuje częściej w grupach ludzi podejmujących działalności, w których preferowana jest szczupła sylwetka, takich jak: taniec, gimnastyka, cheerleading, bieganie, aktorstwo, wioślarstwo i łyżwiarstwo figurowe. Podobnie jak w przypadku anoreksji, na bulimię chorują głównie kobiety.

Skutki bulimii:

- niedobory pokarmowe,
- odwodnienie,
- zaparcia,
- bóle głowy,
- niedociśnienie tętnicze,
- dyskomfort w jamie brzusznej,
- zaburzenia równowagi elektrolitycznej,
- nieregularne miesiączki lub ich brak,
- rany i blizny na powierzchni grzbietowej dłoni (od prowokowania wymiotów),
- uszkodzenie szkliwa zębów,

- uszkodzenie naczynek krwionośnych w oczach,
- opuchlizna twarzy i policzków (zapalenia ślinianek),
- awitaminoza,
- rozciągnięcie żołądka do znacznych rozmiarów,
- osłabienie serca, wątroby i układu pokarmowego,
- podrażnienie przełyku, zgaga, refluks,
- w skrajnych przypadkach – pęknięcie przełyku lub przepony,
- niechęć do samego siebie,
- stany depresyjne,
- poczucie wstydu i upokorzenia,
- psychiczne uzależnienie od środków przeczyszczających i odwadniających,
- zmęczenie.

Bulimia może przybrać:

- **Postać z przeczyszczaniem:** podczas epizodu żarłoczości psychicznej osoba chora prowokuje wymioty i/ lub nadużywa leki przeczyszczające, moczopędne albo stosuje lewatywy.
- **Postać bez przeczyszczania:** podczas epizodu żarłoczości psychicznej chora osoba stosuje głodówki lub nadmierne ćwiczenia fizyczne, ale unika prowokowania wymiotów, używania środków przeczyszczających.

Konsekwencje psychiczne bulimii

Bulimia poważnie wpływa na funkcjonowanie osoby chorej oraz często jej rodzinę i przyjaciół. Chora na bulimię będąc w pełni skoncentrowaną na jedzeniu, jego skutkach oraz na tym jak nie przytyć, zaniedbuje kontakty towarzyskie, bywa, że nawet z nich rezygnuje. Zaczyna czuć się samotna. Często bywa rozbita, podenerwowana, płaczliwa. Wraz z postępowaniem choroby obniża się samoocena osoby chorej, doświadcza ona silnego poczucia winy, czuje się bezsilna wobec choroby (której początkowo usiłuje zaprzeczać), występuje ryzyko depresji. Osoby chore na bulimię po cichu gardzą sobą, co czasem może prowadzić do zachowań autoagresywnych (głównie samookaleczenia). Ciężar tajemnicy sprawia, że chora staje się zamknięta w sobie. Z czasem trudności mogą pojawić się także w obszarach pozornie nie związanych z chorobą takich jak szkoła, praca, zainteresowania czy plany na przyszłość. Rodzina różnie reaguje na tajemnicze znikanie żywności, chora jest drażliwa, reaguje niechęcią na pytania. Osoba chora na bulimię ma skłonność do odreagowywania uczuć poprzez zachowania bulimiczne. Wszystkie silne emocje, przede wszystkim sytuacje przeżywane przez

chorą jako porażki są odreagowywane napadem bulimicznym. W efekcie chora utrwała napady obżarstwa jako jedyny sposób radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami. W tym momencie zachowuje się jak osoba uzależniona i podobnie jak w uzależnieniu, tak w bulimii problemem staje się wyleczenie. Osoba dotknięta tą chorobą często zaprzecza, że ma problem, unika rozmów na ten temat, ukrywa swoje postępowanie, kłamie.

Bulimię należy odróżnić od kompulsywnego objadania się. Osoby cierpiące na bulimię, jakkolwiek zdają sobie sprawę z utraty kontroli nad własnym zachowaniem związanym z odżywianiem się, przejadają się bardzo często, a następnie stosują sposoby kontrolowania wagi ciała, które mogą być szkodliwe dla zdrowia. Zdarza się, że osoby chore na bulimię dzielą dni na "dobre", gdy nie odczuwają przymusu objadania się, i "złe" kiedy nie mogą powstrzymać łaknienia. Są świadome tego, że niepokój, nuda, stres i uczucie przykrości mogą wyzwać okresy obżarstwa. Bulimia bardzo często dotyka osoby, które nie akceptują swojego wyglądu, wagi, nie czują się dobrze w swoim ciele i pragną za wszelką cenę polepszyć swoje samopoczucie. Najczęstsze psychologiczne uwarunkowania towarzyszące bulimii to brak samoakceptacji, trudności osoby w zakresie samoregulacji i samokontroli, konflikty i zaniedbania w rodzinie, poczucie braku akceptacji przez otoczenie.

Leczenie bulimii jest niezwykle trudne i wymaga zaangażowanie w leczenie dietetyka, psychologa/psychoterapeuty, psychiatry, rodziny. Dodatkową trudnością jest to, że wyjątkowo często występuje w tej chorobie tendencja do nawrotów. Trudno znaleźć miejsce, w którym można leczyć to schorzenie, rzadkością są oddziały dzienne dla pacjentek z zaburzeniami odżywiania. Niekiedy pacjentki takie trafiają na oddziały ogólnopsychiatryczne, gdzie personel nie jest przygotowany do leczenia tego typu chorób.

- Rolą **dietetyka** jest ustalenie diety złożonej z kilku, niedużych posiłków. Każda dieta i tak będzie traktowana przez chorą jako zbyt dużą. Z drugiej strony, jeżeli będzie odczuwać głód z powodu spożywania zbyt małych posiłków rośnie prawdopodobieństwo wystąpienia epizodu objadania się.
- **Psychiatra** musi ocenić, czy występują u chorej zaburzenia depresyjne i nasilenie tych zaburzeń. Często występują obok bulimii takie schorzenia jak choroby afektywne, zaburzenia osobowości. W leczeniu niezwykle dobre efekty daje fluoksetyna stosowana w dużych dawkach – zmniejszając głód, a jednocześnie poprawiając nastrój. W początkowym etapie skuteczność niekiedy przewyższa farmakoterapię.
- **Psycholog/psychoterapeuta** jest tą osobą, na którą spada główny ciężar prowadzenia pacjenta, głównie wykorzystując terapię behawioralno – poznawczą. Sama terapia

powinna trwać długo, obejmując również sesje terapii rodzinnej. Dobre efekty daje terapia grupowa. Często terapeuci podchodzą do bulimii, jak do uzależnienia, udowadniając obecność licznych wspólnych mechanizmów zachowań (jedzenie traktując jako narkotyk). Jest to z kolei ostro krytykowane przez innych, traktujących to schorzenie w zupełnie odmiennych kategoriach.

Jak wyżej wspomniano, niekiedy trudno jest mówić o pełnym wyleczeniu ze względu na częste nawroty. Za sukces niekiedy uważa się istotne zmniejszenie częstotliwości napadów objadania się. Najlepsze efekty daje połączenie kilku sposobów leczenia.

SYNDROM UZALEŻNIENIA OD JEDZENIA - czyli zespół nałogowego zachowania jedzeniowego polegający na obsesyjnym, bezustannym zajmowaniu się jedzeniem, kształtem swojej sylwetki i ciężarem ciała. Cała niemal aktywność życiowa pacjenta skupia się wokół przymusu kontrolowania skuteczności podejmowanych działań zmierzających do zredukowania masy ciała. Postacie kliniczne syndromu uzależnienia - anorexia nervosa, bulimia nervosa łączy wspólny patognomoniczny (występujący jedynie w tych chorobach) objaw: nierozpoznawanie zarówno fizjologicznego uczucia głodu jak i fizjologicznego stanu nasycenia pokarmem. Nałogowe zachowania jedzeniowe charakteryzuje brak wstrzemięźliwości w nadmiernym spożywaniu pokarmu lub/i utrata kontroli efektywności dietetycznych zabiegów odchudzających. Każdy rodzaj odchylenia od należnej masy ciała (wskaźnik masy ciała, czyli BMI) jest objawem przymusu przyjmowania lub/i odmawiania pożywienia w odpowiedzi na potrzeby inne niż rzeczywiste odczuwanie głodu czy sytości.

Napadowe objadanie się (binge-eating disorder, BED) to specyficzne zaburzenie odżywiania, polegające na nawracających epizodach spożywania nadmiernych ilości jedzenia, którym towarzyszy utrata kontroli nad jedzeniem, brak rzeczywistego uczucia głodu oraz brak zachowań kompensacyjnych (np. prowokowania wymiotów). Zaburzenie to często wiąże się z zajądaniem emocji, występowaniem wstydu, poczucia winy, lęku i obniżonego nastroju.

Kryteria diagnostyczne:

- Utrata kontroli nad jedzeniem – osoba nie potrafi powstrzymać się od jedzenia mimo braku głodu.
- Nawracające napady objadania się – występują regularnie i nie są związane z potrzebami fizjologicznymi.

- Brak zachowań kompensacyjnych – po epizodach objadania się nie dochodzi do prowokowania wymiotów, głodówek czy nadmiernych ćwiczeń (co odróżnia BED od bulimii).

Charakterystyka epizodu objadania się:

- spożywanie w krótkim czasie (np. w ciągu 2 godzin) znacznie większej ilości jedzenia niż przeciętnie,
- występowanie poczucia braku kontroli nad ilością spożywanego pokarmu,
- brak uczucia głodu w trakcie epizodu.

Kontekst emocjonalny i społeczny:

- objadanie się często odbywa się w samotności,
- towarzyszy mu wstyd, poczucie winy, niepokój i depresyjność.

XVI. UZALEŻNIENIA

Rodzaje uzależnień:

- 1. Uzależnienia chemiczne** – Osiągnięcie takiego stanu psychofizycznego, w którym osoba traci kontrolę nad zażywaniem substancji psychoaktywnej, takiej jak alkohol, narkotyki, dopalacze lub leki. Charakterystyczne objawy obejmują silny głód substancji, wzrost tolerancji, występowanie objawów odstawienia, a także kontynuowanie używania mimo świadomości szkodliwych skutków.
- 2. Uzależnienia niechemiczne (behawioralne)** - Są to uzależnienia psychiczne, gdzie zamiast substancji psychoaktywnych, nałogowo wykonuje się określoną czynność. Czynność ta jest powtarzana, by uzyskać ulgę od napięcia, stresu, trudnych emocji lub poczucie euforii i satysfakcji. Prowadzą do utraty kontroli nad zachowaniem, zwiększenia czasu poświęcanego na daną czynność (tolerancja) oraz zaniedbywania innych ważnych sfer życia (rodzina, szkoła, praca).

Objawy uzależnienia od substancji psychoaktywnych są dokładnie takie same, jak objawy uzależnienia od czynności.

Kryteria uzależnienia - 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:

- **Silne pragnienie lub poczucie przymusu** do podjęcia danej czynności lub przyjęcia substancji.
- **Utrata kontroli** nad zachowaniem, w tym trudności w ograniczeniu lub zakończeniu używania lub wykonywania czynności.
- **Rozwój tolerancji**, czyli potrzeba spożywania coraz większych ilości substancji lub wykonywania czynności, aby osiągnąć pożądaną efekt.
- **Zespół abstynencyjny** - fizyczne lub psychiczne objawy, takie jak drżenie, niepokój, nudności, które pojawiają się po zaprzestaniu używania lub wykonywania czynności.
- **Używanie substancji lub wykonywanie czynności w celu złagodzenia objawów abstynencyjnych.**
- **Postępujące zaniedbywanie innych źródeł przyjemności** lub zainteresowań na rzecz nałogu.
- **Kontynuowanie uzależniającego zachowania mimo świadomości negatywnych konsekwencji:** zdrowotnych, społecznych czy zawodowych.

1. UZALEŻNIENIA CHEMICZNE

Substancje uzależniające:

- Alkohol
- Nikotyna
- Narkotyki:
 - Opioidy: Substancje takie jak morfina, heroina, fentanyl, które powodują silne uzależnienie fizyczne i psychiczne.
 - Psychostymulanty: Kokaina, amfetamina, metamfetamina, które pobudzają centralny układ nerwowy.
 - Konopie: Marihuana i inne substancje zawierające kannabinole.

- Halucynogeny: Substancje takie jak LSD, które wpływają na percepcję.
- Leki:
 - Benzodiazepiny: Grupa leków uspokajających i nasennych.
 - Barbiturany: Leki nasenne, pochodne kwasu barbiturowego.
 - Leki przeciwbólowe: W tym opioidy.
 - Antydepresanty: Niektóre rodzaje leków stosowanych w leczeniu depresji.
- Dopalacze
- Substancje wziewne: Rozpuszczalniki, kleje i inne substancje, które można wdychać.
- Kofeina: Substancja znajdująca się w kawie, która może prowadzić do uzależnienia psychicznego.

UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

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, biopsychospołeczną, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Model leczenia tego schorzenia musi być dostosowany do takiego sposobu postrzegania tej choroby.

Szkody zdrowotne

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 вегетatywny, endokrynną, 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

- **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.

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 niemal prawidłowością, że ci dorośli, którzy uzależnili się od narkotyków, pierwsze eksperymenty z nimi zaczęli w wieku 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.

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 niebagatelných 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.

UZALEŻNIENIE OD 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 przez 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 proszki pochodzenia głównie syntetycznego, będące mieszanką halucynogenów, stymulantów, opioidów, empatogenów lub dysocjantów; ich działanie ma być pobudzające i poprawiające nastrój, a także wspomagające przy braku energii; tabletki ekstazy 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 ominięcie 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,
- bezsenność,
- 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.

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 przypływ 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**.

2. UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

Rodzaje uzależnień behawioralnych:

- **Siecioholizm/uzależnienie od internetu:** Utrata kontroli nad czasem spędzonym w sieci, zaniedbywanie innych obowiązków i aktywności.
- **Uzależnienie od gier komputerowych:** Utrata kontroli nad czasem spędzonym przy grach.
- **Patologiczny hazard:** Silna potrzeba grania, często przeważająca nad innymi ważnymi czynnościami życiowymi.
- **Zakupoholizm:** Bezwarunkowy, kompulsywny przymus dokonywania zakupów.
- **Seksoholizm/uzależnienie od pornografii:** Nadmierne zainteresowanie seksem lub pornografią.
- **Fonoholizm:** Uzależnienie od telefonu komórkowego i nadmierne jego używanie.
- **Pracoholizm:** Nadmierne pochłonięcie pracą, utrudniające odpoczynek i relacje z bliskimi.
- **Kompulsywne objadanie się:** Nałogowe, powtarzające się jedzenie, często w reakcji na trudne emocje.
- **Bigoreksja:** Przesadna dbałość o własną sylwetkę, nadmierne ćwiczenia i restrykcyjne diety.
- **Ortoreksja:** Nadmierna koncentracja na "zdrowym" jedzeniu i jego jakości.
- **Tanoreksja:** Obsesja na punkcie opalenizny, najczęściej związana z solarium.
- **Uzależnienie od zabiegów medycyny estetycznej/chirurgii plastycznej:** Nałogowe korzystanie z tych usług.

UZALEŻNIENIE OD INTERNETU

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;
- zaniechanie życia rodzinnego;
- zaniechanie 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;

- niedożywienie lub przybieranie na wadze, wynikające z siedzącego trybu życia;
- zaburzenia snu;
- nieprawidłowy oddech;
- zespół kanału nadgarstka;
- zaniki mięśni grzbietu;
- zanik mięśni pasa biodrowego;
- osłabienie odporności i częste infekcje;
- przewlekłe bóle w okolicy szyi, pleców, ramion, nadgarstków, dłoni.

Dolegliwości psychiczne towarzyszące ZUI:

- Trudności w koncentracji uwagi nadmierna pobudliwość.
- Ograniczenie umiejętności językowych.
- Trudności w rozwiązywaniu problemów.
- Ograniczenie wyobraźni i kreatywności.
- Rozleniwienie myślowe.
- Zaniechanie obowiązków.
- Trudności w uczeniu się i osiągnięciu sukcesów w nauce.
- Trudności w radzeniu sobie z emocjami.
- Trudności w relacjach.
- Obniżenie umiejętności społecznych.
- Obniżenie samooceny.
- Ukształtowanie się konsumpcyjnych nawyków.
- Tracenie zainteresowania aktywnościami ważnymi dla rozwoju.
- Pogorszenie nastroju i nasilenie już istniejących problemów psychicznych.

We współczesnym świecie trudno jest wyeliminować całkowicie kontakt z elektroniką. Przeciwnie, wymagania stawiane zarówno przed dziećmi, jak i dorosłymi sprzyjają rozwijaniu się zjawiska wielozadaniowości. **Wielozadaniowość** (ang. multitasking) to zdolność lub proces wykonywania kilku zadań jednocześnie lub szybkie przełączanie się między nimi, a nie skupianie się tylko na jednym zadaniu. Jest to zjawisko dające złudne przekonanie o tym, że jesteśmy w stanie wykazać się wysokim poziomem wydajności, podczas gdy efektywność naszych działań jest wówczas tak naprawdę obniżona.

W kontekście nadmiernego korzystania z ekranów, mamy do czynienia ze zjawiskiem multiscreeningu. **Multiscreening** to zjawisko polegające na jednoczesnym korzystaniu z więcej niż jednego ekranu, np. oglądanie telewizji i przeglądanie internetu na smartfonie. Jest to szczególny rodzaj multitasking (wielozadaniowości medialnej), który angażuje wzrok i słuch do wykonywania różnych czynności na różnych urządzeniach, co ma wpływ na konsumpcję treści i odbioru reklam. Tak jak w przypadku wielozadaniowości, nie jesteśmy w stanie utrzymać naszej uwagi na tym samym poziomie do każdego ekranu, z którego korzystamy równolegle.

Kolejnym zjawiskiem, które wiąże się z niewłaściwym korzystaniem z elektroniki jest **FOMO**, czyli "Fear of Missing Out". Jest to psychologiczny mechanizm polegający na lęku przed przegapieniem czegoś ważnego, atrakcyjnego lub satysfakcjonującego, co dzieje się poza naszym zasięgiem, często napędzany przez media społecznościowe. Objawia się stałą potrzebą monitorowania wydarzeń, sprawdzania smartfona i obawą przed odłączeniem od sieci, co może prowadzić do chronicznego stresu, spadku samooceny, a nawet uzależnienia od internetu.

UZALEŻNIENIE OD GIER

Uzależnienie od gier to forma uzależnienia behawioralnego charakteryzująca się niekontrolowaną, kompulsywną potrzebą grania, która prowadzi do zaniedbywania obowiązków, problemów w relacjach, negatywnych skutków zdrowotnych, a także objawów odstawienia, takich jak drażliwość, gdy dostęp do gry jest ograniczony.

Sieciowe gry online niosą za sobą zagrożenie stopniowej utraty kontroli i uzależnienia. Wpływa na to kilka czynników:

- Nagrody, czyli to co lubimy najbardziej. Pokonywanie kolejnych etapów i zdobywanie punktów zwiększa apetyt na uzyskanie kolejnych. Mamy możliwość odnoszenia natychmiastowego sukcesu. W przypadku przegranej istnieje możliwość powtarzania poziomu do momentu uzyskania wygranej.
- Gry angażują zmysły – wzrok, słuch na tyle, że możemy zapomnieć o otaczającym świecie. Układ nerwowy otrzymuje dużą dawkę bodźców co sprawia, że nie potrzebujemy stymulacji z innych źródeł.
- Gry są jak niekończąca się opowieść, a zatem mogą angażować naszą uwagę i czas w sposób nieograniczony.

- Gry dają poczucie wpływu na sytuację. Wiele elementów gry zależy od wizji gracza. Poczucie sprawstwa jest w tym przypadku równoznaczne z poczuciem władzy.

DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE PRZY UZALEŻNIENIACH

Każdy rodzaj uzależnienia, chemicznego lub behawioralnego, podlega oddziaływaniom terapeutycznym różnego rodzaju.

- 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 substancją lub zachowaniem. Z reguły zaczyna odczuwać on pierwsze problemy życiowe, których źródła nie chce identyfikować z nałogiem. 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 i terapeutycznych. Sieć tego typu placówek ma ogromne znaczenie zarówno dla osób mających problemy z nadużywaniem i uzależnieniem, 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 substancji i wdrożenie leczenia farmakologicznego – w miarę komfortowe uporanie się z zespołem abstynencyjnym, jaki pojawia się po odstawieniu niektórych substancji. 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. Często 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. Jedyną 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.

➤ Anonimowe grupy wsparcia

Anonimowe grupy wsparcia mają swoją działalność na terenie całego kraju i zrzeszają osoby zmagające się takim samym uzależnieniem lub innym rodzajem trudności. Fundamentalną zasadą umożliwiającą osobom uzależnionym wyjście z nałogu 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 wychodzeniu z uzależnienia. Wymaga to jednak czasu, spokoju, cierpliwości, zrozumienia i nadziei, które osoba uzależniona może znaleźć w grupie.

XVII. CYBERZAGROŻENIA

W związku z szybkim rozwojem technologii oraz wzrostem dostępności do Internetu w Sieci pojawiło się wiele niebezpiecznych zjawisk, m.in. cyberprzemoc.

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 poniżyć, 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.

Stalking jest to powtarzające się uporczywe nękanie poprzez rozmaite formy naruszenia wolności osobistej i prywatności drugiej osoby, wywołujące u prześladowanego niepokój, skrepowanie, 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, zadzwońnięcia wiadomościami sms, bądź e-mail, obserwowanie, podglądanie, śledzenie, nachodzenie miejscu zamieszkania lub w pracy, uciążliwe i niemiłe 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.

Sprawcy 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.

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.

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 porzucanych, co sprawcom pozwala na manipulacje 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.

Hejt to agresywne i nacechowane wrogością zachowania w sieci lub poza nią, które mają na celu obrażenie, poniżenie, ośmieszenie lub zniesławienie innych osób. Hejt najczęściej przybiera formę komentarzy, wpisów, memów czy nagrań, które są skierowane przeciwko konkretnym osobom lub grupom społecznym, często ze względu na cechy takie jak rasa, płeć, orientacja seksualna czy wygląd. Zjawisko to nasila się w internecie ze względu na poczucie

anonimowości i może prowadzić do poważnych konsekwencji prawnych i psychicznych dla ofiar oraz hejterów.

Grooming (uwodzenie) – działania podejmowane w celu zaprzyjaźnienia się i nawiązania więzi emocjonalnej, najczęściej z dzieckiem, aby zmniejszyć jego opory i później je seksualnie wykorzystać. Jest to także mechanizm używany, by nakłonić dziecko do prostytucji czy udziału w pornografii dziecięcej. Potocznie poprzez *child grooming* rozumie się uwodzenie dzieci przez Internet.

Patotreści są to treści, w których nadawca lub grupa nadawców prezentują zachowania sprzeczne z normami społecznymi, niosące demoralizujący przekaz, obejmujący zachowania takie jak: przemoc fizyczna, psychiczna i seksualna, libacje alkoholowe, zażywania narkotyków, poniżanie itp. Najczęściej spotykanymi formami udostępniania patotreści to: patostreaming – długie nagrania najczęściej udostępniane na żywo, shoty – krótkie nagrania przedstawiające, często zmontowane, przedstawiające nieakceptowalne zachowanie, zdjęcia – ujęcia przedstawiające patotreści.

Ghosting polega na nagłym i całkowitym zerwaniu kontaktu z drugą osobą, która jest pozostawiona bez żadnych wyjaśnień, odpowiedzi na wiadomości czy wyjaśnienia przyczyn swojej decyzji. Osoba stosująca ghosting, czyli "ghostujący", po prostu znika z życia drugiej osoby, co prowadzi do jej emocjonalnego zranienia, zagubienia, a także braku możliwości zamknięcia relacji. Ghosting może dotyczyć relacji międzyludzkich, ale także występować w kontekście pracy i rekrutacji.

Wpływ doświadczenia przemocy Internetowej

Doświadczenie przemocy 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, utratę zaufania do innych, poczucie winy, wstyd i zażenowanie, frustrację, problemy z intymnością, emocjonalne odrętwienie – doświadczenie wyuczonej bezradności, 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. U niektórych ofiar doświadczenie przemocy doprowadza do wystąpienia nerwicy pourazowej (PTSD - *post-traumatic stress disorder*), czy wręcz myśli, a nawet prób samobójczych.

Ofiarą przemocy może być każdy!

XVIII. PSYCHOTRAUMATOLOGIA

Psychotraumatologia jest nauką, która ma około 100 lat. Swoje korzenie ma w pracy z weteranami wojennymi, a jeszcze wcześniej w pracach Freuda. Jest kompendium wiedzy o tym, co dzieje się z człowiekiem w trakcie doświadczania traumy i po niej. Termin **trauma** pochodzi z greki oznacza ranę, przebicie jako skutek gwałtownego działania z zewnątrz.

Obejmuje przeżycie przez człowieka nagłego i gwałtownego lub długotrwałego, zewnętrznego lub wewnętrznego zagrożenia, wiążącego się z uczuciem śmiertelnego lęku, bezsilności, bezradności, a często także z fizycznym bólem i zranieniem.

Do sytuacji traumatycznej dochodzi wtedy, gdy osoba narażona jest na sytuację wywołującą ogromny lęk, do którego nie można się przygotować, ani dostosować i od której nie można uciec. Efektem jest stan szoku i ogólnego zamętu.

Klasyfikacja traumy

Traumy tak zwanego „dużego T”, czyli wydarzenia związane z bezpośrednim zagrożeniem życia:

- działania wojenne,
- działania kryminalne, (np., uprowadzenie, napady rabunkowe, zabójstwo)
- katastrofy naturalne i komunikacyjne,
- inne ciężkie choroby i wypadki,

- inwazyjne zabiegi medyczne,
- nagła utrata bliskich osób i bezpieczeństwa socjalnego.

Traumy „małego t” – czyli mniej katastrofalne wydarzenia związane z wystraszeniem, upokorzeniem, poniżeniem, wstydem i bezradnością.

Co decyduje, że dochodzi do psychicznej traumy:

- nie ma fazy przygotowawczej – nagłość,
- nie ma możliwości ucieczki,
- nie ma możliwości walki,
- odczuwalna jest bliskość śmierci.

To, czy sytuacja będzie traumatyczna dla danej osoby, zależy od wielu czynników:

- samego wydarzenia (Jak bardzo jest zagrażające? Jak długo trwa? Jak często się zdarza?),
- sytuacji życiowej w chwili zdarzenia (wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół),
- fizycznych cech osobowości (odporność genetyczna, siła, sprawność, wiek),
- zasoby zewnętrzne (pomocny przyjaciel, bezpieczne miejsce),
- zasoby wewnętrzne zdolność radzenia sobie z niebezpieczeństwem, wyuczone zdolności.

Objawy traumy

Faza I:

- nadmierna czujność,
- natrętne obrazy i wspomnienia,
- skrajna wrażliwość na światło i dźwięki,
- nadpobudliwość,
- przesadne reakcje emocjonalne, przesadny przestach,
- koszmary senne i lęki nocne,
- gwałtowne zmiany nastroju, np. napady wściekłości, wstydu,
- dysocjacja, zamrożenie emocjonalne,
- amnezja.

Faza II:

- ataki paniki, niepokoju, fobii,
- osłupienie lub umysłowe odrętwienie,
- nadmierny przestach,
- unikanie pewnych okoliczności, które kojarzą się z traumą,
- narażanie się na niebezpieczne sytuacje,
- częsty płacz,
- zwiększona lub zmniejszona aktywność seksualna,
- amnezja i zapominanie,
- niezdolność do kochania, opiekowania się kimś lub wchodzenia w związki z ludźmi,
- lęk przed śmiercią, chorobą psychiczną.

Faza III:

- nadmierna nieśmiałość,
- stłumione lub osłabione reakcje emocjonalne,
- niezdolność podejmowania zobowiązań,
- zespół chronicznego zmęczenia lub niski poziom energii,
- kłopoty z systemem odpornościowym, problemy endokrynologiczne – np. dysfunkcja tarczycy, choroby psychosomatyczne (ból głowy, problemy z kręgosłupem, astma, kłopoty z trawieniem, zespół jelita nadwrażliwego, ostre stany zespołu napięcia przedmiesiączkowego),
- depresja, poczucie zbliżającego się nieuchronnie nieszczęścia,
- poczucie oderwania od rzeczywistości, wyobcowania i izolacji, bycie martwym za życia,
- zmniejszone zainteresowanie życiem.

Nieleczona trauma może prowadzić do następujących zaburzeń:

- uzależnienia od alkoholu, hazardu, narkotyków,
- zaburzenia związane z jedzeniem zaburzenia somatyczne, częste choroby,
- samookaleczenia, zachowania destrukcyjne, sporty ekstremalne,
- wycofanie się z życia społecznego,
- zaburzenia w sferze seksualnej,
- zaburzenia kompulsywne,

- reakcje z ciała np. przyspieszone tętno, pocenie się, drżenie mięśni, poczucie słabości, utrudniony oddech,
- myśli samobójcze,
- natrętne myśli.

Metody psychotraumatologii

Na podstawie konsultacji psychologicznej dla osoby cierpiącej z powodu traumy można wybrać odpowiedni rodzaj terapii, który bazuje na wiedzy psychotraumatologicznej. Dużo zależy od rodzaju zaburzeń.

Niektóre formy stresu pourazowego leczy się w ramach psychoterapii krótkoterminowej:

- **terapii ekspozycyjnej** – opiera się na konfrontowaniu pacjenta z traumatycznymi wydarzeniami z przeszłości w celu stopniowego redukcji negatywnych reakcji i symptomów,
- **terapii EMDR** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) – podejście, w którym skupiamy się nie tylko na rozmowie o traumie (w pewnym stopniu ogranicza się jej analizę werbalną), ale na stymulacji mózgu, zwykle przez ruch gałek ocznych, impulsy dźwiękowe lub tapping,
- **terapii poznawczo-behawioralnej (CBT).**

W przypadku zaburzeń dysocjacyjnych konieczne jest leczenie długoterminowe oparte na wstępnym łagodzeniu objawów, a następnie stopniowym wdrażaniu kolejnych faz leczenia i przepracowywania traumy. Jeżeli jest to konieczne, psychotraumatolog współpracuje z psychiatrą, dzięki czemu proces leczenia terapeutycznego wspomagany jest farmakoterapią.

XIX. 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 dziecka do szkoły podstawowej bądź odroczenia rozpoczęcia szkoły,
- objęcia ucznia nauką w klasie terapeutycznej,
- dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb ucznia,
- zwolnienia 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.

Poradnia wydaje również orzeczenia:

- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na:
 - 1). niepełnosprawność dziecka lub ucznia:
 - a) niesłyszące

- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
- g) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
- h) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
- i) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
- j) z niepełnosprawnością sprzężoną (współwystępowanie niepełnosprawności)

2). niedostosowanie społeczne

3). zagrożenie niedostosowaniem społecznym

- orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych – dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim
- orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego – dla dzieci, które ze względów zdrowotnych nie mogą uczęszczać do przedszkola
- orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania – dla uczniów, którzy z powodu stanu zdrowia nie mogą uczęszczać do szkoły

❖ 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 rozeznanych 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 klęską żywiołową 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.

❖ SZPITALA 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,
- współzależnionych małżonków/partnerów,
- Dorosłych Dzieci Alkoholików,
- osób uzależnionych od hazardu i komputerów.
- osób uzależnionych od seksu.

❖ CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) to miejsce, w którym osoby dorosłe – a coraz częściej także dzieci i młodzież – mogą otrzymać kompleksową pomoc w kryzysie psychicznym blisko swojego miejsca zamieszkania. Jest to nowy model opieki psychiatrycznej w Polsce, który stopniowo zastępuje tradycyjne, oparte głównie na leczeniu w szpitalach psychiatrycznych. Główną ideą CZP jest zapewnienie szybkiego i łatwo dostępnego wsparcia osobom, które doświadczają problemów psychicznych, bez konieczności długiego czekania na wizytę czy od razu kierowania do szpitala.

Jak działa CZP?

- Punkt zgłoszeniowo–koordynacyjny – tu każdy, kto zgłasza się po raz pierwszy, może otrzymać natychmiastową rozmowę z psychologiem lub pielęgniarką psychiatryczną, bez skierowania i bez wcześniejszego umawiania.
- Zespół leczenia środowiskowego (domowego) – specjaliści odwiedzają pacjenta w domu, gdy jego stan nie pozwala na regularne przychodzenie do ośrodka.
- Poradnia zdrowia psychicznego – prowadzi terapię i leczenie w trybie ambulatoryjnym (wizyty u psychiatry, psychologa, psychoterapeuty).
- Oddział dzienny – pacjent przychodzi na terapię w ciągu dnia, ale wraca na noc do domu.
- Oddział stacjonarny (szpitalny) – dostępny w razie konieczności intensywnego leczenia, ale celem CZP jest ograniczenie hospitalizacji do minimum.

SPIS TREŚCI

1. PSYCHIATRA, PSYCHOLOG, PSYCHOTERAPEUTA str. 1
2. PSYCHOLOGIA ROZWOJU CZŁOWIEKA str. 10
3. DYSONANS POZNAWCZY str. 11
4. KOMUNIKACJA str. 13
5. STRES str. 18
6. ASERTYWNOŚĆ str. 30
7. REZYLIENCJA str. 31
8. BUDOWA UKŁADU NERWOWEGO str. 33
9. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA str. 40
10. ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU str. 43
11. ZESPÓŁ DEFICYTU UWAGI – ADHD str. 48
12. ZABURZENIA AFEKTYWNE str. 51
13. ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE str. 57
14. ZABURZENIA LĘKOWE str. 60
15. ZABURZENIA ODŻYWIANIA str. 64
16. UZALEŻNIENIA str. 71
17. CYBERZAGROŻENIA str. 86
18. PSYCHOTRAUMATOLOGIA str. 90
19. INSTYTUCJE POMOCOWE str. 93