

Analiza badań oraz informacja o podjętych działaniach dotyczących profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkołach powiatu lubaczowskiego

Obserwując zachowania młodzieży, zmiany cywilizacyjne w społeczeństwie oraz problematykę z jaką klienci zgłaszają się do poradni wystąpiliśmy z inicjatywą rozpoznania nasilenia zaburzeń.

Pierwszym działaniem było skonstruowanie i przeprowadzenie ankiety w szkołach, a następnie zorganizowanie wojewódzkiej konferencji na temat „Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Jak je rozumieć i jak im pomagać?”

1. Opis narzędzia badawczego

Narzędzie badawcze (ankieta) została skonstruowana w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Lubaczowie.

Badanie zostało przeprowadzone w marcu 2010 roku na terenie całego powiatu lubaczowskiego i obejmowało wszystkie szkoły . Ankietę wypełniali pedagodzy szkolni. Celem badań było sporządzenie wielowymiarowej charakterystyki szkół i występujących w nich problemów, poznanie specyfiki występowania zaburzeń zdrowia psychicznego oraz przeciwdziałanie tym problemom.

Wzór ankiety wysłanej do szkół przedstawiono w aneksie do raportu.

Odpowiedzi zostały przesłane przez szkołę drogą e-mailową.

2. Analiza materiału empirycznego.

Ankiety rozesłano do 51 szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. W badaniach na temat ”Zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży” wzięło udział 15 szkół.

Ze wszystkich szkół, które odesłały informacje w 73% kadra szkolna obserwuje przypadki uczniów, których funkcjonowanie może wskazywać na zaburzenia zdrowia psychicznego, ale tylko w 54% przypadki te zgłaszane są szkołom przez rodziców.

Najczęściej wymienianymi przez rodziców zaburzeniami występującymi u ich dzieci są kolejno: nerwice (41%), zaburzenia lękowe (32%), depresja (12%). Ponadto rodzice zgłaszają szkołom przypadki autyzmu, zespołu Aspergera, ADHD, mutyzmu, nerwicy natręctw. W żadnej szkole biorącej udział w badaniach rodzice nie zasygnalizowali przypadków występowania u swoich dzieci anoreksji i bulimii.

Obserwacje nauczycieli potwierdzają zgłaszane przez rodziców przypadki zaburzeń, choć ich ilość według nich jest o połowę większa. Również nauczyciele najczęściej obserwują wśród uczniów nerwice (58%), zaburzenia lękowe (33%), depresje (4%) oraz sygnalizują anoreksję (1%), natręctwa, zaburzenia emocjonalne, mutyzm. Przypadki bulimii nie są zgłaszane przez rodziców, ani obserwowane przez nauczycieli.

64% szkół nie zauważa przypadków uzależnień wśród uczniów. W szkołach w których obserwuje się przypadki uzależnień najczęściej wymienia się uzależnienia od nikotyny (89%), alkoholu (11%). Szkoły nie potwierdzają uzależnień od narkotyków.

W ostatnich latach w szkołach dało się zauważyć przypadki samookaleceń, problem ten sygnalizuje 33% szkół, natomiast próby samobójcze 20%. Nie odnotowano samobójstw.

Ze wszystkich szkół biorących udział w ankiecie w ponad połowie znajdują się uczniowie z trudną do opanowania agresją.

W zakresie problematyki związanej ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży szkoły oczekują od poradni następujących form wsparcia:

- pogadanki ogólne psychologa z uczniami,
- zajęcia i konsultacje prowadzone przez psychologów zarówno dla nauczycieli, rodziców i dzieci – omówienie istoty problemu, rola rodziców w terapii zaburzeń,
- systematyczne konsultacje indywidualne z uczniami (minimum raz w miesiącu),
- organizowanie szkoleń związanych z tym tematem,
- pogadanka lub zajęcia warsztatowe dla uczniów na temat radzenia sobie ze stresem oraz z nadmiarem negatywnych emocji w tym również agresji,
- przeprowadzenie zajęć dla dzieci i młodzieży dotyczących profilaktyki uzależnień oraz zajęć kształujących umiejętności właściwego sterowania emocjami,
- okresowo szkolenia dla nauczycieli odnośnie pracy z uczniami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, informacje o konkretnych instytucjach zajmujących się powyższymi problemami, materiały lub odnośniki do źródeł na w/w temat, które mogłyby być wykorzystane w pracy szkoły (np. spotkania z rodzicami) lub organizowanie na terenie szkoły szkolenia na ten temat
- zajęcia terapeutyczne z udziałem dzieci i ich rodziców,
- poradnictwo dla rodziców w zakresie wykrywania problemów psychicznych swoich dzieci (spotkania, prelekcje),
- skuteczne diagnozowanie dzieci w zakresie trudności w nauce, określenie problemów dotyczących rozwoju dzieci i opracowanie programu działań, który miałby pomóc dzieciom w przezwyciężaniu ich trudności oraz zmniejszaniu stresu związanego z niepowodzeniami szkolnymi,
- pedagogizacja rodziców,
- stworzenie grup terapeutycznych dla dzieci agresywnych,
- terapia uzależnień od Internetu.

3. Wnioski

Prezentowane wyniki analizy zebranych przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną dają niepełny obraz wyników badań ponieważ ze wszystkich wysłanych ankiet tylko 15 szkół odesłało ankietę.

Na przyszłość pragniemy poprawić rzetelność badań. Nawiążemy bliższą współpracę z pedagogami szkolnymi i wychowawcami dla lepszego zrozumienia zagadnień, jednorodnego sposobu wypełniania ankiety i wypracowania wspólnych procedur postępowania w profilaktyce.

Wskazane jest bardziej wnikliwy wgląd w problematykę zachowań ryzykownych oraz zwiększenie liczby specjalistów w szkole zajmujących się zagadnieniem uzależnień i zaburzeń zachowania. Działania

4. Aneks – kwestionariusz ankiety użyty w badaniach.

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

W maju 2010 r. odbędzie się konferencja poświęcona w/w problematyce, którą przygotowujemy z udziałem specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego. Zebrane w ankiecie wyniki posłużą ustaleniu zakresu tematycznego konferencji oraz wykorzystane zostaną do podjęcia działań poradni wspierających szkoły w radzeniu sobie z zasygnalizowanymi problemami. Oprócz tego na konferencji zaprezentujemy wyniki ankiety w postaci raportu prezentującego skalę zjawiska w powiecie lubaczowskim.

Ze względu na bardzo duże znaczenie Państwa odpowiedzi jeszcze raz proszę o wypełnienie załączonej ankiety i przesłanie jej drogą e-mailową lub pocztą.

WZÓR ANKIETY

Nazwa szkoły:

1. Czy w szkole zdarzają się uczniowie, których rodzice zgłosili zaburzenia zdrowia psychicznego? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

a) tak

b) nie

2. Proszę wymienić liczbę uczniów zgłoszonych przez rodziców z następującymi zaburzeniami:

a) zaburzenia lękowe – liczba uczniów:

b) bulimia – liczba uczniów:

c) anoreksja – liczba uczniów:

d) depresja – liczba uczniów:

e) nerwice – liczba uczniów:

f) inne (jakie?).....

3. Czy obserwują Państwo w szkole uczniów, których funkcjonowanie może wskazywać na zaburzenia zdrowia psychicznego? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

a) tak

b) nie

4. Jeśli tak, to proszę wskazać rodzaj zaburzeń i liczbę uczniów:

a) zaburzenia lękowe – liczba uczniów:

b) bulimia – liczba uczniów:

c) anoreksja – liczba uczniów:

d) depresja – liczba uczniów:

e) nerwice – liczba uczniów:

f) inne (jakie?)

5. **Czy zdarzają się wśród uczniów przypadki uzależnienia?** (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

a) tak

b) nie

6. **Liczba uczniów uzależnionych od:**

a) nikotyny -

b) alkoholu -

c) narkotyków -

7. **Czy występowały w szkole w ostatnich latach wśród uczniów przypadki:** (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

a) samookaleczeń: tak, nie

b) prób samobójczych: tak, nie

c) samobójstw: tak, nie

8. **Czy występują w szkole uczniowie z trudną do opanowania agresją?** (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

a) tak

b) nie

c) liczba uczniów -

9. **Jaki rodzaj wsparcia ze strony poradni jest dla Państwa najbardziej potrzebny w zakresie problematyki związanej ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży?**

.....
.....
.....
.....

Program Konferencji
„Dzieci i młodzież z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Jak je rozumieć i jak im pomagać?”

10 maja 2010 r.
Miejski Dom Kultury w Lubaczowie, ul M. Konopnickiej 2

9:30 – 10:00 – Rejestracja uczestników

10:00 – 10:15 – Otwarcie konferencji

10:15 – 11:30 – Promocja zdrowia psychicznego w szkole:

- potrzeby i rozumienie zdrowia psychicznego oraz kształtowanie poczucia własnej wartości;
- skuteczne słuchanie i opowiadanie oraz komunikowanie się i asertywność;
- radzenie sobie ze stresem;
- profilaktyka wychowawcza i zagrożeń dzieci i młodzieży w środowiskach ich życia.

Prowadzący: *dr Danuta Skulicz - docent na Wydziale Nauk Humanistycznych Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego. Wieloletni zastępca dyrektora Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz prezes Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego. Autorka licznych artykułów i opracowań naukowych. Redaktor naukowy pięciu monografii, w tym dwu obejmujących zagadnienia dotyczące konstruowania programów.*

11:30 – 11:45 – Przerwa kawowa

11:45 – 13:00 – Depresja u dzieci i młodzieży (przyczyny, diagnoza, profilaktyka):

- specyfika czasów, w jakich żyjemy, jako silna kulturowa i ekonomiczna przyczyna depresji;
- objawy depresji i jej obraz kliniczny – diagnoza;
- epidemiologia depresji u dzieci i młodzieży;
- przyczyny depresji – rola środowiska domowego i szkolnego;
- odmienność przyczyn depresji u dziewcząt i chłopców;
- profilaktyka depresji – rola szkoły i rodziców.

Prowadzący: *Beata Kielbasa - psycholog praktyk, pracuje w zakładzie karnym, gdzie codziennie ma kontakt z wszelkimi formami patologii społecznej. Prowadzi zajęcia terapeutyczne i edukacyjne dla osób dotkniętych chorobami, zna ich sposób myślenia i motyw. Prowadzi szkolenia z tej problematyki dla nauczycieli, pedagogów, wychowawców, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych.*

13:00 – 13:45 – Przerwa obiadowa

13:45 – 15:00 – Czym jest norma i patologia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży?:

- różne sposoby rozumienia pojęcia normy w psychologii klinicznej dziecka;
- zachowania adaptacyjne a zachowania zaburzone;
- czynniki obniżające tzw. odporność psychiczną;
- wiek dziecka a typowe i zaburzone reakcje emocjonalne.

Prowadzący: *dr Aneta Borkowska - doktor w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii w Instytucie Neuropsychologii UMCS, specjalność naukowa: psychologia kliniczna dziecka, neuropsychologia rozwojowa.*

15:00 – 16:00 – Zachowania autoagresywne (zaburzenia odżywiania, autoagresja, samookaleczenie, próby samobójcze):

- autoagresja - definicja i rodzaje oraz mechanizm zachowań;
- próby samobójcze, samouszkodzenia – mity i fakty;
- uszkadzanie siebie jako patologiczny sposób radzenia sobie z emocjami;
- anoreksja, bulimia, otyłość jako zachowania autoagresywne;
- zaburzenia odżywiania – mity i fakty, rola czynnika kulturowego;
- anoreksja, bulimia, otyłość jako forma radzenia sobie z emocjami;
- najnowsze podejście – zaburzenia odżywiania jako uzależnienie;
- wzajemne wpływy i powiązania zachowań autoagresywnych;
- profilaktyka autoagresji.

16:00 – 16:10 – Zakończenie konferencji.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Anoreksja, bulimia, otyłość

Zaburzenie odżywiania – pojęcie używane na określenie niewłaściwych nawyków i postaw wobec przyjmowania pokarmów, percepcji masy ciała, sylwetki, proporcji jak i zaburzonej kontroli masy ciała. Postawa jest stałą tendencją, oceną ludzi, zjawisk, przedmiotów, może mieć wymiar pozytywny.

Trzy komponenty:

- poznawczy (co osoba myśli na temat jedzenia),
- emocjonalny (uczucia),
- behawioralny (jakie podejmuje czynności).

Jakie są klasyfikacje:

DSM IV (Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne) – dzielimy na dwie grupy:

- zaburzenia kliniczne (pełno objawowe) tu muszą wystąpić wszystkie objawy w przebiegu choroby, jeżeli którykolwiek nie wystąpi to jest to zaburzenie subkliniczne,
- zaburzenia subkliniczne (niepełno objawowe), nie występują wszystkie objawy zaburzeń klinicznych tylko niektóre z nich. Do grupy tej zaliczmy: odmowa przyjmowania pokarmów, żucie i wypluwanie, pojadanie nocne.

W Polsce obowiązuje klasyfikacja:

ICDX (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) – zespoły behawioralne z czynnikami fizjologicznymi. Istnieje też próba klasyfikacji kontinuum od normalnych do patologicznych zachowaniach skończywszy.

Istnieje klasyfikacja amerykańskiego towarzystwa pediatrycznego (DSM PC) opracowana dla diagnozy zaburzeń dzieci i młodzieży.

Obejmuje dwa poziomy:

- odchylenia od prawidłowych nawyków żywieniowych,
- pierwsze istotne objawy zaburzeń jedzenia.

Zaburzenia odżywiania nie są wymysłem współczesności, w czasach współczesnych dzięki rozwojowi medycyny jedynie wyodrębniono je i nazwano. W drugiej połowie XX wieku zaczęto dostrzegać rolę czynników kulturowych i opisano nowe jednostki chorobowe.

Termin anoreksja pochodzi z greckiego an + oreksis (brak + pożądania), pierwsze przypadki dobrowolnego głodzenia się rejestrowano w czasach starożytnych.

Wraz z rozwojem medycyny zaczęli podkreślać patologię tego zjawiska. W XVII w. lekarz Richard Morton jako pierwszy opisał objawy tej choroby. Dopiero XIX w. W. Guli i Ch. Lasegue wprowadzili pojęcie anoreksja nerwowa i podali za przyczynę czynniki psychiczne. W XX w wprowadzono liczne badania nad wpływem czynników biologicznych, psychicznych i społeczno - kulturowych na przebieg i rozwój choroby. Badania prowadził Salvador Minuchin, który stworzył koncepcję rodziny psychosomatycznej.

Obraz kliniczny anoreksji. Cechą charakterystyczną jest stałe i znaczne ograniczenie przyjmowania pokarmu (wysokoenergetycznych) często w połączeniu z zachowaniami kompensacyjnymi (ćwiczenia, wymioty, środki przeczyszczające, moczopędne itp.) co służy uniknięciu lub utracie przybrania na wadze. Kontrola wagi ciała towarzyszy dewiacyjna percepcja masy ciała, sylwetki.

Kolejną istotną cechą anoreksji jest coraz to mniejsza waga, później zastępuje coraz to bardziej mniejsza waga.

Anoreksję można klasyfikować wg DSM IV-1994; lub ICD-10.

Kryteria anoreksji są 4 przejawy: psychiczne (2) i fizyczne (2).

1. odmowa utrzymywania wagi ciała na poziomie lub powyżej minimalnego dla wieku i wzrostu (powyżej 85% adekwatnej wagi) – (fizyczne)

2. u dziewcząt brak pierwszej miesiączki, oraz kolejnych krwawień (również występuje podczas terapii hormonalnej), u mężczyzn brak erekcji i popędu seksualnego – (fizyczne)
3. lęk przed zwiększeniem masy ciała lub otyłością, nawet przy skrajnej niedowadze – (psychiczne)
4. zaburzenia percepcji, wagi ciała, kształtu. Parametry te mają wpływ na samopoczucie jednostki. Samoocena jest uwarunkowana atrakcyjnością fizyczną – (psychiczne)

Chorzy początkowo odczuwają łaknienie walczą z nim, a z czasem podczas drastyczne ograniczenia pokarmów, odmawiają jedzenia, nie odczuwają łaknienia, lęk przed nabraniem wagi, otyłością, nawet w przypadku skrajnej niedowagi i w procesie leczenia.

W anoreksji stwierdzono dwa typy:

1) restrykcyjny inaczej ograniczającym który charakteryzuje się drastyczną dietą a następnie nie przyjmowanie pokarmu, często w połączeniu z restrykcyjnymi ćwiczeniami fizycznymi.

2) żarłoczno przeczyszczający – zwany typem bulimicznym. Napady żarłoczne jedzenia, po których występują zawsze środki przeczyszczające.

Początkowo chorzy nie stronią od towarzystwa, chętnie przygotowują posiłki, z czasem z postępowaniem choroby, alienują się, spożywają w samotności, a kontrola ze strony otoczenia, jeszcze bardziej implikuje do zaprzestania diety, kontroli ciała może prowadzić to do rozmaitych konfliktów. Kontrola nad jedzeniem i własnym ciałem jest szczególnym osiągnięciem daje poczucie bezpieczeństwa własnej wartości, buduje zastępczą tożsamość (jestem anorektyczką). Chorzy nie mają świadomości choroby, dlatego odrzucają potrzebę leczenia, przerywają terapię lub jej w ogóle nie podejmują. Anorektycy to perfekcyjniści, skierowani na sukces, karierę, osiągnięcia (naczelną normą jest wartość rodziny). Potrafią planować dzień w najdrobniejszych szczegółach, a każde zaburzenie dnia powoduje frustrację, złość.

Selvini Palazzoli – uważa że choroba jest wynikiem korelacji dwóch czynników.

Pierwszy czynnik rodzinny – gdzie prestiż rodziny mierzy się sukcesami, osiągnięciami dzieci.

Drugi czynnik kulturowy – gdzie atrakcyjną jest jedynie szczupła sylwetka co staje się normą społeczną.

Następstwem psychospołecznej choroby są:

- apatia,
- depresja,
- uzależnienia,
- nerwice,
- zachowania obsesyjne,
- samodeprecjonujące myśli (nic nie jestem warta, nic nie znaczę, jestem nikim)
- a także myśli i próby samobójcze.

Anoreksja to choroba śmiertelna, a przyczynami zgonu są:

- wyniszczenie organizmu,
- zaburzenia pracy układów lub samobójstwa.

Odsetek zgonów jest wprost proporcjonalny do czasu trwania choroby, im dłużej trwa choroba tym wyższa śmiertelność. Im krótszym czasie nastąpi gwałtowny spadek masy ciała (ok. 3-4 miesiący) to tym głębsze są zaburzenia metaboliczne i patofizjologiczne, dlatego że organizm nie zdążył się zaadaptować.

Następstwa somatyczne:

- obniżenie odporności organizmu,
- układ nerwowy – drgawki, zaburzenia elektrolitów.

Wyniszczenie – poszczególne układy	Objawy
1. Wyniszczenie	<ul style="list-style-type: none"> - zanik tkanki mięśniowej i tłuszczowej (w skrajnych przypadkach ok. 40 %), - hipotermia (temp. ciała spada poniżej 36°C), - zawroty głowy, omdlenia, utrata przytomności, - obniżona liczba oddechów, - zasinienie rąk, stóp, opuchlizny szczególnie kończyn dolnych, - powtarzające się infekcje.
2. Układ pokarmowy	<ul style="list-style-type: none"> - bóle brzucha, wzdęcia, zaparcia, - opóźnione opróżnianie się żołądka, jelit, - nadżerki w ścianach przełyku krtani i żołądka (u typów z przebiegiem bulimicznym).
3. Układ sercowo – naczyniowy	<ul style="list-style-type: none"> - objaw „małego serca” - rzadkoskurcz - arytmia - wysokie ryzyko zawału - niskie ciśnienie tętnicze - częste spadki ciśnienia - zawroty głowy, omdlenia - zmiany widoczne na EKG
4. Zaburzenia hematologiczne – biochemiczne	<ul style="list-style-type: none"> - odwadnianie organizmu - wysoki poziom cholesterolu - niedobór pierwiastków - niedokrwistość
5. Zaburzenia hormonalne	<ul style="list-style-type: none"> - niski poziom estrogenów (żeński) i progesteronu, u mężczyzn testosteronu - wzrost poziomu hormonu wzrostu kortyzolu (wyższy poziom)
6. Układ rozrodczy	<ul style="list-style-type: none"> - brak miesiączki - zaburzenie erekcji - regresja lub niedorozwój cech płciowych - bezpłodność - problem z donoszeniem ciąży
7. Układ wydalniczy	<ul style="list-style-type: none"> - niewydolność nerek - kamica nerkowa
8. Dermatologiczny	<ul style="list-style-type: none"> - sucha łuszcząca się skóra - cienie - twarz „wiewiórki”
9. Układ kostny	<ul style="list-style-type: none"> - osteoporoza - rzeszotowienie kości, wysokie ryzyko połamania
10. Zmiany neurologiczne	<ul style="list-style-type: none"> - poszerzanie komór mózgowych - ubytki w istocie szarej co prowadzi do objawów psychoorganizmów.

Bulimia – bulimię wprowadził w II w.n.e. Galen. Oznaczało wtedy wilczy apetyt, wilczy głód. Przez kolejne lata, kolejni badacze dołączali do opisu Galena inne objawy tj. wymioty, stosowanie środków przeczyszczających, monogennych i łączyli je z różnymi chorobami np. z gruźlicą, alkoholizmem.

Otyłość psychogenna (w artykułach innych kompulsywne objadanie się), została opisana przez Hildę Bruch która obserwowała napady jedzenia. Ostatnio coraz częściej więcej klinicystów przedstawia 3 postaci jako pełno objawowe.

Zespół gwałtownego objadania się albo zespół kompulsywanego objadania się.

Cechą charakterystyczną choroby są napady żarłocznego jedzenia, bez mechanizmów kompensacyjnych, stąd powiązanie z otyłością. Powtarzające się napady jedzenia przy sprzyjających czynnikach psychicznych, podatności jednostki mogą prowadzić do powstania choroby. W etiologii zaburzenia dużą rolę przywiązuje się do okresu dzieciństwa, tj. niewłaściwe podstawy rodzicielskie (postawa odtrącająca, nadmiernie wymagająca, a także apodyktyczna związana emocjonalnie matka, nieobecny w życiu psychicznie lub fizycznie ojciec, labilność, traumy).

Wypaczony obraz ciała niezadowolenie z wyglądu w kolizji z sytuacją trudną, stresem, frustracją, sprzyja napadom obżarstwa. Podobnie jak bulimicy, osoby otyłe mają świadomość choroby i wobec niej przejawiają postawę dychotomiczną z jednej strony akceptują swój wygląd a z drugiej strony bardzo dotkliwie, każdą najmniejszą uwagę wyglądu, sposobu jedzenia i sytuacji z nimi związanych bardzo przeżywają. Choroba może być przyczyną lub prowadzić do rozmaitych zaburzeń tj. depresja, apatia, samodeprecjonujące czyny i myśli, uzależnienia. Występują dwa typy osobowości tj, osobowość o charakterze cyklocyniczna i schizoidalna. Podobnie jak anorektycy i bulimicy, osoby z otyłością przywiązują ogromną uwagę do wyglądu zewnętrznego. Cechą charakterystyczną jest myślenie magiczne, że redukcja wagi rozwiązuje wszystkie problemu natury psychicznej, fizycznej.

Następstwa somatyczne nadmiernej masy ciała. Do charakterystycznych następstw zaliczamy:

- cukrzyca – II typu,
- nadmiar cholesterolu,
- zaburzenia naczyniowo – sercowe – zawały sera, miażdżyce, żylaki kończyn dolnych, zatory, udar mózgu, wysokie ciśnienie krwi,
- senność, ospałość w ciągu dnia,
- bezdech nocny,
- kamice nerkowe,
- bóle brzucha, zaparcia,
- wysokie ryzyko nowotworów,
- bezpłodność – problemy z zajściem w ciążę (kobiety),
- zwyrodnienia stawowe,
- hiperlipidemia.

Kryteria otyłości wg Manfreda Spitzera:

1. Powtarzające się napady żarłocznego jedzenia, które charakteryzują się dwoma cechami:
 - a) brak kontroli nad jedzeniem (jakości, ilości, sposobu jedzenia),
 - b) spożywanie takiej ilości jedzenia której zwykli ludzie by nie zjedli,
2. Napadom jedzenia towarzyszą trzy z następujących cech:
 - jedzenie bez uczucia głodu,
 - jedzenie do dyskomfortu pełności,
 - szybkie tempo jedzenia,
 - napadom jedzenia towarzyszą czynniki psychiczne (złość, gniew, frustracja)
 - po jedzeniu odczuwamy poczucie winy, wstydu.

- 3) brak mechanizmów kompensacyjnych,
- 4) napady jedzenia muszą wystąpić przynajmniej dwa razy w tygodniu przez sześć kolejnych miesięcy.

W etiologii zaburzeń odżywiania, analizuje się następujących grupy czynników:

- 1) czynniki biologiczne,
- 2) środowisko rodzinne,
- 3) czynniki indywidualne (osobowościowe),
- 4) czynniki społeczno – kulturowe.

Czynniki biologiczne: analizując czynniki biologiczne ustalono ich genetyczne podłoże, badając krewnych i powinowatych osób z zaburzeniami. Ustalono kilkunastokrotne zaburzenie wśród krewnych I i II stopnia. Badano bliźnięta jedno i dwu jajowe, ustalono anoreksje u jednocześnie 50% przypadków, bulimia 30%; wśród bliźniąt dwu jajowych , anoreksja 30%, bulimia 20%. Ponadto analiza krewnych i powinowatych dalszego stopnia ujawniła znacznie częstsze zaburzeń odżywiania. Analiza organiczna struktury czynności ośrodkowego układu nerwowego, neuroprzekaźniki mogą mieć związek z zaburzeniami odżywiania zaliczono do nich: serotoninę, dopomina, opoidy, ponadto zaburzenia podwzgórza i znajdujące się ośrodki głodu i sytości mogą mieć związek z zaburzeniem oraz wyższych funkcji psychicznych.

ZABURZENIA EMOCJONALNE, LĘKOWE I NERWICE

Emocje wyrażają stosunek podmiotu do ludzi, rzeczy, zjawisk bądź do siebie, swego organizmu lub własnej aktywności. Wywierają ponadto wpływ na gotowość organizmu do działania. Na przykład gniew zwykle tę gotowość podwyższa, silny strach obniża lub znosi całkowicie. Istotną właściwością emocji jest także jej funkcja motywacyjna. Zwłaszcza emocje głębokie (na przykład miłość lub nienawiść) są zwykle silnymi czynnikami motywacyjnymi, popychającymi do działania i ukierunkowującymi je. Zewnętrznym przejawem emocji jest ekspresja, przejawiająca się w mimice, gestach i oznakach fizjologicznych. Termin emocje może być zamiennie używany z określeniem uczucia.

Zaburzenia w sferze emocjonalnej należą do zjawisk obserwowanych zarówno w chorobach psychicznych, jak i u ludzi zdrowych. Mają one bardzo bogatą symptomatologię. Najczęściej obserwowanym objawem z tego zakresu jest **lęk**. Pojawia się on niemal we wszystkich zaburzeniach psychicznych: psychozach, depresjach, zespołach organicznych, abstynencyjnych, intoksykacyjnych, reaktywnych. W określonych sytuacjach pojawia się oczywiście także i u ludzi zdrowych i jest np. adekwatną reakcją na sytuację zagrożenia.

Szczególny charakter ma i szczególną rolę pełni lęk w okresie rozwojowym. Można by tu zadać pytanie: czego może bać się dziecko w okresie płodowym lub noworodkowym? Przecież wtedy jest wyjątkowo bezpieczne! Otóż nie. Już nawet w życiu płodowym, na skutek nieodpowiednich warunków zewnętrznych, dziecko może być narażone na traumatyczne przeżycia. Kolejnym czynnikiem lękotwórczym jest szok spowodowany przyjściem na świat. W okresie noworodkowym, niemowlęcym sytuacji sprzyjających powstaniu lęku jest więcej. Główna to **brak poczucia bezpieczeństwa** spowodowany fizycznym (śmierć, długi wyjazd, rozwód) lub symbolicznym (gdy fizycznie jest obecna, ale jej zachowanie nie jest wystarczające dla zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa) brakiem matki.

W dalszych etapach rozwoju również nie brakuje sytuacji lękotwórczych. Większość z nich wiąże się z niewłaściwymi postawami rodzicielskimi.

Wiemy, że gdy rodzice oczekują (zwłaszcza pierwszego) dziecka, jakoś je sobie wyobrażają, "planują": pragną chłopca lub dziewczynki, o wyglądzie odpowiadającym ich marzeniom, o wymarzonych przez nich uzdolnieniach, talentach i predyspozycjach. Kiedy dziecko przychodzi na świat i realizuje ich oczekiwania - stosunek rodziców do niego jest akceptujący, przepełniony miłością. Jeżeli jednak z jakichś względów dziecko nie realizuje zaplanowanego przez rodziców wzorca - zostaje przez nich emocjonalnie odrzucone. Przejawiać się to może albo w fizycznym oddaleniu (umieszczenie w internacie, u dziadków, oddzielne wyjazdy na wakacje, unikanie dziecka w domu), albo w "bojkocie uczuciowym". Sytuacje takie są odbierane przez dziecko jako brak miłości, a to w sposób oczywisty budzi w dziecku **lęk**. Odrzucenie emocjonalne występuje także w innych sytuacjach, na przykład gdy rodzi się kolejne dziecko (zwłaszcza gdy "wreszcie" jest potomkiem, który spełnia oczekiwania rodziców).

Źródłem lęku jest także **ocena**, zwłaszcza negatywna, ze strony tych, którzy są dla dziecka osobami ważnymi, opiniotwórczymi - są autorytetami. Szczególnie chodzi tu o rodziców i nauczycieli. Podstawą samooceny dziecka jest opinia o nim dorosłego. Jeśli dziecko słyszy o sobie negatywną opinię - jego samoocena nie może być inna. Nie trzeba długiego czasu, aby zadziałał mechanizm "samospelniającej się przepowiedni". Dziecko, aby nie odczuwać dyskomfortu psychicznego, zaczyna postępować zgodnie z oceną, jaką mu przypisano i przejawiać adekwatne do niej zachowania. Dorosli postrzegają je z kolei przez pryzmat owych zachowań. Na tej też podstawie, oraz zgodnie ze swoimi wcześniejszymi "załoženiami", dokonują oceny dziecka. Koło się zamyka.

Sytuacje oceny są poważnym źródłem lęku i powstających na jego bazie objawów depresyjnych i nerwicowych. Nie zawsze bowiem dziecko jest w stanie "zapracować" na

pozytywną ocenę rodziców, gdyż mimo nawet najszczerzej chęci konieczne są jeszcze realne możliwości.

Jeżeli dziecko nie jest w stanie w "normalny" sposób uzyskać akceptacji rodziców, ich zainteresowania, pozytywnej oceny - zaczyna starać się o to "**okrężnymi drogami**", aby zredukować swój lęk. Wszyscy znamy sytuację, jak skuteczna jest czasem "**ucieczka w chorobę**". Mama, która na co dzień nie dostrzega dziecka lub "opędza się" od niego zniecierpliwiona albo też strofuje, robi wymówki i narzeka - znajduje czas aby przytulić, zmierzyć temperaturę, posiedzieć przy chorym dziecku. Podobny mechanizm (redukcja lęku) uruchamia **regresja** w zachowaniu (powrót do moczenia, ssania smoczka, spieszzonej mowy, raczkowania), które są szczególnie charakterystyczne dla dzieci, którym urodził się brat lub siostra i na nich matka skupia całą swoją uwagę.

Niektóre dzieci, aby zniwelować lęk płynący z braku poczucia bezpieczeństwa czy też wręcz odrzucenia - uciekają się do zachowań **agresywnych** (lęk -> gniew -> agresja). Dziecko agresywne wywołuje konflikty, bije inne dzieci, przeżywa, przedrzeźnia, niszczy przedmioty, jest aroganckie, narzuca swoją wolę, zachowuje się wrogo, z nienawiścią odnosi się do innych. Agresja może więc być fizyczna (niewerbalna) jak i słowna. Może być to też agresja **z przeniesienia**. Ma to miejsce wówczas, gdy dziecko, ze zrozumiałych względów, nie może skierować jej na przedmiot swojej złości (bo jest to na przykład osoba dorosła). Wówczas kieruje ją na osoby słabsze: inne dzieci, młodsze rodzeństwo, zwierzęta, przedmioty. Często dzieci używają zachowań agresywnych instrumentalnie, tzn. dla osiągnięcia założonych korzyści (rodzic idzie na ustępstwo aby zahamować wybuch agresji dziecka). Może też być autoagresja.

Kolejnym przejawem zaburzeń zachowania o podłożu w sferze emocjonalnej jest **fobia szkolna**, czyli odmowa pójścia do szkoły. Może mieć ona różnorodne przyczyny bezpośrednie, ale u jej źródeł tkwi także lęk. Dziecko nie jest w stanie samo poradzić sobie z tą trudną sytuacją. Pojawiają się różnego rodzaju dolegliwości somatyczne, zaburzenia snu, utrata apetytu, a przede wszystkim ogromny lęk. Bywa, że dziecko boi się wyjść z domu i pójść do szkoły, bo obawia się zostawić rodziców samych. Czasami dziecko poprzez odmowę pójścia do szkoły **sygnalizuje swoją obecność w rodzinie**, nawet prawidłowej, ale zajętej innymi priorytetami (np. zarabianiem coraz większych pieniędzy). Nie można powiedzieć, że przyczyną fobii szkolnej nie mogą być trudności w nauce, adaptacyjne czy np. zagrożenie ze strony młodocianych przestępców będących uczniami tej samej szkoły.

Istnieje też zjawisko nazywane **fobią społeczną**, dotykające dzieci nieco starsze i młodzież. Fobia społeczna to lęk przed byciem wśród ludzi, publicznym zabieraniem głosu, wypowiedzianiem swoich opinii, lęk przed ośmieszeniem, odrzuceniem, aż po uczucie paniki. Taki paralizujący lęk uniemożliwia nawet wyjście z domu nie mówiąc już o normalnym funkcjonowaniu społecznym. (Niektórzy teoretycy i praktycy nie wyodrębniają dziś fobii szkolnej, traktując ją jako fobię społeczną).

Bardzo często spotykanymi zaburzeniami emocjonalnymi są **nadpobudliwość psychoruchowa** i **zahamowanie psychoruchowe**. Ich przyczyny są raczej biologiczne i polegają na nierównowadze między procesami pobudzenia i hamowania.

Przyczyny zaburzeń emocjonalnych

Nie ma ich jednolitej klasyfikacji - rodzaj kryteriów zależy od celu, w jakim owe przyczyny chcemy określić. Dla celów praktycznych możemy je podzielić na:

10. zewnętrzne (tkwiące w środowisku rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym)
11. wewnętrzne, tkwiące w samym dziecku; są to:
 - zaburzenia genetyczne,
 - organiczne uszkodzenia centralnego układu nerwowego powstałe w okresie okołoporodowym,
 - zmiany charakterologiczne: psychopatie, socjopatie, homilopatie,

- upośledzenie umysłowe,
- niektóre choroby somatyczne (choroby nieuleczalne, trwałe kalectwo), ale też: choroby alergiczne, neurologiczne, narządów ruchu, układu oddechowego, pokarmowego i inne).

Do grupy zaburzeń lękowych zalicza się także zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Są one jednym z najczęściej występujących zaburzeń. Składają się z dwóch elementów, od których wzięły swą nazwę: obsesja i kompulsja.

Obsesje - to powracające myśli, wyobrażenia lub impulsy, które przenikają do świadomości, często są niespójne i trudno się ich pozbyć lub nimi kierować. Nie jest to tylko przesadna troska o sprawy życia codziennego. Człowiek cierpiący na obsesje jest świadomy, że są to raczej wytwory umysłu nie mające przyczyn zewnętrznych i rozpoznawane jako własne, oceniane jako absurdalne i odczuwane jako nieprzyjemne i stresujące.

Kompulsje - są reakcjami na obsesyjne myśli. Polegają one na sztywnych rytuałach (np. mycie rąk, sprawdzanie, wymazywanie) lub na czynnościach umysłowych (np. liczenie, powtarzanie słów w myśli), które człowiek czuje się zmuszony wykonywać w reakcji na obsesje albo zgodnie ze sztywnymi regułami. Celem kompulsji jest przeciwdziałanie złemu samopoczuciu albo odwracanie jakiś groźnych zdarzeń lub sytuacji, działania te jednak realistycznie powiązane z tym czemu mają zapobiegać i są wyraźnie nieadekwatne.

ZABURZENIA DEPRESYJNE

Zaburzenia depresyjne – są to zaburzenie psychiczne z grupy chorób afektywnych charakteryzujące się objawami, wśród których można wyróżnić:

- **objawy emocjonalne**: obniżony nastrój – smutek i towarzyszący mu często lęk, płacz, utrata radości życia (począwszy od utraty zainteresowań, skończywszy na zaniedbywaniu potrzeb biologicznych); czasem dysforia (zniecierpliwienie, drażliwość);
- **objawy poznawcze**: negatywny obraz siebie, obniżona samoocena, samooskarżenia, samookaleczenie, pesymizm i rezygnacja, a w skrajnych wypadkach mogą pojawić się także urojenia depresyjne (zob. Zespół Cotarda);
- **objawy motywacyjne**: problemy z mobilizacją do wszelkiego działania, które może przyjąć wręcz formę spowolnienia psychoruchowego; trudności z podejmowaniem decyzji;
- **objawy somatyczne**: zaburzenie rytmów dobowych (np. zaburzenia rytmu snu, czuwania), utrata apetytu (ale możliwy jest również wzmożony apetyt), osłabienie i zmęczenie, utrata zainteresowania seksem, czasem skargi na bóle i złe samopoczucie fizyczne;
- **myśli samobójcze**.

Depresja to chwilowe przygnębienie i zahamowanie czynności psychicznych (dawna nazwa melancholia). Może wystąpić w każdym wieku. Ma charakter choroby przewlekłej z nawrotami. Okres depresji może być wywołany różnymi wydarzeniami życiowymi czy dolegliwościami chorobowymi. Należy odróżniać depresję od reaktywnych i przemijających zaburzeń nastroju. Objawy muszą wiązać się z co najmniej czterema skargami w definicji epizodu dużej depresji:

1. Podstawą rozpoznania jest stwierdzenie obniżonego nastroju lub utraty zainteresowania codziennymi czynnościami lub nie odczuwania przyjemności podczas wykonywania niemal wszystkich codziennych czynności przez co najmniej 2 tygodnie.
2. Konieczne jest także stwierdzenie przynajmniej czterech objawów dodatkowych znajdujących się na poniższej liście:
 - a) zmiana apetytu lub masy ciała,
 - b) zaburzenia sny,
 - c) zmniejszenie aktywności psychomotorycznej,
 - d) męczliwość,
 - e) niska samoocena lub poczucie winy,
 - f) trudności w myśleniu, koncentracji uwagi lub podejmowania decyzji,
 - g) nawracające myśli o śmierci lub plany samobójcze.
3. Objawy muszą występować przez większą część dnia niemal każdego dnia przez co najmniej 2 tygodnie.
4. Epizodowi musi towarzyszyć klinicznie istotny dyskomfort lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, lub w innej ważnej dziedzinie życia.
5. Z definicji konieczne jest wykluczenie objawów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, niepożądanych objawów działania leków, fizjologicznych objawów współistniejących oraz reakcji typu żałoby.

Wśród specjalistów termin depresja służy do opisania trzech stanów emocjonalnych: przygnębienia, syndromu depresji, zaburzenia depresyjnego.

Przygnębienie i *stan rozpacz* są zjawiskami znacznie głębszymi do zwyczajnego smutku. Dziecko czy nastolatek nie widzi jasnych stron swojego życia, przestaje uczuciowo angażować się w kontakty z innymi ludźmi, zaniedbuje się w nauce i codziennych czynnościach. Wiąże się to z negatywną samooceną i pesymistycznym myśleniem o przyszłości. Takie myśli pociągają za sobą pogarszanie się nastroju, a uczucie zniechęcenia rozszerza się prawie na wszystkie dziedziny życia. Przeżywanie takich uczuć jest

usprawiedliwione jako reakcja na nieprzyjemne sytuacje i kłopoty, pod warunkiem, że ich natężenie nie jest duże i proporcjonalne do rzeczywistych problemów.

Syndrom depresji - jest to pewien zespół symptomów, do którego należą m.in.: ogólne obniżenie nastroju, płaczliwość, utrata apetytu, bezsenność lub inne zaburzenia snu, drażliwość, osłabienie pamięci i koncentracji uwagi, apatia i brak energii życiowej. O syndromie depresyjnym u dziecka czy młodego człowieka możemy mówić wtedy, gdy sprawia ono wrażenie zrozpaczonego, smutnego, pozbawionego radości życia (anhedonia) i zainteresowań.

Zaburzenia depresyjne - psychiatryczna diagnoza depresji opiera się na stałych, typowych symptomach, utrzymujących się przez pewien określony czas i wyraźnie utrudniających normalne funkcjonowanie pacjenta. Utrzymywanie się objawów znacznie utrudniających życie i funkcjonowanie chorego jest podstawową różnicą pomiędzy syndromem depresyjnym a zaburzeniem depresyjnym.

W niektórych przypadkach depresji dzieci i młodzieży trudno jest odróżnić normalne w tym wieku gwałtowne zmiany nastrojów od procesów stricte chorobowych i patologicznych. W poprzednich latach uważano, że depresja, jako choroba, występuje tylko u ludzi dorosłych. Dopiero od niedawna przyjmuje się, że definicje syndromu depresyjnego i zaburzeń depresyjnych można używać zarówno w diagnozowaniu dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Wg najnowszych badań u ok. 2 % dzieci depresja rozwija się przed okresem dojrzewania, a ok. 30% dzieci z tej grupy cierpi w dorosłym życiu na depresję endogenną. W badaniach nad dorosłymi ustalono, że 15-18 % populacji przeżywa na przestrzeni całego swojego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny. Każdego roku na głęboką depresję zapada ok. 9 % populacji dorosłych ludzi na świecie. Należy pamiętać, że sama obecność objawów depresji nie świadczy o występowaniu chorobowych zaburzeń depresyjnych.

Przyczyny depresji u dzieci są podobne, jak u dorosłych: wpływy genetyczne (genetyka), zaburzenia w biochemii mózgu (teoria aminowa), czynniki psychologiczne (negatywny wpływ środowiska, stresu, złych doświadczeń życiowych, zaburzenia stosunków rodzinnych, niedostateczna stymulacja). Jednak żadna z tych przyczyn nie wyjaśnia w pełni procesu powstawania depresji. Wraz z wkroczeniem w wiek dojrzewania zwiększa się liczba dziewcząt chorujących na depresję, w stosunku do liczby chłopców. Świadczy to o tym, iż jedną z przyczyn powstawania depresji u młodzieży może być sposób, w jaki obie płcie radzą sobie ze stresem związanym z okresem dorastania. Do symptomów, które bardziej precyzyjnie opisują depresję dziecięcą należą:

- melancholijny nastrój – przejawy smutku, samotności, nieszczęścia i pesymizmu, zły humor, dziecko łatwo się złości, łatwo płacze, trudno je pocieszyć;
- idee autodeprecjacyjne – uczucia bezużyteczności, niewydolności, brzydoty, poczucie winy, pragnienie śmierci, pokusa samobójstwa;
- zachowania agresywne – trudności w relacjach interpersonalnych, kłótniowość, wrogość, mały szacunek dla autorytetu;
- zaburzenia snu – niespokojny sen, chwile bezsenności, trudności z przebudzeniem i porannym wstawaniem;
- pogorszenie wyników szkolnych – stałe żale ze strony nauczycieli, słaba koncentracja, słaba pamięć, mniejsze przykładanie się do zajęć klasowych, utrata zwyczajnego zainteresowania dla zajęć szkolnych;
- zmniejszona socjalizacja – izolacja, mniejsze uczestnictwo w życiu grupy, wycofywanie się ze społeczności;
- dolegliwości somatyczne – bóle głowy, bóle brzuszne, mięśniowe i inne dolegliwości i niepokoje o zdrowie, zaburzenia apetytu i/ lub zmiany dotychczasowej wagi;

– utrata zwyczajnej energii – utrata zainteresowania sportem i rozrywką; zmniejszenie energii z powodu wysiłku fizycznego lub umysłowego.

Depresja u dziecka towarzyszy wielu chorobom fizycznym, ukrywa się pod różnymi zaburzeniami w zachowaniu i występuje wraz z wieloma problemami w uczeniu się czy wraz z niepowodzeniami w szkole. Choroba ta dotyka coraz częściej populację dziecięcą, poddaną w sposób pośredni żądzą dominacji i rywalizacji, która rządzi postępowaniem osób dorosłych. To strach przed niepowodzeniem jest jedną z głównych przyczyn zjawiska izolacji i problemów z komunikacją u dzieci od początku ich szkolnej nauki. Można wyróżnić trzy główne typy depresji (abstrahując od ich wielofunkcyjnego charakteru, a kładąc nacisk na wywołującą ją przyczynę):

– Depresja organiczna (somatyczna) – wywołana jest przez zaburzenie organiczne, które w wyraźny sposób zmienia funkcjonowanie systemu nerwowego np. choroby (Parkinsona). Rodzinne predyspozycje również są przyczyną tego typu depresji.

– Depresja psychogenna (reaktywna) – spowodowana jest jakąś sytuacją lub wywołującym ją czynnikiem środowiskowym. W tym przypadku w grę wchodziłyby takie wydarzenia jak śmierć bliskiej osoby.

– Depresja endogenna, którą przypisuje się zmianom w ilości lub funkcjonowaniu neuroprzekaźników centralnego układu nerwowego.

Wiek a objawy depresyjne u dzieci:

<i>Grupa wieku</i>	<i>Objawy psychiczne</i>	<i>Objawy psychomotoryczne</i>
Dzieci małe, dzieci w wieku przedszkolnym.	Zahamowanie przy zabawach, unikanie, podniecenie ruchowe.	Napady płaczu, krzyku, encopresis, zaburzenia snu, laktacje, zaburzenia łaknienia.
Dzieci młodsze (okres szkolny).	Drażliwość, poczucie braku bezpieczeństwa, niepewność, zahamowanie przy zabawach, trudności z nauką, unikanie kontaktów.	Moczenie nocne, zabawy autoerotyczne, napady płaczu, krzyku.
Dzieci starsze i okres adolescencji.	Zamyślenie, próby samobójcze, poczucie mniejszej wartości, przygnębienie.	Bóle głowy.

ZESPÓŁ UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Do grupy tej należą zaburzenia psychiczne występujące u osób zdrowych po dłuższym czasie używania takich substancji jak narkotyki, alkohol, niektóre leki i szereg innych związków chemicznych. Ze względu na duże rozpowszechnienie wśród młodzieży i dorosłych uzależnienia należą do najważniejszych problemów społecznych, z którymi boryka się wiele krajów świata

Uzależnienie jest to nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji. Jest to niekontrolowany stan zależności fizycznej, psychicznej i społecznej od środka uzależniającego. W przypadku zaprzestania brania tych środków odczuwa się przykre objawy fizyczne i psychiczne.

Najczęściej występującymi uzależnieniami wśród dzieci i młodzieży są nikotynizm, narkomania i alkoholizm.

- **Nikotynizm** to nałóg palenia tytoniu powodujący przewlekłe (rzadziej ostre) zatrucie nikotyną.
- **Narkomania** to nałóg stałego używania narkotyków w coraz większych dawkach, doprowadzających do zmian chorobowych, zwłaszcza w układzie nerwowym, do zaburzeń osobowości i wyniszczenia organizmu.
- **Alkoholizm** to nałóg picia alkoholu, choroba wskutek nadużywania napojów alkoholowych; w szerszym znaczeniu: całokształt ujemnych następstw wynikających stąd dla jednostki i społeczeństwa.

Zespół uzależnienia można zdiagnozować, gdy w ciągu minionego roku wystąpiły co najmniej trzy z poniżej wymienionych zjawisk:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu zażycia substancji.
2. Trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z zażywaniem substancji (rozpoczynanie, kończenie i rozmiary zażywania).
3. Fizjologiczne objawy stanu odstawienia, występujące, gdy picie zostało przerwane lub zmniejszone, przejawiające się specyficznym dla danej substancji zespołem abstynencyjnym oraz zażywaniem tej samej lub podobnej substancji w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych.
4. Stwierdzenie tolerancji (potrzeby zażywania zwiększonej dawki substancji w celu uzyskania efektów poprzednio osiągniętych przy pomocy mniejszych dawek).
5. Narastające zaniedbywanie innych źródeł przyjemności lub zainteresowań z powodu zażywania danej substancji, zwiększenie ilości czasu koniecznego do zdobycia lub zażywania substancji albo do usuwania skutków jej działania.
6. Zażywanie mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw, takich jak uszkodzenia wątroby, stany depresyjne występujące po okresach intensywnego używania tych substancji, uszkodzenia funkcjonowania poznawczego związane z substancjami - w tych przypadkach potrzebne jest rozpoznanie, czy zażywający mógł być świadomy natury i zakresu tych szkód.

Uzależnienie danej osoby od substancji psychoaktywnych może być rozpatrywane na trzech płaszczyznach: fizycznej, psychicznej i społecznej.

➤ Uzależnienie fizyczne - rozwija się wskutek włączenia danej substancji w cykl przemian biochemicznych zachodzących w organizmie. Obojętny dotychczas środek staje się niezbędny dla zachowania równowagi organizmu.

➤ Uzależnienie psychiczne - wyraża się w potrzebie (przymusie) zażywania substancji w celu uzyskania przyjemnego efektu jej działania lub uniknięcia przykrego samopoczucia związanego z brakiem tej substancji. O pełnym uzależnieniu mówi się gdy dobre samopoczucie występuje tylko po zażyciu danego środka.

➤ Uzależnienie społeczne - może wyrażać się w różnej formie. Jedną z nich jest zażywanie substancji pod naciskiem grupy społecznej lub panującej mody. Ponadto wyraża

się w identyfikowaniu osoby z grupą, przyjmowanie jej norm i zasad współżycia, posługiwanie się specyficznym językiem, uczestniczenie w rytuałach itp.

Bardzo często pierwszy kontakt z uzależnieniami dzieci mają już w domu rodzinnym. Uzależnienia te nie dotyczą ich bezpośrednio, ale ich najbliższych: rodziców, starszego rodzeństwa, krewnych, sąsiadów. Młodzież natomiast najczęściej z problemem tym spotyka się na różnego rodzaju imprezach, prywatkach, dyskotekach. Nie wyobraża sobie jakiegokolwiek spotkania towarzyskiego bez alkoholu, papierosów czy narkotyków.

Zdecydowana większość młodych ludzi uważa siebie za osoby wolne od uzależnień. Wynika to prawdopodobnie z tego, że już są nałogowymi palaczami czy alkoholikami. Nie widzą bowiem nic złego w tym, że palą papierosy, pija alkohol czy zażywają narkotyki. Większość ich rówieśników robi to samo, gdyż w domu nie było imprezy bez alkoholu. Oni sami również na dyskotekach, prywatkach, koncertach i innych masowych imprezach mają kontakt z substancjami uzależniającymi.

Do podstawowych przyczyn uzależnień należy niedojrzałość emocjonalną, zaburzenia osobowości, poważne stresy i urazy, które istotnie naruszają równowagę psychiczną. Ryzyko uzależnień wzrasta wskutek negatywnego wpływu środowiska, np. grupy koleżeńskiej. Szalenie trudno dziecku odmówić i przeciwstawić się pozostałym członkom grupy, gdyż można utracić tak ważną w tym wieku dla młodego człowieka pozycję w grupie. Ponadto używki zespalają środowisko młodych, często są jedynym spoiwem zapewniającym grupie rówieśniczej trwałość. Często uważają oni, że poprawiają one samopoczucie oraz sprawność działania, ułatwiają kontakty, rozwiązują problemy. Czasami jest to bezmyślność czy chęć dorównania kolegom. Oprócz wyżej wymienionych mówi się także o braku bliskich więzi z członkami rodziny oraz nudnym i mało radosnym życiu.

Inną przyczyną są uwarunkowania genetyczne. Nie stwierdzono jednak takich zaburzeń w organizmie, które zmuszałyby daną osobę do przyjmowania środków uzależniających, dlatego sferą odpowiedzialną za uzależnienie jest psychika. Należy dodać, że zjawisko uzależnień wiąże się z młodzieńczą fazą życia, kiedy psychika jest niestabilizowana, a osobowość nieukształtowana.

Chcąc ustrzec dzieci i młodzież należy uświadamiać im, jak duże niebezpieczeństwo dla zdrowia, życia i funkcjonowania w społeczeństwie niesie za sobą eksperymentowanie ze środkami odurzającymi. Ludzie młodzi nie myślą perspektywicznie i straszenie ich odległymi w czasie skutkami chorób, nawet najgroźniejszych, rzadko bywa skuteczne. Znacznie bardziej przekonujące są argumenty na „dziś”, uświadomienie, że pijąc, paląc, zażywając narkotyki ich wyniki w nauce, sporcie, będą gorsze, że będą wolniej rosnać niż pozostali rówieśnicy, papierosy zniszczą ich urodę, cera stanie się szarozółta, zęby pokryją się szarym nalotem, palce i paznokcie zżółkną, a oddech będzie przykry, przesycony zapachem tytoniu, podobnie jak ubranie. Także trafne okazują się argumenty finansowe. Nie należy straszyć a zachęcać, nie nakazywać a przekonywać. Podstawową pedagogiczną zasadą jest własny przykład. Bez dobrego przykładu nie ma i nie może być w całym procesie wychowania skutecznej metody zwalczania i przeciwdziałania złu.

Podjęcie przez młodych uzależnionych czy to od papierosów, alkoholu czy narkotyków, decyzji zaprzestania palenia, picia, czy brania i wytrwania w tej decyzji jest bardzo często efektem mądrej i właściwie prowadzonej działalności wychowawczej.

SAMOBÓJSTWA

Z danych prowadzonych przez GUS i policję, a także władze oświatowe wynika, że coraz więcej uczniów odbiera sobie życie a najczęściej aktów samobójczych popełniają ludzie w wieku 16–21 lat. Drugim niebezpiecznym okresem jest wiek 45–55 lat. Częściej popełniają je mężczyźni niż kobiety we obu grupach wiekowych. Samobójstwo jest trzecią przyczyną śmierci nastolatków. Zdarzają się także samobójstwa wśród dzieci w wieku przedszkolnym.

Według Nowej Encyklopedii Powszechnej *samobójstwo* jest definiowane jako: „celowe zachowanie samodestrukcyjne prowadzące do śmierci biologicznej, które może mieć charakter gwałtowny (np. samobójstwo przez powieszenie się) lub charakter stopniowy (np. samobójstwo przez zagłodzenie się).”

Według Hołysta natomiast „samobójstwo nie jest jedynie przypadkiem samounicestwienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie ze sobą powiązanych myśli i czynów.” Sytuacja, w której dochodzi do samobójstwa jest trudna do określenia, zazwyczaj składa się na to szereg czynników natury psychologicznej bądź społecznej.

Najwięcej samobójstw notuje się wśród młodzieży. Gdy człowiek dojrzewa, wszystkie, nawet najmniejsze problemy wydają się wielkie i nie do rozwiązania. Młodzi ludzie uważają, że cały świat jest przeciwko nim, że nikt ich nie rozumie i nikt nie jest w stanie im pomóc, rodzice za dużo wymagają, a przyjaciel okazał się fałszywy. Wtedy snują plany, jak najszybciej i najłatwiej zniknąć z tego świata. Niestety, nikt wcześniej nie zastanawia się, co będzie potem. Co będą przeżywali rodzice, przyjaciele, znajomi.

Nieletni samobójcy wieszają się, rzucają z wysokości, przedawkowują środki nasenne, rzucają się pod pojazdy, podcinają sobie żyły, trują się różnymi środkami. Z listów pozostawionych przez samobójców oraz z wywiadów z bliskimi wynika, że motywami najczęściej są zawody miłosne, nieporozumienia w rodzinie i problemy szkolne. Samobójstwo osób młodych może być efektem gniewu, impulsu lub złości, może też być rezultatem niskiego poczucia własnej wartości czy wynikiem chęci zemsty a także niechcianej ciąży. Próba samobójcza może być również spowodowana jakąś tragedią np. gwałtem, stratą bliskiej osoby lub chorobą. Problemy szkolne nie są na pierwszym miejscu, ale odpowiedzialnością za próbę samobójczą dziecka rodzice obarczają właśnie szkołę.

Stany emocjonalne młodzieży przed próbą samobójczą i w czasie próby samobójczej wskazują na różne przejawy niedostosowania: silne podniecenie, zdenerwowanie, stan rozżalenia, poczucie bezsensu życia, poczucie alienacji, silne stany agresji i autoagresji.

Cały proces obejmujący akt destrukcyjny dzieli się na trzy następujące etapy:

1.samobójstwo wyobrażone - dana osoba uświadamia sobie, iż jedyną drogę dla rozwiązania jej problemów stanowi zakończenie przez nią życia; przez większość ludzi myśl ta jest odrzucana, u innych z kolei w ogóle nie ustępuje stając się ich upragnionym celem;

2.samobójstwo upragnione - w sytuacji, gdy opisywane wyżej uczucie jest bardzo silne, dochodzi to do wyzwolenia się próby samobójczej;

3.samobójstwo usiłowane - drugi etap przeradza się w trzeci, w którym człowiek dokonuje zamachu na własne życie, który stanowi samobójstwo dokonane.

Jak widać, nie jest to proces łatwy i krótki, lecz znacznie skomplikowany oraz często rozłożony w czasie, kiedy to trwa miesiącami lub latami, przy czym problem ten coraz częściej dotyka również młodzieży i dzieci. Według danych Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom liczba młodych osób decydujących się na ten czyn w ostatnich dziesięciu latach wzrosła ponad dwa razy. Taki stan rzeczy ma wiele przyczyn, często stanowiących splot różnych czynników, np. nasilającego się stresu, problemów rodzinnych, błędnych oczekiwań, nieprzewidywalnych zmian w życiu, poczucie braku miłości i celu w życiu itp. Wśród dzieci w kategorii wiekowej od 9 do 13 lat, główne

przyczyny stanowiąc mogą trudności w szkole, które często związane są z zaburzeniami emocjonalnymi.

Próby samobójcze można podzielić na *próby depresyjne* (długo dojrzewające, związane z niską samooceną i poczuciem braku sensu) oraz *impulsywne* (są one bezpośrednio poprzedzone pewną sytuacją konfliktową), przy czym dzieci dotyczą zazwyczaj te drugie. Nieraz nawet kilka gorzkich słów czy uwag pod adresem dziecka może sprowokować je do podjęcia próby samobójczej. Dziecko będące w stanie załamania, wysyła zazwyczaj sygnały niewerbalne i bardzo subtelne, jak np. poprzez rysunki zawierające ciemne kolory oraz wiele pustej przestrzeni, rysowane niepewną kreską z wykorzystaniem motywu urwanych schodów lub krzyża. Oprócz tego, dziecko również zmienia swoje nawyki dotyczące snu i jedzenia, występują u niego takie zachowania jak rozdawanie swoich ulubionych rzeczy, odizolowanie się od otoczenia, brak dbałości o wygląd zewnętrzny, utrata zainteresowań.

Można wyodrębnić następujące cechy osobowości wiążące się, w okresie dorastania z ryzykiem próby samobójczej lub samobójstwa:

- zmienny nastrój,
- demonstrowanie złości lub zachowanie agresywne,
- zachowania antyspołeczne,
- wyładowywanie się przez zachowania gwałtowne (typu acting-out),
- silna impulsywność,
- drażliwość,
- nieumiejętność dostosowania strategii radzenia sobie ze stresem do nowych sytuacji,
- mała zdolność rozwiązywania problemów, kiedy pojawiają się trudności,
- niezdolność dostrzegania rzeczywistości w sposób obiektywny,
- tendencja do życia w świecie iluzorycznym (złudzeń),
- fantazje wielkościowe na przemian z poczuciem własnej bezwartościowości,
- skłonność do doznawania rozczarowań,
- lęk, szczególnie jako reakcja na niewielkie dolegliwości somatyczne lub niegroźnie rozczarowania,
- przekonanie, że jest się nieskazitelny i lepszym od innych,
- poczucie niższości i braku pewności siebie maskowane demonstrowaniem własnej wyższości,
- odrzuć innych lub prowokacyjnym zachowaniem wobec kolegów szkolnych i osób dorosłych, z rodzicami łącznie,
- niepewność co do własnej tożsamości lub orientacji seksualnej,
- ambiwalentne relacje z rodzicami, innymi dorosłymi oraz przyjaciółmi.

Najważniejszą dla profilaktyki prób samobójczych wydaje się być empatia (zdolność wczuwania się w sytuację innej osoby) wyrażająca się również nie bagatelizowaniem \ uczuć i wewnętrznych przeżyć ucznia jak i cichych sygnałów mówiących, że nie wszystko jest w porządku, bardzo dużą rolę odgrywają tutaj więzi rodzinne, stosunki koleżeńskie, jak również zainteresowania takiej osoby lub hobby, a więc coś co pochłania i co może stanowić treść dla aktywności poznawczej wypełniając wolny czas. Bliskość najważniejszych osób oraz ukształtowanie w młodej osobie postawy otwartej na świat oraz ludzi, pozytywne wzmocnienia, odpowiednia motywacja do nauki oraz różne treningi autogenne czy interpersonalne - pozwalają na odzyskanie równowagi psychicznej przez nastolatka poprzez wykształcenie w nim realistycznego spojrzenia oraz właściwych mechanizmów radzenia sobie z trudnościami w życiu.

AGRESJA I PRZEMOC

Problem przemocy w szkole i w domu jest przedmiotem doniesień prasowych i publicznych dyskusji w mediach. Najczęściej nagłaśniane są pojedyncze przypadki, brakuje natomiast systematycznych i kompleksowych opracowań, mogących jednoznacznie określić rozmiary tego zjawiska. W literaturze przedstawia się różne teorie wyjaśniające pochodzenie ludzkiej agresji. Do najbardziej znanych należą:

- Teoria instynktów- zakłada istnienie wrodzonego instynktu agresji, traktuje agresywne i przemocowe zachowania jako zgodne z naturą;
- Teoria frustracji- przyjmuje założenie, że zachowania agresywne są wynikiem zablokowanych potrzeb człowieka i przeżywanego z tego powodu frustracji;
- Teoria społecznego uczenia się- wyjaśnia, że ludzie uczą się zachowań agresywnych przez osobiste, bezpośrednie doświadczenia, bądź też naśladownictwo.

Ofiara- osoba, która poniosła uszczerbek w zdrowiu fizycznym lub psychicznym, doznała zaburzeń emocjonalnych, strat materialnych lub istotnego naruszenia swoich podstawowych praw wyniku działania lub zaniechania.

Agresor- osoba lub grupa osób naruszająca prawa i dobra osobiste innej osoby.

Świadek przemocy- osoba obecna w czasie aktu przemocy, mogąca stwierdzić to, co widziała, świadczyć o tym, przy czym była.

Agresja- w psychologii oznacza „działanie skierowane przeciwko osobom lub przedmiotom, wywołującym u jednostki niezadowolenie lub gniew.”

Przemoc- zachowania agresywne i jednocześnie destruktywne w stosunku do innej osoby lub grupy osób, w których wyniku inne osoby ponoszą uszczerbek na ciele lub w zakresie funkcji psychicznych.

Pojęciu „przemoc” przypisywane są różne znaczenia. Najczęściej przemoc rozumiana jest jako intencjonalne działanie wbrew woli i ze szkodą dla innej osoby lub grupy osób, świadome wywieranie presji z wykorzystaniem, osobistej przewagi fizycznej lub psychicznej. Może przejawiać się w wielu formach, stosując różne kryteria.

Przemoc gorąca – to przemoc naładowana złością, gniewem, agresją, furią. Towarzyszą jej bogate formy ekspresji: krzyk, głośne wyzwiska, rękoczynny, impulsywne zachowania, gwałtowne zadawanie bólu. Jest to najłatwiej zauważalna i najbardziej spektakularna forma przemocy.

Przemoc chłodna – to działania podejmowane celowo, z premedytacją, zmierzające do szkodenia innym, a wynikające z pewnego umysłowego porządku, który sprawca realizuje. Jest formą bardziej wyrafinowanej przemocy, niepozostawiającą widocznych śladów.

Uwzględniając jako kryterium formy złego traktowania dzieci i młodzieży wyróżnia się przemoc fizyczną, emocjonalną, psychiczną, seksualną i zaniedbywanie.

Przemoc fizyczna: to wszelkie działanie nieakceptowane, prowadzone przez jakakolwiek osobę, które wywołuje u osoby uszczerbek fizyczny lub chorobę, lub też stawia ją w poważnym niebezpieczeństwie odniesienia szkody fizycznej lub choroby. Jest to jedna z najczęściej spotykanych form przemocy wobec drugiego człowieka, której celem jest wymuszanie na ofierze zachowania zgodnego z wolą oprawcy. Obejmuje ona: klapsy, bicie pięścią, policzkowanie, bicie przedmiotami, szarpanie, popychanie, potrząsanie, rzucanie przedmiotami, parzenie, duszenie itp.

Specyficzne konsekwencje przemocy fizycznej to: siniaki, stłuczenia, cięcia, złamania, oparzenia, obrażenia i uszkodzenia narządów wewnętrznych; lęk dziecka przed rozbieraniem na lekcjach w-f; lęk przed dotknięciem; zgon jako rezultat pobicia.

Przemoc psychiczna: jest to rozmyślne niszczenie lub wpływanie na obniżanie możliwości prawidłowego rozwoju dziecka od wyzwisk, emocjonalnego odrzucania, po nadmierne wymagania i nieliczenie się z faktycznymi możliwościami. To zazwyczaj przemoc

werbalna, która wywołuje emocjonalny ból lub cierpienie, co często wynika z poczucia poniżenia i zagrożenia. Ten rodzaj przemocy jest najtrudniejszą do zdiagnozowania formą maltretowania jednostki. Do przemocy psychicznej zalicza: izolację; ograniczenie snu i pożywienia; narzucanie własnych sądów; degradację werbalną (wyzywanie, poniżanie, upokarzanie); narkotyzowanie, a także kontrolowanie i ograniczanie kontaktów ofiary z przyjaciółmi, szkołą; przymusową izolację i uwięzienie; zmuszanie do oglądania obrazów i aktów przemocy; zastraszanie; stosowanie szantażu, groźby samobójcze; znęcanie się nad zwierzętami itp.

Przemoc emocjonalna: jest to każde szkodliwe oddziaływanie na emocjonalny rozwój osoby poprzez odrzucenie lub ignorowanie jego potrzeb emocjonalnych. Zalicza się tu: ignorowanie, wyśmiewanie, odmowę uczuć, zainteresowania, szacunku, ciągłą krytykę, wyzwiska, wrzaski, zawstydzanie, upokorzenia, to także nieustanny atak na dobre samopoczucie psychiczne dziecka.

Do skutków tego typu przemocy należą: zaburzenia mowy, nadmierne podporządkowanie dorosłym, nieadekwatny lęk przed konsekwencjami różnych działań, częste kłamstwa.

Przemoc seksualna: nazywana także nadużyciem seksualnym, molestowaniem seksualnym i wykorzystywaniem seksualnym- to kontakt seksualny bez zgody ofiary, to wykorzystywanie seksualne wymuszane siłą, w tym pieszczoty, stosunki seksualne, oralne i analne, stosunki homoseksualne, dotykanie narządów płciowych wbrew woli ofiary, zmuszanie do oglądania pornograficznych obrazów czy scen, poniżanie osoby w sytuacjach seksualnych uwodzenie, świadome czynienie z dziecka świadka aktów płciowych.

Do skutków tego typu przemocy zalicza się: choroby przenoszone drogą płciową, zbytnia erotyzacja dziecka, negatywne postawy seksualne dzieci, zaburzenia seksualne, infekcje, urazy narządów płciowych.

Zaniedbywanie: niezapewnienie dziecku, osobie starszej lub innej osobie zależnej możliwości zaspokojenia podstawowych życiowych potrzeb. Może obejmować zarówno sferę psychiczną, jak i fizyczną osoby i definiowane jest jako niezaspokajanie potrzeb niezbędnych do prawidłowego rozwoju, związanych z odżywianiem, ubiorem, schronieniem, higieną opieką medyczną, kształceniem oraz psychiką, ochroną zdrowia, edukacją, czy w sferze emocjonalnej brak miłości rodzicielskiej, zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa itp.

Do specyficznych konsekwencji zaniedbywania dzieci należą: opóźnienie rozwoju wynikające z niedożywienia, częste choroby, pasożyty, zbyta mała waga ciała, niski wzrost.

Jednym z klasycznych przykładów zaniedbania wobec dzieci jest „syndrom Munchausena” przejawiający się imputowaniem dziecku choroby, na którą ono nie cierpi. Jest to sytuacja, w której jedno z rodziców poddaje dziecko nieustannym badaniom medycznym, opierając się na fikcyjnych symptomach w sferze fizycznej, bądź wywoływanych celowo przez oboje lub jedno z rodziców w wyniku podawania mu określonych, szkodliwych substancji.

W wyniku doświadczania przemocy dziecko może przejawiać również trudności w zachowaniu, jak np.: różnego rodzaju zachowania destrukcyjne, ucieczki z domu; agresję, zaburzenia mowy, zaburzenia snu, choroby somatyczne, lękliwość, moczenie się, trudności w nauce, trudności w koncentracji uwagi, brak poczucia sensu życia, skrytość, brak zaufania do ludzi i siebie, próby samobójcze, ponowne wchodzenie w pozycje osoby doznającej przemocy.

Przeciętna polska szkoła sprzyja rozwojowi uczniów, ale jednocześnie wyzwała zachowania agresywno - przemocowe. Przemoc w szkole- mobbing- to długotrwałe nękanie, izolowanie lub psychiczne wykończanie osoby np. dziecka przez rówieśników. O zjawisku tym można mówić, gdy ofiara przez dłuższy czas jest wielokrotnie narażona na negatywne działania ze strony jednej osoby lub kilku osób.

Ofiary przemocy- dzieci narażone na szykany w szkole charakteryzują się jedną lub kilkoma z podanych niżej cech: są przezywane, upokarzane, wyśmiewane; są zaczepiane, szturchane; są wciągane w kłótnie, bójki w których są stroną słabszą; koledzy zabierają im książki, pieniądze i inne przedmioty osobiste; mają siniaki, zadrapania, podarte ubrania i tego faktu nie potrafią wytłumaczyć w żaden wiarygodny sposób. Ponadto w czasie przerw są samotne i niedopuszczane do grupy, nie mają przyjaciół; jako jedni z ostatnich wybierani są do grup zespołowych; w czasie przerw starają się trzymać blisko nauczyciela; sprawiają wrażenie nerwowych i niepewnych; wyglądają na sfrustrowane, nieszczęśliwe, smutne, łatwo płaczą.

Szkolni prześladowcy (sprawcy mobbingu) charakteryzują się następującymi cechami: łatwo się irytują, szydzą z innych, celowo mówią rzeczy, które mogą kogoś zranić, grożą, wyśmiewają, popychają, szturchają innych, biją, znęcają się. Zachowania takie mogą być skierowane przeciw wielu uczniom, lecz zwykle koncentrują się na kilku najsłabszych i najbardziej bezbronnych. Sprawcy przemocy są z reguły fizycznie mocniejsi od ofiar, przejawiają zwiększoną impulsywność, a mniejszą bojaźliwość, mają wyższe poczucie własnej wartości niż inni uczniowie i w większości przypadków są otoczeni małą grupą wsparcia ze strony rówieśników.

W Polsce w zmieniających się warunkach społeczno - kulturowych część dzieci i młodzieży coraz częściej doświadcza agresji i przemocy jako sprawca o ofiara, czy też jako obserwator. Zobowiązuje to wszystkich biorących udział w socjalizacji i wychowaniu dzieci i młodzieży do współpracy i wypracowania skutecznych strategii przeciwdziałania.

SAMOOUSZKODZENIA

Samookaleczenie – umyślne uszkodzenie własnego ciała w wyniku [autoagresji](#) lub [depresji](#). Jest to problem dotyczący nie tylko więźniów, lecz także wydawało by się „zwykłych” ludzi. Pojawia się też u dzieci i młodych ludzi, czasem w celu zwrócenia uwagi dorosłych. Dane empiryczne podają, że samookaleczenie się nie jest wcale zjawiskiem rzadkim. Problem ten dotyczy około 5% populacji studenckiej i w znacznie większym stopniu młodzieży szkolnej.

Samouszkodzenia umiarkowane zalicza się do zachowań autodestruktywnych. Pojęcie autodestruktywności jest niezwykle obszerne, gdyż zachowania noszące miano autodestruktywnych obejmują zarówno działania o najbardziej samoniszcącym charakterze, np. samobójstwo, ale także działania bardziej zakamuflowane, takie jak np. nałogi, zaniedbania, szkodliwe nawyki żywieniowe. Samouszkodzenia umiarkowane - to takie akty bezpośredniej autodestruktywności, w których jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej krzywdy i gdzie przedmiotem agresji staje się jej własne ciało. Dodać należy także, że zachowanie autodestruktywne nie ma charakteru samobójczego. Istnieją trzy rodzaje tak rozumianych samouszkodzeń:

- a) wielkie (jak np. obcięcie kończyny) - występują najrzadziej, mają jednak najpoważniejsze konsekwencje zdrowotne; towarzyszą zazwyczaj psychozom lub stanom ostrego upojenia alkoholowego;
- b) stereotypowe (np. rytmiczne uderzania głową) - występują najczęściej w upośledzeniu umysłowym;
- c) umiarkowane – występują najczęściej; często towarzyszą zaburzeniom odżywiania i zaburzeniom osobowości typu bordenline.

Osoby samookaleczające się czerpią w ten dramatyczny sposób określone korzyści psychologiczne. Akty autoagresji pełnią więc pewne funkcje. Wyróżnia się 15 funkcji samookaleczeń, zgrupowanych w pięć większych kategorii:

- funkcji związane z radzeniem sobie i przetrwaniem – w tym przypadku zachowania autodestruktywne służą regulacji napięcia emocjonalnego;
- funkcje związane z Ja - tutaj akty samookaleczania mogą prowadzić do uzyskania poczucia kontroli i autonomii, czy tworzenia warunków do zatroszczenia się o siebie;
- funkcje odnoszące się do wcześniejszych doświadczeń traumatycznych - jak np. ekspresja cierpienia wynikającego z urazu, lub ponowne jego przeżycie;
- funkcje związane z samokaraniem i pozostawaniem w roli ofiary - obok uwolnienia się od poczucia winy poprzez karanie siebie również karanie zinternalizowanego obrazu prześladowcy;
- funkcje dotyczące relacji z innymi ludźmi - np. komunikowanie, wywieranie wpływu, karanie innych.

Wyjaśnień zjawiska autodestruktywności należy szukać zarówno w pewnych czynnikach ryzyka jak i indywidualnych czynnikach intrapsychicznych. Do czynników ryzyka wystąpienia samouszkodzeń zaliczyć można doświadczenia traumatyczne, szczególnie przemoc fizyczną i seksualną. Ogromne znaczenie ma także relacja przywiązania. Jak pokazują liczne badania, wczesnodziecięce zaniedbanie i ukształtowanie się wzorca pozabezpiecznego przywiązania w sposób znaczący wpływają na wystąpienie zachowań autodestruktywnych. Do czynników intrapsychicznych zwiększających ryzyko autodestrukcji zaliczyć można z kolei: stosunek do własnego ciała, obejmujący m.in stopień jego akceptacji. Właśnie brak akceptacji swojego ciała u osób chorych na anoreksję czy bulimię może być jednym z czynników wpływających na zwiększoną w tych grupach liczbę samookaleczeń.

Oprócz stosunku do własnego ciała i wspomnianej wcześniej relacji przywiązania ważną rolę w kształtowaniu się tendencji autodestruktywnych pełni proces zwany dysocjacją.

Dysocjacja w ujęciu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oznacza, że: „co najmniej dwa procesy lub dwie treści psychiczne nie zostają zintegrowane, podczas gdy z reguły, w normalnych warunkach współwystępują one w świadomości, pamięci, tożsamości.” Oznacza to, że określone ciężkie do zniesienia doznania (np. bólowe), emocje zostają wyłączone z pola świadomości, co redukuje napięcie i utrwała tendencje autodestruktywne. Mówiąc inaczej dysocjacja ułatwia atak na siebie, wyłączając określone aspekty Ja(np. ciało).

Problem samookaleczeń jest duży, bardzo często jednak- niedostrzegalny. Osoby okaleczające się przeważnie starannie ukrywają rany, długa bluza, opaski na ręce. Mimo, że większość z nich stara się ukryć fakt samookaleczenia się, robi to tak, aby jednak „coś” było widać. To „coś” to nie tylko rana, ale także (a może przede wszystkim) głęboki smutek, zagubienie i wiele innych odczuć, które trudno nam sobie wyobrazić. Należy mieć świadomość, że okaleczanie się to nie cecha „świrów”, ale normalnych, bardzo wrażliwych ludzi, którzy potrzebują naszego wsparcia.

AUTYZM

Autyzm wczesnodziecięcy, autyzm głęboki, zespół Kanner – jest to skomplikowany zespół upośledzenia rozwoju, w którym istotną rolę odgrywa funkcjonowanie mózgu. Jest to choroba neurologiczna, wśród typowych cech są problemy z komunikacją uczuć i związkami społecznymi. Występują również kłopoty z integracją wrażeń zmysłowych. W typowych przypadkach pojawia się w pierwszych trzech latach życia. Ocenia się, że występuje u około 2 do 6 na 1000 osób, przy czym jest cztery razy częstszy u mężczyzn niż u kobiet. Obecnie autyzm może być leczony (farmakologicznie i behawioralnie), ale nie jest wyleczalny. Wczesna diagnoza i działanie są niezbędne w celu zapewnienia jak najlepszego rozwoju dziecka. Przyjmuje się, że początek zaburzeń autystycznych ma miejsce przed 36 miesiącem życia dziecka.

Diagnozę autyzmu stawia się, gdy dziecko ujawnia przynajmniej 6 z podanych poniżej objawów, które nie są typowe dla danego okresu rozwojowego - wg DSM IV.

A. Zaburzenia w jakościowym rozwoju interakcji społecznych, komunikowaniu się oraz ograniczenia w zakresie aktywności i zainteresowań:

1. Zaburzenia w jakościowym rozwoju interakcji społecznych, manifestujące się przez co najmniej dwa z następujących objawów:

a) znaczne zaburzenia w zachowaniach niewerbalnych (brak kontaktu wzrokowego, mimiki twarzy, gestów, uśmiech) powodują one ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym i komunikowaniu się;

b) nieumiejętność odpowiedniego dla danego poziomu rozwoju nawiązywania kontaktu z rówieśnikami - całkowity brak zainteresowania rówieśnikami oraz występowanie zachowań nieadekwatnych do sytuacji lub wieku;

c) brak spontanicznego dążenia do udziału w zabawie, brak współdziałania z innymi osobami - brak aktywnego, samoczynnego udziału w prostych zabawach; preferowanie zabawy samotnej, w tym niepokazywanie innym rzeczy, które są dla nich ważne; inne osoby w zabawie mogą być traktowane jako „pomoc mechaniczna”;

d) wyraźny brak świadomości fizycznej obecności lub uczuć innych osób - może się to objawiać w niezauważaniu samopoczucia innych osób, nie pamiętaniu o członkach własnej rodziny, nie zdawaniu sobie sprawy z potrzeb innych osób.

2. Zaburzenia w jakościowym sposobie komunikowania się, manifestujące się przez co najmniej jeden z następujących objawów:

a) opóźniony lub całkowity brak rozwoju mowy - z jednoczesnym brakiem prób i kompensacji poprzez alternatywne sposoby komunikowania się w tym: mimika, gest, wskazywanie, pozycje ciała, uśmiech;

b) u osób z dobrze rozwiniętą mową werbalną występuje brak umiejętności inicjowania i kontynuowania rozmowy - objawiać może się to brakiem udzielania odpowiedzi na stawiane pytania, wygłaszanie monologów na ulubione tematy, pomimo braku zainteresowania ze strony innych osób;

c) często język jest charakterystyczny tylko dla danej osoby lub mowa jest używana w sposób stereotypowy, powtarzający się - występowanie mowy echolalicznej, używanie zaimka trzeciej osoby liczby pojedynczej zamiast „ja”, używanie znanych tylko osobie (i najbliższym osobom) nietypowych określeń na różne czynności, osoby;

d) brak różnorodnych, odpowiednich dla danego poziomu rozwoju, spontanicznych zabaw grupowych i zabaw naśladowczych różnych czynności życia społecznego - obserwujemy brak zabaw tematycznych; zabaw „na niby”, odgrywania ról osób dorosłych, wymyślonych postaci, zwierząt; brak zainteresowania opowiadaniem wymyślonych zdarzeń.

3. Ograniczone, powtarzające się, stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności, manifestujące się przez co najmniej jeden z następujących objawów:

a) powtarzanie zachowań według jednego lub więcej stereotypowych i ograniczonych wzorców, które są nieprawidłowe w swej sile albo w zakresie - przykładem może być wykonywanie określonej czynności zawsze w takiej samej kolejności, chodzenie zawsze tą samą trasą spacerową;

b) wyraźne, sztywne trzymanie się niefunkcjonalnych procedur lub rytuałów np. układanie pantofli w określonym kierunku przed wyjściem z domu, siadanie zawsze na tym samym miejscu;

c) występowanie stereotypowych i powtarzających się manieryzmów ruchowych - trzepotanie palcami, kiwanie całym ciałem, okręcanie się wokół własnej osi, kręcenie głową;

d) uporczywe zainteresowanie niektórymi przedmiotami lub ich właściwościami - ciągle noszenie przy sobie określonego przedmiotu, badanie faktury przedmiotów, obwąchiwanie przedmiotów, okręcanie ich wokół własnej osi.

B. Wystąpienie przed trzecim rokiem życia opóźnienia lub nieprawidłowości w funkcjonowaniu przynajmniej jednej ze sfer:

1. Interakcjach społecznych.

2. Mowie służącej komunikowaniu się.

3. Wymyślanych lub symbolicznych zabawach i grach.

C. O autyzmie mówimy wówczas, kiedy normalny rozwój dziecka nie przekracza trzeciego roku życia oraz kiedy powyższych zaburzeń nie daje się wyjaśnić jako Zespół Retta lub Dziecięce Zaburzenia Dezintegracyjne-Zespół Hallera, zespół Aspergera.

Zakres objawów autystycznych u dziecka może być różnorodny i o różnym stopniu nasilenia. Czasami są one tak specyficzne, że trudno przypisać je do jakiegokolwiek wymienionej grupy. Specyfika i różnorodność współwystępujących z autyzmem zaburzeń skłania do określenia tych dzieci jako **osób o cechach autystycznych**.

Specyficzny rozwój dziecka o cechach autystycznych może charakteryzować się trzema cechami:

1. Zerwanie więzi społecznych (w zakresie nawiązywania kontaktów społecznych oraz umiejętności współżycia w społeczeństwie):

-unikanie bezpośredniego spojrzenia twarzą w twarz;

-unikanie kontaktu fizycznego z drugą osobą (małe dzieci nie lubią być przytulane), traktowanie innych osób przedmiotowo - często postrzeganie drugiej osoby jako instrumentu do wykonania określonej czynności;

-specyficzne kontaktowanie się z innymi osobami (mówienie do siebie, nawiązywanie kontaktu poprzez zbliżanie się bokiem lub plecami, gwałtowne reakcje, itp.);

-zwracanie na siebie uwagi poprzez zachowania niezgodne z przyjętymi zasadami;

-reakcje lękowe, agresywne lub ucieczkowe w wyniku zmian w codziennym rytmie dnia lub zmian dokonanych w otoczeniu;

-brak zabaw symbolicznych - często zabawa specyficzna, rutynowa, stereotypowa;

-zanik lub fragmentaryczny (specyficzny) sposób porozumiewania się;

-nietowarzyszenie innym osobom w codziennych zajęciach lub w zabawie; preferowanie samotności, z jednoczesnym wykonywaniem stereotypowych czynności i posługiwanie się ulubionymi przedmiotami lub zabawkami, natrętne wpatrywanie się w określone wzory, słuchanie wybranych fragmentów muzyki, itp.

2. Sztywność zachowania. Stopień wycofania się z kontaktów społecznych w wyraźny sposób określa aktywność dzieci autystycznych. Pierwsza grupa dzieci aktywność swoją ogranicza do niwelowania tych czynników zewnętrznych, które próbują wyrwać je z ich własnej izolacji. Ich aktywność można porównać do samoobrony przed kontaktem ze światem zewnętrznym. Eksploracji otoczenia dokonują nogami, rzadziej dłońmi

Druga grupa dzieci aktywność swoją ukierunkowuje na aktywność autostymulacyjną. Jest to aktywność wybiórcza polegająca na różnicowaniu tego, co im sprawia przyjemność od spraw nieprzyjemnych, unikają również sytuacji niebezpiecznych.

Aktywność dzieci z grupy trzeciej można porównać do realizacji pewnego, z góry założonego, programu motorycznego. Realizowany jest on o tyle, o ile daje gwarancję uzyskania sukcesu. Są aktywne w znanym sobie otoczeniu. W nowym otoczeniu podejmują te aktywności, które na pewno przyniosą im sukces.

Program aktywności dzieci autystycznych z grupy czwartej rzadko ulega transformacji. Wcześniej poznany program, realizują w sposób sztywny, wręcz pedantyczny. Nie są w stanie zaakceptować zmian w swojej aktywności z powodu aktualnych okoliczności.

3. Zaburzenia w rozwoju umiejętności komunikowania się. Zaburzenia rozwoju mowy mogą dotyczyć tempa rozwoju języka, jego rozumienia lub ekspresji. Niektóre dzieci zaczynają mówić w dość późnym okresie życia, inne mają mowę rozwiniętą prawidłowo, która stopniowo lub nagle zanika. U jeszcze innych nie rozwija się mowa werbalna. Dzieci takie mogą zacząć porozumiewać się w sposób pozawerbalny. Niektóre porozumiewają się słowami „kluczami”, zrozumiałymi tylko dla nich samych. Często mówią o sobie w trzeciej osobie liczby pojedynczej. W niektórych przypadkach dzieci te nie rozumieją tego, co same wypowiadają. Częstym zaburzeniem jest tzw. mowa echolaliczna oraz zaburzenia intonacji, modulacji i ekspresji.

Stopień wycofania się dziecka, jak i sposób wchodzenia w interakcje społeczne, uzależnione są od poziomu umysłowego, dotychczasowej drogi socjalizacji, którą dziecko pokonało, a może w głównej mierze od kompetencji porozumiewania się z otoczeniem.

Dzieci autystyczne postrzegane są często jako te, które nie przeżywają świata zewnętrznego w sposób emocjonalny, jako te, które nie nawiązują znaczących związków emocjonalnych z innymi osobami. Uważa się, że nie znana jest im empatia.

Większość dzieci z autyzmem okazuje proste uczucia, takie jak gniew, strach, radość, smutek, lecz czasami okazują je nieadekwatnie do sytuacji. Uczucia wyższe jak duma, wstyd czy zakłopotanie są im raczej niedostępne.

U osób autystycznych często występuje zazdrość o osobę dorosłą, do której dziecko jest bardzo przywiązane. Wstyd występuje czasem po złamaniu przez dziecko norm społecznych (zależy od umiejętności i samooceny). Dzieci autystyczne są ogromnie wrażliwe na stany emocjonalne stykających się z nimi osób dorosłych, choć nie dają o tym znać w sposób bezpośredni. Dziecko, mimo, że pozornie nie zwraca uwagi na otaczające je osoby z najbliższego otoczenia, potrafi wyczuwać w niemal bezbłędny sposób ich nastroje i emocje. Świadczy to o wrażliwości na mało nawet wyraźne sygnały w zachowaniu i takie cechy, jak drobne zmiany w napięciu mięśniowym, w postawie ciała, zabarwieniu głosu, w codziennych czynnościach. Dostępna jest im umiejętność zarażania się nastrojem, emocjami - nadmierna pobudliwość przejawiana przez jednego z uczniów udziela się innym, podobnie zły lub dobry nastrój innego dziecka lub nauczyciela. Natomiast poczucie humoru jest rozwinięte u dzieci funkcjonujących na wyższym poziomie.

Podkreślić należy, że dziecko to **nie problem, lecz osoba**, która oczekuje naszej pomocy. Posiada ono swój niepowtarzalny dar, który należy odkryć i pozwolić mu go rozwijać we własnym rytmie.

BIBLIOGRAFIA

4. Cekiera Cz., Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych, Lublin 1993
 5. Mellibruda J., Psychopatologia zjawisk społecznych. W: Psychologia (red. J. Strelau). Gdańsk 2000;
 6. Moneta Malewska M., Narkotyki w szkole i w domu, Warszawa 2001;
 7. Poradnik dla rodzica. Dzieci- alkohol, narkotyki, przemoc. Jak temu zaradzić?
 8. Radochoński M., Zarys psychopatologii dla pedagogów, wydawnictwo wyższej szkoły pedagogicznej, Rzeszów 1996
 9. Wiewiurska J., Ergo...Miesięcznik oświatowy, rok III, nr 9(27), październik 2006
 10. Zaburzenia zachowania dzieci i młodzieży szkolnej, Zespół autorów pod red. A. Grabowskiej i dr K. Kmieciak-Baran, tom III
-
11. Bilikiewicz A., Strzyżewski W., Psychiatria, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.
- Pużańska E. 1987
 - Rosenhan, Seligmann, Psychopatologia, Zysk i S-ka, Poznań 2001
 - Radochoński M., Podstawy psychopatologii dla pedagogów, Wydaw. Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2001

 - Aronson E., Człowiek istota społeczna, PWN, Warszawa 1995
 - Cekiera Cz., Postawy wobec życia i śmierci a problem samobójstw [w:] Między życiem a śmiercią, red. W. Połozą i M. Ryś, wyd. USKW, Warszawa 2002
 - Hołyst B., Przemoc w życiu codziennym, Warszawa 1997
 - Jarosz M., Samobójstwo, Warszawa 2000
 - Jundził J., Dziecko- ofiara przemocy, WSiP, Warszawa 1993
 - Zaburzenia zachowania dzieci i młodzieży szkolnej, Zespół autorów pod red. A. Grabowskiej i dr K. Kmieciak-Baran, tom III

 - Kawula S., Brągiel J., Janke A.W., Pedagogika rodziny. Wyd. A. Marszałek, Toruń 2004,
 - Kmieciak-Baran K., Młodzież i przemoc, Gdańsk 2000
 - Kołodziejczyk A., Czerniewska E., Kołodziejczyk T., Spójrz inaczej na agresję. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla szkół podst., Starachowice 1998,
 - Jarosz E., Dom który krzywdzi, Wydaw. „Śląsk”, Katowice 2001
 - Mellibruda J., Oblicza przemocy, Remedium XII 1993
 - Pospiszyl I., Razem przeciw przemocy, Wyd. Akademickie „ŻAK”, Warszawa 1999
 - Soriano A., Przemoc wobec dzieci, eSPe, Kraków 2002
 - Surzykiewicz J., Agresja i przemoc, Warszawa 2000

 - Jaklewicz H., Autyzm wczesnodziecięcy, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 1993.
 - Pisula E., Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia, WSPS, Warszawa 2001

 - Suchańska, A., Wycisk, J., Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006
 - Babiker, G., Arnold, L., Autoagresja. Mowa zranionego ciała, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002