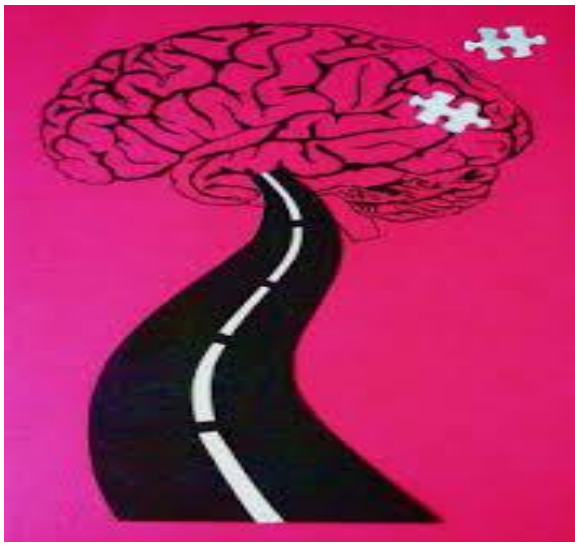
Materiały edukacyjne do V Regionalnej Olimpiady Wiedzy o Zdrowiu Psychicznym



Ryki 2017

Materiały edukacyjne do V Regionalnej Olimpiady Wiedzy o Zdrowiu Psychicznym

POJĘCIE ZDROWIA I CHOROBY PSYCHICZNEJ

Nie jest możliwe ustalenie uniwersalnych norm zdrowia psychicznego. Należy uwzględnić okres historyczny, warunki społeczno-ustrojowe, grupę społeczną, etapy ewolucyjne. Naruszanie norm życia społecznego (zachowania nietypowe, przestępstwa) nie świadczy o chorobie psychicznej. Odchyleniem od normy psychicznej może być także niedorozwój lub nieakceptowana forma zachowania.

Biorąc pod uwagę intelekt i życie uczuciowe, za normę można uznać taki rozwój intelektu, który umożliwia przystosowanie do zmieniających się warunków życia oraz taki rozwój uczuć moralnych, etycznych, humanitarnych, rodzinnych i społecznych, który umożliwia realizację własnych potrzeb i celów w harmonii z innymi jednostkami i życiem społecznym. To **kryterium normy** pokrywa się z **kryterium zdrowia psychicznego.**

Definicję zdrowia psychicznego trudno sformułować w sposób jednoznaczny i uniwersalny, gdyż może być ono rozpatrywane w różnych aspektach.

Najważniejsze **koncepcje zdrowia psychicznego** prezentowane są następująco:

• Zdrowie psychiczne to stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego, a nie tylko nieobecność choroby czy kalectwa (wg WHO). Definicja ta nie określa wszechstronnie zdrowia psychicznego, gdyż nie uwzględnia czynnika rozwoju. Z kolei dobrostan wyklucza nieodłączne w życiu każdego człowieka zjawiska, takie jak np. konflikty wewnętrzne, cierpienie, trudne przeżycia. Występowanie tych zjawisk nie może oznaczać braku zdrowia psychicznego. Pełny dobrostan dotyczy jedynie pewnych okresów życia.

• Zdrowie psychiczne to: poziom rozwoju psychofizycznego człowieka, który pozwala mu realizować własne cele i potrzeby w harmonii z innymi ludźmi.

• Zdrowie psychiczne to: czynność centralnego układu nerwowego, który osiągnął poziom ewolucji umożliwiający dowolną, świadomą kontrolę zachowania, w rezultacie której działalność człowieka umożliwia mu optymalne przystosowanie bez naruszania norm życia społecznego oraz przewidywanie przyszłości na podstawie doświadczeń z przeszłości. Z tej definicji wynika, że zdrowie psychiczne może być rozpatrywane w związku z poziomem rozwoju osobniczego (inne będą kryteria dla 10-letniego dziecka, inne dla osoby 40-letniej) oraz w powiązaniu z normami życia w grupie.

• Zdrowie psychiczne to: zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego. Autorem takiej definicji zdrowia psychicznego jest Kazimierz Dąbrowski. Proces rozwojowy dzieli on na fazy i poziomy. Fazy są wyznaczane przez czynniki biologiczne, społeczne oraz kulturowe i są wspólne dla wszystkich. Poziom rozwoju to indywidualne zjawisko osiągane z udziałem świadomości jednostki:

– poziom I – integracja pierwotna,
– poziom II – dezintegracja jednopoziomowa,
– poziom III – dezintegracja wielopoziomowa, spontaniczna, impulsywna,
– poziom IV – dezintegracja wielopoziomowa, zorganizowana, usystematyzowana,
– poziom V – integracja wtórna.

Zgodnie z teorią dezintegracji pozytywnej, człowiek osiąga w procesie rozwoju kolejne poziomy, dążąc do poziomu integracji wtórnej. Jest to poziom wtórnego zharmonizowania się po doświadczeniach wewnętrznych i zewnętrznych. Wówczas obserwujemy pewne dynamizmy, takie jak: autonomia i autentyzm, odpowiedzialność, samoświadomość, empatia, ukształtowanie zainteresowań i uzdolnień, następuje dynamizacja ideału osobowości. Występuje samouświadomiona jedność właściwości psychicznych realizująca ideał indywidualny i społeczny. Tworzą się cechy indywidualne i cechy wyrażające autentyczny i autonomiczny stosunek do ludzi. Istnienie jednych cech jest warunkiem rozwoju drugich. Człowiek ma zaufanie do własnych sił

i możliwości, jest zdolny do samorozwoju i samowychowania, ceni szlachetność i mądrość, potrafi radzić sobie z trudnościami.

Pogląd stanowiący przeciwwagę biomedycznej koncepcji zdrowia prezentuje A. Antonovsky, akcentując w zdrowiu koherencję, względnie stałą właściwość, którą tworzą trzy składniki:

• poczucie zrozumiałości (człowiek postrzega świat jako uporządkowany, przewidywalny),
• poczucie zaradności (człowiek dostrzega możliwości pozwalające sprostać życiowym wymaganiom),
• poczucie sensowności (człowiek uznaje, że wyzwania, jakie niesie życie, są warte jego wysiłku i zaangażowania).

Współczesna psychologia określa zdrowie psychiczne jako dojrzałą, dobrze przystosowaną i optymalnie funkcjonującą osobowość. Prawidłowy i konstruktywny proces powstawania oraz rozwoju zdrowia psychicznego, zmierzający do osiągnięcia przez człowieka dojrzałej osobowości, wyraża się w kształtowaniu cech twórczych, a następnie postawy twórczej.

Osoba zdrowa psychicznie jest dobrze przystosowana do otoczenia. Ma realistyczny stosunek do swoich problemów, zdaje sobie sprawę ze swych braków i niedociągnięć oraz niedoskonałości osób ze swego otoczenia. Jednocześnie odznacza się twórczą spontanicznością w pracy i w stosunkach społecznych, potrafi wykorzystać w działaniu posiadane zdolności i kompetencje.

Wyróżniamy następujące kryteria stanowiące narzędzie do diagnozowania zdrowia psychicznego:

• ogólne – określają stosunek człowieka do rzeczywistości i świata,
• egocentryczne – określają stosunek człowieka do siebie samego,
• społeczne – określają stosunek człowieka do społeczeństwa, życia społecznego i wspólnot,
• etyczne – określają poziom moralny człowieka.

Choroba psychiczna to zaburzenie czynności centralnego układu nerwowego, w wyniku którego pojawiają się objawy psychopatologiczne, które zaburzają dowolną świadomą kontrolę zachowania, utrudniają lub uniemożliwiają przystosowanie do istniejących warunków, upośledzają lub zniekształcają zdolność do przewidywania przyszłości oraz upośledzają lub uniemożliwiają korzystanie z doświadczeń.

W założeniach współczesnej psychiatrii:

• żaden człowiek nie jest całkowicie zdrowy psychicznie, a żaden pacjent psychiatryczny nie jest chory psychicznie we wszystkich obszarach jego funkcjonowania,
• przewlekłość choroby psychicznej nie oznacza jej nieuleczalności,
• przewlekle chory jest warunkowo zdrowy, gdyż w chorobie psychicznej obserwuje się liczne wahania zarówno pozytywne, jak i negatywne.

Według Karty Zdrowia Psychicznego 2000 – zdrowie psychiczne i choroby psychiczne stanowią efekt wielu czynników biologicznych i psychologicznych, mieszczących się w przeszłym oraz obecnym środowisku, tkwiących w systemach opieki zdrowotnej i społecznej oraz łączących się ze stylem życia.

WPŁYW CZYNNIKÓW ROZWOJU NA POZIOM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Struktura psychiczna człowieka jest wypadkową wielu czynników, które ukształtowały jego osobowość. Dla kształtowania i umacniania zdrowia psychicznego potrzebne jest współdziałanie trzech czynników:

• czynnika konstytucjonalnego i związanego z nim potencjału rozwojowego, decydującego w dużej mierze o rozwoju w sensie dodatnim, jak również w sensie ujemnym;
• odpowiedniego wychowania w rodzinie, właściwej organizacji szkolnictwa, nastawienia na modele i wzory oraz konkretne ideały wychowawcze;
• czynnika autonomicznego i autentyczngo – człowiek, który rozwija u siebie te czynniki, wpływa również korzystnie na rozwój innych

Rozwój autonomiczny i autentyczny, a więc aktywność własna człowieka, w sposób znaczący wpływa na zdrowie psychiczne osiągane przez chwiejną równowagę. Obserwujemy wówczas takie cechy, jak:

• wysoki poziom empatii,
• wrażliwość,
• alterocentryzm,
• odpowiedzialność, umiejętność współdziałania,
• coraz wyższy poziom zainteresowań i uzdolnień,
• niepowtarzalne związki uczuciowe,
• świadoma identyfikacja z historią własnego rozwoju, świadoma projekcja tego rozwoju w przyszłość.

Do uzyskania wyższego poziomu zdrowia psychicznego potrzebne są: doświadczenia i przeżycia, autentyczne myślenie, a więc rozwiązywanie trudnych problemów życiowych, rozwój wewnętrzny i rozwój kontaktów społecznych. Różnorodne doświadczenia osobiste, zawodowe, a przede wszystkim kontakty międzyludzkie pozwalają człowiekowi rozwijać indywidualne niepowtarzalne cechy, wyrażające jego stosunek do samego siebie i do otoczenia.

Zdrowie psychiczne to m.in. umiejętność przystosowania do zmieniających się warunków rzeczywistości. Nie oznacza to jednak konieczności rezygnacji z własnych wartości i celów. W dążeniu do ideału osobowości na drodze osobistego rozwoju zawsze można być osobą autentyczną, niepowtarzalną i autonomiczną.

Czynniki konstytucjonalne, środowiskowe oraz autonomiczne i autentyczne współdziałają w kształtowaniu zdrowia psychicznego.

CELE I ZADANIA HIGIENY PSYCHICZNEJ

Uniwersalny cel Polskiego Towarzystwa Higieny Psychicznej przedstawia hasło „Zdrowy człowiek w zdrowym, dojrzałym społeczeństwie".

Szczegółowe cele higieny psychicznej to:

• dążenie do wszechstronnego rozwoju osobowości człowieka,
• umacnianie więzi rodzinnych,
• tworzenie pozytywnych stosunków międzyludzkich i postaw prospołecznych,
• wychowanie w duchu humanizmu wolności i sprawiedliwości,
• poszanowanie każdej jednostki ludzkiej,
• rozwijanie i upowszechnianie zasad higieny psychicznej w społeczeństwie.

Naczelne zadania higieny psychicznej to:

• tworzenie warunków podtrzymujących zdrowie psychiczne człowieka,
• rozwijanie higieny psychicznej jako nauki i ruchu społecznego,
• walka z zagrożeniami zdrowia i życia,
• profilaktyka indywidualna, społeczna i ogólnoludzka,
• usuwanie źródeł konfliktów z przyrodą, samym sobą, innymi ludźmi i między narodami,
• neutralizowanie zaburzeń psychicznych, zagrożeń biologicznych i ekologicznych.

Zgodnie z zasadami higieny psychicznej, człowiek powinien być przygotowany do kontaktów z otoczeniem, a także działać na rzecz zmniejszenia zagrożeń i kształtowania lepszych warunków życia.

Rządy i władze państw powinny dążyć do tego, aby środowisko człowieka w maksymalnym stopniu sprzyjało zdrowiu psychicznemu. Osoby odpowiedzialne za zagadnienia higieny psychicznej powinny interesować się m.in. poziomem uprzejmości urzędników, zająć się problemami stresu i cierpieniami ludzi zdrowych, uczyć pielęgniarki, jak zajmować się chorymi, uczyć wychowawców, jak wszechstronnie wychowywać, zapobiegać napięciom społecznym, a nawet wojnie.

Zasady higieny psychicznej mają praktyczne zastosowanie w poradniach, szpitalach, sanatoriach, instytucjach administracyjnych, a przede wszystkim w instytucjach wychowania.

PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Zdrowie rozumiane jako wynik powiązań między człowiekiem a jego środowiskiem podlega oddziaływaniom różnorodnych czynników. Interdyscyplinarną dziedziną badań, wiedzy i praktyki oraz szerokim ruchem na rzecz zdrowia jest promocja zdrowia inspirowana przez Światową Organizację Zdrowia. Zdrowie jako dobro i prawo każdego człowieka stanowi również wartość społeczną.

Wyrazem uznania zdrowia psychicznego za szczególną wartość, którą należy wspierać i chronić, jest powstała w 1948 r. Światowa Federacja Ochrony Zdrowia
Psychicznego. W Karcie Ottawskiej (1986 r.) określono promocję zdrowia psychicznego jako „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania".

Działania promujące zdrowie psychiczne polegają na rozwijaniu świadomości tego, czym jest zdrowie psychiczne, jakie czynniki je warunkują, wzmacnianiu i rozwijaniu zasobów zdrowia tkwiących w jednostce i środowisku oraz tworzeniu warunków umożliwiających ochronę zdrowia psychicznego w wymiarze indywidualnym i społecznym.

Zaburzenia psychiczne stanowią poważny problem społeczny narastający w okresach intensywnych przemian ustrojowych, społecznych, ekonomicznych i kulturalno- obyczajowych, co aktualnie obserwujemy w naszym kraju. Często w grupach społecznych, które powinny wspierać i wzmacniać zdrowie psychiczne, jak: rodzina, szkoła czy zakład pracy, obserwujemy zjawiska zagrażające zdrowiu.

Obserwowane zagrożenia zdrowia psychicznego to m.in. kryzys norm i wartości, słabe więzi rodzinne, rozwody, rodziny bez formalnego związku, przemoc w rodzinie, ubóstwo, nadużywanie alkoholu, narkomania, przemoc seksualna, samobójstwa i wysoki poziom przestępczości. Narastające problemy zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży są wynikiem wymagań przekraczających możliwości uczniów, patologii w relacjach między uczniami a nauczycielami, agresji i przemocy w szkole. Nie bez znaczenia dla zdrowia psychicznego jest zjawisko bezrobocia, częste zmiany pracy, mobbing, wypalenie zawodowe, surowe reguły funkcjonowania społecznego i pogłębiająca się alienacja jednostki.

Główne kierunki działań w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego to:

• kształtowanie postaw odpowiedzialności oraz miłości rodziców do nienarodzonych dzieci;

• przygotowanie rodziców do profilaktyki zaburzeń lękowych u małego dziecka: uświadomienie roli kontaktu wzrokowego i fizycznego;

• wzbudzanie i wzmacnianie poczucia własnej wartości w rodzinie i szkole m.in. przez:

– aprobatę spontanicznie wyrażanych przez dziecko emocji,

– stanowczość i konsekwencję w postępowaniu z dzieckiem,

– sprawiedliwe stosowanie tzw. pozytywnych wzmocnień w procesie wychowania;

• udzielanie wsparcia psychicznego przez dorosłych osobom młodym w okresach kryzysów rozwojowych, upowszechnianie programów psychoprofilaktycznych i psychoedukacyjnych, propagowanie poradnictwa psychologicznego i psychiatrycznego, rozwój medycyny szkolnej;

• reforma kształcenia i doskonalenia nauczycieli, reforma wychowania w szkole;

• podejmowanie działań systemowych – sieć oddziaływań typu: „zdrowe miasto", „szkoła promująca zdrowie", tworzenie regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego;

• popularyzowanie wiedzy o rozwoju człowieka przez środki masowego przekazu;

• współpraca z ośrodkami i organizacjami europejskimi oraz światowymi w zakresie zdrowia psychicznego i prewencji.

PROFILAKTYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Zagadnienie profilaktyki zaburzeń psychicznych znajduje swoje miejsce w dokumentach określających programy polityki zdrowotnej w dziedzinie psychoprofilaktyki,
takich jak:

• Zdrowie dla Wszystkich 2000,
• Narodowy Program Zdrowia 2016–2020,
• Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Health 21,
• Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 882).

Psychoprofilaktyka jest obszarem badań naukowych i praktyki, obejmującym zarówno czynniki wspomagające zdrowie, jak i te, które powodują wystąpienie patologii. Działania psychoprofilaktyczne w kontekście zdrowia psychicznego są określone jako propagowanie higieny psychicznej lub prewencja.

Prewencja I stopnia to działania stosowane wobec określonych grup ryzyka, takich jak:
• nowo narodzone dzieci, wobec których rodzice mają negatywną postawę,
• dzieci z rodzin rozbitych,
• dzieci z rodzin społecznie i ekonomicznie dyskryminowanych,
• dzieci przebywające w warunkach długotrwałego konfliktu rodzinnego,
• studenci,
• wdowy,
• bezrobotni oraz inne osoby narażone na utratę statusu społecznego,
• osoby pracujące zawodowo w warunkach znacznego obciążenia psychofizycznego,
• osoby z subklinicznymi zaburzeniami lękowymi,
• osoby po próbach samobójczych.

W ramach działań w tej fazie profilaktyki ma miejsce wzmacnianie psychologicznych umiejętności człowieka przez treningi pomagające radzić sobie ze stresem i problemami oraz ćwiczenia umiejętności społecznych, takich jak: wyrażanie uczuć i poglądów, reakcje asertywne, konwersacja, negocjacje, zachowania niewerbalne itp.

Prewencja pierwotna to organizowanie otoczenia społecznego jednostki lub grupy w taki sposób, aby zapewnić zachowanie zdrowia psychicznego. Cele te można osiągnąć przez edukację zdrowotną upowszechniającą wiedzę o zdrowiu psychicznym i zdrowych warunkach życia społecznego.

Prewencja II stopnia ma zastosowanie w przypadku wczesnego wykrycia zaburzeń psychicznych. Jej celem jest powstrzymanie rozwoju zaburzeń i skrócenie czasu ich trwania. Na tym etapie stosuje się różne formy psychoterapii lub farmakoterapię. Równocześnie należy podjąć szeroko zakrojone działania środowiskowe.

Prewencja III stopnia dotyczy zapobiegania skutkom przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałania nawrotom.

Działania prewencyjne II i III stopnia zależą w dużej mierze od wielostronnej opieki zdrowotnej oraz współpracy z innymi instytucjami, np. z opieką społeczną.

Profilaktyka w zakresie zdrowia psychicznego obejmuje:
• stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół i innych placówek oświatowych, instytucjach opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych;
• tworzenie placówek ukierunkowanych na działania zapobiegawcze, takich jak: poradnie zdrowia psychicznego czy poradnie psychologiczne;
• wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych związanych z umacnianiem zdrowia psychicznego;
• wdrażanie i rozwijanie działalności psychoprofilaktycznej przez zakłady opieki zdrowotnej;
• wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem, opieką, zarządzaniem, organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku;
• inicjowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;
• uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu.

Ochrona zdrowia psychicznego polega na:
• promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
• zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej,
• kształtowaniu właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji i życzliwości wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Bibliografia:
„PODSTAWY PSYCHIATRII DLA STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA"
Pod redakcją Donaty Kurpas, Haliny Miturskiej i Marty Kaczmarek, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.

Psychologia (od stgr. *Ψυχή Psyche* = dusza, i λόγος *logos* = słowo, myśl, rozumowanie) – nauka badająca mechanizmy i prawa rządzące psychiką oraz zachowaniami człowieka. Psychologia bada również wpływ zjawisk psychicznych na interakcje międzyludzkie oraz interakcję z otoczeniem.

Różne definicje psychologii:

- **wg Tadeusza Tomaszewskiego**: psychologia to nauka o czynnościach człowieka i o człowieku jako ich podmiocie.

- **wg Philipa Zimbardo:** psychologia to naukowe badanie zachowania organizmów – jest to nauka, która pozwala ustalić co porusza ludźmi i jak funkcjonuje ich psychika.

Cele psychologii:

- opisywanie,
- wyjaśnianie,
- przewidywanie,
- sterowanie,
- podniesienie jakości ludzkiego życia.

Przedmiotem psychologii jest człowiek i jego zachowania. Psychologia ściśle łączy się z socjologią, biologią i filozofią, które to nauki otaczają psychologię znajdującą się w centrum.

Psychologię dzielimy na Teoretyczną i Stosowaną. Obie te sfery psychologii wzajemnie się przenikają i oddziałują na siebie.

Początki głównych nurtów:

Początki współczesnej psychologii sięgają 1879 roku, kiedy to w Lipsku powstaje Laboratorium Wilhelma Wundta. Był on twórca psychologii „zewnętrznej" (behawioralnej).

Kolejnym znaczącym przedstawicielem psychologii był Zygmunt Freud, który w 1896 roku zdefiniował psychologię „wewnętrzną" (psychoanalizę)

Innym odłamem psychologii jest psychologia humanistyczna zdefiniowana przez Karla Rogersa.

Działy psychologii:

- PSYCHOLOGIA POZNAWCZA: mówi, że człowiek jest istotą przetwarzającą informacje, tworzy nowe wnioski. Zdolność wybierania informacji.
- PSYCHOLOGIA HUMANISTYCZNA: wychowanie bezstresowe- założenie, że człowiek z góry jest dobry, wywyższanie człowieka.

- PSYCHOLOGIA EGZYSTENCJALNA: człowiek poszukuje sensu życia, dąży do czegoś; wiara jest prawdą, sens jest tu myślą przewodnią.
- PSYCHOLOGIA OGÓLNA: podstawowe elementy życia codziennego – psychicznego; psychologia fizjologiczna – biologiczne mechanizmy zachowania; wrażenia, spostrzeżenia, myślenie, wola, uwaga, pamięć.
- PSYCHOLOGIA ROZWOJOWA: bada czynniki, etapy i prawidłowości rozwoju psychicznego od niemowlęctwa do starości, dziś od poczęcia do starości.
- PSYCHOLOGIA OSOBOWOŚCI: zajmuje się strukturami psychicznymi człowieka, które tworzą się w trakcie rozwoju pod wpływem działania środowiska – sposób myślenia, motywacja, postrzeganie siebie i środowiska, charakter, temperament .
- PSYCHOLOGIA KLINICZNA: zajmuje się psychicznym zachowaniem człowieka w aspekcie zaburzeń.
- PSYCHOLOGIA SPOŁECZNA: zajmuje się wpływem jaki wywierają ludzie na poglądy i zachowania innych ludzi.
- PSYCHOLOGIA PRACY: analizuje przebieg działalności zawodowej człowieka, jego relacji do maszyn, innych pracowników, środków produkcji.
- PSYCHOLOGIA REHABILITACJI – REWALIdACYJNEJ: defektologicznej.
- PSYCHOLOGIA RELIGII: bada zjawiska psychiczne występujące w życiu religijnym człowieka, nie bada przedmiotu religii, zajmuje się przedmiotem np.: dorosłości religijnej.
- PSYCHOLOGIA SĄDOWA: zajmuje się procesami psychicznymi osób odosobnionych, podczas rozpraw sądowych, stara się wyjaśnić mechanizmy powstawania czynów karalnych.
- .WSZTSTKIE PSYCHOLOGIE SĄ POWIĄZANE!!!

Psychiatria jedna z podstawowych specjalizacji medycznych zajmująca się badaniem, zapobieganiem i leczeniem zaburzeń i chorób psychicznych. Bada ich uwarunkowania biologiczne, psychologiczne, rodzinno-genetyczne, społeczne, konstytucjonalne – sposoby powstawania i skutecznego zapobiegania.

Psychiatria różni się od psychologii faktem, iż jest ona nauką medyczną, psychologia zaś, według podziału klasycznego jest subdyscypliną filozoficzną, która obecnie wyrosła na samodzielną naukę społeczną. Obie nauki są interdyscyplinarne i posiadają zróżnicowane podejścia, zawierające swoiste podstawy teoretyczne.

Psychoterapia (od *psyche* = dusza i *therapein* = leczyć) to zbiór technik leczących lub pomagających leczyć rozmaite schorzenia i problemy natury psychologicznej. Wspólną cechą wszystkich tych technik jest kontakt międzyludzki, w odróżnieniu od leczenia czysto medycznego.

Psychoterapią w szerokim znaczeniu tego pojęcia, określa się oddziaływanie lecznicze środkami psychologicznymi i środowiskowymi. W ścisłym znaczeniu obejmuje ona zaplanowane i systematyczne oddziaływanie psychologiczne, którego celem jest poprawa funkcjonowania psychicznego i adaptacji społecznej. Aktualnie istnieje wiele różnych kierunków psychoterapeutycznych, np. psychoanalityczna, dynamiczna, fenomenologiczna, behawioralna, a przyjmowane przez nie szczegółowe definicje pojęcia psychoterapii zawierają z reguły sprecyzowaną już koncepcję teoretyczną i wykluczają psychoterapeutyczne podejścia innego rodzaju.

Czym jest psychoterapia?

Jeden z prekursorów psychoterapii – **Pierre Janet** postrzegał psychoterapię jako zastosowanie wiedzy psychologicznej do leczenia różnych chorób. Definicja Janeta – jakkolwiek nieścisła – dawała jako taki obraz psychoterapii. W 1970 roku **Stanislav Kratochvil** dokonał próby określenia psychoterapii, i tak przez psychoterapię rozumiał „lecznicze oddziaływanie na chorobę, zaburzenie lub anomalię środkami psychologicznymi". W tym rozumieniu psychoterapia stanowi proces zamierzonego korygowania zaburzeń czynności organizmu za pomocą środków psychologicznych. Jak twierdzi Kratochvil „zaburzenie czynności może dotyczyć procesów psychicznych i osobowości lub procesów somatycznych i funkcji narządów".

W swojej pracy z pacjentem psychoterapeuta wykorzystuje cały wachlarz środków psychologicznych. Podstawowym środkiem jest słowo, które stanowi oś komunikacji między dwoma podmiotami w procesie psychoterapii, czyli psychoterapeutą a pacjentem. Ponadto często stosowanymi środkami są mimika lub milczenie, więzi emocjonalne, manipulowanie środowiskiem, uczenie się i inne. Zakres oddziaływania środków psychologicznych może być różny i w zależności od niego wyróżniamy psychoterapię rozumianą w szerszym i węższym znaczeniu. Psychoterapia w szerszym znaczeniu obejmuje możliwości oddziaływania środowiskowego. W węższym sensie psychoterapia dotyczy zamierzonego i celowego oddziaływania psychoterapeuty na pacjenta poprzez kontakt psychoterapeutyczny.

Psychoterapia a pomoc psychologiczna

Trudności związane z precyzyjnym określeniem psychoterapii powodują, że termin ten jest nierzadko nadużywany przez osoby zajmujące się pomocą psychologiczną (poradnictwem psychologicznym), psychoedukacją, a także medycyną niekonwencjonalną. Spróbujmy bliżej przyjrzeć się pomocy psychologicznej, aby rozgraniczyć te pojęcie od tego co już wiemy o psychoterapii.

Pomoc psychologiczna ma na celu pomoc w rozwiązaniu problemu, konfliktu w sposób korzystny (dobry) dla klienta (pacjenta). Osoba udzielająca pomocy uważana jest za eksperta posiadającego wiedzę na ten temat. W istocie jest on jedynie doradcą proponującym pewne sposoby myślenia, przeżywania lub doświadczania, które mogą być pomocne w znalezieniu rozwiązania problemu. Odpowiedzialność za słuszność decyzji oraz za własne zdrowie ponosi sam klient. Podobnie wygląda sytuacja pomocy towarzyskiej, nieprofesjonalnej, z tym że pomagający odwołuje się do swojej naturalnej, osobistej wiedzy.

W psychoterapii rozumianej jako metoda leczenia jest inaczej. Psychoterapeuta odpowiada za diagnozę i leczenie zaburzenia pacjenta, pacjent natomiast wyraża jedynie zgodę na badanie i leczenie.

Cele psychoterapii

We współczesnej psychoterapii spotykamy dwa podstawowe sformułowania celu psychoterapii:

a) Celem psychoterapii jest usunięcie objawów chorobowych. Pacjent zgłasza się do terapeuty z określonymi dolegliwościami, a zadaniem terapeuty jest usunięcie tych dolegliwości bądź poprzez terapię objawową, bądź terapię przyczynową. W zależności od rodzaju objawów ten cel może być określony jako: przywrócenie zdolności odczuwania przyjemności, nadziei i radości życia, przywrócenie zdolności do pracy, nawiązywania kontaktu. Cel uważa się za osiągnięty, kiedy zakłócające objawy zostaną usunięte.

b) Celem psychoterapii jest reedukacja, resocjalizacja, reorganizacja, restrukturyzacja czy też integracja osobowości pacjenta. Problemy jakie analizuje się w procesie psychoterapii zależą od przyjętej koncepcji osobowości człowieka, np. konflikty intrapsychiczne, patologiczne fiksacje libido lub patologiczne stereotypy w stosunkach interpersonalnych. Usunięcie objawów uważa się

za skutek uboczny, gdyż w psychoterapii opartej o tego rodzaju cel dąży się do przekształcania osobowości pacjenta w kierunku prawidłowego przystosowania lub w kierunku osiągania dojrzałości i realizacji swoich celów życiowych (Kratochvil, 1978).

Drugie podejście ma niewątpliwą przewagę nad pierwszym dzięki większej dokładności i głębszemu działaniu: sięga się tutaj do przyczyn problemu a nie tylko do objawów zaburzenia.

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

Przedmiot badań psychologii rozwoju człowieka:

- Pojęcie rozwoju zostało wprowadzone przez Arystotelesa, który ujmował rozwój jako zmianę celową, polegającą na przechodzeniu od form niższych do form wyższych. W filozofii współczesnej rozwój oznacza wszelki długotrwały proces kierunkowych zmian, w którym można wyróżnić prawidłowo po sobie następujące etapy przemian (fazy rozwojowe) danego obiektu (układu) pod określonym względem. Obiektem może być pojedyncza jednostka, ale także grupa osób, np. rodzina, naród, obiektem psychologii rozwoju może być także kultura, gospodarka.
- Psychologia rozwoju człowieka zajmuje się badaniem zmian dokonujących się w psychice (tzn. w procesach, strukturach i funkcjach psychicznych) oraz zmian dokonujących się w zachowaniu człowieka w różnych fazach jego życia. W myśl niektórych teorii psychologicznych przedmiotem badań psychologii rozwojowej są przede wszystkim zmiany zachodzące w zachowaniu. Wg innych teorii, np. piagetowskiej teorii rozwoju przedmiotem badań powinno być przede wszystkim wykrywanie przekształceń w organizacji (strukturach) procesów psychicznych leżących u podłoża zmian obserwowanych w zachowaniu. Podstawowym obszarem zmian rozwojowych, które bada psychologia rozwojowa jest cykl życia jednostki ludzkiej. Przedmiotem zainteresowań badawczych są także zmiany rozwojowe psychiki i zachowania się, jakie zachodzą w toku rozwoju gatunkowego i w procesie dziejów historycznych ludzkości.
- Tradycyjna psychologia rozwojowa przyjmowała, że zmiany rozwojowe psychiki są powiązane przyczynowo z procesami biologicznego dojrzewania organizmu, a więc występują tylko w okresie dzieciństwa i dorastania. Przedmiotem badań tradycyjnej psychologii rozwojowej były zmiany zachodzące w psychice i zachowaniu się dzieci i młodzieży. Sadzono, że procesy rozwojowe kończą się wraz z osiągnięciem dojrzałości. Psychologia rozwojowa była utożsamiana z psychologią dziecka.
- Obecnie uważa się, że rozwój psychiczny człowieka trwa całe życie tj. od jego poczęcia aż do śmierci, przy czym zmiany rozwojowe w wieku dojrzałym nie są ani mniej liczne ani mniej głębokie niż te, które dokonują się w okresie dzieciństwa i dorastania.

Na ogół przyjmuje się istnienie następujących faz rozwojowych człowieka:

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

- dorosłość (25-60 lat)
- starość (+60 lat)
- śmierć

Procesy poznawcze – procesy tworzące i modyfikujące struktury poznawcze (reprezentacje umysłowe) w systemie poznawczym (w umyśle), będące przedmiotem badań kognitywistyki i psychologii poznawczej. Można stwierdzić, że procesy poznawcze służą do tworzenia i modyfikowania wiedzy o otoczeniu, kształtującej zachowanie (służą poznawaniu otoczenia). Można również stwierdzić, że są to procesy przetwarzania informacji, jakie zachodzą w układzie nerwowym i polegają na odbieraniu informacji z otoczenia, ich przechowywaniu i przekształcaniu oraz wyprowadzaniu ich ponownie do otoczenia w postaci reakcji – zachowania.

Podział procesów poznawczych:

Percepcja (spostrzeganie) - spostrzeganiem nazywa się złożony układ procesów prowadzący do ukształtowania się subiektywnego obrazu rzeczywistości, spostrzeżenia. Podstawą tych procesów są określone czynności tj. widzenie, słyszenie, smakowanie, wąchanie, odczuwanie dotyku i temperatury itp., które odpowiadają za konstruowanie spostrzeżeń. Percepcja jest pierwszym etapem przetwarzania informacji, które odbierane są przez narządy zmysłów. Dzięki fenomenowi ludzkiego umysłu jest ona dostępna świadomości człowieka, może zostać przez niego zauważona i opisana. Systemy percepcyjne podlegały długiemu procesowi ewolucji, dopiero u człowieka powstał tak skomplikowany, szczególnie czuły mechanizm wykrywający i reagujący na różnorodność bodźców docierających z otoczenia. Każdy człowiek w momencie urodzenia posiada genetycznie zaprogramowane możliwości percepcyjne. Jednak nie pozostają one takie same przez resztę jego życia. Nowe sytuacje, doświadczenia życiowe wchodzące w skład procesu uczenia się mogą prowadzić do zmian tych zdolności, kształtować je w specyficzny sposób. Na poziomie elementarnym proces spostrzegania opiera się na wrodzonym mechanizmie przetwarzania sensorycznego (zmysłowego) prostych właściwości zmysłowych np. oko reaguje na światło. Dokładniej, następuje przetworzenie energii bodźca np. fal świetlnych o pewnej częstotliwości, na określoną aktywność neuronalną (powstanie impulsu elektrycznego przewodzonego przez odpowiednie komórki układu nerwowego), następnie dochodzi do pobudzenia powierzchni recepcyjnej danego analizatora np. komórek receptorowych oka.

Organizm człowieka jest zdolny do wykrywania trzech cech bodźców:
- charakterystycznego dla nich typu energii np. świetlnej, termicznej;
- lokalizacji w przestrzeni;
- natężenia w określonych momentach.

Bodziec musi charakteryzować się określona siłą, aby został wykryty przez receptory czuciowe np. siatkówkę oka. Wielkość bodźca, który może zostać poprawnie wykryty w 50% przypadków to próg absolutny, wielkość mniejsza od tego progu to wielkość podprogowa.

Uwaga odpowiada za selekcjonowanie informacji. Jest nierozerwalnie związana z procesami percepcji do tego stopnia, że w niektórych sytuacjach wygodnie jest traktować uwagę tak, jakby była procesem percepcyjnym.

Proces uwagi jest uwarunkowany takimi czynnikami jak:
- stopień podobieństwa bodźców: im bardziej podobne są następujące po sobie bodźce tym trudniej przyciągają uwagę, wyraźnie różny od nich bodziec przykuje uwagę;
- trudność zadania;

- brak wprawy i doświadczenia;
- zagrożenie i niepokój;
- uprzedzenia i roztargnienie, uprzedzenia ukierunkują uwagę na bodźce zgodne z ich treścią i skrajnie niezgodne z nią, roztargnienie rozprasza uwagę, istotne z punktu widzenia danego zadania bodźce mogą umknąć uwadze;
- nuda;
- przyzwyczajenie do danego bodźca, przy braku zmian bodźca przez pewien okres czasu, następuje osłabienie fizjologicznych i psychologicznych reakcji, receptory przestają reagować na ten bodziec - zjawisko habituacji.

Główne funkcje uwagi możemy zawrzeć w trzech punktach:

1. selekcja pierwotna - czyli selekcja tych aspektów otoczenia, które będą podlegały dokładniejszej obróbce.
2. selekcja wtórna - selekcja tych rezultatów przetwarzania informacji, które są podstawą wyboru określonego sposobu reagowania
3. gospodarowanie zasobami poznawczymi, tj. podejmowanie decyzji na temat tego, ile i jakie procesy poznawcze wykorzystać do realizacji różnych celów

Rodzaje uwagi:

- **uwaga mimowolna** zależna od zachowania wyznaczanego przez siłę i wielkość działających bodźców. Ten rodzaj najprościej wyjaśnić na przykładzie małego dziecka, które bawiąc się swoją ulubioną zabawka gdy da mu się inną od razu przerwie czynność wykonywaną i zainteresuje się nowym przedmiotem. Jest to wrodzona reakcja na bodźce nowe i nieznane, ich pojawienie się hamuje wykonywanie innych czynności w danej chwili. Pojawienie się zmiany w otoczeniu jest rejestrowane zarówno u ludzi jak i u zwierząt. Uwaga mimowolna jest forma odruchu orientacyjnego. Kształtuje się bardzo wcześnie dzięki czemu jej badanie może być obiektywne. Już w pierwszych miesiącach życia dziecka można obserwować przejawy uwagi elementarnej - mimowolnej wywołanej przez silne bądź biologicznie ważne bodźce.
- **uwaga dowolna,** kognitywna związana jest z zachowaniem celowym, skierowanym na wykonanie określonego zadania. Tym samym wymaga świadomego działania i wysiłku woli. L.S. Wygotski uważa iż ten rodzaj uwagi z punktu widzenia swojej genezy jest aktem społecznym a nie biologicznym i kształtuje się u **dzieci** w trakcie ich obcowania z dorosłymi. Jego teoria ze szczególnym uwzględnieniem roli mowy znalazła potwierdzenie w procesie uczenia się. W czasie rozwoju człowieka i jego dorastania, uwaga mimowolna przekształca się w formie selektywnego zachowania. Jest ono podporządkowane nie tylko mowie dorosłych ale również własnej mowie wewnętrznej. Tak więc ten rodzaj uwagi rozwija się wraz z rozwojem człowieka. Jest ona bardzo przydatna w trudnych sytuacjach, takich w których działamy w niekorzystnych warunkach. Przykładem może być praca umysłowa wykonywana w dusznym pomieszczeniu i przy zmęczeniu.
  Specjalnym rodzajem uwagi dowolnej jest **uwaga wtórna**. Posiada ona właściwości mimowolności i dowolności. Polega ona na utrzymaniu uwagi na jakimś zadaniu przez włączenie się zainteresowań w wystarczającym stopniu iż pozwala to na zajmowanie się tym zadaniem nie wymaga od nas dodatkowego wysiłku a inne uboczne bodźce nie zmieniają kierunku działania.

Uwaga charakteryzuje się następującymi cechami

- zakres,
- natężenie,
- podzielność,
- przerzutność,
- trwałość, które są szczególnie ważne w toku uczenia się.

Zakres uwagi czyli inaczej jej pojemność podlega rozwojowi. Zależy od ilości spostrzeganych przedmiotów i od właściwości indywidualnych. Przeciętny dorosły człowiek obejmuje zwykle cztery do sześciu elementów w polu widzenia. Ćwiczenie tej cechy powoduje jej wzrost.

Natężenie lub inaczej siła, intensywność. Polega na skoncentrowaniu się na określonym obiekcie lub zadaniu spośród wielu innych i utrzymaniu go w polu uwagi. Koncentracja podlega naturalnym wahaniom i kształtuje się w ciągu całego życia.

Trwałość uwagi wzmaga efektywność działania ludzkiego. U małych dzieci jest ona zwykle nietrwała, dopiero pod wpływem nauki wzrasta możliwość dłuższego skupienia się na zadaniu. Przeciwieństwem trwałości jest podzielność. Przez tą cechę rozumiemy zdolność do jednoczesnego skupiania się na kilku obiektach. Przykładami na podzielność uwagi może być praca nauczyciela zwracającego uwagę jednocześnie na wszystko co dzieje się w klasie jak i na prowadzoną lekcje. Za przykład możemy podać również gry zespołowe, w których zawodnik musi skupiać swoją uwagę na trenera, sędziów, drużynę przeciwną i własną.

Przerzutność uwagi to zdolność do szybkiej zmiany działania; tu za przykład może posłużyć nam grupa dzieci mających inklinacje do zadawania pytań jednocześnie zupełnie nie związanych ze sobą nie czekając na odpowiedź.

Roztargnienie jest przeciwieństwem sprawnej uwagi dowolnej. Oznacza ono zachowania, w których człowiek nie potrafi skoncentrować uwagi na pożądanym obiekcie lub działaniu przez dłuższy okres czasu. Jego uwaga jest rozproszona i łatwo odwracalna. Swoista odmiana roztargnienia występuje często u ludzi nadmiernie skoncentrowanych na jednym tylko obiekcie lub czynności, gdy z trudem przenosi on swoja uwagę na czynności czy obiekty, które aktualnie znalazły się w polu jego działania. Mowa tu głównie o ludziach posiadających pracę twórczą (artyści, naukowcy, wynalazcy).

Pamięć jest zdolnością do przechowywania informacji i składają się na nią różne systemy i różne procesy. Wyróżnia się dwa główne systemy pamięci. Pamięć deklaratywna/jawna (ang. *declarative/explicite memory*) – system pamięciowy, w jakim przechowywane informacje są łatwe do uświadomienia, łatwe do werbalizacji lub wizualizacji. Pamięć niedeklaratywna/utajona/niejawna (ang. *nondeclarative/implicite memory*) – system pamięciowy, w jakim przechowywane informacje nie poddają się łatwo werbalizacji czy wizualizacji, ujawniają się raczej poprzez zachowanie i nie zawsze muszą być uświadamiane.

Różne klasyfikacje pamięci:

Pamięć gatunkowa - Schematy niektórych zachowań i czynności wysoce przystosowawczy dla danego gatunku są w nim przekazywane z pokolenia na pokolenie za pośrednictwem genów. Jeśli spojrzymy na gatunek jako na pewnego rodzaju całość, możemy powiedzieć ich wzorzec zachowań realizowanych w każdym jego pokoleniu jest przechowywany w swoistym magazynie pamięciowym przynależnym do tego gatunku. Każdy członek danego gatunku realizuje takie

wzorce już od urodzenia i nie wymagają one przykładu ze strony innych osobników danego gatunku, chociaż mogą być doskonalone poprzez trening. Informacją gatunkową mogą stać się zachowania realizowane przez osobniki danego gatunku w wielu pokoleniach - pamięć gatunkowa jest podatna na dodawanie nowych informacji. Do informacji przechowywanych w pamięci gatunkowej należą na przykład schematy zachowań instynktownych i odruchów warunkowych.

Pamięć osobnicza dotyczy jedynie informacji pochodzących z osobistego doświadczenia jednostki. Pamięć osobniczą dzielimy na wiele rodzajów, ze względu na jej przedmiot, cechy poszczególnych faz procesu pamięciowego, długość przechowywania informacji a także charakter przechowywanej wiedzy.

1. Ze względu na przedmiot, wyróżniamy następujące rodzaje pamięci osobniczej:

- pamięć obrazowa - dotyczy zapisu informacji pochodzących nie tylko z modalności wzrokowej lecz także informacji słuchowych, smakowych, węchowych, dotykowych i motorycznych; często w fazie zapamiętywania wspomagana jest opisem słownym (werbalizacja - proces ujmowania w słowa przedmiotu percepcji; umiejętność nabyta i rozwijana z wiekiem; wspomaga zapamiętanie obrazów pochodzących z różnych modalności). Wiąże się z przechowywaniem takich informacji jak nawyki motoryczne (np. charakterystyczne gesty). Jej pojemność i długość przechowywania informacji zależy od indywidualnych różnic w odniesieniu do poszczególnych modalności. Jakość pamięci obrazowej w zakresie jednej modalności nie wiąże się z jakością w zakresie pozostałych modalności, aczkolwiek niektóre anatomiczne struktury pamięci są zaangażowane we wszystkie procesy pamięciowe a ich uszkodzenie powoduje zaburzenia pamięci obrazowej w zakresie wszystkich modalności. W życiu jednostki cechy przedmiotów są początkowo zapamiętywane na podstawie informacji z jednej modalności lecz później zaczyna ona postrzegać i zapamiętywać polimodalnie.
- pamięć werbalna - przechowuje słowny zapis treści myśli; dotyczy jedynie treści niosących sens i jest właściwa jedynie człowiekowi; treść informacji przechowywanej w pamięci werbalnej może być uzupełniona o treść informacji w pamięci obrazowej (wizualizacja, wyobrażenie).
- pamięć uczuć - dotyczy doświadczeń emocjonalnych; przechowuje zapis informacji pochodzących z różnych modalności. Może zachodzić interferencja treści przechowywanych w pamięci uczuć z zapisem w pamięci obrazowej lub/i werbalnej, co oznacza, że zapamiętane emocje mogą zmieniać sposób, w jaki pamiętamy zdarzenia oraz myśli.

2. Ze względu na specyficzne cechy faz procesu pamięciowego:

- sposób zapamiętania: pamięć mechaniczna lub logiczna

pamięć mechaniczna	pamięć logiczna
dotyczy informacji, których zapamiętanie przebiega bez zrozumienia, jedynie ze względy na fizyczne cechy informacji;	dotyczy informacji, których zapamiętywaniu towarzyszy analiza i zrozumienie treści; informacje nie są zapamiętane dokładnie lecz zapamiętany jest ich ogólny sens, co pozwala na manipulację materiałem pamięciowym i dalsze wykorzystywanie go w procesach umysłowych; pozwala na zapamiętywanie informacji na dłużej; dotyczy zazwyczaj materiału sensownego
informacje są zapamiętywane dokładnie ale mogą szybko zostać zapomniane;	
dotyczy zazwyczaj materiału	

bezsensownego

- wolicjonalny charakter zainicjowania procesu: pamięć dowolna lub mimowolna

pamięć dowolna	pamięć mimowolna
dotyczy materiału, który świadomie chcemy zapamiętać i do którego zapamiętania dążymy;	dotyczy materiału zapamiętywanego podświadomie;
zapamiętywany materiał podlega świadomej selekcji;	zapamiętywany materiał nie jest selekcjonowany;
zapamiętywaniu towarzyszą mechanizmy takie jak: koncentracja na materiale, analiza i porządkowanie treści, werbalizowanie, próbne odtwarzanie;	zapamiętywaniu nie towarzyszy żadna ukierunkowana na nie aktywność;
zapamiętywanie świadome jest skuteczniejsze ale wymaga wysiłku;	zapamiętywanie odbywa się podświadomie i bez wysiłku, ale materiał nie jest zapamiętany na długo
częstsza u dzieci w wieku szkolnym i osób dorosłych	częsta u dzieci w wieku przedszkolnym

- trwałość przechowywania zapamiętanej informacji: pamięć bezpośrednia i odroczona

pamięć bezpośrednia	pamięć odroczona
dotyczy materiału, który ma być odtworzony zaraz po zapamiętaniu czyli informacji wykorzystywanych na bieżąco;	dotyczy materiału, który ma zostać zapamiętany trwale czyli wiedzy;
materiał jest zapamiętany na krótko, zazwyczaj zostaje zapomniany zaraz po zaprzestaniu powtarzania podtrzymującego, ale zapamiętanie nie wymaga zbyt dużego wysiłku;	materiał zapamiętany może być odtwarzany nawet przez całe życie, ale proces zapamiętywania angażuje głębokie struktury pamięci i wymaga znacznego wysiłku;
ma małą pojemność wyrażaną liczbą Millera: 7+/−2 elementy	ma nieograniczoną pojemność

- sposób odpamiętywania: pamięć rozpoznawcza i odtwórcza

pamięć rozpoznawcza	pamięć odtwórcza
dotyczy odtwarzania poprzez rozpoznanie czyli poprzez odpowiadanie na pytanie: czy dany element jest elementem zapamiętanym;	dotyczy odtwarzania poprzez odpamiętanie czyli poprzez odpowiadanie na pytanie: jaki element został zapamiętany;
wymaga mniej wysiłku, ponieważ korzysta z zapamiętywania cech fizycznych informacji;	wymaga wiele wysiłku, gdyż zapamiętywana informacja zazwyczaj musi być zanalizowana

rozpoznawanie jest bardzo skuteczne	pod względem treści i sensu;
	odpamiętywanie jest skuteczne jedynie w przypadku bardzo dobrze zapamiętanego materiału

3. Ze względu na pojemność i czas przechowywania:
Wyróżnia się trzy główne systemy pamięci przemijającej oraz trzy systemy pamięci trwałej.

Systemy pamięci przemijającej

- pamięć sensoryczna

Przyjmuje się, że każda modalność zmysłowa posiada własny magazyn pamięciowy. Jednak badania przeprowadza się zazwyczaj tylko na magazynie pamięci ikonicznej (wzrok) i echoicznej (słuch). Badania nad pamięcią ikoniczną prowadził Sperling zaś w zakresie badań nad pamięcią echoiczną pionierem była Treisman. Informacja w pamięci sensorycznej jest przechowywana przez bardzo krótki czas: 2 s w pamięci ikonicznej i do 10 s w pamięci echoicznej.

- pamięć krótkotrwała (STM - short term memory)

Informacja jest kodowana w pamięci krótkotrwałej poprzez wewnętrzne powtarzanie (powtarzanie w myślach). Czas jej przechowywania również jest związany z powtarzaniem, dzięki któremu można podtrzymać informację w pamięci; bardzo długie powtarzanie prowadzi do przeniesienia informacji do magazynu pamięci długotrwałej. Badania nad pamięcią krótkotrwałą zaczął prowadzić Saul Sternberg. Wykazano istnienie charakterystycznych dla pamięci krótkotrwałej efektów towarzyszących odpamiętywaniu: efekt pierwszeństwa - lepiej pamiętane są elementy, które pojawiły się na początku materiału do zapamiętania; efekt świeżości - lepiej pamiętane są elementy, które pojawiły się na końcu materiału do zapamiętania.

Przyczynę zapominania informacji z pamięci krótkotrwałej może stanowić samoistne zanikanie informacji wraz z upływem czasu, przekierowanie uwagi czyli zaniechanie powtarzania informacji na rzecz innego zadania a także interferencja między informacjami czyli zacieranie jednej informacji przez drugą.

- pamięć robocza (WM - working memory)

Pamięć robocza jest częścią pamięci krótkotrwałej, która nie ma za zadanie tylko biernego przechowywania informacji lecz pozwala także na przetwarzanie, nadzorowanie i koordynację przechowywanych informacji. Tę ideę pamięci roboczej sformułowali Baddeley i Hitch. W obrębie pamięci roboczej badacze ci wyróżnili cztery podsystemy:

a) centralny system wykonawczy - pełni on trzy główne funkcje: na bieżąco przetwarza informacje, nadzoruje to przetwarzanie oraz koordynuje pracę podległych mu buforów pamięci;

b) pętla artykulacyjno-fonologiczna - składa się z dwóch mechanizmów: biernego (fonologicznego) odpowiedzialnego za krótkotrwałe przechowywanie informacji fonologicznych oraz czynnego (artykulacyjnego) odpowiedzialnego za bieżące przetwarzanie informacji fonologicznych;

c) szkicownik wzrokowo-przestrzenny - składa się z dwóch mechanizmów: biernego magazynu wzrokowego odpowiedzialnego za krótkotrwałe przechowywanie informacji wizualnych oraz czynnego wewnętrznego "skryby" odpowiedzialnego za bieżące przetwarzanie informacji wizualnych;

d) bufor epizodyczny - jest odpowiedzialny za krótkotrwałe przechowywanie informacji zapisanych jednocześnie w kodzie werbalnym i wizualnym;

Istnieje konkurencyjny dla modelu Baddeleya i Hitcha model pamięci roboczej. Autorem tego

modelu jest Cowan, według którego istotą pracy pamięci roboczej jest poziom aktywacji (pobudzenia). Zgodnie z tym modelem informacjom aktualnie przetwarzanym towarzyszy wysoki poziom pobudzenia i znajdują się one w ognisku uwagi, co oznacza, że są one dostępne świadomości. Pozostałe informacje znajdują się poza ogniskiem uwagi, ale mogą zostać do niego przeniesione jeśli uzyskają odpowiedni poziom aktywacji.

Systemy pamięci trwałej

- pamięć semantyczna

Pamięć semantyczna obejmuje łatwą do zwerbalizowania wiedzę ogólną oderwaną od kontekstu autobiograficznego. Wiedza semantyczna ma strukturę sieci, w której poszczególne informacje stanowiące węzły łączą się między sobą za pośrednictwem nici skojarzeniowych. Struktura ta umożliwia odpamiętywanie cech i kontekstów informacji na zasadzie rozprzestrzeniającej się po sieci aktywacji. Pamięć semantyczna jest oderwana od kontekstu jej nabywania.

- pamięć epizodyczna

Pamięć epizodyczna stanowi zapis informacji dotyczących wydarzeń charakteryzujących się określonym czasem i przestrzenią. Struktura informacji w pamięci epizodycznej opiera się na chronologii. Odpamiętywanie informacji o wydarzeniach ma zatem związek zarówno z określeniem czasu, w którym miały miejscem (datowaniem) jak również określeniem ich stosunku chronologicznego do innych wydarzeń, o których informacja znajduje się w magazynie pamięci epizodycznej. Datowanie wydarzeń z pamięci epizodycznej może odbywać się z różną precyzją. Pamięć epizodyczna jest związana z kontekstem jej nabywania.

- pamięć autobiograficzna

Pamięć autobiograficzna jest specyficznym magazynem, w którym przechowywane są informacje dotyczące indywidualnej historii życia danej jednostki. Pamięć autobiograficzna, podobnie jak epizodyczna, dotyczy informacji o wydarzeniach. Odróżniającą te dwa magazyny pamięci cechą jest fakt, że informacje o wydarzeniach przechowywane w pamięci autobiograficznej pozostają w bezpośrednim odniesieniu do jednostki. Oznacza to, że do pamięci autobiograficznej trafiają jedynie te wydarzenia, w których jednostka osobiście brała udział. Dla większej precyzji można powiedzieć, że to właśnie doświadczenie jednostki udziału w jakimś zdarzeniu zostaje zapisane w pamięci autobiograficznej. Porządek informacji przechowywanych w pamięci autobiograficznej może odnosić się zarówno do chronologii wydarzeń jak i do ich tematyki. Zdaniem Conwaya zawartość pamięci autobiograficznej jest zorganizowana w trzy bloki: wiedzę na temat okresów życia, pamięć zdarzeń ogólnych (pojedynczych lub powtarzających się) oraz pamięć zdarzeń specyficznych (czyli jednorazowych i szczególnych). Niektórzy badacze twierdzą, że pamięć autobiograficzna może zawierać informacje zarówno epizodyczne jak i semantyczne, a co za tym idzie również informacje abstrakcyjne dotyczące danej jednostki.

Zaburzenia pamięci:

Zaburzenia pamięci mogą mieć różny charakter ze względu na to, jaka jej struktura uległa uszkodzeniu. Wyróżnia się trzy następujące rodzaje amnestycznych zaburzeń pamięci:

- amnezja wsteczna - polega na niezdolności do przypomnienia sobie zdarzeń z przeszłości
- amnezja następcza - polega na niemożności trwałego zapamiętania bieżących zdarzeń
- amnezja globalna - zaburzenia pamięci obejmujące zarówno amnezję wsteczną jak i następczą

Najczęściej chorobom mózgu towarzyszą objawy amnezji następczej. Amnezja wsteczna występuje głównie w wyniku choroby Korsakowa, Alzheimera, zapalenia mózgu, niedokrwienia, uszkodzeń pourazowych oraz nowotworów.

Wiedza:

Wiedza jest to zbiór informacji zgromadzonych w magazynie pamięci trwałej. Informacje, które są elementami wiedzy są umysłowymi reprezentacjami świata. Wiedza posiada strukturę, czyli sposób uporządkowania informacji, która jest zależna od rodzaju informacji tworzących wiedzę na dany temat. Informacje zaś różnią się między sobą sposobem w jaki są nabywane. Informacje trafiają do magazynu pamięci trwałej w procesie zapamiętywania czyli zapisywania śladu pamięciowego poprzez formację mózgową zwaną hipokampem. W hipokampie dokonuje się jedynie konsolidacja śladu pamięciowego, nie wiadomo jednak, gdzie przechowywany jest ślad pamięciowy.

Myślenie - niektórzy autorzy skłonni są traktować myślenie (ang. *thinking*) bardzo szeroko, właściwie jako synonim wszelkich procesów złożonych.

Różne definicje myślenia:

"Myślenie to mniej lub bardziej uporządkowana sekwencja operacji poznawczych, dokonywana na przedmiotach, zdarzeniach, procesach bezpośrednio postrzeganych lub na ich reprezentacjach wyobrażeniowo-pojęciowych. Treścią tych operacji jest ujmowanie różnego rodzaju stosunków (związków, zależności) o charakterze strukturalnym i funkcjonalnym" [W. Szewczuk, s. 163-165].
"Czynność myślenia jest łańcuchem operacji umysłowych, za pomocą których przetwarzamy informacje zakodowane w spostrzeżeniach, wyobrażeniach i pojęciach. Dzięki myśleniu człowiek lepiej poznaje rzeczywistość, tworzy plany i projekty, dokonuje odkryć, formułuje oceny i wnioski" [J. Kozielecki, Myślenie i rozwiązywanie problemów, w: Psychologia ogólna, red. T. Tomaszewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1992, s. 92].

"Myślenie to złożony proces umysłowy, polegający na tworzeniu nowych reprezentacji za pomocą transformacji dostępnych informacji. Transformacja ta obejmuje interakcję wielu operacji umysłowych: wnioskowanie, abstrahowanie, rozumowanie, wyobrażanie sobie, sądzenie, rozwiązywanie problemów, twórczość" [P. G. Zimbardo, Psychologia i życie, red. naukowa: I. Kurcz, B. Wojciszke, tłum. zbiorowe, PWN, 1999, s. 403].

Mimo różnorodności form myślenia proces ten posiada pewne cechy ogólne [por. P. G. Zimbardo, s. 403; A. S. Reber, ss. 388-390]:
1. Myślenie wiąże się z procesami symbolicznymi, a nie np. percepcyjnymi.

2. Myślenie jest niedostępne bezpośredniej obserwacji. Można o nim wnioskować na podstawie wypowiedzi lub zachowania osób myślących. Obecnie jednak można zaobserwować myślenie np. na encefalografie.

3. Myślenie polega na operowaniu pewnymi elementami, które można wyodrębnić teoretycznie, np.: komponenty mięśniowe (Watson), słowa lub składniki języka (Whorf), idee (Locke), wyobrażenia (Titchener), sądy (Anderson), operacje i pojęcia (Piaget), skrypty (Schank).

4. Myślenie jest ukierunkowane na rozwiązywanie problemów. Warto również zaznaczyć, że myślenie umożliwia generowanie problemów.

Proces myślenia składa się z trzech podstawowych komponentów [por. J. Kozielecki,s. 96]:
1. materiał, tj. informacje o świecie, zakodowane wyobrażeniach spostrzeżeniach, wyobrażeniach i pojęciach (np. liczby całkowite);

2. operacje umysłowe, tzn. elementarne transformacje dokonywane na materiale (np. dodawanie lub odejmowanie);
3. reguły, czyli strategie porządkowania łańcucha operacji (np. wzory matematyczne)

W myśleniu nieustannie przeplatają się dwie podstawowe operacje umysłowe – analiza i synteza [por. Pedagogicheskaya ehnciklopediya, red. I. A. Kajrov, w: "Sovetskaya Ehnciklopediya", 1965, s. 899-910].
Analiza to wyodrębnianie komponentów całości (np. szukanie wątków utworu literackiego),
Synteza to łączenie komponentów w całość (np. stawianie hipotezy na bazie obserwacji empirycznych). Zdaniem S. L. Rubinsztejna [Myślenie i drogi jego poznawania, KiW, 1962, s. 37-38] analiza jest przeprowadzana za pomocą syntezy i odwrotnie [por. J. Kozielecki, s. 105-107].

Prócz operacji podstawowych wyróżniamy 3 operacje pochodne:
1. **abstrahowanie –** wyodrębnianie pewnych cech obiektu z pominięciem innych;
2. **uogólnianie –** łączenie cech wspólnych dla klasy obiektów;
3. **porównywanie** – szukanie podobieństw i różnic pomiędzy obiektami.

W rozwiązywaniu problemów przydatne są dwie przeciwstawne grupy reguł myślenia [por. P. G. Zimbardo, s. 417-418]:
1. **Algorytmy** (algorythms) określają zbiory operacji, które należy kolejno wykonać, chcąc zrealizować dany cel [por. Maruszewski, s. 349-354].
Wykonanie algorytmu wymaga zwykle bardzo wiele czasu, choć oczywiście zależy to od stopnia skomplikowania problemu.
2. **Heurystyki** (heuristics) mają charakter intuicyjny, lecz ułatwiają radzenie sobie w sytuacji problemowej.

3 cechy reguł algorytmicznych i heurystycznych [J. Kozielecki, s. 110-112]:
1. Algorytmy są niezawodne, tzn. gwarantują rozwiązanie wszystkich zadań danej klasy, natomiast heurystyki są zawodne.
2. Algorytmy są określone, tj. pokazują, jaki skończony łańcuch operacji trzeba wykonać w konkretnym zadaniu. Natomiast heurystyki są mniej określone, czyli pozostawiają użytkownikowi większą dowolność.
3. Algorytmy są masowe, czyli pozwalają rozwiązać całą klasę zadań, natomiast heurystyki dzielą się na ogólne (niespecyficzne) i szczegółowe (specyficzne).
Heurystyki ogólne (np. "Wykorzystuj dotychczasową wiedzę" pozwalają rozwiązać wiele problemów, podczas gdy heurystyki szczegółowe (np. reguły gry w szachy) odnoszą się tylko do pewnej grupy zadań.

Rozumowanie (reasoning) to proces ukierunkowany na cel myślenia realistycznego, w którym ze zbioru faktów wyciąga się wnioski [por. P. G. Zimbardo, s. 413-414]. Maruszewski [ss. 361-366] zestawia 3 cechy dedukcji i indukcji:
1. Rozumowanie dedukcyjne (deductive reasoning) przechodzi od ogółu do szczegółu – cechy danej kategorii przypisuje się obiektom, należącym do tej kategorii (np. "wszyscy studenci zdają egzaminy." – "Anna jest studentką." – "Anna zdaje egzaminy.").
2. Rozumowanie indukcyjne (inductive reasoning) przechodzi od szczegółu do ogółu (np. "Anna jest studentką." – "Anna zdaje egzaminy." – "wszyscy studenci zdają egzaminy.").

MYŚLENIE KONKRETNE vs ABSTRAKCYJNE

Myślenie konkretne (concrete, sensomotoric thinking) opiera się na manipulowaniu przedmiotami. Ten typ myślenia występuje u zwierząt i u małych dzieci. Dzięki niemu dorośli rozwiązują zadania praktyczne (np. przygotowanie posiłku).

Myślenie abstrakcyjne (abstract thinking, conceptual thinking)polega na operowaniu pojęciami. Ludzie dorośli myślą za pomocą pojęć (np. opracowanie programu zajęć dydaktycznych) [por. J. Kozielecki, s. 104-105].

MYŚLENIE PRODUKTYWNE vs REPRODUKTYWNE (O. Selz)

Myślenie produktywne (productive thinking) polega na wytworzeniu informacji nowych dla podmiotu [por. T. Maruszewski, s. 343-344].
Przykładem może być pisanie wypracowań na wolny temat, układanie kompozycji z kwiatów, odkrycie nowego leku.

Myślenie reproduktywne (reproductive thinking) nie polega na mechanicznym odtwarzaniu informacji, lecz na wykorzystywaniu dotychczasowej wiedzy podmiotu w nowych sytuacjach problemowych [por. J. Kozielecki, s. 118-119]. Przykładem może być przetłumaczenie tekstu na język angielski, opracowanie konspektu lekcji.

MYŚLENIE TWÓRCZE vs myślenie NIETWÓRCZE jako rodzaje myślenia produktywnego
Efektem myślenia twórczego (creative thinking) jest powstanie obiektywnie nowych idei lub nowych rozwiązań problemu [por. J. Kozielecki, s. 119]. Przykładem może być napisanie poematu lub wyprodukowanie nowego leku. Myślenie twórcze wpływa na rozwój nauki i sztuki.

Myślenie nietwórcze (non-creative thinking) polega na odkrywaniu powszechnie znanych treści [por. J. Kozielecki, s. 119].
Przykładem może być zrozumienie przez ucznia przebiegu procesu fotosyntezy.

MYŚLENIE DYWERGENCYJNE vs KONWERGENCYJNE
(J. P. Guilford)
Myślenie dywergencyjne (rozzbieżne) (divergent thinking) pojawia się w wypadku, jeśli istnieje wiele możliwych rozwiązań sytuacji problemowej [por. T. Maruszewski, s. 343-344]. Chcąc rozwijać myślenie dywergencyjne, możemy polecić uczniom, aby dopisali ciąg dalszy opowiadania lub narysowali dom swoich marzeń. Wiele problemów naukowych ma charakter dywergencyjny [por. J. Kozielecki, s. 122].

Myślenie konwergencyjne (zbieżne) (convergent thinking) pojawia się w przypadku, kiedy problem posiada jedno właściwe rozwiązanie [por. T. Maruszewski, s. 343- 344]. Taki charakter mają np. testy wielokrotnego wyboru lub szukanie elementu, który nie pasuje do pozostałych (np. jabłko, pomarańcza, ogórek, banan).

Osobowość – wewnętrzny system regulacji pozwalający na adaptację i wewnętrzną integrację myśli, uczuć i zachowania w określonym środowisku w wymiarze czasowym (poczucie stabilności). Jest to zespół względnie trwałych cech lub dyspozycji psychicznych jednostki, różniących ją od innych jednostek.

Osobowość – różne definicje:

Osobowość – stosunkowo stałe cechy, dyspozycje czy właściwości jednostki, które nadają względną spójność jej zachowaniu.

Osobowość jest także definiowana jako charakterystyczny, względnie stały sposób reagowania jednostki na środowisko społeczno-przyrodnicze, a także sposób wchodzenia z nim w interakcje.

Nie jest jedynym wyznacznikiem działania – to co i jak człowiek robi zależy też od doraźnego stanu fizycznego i psychicznego, emocji, stopnia przygotowania do danego działania.

Główne teorie osobowości:

Według **G. Allport'a** „Osobowość jest dynamiczną organizacją w jednostce tych systemów psychofizycznych, które **determinują jej specyficzne przystosowanie do jej środowiska**." G.Allport uważał cechy za podstawowe jednostki strukturalne osobowości. Cechy definiował jako predyspozycje do reagowania w określony sposób. Uważał, że cechy rzeczywiście istnieją i są osadzone w systemie neuropsychicznym. Badacz był przekonany, że cechy wynikają z biologicznych i fizycznych różnic między ludźmi.

Z kolei **R. Cattel** podaje bardzo ogólną definicję, z której wynika, że „**Osobowość jest tym, co pozwala przewidzieć, co dana osoba zrobi w danej sytuacji**". Oznacza to, że celem badań nad osobowością będzie ustalenie praw określających, co różni ludzie będą robić we wszelkich rodzajach sytuacji.

Pięcioczynnikowy model osobowości (w skrócie PMO) autorstwa Paula Costy **i** Roberta McCrae zwany też „wielką piątką" (ang. Big Five) obejmuje następujące czynniki osobowości:

- neurotyczność (vs stałość emocjonalna) – odzwierciedlającą przystosowanie emocjonalne versus emocjonalne niezrównoważenie; skłonność do przeżywania negatywnych emocji (strachu, zmieszania, gniewu, poczucia winy) oraz podatność na stres psychologiczny,
- ekstrawersję (vs introwersja) – która odnosi się do jakości i ilości interakcji społecznych oraz poziomu aktywności, energii, a także zdolności do doświadczania pozytywnych emocji,
- otwartość na doświadczenie – wskazującą na tendencję do pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, tolerancję na nowość i ciekawość poznawczą,
- ugodowość (vs antagonizm) – opisującą nastawienie do innych ludzi (pozytywne versus negatywne) przejawiające się w altruizmie versus antagonizmie,
- sumienność (vs nieukierunkowanie) – która oddaje stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel,
- Zakłada się, że wyróżnione czynniki:
- istnieją realnie (i jako takie mają znaczenie w przystosowaniu jednostki do środowiska np. sumienność jest najlepszym wyznacznikiem jakości wykonywanej pracy zawodowej oraz osiągnięć akademickich, a także wiąże się z satysfakcją życiową),
- są niezmienne,
- są uniwersalne (tj. niezależne od rasy, płci czy kultury),
- są biologicznie uwarunkowane (charakteryzuje je wysoki stopień odziedziczalności).

Psychologiczne teorie osobowości

►TEORIA FREUDA

Zygmunt Freud – jest twórcą najstarszej teorii osobowości: teorii dynamicznej – według której osobowość jest organizacją sił dynamizujących zachowanie (dążenia, popędy, potrzeby społeczne). Popęd seksualny, tj. Instynkt życia (Libido) i popęd agresji, tj. instynkt śmierci (destrudo) są w konflikcie z normami społecznymi, które prezentuje Superego. Konflikt ten jest źródłem wszelkich

zachowań, których ostateczny kształt nadaje racjonalne Ego.

Libido, popęd seksualny (płciowy) (z łac. "żądza") - zachowanie mające na celu zaspokojenie potrzeby bliskości cielesnej, rozkoszy. Freud rozumiał libido jako formę energii za pośrednictwem której popędy życia spełniają swoje funkcje jako zaburzenia osobowości.

Id jest jedną ze struktur osobowości w modelu psychoanalitycznym, obok ego oraz superego. Id jest rodzajem macicy, w której dochodzi do ukształtowania ego i superego. Zawiera w sobie dziedziczne i wrodzone wyposażenie psychiczne z popędami włącznie, działa na zasadzie impulsów i natychmiastowej gratyfikacji, zaspokojenia potrzeb. Pozostaje w ścisłym związku z procesami fizjologicznymi z których czerpie energię. Id reprezentuję wewnętrzny świat subiektywnych doznań i nie posiada żadnej wiedzy o rzeczywistości obiektywnej. Nie potrafi tolerować przyrostów energii, które są odczuwane jako powodujące dyskomfort napięcia. Zasada redukcji napięcia, zgodnie z którą działa id nosi nazwę zasady przyjemności. Redukcja ta zachodzi za pomocą czynności odruchowych (redukują napięcie natychmiast) i procesu pierwotnego (redukuje złożone reakcje psychiczne). Id jest sferą biologiczną człowieka, jest jednym z podstawowych pojęć w psychoanalizie Zygmunta Freuda.

Ego jest jedną ze struktur osobowości w modelu psychoanalitycznym, obok superego oraz id, Ego wytwarza się ponieważ zaspokojenie potrzeb organizmu wymaga działań w świecie rzeczywistym (obiektywnym) poprzez przekształcanie wyobrażeń w spostrzeżenia. Jest podporządkowane zasadzie rzeczywistości, działa za pośrednictwem procesu wtórnego, sprawuje kontrolę nad funkcjami poznawczymi i intelektualnymi. Ta część osobowości decyduje o przystąpieniu do działania, które popędy i w jaki sposób zostaną zaspokojone. Zasadnicza rola ego to godzenie wymagań organizmu z warunkami środowiskowymi czyli id i superego.
Ego jest sferą intelektualną człowieka. Ego jest jednym z podstawowych pojęć w psychoanalizie Zygmunta Freuda.

Superego jest jedną ze struktur osobowości w modelu psychoanalitycznym, obok ego oraz id. Superego stanowi wewnętrzną reprezentację wartości moralnych i ideałów uznawanych przez daną społeczność, które przekazywane są dziecku przez rodziców w procesie socjalizacji. Jest to instancja „moralna", dążąca do doskonałości (w przeciwieństwie do id kierującego się zasadą przyjemności). Główne funkcje superego to hamowanie impulsów id, przekonywanie ego, aby cele realistyczne zastąpiło moralnymi.

Jest to ostatni wykształcający się element osobowości, kształtuje się pod wpływem kar i nagród, stosowanych przez rodziców. To, co wychowawcy aprobują i nagradzają włączane jest w obręb subsystemu superego - ja idealnego. Sumienie karze wywołując poczucie winy, ja idealne nagradza powodując poczucie dumy. Samokontrola zajmuje miejsce kontroli sprawowanej przez rodziców. Superego jest sferą moralną człowieka.

Superego jest jednym z podstawowych pojęć w psychoanalizie Zygmunta Freuda.

► TEORIA JUNGA

Carl Gustav Jung (1875–1961), był uczniem Freuda, ale później zerwał z nim stosunki, z powodu niezgody co do istoty psychoanalizy (wg Junga Freud utożsamiał psychoanalizę ze swoją teorią seksualności) i podążył własną drogą. Uznając procesy nieświadome jako główną rzeczywistość psychiczną, a historię indywidualną wraz z historią całej ludzkości jako główne determinanty

zachowania człowieka dołączył do nich również cele i aspiracje człowieka (aspekt prospektywny, teleologiczny). Jung kładł nacisk na wspólne dla całego rodzaju ludzkiego źródła osobowości (doświadczenie przodków - archaiczne, prymitywne, nieświadome, uniwersalne), które nazywał nieświadomością zbiorową. Uważał że osobowość jednostki jest wypadkową powyższych sił zewnętrznych i modulujących je sił wewnętrznych indywidualnego doświadczenia. W swojej teorii i swoich badaniach Jung szeroko korzystał z badań antropologów, historyków i religioznawców. Podstawowe struktury osobowości :

Ego, czyli świadoma psychika, nieświadomość osobowa, czyli stłumione doświadczenia jednostki, formujące kompleksy będące sumą nieświadomych doświadczeń zbiorowych i indywidualnych (np. kompleks matki). Nieświadomość zbiorowa, jest według niego sumą ukrytych śladów pamięciowych, doświadczeń naszych przodków, sięgających czasów archaicznych. Składnikami nieświadomości zbiorowej są archetypy, czyli formy pojęciowe (idee) zawierające silny ładunek emocjonalny (np. archetyp matki jako historycznie niezmienna istota macierzyństwa). Persona, czyli rola jaką jednostka przyjmuje dostosowując się do obyczajów i tradycji społecznych. Anima i animus, czyli archetypiczne elementy psychiczne płci przeciwnej zawarte w psychice jednostki, tj. elementy kobiece w psychice mężczyzny i elementy męskie w psychice kobiety. Cień, czyli uosobienie zwierzęcej natury człowieka (archetyp cienia).

Jaźń, czyli suma procesów psychicznych osobowości powstała dzięki ludzkiemu dążeniu do jedności (archetypicznym symbolem jest mandala). Zdaniem Junga rozwój osobowości człowieka wiedzie poprzez proces indywiduacji (dążenia do harmonijnej jedności) i funkcję transcendentną do samourzeczywistnienia.

Wg typologii osobowości C. G. Junga wyróżnić można dwa zasadnicze typy osobowości.

Ekstrawertyka - (ekstra- + łc. vertere, versum ‘obrócić, skierować’) osoby, której zachowanie nacechowane jest pozytywnym zainteresowaniem światem zewnętrznym (bardziej niż własnymi przeżyciami), o aktywności skierowanej na otoczenie, prospołeczną, łatwo nawiązującą kontakty, z ogólną zaradnością i orientacją w realiach rzeczywistości. Są to ludzie którzy reagują szybko i wyraźnie. Dają odpowiedzi, zanim nad nimi pomyślą. Trudno im się skoncentrować na słuchaniu. Robią dużo szumu i zamieszania wokół siebie i dobrze się czują w takiej atmosferze. Ekstrawertyka charakteryzuje pozytywny stosunek do przedmiotu. Przez swe formy przystosowania i reagowania ekstrawertyk nastawiony jest bardziej na zewnątrz, kieruje się uznawanymi przez kolektyw normami, zgodnie z duchem czasu.

Introwertyka - (intro- + łc. vertere, versum ‘obracać’) osoby te kierują uwagę na własne przeżycia, obserwuje się u nich brak zainteresowania otoczeniem, oraz skłonność do zamykania się w sobie i izolację od innych.

Oni troskliwie skrywają swe myśli. Trudno jest coś z nich wydobyć. Czasem uważają, że wszystko jest tak oczywiste, że nie ma potrzeby mówienia o tym.

► TEORIA ADLERA

ADLER ALFRED (1870–1937), był austriackim lekarzem i psychologiem twórcą kierunku zwanego psychologią indywidualną. Był uczniem i współpracownikiem Z. Freuda. Jako jeden z pierwszych z kręgu współpracowników Freuda, którzy odrzucili jego koncepcję libido; uważał, że gł. motorem działania ludzi jest „dążenie do mocy” jako forma kompensacji kompleksu niższości („poczucia niższej wartości”), który powstaje we wczesnym dzieciństwie na podłożu słabości dziecka w stosunku do dorosłych i do otoczenia, z przyczyn realnych lub urojonych. Sposoby kompensacji kompleksu niższości wpływają na kształtowanie się cech charakteru człowieka, a niemożność kompensacji daje początek zaburzeniom i chorobom psychicznym.

Adler uważał też że poczucie niższości jest czymś dobrym dla człowieka, bowiem jest to czynnik rozwoju jednostki. Drugim bardzo ważnym czynnikiem jaki wyróżnił jest uspołecznienie wynikające z kontaktu z matką.

Przyczyny poczucia niższości:

· Uzależnienie - człowiek rodzi się słaby, mały, od dzieciństwa czuje się słabszy od innych i uzależniony od środowiska.

· Kalectwo. Niższa wartościowość narządów np. : mowy, słuchu, wzroku, brak urody, przewlekłe choroby i inne czynniki biologiczne.

·Czynniki społeczne np. ubóstwo, recydywa przestępcza.
· Dyskryminacja - przynależność do mniejszościowej grupy lub kategorii społecznej (np. rodzina patologiczna, sekta religijna).

· Błędy wychowawcze - wychowanie bezstresowe lub nadmierna krytyka.

KOMPLEKS NIŻSZOŚCI

Brak uspołecznienia jednostki wiąże się z kompleksem niższości (pychą, próżnością, chełpliwością, nadmiernym wywyższaniem się, snobizmem, męskim zachowaniem u kobiet, kobiecym u mężczyzn, przypisywanie dużego znaczenia drobiazgom).

Te dwa kompleksy mogą przejawiać w różny sposób:

· Pozytywny – powoduje wyrównanie braków, uzyskanie sukcesu, a czasem znaczne nawet przewyższanie innych (kompensacja, hiperkompensacja).

· Negatywny – u osób biernych ucieczka od życia w świat fikcji i chorobliwej fantazji lub zaburzeniami psychicznymi takimi jak nerwice, świadome tworzenie symptomów chorobowych .

U osób aktywnych ucieczka w alkoholizm, narkomanię, a w konsekwencji nawet samobójstwo. Znaczna część uspołecznienia wiąże się z kontaktem z matką i ojcem. Może to w sposób pozytywny wpływać na wychodzenie z kompleksów. Duże znaczenie ma kolejność narodzin.
· Pierwsze dziecko– obdarzone przesadną troską, co rodzi poczucie niższości, gdy rodzą się kolejne dzieci; starsze odczuwa wówczas negatywne nastawienie otoczenia. Wśród tych dzieci najwięcej jest alkoholików, przestępców.

· Drugie dziecko – jest bardzo ambitne. Stara się dochodzić do głosu i pozyskiwać prawa
· Dziecko najmłodsze – jest zwykle rozpieszczane, wychowywane z najmniejszą dozą krytycyzmu.
Teoria Adlera ma duże zastosowanie w pedagogice, gdyż większość trudności wychowawczych wynika z poczucia niższości. Kierując się tymi kryteriami wiemy jak wpływać na rozwój osobowości dziecka. W tym względzie znacznie większe sukcesy przynosi nagradzanie dziecka niż jego karcenie.

Mechanizmy obronne – pojęcie wprowadzone przez twórcę psychoanalizy Zygmunta Freuda i przejęte przez współczesną psychologię. Oznacza metody radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami w celu ochrony osobowości, zmniejszenia lęku, frustracji i poczucia winy. Na ogół są one nawykowe i nieuświadomione.

W pewnym nasileniu występują u praktycznie każdego człowieka i pełnią rolę przystosowawczą, są niezbędne. Mechanizmy obronne są jednak zawsze zniekształceniem zachowania lub oglądu rzeczywistości, stosowane nadmiernie lub nieadekwatnie do sytuacji mogą utrudniać funkcjonowanie. Dobrze, gdy w zachowaniu jednostki jest ich duży repertuar, a ich dobór i intensywność jest zależna od sytuacji (elastyczność stosowania). Można wówczas mówić o efektywności i braku patologii związanej z mechanizmami obronnymi.

Termin „mechanizmy obronne” wywodzi się z koncepcji psychoanalitycznej Z. Freuda, który używał początkowo określenia „obrona” dla opisania walki EGO z bolesnymi lub zbyt trudnymi dla jednostki myślami lub uczuciami. Następnie pisał o wyparciu jako podstawowej, ogólnej tendencji obronnej. Wyparciu, czyli zepchnięciu do nieświadomości, ulegają nieakceptowane przejawy popędu seksualnego. W kolejnych pracach stwierdził, że wypierane są również impulsy agresywne. Lęk również uważał za skutek działania wyparcia. W pracach po 1926 roku Freud uznał lęk za przyczynę uruchomiania mechanizmów obronnych. „Ego” aby uniknąć lęku, niebezpieczeństwa, nieprzyjemności, stosuje rozmaite metody. Te metody nazywamy mechanizmami obronnymi”. Wyróżnił też większą ilość mechanizmów obronnych, wychodząc z założenia, że treści które zostały usunięte do nieświadomości przez podstawowy mechanizm obronny – wyparcie – mogą znajdować ujście w postaci regresji, reakcji upozorowanych (reaction formation), „anulowania” swoich działań, izolacji, identyfikacji, zwracania popędu przeciwko sobie, odwrócenia oraz sublimacji. Głównym czynnikiem wyzwalającym procesy obronne jest lęk. Są one uruchomiane gdy niemożliwe jest pogodzenie impulsów, popędów płynących z ID, z normami społecznymi, kulturowymi, narzucanymi przez SUPEREGO. Charakterystyczną cechą mechanizmów obronnych jest ich działanie bez udziału świadomości – człowiek nie zdaje sobie sprawy, że je uruchamia. Ich funkcjonowanie może polegać na negowaniu, fałszowaniu lub zniekształcaniu rzeczywistości.

Kontynuatorką koncepcji funkcjonowania mechanizmów obronnych według Z. Freuda była jego córka Anna Freud. Dokonała analizy, klasyfikacji i opisała przyczyny pojawiania się mechanizmów obronnych. Za podstawowe uznała wyparcie. Polega ono „na wycofaniu lub wyrzuceniu ze świadomości pewnej myśli lub uczucia”. Jest to najsilniej lub najskuteczniej działający mechanizm obronny. Prawdopodobnie pozostałe mechanizmy obronne jedynie uzupełniają, podtrzymują pracę „wyparcia”. Mechanizmy obronne pojawiają się w miarę rozwoju osobowości. Kiedy ID i EGO są wyraźnie rozgraniczone, czyli kiedy wiadomo co mieści się w świadomości a co poza jej zasięgiem, pojawia się mechanizm wyparcia. Gdy EGO potrafi odróżnić się od otaczającego go świata może pojawić się mechanizm projekcji. Wiadomo wówczas jakie stany EGO rzutowane są na otaczającą ja rzeczywistość. Aby mógł pojawić się mechanizm obronny sublimacji czyli „przemieszczenia popędowego” celu w zgodzie z wyższymi wartościami społecznymi”, musi istnieć SUPEREGO, które będzie informować o wyższych wartościach społecznych. Są tez mechanizmy obronne, których pojawianie się nie jest jednoznacznie wyjaśnione : regresja, odwrócenie, zwrócenie popędu przeciwko sobie.

Według A. Freud celem działania wszystkich mechanizmów obronnych jest ochrona EGO. Mechanizmy obronne uruchamiają się w obronie przed lękiem oraz w sytuacji występowania dwóch przeciwstawnych impulsów. Lęk może być wywołany trzema przyczynami: **nakazami SUPEREGO, rzeczywistym zagrożeniem płynącym ze świata zewnętrznego; działaniem popędów.** EGO boi się popędów, ponieważ boi się SUPEREGO, stosowane przez EGO mechanizmy obronne wywołane są lękiem przed SUPEEGO. Zaspokajanie pragnień popędowych mogłoby spowodować karę i stąd mechanizmy obronne uruchamiane są ze strachu przed karą. Trzecia przyczyną powstawania lęku jest odczuwany przez EGO napór impulsów popędowych. Mechanizmy obronne pojawiają się gdy EGO „opuszczone” prze SUPEREGO, samo musi się bronić przed popędami. We wszystkich trzech przypadkach EGO broni się przed lękiem.

Mechanizmy obronne uruchamiają się nie tylko w celu obrony przed lękiem lecz również w sytuacjach konfliktowych – gdy pojawiają się dwie przeciwstawne tendencje np. bierność – aktywność. Rolą mechanizmów obronnych jest tu dopuszczenie do głosu właściwego impulsu lub doprowadzenie do sytuacji kompromisu.

Przedstawicielka neopsychoanalizy Karen Horney uważa również, że człowiek stosuje mechanizmy obronne w celu obrony przed lękiem. Utrwalają się one jako określone schematy reagowania i, utrudniając prawidłowe funkcjonowanie osobowości, prowadzą do wytwarzania nowych mechanizmów obronnych. W ten sposób powstaje błędne koło neurotycznej obrony przed lękiem.

Horney wskazuje na cztery główne sposoby ucieczki przed lękiem: racjonalizacja, zaprzeczanie, „odurzanie", unikanie.
Racjonalizacja – zamiana leku w racjonalny strach, co zmniejsza poczucie bezradności wobec irracjonalnego lęku.
Zaprzeczanie – istnienie lęku może pojawiać się w postaci „wymazania go ze świadomości" – uwidaczniają się wówczas fizjologiczne symptomy lęku i ogólne poczucie niepokoju. Zaprzeczanie może tez przybrać postać świadomego przezwyciężenia lęku – co przejawia się np. podejmowaniem brawurowych działań.
„Odurzanie" to świadome i dosłowne zażywanie narkotyków lub picie alkoholu, oszałamianie się pracą, życiem towarzyskim itp.
Ostatni z wymienionych przez K. Horney mechanizmów ucieczki przed lękiem to unikanie myśli, uczuć, dążeń i sytuacji mogących wywołać lęk.

We współczesnych koncepcjach psychoanalitycznych zwraca się uwagę na różnorodne role jakie mogą pełnić mechanizmy obronne w służbie EGO.
1. Bronią EGO przed niebezpiecznymi impulsami instynktowymi i konfliktami psychicznymi.
2.Niektóre z nich pomagają w radzeniu sobie (coping) z rzeczywistością.
3.Takie mechanizmyobronne jak wypieranie czy zaprzeczanie chronią przed realistyczną (zbyt obciążającą) oceną sytuacji trudnej.
4.Odgrywają tez rolę w radzeniu sobie w chorobach zagrażających życiu lub terminalnych: lęk przeradza się w strach związany z chorobą, dzięki czemu napięcie zostaje zredukowane.

Podział mechanizmów obronnych:

Mechanizmy obronne	
Mechanizm obronny	**Definicja**
Wyparcie	Usunięcie ze świadomości lub utrzymywanie poza świadomością myśli, wyobrażeń i wspomnień, które są bolesne lub budzą lęk (konflikt pomiędzy id i ego).
Zaprzeczenie	Udawanie, że sytuacja naprawdę zagrażająca lub wzbudzająca lęk nie ma miejsca (konflikt pomiędzy impulsami id i frustrującą je rzeczywistością).
Reakcja upozorowana	Wyrażenie uczuć lub zachowań przeciwnych niż rzeczywiście odczuwane, po to by prawdziwe pozostały wyparte. Zachowanie przeciwne wyrażone jest przesadnie.
Projekcja	Przypisanie własnego, nieakceptowanego impulsu innej osobie. Lęk neurotyczny przekształca się wówczas w obiektywny – z zagrożeniem zewnętrznym łatwiej sobie poradzić.
Przemieszczenie	Przeniesienie uczuć, zainteresowań itp., uznanych za nieodpowiednie, z jednej osoby na inną, z jednego przedmiotu na drugi, o mniejszym ryzyku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie, lub w większym stopniu akceptowaną społecznie – bardziej "dozwoloną".
Sublimacja	Przemieszczenie celu popędowego na zgodny z akceptacją społeczną.
Izolacja	Oddzielenie myśli (agresywnych lub seksualnych) od towarzyszących im uczuć, które podlegają stłumieniu.
Intelektualizacja	Intelektualne przetworzenie impulsów agresywnych lub seksualnych, pozwalające odciąć się od nierozładowanych napięć, niezaspokojonych potrzeb seksualnych, konfliktowych myśli lub uczuć.

Racjonalizacja	Użycie samooszukujących się usprawiedliwień nieakceptowanego zachowania lub niepowodzenia.
Anulowanie	„Odczynianie” – usunięcie czynu agresywnego w rytualny sposób, poprzez odkupienie go, wynagrodzenie go komuś. Rytuał jest odczuwany jako przymus i nie poddaje się ocenom intelektualnym. W odróżnieniu od religijnego, wykonywany jest samotnie.
Regresja	Powrót, zwykle pod wpływem stresu, do zachowania charakterystycznego dla wcześniejszego okresu rozwojowego.
Identyfikacja z agresorem	Przejęcie zachowań lub atrybutów agresora, by zmienić się z odczuwającego strach w tego, kto budzi strach.

I tak w psychoanalizie wyróżnia się następujące grupy obron (Vaillant, 2000):

- **narcystyczne mechanizmy obronne** czyli zaprzeczanie, prymitywna idealizacja, projekcja (psychotyczna), identyfikacja projekcyjna i rozszczepienie.

- **niedojrzałe mechanizmy obronne** tzn. acting-out, hipochondryzacja, zachowania pasywno-agresywne, projekcja (niepsychotyczna), regresja, fantazje, somatyzacja oraz zahamowanie.

- neurotyczne **mechanizmy obronne** takie, jak izolowanie, reakcja upozorowana, wyparcie i odczynianie.

- **dojrzałe mechanizmy obronne** czyli altruizm, antycypacja, humor, sublimacja, a także stłumienie.

Pomoc psychologiczna

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

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

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

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

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

Poradnictwo psychologiczne to forma pomocy oferowana osobom zdrowym przeżywającym tak zwane kryzysy rozwojowe lub trudności przystosowawcze. Poradnictwo psychologiczne użyteczne jest w zmianach rozwojowych i nagromadzeniu się wydarzeń życiowych. Odbywa się ono w formie kilku spotkań, których głównym celem jest zidentyfikowanie problemu i poszukiwanie sposobów jego rozwiązania.

Poradnictwo można podzielić na cztery fazy:

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

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

Pomoc psychologiczna świadczona przez psychologa klinicznego może mieć bardzo zróżnicowane formy. Cele tej pomocy są jednak zawsze ukierunkowane na dobro osób i społeczności, na dobro związane ze zdrowiem.

Psychoterapia (od *psyche* = dusza i *therapein* = leczyć) to zbiór technik leczących lub pomagających leczyć rozmaite schorzenia i problemy natury psychologicznej. Wspólną cechą wszystkich tych technik jest kontakt międzyludzki, w odróżnieniu od leczenia czysto medycznego.

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

Istnieje pięć głównych kategorii nurtów teoretycznych związanych z psychoterapią:

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

Psychoterapię można podzielić na:

Psychoterapię indywidualną - opartą na bezpośrednim kontakcie terapeuty z pacjentem. Dlatego też, uważa się psychoterapię indywidualną za klasyczną, wręcz modelową postać oddziaływań psychoterapeutycznych. W terapii tej, wskazane jest, by miejsce i czas spotkań

psychoterapeuty z pacjentem sprzyjały szczerej i swobodnej rozmowie.

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

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

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

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

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

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

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

Psychoterapia grupowa, czyli praca z grupą. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż nie istnieje jeden zestaw reguł umożliwiający pracę z grupą psychoterapeutyczną, nie ma też ogólnie przyjętych na temat faz rozwoju tej grupy, zadań psychoterapeuty grupowego, czy czynników leczących grupie. Istotne jest również, że styl pracy niektórych psychoterapeutów z grupą określa się jako „pracę indywidualną na tle grupy". Oznacza to, że uwaga terapeuty koncentruje się przede wszystkim na procesach interpersonalnych w grupie, a więc traktowana jest ona, jako suma poszczególnych pacjentów.

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

Psychoterapia grupowa prowadzona może być w dwóch rodzajach grup:

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

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

Niezwykle istotną sprawą w pracy z każdą grupą jest jej liczebność, która nie powinna

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

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

- Pierwszym czynnikiem jest wzbudzenie nadziei na rozwiązanie swoich problemów i pozbycie się wszelkich zaburzeń. Przekonanie to pacjenci opierają zazwyczaj na doświadczeniach i osiągnięciach innych członków grupy.
- Drugim czynnikiem leczącym, jest poczucie, że inni również borykają się z tym samym problemem, poczucie to likwiduje towarzyszące na ogół pacjentom przekonanie o ich negatywnej wyjątkowości.
- Innym czynnikiem o charakterze leczącym stają się informacje zwrotne, które w czasie terapii pacjent otrzymuje od grupy. Pozytywny wpływ na pacjenta mają również pożądane zachowania demonstrowane przez członków grupy oraz wsparcie, którego grupa jest źródłem.

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

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

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

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

Przy prowadzeniu terapii rodzinnej wyróżnia się podejście systemowe i niesystemowe. W terapii zorientowanej systemowo psychoterapeuta pracuje w większości przypadków ze wszystkimi członkami rodziny, choć definiują oni zwykle problem jako zaburzenie dotyczące tylko i wyłącznie jednej osoby. Systemowa psychoterapia rodzinna zakłada jednak, że źródłem patologii nie jest jednostka, a cały system. W terapii rodziny zorientowanej niesystemowo patologia przypisywana jest jednostce i temu założeniu podporządkowane są wszelkie zabiegi terapeutyczne.

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

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

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

Socjoterapia Pojęcie socjoterapia (łac.socius- towarzysz, ang.societherapy) najwcześniej pojawiła się w psychiatrii gdzie było rozumiane jako, **metoda**, która stawia sobie za zadanie niedopuszczenie do wyizolowania chorego z życia, a jeśli do tego już doszło, włączenie go do tego życia z powrotem, uwzględniając i wykorzystując do tego celu wszystkie czynniki socjalne (Jagieła za Bardaszko- Łyskowską 2007)

Różna definicje socjoterapii

- Zgodnie ze Słownikiem psychologicznym „socjoterapia to organizowanie środowiska społecznego pacjenta w tym kierunku, by w możliwie dużym stopniu sprzyjało wyzdrowieniu i utrzymaniu zdrowia psychicznego (1979).
- Natomiast w Słowniku pedagogicznym pisze się, że „socjoterapia jest jednym ze sposobów łagodzenia lub eliminowania negatywnych norm i obyczajów w zachowaniach społecznych bądź społecznie niepożądanych"(1984).
- Mała encyklopedia medycyny rozumie socjoterapię jako „zbiór metod socjotechnicznych, polegających na różnorodnych zabiegach korektywnych w stosunku do grupy. Socjoterapia zajmuje się przede wszystkim grupą, w odróżnieniu od psychoterapii, która głównie zajmuje się jednostką" (1987).
- Współczesne podejście do socjoterapii zawiera prawie wszystkie elementy zawarte w powyższych definicjach. Sawicka stwierdza, że „przez socjoterapię możemy rozumieć metodę leczenia zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży w toku spotkań grupowych" (1999) i że jest ona formą pomocy psychologicznej dla dzieci i młodzieży, która stanowi formę pośrednią pomiędzy psychoterapią a psychoedukacją i treningiem interpersonalnym.

Istota socjoterapii

W kręgu zainteresowań socjoterapii pozostają dzieci z problemami szkolnymi, które spowodowane są deficytami parcjalnymi co w efekcie jest przyczyną ich problemów z zachowaniem, dzieci nadpobudliwe, dzieci z problemami w nauce spowodowane ze względu na opóźnienia szkolne i zaniedbania dydaktyczne ora uczniowie agresywni , wyrzucający szkody swoim zachowaniem (Jagieła 2007). W odróżnieniu od psychoterapii, celem socjoterapii jest nie tylko leczenie dzieci z zaburzeniami zachowania, nadpobudliwości i zahamowań, niektórych zaburzeń emocjonalnych ale także przyświecają jej cele edukacyjne i rozwojowe (Sawicka 1999). U podłoża wielu zaburzeń nie akceptowanych społecznie tkwią czynniki środowiskowe. Wiele z tych dzieci rosną w warunkach niekorzystnych, gdzie istnieje problem uzależnienia, przestępczości, psychologiczne lub społeczne niedostosowanie rodziców czy chociażby złe relacje rodziców z dziećmi. Warunki te wpływają na rozwój osobisty i społeczny dzieci i dlatego zadaniem socjoterapii jest wspomaganie ich w tym rozwoju.

Cele socjoterapii:

Wspomaganie rozwoju dzieci podczas zajęć socjoterapeutycznych odbywa się między innymi poprzez realizację celów edukacyjnych. **Cele edukacyjne** polegają na poznawaniu przez grupę dzieci różnych zagadnień, które pomagają im sprawniej funkcjonować społecznie i rozwiązywać różne problemy. Takimi celami może być uczenie się rozpoznawania emocji, rozpoznawania mechanizmów uzależnienia, dostarczanie informacji na temat chorób społecznych czy zdobycie nowych umiejętności jak uczenie się technik pracy umysłowej, uczenie pełnienia różnych ról społecznych , rozwiązywania konfliktów. Cele edukacyjne dostarczają dzieciom wiedzy o sobie i innych ludziach oraz proces rozumienia mechanizmów społecznych co chroni je przed kolejnymi urazami psychicznymi.

Również **cele rozwojowe** wspomagają rozwój dzieci i młodzieży. Cele te są ściśle związane z wiekiem uczestników i ich potrzebami w danym momencie rozwoju. U dzieci w okresie wczesnoszkolnym najważniejsza jest potrzeba aktywności ruchowej, zabawy, potrzeba zdobywania wiedzy, twórczości , wsparcia ze strony dorosłych, potrzeba przebywania w gronie rówieśników. W okresie dorastania dominują natomiast potrzeba wyrażania siebie poprzez różne formy jak literacka, marzenia, wyobrażenia, potrzeb aprobaty społecznej i autonomii, intymności, niezależności i przynależności społecznej oraz aktywności społecznej. Tematyka zajęć może być osadzona wokół takich zagadnień, jak rodzina, miłość, przyjaźń, pomoc w domu, czas wolny w zależności od wieku i preferencji uczestników oraz od ich rozwoju osobistego, społecznego i moralnego (Sobolewska 1993).

Jednak istotą zajęć socjoterapeutycznych jest realizacja **celów terapeutycznych.** W terapeutycznym podejściu do korekty zachowań bez względu na przyczynę interwencji uważa się, że trudne zachowanie dzieci i młodzieży mają tło psychiczne. Dzieci, które doświadczyły przemocy fizycznej i psychicznej mają najczęściej wypaczony obraz własnej osoby. Często myślą, że są gorsze od innych, więc muszą być silne aby coś znaczyć. Uważają, że świat jest okrutny i zły, nie jestem ważny dla dorosłych i nikt mnie nie kocha. Zajęcia socjoterapeutyczne mają dostarczać takich sytuacji społecznych, które mają charakter doświadczeń korekcyjnych przeciwstawnych do doświadczeń urazowych oraz doświadczeń kompensujących doświadczenia deprywacyjne. Podczas zajęć należy również umożliwić odreagowanie napięć i negatywnych emocji oraz pomóc w uczeniu się nowych umiejętności psychologicznych. Proces terapeutyczny nie polega na ponownym przeżywaniu traumatycznych zdarzeń ale ich rozładowaniu oraz doświadczaniu wielu emocji pozytywnych (Strzemieczny 1988) W ten sposób stany takie jak nieufność, wrogość, przygaszenie zniechęcenie, smutek można likwidować poprzez dostarczanie nowych, pozytywnych przeżyć (Sawicka za Han- Ilgiewicz 1998). Gromadzenie nowych doświadczeń o charakterze pozytywnym może likwidować wpływ doświadczeń negatywnych wpływających na funkcjonowanie społeczne i stan psychiczny dzieci i młodzieży (Sawicka 1998). Chodzi o to aby zajęcia socjoterapeutyczne

były okazją do poznania samego siebie, wypróbowania nowych sposobów zachowań i nabycia umiejętności interpersonalnych, jak asertywność, umiejętność podejmowania decyzji, radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, poszukiwanie wsparcia pomocy.

Grupa wsparcia - forma wsparcia psychospołecznego, w której członkowie świadczą sobie różnego rodzaju pomoc, informacje, zazwyczaj nieprofesjonalnie. Niekoniecznie jest to pomoc materialna. Członkowie grupy zrzeszają się zazwyczaj ze względu na jakąś wspólną, obciążającą psychicznie lub społecznie cechę (np. własna choroba psychiczna lub choroba występującą w najbliższej rodzinie, problem z uzależnieniem). Mogą jednak istnieć grupy wsparcia dotyczące rodziców i ich lepszego funkcjonowania.

Grupy mogą mieć charakter otwarty jak i zamknięty. Pomoc może przyjmować formę dostarczania pożytecznych informacji, relacjonowania własnych doświadczeń związanych z danym problemem, słuchania i akceptacji doświadczeń innych, empatycznego zrozumienia i nawiązania kontaktów społecznych z osobami o podobnych trudnościach. Grupa wsparcia może także funkcjonować celem informowania społeczeństwa lub celem obrony danej kwestii.

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

Przykłady pojawienia się dysonansu i jego redukcji

- Palacze mają inne zdanie na temat szkodliwości palenia niż osoby niepalące, mimo równego dostępu wszystkich ludzi do rzetelnych badań na temat konsekwencji palenia
- Palę papierosy i dowiaduję się, że wywołują one wiele chorób. W związku z tym np. podważam zasadność twierdzeń o szkodliwości palenia – „Moja babcia ma 90 lat, od 70 lat pije, pali i... żyje". Dysonans zostaje zredukowany. Odkryto np., że prawie wszyscy niepalący zgadzają się z tym, że palenie jest szkodliwe, a wśród osób palących zgadza się z tym tylko połowa badanych.
- Stosuję wobec swojego dziecka kary cielesne, ale mój dobry znajomy mówi mi, że to źle. Dysonans może być zredukowany poprzez przekonanie siebie, że to co się robi z dzieckiem, to nie jest żadne bicie – „zwykłe klapsy" albo też zerwanie przyjaźni.
- Uważam, że należy być dobrym i życzliwym człowiekiem, ale odmawiam dania drobnych pieniędzy żebrakowi, który mnie o to prosi. „To zwykły naciągacz i darmozjad, pewnie potrzebował na piwo. Podobno niektórzy żebracy jeżdżą mercedesami" – zaczynam myśleć.
- Jestem przekonany o moich zdolnościach intelektualnych, ale bardzo źle wypadam w rozwiązaniu testu inteligencji. „Miałem wyjątkowo zły dzień", „Jedna pomyłka każdemu może się zdarzyć" itp.
- Posiadam pewien pogląd religijny i uważam się za osobę bardzo religijną, ale dowiaduję się, że stanowisko papieża w danej sprawie jest zupełnie inne niż moje. Widocznie się myliłem – zaczynam myśleć.

Motywacja wzbudzona przez dysonans jest tym silniejsza, im:

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

Sposoby redukowania dysonansu

Gdy wzbudzony zostaje dysonans dana osoba motywowana jest do jego redukowania i przywrócenia zgodności między sprzecznymi informacjami. Może to być osiągane przez:

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

DYSONANS PODECYZYJNY

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

Dysonans podecyzyjny jest rozwiązywany poprzez:
+ podniesienie atrakcyjności wybranej alternatywy oraz
+ obniżenie atrakcyjności alternatywy, której się nie wybrało.

SCHEMATY POZNAWCZE

Schematy – to struktury poznawcze, za pomocą których ludzie organizują swoją wiedzę o świecie.

Schemat poznawczy jest rozumiany jako organizacja naszych uprzednich doświadczeń z jakimś rodzajem zdarzeń, osób czy obiektów.

(Bartlett, 1932)

Uniwersalne zasady budowy schematu:
1) PROTOTYPOWOŚĆ
2) HIERARCHICZNOŚĆ

Postrzeganie rzeczywistości i nasze zachowanie zależy od wykształconych przez nas struktur wiedzy, przede wszystkim zaś od tego, które z nich są zaktywizowane w momencie dokonywania spostrzeżeń.
Warunkiem koniecznym do tego, by jakaś struktura wiedzy wpływała na przetwarzanie informacji – jest jej zaktywizowanie i możliwość zastosowania do przetwarzania danych.

Schematy są uruchamiane automatycznie!!!
Wybór schematu zależy to od ich DOSTĘPNOŚCI.

Dostępność = łatwość uświadamiania sobie myśli i idei. Idea dostępna – to taka, która jest obecnie uświadamiana albo, która może zostać łatwo przywołana do świadomości.
Schematy dostępne to te:
1) NAJCZĘŚCIEJ UŻYWANE
2) OSTATNIO UŻWANE
Stąd w aktywizowaniu schematów mogą uczestniczyć tzw. ZDARZENIA POPRZEDZAJĄCE, czyli ostatnie doświadczenia, które AKTYWIZUJĄ konkretne SCHEMATY.

Wzbudzanie schematu pod wpływem zdarzeń poprzedzających polega na zwiększaniu dostępności schematu pod wpływem tego, co było doświadczane bezpośrednio przedtem.

Rodzaje schematów:

- SKRYPTY (reprezentacje ciągów zdarzeń i działań)
- SCHEMATY OSÓB (STEREOTYPY & SCHEMATY RÓL SPOŁECZNYCH)
- SCHEMATY CECH

Skrypt = jest umysłową reprezentacją zdarzeń, działań lub ich ciągów
Schematy osób = to reprezentacje ludzi – konkretnych osób, postaci, ich rodzajów i kategorii.
Najważniejszymi kategorialnymi schematami osób są STEREOTYPY i ROLE SPOŁECZNE
Stereotyp = to uogólniona reprezentacja grupy osób wyodrębnionej ze względu na jakąś łatwo zauważalną cechę określająca społeczną tożsamość członków danej grupy.
Schemat roli społecznej = jest zbiorem oczekiwań co do zachowań odpowiednich czy typowych dla osoby zajmującej jakąś pozycję społeczną
Schematy cech – nie odzwierciedlają ani „całych ludzi" ani „całych zdarzeń" lecz jedynie pewne rodzaje ich zmienności i powiązań pomiędzy oderwanymi cechami, np. „inteligentny" – w okularach; „ciepły" – otyły; etc.

Schematy decydują o selektywności uwagi, o sposobie interpretacji nadchodzących informacji o zapamiętywaniu informacji oraz przywoływaniu danych z pamięci.

Komunikacja

Komunikacja interpersonalna to psychologiczny proces, dzięki któremu jednostka przekazuje i otrzymuje informacje w bezpośrednim kontakcie z inną osobą. Proces **komunikacji** dotyczy czterech zjawisk:
1. intrapsychicznego - czyli doświadczonego wewnętrznie;
3. 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 charakteryzuje się określonym procesem i dynamiką. Proces nadawania komunikatów można ująć następująco: określony bodziec, a więc słowo, treść, mimika gest- powodują pojawienie się u człowieka pewnych myśli i stanów uczuciowych- nazywanych intencjami, które pragnie on następnie wyrazić na zewnątrz. Intencje te bywają przez podmiot uświadamiane lub nie. Bywa i tak, że trudno dowiedzieć się co inny człowiek naprawdę czuje. Uczucia bywają źle zrozumiane głównie z trzech powodów:
1. niejasność niewerbalnego komunikatu
2. jego sprzeczność z komunikatem werbalnym
3. własna interpretacja odbiorcy
Komunikacja interpersonalna odbywa się na jednym z trzech poziomów:
1. poziom faktyczny- poziom, w którym rozmawiamy tylko na bezpieczne tematy, nie wymagające od nas zaangażowania emocjonalnego;
2. poziom instrumentalny- poziom, w którym porozumiewamy się „instrukcjami" tzn. oczekujemy od odbiorcy komunikatu konkretnych zachowań;

3. poziom afektywny- poziom, w którym w trwający proces komunikacji jesteśmy zaangażowani emocjonalnie, ujawniamy nasze wartości i poglądy.

Aby porozumiewać się efektywnie trzeba:
CZUĆ, SŁUCHAĆ I MÓWIĆ.
Beverly Cole powiedział kiedyś: „Prawdopodobnie najsilniejszym narzędziem jakim dysponujemy w sytuacjach trudnych jest DOBRE SŁUCHANIE."
Słyszenie to wyłącznie czynność percepcyjna, mimowolna dokonująca się za sprawa receptorów w obrębie narządu słuchu. Słuchanie natomiast jest czynnością selektywna, która obejmuje zarówno czynność receptorów słuchowych jak również proces interpretacji odbieranych bodźców słuchowych. Słuchanie polega na dokonywaniu odkodowania znaczeń słyszanych słów. Słuchanie może mieć charakter czynny lub bierny. Słuchać biernie znaczy prawie tyle samo co słyszeć. Słuchanie bierne zachodzi wówczas kiedy poziom motywacji osoby słuchającej jest bardzo niski. Warunki artykulacyjne człowieka pozwalają na wypowiadanie 100- 175 słów w ciągu minuty. Natomiast możliwości intelektualne w zakresie słuchania są sześciokrotnie wyższe- 600-800 słów na minutę. Często zdarza się, że słuchając kogoś jednocześnie myślimy o innych sprawach. Oznacza to, że człowiek tylko w niewielkim stopniu wykorzystuje swój potencjał. Aktywne słuchanie angażuje umysł słuchacza w znacznie większym stopniu. Jest to proces kierunkowy- służy uzyskaniu określonych informacji, poznaniu poglądów rozmówcy, jego postaw, uczuć, emocji, etc. Wymaga podążania za tokiem myślenia rozmówcy, przyjmowania jego punktu widzenia, etc. Aktywne słuchanie przejawia się zarówno w formie werbalnej jak również niewerbalnej. Potakiwanie, uśmiech, grymas na twarzy, aprobata, zdziwienie okazywane za pomocą wzroku to tylko niewerbalne sygnały świadczące o aktywnym słuchaniu.

Dobre słuchanie, to konkretne zachowania, które pomogą nam w:
- kontakcie i porozumiewaniu się z drugą osobą;
- zredukowania napięcia w trudnych momentach;
- zachęcania naszego partnera do współpracy.

Zasady dobrego i skutecznego (aktywnego) słuchania to:
- odzwierciedlanie uczuć- werbalne i niewerbalne;
- parafraza treści;
- podsumowanie;
- dowartościowanie;
- wyjaśnienie.

Najtrudniejszym elementem procesu komunikacji jest rozpoznawanie i nazywanie uczuć i emocji. Mówienie o uczuciach jest trudne, 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 KONFLIKTU. Nie wyrażone uczucia (szczególnie nieprzyjemne) potrafią się gromadzić i w pewnych okolicznościach ujawnić z siłą nieadekwatną do danej sytuacji. W sytuacji trudnej zdolność i możliwość wyrażenia swoich uczuć może (i powinna) spełnić rolę „wentyla" i pozwolić zająć się rzeczywistym problemem. W celu dobrego i sprawnego porozumiewania się w sytuacjach trudnych, tak, aby móc powiedzieć o swoich uczuciach, potrzebach a jednocześnie zostać wysłuchanym, powinniśmy posłużyć się komunikatem typu JA. Budowa tego komunikatu wygląda następująco:
JA czuję, (ja jestem) ..... Kiedy Ty.....
Ponieważ.....

Czasami w procesie komunikacji musimy komuś odmówić. Ludzie często nie potrafią wyraźnie odmawiać. W celu uniknięcia sytuacji konfliktowej należy zastosować technikę asertywnego odmawiania, składającą się z trzech elementów:

- ze słowa NIE;
- z jasnego i konkretnego określenia czynności, której nie chcemy wykonać;
- z krótkiego i PRAWDZIWEGO uzasadnienia odmowy.

Wiele nieporozumień w relacjach interpersonalnych jest wynikiem złej komunikacji. Niewłaściwe odczytanie intencji z jednej strony, zawoalowane oczekiwania z drugiej oto 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. W celu pełniejszego poznania istoty komunikacji warto zastanowić się nad procesami i mechanizmami, które leżą u podłoża każdej rozmowy.

Podstawowa sekwencja

Myśl- na wstępie w umyśle nadawcy pojawia się określona myśl;

Kodowanie- następuje w momencie przekształcenia treści pisanej na wiele gestów i symboli. Proces ten jest konieczny, gdyż komunikat przekazuje często jedna osoba, która stara się być zrozumiana dobrze przez swoich słuchaczy. Nadawca stara się zapewnić tak zwana wspólnotę, bez której może wystąpić wiele nieporozumień lub nawet brak komunikowania się;

Odkodowanie- następuje w momencie przekształcenia komunikatu przez słuchacza, który stara się go zrozumieć. Odbywa się ono w dwu etapach: w pierwszym odbiorca otrzymuje komunikat w drugim zaczyna go przetwarzać. Wpływ na to ma własna ocena użytych symboli oraz doświadczenie (ludzie słyszą to co chcą usłyszeć);

Sprzężenie zwrotne - jest to odwrócenie komunikacji, w którym to wyrażamy reakcję na komunikat nadawcy. Możemy wyróżnić dwa typy sprzężeń zwrotnych: pierwszy to bezpośrednie wyrażenie np.: potakiwanie głowa lub drugie pośrednie owocujące np.: wzrostem efektywności pracy.

W momencie gdy sprzężenie zwrotne jest silniejsze to proces komunikowania się jest lepszy.

W procesie odkodowywania przekazu doniosłą rolę odgrywa zarówno sama jej treść jak również jej kontekst. Na treść wypowiedzi składają się poszczególne słowa. Przy wykorzystaniu określonych reguł gramatycznych łączy się je w semantyczne frazy. Poszczególne osoby w sobie właściwy sposób posługują się językiem, budują wypowiedzi oraz dokonują ich interpretacji. Na kontekst wypowiedzi składają się: ton głosu, **kontakt** wzrokowy, mowa ciała. Wszystkie te elementy określa się mianem ekspresji niewerbalnej. O jej doniosłej roli świadczyć może fakt, iż w większym stopniu ufamy treści przekazu niewerbalnego niż tego wyrażonego słowami. Jak dowodzą badania na temat komunikacji interpersonalnej poszczególne kanały przekazu informacji maja zróżnicowany wpływ na kształtowanie ogólnej oceny wypowiedzi. I tak treść wyrażona słowami wpływa jedynie w 7%, przekaz zawarty w tonie głosu decyduje w 38%, przekaz zawarty w mimice twarzy decyduje w 55%.

Bariery komunikacyjne

Mianem barier komunikacyjnych określa się wszystkie czynniki, które utrudniają zrozumienie przekazu zawartego w wypowiedzi. Można wyodrębnić bariery o charakterze fizycznym i psychologicznym :

Różnice kulturowe - nasza przeszłość i wpisane w nią doświadczenia w decydujący sposób wpływają na nasz system poznawczy. Różnice w interpretacji tej samej wypowiedzi przez kilka osób wynikają z faktu, iż każdy posiada własny kontekst poznawczy (bagaż doświadczeń), który w sposób nieświadomy wpływa na sposób myślenia.

Brak umiejętności **decentracji** - pełne zrozumienie rozmówcy możliwe jest dzięki przyjęciu jego perspektywy. Ktoś kto cała swoja świadomość skupia na własnej osobie- nie jest zdolny przyjąć innego niż własny punktu widzenia nie może być dobrym słuchaczem a tym samym dobrym rozmówcą.

Utrudnienia percepcyjne- trudno o efektywną komunikację jeżeli nie rozumiemy rozmówcy ponieważ ten mówi zbyt szybko, niewyraźnie artykułuje wyrazy, jąka się, etc.

Stereotypy- Chętniej słuchamy osób o wysokim statusie społecznym niż tych, których status jest niski. Jeżeli rozmówca posiada określone atrybuty wskazujące na wysoki status społeczny wówczas

poświecimy mu więcej uwagi, okażemy więcej uprzejmości i chętniej zgodzimy się z jego poglądami. W sposób diametralnie inny będziemy traktować osobę, której status społeczny jest niski.

Wybiórczość uwagi - poważnym utrudnieniem jest koncentrowanie się jedynie na określonych faktach zamiast na całokształcie wypowiedzi. Jeżeli słuchacz cała swoja uwagę skupia na tym by zrekonstruować przebieg zdarzenia, które jest przedmiotem opowieści, może nie dostrzec innych ważnych aspektów.

Samopoczucie- sposób patrzenia na życie w dużej mierze zależy od uwarunkowań psychologicznych. Wartości, poglądy, cele wyznaczają ogólne i relatywnie stałe ramy natomiast stan psychofizyczny doraźnie zmienia sposób postrzegania zdarzeń.

W komunikacji międzyludzkiej wyróżnia się dwa zasadnicze style: **niewerbalny i werbalny.**

Komunikacja niewerbalna, inaczej nazywana bezsłowną, wykorzystuje gesty, mimikę, tzw. mowę ciała do przekazów komunikacyjnych. Komunikacja werbalna inaczej nazywana słowną, jest używaniem słownych, sformułowanych w zdania przekazów.

Komunikacja niewerbalna

Komunikacja interpersonalna, rozumiana zarówno jako zachowania werbalne jak i niewerbalne, zachodzi nieustannie - każda sytuacja społeczna implikuje proces nadawania i odbierania różnych informacji. Nie wypowiadając ani słowa, moje ciało nieustannie emituje sygnały, które wyrażają moje samopoczucie, nastawienia, postawy etc. Komunikacja niewerbalna jest wielokanałowym procesem przebiegającym spontanicznie, obejmującym subtelne nielingwistyczne zachowania, dokonującym się w sposób ciągły i, w dużej mierze, bez udziału mojej świadomości. Nawet jeżeli zdaję sobie sprawę z emitowania poprzez własne ciało określonych sygnałów niewerbalnych, to w niewielkim jedynie stopniu potrafię sprawować kontrolę nad tym procesem. Oto przykład: uczuciu silnego niepokoju, zdenerwowania często towarzyszy drżenie rąk. Pomimo usilnych starań, nie mogę tego powstrzymać, dokonuje się ono wbrew mojej woli. Innym przykładem jest zmiana wielkości źrenic - dokonuje się bez udziału mojej świadomości i nie sprawuję nad nią żadnej kontroli. Podobnie jest w przypadku głosu - pomimo zaangażowania całej siły woli, moja ekspresja wokalna wciąż pozostaje poza moja kontrola. Głos najwierniej wyraża stany emocjonalne, najszybciej zdradza smutek czy przygnębienie, uznaje się go za najbardziej "dziurawy" kanał. Ale na przykład twarz - "największy niewerbalny kłamca" - w dużej mierze podlega wolicjonalnej kontroli. Potrafię sprawić, by moja twarz wyrażała uśmiech, zdziwienie czy oburzenie. Przyjrzyjmy się teraz dokładniej poszczególnym kanałom ekspresji niewerbalnej. Można je podzielić na dwie grupy:

ruchy ciała- zalicza się: mimikę, kontakt wzrokowy, gesty, pozycję ciała, dotyk;. zależności przestrzenne- dystans, jaki utrzymujemy z rozmówca w czasie interakcji. Wyodrębniono cztery różne rodzaje ekspresji niewerbalnej: **mimika, proksemika, kinezjetyka, parajęzyk.**

Mimika twarzy stanowi 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. **Proksemika** dostarcza informacji o partnerach interakcji na podstawie przestrzennej odległości miedzy nimi, sposobu strukturyzowania i wykorzystania mikroprzestrzeni. Zachowania proksemiczne pozostają pod wpływem dwóch sprzecznych potrzeb: afiliacji i prywatności. **Kinezjetyka** analizuje postawy ciała, gesty i inne ruchy ciała. Jeden z podstawowych aksjomatów komunikowania brzmi, iż jest to zjawisko nieuchronne. Można przestać mówić w sensie wokalnym ale nie można w ogóle wstrzymać emitowania informacji- intencjonalnie lub nieintencjonalnie ciało stale wysyła sygnały poprzez postawę, pochylenie, rozluźnienie, napięcie, gesty. **Parajęzyk**- źródłem informacji są cechy głosu- wysokość, natężenie, tempo mówienia, wahania i inne zakłócenia płynności mowy.

Mimika

Twarz jest najbardziej ekspresyjna częścią ciała - odzwierciedla szybko zmieniające się nastroje, reakcje na wypowiedzi i zachowania rozmówcy. Wyraża przede wszystkim uczucia i emocje. Niektóre obszary twarzy są bardziej ekspresyjne niż inne. Bardzo wymowne są okolice brwi:
całkowicie podniesione wyrażają niedowierzanie,
podniesione do połowy - zdziwienie,
stan normalny - bez komentarza,
do połowy obniżone - zakłopotanie,
całkowicie obniżone - złość.
Podobna siłę ekspresji ma okolica ust. Zmiana położenia kącików ust wyraża stany od zadowolenia - podniesione, do przygnębienia - opuszczone.

Kontakt wzrokowy

Oczy stanowią najważniejszy obszar wizualnej uwagi - w czasie rozmowy uwaga koncentruje się na oczach przez ok. 43% czasu. Zasadnicza funkcjaa kontaktu wzrokowego jest przekazywanie komunikatów relacyjnych. Co to oznacza? Ogólnie można powiedzieć, że patrzenie na inna osobę jest wyrazem zainteresowania a jednocześnie przejawem pozytywnej lub negatywnej odpowiedzi na to zainteresowanie. Na przykład podczas rozmowy kwalifikacyjnej kandydat usiłuje nawiązać dobry kontakt wzrokowy z rozmówca by poprzez ten kanał wyrazić swoja wiarygodność, kompetencję, zainteresowanie firmą. Jeżeli rozmówca jest zainteresowany kandydatem, będzie skłonny pozytywnie odpowiadać na jego próby nawiązania kontaktu wzrokowego.
Inna ważna funkcja kontaktu wzrokowego jest redukowanie rozproszenia. W celu zwiększenia koncentracji uwagi, ograniczamy ilość odbieranych bodźców. Kanał wzrokowy jest jedną z dróg dostarczania bodźców, a zatem koncentrując myśli na pewnym zdarzeniu, przypominając sobie jakieś szczegóły, zastanawiając się nad odpowiedzią ograniczamy kontakt wzrokowy.
Ekspresja oczu wyraża się nie tylko poprzez spoglądanie, ale również:
zmianę wielkości źrenic (2-8 mm),
wskaźnik mrugania (zwykle co 3-10 sek.),
stopień otwarcia oczu (od szeroko otwartych do przymkniętych powiek),
wyraz oczu - tzw. maślane oczy, mordercze spojrzenie.

Dotyk

Z powodu konotacji z seksem i agresja dotyk stanowi sygnał o bardzo dużej sile oddziaływania. Dlatego istnieją określone normy społeczne, które regulują akceptowany obszar i liczbę dotyków w zależności od charakteru związku interpersonalnego. Istnieje szereg sytuacji, w których kontakt cielesny jest akceptowany, np. w sporcie, podczas tańca, podczas badania lekarskiego, w czasie składania życzeń. We wszystkich tych sytuacjach obowiązują inne reguły, ale wspólnym mianownikiem jest brak związku pomiędzy dotykiem i poczuciem intymności. Wymienione rodzaje dotyku stanowią bowiem przykłady dotyku funkcjonalnego.
Najważniejsze funkcje komunikacyjne dotyku to:
wspieranie/ pocieszanie,
funkcja afiliacyjna,
funkcja władzy.
Przekazy dotykowe są szczególnie skuteczne w dostarczaniu pocieszenia osobom potrzebującym psychicznego wsparcia. Poprzez dotyk najlepiej dokonuje się transmisja uczucia sympatii, zrozumienia, współczucia. Bardzo ważna jest rola dotyku w relacjach rodzice-dzieci. Dotyk odgrywa ogromnie ważna rolę w kształtowaniu bliskich relacji. Przekaz zawarty w dotyku zależy jednak od rodzaju relacji. W bliskich związkach dotyk komunikuje sympatię, życzliwość, wsparcie, etc. Z drugiej strony w relacji np. z szefem jest wskaźnikiem władzy, dominacji i statusu.

Gesty
Kiedy mówimy nieustannie poruszamy rękami, głowa ale też całym ciałem. Ruchy te są skoordynowane z mową i stanowią część całościowego procesu komunikowania się. Kiwanie głową jest dość specyficznym rodzajem gestu i odgrywa dwie zasadnicze funkcje:
po pierwsze działa jako wzmocnienie, nagroda i zachęta dla rozmówcy do kontynuowania wypowiedzi
po drugie- służy synchronizacji interakcji - kilkakrotne kiwnięcie głowa (seria) oznacza brak zgody i chęć zabrania głosu.

Pozycja ciała
Sposób siedzenia czy stania ujawnia informacje nt. naszego samopoczucia. Jednym z komunikatów emitowanych przez postawę ciała jest stan napięcia psychicznego. Świadczą o nim znaki statyczne (stopy ściśle przylegające do siebie, ręce przyciśnięte do ciała, zaciśnięte dłonie) oraz kinezyczne (ciągłe poruszanie stopami, rękami, kręcenie głową). Za pomocą postawy ciała komunikujemy również nasze nastawienie wobec rozmówcy. Bezpośrednie ustawienie ciała ułatwiające kontakt wzrokowy, wychylenie ciała do przodu, dotykanie jest wyrazem pozytywnego nastawienia do rozmówcy. Wyrazem sympatii dla rozmówcy jest podobna/ lustrzana pozycja ciała.

Zachowanie przestrzenne
Wyróżnia się cztery strefy używane przez nas nieświadomie podczas interakcji z innymi ludźmi.
Są to:
strefa intymna (0-45cm),
strefa osobista (45-120 cm),
strefa społeczna (1,2-3,6 m),
strefa publiczna (3,6-6m).
Bliskość przestrzenna jest wskaźnikiem lubienia, sympatii. Im mniejszy dystans, tym bliższa relacja.

Komunikacja werbalna
Komunikacja werbalna to przekazywanie informacji za pomocą wyrazów. Dużą rolę odgrywają tu takie czynniki, jak:
akcent (badania dowiodły, że jest ważniejszy niż treść wiadomości!)
stopień płynności mowy (świadczy o kompetencji i odpowiedzialności)
zawartość (treść) wypowiedzi; jest uzależniona od władzy oraz związków międzyludzkich, uzależnionych od przyjętego systemu kulturowego.
Komunikacja werbalna to komunikacja oparta na słowie. Sprowadza się ona do tego, iż przekazując komunikaty używamy słów. Rozmawiając z drugą osobą – używamy słów. Czytając książkę – odbieramy komunikaty autora przekazane nam za pomocą słów. Pisząc list lub wypracowanie przekazujemy komunikaty za pomocą słów. Biorąc pod uwagę kierunek przesyłanych komunikatów, rozróżniamy komunikację:
pionową
poziomą

Komunikacja pionowa dotyczy najczęściej komunikatów formalnych przepływających pomiędzy pracownikami i ich przełożonymi w celu osiągania założonych celów, przekazania informacji i poleceń, a także zasygnalizowania spraw wymagających szczególnej uwagi lub rozwiązania problemu. Mówimy wówczas o komunikacji skierowanej ku dołowi. Możemy mieć również z odwrotnym kierunkiem komunikacji pionowej – skierowanej ku górze. Ma to miejsce gdy podwładni informują przełożonych o swoich osiągnięciach, stopniu wykonanych zadań, występujących w pracy problemach itp. Przełożeni są zainteresowani tym kierunkiem komunikacji, ponieważ ułatwia im kierowanie i czuwanie na d rozwojem prowadzonej działalności. W warunkach szkolnych mamy do czynienia z tym rodzajem komunikacji pionowej, kiedy uczeń

zwraca się do nauczyciela, dyrekcji lub innych pracowników szkoły.
Z komunikacją poziomą mamy do czynienia wówczas, gdy przebiega ona między członkami tej samej grupy lub pracownikami pełniącymi funkcje na tym samym poziomie. Komunikacja ta może mieć charakter formalny jak i nieformalny.

Aby wszystkie wymienione powyżej rodzaje komunikacji werbalnej przyniosły zamierzony skutek, osoby komunikujące się muszą się wykazać następującymi umiejętnościami:
mówienia
czytania
słuchania
przekonywania
Arabskie przysłowie mówi: „Człowiek ma tylko jedne usta , ale dwoje uszu". Dopełniając to przysłowie można powiedzieć, że człowiek nie ma dwoje uszu, a czworo i mówi czterema językami. Wyjaśnić to można w ten sposób, że w każdym wypowiadanym komunikacie możemy wyróżnić cztery płaszczyzny komunikacji:
płaszczyznę rzeczową(formalną), poprzez którą przekazujemy pewne informacje w sposób oczywisty, formalny,
płaszczyznę autoportretu(autoprezentacji), poprzez którą informujemy, w jakim jesteśmy nastroju, gdy wypowiadamy, nadajemy komunikat,
płaszczyznę wzajemnych relacji, która informuje o stosunku do rozmówcy(lub otoczenia),
płaszczyznę apelu, w którym jest zawarte nasze życzenie do odbiorcy.

Introspekcja, samoobserwacja, kierowanie uwagi ku własnym przeżyciom, badanie ich, analizowanie, obserwacja własnych procesów świadomości w celu poznania ich przebiegu oraz wysnucia naukowych wniosków. W psychologii istnieje spór o wartość introspekcji jako metody naukowej.

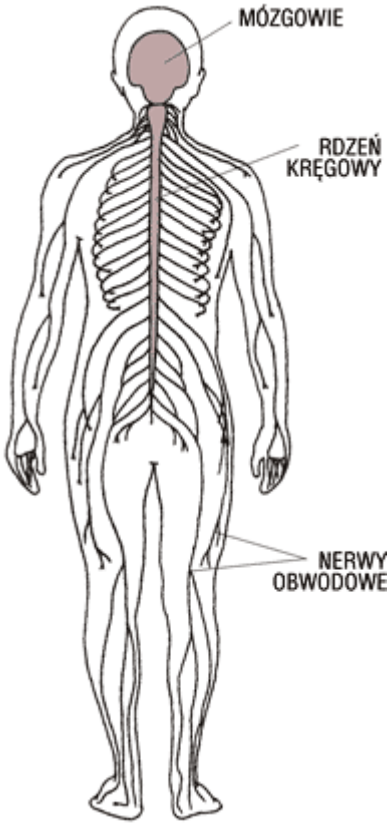
Bibliografia:
Aronson E., Wilson T., Alert R. (2007). "Psychologia społeczna."
Griffin E. (2003). „Podstawy komunikacji społecznej".

WYBRANE POJĘCIA Z NEUROLOGII

Neurologia

Neurologia (z greckiego neuron = nerw) jest to dział medycyny klinicznej, który zajmuje się rozpoznaniem i leczeniem chorób układu nerwowego.

Układ nerwowy

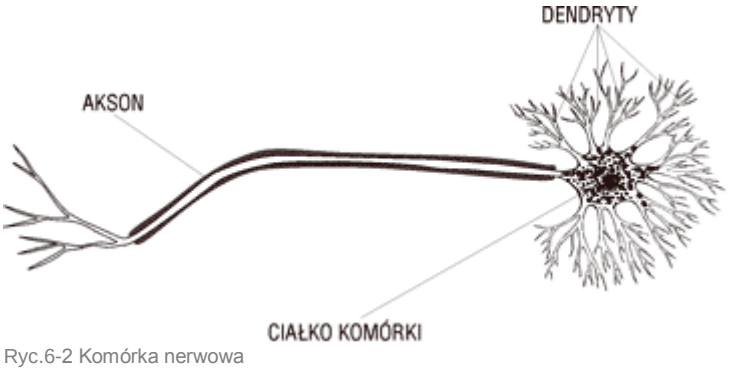


Ryc.6-1 Schemat ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego

Układ nerwowy składa się z ośrodkowego (centralnego) i obwodowego układu nerwowego (Ryc.6-1). Zapewnia on stały kontakt organizmu ze środowiskiem zewnętrznym oraz integrację narządów wewnętrznych. Kontakt ze światem zewnętrznym zapewniają narządy zmysłów, natomiast doznania z narządów wewnętrznych rejestrowane są przez zakończenia czuciowe w poszczególnych narządach. Układ nerwowy uczestniczy w rejestrowaniu, przekazywaniu i analizie napływających pobudzeń z zakończeń czuciowych oraz bierze udział w realizacji prawidłowych reakcji adaptacyjnych na zmieniające się warunki świata zewnętrznego i środowiska wewnętrznego. Podstawowe reakcje adaptacyjne są wrodzone (np. reakcje odruchowe), inne wykształcają się w trakcie życia osobniczego (np. reakcje psychiczne). Podłożem fizjologicznym reakcji odruchowych jest łuk odruchowy (Ryc.6-4). Każdy łuk odruchowy składa się z drogi doprowadzającej, która przewodzi pobudzenia od receptora do ośrodka scalającego (mózg, rdzeń kręgowy) oraz drogi odprowadzającej, przenoszącej pobudzenia do narządu wykonawczego (mięśni, gruczołów wydzielania wewnętrznego).

Komórka nerwowa (neuron)

Komórka nerwowa - neuron - jest najważniejszym elementem składowym układu nerwowego. W obrębie komórki nerwowej wyróżnia się ciało komórki i dwa rodzaje wypustek: wypustkę długą (akson) i liczne wypustki krótkie (dendryty) (Ryc.6-2). Aksony przenoszą informacje z ciała komórki do innych komórek nerwowych lub narządów wykonawczych (efektorów), dendryty natomiast przekazują pobudzenia do ciała komórki nerwowej.



Ryc.6-2 Komórka nerwowa

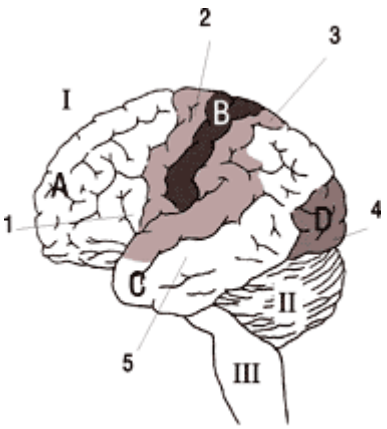
Poszczególne komórki nerwowe łączą się ze sobą poprzez złącza (synapsy), które pośredniczą w przekazywaniu informacji. W zależności od rodzaju substancji chemicznej pośredniczącej w przekazywaniu pobudzenia, wyróżnia się synapsy pobudzające i hamujące. Komórkom nerwowym towarzyszą komórki glejowe, które spełniają funkcje pomocnicze (odżywcze, izolacyjne, podporowe) w stosunku do neuronów.

Obwodowy układ nerwowy

Obwodowy układ nerwowy tworzą korzenie rdzeniowe i nerwy obwodowe. Układ ten zabezpiecza odbiór doznań czuciowych oraz przewodzi pobudzenia z ośrodków nerwowych (rdzeń, mózg) do narządów wykonawczych (mięśni, gruczołów dokrewnych). Nerwy obwodowe zbudowane są z włókien nerwowych ruchowych, czuciowych i autonomicznych. Włókna ruchowe i autonomiczne przewodzą pobudzenia do narządów wykonawczych (mięśni, gruczołów wydzielania wewnętrznego). Włókna czuciowe są dendrytami i przewodzą pobudzenia do ośrodków nerwowych. Objawy uszkodzenia korzeni rdzeniowych mogą być diagnozowane przez wykonanie zdjęć kręgosłupa (w projekcji przednio-tylnej, bocznej i ewentualnie skośnej). Jeśli istnieje podejrzenie uszkodzenia aparatu więzadłowego (zerwanie więzadeł), wykonuje się dynamiczne zdjęcia kręgosłupa (maksymalne przygięcie i odgięcie kręgosłupa). Uzupełnieniem tych badań może być ocena czuciowych potencjałów wywołanych z odpowiedniego dermatomu (obszaru skóry unerwionego przez określony korzeń rdzeniowy). Uszkodzenie korzeni rdzeniowych najczęściej jest wywołane przez ucisk wypadającego jądra miażdżystego. Pełna ocena usytuowania wypadającego jądra miażdżystego jest możliwa przy pomocy badania tomokomputerowego (TK) lub rezonasu magnetycznego (MRI). Diagnozowanie uszkodzeń nerwów obwodowych opiera się na badaniu elektromiograficznym (EMG) i/lub badaniu szybkości przewodzenia (elektroneurografia). U pacjentów z miastenią wykonuje się stymulację (bodźcem elektrycznym) nerwów obwodowych dla oceny połączenia nerwowo-mięśniowego.

Ośrodkowy układ nerwowy (OUN)

Ośrodkowy układ nerwowy (OUN) obejmuje mózgowie (mózg, pień mózgu i móżdżek) oraz rdzeń kręgowy. OUN poddaje rejestracji i analizie pobudzania dopływające z układu obwodowego i zapewnia prawidłową reakcję organizmu na te bodźce. Największą część mózgu stanowią półkule mózgu, które dzieli się na cztery płaty: czołowy, ciemieniowy, skroniowy i potyliczny (Ryc.6-3).

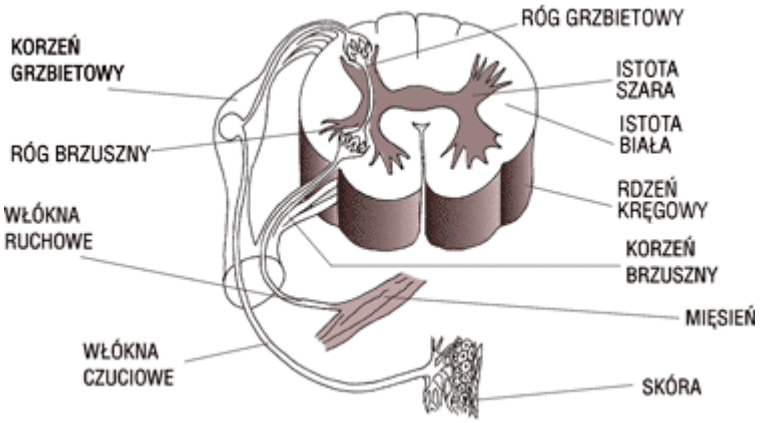


Ryc.6-3 Mózgowie podział anatomiczny (A, B, C, D) i ważniejsze obszry czynnościowe (1, 2, 3, 4, 5).
I-mózg, II-móżdżek, III-pień mózgu,
A-płat czołowy, B-płat ciemieniowy,
C-płat skroniowy, D-płat potyliczny.
1-mowa, 2-ruchy dowolne, 3-czucie bólu i dotyku, 4-widzenie, 5-słuch

W oparciu o badania anatomiczne i fizjologiczne ustalono, iż poszczególne płaty związane są z określonymi funkcjami. Płat czołowy związany jest z czynnościami ruchowymi i psychicznymi. Uszkodzenie tego płata jest przyczyną niedowładów lub porażenia kończyn, a w niektórych wypadkach może ujawniać się zaburzeniami cech osobowości. Płat ciemieniowy bierze udział w analizie doznań czuciowych, a następstwem uszkodzenia tego płata jest przeciwstronna niedoczulica. W płacie potylicznym znajdują się ośrodki wzrokowe. Jeśli dojdzie do upośledzenia funkcji tego płata, pacjent będzie odczuwał zaburzenia w polu widzenia. Analiza doznań słuchowych odbywa się w płacie skroniowym.

Zewnętrzną powierzchnię półkul mózgowych pokrywa kora mózgowa. Uszkodzenie kory mózgowej może doprowadzić do zaburzeń funkcji związanej z uszkodzonym obszarem (np. niedowład, zaburzenia mowy, niedowidzenie) lub wyzwolić nadmierną aktywność komórek leżących w sąsiedztwie uszkodzenia. Taka nadpobudliwość może być przyczyną wystąpienia napadów padaczkowych. Od komórek nerwowych kory mózgu do struktur pnia mózgu przebiegają włókna łączące, które tworzą istotę białą mózgu. We wnętrzu półkul mózgowych znajdują się skupiska komórek nerwowych, tzw. zwoje podstawy, które regulują napięcie

mięśniowe oraz zapewniają kontrolę ruchów zautomatyzowanych. Uszkodzenia zwojów podstawy wyrażają się zaburzeniami ruchowymi i postawy ciała.
Pień mózgu stanowi połączenie między półkulami mózgu i rdzeniem kręgowym. W obrębie pnia mózgu znajduje się szereg ośrodków odpowiedzialnych za funkcjonowanie najważniejszych dla życia czynności, jak oddychanie, praca serca, przemiana materii i regulacja temperatury. Móżdżek moduluje napięcie mięśni i wpływa na utrzymanie prawidłowej postawy ciała. Uszkodzenie móżdżku doprowadza do zaburzeń w wykonywaniu ruchów precyzyjnych oraz powoduje trudności w utrzymywaniu równowagi ciała. Rdzeń kręgowy znajduje się w kanale kręgowym i pośredniczy w przekazywaniu pobudzeń czuciowych do mózgu oraz bodźców wykonawczych do nerwów obwodowych.



Ryc.6-4 Struktury łuku odruchowego

Na przekroju poprzecznym rdzenia kręgowego (Ryc.6-4) widoczne są skupiska komórek nerwowych (istota szara), które zajmują centralną część rdzenia. Istota szara ułożona jest w kształcie litery "H", tworząc rogi tylne (grzbietowe) i rogi przednie (brzuszne). Do rogów grzbietowych dochodzą korzenie grzbietowe, które pośredniczą w przekazywaniu pobudzeń czuciowych. W rogach przednich zgrupowane są neurony ruchowe, których wypustki unerwiają komórki mięśniowe. Zewnętrzną warstwę rdzenia stanowi istota biała utworzona z włókien nerwowych.
Ze względu na złożoną budowę i funkcję ośrodkowego układu nerwowego, ocena jego uszkodzeń musi opierać się na zróżnicowanych metodach badawczych. Wybór odpowiedniej metody zależy od przyczyn uszkodzenia i ich lokalizacji w obrębie OUN, a przede wszystkim od wstępnego rozpoznania neurologicznego. Po urazach czaszki lub kręgosłupa powinny być wykonane zdjęcia RTG przeglądowe dla uwidocznienia szczeliny pęknięcia lub złamania; jeśli istniej podejrzenie obecności krwiaka pourazowego konieczne jest wykonanie badania tomokomputerowego (TK) głowy. W przypadku występowania napadów padaczkowych należy wykonać badanie elektroencefalograficzne (EEG), które powinno być uzupełnione badaniem (TK) głowy dla wykluczenia podejrzenia guza mózgu. W diagnostyce uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego szczególne znaczenie ma obecnie badanie przy pomocy magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI). Metoda ta pozwala w sposób niezwykle precyzyjny ocenić uszkodzenia rdzenia kręgowego, pnia mózgu i okolic mózgu przylegających do kości (np. podstawa mózgu, okolica przysadki mózgowej lub móżdżku). Badanie MRI służy również do oceny uszkodzenia istoty białej mózgu, stąd znaczenie tego badania w diagnostyce stwardnienia rozsianego (SM), chorób zwyrodnieniowych mózgu, móżdżku i encefalopatiach.

Układ autonomiczny (wegetatywny)
Układ autonomiczny (wegetatywny) kieruje czynnościami narządów wewnętrznych a zwłaszcza funkcją układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego i przemiany materii. Układ wegetatywny jest czynnościowo ściśle połączony z układem hormonalnym. Ośrodki sterujące tego układu znajdują się w ośrodkowym układzie nerwowym.

Układ ten dzieli się na dwie części:

a. układ współczulny (sympatyczny),
b. układ przywspółczulny (parasympatyczny).

Układ współczulny (sympatyczny):

Składa się z połączonych ze sobą zwojów, które położone są po obu stronach kręgosłupa i tworzą tzw. pnie współczulne oraz sploty włókien nerwowych zlokalizowanych w innych narządach. Ze zwojów i splotów odchodzą nerwy współczulne unerwiające różne okolice ciała.

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

Układ przywspółczulny (parasympatyczny):

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

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

Ukrwienie mózgu

Krew doprowadzana jest do mózgu przez 2 tętnice szyjne i 2 tętnice kręgowe. Rozgałęzienia tych tętnic łączą się ze sobą, co zapewnia stały dopływ krwi do mózgu. Mózg otrzymuje znacznie więcej krwi aniżeli inne narządy. Masa mózgu wynosi około 2% ciężaru ciała, przez mózg przepływa jednak aż 15% krążącej krwi. Ten zwiększony dopływ krwi zabezpiecza wystarczającą podaż tlenu i glukozy, które są niezbędne dla utrzymania prawidłowej funkcji mózgu. Wiadomo, iż zapotrzebowanie mózgu na tlen jest 10-krotnie większe niż np. mięśnia sercowego. Mózg zużywa 20% tlenu przyswajalnego przez cały organizm.
Prawidłowy przepływ krwi przez mózg zależy w dużej mierze od stanu naczyń mózgowych. Przy pomocy ultrasonografii dopplerowskiej (USG - doppler) można ocenić drożność naczyń i szybkość przepływu krwi w naczyniach doprowadzających krew do mózgu (tętnice szyjne

i kręgowe), a także w zakresie naczyń śródczaszkowych (ultrasonografia przezczaszkowa - TCD). Uzupełnieniem badań dopplerowskich są badania przepływu krwi w wybranych obszarach mózgu (emisyjna tomografia komputerowa pojedynczego fotonu - SPECT).

Przewodnictwo nerwowe

Jedną z podstawowych właściwości komórek nerwowych jest zdolność do wytwarzania i przewodzenia pobudzeń nerwowych. Szybkość przewodzenia pobudzeń elektrycznych zależy od średnicy włókien nerwowych. Włókna grube A przewodzą impulsy z szybkością 20 - 120 m/sek., włókna średnie B 3 - 15 m/sek., a włókna cienkie C 0,5 - 2,0 m/sek. Nerwy obwodowe zbudowane są z włókien grubych, średnich i cienkich, a szybkość przewodzenia w nerwie obwodowym zależy od ilości poszczególnych włókien tworzących dany nerw. Szybkość przewodzenia w nerwach obwodowych maleje przy obniżaniu temperatury lub w trakcie niedokrwienia nerwu, a także wskutek działania różnych czynników uszkadzających (urazy, zatrucia, zaburzenia przemiany materii np. w cukrzycy).

Opony i płyn mózgowo-rdzeniowy

Mózg i rdzeń kręgowy otoczone są przez 3 opony: twardą, pajęczynówkową i miękką. Pomiędzy oponą pajęczynówkową i miękką znajduje się przestrzeń wypełniona płynem mózgowo-rdzeniowym. Podstawowe znaczenie opon i płynu mózgowo-rdzeniowego to ochrona mózgu przed wstrząsami i urazami mechanicznymi. Płyn mózgowo-rdzeniowy może być pobrany do badania przez nakłucie igłą punkcyjną (w okolicy lędźwiowej lub podpotylicznej).
Prawidłowy płyn mózgowo-rdzeniowy jest wodojasny przejrzysty i wypływa pod ciśnieniem 100 - 200 mm H2O (1,0 - 2,0 kPa). W płynie mózgowo-rdzeniowym bada się głównie ilość i rodzaj komórek, stężenie białka, glukozy i chlorków.
Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ma podstawowe znaczenie w rozpoznawaniu zapaleń mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, oraz krwawienia podpajęczynówkowego (zwłaszcza jeśli nie można wykonać badania tomokomputerowego (TK) głowy, lub wynik jego jest wątpliwy).

Bibliografia:

1.Walsh K.; „Neuropsychologia kliniczna.” Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 20004.
2.Herzyk A.; „Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej.’ Wydawnictwo naukowe Scholar W-wa 2005r.
3. dr n. med. Walenty Nyka Wybrane pojęcia z neurologii "Encyklopedia Badań Medycznych" Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996

Strategie i style radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej

Wstęp

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, egzaminem, rozwodem, etc. W rzeczywistości stres towarzyszy człowiekowi od zawsze. 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. Przewlekły stres i

nieumiejętne radzenie sobie z nim może przyczyniać się do różnego rodzaju zaburzeń jak np. nerwica, zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia somatyczne, zaburzenia snu.

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, 1997).

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 (w 1936 r.) 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 unikniecie zależy od własnych działań obronnych lub innych ludzi
3. **faza skutków** - człowiek spostrzega mniej lub bardziej długotrwałe negatywne skutki stresu.

Radzenie sobie ze stresem

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

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

Wielu wydarzeń i sytuacji życiowych nie jesteśmy w stanie przewidzieć, a tym samym uniknąć, bo są nagłe, nieoczekiwane. Nie możemy również całkowicie odizolować się od innych ludzi, od wpływu czynników biologicznych i fizycznych na nasz organizm. Ale do wielu z tych wydarzeń możemy próbować nie dopuszczać, a tym samym ochronić nasz organizm przed ich wpływem.
Zgodnie z hipotezą M. Reuchlina, każdy człowiek dysponuje wieloma sposobami adaptacji, z których jedne są łatwiej, a inne trudniej uruchamiane u tego samego osobnika. A zatem istnieje wiele dostępnych człowiekowi sposobów przystosowania się do określonych warunków, przy czym ich skuteczność jest różna. Jedni ludzie stale unikają trudnych sytuacji, inni aktywnie próbują poradzić sobie, co może skutkować utrwaleniem się takiego a nie innego sposobu adaptacji.

W zakresie wykorzystywanych strategii radzenia sobie ze stresem istnieje pomiędzy ludźmi duże zróżnicowanie. Jedni podejmują działania służące zwalczeniu stresu, uporaniu się z trudnościami, inni ograniczają się do „obrony" tzn. do poprawienia swojego samopoczucia, opanowania objawów stresu. Pierwszą z postaw można nazwać walczącą, drugą obronną. W każdej z tych strategii pojawia się dalsze zróżnicowanie pomiędzy ludźmi. Wybierając bezpośrednie działanie skierowane na stresory ludzie mogą reagować unikaniem lub ucieczką, mogą także atakować fizycznie. Mogą również zastosować mechanizmy obronne: racjonalizację, intelektualizację, techniki tłumienia, wypierania ze świadomości, zaprzeczania lękowi itp. Nie ma jednej uniwersalnej recepty, skutecznego sposobu, przepisu na poradzenie sobie, pokonanie stresu. Efektywność tych sposobów zależy od wielu czynników. Wynikają one z tego, jaki jest człowiek w sensie biologicznym, jak i psychicznym – jakie ma cechy, jak funkcjonuje jego organizm, a zwłaszcza układ nerwowy. Nie bez znaczenia jest także osobowość, inteligencja, „obycie" ze stresem oraz to, w jakich warunkach stresowych trzeba funkcjonować (jak bardzo są one złożone i jak silne wpływają). Ludzie szukają, uczą się rozmaitych sposobów radzenia sobie ze stresem, naśladując innych, albo metodą „prób i błędów" ale są i tacy, którzy pozostają bierni.

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

Z. Ratajczak (2000) 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 przygotowa-

nym, a także jest czas, by lepiej się przygotować i wykorzystać później swoje zasoby w walce z zagrożeniem.

- **Strategia walki, ataku**, aktywnego mierzenia się z „agresywnym" czynnikiem bezpośrednio zagrażającemu życiu, zdrowiu itp. Wydatek energetyczny i intelektualny jest tu ogromny. Nie zawsze jest to strategia optymalna.
- **Strategia obrony** (ochrony) siebie, oszczędzania sił i środków, ukrywania się, zasłaniania i czekania, aż zagrożenie zmniejszy się samo. To jednak może nie nastąpić.
- **Strategia ucieczki** to powszechnie znany sposób radzenia sobie w tzw. sytuacjach beznadziejnych, gdy już nic nie można zrobić, zmienić. Człowieka ogarnia wówczas poczucie bezradności, niemożności, a takie odczucia same w sobie tworzą syndrom rzeczywistej bezradności i rzeczywistego braku sił.

Radzenie sobie ze stresem wg Lazarusa

R. Lazarus określa stres jako szczególny rodzaj relacji człowiek – środowisko, który wynika ze sposobu oceny sytuacji, w której się znaleźliśmy oraz własnych możliwości radzenia sobie z sytuacją. Gdy sytuacja zostanie określona jako stresowa, w konsekwencji pojawią 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, 1984). 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 osiągniecie celu, że przebiega w warunkach zakłócenia równowagi, że jest aktywnością utrudnioną, zagrożoną i potencjalnie zagrażającą). Formy tej aktywności mogą służyć zarówno rozwiązaniu problemu, jak i opanowaniu emocji.

Najpowszechniej przyjmowana definicja radzenia sobie R. S .Lazarusa i S. Folkmana (1984) 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 (1984) rozróżnia cztery strategie zaradcze:

- poszukiwanie informacji,
- bezpośrednie działanie,

- powstrzymywanie się od działania,
- procesy intrapsychiczne.

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

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

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

Innym sposobem radzenia sobie w sytuacjach stresowych jest podejmowanie bezpośrednich działań, czynności, służących zmianie tej sytuacji. Mogą one być bardzo zróżnicowane i mogą służyć zarówno przezwyciężeniu skutków zdarzenia jak również „odsunięciu" od siebie problemów, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Stąd ucieczki w alkohol, narkotyki. Zapobieganie przyszłym zagrożeniom, niedopuszczanie do ich powstawania dokonywane zarówno w otoczeniu jak i w samym sobie mogą zmienić sytuacje 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 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. 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. 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 określiły, była „sparaliżowana", „złamana". Miało to taki skutek, że nie były w stanie zareagować na napad, owładnęło nimi uczucie krańcowego wyczerpania. W chwili gdy miały świadomość, że nie unikną zgwałcenia, zaczynały działać różnie, ale szczególne znaczenie miały w tym momencie strategie poznawcze. Niemal wszystkie kobiety mówiły, że starały się z całej siły koncentrować na jakiejkolwiek 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, tłumu, w ogóle ludzi a w każdym mężczyźnie widziały gwałciciela.

Techniki psychorelaksacyjne

Mądrość zawarta w dziełach filozofów, której istotą było ludzkie życie, nie zaprzedane 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 (1989) 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, wzmaga bóle, które z kolei nasilają lęk.

Relaks wpływa zarówno na zmniejszenie aktywności układu współczulnego jak i bezpośrednio na objawy lęku. W konsekwencji osłabia dolegliwości bólowe chorego. W czasie kilkunastominutowego relaksu z pomocą różnych technik (m.in. zen i joga, medytacja transcendentalna, trening autogenny i inne) w organizmie człowieka pojawiają się takie pozytywne reakcje, jak: zmniejszenie zużycia tlenu o około 10-20%, co jest wskaźnikiem, że organizm wówczas pracuje oszczędnie, wzrost częstotliwości i intensywności fal alfa w mózgu, co poprawia jego biologiczną i psychiczną sprawność, obniżenie poziomu kwasu mlekowego jako konsekwencja rozluźnienia grup mięśni (rąk, nóg, tułowia), zmniejszenie liczby uderzeń serca na minutę, zwolnienie rytmu oddychania. Mimo, że potrzeba relaksu należy do wrodzonych skłonności organizmu, to konieczność stałej mobilizacji w codziennym życiu nie pozwala jej realizować. Dlatego relaksu, z którym wiążę się odprężenie, trzeba się nauczyć. Wstępny etap ćwiczeń relaksacyjnych to nauka przyjmowania biernej postawy, „wyłączania" możliwie wszystkich obszarów aktywności (myślowej, uczuciowej, mięśniowej). Drugi etap to uczenie koncentrowania się na reakcjach własnego organizmu (oddech, napięcie mięśniowe), co połączone jest z etapem trzecim – uczeniem się umiejętności sterowania pracą swojego organizmu. Ćwiczenia w tych etapach dotyczą: koncentracji uwagi na wrażeniach mięśniowych płynących z organizmu i wywoływaniu wrażenia ciężkości we wszystkich jego częściach (głównie dotyczy to rąk, nóg, tułowia); uczenia się koncentracji na wrażeniach płynących z poszczególnych narządów, na przykład pracy serca itp. Ćwiczenia te odgrywają wielką rolę podczas przestrajania pracy organizmu i oddziałują również na życie psychiczne – tonizują reakcje emocjonalne i nastawienie wobec siebie. Relaks w postaci ćwiczeń ma niewątpliwie korzystny wpływ na łagodzenie objawów stresu i jego skutków, może odegrać ważną rolę w profilaktyce naszego zdrowia i samopoczucia. Ćwiczenia relaksacyjne uprawiane systematycznie można z pożytkiem wykorzystać do formowania wielu cech własnej osobowości (życzliwość, stanowczość, odwaga, pracowitość, wytrwałość, odporność psychiczna itp.), a także po to, by dotrzeć do zapomnianych czy tłumionych emocji. Z całą pewnością jest to dobry sposób radzenia sobie z cywilizacyjnym stresem, co może ochronić nasze zdrowie. Pozytywne zmiany fizjologiczne będące następstwem różnych technik relaksu to wyraźny wzrost lub spadek istotnych życiowo funkcji organizmu. Do najbardziej popularnych technik relaksacyjnych należą Progresywna Relaksacja Mięśni Jacobsona i Trening Autogenny Schulza.

Relaksacja mięśni Jacobsona

Progresywna Relaksacja Mięśni jest techniką opracowaną w latach 30-tych XX wieku przez Edmunda Jacobsona. Bazuje ona na założeniu, że odprężenie psychiczne powinno naturalnie wynikać z odprężenia fizycznego.

Progresywna relaksacja mięśni wg Jacobsona jest podejściem do panowania nad stresem, umożliwiającym naukę naturalnego doznawania głębokiego odprężenia. Skutkiem chronicznego stresu lub urazu może być wysoki poziom naprężenia mięśni. Zwracając szczególną uwagę na takie doznania jak napinanie i rozluźnianie mięśni można świadomie likwidować napięcie i uczyć się uspokajać ciało, redukować lęk. PRM oprócz funkcji redukowania stresu dodatkowo jest

narzędziem, które pozwala na naukę odczytywania sygnałów wysyłanych przez nasze ciało. Systematyczne wykonywanie ćwiczeń uczy nas identyfikacji a następnie eliminacji napięć w naszym ciele. Korzyści to redukcja objawów lękowych, wzmocnienie zaufania do siebie, zmniejszenie nadciśnienia i poprawa pracy serca, lepsza praca żołądka i jelit, rozwój wyobraźni i procesów myślenia, wzmocnienie kontroli nad własnym nastrojem.

Trening polega na wykonywaniu określonych, celowych ruchów rękami, nogami, tułowiem i twarzą, po to, aby napinać i rozluźniać określone grupy mięśni organizmu. Napinanie i rozluźnianie służy najpierw wyuczeniu zdawania sobie sprawy z różnicy wrażeń płynących z mięśnia napiętego i rozluźnionego. Systematyczne ćwiczenia uczą także nawyku rozluźniania własnych mięśni. Uczenie się relaksu jest podobne do uczenia się jazdy na nartach czy pływania. Jeśli nauczymy się rozluźniać jakieś dwie lub trzy grupy mięśni pozostające pod kontrolą naszej świadomości, z biegiem czasu nauczymy się rozluźniać mięśnie pozostające poza naszą kontrolą, np. mięśnia serca, mięśni trzewnych i innych pracujących wewnątrz klatki piersiowej i brzucha. Wyższym etapem relaksacji wg Jacobsona jest tzw. relaksacja zróżnicowana, która polega na tym, że tylko potrzebna dla jakiejś pracy grupa mięśni jest napięta, pozostałe są rozluźnione, np. do czytania napięte są tylko mięśnie powiek i czoła.

Trening Autogenny Schultza

Trening autogenny Schultza to popularna nazwa techniki relaksacji neuromięśniowej, polegającej na wywołaniu poprzez autosugestię doznań podobnych do stanu hipnozy oraz wewnętrznej medytacji.

Ponad pół wieku temu Johannes Heinrich Schultz (1884-1970) wprowadził trening autogenny do terapii. Uczony ten był z wykształcenia dermatologiem i dopiero później zainteresował się neurologią i psychoterapią. Schultz doszedł do treningu autogennego przez hipnozę. Pracując we wrocławskim Instytucie Hipnozy zauważył, że hipnotyzowani stale przeżywali dwa typowe stany: ciężar i ciepło w różnych częściach ciała, co interpretował jako początek "przełączenia" w wegetatywnym systemie nerwowym. Z wcześniejszych prac swoich kolegów Schultz wiedział, że takie przełączenie może być spowodowane przez samego pacjenta. Dało mu to podstawy do opracowania metody treningu autogennego (TA). W 1932 r. wydał książkę tłumaczoną na wiele języków pod tytułem "Trening autogenny – samoodprężenie przez koncentrację". Praca ta spotkała się z dużym zainteresowaniem opinii publicznej.

Nazwa trening autogenny Schultza pochodzi od greckiego słowa „*autos*"- sam i „*genesis*"- początek, pochodzenie, ród. Autogenny znaczy więc: ćwiczący własne EGO. Różnica między stanem hipnotycznym a autogennym polega na tym, że w pierwszym przypadku człowiek znajduje się pod wpływem działania hipnotyzera, a w autogenii – pod wpływem samego siebie. Trening Schultza ma bardzo szerokie zastosowanie w leczeniu wspomagającym przy różnego rodzaju neurozach i zaburzeniach psychosomatycznych, dolegliwościach hormonalnych, w neurologii, foniatrii, położnictwie, stomatologii i przy drobnych zabiegach chirurgicznych. Metoda sprawdziła się w wielu dziedzinach, m.in. w poradniach wychowawczych i małżeńskich, w sporcie (przed startem) i sztuce aktorskiej i publicznych wystąpieniach (przy opanowywaniu tremy przed występami).

Zapobieganie skutkom stresu i chorobom cywilizacyjnym uznaje się za podstawową dziedzinę stosowania treningu autogennego. Ruch, wysiłek fizyczny i racjonalne odżywianie mogłyby, łącznie z TA, stać się podstawą medycyny prewencyjnej. Człowiekowi zdrowemu TA pomaga zapobiec wielu chorobom, zwłaszcza stabilizuje samopoczucie ludzi, którzy jeszcze nie są chorzy, ale już nie czują się w pełni zdrowi. Trening autogenny wspomaga inne zabiegi psychoterapeutyczne, a w niektórych wypadkach wystarcza jako jedyna metoda leczenia. Psychozy

i niektóre nerwice nie poddają się działaniu treningu. Cierpiący na nie pacjenci na ogół już nie są w stanie regularnie stosować TA albo w ogóle nie potrafią go wykonywać.

Trening autogenny składa się z sześciu (sugerowanych) elementów, które następują po sobie:

- uczucie ciężaru,
- uczucie ciepła,
- regulacja pracy serca,
- regulacja swobodnego oddychania,
- uczucie ciepła w splocie słonecznym (brzuchu),
- uczucie chłodu na czole.

Zespół uzależnienia od alkoholu

Zgodnie z kryteriami zawartymi w 10 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów opracowanej przez WHO (ICD 10) zespół uzależnienia od alkoholu należy definiować jako wystąpienie przynajmniej trzech z następujących objawów, w okresie przynajmniej jednego miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach krótszych niż miesiąc:

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

Nie jest możliwe całkowite jej wyleczenie, a jedynie zahamowania narastania jej objawów i szkód zdrowotnych z nią związanych. W świetle nowoczesnej wiedzy uzależnienie od alkoholu jest chorobą wieloczynnikową, biopsychospołeczną, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Model leczenia tego schorzenia musi być dostosowany do takiego sposobu postrzegania tej choroby.

Działanie alkoholu na organizm

Alkohol etylowy jest cieczą lżejszą od wody, przezroczystą, o charakterystycznej woni i piekącym smaku. W normalnych warunkach występuje w organizmie człowieka jako alkohol fizjologiczny, w stężeniu nie przekraczającym 0,15 promila. Wchłanianie rozpoczyna się natychmiast po wprowadzeniu alkoholu do organizmu, już w jamie ustnej. Szybkość wchłaniania zależy m. in. od tempa przesuwania się treści pokarmowych z żołądka do dwunastnicy i jelit, a także od zawartości tłuszczu w pożywieniu. Jelita są miejscem, gdzie najwięcej alkoholu przenika do krwi, natomiast największe jego stężenie występuje w ślinie, moczu, krwi, żółci i

płynie mózgowo-rdzeniowym. Do maksymalnego stężenia alkoholu we krwi dochodzi po upływie około 1-1,5 godziny od chwili jego spożycia. Proces metabolizowania alkoholu przebiega wolniej niż proces jego wchłaniania.

Polskie prawo definiuje:

Stan po użyciu alkoholu, gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila (lub rejestruje się obecność alkoholu w wydychanym powietrzu na poziomie od 0,1mg do 0,25 mg w 1 dm^3).

Stan nietrzeźwości, gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5 promila (lub rejestruje się obecność alkoholu w wydychanym powietrzu na poziomie powyżej 0,25 mg w 1dm^3).

Dla oceny stanu trzeźwości ważna jest umiejętność szacunkowego obliczenia poziomu stężenia alkoholu we krwi. W tym celu można posłużyć się następującymi wzorami:

$$\textbf{Dla mężczyzn} = \frac{\text{ilość wypitego czystego alkoholu (g)}}{0{,}7 \times \text{waga ciała (kg)}}$$

$$\textbf{Dla kobiet} = \frac{\text{ilość wypitego czystego alkoholu (g)}}{0{,}6 \times \text{waga ciała(kg)}}$$

Przy czym 10g czystego, 100% alkoholu (1 standardowa porcja alkoholu) zawarte jest w: ok. 250ml piwa o mocy 5%, ok. 100ml wina o mocy 12% oraz ok. 30ml wódki o mocy 40%.

W zależności od stężenia alkoholu we krwi występują określone objawy zatrucia alkoholem:

stężenie	objawy
od 0,3 do 0,5 promila	Nieznaczne zaburzenia równowagi oraz euforia i obniżenie krytycyzmu, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz zaburzenia widzenia
do 0,7 promila	Zaburzenia sprawności ruchowej (niezauważalne osłabienie refleksu), nadmierna pobudliwość i gadatliwość, a także obniżenie samokontroli oraz błędna ocena własnych możliwości, które często prowadzą do fałszywej oceny sytuacji
do 2 promili	Zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, obniżenie progu bólu, spadek sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków itp.) pogłębiający się w miarę narastania intoksykacji alkoholowej, opóźnienie czasu reakcji, wyraźna drażliwość, obniżona tolerancja, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie akcji serca.
do 3 promili	Zaburzenia mowy (mowa bełkotliwa), wyraźne spowolnienie i zaburzenia równowagi, wzmożona senność, znaczne obniżona zdolność do kontroli własnych zachowań
do 4 promili	Spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, osłabienie lub zanik odruchów fizjologicznych oraz głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki
powyżej 4 promili	Głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodka oddechowego i naczynioworuchowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol.

Wpływ alkoholu na OUN wiąże się z działaniem depresyjnym, a odczuwane pobudzenie po

spożyciu alkoholu jest przejściowe i związane z hamowaniem korowych mechanizmów kontrolujących, co skutkuje zaburzeniem krytycyzmu i samokontroli z gwałtownymi wahaniami nastroju.

Szkody zdrowotne

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

Toksyczne działanie alkoholu etylowego i produktów jego przemiany powoduje zmiany chorobowe w następujących układach:

- **układ nerwowy:** polineuropatia, zmiany zanikowe móżdżku 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), zaburzenia rytmy 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. 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 również znaczące zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym człowieka: bezsenność, depresję, niepokój, próby samobójcze, zmiany osobowości, amnezję, psychozę alkoholową, halucynozę alkoholową, otępienie (zespół Korsakowa).

- Majaczenie drżenne (delirium tremens, biała gorączka) – rozpoczyna się drugiego lub trzeciego dnia po odstawieniu lub ograniczeniu spożywania alkoholu, w związku z tym traktowane jest jako powikłany alkoholowy zespół abstynencyjny. Majaczenie drżenne będące ostrą psychozą alkoholową występuje u ok. 5% uzależnionych, zwykle po okresie nasilonego picia trwającego 5-15 lat. Polega na różnorodności objawów i intensywności jego przebiegu. Chory ma zaburzoną orientację w czasie i przestrzeni, nie poznaje najbliższych, doświadcza silnych halucynacji. Charakterystyczny jest również wygląd pacjenta: przekrwiona twarz i oczy, drżenie rąk i całego ciała, duży niepokój ruchowy. Może temu towarzyszyć wysoka gorączka, potliwość, odwodnienie.

- Halucynoza alkoholowa – rzadkie zaburzenie, występuje po wieloletnim piciu alkoholu. Rozwija się w ciągu 48 godzin od przerwania picia. Z tego powodu ostra halucynoza jest traktowana jako zespół abstynencyjny. Do objawów należą omamy słuchowe, urojenia, bardzo silny lęk. W odróżnieniu od majaczenia drżennego chory zachowuje świadomość, jest zorientowany co do czasu i miejsca, prawidłowo podaje dane personalne, na ogół pamięta przebieg zdarzeń, ale w wyniku słyszenia głosów traci krytycyzm. Objawy trwają zwykle kilka godzin lub dni.
- Psychoza Korsakowa – jest rzadką chorobą, występuje po długotrwałym nadużywaniu alkoholu, jako skutek działania alkoholu na tkankę mózgową i niedoborów witaminowych, zwłaszcza z grupy B. Podstawowe objawy: luki pamięciowe wypełniane zmyśleniami (konfabulacjami), brak orientacji w czasie i otoczeniu, nastrój przeważnie euforyczny z okresami zobojętnienia, bóle i mrowienia w kończynach (zaburzenia czucia kończyn), osłabienie siły mięśniowej lub porażenia mięśniowe będące wyrazem zwyrodnienia nerwów obwodowych. Osoby dotknięte tym zaburzeniem nie rozpoznają twarzy, pomieszczeń i przedmiotów, obrazów, które przed chwilą widziały.
- Paranoja alkoholowa (zespół Otella, alkoholowy obłęd zazdrości) – charakteryzuje się tym, że przy sprawnym intelekcie chorego występuje system urojeń dotyczący niewierności małżeńskiej. Nadmierna podejrzliwość idzie w parze z mniejszą wydolnością seksualną. Niekiedy do urojeń zazdrości dołączają urojenia prześladowcze.
- Zaburzenia o podłożu organicznym – alkohol może prowadzić do trwałego uszkodzenia mózgu. Najbardziej podatne na uszkodzenia są płaty czołowe i prawa półkula, co wyjaśnia głębokie zmiany osobowości towarzyszące przewlekłemu piciu. Część pacjentów może cierpieć na tzw. padaczkę alkoholową (drgawkowe napady abstynencyjne), która występuje po jakimś czasie od zaprzestania picia i objawia się utratą przytomności, bezdechem, sinicą, skurczami tonicznymi mięśni całego ciała. Innym zaburzeniem o podłożu organicznym jest otępienie alkoholowe, charakteryzujące się postępującą niewydolnością intelektualną, gwałtownymi zmianami nastroju, degradacyjnymi zmianami osobowości. Zespół ten powstaje
  w wyniku postępującego zaniku kory mózgowej płata czołowego.

Picie ryzykowne i szkodliwe. Różne wzory spożywania alkoholu

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

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

Osoby pijące alkohol mogą wielokrotnie w ciągu swojego życia zmieniać wzór spożywania alkoholu przemieszczając się na continuum od abstynencji, poprzez picie

o niskim poziomie ryzyka, do spożywania alkoholu w sposób wysoce ryzykowny i szkodliwy. Niektóre z nich się uzależnią. Jest to wędrówka w dwie strony. Ktoś, kto dzisiaj pije alkohol na poziomie niskiego ryzyka może w wyniku różnego rodzaju okoliczności zwiększyć swoje picie do poziomu wysokiego ryzyka. Ktoś, kto dziś pije ryzykownie lub szkodliwie może na tyle ograniczyć swoje picie, aby radykalnie zmniejszyć wynikające z niego szkody. Abstynent może w każdej chwili zacząć pić, a osoba uzależniona może zostać abstynentem. Najmniej prawdopodobna jest sytuacja, że osobie uzależnionej uda się trwale ograniczyć spożywanie alkoholu, a więc wrócić na stałe do picia kontrolowanego, o niskim ryzyku szkód.

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

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

Sygnały ostrzegawcze

Picie alkoholu staje się problemem, gdy:

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

Alkoholowy zespół płodowy – FAS (Fetal Alcohol Syndrom)

Zespół ten został rozpoznany po raz pierwszy w 1973 roku. Jest zespołem fizycznych i umysłowych zaburzeń, które mogą wyrażać się jako opóźnienie umysłowe, dysfunkcja mózgu, anomalie rozwojowe, zaburzenia w uczeniu się i zaburzenia psychologiczne. FAS jest efektem działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym.

Alkohol stanowi silny teratogen, który ma wpływ na rozwijający się płód, gdy ciężarna kobieta spożywa alkohol. To, czy dziecko będzie miało cechy charakterystyczne dla zespołu FAS, zależy od ilości wypijanego alkoholu. Narażenie płodu na działanie alkoholu może spowodować tzw. „ukrytą

niepełnosprawność", która będzie się ujawniać w zachowaniach dziecka. Wiele dzieci ma uszkodzony mózg i nie ujawnia żadnych dysmorfologicznych cech charakterystycznych dla pełnoobjawowego FAS, co powoduje, że nie są traktowane jako osoby zaburzone.

Cechy charakterystyczne i objawy FAS:

- niska urodzeniowa waga ciała,
- opóźnione tempo rozwoju fizycznego,
- wady serca,
- małe rozmiary głowy,
- zniekształcenia w budowie twarzo-czaszki (obfite owłosienie, skrócenie szpary powiekowej, spłaszczona rynienka ponosowa, wąskie szpary powiekowe, szeroka nasada nosa, krótki nos, zbyt mały podbródek, mała szczęka),
- uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego objawiające się drażliwością, nadpobudliwością,
- zaburzenia dobowego rytmu snu,
- opóźnienie rozwoju umysłowego.

Cechy morfologiczne mogą nie być tak widoczne zaraz po urodzeniu lub w okresie dorastania albo dorosłości jak między 2 a 10 rokiem życia.

FAS jest zaburzeniem trwałym i nieuleczalnym. Bez zrozumienia zaburzeń w rozwoju poznawczym, mającym swoje źródło w uszkodzeniu mózgu u osób narażonych na działanie alkoholu w życiu płodowym, typowe, normalne dla nich zachowania mogą być źle interpretowane, jako świadome, celowe nieposłuszeństwo.
U dzieci z FAS występują następujące **zaburzenia pierwotne**:

- trudności z gromadzeniem, łączeniem i wykorzystywaniem informacji,
- problemy z pamięcią, myśleniem abstrakcyjnym, myśleniem przyczynowo-skutkowym, uogólnianiem,
- trudności z poczuciem czasu, godziny.

Zaburzenia wtórne (które nie muszą wystąpić):

- zmęczenie,
- drażliwość, napady złego humoru, agresja, poirytowanie,
- zwiększony poziom lęku, unikanie, wycofanie się, zamknięcie w sobie,
- kłopoty w domu i/lub w szkole,
- kłopoty z prawem, nadużywanie substancji psychoaktywnych, ucieczki z domu,
- problemy ze zdrowiem psychicznym.

Syndrom DDA (*Adult Children of Alcoholics)*

DDA jest to zespół utrwalonych osobowościowych schematów funkcjonowania psychospołecznego powstałych w dzieciństwie w rodzinie alkoholowej, które utrudniają osobie adekwatny, bezpośredni kontakt z teraźniejszością i powodują psychologiczne zamknięcie się w traumatycznej przeszłości. Powoduje to przeżywanie i interpretowanie aktualnych wydarzeń i relacji przez pryzmat bolesnych doświadczeń z dzieciństwa. Zniekształcenia te nie są przez DDA uświadamiane. Schematy te są destrukcyjne i powodują wiele zaburzeń pacjenta w kontakcie z samym sobą oraz z innymi osobami, szczególnie z tymi, z którymi pacjent jest w bliskich związkach.

Przyczyny syndromu DDA:

- duża ilość traumatycznych doświadczeń,
- chaos i nieprzewidywalność zdarzeń i zachowań dorosłych,
- stałe napięcie, życie w przewlekłym stresie,
- dominacja cierpienia,
- niezaspokojenie potrzeb i zaniedbania rozwojowe,
- brak oparcia, odrzucenie, opuszczenie,
- zagrożenie i przemoc domowa,
- nadużycia seksualne,
- brak spójnych norm i wartości,
- poczucie wstydu,
- niepełny przebieg procesu rozwoju więzi,
- brak granic,
- lekceważenie i ośmieszanie w wychowaniu,
- życie w tabu, zaprzeczaniu i iluzji,
- izolacja i brak bliskości,
- niemożność dotarcia dziecka do prawdziwej osobowości rodziców, kiedy zadaje im pytania na temat swojej egzystencji.

Objawy syndromu DDA:

- krzywda emocjonalna wynikająca z odrzucenia przez rodziców (rodzice byli albo zajęci piciem alkoholu, albo skupieni na piciu partnera, partnerki),
- obarczenie przez rodziców konsekwencjami ich choroby uzależnienia i/lub współuzależnienia,
- zakotwiczenie emocjonalne w relacji z rodzicami w roli dziecka,
- zależność, trudność w separacji,
- problemy w kontakcie ze swoimi uczuciami i potrzebami,
- niejasność uczuć i potrzeb, nieadekwatny obraz siebie, niska samoocena i poczucie własnej wartości,
- brak świadomości i umiejętności obrony własnych i respektowania cudzych granic,
- wypieranie poczucia krzywdy doznanego w dzieciństwie,
- trudność w budowaniu relacji z innymi (w tym z osobami płci przeciwnej),
- brak jasnych wzorców dotyczących ról związanych z płcią,
- lęk przed bliskością,
- wrogość w relacjach,
- nadodpowiedzialność i nadkontrola,
- nieufność i wzmożona kontrola,
- potrzeba akceptacji za wszelką cenę,
- lęk przed odrzuceniem skojarzony z doświadczeniami z relacji z rodzicami,
- poczucie winy, wstydu i strachu,
- zamknięcie w sobie, skrytość,
- pesymizm,
- samotność, izolacja,
- brak równowagi, drażliwość, histeryczność, huśtawki emocjonalne, zalegające uczucia złości, lęku, wstydu, smutku poczucia winy i krzywdy, chroniczne napięcie,
- potrzeba mocnych wrażeń, zachowania ryzykowne (sięganie po substancje zmieniające świadomość, agresja, autoagresja itp.),

- czarno-białe spostrzeganie świata,
- perfekcjonizm, skłonność do kompulsywnych zachowań, impulsywne zachowania, ryzykowne zachowania seksualne,
- trudności z określaniem celów życiowych utrata sensu życia, utrata energii,
- depresje, zaburzenia jedzenia, snu, mowy.

Bibliografia:

Anderson P., Baumberg B. (2006) Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies (2006). Polskie wydanie: Alkohol w Europie, Wyd. Parpamedia, 2007

Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M. (2004) Alkohol. Uzależnienia. Fakty i mity. Wyd. Gaudium

Woronowicz B. (2003)Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii

Domierz I: „Pacjent przewlekle nadużywający alkoholu", TERAPIA UZALEŻNIENIA I WSPÓŁUZALEŻNIENIA, NR5/2007

Fudała J. (2007): Czy moje picie jest bezpieczne. Wyd. PARPAMEDIA

Uzależnienie od narkotyków

Termin "**narkotyk**" ma znaczenie zarówno prawne, jak i farmakologicznie. Z prawnego punktu widzenia narkotykiem jest każdy środek (lek) charakteryzujący się dużymi możliwościami nadużywania i znaczną tendencją do uzależniania. W farmakologii, nauce skupiającej swą uwagę na naturze chemicznej leku, jego strukturze i działaniu, znaczenie terminu "narkotyk" jest specyficzne. Obejmuje ono naturalne alkaloidy *papaver somniferum*, maku lekarskiego, mającego właściwości przeciwbólowe i uspokajające, oraz każdą półsyntetyczną substancję pochodną o podobnej strukturze i działaniu farmakologicznym.

W obowiązującej obecnie w Polsce ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii nie występuje określenie "narkotyk", zawarte zostały natomiast takie terminy jak ***"środek odurzający"*** (art. 6 pkt 2),***"substancja psychotropowa"*** (art. 6 pkt 3), ***"środek zastępczy"*** (art. 6 pkt 4). Użyte w ustawie określenie „środek odurzający" oznacza każdą substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działającą na ośrodkowy układ nerwowy, określoną w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy. Załącznik do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wymienia środki odurzające w czterech grupach, przy czym podział uwzględnia stopień ryzyka powstania uzależnienia w przypadku używania ich w celach niemedycznych oraz zakresu ich stosowania w celach medycznych. „Substancją psychotropową" jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających. Wykaz taki zawiera załącznik nr 3 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. „Środkiem zastępczym" określono każda substancję niezależnie od jej stanu fizycznego stosowaną zamiast lub w takich samych celach niemedycznych, jak środki odurzające lub psychotropowe.

Wszystkie substancje określane powszechnie jako 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 **uzależnienia.**

Objawy uzależnienia polegają na tym, że użytkownik narkotyku:

- Doznaje silnej potrzeby lub przymusu użycia substancji;
- Traci kontrolę nad używaniem (nie może się powstrzymać od jego rozpoczęcia lub nie potrafi go przerwać);
- W przypadku odstawienia substancji doznaje przykrych dolegliwości fizycznych i/lub psychicznych (tzw. reakcji abstynencyjnej);
- Rośnie jego tolerancja na substancję, w konsekwencji musi zwiększać dawki dla osiągnięcia tego samego efektu;

- Koncentruje się na używaniu, rezygnując z innych dających wcześniej satysfakcję form aktywności;
- Kontynuuje używanie mimo uświadomienia sobie, ze jest ono szkodliwe.

Uzależnienie rozpoznaje się, gdy co najmniej trzy z tych objawów występują nieprzerwanie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku. Jeśli taka sytuacja nie zachodzi, ale przyjmowanie substancji prowadzi do szkód fizycznych lub psychicznych - możemy mówić o tzw. **użyciu szkodliwym**.

Substancje psychoaktywne (narkotyki) uzależniają na różne sposoby:

Zależność psychiczna - będzie się ona wyrażać regularną chęcią przeżywania różnych sytuacji pod wpływem narkotyku. Możliwość wytworzenia tego rodzaju zależności jest wspólnym mianownikiem właściwie wszystkich narkotyków. Jednak to, czy się ona wytworzy, zależy głównie od rodzaju narkotyku, cech osobowościowych i sytuacji osoby eksperymentującej z narkotykiem. Jeśli powstanie ten rodzaj zależności, to będzie się charakteryzować silną potrzebą i niekontrolowanym pragnieniem ponownego przyjęcia danej substancji. Dużą rolę odgrywa także wiek osób sięgających po środki odurzające. Jest nieomal prawidłowością, że ci dorośli, którzy uzależnili się od narkotyków pierwsze eksperymenty z nimi zaczynali w wielu kilkunastu lat, kiedy emocjonalnie dopiero dojrzewali.

Innym rodzajem uzależnienia, jest **zależność fizyczna,** która dotyczy tylko niektórych grup narkotyków. Zależność taka, to wynik adaptacji układu nerwowego do obecności danej substancji psychoaktywnej. W konsekwencji zmienia się tolerancja organizmu na substancję. Fizjologiczne mechanizmy powstawania zależności fizycznej przebiegają rozmaicie w przypadku różnych grup narkotyków. Przykładem mogą być barbiturany, których działanie wpływa na osłabienie aktywności neuronów. Przy nagłym odstawieniu barbituranów neurony te stają się nadaktywne prowadząc do wielu zaburzeń w czynnościach fizjologicznych organizmu. Zaburzenia, wywołane odstawieniem substancji, od której organizm jest uzależniony nazywa się **zespołem abstynencyjnym** lub objawami odstawienia.

Zespół abstynencyjny może mieć różny charakter, w zależności od rodzaju środka, który spowodował uzależnienie; może mieć też różne natężenie - zależy to od długości okresu stosowania tego środka, jak również od wielkości przyjmowanych dawek. Zespół abstynencyjny będzie miał zawsze bardzo nieprzyjemny dla uzależnionego przebieg i jego rezultatem będzie poszukiwanie substancji w celu zniesienia takiego stanu.

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

W kontekście społecznym mówi się również o **zależności społecznej,** która dotyczy zwłaszcza młodych ludzi silnie związanych z grupą rówieśnicza. Polega ona na tym, że używanie staje się istotnym aspektem przynależności do grupy. Uzależniona osoba może nie odczuwać objawów zależności fizycznej ale mieć silną potrzebę sięgnięcia po substancję, gdy znajduje się w określonej grupie. Zależność społeczna 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

Fazy używania narkotyków.

Upowszechnienie się nowych wzorów używania narkotyków powoduje, że szczególnie ważne staje się zrozumienie, że uzależnienie i inne szkody wynikające ze stosowania substancji psychoaktywnych nie przychodzą natychmiast, lecz rozwijają się w toku procesu o różnym czasie trwania. Najczęściej przyjmuje się, że składa się on z czterech faz:

- faza pierwsza **eksperymentowanie i używanie dla przyjemności i reakcji** – używa się rzadko, przy specjalnych okazjach, w ograniczonych dawkach – pod tzw. kontrolą, a użytkownik ma wiele innych sposobów satysfakcjonującego spędzania czasu;
- faza druga to **nadużywanie** – po substancje sięga się już również dla wyeliminowania stanów negatywnych np.; napięcia, nudy, emocji, stresu ale nadal wyjątkowo. Użytkownik traci kontrolę, niekiedy przekracza ustaloną przez siebie dawkę, ale nadal ma inne sposoby spędzania czasu i osiągania satysfakcji;
- faza trzecia to **przyzwyczajenie** – używanie narkotyków staje się regularne i dość częste, alternatywne sposoby spędzania czasu powoli zanikają, ale zaniedbywanie ról społecznych (np. szkoły) nadal nie występuje jeszcze wyraźnie;
- ostatnia faza to **uzależnienie** – gdy używanie ma na celu nie tyle poprawę nastroju, ile unikanie nieprzyjemnych doznań związanych z brakiem substancji i podtrzymywanie odurzenia jako specyficznego stanu „normalności". Użytkownik nie posiada innych sposobów osiągania satysfakcji i pomimo coraz groźniejszych konsekwencji zdrowotnych nie przerywa zażywania narkotyku.

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.

Zażywanie narkotyków niesie za sobą również konsekwencje prawne. Regulacje prawne zwarte są w Kodeksie Karnym i Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 r.

W Polsce posiadanie <u>każdej</u> ilości narkotyków jest zagrożone kara pozbawienia wolności do lat 3; w szczególnych okolicznościach, gdy ilość narkotyków jest nieznaczna i są one przeznaczone na własny użytek, postepowanie wobec takiej osoby może zostać umorzone.

Osoba handlująca narkotykami jest zagrożona kara pozbawienia wolności do lat 10.

Nakłanianie drugiej osoby do zażycia narkotyku lub dawanie jej narkotyku grozi karą do 3 lat pozbawienia wolności, a w przypadku gdy osoba ta jest nieletnia, do lat 8.

Prowadzenie pojazdów pod wpływem narkotyków może skutkować karą grzywny lub ograniczenia wolności do 2 lat.

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 p omiędzy 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 z oddziaływań środowiskowych, ale także może mieć związek z czynnikami biologicznymi.
W przypadku alkoholu teza na temat genetycznych predyspozycji dzieci alkoholików do podatności na to uzależnienie została ponad wszelką wątpliwość udowodniona.

Czy wszystkie narkotyki możemy wrzucić do jednego worka?

Są ogromne różnice pomiędzy tym, jak działają rozmaite substancje psychoaktywne. Kofeina działa inaczej niż alkohol, ecstasy inaczej niż kokaina, a działanie LSD w niczym nie przypomina działania heroiny. To, że ktoś próbował niektórych narkotyków – wcale nie oznacza, że próbując innych doświadczy podobnych doznań. To, że marihuana kogoś nie zabiła nie oznacza, że nie zrobi tego heroina. Jeszcze inny wpływ na organizm i doznania mają leki psychotropowe i nasenne i leki powszechnego stosowanie w przeziębieniach i stanach zapalnych (bez recepty) które również mogą być przyczyną uzależnienia.
Niektóre narkotyki otrzymywane są z roślin (heroina, kokaina), inne na drodze syntezy (amfetamina, LSD). Ale nawet, jeśli narkotyki wyglądają podobnie – mogą oddziaływać bardzo różnie. Nielegalne narkotyki robione są na bazie różnych składników, niekiedy wyjątkowo toksycznych, a wyglądające zdawałoby się identycznie tabletki mogą zawierać znacznie różniące się od siebie substancje. Tak więc ktoś, kto sięga po narkotyki nigdy nie ma pewności co tak naprawdę bierze. Nie ma bezpiecznego sposobu używania nielegalnych narkotyków. Substancje te są połykane, palone, wdychane lub wstrzykiwane. Im bardziej bezpośrednią drogą narkotyk dostaje się do krwioobiegu tym efekt jego działania jest silniejszy, a ryzyko śmiertelnego przedawkowania większe. Możemy wyróżnić trzy główne typy działania narkotyków:
1. typ pobudzający
2. typ uspokajający
3. typ halucynogenny

Aktualnie używane substancje psychoaktywne (narkotyki).

Marihuana i haszysz – kanabinole - uważane za mniej szkodliwe, pochodzenia roślinnego, w niektórych krajach dopuszczone do sprzedaży (Holandia). Najczęściej palone w lufkach, skrętach. W Polsce nielegalne, ale stosunkowo łatwo dostępne np. w Internecie, niedrogie więc możliwe do nabycia przez młodzież. Obecnie marihuana zawiera ok. 10% THC (aktywny składnik działający na komórki mózgu). Wbrew obiegowym informacjom również uzależnia – osoby palące marihuanę już po kilku miesiącach mają problem z rezygnacją z tej substancji. Po użyciu następuje poprawa samopoczucia, uczucie beztroski, lekkiej euforii, osłabienie hamulców wewnętrznych, niezrozumiała dla otoczenia wesołkowatość, gadatliwość a po 2-3 godzinach zamknięcie w sobie, koncentracja na doznaniach wewnętrznych. Obecność THC jest możliwa do stwierdzenia jeszcze długo po zażyciu w moczu i ślinie (2 tygodnie), we krwi i włosach (nawet wiele miesięcy).

Leki uspokajające i nasenne – druga co do powszechności stosowania grupa substancji zażywanych przez młodych ludzi. Należą do tej grupy benzodiazepiny, które bardzo szybko uzależniają psychicznie i fizycznie. Powodują spowolnienie myślenia i mowy, chwiejność emocjonalną, napady lęku i agresji. Pojawiają się też zmiany fizyczne: zaburzenia koordynacji ruchowej, osłabienie, zawroty i bóle głowy. Przy odstawieniu występują silne objawy abstynencyjne – długotrwałe złe samopoczucie, drżenie języka, rąk, powiek, wymioty, silny niepokój, zaburzenia ciśnienia krwi i pracy serca, silne lęki i urojenia a nawet groźne dla życia stany padaczkowe. Dlatego przyjmowanie i odstawianie substancji powinno przebiegać pod ścisłą kontrolą lekarza.
Dekstromrtorfan (DXM) - narkotyk z grupy opiatów występujący w lekach przeciwkaszlowych i przeciwprzeziębieniowych (dostępnych w aptekach bez recepty). Używany w dawkach 5 do 10 razy większych niż zalecane dawkowanie wywołuje euforię, zwiększa poczucie otwartości na innych, w dawkach jeszcze większych wywołuje halucynacje, poczucie oderwania od ciała i utratę tożsamości (depersonalizację). Częste używanie prowadzi do wzrostu tolerancji, i młodych osób silne uzależnienie psychiczne. Charakterystyczne jest swędzenie i zaczerwienienie skóry, podwyższenie temperatury ciała, rozszerzenie lub zwężenie źrenic, niepokój, zaburzenia koordynacji ruchowej, agresja.
Objawy abstynencyjne to: niepokój, bóle mięśni i stawów, bezsenność, biegunka, wymioty, obniżenie nastroju.
Benzydamina i inne substancje stymulujące – składnik popularnych leków przeciwzapalnych, dostępnych bez recepty. Wywołuje poczucie euforii, błogostanu, zaburzenia postrzegania wzrokowego, halucynacje wzrokowe i słuchowe oraz spowolnienie ruchowe. Po ustąpieniu działania benzydaminy występuje ogólne złe samopoczucie, osłabienie, drżenie rąk i bezsenność, niekiedy zaburzenia widzenia utrzymują się do kilku miesięcy (powidoki, przewidzenia, smugi).
Działanie utrzymuje się do 8 godzin, po tym czasie zażywający staje się zmęczony i wyciszony, jednak zaśnięcie jest nadal niemożliwe. Podobne działanie wykazują leki zawierające narkotyki o nazwie efedryna i pseudoefedryna.
Kodeina – z grupy opiatów, składnik wielu leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty. Wywołuje euforię, senność, błogą apatię, wprowadza w stan niewrażliwości na przykre doznania. Uzależnienie psychiczne rozwija się w ciągu kilku najwyżej kilkunastu dni, uzależnienie fizyczne, a co za tym idzie wzrost tolerancji, rozwija się w czasie 6-12 miesięcy. Objawy odstawienne to: drażliwość, brak chęci działania, problemy ze snem, bóle głowy, i silna potrzeba przyjęcia kolejnej dawki. Szczególnie niebezpieczne są leki zawierające w swym składzie jednocześnie kodeinę i paracetamol.
Heroina – może mieć postać proszku o kolorze wahającym się od białego do brązowego. Rafinowany w Azji tzw. brown sugar ma postać brązowych lub różowych granulek. Polska odmiana heroiny, tzw. kompot jest brązowym, oleistym płynem., trzymanym zwykle w strzykawkach lub niewielkich pojemniczkach. Heroina może być przyjmowana dożylnie, do nosa w postaci tabaczki lub palona (wdychanie oparów podgrzewanej heroiny).
Opioidy mają głównie działanie nasenne, przeciwbólowe, uspokajające i euforyzujące.

Najsilniej działającym opioidem jest heroina. Szybciej niż morfina dociera do mózgu, powodując silniejszy „haj". Jest to subiektywne silne uczucie uniesienia, euforii lub ekscytacji odczuwane już w ciągu kilku sekund po wstrzyknięciu heroiny, trwające nie dłużej niż minutę. Z czasem wykształca się tolerancja na euforyzujące działanie narkotyku. Oprócz tego, opioidy wywołują ogólne dobre samopoczucie, stan odprężenia, spokój, senność. Pragnienie doświadczenia tych przyjemnych doznań stanowi ważny czynnik motywujący do ponownego sięgania po narkotyk.
Zażywaniu heroiny towarzyszą też efekty takie jak zmniejszenie uczucia głodu, bólu i potrzeb seksualnych, niepokój ruchowy lub spowolnienie psychoruchowe i senność, subiektywne odczuwanie ciepła przy niewielkim obniżeniu temperatury ciała, zmniejszenie czynników motywacyjnych, apatia i wypalenie emocjonalne a także postawa obronna i wycofująca.
Heroina działa od 6 do12 godzin, natomiast metadon od 24 do 36 godzin.
Bardzo szybko dochodzi do uzależnienia psychicznego. Chęć ponownego przeżycia błogostanu pojawia się tuż po zaprzestaniu działania poprzedniej dawki. Równie szybko pojawia się uzależnienie fizyczne. Objawia się ono wzrostem tolerancji, czyli koniecznością przyjmowania coraz większych dawek środka oraz zespołem abstynencyjnym, który pojawia się przy próbie odstawienia go. Do najczęściej towarzyszących mu dolegliwości należą: „gęsia skórka", łzawienie oczu, wysięk z nosa, kichanie, rozszerzenie źrenic, nudności, wymioty, obniżenie ciśnienia krwi, bóle brzucha, biegunka, dolegliwości bólowe, zwłaszcza kończyn dolnych i kręgosłupa, zaburzenia snu i utrata łaknienia, zmiany nastroju – od przygnębienia i apatii do drażliwości i napadów złości.
Amfetamina działa podobnie do kokainy, silnie pobudzając organizm: przyspiesza akcję serca i oddech, powyższa ciśnienie krwi, powoduje zwiększenie aktywności psychoruchowej, niweluje uczucie senności i głodu, a nawet wywołuje jadłowstręt. Osoba zażywająca amfetaminę odczuwa bardzo duży przypływ energii, podwyższenie nastroju a nawet euforię, staje się bardzo pewna siebie. Zarazem zmniejsza się poczucie lęku i krytycyzm wobec własnego zachowania. Amfetamina powoduje też zwiększenie koncentracji uwagi, np. łatwiej jest skoncentrować się na nauce. Jednocześnie po jej zażyciu wzrasta drażliwość i agresywność, może pojawić się drżenie rąk, nadmierna potliwość lub formikacje (wrażenie obecności insektów na skórze).
Podobnie jak w przypadku kokainy, pamięć o euforycznych doznaniach i sprawności jaką osiąga organizm pod wpływem amfetaminy oraz przykre objawy pojawiające się już 12 godzin po zaprzestaniu działania używki, powodują silną chęć sięgnięcia po nią ponownie. Tym samym prowadząc do powstania zależności psychicznej.
Nie ma natomiast dowodów świadczących o powstawaniu uzależnienia fizycznego. Po odstawieniu amfetaminy pojawiają się natomiast objawy abstynencyjne, które mogą utrzymywać się przez kilka dni, są to: zmęczenie, obniżony nastrój a nawet myśli samobójcze, apatia, senność, wzmożone łaknienie, bóle głowy.
Skutkiem zażywania amfetaminy mogą być:

- Depresja - jest najczęstszym powikłaniem uzależnienia od środków psychostymulujących.
- Zaburzenia psychotyczne, przybierające najczęściej formę urojeń prześladowczych
- Przedawkowanie przejawia się w postaci tachykardii, bólów w klatce piersiowej, nadciśnienia tętniczego i zagrażającej życiu zapaści sercowo-naczyniowej. W wyniku przedawkowania narkotyku może nastąpić nieodwracalne uszkodzenie drobnych naczyń mózgowych prowadzące do udarów mózgu.

Substancje halucynogenne – w tej grupie znajduje się wiele substancji, zarówno pochodzenia naturalnego jak i syntetycznych.
Substancje naturalne:

- Grzyby halucynogenne typu Psilocybe. Są to małe, brązowe lub grzyby o cienkiej nóżce. Wyglądem przypominają inne grzyby, jednak ich cechą charakterystyczną jest to, ze w czasie krojenia zmieniają kolor na niebieski lub zielony. Spożywane są surowe, suszone lub w postaci wywaru.
- Kaktus (pejotl) – występuje w postaci brązowych krążków suszonego owocu, proszku kapsułek lub płynu. Bywa żuty lub palony.

- Bieluń dzięd̨zierzawa – silnie toksyczna i halucynogenna roślina rozpowszechniona w całej Eurazji i Ameryce Północnej, pospolicie występująca w Polsce. W celu odurzenia spożywa się wywar z tej rośliny.
- Sporysz – grzyb pasożytujący na łodygach żyta.

Preparaty syntetyczne:

- DMT (dimetylotryptamina), MDA, MDMA (ecstasy), etamina, fencyklydina. Występują w postacie tabletek, kapsułek lub proszku.
- LSD (dwuetyloamid kwasu lizergowego). Jest najtańszą i najbardziej popularną substancją psychoaktywną. Występuje w postaci kolorowych znaczków lub papierków czy bibułek nasączonych kwasem, pigułek lub płynu.

Wbrew nazwie, większość halucynogenów nie wywołuje halucynacji (inaczej omamów, czyli spostrzeganie przedmiotów, które nie istnieją połączone z silnym poczuciem ich realizmu) lecz iluzje, czyli zniekształcone spostrzeganie realnie istniejących przedmiotów. Ponadto substancje halucynogenne zaburzają poczucie czasu i przestrzeni, wyostrzenie słuchu, percepcji kolorów, przeżycia mistyczne. Z reguły osoba pod wpływem narkotyku zdaje sobie sprawę, że doświadcza iluzji, jednak niektóre substancje (DMT, atropina) mogą wywołać prawdziwe halucynacje.

Substancje halucynogenne nie wywołują uzależnienia fizycznego jednak powodują zależność psychiczną. Halucynogeny przyjmowane są zwykle nieregularnie lub systematycznie w krótkich ciągach np. w weekendy. Spowodowane jest m. in. tym, że konieczna jest kilkudniowa przerwa aby substancje halucynogenne wywoływały pożądany efekt.

Zagrożenia jakie powodują środki halucynogenne:

- stany psychotyczne wywołane przez narkotyk mogą być przyczyną niebezpiecznych zachowań, np. wyskoczenia z okna, szybkiego prowadzenia samochodu
- tzw. Zła podróż, stan psychotyczny, któremu towarzyszyć mogą napady lęku, urojenia, podniecenie psychoruchowe, zachowania agresywne wobec siebie i innych
- ciężkie zatrucia – dotyczy to zwłaszcza ekstazy (MDMA). Nawet niewielkie dawki mogą wywołać zespół serotonergiczny, który objawia się tachykardią (przyspieszeniem akcji serca powyżej 100 uderzeń na minutę)
- flashback – nawet po kilku tygodniach lub miesiącach od zażycia substancji istnieje ryzyko pojawienia się chwilowego wrażenia lub halucynacji, doznawanych podczas jej zażywania.

Jak zorientować się, czy ktoś sięga po narkotyki?

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

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

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

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

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

Wiele podobieństw zauważymy również w przypadku, gdy osoba będzie pod wpływem **środków uspokajających** (benzodiazepiny) czy **nasennych** (barbiturany). Po krótkim okresie euforycznego pobudzenia zachowanie jej wyraźnie „przygaśnie" i nastąpi okres nienaturalnego uspokojenia lub w wyniku niemożności powstrzymania się od snu – osoba zapadnie w sen. W wypowiedziach osób będących pod wpływem tych środków wyraźnie dostrzeżemy problemy z artykułowaniem słów (bełkotliwa mowa).

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

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

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

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

I tak do palenia **marihuany** służą zazwyczaj szklane lufki i fifki, różnych kształtów fajki drewniane lub gliniane (na ogół mniejsze niż te, w których palony jest tytoń). Do palenia haszyszu, który często mieszany jest z tytoniem potrzebne są bibułki i maszynki do robienia skrętów. Niekiedy, szczególnie podczas zbiorowego palenia preparatów konopi, używa się prymitywnych fajek wodnych zrobionych z plastikowych butelek.

Środki takie, jak **amfetamina czy kokaina** (niekiedy heroina) stosowane są poprzez tzw. *snifowa-nie,* czyli wciąganie do nosa i umożliwianie przedostawania się substancji psychoaktywnej do krwioobiegu przez śluzówkę. Tutaj najczęstszymi akcesoriami są różnego rodzaju rurki (np. krótko przycięte słomki). Gładką powierzchnię, na której usypywane są za pomocą żyletek lub kart telefonicznych „ścieżki" proszku stanowią np. lusterka.

Palenie brązowej wersji **heroiny** wymaga folii aluminiowej, na której narkotyk jest podgrzewany, a powstające opary wciągane przez usta.

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

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

Testy do wykrywania narkotyków

Najprostszą i najtańszą metodą wykrywania narkotyków w organizmie są testy do badania obecności narkotyków, a dokładnie ich metabolitów w moczu. Są one dostępne w wielu aptekach za stosunkowo niewielką kwotę (10–20 zł). Trudność polega na tym, że każdy z nich wykrywa jeden konkretny narkotyk bądź jedną grupę narkotyków. W związku z tym, kupując test w aptece,

powinniśmy wiedzieć o użycie jakiego narkotyku osobę badaną podejrzewamy.
Z reguły opisywane testy wykrywają **amfetaminę** obecną w moczu w czasie do 2-3 dni od momentu użycia. **Kokaina** jest możliwa do wykrycia przez okres o wiele krótszy – do kilkunastu godzin po użyciu. Powodem jest szybki metabolizm tego narkotyku. **Heroina** obecna w moczu wykrywana jest do 3 dni od momentu jej użycia. **Marihuana** utrzymuje się na poziomie wykrywalnym najdłużej, bo przez 3-10 dni po jednorazowym zapaleniu – a to dzięki temu, że THC odkłada się w tkance tłuszczowej i potem powoli wraz z moczem opuszcza organizm. Przy długotrwałym używaniu marihuany lub innych preparatów konopi okres ten wzrasta nawet do kilkunastu tygodni.
Poza rodzajem substancji – długość okresu, kiedy narkotyki są wykrywalne w moczu zależy także od wielkości przyjętej dawki, czasu i częstości przyjmowania narkotyku, wieku, wagi ciała, a nawet stanu zdrowia.
Zażywanie narkotyków można stwierdzić również na podstawie padania próbek śliny, krwi i włosach, jednak testy takie musza być wykonane w laboratoriach.

Działania wobec osób uzależnionych

Placówki ambulatoryjne

Zanim osoba uzależniona rozpocznie leczenie trafia do poradni lub punktu konsultacyjnego. Placówki ambulatoryjne są miejscami, gdzie zazwyczaj odbywa się pierwszy kontakt osoby uzależnionej z terapeutą za którym stoi cały system pomocy. Nie zawsze jednak ktoś trafiający do ambulatorium jest zdecydowany na terapię i rozstanie się z narkotykami. Z reguły zaczyna odczuwać on pierwsze problemy życiowe, których źródła nie chce identyfikować z nałogowym używaniem narkotyków. Diagnoza poziomu uzależnienia, rozpoznanie oczekiwań pacjentów, ocena ich funkcjonowania społecznego to podstawowe elementy decydujące o wyborze sposobu leczenia. Poradnie stwarzają możliwość terapii w trybie indywidualnym, jak i w ramach grup terapeutycznych. Można uzyskać w nich skierowanie do oddziałów detoksykacji, stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjnych na terenie całej Polski, a także do innych programów leczniczych. Sieć tego typu placówek ma ogromne znaczenie zarówno dla osób mających problemy z nadużywaniem i uzależnieniem od narkotyków, jak również dla tych wszystkich, którzy chcą pomóc swoim bliskim dotkniętym uzależnieniem.

Programy wymiany igieł i strzykawek

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

Oddziały detoksykacji

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

w oddziale detoksykacji trwa od tygodnia do dwóch; w nielicznych przypadkach nieco dłużej.

Stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne

Ośrodki rehabilitacyjne proponują uzależnionym leczenie oparte głównie o metodę społeczności terapeutycznej. Terapia jest ukierunkowana na radykalną zmianę stylu życia pacjentów, zmianę środowiska i uzyskanie trwałej abstynencji od środków psychoaktywnych. Osoby przebywające w ośrodkach uczą się życia poprzez społeczną interakcję (głównie w obrębie grupy); nabierają poczucia odpowiedzialności za własne zachowanie, uczą się rozumienia i wyrażania własnych emocji. Cel leczenia w społeczności terapeutycznej wykracza daleko poza zmianę zachowań – zachowanie jest tylko objawem prawdziwych problemów. W myśl filozofii terapii – osoba uzależniona musi zmienić negatywny obraz siebie na pozytywny, nauczyć się konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i umiejętności cieszenia się z życia po to, by zmniejszyć niebezpieczeństwo powrotu do autodestruktywnych zachowań z przeszłości.
Częstą praktyką jest pomoc w nawiązywaniu ponownych, tym razem poprawnych relacji z rodziną. W ośrodkach obowiązuje całkowita abstynencja od takich środków jak narkotyki i alkohol. Pobyt w tego typu placówkach może trwać od kilku do kilkunastu miesięcy i zazwyczaj podzielony jest na etapy związane z rozwojem pacjenta i uzyskiwaniem przez niego umiejętności i doświadczeń społecznych.

Programy substytucji lekowej

Do tego rodzaju leczenia wykorzystuje się środki farmakologiczne będące agonistami (metadon) lub częściowymi agonistami (buprenorfina) opiatów. Programy substytucji lekowej to rozwiązania polegające na zastąpieniu nielegalnego narkotyku legalną substancją o podobnym bądź takim samym działaniu farmakologicznym. 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 nie-legalnych narkotyków (redukcji zachowań o charakterze kryminalnym) oraz obniżenie poziomu niebezpieczeństw zdrowotnych płynących z niekontrolowanego ich zażywania. Służyć ma temu legalny substytut narkotyku oraz szereg oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym i readaptacyjnym mających umożliwić i ułatwić powrót do pełnienia ról społecznych. Osoby uczestniczące w programach substytucyjnych są więc nadal uzależnione od narkotyków – tej samej lub podobnej substancji psychoaktywnej. Jednak dzięki legalnemu dostępowi do bezpłatnego i czystego farmakologicznie narkotyku, a także do serwisów socjalnych i terapeutycznych mają szansę na zmianę stylu życia lub przynajmniej na jego stabilizację. Długość udziału w terapii substytucyjnej nie jest z góry określona – o jej zakończeniu decyduje sam pacjent (chyba, że wcześniej zostanie usunięty z programu z powodu „dobierania" nielegalnych narkotyków). W większości przypadków udział w terapii jest wieloletni.

Grupy Anonimowych Narkomanów

Grupy NA istnieją w Polsce od 25 lat (www.anonimowinarkomani.org). Ich program oparty jest na Dwunastu Krokach i Dwunastu Tradycjach Anonimowych Alkoholików. Fundamentalną zasadą umożliwiającą osobom uzależnionym trzeźwienie we wspólnocie jest zasada anonimowości. Dzięki niej mogą one czuć się bezpiecznie, wolne od szykan, poniżania i wytykania palcami. Osobie uzależnionej przychodzącej na mityngi zaleca się realizację programu Dwunastu Kroków zmieniające-go kompulsywne zachowanie na świadomy wybór. Nikt nie sprawdza ani nie egzaminuje nikogo z jego realizacji (może z wyjątkiem samego życia). Dzielenie się radością siłą nadzieją oraz doświadczeniem, które ma miejsce na mityngu, może być skuteczną pomocą w trzeźwieniu. Zgodnie z filozofią i przekonaniami członków wspólnoty NA – narkomania jest chorobą w której choruje i cierpi ciało, umysł i dusza. Realizacja programu pozwala na wyzdrowienie tych sfer funkcjonowania człowieka. Uczestnictwo w mityngach porównywane jest

do siły wspierającej narkomana na tej drodze, a sama abstynencja od narkotyków jest efektem ubocznym tych zmian. Osoba uzależniona zyskuje radość i spokój w życiu, przedtem zabrane przez narkotyki. Narkomania, w rozumieniu uczestników ruchu NA jest chorobą, którą można skutecznie zatrzymać. Wymaga to jednak czasu, spokoju, cierpliwości, zrozumienia i nadziei, które osoba uzależniona może znaleźć w grupie
Pomoc i informacje można uzyskać w:
Telefonie Zaufania Narkotyki – Narkomania tel.801 199 990
Internetowej Poradni Narkotykowej www.narkomania.org.pl
Najbliższej poradni leczenia uzależnień – baza placówek na stronie www.narkomania.org.pl
Infolinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej Nowe Narkotyki – Dopalacze tel.800 060 800

Dopalacze – „nowe narkotyki" – to termin używany dla określenia różnych substancji psychoaktywnych, których stosowania dotychczas nie zakazano. Są one mieszaniną różnych substancji naturalnych i syntetycznych, także trujących i toksycznych produkowanych w nielegalnych laboratoriach na całym świecie. Z racji ich wielkiej ilości i braku stałego składu wyliczenie ich jest niemożliwe. 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 USA, Unii Europejskiej, jak i w Polsce.
Warto wyróżnić dwie grupy:
- **katynony** – (beta-ketony)- najpopularniejszy to mefedron, który został zdelegalizowany w 2010 r., przyjmowany na ogół donosowo. Działający stymulująco i powodujący wzrost uczucia euforii
Katynony wywołują:

- pobudzenie i euforię,
- rozszerzenie źrenic, rumieńce na twarzy,
- drżenie i skurcze mięśni, silną potliwość i zmiany temperatury ciała,
- podwyższenie ciśnienia tętniczego i zaburzenia rytmu pracy serca,
- silne pragnienie przyjęcia kolejnej dawki,
- zaburzenia neurologiczne (szczękościsk, tiki)- utrzymujące się często długo po ustaniu działania substancji,
- objawy psychotyczne (omamy, myśli paranoidalne).

Działają krótko (4-6 godzin), a kilka dni po zażyciu w moczu i pocie utrzymuje się specyficzny zapach (w przypadku mefedronu zbliżony do amoniaku lub karbidu) oraz niekiedy efekty psychotyczne. Poza mefedronem inne substancje z tej grupy są legalne (jest ich ponad 200) i nie ma testów, którymi można je wykryć.
- **sztuczne kanabinoidy** – to sprzedawane w mieszankach ziołowych syntetyczne substancje reklamowane jako substytutu marihuany, ale o silniejszym działaniu stymulującym i psychotycznym.

Charakterystyka dopalaczy

Dopalacze (ang. designer drugs) nie są objęte zakazem antynarkotykowym. Składniki dopalaczy są legalne, jednak nie warto ich zażywać – są tak samo szkodliwe jak narkotyki, a media coraz częściej donoszą o przypadkach śmiertelnych po zażyciu dopalaczy. Dopalacze cieszą się dużą popularnością wśród młodzieży, która nie ma świadomości, czym się truje. Są tanie i łatwo dostępne, często nawet reklamowane jako środki podnoszące poziom energii i nieuzależniające. Mogą przyjmować postać kadzidełek, suszu, skrętów, fajek, tabletek (tzw. party pills), proszków w torebkach, znaczków do lizania czy mieszanek aromatycznych.
Często w swoim składzie dopalacze zawierają substancje toksyczne i trucizny (były przypadki stwierdzenia w ich składzie strychiny – składnik trucizny na gryzonie).

Podstawowym **składnikiem dopalaczy** jest BZN (benzylopiperazyna), która działa jak amfetamina. BZN powoduje przyśpieszenie tętna, odwodnienie organizmu i prowadzi do uzależnienia. BZN łączona jest z TFMPP.
Jeszcze do niedawna **legalne dopalacze** to popularne mieszanki ziołowe: susz roślinny, liście drzewa mitragyna speciosa (stymulują ośrodkowy układ nerwowy), kratom, szałwia wieszcza (wywołuje halucynacje) oraz muchomor czerwony lub plamisty (fly agaric). Dopalacze, szczególnie w postaci kapsułek, są zażywane przez młodych ludzi w celu wprowadzenia się w stan błogości, nastrój euforyczny oraz do poprawy kondycji seksualnej i fizycznej niezbędnej podczas intensywnych zabaw tanecznych. Najbardziej popularną formą dopalaczy w Polsce są środki typu „spice" w postaci suszu i mieszanek roślinnych.
Użycie dopalaczy jest niebezpieczne dla zdrowia a nawet życia ze względu na brak określonego i stałego składu - szczególnie trudno wdrożyć leczenie (podanie środków odtruwających i leków może spowodować pogorszenie stanu pacjenta) i przewidzieć działanie w przypadku hospitalizacji. Skutki przedawkowania dopalaczy mogą spowodować trwałe uszkodzenie narządów (nerek, wątroby) a w efekcie doprowadzić do zgonu.
Skład chemiczny dopalaczy ulega ciągłej zmianie w celu ominięcia zakazów antynarkotykowych. Wraz z wejściem ustawy zabraniającej obrotu konkretną substancją psychoaktywną producenci zamieniają ją na jej analog, czyli substancję, która ma bardzo podobne działanie, a jeszcze nie została zakazana. W Stanach Zjednoczonych, Australii i Nowej Zelandii rozszerzono definicję nielegalnych substancji psychotropowych, dzięki czemu taki proceder jest niemożliwy. Kolejnym problemem prawnym w Polsce jest fakt, że produkty oficjalnie nieprzeznaczone do spożycia nie podlegają kontroli Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, co skwapliwie zostało wykorzystane przed producentów rozprowadzających dopalacze jako „produkty kolekcjonerskie".
Warto pamiętać, że rzadko zdarza się, aby na opakowaniu umieszczono pełną listę substancji psychoaktywnych zawartych w danym produkcie. Według badań, potencjalnych substancji psychoaktywnych jest ponad 12 tysięcy.

Działanie dopalaczy opiera się na substancjach psychoaktywnych, które wywołują różne efekty zbliżone do działania narkotyków. W sprzedaży dopalacze najczęściej występują jako:

- susze i kadzidełka (tzw. „spice") pochodzenia najczęściej roślinnego, których działanie jest zbliżone do marihuany lub opium, a zażywa się je za pomocą spalania w fajkach lub skrę-tach; 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; tabletka ecstasy 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. Dopalacze mogą wywołać w zależności od wrażliwości organizmu:

- nudności,
- bóle głowy,
- zawroty głowy,

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

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

Kto bierze dopalacze?

Coraz częściej słyszy się, jak młodzi ludzie dyskutują o dragach, dropsach, wódce w żelu i dopalaczach. Same dyskusje nie są aż tak groźne. Gorsze jest to, że często młodzież sięga po te środki. Napoje energetyczne i ich skład nie jest im obcy. Znajomość składu chemicznego to dla nich podstawa. Dzieci z gimnazjum wiedzą, jak połączyć substancje, aby uzyskać lepszy „odjazd", poczucie mocy i siły. Zdarza się tak, że sami rodzice serwują swoim pociechom bomby kaloryczne, energetyczne i pobudzające w słodyczach, napojach, sztucznym pożywieniu.
Dlaczego tak się dzieje? Rodzice nie czytają etykietek na produktach i w konsekwencji nie znają składu danego produktu. Brak świadomości jest pierwszym podstawowym błędem popełnianym przez rodziców. Rodzice podają dzieciom zbyt dużą ilość witamin, co również jest zagrożeniem dla zdrowia. Serwując dziecku sztuczne tłuszcze, słodziki, konserwanty zawarte w różnych produktach, narażamy dziecko na różne niebezpieczeństwa. Co piąte dziecko w Polsce ma alergię, prawie 10% objawy ADHD, a coraz więcej cierpi na zaburzenia emocjonalne.

Od czego można się uzależnić?

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

Napoje energetyczne

Dostępne prawie w każdym sklepie i niebudzące najmniejszych podejrzeń, zawierają niewielkie dawki substancji uzależniających. Te substancje to guarana i tauryna. Guarana to znany brazylijski afrodyzjak, który pobudza i zwiększa sprawność seksualną. Bezsenność, zaburzenia lękowe i depresja – to stany, do których może doprowadzić zażywanie guarany. Natomiast tauryna poprawia metabolizm na krótki czas oraz daje przypływ energii. Niestety, po pewnym czasie prowadzi do wyczerpania psychicznego i fizycznego oraz do depresji.
Znane są przypadki osób, u których po odstawieniu napojów energetycznych, zaobserwowano typowe objawy abstynencji, jak w alkoholizmie, np.: drgawki, delirium, inne dolegliwości związane z **odstawieniem używki**.

Bibliografia

- Król M., Panasiuk L., Szponar E., Ostre zatrucia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warsza-wa 2009, ISBN 978-83-200-3862-0.
- Piotrowski J., Podstawy toksykologii, Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa 2008, ISBN 978-83-204-3401-9.
- Szukalski B., NARKOTYKI – kompendium wiedzy o środkach uzależniających, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, ISBN 83-85705-73-2.
- Vetulani J., MÓZG – fascynacje, problemy, tajemnice, Homini, Kraków 2011, ISBN 978-83-61568-37-7.
- Wanat W., Narkotyki i narkomania, Iskry, Warszawa 2006, ISBN 83-244-0009-5.
- Bilikiewicz A. red., *Psychiatria*, PZWL 2001.
- Jędrzejko M., *Narkotyki : vademecum*, Warszawa : Fundacja Pedagogium, 2008.
- Juczyński Z., *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2002.
- *Leksykon terminów. Alkohol i narkotyki*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 1997.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. *Stan problemu narkotykowego w Europie. Sprawozdanie roczne 2009.*
- Poradniki Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii:
  O lekach, marihuanie, dopalaczach bez histerii – poradnik dla rodziców.
  Szkoła i rodzice wobec zagrożeń substancjami psychoaktywnymi – program warsztatów dla rodziców.
  Informator dla rodziców, nauczycieli i pedagogów: „nowe narkotyki" – dopalacze.
  Narkotyki – ryzykowna droga. Oprac. Kinga Sochocka, Karolina Van Laere
- Serwis Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii:
  http:/www. narkomania.gov.pl/

STALKING

Termin **stalking** pochodzi z ang. stalk i oznacza „tropić, śledzić, prześladować, tropiciel, prześladowca". W Polsce nie ma ustawowej, jednolitej definicji stalkingu. Na podstawie literatury (A. Chlebowska i P. Nalewajko) ustalono, że stalking to: *uporczywe i natrętne nękanie osoby, zazwyczaj przejawiające się w permanentnych próbach nawiązania kontaktu, mimo wyraźnego sprzeciwu ze strony osoby kontaktowanej bądź psychicznym dręczeniem ofiary w inny, często wyrafinowany sposób(dokonywanie zamówień na jej adres, inicjowanie spotkań z osobami trzecimi lub uciekanie się do gróźb).*

Na podstawie powyższej definicji można zauważyć takie cechy stalkingu jak:

- powtarzalność zachowań – sprawca nie poprzestaje na jednej czy dwóch czynnościach zaliczanych jako stalking,
- intencja skrzywdzenia osoby – sprawca nie traktuje swoich czynności w kategoriach żartu, jego działania często są starannie przemyślane – mają wyrządzić krzywdę ofierze,
- poczucie krzywdy i zagrożenia – ofiara narażona jest na długotrwały stres i lęk przed sprawcą.

Stalking przejawia się w takich zachowaniach jak: fizyczne lub wirtualne kontaktowanie się z osobą, która sobie tego kontaktu na życzy, komunikowanie się z nią wbrew jej woli poprzez uporczywe nękanie telefonami, wydzwanianie po nocach, zadręczanie wiadomościami sms, bądź e-mail, obserwowanie, podglądanie, śledzenie, wystawanie pod drzwiami/domem/pracą/szkołą, nawiązywanie kontaktu za pomocą osób trzecich, wypytywanie o ofiarę w jej otoczeniu, oszczerstwa (rozsyłanie fałszywych informacji, plotek), zamieszczanie obraźliwych/ośmieszających zdjęć w Internecie, groźby, niszczenie mienia, włamania do domu/samochodu, kradzież rzeczy należących do ofiary, nękanie rodziny/przyjaciół ofiary, napaści i pobicia rodziny/przyjaciół i inne rozmaite formy działania na szkodę ofiary.

Stalking – jest przestępstwem, czynem zabronionym. Pokrzywdzeni nękaniem mogą szukać pomocy na drodze postępowania karnego i/lub cywilnego, korzystając z nowych i istniejących już uregulowań prawnych.

Ofiara i sprawca

W większości przypadków ofiarą stalkingu jest dawna miłość, przyjaciel, osoba nielubiana, rywalizująca ze sprawcą w określonej dziedzinie, lub też odwrotnie – osoba bardzo lubiana, z którą każdy chciałby się zaprzyjaźnić, jednak ona do grona swoich przyjaciół zaprasza tylko wybranych. Ofiarą stalkingu może być każdy! Najczęściej ofiarami stalkingu stają się dziewczęta/kobiety, które były związane emocjonalnie ze stalkerem, jednakże ofiarą stalkingu może również zostać osoba całkiem obca dla prześladowcy, wręcz przypadkowa.

Klasyfikacja ofiar stalkingu:

1. Ofiara utrzymująca bliskie stosunki ze stalkerem, które zainicjowały w jego psychice obsesyjne zachowanie
2. Ofiara mająca przypadkowy kontakt ze stalkerem
3. Ofiara- osobistość życia publicznego, obiekt docelowy stalkera

Sprawcy stalkingu to najczęściej mężczyźni w wieku poniżej 40 roku życia. Jednak zjawisko stalkingu coraz częściej występuje wśród dzieci i młodzieży, więc w szkołach uwidaczniają się małoletni stalkerzy.
Podstawową potrzebą sprawcy jest przejęcie kontroli nad osobą zastraszaną, poprzez doprowadzenie do sytuacji kiedy odczuwa ona lęk. Przejawia on potrzebę dominowania nad ofiarą, ponieważ jej bezsilność daje mu poczucie władzy. Dąży do wyizolowania ofiary spośród jej rodziny i znajomych, aby pozbawić ją wsparcia ze strony bliskich. Często stalker uważa, że jest bardzo potrzebny ofierze, czuje się usprawiedliwiony do tego, aby podejmować za nią decyzje.
Typy osobowości stalkera wg J. Kosińskiej:

1. Stalker odrzucony – nęka swoje ofiary w celu zmiany swej sytuacji życiowej, np. w wyniku rozwodu, separacji, itp.
2. Obrażony stalker – dokonuje aktów stalkingu z powodu poczucia krzywdy i pretensji do ofiary.
3. Poszukiwacz intymności- chce nawiązywać jak najczęstszy kontakt z ofiarą, chce budować z nią intymne relacje, traktuje swoją ofiarę jako kogoś wyjątkowego, bliskiego.
4. Nieudolny konkurent – nie potrafi budować relacji z innymi ludźmi, ale posiada obsesję budowania intymnego związku z ofiarą.
5. Drapieżny stalker – szczególnie niebezpieczny typ stalkera ponieważ jego celem jest napaść na tle seksualnym na swoją ofiarę (gwałt, pobicie).
6. Prostoduszny natręt – znał swoją ofiarę i czasami bywał z nią w bliskich relacjach. Jest on obsesyjnie przekonany, że albo będzie z ofiarą, albo żadna inna osoba nie jest mu przeznaczona.
7. Maniak seksualny – jest przekonany, że ofiara go kocha, a jej ucieczkę od niego tłumaczy silnym uczuciem.
8. Miłosny natręt – jest zakochany w ofierze, jednocześnie zdaje sobie sprawę, że nie przejawia ona wobec niego żadnych pozytywnych uczuć. Tego rodzaju ludzie cierpią zazwyczaj na chorobę psychiczną (np. schizofrenię)

Skutki stalkingu

Stalking jest zjawiskiem, które niewątpliwie niszczy życie ofiar, wywołując liczne negatywne skutki, jak: poczucie zagrożenia, ataki paniki, depresję, obniżenie poczucia własnej wartości, wiary we własne siły, odizolowanie i trudności w wypełnianiu codziennych obowiązków. Dodatkowo dochodzi do tego wstyd i poczucie winy, że to ofiara doprowadziła do tej sytuacji.
Ponadto widoczne są negatywne skutki w zdrowiu fizycznym: bóle i zawroty głowy, zaburzenia snu i odżywiania, zaburzenia czynności układu krwionośnego. U niektórych ofiar doświadczenie stalkingu doprowadza do wystąpienia nerwicy pourazowej (PTSD - *post-traumatic stress disorder*), czy wręcz myśli, a nawet prób samobójczych.
Niejednokrotnie ofiary chcąc uwolnić się od stalkera zmuszone są do zmian w życiu prywatnym, w tym zmiany miejsca szkoły/pracy czy zamieszkania.

Jak się chronić?

Nie ma jednego, skutecznego sposobu, który ustrzeże przed byciem ofiarą stalkera, ale stosowanie się do poniższych wskazówek na pewno zmniejszy ryzyko zaistnienia takiej sytuacji:

- Chroń swoje dane osobowe.
- Bądź asertywny. Jeśli nie tolerujesz nachalnych propozycji spotkania ze strony osoby, której wolisz unikać, odmawiaj. Nawet wtedy gdy myślisz, że to zrani jej uczucia.
- Kieruj się zasadą ograniczonego zaufania w kontaktach z nowo poznaną osobą.
- Jeżeli zauważysz, że określona osoba cię śledzi, nie lekceważ tego. Powiadom o tym swoich

bliskich.

- Nie podawaj obcym osobom swojego numeru telefonu lub adresu e-mail.
- Nie podawaj adresu domowego i nie pokazuj gdzie mieszkasz nieznanym ci osobom.
- Nie podawaj osobom trzecim numeru telefonu, adresu e-mail i adresu domowego swoich znajomych, chyba że właściciele upoważnili cię do tego.
- Lekceważ anonimowe sms-y i wiadomości e-mail.
- Jeżeli poznasz kogoś przez Internet pamiętaj o tym, internetowa przyjaźń lub miłość może być próbą zranienia twoich uczuć i przejęcia nad tobą kontroli.

Prewencja w przypadku stalkingu

Z uwagi na interdyscyplinarność zjawiska dla skutecznego przeciwdziałania problemowi stalkingu nie wystarczą osamotnione oddziaływanie policji, psychologów, przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości czy służb społecznych (pracowników pomocy społecznej). Konieczne jest współdziałanie poszczególnych specjalistów! W świetle współczesnej wiedzy o autorach stalkingu nie wydaje się wystarczające podjęcie stosownych oddziaływań, gdy już dochodzi do stalkingu. Zasadnym wydaje się, wobec nasilania się różnych form nękania (takich, jak: zadręczanie telefonami, sms-ami, czy korespondencją email i innymi formami cyberstalkingu) w związku z rozwojem i coraz większą dostępnością techniki, informatyki i nowych form komunikacji, podjęcie oddziaływań prewencyjnych skierowanych do młodzieży, tym bardziej iż stalking dotyka głównie osób młodych, poniżej 40 roku życia.

Bibliografia
Gołębiewska I. Stalking – cień zła, 1/2011Wychowawca
Szpond M. Starking, Niebieska Linia 6/47/2006
Mysior R. Stalking – gdzie kończy się szacunek, a zaczyna nienawiść, 8 Remedium 2013
Knap A. Toksyczne znajomości, Niebieska Linia nr5/76/2011

CYBERPRZEMOC

Cyberprzemoc (cyberbullying, przemoc internetowa)- to przemoc z użyciem technologii informacyjnych i komunikacyjnych - głównie Internetu oraz telefonów komórkowych. Cyberprzemoc polega na wykorzystywaniu mediów elektronicznych do prześladowania, zastraszania czy wyśmiewania innych osób.

Do najczęściej spotykanych form tej **agresji** należą:

- włamywanie się do kont pocztowych i komunikatorów w celu wysyłania w czyimś imieniu złośliwych bądź zawstydzających materiałów,
- tworzenie stron internetowych zawierających ośmieszające innych historyjki, komiksy albo żarty,
- rozsyłanie i publikowanie tekstów kompromitujących inne osoby, umieszczanie w sieci nieprawdziwych informacji o innych osobach,
- skłanianie kogoś do ujawnienia drażliwych, osobistych informacji podczas rozmowy przez komunikator internetowy i przesyłanie zapisu rozmowy do innych,
- wyzywanie, straszenie poniżanie kogoś w Internecie lub przy użyciu telefonu,
- robienie komuś zdjęć lub rejestrowanie filmów bez jego zgody i publikowanie ich w Internecie lub rozsyłanie telefonem,
- nękanie SMS-ami oraz e-mailami.

SKALA ZJAWISKA

- Wulgarne wyzwiska dotykają aż około 47 % nastolatków,
- Poniżane, upokarzane i ośmieszane jest około 21%,
- Straszone i szantażowane około 16%,
- Reszta czyli 48% wskazuje inne sposoby znęcania się w sieci.

FORMY CYBERPRZEMOCY

Cyberstalking- oznacza używanie Internetu i mediów elektronicznych do nękania drugiej osoby np. poprzez wysyłanie niechcianych e-maili zamieszczanie komentarzy na forach internetowych, podszywanie się pod nękana osobę i rozsyłanie w jej imieniu wiadomości do losowych adresatów. Wiadomości wysyłane przez stalkera mogą mieć formę pogróżek, propozycji seksualnych, oskarżeń.

Grooming- to uwodzenie niepełnoletnich osób przez dorosłych przy wykorzystaniu sieci. Przestępca wykorzystuje Internet do zdobycia zaufania i nawiązania emocjonalnej więzi z młodym człowiekiem po to, by wykorzystać go do udziału w pornografii dziecięcej lub prostytucji. To często wielomiesięczna manipulacja służąca wykorzystaniu młodej osoby.

Happy slapping- oznacza umieszczanie w sieci zdjęć lub filmów z ludźmi w przykrych lub upokarzających dla nich sytuacjach, bez ich zgody lub wbrew ich woli.

Mowa nienawiści- tak określa się znieważanie pomówienie lub nawoływanie do nienawiści wobec pojedynczej osoby lub grupy społecznej. Pretekstem do używania mowy nienawiści zwykle są uprzedzenia rasowe, narodowe, płeć, orientacja seksualna, światopogląd lub wyznanie. *Flaming* jest odmianą cyberprzemocy i oznacza **kłótnię internetową** czy inaczej wojnę na obelgi. *Flaming* polega na przesłaniu serii wrogich, obraźliwych wiadomości do grup, list dyskusyjnych czy też for dyskusyjnych. Potyczka słowna zaczyna się zazwyczaj od drobnej różnicy poglądów, ale często kończy na poważnych obelgach i zniewagach.

Agresja techniczna- związana jest z działaniami sprawcy kierowanymi nie tyle bezpośrednio przeciwko ofierze, ile przeciwko należącemu do niej sprzętowi komputerowemu, oprogramowaniu lub infrastrukturze informatycznej (np. stronie internetowej). W grę wchodzi tutaj rozsyłanie wirusów komputerowych lub włamywanie się do komputerów innych osób (*hacking*). Przykładem takiego działania jest tzw. *bombing*, polegający na automatycznym wysyłaniu do ofiary ogromnej liczby poczty elektronicznej, która blokuje jego system komputerowy, lub wysyłanie plików pozwalających mu na łączenie się z komputerem ofiary.

Konsekwencje dla ofiary cyberprzemocy

Wszystko zależy od tego, na jaki grunt padnie ziarno agresji. Osoby silne psychicznie najprawdopodobniej nie będą brały oszczerstw do siebie i zgłoszą sprawę odpowiednim organom. Problem pojawia się, jeśli ofiarą cyberprzemocy pada osoba wrażliwa, pozbawiona wiary w siebie. W takim przypadku agresja elektroniczna może prowadzić do **traumy**, a w najgorszym razie nawet do **samobójstwa**. Cyberprzemoc potrafi zniszczyć życie nawet najbardziej spokojnemu człowiekowi. Taka forma znęcania się nad swoimi ofiarami, zdaniem psychologów wynika z tego, że łatwiej poniżać, dyskredytować i szykanować, gdy istnieje szansa ukrycia się za internetowym pseudonimem i nie ma potrzeby konfrontacji z ofiarą oko w oko. Prześladowanie przez Internet jest szczególnie groźne dlatego, że kompromitujące czy poniżające materiały są dostępne w krótkim czasie dla wielu osób i pozostają w sieci na zawsze, jako kopie na wielu komputerach, nawet po ustaleniu i ukaraniu sprawcy.

Tego typu działania mogą prowadzić do:

utraty pewności siebie;

utraty poczucia bezpieczeństwa;
depresji;
nerwicy;
izolacji od rówieśników.

Jak uchronić się przed cyberprzemocą?

- Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na informacje, które zamieszczamy w Internecie. Najlepszym rozwiązaniem jest nie podawanie swoich danych osobowych. Zawsze istnieje bowiem niebezpieczeństwo, że pomimo wszelkich zabezpieczeń trafią one w ręce kogoś niepowołanego.

- Warto również zastanowić się przed dodaniem **zdjęć** do profilów w **portalach społecznościowych**. Pamiętajmy, że mogą one zostać wykorzystane w sposób, którego byśmy sobie nie życzyli. Publikując zdjęcia zwróćmy uwagę na ustawienie takiego statusu prywatności, który daje do nich dostęp tylko najbliższym znajomym.

- Kolejną kwestią jest **zachowanie ostrożności** w wirtualnych kontaktach z ludźmi. Internet daje nam anonimowość i nie zawsze osoba po drugiej stronie jest tą, za którą się podaje. Upublicznianie informacji ze swojego życia osobistego lub wysyłanie zdjęć jest bardzo ryzykowne.

- Unikajmy zamieszczania w Internecie treści, które mogłyby zostać wykorzystane przeciwko nam. Pamiętajmy o **dbaniu o swoją prywatność** – raz wykorzystane zdjęcie czy wypowiedziane słowa pozostaną w sieci.

Czyny noszące znamiona cyberprzemocy mogą być zakwalifikowane jako:

- art.190. Kodeksu Karnego (groźba popełnienia przestępstwa)
- art.191. Kodeksu Karnego (zmuszanie do określonego zachowania)
- art. 202 Kodeksu Karnego (pornografia)
- art. 212 Kodeksu Karnego (zniesławienie)
- art. 216 Kodeksu Karnego (zniewaga)
- art. 267 Kodeksu Karnego (naruszenie tajemnicy korespondencji)

lub jako wykroczenie z art. 107 Kodeksu Wykroczeń (złośliwe nękanie)

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

Symptomy:

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

Skutki Zespołu Uzależnienia od Internetu:

- zaburzenia relacji interpersonalnych (np. rezygnacja z bezpośredniego kontaktu);
- utrata zainteresowania wszelkimi formami aktywności społecznej;
- zaniedbanie życia rodzinnego;

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

Dolegliwości somatyczne towarzyszące ZUI:

- pogorszenie wzroku;
- migrena;
- tzw. padaczka ekranowa;
- bóle pleców i karku;
- niedożywienie;
- zaburzenia snu;
- nieprawidłowy oddech;
- zespół kanału nadgarstka;
- zaniki mięśni grzbietu;
- zanik mięśni pasa biodrowego.

GDZIE SZUKAĆ POMOCY i MATERIAŁÓW

- www.dzieckowsieci.pl – to jeden z projektów realizowanych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę,
- www.saferinternet.pl – strona polskiej edycji programu Komisji Europejskiej – „Safer Internet"
- www.sieciaki.pl – serwis dla dzieci mający na celu edukację najmłodszych internautów w zakresie bezpiecznego korzystania z sieci.
- www.cyberprzemoc.pl – strona dla młodzieży, poświęcona problemowi przemocy rówieśniczej w Internecie.
- www.helpline.org.pl – celem strony jest niesienie pomocy młodym internautom, którzy znaleźli się w sytuacji zagrożenia w Internecie.

Bibliografia:

- www.cyberprzemoc.pl
- Bednarek J., Andrzejewska A., (red.), Cyberświat – możliwości i zagrożenia, „Żak", Warszawa 2009,
- Danowski B., Krupińska A., Dziecko w sieci, Helion, Warszawa 2007,
- Lenardon J. , Zagrożenia w Internecie. Chroń swoje dziecko, Helion, Warszawa 2007,

ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Termin zaburzenia odżywiania się obejmuje dwa ważne i wyraźnie wyodrębnione zespoły: jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna.

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa)* jest zespołem chorobowym rozpoczynającym się najczęściej w wieku dorastania, charakteryzującym się znacznym obniżeniem masy ciała wskutek

jakościowych (wykluczenie z diety tłuszczu, węglowodanów) i ilościowych restrykcji w odżywianiu, podjętych świadomie w celu osiągnięcia szczupłej sylwetki. W skrajnych przypadkach chorzy stosują drastyczne ograniczenia dietetyczne, głodząc się, mogą również ograniczać objętość przyjmowanych płynów.
W typowym jadłowstręcie psychicznym występuje głód, ale jest tłumiony lub chorzy zaprzeczają mu.
Działaniami, które doprowadzają do obniżenia masy ciała są:

- nadmierna aktywność fizyczna,
- prowokowanie przez niektórych chorych wymiotów,
- nadużywanie środków przeczyszczających i odwadniających,
- wychładzanie organizmu.

Chorzy skoncentrowani są na swoim wyglądzie, zadowoleni z postępującego ubytku masy ciała, wyrażają silny lęk przed przytyciem i otyłością oraz przekonanie, że zwiększenie kaloryczności posiłków spowoduje utratę kontroli nad jedzeniem i odbije się natychmiastowym otłuszczeniem organizmu. Mimo czasem skrajnego wychudzenia uważają, że ciało lub jego partie (np. uda, pośladki) są zbyt grube i w związku z tym ograniczenia dietetyczne są nadal konieczne.
Chorzy koncentrują się na dietach i kaloryczności pokarmów (obliczają kaloryczność posiłków), przygotowują posiłki dla swoich bliskich (unikają natomiast ich wspólnego spożywania), manipulują jedzeniem, oszukują otoczenie odnośnie ilości spożywanych posiłków, ukrywają lub wyrzucają jedzenie.
Do rozpoznania jadłowstrętu psychicznego wg **Klasyfikacji ICD-10** konieczne jest stwierdzenie wszystkich następujących objawów:
a) masa ciała utrzymuje się na poziomie co najmniej 15% poniżej oczekiwanej (z powodu utraty albo dlatego, że nigdy nie osiągnęła masy należnej),
b) utrata masy ciała jest wywołana poprzez unikanie ,,tuczących pokarmów", a ponadto za pomocą jednej z wymienionych czynności: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków tłumiących łaknienie i/ lub środków moczopędnych,
c) wyobrażenie własnego ciała jest zaburzone i przyjmuje postać specyficznego zespołu psychopatologicznego, w którym obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli nadwartościowej, powodującej narzucenie sobie niskiego limitu ciała,
d) liczne zaburzenia hormonalne obejmują oś przysadkowo-nadnerczową i gonady, co u kobiet przejawia się zatrzymaniem miesiączki oraz innymi konsekwencjami zaburzeń hormonalnych,
e) jeżeli początek zachorowania miał miejsce przez okresem pokwitania, to liczne zjawiska związane z okresem pokwitania są opóźnione lub zahamowane (wzrost ulega zatrzymaniu, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączek, u chłopców narządy płciowe pozostają w stanie dziecięcym).

Występowanie
Częstość występowania anoreksji wśród nastolatek wynosi 0,5-2%. Roczną zapadalność określa się na 17-20 na 100 000. Początek choroby przypada najczęściej na 13-14 i 17-25 rż. W ostatnich latach coraz częściej notuje się przypadki anoreksji w wieku 8-13 lat. Częściej na tę chorobę zapadają kobiety. Około 5-10 % przypadków tej choroby stanowią chłopcy i mężczyźni.

Etiologia
Wśród czynników predysponujących do wystąpienia jadłowstrętu psychicznego wymienia się czynniki:

- indywidualne: **psychologiczne** (niska samoocena, zorientowanie na osiągnięcia szkolne, sumienność, pracowitość, zdyscyplinowanie, perfekcjonizm) i **biologiczne** (predyspozycje genetyczne, skłonność do otyłości, wysoki wzrost, predyspozycje do wczesnego pokwitania),
- rodzinne (przecenianie społecznych oczekiwań, zmiana sytuacji rodzinnej, ciężka choroba

w rodzinie, relacje rodzinne , które utrudniają osiąganie autonomii w okresie dorastania) ,
- kulturowe (model szczupłej sylwetki, społeczne oczekiwania atrakcyjności formułowane wobec kobiet).

Skutki i powikłania somatyczne anoreksji:

- zmiany skórne (skóra sucha, łuszcząca się, brudny wygląd skóry, żółto zabarwione dłonie i podeszwy stóp, rogowacenie przymieszkowe, utrata owłosienia głowy):
- hipotermia, zła tolerancja zimna,
- zwolniona częstość oddechów,
- zmiany w układzie krążenia: obniżone ciśnienie krwi, arytmia, zmniejszona wielkość serca,
- zmiany neurologiczne: nieprawidłowe zapisy EEG, napady drgawek, zapalenia nerwów obwodowych,
- powikłania hematologiczne: niedokrwistość,
- powikłania nerkowe: uszkodzenie funkcji wydzielniczej nerek,
- powikłania mięśniowo-szkieletowe: zaniki mięśni, kurcze, osłabienie mięśni, złamania kości, osteoporoza,
- powikłania żołądkowo-jelitowe: obrzmienie ślinianek, próchnica, ubytki szkliwa, wzdęcia brzucha, zaparcia, zespół jelita drażliwego,
- zahamowanie wzrastania.

Leczenie

Leczenie obejmuje szerokie spektrum oddziaływań psychoterapeutycznych przy jednoczesnym czuwaniu nad stanem somatycznym chorych (kontrolowanie masy ciała, badania lekarskie, badania laboratoryjne). W przypadku powikłań stanowiących ostre zagrożenie życia chory trafia do szpitala. Konieczny jest wtedy nadzór nad pacjentem w czasie przyjmowania posiłków, czasem zastosowanie reżimu łóżkowego, ścisłej obserwacji i monitorowania podstawowych czynności życiowych.

W przypadku młodych ludzi mieszkających z rodziną ważne znaczenie ma terapia rodzinna.

U osób z obniżoną samooceną oraz trudnościami w relacjach rówieśniczych pomocna może być terapia grupowa. Zwykle jednak zaleca sie terapię indywidualną, której celem jest przepracowanie konfliktów chorego oraz zmiana jego zachowania w taki sposób, by mógł żyć bez objawów chorobowych.

Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa) polegała ona na okresowych napadach żarłoczności z utratą kontroli nad ilością spożywanych pokarmów.

Objawy bulimii pojawiają się zwykle u dziewcząt i kobiet, które wcześniej próbowały odchudzać się przez stosowanie diet. Niewielki odsetek wśród chorych stanowi płeć męska. U ok. 30-50% chorych objawy bulimiczne poprzedzone są epizodem jadłowstrętu psychicznego.

W trakcie odchudzania zaczynają pojawiać się uporczywe myśli o jedzeniu, uczucie głodu i napady niekontrolowanego przyjmowania produktów spożywczych, po których chorzy zaczynają stosować metody kompensacyjne, zmierzające do pozbycia się kalorii i zapobieżenia przyrostowi masy ciała. Bezpośrednio po napadzie chora czuje się winna, obawia się przytycia. Jednocześnie odczuwa ulgę związaną z obniżeniem napięcia, które narasta przed napadem bulimii. Kaloryczność i ilość przyjętych podczas napadów żarłoczności produktów wielokrotnie przekracza zapotrzebowanie dobowe. Jedzenie jest przyjmowane w krótkim czasie (od setek do tysięcy kalorii). Pokarmy są zwykle wysokokaloryczne, mogą być nieprzetworzone i niedobrane pod względem smaku. Po napadzie chorzy prowokują wymioty, drażniąc tylną ścianę gardła palcami lub różnymi przedmiotami. Czasem wymioty zaczynają występować bez prowokacji.

Inne metody, które mają zapobiec przyrostowi masy ciała to: okresy głodówki, ścisłe ograniczenia dietetyczne, nadużywanie środków przeczyszczających, stosowanie lewatyw, nadużywanie środków

moczopędnych, leków obniżających łaknienie, stosowanie intensywnych ćwiczeń fizycznych.
Chorzy na bulimię odczuwają silny lęk przed otyłością, koncentrują się na rozmiarach ciała, figurze, masie ciała, często je kontrolując.
Masa ciała chorych może utrzymywać się w granicach normy, może występować u nich nadwaga lub różne stopnie wyniszczenia. U chorych często stwierdza się obniżony nastrój, obniżoną samoocenę lub zaburzenia lękowe.

Kryteria diagnostyczne bulimii wg ICD-10:
a) stałe zaabsorbowanie jedzeniem i niepowstrzymane pragnienie jedzenia: pacjent miewa epizody żarłoczności polegające na pochłanianiu olbrzymich ilości jedzenia w krótkich odstępach,
b) pacjent próbuje przeciwdziałać ,,tuczącym" skutkom pokarmów, stosując co najmniej jedną z następujących metod: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, okresowe głodówki, stosowanie leków tłumiących łaknienie, preparatów tarczycy lub środków moczopędnych,
c) obraz psychopatologiczny dotyczy chorobliwej obawy przed otyłością; pacjent zakreśla nieprzekraczalną granicę masy ciała, znacznie poniżej przedchorobowej czy optymalnej według lekarza; często, choć nie zawsze, w wywiadzie stwierdza się epizod jadłowstrętu psychicznego.

Występowanie:
Wskaźnik rozpowszechnienia bulimii wśród kobiet określany jest na 1-5 %. Bardzo rzadko stwierdza się objawy bulimii u dzieci .
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.

Powikłania somatyczne bulimii:
- osłabienie, drażliwość,
- odwodnienie , zmniejszone napięcie skóry,
- obrzęk policzków z powodu powiększenia ślinianek przyusznych oraz zatrzymania wody w organizmie,
- wylewy do spojówek, wybroczyny na skórze twarzy,
- układ pokarmowy (próchnica zębów, ubytki szkliwa, zapalne zmiany dziąseł, bóle gardła, chrypka, obrzęk ślinianek, samoistne wymioty, wymioty z domieszką krwi, bóle brzucha, wzdęcia, zapalenie błony śluzowej żołądka i przełyku, zaburzenia motoryki przełyku, zapalenie trzustki, rzadko pęknięcie przełyku lub żołądka).
- układ moczowo-płciowy (zaburzenia miesiączkowania, niepłodność, niewydolność nerek),
- układ kostny (osteoporoza),
- zaburzenia elektrolitowe i ich konsekwencje (napady drgawek, osłabienie mięśni, arytmie serca).

Konsekwencje psychiczne bulimii:

Bulimia poważnie wpływa na funkcjonowanie osoby chorej oraz często na 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 postępem 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). Nierzadkie są sytuacje, że nawiązują kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami, nadużywają alkoholu i środków odurzających. 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. Bulimia potrafi doprowadzić osobę chorą do zaprzestania realizowania swoich ambicji, marzeń, zamykając ją w błędnym kole swojego cierpienia. 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 utrwala napady obżarstwa jako jedyny sposób radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami. W tym momencie bulimiczka 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. Podobnie jak w przypadku uzależnienia, bulimia prowadzi czasem do zachowań lekkomyślnych, a nawet kradzieży (niektóre pacjentki przyznają się do kradzieży żywności, czy środków przeczyszczających).

Leczenie

Leczenie bulimii zwykle odbywa się poza oddziałem szpitalnym. Wyjątkiem są sytuacje, gdy dochodzi do groźnych dla życia powikłań, gdy próby leczenia ambulatoryjnego nie są udane, pacjent nie ma motywacji do leczenia lub wymaga ścisłego monitorowania. W przypadku nasilonych objawów depresyjnych, zagrożenia samobójstwem , gdy pacjent wymaga wsparcia, a dysfunkcja rodziny niekorzystnie wpływa na proces terapeutyczny, konieczne jest leczenie w szpitalu.

W leczeniu stosuje się interwencje farmakologiczne, oddziaływania psychoedukacyjne i psychoterapeutyczne (terapia indywidualna, grupowa, rodzinna). Pacjent powinien uzyskać szczegółowe informacje na temat zalecanej diety. Przerwy między posiłkami nie powinny być dłuższe niż 3 godziny. Dłuższe przerwy lub głodówki zwykle kończą się napadami obżarstwa. Najskuteczniejszym sposobem terapii jest terapia poznawczo-behawioralna. W trakcie terapii dąży się do przywrócenia prawidłowego wzorca odżywiania. Modyfikacji podlegają fałszywe przekonania dotyczące jedzenia, wagi i kształtów ciała.

Bibliografia:

- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L. Psychopatologia, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- Krzyżowski J. Psychiatria transkulturowa. Warszawa: Medyk sp z o.o., 2002.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne ,,Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.
- Wolańczyk(red. T., Komender J. (red.), Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Talarczyk M., Bulimia. Przepisy, paradoksy i zaklęcia. Media Rodzina, 2010.
- Józefik B. (red.). Anoreksja i bulimia psychiczna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

ZABURZENIA AFEKTYWNE TYPU DEPRESYJNEGO

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

Stan maniakalny cechuje się:

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

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

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

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

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

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

Wiele z tych symptomów może świadczyć o naturalnym, chwilowym obniżeniu nastroju. Jednak im więcej ich wykazuje dana osoba i im dłużej one trwają, tym większe prawdopodobieństwo, że w tym przypadku mamy do czynienia z depresją.

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

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

Objawy dodatkowe:

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

Zespół somatyczny. Do jego rozpoznania konieczne jest wystąpienie 4 z poniższych objawów:
- wyraźna utrata zainteresowań lub anhedonia,
- brak reakcji emocjonalnych w sytuacjach wcześniej takie reakcje wywołujących,
- wcześniejsze budzenie się (o 2 lub więcej godzin),
- dobowe wahania nastroju (rano obniżony),
- spadek masy ciała (5% lub więcej w ciągu ostatniego miesiąca),
- wyraźny spadek libido.

Rozpoznanie (objawy przez co najmniej dwa tygodnie):

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

Postacie depresji:
- **depresja endogenna – jednobiegunowa.** Uważa się, że nie ma ona żadnej konkretnej przyczyny zewnętrznej ani konkretnego wydarzenia życiowego. Depresja ta wywołana jest przez zaburzenia funkcjonowania mózgu, głównie systemu hormonalnego lub nerwowego (spadek noradrenaliny i serotoniny). Choroba ta powoduje poważne zakłócenia funkcji psychicznych i fizycznych.
- **depresja reaktywna.** Powstaje w wyniku reakcji na jakieś przykre wydarzenie w życiu pacjenta. Najczęściej wydarzeniem tym jest utrata czegoś. Poczucie straty, które owocuje depresją reaktywną, może być zarówno natury duchowej, materialnej jak i ludzkiej. Szczególną i najczęstszą odmianą depresji reaktywnej jest depresja w żałobie, która pojawia się jako reakcja na utratę bliskiej osoby.
- **dystymia** jest przewlekłą formą depresji o niewyjaśnionym podłożu. Dystymią nazywamy zaburzenie, którego objawy są mniej nasilone niż depresji endogennej, jednak zdecydowanie bardziej przewlekłe, utrzymują się miesiącami (często latami). Nieleczona dystymia może trwać nawet całe życie. Do objawów dystymii należą:
    - wycofanie się z życia towarzyskiego i społecznego
    - trudności w koncentracji i podejmowaniu decyzji
    - zaburzenia snu
    - drażliwość i / lub apatia
    - zmiany ciężaru ciała, zarówno chudnięcie, jak i przybieranie na wadze
- **depresja dwubiegunowa,** właściwie nazywana **chorobą afektywną dwubiegunową,** to zaburzenie psychiczne, którego przebieg złożony jest z trzech komponentów - elementu depresyjnego, w którym pacjent ma pełne objawy depresji endogennej, elementu manii - w którym pacjent staje się hiperaktywny i pobudzony oraz elementu pozornego zdrowia psychicznego. Wszystkie elementy przeplatają się ze sobą najczęściej w cyklu mania - depresja - zdrowie. W tej formie zaburzenia afektywnego, pacjent porusza się po kontinuum obniżonego i podwyższonego nastroju, najczęściej lądując na przeciwległych jego krańcach, choroba nosi nazwę dwubiegunowej.

- **depresja poporodowa.** Zaburzenia nastroju, drażliwość, płaczliwość, bezsenność i inne podobne objawy występują po porodzie u prawie 80% kobiet. Ten stan, który trwa nawet do kilku tygodni nazywany jest baby blues i jest czymś w rodzaju łagodnej, przejściowej depresji poporodowej, która występuje samoistnie. Jeśli jednak objawy nie ustępują, a matka dodatkowo ma myśli samobójcze, odczuwa agresję wobec dziecka, cierpi na bezsenność i ma napady paniki oznacza to, że rozwija się depresja poporodowa. Zaburzenie to może wystąpić również nie bezpośrednio po porodzie, ale nawet do 12 miesięcy od porodu.

ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE

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

Przyczyny i czynniki ryzyka:

- wysoki poziom lęku,
- poczucie beznadziejności, niemożności rozwiązania własnych problemów, uzyskania pomocy,
- poczucie winy, dopuszczenia się ciężkiego przewinienia i oczekiwanie poniesienia kary lub poczucie jej doświadczania,
- wzmożona drażliwość,
- dolegliwości bólowe i obecność różnych chorób,
- zaburzenia snu, niekiedy z całkowitą bezsennością.

LISTA SYGNAŁÓW OSTRZEGAWCZYCH

Należy zwrócić uwagę na to:

Co mówi:

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

Co się dzieje?

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

Co widzisz?

- Smutek
- Utrata zainteresowań i aktywności
- Zmiany w zakresie snu, jedzenia lub wyglądu
- Wszelkie wyraźne zmiany w zachowaniu, działaniu lub postawach

- Osoba jest nienaturalnie dla niej spokojna lub pobudzona (agresywna, drażliwa)
- Porzucenie zainteresowań, aktywności, np. sportowej
- Zaprzestanie chodzenia do szkoły
- Mówienie o śmierci lub kultowych postaciach, które zginęły śmiercią samobójczą
- Ryzykowne zachowania (jeżdżenie samochodem z nadmierną prędkością)
- Używanie dużej ilości alkoholu lub środków psychoaktywnych
- Pozbywanie się własności, żegnanie się z ludźmi

WSPARCIE OTOCZENIA

Depresja to bardzo niebezpieczna choroba, która w niektórych przypadkach może doprowadzić nawet do samobójstwa osoby, która się z nią zmaga. 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", jednak to nie jest takie proste.

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. C**hory 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.

Psychoterapia – forma leczenia opartą na kontakcie interpersonalnym pacjenta z terapeutą. Może być prowadzona w formie:

- terapii behawioralno-poznawczej, której celem jest złagodzenie objawów choroby, nie sięga natomiast do przyczyn, jest to terapia krótkoterminowa,
- terapii psychodynamicznej, której celem są głębokie zmiany osobowości, które dają długoterminowe efekty,
- terapii interpersonalnej - forma terapii z nurtu psychodynamicznego, jednak koncentruje się na aktualnych konfliktach (nie na dawnych) i jest terapią krótkoterminową.

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

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

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

Bibliografia:
Psychologia kliniczna. T.2, Sęk H. (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy, Grzesiuk L., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
Psychiatria wieku rozwojowego, Popielarska A., Popielarska M., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000,
strony internetowe: www.pokonacdepresję.pl, portal.abczdrowie.pl, www.psychiatria.pl

LĘK I NERWICE

Zaburzenia nerwicowe zwane potocznie **nerwicami** (albo neurozami) to grupa zaburzeń psychicznych o bardzo różnej symptomatyce, definiowana jako *zespoły dysfunkcji narządów, psychogennych zaburzeń emocjonalnych, zakłóceń procesów psychicznych i patologicznych form zachowania* występujących w tym samym czasie i powiązanych ze sobą wzajemnie. W obecnie obowiązującej klasyfikacji ICD-10 termin zaburzeń nerwicowych zastąpił wcześniej używany termin: zaburzenia lękowe. Wiązało się to z reorganizacją kategorii zaburzeń afektywnych.

Charakterystyczny dla zaburzeń nerwicowych jest zachowany sąd realizujący czyli, że chory często zdaje sobie sprawę z absurdalności swoich objawów np. natręctw, fobii czy braku podstaw swoich objawów somatycznych, jednakże przeżywa lęk związany z nimi. Między innymi ta cecha – krytycyzm wobec swoich objawów – różni nerwicę od psychozy.

Historyczne nazwy na zaburzenia nerwicowe to *podrażnienie mlecza*, *nerwospazmy*, *newroza zmienna*, *ogólna nadczułość*, *newrozyzm* czy *cerebropatia sercowo-mózgowa.* Termin *neurosis* (nerwice) został wprowadzony w XVIII w. przez angielskiego lekarza **Cullena** dla opisu zaburzeń czynnościowych układu nerwowego przy braku strukturalnych zmian w komórkach nerwowych.

Do zaburzeń nerwicowych ICD-10 zalicza:

- zaburzenia lękowe w postaci fobii, w tym: agorafobia, fobie społeczne, specyficzne (izolowane) postacie fobii
- inne zaburzenia lękowe, w tym: zaburzenia lękowe z napadami lęku (lęk paniczny), zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane
- zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (dawniej nerwica natręctw)
- reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, w tym: ostra reakcja na stres, zaburzenia stresowe pourazowe, zaburzenia adaptacyjne
- zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
- zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, w tym m.in. zaburzenia hipochondryczne
- inne zaburzenia nerwicowe, w tym m.in. neurastenia.

Lęk

Lęk w najczystszej formie jest uczuciem niepokojącej niepewności, napięcia i oczekiwania na pojawiające się zagrożenie, przy czym zagrożenie to nie musi mieć konkretnej postaci lub uzasadnionego związku z przeżywanym uczuciem. W literaturze określa się często realne lub symboliczne źródło lęku. Osoba doświadczająca lęku może mieć trudność z rozpoznaniem przyczyny niepokojącego napięcia lub z określeniem charakteru przewidywanego zdarzenia czy nieszczęścia (czuje się tak jakby miało się stać coś złego). W wielu przypadkach natomiast lęk jest mocno spokrewniony ze strachem (np. można zidentyfikować jego źródło, pojawia się pełne napięcia oczekiwanie), przy czym lęk ma zazwyczaj charakter długotrwały, trudno jest określić moment jego wzbudzenia i ustania, nie ma też ścisłych granic. Lęk jest elementem normalnego rozwoju człowieka, co oznacza że każdy człowiek może doświadczać uczucia lęku w określonych sytuacjach, relacjach. Zdarza się również że reakcje lękowe stają się na tyle uporczywe i silne, że zakłócają funkcjonowanie człowieka.

W **zaburzeniach lękowych w postaci fobii** lęk jest wywoływany tylko lub przede wszystkim przez pewne określone sytuacje czy przedmioty (zewnętrzne w stosunku do osoby), które nie są obiektywnie niebezpieczne. Bardzo często sama myśl o kontakcie z danym przedmiotem lub sytuacją wywołuje lęk, jest to tzw**. lęk antycypacjny**. Nasilenie lęku może być różne, przy czym w szczególnych postaciach jest na tyle silny, że w znacznym stopniu dezorganizuje życie. Osoba, która doświadcza lęku fobijnego, często zdaje sobie sprawę z jego irracjonalności i bezzasadności.

Mimo to, nie jest w stanie go opanować i żadne racjonalne argumenty nie pomagają w jego zmniejszeniu. Doświadczanemu lękowi fobijnemu towarzyszą również doznania somatyczne np. przyspieszone bicie serca, przyspieszony oddech, duszności, wymioty, drżenie mięśni. Może wtedy pojawić się bezładne pobudzenie, którego głównym celem jest ucieczka od obiektu wywołującego lęk. Innym przejawem może być również nagłe znieruchomienie, zastygnięcie w bezruchu.
Większość zaburzeń fobicznych, poza fobiami społecznymi, częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Fobie społeczne dotykają w równym stopniu obie płcie.

Agorafobia
W ścisłym rozumieniu oznacza lęk przed otwartą, dużą przestrzenią, przy czym odnosi się również do innych cech przestrzeni - zatłoczenia i niemożności ucieczki. Według kryteriów diagnostycznych przedmiotem lęku w agorafobii są miejsca, w których będzie trudno uzyskać pomoc lub wydostać się. Stąd agorafobia może dotyczyć lęku przed wejściem do sklepu, kina, tramwaju. W skrajnych przypadkach osoby obawiają się wyjść poza własny dom, bo nigdzie indziej nie czują się bezpiecznie.

Fobie społeczne
W fobiach społecznych lęk dotyczy kontaktów międzyludzkich związanych z krytyczną oceną bądź kompromitującymi zdarzeniami, sytuacjami na jakie człowiek może się narazić w obecności innych osób. Jest to obawa że powie się lub zrobi się coś takiego w miejscach publicznych, co zostanie ocenione przez innych jako niepoważne, kompromitujące, co spowoduje że będzie się źle potraktowanym, upokorzonym lub ukaranym. Lęk przed kompromitującymi zachowaniami powoduje, że człowiek tak bardzo kontroluje siebie i swoje postępowanie, że praktycznie większość lęków nie ma realnego odniesienia.
Rozróżnia się:

- Fobię społeczną swoistą polegającą na lęku przed wybranymi pojedynczymi sytuacjami społecznymi np. publicznym wystąpieniem

- Fobię społeczną uogólnioną, która wiąże się z lękiem przed wszystkimi sytuacjami wymagającymi kontaktów społecznych, co powoduje unikanie większości lub wybranych sytuacji społecznych.

Objawy fobii społecznych zaczynają się pojawiać już w okresie późnego dzieciństwa lub w okresie dorastania. Większość badaczy podaje, że średni czas pojawienia się lęku społecznego mieści się w przedziale wiekowym 14-20 lat. Wykazano również, że im wcześniej pojawiają się u człowieka lęki fobijne, tym większy jest ich destrukcyjny wpływ na jego życie.

Specyficzne (izolowane) postacie fobii
Są to fobie ograniczone do takich wysoce specyficznych sytuacji jak: bliskość szczególnych zwierząt, wysokość, pioruny, ciemność, lot samolotem, zamknięte przestrzenie, korzystanie z publicznych toalet, jedzenie pewnych pokarmów, wizyta u dentysty, widok krwi lub ran i obawa przed narażeniem na określone choroby.
Fobie swoiste/specyficzne można podzielić z uwagi na rodzaj sytuacji wywołującej lęk na:

- Fobie zwierząt (zoofobie) m.in. lęk przed pająkami (arachnofobia), lęk przed psami (kynofobia), lęk przed gryzoniami (rodentofobia)

- Fobie środowiska naturalnego m.in.lęk przed burzą (brontofobia), lęk przed ciemnością (nyktofobia), lęk przed wysokością (akrofobia), lęk przed brudem (myzofobia)

- Fobie dotyczące urazów, chorób m.in. lęk dotyczący krwi (hemofobia), lęk przed zachorowaniem (nozofobia)

- Fobie sytuacyjne dotyczą lęku wywołanego różnymi sytuacjami np. lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami (klaustrofobia), lęk przed lataniem samolotem (awiofobia)

Zaburzenia lękowe uogólnione
Istotną cechą jest lęk uogólniony i uporczywy, lecz występujący niezależnie od jakichkolwiek szczególnych okoliczności zewnętrznych, ani nawet nasilający się pod ich wpływem (tzn. jest „wolnopłynący"). Lęk i obawy są niewspółmierne do prawdopodobieństwa wystąpienia nieszczęśliwego zdarzenia i (lub) osoba wyolbrzymia powagę wydarzenia, które mogłoby nastąpić. Lękowi towarzyszą symptomy somatyczne m.in. podwyższone pobudzenie, napięcie mięśniowe (szczególnie w okolicy ramion, karku), mdłości, częste oddawanie moczu, rozstrój żołądka. Ponadto występują zaburzenia snu, trudności w koncentracji uwagi, męczliwość. Charakterystyczny jest ponadto sposób myślenia osoby doświadczającej tego typu zaburzenia-ciągłe przeświadczenie że wydarzy się coś złego, przewidywanie najgorszego, tworzenie „katastroficznych scenariuszy". Niemal każda sytuacja z życia może stać się przyczyną rozważań „co może się nie udać? co się stanie jeśli coś nie wyjdzie? Przedmiotem zamartwiania bywa bardzo często zdrowie członków rodziny, problemy finansowe, jak również sprawy drobne np. ryzyko spóźnienia na spotkanie, przygotowanie posiłku itp.
W okresie całego życia zespół lęku uogólnionego występuje u około 5 % ludzi, zaburzenie jest dwukrotnie częstsze u kobiet niż u mężczyzn.

Lęk paniczny
Głównym objawem są powracające ataki paniki czyli bardzo silne, nieoczekiwane epizody lęku. Napadom lęku towarzyszą zwykle duszności, poczucie zaburzeń rytmu serca, ból w klatce piersiowej, pocenie się, ucisk w gardle. Napady zwykle trwają od kilku do kilkunastu minut i początkowo ustępują bez śladu. Cechą charakterystyczną napadów jest również ich nieprzewidywalność - występują w różnych okolicznościach i nie ma reguły która umożliwiłaby przewidzieć kolejne ataki. W miarę rozwoju choroby napady mogą występować coraz częściej - niekiedy kilka lub kilkanaście razy dziennie. Podczas napadu paniki osoby zwykle mają poczucie bardzo ciężkiej choroby, umierania, tracą panowanie nad sobą, są przekonane że znajdują się w prawdziwym niebezpieczeństwie. Pojawia się również silne pragnienie ucieczki, co może w wielu przypadkach prowadzić do irracjonalnych i ryzykownych zachowań takich jak: zbyt szybka jazda samochodem, wybieganie na oślep z budynku itp. Większość pacjentów z zespołem lęku napadowego, przynajmniej w początkowym okresie choroby jest przekonana o tym, że źródłem problemów jest jakaś choroba somatyczna (np. choroba serca). Częstość występowania zespołu lęku napadowego szacuje się na 1,5-3 %, zaburzenie jest 2-3 krotnie częstsze u kobiet niż u mężczyzn.

Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane
Rozpoznanie stawia się gdy są obecne zarówno objawy leku, jak i depresji. Muszą występować przynajmniej od czasu do czasu takie objawy autonomiczne jak drżenie, przyspieszone bicie serca, suchość w ustach, zaburzenia przewodu pokarmowego itp. Oprócz tego współistnieją obawy i zamartwianie się

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (nerwica natręctw)
Pacjenci odczuwają objawy w postaci natrętnych myśli, impulsów, wyobrażeń i czynności jako niechciane, niepożądane, narzucone i przymusowe, zawierające na ogół irracjonalne treści. Wywołują one napięcie i niepokój. Jednocześnie próby przeciwstawienia się im najczęściej zwiększają lęk. Natrętne myśli (obsesje) rozpoznawane są jako własne. Przymusowe czynności (kompulsje) czy rytuały są zachowaniami stereotypowymi, powtarzającymi się. Pacjent zazwyczaj

postrzega je jako zapobiegające jakimś wysoce nieprawdopodobnym wydarzeniom, często dotyczącym wyrządzenia krzywdy sobie lub komuś. Osoby z natręctwami często przeżywają objawy depresyjne. Zaburzenie zwykle rozpoczyna się w okresie dzieciństwa lub we wczesnym okresie wieku dorosłego.

Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
Wspólną cechą tych zaburzeń jest częściowa lub całkowita utrata prawidłowej integracji między wspomnieniami przeszłości, poczuciem własnej tożsamości, bezpośrednimi wrażeniami i kontrolą dowolnych ruchów ciała. Konwersja oznacza, że nieprzyjemne uczucie spowodowane problemem czy konfliktami, których jednostka nie może rozwiązać, jest w jakiś sposób przekształcane w objaw. Najczęściej występuje nagły początek i niekiedy nie mniej nagłe ustąpienie zaburzeń. Zaburzenie dysocjacyjne mogą się przejawiać m.in. poprzez:
- amnezję dysocjacyjną (utrata pamięci dotycząca zazwyczaj ważnych bieżących wydarzeń),
-fugę dysocjacyjną (wraz z amnezją występuje pozornie celowa podróż poza miejsce zamieszkania lub pracy – często z przybraniem nowej tożsamości),
- osłupienie dysocjacyjne (bardzo znaczne ograniczenie lub zupełny brak ruchów dowolnych i brak prawidłowej reakcji na światło, hałas i dotyk),
- drgawki dysocjacyjne (naśladujące napady padaczkowe).
W tej grupie zaburzeń diagnozuje się też rzadko obserwowane zaburzenie określane jako osobowość mnoga (u jednej osoby pojawiają się dwie lub więcej odrębne osobowości z własnymi odrębnymi wspomnieniami, zachowaniem i preferencjami, przy czym w danej chwili ujawnia się tylko jedna z nich oraz prawie zawsze jedna nie uświadamia sobie istnienia drugiej; pierwsze przejście od jednej osobowości do drugiej jest zazwyczaj nagłe i ściśle związane z wydarzeniami urazowymi; późniejsze też występują pod wpływem wydarzeń urazowych, stresowych lub występują w czasie sesji z terapeutą obejmujących relaksację, hipnozę lub odreagowanie).

Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
Cechą charakterystyczną tych zaburzeń są powtarzające się skargi na objawy somatyczne, wraz z uporczywym domaganiem się kolejnych badań, pomimo ich negatywnych wyników i zapewniania przez lekarzy o braku fizycznych podstaw do występowania objawów. Pacjent, wypowiadając liczne skargi na przykre doznania i dolegliwości, ma własną koncepcję ich chorobowego pochodzenia i całkowicie skupia swoje obawy oraz uwagę na przeżyciach chorobowych.

Neurastenia
W wielu krajach nie używa się tego rozpoznania uważając, że neurastenia spełnia kryteria zaburzenia depresyjnego lub lękowego. W przypadku uznania takiego rozpoznania ważne są: akcentowanie przez pacjenta męczliwości i osłabienia oraz zaniepokojenie obniżoną sprawnością umysłową i fizyczną. Chorzy skarżą się na osłabienie, zwiększoną męczliwość, wyczerpanie, drażliwość, zmienność nastroju, trudności w podjęciu działań. Częste są bóle głowy i całego ciała, trudności w zasypianiu lub bardzo płytki sen, wzmożona wrażliwość na jaskrawe światło, hałas.

Do zaburzeń nerwicowych w ICD-10 włączono także **reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne**. Zaburzenia zebrane w tej kategorii uważane są zawsze za bezpośrednią konsekwencję ostrego ciężkiego stresu lub przewlekającego się urazu. Przyczynami mogą być np. katastrofa żywiołowa, napad, gwałt, wielokrotne osierocenie, akt terroryzmu. Ważna jest tu oczywiście wrażliwość jednostki i umiejętność radzenia sobie z urazową sytuacją.

Podobny podział nerwic jak w ICD-10 przedstawia także Antoni Kępiński:
- nerwica neurasteniczna – poczucie zmęczenia nieadekwatne do sytuacji, spowolnienie procesów poznawczych
    - hiposteniczna – ogólne osłabienie bez podłoża organicznego

    - hipersteniczna rozdrażnienie, objawy somatyczne: bóle głowy (tzw. kask), derealizacja, lękliwość, hipersomnia
- nerwica hipochondryczna – zgeneralizowane poczucie choroby, skupienie uwagi na doznaniach, błędne koło oparte na nieustannej interpretacji i transformacji objawów
- nerwica histeryczna – przeniesienie lęku na sferę somatyczną – intensywność, ekspansja objawów, teatralność (zob. osobowość histrioniczna)
- nerwica depresyjna – smutek, apatia, zahamowanie psychoruchowe
- nerwica anankastyczna – wyobrażenia i rytuały redukujące lęk, zespół natręctw i kompulsyjnych zachowań
- nerwica lękowa – fobia.

Przyczyny powstawania nerwic

- **Przyczyny egzogenne nerwic**

Źródłem zaburzeń nerwicowych są pewnego rodzaju konflikty wewnętrzne (często nieuświadomione), których pacjent nie może rozwiązać. Często są to sprzeczności między potrzebami a obowiązkami, pragnieniami a normami, jakimi kieruje się otaczający świat. Najczęściej takie konflikty pojawiają się w sytuacjach, gdy wrażliwa i nieodporna na stres osoba (posiadająca predysponujący do zachorowania typ osobowości) poddawana jest presji sytuacji, która wymaga od niej, by wykonywała coś sprzecznego ze swoimi własnymi dążeniami i pragnieniami (często nie będąc ich świadomą).
Innymi częstymi przyczynami nerwic są brak należytej opieki rodziców nad pacjentem w jego latach dzieciństwa albo nieodreagowany uraz z przeszłości. Zbyt wygórowane oczekiwania rodziców, poczucie ciągłej presji i konieczności zaspokajania ich ambicji, lęk przed utratą jednego z rodziców lub oddzieleniem od niego oraz wiele innych konfliktowych sytuacji rodzinnych ma tu ogromne znaczenie. To, w jakiej rodzinie, w jakiej atmosferze dorasta dziecko i w jaki sposób kształtuje to jego osobowość, ma duży wpływ na tworzenie się zaburzeń nerwicowych. Kumulacja patogennych oddziaływań kształtuje specyficzne **cechy osobowości** – bierność, uległość, niepewność, zmienność, zależność od innych, egocentryzm, podwyższony poziom odczuwania niepokoju, skupienie na sobie, poczucie niższej wartości, żalu do innych, krzywdy, frustracji. Kompilacja takich cech może sama w sobie być źródłem zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych konfliktów.
Typowe przykłady nieświadomych konfliktów to konflikt miedzy uczuciem złości a wpojoną normą moralną zakazująca odczuwania złości, miedzy reakcjami seksualnymi a wpojonym zakazem odczuwania podniecenia seksualnego, miedzy pragnieniem bycia w centrum uwagi a nakazem skromności, miedzy pragnieniem usamodzielnienia się i odseparowania od matki a poczuciem obowiązku poświecenia się dla niej, miedzy zainteresowaniem płcią przeciwna a potępianiem jej za krzywdy doznane od rodzica tejże płci, miedzy uczuciem rozpaczy a zakazem płaczu. Konflikty te są nieświadome, co oznacza, że osoba, która je przezywa nie może racjonalnie rozważyć argumentów za i przeciw, ani podjąć żadnej decyzji w tej sprawie, bo nie zauważa problemu, ani nie jest świadoma faktycznie przezywanych uczuć. Wypiera je ze świadomości ("nic nie czuje"), zamienia je na inne uczucia (najczęściej lęk, irytacje lub zmęczenie) lub interpretuje fałszywie.
Urazy psychiczne, ważne wydarzenia życiowe i silny stres określa się jako „czynniki wyzwalające" nerwicę.

- **Przyczyny endogenne i dziedziczne nerwic**

Badania prowadzone w ostatnich latach udowodniły, że w znaczącej liczbie przypadków pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, oprócz opisanych powyżej przyczyn, bardzo ważny czynnik stanowią uwarunkowania genetyczne oraz neurobiochemiczne danej jednostki. Oznacza to, że nerwica lub predyspozycja do jej występowania może być dziedziczona, przenoszona w genach na potomstwo. Predyspozycje te w większości przypadków oznaczają specyficzny **typ osobowości**.

- **Czynnik neurobiochemiczny nerwicy**

Uwarunkowania neurobiochemiczne nerwicy związane są ze specyficznymi (często też dziedzicznymi) zaburzeniami w stosunkach stężeń neuroprzekaźników, czyli substancji chemicznych regulujących pracę mózgu w ośrodkowym układzie nerwowym pacjenta. Bardzo ważnym czynnikiem zwiększającym szanse rozwoju zaburzeń lękowych są zaburzenia hormonalne dotyczące kortyzolu. Wspólnym mechanizmem patogenetycznym lęku, depresji czy uzależnień jest syndrom przewlekłego stresu, któremu towarzyszy podwyższony poziom kortyzolu. Oś stresu podwzgórze-przysadka-nadnercza, odpowiedzialna za nadprodukcję kortyzolu, w normalnych warunkach działa pobudzająco i mobilizująco na organizm, ułatwiając w sytuacji zagrożenia walkę albo ucieczkę. Długotrwała podwyższona aktywność tej osi, a więc i wysoki poziom kortyzolu, wpływa destrukcyjnie na pewne struktury mózgu, komórki nerwowe, powodując nieodwracalne ich uszkodzenie i **zaburzenia psychiczne**. U pacjentów z podwyższonym poziomem kortyzolu we krwi często wykrywa się obniżony poziom innego hormonu – dehydroepiandrosteronu (DHEA). Sugeruje się, że jego suplementacja pozwala uzyskać pewną poprawę podczas leczenia.

Mechanizm błędnego koła

Błędne koło objawów nerwicowych polega na dodatnim sprzężeniu zwrotnym pomiędzy objawami np. lęk wyzwala dodatkowe objawy wegetatywne, które z kolei nasilają lęk, który dodatkowo wzmaga objawy wegetatywne. Na przykład osoba, która znajduje się w stanie paniki odczuwa przyspieszone bicie serca, pocenie się dłoni, duszność. Te objawy generują myśl: dzieje się ze mną coś niedobrego; umieram; zaraz się uduszę. Myśli te napędzają z kolei uczucie jakim jest lęk. W ten sposób dochodzi do nasilenia się lęku, a ten z kolei nasila objawy somatyczne. **Nakręcający się mechanizm błędnego koła** nie ma więc końca. Podobnym mechanizmem błędnego koła jest lęk przed lękiem.

Leczenie zaburzeń nerwicowych

Najogólniej metody leczenia można podzielić na farmakoterapię i interwencje psychoterapeutyczne (często wskazane jest stosowanie obydwu metod leczenia). Farmakoterapia obejmuje podawanie leków anksjolitycznych (ataraktyczne, kojące, uspokajające), leków o działaniu przeciwdepresyjnym, leków wpływających na układ autonomiczny. Do najpopularniejszych form psychoterapii można zaliczyć terapię poznawczo-behawioralną, za pomocą której osoby mają m.in. szansę na rozpoznanie i zmianę pewnych wzorców zachowań przyczyniających się do stanów lękowych. Korzystne mogą być również terapie wykorzystujące metody relaksacyjne.
Ocenia się, że w 70-90% wypadków osoby cierpiące na zaburzenia lękowe, które otrzymały odpowiednią formę pomocy, odniosły z tego znaczące korzyści.

Bibliografia:

- Bąk K., Dyląg A., Glanda D., Szawdyn L. M., Żoga J. „Człowiek i plagi umysłu". Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała 2004,
- Bilikiewicz A., Strzyżewski W., (red), Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, PZWL, Warszawa 1992,
- Fajkowska M., Szymura B. (red), Lęk: geneza, mechanizmy, funkcje, SCHOLAR, Warszawa 2009,
- Imielski W.J., Zaburzenia psychiczne i emocjonalne. Przewodnik popularnonaukowy, SCHOLAR, Warszawa 2010,
- Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red. nauk.), Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011,
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków-Warszawa 2000,
- Mineka S., Carson R. C., Butcher J. N. "Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie". Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2003

- Rachman S., Zaburzenia lękowe – modele kliniczne i techniki terapeutyczne, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005,
- Manley M.R.S. (Sidorowicz S.K., (red.), Psychiatria. Praktyczny przewodnik kliniczny, Urban & Partner, Wrocław 2010.
- Zimbardo Ph. G., Gerrig R. J. "Psychologia i życie". Wydawnictwo Naukowe PW

SCHIZOFRENIA

Schizofrenia: (stgr. '*schizein*'- dzielić, '*frenes*'- umysł) = tzw. psychoza rozszczepienna, zaburzenie psychiczne zaliczane do grupy psychoz endogennych, czyli takich, którym nie można przypisać jasno określonych przyczyn.

Pojęcie schizofrenia jest często niesłusznie utożsamiane z tzw. rozdwojeniem osobowości. Nie chodzi w niej jednak o to, że w człowieku mieszczą się dwie lub więcej różnych osobowości ale u cierpiących na tę chorobę podziałowi ulegają niektóre funkcje psychiczne, emocje.

Schizofrenia manifestuje się objawami psychotycznymi, które wyraźnie osłabiają funkcjonowanie człowieka. To proces chorobowy składający się z fazy zwiastunów, fazy ostrej (pojawiają się objawy) oraz fazy zejściowej (zaburzenie ulega remisji lub pojawia się stan deficytu, który w kolejnych zaostrzeniach choroby może się powiększać).

Początek zaburzenia występuje najczęściej we wczesnej dorosłości (między 15 a 35 rokiem życia), dotykając ok. 1 % populacji. Połowa pacjentów chorych na schizofrenię to osoby poniżej 25 roku życia. Pierwsze objawy ujawniają się zwykle w okresie dojrzewania, a więc wtedy, gdy zaczyna się właściwa strukturalizacja osobowości.

Rozpoznanie stawia się na podstawie wywiadu z pacjentem, a także na podstawie nieprawidłowości w zachowaniu dostrzeżonych przez członków rodziny, przyjaciół lub współpracowników oraz objawów spostrzeżonych przez psychiatrę, psychologa klinicznego. Do rozpoznania schizofrenii muszą być spełnione określone kryteria, w których uwzględnia się obecność i długości trwania konkretnych objawów. Wstępne postępowanie obejmuje zebranie wszechstronnego wywiadu oraz badanie fizykalne. Wykrycie schizofrenii nie jest możliwe za pomocą współcześnie dostępnych badań laboratoryjnych. Przeprowadzane badania mają na celu wykluczenie innych stanów chorobowych, które mogą dać objawy psychotyczne podobne do tych w schizofrenii.

Schizofrenię jako jednostkę chorobową opisał szwajcarski psychiatra **Eugen Bleuler** w 1911 roku. Niemiecki psychiatra, **Emil** *Kraepelin**, stworzył pierwszy powszechnie uznany system klasyfikacji poważnych zaburzeń psychicznych. Nazwał schizofrenię otępieniem przedwczesnym. Zauważył, że jest to grupa chorób ujawniających się w okresie młodzieńczym. Podkreślał także zaburzenia w życiu uczuciowym i upośledzenie funkcji poznawczych towarzyszące temu zaburzeniu.***

Przyczyny:

Wyniki badań wskazują na to, że w patogenezie tego zaburzenia mają znaczenie czynniki genetyczne, wczesne warunki środowiskowe, procesy socjologiczne i neurobiologiczne. Aktualne badania psychiatryczne są skoncentrowane na neurobiologii, lecz do tej pory nie udało się odnaleźć konkretnej przyczyny organicznej. Różnorodność obrazu klinicznego schizofrenii od początku budziła podejrzenie, że kryją się za nią różne przyczyny i patomechanizmy.

Kryteria diagnostyczne:

Według ICD-10: "Zaburzenia schizofreniczne cechują się w ogólności podstawowymi i charakterystycznymi zakłóceniami myślenia i spostrzegania oraz niedostosowanym i spłyconym afektem. Jasna świadomość i sprawność intelektu są zwykle zachowane, choć z czasem mogą powstawać pewne deficyty poznawcze. Najważniejsze objawy psychopatologiczne obejmują: echo myśli, nasyłanie oraz zabieranie myśli, rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli, spostrzeżenia urojeniowe oraz urojenia oddziaływania wpływu i owładnięcia, głosy omamowe komentujące lub dyskutujące o pacjencie w trzeciej osobie, zaburzenia myślenia i objawy negatywne. Przebieg schizofrenii może być albo ciągły, albo epizodyczny, z postępującym lub stabilnym deficytem, lub też może być to jeden lub więcej epizodów z pełną lub częściową remisją."

I. Objawy osiowe (tzw. zespół 4 A), wg. Bleulera:

- Zaburzenia asocjacji (kojarzenia)
- Zaburzenia afektu (życia uczuciowego)
- Autyzm (sposób myślenia, życia, który nie liczy się z realną rzeczywistością; wycofanie się z rzeczywistości i przewaga życia wewnętrznego)
- Ambiwalencja (pojawiają się często przeciwstawne dążenia, myśli, które doprowadzają do zaniku pewnych aktywności).

II. Objawy pierwszorzędowe (tzw. Schneiderowskie): tzw. ugłośnienia myśli, odciąganie i nasyłanie myśli, omamy słuchowe, doświadczanie wpływu zewnętrznego na stan somatyczny, interpretacje urojeniowe, wpływ na wolę, uczucia, nieumotywowane impulsy.

III. Ogólnie upośledzone funkcjonowanie:

A) Zaburzenia w sferze myślenia:

a) zaburzenia formalne myślenia: brak więzi między rożnymi wątkami; gubienie wątku; rozmijanie się z tematem; brak związku logicznego między wątkami; blokowanie myślenia; pojawiają się wypowiedzi rymowane – bez związku logicznego; neologizmy – wyrazy nowe lub mające znaczenie symboliczne dla pacjenta; trudności w myśleniu abstrakcyjnym; rozszerzenie zakresu pojęć – pacjent włącza do kategorii rzeczy, które do niej nie należą; ubóstwo mowy, treści; zmniejszenie produkcji słownej.

b) zaburzenia treści myślenia: **urojenia dziwaczne** (czyli fałszywe przekonania, które opierają się wszelkiej argumentacji i utrzymują się mimo dowodów w normalnych przypadkach wystarczających do ich obalenia): *prześladowcze* (silne obawy, że pewne osoby, grupy mają nieczyste zamiary wobec pacjenta np. spiskują przeciwko niemu), *wielkościowe* (przekonanie, że jest się szczególnie ważną osobą np. królem, Bogiem, wybitnym dowódcą), *oddziaływania* (charakteryzują się przekonaniem, że własne myśli i zachowania są kontrolowane z zewnątrz np. przez istoty pozaziemskie), *odnoszące* (przekonanie, że pewne wydarzenia lub ludzie mają dla pacjenta specjalne znaczenie np. przeświadczenie, że prezenter telewizyjny mówi konkretnie do niego), *hipochondryczne* (nieuzasadnione przekonanie, że coś złego dzieje się z własnym ciałem np. że coś gnije w jego wnętrzu); **omamy słuchowe słowne** – najczęstsze w schizofrenii (np. pacjent słyszy głos komentujący na bieżąco jego poczynania albo dwa głosy rozmawiające na jego temat); mogą wystąpić również halucynacje wzrokowe lub dotyczące innych narządów zmysłów – smaku lub zapachu.

B) zaburzenia afektu: spłycenie afektu; niskie zaangażowanie emocjonalne w rozmowę; niedostosowanie afektu (brak związku między wypowiadaną treścią a reakcją emocjonalną pacjenta); zmienność i nieadekwatność afektu.

C) upośledzenie poczucia tożsamości: (brak granicy między światem zewnętrznym a wewnętrznym); zatarcie granic między psychiką a otoczeniem; zaburzenie poczucia siebie samego, własnej płci.

D) zaburzenie w sferze ruchowej (szczególnie w schizofrenii katatonicznej): zahamowanie, dziwaczność pozy, grymasy, rytuały.

E) mutyzm (brak kontaktu słownego).
F) negatywizm (pacjent nie wykonuje poleceń).
G) giętkość woskowa (możliwość utrzymywania niewygodnej pozycji przez dłuższy czas).
H) zaburzenia procesów motywacyjnych: nienaturalne popędy lub motywacje.
I) zaburzenia stosunków z innymi ludźmi: wycofanie, izolacja, agresywność, zaburzenia w życiu seksualnym.
J) zaburzenia krytycyzmu.

Timothy Crow przedstawił koncepcję typologiczną schizofrenii, uważaną za jedną z ważniejszych i potwierdzoną przez innych badaczy:
Schizofrenia może przebiegać z przewagą tzw. objawów pozytywnych (**tzw. TYP I**) lub negatywnych (**TYP II**).
Typ I: dominują objawy wytwórcze – urojenia, omamy.
Typ II: zubożenie mowy, spłycenie emocji, osłabienie woli, brak empatii i energii (trudniejszy do leczenia, gdyż leki neuroleptyczne stosowane w schizofrenii leczą objawy psychotyczne /urojenia, omamy/, a nie leczą dobrze objawów negatywnych).

ROZPOZNAWANIE SCHIZOFRENII WEDŁUG ICD-10

Należy stwierdzić obecność co najmniej jednego z następujących objawów:

A. Echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli oraz rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli.

B. Urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia, wyraźnie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn albo do określonych myśli, działań czy odczuć, spostrzeżenie urojeniowe.

C. Głosy omamowe (halucynacje) komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta albo dyskutujące o nim między sobą albo innego typu głosy omamowe pochodzące z jakichś części własnego ciała.

D. Utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i zupełnie niemożliwa do zaistnienia.

lub obecność co najmniej dwóch objawów z następujących:

E. Utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli towarzyszą im zwiewne lub na wpół ukształtowane urojenia bez wyraźnej treści afektywnej, bądź utrwalone myśli nadwartościowe, albo gdy występują codziennie od tygodni lub miesięcy.

F. Neologizmy albo przerwy lub wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowania wypowiedzi.

G. Zachowania katatoniczne, takie jak pobudzenie, zastyganie lub giętkość woskowa, negatywizm, mutyzm i osłupienie.

H. Objawy „negatywne", takie jak: apatia, zaburzenie wypowiedzi oraz spłycenie lub niespójność reakcji emocjonalnych (należy stanowczo wykluczyć ich zależność od depresji i od leczenia lekami neuroleptycznymi).

Warunkiem postawienia rozpoznania schizofrenii według ICD-10 jest utrzymywanie się objawów przez większość czasu w okresie co najmniej miesiąca.

Przebieg:
Schizofrenia może rozpocząć się nagle, a jej obraz nie pozostawia wątpliwości, że mamy do czynienia z chorobą psychiczną. Może również rozwijać się skrycie, miesiącami, nie budząc podejrzeń najbliższego otoczenia, do czasu gdy nagłe zaostrzenie czy postępująca degradacja sygnalizuje psychozę.

Początek choroby nagły:
W tym przypadku uderza nagła zmiana w sposobie zachowywania się. Zaburzone są procesy myślenia, niewłaściwa jest interpretacja faktów i zdarzeń, co rodzi zazwyczaj urojenia odnośnie sądów (najczęściej są to urojenia prześladowcze) oraz halucynacje odnośnie wrażeń (najczęściej są to halucynacje słuchowe). Może być to zachowanie gwałtowne – silne podniecenie z dominującym uczuciem lęku, osłupienie, dziwaczność zachowania czy wypowiedzi, rozkojarzenie, omamy, ucieczka, próby samobójstwa czy samookaleczenia. Może występować nieumiejętność wytłumaczenia przez chorego własnych odmiennych od zwykle mu właściwych zachowań. W przypadku ostrego początku, z silnym wyrażeniem objawów wytwórczych zazwyczaj występuje dobra odpowiedź na leczenie neuroleptykami.

Początek choroby powolny:
W tym przypadku chory pozornie się nie zmienił, zachowuje formy towarzyskie, pracuje. Zmianę raczej się wyczuwa niż zauważa. Chory czuje, jakby był z innego świata. Zmiany mogą być bardzo nieznaczne jak częstsze wybuchy "pustego" śmiechu, szukanie samotności, zaniedbywania podstawowych czynności jak higiena, nadmierna pobożność, porzucenie dawnych zainteresowań, obniżenie krytycyzmu itd. W wielu sytuacjach forma i ilość (zaburzenia ilościowo-jakościowe) zmian zachowania chorego jest na tyle wyraźna, że sprawia to wrażenie dziwaczności zaś sam chory nie potrafi podać racjonalnych czynników, które odpowiadałby za te zmiany. W toczącym się procesie chorobowym można zaobserwować u wielu chorych zaburzenia pamięci i nieadekwatność afektu. Występują też zaburzenia w wyrażaniu emocji, wyraźne jest ich spłycenie i zubożenie. Zmiana bywa czasem tak dyskretna, iż epizod schizofreniczny mija niepostrzeżony i dopiero nawrót choroby w zaostrzonej formie po kilku miesiącach, czy nawet latach przypomina otoczeniu, że osoba nie potrafi wyjaśnić swojego dziwnego zachowania w trakcie choroby.

Paragnomen:
Zdarza się, że wybuch choroby jest na kilka tygodni lub miesięcy poprzedzony krótkim epizodem niezwykłego zachowania się, niezgodnego z charakterem i dotychczasową linią życiową chorego. Może być to czyn niespodziewany, pozbawiony motywu, określany przez Bleulera jako „zachowanie wbrew oczekiwaniu", którego chory nie potrafi wyjaśnić (np. chęć wyskoczenia przez okno).

Podtypy schizofrenii:

W klasyfikacji DSM-IV wyróżniono pięć rodzajów schizofrenii:

rezydualna – obraz kliniczny powstający w wyniku wieloletniego przebiegu schizofrenii. Objawy pozytywne są nieobecne lub występują w niewielkim natężeniu. Dominują objawy negatywne oraz dziwaczność, ekscentryczność zachowania i wypowiedzi.
paranoidalna – obecne są urojenia i omamy, ale brak wyraźnych cech zdezorganizowanego zachowania, myślenia i emocji.

zdezorganizowana, dawniej *hebefreniczna* – dominują cechy dezintegracji poszczególnych funkcji psychicznych. Występuje spłycenie afektu, zaburzenia myślenia i emocjonalności wyższej.
katatoniczna – w obrazie dominują zaburzenia psychomotoryczne; może wystąpić stupor katatoniczny i giętkość woskowa.
niezróżnicowana – występują mieszane objawy z wyżej wymienionych grup nie dające podstaw do zakwalifikowania schizofrenii jako wyłącznie rezydualnej, paranoidalnej, zdezorganizowanej i katatonicznej.

Leczenie:

Podstawą leczenia jest farmakoterapia z użyciem leków przeciwpsychotycznych. Ważną rolę pełnią neuroleptyki. Psychoterapia, zawodowa i społeczna rehabilitacja są także ważne. W poważniejszych przypadkach, gdy pacjent zagraża własnemu życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób, może być stosowana przymusowa hospitalizacja. Uważa się, że zaburzenie to dotyka pierwotnie zdolności poznawcze, ale znaczenie mają także przewlekłe problemy z zachowaniem i emocjami. U osób ze zdiagnozowaną schizofrenią zwiększone jest prawdopodobieństwo wykrycia zaburzeń współtowarzyszących, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, a występowanie nadużywania różnych substancji psychoaktywnych w ciągu całego życia wynosi 40%.

Rokowania: Rokowanie w przebiegu schizofrenii jest ostrożne, choć znacznie lepsze niż kilkanaście lat temu. Zależy ono od obrazu choroby, podatności chorego na określone działania terapeutyczne. Zazwyczaj dobre wyniki leczenia obserwuje się, gdy:

- początek choroby jest nagły (ostry),
- wiek zachorowania jest późny,
- nie występowały wcześniej problemy ze zdrowiem psychicznym chorego (ogólnie dobre funkcjonowanie społeczne przed chorobą),
- dominują objawy wytwórcze nad objawami osiowymi,
- w proces leczenia włącza się otoczenie chorego, szczególnie najbliższa rodzina,
- są dostępne różne formy oddziaływania terapeutycznego (leczenie biologiczne, psychoterapia),
- pacjent jest kobietą.

Niekorzystnie rokują takie przypadki, gdy:

- na plan pierwszy wysuwają się objawy osiowe (negatywne; dominuje uczucie pustki i brak objawów wytwórczych oraz lękowych),
- jest wczesny wiek zachorowania,
- leczenie nie przebiega optymalnie (niesystematycznie, niezbyt odpowiednie leki i ich dawki, brak oddziaływania psychoterapeutycznego i socjoterapeutycznego),
- są nieuzgodnione z lekarzem przerwy w leczeniu (szczególnie nieprzyjmowanie leków lub samowolne zmniejszanie ich dawek przez chorego),
- nakładają się inne problemy chorego (toksykomania, niewłaściwe relacje z najbliższą rodziną).

Bibliografia:

Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: *Psychiatria*, t. II *Psychiatria kliniczna*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2002.
Kępiński A.: *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie, 2003.
Seligman M., Walker E., Rosenhan D.: *Psychopatologia*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań, 2003.

AUTYZM WCZESNODZIECIĘCY

Epidemiologia

• Występuje częściej u chłopców niż u dziewczynek (w relacji 4:1). W Polsce ujawnia się u 15 na 10 000 dzieci.

• Aktualne współczynniki występowania autyzmu na świecie wynoszą 14–17 na 10 000.

• Według ostrożnych szacunków oznacza to, że nastąpił mniej więcej 4–9-krotny wzrost współczynnika rozpowszechnienia autyzmu od końca lat 80. XX wieku.

Czynniki etiologiczne

• Czynniki genetyczne odgrywają znaczącą rolę w etiologii niektórych przypadków dziecięcego autyzmu.

• Grupę ryzyka stanowią rodziny już posiadające dziecko z autyzmem.

• Wśród czynników genetycznych i dziedzicznych wymienia się uszkodzenie genów w obrębie chromosomów: 2, 3, 15, 16, 17, X oraz 7, który jest odpowiedzialny za wiele poważnych schorzeń, m.in. nowotworów oraz istnienie genów, odpowiadających za rozwój mowy czy produkcję białek niezbędnych do rozwoju i pracy mózgu (np. są one zaangażowane w proces produkcji neurotransmiterów).

• U dzieci z autyzmem, obok zaburzeń procesów poznawczych, często obserwuje się występowanie wielu dodatkowych problemów zdrowotnych – są to zaburzenia metaboliczne, trzewne, związane z nietolerancją pokarmową, obecnością pasożytów, grzybów (*Candida albicans*), które mogą powodować u dziecka dyskomfort psychofizyczny oraz wzrost nadpobudliwości i drażliwości. Towarzyszące temu kłopoty w zakresie odbioru i integracji bodźców zmysłowych także przyczyniają się do zakłócenia samopoczucia dziecka, postrzegania i rozumienia przez nie świata czy w końcu odczuwania własnego ciała.

Kryteria zaburzenia

1. Znaczne zaburzenia, ale nie całkowity brak zdolności tworzenia związków uczuciowych i relacji społecznej z głównym opiekunem.
2. Znaczne zaburzenia w tworzeniu, podtrzymywaniu i rozwijaniu komunikacji, obejmujące komunikację pozawerbalną przy użyciu gestykulacji oraz komunikację niewerbalną i werbalną.
3. Znaczne zaburzenia przetwarzania bodźców słuchowych.
4. Znaczne dysfunkcje w przetwarzaniu innych informacji sensorycznych, obejmujące nad- i niedowrażliwość i zaburzenia planowania ruchowego (tab. 1).

TABELA 1. ZABURZENIA WIDOCZNE U MAŁYCH DZIECI Z AUTYZMEM (WG STONE W, 1997)

Interakcje społeczne	**Komunikacja**	**Ograniczone, sztywne wzorce zachowań i zainteresowań**
– ograniczone zdolności naśladowania, – brak kontaktu wzrokowego lub ograniczony kontakt wzrokowy, – ignorowanie innych osób lub słabe reagowanie na ich obecność, – brak zainteresowania zabawą społeczną, – preferowanie samotności, – małe zainteresowanie	– opóźnienie lub brak rozwoju mowy, – rzadkie wykorzystywanie gestykulacji do komunikowania się, – nie tworzenie wspólnego pola komunikowania się, – nie zwracanie uwagi innej osoby na swoją aktywność lub nieudane próby zwrócenia uwagi	– stereotypie ruchowe/przybieranie niezwykłych póz, – niewłaściwy sposób wykorzystania przedmiotów/ nietypowa zabawa, – przywiązanie do niezwykłych obiektów, – niezwykłe zainteresowania wzrokowe, – nietypowe reakcje na dźwięki, – brak wrażliwości na ból, zimno lub gorąco,

kontaktem fizycznym z inną osobą, – brak uśmiechu w sytuacjach społecznych, – zubożona mimika		– nadwrażliwość smakowa

Diagnoza

• Szczególne znaczenie w procesie diagnozy ma dobrze przeprowadzony wywiad.

• Rozpoznanie u dziecka autyzmu wymaga dokładnej analizy przebiegu jego rozwoju od pierwszych chwil życia, a także zebrania wielu informacji dotyczących jego aktualnego funkcjonowania w różnych sytuacjach.

• Bezpośrednia obserwacja zachowania dziecka jest kolejnym bardzo ważnym źródłem informacji. Sesje obserwacyjne powinny odbywać się w różnych warunkach, najlepiej w:

– środowisku domowym,

– grupie rówieśniczej,

– nowym otoczeniu,

– relacji z opiekunami.

• Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association) wprowadziło termin „całościowe zaburzenia rozwoju", zwracając w ten sposób uwagę na rozległy, rozwojowy charakter zaburzeń podstawowych funkcji psychicznych, w tym: uwagi, percepcji i motoryki.

- Całościowe zaburzenia rozwoju obejmują swoim zakresem zarówno autyzm dziecięcy, rozwijający się według wówczas przyjmowanych kryteriów przed ukończeniem przez dziecko 30. miesiąca życia, jak i całościowe zaburzenia rozwoju rozpoczynające się w dzieciństwie po 30. miesiącu życia. W zakres całościowych zaburzeń rozwoju wchodzi obecnie 5 jednostek chorobowych:
  - zaburzenia autystyczne,
  - zespół Aspergera,
  - zespół Retta,
  - dziecięce zaburzenie dezintegracyjne
  - oraz całościowe zaburzenie rozwoju nie ujęte w innych kategoriach diagnostycznych.

• W przebiegu poszczególnych jednostek występują czynniki różnicujące (tab. 2).

Tabela 2. Podobieństwa i różnice należące do całościowych zaburzeń rozwoju (wg. Rajewski A, 2002)

Jednostka kliniczna	**Zaburzenia rozwoju społecznego**	**Zaburzenia komunikacji**	**Sztywne wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności**	**Regres w funkcjonowaniu**	**Niepełnosprawność intelektualna**
Zaburzenia autystyczne	tak	tak	tak	tak/nie	tak/nie
Zespół Aspergera	tak	tak	tak	nie	nie
Dziecięce zaburzenie dezintegracyjne	tak	tak	tak	tak	tak
Zespół Retta	tak	tak	tak	tak	tak

• Objawy autyzmu mogą występować w wielu zespołach i chorobach dziecięcych. Bardzo ważna jest zatem diagnostyka różnicująca, oparta na współpracy interdyscyplinarnej: lekarza rodzinnego, pediatry, psychologa, pedagoga specjalnego, logopedy i innych profesjonalistów w zależności od potrzeb.

Terapia

W celu skutecznego usprawniania dzieci autystycznych proponuje się wykorzystanie wielu metod, takich, jak:

• metoda opcji,
• integracja sensoryczna i system percepcyjno-motoryczny Kepharda,
• metoda aktywności ruchowej i stymulacji wielosensorycznej Knillów,
• metoda ruchu rozwijającego Sherborne,
• wspomagana komunikacja i metoda Affolter,
• holding,
• rozwijanie teorii umysłu,
• metoda Domana,
• paluszkowe zabawy.

W celu rozwoju procesów sensorycznych i percepcyjnych u dzieci z głębszą niesprawnością i złożonymi zaburzeniami rozwojowymi wykorzystuje się:

• programy Christophera Knilla „Dotyk i komunikacja",
• metodę Denissona,
• integrację sensoryczną Jean Ayres,
• metodę Delcato,
• metodę Montessori,
• metodę Snoezelen,
• stymulację bazalną od podstaw.

W jednym z przeglądowych opracowań metod terapii stosowanych wobec osób z niesprawnością intelektualną, u których występują zachowania autoagresywne, wyróżnia się następujący ich podział:

• metody terapii oparte na interwencji medycznej (farmakologicznej, neurochirurgicznej i dietetycznej),
• metody oparte na teorii uczenia się (wzmocnieniu pozytywnym, negatywnym i uczeniu się nowych form zachowań),
• metody wzbogaconego stymulowania oparte na teorii homeostazy,
• metody oparte na kontakcie z ciałem (Gestalt, Snoezelen, Knuddel, zmodyfikowana metoda holdingu).

Jako istotne uzupełnienie terapii dziecka należy wymienić: psychoedukację dla rodziców, grupy wsparcia, grupy dla rodziców i inne formy wsparcia społecznego.

Bibliografia

- Błeszyński J.J.(red) (2005) Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem, Kraków Oficyna Wydawnicza „Impuls"
- Bobkowicz – Lewartowska L. (2000) Autyzm dziecięcy zagadnienia diagnozy i terapii, Kraków Oficyna Wydawnicza „Impuls"
- Brauner A. F. (1998) Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wróżkach, Warszawa WSiP
- Frith U. (2005) Autyzm i zespół Aspergera, ISBN 83-200-3093-5
- Gałkowski T. (1997) Nowe kierunki badań nad autyzmem i potrzeby działań praktycznych w Dziecko Autystyczne 1997, T.V
- ICD-10 (2000) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Kraków-Warszawa Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius" Instytut Psychiatrii i Neurologii
- Pisula E. (1998) Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju, Warszawa Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego

- Pisula E. (2005) Małe dziecko z autyzmem, Gdańsk Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Popielarska A.(red) Psychiatria wieku rozwojowego, Warszawa Państwowy Zakład wydawnictw Lekarskich
- Willey L. H. (2006) Zespół Aspergera w okresie dojrzewania: wzloty, upadki i cała reszta, Warszawa „Fraszka Edukacyjna" ISBN 978-83-88839-38-2
- Materiały internetowe

ADHD

ADHD to skrót od angielskiej nazwy *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, czyli "**Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi**", jest określeniem diagnostycznym opisującym zróżnicowaną grupę dzieci przejawiających problemy związane z brakiem koncentracji uwagi lub skłonnością do rozpraszania uwagi, które często idą w parze z impulsywnością i nadaktywnością. ADHD często nazywany jest "zespołem hiperkinetycznym" lub "zespołem nadpobudliwości psychoruchowej".
Zaburzenie to jest rozpoznawane u dzieci mających trwale występujące objawy, które rozpoczęły się przed 7 rokiem życia. Zespół ten objawia się trwałymi sposobami zachowania układających się w charakterystyczną triadę problemów.
W przypadku zaburzeń uwagi i braku nadpobudliwości ruchowej mówimy o ADD *(Attention Deficit Disorder)*.
ADHD to grupa zaburzeń charakteryzujących się wczesnym początkiem (zazwyczaj w pierwszych pięciu latach życia), brakiem wytrwałości w realizacji zadań wymagających zaangażowania poznawczego, tendencją do przechodzenia od jednej aktywności do drugiej bez ukończenia żadnej z nich oraz zdezorganizowaną, słabo kontrolowaną nadmierną aktywnością. Prawie u 60% dorosłych utrzymują się niektóre cechy zespołu (zwłaszcza dotyczące deficytów uwagi). Noszą wtedy nazwę AADD -ang. *Adult attention-deficit disorder* .

Występowanie ADHD

Liczba dzieci nadpobudliwych, podawana przez różnych autorów jest niezgodna. Rozpowszechnienie ADHD, w zależności od pracy i użytych kryteriów diagnostycznych, jest oceniane pomiędzy 3 a 8 % dzieci w wieku szkolnym. Częstość występowania zmniejsza się o 50% na każde 5 lat i tylko 20 % dotkniętych nim dzieci trafia pod specjalistyczną opiekę. Częściej tym zaburzeniem dotknięci są chłopcy. W stosunku 2:9. U dziewcząt dominują problemy z uwagą. Dziewczęta mają kłopoty z nauką, ale ponieważ nie sprawiają problemów wychowawczych, zwykle nie są kierowane do psychologa lub psychiatry. U chłopców na pierwszy plan wysuwają się objawy związane z nadmierną impulsywnością i nadmierną, niekontrolowaną ruchliwością.

PRZYCZYNY ADHD

Czynniki biologiczne

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zespołem zaburzeń o podłożu genetycznym, który powoduje powstawanie objawów z trzech grup impulsywności, nadruchliwości i zaburzeń koncentracji uwagi, spowodowany jest zaburzeniami równowagi pomiędzy dopaminą i noradrenaliną w CUN.
Objawy nadpobudliwości mogą również występować w wyniku uszkodzenia centralnego układu nerwowego, a także przy innych zespołach objawowych np.: u pacjentów z łamliwym chromosomem X.

Mimo, że przyczyny i rozwój zespołu ADHD nie są jeszcze do końca wyjaśnione, badania naukowe wskazują na duży udział czynników genetycznych. Czynniki te wpływają na budowę i działanie struktur mózgowych i sposób przekazywania pobudzeń w centralnym systemie

nerwowym. Uważa się, że przyczyną ADHD jest zaburzony proces dojrzewania układu nerwowego. Niektóre obszary mózgu pracują mniej skutecznie niż u pozostałych dzieci, czego wyrazem są objawy ADHD. Za takim wyjaśnieniem przemawia zmniejszanie się nasilenia lub ustępowanie objawów wraz z wiekiem u znacznej liczby pacjentów.

Czynniki społeczne

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej ma podłoże biologiczne to znaczy, że nie wynika on z błędów wychowawczych, czy czynników psychogennych. Jednak niektóre objawy podobne do zespołu nadpobudliwości psychoruchowej mogą występować u dzieci wychowywanych bez systemów zasad i konsekwencji, ale także np.: u dzieci maltretowanych fizycznie, psychicznie lub seksualnie.

Przez wiele lat uważano, że przyczyną zespołu nadpobudliwości psychoruchowej mogą być zaburzone relacje między członkami rodziny lub błędy wychowawcze popełnione przez rodziców. Współczesne badania naukowe nie potwierdzają tych poglądów. Można natomiast stwierdzić, że takie czynniki psychospołeczne jak trudna sytuacja rodzinna, brak stałych norm i zasad, impulsywność rodziców mogą nasilać objawy ADHD. Przeciwnie, w troskliwej, tolerancyjnej, przestrzegającej stałych zasad rodzinie, objawy dziecka z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej mogą być słabo wyrażone.

Czynniki genetyczne

Często obserwuje się rodzinne występowanie ADHD. Oznacza to, że prawdopodobieństwo wystąpienia ADHD u dzieci wzrasta jeśli rodzice (lub jedno z nich) mieli rozpoznaną nadpobudliwość psychoruchową. Ponadto, jeśli już mamy dziecko nadpobudliwe, wzrastają szanse, że kolejne dziecko również rozwinie zespół ADHD**.** Ponieważ nie znaleziono w ludzkim materiale genetycznym jednego miejsca odpowiedzialnego za powstawanie zespołu ADHD, mówi się, że jest on dziedziczony wielogenowo. Obecność u dziecka genów odpowiedzialnych za wystąpienie zespołu ADHD powoduje nieprawidłowy przebieg procesów zachodzących w korze mózgowej i jądrach podkorowych. Stwierdzono, że u dzieci z ADHD płaty czołowe półkul mózgowych i ich połączenia z innymi strukturami mózgu pracują mniej wydajnie niż u dzieci zdrowych. Także obszary odpowiedzialne w mózgu za kojarzenie informacji słuchowych i wzrokowych funkcjonują słabiej u dzieci nadpobudliwych.

Krótkie podsumowanie etiologii:

• 5% ryzyko zachorowania przy rodzicach adopcyjnych z ADHD,
• 20–57% ryzyko zachorowania przy rodzicach biologicznych z ADHD,
• 10% dzieci ma w wywiadzie minimalne uszkodzenie mózgu (infekcja w pierwszym trymestrze ciąży, anoksja w czasie porodu),
• niska aktywność kory prefrontalnej i premotorycznej (odpowiadają za kontrolę uwagi i aktywności),
• niska aktywność korowa w okolicy odpowiedzialnej za inhibicję.

Objawy ADHD

Do najczęściej występujących objawów choroby należą zaburzenia uwagi przejawiające się krótkim czasem skupienia uwagi, trudnościami w koncentracji, nieumiejętnością wybrania tego, na czym w danym momencie należy się skupić (np. na wypowiedzi nauczyciela w klasie) oraz bardzo łatwym rozpraszaniem się pod wpływem zewnętrznych bodźców (np. wejście kogoś do klasy lub przejeżdżający samochód).

I. Zaburzenia uwagi powodują zwykle, że dotknięte nimi dzieci gorzej radzą sobie w szkole. Osiągają słabsze wyniki i mają gorsze kontakty z nauczycielami, których denerwują swoim brakiem zdolności do skupienia się na tym, co ważne dla dorosłego. Pochodną zaburzeń uwagi jest stałe gubienie przedmiotów, a także zapominanie o różnych rzeczach, gdyż, aby coś zapamiętać, trzeba

najpierw na to zwrócić uwagę.

II. Problemy z impulsywnością i kontrolą zachowań oznaczają wykonywanie przez dziecko czynności bez przewidywania, jakie mogą być ich następstwa zarówno dla samego dziecka, jak i innych. Dzieci z zespołem nadpobudliwości zwykle rozpoczynają wykonywanie zadania bez całkowitego zrozumienia instrukcji. Często nie wysłuchują jej nawet do końca. Mają kłopoty z wykonaniem złożonych prac. Trudniej im uczyć się z wcześniejszych doświadczeń oraz ogólnych zasad, są bardziej gadatliwe, przerywają innym, nie czekają na swoją kolej w grupowych sytuacjach. Nic dziwnego, że częściej niż "zdrowe" dzieci są nie lubiane przez rówieśników oraz prowokują innych do wyrażania negatywnych opinii o sobie. Maja krótszy okres odwlekania działania, muszą zrobić natychmiast coś, co przychodzi im do głowy i nie potrafią czekać na nagrodę lub pochwałę. W klasie szkolnej często oznacza to wtrącanie się do wypowiedzi nauczyciela lub innych dzieci lub nieustanne domaganie się pytania. Nadmierna impulsywność ma jednak także tragiczne następstwa. Dzieci nadpobudliwe znacznie częściej niż pozostałe ulegają poważnym wypadkom lub w nich giną, gdyż np. wybiegają na jezdnię nie sprawdziwszy, czy nadjeżdża samochód.

III. Nadruchliwość jest to nadmierna ruchliwość dziecka, nie połączona z wykonywaniem przez niego zadania i która jest irytująca i dokuczliwa dla będących wokół osób. Dziecko nadpobudliwe z trudnością pozostaje w jednym miejscu, często biega, wspina się na meble, u starszych dzieci i nastolatków może to ograniczyć się do wiercenia, kręcenia się na krześle, rysowania, obgryzania długopisu lub poczucia wewnętrznego niepokoju. Co charakterystyczne, aktywność dziecka nadpobudliwego zwykle jest dość chaotyczna, nie służy określonemu celowi.

Objawy ADHD – podział na sfery

Sfera ruchowa wyraźny niepokój ruchowy w zakresie dużej i małej motoryki:
• niemożność pozostawania w bezruchu przez nawet krótki czas,
• podrywanie się z miejsca,
• bezcelowe chodzenie,
• zwiększona szybkość i częsta zmienność ruchów (wrażenie ciągłego pośpiechu),
• bieganie,
• przymusowe wymachiwanie rękami,
• podskakiwanie,
• wzmożone drobne ruchy kończyn (machanie nogami, głośne deptanie, poruszanie palcami rąk, ciągłe zajmowanie się rzeczami, które leżą w zasięgu rąk lub nóg, kiwanie się na krześle itp.).

Sfera poznawcza:
• trudności w skupieniu uwagi (uwaga chwiejna, zależna od czynników afektywnych),
• brak wytrwałości w przypadku małego zainteresowania i niedostrzegania bezpośredniej korzyści z działania,
• wzmożony odruch orientacyjny,
• pochopność,
• znaczna męczliwość w pracy intelektualnej i związana z tym nierównomierna wydajność,
• pobieżność myślenia,
• przerzucanie uwagi z obiektu na obiekt (udzielanie nieprawidłowych, nieprzemyślanych odpowiedzi na pytania lub nieprawidłowe rozwiązywanie zadań),
• w badaniach inteligencji niektórzy autorzy stwierdzają poziom "poniżej spodziewanego", głównie w skalach wykonawczych,
• trudności wizualno-motoryczne,
• trudności syntetyzowania w myśleniu,
• brak umiejętności planowania,

• u wielu dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi występują pewnego rodzaju zaburzenia mowy lub języka, do których należą:
- opóźnienie rozwoju mowy,
- kłopoty z artykulacją,
- problemy ze strukturą zdania,
- nieprawidłowe układanie dźwięków.

• Trudności stanowi również pisemne wyrażanie myśli i słowa - pamięć krótkotrwała.

Sfera emocjonalna:
• nieopanowane, nieraz bardzo silne reakcje emocjonalne,
• wzmożona ekspresja uczuć,
• zwiększona wrażliwość emocjonalna na bodźce otoczenia,
• wybuchy złości,
• impulsywność działania.

KRYTERIA MEDYCZNE

W Polsce obowiązują dwie podstawowe międzynarodowe klasyfikacje zaburzeń zdrowia: DSM – IV (amerykańska) oraz ICD - 10 (europejska). Według DSM - IV nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci zaliczana jest do grupy zaburzeń związanych z zachowaniami destrukcyjnymi. Natomiast wg cytowanej ICD –10, nadpobudliwość należy do zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym.

Te dwie najpopularniejsze na świecie klasyfikacje chorób – DSM - IV i ICD -10 ujmują nieco inaczej zespół nadpobudliwości psychoruchowej, co jest między innymi przyczyną istnienia dwu równouprawnionych nazw: **ADHD** i **zespół hiperkinetyczny**. Różnice nie są jednak duże i nie dotyczą podstawowych objawów zaburzenia, stąd zarówno w USA jak i w Europie lekarze obserwują pacjentów pod kątem występowania nadruchliwości, impulsywności i zaburzeń uwagi.

Badawcze Kryteria Diagnostyczne (ICD - 10)

Rozpoznanie zaburzeń hiperkinetycznych do celów badawczych wymaga stwierdzenia wyraźnie nieprawidłowego nasilenia zaburzeń uwagi, nadmiernej aktywności i niepokoju, które wzmagają się w różnych sytuacjach i utrzymują się w czasie, a które nie są spowodowane przez inne zaburzenia, takie jak autyzm i zaburzenia afektywne. Do kryteriów tych należą:

G1. Brak uwagi

Co najmniej 6 z następujących objawów braku uwagi utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnych z poziomem rozwoju dziecka.

• Częste niezwracanie bliższej uwagi na szczegóły lub częste beztroskie błędy w pracy szkolnej, pracy lub w innych czynnościach.
• Częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub czynnościach związanych z zabawą.
• Często wydaje się nie słyszeć co zostało do niego (do niej) powiedziane.

• Częste niepowodzenia w postępowaniu według instrukcji albo w kończeniu pracy szkolnej, pomocy w domu lub obowiązków w miejscu pracy (ale nie z powodu zachowania opozycyjnego, ani niezrozumienia poleceń).
• Często upośledzona umiejętność organizowania zadań i aktywności.
• Częste unikanie lub silna niechęć do takich zadań, jak praca domowa wymagająca wytrwałego wysiłku umysłowego.
• Częste gubienie rzeczy niezbędnych do niektórych zadań lub czynności, jak wyposażenie szkolne, ołówki, książki, zabawki lub narzędzia.

• Często łatwa odwracalność uwagi przez zewnętrzne bodźce.
• Częste zapominanie w toku codziennej aktywności.

G2. Nadmierna aktywność
Co najmniej trzy z następujących objawów nadmiernej aktywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

• Często niespokojnie porusza rękoma lub stopami, albo wierci się na krześle.
• Opuszcza siedzenie w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest utrzymanie pozycji siedzącej.
• Często nadmierne rozbieganie lub wtrącanie się w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe (w wieku młodzieńczym lub u dorosłych może występować jedynie poczucie niepokoju).
• Często przesadna hałaśliwość w zabawie lub trudność zachowania spokoju w czasie wypoczynku.
• Przejawia utrwalony wzorzec nadmiernej aktywności ruchowej, praktycznie nie modyfikowany przez społeczny kontekst i oczekiwania.

G3. Impulsywność
Co najmniej trzy z następujących objawów impulsywności utrzymywał się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

• Często udziela odpowiedzi zanim pytanie jest dokończone.
• Często nie umie czekać w kolejce lub doczekać się swej rundy w grach lub innych sytuacjach grupowych.
• Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub gier innych osób).
• Często wypowiada się nadmiernie bez uwzględnienia ograniczeń społecznych.

G4. Początek zaburzenia nie później niż w wieku 7 lat

G5. Całościowość
Kryteria są spełnione w więcej niż w jednej sytuacji, np. połączenie braku uwagi i nadaktywność występujące i w szkole i w domu lub zarówno w szkole, jak i w innych okolicznościach, gdzie dzieci są obserwowane, takich jak klinika (potwierdzenie takiej sytuacyjnej rozpiętości zwykle będzie wymagało informacji z więcej niż jednego źródła, relacje rodziców na temat zachowania w klasie mogą okazać się niewystarczające).

G6. Objawy G1-G3 powodują istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

G7. Zaburzenie nie spełnia kryteriów całościowych zaburzeń rozwojowych, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego, ani zaburzeń lękowych.

DIAGNOZOWANIE I LECZENIE ADHD

Diagnozowanie ADHD
Rozpoznanie ADHD nie jest ani łatwe ani szybkie. Opiera się w dużej mierze na obserwacji dziecka i doświadczeniu lekarza. Nie ma żadnego badania laboratoryjnego, które potwierdzałoby to rozpoznanie. Dodatkowo, ze względu na specyfikę zaburzenia oraz sytuację badania lekarskiego, dzieci mogą nie manifestować podstawowych objawów ADHD nie tylko w czasie pierwszej wizyty u lekarza, ale także podczas kolejnych spotkań. Lekarz rozpoczyna proces diagnostyczny od

wywiadu z rodzicami. Pyta między innymi o przebieg ciąży, porodu, rozwój dziecka, jego kontakty z rówieśnikami, sposób spędzania wolnego czasu i problemy szkolne. Powinien także zebrać informacje od nauczyciela znającego dziecko dłużej niż pół roku, najlepiej od wychowawcy klasy. Jeśli osobista forma kontaktu nie jest możliwa, warto poprosić o pisemną opinię ze szkoły oraz wypełnienie odpowiednich kwestionariuszy.
Kolejnym etapem stawiania diagnozy jest obserwacja zachowania dziecka. Niestety, objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej zmieniają się zależnie od otoczenia, w którym przebywa mały pacjent. Najczęściej nasilają się, gdy żądamy od dziecka zachowania ciągłej uwagi, np. w czasie wysiłku umysłowego. Objawy mogą być słabo wyrażone lub znikać zupełnie w domu lub w warunkach badania w poradni. Ważnym elementem badania lekarskiego jest rozmowa z małym pacjentem, w tym również bez obecności rodziców. Pozwala ona lekarzowi zebrać ważne informacje o stanie psychicznym dziecka, a także zobaczyć jak dziecko się zachowuje, gdy nie nadzorują go rodzice. Wzmożona aktywność ruchowa dziecka będąca jednym z kryteriów rozpoznania ADHD może być oceniana w czasie rozmowy lub obserwowana w specjalnie przygotowanym do tego celu pomieszczeniu, a także „mierzona" przy pomocy metod obiektywnych - np. elektronicznego pomiaru ruchów dłoni albo częstości i szybkości ruchów gałek ocznych. Zdolność do koncentracji uwagi jest oceniana w czasie rozmowy i obserwacji dziecka i również możemy ją zmierzyć np. przy pomocy komputerowego testu uwagi ciągłej. Badania te nie są niezbędne do postawienia prawidłowej diagnozy i nie są rutynowo wykonywane w poradniach.

Metody oceny zaburzeń

Bardzo popularną metodą oceny zaburzeń typowych dla **ADHD** są skale i kwestionariusze diagnostyczne, czyli arkusze pytań przeznaczone dla nauczycieli i rodziców. W pełnej procedurze diagnostycznej powinny się znaleźć również testy psychologiczne do oceny inteligencji, zdolności reakcji, motoryki, mowy czynnej oraz zdolności rozwiązywania problemów. Mają one potwierdzić lub wykluczyć istnienie innych zaburzeń układu nerwowego dających podobne objawy jak zespół nadpobudliwości psychoruchowej. W tym samym celu wykonuje się badanie pediatryczne i neurologiczne, a także ocenę słuchu i ostrości wzroku dziecka.
Powyższe metody uzupełniają się nawzajem, co nie oznacza, że brak dostępności niektórych uniemożliwia prawidłowe rozpoznanie ADHD. Doświadczony lekarz na pewno będzie się starał wykorzystać jak najwięcej z nich, aby mieć pewność, że stawia prawidłową diagnozę .

Leczenie ADHD

Leczenie nadpobudliwości psychoruchowej jest wielokierunkowe, zwykle trwa wiele lat i czynnie angażuje lekarza, rodzinę i szkołę pacjenta. Dzieci, u których zastosowano więcej rodzajów terapii lepiej funkcjonują po 1-3 latach leczenia niż dzieci, u których ograniczono się tylko do jednego rodzaju działań.
Zwykle stosuje się co najmniej wyjaśnianie istoty zaburzenia, poradnictwo w dziedzinie metod wychowawczych i naukę postępowania z dzieckiem. Często działaniami edukacyjnymi obejmuje się także nauczycieli i opiekunów szkolnych dziecka. W indywidualnych przypadkach stosuje się psychoterapię indywidualną dziecka lub rodzinną. Jeśli przy pomocy tych metod nie udaje się osiągnąć poprawy, lekarz proponuje zastosowanie leków. W zespole terapeutycznym oprócz lekarza psychiatry powinien znaleźć się psycholog i pedagog. Taki zespół powinien mieć możliwość stałego kontaktu z rodzicami dziecka i szkołą.

Metody stosowane w ramach leczenia wielokierunkowego:

1. Psychoedukacja na temat zespołu nadpobudliwości:
• wyjaśnianie rodzicom istoty objawów zespołu ADHD, jego przebiegu i rokowania, edukacja pozostałych członków rodziny z włączeniem rodzeństwa i dziadków,
• poradnictwo w dziedzinie metod wychowawczych, treningi umiejętności rodzicielskich,

• wyjaśnianie dziecku istoty zaburzenia, omawianie z nim kłopotów jakie miało w czasie badania i testów, nakłanianie do obserwacji własnego zachowania,
• informacja i współpraca z nauczycielami i pedagogami szkolnymi.

2. Nauka sposobu postępowania i pracy z dzieckiem (trening behawioralny), czyli warsztaty dla rodziców lub nauczycieli:
• dostosowanie zakresu i czasu trwania obowiązków dziecka do jego możliwości,
• zauważanie pozytywnych zachowań dziecka i chwalenie za nie,
• rygorystyczne przestrzeganie norm i zasad.

3. Kontakt ze szkołą w celu zapewnienia dziecku specjalnej opieki

4. Psychoterapia:
• terapia rodzin – jeśli rodzina jako całość ma trudności w funkcjonowaniu,
• w indywidualnych wypadkach wskazana terapia indywidualna lub grupowa dziecka nastawiona na poprawę jego samooceny bądź też lepsze rozumienie oczekiwań otoczenia i własnych reakcji,
• trening umiejętności społecznych i terapia zaburzeń uwagi.

5. Leczenie farmakologiczne:
• stosowanie leków

W leczeniu zespołu nadpobudliwości nie należy ograniczać się do samego podawania leków, ponieważ nie są one w stanie zmienić wszystkich aspektów funkcjonowania dziecka z ADHD. Niemniej długotrwała, bezpieczna i skuteczna farmakoterapia przynosi znaczne korzyści. Powinno się ją stosować u dzieci, u których sama korekta metod wychowawczych a także inne oddziaływania nie przynoszą oczekiwanych efektów lub z jakiegoś powodu nie mogą być wprowadzone. Leki stosowane w leczeniu ADHD zwiększają zazwyczaj ilość noradrenaliny lub/i dopaminy czyli substancji, których poziom w mózgu dziecka nadpobudliwego jest obniżony, łagodząc tym samym objawy ADHD. Nie usuwają jednak przyczyn nadpobudliwości i działają tylko tak długo jak długo są podawane. Mogą za to zapobiec wystąpieniu wielu niepożądanych następstw nadpobudliwości takich jak niechęć do szkoły, bardzo słabe wyniki w nauce, niska samoocena oraz uleganie wypadkom i kontuzjom z powodu nadmiernej impulsywności. Mogą pomóc dziecku nadpobudliwemu nadrobić zaległości w nauce i poprawić relacje z kolegami.
Należy jednak pamiętać, że leki nie zastąpią wychowania i nauczania, nie spowodują, że przeciętny uczeń nagle zacznie dostawać piątki i szóstki, nie zmniejszą agresji, jeśli ma ona inne podłoże niż impulsywność, nie usuną dysleksji ani dysgrafii.

OBRAZ NADPOBUDLIWOŚCI W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

U większości dzieci nie ma „początku" wystąpienia objawów, a rodzice zgłaszają się po pomoc wtedy, gdy ruchliwość i impulsywność dziecka uniemożliwia mu naukę w szkole.

Dzieciństwo

Już we wczesnym dzieciństwie można zauważyć cechy charakterystyczne dla nadpobudliwości, tj.: duża drażliwość dziecka, problemy związanych ze snem i łaknieniem. W wieku przedszkolnym najbardziej zauważalna jest nadmierna aktywność ruchowa i emocjonalność dziecka, jak również kłopoty z przyswajaniem norm społecznych. Skrajna impulsywność dziecka może być przyczyną konfliktów z rówieśnikami.

Wiek szkolny

W wieku szkolnym zaznacza się coraz wyraźniej upośledzenie funkcjonowania dziecka w porównaniu z rówieśnikami. W młodszych klasach przeważa nadaktywność motoryczna

i impulsywność. Jako coraz większy problem jednak jawią się deficyty uwagi i kłopoty z koncentracją, utrudniające naukę i wpływające na osiągane słabe wyniki szkolne.
Objawy zespołu nadpobudliwości zmniejszają się z wiekiem. Najszybciej ustępuje nadruchliwość – dziecko, które w pierwszej klasie biegało po pomieszczeniu, w trzeciej już tylko się wierci. Wolniej poprawia się zdolność skupiania uwagi. W okresie dojrzewania objawy utrzymują się u ponad 2/3 chorych. W części przypadków utrzymują się jednak dłużej - u około 70 % pacjentów w okresie dorastania i u ok. 30 % osób w wieku dorosłym.

Dorosłość

Dorastający mają sporo problemów związanych z nauką, często ich edukacja jest poniżej posiadanych potencjalnych możliwości. Są mniej dojrzali od rówieśników, mają problemy w kontaktach społecznych z rówieśnikami, nauczycielami czy rodzicami. Często mają niską samoocenę. Przetrwanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej grozi zwiększonym ryzykiem rozwinięcia się antyspołecznych zachowań, wpadnięcia w konflikt z prawem, uzależnienie od alkoholu i narkotyków, depresję, większe ryzyko popełnienia samobójstwa. Wiąże się to z niemożnością wytyczenia sobie planu działania oraz jego konsekwentnej realizacji.

ZABURZENIA ZACHOWANIA

Definicja

• Odchylenia od normy rozumianej przez zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku.
• Stopień odchylenia od tej normy świadczy o sile czy też natężeniu zaburzenia.

Etiopatogeneza zaburzeń zachowania

Do czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń zachowania zalicza się ujawniające się konflikty w rodzinie, złe warunki ekonomiczne i zachowania antyspołeczne rodziców.

Przejawy nieprawidłowego funkcjonowania rodziny potencjalnie prowadzące do zaburzeń zachowania u dziecka:

• niewypełnianie podstawowych zadań opieki nad dzieckiem lub delegowaniem jej na inne osoby,
• brak silnych więzi emocjonalnych między poszczególnymi członkami rodziny, separacja emocjonalna lub izolowanie całej rodziny od innych ludzi,
• nadmierna symbioza między członkami rodziny, wytwarzanie nadmiernej zależności,
• nadopiekuńczość w stosunku do dziecka, która może być wyrazem postawy lękowej lub maską odrzucenia dziecka,
• zaburzenia komunikacji:
– wszyscy w rodzinie muszą wiedzieć wszystko o wszystkich,
– brak przepływu informacji, zwłaszcza dotyczących przeżyć emocjonalnych,
– występuje tzw. podwójne wiązanie – komunikaty werbalne są sprzeczne z komunikatami niewerbalnymi,
• erotyzacja relacji rodzice–dziecko,
• patologia ról w rodzinie, np. wrogość rodziny spada na tzw. kozła ofiarnego,
• opór rodziny przed ujawnieniem konfliktów, zaprzeczanie ich istnieniu.

Obraz kliniczny i rozpoznawanie

W klasyfikacji DSM-IV zaburzenia zachowania określa się jako uporczywy i powtarzający się wzorzec charakteryzujący się zachowaniem aspołecznym i buntowniczym.

Zaburzenie zachowania według Klasyfikacji ICD-10

• Powtarzający się i utrwalony wzorzec zachowania, cechujący się gwałceniem albo podstawowych

praw innych osób, albo poważniejszych norm i reguł społecznych właściwych dla wieku, trwających co najmniej 6 miesięcy, w czasie których występują niektóre z następujących przejawów:
1) wybuchy złości nadzwyczaj częste lub ciężkie w stosunku do poziomu rozwojowego,
2) częste kłótnie z dorosłymi,
3) często aktywne odrzucanie wymagań dorosłych lub niespełnianie reguł,
4) często rozmyślne robienie rzeczy, które budzą gniew u innych ludzi,
5) częste obwinianie innych za swoje własne pomyłki lub niewłaściwe zachowanie,
6) częste przewrażliwienie i łatwość wprowadzania w złość przez innych,
7) częste wpadanie w złość lub rozżalenie,
8) częsta złośliwość lub mściwość,
9) częste kłamstwa lub zrywanie obietnic w celu uzyskania dóbr, przywilejów lub dla uniknięcia obowiązków,
10) częste inicjowanie starć fizycznych (nie obejmuje to starć z rodzeństwem),
11) używanie broni, która może powodować u innych poważne uszkodzenia ciała (np. kij, cegła, rozbita butelka, nóż, strzelba),
12) pozostawanie poza domem po zapadnięciu zmroku, mimo zakazu rodziców (rozpoczynające się przed 13. r.ż.),
13) przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec innych osób (np. krępowanie, ranienie lub podpalanie ofiar),
14) przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec zwierząt,
15) rozmyślne niszczenie własności innych osób inaczej niż przez podpalenie,
16) rozmyślne podkładanie ognia ze stwarzaniem ryzyka lub z zamiarem spowodowania poważnych zniszczeń,
17) kradzieże przedmiotów o niebanalnej wartości bez konfrontacji z ofiarą, zarówno w domu, jak i poza nim (np. kradzieże w sklepach, włamania, fałszerstwa),
18) częste wagary ze szkoły, rozpoczynające się przed 13. r.ż.,
19) co najmniej dwukrotne ucieczki z domu rodzicielskiego lub zastępczego, albo ucieczka jednorazowa trwająca dłużej niż jedną noc (nie obejmuje opuszczania domu w celu uniknięcia molestowania fizycznego lub seksualnego),
20) popełnianie przestępstw wymagających konfrontacji z ofiarą (włączając kradzieże kieszonkowe, wymuszania, napady),
21) zmuszanie innych osób do aktywności seksualnej,
22) częste terroryzowanie innych (np. rozmyślne zadawanie bólu lub ran połączone z uporczywym zastraszaniem, dręczeniem, molestowaniem),
23) włamanie do cudzego domu, samochodu, budynku.

Do spełnienia kryterium wystarczy choćby jednorazowe wystąpienie objawów wymienionych w punktach: 11, 13, 15, 16, 20, 21, 23.
• Zaburzenie nie spełnia kryteriów osobowości dyssocjalnej, schizofrenii, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego, całościowego zaburzenia rozwojowego ani zaburzenia hiperkinetycznego. Jeżeli spełnione są kryteria zaburzenia emocjonalnego, należy rozpoznać mieszane zaburzenia zachowania i emocji:
– postać z początkiem w dzieciństwie: początek przynajmniej jednego rodzaju – trudności z zachowaniem przed 10. r.ż.,
– postać z początkiem w wieku młodzieńczym: bez trudności z zachowaniem przed 10. r.ż.

Pojawiające się zaburzenia zachowania mogą, choć nie muszą, zapowiadać w przyszłości rozwój osobowości antysocjalnej.

Cechy osobowości antysocjalnej

Jest to wzorzec zachowań zdominowany pogardą dla cudzych praw i ich naruszaniem od 15 r.ż.

• **Epidemiologia:** 5% w populacji mężczyzn, 1% w populacji kobiet; 40% chłopców, 24% dziewcząt z zaburzeniami zachowania rozwija w okresie dorosłości osobowość antysocjalną.

• **Etiologia:**
– **czynniki dziedziczne** – obserwowano większe ryzyko zaburzeń zachowania w grupie męskich bliźniąt;
– **czynniki biologiczne** – nieprawidłowa aktywność mózgu (u 50%), niższa aktywność kory mózgu, wolne fale w EEG, niski poziom serotoniny w mózgu u dzieci jest predyktorem agresywnych zachowań na 2 lata przed ich wystąpieniem, obserwuje się niski poziom serotoniny w mózgu u przestępców recydywistów;
– **czynniki rodzinne** – częste stosowanie kar fizycznych, emocjonalne zaniedbania, odrzucenie, ojcowie nadużywający alkoholu, dziecięce deficyty neuromotoryczne, ubóstwo, rodzinna niestabilność (70% ryzyko przestępczości u mężczyzn w wieku 18 lat);
– **czynniki ryzyka** – zaburzeni rodzice, niska inteligencja.

• **Objawy:** powtarzalne łamanie prawa, agresywność, impulsywność, kłamliwość, brak umiaru i poczucia odpowiedzialności za swoje czyny, drażliwość i agresywność, na które wskazuje udział w powtarzających się bójkach i napaściach, konsekwentna nieodpowiedzialność, na którą wskazuje niemożność utrzymania stałej pracy i dotrzymania zobowiązań finansowych,
uczuciowa pustka.

Terapia zaburzeń zachowania
• Stosuje się przede wszystkim metody behawioralne ukierunkowane na zmianę nieprawidłowych zachowań rodziny oraz agresywnych zachowań dziecka.
• Najistotniejszym elementem jest podkreślanie przez rodziców pozytywnych reakcji dziecka, dostrzeganie jego starań i małych sukcesów, nagradzanie, a pomijanie czynów negatywnych.
• W leczeniu zaburzeń zachowania korzysta się także z metod poznawczo-behawioralnych opartych o następujące etapy:
– trening umiejętności społecznych,
– nauka konstruktywnego rozwiązywania problemów,
– kształcenie umiejętności panowania nad własnym gniewem przez:
- naukę samokontroli,
- technikę ABC (*antecedent–behavior–consequence*),
- uczenie rozpoznawania sygnałów fizjologicznych zwiastujących gniew,
- uczenie metod redukcji gniewu (głębokie oddychanie, liczenie wspak, techniki relaksacyjne, generowanie pozytywnych opinii na swój temat, myślenie o konsekwencjach swojego zachowania),
- uczenie rozpoznawania sytuacji wywołujących gniew.
• Wykształcenie powyższych umiejętności odbywa się przez informacje zwrotne dotyczące zachowań, modelowanie, odgrywanie ról, transfer umiejętności, elementy dramy.

Warto pamiętać, by leczenie dziecka prowadzić w obszarze jego własnej rodziny i miejsca, gdzie żyje.
• W leczeniu zaburzeń zachowania stosuje się również farmakoterapię

Bibliografia:

- Borkowska A. Nadpobudliwość psychoruchowa w neuropsychologicznej koncepcji Russela A. Barkley'a. W: A. Heztyk, A. Borkowska (red.), Neuropsychologia emocji. Lublin. Wyd. UMCS. 1999.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M.: Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Lublin. Wyd. Bifolium. 1999.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M., Pisula A., Bryńska A.: ADHD Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców. Sopot. Wyd. GWP. 2014

- ICD-10 Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów. Warszawa. 1997.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10, Badawcze Kryteria Diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius" IPiN, Kraków-Warszawa. - tłumaczenie Prof. dr hab. med. J. Wciórka. 1998.
- „PODSTAWY PSYCHIATRII DLA STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA"
- Pod redakcją Donaty Kurpas, , Haliny Miturskiej i Marty Kaczmarek, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009
- Strony internetowe: www.forum.adhd.org.pl, www.wikipedia.org/wiki/ADHD

ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

Zespół stresu pourazowego, nazywany jest także jako **zaburzenie stresowe pourazowe,** w skrócie określany jako **PTSD** (ang. *posttraumatic stress disorder*) – jest to rodzaj zaburzenia lękowego będący efektem przeżycia traumatycznego wydarzenia.

Termin **„zespół stresu pourazowego"** pojawił się na początku lat osiemdziesiątych. Jednak symptomy, jakie opisuje się u pacjentów z tym rozpoznaniem, już dużo wcześniej stały się przedmiotem analizy psychiatrycznej i psychologicznej. Przyjmuje się, że opisywana przez psychoanalityków „nerwica wojenna", którą rozpoznano u wielu żołnierzy po I wojnie światowej odpowiada objawowo właśnie dzisiejszemu PTSD, zwłaszcza wśród pacjentów, którzy byli weteranami wojny w Wietnamie. Podobne analogie można zauważyć w przypadku badań nad osobami, które przeżyły pobyt w obozie koncentracyjnym.

Warto więc zaznaczyć, że to w Europie **po raz pierwszy badacze** zajmujący się zaburzeniami psychicznymi zwrócili uwagę na to, że silne, traumatyczne przeżycia mogą w pewnym stopniu zaburzyć funkcjonowanie psychiczne człowieka. Kontynuując zainteresowanie tym zagadnieniem członkowie Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przeszło 20 lat temu zauważyli wśród wspomnianych już weteranów wojny w Wietnamie, trwałe i głębokie zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i psychofizycznym. W tym też okresie pojawiły się badania skoncentrowane na rodzaju traumatycznych przeżyć i wynikających z nich konsekwencji psychicznych, ale nie związanych z wojną. Objawy te związane były z przeżytym gwałtem, przemocą wobec dzieci i kobiet. (Burgess, Holmstrom, 1994,KempeiKempe,1979,Walker,1979).

W związku z tym zjawiskiem w psychiatrii i psychologii pojawia się **nowa jednostka nozologiczna** (tj. dziedzina wiedzy medycznej, zajmująca się podziałem i klasyfikacją chorób i ich opisem) - nazwana zespół stresu pourazowego, znana w literaturze także jako Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Zespół ten obejmuje zaburzenia psychiczne wynikające z:

- gwałtu,
- agresywnego napadu,
- walki frontowej,
- katastrof komunikacyjnych,
- tzw. „men-made disorders" (bombardowanie, tortury, obozy koncentracyjne a ostatnio terroryzm).

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association) określa nie tylko co może powodować PTSD, ale także z czym to zaburzenie jest związane, a mianowicie z **zagrożeniem życia i towarzyszącą temu bezradnością.**

Zespół stresu pourazowego wpływa na obniżenie jakości życia głownie z powodu: permanentnego odtwarzania traumy, a w konsekwencji koszmarnych snów związanych z traumą, przypominania i rozpamiętywania jej, uporczywego unikania – przede wszystkim wspomnień i sytuacji kojarzących się z traumatycznym wydarzeniem i zmniejszeniem ogólnej reaktywności - unikania uczuć, myśli związanych z traumą, przypominania ważnych aspektów traumy, chłodu emocjonalnego w kontaktach interpersonalnych. **Dotkliwymi objawami psychofizycznego pobudzenia w PTSD są także :**

- **zaburzenia z zasypianiem lub snem,**
- **trudności w koncentracji,**
- **drażliwość,**
- **wybuchy gniewu i złości**

Często powtarzającym się objawem występującym w PTSD jest silne napięcie **wywołane każdym wspomnieniem o wydarzeniu, czy też przedmiotem który się z tym wydarzeniem kojarzy, a także przeżywania nagłego poczucia o intruzywnym charakterze, że wydarzenie znów ma miejsce.**

Badania tego zjawiska wyraźnie wskazują, że **przewlekle przeżywany stres wywiera długofalowy wpływ** na powstanie zaburzeń psychicznych. Badania te pozwalają również na zrozumienie nie tylko istniejącego schematu funkcjonowania biologicznego związanego z traumą, a także sposobu widzenia świata, osobowości. Schemat ten nie związany jest z podłożem genetycznym, a raczej z długotrwałymi przeżyciami, które spowodowały bezradność (Van der Kolka, McFarlane, 1996). Ci sami autorzy wyraźnie wskazują, że **PTSD jest procesem, który ma w swoim przebiegu etapy:**

1. **ostrą reakcję pourazową,**
2. **chroniczną reakcję na traumatyczne zdarzenie**
3. **adaptację organizmu do znoszenia PTSD.**

Zdaniem tych autorów i Yehude (1995) **cechą charakterystyczną PTSD jest fakt długotrwałego występowania reakcji po pewnym okresie inkubacji objawów**, zanim dadzą o sobie znać. Reakcja szoku pojawiającego się bezpośrednio po traumatycznym zdarzeniu nie jest jeszcze zespołem stresu pourazowego. Reakcja ta traktowana jest jako coś naturalnego.

Co utrudnia rozpoznanie i terapię PTSD?

Uświadomienie sobie objawów postraumatycznych może mieć szczególne znaczenie w poradzeniu sobie, a nawet w terapii. Trzeba jednak wspomnieć, że coraz częściej podnosi się kwestię pewnych wrodzonych predyspozycji, o charakterze neurobiologicznym, które w znacznym stopniu wpływają na występowanie tego zespołu. Nie do końca uprawnione wydaje się twierdzenie, że tylko czynniki psychospołeczne wpływają na powstanie omawianego zaburzenia, gdyż wówczas wszystkie osoby, które zostały poddane takim negatywnym oddziaływaniom musiałyby przejawiać syndromy PTSD, podczas gdy wiadomo, że tak nie jest. Dlatego też, **nie można traktować samego zespołu wyłącznie jako zjawiska w pełni determinowanego czynnikami psychologicznymi.** Biorąc jednak pod uwagę owe czynniki psychologiczne, wymienia się następujące: wadliwa sieć wsparcia społecznego lub jego brak, osobowość i oczywiście doświadczenie życiowe w znoszeniu cierpienia – czyli sposób i skuteczność w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Wśród osób ujawniających klasyczne objawy PTSD pojawiają się także pewne symptomy występujące też w innych jednostkach chorobowych:

- dystymia (tj. typ depresji),

- zaburzenia lękowe,
- kompulsywno-obsesyjne i impulsywne zachowania,
- nadużywanie i uzależnienie od środków zmieniających nastrój (psychoaktywnych),
- szereg objawów, które można określić jako somatyzację stanu psychicznego.

Na zakończenie można dodać, że **powrót do zdrowia ofiar przemocy, czy też jakiejkolwiek traumy uzależniony jest od** historii zaburzeń psychicznych w rodzinie, wczesnej traumatyzacji, wielkości stresu, czasu jego trwania i intensywności, zależy też od przygotowania do znoszenia stresu oraz rodzaju reakcji na czynnik stresujący. Zależy również od właściwej psychofarmakoterapii i psychoterapii (Shalev, 1995).

Bibliografia:
1.www.psychiatria.pl/artykul/zespol-stresu-pourazowego-charakterystyka-psychologiczna-i-neuropsychologiczna/3694/6.html
2. Dudek B.: „Zaburzenie po stresie traumatycznym." GWP, Gdańsk 2003
3. Lis-Turlejska M.: „Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998.
4. Sęk, H. i Cieślak, R. (red.): wsparcie społeczne, stres i zdrowie." Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2004

Niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe)

Definicja: upośledzenie umysłowe jest to znacząco gorsze niż średnie ogólne funkcjonowanie intelektualne, któremu towarzyszą deficyty w dziedzinie zachowań adaptacyjnych. Zachowania adaptacyjne to umiejętności troszczenia się o siebie (takie jak np. umiejętność odpowiedniego ubierania się, dbania o swój wygląd i wykonywanie prostej pracy), niezbędne do niezależnego życia. Osoba upośledzona umysłowo funkcjonuje intelektualnie na poziomie istotnie niższym od przeciętnego i czasami nie jest w stanie zadbać o swoje codzienne potrzeby lub mieszkać samodzielnie. Aby można było postawić diagnozę upośledzenia umysłowego, zaburzenie to musi być rozpoznane przed ukończeniem 18-go roku życia.

Przyczyny upośledzenia umysłowego

Badania nad zjawiskiem upośledzenia umysłowego przeprowadzone w ostatnich kilkudziesięciu latach pozwalają stwierdzić, że istnieje ogromna ilość przyczyn upośledzenia umysłowego. Przyczyny można klasyfikować w różny sposób zależnie od przyjętego kryterium. Ze względu na okres jego powstania można wyróżnić:

1. **czynniki prenatalne (przedporodowe)** – wiek matki (zbyt młody wiek biologiczny lub zbyt późne zajście w ciążę), wadliwe geny, używki, zatrucia chemikaliami, zaburzenia chromosomalne, konflikt serologiczny, niedotlenienie, choroby infekcyjne matki itd.

2. **czynniki perinatalne (okołoporodowe)** – uszkodzenia mechaniczne oraz niedotlenienia mające miejsce w czasie porodu

3. **czynniki postnatalne (poporodowe)** – urazy fizyczne, choroby mózgu, niekorzystne warunki psychospołeczne, zaburzenia metabolizmu, maltretowanie i zaniedbywanie dziecka.

Rozważając jakość czynników zaburzających rozwój, można przyjąć m.in. że mogą to być czynniki **biologiczne oraz środowiskowe.** Do czynników biologicznych można zaliczyć **genopatie** (obecność patologicznych genów w komórkach rozrodczych). Genopatie mogą zaburzać strukturę ośrodkowego układu nerwowego lub mogą być przyczyną zaburzeń przemiany materii. Obraz kliniczny zaburzeń spowodowany genopatiami jest złożony. Objawy upośledzenia umysłowego współwystępują z zaburzeniami rozwoju fizycznego np. Fenyloketonuria, Galaktozemia, Zespół Marfana, Zespół Aperta, **chromosopatie** nieprawidłowa struktura jednej z dwudziestu trzech par

chromosomów (np. przerwa w strukturze chromosomu, ubytek części chromosomu lub trisomia chromosomu), która bezpośrednio zaburza rozwój psychoruchowy np. Zespół Downa, Zespół Turnera, Zespół Edwardsa, **embriopatie i fetopatie** będące przejawami nieprawidłowego rozwoju zaistniałego w okresie ciąży na skutek zakażeń wirusowych, bakteryjnych, infekcyjno-pasożytniczych, chorób i zaburzeń hormonalnych matki, związków toksycznych, zaburzeń krążenia łożyskowego np. Embriopatia różyczkowa, Cytomegalia, Wodogłowie, Fetopatia poalkoholowa, Zamartwica. Ponadto, istotne są również **czynniki związane z uszkodzeniem układu nerwowego** np. wskutek nieprawidłowego przebiegu porodu, wylewów wewnątrzmacicznych, niedotlenienia, urazów czaszkowo-mózgowych. **Do przyczyn środowiskowych** zalicza się skrajną deprywację potrzeb psychologicznych i społecznych, brak stymulacji rozwoju, izolację społeczną, zaniedbania i przemoc, niewłaściwe warunki socjalne, niedożywienie. Ze względu na patomechanizm powstawania zaburzenia wyróżnia się:

- **zaburzenie pierwotne** – powstaje na podłożu organicznym i ujawnia się w pierwszych miesiącach życia;

- **zaburzenie wtórne** – powstaje na tle innych zaburzeń, a także ograniczeń w rozwoju wynikających z niewłaściwego leczenia i rehabilitacji oraz niewłaściwej opieki i stymulacji rozwoju.

Klasyfikacja upośledzenia umysłowego według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10)

F70 - Upośledzenie umysłowe lekkie (I.I. = 50 – 69)

F71 - Upośledzenie umysłowe umiarkowane (I.I. = 35 – 49)

F72 - Upośledzenie umysłowe znaczne (I.I. = 20 – 34)

F73 - Upośledzenie umysłowe głębokie (I.I. = 0 – 19)

F78 - Inne upośledzenie umysłowe

F79 - Upośledzenie umysłowe, nieokreślone

Czwartego znaku można użyć, by określić stopień zmian w zachowaniu towarzyszącym upośledzeniu.

F7x.0 Brak albo minimalny stopień zmian zachowania

F7x.1 Znaczące zmiany w zachowaniu wymagające opieki lub leczenia

F7x.2 Inne zmiany w zachowaniu

F7x.3 Bez wymieniania zmian w zachowaniu

Klasyfikacja upośledzenia umysłowego zaproponowana przez Wechslera

Upośledzenie umysłowe lekkie (I.I. = 69 – 55)

Upośledzenie umysłowe umiarkowane (I.I. = 54 – 40)

Upośledzenie umysłowe znaczne (I.I. = 39 - 25)

Upośledzenie umysłowe głębokie (I.I. = 24 – 0)

Obecnie w Polsce obowiązuje wprowadzona 1 stycznia 1968 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) czterostopniowa klasyfikacja upośledzenia umysłowego. Wprowadzając nowe określenia odnoszące się do zróżnicowanego stopnia upośledzenia (głębokie,

znaczne, umiarkowane, lekkie), wyeliminowano dawne określenia, zawierające negatywną konotację (idiotyzm, imbecylizm, debilizm)

Diagnoza

Odpowiednio zorganizowany proces diagnozy upośledzenia umysłowego powinien opierać się na całokształcie badań psychologiczno-pedagogiczno-lekarskich, wybiegających znacznie poza podstawowe ilościowe dane testowe (analiza struktury zaburzeń w obszarze procesów poznawczych, adaptacyjnych, emocjonalno-motywacyjnych, tempa uczenia się, trudności szkolnych, ocena przyczyn i specyfiki zaburzeń w kontekście badań somatycznych, biochemicznych, cytogenetycznych). Równocześnie , można wyróżnić trzy podstawowe zadania związane z procesem diagnozy:
1.trafne, formalne rozpoznanie upośledzenia umysłowego
2. ocena dynamiki rozwoju osoby z diagnozą upośledzenia umysłowego lub osoby obserwowanej w kierunku upośledzenia
3.odpowiednia organizacja procesu rehabilitacji na podstawie opracowanych wyników badań.
Organizując proces postępowania diagnostycznego, zaleca się prezentowanie elastycznych postaw dotyczących wyboru metod i prób do badania rozwoju umysłowego, ze względu na ograniczenia w wykonywaniu niektórych metod wynikające z głębszych poziomów upośledzenia, zaburzeń mowy, zaburzeń funkcji kończyn górnych, uniemożliwiających wykonywanie czynności manipulacyjnych. Istotna jest również wnikliwa ocena aktualnych wyników badań na tle stanu zdrowia dziecka oraz środowiska w którym dziecko przebywa (zły stan zdrowia dziecka, brak odpowiedniej stymulacji ze strony środowiska może być przyczyną opóźnienia w rozwoju błędnie utożsamianego z upośledzeniem umysłowym. **Do psychologicznych metod diagnozy upośledzenia umysłowego zalicza się:**
- **Obserwację**-metoda bardzo ważna w diagnozie małych dzieci, osób głęboko upośledzonych, nie podejmujących współpracy w sytuacji badania metodami standardowymi
- **Wywiad**- metoda umożliwiająca m.in. ocenę dynamiki rozwoju, czynników ryzyka, poznanie rodzaju schorzeń, przebiegu leczenia
- **Skale Rozwojowe** m.in. Skala Brunet-Lezine, Monachijska Diagnostyka Rozwoju Funkcjonalnego, Skala PEP-R- metody służące do oceny rozwoju psychoruchowego małych dzieci (od urodzenia do 2-3 r.ż. oraz dzieci starszych z większymi opóźnieniami w rozwoju). Za pomocą skal wyznacza się ilościowy wskaźnik rozwoju (globalny lub cząstkowy informujący o poziomie rozwoju w określonych sferach).
- **Testy do badania inteligencji** m.in. Skale Wechslera (WISC-R, WAJS-R), Skala IDS, Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia, Skala Leitera przeznaczone do badania dzieci i dorosłych, ukierunkowane na uzyskanie informacji o poziomie rozwoju inteligencji oraz rozwoju poszczególnych zdolności intelektualnych, umożliwiające ocenę zdolności niewerbalnych, co jest szczególnie przydatne w diagnozie dzieci niemówiących, głuchych.
- **Skale do oceny dojrzałości społecznej w odniesieniu do przystosowania społecznego, kompetencji społecznych m.in.** Skala Dojrzałości E. Dolla, Inwentarz Rozwoju H.G. Gunzburga- przeznaczone do oceny funkcji rozwojowych w wielu obszarach społecznego funkcjonowania np. komunikowanie się, samoobsługa, uspołecznienie, zaradność, umiejętność radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych.

Objawy upośledzenia umysłowego

Objawy podstawowe

Podstawowym objawem upośledzenia umysłowego jest słabo lub wcale nie wykształcone myślenie abstrakcyjne, przebiegające na podstawie systemu pojęć charakteryzujących różne aspekty rzeczywistości. Słabe osiągnięcia w rozwoju myślenia powodują trudności w rozumieniu

istniejących relacji nadrzędności i podrzędności pomiędzy pojęciami, które są nazwami różnych przedmiotów. Przyswajając wiedzę społeczno – przyrodniczą nie potrafią uporządkować jej organizując w logicznie powiązany system.
W procesie spostrzegania osób upośledzonych umysłowo występują:

- trudności z analizą i uogólnianiem spostrzeganych faktów,
- zależność sądów od pola percepcyjnego – konkretyzm spostrzegania,
- trudności w uchwyceniu związków przyczynowo – skutkowych zachodzących w materiale percepcyjnym.

Deficyty w strukturze pamięci powodują:

- wolne tempo zapamiętywania,
- trudności lub brak możliwości zapamiętywania logicznego,
- trudności w ustalaniu i zapamiętywaniu związków między fragmentami tekstu.

Zaburzenia w komunikacji werbalnej są spowodowane:

- opóźnionym rozwojem mowy,
- małym zasobem słownictwa nabytym w toku rozwoju,
- posługiwanie się schematycznymi, uproszczonymi i agramatycznymi komunikatami werbalnymi,
- trudnościami w rozumieniu wartości znaczeniowej słów – pojęć.

Zaburzenia w rozwoju emocjonalnym są spowodowane:

- zależnością emocji od aktualnej sytuacji i wydarzeń życiowych (brak myślenia o przeszłości i przyszłości),
- małym zróżnicowaniem przeżyć emocjonalnych,
- często nieadekwatnymi do sytuacji przeżyciami emocjonalnymi,
- ograniczeniem lub brakiem emocji złożonych wyzwalanych przez poznawczą działalność eksploracyjną.

W procesie uczenia się można zauważyć:

- wolne tempo uczenia się,
- mała wrażliwość na upływający czas przeznaczony na wykonanie zadania,
- niedostępność treści abstrakcyjnych,
- dominacja pamięciowej formy uczenia się,
- zmniejszony udział czynnika werbalnego,
- mniejsza trwałość nabytych umiejętności i wiadomości,
- trudniejsze wygaszanie utrwalonych reakcji nieakceptowalnych społecznie,
- trudności w dostosowaniu reakcji do zmieniających się bodźców,
- zmniejszone wykorzystywanie poprzednich doświadczeń w bieżącym procesie uczenia się,
- chaos, brak planu w nabywaniu złożonych form zachowania się,
- niedostępność niektórych form uczenia się np. poprzez rozwiązywanie problemów,
- trudności w aktywizowaniu uwagi dowolnej.

Objawy towarzyszące

W obrazie klinicznym upośledzenia umysłowego mogą występować objawy towarzyszące, które nie są charakterystyczne tylko dla osób z tej populacji (czyli mogą występować u osób z upośledzeniem umysłowym jak i osób bez cech upośledzenia). Strukturę możliwych dodatkowych objawów współwystępujących mogą tworzyć patologiczne cechy rozwoju fizycznego (w budowie

ciała, motoryce, funkcjonowaniu układu nerwowego) oraz rozwoju społeczno – emocjonalnym. Są to:

- wzmożona pobudliwość emocjonalna, drażliwość, wybuchy afektywne,
- wahania nastroju (nastrój nadmiernie obniżony lub podwyższony),
- rozhamowanie psychoruchowe – stany nadmiernego pobudzenia, zachowania przymusowe o charakterze natręctw,
- stereotypowe, powtarzające się zachowania,
- aktywność patologiczna popędów: samouszkodzenia, działania niszczycielskie, masturbacja w dowolnym miejscu, jedzenie substancji nie będących pokarmem,
- zaburzania nastroju, lęki o charakterze napadowym,
- wady narządu wzroku i słuchu,
- dysplastyczna budowa ciała,
- wady rozwoju kończyn: brak kończyn, nieprawidłowy rozwój kończyn,
- zaburzenia endokrynologiczne,
- wady rozwojowe układu kostnego np. makrocefalia i mikrocefalia,
- wady rozwojowe układu sercowo – naczyniowego,
- wady rozwojowe narządów płciowych np. spodziectwo, zrośnięcie pochwy, hermafrodytyzm (obojnactwo),
- wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, zaburzenia funkcji ośrodków wegetatywnych międzymózgowia z takimi objawami jak: wielomocz, zaburzenia łaknienia.

Upośledzenie umysłowe u dzieci – niepokojące objawy mogące świadczyć o opóźnieniu w nabywaniu umiejętności

Wiek niemowlęcy i poniemowlęcy: obecność wad rozwojowych, brak lub niewielkie zainteresowanie otoczeniem, brak zróżnicowanej reakcji na matkę i osoby obce, opóźniony rozwój czynności siadania, chodzenia oraz komunikacji werbalnej.

Wiek przedszkolny: mała aktywność lub nadmierna ruchliwość, trudności w koncentracji uwagi, brak zdolności przechowywania i wykorzystywania nabytych doświadczeń, zaburzony i opóźniony rozwój mowy, brak funkcji znaczeniowej mowy, trudności w rozumieniu związku między nazwą a przedmiotem, nieadekwatne posługiwanie się zabawkami, trudności w rozumieniu obowiązujących reguł zabawy, jednostronność i monotonność zabaw, brak lub mała ciekawość poznawcza (dziecko nie zadaje pytań: po co?, dlaczego?).

Wiek szkolny: trudności i niepowodzenia dydaktyczne, mały zasób wiadomości ogólnych i programowych, trudności w opanowaniu umiejętności czytania, pisania i liczenia, trudności w rozumieniu reguł gramatycznych i działań matematycznych, słaby rozwój myślenia pojęciowego, trudności w rozumieniu i zapamiętywaniu abstrakcyjnego systemu wiedzy zorganizowanej w ramach nauczania przedmiotowego.

Deficyty w rozwoju poznawczym, emocjonalno – społecznym oraz motorycznym u osób z różnym stopniem upośledzenia

	Upośledzenie lekkie	*Upośledzenie umiarkowane*	*Upośledzenie znaczne*	*Upośledzenie głębokie*
Procesy orientacyjne: spostrzeganie	Sprawność spostrzegania zbliżona do obserwowanej u osób w normie; postrzeganie mało precyzyjne, trudności z wyróżnianiem istotnych szczegółów.	Zmniejszona sprawność spostrzegania; osoba spostrzega cechy konkretne, nie odróżnia cech ważnych.	Znacznie zmniejszona sprawność i szybkość spostrzegania; spostrzeżenia niedokładne; trudności rozpoznawania przedmiotów, wyodrębniania elementów z całości.	Głęboko zaburzona sprawność spostrzegania; w niektórych przypadkach nie udaje się wywołać koncentracji wzroku na przedmiocie; reakcje dotyczą głównie bodźców sygnalizujących pokarm.
Uwaga	Uwaga dowolna dobrze skoncentrowana na materiale konkretnym; krótko i słabo koncentruje się na treściach abstrakcyjnych, trudnych do zrozumienia, ograniczony zakres uwagi.	Trudności z koncentrowaniem uwagi dowolnej; dobrze koncentruje uwagę wykonując czynności proste, mechaniczne i na interesujących przedmiotach; dominuje uwaga mimowolna.	Znaczne trudności w mobilizowaniu uwagi; osoba koncentruje się na przedmiotach służących zaspokajaniu potrzeb, wyróżniających się, np. zdecydowaną barwą; uwaga jedynie mimowolna, brak uwagi dowolnej.	W niektórych przypadkach brak objawów koncentracji uwagi mimowolnej.
Pamięć	Dobra pamięć mechaniczna, zdarzają się przypadki wybitnie dobrej pamięci „fotograficznej”; Słaba pamięć logiczna i dowolna; uczenie się bez zrozumienia; wolne tempo uczenia; osoba zapamiętuje piosenki, wiersze.	Dobra pamięć mechaniczna, zdarzają się przypadki wybitnie dobrej pamięci „fotograficznej”; ograniczony zakres pamięci; bardzo wolne tempo uczenia się; osoba potrafi zapamiętać proste piosenki i wierszyki.	Zapamiętywanie znacznie utrudnione; zakres pamięci znikomy, mała trwałość pamięci; osoba potrafi zapamiętać powtarzające się bodźce i zdarzenia.	Zapamiętywanie i uczenie się zniesione lub widoczne tylko w opanowaniu prostych reakcji ruchowych lub reakcjach odszukiwania schowanego przedmiotu.
Mowa	Opóźniony rozwój mowy, często posługiwanie się pojedynczymi słowami lub mało złożonymi zdaniami; trudności z wypowiadaniem myśli, formułowaniem wypowiedzi, agramatyzmy; częste wady wymowy; zmniejszony zasób słownictwa.	Znacznie obniżony rozwój mowy, w wypowiedziach pojedyncze słowa; osoba używa prostych zdań, jest w stanie komunikować się w sposób prosty; mogą pojawiać się liczne agramatyzmy, wymowa wadliwa, mniej wyraźna, ograniczony zasób słownictwa, brak pojęć abstrakcyjnych.	Znaczne opóźnienie rozwoju mowy; osoba często nie buduje zdań, wypowiedzi monosylabami lub jednym słowem; czasem używa zdań prostych, wyuczonych; nie odmienia przez przypadki; znacznie ograniczona komunikacja; wymowa często	Mowa niewykształcona, osoba może opanować kilka słów (najczęściej zdeformowanych), rozumie kilka prostych poleceń; głęboko upośledzona komunikacja lub jej brak.

			bełkotliwa; zasób słownictwa minimalny.	
Procesy intelektualne: myślenie	Dominuje myślenie konkretnoobrazowe nad abstrakcyjnym myśleniem pojęciowo – słownym; upośledzone abstrahowanie, uogólnianie, porównywanie oraz rozumowanie przyczynowo – skutkowe, wnioskowanie i tworzenie pojęć; mała samodzielność myślenia, zwolnione tempo, mała płynność i plastyczność; słaby krytycyzm, ograniczona zdolność do samokontroli; osoba dobrze definiuje pojęcia konkretne, nie potrafi podać definicji pojęć abstrakcyjnych.	Słabo rozwinięte myślenie pojęciowo – słowne; myślenie ma charakter konkretnoobrazowy; upośledzone rozumowanie przyczynowo – skutkowe; bardzo wolne tempo myślenia; brak samodzielności krytycyzmu, zdolności do samokontroli; pojęcia definiuj przez opis przedmiotu i materiału, z którego jest zrobiony lub przez użytek.	Dominuje myślenie sensoryczno – motoryczne, znacznie ograniczone myślenie pojęciowo – słowne.	Nie wykształcone.
Maksymalny poziom rozwoju umysłowego	W wieku 15 – 21 lat osiąga wiek inteligencji 8 – 12 lat	W wieku 15 lat osiąga wiek inteligencji do 7 – 8 lat	W wieku 8 – 10 lat osiąga wiek inteligencji do 3 lat; Osoby dorosłe nie przekraczają poziomu intelektualnego 5 – 6 lat	Osoby dorosłe nie przekraczają poziomu intelektualnego 3 lat
Procesy wykonawcze: motoryka	Najczęściej opóźniony rozwój ruchowy: siadanie w końcu 1 roku życia, chodzenie pod koniec 2 roku życia (u małych dzieci do 5lat – czasami minimalnie opóźniony rozwój motoryczny i sprawność motoryczna w stosunku do dzieci w normie); ograniczona precyzja ruchów, ruchy mogą być słabo skoordynowane; może opanować czynności zawodowe i bardzo dobrze je wykonywać.	Poważnie opóźniony rozwój ruchowy: siadanie w 2 roku życia, chodzenie w 3 roku życia; dość dobrze radzi sobie z samoobsługą; wyuczane w wykonywaniu prostych czynności zawodowych, pod nadzorem obsługuje proste urządzenia i maszyny; ruchy mało precyzyjne, niezgrabne; wolne tempo czynności ruchowych.	Znacznie opóźniony rozwój ruchowy: siadanie i chodzenie w wieku przedszkolnym; osoba może przyswoić sobie ruchy niezbędne do wykonywania czynności związanych z samoobsługą, ale wymaga to dłuższego ćwiczenia; znacznie upośledzona motoryka rąk.	Zdolna do opanowania chodzenia; ruchy automatyczne, stereotypowe, które służą wykonywaniu prostych czynności.
Procesy emocjonalno – motywacyjne oraz dojrzałość społeczna	Osłabiona kontrola emocji, popędów, dążeń; utrudnione przystosowanie społeczne; niektóre	Okazuje uczucia i potrzeby; słabo kontroluje emocje, popędy i dążenia; przywiązuje się do osób	Osoba zdolna do okazywania uczuć, przywiązania. Nie kontroluje emocji i popędów; mało	Zdolna do wyrażania prostych emocji; najczęściej brak objawów życia uczuciowego i

	osoby osiągają dobry stopień uspołecznienia; dobrze współpracują z innymi.	bliskich i wychowawców; samodzielna w wykonywaniu prostych czynności samoobsługowych po wyuczeniu.	samodzielne, wymaga stałej pomocy i kontroli; osoba nauczona dba o higienę osobistą.	przejawów samodzielności. Często nawet w wyniku długotrwałego ćwiczenia nie można nauczyć sygnalizowania potrzeb fizjologicznych; Osoba potrzebuje całkowitej opieki i nadzoru.
Maksymalny poziom dojrzałości społecznej	17 lat	10 lat	7 – 8 lat	4 lata

FORMY KSZTAŁCENIA UCZNIÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Zgodnie z **Rozporządzeniem MEN z dnia 24 lipca 2015r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym,** kształcenie, wychowanie i opiekę **dla uczniów niepełnosprawnych organizuje się w:**

- w przedszkolach ogólnodostępnych,
- przedszkolach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi,
- przedszkolach integracyjnych,
- przedszkolach ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi
- przedszkolach specjalnych,
- innych formach wychowania przedszkolnego
- szkołach ogólnodostępnych,
- szkołach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi,
- szkołach integracyjnych,
- szkołach ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi,
- szkołach specjalnych, w tym szkołach specjalnych przysposabiających do pracy,
- młodzieżowych ośrodkach wychowawczych,
- młodzieżowych ośrodkach socjoterapii,
- specjalnych ośrodkach szkolno – wychowawczych,
- specjalnych ośrodkach wychowawczych,
- ośrodkach umożliwiających dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, a także dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym z niepełno sprawnościami sprzężonymi realizację odpowiednio obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki.

<u>Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego</u>

Aby dziecko zostało uznane za niepełnosprawne w systemie edukacji, musi posiadać orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane przez poradnię psychologiczno- pedagogiczną.

Przepisy prawne zawierają ścisły wykaz niepełnosprawności, które uprawniają do uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Dokument taki wydaje się dzieciom:

- niesłyszącym,
- słabosłyszącym,
- niewidomym,

▪ słabowidzącym,
▪ z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją,
▪ z nipełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim,
▪ z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym,
▪ z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera,
▪ z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Orzeczenia wydają rejonowe poradnie psychologiczno- pedagogiczne, właściwe ze względu na adres przedszkola/ szkoły, do której uczęszcza dziecko lub miejsce zamieszkania (jeżeli dziecko nie chodzi do przedszkola).

Rewalidacja osób upośledzonych umysłowo

Rewalidacja osób upośledzonych umysłowo to długotrwała działalność terapeutyczno – pedagogiczna, której celem jest:

- zapobieganie pogłębianiu się upośledzenia lub zapobieganie występowaniu dodatkowych objawów zaburzeń,
- leczenie i usprawnianie zaburzonych funkcji (leczenie zaburzeń rozwojowych w przebiegu upośledzenia),
- wzmacnianie i usprawnianie funkcji osłabionych lub przywróconych przez zabiegi medyczno – rehabilitacyjne,
- korekta i kompensowanie deficytów w rozwoju przez mechanizmy wewnętrzne i zewnętrzne (okulary, ingerencja chirurgiczna, sprzęt ortopedyczny),
- stymulowanie i dynamizowanie ogólnego rozwoju poprzez zapewnienie właściwej opieki i wychowania, oddziaływania mobilizujące możliwości psychofizyczne organizmu (metoda M. i Ch. Knillów, metoda G. Domana),
- zapewnienie nauczania i wychowania specjalnego, dostosowanego do psychofizycznych możliwości osoby upośledzonej (stopnia upośledzenia).

W procesie rewalidacji ważne są następujące czynniki:

- właściwe postawy opiekunów,
- stosowanie od pierwszych dni życia form opieki i wychowania najkorzystniejszych dla rozwoju,
- sprzyjające rozwojowi metody edukacji przedszkolnej i szkolnej (zajęcia rewalidacyjno – wychowawcze dla osób upośledzonych w stopniu głębokim, kształcenie specjalne dla osób upośledzonych w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym, w przypadku chorób i zaburzeń towarzyszących korzystanie z nauczania indywidualnego),
- dostęp do różnych miejsc i placówek świadczących specjalistyczne formy pomocy w rozwoju (dzienne ośrodki adaptacyjne, domy pomocy społecznej, przedszkola i szkoły specjalne, specjalne ośrodki szkolno – wychowawcze, klasy i oddziały integracyjne, hostele zapewniające kontakt z osobami zdrowymi, stowarzyszenia osób niepełnosprawnych i ich rodzin),
- odpowiednie świadczenia społeczne dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin (zasiłki pielęgnacyjne, renty socjalne, mieszkania chronione, praca w warunkach pracy chronionej, stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych w instytucjach zatrudniających osoby zdrowe).

Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych

Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań (organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych) zmierzających do

osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy.

Otwarty rynek pracy jest przeznaczony dla osób, które mają upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia i posiadają wymagane umiejętności, żeby podjąć zatrudnienie na wybranym stanowisku pracy. Są samodzielne w zakresie poruszania się, samoobsługi, posiadają podstawowe umiejętności umożliwiające im prowadzenie gospodarstwa domowego, potrafią komunikować się z otoczeniem. Osoby te wymagają pewnego wsparcia w podejmowanym zatrudnieniu. Osoby te często podejmują zatrudnienie w miejscach, gdzie wymagane jest wykonywanie wyuczonych czynności zawodowych (najczęściej praca fizyczna: w gastronomii, prace porządkowe i sprzątające, ogrodnictwo i uprawa roślin).

Osoby, którym naruszona sprawność organizmu uniemożliwia spełnianie wymagań na otwartym rynku pracy, mogą podjąć zatrudnienie w tzw. warunkach pracy chronionej w:
- zakładach aktywności zawodowej,
- zakładach pracy chronionej.

Zakład pracy chronionej to miejsce zatrudniające osoby upośledzone umysłowe co najmniej umiarkowanego stopnia (osoby z upośledzeniem umysłowym lekkiego stopnia mogą poszukiwać pracy na tzw. otwartym rynku pracy).
Zakład pracy chronionej zatrudnia nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, spełniający następujące warunki:
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi:
- co najmniej 40 %, a w tym co najmniej 10 % ogółu zatrudnionych stanowią osoby zaliczane do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, albo
- co najmniej 30 % niewidomych lub psychicznie chorych, z autyzmem albo upośledzonych umysłowo zaliczanych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.

Obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy chronionej:
- odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,
- uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno – sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich,
- jest zapewniona doraźna i specjalistyczna opieka medyczna, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne.

Zakład aktywności zawodowej to miejsce, gdzie co najmniej 70 % ogółu zatrudnienia stanowią osoby niepełnosprawne:
- zaliczane do znacznego stopnia niepełnosprawności,
- zaliczane do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe (co najmniej upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia) lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku do których rada programowa warsztatu, zajęła stanowisko uzasadniające podjecie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej (nie więcej niż 35 % ogółu zatrudnionych).

Obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład aktywności zawodowej:
- odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy,

- uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno – sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich,
- jest zapewniona doraźna i specjalistyczna opieka medyczna, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne,
- przeznacza uzyskane dochody na zakładowy fundusz aktywności,
- uzyska pozytywną opinię starosty o potrzebie utworzenia zakładu aktywności zawodowej.

Specyfika tych zakładów polega na tym, że są one miejscem aktywności zawodowej osób wymagających równocześnie kontynuowania rehabilitacji leczniczej i społecznej w celu przygotowania do życia w otwartym środowisku ora pomocy w realizacji pełnego, niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia na miarę ich indywidualnych możliwości i potrzeb.

Warsztat terapii zajęciowej

Jest to wyodrębniona organizacyjnie i finansowo placówka, stwarzająca osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskiwania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia.
Realizacja przez warsztat tego celu odbywa się przy zastosowaniu technik terapii zajęciowej, zmierzającej do rozwijania:
- umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej,
- psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy.

W warsztacie działa rada programowa, która dokonuje okresowej, kompleksowej oceny realizacji indywidualnego programu rehabilitacji uczestnika warsztatu i zajmuje stanowisko w kwestii osiągniętych przez niego postępów w rehabilitacji.

Efektem terapii zajęciowej i społecznego funkcjonowania w warsztacie powinna być poprawa sprawności psychomotorycznej, rozwój społeczny, wyrobienie nawyków wytrwałości w pracy, a także opanowanie różnorodnych technik związanych z pracą. Stopniowa, planowa zmiana aktywności uczestników od terapii ku pracy, powinna mieć na celu zwiększenie szans uczestników na podjęcie zatrudnienia w warunkach pracy chronionej, a także na otwartym rynku pracy.
Wskazanie do uczestnictwa w terapii zajęciowej powinno zostać zawarte w orzeczeniu kwalifikującym orzekaną osobę do znacznego stopnia niepełnosprawności bez względu na jego przyczynę albo do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wyłącznie z powodu upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej i dotyczy osoby niezdolnej do podjęcia pracy zarobkowej, ale w stosunku do której istnieją pomyślne rokowania, iż w wyniku oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych opanuje ona podstawowy repertuar umiejętności i sprawności niezbędnych do włączenia w proces pracy.

Bibliografia:

Siwek S. (2006). „Upośledzenie umysłowe” w: „Neuropsychologia kliniczna dziecka”, red.: Borkowska A. R., Domańska Ł., Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
Meyer R. (2003). „Psychopatologia”. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
Kendall P.C. (2004). „Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji”. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
Tazbir – Kowalczyk M. (2009). Zawodowe kryteria niepełnosprawności a rola i zadania doradcy zawodowego w procesie orzeczniczym. ZWP MPiPS, Warszawa.
red. K. Kirejczyka (1981) Upośledzenie umysłowe – pedagogika, Warszawa.
Kostrzewski J. 1981, Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym (w:) Upośledzenie umysłowe – pedagogika, Warszawa.
M. Kościelska (1995) Oblicza upośledzenia, Warszawa
Wyczesny J. (1991) Pedagogika upośledzonych umysłowo, Kraków

INSTYTUCJE POMOCOWE

❖ System opieki zdrowotnej

Jest to zespół osób i instytucji mający za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną obywatelom, w zakresie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Zgodnie z ustawą z 2015 r. o działalności leczniczej, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez publiczne (SPZOZ) i niepubliczne (NZOZ) podmioty lecznicze, jak również indywidualne i grupowe praktyki lekarskie. Działalność lecznicza obejmuje świadczenia stacjonarne (w szpitalach, innych instytucjach, takich jak instytucja opieki rehabilitacyjnej, długoterminowej i paliatywnej) oraz świadczenia ambulatoryjne.
Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej przedstawiają się następująco:
- podstawowa opieka zdrowotna
- ambulatoryjna opieka zdrowotna
- leczenie szpitalne
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
- rehabilitacja lecznicza
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
- leczenie stomatologiczne
- leczenie uzdrowiskowe
-zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze
- ratownictwo medyczne
- opieka paliatywna i hospicyjna
- świadczenia wysokospecjalistyczne
- programy zdrowotne
- leki

❖ 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.

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

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

❖ Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Powiatowy Zespół wydaje odpowiednio orzeczenia o:
1) niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16 roku życia;
2) stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16 rok życia;
Ponadto Zespół wydaje legitymacje i karty parkingowe

Orzeczenie o niepełnosprawności zespół orzekający wydaje osobie, która nie ukończyła 16 roku życia, na wniosek wniesiony przez przedstawiciela ustawowego dziecka. Orzeczenie o niepełnosprawności zespół orzekający wydaje osobie, która ukończyła 16 rok życia, na jej wniosek wniesiony przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego.

❖ Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych PFRON

Państwowy Fundusz Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych



PFRON

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa
tel. 022 50 55 500

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest funduszem celowym działającym na mocy Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którego środki przeznaczane są na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych oraz ich zatrudnianie.

Cele i zadania PFRON

Podstawową misją Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest wspieranie rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz aktywizacji osób niepełnosprawnych.

Środki PFRON przeznaczane są przede wszystkim na:

- rekompensatę pracodawcom chronionego i otwartego rynku pracy podwyższonych kosztów związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych (dofinansowanie do wynagrodzeń),
- refundację pracodawcom kosztów przystosowania, adaptacji i wyposażenia miejsc pracy osób niepełnoprawnych,
- dofinansowanie tworzenia i funkcjonowania warsztatów terapii zajęciowej oraz zakładów aktywności zawodowej,
- zlecanie organizacjom pozarządowym i fundacjom realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością,
- współfinansowanie projektów systemowych realizowanych ze środków pomocowych Unii Europejskiej,
- wspieranie indywidualnych osób niepełnosprawnych poprzez: udzielanie dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej,

- refundację składek na ubezpieczenia społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą, rolników niepełnosprawnych oraz rolników zobowiązanych do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika,
- dofinansowanie: likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika oraz uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych,
- finansowanie aktywnych instrumentów rynku pracy dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy (szkolenia, staże, itp.),
- programy PFRON.

Część środków finansowych PFRON – wpierających przede wszystkim indywidualne osoby niepełnosprawne - dystrybuowana jest przez jednostki samorządu powiatowego i wojewódzkiego.

❖ Środowiskowy Dom Samopomocy Społecznej

Celem działalności Domu jest wspieranie uczestników i ich rodzin oraz kompensowanie skutków niepełnosprawności w sferze zdrowia psychicznego, a także propagowanie modelu zdrowej rodziny poprzez:

- stwarzanie warunków do nabycia umiejętności wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, doskonalenia umiejętności nabytych oraz realizacja zadań życiowych
- podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia
- zapewnienie miejsca pobytu, jednego gorącego posiłku dziennie, w tym dietetycznego zgodnie ze wskazówkami lekarza
- wsparcie psychologiczne i terapeutyczne- wsparcie w sytuacjach kryzysowych
- opiekę pielęgniarska i rehabilitację fizyczną
- integracje osób z zaburzeniami psychicznymi w społeczności lokalnej poprzez aktywizacje zawodową i społeczną
- stymulowanie osobistego rozwoju poprzez opracowanie indywidualnego planu pomocy
- umożliwieni udziału w terapii zajęciowej, indywidualnej, grupowej, grupach wsparcia, spotkaniach grupowych, wspieranie grup samopomocowych w zakresie zdrowia psychiczne
- umożliwieni udziału w terapii zajęciowej, indywidualnej, grupowej, grupach wsparcia, spotkaniach grupowych, wspieranie grup samopomocowych w zakresie zdrowia psychicznego
- zaspokajanie w miarę możliwości tych potrzeb, które wpływają w dużym stopniu na rozwój psychiczny: bezpieczeństwa, działania higieniczne, odżywiania, ruchu, odpoczynku, kontaktu, godności osobistej, kontaktu emocjonalnego, sensu życia, kulturalne

❖ DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

Głównym celem działalności Domu Pomocy Społecznej jest zapewnienie całodobowej opieki oraz świadczenie usług opiekuńczo – terapeutycznych na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim zamieszkujących.

Dom zapewnia mieszkańcom warunki bezpiecznego i godnego życia z przestrzeganiem prawa do wolności, intymności, godności oraz poczucia bezpieczeństwa. Są to prawa, na które w pracy z osobami chorymi psychicznie zwraca się szczególną uwagę.

Zadania Domu Pomocy Społecznej:

1. W zakresie potrzeb bytowych Dom zapewnia:
   - miejsce zamieszkania,

- wyżywienie w postaci 4 posiłków dziennie,
- dostęp do podstawowych produktów żywnościowych i napojów przez całą dobę,
- odzież i obuwie,
- środki higieniczne.

2. W zakresie potrzeb opiekuńczych Dom zapewnia:
- pomoc w podstawowych czynnościach życiowych,
- pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby,
- pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych,
- pomoc w utrzymaniu higieny osobistej,
- niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych,
- zapewnienie kontaktu z otoczeniem.

3. W zakresie usług wspomagających Dom zapewnia:
- podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców,
- umożliwienie udziału w terapii zajęciowej,
- umożliwienie udziału w imprezach kulturalnych, okazjonalnych i turystycznych,
- umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych,
-zapewnienie warunków do rozwoju samorządności mieszkańców,
- stymulowanie nawiązywania, utrzymanie i rozwijanie kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- finansowanie mieszkańcowi Domu nie posiadającemu własnego dochodu, wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nie przekraczającej 30% zasiłku stałego, o którym mowa w art.37 ustawy o pomocy społecznej,
- przestrzeganie praw mieszkańca oraz dostępność do informacji o tych prawach dla mieszkańców Domu,
- zapewnienie bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
- sprawne wnoszenie i załatwianie skarg i wniosków mieszkańców Domu,
- umożliwienie regularnego kontaktu z Dyrektorem Domu w określonych dniach tygodnia i godzinach, podanych do wiadomości w dostępnym miejscu.

❖ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Zadania

- organizowaniem opieki w rodzinach zastępczych i placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
- prowadzeniem domów pomocy społecznej,
- udzielaniem pomocy pełnoletnim wychowankom rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo-wychowawczych,
- kierowanie od młodzieżowych ośrodków wychowawczych *(postanowienie sadu)*,
- prowadzeniem szkoleń dla kandydatów na rodziców zastępczych,
- udzielaniem specjalistycznego poradnictwa dla rodzin naturalnych i zastępczych,
- podejmowaniem działań zmierzających do ograniczania skutków niepełnosprawności,
- dofinansowywaniem pobytu osób niepełnosprawnych na turnusach rehabilitacyjnych,
- zaopatrywaniem w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- likwidowaniem 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,

- dofinansowywaniem 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 (powodzie, wichury i tym podobne) i nie potrafi poradzić sobie z doświadczanymi emocjami.

Jak funkcjonują ośrodki

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

Zakres pomocy udzielanej przez ośrodki

Ośrodek Interwencji Kryzysowej to miejsce, gdzie pojawiają się osoby z bardzo szerokim

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

❖ Poradnie 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 profilaktyczna,
- 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 dzieciomi ich rodzicom,
- innymi instytucjami świadczącymi pomoc dzieciom, młodzieży oraz rodzicom.

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna zatrudnia psychologów, pedagogów, logopedów, socjologów, doradców zawodowych i rehabilitantów.

Poradnia wydaje opinie w sprawach:

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

❖ Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii

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

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

W MOS przebywa młodzież ze specjalnymi trudnościami wychowawczymi i edukacyjnymi.

Tryb przyjęcia do ośrodka:

Dzieci przyjmowane są do placówki w dwojaki sposób :
- na podstawie orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej i prośbę rodziców lub
- na podstawie postanowienia sądu rodzinnego o umieszczeniu w placówce

Do MOS-u kieruje wychowanków Starostwo Powiatowe na podstawie orzeczeń poradni psychologiczno- pedagogicznych. Młodzież przyjęta na podstawie orzeczeń poradni psychologiczno- pedagogicznych pozostają 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 adopcyjne

Cele i zadania ośrodka

Celem działania Ośrodka jest prowadzenie procedur przysposobienia oraz przygotowanie osób zgłaszających gotowość do przysposobienia dziecka.

Ośrodek w realizacji swoich zadań kieruje się dobrem dziecka i poszanowaniem jego praw.

Ośrodek współpracuje z podmiotami właściwymi w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, sądami i ich organami pomocniczymi, instytucjami oświatowymi, podmiotami leczniczymi, a także kościołami i związkami wyznaniowymi oraz organizacjami społecznymi.

Do zadań ośrodka adopcyjnego należy, w szczególności (według ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej):

1. Kwalifikacja dzieci zgłoszonych do przysposobienia oraz sporządzenie dla dziecka zakwalifikowanego do przysposobienia diagnozy psychologicznej i pedagogicznej oraz gromadzenie aktualnych informacji o stanie zdrowia dziecka;
2. Dobór rodziny przysposabiającej właściwej ze względu na potrzeby dziecka;
3. Współpraca z sądem opiekuńczym, polegająca w szczególności na powiadamianiu o okolicznościach uzasadniających wszczęcie z urzędu postępowania opiekuńczego;
4. Udzielanie pomocy w przygotowaniu wniosków o przysposobienie i zgromadzeniu niezbędnych dokumentów;
5. Gromadzenie informacji o dzieciach, które mogą być przysposobione;
6. Przeprowadzenie badań pedagogicznych i psychologicznych kandydatów do przysposobienia dziecka;
7. Przeprowadzenie analizy sytuacji osobistej, zdrowotnej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej kandydatów do przysposobienia dziecka, zwanej dalej „wywiadem adopcyjnym”;
8. Prowadzenie działalności diagnostyczno-konsultacyjnej dla kandydatów do przysposobienia dziecka;
9. Wspieranie psychologiczno-pedagogiczne kandydatów do przysposobienia dziecka oraz osób, które przysposobiły dziecko;
10. Organizowanie szkoleń dla kandydatów do przysposobienia dziecka;

11. Wydawanie świadectw ukończenia szkolenia dla kandydatów do przysposobienia dziecka, opinii o ich kwalifikacjach osobistych oraz sporządzanie opinii kwalifikacyjnej w sprawach dotyczących umieszczania dzieci w rodzinie przysposabiającej;
12. Zapewnienie pomocy psychologicznej kobietom w ciąży oraz pacjentkom oddziałów ginekologiczno-położniczych, które sygnalizują zamiar pozostawienia dziecka bezpośrednio po urodzeniu;
13. Prowadzenie dokumentacji z zakresu wykonywanych zadań.

❖ Ośrodki Pomocy Społecznej

Pomoc społeczna polega w szczególności na:
1. przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń;
2. pracy socjalnej;
3. prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej;
4. analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej;
5. realizacji zadań wynikających z rozeznanych potrzeb społecznych;
6. rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

W ramach zadań określonych w 4 ust. 1 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 rozeznanych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych.
3. Zadania zlecone z zakresu administracji rządowej realizowane przez gminę, do których należy:
- Przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych;
- Opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ;
- Organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków związanych z klęską żywiołową lub ekologiczną;
- Prowadzenie i rozwój infrastruktury środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- Realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia.
4. Zadania wynikające z innych ustaw.

❖ Organizacje pozarządowe

W potocznym rozumieniu organizacje pozarządowe to podmioty niezależne od administracji publicznej. Ustawa o działalności pożytku i o wolontariacie zawiera definicję organizacji pozarządowej. Zgodnie ze wspomnianą regulacją organizacjami pozarządowymi są, niebędące jednostkami sektora finansów publicznych i niedziałające w celu osiągnięcia zysku, osoby prawne utworzone na podstawie przepisów ustaw, w tym fundacje i stowarzyszenia z wyłączeniem m.in. partii politycznych, związków zawodowych i organizacji pracodawców, samorządów zawodowych, fundacji, których jednym fundatorem jest Skarb Państwa. Organizacje pozarządowe zwykle działają jako stowarzyszenia lub fundacje. Zakres i formy ich działania są bardzo różne. Najczęściej zajmują się kulturą, ekologią, prawami człowieka, nauką i techniką.

ORGANIZACJE POŻYTKU PUBLICZNEGO

- Komitet Ochrony Praw Dziecka
- Fundacja Dzieci Niczyje
- Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zarząd Główny
- Stowarzyszenie Chorych na Stwardnienie Rozsiane Ich Opiekunów i Przyjaciół w Zarząd Główny w Katowicach
- Fundacja Hipoterapia - Na Rzecz Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych
- Regionalne Stowarzyszenie Instruktorów i Ośrodków Szkolenia Kierowców w Koszalinie
- Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Potrzebujących SURSUM CORDA
- Fundacja "Promyk Nadziei"
- Mazowieckie Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci i Młodzieży z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym
- Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym< A>
- Fundacja Dzieciom Niepełnosprawnym "Podaruj Uśmiech"
- Stowarzyszenie RAZEM przy Dziennym Ośrodku Adaptacyjnym dla Osób Niepełnosprawnych w Pabianicach
- Stowarzyszenie Wspierania Niesłyszących - SWN
- Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży Specjalnej Troski "JEDEN ŚWIAT"
- Stowarzyszenie "Pomóż Dzieciom"
- Polskie Stowarzyszenie Pedagogów i Animatorów KLANZA

- Rzeszowskie Towarzystwo Pomocy im. Brata Alberta
- Katowickie Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Starszych, Niepełnosprawnych I Oczekujących Wsparcia OPOKA
- Katolickie Stowarzyszenie Niepełnosprawnych Archidiecezji Warszawskiej
- Lubelski Związek Inwalidów Narządu Ruchu
- Fundacja Świat Dzieciom
- Polski Czerwony Krzyż
- Stowarzyszenie Jeździeckie Osób Niepełnosprawnych HIPPOLAND
- "Niezwykłe Dzieci" Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z ADHD i innymi Dysfunkcjami w Katowicach

Pozytek.gov.pl - Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej - Departament Pożytku Publicznego

INSTYTUCJE POMOCOWE NA TERENIE POWIATÓW

Powiat bialski:

- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Białej Podlaskiej
  21-500 Biała Podlaska
  ul. Brzeska 41, Tel. 83 3432982
  pcprbp@wp.pl
- Punkt interwencji kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Białej Podlaskiej
  ul. Brzeska 41 IIIp, pokój 338
  Tel. 83 3437066/ 83 3432982
  pcprbp@wp.pl
- Punkt Konsultacyjno - Interwencyjny dla Osób z Problemami Alkoholowymi ich Rodzin oraz Osób Uwikłanych w Przemoc Domową
  21-500 Biała Podlaska
  ul. Stacyjna 6, Tel 83 3444732
- Ośrodek Interwencji Kryzysowej Stowarzyszenie z siedzibą w Konstantynowie
  21-543 Konstantynów
  ul. Piłsudskiego 27 tel. 83 3453355
  b_masarz@wp.pl
- Punkt Konsultacyjny dla Osób Uzależnionych
  Urząd Gminy Tuczna, pokój nr 4
  Tel. 83 3771001
- Ośrodek Terapeutyczno-Szkoleniowy
  21-570 Drelów
  Dołha 56, Tel. 833711526
  f.p.o.u.@neostrada.pl
- Punkt Konsultacyjny dla Ofiar Przemocy w Rodzinie
  21-509 Kodeń
  ul. 1 Maja 20
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
  21-500 Biała Podlaska
  ul. Waryńskiego 3, Tel. 83 3416437 / 83 3433726

www.pppbialapodlaska.pl

- Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
  21-500 Biała Podlaska
  ul. Warszawska 12c, Tel. 83 3433123
- Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białej Podlaskiej Filia w Wisznicach
  21-580 Wisznice
  ul. Warszawska 44, Tel. 83 3782237
- Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białej Podlaskiej Filia w Terespolu
  21-550 Terespol, ul.Wojska Polskiego 88, Tel. 833752344
- Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Białej Podlaskiej Filia w Międzyrzecu Podlaskim 21-560 Międzyrzec Podlaski, ul. Czysta 11, Tel.691419531
- Stowarzyszenie "Wspólny Świat" Ośrodek diagnostyki i terapii dzieci autystycznych w Bialej Podlaskiej, 21-500 Biała Podlaska, ul Pokoju 22

Powiat lubartowski:

- Punkt Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie
  Tel. 81 854 3623
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Lubartowie
  ul. 3-go Maja 16, 21-100 Lubartów
  tel/fax 81 8552268, 509720129, e-mail: poradnialubartow@op.pl
  www.poradnialubartow.pl
- Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom „Niech się serce obudzi" im. Jana Pawła II
  www.serce.sp4lubartow.pl
  Lubartów, ul. Kosmonautów 11
- Stowarzyszenie „ALWERNIA" Franciszkańskie Dzieło Promocji Młodzieży i Rodziny
  www.alwernia.org.pl
  Lubartów, ul. Lubelska 32
- Stowarzyszenie Inicjatyw Lokalnych
  www.sil.lubartow.pl
  Lubartów, ul. Szaniawskiego 62
- Centrum Pomocy "Otoczmy Troską Życie" im. Karola Wojtyły
  www.centrumpomocylubartow.pl/
  Lisów 2d Lubartów
- Fundacja "Bagatela"
  www.bagatela.org.pl
  ul. Cicha 27 Lubartów
- Stowarzyszenie Przyjaciół Niepełnosprawnych „LIBRA"
  Lubartów, ul. Lubelska 119
- Stowarzyszenie „SĄSIEDZI"

www.sasiedzi.org.pl
Lubartów, ul. Hutnicza 40

- Stowarzyszenie Klub Abstynenta „NADZIEJA”
  Lubartów, ul. 3-go Maja 24A

- Stowarzyszenie ,,ODNOWA” przy Kościele o. Kapucynów w Lubartowie
  Lubartów, ul. Lubelska 32

Powiat włodawski:

- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włodawie
  22-200 Włodawa, Al. J.Piłsudskiego 66
  tel. 082 57 25 710, 082 57 25 485
  tel/fax. 082 57 25 538
  biuro@pcpr.wlodawa.pl

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
  22-200 Włodawa**,** ul. Partyzantów 17
  tel./fax (082) 57-21-271 email. pppwlodawa@o2.pl

- Ośrodek Specjalistycznego Poradnictwa Rodzinnego i Interwencji Kryzysowej
  22 – 200 Włodawa , ul. Partyzantów 13,
  tel. 82/ 57 23 608, kom. 600 781 26

- Powiatowy Ośrodek Wsparcia ,,Przystań” we Włodawie
  22 – 200 Włodawa, Al. J. Piłsudskiego 64 A,
  tel. 82/ 57 21 812

- Centrum Profilaktyki i Rozwoju Osobowości we Włodawie
  22 – 200 Włodawa, ul.11 Listopada 6, tel. 82/ 57 21 321 wew.51

- Punkt Konsultacyjny dla Ofiar Przemocy w Rodzinie we Włodawie
  22 – 200 Włodawa , ul.11 Listopada 6, tel.82/ 57 23 945

Powiat rycki:

- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach
  08-500 Ryki, ul. Wyczółkowskiego 10a
  tel. (81) 865 - 47 - 06

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
  08-500 Ryki, ul. Żytnia 5a
  tel./fax 81 8652 640

- Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna
  08-530 Dęblin, ul. Podchorążych 8a
  tel./fax 81 8830581

- Ośrodek Wsparcia w Leopoldowie
  ul. Ks. Drozdowskiego 37, 08-500 Ryki
  tel./fax 81 8650 614

UWAGA:
Tematem przewodnim kampanii z okazji obchodów Światowego Dnia Zdrowia w roku 2017 jest DEPRESJA.
Zgodnie z Regulaminem V Regionalnej Olimpiady Wiedzy o Zdrowiu Psychicznym dodatkowo prosimy o zapoznanie się z materiałami kampanii dostępnymi na stronie Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce http://www.who.un.org.pl/