

Materiały edukacyjne do X Regionalnej Olimpiady Wiedzy o Zdrowiu Psychicznym

Powiat Radzyński 2023

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 twórcą 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 bez stresowe- 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 niemowlęstwa 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 SADOWA**: zajmuje się procesami psychicznymi osób odosobnionych, podczas rozpraw sądowych, stara się wyjaśnić mechanizmy powstawania czynów karalnych.
- **WSZYSTKIE 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.

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

PROSESY POZNAWCZE

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 (sposstrzeżanie) - 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 określoną 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 nierozzerwalnie 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 wyznaczonego przez siłę i wielkość działających bodźców. Ten rodzaj najprościej wyjaśnić na przykładzie małego dziecka, które bawiąc się swoją ulubioną zabawką gdy da mu się inną od razu przerwie czynność wykonywaną i zainteresuje się nowym przedmiotem. Jest to wrodzona reakcja na bodźce nowe i nieznanne, 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 formą 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 jego obcowania z dorosłymi. Jego teoria ze szczególnym uwzględnieniem roli mowy znalazła potwierdzenie w procesie uczenia się. W czasie rozwoju człowieka 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 wzmacnia efektywność działania ludzkiego. U małych dzieci jest ona zwykle nietrwała, dopiero pod wpływem nauki wzrasta możliwość dłuższego skupienia się na zadaniu. Przeciwnością 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 lekcję. 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 swoją 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

dotyczy informacji, których zapamiętanie przebiega bez zrozumienia, jedynie ze względu na fizyczne cechy informacji;

informacje są zapamiętywane dokładnie ale mogą szybko zostać zapomniane;

dotyczy zazwyczaj materiału bezsensownego

pamięć logiczna

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

- wolitionalny charakter zainicjowania procesu: pamięć dowolna lub mimowolna

pamięć dowolna

dotyczy materiału, który świadomie chcemy zapamiętać i do którego zapamiętania dążymy; zapamiętywany materiał podlega świadomej selekcji;

zapamiętywaniu towarzyszą mechanizmy takie jak: koncentracja na materiale, analiza i porządkowanie treści, werbalizowanie, próbne odtwarzanie;

zapamiętywanie świadome jest skuteczniejsze ale wymaga wysiłku;

częstsza u dzieci w wieku szkolnym i osób dorosłych

pamięć mimowolna

dotyczy materiału zapamiętywanego podświadomie;

zapamiętywany materiał nie jest selekcjonowany;

zapamiętywaniu nie towarzyszy żadna ukierunkowana na nie aktywność;

zapamiętywanie odbywa się bez wysiłku i podświadomie, ale materiał nie jest zapamiętany na długo;

częsta u dzieci w wieku przedszkolnym

- trwałość przechowywania zapamiętanej informacji: pamięć bezpośrednia i odroczone

pamięć bezpośrednia

dotyczy materiału, który ma być odtworzony zaraz po zapamiętaniu czyli informacji wykorzystywanych na bieżąco;

materiał jest zapamiętany na krótko, zazwyczaj zostaje zapomniany zaraz po zaprzestaniu powtarzania podtrzymującego, ale zapamiętanie nie wymaga zbyt dużego wysiłku;

ma małą pojemność wyrażaną liczbą Millera: 7+/-2 elementy

pamięć odroczone

dotyczy materiału, który ma zostać zapamiętany trwale czyli wiedzy;

materiał zapamiętany może być odtwarzany nawet przez całe życie, ale proces zapamiętywania angażuje głębokie struktury pamięci i wymaga znacznego wysiłku;

ma nieograniczoną pojemność

- sposób odpamiętywania: pamięć rozpoznawcza i odtwórcza

pamięć rozpoznawcza

dotyczy odtwarzania poprzez rozpoznanie czyli poprzez odpowiadanie na pytanie: czy dany element jest elementem zapamiętanym;
wymaga mniej wysiłku, ponieważ korzysta z zapamiętywania cech fizycznych informacji;

rozpoznawanie jest bardzo skuteczne

pamięć odtwórcza

dotyczy odtwarzania poprzez odpamiętanie czyli poprzez odpowiadanie na pytanie: jaki element został zapamiętany;

wymaga wiele wysiłku, gdyż zapamiętywana informacja zazwyczaj musi być zanalizowana 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 ikonyczną 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) szkielet 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 miejsce (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, Alzheimerera, 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 p

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. Koziński, 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, sądenie, 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. Koziński, 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. Koziński, 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** (algorithms) 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. Koziński, 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.
4. Natomiast heurystyki dzielą się na ogólne (niespecyficzne) i szczegółowe (specyficzne):
 - heurystyki ogólne (np. "Wykorzystuj dotychczasową wiedzę" pozwalają rozwiązać wiele problemów,
 - 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. Koziński, 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. Koziński, s. 118-119]. Przykładem może być przetłumaczenie tekstu na język angielski, opracowanie konspektu lekcji.

MYŚLENIE TWÓRCZE vs myślenie NIETWÓRCZE jako rodzaje myślenia produktywnego.

Efekt myślenia twórczego (creative thinking) jest powstanie obiektywnie nowych idei lub nowych rozwiązań problemu [por. J. Koziński, 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. Koziński, 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. Koziński, 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

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. Cattell** 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,
- sumiennosc (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. sumiennosc jest najlepszym wyznacznikiem jakości wykonywanej pracy zawodowej oraz osiągnięć akademickich, a także wiąże się z satysfakcją życiową),
- są niezmiennie,
- 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 reprezentuje 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 (redukcją 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 systemu 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- + łac. *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 przestępca,
- 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 nieświadomione.

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 opisanego 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 uruchomienia 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 wyzwalamym procesy obronne jest lęk. Są one uruchamiane 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.

Kontynuatką 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 ją 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 też 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 SUPEREGO. Zaspokajanie pragnień popędowych mogłoby spowodować karę i stąd mechanizmy obronne uruchamiane są ze strachu przed karą. Trzecią przyczyną powstawania lęku jest odczuwany przez EGO napór impulsów popędowych. Mechanizmy obronne pojawiają się gdy EGO „opuszczone” przez 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 – zamiana lęku 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 też przybrać postać świadomego przewyciężenia lęku – co przejawia się np. podejmowaniem brawurowych działań,
- odurzenie - 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 mechanizmy obronne, jak wypieranie czy zaprzeczanie, chronią przed realistyczną (zbyt obciążającą) oceną sytuacji trudnej.
4. Odgrywają też 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.

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

OSOBOWOŚĆ = TEMPERAMENT + CHARAKTER

Temperament – uwarunkowania biologiczne, to obecne od dzieciństwa odziedziczone cechy osobowości.

Charakter – uwarunkowania psychospołeczne.

R. Cloninger (1986, 1993) – na osobowość składają się 4 czynniki temperamentu i 3 czynniki charakteru.

Czynniki temperamentu:

1. Poszukiwanie nowości – sprzyja ekscytacji, pozytywnym emocjom w odpowiedzi na nowe bodźce, co prowadzi do intensyfikacji poszukiwań tego rodzaju wzmocnień i aktywnego unikania monotonii.
2. Unikanie skrzywdzenia – tendencja do silnej odpowiedzi na bodźce awersyjne, prowadząca do powstrzymywania się od pewnych zachowań w celu uniknięcia kary, nowości albo frustracji.
3. Wrażliwość na nagrodę – skłonność do odpowiedzi behawioralnej na wzmocnienia pozytywne, sygnały werbalne i akceptację społeczną.
4. Wytrwałość – zdolność do samodzielnego podtrzymywania pewnego rodzaju aktywności.

Czynniki charakteru:

1. Samokierowanie – zdolność do kontrolowania, regulowania i dostosowywania własnego zachowania w celu adaptacji do sytuacji.
2. Skłonność do współpracy – zdolność do identyfikacji i akceptacji zachowań innych osób.
3. Autotranscendencja – poczucie danej osoby, że jest ona częścią wszechświata.

Zawadzki i Strelau (1997) wyróżniają **6 czynników temperamentu**:

1. Żwawość – tendencja do szybkiego reagowania i do łatwej zmiany jednego zachowania w inne.
2. Perseweratywność – tendencja do kontynuowania zachowań po zaprzestaniu działania bodźca, który to zachowanie wywołał.
3. Wrażliwość sensoryczna – zdolność do reagowania na bodźce zmysłowe o małej wartości stymulacyjnej.
4. Reaktywność emocjonalna – tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje.
5. Wytrzymałość – zdolność do adekwatnego reagowania w sytuacjach wymagających długotrwałej lub wysoko stymulującej aktywności.
6. Aktywność – tendencja do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej.

Cloninger (1994) – **konfiguracje cech temperamentu, zwiększające ryzyko powstawania zaburzeń osobowości**:

1. WYSOKIE RYZYKO ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI:

- **wybuchowy** (wysokie natężenie cech - poszukiwanie nowości i unikanie skrzywdzenia, niskie natężenie cechy – wrażliwość na nagrodę)
- **systematyczny** (wysokie natężenie cechy - unikanie skrzywdzenia, niskie natężenie cech – poszukiwanie nowości i wrażliwość na nagrodę)
- **poszukiwacz przygód** (wysokie natężenie cechy - poszukiwanie nowości, niskie natężenie cech – wrażliwość na nagrodę i unikanie skrzywdzenia)

- **wrażliwy** (wysokie natężenie cech - poszukiwanie nowości, unikanie skrzywdzenia i wrażliwość na nagrodę).

2. NISKIE RYZYKO ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI:

- **ostrożny** (wysokie natężenie cech - unikanie skrzywdzenia i wrażliwość na nagrodę, niskie natężenie cechy – poszukiwanie nowości)
- **niezależny** (niskie natężenie cech – wrażliwość na nagrodę, poszukiwanie nowości i unikanie skrzywdzenia)
- **pasjonat** (wysokie natężenie cech - poszukiwanie nowości i wrażliwość na nagrodę, niskie natężenie cechy – unikanie skrzywdzenia)
- **rzetelny** (wysokie natężenie cechy - wrażliwość na nagrodę, niskie natężenie cech – poszukiwanie nowości i unikanie skrzywdzenia).

Definicja zaburzeń osobowości według DSM-IV TR:

Przewlekłe trwający wzorzec patologicznych zachowań i przeżywania manifestujący się w zakresie poznawczej, afektywnej, interpersonalnej, kontroli impulsów; stabilność tych wzorców, czyli sztywność zachowań prowadzi do pogorszenia funkcjonowania. Często prowadzi też do dyskomfortu osoby cierpiącej na dane zaburzenie. Kryterium rozpoznania jest wystąpienie zaburzeń przed osiągnięciem pełnoletniości oraz fakt, że nie są one spowodowane przez żadne współistniejące schorzenie.

GRUPY ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI WEDŁUG DSM IV TR

GRUPA A – „Homo homini lupus est”:

- brak bliskich związków z innymi,
- chłód emocjonalny,
- tendencje do nietypowego postrzegania rzeczywistości.

Zaburzenia osobowości typu A (zaburzenia dziwaczno – ekscentryczne):

- ✓ paranoiczne zaburzenie osobowości
- ✓ schizoidalne zaburzenie osobowości
- ✓ schizotypowe zaburzenie osobowości

GRUPA B – „Carpe diem”:

- duża intensywność emocji,
- niski próg tolerancji frustracji,
- burzliwe związki z innymi.

Zaburzenia osobowości typu B (zaburzenia dramatyczno – niekonsekwentne):

- ✓ antyspołeczne zaburzenie osobowości
- ✓ zaburzenie osobowości z pogranicza – borderline
- ✓ histrioniczne zaburzenie osobowości
- ✓ narcystyczne zaburzenie osobowości

GRUPA C – „Dubito ergo sum”:

- lękliwość,
- unikanie sytuacji dyskomfortowych,
- wycofanie się z relacji przy dużej potrzebie bliskości innych osób.

Zaburzenia osobowości typu C (zaburzenia objawowo – lękowe):

- ✓ zaburzenie osobowości unikowej
- ✓ zaburzenie osobowości zależnej
- ✓ obsesyjno - kompulsyjne zaburzenie osobowości
- ✓ zaburzenie osobowości bliżej nieokreślone.

Krótkie charakterystyki zaburzeń osobowości

	Wzorzec zaburzonego zachowania
Paranoiczne	Nieufność i podejrzliwość wobec innych ludzi, gdyż ich motywy działania interpretowane są jako wrogie.
Schizoidalne	Oderwanie, wycofanie z relacji społecznych oraz ograniczona ekspresja emocjonalna.
Schizotypowe	Dominuje dolegliwe poczucie dyskomfortu w bliskich związkach; występują zaburzenia poznawcze lub percepcji oraz ekscentryczność w zachowaniu.
Antyspołeczne	Lekceważenie i łamanie norm społecznych oraz praw innych ludzi.
Z pogranicza	Niestabilność w związkach interpersonalnych, niestałość obrazu siebie, afektu i znaczna impulsywność.
Histrioniczne	Nadmierna emocjonalność oraz zabieganie o uwagę innych.
Narcystyczne	Pretensjonalność, potrzeba bycia podziwianym i brak empatii.
Unikające	Zahamowanie społeczne, poczucie nieadekwatności i nadwrażliwość na negatywną ocenę.
Zależne	Uległość i nadmierne przywiązanie w relacjach interpersonalnych, wynikające z przesadnej potrzeby czyjejś opieki.
Obsesyjno-kompulsyjne	Zaabsorbowanie uporządkowaniem, perfekcjonizm i potrzeba kontroli.
Zaburzenie osobowości bliżej nieokreślone	Stwierdzone gdy: <ol style="list-style-type: none"> 1. wzorzec zachowań spełnia ogólne kryteria dla zaburzenia osobowości oraz obecne są cechy kilku różnych zaburzeń osobowości (choć w niewystarczającej ilości, by postawić diagnozę konkretnego); 2. wzorzec spełnia ogólne kryteria dla zaburzenia osobowości, ale osoba spełnia kryteria zaburzenia osobowości nieujętego w DSM-5 (np. pasywno-agresywne zaburzenie osobowości).

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)

Nurty psychoterapii

• **Poznawczo-behawioralny**

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

• **Psychodynamiczny**

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

• **Systemowy**

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

• **Humanistyczno – egzystencjalny**

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

Psychoterapię można podzielić na:

Psychoterapia indywidualna, oparta na bezpośrednim kontakcie terapeuty z pacjentem. Dlatego też, uważa się psychoterapię indywidualną za klasyczną, wręcz modelową postać oddziaływań psychoterapeutycznych. W terapii tej, wskazane jest, by miejsce i czas spotkań psychoterapeuty z pacjentem sprzyjały szczerzej 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 pożądaných 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 charakteru 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 - 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 intrapsychoicznych, 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. sociotherapy) 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 (Jagiela za Bardaszko - Łyskowską 2007).

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 występująca 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

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

Przykłady pojawienia się dysonansu i jego redukcji:

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

Motywacja wzbudzona przez dysonans jest tym silniejsza, im:

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

Sposoby redukowania dysonansu:

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

Może to być osiągnięte przez:

1. **Zmianę** jednego z elementów będących ze sobą w kolizji. Palacz, który dowiaduje się, że jest to szkodliwe, może rzucić palenie lub odrzucić informację o szkodliwości palenia (albo unikać myślenia o niej).
2. **Przeformułowanie znaczenia** jednego z elementów, które są ze sobą niezgodne. Na przykład palacz może twierdzić, że pali, ale tylko papierosy light, co nie jest szkodliwe. Bądź też, że „Życie też jest szkodliwe dla zdrowia, nie tylko papierosy” – właściwie wszystko jest szkodliwe, cukier, sól, brak cukru, nadmiar witamin itp., przez co zmienia znaczenie słowa „szkodliwe”.
3. **Dodanie** nowego elementu poznawczego, którego zadaniem jest zredukowanie sprzeczności między dotychczasowymi elementami. Palacz może twierdzić, że palenie go uspokoja 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 podocyzyjny jest rozwiązywany poprzez:

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

Komunikacja

Proces **komunikacji** dotyczy czterech zjawisk:

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

Komunikacja interpersonalna to proces przekazywania i odbierania informacji w bezpośrednim kontakcie z drugą osobą w celu tworzenia relacji i wzajemnego zrozumienia. Wpływa na nasz rozwój, samopoczucie i efektywność w realizowaniu życiowych celów.

Skuteczna komunikacja interpersonalna opiera się na dialogu. Dlatego bardzo ważna jest umiejętność okazania zainteresowania, uważnego słuchania, udzielania informacji zwrotnej i rozumienia perspektywy drugiej osoby. Wiąże się to również z umiejętnością przekazywania własnych myśli i uczuć w jasny sposób, tak aby druga osoba mogła je zrozumieć.

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

Wiele nieporozumień w relacjach interpersonalnych jest wynikiem złej komunikacji. Niewłaściwe odczytanie intencji z jednej strony, zawoalowane oczekiwania z drugiej to trudności, których doświadcza niemal każdy z nas w codziennych rozmowach. O efektywnej komunikacji można mówić wówczas, kiedy treść wypowiedzi jest rozumiana zgodnie z intencjami nadawcy przekazu. Właściwa komunikacja jest narzędziem do rozwiązywania i unikania konfliktów, a jej efektem porozumienie między rozmawiającymi osobami.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Większość naszych komunikatów (65%) ma charakter niewerbalny.

Komunikacja niewerbalna

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

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

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

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

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

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

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

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

Dystans fizyczny

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

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

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

Komunikacja werbalna

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

UKŁAD NERWOWY CZŁOWIEKA

Układ nerwowy stanowi ośrodek koordynujący wszystkie procesy zachodzące w organizmie. Do głównych jego funkcji należą:

- **odbiór** - za pośrednictwem receptorów UN analizuje bodźce płynące ze środowiska oraz z narządów wewnętrznych;
- **reakcja na bodźce** - za pośrednictwem narządów wykonawczych, np. mięśnie;
- **regulacja i koordynacja** czynności wszystkich narządów i układów czyli utrzymanie organizmu w stanie równowagi.

Budowa układu nerwowego

Układ nerwowy zbudowany jest z:

- **komórek nerwowych** zwanych neuronami, które odpowiadają za odbieranie, przetwarzanie i przekazywanie impulsów elektrycznych; każdy neuron składa się z ciała komórki nerwowej (perikarionu) otaczającej jądro komórkowe oraz dwóch rodzajów wypustek – dendrtów i aksonów;
- **komórek glejowych** czyli komórek podporowych układu nerwowego; budują osłonki neuronów, pośredniczą w odżywianiu i regeneracji neuronów oraz produkcji płynu mózgowo-rdzeniowego;

Wyróżniamy **trzy rodzaje neuronów**:

- **czuciowe** (sensoryczne) – przewodzą impulsy nerwowe od receptorów (ciałek zmysłowych skóry właściwej) do ośrodkowego układu nerwowego;
- **ruchowe** (motoryczne) – przewodzą impulsy elektryczne z ośrodkowego układu nerwowego przez komórki kojarzeniowe do narządów wykonawczych czyli efektorów (mięśni, gruczoł);
- **pośredniczące** (interneurony) – pośredniczą w przekazywaniu informacji pomiędzy neuronami czuciowymi i nerwowymi;

Neurony komunikują się ze sobą za pośrednictwem **synapsy**. Jest to wyspecjalizowane połączenie w którym zakończenie aksonu kontaktuje się z inną komórką (nerwową, mięśniową, gruczołową). Synapsy zbudowane są z:

- **błony presynaptycznej** – ta część należy do komórki nerwowej od której będzie przekazane pobudzenie;
- **szczeliny synaptycznej** - mała przerwa pomiędzy zakończeniem aksonu neuronu presynaptycznego a błoną komórki postsynaptycznej; występuje głównie w synapsach chemicznych;
- **błony postsynaptycznej** – ta część przyjmuje impulsy i przekazuje je dalej;

Rodzaje synaps:

- **elektryczne** – akson jednej komórki styka się ściśle z dendrytem następnej komórki tworząc szczelne połączenie elektryczne, dzięki czemu sygnał przekazywany jest bez opóźnień;
- **chemiczne** – [impuls nerwowy](#) zostaje przeniesiony z jednej komórki na drugą przy udziale substancji zwanej neuroprzekaźnikiem (mediatorem); wydzielanie i wiązanie mediatorów powoduje opóźnienia w przepływie impulsu;

Neuroprzekaźniki ze względu na ich funkcje:

- **pobudzające**: acetylocholina, dopamina, adrenalina, noradrenalina, serotonina, histamina;
- **hamujące**: kwas gamma-aminomasłowy (GABA) i glicyna;

Ośrodkowy układ nerwowy tworzą mózgowie i rdzeń kręgowy.

Mózgowie dzielimy na:

1. Mózg:

a) **kresomózgowie** – największa część mózgowia,

- ma postać dwóch półkul połączonych za pomocą włókien tworzących ciało modzelowate (spoidło wielkie);
- półkule mózgowe nie są lustrzanymi odbiciami, różnią się budową i funkcją;
- prawa półkula zawiaduje orientacją w przestrzeni, zapamiętywaniem, odtwarzaniem oraz porównywaniem wrażeń wzrokowych i słuchowych, odpowiada za zdolności artystyczne i matematyczne;
- w lewej półkuli znajdują się m.in. ośrodki związane z zapamiętywaniem, rozumieniem i odtwarzaniem mowy oraz słowa pisanego;
- w skład półkul wchodzi istota szara (tworzy korę mózgową) i położona pod nią istota biała (tworzy drogi nerwowe);
- kora mózgową jest zbudowana z gęsto ułożonych komórek nerwowych, tworzy liczne fałdy porozdzielane bruzdami;
- bruzdy dzielą powierzchnię półkul na cztery parzyste płaty: czołowy, ciemieniowy, skroniowy i potyliczny;

b) **międzymózgowie** – jest ukryte pod kresomózgowiem;

- w jego skład wchodzi wzgórze, podwzgórze, szyszynka oraz część nerwowa przysadki mózgowej;

- najważniejszą częścią jest podwzgórze, gdzie znajdują się ośrodki czynności wegetatywnych (termoregulacji, pragnienia, głodu i sytości); neurony podwzgórza uwalniają hormony wpływające na pracę przysadki, nerek, na skurcze mięśni męskich i żeńskich narządów rozrodczych;

2. Pień mózgu:

a) śródmózgowie – zlokalizowane w środkowej części mózgowia

- struktura ta jest zaangażowana w odbiór doznań zmysłowych ze strony narządu słuchu czy wzroku;
- bierze udział w kontrolowaniu rytmu snu, czuwania i termoregulacji;
- jest miejscem koordynacji ruchów mimowolnych oraz ruchów szybkich;

b) tyłomózgowie – jest druga co do wielkości częścią mózgowia;

- **móździek** (w podziale klinicznym móździek funkcjonuje jako odrębna struktura obok mózgu i pnia) – składa się z dwóch półkul połączonych robakiem; odpowiada za utrzymanie odpowiedniego napięcia mięśni i koordynację ruchów;
- **most** – pośredniczy w przepływie sygnałów między mózgiem, móźdżkiem i rdzeniem przedłużonym;

c) rdzeń przedłużony – jest częścią mózgu, która łączy się z rdzeniem kręgowym;

- występują tu skupienia istoty szarej, które stanowią ośrodki nerwowe czynności odruchowych tj. ssanie, połykanie, kochanie, mruganie, wymioty, żucie;
- znajdują się tu również ośrodki oddechowy, naczynioruchowy (regulowanie ciśnienia, tempo przepływu krwi) i regulacji czynności serca (częstotliwość skurczów);

Rdzeń kręgowy i jego budowa:

- przebiega w kanale kręgowym utworzonym przez otwory w kręgach kręgosłupa;
- ciągnie się od rdzenia przedłużonego do drugiego kręgu lędźwiowego, potem zwęża się i przechodzi w tzw. nić końcową;
- w rdzeniu wyróżniamy pięć części, które pokrywają się z odcinkami kręgosłupa: szyjna, piersiowa, lędźwiowa, krzyżowa i guziczna;
- zbudowany jest z istoty szarej i zewnętrznej białej, wzdłuż centralnej części przebiega kanał środkowy wypełniony płynem mózgowo – rdzeniowym, który łączy się z komorami mózgowia;
- przewodzi impulsy z mózgowia do narządów wykonawczych i z powrotem, uczestniczy w odruchach bezwarunkowych;

Płyn mózgowo – rdzeniowy to przesącz osocza krwi w sieci naczyń włosowatych. Organizm człowieka dobowo wytwarza ok. 700 ml płynu. Krąży on w komorach mózgu. Pełni funkcje ochronną, zapewnia równomierny rozkład ciśnienia w jamie czaszki oraz odżywia neurony i usuwa produkty ich metabolizmu.

Układ limbiczny – odpowiada za zachowanie, emocje i motywację, zachowania seksualne, bierze udział w regulacji snu i czuwania, kontroluje pobieranie pokarmu. Reakcje w nim zachodzące wpływają na zapamiętywanie, kształtowanie osobowości i podejmowanie decyzji. W skład układu limbicznego wchodzi:

- hipokamp – pamięć długotrwała, proces uczenia się i rozpoznawanie nowości;
- zakręt hipokampa – pamięć przestrzenna;
- ciało migdałowate – analiza i kontrola emocji, zachowań seksualnych, wysyłanie sygnału o zagrożeniu,
- ciało suteczkowate – zapamiętywanie informacji;
- część podwzgórza – kierowanie zachowaniem, regulacja reakcji obronnych, zachowań seksualnych, przyjmowania pokarmu;
- zakręt obręczy – ocena zachowań, tworzenie i odtwarzanie pamięci i emocji;
- sklepienie – przekazywanie sygnałów między hipokampem i podwzgórzem;
- część wzgórze – kontrola stanu czuwania i snu, zapamiętywanie i uczenie się;

Obwodowy układ nerwowy

Pośredniczy w wymianie informacji pomiędzy OUN a częściami ciała. Zbudowany jest z:

- **XII par nerwów czaszkowych** – mają początek w mózgowiu, opuszczają czaszkę przez otwory w jej podstawie, dzieli się je na czuciowe, ruchowe i mieszane; wszystkie poza nerwem X błędnym (unerwia serce, oskrzela, płuc, żołądek i jelita) i nerwem XI dodatkowym (unerwia mięśnie obręczy barkowej) nerwy czaszkowe unerwiają głowę i jej okolice;
- **31 par nerwów rdzeniowych** – unerwiają skórę, mięśnie, narządy wewnętrzne i naczynia krwionośne, opuszczają kanał kręgowy przez otwory międzykręgowe, są nerwami mieszanymi, ponieważ zawierają włókna czuciowe, ruchowe i autonomiczne; dzielimy je na szyjne (8 par), piersiowe (12 par), lędźwiowe (5 par), krzyżowe (5 par) i guziczne (1 para);

Nerw to wiązka wypustek (włókien nerwowych), aksonów i dendrytów albo jednych i drugich podtrzymywanych i chronionych przez tkankę łączną właściwą przebiegająca poza ośrodkowym układem nerwowym.

- **zwojów nerwowych** – skupisko ciał komórek nerwowych poza ośrodkowym układem nerwowym;
- **receptorów** – wyspecjalizowane struktury w których na skutek działania bodźca powstaje pobudzenie;

Odruch to szybka, autonomiczna odpowiedź organizmu na bodziec napływający ze środowiska zewnętrznego lub z wnętrza organizmu. Zachodzi w obrębie struktur w łuku odruchowym. Wyróżniamy odruchy:

- **bezwarunkowe** (m.in. obronny, ssania, utrzymanie postawy ciała, lokomocja itp.), powstają bez zaangażowania kory mózgowej i są dziedziczne;
- **warunkowe**, które kształtują się w wyniku indywidualnych doświadczeń, powstają, utrwalają się i wygasają w zależności od warunków zewnętrznych, bazują na odruchach bezwarunkowych, ale przez to, że są wynikiem procesu uczenia się, angażują ośrodki kory mózgu; uważa się, że odruchy warunkowe wytwarzają się dzięki powstawaniu i zwielokrotnieniu nowych połączeń synaptycznych;

Funkcjonalny podział układu nerwowego:

1. **Somatyczny układ nerwowy** – odbiera bodźce pochodzące ze środowiska, reguluje pracę mięśni, kieruje wykonywaniem ruchów świadomych.
2. **Autonomiczny układ nerwowy** - odbiera bodźce z wnętrza ciała i reguluje prace narządów wewnętrznych, odpowiada za stałość środowiska wewnętrznego organizmu (homeostazę), unerwia mięśnie gładkie, mięsień sercowy i gruczoły, działa niezależnie od naszej woli. W obrębie układu autonomicznego wyróżnia się układ:

a) **współczulny:**

- ma budowę segmentacyjną, zbudowany jest z części ośrodkowej, pni współczulnych i z części obwodowej;
- zwany jest także układem sympatycznym lub pobudzającym, ponieważ jego działanie objawia się głównie w sytuacjach zagrożenia, pobudzenia, stresu czy zwiększonej aktywności fizycznej (powoduje zwiększenie ilości tlenu i glukozy we krwi oraz podwyższenie ciśnienia tętniczego);
- odpowiada za:
 - rozszerzanie źrenicy i rozkurczanie mięśni rzęskowych;
 - zmniejszanie przepływu krwi przez naczynia wieńcowe oraz zwężanie naczyń obwodowych, co powoduje wzrost ciśnienia tętniczego, ponieważ organizm jest gotowy do „akcji”;
 - pobudzanie wydzielania gęstej śliny;

- rozkurczanie błony mięśniowej pęcherzyka żółciowego i mięśnia zwieracza bańki wątrobowo-trzustkowej;
- zmniejszanie wydzielania soku żołądkowego i jelitowego;
- kurczenie mięśnia zwieracza wewnętrznego cewki moczowej;
- zwiększenie produkcji potu przez gruczoły potowe;
- zwężanie naczyń krwionośnych płuc, mózgu, mięśni szkieletowych, skóry i błon śluzowych;

b) przywspółczulny:

- część mózgowa - obejmuje ośrodki nerwowe w śródmózgowiu, mózdzku i rdzeniu przedłużonym;
- część rdzeniowa – tworzona przez ośrodki nerwowe rdzenia kręgowego na wysokości 1 i 3 kręgu krzyżowego;
- zwany jest inaczej parasympatycznym lub hamującym, ponieważ jego działanie przejawia się głównie w sytuacjach relaksu, spokoju, gdy organizm nie jest zmuszany do działania;
- działanie części przywspółczulnej objawia się poprzez:
 - kurczenie źrenicy;
 - pobudzanie wydzielania łez przez gruczoły łzowe;
 - zwalnianie częstości skurczów mięśnia sercowego oraz zmniejszanie ich siły;
 - zwiększanie przepływu krwi przez naczynia wieńcowe, zmniejszanie ciśnienia tętniczego krwi;
 - rozszerzanie naczyń krwionośnych płuc, mózgu, mięśni szkieletowych, skóry i błon śluzowych;
 - kurczenie mięśni oskrzelowych;
 - pobudzanie wydzielania soku żołądkowego, trzustkowego;
 - pobudzanie wydzielania wodnistej śliny;
 - rozkurczanie mięśnia zwieracza wewnętrznego cewki moczowej;

Działanie autonomicznego układu nerwowego cechuje **antagonizm czynnościowy**, bowiem wszystkie narządy wewnętrzne unerwiane są jednocześnie przez układ współczulny i przywspółczulny.

Strategie i style radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej

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

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

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

Stres i skutki przewlekłego stresu

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

W nauce stres kojarzony jest z twórcą pierwszej (w 1936r.) 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 [5] jest pojęcie Ogólnego Zespołu Adaptacyjnego. Jest to zespół wszelkich niespecyficznych zmian fizjologicznych (nie związanych bezpośrednio z działaniem i naturą bodźca szkodliwego) będących odpowiedzią na stres.

Odpowiedź ta rozwija się przez trzy stadia:

1. Reakcja alarmowa (faza szoku, faza przeciwdziałania szokowi)
2. Stadium odporności
3. Stadium wyczerpania

Reakcja alarmowa powstaje pod wpływem szkodliwego bodźca, ma na celu dwustopniową mobilizację sił obronnych organizmu: najpierw przez fazę szoku obejmującą bezpośrednią reakcję organizmu na czynnik szkodliwy i charakteryzującą się silnym pobudzeniem organizmu do obrony. Następną fazą jest przeciwdziałanie szokowi, które obejmuje reakcje obronne i którym towarzyszą zmiany w funkcjach fizjologicznych organizmu (np. wzrost ciśnienia krwi). Drugie stadium stanowi stadium odporności, w którym organizm mobilizuje swoje zasoby energetyczne i mechanizmy obronne - następuje względna adaptacja organizmu na działanie szkodliwego bodźca. Trzecie, stanowi stadium wyczerpania, które charakteryzuje się obniżeniem możliwości energetycznych i obronnych organizmu, czego wskaźnikiem może być rozregulowanie funkcji fizjologicznych organizmu.

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

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

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

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

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

Zdaniem cytowanego autora, w stresie można wyróżnić trzy fazy:

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

Radzenie sobie ze stresem

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

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

Wielu wydarzeń i sytuacji życiowych nie jesteśmy w stanie przewidzieć, a tym samym uniknąć, bo są nagłe, nieoczekiwane. Nie możemy również całkowicie odizolować się od innych ludzi, od wpływu czynników biologicznych i fizycznych na nasz organizm. Ale do wielu z tych wydarzeń możemy próbować nie dopuszczać, a tym samym ochronić nasz organizm przed ich wpływem.

Zgodnie z hipotezą M. Reuchlina, każdy człowiek dysponuje wieloma sposobami adaptacji, z których jedne są łatwiej, a inne trudniej uruchamiane u tego samego osobnika. A zatem istnieje

wiele dostępnych człowiekowi sposobów przystosowania się do określonych warunków, przy czym ich skuteczność jest różna. Jedni ludzie stale unikają trudnych sytuacji, inni aktywnie próbują poradzić sobie, co może skutkować utrwaleniem się takiego a nie innego sposobu adaptacji.

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

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

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

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

Z. Ratajczak (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 przygotowanym, a także jest czas, by lepiej się przygotować i wykorzystać później swoje zasoby w walce z zagrożeniem.
- **strategia walki**, ataku, aktywnego mierzenia się z „agresywnym” czynnikiem bezpośrednio zagrażającym życiu, zdrowiu itp. Wydatek energetyczny i intelektualny jest tu ogromny. Nie zawsze jest to strategia optymalna.
- **Strategia obrony** (ochrony) siebie, oszczędzania sił i środków, ukrywania się, zasłaniania i czekania, aż zagrożenie zmniejszy się samo. To jednak może nie nastąpić.
- **Strategia uciezki** 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 osiągnięcie 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,
- powstrzymanie się od działania,
- procesy intrapsychiczne.

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

Bywa, że pozostawanie w niepewności, 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 przewyciężeniu skutków zdarzenia jak również „odsunięciu” od siebie problemów, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Stąd ucieczki w alkohol, narkotyki. Zapobieganie przyszłym zagrożeniom, niedopuszczanie do ich powstawania dokonywane zarówno w otoczeniu jak i w samym sobie mogą zmienić sytuację na lepszą, znacznie korzystniejszą.

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

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

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

Typowe sposoby radzenia sobie ze stresem

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

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

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

Czasami ludzie próbują przewidywać zdarzenia i usiłują je przeżyć emocjonalnie znacznie wcześniej, niż mają one miejsce w rzeczywistości. Tak można się przygotować do ważnej rozmowy, publicznego występu. Podobnie rzecz ma się z przewidywaniem własnych reakcji na stres. W chwili, gdy pojawia 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 cierpienie nie widzieli inni, by nie być postrzeganymi inaczej niżby chcieli. W dużym stopniu dotyczy to mężczyzn obawiających się uznania ich za „mięczaków”.

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

Radzenie sobie z ostrym stresem

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

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

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

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

Po tak drastycznych przejściach kobiety te potrzebowały bliskości rodziny, przyjaciół. Miało to im dać poczucie bezpieczeństwa, zaspokajając 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, współzycia, tłumy, w ogóle ludzi a w każdym mężczyźnie widziały gwałciciela.

Techniki psychorelaksacyjne

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

Techniki relaksu, z których korzysta się w walce ze stresem, wywodzą się głównie z systemów filozoficzno - religijnych ludów Indii, Chin i Japonii. Wśród wielu sposobów przeciwdziałania psychosomatycznym skutkom stresów bardzo skuteczne są treningi relaksacyjne. Badacze zajmujący się zjawiskiem stresu różnie określają istotę tych treningów. Stanisław Siek (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, wzmacnia bóle, które z kolei nasilają lęk.

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

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

Wstępny etap ćwiczeń relaksacyjnych to nauka przyjmowania biernej postawy, „wyłączania”

możliwie wszystkich obszarów aktywności (myślowej, uczuciowej, mięśniowej).

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

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

Pozytywne zmiany fizjologiczne będące następstwem różnych technik relaksu (m.in. zen i joga, medytacja transcendentalna, trening autogenny i inne) to wyraźny wzrost lub spadek istotnych życiowo funkcji organizmu. I tak, w czasie medytacji transcendentальной, treningu autogennego, ćwiczeń jogi i zen obniża się zużycie tlenu, zwalnia się rytm oddechu, spada ciśnienie tętnicze i tętno, a wyraźnie wzrastają fale alfa w mózgu.

ASERTYWNOŚĆ

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

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

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

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

najważniejsze jest ich zdanie.

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

Siedem warunków asertywności:

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

ZABURZENIA LĘKOWE

Rodzaje zaburzeń lękowych (według DSM-V)

Podręcznik Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V przypisuje zaburzeniom lękowym cały osobny dział. Choć poszczególne typy zaburzeń lękowych różnią się między sobą, to cechą wspólną jest zawsze niepokój w takim wymiarze, który wpływa na jakość prowadzonego życia.

Aby zdiagnozować zaburzenie lękowe (lista poniżej) niezbędne jest rozróżnienie, że objawy nie wynikają z choroby somatycznej (np. zaburzeń hormonalnych), ani nie jest efektem działania przyjętych substancji (np. kofeiny, leków, narkotyków itp.).

Podręcznik DSM-V wyróżnia następujące rodzaje zaburzeń lękowych:

- zespół lęku napadowego (epizodyczny lęk napadowy),
- agorafobia,
- fobie swoiste,
- zespół obsesyjno - kompulsywny OCD,
- zespół stresu pourazowego PTSD,
- ostra reakcja na stres,
- zespół lęku uogólnionego GAD,
- inne zaburzenia lękowe.

Zespół lęku napadowego (epizodyczny lęk napadowy)

Główną cechą zespołu lęku napadowego (zwanego również lękiem panicznym lub lękiem napadowym) jest występowanie nieoczekiwanych **ataków paniki**.

Atak paniki to napad intensywnego strachu, który nie jest uzasadniony rzeczywistym zagrożeniem.

Atakom paniki towarzyszą przynajmniej cztery z poniższych objawów:

- kołatanie serca,
- nadmierne pocenie się,
- drżenie,
- uczucie duszności lub dławienia,
- ból w klatce piersiowej,

- nudności,
- ból brzucha,
- zawroty głowy,
- derealizacja lub depersonalizacja,
- obawa przed utratą kontroli lub stanem się „szalonym”,
- dreszcze,
- uderzenia gorąca,
- parestezje (odczucia mrowienia, drętwienia lub zmiany temperatury skóry, opisywane często jako “przebiegnięcia prądu”).

Ataki paniki zaczynają się **nagle, po czym poziom lęku gwałtownie wzrasta** (zazwyczaj dzieje się to w ciągu około 10 minut). Często towarzyszy temu chęć ucieczki.

Agorafobia

Charakterystyczną cechą agorafobii jest **lęk przed znalezieniem się w miejscu lub sytuacji, z której ucieczka może być trudna** lub w której pomoc może nie być dostępna w przypadku ataku paniki.

Lęk w agorafobii zazwyczaj prowadzi do **ciągłego unikania sytuacji**, które mogą obejmować:

- przebywanie w dużym tłumie ludzi,
- podróżowanie samochodem, autobusem, metrem lub samolotem,
- korzystanie z windy,
- przebywanie z zatłoczonych pomieszczeniach.

Niektóre osoby są w stanie przemóc się i narazić na przerażające sytuacje, ale znoszą te doświadczenia z trudem i przerażeniem. Często osoba jest w stanie lepiej poradzić sobie z trudną sytuacją, gdy ktoś jej towarzyszy.

Fobie swoiste

Istotną cechą specyficznej fobii jest wyraźny i uporczywy strach **przed konkretnymi obiektami lub sytuacjami**.

Ekspozycja na bodziec, który jest obiektem fobii, prawie zawsze powoduje **natychmiastową reakcję lękową** (na przykład w formie ataku paniki).

Młodzież i dorośli z tym zaburzeniem mogą być zdolni uznać, że ich lęk jest nadmierny lub nieuzasadniony (taka zdolność może nie dotyczyć dzieci).

Fobie klasyfikuje się na **podtypy**, ze względu na charakter bodźca, który wywołuje tak silny lęk:

- **fobie zwierzęce** - strach w tym przypadku wywołują **zwierzęta lub owady**, bardzo często ten rodzaj fobii ma swój początek w dzieciństwie, przykłady: kynofobia – strach przed psami lub wścieklizną; ofidiofobia – lęk przed węzami,
- **fobie związane ze środowiskiem naturalnym** – w tym podtypie fobii strach jest wywoływany przez obiekty w środowisku naturalnym, takie jak **burze, wysokość lub woda**, ten podtyp także zazwyczaj ma początek w dzieciństwie, przykłady: lilapsofobia – lęk przed tornadami i huraganami,
- **fobie wywoływane przez krew i zabiegi medyczne** - ten podtyp jest określany, jeśli strach jest spowodowany **widokiem krwi lub urazu, lub inwazyjnej procedury medycznej** (np. wkłucie przy pobieraniu krwi), taki rodzaj fobii bardzo często występuje rodzinnie, reakcją osoby z tego typu fobią często jest **omdlenie**, przykłady: hematofobia – lęk przed krwią,
- **fobie sytuacyjne** - ten podtyp się określa, jeśli strach wynika z określonego typu sytuacji, takiej jak **transport publiczny, jazda windą, latanie**, przykłady: awiatofobia – lęk przed lataniem, amaksofobia – lęk przed jazdą samochodem,

- **inny typ** - ten podtyp należy określić, jeśli strach jest wywoływany przez inne bodźce, wyżej niesklasyfikowane, przykłady: koulrofobia – lęk przed klaunami.

Zespół obsesyjno - kompulsywny

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

Obsesje

Obsesje to uporczywe myśli lub obrazy, które są doświadczane jako **natrętne i niewłaściwe, powodujące wyraźny niepokój**.

Najczęstszymi obsesjami są:

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

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

Kompulsje

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

W większości przypadków osoba czuje się **zmuszona do wykonywania zachowania kompulsywnego**, aby zmniejszyć niepokój towarzyszący obsesji lub zapobiec przerażającej sytuacji. Na przykład osoby z obsesją na punkcie brudu mogą zmniejszyć swój stres, myjąc ręce (często aż do momentu uszkodzenia skóry na dłoniach). W niektórych przypadkach osoby z zespołem obsesyjno - kompulsywnym wykonują swoje sztywne rytuały, mimo że nie potrafią wyjaśnić, dlaczego to robią. Kompulsje są albo wyraźnie nadmierne, albo nie są połączone w realistyczny sposób z tym, czemu mają zapobiec. Najczęstsze kompulsje obejmują mycie i czyszczenie, liczenie i sprawdzanie (np. czy drzwi są zamknięte).

Zespół stresu pourazowego

Zasadniczą cechą zespołu stresu pourazowego (**PTSD – Post - Traumatic Stress Disorder**) jest rozwój charakterystycznych objawów **po narażeniu na skrajnie traumatyczny stres** (zazwyczaj związany z bezpośrednim doświadczeniem zagrożenia śmiercią lub poważnymi obrażeniami lub innym zagrożeniem).

Reakcja osoby na zdarzenie musi obejmować: **intensywny strach, bezradność lub przerażenie**.

Charakterystycznymi objawami wynikającymi z narażenia na traumę jest:

- **uporczywe przeżywanie** traumatycznego wydarzenia (ciągłe powracanie do tej sytuacji w myślach),
- **unikanie bodźców związanych z traumatyczną sytuacją** (np. unikanie podróżowania samochodem po przeżytym wypadku).

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

Ostra reakcja na stres

Istotną cechą **ostrej reakcji na stres (ASR – Acute Stress Response)** jest rozwój charakterystycznych **lęków, dysocjacji i innych objawów**, które występują w ciągu **1 miesiąca po doświadczeniu skrajnego stresu traumatycznego**.

Podczas doświadczania traumatycznego zdarzenia, albo zaraz po zdarzeniu, osoba ma **co najmniej trzy** z następujących objawów:

- subiektywne poczucie odrętwienia, oderwania się lub braku reakcji emocjonalnej,
- zmniejszenie świadomości jego otoczenia,
- derealizacja,
- depersonalizacja,
- amnezja dysocjacyjna.

Po doświadczonej traumie zdarzenie jest **nieustannie ponownie przeżywane**, a osoba **wyraźnie unika bodźców, które mogą obudzić wspomnienia traumy**.

Zaburzenie trwa **co najmniej 2 dni i maksymalnie 4 tygodnie po zdarzeniu traumatycznym**. Jeśli objawy utrzymują się **dłużej niż 4 tygodnie**, można postawić diagnozę zespołu stresu pourazowego.

Zespół lęku uogólnionego

Istotną cechą **uogólnionego zaburzenia lękowego (GAD – Generalized Stress Disorder)** jest nadmierny lęk i niepokój (pełne obaw oczekiwanie), występujące w trakcie **większości dni w okresie 6 miesięcy**. Osobie trudno jest kontrolować ciągłe zamartwianie się.

Lęk i zmartwienie to nie jedyne objawy – towarzyszą im co najmniej trzy dodatkowe objawy z następującej listy:

- niepokój,
- przemęczenie,
- trudności z koncentracją,
- drażliwość,
- napięcie mięśni,
- zaburzenia snu.

Intensywność, czas trwania lub częstotliwość niepokoju i zmartwień jest nieproporcjonalna do rzeczywistego wpływu wydarzenia na życie.

Dorośli z zespołem lęku uogólnionego często **martwią się o codzienne, rutynowe okoliczności**, takie jak możliwe obowiązki zawodowe, finanse, zdrowie członków rodziny, losy dzieci lub drobne obowiązki (takie jak na przykład naprawy samochodów lub spóźnienia).

Dzieci z zaburzeniami lękowymi uogólnionymi mają tendencję do nadmiernego martwienia się **o swoje kompetencje lub jakość wykonania** (na przykład odrobienia pracy domowej).

W trakcie zaburzenia skupienie może przechodzić z jednego zmartwienia na inne.\

UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

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

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia ("głód alkoholowy").
2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z pićm (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, bio-psycho-społeczną, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Model leczenia tego schorzenia musi być dostosowany do takiego sposobu postrzegania tej choroby.

Działanie alkoholu na organizm

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 dm³),
- **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 1dm³). Dla oceny stanu trzeźwości ważna jest umiejętność szacunkowego obliczenia poziomu stężenia alkoholu we krwi. W tym celu można posłużyć się następującymi wzorami:

x g 100% alkoholu

Dla mężczyzn = -----

waga ciała (w kg) x 70%

x g 100% alkoholu

Dla kobiet = -----

waga ciała(w kg) x 60%

Przy czym 10g czystego, 100% alkoholu (1 standardowa porcja alkoholu) zawarte jest: w ok. 250ml piwa o mocy 5%, w ok. 100ml wina o mocy 12% oraz w 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 naczyniowo - ruchowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol.

Szkody zdrowotne

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

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

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

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

- **układ oddechowy:** przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. U osób nadużywających alkoholu 10 - krotnie częściej występuje rak jamy ustnej, krtani oraz tchawicy;
- **układ moczowy:** ostra niewydolność nerek, wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi i związane z tym objawy dny moczanowej (zapalenie stawów spowodowane gromadzeniem się złogów moczanowych);
- **układ hormonalny:** nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników i zniszczenie ich struktury, hypogonadyzm i feminizacja u mężczyzn, u kobiet zaburzenia miesiączkowania, zanik jajników i maskulinizacja.

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

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

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

Picie ryzykowne i szkodliwe

Różne wzory spożywania alkoholu

Nikt nie sięga po alkohol po to, aby mieć problemy. Przeciwnie każdy, kto spożywa alkohol oczekuje korzyści – chce poprawić sobie nastrój, ubarwić szarą codzienność, ułatwić kontakty towarzyskie, zrelaksować się. Niektórzy nawet wierzą, że alkohol może mieć korzystne działanie zdrowotne.

Choć alkohol jest trucizną i z punktu widzenia toksykologii każda ilość wypitego alkoholu jest ryzykowna, to jednak w większości przypadków spożywanie małych dawek alkoholu nie pociąga za sobą widocznych szkód zdrowotnych i konsekwencji społecznych. Mimo to **nie powinni wcale pić alkoholu:**

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

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

Osoby pijące alkohol mogą wielokrotnie w ciągu swojego życia zmieniać wzór spożywania alkoholu przemieszczając się na continuum od abstynencji, poprzez picie o niskim poziomie ryzyka, do spożywania alkoholu w sposób wysoce ryzykowny i szkodliwy. Niektóre z nich się uzależniają. Jest to wędrówka w dwie strony. Ktoś, kto dzisiaj pije alkohol na poziomie niskiego ryzyka może w wyniku różnego rodzaju okoliczności zwiększyć swoje picie do poziomu wysokiego ryzyka. Ktoś, kto dziś pije ryzykownie lub szkodliwie może na tyle ograniczyć swoje picie, aby radykalnie zmniejszyć wynikające z niego szkody. Abstynent może w każdej chwili zacząć pić, a osoba uzależniona może zostać abstynentem. Najmniej prawdopodobna jest sytuacja,

że osobie uzależnionej uda się trwale ograniczyć spożywanie alkoholu, a więc wrócić na stałe do picia kontrolowanego, o niskim ryzyku szkód.

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

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

Sygnaly ostrzegawcze

Picie alkoholu staje się problemem, gdy:

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

Uzależnienie od narkotyków

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

Innym rodzajem uzależnienia, jest **zależność fizyczna**, która dotyczy tylko niektórych grup narkotyków. Zależność taka, to wynik adaptacji układu nerwowego do obecności danej substancji psychoaktywnej. Fizjologiczne mechanizmy powstawania zależności fizycznej przebiegają

rozmaicie w przypadku różnych grup narkotyków. Przykładem mogą być barbiturany, których działanie wpływa na osłabienie aktywności neuronów. Przy nagłym odstawieniu barbituranów neurony te stają się nadaktywne prowadząc do wielu zaburzeń w czynnościach fizjologicznych organizmu.

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

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

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

Skutki używania narkotyków

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

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

Dlaczego uzależniamy się od narkotyków?

Zastanawiając się nad przyczynami sięgania po narkotyki widzimy, że czymś innym będą powody eksperymentów z narkotykami, a czymś innym przyczyny, dla których osoba, która sięgnęła po narkotyk, uzależnia się od niego. Możemy też założyć, że w tym ostatnim przypadku

o uzależnieniu zdecyduje zarówno psychofizyczna konstrukcja jednostki, jak i właściwości konkretnej substancji. O tym, czy ktoś uzależni się od narkotyków nie zadecyduje tylko incydentalny z nimi kontakt. Cały szereg czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych będzie wpływać na relacje pomiędzy narkotykiem a jednostką.

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

Rozbite rodziny, zachwiane relacje w rodzinach pełnych, brak wsparcia i porozumienia, nieprawidłowe wzorce ze strony rodziców związane np. z nadużywaniem alkoholu generują wśród dzieci postawy ucieczkowe, a narkotyk staje się jedną z form tej ucieczki. Niepewność i niedojrzałość emocjonalna, mała odporność na stres, słaba motywacja do działań, które nie przynoszą natychmiastowych korzyści – to tylko niektóre cechy jednostek podatnych na uzależnienia. Postawy rodziców są także często odpowiedzialne za poważniejsze zaburzenia osobowości mogące mieć znaczenie w społecznych kontaktach wychowanków: przesadna idealizacja bądź lekceważenie innych, zmienność nastrojów, zakłócenia tożsamości, poczucie pustki – mogą mieć źródło w niedbałym i niewłaściwym traktowaniu dziecka przez rodziców, oddaleniu się od jego potrzeb emocjonalnych. Poważne zachowania aspołeczne mogą dalej pogłębić się w wyniku nadużywania środków psychoaktywnych. Wśród zaburzeń psychicznych mogących odgrywać pierwszorzędą rolę w podatności na uzależnienie dominuje lęk i zaburzenia nastroju. Zresztą będą one pogłębiać się w okresie uzależnienia, bo narkotyki uśmierzać będą te zaburzenia tylko doraźnie. Podwyższone ryzyko uzależnienia wynika nie tylko ze środowiskowych oddziaływań, ale także może mieć związek z czynnikami biologicznymi. W przypadku alkoholu teza na temat genetycznych predyspozycji dzieci alkoholików do podatności na to uzależnienie została ponad wszelką wątpliwość udowodniona.

Czy wszystkie narkotyki możemy wrzucić do jednego worka?

Są ogromne różnice pomiędzy tym, jak działają rozmaite substancje psychoaktywne. Kofeina działa inaczej niż alkohol, 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.

Niektóre narkotyki otrzymywane są z roślin (heroina, kokaina), inne na drodze syntezy (amfetamina, LSD). Ale nawet, jeśli narkotyki wyglądają podobnie – mogą oddziaływać bardzo różnie. Nielegalne narkotyki robione są na bazie różnych składników, niekiedy wyjątkowo toksycznych, a wyglądające zdawałoby się identycznie tabletki mogą zawierać znacznie różniące się od siebie substancje. Tak więc ktoś, kto sięga po narkotyki nigdy nie ma pewności, co tak naprawdę bierze. Nie ma bezpiecznego sposobu używania nielegalnych narkotyków. Substancje te są połykane, palone, wdychane lub wstrzykiwane. Im bardziej bezpośrednią drogą narkotyk dostaje się do krwioobiegu tym efekt jego działania jest silniejszy, a ryzyko śmiertelnego przedawkowania większe. Możemy wyróżnić trzy główne typy działania narkotyków:

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

Jak zorientować się, czy ktoś sięga po narkotyki?

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

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

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

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

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

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

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

Przyjmowanie narkotyków poprzez iniekcje (najczęściej „kompot”, **brązowa heroina, amfetamina**) wymaga posiadania nie tylko igieł i strzykawek, ale także innych przyborów: łyżki do rozpuszczania narkotyku z wodą (łyżka zwykle jest okopcona od podgrzewania); kwasu 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.

Działania wobec osób uzależnionych

Placówki ambulatoryjne

Zanim osoba uzależniona rozpocznie leczenie trafia do poradni lub punktu konsultacyjnego. Placówki ambulatoryjne są miejscami, gdzie zazwyczaj odbywa się pierwszy kontakt osoby

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

Programy wymiany igieł i strzykawek

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

Oddziały detoksykacji

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

Stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne

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

Częstą praktyką jest pomoc w nawiązywaniu ponownych, tym razem poprawnych relacji z rodziną. W ośrodkach obowiązuje całkowita abstynencja od takich środków jak narkotyki i alkohol. Pobyt w tego typu placówkach może trwać od kilku do kilkunastu miesięcy i zazwyczaj podzielony jest

na etapy związane z rozwojem pacjenta i uzyskiwaniem przez niego umiejętności i doświadczeń społecznych.

Programy substytucji lekowej

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

Grupy Anonimowych Narkomanów

Grupy NA istnieją w Polsce od ponad 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 zmieniającego kompulsywne zachowanie na świadomy wybór. Nikt nie sprawdza ani nie egzaminuje nikogo z jego realizacji (może z wyjątkiem samego życia). Dzielenie się radością siłą nadzieją oraz doświadczeniem, które ma miejsce na mityngu, może być skuteczną pomocą w trzeźwieniu. Zgodnie z filozofią i przekonaniem członków wspólnoty NA – narkomania jest chorobą w której choruje i cierpi ciało, umysł i dusza. Realizacja programu pozwala na wyzdrowienie tych sfer funkcjonowania człowieka. Uczestnictwo w mityngach porównywane jest do siły wspierającej narkomana na tej drodze, a sama abstynencja od narkotyków jest efektem ubocznym tych zmian. Osoba uzależniona zyskuje radość i spokój w życiu, przedtem zabrane przez narkotyki. Narkomania, w rozumieniu uczestników ruchu NA jest chorobą, którą można skutecznie zatrzymać. Wymaga to jednak czasu, spokoju, cierpliwości, zrozumienia i nadziei, które osoba uzależniona może znaleźć w grupie.

Charakterystyka dopalaczy

Dopalacze są substancjami psychoaktywnymi. Można je kupić w Internecie lub w specjalnych klepach. Składniki dopalaczy są legalne, jednak nie warto ich zażywać – są tak samo szkodliwe

jak narkotyki, a w mediach coraz częściej donoszą o przypadkach śmiertelnych po zażyciu dopalaczy. Dopalmace cieszą się dużą popularnością wśród młodzieży, która nie ma świadomości, czym się truje. Jako niezakazane **środki psychoaktywne** dopalmace stanowią alternatywę dla nielegalnych narkotyków. Dopalmace bowiem nie zostały uwzględnione na liście w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.

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

Jeszcze do niedawna **legalne dopalmace** to popularne mieszanki ziołowe: susz roślinny, liście drzewa mitragyna speciosa (stymulują ośrodkowy układ nerwowy), kratom, szałwia wieszczą (wywołuje halucynacje) oraz muchomor czerwony lub plamisty (fly agaric). Dopalmace, 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 dopalmaczy w Polsce są środki typu „spice” w postaci suszu i mieszanek roślinnych.

Rodzaje dopalmaczy

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

Skład chemiczny dopalmaczy 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 dopalmace 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 dopalmaczy opiera się na substancjach psychoaktywnych, które wywołują różne efekty zbliżone do działania narkotyków. Wyróżnia się trzy grupy dopalmaczy:

- susze i kadmidełka (tzw. „spice”) pochodzenia najczęściej roślinnego, których działanie jest zbliżone do marihuany lub opium, a zażywa się je za pomocą spalania w fajkach lub skrętach; w ich składzie może znajdować się także kofeina, wanilina, THC, eugenol;
- tzw. „party pills”, czyli tabletki lub proszek pochodzenia głównie syntetycznego, będące mieszanką halucynogenów, stymulantów, opioidów, empatogenów lub dysocjantów; ich działanie ma być pobudzające i poprawiające nastrój, a także wspomagające przy braku energii; tabletki ecstazy była dawniej „party pill” – obecnie jest zakazana;
- środki syntetyczne w formie m.in. małych pigułek lub znaczków do lizania, w składzie których jest tylko jedna substancja.

Skutki uboczne dopalaczy

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

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

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

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

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 śłodyszach, 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, śłodziki, konserwanty zawarte w różnych produk-

tach, 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 używkę. Kiedy reklama mówi, że po zażyciu danego produktu pamięć się wzmocni, to młody człowiek nie będzie potrafił skupić się bez danego produktu. Również uprawiając jakiś sport i chcąc osiągnąć wysoki wynik, należy sięgnąć po batonika, cukierka czy napój, które na pewno zapewnią zwycięstwo. To wszystko powoduje, że młoda osoba przenosi później te używki do życia codziennego i do dyskotek, ponieważ bez pobudzenia chemicznego nie czuje się na siłach, aby coś osiągnąć. Działa tu tzw. efekt placebo.

Napoje energetyczne

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

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

STALKING

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

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

Badania nad występowaniem stalkingu w Polsce

Pierwsze w Polsce badania przekrojowe nad występowaniem stalkingu zostały przeprowadzone w okresie od stycznia do czerwca 2006 r. przez J. Skarżyńską na próbie reprezentatywnej (N=2000, 984 mężczyzn i 1016 kobiet w wieku 16-69 lat). Badania te były poprzedzone badaniem pilotażowym w grudniu 2004 oraz maju i czerwcu 2005 r. na grupie badawczej N=240. Narzędziem badawczym był Kwestionariusz Stalking© (polska wersja językowa Questionario Stalking© - stworzony i stosowanego przez Massimo Lattanzi i Gaia Oddi, tłumaczenie – J. Skarżyńska, 17.09.2004). Przeprowadzone badania wykazały, iż:

- 12% osób badanych jest lub było ofiarą stalkingu;
- ofiarami stalkingu w 72% są kobiety a w 28% – mężczyźni;
- 63% ofiar stalkingu to kobiety w wieku poniżej 40 lat;
- 82% ofiar (mężczyzn i kobiet) wskazało na mężczyznę jako swojego prześladowcę;
- 75% sprawców to mężczyźni poniżej 40 roku życia;
- w 88% przypadków stalkingu istniała relacja znajomości między ofiarą i napastnikiem, z czego w 58% autorem stalkingu był partner lub była partnerka;
- średni okres prześladowania to półtora roku (18 miesięcy), dla 81% ofiar okres prześladowania trwał od kilku miesięcy do 2 lat; najdłuższy okres prześladowania to 8 lat;
- tylko 15% ofiar podało, iż fakt prześladowania zgłaszało policji (brak danych o formie tych zgłoszeń i krokach podjętych przez policję);
- u 62% ofiar doświadczenie stalkingu wpłynęło negatywnie na ich życie i zdrowie, wywołując poczucie zagrożenia, niepokój, zaburzenia psychosomatyczne i problemy w relacjach interpersonalnych (skutki psychiczne i relacyjne), w tym: zaburzenia niepokoju (ataki paniki, fobie itp.) – u 49% ofiar, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania itp. – u 22% ofiar, zmiany lub trudności w kontaktach interpersonalnych – u 57 % ofiar;
- 22% ofiar nie opowiedziało nikomu o tych wydarzeniach, 36% opowiedziało przyjacielowi, 12% - koledze z pracy, 62% - rodzinie, 53% - partnerowi, 8% - znajomym, 4% - ex-partnerowi;
- w 73,3% przypadków – prześladowanie już się zakończyło, a w 26% przypadków trwało w okresie przeprowadzanego badania.

Ofiary stalkingu

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

Sprawcy stalkingu

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

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

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

Stalker ma zafałszowane poczucie własnej wartości, silnie uzależnione od osoby, która

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

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

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

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

Relacja między ofiarą i sprawcą

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

Wzorzec zachowań stanowiących stalking

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

Wpływ doświadczenia stalkingu na ofiarę

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

zdrowotnych.

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

Prewencja w przypadku stalkingu

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

CYBERPRZEMOC

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

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

Cyberprzemoc to bardzo niebezpieczny rodzaj przemocy, który uderza bezpośrednio w społeczny wizerunek danej osoby, zwłaszcza, jeśli chodzi o publikowanie i rozpowszechnianie w sieci kompromitujących materiałów. Zamiarem internetowych chuliganów jest zdyskredytowanie konkretnej osoby lub grupy ludzi czy nawet całych społeczności. Takie działania wynikają z poczucia anonimowości lub bezkarności sprawców i ułatwane są np. zamieszczeniem witryny internetowej na serwerze w kraju, w którym pisemne groźby nie są przestępstwem.

Taka forma znęcania się nad swoimi ofiarami, zdaniem psychologów wynika z tego, że łatwiej poniżyć, dyskredytować i szykanować, gdy istnieje szansa ukrycia się za internetowym pseudonimem i nie ma potrzeby konfrontacji z ofiarą oko w oko. Prześladowanie przez Internet jest szczególnie groźne dlatego, że kompromitujące czy poniżające materiały są dostępne w krótkim

czasie dla wielu osób i pozostają w sieci na zawsze, jako kopie na wielu komputerach, nawet po ustaleniu i ukaraniu sprawcy.

Tego typu działania mogą prowadzić do:

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

Czyny noszące znamiona cyberprzemocy mogą być zakwalifikowane jako:

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

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

Symptomy ZUI:

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

Skutki Zespołu Uzależnienia od Internetu:

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

Dolegliwości somatyczne towarzyszące ZUI:

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

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

ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Odżywianie jest ważną sferą w życiu człowieka. Przeżywanie przez każdego stresy są częstym powodem zmiany apetytu (utrata lub nadmierny apetyt). Zmiany łaknienia często towarzyszą także chorobom somatycznym.

Do zaburzeń odżywiania zaliczane są :

- Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa),
- Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa),
- Przejadanie się.

Epidemiologia:

Jadłowstręt psychiczny występuje u 0,3-0,5 % populacji nastolatków i młodych kobiet. Szacuje się, że większość zachorowań przypada między 11 a 19 rokiem życia. Anoreksja około 20-krotnie częściej występuje u dziewczynki niż u chłopców. W przypadku bulimii stosunek chorujących dziewczynki do chłopców wynosi 30:1. U chłopców objawy pojawiają się zwykle później niż u dziewczynki.

U chłopców występuje **bigoreksja** czyli podejmowanie działań mających na celu powiększenie swojej masy ciała i muskulatury, co przeradza się w obsesję na punkcie rzeźby ciała. Przyczyną jest przekonanie o słabości, chudości ciała.

Jednym z zaburzeń odżywiania jest **ortoreksja**- obsesja na punkcie zdrowej, ekologicznej żywności i zdrowego trybu życia.

Przyczyny i powstawanie zaburzeń odżywiania

Przyczyny i mechanizmy zaburzeń odżywiania należy rozpatrywać indywidualnie dla każdej chorej osoby niemniej jednak warto uwzględnić model biopsychospołeczny. Uwzględnia on współwystępowanie czynników:

- indywidualnych (biologicznych i osobowościowych),
- rodzinnych,
- społeczno-kulturowych, których obecność może wpłynąć na początek i rozwój zaburzeń odżywiania.

Czynniki indywidualne:

- Pomniejszanie wartości swoich dokonań i możliwości intelektualnych,
- Samokrytycyzm,
- Mniejsze zaufanie do siebie,
- Wysokie ambicje przy jednoczesnym braku zadowolenia z dotychczasowych osiągnięć,
- Podatność na krytykę ze strony innych.

W anoreksji podkreśla się dodatkowo stłumioną emocjonalność, nadmierną samokontrolę i nieśmiałość, a w bulimii: impulsywność, skłonność do depresji i problemy z samokontrolą.

Wymienione cechy wynikają z uwarunkowań genetycznych natomiast na ich ujawnienie wpływa środowisko rodzinne (jego specyfika), w którym dziecko dorasta.

Wśród czynników indywidualnych ważne jest uwzględnienie specyfiki wieku dojrzewania, który sam w sobie jest jednym z najtrudniejszych stadiów rozwojowych w życiu człowieka. Szybki przyrost masy ciała, zmiany proporcji sylwetki, osiągnięcie dojrzałości płciowej są powodem licznych niepokojów młodych ludzi. Zmieniające się ciało potęguje tendencję do skupiania na nim uwagi. Nadmierna koncentracja na zmieniającej się sylwetce popycha też do szukania sposobów by

te, nie zawsze przyjemne, procesy zatrzymać lub przynajmniej spowolnić.

Czynniki socjologiczno-kulturowe:

W powstawaniu zaburzeń odżywiania coraz większą rolę odgrywa przekaz medialny i społeczny na temat standardów piękna i atrakcyjności fizycznej.

Nasila się tendencja do oceniania ludzi na podstawie wyglądu. Smukła sylwetka jest kojarzona z silną wolą, wytrwałością, dbaniem o siebie, sukcesem, zdrowiem. Kult szczupłego ciała jest wzmacniany przez środki społecznego przekazu i media społecznościowe.

Anoreksja to schorzenie o podłożu psychicznym, którego istotą jest świadome, rygorystyczne ograniczenie ilości przyjmowanych pokarmów oraz silne koncentrowanie się na wyglądzie i masie ciała powiązane z lękiem przed przybraniem na wadze.

Anoreksję diagnozuje się, gdy występują cztery z wymienionych poniżej objawów:

- spadek masy ciała prowadzący do co najmniej 15% spadku poniżej prawidłowej lub oczekiwanej w stosunku do wieku i wzrostu (BMI wynosi poniżej 17,5);
- spadek masy ciała narzucony przez pacjenta poprzez unikanie "tuczącego" pożywienia; utrata masy ciała jest spowodowana unikaniem kalorycznych pokarmów, ciągłe ich unikanie prowadzi do prawie całkowitej eliminacji pożywienia;
- występowanie czynności takich jak:
 - prowokowanie wymiotów;
 - przeczyszczanie (w tym zażywanie specjalnych środków przeczyszczających);
 - wyczerpujące ćwiczenia fizyczne;
 - stosowanie leków tłumiących łaknienie;
 - używanie środków moczopędnych (diuretycznych);
- samoocenywanie siebie jako osoby otyłej (zaburzający obraz siebie oraz swojego ciała i jednoczesny strach przed przytyciem) oraz narzucanie sobie bardzo niskiego progu masy ciała (poniżej bezpiecznych dla zdrowia i życia norm);
- natrętne myśli (nadwartościowanie, nadwrażliwość) w obawie przed otyłością lub przytyciem.

Typy anoreksji:

1. typ restrykcyjny – chory konsekwentnie i skutecznie ogranicza przyjmowanie pokarmu do ilości minimalnych,
2. typ bulimiczny- chory miewa okresy przejadania się lub prowokowania wymiotów i nadużywania leków przeczyszczających.

Sygnaly mogące świadczyć o anoreksji:

- silny lek przed przybraniem na wadze,
- dążenie do niedowagi, poczucie sukcesu z każdym traconym kilogramem,
- nieprawidłowe ocenianie własnego ciała jego wymiarów i kształtu sylwetki,
- zanik miesiączki,
- niechęć do jedzenia w miejscach publicznych w towarzystwie innych osób,
- gotowanie dla innych „karmienie się karmieniem innych”,
- intensywna aktywność fizyczna,
- wyrzucanie jedzenia, kłamanie o liczbie zjedzonych posiłków, wymyślanie sposobów na omijanie posiłków,

Objawy fizyczne:

- ciągłe uczucie zimna,
- zaburzenia rytmu serca,
- omdlenia,
- zawroty głowy,
- osłabienie zębów i dziąseł,
- wypadanie włosów,

- łamliwe paznokcie,
- szara skóra,
- specyficzny meszek na skórze jako następstwo hipotermii.

Objawy psychologiczne:

- faza początkowa: euforia i duma z osiągniętych efektów i towarzyszące temu podkreślanie efektów np. poprzez strój,
- kolejna faza to rozdrażnienie i apatia jako skutek postępującego wyniszczenia organizmu,
- faza końcowa: depresja i pogłębiająca się izolacja od rodziny i przyjaciół, myśli samobójcze.

Grupy szczególnie narażone na wystąpienie zaburzeń odżywiania:

- dzieci z nadwagą, które mają za sobą pierwsze komentarze dotyczące nieodpowiedniego wyglądu,
- dzieci trenujące sport, który wymaga zachowania odpowiedniej sylwetki,
- dzieci rodziców szczególnie dbających o wygląd i sprawianie dobrego wrażenia,
- dzieci nieśmiałe (szczególnie dziewczęta), które w odchudzaniu upatrują sposobu na bycie silną i ważną.

Bulimia to zaburzenie którego istotą są nawracające epizody objadania się, wynikające z przegłodzenia i napięcia emocjonalnego.

Rozpoznanie jej (wbrew utrwalonym mitom) nie wymaga obecności prowokowania wymiotów lecz jakiegokolwiek sposobu przeciwdziałania tyciu po napadzie objadania się, np. używanie środków przeczyszczających, uprawianie nadmiernych, intensywne ćwiczeń fizycznych lub ponowne rozpoczęcie głodówki.

Kryteria rozpoznania bulimii:

1. Nawracające epizody objadania się. Epizod charakteryzuje się obiema z wymienionych cech:
 - jedzenie w wyodrębnionym czasietakiej ilości pożywienia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie i podobnych okolicznościach,
 - poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie takiego epizodu (poczucie że nie można przestać jeść)
2. Nawracające, nieodpowiednie zachowania kompensacyjne podejmowane w celu zapobiegania przytyciu np. prowokowanie wymiotów, używanie leków przeczyszczających, moczopędnych, głodówka, intensywne ćwiczenia fizyczne.
3. Obydwa - objadanie się i zachowania kompensacyjne występują co najmniej raz w tygodniu przez 3 miesiące.
4. Samoocena jest zdominowana nadmierną koncentracją na kształcie i masie ciała.

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

Rolą dietetyka jest ustalenie diety złożonej z kilku, nie dużych posiłków. Każda dieta i tak będzie traktowana przez chorą jako zbyt dużą. Z drugiej strony jeżeli będzie odczuwać głód z powodu spożywania zbyt małych posiłków rośnie prawdopodobieństwo wystąpienia epizodu objadania się.

Psychiatra musi ocenić, czy występują u chorej zaburzenia depresyjne i nasilenie tych zaburzeń. Często występują obok bulimii takie schorzenia jak choroby afektywne, zaburzenia osobowości.

Psycholog jest tą osobą na którą spada główny ciężar prowadzenia pacjenta, głównie wykorzystując terapię behawioralno – poznawczą. Sama terapia powinna trwać długo, obejmując również sesje terapii rodzinnej. Dobre efekty daje terapia grupowa. Często terapeuci podchodzą do bulimii, jak do uzależnienia, udowadniając obecność licznych wspólnych mechanizmów zachowań

(jedzenie traktując jako narkotyk). Jest to z kolei ostro krytykowane przez innych, traktujących to schorzenie w zupełnie odmiennych kategoriach.

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

ZABURZENIA AFEKTYWNE TYPU DEPRESYJNEGO

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

Stan maniakalny cechuje się:

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

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

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

Zaburzenia depresyjne należą one do najczęściej występujących problemów zdrowotnych współczesnych czasów, są uznawane za poważny problem społeczny.

Około 10% populacji cierpi na depresję. Najczęściej ujawnia się pomiędzy 15. a 30. rokiem życia oraz w podeszłym wieku, zachorować mogą także dzieci.

25% epizodów trwa krócej niż jeden miesiąc. 50% ustępuje przed upływem trzech miesięcy. Depresja ma skłonność do nawrotów. 75% chorych zachoruje ponownie w ciągu 2 lat od wyleczenia poprzedniego epizodu.

Na depresję częściej chorują kobiety niż mężczyźni.

Około 15% pacjentów z ciężką depresją umiera wskutek samobójstwa, 20-60% chorych na depresję próbuje sobie odebrać życie, 40-80% ma myśli samobójcze.

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

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

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

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

Objawy podstawowe:

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

Objawy dodatkowe:

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

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

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

Rozpoznanie (objawy przez co najmniej dwa tygodnie):

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

Postacie depresji:

- **depresja endogenna – jednobiegunowa.** Uważa się, że nie ma ona żadnej konkretnej przyczyny zewnętrznej ani konkretnego wydarzenia życiowego. Depresja ta wywołana jest przez zaburzenia funkcjonowania mózgu, głównie systemu hormonalnego lub nerwowego (spadek noradrenaliny i serotoniny). Choroba ta powoduje poważne zakłócenia funkcji psychicznych i fizycznych.
- **depresja reaktywna.** Powstaje w wyniku reakcji na jakieś przykre wydarzenie w życiu pacjenta. Najczęściej wydarzeniem tym jest utrata czegoś. Poczucie straty, które owocuje depresją reaktywną, może być zarówno natury duchowej, materialnej jak i ludzkiej. Szczególną i najczęstszą odmianą depresji reaktywnej jest depresja w żałobie, która pojawia się jako reakcja na utratę bliskiej osoby.
- **dystymia** jest przewlekłą formą depresji o niewyjaśnionym podłożu. Dystymią nazywamy zaburzenie, którego objawy są mniej nasilone niż depresji endogennej, jednak zdecydowanie bardziej przewlekłe, utrzymują się miesiącami (często latami). Nieleczona dystymia może trwać nawet całe życie.

Do objawów dystymii należą:

- ✓ wycofanie się z życia towarzyskiego i społecznego,
 - ✓ trudności w koncentracji i podejmowaniu decyzji,
 - ✓ zaburzenia snu,
 - ✓ drażliwość i / lub apatia,
 - ✓ zmiany ciężaru ciała, zarówno chudnięcie, jak i przybieranie na wadze.
- **depresja dwubiegunowa**, właściwie nazywana **chorobą afektywną dwubiegunową CHAD**, to zaburzenie psychiczne, którego przebieg złożony jest z trzech komponentów - elementu depresyjnego, w którym pacjent ma pełne objawy depresji endogennej, elementu manii - w którym pacjent staje się hiperaktywny i pobudzony oraz elementu pozornego zdrowia psychicznego. Wszystkie elementy przeplatają się ze sobą najczęściej w cyklu mania - depresja - zdrowie. W tej formie zaburzenia afektywnego, pacjent porusza się po kontinuum obniżonego i podwyższonego nastroju, najczęściej łądując na przeciwległych jego krańcach, choroba nosi nazwę dwubiegunowej.
 - **deresja 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, że nie ma gdzie się zwrócić po pomoc

Co widzisz?

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

WSPARCIE OTOCZENIA

Depresja to bardzo niebezpieczna choroba, która w niektórych przypadkach może doprowadzić nawet do samobójstwa osoby, która się z nią zmagają. Dlatego tak istotnym jest, by nie lekceważyć symptomów choroby jakie pojawiają 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 wspomaganą lekami da bardzo duże szanse na poprawę stanu zdrowia osoby chorej na depresję.

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

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

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

Pomagając bliskiemu uporać się z depresją musimy uzbroić się w cierpliwość. Życie z taką osobą

nie jest ani łatwe, ani przyjemne. Trzeba wykazać się dużym zrozumieniem, siłą, tolerancją i miłością, by wytrzymać ten trud i być wsparciem dla chorego.

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

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

Metody leczenia zaburzeń depresyjnych

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

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

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

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

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA

Niepełnosprawność intelektualna, to zaburzenie rozwojowe polegające na znacznym obniżeniu ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą deficyty w zakresie zachowań adaptacyjnych (w szczególności niezależności i odpowiedzialności). Nie jest to jednostka chorobowa, lecz zespół objawów towarzyszących wielu chorobom genetycznym (np. zespół Downa), neurologicznym (m.in. mózgowo porażenie dziecięce), metabolicznym, będących następstwem zmian w życiu prenatalnym lub urazów fizycznych doznanych w okresie dzieciństwa.

Niepełnosprawność intelektualną można rozpatrywać w dwóch aspektach:

- kliniczno - medycznym - wówczas termin ten oznacza wrodzone lub istniejące od dzieciństwa obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego,
- psychologiczno - społecznym - wówczas główny nacisk kładziony jest na społeczny aspekt upośledzenia, na jego konsekwencje dla umiejętności interpersonalnych i samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie (chodzenie do szkoły, pracy, załatwianie spraw formalnych, prowadzenie domu)

Klasyfikacja deficytów intelektualnych

Stopień niepełnosprawności	IQ Wechslera	Poziom intelektualny	Krótką charakterystyka
lekki	69 - 55	10 - 12 rok życia	umiejętności językowe pozwalające na posługiwanie się mową do codziennych potrzeb i podtrzymywania rozmowy. Niezależność w zakresie samoobsługi (jedzenie, mycie, ubieranie się, kontrola zwieraczy). Potencjalna zdolność do pracy, głównie wymagającej praktycznych umiejętności.
umiarkowany	54 - 35	6-9 rok życia	ograniczony zakres rozumienia i posługiwania się mową. Upośledzone funkcjonowanie w zakresie samoobsługi i umiejętności ruchowych. Osoby te potrzebują najczęściej codziennego nadzoru, potrafią jednak wykonywać proste, praktyczne czynności. Są zdolne do nawiązywania kontaktu, porozumiewania się i angażowania w proste społeczne działania.
znaczny	34 - 20	3-6 rok życia	funkcjonowanie podobne jak u osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym. Częściej pojawia się znaczne uszkodzenie aparatu słuchowego, gorszy jest rozwój mowy. Występują inne deficyty wskazujące na istotne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.
głęboki	poniżej 20	maks. 3. rok życia	znaczne ograniczenia w porozumiewaniu się, głęboko zaburzone funkcje ruchowe, zmiany neurologiczne, częste są uszkodzenia wzroku i słuchu. Brak zdolności dbania o podstawowe potrzeby życiowe. Wymagany nadzór przy wszystkich podstawowych czynnościach.

Autyzm dziecięcy i zespół Aspergera

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

W przypadku autyzmu dziecięcego i zespołu Aspergera objawy dotyczą:

- zaburzeń interakcji społecznych,
- zaburzeń porozumiewania (dwustronnej komunikacji słownej i bezsłownej),
- występowania powtarzających się, ograniczonych i stereotypowych wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności.

Interakcje społeczne:

Osoby w spektrum autyzmu nie rozumieją intuicyjnie reguł kontaktów z ludźmi np. kto i kiedy powinien mówić podczas rozmowy, jak zaprosić rówieśnika do zabawy.

- dziecko wydaje się być niezainteresowane ludźmi lub nieświadome ich obecności,
- nie potrafi inicjować kontaktu, bawić się wspólnie, zdobywać przyjaciół,
- nie lubi być dotykane, trzymane na rękach lub przytulane,
- w zabawie nie wchodzi w rolę,
- nie angażuje się w zabawy w grupie,
- nie naśladuje,
- nie używa zabawek w kreatywny sposób,
- nie bawi się na niby np. udawanie, że jedna rzecz jest inną np. miska to kapelusz, łyżka to mikrofon,
- ma trudności w rozumieniu uczuć lub mówieniu o uczuciach,
- wydaje się nie słyszeć, kiedy inni zwracają się do niego,
- nie dzieli się osiągnięciami lub zainteresowaniami np. zabawkami, rysunkami.

Komunikacja:

Część osób w spektrum autyzmu (ok. 30%) nie mówi lub używa małej ilości słów, inne osoby uczą się mowy z opóźnieniem a jeszcze inne bardzo szybko uczą się mówić i chętnie posługują się skomplikowanym słownictwem. Mowa może być odbierana jako nietypowa. Osoby w spektrum autyzmu często mają trudność w komunikacji niewerbalnej tzn. rozumieniu i stosowaniu gestów, wyrazów twarzy lub nawiązywaniu kontaktu wzrokowego.

Komunikacja niewerbalna:

- dziecko unika kontaktu wzrokowego,
- jego mimika twarzy jest niedostosowana do wypowiedzi,
- ma trudności z odczytywaniem mimiki twarzy, tonu głosu, gestów rozmówcy,
- wykonuje tylko nieliczne gesty w celach komunikacyjnych tj. wskazywanie szafki w celu otrzymania ulubionej zabawki.

Komunikacja werbalna (mowa):

- dziecko mówi nietypowym tonem głosu lub z nietypowym rytmem mowy np. wymawianie każdego zdania jak pytania,
- powtarza słowa lub zdania tzw. echolalia np. w odpowiedzi na pytanie, powtarza je, zamiast udzielenia odpowiedzi,
- mówi o sobie w 3 osobie tj. Janek chce jabłko – zamiast: ja chcę jabłko,
- agramatyzmy – nie uwzględnia w mowie form, odmiany wyrazów, wypowiada wyrazy w niepoprawnej formie gramatycznej,
- wypowiedzi sprawiają wrażenie nieadekwatnych do sytuacji,
- dziecko ma trudność w komunikowaniu potrzeb lub pragnień,
- bierze wypowiedzi zbyt dosłownie – nie rozumie poczucia humoru, ironii, metafor.

Powtarzalne, stereotypowe zachowania:

Wiele osób z autyzmem lubi niezmienną otoczenia oraz przywiązuje się do rutyn. Część osób ma intensywne pasje.

- dziecko silnie przywiązuje się do rutyny np. nalega na codzienne chodzenie dokładnie tą samą drogą do szkoły,
- ma trudności z adaptacją do zmian w planie lub w środowisku np. płacze, kiedy przestawimy meble lub kiedy ma pójść do szkoły o innej godzinie niż zwykle,
- przywiązuje się silnie do niektórych zabawek lub obiektów tj. klucze, włączniki światła, nitki,
- spędza dużo czasu na zgłębianiu zainteresowania wąską dziedziną wiedzy np. rozkłady jazdy tramwaju, dinozaury, liczby, odkurzacze określonej marki,

- spędza dużo czasu na układaniu zabawek w specyficzny sposób, obserwowaniu poruszających się przedmiotów np. wentylator, pralka; lub koncentruje się na specyficznej części przedmiotu np. kółko od auta,
- wielokrotnie powtarza ruchy takie jak trzepotanie rękami na wysokości oczu, kręcenie się wokół własnej osi – tzw. stereotypie ruchowe lub autostymulacje.

Wiele osób z autyzmem ma zaburzenia sensoryczne. Mogą to być **nadmiernie lub bardzo słabe reakcje** na doświadczenia zmysłowe: zapachy, dotykana fakturę przedmiotów, smaki, dźwięki, np. dziecko reaguje na ciche dźwięki tak jakby były zbyt głośne, dziecko zdaje się nie czuć kiedy upadnie i rozbije kolano, dziecko płacze kiedy dotyka piasku.

INSTYTUCJE POMOCOWE

❖ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Zadania:

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

Do kogo kierowana jest pomoc?

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

Z kim współpracuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR)?

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

- stowarzyszeniami.

❖ OŚRODKI INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

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

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

Jak funkcjonują ośrodki?

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

Zakres pomocy udzielanej przez ośrodki

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

❖ PORADNIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

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

Do zadań Poradni Zdrowia Psychicznego należy:

- diagnostyka
- leczenie

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

Konsultacje udzielane są przez lekarza psychiatrę i psychologa klinicznego. Poradnia nie jest objęta rejonizacją. Pacjenci leczeni są na własne życzenie, a jeśli zachodzą okoliczności uzasadniające potrzebę leczenia szpitalnego lekarz psychiatra kieruje pacjenta do szpitala.

❖ **PORADNIE PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNE**

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

Do zadań poradni należy w szczególności:

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

Poradnia realizuje powyższe zadania w szczególności przez:

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

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

- z innymi poradniami psychologiczno-pedagogicznymi działającymi w systemie oświaty, wytypowanymi przez Kuratora Oświaty do prowadzenia badań specjalistycznych dzieci

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

Poradnia 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 pozostaje pod wpływem opieki częściowej i na ogół dni wolne od nauki (soboty, niedziele, święta, ferie itp.) spędzają w domach rodzinnych.

Natomiast dzieci przyjęte na podstawie postanowień sądu przybywają w placówkę 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 umieszczenia 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 rozeznaczonych 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;
 - dożywanie dzieci;
 - sprawienie pogrzebu, w tym osobom bezdomnym;
 - kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu;
 - sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, również w wersji elektronicznej, z zastosowaniem systemu informatycznego;
 - utworzenie i utrzymywanie ośrodka pomocy społecznej, w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników.
2. Zadania własne gminy, do których należy:
 - przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych;
 - przyznawanie i wypłacanie pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie w formie zasiłków, pożyczek oraz pomocy w naturze;
 - prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki;
 - podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznaczonych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych.

3. Zadania zlecone z zakresu administracji rządowej realizowane przez gminę, do których należy:
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych;
 - opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ;
 - organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków związanych z klęską żywiołową lub ekologiczną;
 - prowadzenie i rozwój infrastruktury środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia.
4. Zadania wynikające z innych ustaw.

❖ SZPITALY PSYCHIATRYCZNE

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

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

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

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

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

❖ PORADNIE PROFILAKTYKI I TERAPII UZALEŻNIEŃ

Celem Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień jest stworzenie oferty pomocy psychoterapeutycznej dla osób zagrożonych uzależnieniem, uzależnionych od narkotyków alkoholu oraz eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi (narkotyki i alkohol). Program

szeroko rozumianej terapii uzależnień ma na celu zwiększenie dostępności do specjalistycznej pomocy terapeutycznej dla tychże osób i ich rodzin poprzez: indywidualne konsultacje dla osób dotkniętych problemem narkomanii, alkoholizmu; pomoc rodzicom w formie konsultacji; prowadzenie indywidualnej terapii motywacyjnej zmierzającej do podjęcia terapii stacjonarnej zorientowanej na zmianę; diagnozowanie stopnia uzależnienia od narkotyków, alkoholu.

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

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

Bibliografia

- Zimbardo P. „Psychologia i życie”
- Aronson E. „Psychologia społeczna”
- Strelau J. „Psychologia” tom I, II, III
- Johnston J. „Psychologia dla żółtodziobów”
- Król M., Panasiuk L., Szponar E. „Ostre zatrucia”
- Piotrowski J. „Podstawy toksykologii”
- Szukalski B. „NARKOTYKI – kompendium wiedzy o środkach uzależniających”
- Vetulani J. „MÓZG – fascynacje, problemy, tajemnice”
- Wanat W., Narkotyki i narkomania”
- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L. „Psychopatologia”
- Krzyżowski J. „Psychiatria transkulturowa”
- Jerzak M. „Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość.”
- Sęk H. (red.) „Psychologia kliniczna. T.2”
- Grzesiuk L. „Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy”
- Popielarska A., Popielarska M. „Psychiatria wieku rozwojowego”
- Materiały internetowe: www.psychologia.net.pl, www.cyberprzemoc.pl,
www.psychologia.pl, www.pokonacdepresję.pl, portal.abczdrowie.pl, www.psychiatria.pl