



XIII REGIONALNA OLIMPIADA WIEDZY O ZDROWIU PSYCHICZNYM

„Siła jest w nas – jak budować odporność psychiczną i odnajdywać
równowagę w zmieniającym się świecie”

Materiał edukacyjny dla uczestników Olimpiady

2026

Powiat Krasnostawski

Wprowadzenie

O materiale edukacyjnym XIII edycji

Materiał stanowi scalone kompendium przygotowane na potrzeby XIII Regionalnej Olimpiady Wiedzy o Zdrowiu Psychicznym – Krasnystaw 2026. Łączy rozbudowany materiał edukacyjny poprzedniej edycji z treściami opracowanymi specjalnie wokół tegorocznego hasła: „Siła jest w nas – jak budować odporność psychiczną i odnajdywać równowagę w zmieniającym się świecie”.

Treści zostały uporządkowane tak, aby mogły służyć zarówno do nauki, jak i jako jednoznaczna baza merytoryczna do konstruowania pytań testowych. Szczególne znaczenie mają definicje, podziały, funkcje, zależności przyczynowo-skutkowe, czynniki ryzyka i ochronne oraz zasady reagowania i korzystania z pomocy.

Materiał należy czytać jako całość. W przypadku informacji o organizacji systemu ochrony zdrowia, danych kontaktowych i aktualnych rozwiązaniach prawnych właściwe jest każdorazowe sprawdzenie ich aktualności przed publikacją lub wykorzystaniem w oficjalnym teście.

Zdrowie psychiczne nie oznacza, że człowiek zawsze jest szczęśliwy, spokojny i pewny siebie. Nie oznacza również życia bez problemów. Człowiek zdrowy psychicznie może przeżywać smutek, złość, lęk, rozczarowanie czy stres. Może popełniać błędy, mieć gorszy dzień i potrzebować pomocy.

Istotne jest to, czy potrafi w miarę możliwości radzić sobie z codziennymi wymaganiami, utrzymywać ważne relacje, rozwijać swoje możliwości i szukać wsparcia, kiedy sytuacja zaczyna go przerastać.

Światowa Organizacja Zdrowia opisuje zdrowie psychiczne jako stan dobrostanu psychicznego, który umożliwia człowiekowi radzenie sobie ze stresami życia, rozwijanie swoich możliwości, uczenie się i pracę oraz uczestniczenie w życiu społeczności. Zdrowie psychiczne jest więc czymś więcej niż brakiem choroby.

Rozdział 1. Zdrowie psychiczne – czym jest i dlaczego ma znaczenie?

1.1. Zdrowie psychiczne jest częścią zdrowia

Kiedy mówimy o zdrowiu, często myślimy o ciele: sprawności fizycznej, chorobach, odżywianiu czy aktywności.

Tymczasem człowiek jest całością. Zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne wzajemnie na siebie wpływają.

Przykładowo długotrwały stres może powodować zmęczenie, problemy ze snem czy napięcie mięśni. Z kolei przewlekły ból lub choroba fizyczna mogą wpływać na nastrój, motywację i relacje z innymi.

Dlatego troska o zdrowie psychiczne nie jest czymś dodatkowym. Jest częścią dbania o zdrowie w ogóle.

1.2. Dobrostan psychiczny

Dobrostan psychiczny oznacza nie tylko odczuwanie przyjemnych emocji. Obejmuje również możliwość funkcjonowania w codziennym życiu, budowania relacji, rozwijania zainteresowań, podejmowania decyzji i radzenia sobie z trudnościami.

Można mieć dobry dzień i jednocześnie odczuwać stres związany z egzaminem. Można być smutnym po stracie bliskiej osoby i nadal prawidłowo funkcjonować. Można mieć okres większego zmęczenia i potrzebować odpoczynku.

Dlatego pojedyncza emocja nie mówi jeszcze wszystkiego o zdrowiu psychicznym.

Znaczenie ma między innymi:

- jak długo trwa trudność,
- jak bardzo jest nasilona,
- czy utrudnia codzienne funkcjonowanie,
- czy człowiek potrafi wrócić do równowagi,
- czy ma wsparcie,
- czy sytuacja się poprawia, czy przeciwnie – pogarsza.

1.3. Co wpływa na zdrowie psychiczne?

Na zdrowie psychiczne wpływa wiele czynników. Nie istnieje jeden czynnik, który wyjaśniałby wszystkie problemy psychiczne.

Znaczenie mogą mieć między innymi:

Czynniki biologiczne

Należą do nich m.in. uwarunkowania genetyczne, rozwój układu nerwowego, stan zdrowia fizycznego, sen i działanie organizmu.

Czynniki psychologiczne

Obejmują m.in.:

- sposób myślenia,
- poczucie własnej wartości,
- umiejętności radzenia sobie ze stresem,
- sposób regulowania emocji,
- przekonania dotyczące siebie i innych.

Czynniki rodzinne i społeczne

Znaczenie mają:

- relacje z rodzicami i opiekunami,
- relacje z rówieśnikami,

- poczucie przynależności,
- bezpieczeństwo,
- doświadczenie przemocy lub odrzucenia,
- sytuacja materialna i społeczna.

Czynniki środowiskowe

Na dobrostan może wpływać również szkoła, miejsce zamieszkania, środowisko cyfrowe, dostęp do pomocy oraz ogólne warunki życia.

WHO podkreśla, że na zdrowie psychiczne wpływają jednocześnie czynniki indywidualne, rodzinne, społeczne i strukturalne.

1.4. Zdrowie psychiczne może się zmieniać

Nie jesteśmy przez całe życie w takim samym stanie psychicznym.

Możemy mieć okresy:

- wysokiej energii,
- spokoju,
- stresu,
- smutku,
- przeciążenia,
- kryzysu,
- powrotu do równowagi.

Rozdział 2. Odporność psychiczna

2.1. Czym jest odporność psychiczna?

Odporność psychiczna oznacza zdolność do radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami, zmianami i przeciwnościami oraz stopniowego odzyskiwania równowagi.

Nie oznacza niezniszczalności.

Człowiek odporny psychicznie również może się bać, płakać, złościć czy czuć bezradność.

Różnica polega na tym, że trudna emocja nie musi oznaczać końca możliwości działania.

2.2. Odporność nie jest cechą „wszystko albo nic”

Niektórzy ludzie dobrze radzą sobie w określonych sytuacjach, ale trudniej jest im funkcjonować w innych.

Ktoś może świetnie radzić sobie z nauką, ale bardzo przeżywać konflikty. Ktoś inny może być spokojny podczas egzaminu, ale mieć trudność z wystąpieniami publicznymi.

Odporność psychiczną można wzmacniać.

2.3. Zasoby osobiste

Zasoby to wszystko to, co pomaga człowiekowi radzić sobie z trudnościami.

Mogą nimi być:

- poczucie własnej wartości,
- znajomość swoich mocnych stron,
- umiejętność rozwiązywania problemów,
- poczucie humoru,
- zainteresowania,
- umiejętność odpoczynku,
- wiedza,
- doświadczenie,
- relacje z innymi,
- umiejętność proszenia o pomoc.

Ważnym zasobem jest również świadomość:

„Nie muszę wszystkiego zrobić samodzielnie.”

2.4. Elastyczność

Życie rzadko przebiega dokładnie zgodnie z planem.

Elastyczność psychiczna oznacza możliwość dostosowania sposobu działania do nowych okoliczności.

Jeśli nie udał się pierwszy plan, można szukać drugiego.

Jeśli jedna metoda nauki nie działa, można spróbować innej.

Jeśli relacja z kimś się zmieniła, można poszukać innych źródeł wsparcia.

Elastyczność nie oznacza rezygnacji ze swoich wartości. Oznacza możliwość zmiany sposobu działania, kiedy sytuacja tego wymaga.

2.5. Porażka nie definiuje człowieka

Jednym z elementów odporności psychicznej jest oddzielanie wydarzenia od własnej wartości.

Zdanie:

„Nie zdałem egzaminu”

opisuje wydarzenie.

Zdanie:

„Jestem beznadziejny”

jest już oceną siebie.

Pomyłka, porażka czy odrzucenie mogą być bolesne, ale nie definiują całej osoby.

Rozdział 3. Stres

3.1. Czym jest stres?

Stres jest reakcją organizmu i psychiki na wymagania, wyzwania lub zagrożenia.

Może pojawić się w odpowiedzi na rzeczywiste wydarzenie albo na przewidywanie tego, co może się wydarzyć.

Stres może być związany z:

- egzaminem,
- rozmową kwalifikacyjną,
- konfliktem,
- zmianą szkoły,
- wystąpieniem publicznym,
- problemami rodzinnymi,
- relacją,
- chorobą,
- presją czasu,
- nadmiarem obowiązków.

3.2. Czy stres zawsze jest zły?

Nie.

Pewien poziom pobudzenia może pomagać w mobilizacji.

Przed ważnym wydarzeniem możemy być bardziej skoncentrowani i gotowi do działania.

Problemem może być stres:

- bardzo silny,
- długotrwały,
- powtarzający się,
- któremu nie towarzyszy wystarczająca regeneracja.

3.3. Objawy stresu

Objawy fizyczne

Mogą obejmować:

- przyspieszone bicie serca,
- napięcie mięśni,
- pocenie się,
- drżenie,
- bóle głowy,
- problemy żołądkowe,
- zmęczenie,
- problemy ze snem.

Objawy emocjonalne

Mogą pojawić się:

- lęk,
- niepokój,
- rozdrażnienie,
- złość,
- smutek,
- poczucie przytłoczenia.

Objawy poznawcze

Mogą obejmować:

- problemy z koncentracją,
- natłok myśli,
- trudności z podejmowaniem decyzji,
- przewidywanie najgorszego scenariusza.

Objawy związane z zachowaniem

Mogą wystąpić:

- odkładanie obowiązków,
- wycofywanie się,
- impulsywne reakcje,
- problemy z organizacją,
- unikanie sytuacji.

3.4. Stres i sposób myślenia

Ta sama sytuacja może być różnie odbierana przez różne osoby.

Dla jednej osoby wystąpienie przed klasą może być wyzwaniem.

Dla innej może być bardzo silnym źródłem lęku.

Znaczenie ma nie tylko to, co się wydarza, ale także to, jak człowiek interpretuje wydarzenie i jakie ma zasoby, aby sobie z nim poradzić.

3.5. Konstruktywne sposoby radzenia sobie

Pomocne mogą być:

- sen i regeneracja,
- regularna aktywność fizyczna,
- planowanie,
- robienie przerw,
- rozmowa z kimś zaufanym,
- rozłożenie problemu na mniejsze części,
- ograniczenie nadmiaru informacji,
- ćwiczenia relaksacyjne,

- uporządkowanie priorytetów,
- skorzystanie z profesjonalnej pomocy.

Warto unikać sposobów radzenia sobie, które chwilowo zmniejszają napięcie, ale w dłuższej perspektywie powodują dodatkowe problemy.

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 niezwykłych, trudnych, zakłócających, zagrażających, przykrych lub szkodliwych, zwanych stresorami (Kocowski T).

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

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

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

1. bodziec, sytuację lub wydarzenie zewnętrzne o określonych właściwościach,
2. reakcje wewnętrzne człowieka, zwłaszcza reakcje emocjonalne, doświadczane wewnętrznie w postaci określonego przeżycia,

3. relację między czynnikami zewnętrznymi, a właściwościami człowieka. Istnieje wiele medycznych jak i psychologicznych koncepcji stresu.

Psychologiczne koncepcje stresu

Omówienie różnych koncepcji stresu warto rozpocząć od przybliżenia **fizjologicznej teorii stresu H. Seylego**, 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 zwalczaniu stresu, uporaniu się z trudnościami, inni ograniczają się do „obrony” tzn. do poprawienia swojego samopoczucia, opanowania objawów stresu. Pierwszą z postaw można nazwać walczącą, drugą obronną. W każdej z tych strategii pojawia się dalsze zróżnicowanie pomiędzy ludźmi. Wybierając bezpośrednie działanie skierowane na stresory ludzie mogą reagować unikaniem lub ucieczką, mogą także atakować fizycznie. Mogą również zastosować mechanizmy obronne: racjonalizację, intelektualizację, techniki tłumienia, wypierania ze świadomości, zaprzeczania lękowi itp.

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

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

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

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

- **Strategia prewencyjna**, można ją zastosować przed nastąpieniem zagrożenia, które może mieć miejsce w przewidywalnej przyszłości. Zapobieganie wydaje się być najbardziej sensowne, oszczędne a tym samym najbardziej do zaakceptowania. Jest się już psychicznie przygotowanym, a także jest czas, by lepiej się przygotować i wykorzystać później swoje zasoby w walce z zagrożeniem.
- **Strategia walki**, ataku, aktywnego mierzenia się z „agresywnym” czynnikiem bezpośrednio zagrażającym życiu, zdrowiu itp. Wydatek energetyczny i intelektualny jest tu ogromny. Nie zawsze jest to strategia optymalna.
- **Strategia obrony** (ochrony) siebie, oszczędzania sił i środków, ukrywania się, zastraszania 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,
- powstrzymanie 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, niedochodzenie 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 przewyciężeniu 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, ośwładnęto 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, żądzę 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 ¾ z nich poszukiwało pomocy w organizacjach społecznych. Niemal wszystkie miały koszmary nocne związane z tym, co je spotkało, u wielu rozwijała się nerwica. Wszystkie bały się powtórnego napadu, współżycia, tłumy, w ogóle ludzi a w każdym mężczyźnie widziały 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, „wyłączenia” możliwie wszystkich obszarów aktywności (myślowej, uczuciowej, mięśniowej).

Drugi etap to uczenie koncentrowania się na reakcjach własnego organizmu (oddech, napięcie mięśniowe), co połączone jest z etapem trzecim – uczeniem się umiejętności sterowania pracą swojego organizmu. Ćwiczenia w tych etapach dotyczą: koncentracji uwagi na wrażeniach mięśniowych płynących z organizmu i wywoływaniu wrażenia ciężkości we wszystkich jego częściach (głównie dotyczy to rąk, nóg, tułowia); uczenia się koncentracji na wrażeniach płynących z poszczególnych narządów, na przykład pracy serca itp. Ćwiczenia te odgrywają wielką rolę podczas przestrajania pracy organizmu i oddziałują również na życie psychiczne – tonizują reakcje emocjonalne i nastawienie wobec siebie. Relaks w postaci ćwiczeń ma niewątpliwie korzystny wpływ na łagodzenie objawów stresu i jego skutków, może odegrać ważną rolę w profilaktyce naszego zdrowia i samopoczucia. Ćwiczenia relaksacyjne uprawiane systematycznie można z pożytkiem wykorzystać do formowania wielu cech własnej osobowości (życzliwość, stanowczość, odwaga, pracowitość, wytrwałość, odporność psychiczna itp.), a także po to, by dotrzeć do

zapomnianych czy tłumionych emocji. Z całą pewnością jest to dobry sposób radzenia sobie z cywilizacyjnym stresem, co może ochronić nasze zdrowie.

Pozytywne zmiany fizjologiczne będące następstwem różnych technik relaksu (m.in. zen i joga, medytacja transcendentálna, trening autogenny i inne) to wyraźny wzrost lub spadek istotnych życiowo funkcji organizmu. I tak, w czasie medytacji transcendentálnej, 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.

Rozdział 4. Emocje

4.1. Czym są emocje?

Emocje są reakcjami na wydarzenia, sytuacje, myśli i wspomnienia.

Mogą informować nas o tym, co jest dla nas ważne.

Lęk może sygnalizować zagrożenie.

Złość może pojawić się, gdy czujemy, że ktoś przekroczył naszą granicę.

Smutek może pojawić się po stracie.

Radość może informować o czymś, co jest dla nas ważne i przyjemne.

Czym są emocje podstawowe?

Emocjami podstawowymi (pierwotnymi) nazywamy uniwersalne uczucia, które odczuwają wszyscy ludzie na świecie, niezależnie od pochodzenia, kręgu kulturowego czy środowiska, w którym dorastali. Emocja podstawowa są nierozdzielnie związane z układem nerwowym człowieka i mają bezpośredni związek z działaniem ukierunkowanym na przetrwanie, np. szybką reakcją na zagrożenie.

Podstawowe emocje mogą przeradzać się w bardziej złożone uczucia. Do 6 podstawowych emocji zaliczamy:

- radość – może przekształcać się w uczucia takie, jak zadowolenie, wdzięczność, szczęście czy euforia;
- smutek – przeradza się w melancholię, rozpacz, przygnębienie lub żal;
- strach – naturalna reakcja na zagrożenie, może przerodzić się w uczucia takie, jak np. fobia, panika, niepokój, lęk;
- złość – reakcja na niesprawiedliwość lub frustrację, która może przerodzić się we wściekłość, urazę, irytację lub agresję;
- zaskoczenie – krótkotrwała emocja, z której mogą zrodzić np. zdziwienie lub zachwyt;
- wstręt – jedna z podstawowych emocji, która może chronić nas przed szkodliwymi substancjami, przekształca się w niesmak, odrazę lub obrzydzenie.

Emocje pierwotne a emocje wtórne

Bardziej złożone od emocji podstawowych są emocje wtórne. Emocje wtórne są efektem analizy emocji pierwotnych oraz sytuacji, w której się znaleźliśmy. Nie są uniwersalne i mogą być inne w zależności indywidualnych doświadczeń, kręgu kulturowego czy kontekstu. Emocjami wtórnymi mogą być np. wdzięczność, duma, poczucie winy czy zazdrość.

Emocje wtórne tym samym mają więcej wspólnego z uczuciami, których wyjaśnienie znajduje się w dalszej części artykułu.

Emocje pozytywne a emocje negatywne

Podział emocji na pozytywne i negatywne ma duże znaczenie w zrozumieniu ich wpływu na nasze życie. Stanowi podstawę do zarządzania emocjami, które – jeśli jest skuteczne – może pomagać nam w utrzymywaniu dobrego zdrowia, redukowaniu stresu czy budowaniu trwałych relacji interpersonalnych i społecznych.

- Pozytywne emocje są przyjemne i sprzyjają dobrostanowi. Poprawiają nasze samopoczucie, zwiększają naszą chęć do działania, pomagają w osiągnięciu celów, podnoszą odporność na stres i ułatwiają budowanie pozytywnych relacji z otoczeniem.
- Negatywne emocje są nieprzyjemne, rodzą stres i mogą źle odbijać się na zdrowiu psychicznym i fizycznym. Mimo że są postrzegane jako niepożądane, w rzeczywistości są nam niezbędne, ponieważ na ich podstawie zdajemy sobie sprawę z zagrożeń, motywują nas do adaptacji do nowych warunków oraz **działania w trudnych sytuacjach**.

Emocje a uczucia – różnica

Emocje i uczucia to terminy, które często mylnie utożsamia się ze sobą. W rzeczywistości mają one inne znaczenie oraz odgrywają inne role w życiu emocjonalnym.

Jak już wspominaliśmy, emocje to krótkotrwałe reakcje na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, które mają wpływ na ciało i umysł i mogą wywoływać reakcje fizjologiczne.

Uczucia to bardziej złożone i trwałe stany emocjonalne. Mogą się rozwijać w wyniku przemyśleń i refleksji nad emocjami i bieżącymi sytuacjami z naszego życia. Uczucia nie są tak intensywne jak emocje, jednak towarzyszą nam dłuższy czas i mają realny wpływ na nasze postrzeganie świata, zachowanie czy decyzje. Przykłady uczuć to m.in. miłość, wdzięczność, duma i zazdrość.

Podobieństwem między emocjami i uczuciami jest fakt, że stany te wynikają z doświadczeń i mają realny wpływ na życie emocjonalne, tj. myśli, zachowania i decyzje.

Umiejętność rozpoznawania emocji i uczuć stanowi podstawę rozwijania inteligencji emocjonalnej, dzięki której jesteśmy w stanie skuteczniej zarządzać swoimi stanami emocjonalnymi.

Rodzaje uczuć

Klasyfikując rodzaje uczuć, możemy posłkować się m.in. teorią portugalskiego profesora neurologii behawioralnej, Antonio Damasio. Zakłada on, że uczucia dzielą się na:

- uczucia podstawowe emocji uniwersalnych – należą do nich szczęście, smutek, gniew, lęk i wstręt;
- uczucia subtelnych emocji uniwersalnych – należą do nich odmiany szczęścia (euforia, ekstaza), odmiany smutku (zaduma, melancholia), odmiany lęku (nieśmiałość, panika);
- uczucia tła – ogólne, subtelne i długotrwałe stany emocjonalne, które stanowią tło dla innych emocji (np. zmęczenie, lekkość, zadowolenie, niepokój), wpływają na ogólny stan emocjonalny i nie są kierowane na konkretny obiekt lub sytuację.

Inną klasyfikację uczuć przedstawił jeden z ojców polskiej psychologii, Władysław Witwicki. Uważał, że uczucia są rodzajem wrażeń zmysłowych. Jego klasyfikacja przedstawia w istocie relacje międzyludzkie i sytuacje życiowe. Klasyfikacja uczuć według Witwickiego obejmuje:

- uczucia wobec silniejszych życzliwych – wdzięczność i uczucie czci;
- uczucia wobec życzliwych równych – przyjaźń;
- uczucia wobec życzliwych słabszych – litość, uczucia opiekuńcze;
- uczucia wobec silniejszych wrogów – zawiść, nienawiść;
- uczucia wobec nieprzyjaciół równych – bezradność, impas;
- uczucia wobec słabszych wrogów – wstręt, pogarda, ironia, lekceważenie.

Wpływ emocji i uczuć na podejmowane decyzje

Roli emocji w podejmowaniu życiowych decyzji nie sposób przecenić. To właśnie emocje wpływają na nasz sposób myślenia i ocenę sytuacji, a także definiują priorytety.

- Pozytywne emocje, m.in. zadowolenie i radość, mogą nastrajać nas do życia optymistycznie, a tym samym skłaniać do podejmowania działań, w tym działań ryzykownych.
- Emocje negatywne, np. smutek i strach, sprawiają, że jesteśmy ostrożniejsi i mniej pewni, co skłania nas do zachowań bezpiecznych i rezygnacji z działania.

Osoby, które dobrze rozumieją własne emocje, mogą czerpać z tego korzyści w postaci łatwiejszego podejmowania decyzji w sytuacjach stresowych i wymagających szybkiego działania, kiedy nie mamy wystarczająco dużo czasu na myślenie analityczne.

4.2. Emocja a zachowanie

Bardzo ważne jest rozróżnienie:

emocja ≠ zachowanie.

Można czuć złość, ale nie trzeba pod jej wpływem krzyczeć na innych.

Można czuć zazdrość, ale nie oznacza to, że wolno kontrolować drugą osobę.

Można czuć lęk, ale można jednocześnie zdecydować się na spokojne działanie.

Emocji nie zawsze możemy wybrać. Możemy natomiast uczyć się wybierać sposób reagowania.

4.3. Rozpoznawanie emocji

Rozpoznawanie emocji zaczyna się od zauważenia sygnałów:

- co dzieje się w ciele?
- jakie myśli się pojawiają?
- czego chcę w tej chwili?
- co wydarzyło się wcześniej?

Im lepiej rozpoznajemy emocje, tym łatwiej odpowiednio na nie reagować.

4.4. Nazywanie emocji

„Źle się czuję” to bardzo ogólne określenie.

Czasem warto spróbować dokładniej:

- jestem rozczarowany,
- jestem zawstydzony,
- jestem przestraszony,
- jestem sfrustrowany,
- czuję samotność,
- czuję ulgę,
- jestem podekscytowany.

Precyzyjne nazwanie emocji może ułatwić zrozumienie własnego doświadczenia i rozmowę z innymi.

4.5. Regulowanie emocji

4.6. Samoregulacja emocji i poczucie własnej wartości

4.7. Myślenie, przekonania i dysonans poznawczy

Myśli i przekonania wpływają na sposób interpretowania wydarzeń, przeżywane emocje i podejmowane działania. To samo wydarzenie może zostać ocenione przez różne osoby w odmienny sposób, dlatego reakcja psychiczna zależy nie tylko od sytuacji, ale także od jej znaczenia nadawanego przez człowieka.

Dysonans poznawczy to stan napięcia pojawiający się wtedy, gdy człowiek doświadcza niezgodności między przekonaniami, wartościami, wiedzą lub zachowaniem. Napięcie może skłaniać do zmiany zachowania, zmiany przekonania, poszukiwania dodatkowych informacji albo reinterpretacji sytuacji. Zjawisko to jest ważne dla rozumienia decyzji, uzasadniania własnych zachowań i wpływu przekonań na funkcjonowanie.

Samoregulacja obejmuje rozpoznawanie własnego stanu, zatrzymanie automatycznej reakcji, ocenę sytuacji, wybór adekwatnego działania oraz powrót do równowagi. Regulacja

emocji nie oznacza tłumienia wszystkich nieprzyjemnych emocji – chodzi o takie kierowanie reakcją, aby była możliwie adekwatna do sytuacji i zgodna z ważnymi celami.

Poczucie własnej wartości odnosi się do ogólnej oceny siebie. Stabilne poczucie własnej wartości nie wymaga przekonania, że jest się najlepszym. Obejmuje świadomość mocnych stron i ograniczeń, możliwość popełniania błędów oraz przekonanie, że własna wartość nie zależy wyłącznie od osiągnięć, opinii innych osób czy chwilowego sukcesu.

Pomocne w samoregulacji może być nazywanie emocji, obniżanie pobudzenia, zrobienie przerwy w sytuacji przeciążenia, ruch, rozmowa z zaufaną osobą, uporządkowanie problemu na mniejsze kroki oraz korzystanie z profesjonalnego wsparcia, gdy trudności utrzymują się lub nasilają.

Regulacja emocji nie oznacza tłumienia emocji.

Tłumienie może polegać na udawaniu, że nic się nie dzieje.

Regulowanie oznacza zauważenie emocji i znalezienie sposobu, aby przeżyć ją bez działania przeciwko sobie lub innym.

Pomocne mogą być:

- spokojny oddech,
- ruch,
- rozmowa,
- czas na wyciszenie,
- zapisanie myśli,
- zmiana otoczenia,
- sen,
- rozwiązanie problemu, który wywołuje napięcie.

Rozdział 5. Równowaga między obowiązkami a odpoczynkiem

5.1. Dlaczego równowaga jest ważna?

Człowiek potrzebuje zarówno aktywności, jak i regeneracji.

Długotrwałe funkcjonowanie na wysokich obrotach może prowadzić do wyczerpania.

Również całkowity brak aktywności nie musi służyć dobrostanowi.

Potrzebne są różne elementy:

- nauka i praca,
- sen,
- odpoczynek,
- aktywność fizyczna,
- relacje,
- zainteresowania,

- czas wolny.

5.2. Sen

Sen jest jednym z podstawowych elementów regeneracji.

Jego znaczenie obejmuje m.in. procesy związane z pamięcią, koncentracją, regulacją emocji i regeneracją organizmu.

Niedobór snu może powodować zmęczenie, trudności z koncentracją, rozdrażnienie i gorsze funkcjonowanie w ciągu dnia.

5.3. Odpoczynek nie jest lenistwem

Odpoczynek jest elementem prawidłowego funkcjonowania.

Nie zawsze musi oznaczać bezczynność.

Dla jednej osoby odpoczynkiem będzie czytanie książki, dla innej spacer, sport, muzyka, spotkanie z przyjaciółmi albo spokojne spędzenie czasu bez telefonu.

5.4. Objawy przeciążenia

Warto zwrócić uwagę na:

- ciągłe zmęczenie,
- problemy ze snem,
- brak energii,
- trudności z koncentracją,
- rozdrażnienie,
- utratę zainteresowania,
- poczucie, że każda kolejna rzecz jest „za dużo”.

Jeżeli taki stan utrzymuje się długo i utrudnia codzienne funkcjonowanie, warto porozmawiać z dorosłym lub specjalistą.

Rozdział 6. Relacje społeczne, komunikacja i granice

6.1. Dlaczego relacje są ważne?

Człowiek potrzebuje kontaktu z innymi.

Relacje mogą dawać:

- poczucie przynależności,
- bezpieczeństwo,
- wsparcie,
- możliwość dzielenia się doświadczeniami,
- radość,
- poczucie bycia zauważonym.

Jednocześnie relacje mogą być źródłem konfliktów i stresu.

Zdrowa relacja nie oznacza relacji bez konfliktów.

6.2. Szacunek

Podstawą relacji jest wzajemny szacunek.

Oznacza on między innymi:

- uznawanie prawa drugiej osoby do własnego zdania,
- respektowanie granic,
- unikanie przemocy,
- możliwość wyrażania uczuć,
- szanowanie prywatności.

6.3. Komunikacja

Proces **komunikacji** dotyczy czterech zjawisk:

1. **intrapSYchicznego** - czyli doświadczanego wewnątrz;
2. **interpersonalnego**- czyli dotyczącego dwóch osób pozostających ze sobą w bezpośrednim kontakcie;
3. **grupowego** - obejmującego porozumiewanie się członków grupy zajmujących w tej strukturze określone pozycje;
4. **społecznego** - gdzie komunikacja ma charakter interakcji między grupami lub dużymi liczebnościami osób o tożsamości anonimowej.

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

Rozpoznawanie i nazywanie uczuć i emocji nie jest łatwe. W odpowiedzi na pytanie

„co czujesz” - często słyszymy opinie i poglądy, a nie informacje o przeżywanych uczuciach. Nie zauważone, nie zrozumiane uczucia i emocje mogą doprowadzić do frustracji, a nawet konfliktu. 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.

Barierę komunikacyjną 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.

Dobra komunikacja wymaga nie tylko mówienia, ale również słuchania.

Warto:

- mówić konkretnie,
- opisywać swoje odczucia,
- unikać obrażania,
- zadawać pytania,
- sprawdzać, czy dobrze zrozumieliśmy drugą osobę.

6.4. Komunikat „ja”

Pomocnym sposobem komunikacji jest mówienie o własnych odczuciach i potrzebach.

Zamiast:

„Ty nigdy mnie nie słuchasz.”

można powiedzieć:

„Jest mi trudno, kiedy podczas rozmowy nie mam poczucia, że mnie słuchasz.”

Taki sposób komunikacji nie gwarantuje rozwiązania konfliktu, ale może zmniejszyć poziom wzajemnego oskarżania.

6.5. Granice

Granice określają, co jest dla nas akceptowalne, a co nie.

Możemy mieć granice dotyczące:

- kontaktu fizycznego,
- prywatności,
- czasu,
- telefonu,
- relacji,
- sposobu rozmowy,
- udostępniania informacji.

Mamy prawo powiedzieć:

- „Nie chcę.”
- „Nie zgadzam się.”
- „Potrzebuję czasu.”
- „Nie chcę o tym rozmawiać.”
- „Proszę, nie publikuj tego zdjęcia.”

Granice działają w obie strony. Tak jak mamy prawo do własnych granic, tak inni ludzie mają prawo do swoich.

6.6. Wsparcie

6.7. Asertywność i granice

Asertywność to sposób wyrażania własnych potrzeb, uczuć, opinii i granic z jednoczesnym poszanowaniem praw drugiej osoby. Nie jest ani agresją, ani uległością. Asertywna osoba może odmówić, poprosić o zmianę zachowania, powiedzieć o swoim dyskomforcie i przyjąć odmowę drugiej osoby.

Granice określają, na co człowiek się zgadza, a na co nie. Ich respektowanie jest elementem bezpiecznych relacji. Komunikat JA może mieć strukturę: „Czuję... / Jest mi... , kiedy... , ponieważ... . Chciałabym/chciałbym...”.

Wsparcie może być emocjonalne, praktyczne lub informacyjne.

Nie zawsze osoba wspierająca musi rozwiązać problem.

Czasem najważniejsze jest:

„Jestem obok. Możesz ze mną o tym porozmawiać.”

Rozdział 7. Kryzys psychiczny

7.1. Czym jest kryzys?

Kryzys psychiczny może pojawić się wtedy, gdy człowiek doświadcza sytuacji, która przekracza jego aktualne możliwości radzenia sobie. Kryzys psychiczny to stan silnego obciążenia emocjonalnego, który pojawia się, **gdy dana sytuacja przekracza aktualne możliwości poradzenia sobie**. Może być skutkiem jednego zdarzenia – na przykład utraty pracy, rozstania czy wypadku – ale również narastać stopniowo, w wyniku przewlekłego stresu, przemęczenia czy napięć wewnętrznych. To moment, w którym wcześniejsze strategie zawodzą, a napięcie emocjonalne staje się trudne do zniesienia.

Kryzys psychiczny, zwany również emocjonalnym – ostre, przejściowe doświadczenie zakłócenia równowagi psychicznej, spowodowane zagrożeniami powiązаныmi z sensem życia, systemem wartości, koncepcji własnej osoby, skutkiem konfrontacji z zaskakującą sytuacją bądź wydarzeniem krytycznym (por. [Płużek 2002](#), [Sęk 2000](#)). Doświadczenie takie przekracza możliwości samodzielnego poradzenia sobie osoby. Jest zakłóceniem normalnego biegu zdarzeń w życiu człowieka, wymaga ponownej oceny sposobów myślenia i działania.

Do psychologii klinicznej i psychiatrii pojęcie kryzysu wprowadził [Erich Lindemann](#), opisując kryzysy będące reakcją żałoby i konkludując, że kryzys to normalna ludzka reakcja na niecodzienne doświadczenie.

Według G. Caplana kryzys jest stanem stresu emocjonalnego, który prowadząc początkowo do mniejszej lub większej dezintegracji funkcji psychicznych, w dalszym swym przebiegu zmusza osobowość do stawienia czoła trudnej sytuacji przez mobilizację mechanizmów obronnych.

Warto zaznaczyć, że kryzys to nie to samo, co choroba psychiczna. Może wystąpić u każdej osoby – niezależnie od wcześniejszego stanu zdrowia psychicznego. Kryzys często **ma charakter przejściowy, ale nieleczony może prowadzić do poważniejszych trudności**, takich jak zaburzenia lękowe, depresja czy myśli samobójcze. Dlatego tak ważne jest, by nie bagatelizować sygnałów i w porę szukać pomocy w kryzysie psychicznym – zanim dojdzie do załamania.

Może być związany np. z:

- utratą bliskiej osoby,
- rozpadem ważnej relacji,
- przemocą,
- poważnym konfliktem,
- chorobą,
- doświadczeniem traumatycznym,
- dużą zmianą życiową,
- długotrwałym przeciążeniem.

Kryzys nie musi oznaczać zaburzenia psychicznego.

Może jednak wymagać wsparcia.

Rodzaje kryzysów

Kryzysy rozwojowe

Spowodowane są przez wydarzenia zachodzące w toku rozwoju człowieka, powodujące gwałtowną zmianę lub życiowy zwrot. **Jest to normalne zjawisko adaptacyjne.**

Teorię psychospołeczną dotyczącą kryzysów rozwojowych w cyklu życia stworzył [Erik Erikson](#), zakładając, że każda faza rozwoju prowadzi do kryzysu, wywołanym przez swoisty rodzaj konfliktu:

1. **zaufanie – nieufność** (niemowlęstwo)
2. **autonomia – wstyd i wątpienie** (wczesne dzieciństwo)
3. **inicjatywa – poczucie winy** (wiek zabaw)
4. **pracowitość – poczucie niższości** (wiek szkolny)
5. **tożsamość – niepewność roli** (adolescencja)
6. **intymność – izolacja** (wczesna dorosłość)
7. **kreatywność – stagnacja** (dorosłość)
8. **integralność ego – rozpacz** (dojrzałość)

Według Eriksona najważniejszym kryzysem w rozwoju osobowości człowieka jest kryzys [tożsamości](#).

Kryzysy sytuacyjne

To kryzysy, które zostały wywołane przez nagłe i nieoczekiwane wydarzenia, utratę czegoś albo kogoś ważnego. Pojawiają się w sytuacjach rzadkich i nadzwyczajnych, które są zaskoczeniem i stąd człowiek nie może ich kontrolować i przewidywać. Człowiek staje się bezradny wobec trudności wymagającej zmiany osobowości, postępowania, a czasem przemiany struktury wewnętrznej lub zaakceptowania utraty czegoś. Są reakcją na udział w wypadkach komunikacyjnych, porwaniach, [utratę pracy](#), informację o ciężkiej chorobie własnej lub członka rodziny, [śmierć](#) bliskiej osoby. Mogą być też wywołane przez wydarzenia o treści pozytywnej takie jak zawarcie małżeństwa, urodzenie [dziecka](#), ukończenie studiów, zmiana kierunku [kariery](#) zawodowej, otrzymanie hipoteki albo darowizny, czy nadzwyczajne

osobiste osiągnięcia. Kluczem do odróżnienia kryzysu sytuacyjnego od innych jest przypadkowość, nagłość czy wywołanie wstrząsu.

Kryzysy egzystencjalne

To wewnętrzne [konflikty](#) i [lęki](#), związane z celowością [życia](#), [wolnością](#), niezależnością. Są typowe dla bilansów życiowych u [nastolatków](#), w 40, 50 i 60 roku życia i zwane potocznie „kryzysem wieku średniego” (ang. *midlife crisis*).

Kryzysy środowiskowe

Dochodzi do nich gdy wydarza się naturalna, bądź spowodowana przez człowieka [katastrofa](#). Takie kryzysy zdarzają się w obliczu [powodzi](#), [huraganów](#), [trzęsień ziemi](#), [epidemii](#), [wojny](#), emigracji, zapaści gospodarczej.

Kryzysy religijne

Różnią się od typowych kryzysów psychicznych dużym stopniem złożoności, gdyż obejmują swoim działaniem trzy sfery: biologiczną, psychiczną i duchową. Przebiegają równocześnie na dwu płaszczyznach: naturalnej i ponadnaturalnej^[1]. Chociaż w takim kryzysie bierze udział cała osobowość to główny obszar kryzysu dotyczy sfery duchowej i wszelkich doświadczeń i przeżyć religijnych^[5]. Wśród naturalnych przyczyn powstawania kryzysów religijnych F. Głód wskazuje niewłaściwie ukształtowany w dzieciństwie obraz Boga, negatywny obraz rodziców przenoszony na wyobrażenie Boga, trudności o charakterze moralnym, czy w wykonywaniu praktyk religijnych.

F. Głód wyróżnił sześć typów kryzysów religijnych:

- kryzysy religijne okresu dorastania;
- kryzysy powstające na skutek niedojrzałego obrazu Boga;
- kryzysy religijne spowodowane konfliktem pomiędzy systemem wartości (sumieniem) a postępowaniem;
- kryzysy dotyczące praktyk religijnych;
- kryzysy dotyczące roli i pośannictwa religijnego;
- kryzysy religijne u sceptyków, ateistów i ludzi walczących z religią.

7.2. Sygnały alarmowe

Kryzys psychiczny może objawiać się na wiele sposobów – nie zawsze dramatycznie i widocznie dla otoczenia. Czasem to drobne sygnały, które z czasem się nasilają. Innym razem objawy pojawiają się nagle i przytłaczają z pełną mocą. Wspólnym mianownikiem jest jednak to, że **osoba w kryzysie psychicznym ma poczucie utraty kontroli nad sytuacją i sobą samą** – niezależnie od tego, jak to wygląda z zewnątrz.

Oto najczęstsze objawy kryzysu psychicznego, pogrupowane w zależności od sfery, pogrupowane w zależności od sfery, w której mogą się pojawić. Warto pamiętać, że objawy mogą się mieszać, nasilać lub zmieniać w czasie.

Objawy emocjonalne:

- silne uczucie lęku, niepokoju lub paniki,
- nagłe napady płaczu lub poczucie pustki emocjonalnej,
- rozpacz, złość, wstyd, bezradność,
- wrażenie, że nic nie ma sensu.

Objawy poznawcze:

- trudności z koncentracją i logicznym myśleniem,
- gonitwa myśli lub przeciwnie – poczucie zamrożenia,
- natrętne myśli, w tym o śmierci lub zniknięciu,
- niemożność podejmowania decyzji, nawet drobnych.

Objawy somatyczne:

- problemy ze snem – bezsenność lub nadmierna senność,
- bóle głowy, brzucha, napięcie mięśni,
- brak apetytu lub objadanie się,
- uczucie wyczerpania mimo odpoczynku.

Objawy w zachowaniu:

- wycofanie z kontaktów, izolowanie się,
- impulsywność, drażliwość, nieprzewidywalne reakcje,
- unikanie obowiązków, spadek motywacji,
- sięganie po używki lub ryzykowne zachowania.

Objawy te nie muszą występować jednocześnie, by mówić o kryzysie. Każdy przeżywa go inaczej. Istotne jest nie to, jak silne są objawy w obiektywnej skali, ale jak bardzo dana osoba czuje się nimi przytłoczona.

Fazy kryzysu

Cztery fazy kryzysu psychologicznego według koncepcji Geralda Caplana to szok, wzrost napięcia emocjonalnego, mobilizacja oraz dekompensacja.

1. Faza szoku

- **Początkowy kontakt** z trudnym lub traumatycznym wydarzeniem.
- **Zaprzeczenie** i poczucie nierzeczywistości ("to się nie dzieje naprawdę").
- **Paraliż emocjonalny** i bezskuteczność dotychczasowych metod radzenia sobie z problemami.

2. Faza wzrostu napięcia emocjonalnego

- **Konfrontacja** z rzeczywistością i narastająca frustracja.
- **Silne emocje** takie jak lęk, złość, rozpacz czy zagubienie.
- **Poczucie bezradności**, gdy stare sposoby rozwiązywania problemów dalej nie działają.

3. Faza mobilizacji

- **Aktywne poszukiwanie** wyjścia z trudnej sytuacji.

- **Testowanie** nowych strategii i zasobów adaptacyjnych.
- **Próba adaptacji** i spojrzenia na problem z innej perspektywy.

4. Faza dekompensacji

- **Wewnętrzny chaos** i dezorganizacja, gdy napięcie przekracza granice wytrzymałości.
- **Utrata zdolności** do dalszego radzenia sobie i zniekształcenie myślenia.
- **Ryzyko kryzysu** chronicznego lub zachowań autoagresywnych

7.3. Jak reagować na kryzys drugiej osoby?

Ważne jest:

- potraktowanie wypowiedzi poważnie,
- spokojne wystuchanie,
- unikanie oceniania,
- zachęcenie do kontaktu z dorosłym lub specjalistą,
- pozostanie z osobą, jeśli sytuacja jest bezpośrednio niebezpieczna,
- wezwanie pomocy w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia.

Kiedy napięcie psychiczne staje się trudne do zniesienia, warto potraktować to jako sygnał ostrzegawczy – organizm i umysł domagają się zatrzymania i wsparcia. Nie trzeba czekać, aż kryzys się rozwinie albo stanie się „wystarczająco poważny”. Po pomoc w kryzysie psychicznym można – i warto – sięgnąć już na etapie pierwszych oznak przeciążenia.

Czasem wystarczy rozmowa z kimś zaufanym: przyjacielem, członkiem rodziny, kimś, kto umie słuchać bez oceniania. Ale jeśli poczucie zagubienia trwa, emocje się nasilają albo pojawiają się myśli rezygnacyjne – to sygnał, by sięgnąć po profesjonalne wsparcie.

Pomoc dla osób w kryzysie psychicznym oferują m.in.:

- ośrodki interwencji kryzysowej (działające w trybie pilnym, często 24/7),
- telefony zaufania i infolinie kryzysowe (np. 116 123 lub 800 70 2222),
- poradnie zdrowia psychicznego i psychoterapeutyczne,
- izby przyjęć szpitali psychiatrycznych (w sytuacjach nagłych),
- psychoterapeuci i psycholodzy pracujący w gabinetach prywatnych lub fundacyjnych – również w naszej poradni pracują osoby specjalizujące się w interwencji kryzysowej, gotowe udzielić wsparcia w nagłych sytuacjach.

W kryzysie ważne jest, by dostęp do pomocy był możliwie szybki, bezpieczny i bez zbędnych formalności. Niekiedy wystarczy jedno spotkanie lub rozmowa, by odzyskać punkt zaczepienia i móc dalej działać. Wsparcie w kryzysie psychicznym to nie tylko leczenie – to także obecność, zrozumienie i pomoc w powrocie do równowagi.

Na czym polega interwencja kryzysowa?

Interwencja kryzysowa to forma krótkoterminowego wsparcia psychologicznego, udzielanego osobie, która doświadcza nagłego kryzysu emocjonalnego i nie potrafi samodzielnie poradzić sobie z sytuacją. Jej **głównym celem nie jest głęboka analiza**

problemów ani długoterminowa terapia, ale przywrócenie poczucia bezpieczeństwa i odzyskanie podstawowej równowagi psychicznej.

Pomoc w ramach interwencji kryzysowej opiera się na szybkim kontakcie, aktywnym słuchaniu, nazwaniu przeżyć oraz wspólnym szukaniu pierwszych kroków prowadzących ku stabilizacji. W odróżnieniu od psychoterapii, która zakłada regularne i pogłębione spotkania, interwencja działa „tu i teraz” – w reakcji na konkretny moment załamania lub przeciążenia.

Z interwencji można skorzystać w sytuacjach takich jak: nagła utrata bliskiej osoby, myśli samobójcze, doświadczenie przemocy, ciężka diagnoza zdrowotna, próba samobójcza w otoczeniu, czy inna silnie destabilizująca sytuacja. Pomoc może odbywać się bezpośrednio (na miejscu), przez telefon lub online – w zależności od dostępnych form wsparcia.

Warto wiedzieć, że **model interwencji kryzysowej zwykle obejmuje kilka etapów:**

- rozpoznanie źródła kryzysu i jego wpływu na funkcjonowanie,
- zapewnienie bezpieczeństwa emocjonalnego i fizycznego,
- identyfikacja zasobów i sieci wsparcia,
- wspólne opracowanie doraźnych strategii działania,
- ewentualne skierowanie do dalszej pomocy (np. psychoterapii, psychiatrii).

Choć każdy kryzys jest inny, schemat działania pozostaje podobny – liczy się szybkość reakcji, empatyczne towarzyszenie oraz stworzenie warunków, w których osoba w kryzysie psychicznym może na nowo poczuć, że nie jest sama i że sytuacja – nawet jeśli trudna – jest do udźwignięcia.

7.4. Bezpośrednie zagrożenie

Jeżeli istnieje bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia, należy skontaktować się z numerem alarmowym **112** albo skorzystać z pilnej pomocy medycznej.

Rozdział 8. Zaburzenia i problemy zdrowia psychicznego

8.1. Problem psychiczny a zaburzenie psychiczne

Nie każde trudne doświadczenie oznacza zaburzenie psychiczne.

Każdy człowiek może przeżywać:

- stres,
- smutek,
- lęk,
- złość,
- żalobę,
- samotność,
- chwilowe problemy z motywacją.

Zaburzenia psychiczne są natomiast stanami, w których objawy powodują istotne cierpienie lub zaburzenie funkcjonowania i spełniają określone kryteria diagnostyczne.

Rozpoznanie powinno należeć do odpowiednio przygotowanego specjalisty.

8.2. Depresja

Depresja nie jest po prostu „gorszym humorem”.

Może obejmować m.in.:

- utrzymujący się obniżony nastrój,
- utratę zainteresowań,
- brak energii,
- problemy ze snem,
- zmiany apetytu,
- problemy z koncentracją,
- poczucie winy lub bezwartościowości,
- poczucie beznadziei.

Objawy mogą mieć różne nasilenie.

U młodzieży trudności mogą być również widoczne jako rozdrażnienie, wycofanie, pogorszenie funkcjonowania w szkole czy utrata zainteresowania rzeczami, które wcześniej były ważne.

Częstość występowania zaburzeń depresyjnych zależy od populacji, wieku, kryteriów diagnostycznych i sposobu prowadzenia badań. Depresja jest poważnym problemem zdrowotnym, ale nie należy utożsamiać jej z chwilowym obniżeniem nastroju. W materiale do Olimpiady najważniejsze jest rozumienie objawów, wpływu na funkcjonowanie, czynników ryzyka i ochronnych oraz zasad szukania pomocy.

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

o F32.2: bez objawów psychotycznych: 3 podstawowe + 4 (i więcej) dodatkowe,

o F32.3: z objawami psychotycznymi: jw. + urojenia (grzeszności, ubóstwa, nieuchronnej klęski, przestępstw [odpowiedzialności]), omamy (słuchowe - głosy oszczercze, oskarżające, węchowe - zapach zgnilizny, rozkładającego się ciała), ostupienie depresyjne, o przyjmuje się, że zespół somatyczny występuje w większości epizodów ciężkiej depresji.

- Ciężki:

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. 55

- 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 rozumem, 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.

Innymi metodami leczenia depresji jest **phototerapia** (leczenie światłem) stosowana w depresjach sezonowych i deprivacja (pozbawienie snu).

8.3. Zaburzenia lękowe

Lęk jest normalną emocją.

Problem pojawia się wtedy, gdy lęk staje się bardzo nasilony, długotrwały albo znacząco ogranicza życie.

Może pojawić się m.in.:

- nadmierne zamartwianie,
- napięcie,
- unikanie sytuacji,
- objawy fizyczne,
- trudności z koncentracją,
- poczucie ciągłego zagrożenia.

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 związane 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 przyśpieszenie 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 wykrzyczeć 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.

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).

8.4. 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; βούς: [*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 żarłoczności psychicznej osoba chora prowokuje wymioty i/ lub nadużywa leki przeczyszczające, moczopędne albo stosuje lewatywy.
- **Postać bez przeczyszczania:** podczas epizodu żarłoczności 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 dotyczy 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 natógowego 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: nierozpoznanie zarówno fizjologicznego uczucia głodu jak i fizjologicznego stanu nasycenia pokarmem. Natógowe 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.

8.5. Uzależnienia

Uzależnienie może dotyczyć substancji, ale także niektórych zachowań.

Istotne są m.in. utrata kontroli, silna potrzeba wykonywania określonego zachowania lub używania substancji oraz negatywne konsekwencje dla życia.

W przypadku młodzieży szczególnie ważna jest profilaktyka dotycząca alkoholu, nikotyny, innych substancji psychoaktywnych oraz problematycznego korzystania z internetu i gier.

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 pożądany 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:

o Opioidy: Substancje takie jak morfina, heroina, fentanyl, które powodują silne uzależnienie fizyczne i psychiczne.

o Psychostymulanty: Kokaina, amfetamina, metamfetamina, które pobudzają centralny układ nerwowy.

o Konopie: Marihuana i inne substancje zawierające kannabinole.

o Halucynogeny: Substancje takie jak LSD, które wpływają na percepcję.

o Benzodiazepiny: Grupa leków uspokajających i nasennych.

o Barbiturany: Leki nasenne, pochodne kwasu barbiturowego.

o Leki przeciwbólowe: W tym opioidy.

Leki stosowane w leczeniu zaburzeń psychicznych mogą być używane wyłącznie zgodnie z zaleceniami lekarza; nie są kategorią substancji uzależniających w takim samym znaczeniu jak substancje psychoaktywne.

- Leki:
- 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 wegetatywny, 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 zaczynali 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. 76

Skutki używania narkotyków

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

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

Dlaczego uzależniamy się od narkotyków?

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

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

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

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

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 kadzidła (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 proszek 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,
- zmęczenie,
- 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 przyływ energii. Niestety, po pewnym czasie prowadzi do wyczerpania psychicznego i fizycznego oraz do depresji.

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

2. UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

Rodzaje uzależnień behawioralnych:

- **Siecioholizm/uzależnienie od internetu:** Utrata kontroli nad czasem spędzanym 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 żywymi.
- **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:** Natógowe, 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:** Natógowe 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;
- zaniedbanie życia rodzinnego;
- zaniedbywanie nauki lub pracy;
- zapominanie o posiłkach;
- zaburzenia w sferze uczuć i emocji;
- utrwalenie postaw egocentrycznych;
- zaburzenia w zakresie własnej tożsamości;
- zawężenie zainteresowań i możliwości intelektualnych;
- zmiana języka (zubożenie, techniczny slang, używanie skrótów);
- zmniejszenie potrzeb seksualnych;
- niekontrolowanie czasu spędzanego w Sieci;
- rezygnacja z innych rozrywek i przyjemności;
- brak troski o własne zdrowie (zarwane noce, nieregularne posiłki) i higienę osobistą;
- kłopoty finansowe (przy korzystaniu z kosztownej Sieci w domu);
- utrata pracy (przy wykorzystywaniu dla swoich potrzeb Sieci w firmie).

Dolegliwości somatyczne towarzyszące ZUI:

- pogorszenie wzroku;
- migrena;
- tzw. padaczka ekranowa;
- 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.
- Zaniedbywanie 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 przetaczanie 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 szczególnie rodzaj multitaskingu (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.

Częstą praktyką jest pomoc w nawiązywaniu ponownych, tym razem poprawnych relacji z rodziną. W ośrodkach obowiązuje całkowita abstynencja od takich środków jak narkotyki i

alkohol. Pobyt w tego typu placówkach może trwać od kilku do kilkunastu miesięcy i zazwyczaj podzielony jest na etapy związane z rozwojem pacjenta i uzyskiwaniem przez niego umiejętności i doświadczeń społecznych.

➤ Programy substytucji lekowej

Do tego rodzaju leczenia wykorzystuje się środki farmakologiczne będące agonistami (metadon) lub częściowymi agonistami (buprenorfina) opiatów. Programy substytucji lekowej to rozwiązania polegające na zastąpieniu nielegalnego narkotyku legalną substancją o podobnym bądź takim samym działaniu farmakologicznym. 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.

8.6. Zaburzenia psychotyczne

Zaburzenia psychotyczne to grupa poważnych problemów, w których mogą pojawiać się m.in. zaburzenia postrzegania rzeczywistości, urojenia czy znaczne zaburzenia myślenia.

Pojęcie psychotyczne pochodzi od słowa psychoza. Jest to stan umysłu, w którym występują wyjątkowo poważne zaburzenia w postrzeganiu rzeczywistości. Sama nazwa zaś pochodzi od dwóch greckich słów tj. psyche – umysł oraz osis – szaleństwo.

Przez psychozę lub stan psychotyczny określa się zachowanie odbiegające od szeroko pojętej normy lub po prostu niezrozumiałe. Choroba ta polega na wystąpieniu stanu rozregulowania i zakłócenia różnych obszarów funkcjonowania psychicznego, takich jak: postrzeganie rzeczywistości zarówno siebie jak i otoczenia, sposobu myślenia, przeżywania i wyrażania emocji oraz nastroju.

Takie zaburzenia prowadzą do sytuacji, że pacjent zaczyna żyć w wyimaginowanym świecie. W następstwie tych zaburzeń chory może doświadczać omamów wzrokowych oraz słuchowych, o wiele rzadziej czuciowych, węchowych, bądź paranoidalnych urojeń i halucynacji. Osoba, która ma takie psychozy w sposób bezwarunkowy wierzy w rzeczy, które są wytworem jej wyobraźni będąc przy tym tego nieświadoma. Dodatkowo nie potrafi krytycznie spojrzeć na symptomy choroby biorąc je za rzeczywistość. Chorzy tacy zatem nie przyjmują żadnych tłumaczeń dotyczących ich stanu zdrowia. Może to prowadzić do konfliktów, a w następstwie tego doznają odtrącenia i izolacji.

Ponadto wypowiedzi takiego pacjenta często są niespójne i nierealne, przy tym ma on problemy ze skupieniem uwagi na rozmowie. Dodatkowo jego nastrój bywa nieadekwatny do sytuacji, ale jednocześnie zgodny z przeżywanymi urojeniami lub omamami. Ostatecznie chory całkowicie zatracą granicę między swoimi przeżyciami, a tym, co dzieje się w rzeczywistości.

Objawy i przyczyny zaburzeń psychotycznych

Objawami charakterystycznymi dla wszystkich typów zaburzeń psychotycznych są urojenia i halucynacje inaczej omamy.

Objawy zaburzeń psychotycznych — halucynacje i urojenia (omamy)

Objawy psychotyczne należą do podstawowych elementów obrazu chorobowego psychoz. **Zaznaczają się one w kilku obszarach, do których należą postrzeganie, myślenie i działanie.** Psychiatrzy twierdzą, iż o chorobie można mówić wówczas, gdy zachowania te trwają u chorego w sposób ciągły przez minimum pół roku. Symptomy tej choroby zależą od jej rodzaju. Okazuje się, że nie w każdym przypadku występują wszystkie jednocześnie. Najczęściej dominują zaburzenia myślenia, czyli urojenia albo zaburzenia percepcji, czyli omamy.

Halucynacje

Halucynacje stanowią doświadczenia dotyczące wszystkich zmysłów, które nie są jednak wywołane żadnym bodźcem z zewnątrz. **Przykładem może być osoba w stanie psychozy słyszająca np. głosy, odczuwająca zapachy (np. cytrynowy), czy odczuwająca dotyk na skórze.** Dodatkowo osoba chora ma przekonanie, że halucynacje te należą do rzeczywistych, chociaż nie mają one poparcia w rzeczywistości.

Urojenia

Natomiast urojenia są **zaburzeniami myślenia polegającymi na doznawaniu fałszywych przekonań, błędnych sądów, w które dana osoba zaburzona mocno wierzy, mimo iż te przekonania są niedorzeczne**. Tymczasem sądy te i przekonania nie istnieją w rzeczywistości. Wynika z tego fakt, że osoba w stanie psychozy nie bierze pod uwagę dowodów przeczących jej przekonaniom. Nie potrafi zatem przyjąć tłumaczeń innej osoby, która się z nią nie zgadza.

Takimi często spotykanymi urojeniami jest np. przekonanie, że inne osoby czytają jej w myślach, bądź myśli te ktoś im wkłada do głowy. Ponadto innym często spotykanym urojeniem jest przekonanie, że jakaś zewnętrzna siła kontroluje chorego. Urojenia zatem rzadko stanowią spójny system. Nie mniej jednak osoba będąca w stanie psychozy nie potrafi dostrzec niekonsekwencji, czy absurdalności takich przekonań.

Inne objawy zaburzeń psychiatrycznych

Okazuje się, iż urojenia i omamy (halucynacje) nie są jedynymi objawami towarzyszącymi zaburzeniom psychiatrycznym. U chorego bowiem można zaobserwować także inne objawy i należą do nich takie jak:

- zubożenie bądź przeciwnie nadmierne pobudzenie psychoruchowe,
- rozkojarzenie i spowolnienie myślenia,
- aspołeczność,
- pojawianie się przeciwstawnych elementów w wypowiedziach i działaniu,
- niezgodność mimiki i gestów z przeżywanymi uczuciami.

Przyczyny zaburzeń psychiatrycznych

Aktualnie nie ma pewności, jakie są dokładne przyczyny powstawania psychoz. Przyjmuje się zatem hipotezę, że **wywołują je zaburzenia w funkcjonowaniu neuroprzekaźników w mózgu, które są substancjami pozwalającymi na komunikowanie się komórkom nerwowym**. Takie zaburzenie równowagi mogą wywoływać różne czynniki środowiskowe. Należą do nich np. narkotyki, alkohol, dopalacze i choroby somatyczne np. guz mózgu. Jednak najczęściej przyczyna takich zaburzeń jest nieznana. Natomiast w przypadku schizofrenii, bądź zaburzeń schizotypowych, przyczyna jest według wszelkich danych złożona. Może ona stanowić kombinację czynników środowiskowych i genetycznych.

Zaburzenia psychiatryczne można zatem scharakteryzować także w następujący sposób., że są to zakłócenia obrazu świata, w tym percepcji i świadomości, które wynikają z organicznych zmian w mózgu. Konsekwencją są zmiany sposobu myślenia chorych i ich dezorganizacja. Oznacza to, iż nie potrafią oni odróżnić tego, co jest rzeczywiste, od fałszywych wytworów swojego umysłu. Z uwagi na to ich zachowanie bywa nieadekwatne do realnej sytuacji. Ponadto osoby cierpiące na zaburzenia psychiatryczne tracą zdolność do krytycznej oceny rzeczywistości i postępowania. Dlatego też nie mają one świadomości

własnej choroby. Ich przekonanie o realności swoich przeżyć jest na tyle silne, iż uważają, że funkcjonują zupełnie normalnie.

8.7. Leczenie

8.8. Neuroróżnorodność – spektrum autyzmu i ADHD

Neuroróżnorodność odnosi się do naturalnego zróżnicowania sposobu funkcjonowania układu nerwowego. Nie oznacza, że każda różnica jest zaburzeniem ani że każda osoba potrzebuje takiej samej pomocy. W praktyce klinicznej znaczenie ma wpływ określonych cech i objawów na funkcjonowanie oraz spełnienie kryteriów diagnostycznych.

Spektrum autyzmu jest neurorozwojowym zróżnicowaniem obejmującym m.in. specyficzny sposób komunikowania się i budowania relacji społecznych oraz ograniczone, powtarzalne lub silnie preferowane wzorce zachowań i zainteresowań. Obraz funkcjonowania jest bardzo zróżnicowany, dlatego określenie „spektrum” ma istotne znaczenie.

ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym związanym z utrzymującymi się trudnościami dotyczącymi uwagi, kontroli impulsów i/lub nadruchliwości, których nasilenie wpływa na funkcjonowanie. Trudności mogą występować w różnych środowiskach i nie powinny być spowodowane do „lenistwa” czy braku dobrej woli.

8.9. Mózg i układ nerwowy a zdrowie psychiczne

Układ nerwowy uczestniczy w odbieraniu i przetwarzaniu informacji, regulacji zachowania, emocji, snu, reakcji stresowej i wielu procesów fizjologicznych. Mózg nie działa w oderwaniu od organizmu – jego funkcjonowanie pozostaje związane m.in. ze snem, aktywnością, odżywianiem, stresem, relacjami i ogólnym stanem zdrowia.

W uproszczonym podziale funkcjonalnym płót czołowy wiąże się m.in. z planowaniem, kontrolą zachowania i funkcjami wykonawczymi; płót ciemieniowy z przetwarzaniem informacji czuciowych i orientacją przestrzenną; płót skroniowy m.in. z przetwarzaniem słuchowym, pamięcią i rozumieniem języka; płót potyliczny przede wszystkim z przetwarzaniem informacji wzrokowych.

Autonomiczny układ nerwowy reguluje wiele funkcji niezależnych od świadomej kontroli. Część współczulna uczestniczy w mobilizacji organizmu, natomiast część przywspółczulna wspiera m.in. odpoczynek i procesy regeneracyjne. Obie części współdziałają w utrzymywaniu równowagi organizmu.

Współczesna pomoc może obejmować:

- psychoedukację,
- pomoc psychologiczną,
- psychoterapię,
- leczenie psychiatryczne,
- leczenie farmakologiczne,
- wsparcie rodziny,

- działania środowiskowe,
- pomoc szkolną i społeczną.

Dobór pomocy zależy od problemu i sytuacji konkretnej osoby.

Rozdział 9. Stygmatyzacja i stereotypy

9.1. Czym jest stygmatyzacja?

Stygmatyzacja to społeczny proces przypisywania negatywnej etykiety jednostce lub grupie, co prowadzi do ich potępienia, odrzucenia i wykluczenia. Zjawisko to szczegółowo opisał socjolog [Erving Goffman](#) w 1963 roku. Późniejszy model socjologów Bruce’a Linka i Jo Phelan doprecyzował, z jakich elementów składa się proces stygmatyzacji: etykietowania różnicy, przypisania jej stereotypów, oddzielenia „my” od „oni”, utraty statusu i dyskryminacji. Autorzy podkreślają, że stygmatyzacja zachodzi tylko wtedy, gdy grupa stygmatyzująca ma władzę nad stygmatyzowaną.

Trzy pojęcia warto rozdzielić, bo bywają mylone:

- **Stygmat** to sama etykieta i atrybut przypisany osobie.
- **Stereotyp** to uogólnione, często nieprawdziwe przekonanie o grupie.
- **Upředzenie** to emocjonalna reakcja wynikająca z tego stereotypu, która dopiero prowadzi do dyskryminujących działań.

Jakie są rodzaje stygmatyzacji?

Piętno nie działa jednym schematem. W literaturze wyróżnia się trzy główne formy stygmatyzacji, które nakładają się na siebie, ale wymagają osobnych strategii przeciwdziałania: publiczną i własną oraz strukturalną (Corrigan, Markowitz i Watson, 2004).

1. **Stygmatyzacja publiczna (społeczna)** to negatywne postawy i przekonania podzielane przez ogół społeczeństwa wobec danej grupy, na przykład przekonanie, że osoba ze schizofrenią jest z natury niebezpieczna. Tymczasem metaanaliza 20 badań obejmujących 18 423 osoby z psychozami pokazała, że podwyższone ryzyko przemocy istnieje, ale jest umiarkowane i w dużej mierze zależy od współwystępującego nadużywania substancji (iloraz szans 2,1 bez takiego uzależnienia wobec 8,9 z nim; Fazel i wsp., 2009). Media odgrywają tu istotną rolę: w analizie 400 amerykańskich doniesień prasowych o chorobach psychicznych z lat 1995-2014 aż 55% dotyczyło przemocy, a tylko 14% opisywało skuteczne leczenie lub zdrowienie, choć taki obraz jest rażąco nieproporcjonalny do rzeczywistej częstości przemocy wśród osób chorujących (McGinty i wsp., 2016).
2. **Stygmatyzacja strukturalna** to bariery wpisane w instytucje, prawo i praktyki organizacyjne, które ograniczają szanse grupy stygmatyzowanej niezależnie od intencji poszczególnych osób. Badacze rozróżniają tu dyskryminację zamierzoną (np. przepisy wprost ograniczające prawa osób chorujących) i niezamierzoną, gdy neutralne z pozoru zasady i tak zamykają im drogę. Pracodawca niechętny

zatrudnieniu kandydata z historią leczenia psychiatrycznego, ubezpieczyciel odmawiający pokrycia terapii czy system opieki zdrowotnej, w którym na opiekę psychiatryczną trafia niewielka część nakładów, to przykłady piętna strukturalnego.

3. **Autostygmatyzacja** (piętno własne) polega na przyjęciu przez osobę chorującą tych samych negatywnych przekonań, które krążą w społeczeństwie, i zastosowaniu ich do samej siebie. Osoba z depresją zaczyna wierzyć, że jest „słaba” albo „ciężarem” dla rodziny, choć nikt jej tego wprost nie powiedział.

Jak działa mechanizm stygmatyzacji? Psychologia i funkcje społeczne

Stygmatyzacja nie powstaje z próżni. Ma logiczny, choć szkodliwy, mechanizm powstawania, który zaczyna się od najprostszego procesu poznawczego, czyli kategoryzowania ludzi.

Pierwszym krokiem jest etykietowanie: umysł zauważa różnicę (sposób mówienia, historię hospitalizacji, nietypowe zachowanie) i przypisuje jej nazwę. Drugim krokiem jest stereotypizacja, czyli automatyczne dołączenie do etykiety całego zestawu przekonań, często niezwyfikowanych. Trzeci etap to separacja „my” i „oni”, która pozwala grupie większościowej zdystansować się emocjonalnie od osoby stygmatyzowanej; dalej następują utrata statusu i dyskryminacja (Link i Phelan, 2001). Emocje takie jak strach czy pogarda utrwalają cały proces i usprawiedliwiają nierówne traktowanie.

Ten mechanizm nie jest przypadkowy. Przegląd 18 modeli piętna i uprzedzeń wskazuje, że stygmatyzacja pełni trzy funkcje społeczne (Phelan, Link i Dovidio, 2008):

1. **Wymuszanie normy** (utrzymanie ludzi „w szeregu”): stygmatyzacja karze odstępstwo od oczekiwanego zachowania, co ma odstraszać innych od podobnych „dewiacji”.
2. **Wyzysk i dominacja** (utrzymanie ludzi „na dole”): grupa większościowa zachowuje wyższy status społeczny kosztem grupy stygmatyzowanej.
3. **Unikanie choroby** (utrzymanie ludzi „z daleka”): w sensie ewolucyjnym piętnowanie osób postrzeganych jako „chore” miało chronić grupę przed zarażeniem; dziś ten mechanizm działa bez związku z realnym ryzykiem.

WHO zwraca uwagę, że osoby doświadczające problemów zdrowia psychicznego mogą spotykać się ze stygmatyzacją i dyskryminacją.

9.2. Stereotypy

Stereotypy to uproszczone, często przesadzone i niezgodne z rzeczywistością przekonania dotyczące określonej grupy społecznej. Stanowią one pewne uogólnienia, które powstają zazwyczaj w wyniku braku bezpośredniego doświadczenia z danym środowiskiem, przez co stają się one nieadekwatne i nie zawsze odzwierciedlają rzeczywistość. Stereotypy mogą dotyczyć różnorodnych aspektów, takich jak płeć, orientacja seksualna, narodowość, wiek, wygląd, zawód, czy status społeczny.

Stereotypy powstają w wyniku działania naszych procesów poznawczych, takich jak percepcja, uczenie się oraz pamięć. Są one wynikiem uproszczeń, które pozwalają nam na szybsze zrozumienie i przewidywanie zachowań innych osób. Źródła stereotypów mogą być różnorodne, a jednym z nich są nasze własne doświadczenia. Przykładowo, negatywne interakcje z przedstawicielami określonej grupy mogą prowadzić do generalizacji, która błędnie charakteryzuje całą tę grupę.

Stereotypy mogą również wywodzić się z kultury i tradycji, przekazywanych w procesie wychowania i socjalizacji. Przykładem są stereotypowe postawy związane z płcią, gdzie dzieci od najmłodszych lat odbierają komunikaty na temat tego, jak powinni się zachowywać, w zależności od swojej płci. Przykładem może być przekonanie, że „mężczyźni nie płaczą”, a „kobiety są bardziej opiekuńcze”.

Innym źródłem stereotypów są media, które w celu przyciągnięcia uwagi odbiorców, często stosują uproszczenia, selekcjonują informacje i przedstawiają je bez szerszego kontekstu. Tego typu przedstawienie rzeczywistości może prowadzić do utrwalenia błędnych wyobrażeń o danej grupie. Przykładem może być sposób przedstawiania uchodźców w mediach, gdzie często używa się terminów takich jak „nielegalni imigranci” czy „kryzys uchodźczy”, co może prowadzić do negatywnego postrzegania tej grupy ludzi.

Stereotypem jest np. przekonanie, że:

- osoba korzystająca z pomocy psychologicznej jest słaba,
- problemy psychiczne wynikają z lenistwa,
- depresję można „po prostu pokonać” silną wolą,
- osoba z zaburzeniem psychicznym jest z definicji niebezpieczna,
- rozmowa o emocjach jest oznaką słabości.

Takie przekonania są uproszczeniami.

9.3. Jak mówić o zdrowiu psychicznym?

Warto mówić:

„Ta osoba doświadcza depresji.”

zamiast:

„Ta osoba jest depresyjna.”

Warto pamiętać, że diagnoza nie opisuje całego człowieka.

Człowiek jest kimś więcej niż jego trudność, choroba czy diagnoza.

9.4. Szukanie pomocy jest oznaką odpowiedzialności

Podjęcie decyzji o rozmowie z psychologiem, pedagogiem czy lekarzem nie oznacza porażki.

Może być oznaką świadomości własnych potrzeb.

Rozdział 10. Internet, media społecznościowe i dobrostan

10.1. Internet jest częścią codziennego życia

Internet może pomagać w:

- nauce,
- komunikacji,
- rozwijaniu zainteresowań,
- zdobywaniu informacji,
- utrzymywaniu relacji,
- szukaniu pomocy.

Nie należy więc traktować internetu wyłącznie jako zagrożenia.

Jednocześnie środowisko cyfrowe może wpływać na psychikę.

10.2. Porównywanie się

Media społecznościowe często pokazują wybrane momenty życia.

Użytkownik może publikować:

- najlepsze zdjęcia,
- sukcesy,
- podróże,
- spotkania,
- osiągnięcia.

Nie widzimy natomiast całego życia tej osoby.

Porównywanie własnej codzienności z wybranymi fragmentami życia innych może prowadzić do poczucia, że „wszyscy radzą sobie lepiej”.

10.3. Cyberprzemoc

CYBERZAGROŻENIA

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

Sprawcą cyberprzemocy może być osoba wykorzystująca narzędzia cyfrowe do nękania, zastraszania, ośmieszania lub poniżania innych. Stalking jest odrębnym zjawiskiem polegającym na uporczywym nękanii i naruszaniu prywatności lub poczucia bezpieczeństwa.

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, skrupowanie, 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, zadzwanianie wiadomościami sms, bądź e-mail, obserwowanie, podglądanie, śledzenie, nachodzenie miejscu zamieszkania lub w pracy, uciążliwe i nie mile 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 osłabienie 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 zniestawienie 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, utrata 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!

10.4. Prywatność

Bezpieczeństwo cyfrowe jest częścią dbania o siebie.

Warto:

- stosować silne hasła,
- korzystać z uwierzytelniania wieloskładnikowego, gdy jest dostępne,
- kontrolować ustawienia prywatności,
- uważać na publikowanie lokalizacji,
- nie udostępniać poufnych danych,
- zastanawiać się przed publikowaniem zdjęć innych osób.

10.5. Informacje o zdrowiu psychicznym w internecie

Internet może być źródłem wiedzy, ale nie zastępuje diagnozy.

Film, post czy test internetowy nie powinien być podstawą samodzielnego rozpoznania zaburzenia.

Warto sprawdzać:

- kto jest autorem informacji,
- czy podano źródła,
- czy materiał pochodzi z wiarygodnej instytucji,
- czy autor posiada odpowiednie kwalifikacje.

10.6. Higiena cyfrowa

10.7. FOMO, multitasking i multiscreening

FOMO (fear of missing out) oznacza obawę, że inni uczestniczą w ważnych lub atrakcyjnych wydarzeniach, podczas gdy my je tracimy. W środowisku cyfrowym może sprzyjać częstemu sprawdzaniu telefonu i mediów społecznościowych.

Multitasking oznacza wykonywanie kilku zadań jednocześnie lub szybkie przetaczanie uwagi między zadaniami. W wielu sytuacjach takie przetaczanie nie zwiększa

efektywności, lecz może obniżać koncentrację i jakość wykonania. Multiscreening jest formą wielozadaniowości medialnej, polegającą na jednoczesnym korzystaniu z więcej niż jednego ekranu.

Pomocne może być:

- wyłączanie części powiadomień,
- robienie przerw,
- ograniczanie bezmyślnego przewijania,
- ustalenie czasu bez telefonu,
- niedopuszczanie do ciągłego korzystania z urządzeń kosztem snu,
- obserwowanie własnego samopoczucia po korzystaniu z określonych aplikacji.

Najważniejsze pytanie brzmi nie tylko:

„Ile czasu jestem online?”

ale również:

„Jak internet wpływa na moje funkcjonowanie?”

Rozdział 11. Pomoc psychologiczna, pedagogiczna i psychiatryczna

11.1. Nie trzeba czekać na katastrofę

Jednym z ważnych mitów jest przekonanie, że po pomoc można zgłosić się dopiero wtedy, gdy problem stanie się bardzo poważny.

Nie jest to prawda.

Można szukać pomocy również wtedy, gdy:

- coś nas długo martwi,
- nie rozumiemy swoich emocji,
- trudno nam poradzić sobie z relacją,
- stres zaczyna utrudniać naukę,
- mamy problemy ze snem,
- czujemy się samotni,
- nie wiemy, co zrobić w trudnej sytuacji.

11.2. Psycholog

Psycholog jest specjalistą zajmującym się m.in. funkcjonowaniem psychicznym człowieka.

W zależności od kwalifikacji i miejsca pracy może prowadzić konsultacje, diagnozę psychologiczną, interwencję kryzysową, psychoedukację lub inne formy pomocy.

11.3. Psychoterapeuta

Psychoterapeuta prowadzi psychoterapię.

Psychoterapia jest formą profesjonalnej pomocy, której celem może być m.in. zmniejszenie objawów, lepsze rozumienie siebie, zmiana niekorzystnych schematów oraz poprawa funkcjonowania.

Istnieją różne nurty psychoterapii.

11.4. Psychiatry

Psychiatra jest lekarzem.

Może przeprowadzać diagnozę psychiatryczną, ustalać plan leczenia i – jeśli jest to wskazane – stosować leczenie farmakologiczne.

Może także kierować do innych form leczenia i specjalistów.

Informacje dla pacjentów wskazują, że psychiatra podczas oceny bierze pod uwagę m.in. wywiad oraz stan psychiczny i fizyczny pacjenta.

11.5. Pedagog i psycholog szkolny

W szkole można również zwrócić się do pedagoga lub psychologa szkolnego.

Mogą pomóc w sprawach związanych m.in. z:

- relacjami,
- konfliktami,
- przemocą,
- trudnościami emocjonalnymi,
- problemami szkolnymi,
- sytuacją rodzinną,
- znalezieniem odpowiedniej pomocy.

11.6. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Lekarz rodzinny lub lekarz POZ może być pierwszym miejscem rozmowy o problemach zdrowotnych, również tych dotyczących psychiki.

Może ocenić sytuację i wskazać dalszą drogę pomocy.

Rozdział 12. Profilaktyka zdrowia psychicznego

12.1. Profilaktyka zaczyna się na co dzień

Dbanie o psychikę nie polega wyłącznie na reagowaniu wtedy, gdy pojawia się kryzys.

Ważne są codzienne działania.

12.2. Sen i regeneracja

12.3. Odżywianie i zdrowie psychiczne

Odżywianie jest jednym z elementów troski o zdrowie całego organizmu. Regularne i urozmaicone posiłki, odpowiednie nawodnienie oraz dostarczanie składników odżywczych wspierają prawidłowe funkcjonowanie organizmu i mogą sprzyjać utrzymaniu energii oraz sprawności poznawczej. Nie należy jednak traktować pojedynczego produktu lub „diety na zdrowie psychiczne” jako sposobu leczenia zaburzeń psychicznych.

Regularny sen pomaga organizmowi i mózgowi się regenerować.

Warto zwracać uwagę na:

- regularność snu,
- odpowiednią ilość snu,
- warunki do odpoczynku,
- ograniczenie korzystania z telefonu tuż przed snem, jeśli utrudnia zasypianie.

12.3. Aktywność fizyczna

Ruch jest ważnym elementem zdrowego stylu życia.

Nie musi oznaczać intensywnego treningu.

Może to być:

- spacer,
- jazda na rowerze,
- pływanie,
- taniec,
- sport,
- ćwiczenia,
- aktywność rekreacyjna.

12.4. Relacje

Warto mieć przynajmniej jedną osobę, z którą można porozmawiać bez obawy przed wyśmianiem.

Relacje wymagają czasu i wzajemności.

12.5. Rozwijanie zainteresowań

Hobby może dawać:

- poczucie kompetencji,
- przyjemność,
- odpoczynek,
- możliwość poznawania ludzi,
- poczucie sensu.

Nie wszystko musi być związane z oceną, wynikiem lub osiągnięciem.

12.6. Umiejętność odpoczywania

Odpoczynek nie powinien być czymś, na co trzeba „zasłużyć”.

Jest jednym z elementów utrzymywania równowagi.

12.7. Prośenie o pomoc

Jedną z najważniejszych umiejętności jest rozpoznanie momentu, w którym własne zasoby nie wystarczają.

Pomoc może być potrzebna zarówno w dużym kryzysie, jak i przy trudnościach, które stopniowo narastają.

Rozdział 13. Kiedy warto zwrócić się po pomoc?

Nie ma jednego uniwersalnego momentu.

Szczególnie ważne jest szukanie pomocy, gdy trudności:

- utrzymują się przez dłuższy czas,
- nasilają się,
- utrudniają naukę,
- utrudniają pracę,
- wpływają na relacje,
- powodują problemy ze snem,
- powodują znaczące zmiany zachowania,
- sprawiają, że trudno wykonywać codzienne czynności,
- prowadzą do zachowań zagrażających zdrowiu.

Szczególnie pilnej reakcji wymagają sytuacje związane z:

- bezpośrednim zagrożeniem życia,
- myślami lub zamiarami samobójczymi,
- poważnymi samouszkodzeniami,
- utratą kontaktu z rzeczywistością,
- poważnym zagrożeniem ze strony innych osób.

W takich sytuacjach nie należy pozostawać samemu z problemem.

Rozdział 14. Gdzie szukać pomocy w Polsce?

W sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia należy skontaktować się z numerem alarmowym **112**.

Młode osoby mogą również korzystać z **Telefonu Zaufania 116 111**. Jest to telefon dla dzieci i młodzieży, dostępny bezpłatnie przez całą dobę, 7 dni w tygodniu. Dostępne są również internetowe formy kontaktu.

Ministerstwo Zdrowia wskazuje również 116 111 jako formę wsparcia dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym.

Pomocy można szukać także u:

- rodzica lub opiekuna,
- nauczyciela,
- wychowawcy,
- pedagoga szkolnego,
- psychologa szkolnego,
- psychologa,
- psychoterapeuty,
- psychiatry,
- lekarza POZ.

Ważne jest, aby nie zakładać, że istnieje tylko jeden właściwy sposób uzyskania pomocy.

Czasem pierwszym krokiem jest rozmowa z rodzicem.

Czasem z wychowawcą.

Czasem z psychologiem.

Najważniejsze jest rozpoczęcie kontaktu z kimś, kto może pomóc znaleźć dalszą drogę.

INSTYTUCJE POMOCOWE

❖ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Zadania:

- organizowanie opieki w rodzinach zastępczych i placówkach opiekuńczo - wychowawczych,
- prowadzenie dom² pomocy społecznej,
- udzielanie pomocy pełnoletnim wychowankom rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo-wychowawczych,
- kierowanie od młodzieżowych ośrodków wychowawczych (*postanowienie sądu*),
- prowadzenie szkoleń dla kandydat² na rodzic² zastępczych,
- udzielanie specjalistycznego poradnictwa dla rodzin naturalnych i zastępczych,
- podejmowanie działań zmierzających do ograniczania skutk² 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 psychicznymi (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 rozeznaczonych potrzeb społecznych.
6. Rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

W ramach zadań OPS wykonuje:

1. Zadania własne gminy o charakterze obowiązkowym, do których należy:
 - opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania

problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka;

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

2. Zadania własne gminy, do których należy:

- przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych;
- przyznawanie i wypłacanie pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie w formie zasiłków, pożyczek oraz pomocy w naturze;
- prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki;

- podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznaczonych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów oświatowych.

3. Zadania zlecone z zakresu administracji rządowej realizowane przez gminę, do których należy:

- przyznawanie i wypłacanie zasiłków² statycznych;
- 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.

❖ SZPITALY PSYCHIATRYCZNE

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

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

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

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

Szpital psychiatryczny nie jest izolatką dla chorych psychicznie, lecz instytucją niosącą pomoc osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne. O każdym przyjęciu do szpitala psychiatrycznego chorego bez jego zgody musi zostać powiadomiony prokurator. Ta wielostopniowa weryfikacja zasadności hospitalizacji wbrew woli chorego wynika ze szczególnej ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi, do jakiej ustawowo jest zobowiązane państwo.

❖ PORADNIE PROFILAKTYKI I TERAPII UZALEŻNIEŃ

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

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

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

Rozdział 15. Jak pomagać komuś, kto ma trudności?

Nie trzeba być psychologiem, żeby udzielić komuś podstawowego wsparcia.

15.1. Słuchaj

Nie zawsze potrzebne są rady.

Czasem człowiek chce zostać wysłuchany.

Pomocne może być:

„Słyszę, że jest Ci trudno.”

„Chcesz o tym porozmawiać?”

„Co mogłoby Ci teraz pomóc?”

15.2. Nie oceniaj

Zdania takie jak:

„Inni mają gorzej.”

„Weź się w garść.”

„Przestań o tym myśleć.”

mogą sprawić, że osoba poczuje się niezrozumiana.

15.3. Nie diagnozuj

Jeżeli znajomy mówi o swoich trudnościach, nie trzeba stawiać mu diagnozy.

Można natomiast powiedzieć:

„To brzmi jak coś, z czym trudno Ci sobie samemu poradzić. Może warto porozmawiać ze specjalistą.”

15.4. Traktuj sygnały zagrożenia poważnie

Jeśli ktoś mówi, że chce umrzeć, zrobić sobie krzywdę albo że nie widzi sensu dalszego życia, nie należy tego bagatelizować.

W takiej sytuacji trzeba zaangażować dorosłego i – jeśli występuje bezpośrednie zagrożenie – skorzystać z pomocy ratunkowej.

Rozdział 16. Mity i fakty

Mit 1: „Zdrowie psychiczne oznacza brak negatywnych emocji.”

Fakt: Każdy człowiek doświadcza trudnych emocji. Zdrowie psychiczne nie oznacza ciągłego szczęścia.

Mit 2: „Silny człowiek radzi sobie sam.”

Fakt: Umiejętność korzystania ze wsparcia może być ważnym zasobem i elementem skutecznego radzenia sobie.

Mit 3: „Do psychologa idzie się tylko wtedy, gdy ktoś jest chory psychicznie.”

Fakt: Pomoc psychologiczna może dotyczyć również stresu, relacji, kryzysów, trudnych decyzji, emocji i wielu innych sytuacji.

Mit 4: „Depresja to po prostu lenistwo.”

Fakt: Depresja jest poważnym problemem zdrowia psychicznego i nie wynika z braku charakteru czy silnej woli.

Mit 5: „Jeśli ktoś wygląda dobrze, na pewno wszystko jest w porządku.”

Fakt: Problemy psychiczne nie zawsze są widoczne z zewnątrz.

Mit 6: „Internet pokazuje prawdziwe życie innych ludzi.”

Fakt: Media społecznościowe pokazują wybrane treści i fragmenty rzeczywistości.

Mit 7: „O emocjach nie powinno się mówić.”

Fakt: Umiejętność rozmawiania o emocjach może pomagać w budowaniu relacji i szukaniu wsparcia.

Rozdział 17. Zdrowie psychiczne a własna wartość

Okres dorastania jest czasem kształtowania obrazu siebie.

Młody człowiek może zastanawiać się:

- Kim jestem?
- W czym jestem dobry?
- Co chcę robić w przyszłości?
- Jak wyglądam?
- Czy jestem lubiany?
- Czy jestem wystarczająco dobry?

Media społecznościowe, opinie rówieśników i oczekiwania dorosłych mogą wpływać na sposób postrzegania siebie.

Warto pamiętać, że wartość człowieka nie zależy wyłącznie od:

- ocen,
- wyglądu,
- popularności,
- liczby obserwujących,
- wyników sportowych,
- pieniędzy,
- sukcesów.

Człowiek może mieć słabszy okres i nadal być wartościową osobą.

Rozdział 18. Zdrowie psychiczne a presja osiągnięć

Współczesna młodzież często spotyka się z przekazem, że trzeba być:

- produktywnym,
- atrakcyjnym,
- inteligentnym,
- aktywnym,
- popularnym,
- odnoszącym sukcesy.

Problem pojawia się wtedy, gdy życie zaczyna być postrzegane wyłącznie jako nieustanny wyścig.

Ambicja sama w sobie nie jest czymś złym.

Ważne jest jednak zachowanie równowagi między osiąganiem celów a odpoczynkiem.

Można chcieć osiągać dobre wyniki i jednocześnie mieć prawo do zmęczenia.

Można mieć wysokie cele i jednocześnie popełniać błędy.

Rozdział 19. Zdrowie psychiczne a relacje online i offline

Relacje internetowe są częścią współczesnego życia.

Mogą być wartościowe, ale nie zawsze zastępują kontakt bezpośredni.

Ważne jest, aby zachować różnorodność kontaktów i nie uzależniać poczucia własnej wartości wyłącznie od reakcji innych osób w internecie.

Liczba polubień nie jest miarą wartości człowieka.

Brak odpowiedzi na wiadomość nie musi oznaczać odrzucenia.

Komentarz anonimowej osoby nie jest obiektywną oceną naszej wartości.

Rozdział 20. Najważniejsze zasady dbania o zdrowie psychiczne

Zakres wiedzy do przygotowania do XIII Olimpiady

Przygotowując się do poszczególnych etapów, uczestnik powinien opanować nie tylko definicje, ale również rozumieć zależności między zjawiskami. Szczególnie ważne są następujące obszary:

- zdrowie psychiczne, dobrostan i równowaga;
- odporność psychiczna i rezyliencja;
- stres, stresory i strategie radzenia sobie;
- emocje, samoregulacja i poczucie własnej wartości;
- zmiana, niepewność i elastyczność psychiczna;
- komunikacja, relacje, asertywność i granice;
- myślenie, przekonania i dysonans poznawczy;
- sen, aktywność fizyczna, odżywianie i regeneracja;
- cyfrowy świat, media społecznościowe, cyberprzemoc i higiena cyfrowa;

- kryzys psychiczny i zasady bezpiecznego reagowania;
- zaburzenia lękowe, depresja i zaburzenia odżywiania;
- uzależnienia i zachowania nałogowe;
- neuroróżnorodność, spektrum autyzmu i ADHD;
- mózg i układ nerwowy a zdrowie psychiczne;
- stygmatyzacja, stereotypy, uprzedzenia i dyskryminacja;
- specjaliści, instytucje i zasady korzystania z pomocy;
- profilaktyka i wzmacnianie odporności psychicznej.

Zależności szczególnie ważne w pytaniach testowych

- stresor → ocena sytuacji → reakcja stresowa → sposób radzenia sobie → skutek dla funkcjonowania;
- trudność → uruchomienie zasobów → wsparcie i/lub działanie → adaptacja → odzyskiwanie równowagi;
- emocja → informacja o znaczeniu sytuacji → regulacja → wybór zachowania;
- zmiana → niepewność → ocena możliwości wpływu → elastyczne działanie → adaptacja;
- problem → rozpoznanie potrzeby → wybór właściwego specjalisty lub instytucji → pomoc → dalsze funkcjonowanie.

Pytania kontrolne do nauki

Pytania służą sprawdzeniu rozumienia materiału. Nie stanowią gotowego testu konkursowego; mogą natomiast pomóc w samodzielnym przygotowaniu się do Olimpiady.

Czym jest zdrowie psychiczne i dlaczego nie oznacza wyłącznie braku zaburzeń psychicznych?

Czym różnią się dobrostan psychiczny, równowaga psychiczna i odporność psychiczna?

Czym jest rezyliencja i jakie zasoby mogą ją wzmacniać?

Czym różni się stresor od reakcji stresowej?

Jakie trzy stadia obejmuje klasyczna koncepcja Ogólnego Zespołu Adaptacyjnego?

Czym różnią się eustres i dystres?

Czym różnią się strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie i na emocjach?

Jakie funkcje pełnią emocje?

Na czym polega samoregulacja emocji?

Czym jest poczucie własnej wartości i dlaczego nie powinno zależeć wyłącznie od osiągnięć?

Na czym polega elastyczność psychiczna w sytuacji zmiany i niepewności?

Czym różni się asertywność od agresji i uległości?

Jak może wyglądać komunikat JA?

Czym jest dysonans poznawczy i jakie sposoby jego redukcji można wskazać?

Jakie znaczenie dla zdrowia psychicznego mają sen, aktywność fizyczna, odżywianie i odpoczynek?

Czym są FOMO, multitasking i multiscreening?

Jakie sygnały mogą wskazywać, że osoba potrzebuje profesjonalnej pomocy?

Czym różni się kryzys psychiczny od zaburzenia psychicznego?

Czym charakteryzują się spektrum autyzmu i ADHD oraz dlaczego ich obraz jest zróżnicowany?

Jakie podstawowe funkcje przypisuje się płatom czołowemu, ciemieniowemu, skroniowemu i potylicznemu?

Czym są stereotyp, uprzedzenie, dyskryminacja i stygmatyzacja?

Do jakich specjalistów lub instytucji można zwrócić się w zależności od rodzaju trudności?

Dlaczego prośenie o pomoc jest elementem odporności psychicznej, a nie jej zaprzeczeniem?

Można je podsumować w kilku prostych zasadach.

1. Zauważaj swoje emocje

Nie ignoruj tego, co dzieje się z Tobą przez długi czas.

2. Dbaj o podstawy

Sen, jedzenie, ruch i odpoczynek mają znaczenie.

3. Utrzymuj relacje

Nie izoluj się całkowicie, kiedy przeżywasz trudności.

4. Rozmawiaj

Problemy często stają się łatwiejsze do uporządkowania, gdy można o nich powiedzieć komuś zaufanemu.

5. Szanuj swoje granice

Masz prawo powiedzieć „nie”.

6. Nie porównuj całego swojego życia z fragmentami życia innych

Szczególnie w mediach społecznościowych.

7. Ucz się radzić sobie ze stresem

Nie każdy stres można usunąć, ale można rozwijać sposoby reagowania na niego.

8. Nie diagnozuj siebie na podstawie internetu

Informacje w sieci mogą być pomocne, ale diagnoza wymaga profesjonalnej oceny.

9. Korzystaj z pomocy

Nie trzeba czekać do momentu całkowitego kryzysu.

10. Traktuj zdrowie psychiczne tak samo poważnie jak fizyczne

Problemy psychiczne są rzeczywistymi problemami zdrowotnymi i zasługują na odpowiednią pomoc.

Podsumowanie

Zdrowie psychiczne jest częścią zdrowia człowieka i zmienia się w ciągu życia.

Na dobrostan wpływają między innymi:

- czynniki biologiczne,
- sposób myślenia,
- emocje,
- relacje,
- sytuacja rodzinna,
- szkoła,
- środowisko,
- sen,
- aktywność,
- stres,
- środowisko cyfrowe.

Odporność psychiczna nie oznacza braku trudnych emocji. Oznacza możliwość radzenia sobie z trudnościami i odzyskiwania równowagi.

Stres jest naturalną reakcją organizmu, ale przewlekły lub bardzo silny stres może negatywnie wpływać na funkcjonowanie.

Emocje są ważnymi sygnałami. Warto je rozpoznawać, nazywać, wyrażać i regulować.

Dobre relacje wymagają szacunku, komunikacji i respektowania granic.

Problemy psychiczne mogą dotyczyć każdego człowieka. Nie należy ich stygmatyzować ani bagatelizować.

Internet może wspierać rozwój i relacje, ale może również negatywnie wpływać na samopoczucie. Świadome korzystanie z technologii jest elementem dbania o dobrostan.

Najważniejszą umiejętnością nie jest radzenie sobie ze wszystkim samemu.

Jest nią również **wiedza, kiedy i do kogo zwrócić się o pomoc.**

Słowniczek najważniejszych pojęć

Dobrostan psychiczny – ogólny stan funkcjonowania i samopoczucia psychicznego, obejmujący m.in. możliwość radzenia sobie z codziennością, rozwijania swoich możliwości i budowania relacji.

Zdrowie psychiczne – stan dobrostanu psychicznego umożliwiający m.in. radzenie sobie z codziennymi wymaganiami, rozwój i funkcjonowanie społeczne.

Odporność psychiczna – zdolność do przystosowywania się do trudności i odzyskiwania równowagi.

Stres – reakcja organizmu i psychiki na wymagania, wyzwania lub zagrożenia.

Emocja – reakcja psychiczna i fizjologiczna związana z określonym wydarzeniem, myślą lub sytuacją.

Regulacja emocji – umiejętność wpływania na sposób przeżywania i wyrażania emocji.

Granice – określenie tego, co jest dla człowieka akceptowalne, a co przekracza jego komfort lub zasady.

Kryzys psychiczny – stan poważnego przeciążenia, w którym dotychczasowe sposoby radzenia sobie mogą nie wystarczać.

Stygmatyzacja – negatywne etykietowanie lub traktowanie osoby ze względu na określoną cechę, chorobę lub sytuację.

Depresja – zaburzenie psychiczne charakteryzujące się m.in. obniżeniem nastroju lub utratą zainteresowań i innymi objawami wpływającymi na funkcjonowanie.

Zaburzenia lękowe – grupa zaburzeń, w których lęk lub nadmierne zamartwianie są nasilone, długotrwałe albo powodują istotne trudności w funkcjonowaniu.

Psycholog – specjalista zajmujący się m.in. funkcjonowaniem psychicznym, diagnozą psychologiczną i różnymi formami pomocy psychologicznej.

Psychoterapeuta – osoba prowadząca psychoterapię w ramach posiadanych kwalifikacji.

Psychiatra – lekarz specjalizujący się w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych.

Profilaktyka – działania mające na celu ochronę zdrowia, ograniczanie czynników ryzyka i wzmacnianie czynników chroniących.

Gdzie szukać informacji i pomocy?

Warto korzystać przede wszystkim ze sprawdzonych źródeł.

- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) – informacje dotyczące zdrowia psychicznego, dobrostanu i profilaktyki. Światowa Organizacja Zdrowia
- **Pacjent.gov.pl** – informacje dotyczące korzystania z systemu ochrony zdrowia oraz różnic między pomocą psychologiczną, psychoterapią i psychiatrią. pacjent.gov.pl
- **Ministerstwo Zdrowia** – informacje dotyczące dostępnych form pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Gov.pl
- Telefon Zaufania 116 111 – bezpłatna, całodobowa pomoc dla dzieci i młodzieży. 116111

W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia należy skontaktować się z **112** lub skorzystać z pilnej pomocy medycznej.

Materiał edukacyjny przygotowała: Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna w Krasnymstawie