

DEPRESJA MŁODZIEŻY

Cierpienie może być przetworzone nie tylko w sztukę ale i w życie Francine Shapiro

Przyczyny, diagnoza, profilaktyka

Specyfika czasu dorastania

- silna presja na osiągnięcia, której młodzież poddawana jest zarówno przez szkołę, jak i rodziców
- zmiany w sferze wartości – metka i rozmiar decyduje o wartości człowieka
- trudny start dla młodych – kryzys, bezrobocie
- słabsze relacje pomiędzy dziećmi i nastolatkami (więcej czasu spędzają w sieci)
- słabsze relacje rodziców z dziećmi, rodzice częściej dają mniej wsparcia
- bardzo łatwy dostęp do narkotyków i innych używek.

Psychologiczne przyczyny depresji. Wdrukowanie dziecku przeświadczenia o sobie, otaczającym go świecie i przyszłości „Jestem beznadziejny, na nikogo nie mogę liczyć, świat jest wrogi i nieprzewidywalny, przyszłość widzę w czarnych barwach”.

Przyczyny wystąpienia zaburzeń depresyjnych:

- impulsywny temperament,
- niska samoocena
- trauma dziecięca
- zachowania samobójcze w rodzinie
- uczucie osamotnienia
- uczucie braku wsparcia w rodzinie
- trudności szkolne

W ICD-10 zaburzenia nastroju podzielono na dwie grupy:

• **Jednobiegunowe zaburzenia depresyjne** – rozpoznawane wówczas, gdy u pacjenta w ciągu życia **występują wyłącznie epizody depresji** (nigdy nie występowały okresy manii i hipomanii).

• **Zaburzenia afektywne dwubiegunowe** – gdy u pacjenta **w ciągu życia występowały epizody depresji i manii**
DO CZĘSTO WYSTĘPUJĄCYCH OBJAWÓW ZESPOŁU DEPRESYJNEGO NALEŻĄ:

• **Objawy ze strefy emocjonalnej:** smutek, przygnębienie, rozdrażnienie (często zamiast obniżenia nastroju) zmniejszenie lub utrata zdolności doświadczenia przyjemności (anhedonia), poczucie winy oraz towarzyszący niekiedy tym objawom niepokój.

• **Objawy zakłóceń w sferze poznawczej:** problemy z koncentracją procesów poznawczych, niska samoocena, negatywne oceny dotychczasowych doświadczeń (wyrażany stwierdzeniami: „jestem zły”, „nic nie potrafię”, „nikt mnie nie kocha”), pesymizm w ocenie przyszłości i rozpamiętywanie przeszłości, bezradność, myśli samobójcze.

• **Objawy behawioralne:** spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe, społeczne wycofanie, zmniejszona rozmowność, ograniczenie zainteresowań, utrata łaknienia, zaburzenia snu, próby samobójcze.

Dowody na pochodzenie genetyczne depresji:

- Ryzyko depresji u dziecka rośnie gdy rodzic cierpi na depresję.
- Dzieci rodziców z zaburzeniami dwubiegunowymi są 4 razy bardziej narażone na wystąpienie depresji.
- Jeśli jeden z bliźniaków jednojajowych cierpi na zaburzenia dwubiegunowe szansa na to, że u drugiego również rozwiną się zaburzenia dwubiegunowe jest 80% a u dwu-jajowych 19%

TEORIE POCHODZENIA DEPRESJI

Teorie biologiczne; Norepinefryna, Acetylocholina i Serotonina to neuroprzekaźniki, które uważa się za odpowiedzialne za regulację nastroju przez system limbiczny i hipotalamus. Brak równowagi w produkcji, wydzielaniu i wchłanianiu tych substancji uważa się za potencjalne źródło zaburzeń afektywnych.

Teorie psychologiczne

1. **Model Becka:** Dziecko z depresją ma nie przystosowawcze myśli i wierzenia, które zniekształcają sposób w jaki dziecko to przetwarza informacje. Te nie przystosowawcze myśli to: negatywny obraz własnej osoby, negatywny obraz świata i swojej przyszłości. Częste błędy w myśleniu to: nadmierne generalizowanie (interpretowanie specyficznego wydarzenia jako ogólną zasadę) i minimalizacja (minimalizowanie znaczenia wydarzeń pozytywnych).

2. Model Seligmiana – wyuczonej bezradności. Depresja rodzi się gdy z powodu swoich powtarzających się doświadczeń, dziecko zaczyna wierzyć, że nie ma ono żadnej kontroli nad swoim życiem. To prowadzi do apatii, braku motywacji by starać się wpływać na negatywne doświadczenia, bo i tak nie można nic zmienić.

Dziecko w depresji widzi siebie jako odpowiedzialnego za negatywne zdarzenia, wierzy, że nic nie może zrobić by zmienić sytuację.

3. Model Lewinsohna. Przypisuje powstawanie stanów depresyjnych brakowi wzmocnień społecznych. Ludzie, którzy są podatni na depresję mają niski poziom umiejętności społecznych, który powoduje, że wywołują oni negatywne reakcje u innych. Brak pozytywnych reakcji ze strony innych powoduje, że świat wydaje im się wrogi i w związku z tym wycofują się, to z kolei prowadzi do depresyjnych myśli i nieprzystosowawczych zachowań społecznych. **Biorąc pod uwagę ważną rolę jaką odgrywa grupa rówieśnicza w rozwoju dziecka, teoria ta może być szczególnie trafna w wyjaśnianiu powstawania depresji u dzieci i młodzieży.**

Teorie nadmiernego stresu. Teorie te podkreślają, że stres czyni dzieci podatnymi na negatywne interpretacje wydarzeń i powoduje negatywne emocje dotyczące siebie i otoczenia. Jeśli dziecko czuje się emocjonalnie przeciążone to staje się nieszczęśliwe i ma poczucie beznadziejności co prowadzi do symptomów depresji.

Ciężkie zaburzenia depresyjne i dystymia- obraz kliniczny

1. Smutny lub u dzieci i młodzieży zirytowany nastrój
2. Utrata zainteresowania lub przyjemności z wykonywania zajęć poprzednio lubianych
3. Somatyczne objawy (takie jak problemy ze snem, zmęczenie, wzrost lub utrata wagi)
4. Poznawcze problemy (takie jak myśli samobójcze, problemy z koncentracją, problemy z pamięcią)
5. Problemy z zachowaniem (takie jak motoryczne pobudzenie lub spowolnienie)
6. Zwiększone ryzyko samobójstwa. Ocena ryzyka samobójstwa stanowi bardzo ważny i bardzo trudny element diagnozy podczas diagnozy depresji.

• Depresja nie powinna być diagnozowana jeśli przyczyną symptomów jest utrata kogoś bliskiego (przez dwa miesiące po utracie bliskiej osoby).

Triada depresyjna Becka. Trzy Kryteria diagnostyczne rozpoznania depresji dużej wg DSM-IV:

1. Występowanie minimum pięciu objawów przez okres 2 tygodni pod warunkiem, że 2. stanowią one istotną zmianę w zachowaniu chorego; jednym z objawów jest 3. obniżenie nastroju bądź utrata zainteresowań oraz niezdolność odczuwania przyjemności.

Objawy depresji

- obniżenie nastroju lub dysforia występujące codziennie przez przeważającą część dnia odczuwana subiektywnie i dostrzegana przez otoczenie
- znaczne ograniczenie zainteresowań wszystkimi czynnościami oraz brak odczuwania przyjemności związanej z ich wykonywaniem
- spadek lub wzrost masy ciała minimum 5% w ciągu miesiąca lub codzienny wzrost lub spadek apetytu
- utrzymująca się bezsenność lub nadmierna senność
- spowolnienie lub podniecenie ruchowe
- uczucie zmęczenia
- poczucie nieuzasadnionej winy, obniżenie poczucia własnej wartości
- obniżenie sprawności myślenia, zaburzenia uwagi i koncentracji, niemożność podjęcia decyzji
- nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze realizowane bądź nie.

Objawy depresji u młodzieży

Agresja, wrogość (także w wyglądzie). Cynizm. Złość. agresja słowna i fizyczna. obniżona tolerancja frustracji. pośpenny, ponury wygląd. Fascynacja śmiercią.

PROFILAKTYKA DEPRESJI – ZADANIA SZKOŁY

Wzmacnianie samooceny i wiary w siebie

- stwarzanie sytuacji, w której uczeń może osiągnąć sukces
- wzmacnianie sukcesu
- częste wzmacnianie pozytywnych stron i zasobów dziecka
- wzmacnianie poczucia skuteczności

Szkoła bezpiecznym środowiskiem pod względem psychologicznym i fizycznym

- wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa i zaufania

Osoba godna zaufania. Funkcjonowanie w placówce przynajmniej jednej osoby „godnej zaufania”, do której można się zgłosić z problemami (psycholog, pedagog, wychowawca)

Programy i zajęcia profilaktyczne

- depresja,
- samoocena,
- zdrowy styl życia,
- wzbudzanie zainteresowań,
- Praca z uczniami z grup ryzyka
- dzieci cierpiące na zaburzenia uczenia się, uwagi lub zachowania;
- dzieci i wnuki rodziców i dziadków cierpiących na depresję
- dzieci pozbawione we wczesnym dzieciństwie kontaktu z rodzicami (szczególnie z matką)
- dzieci „inne”.
- Współpraca z instytucjami
- Ośrodki interwencji kryzysowej
- Poradnie psychologiczno – pedagogiczne
- Świetlice środowiskowe
- Sądy rodzinne

„Zachowania autoagresywne wśród młodzieży – samouszkodzenia, próby samobójcze, zaburzenia odżywiania. Diagnoza, procedury postępowania, profilaktyka”

Autoagresja - działanie mające na celu spowodowanie u siebie psychicznej albo fizycznej szkody.

Autoagresja bywa elementem takich zaburzeń psychicznych jak borderline, zaburzenia odżywiania czy schizofrenia.

Wyróżnia się następujące typy autoagresji:

- bezpośrednią - gdy dochodzi do samookaleczenia, samooskarżania, głodzenia,
- pośrednią - gdy jednostka prowokuje i poddaje się agresji innych,

oraz:

- werbalną - polega na zaniżaniu samooceny, krytykę siebie i swojego zachowania,
- niewerbalną - to samookaleczenia, uszkodzanie ciała, głodzenie, przejadanie/obżeranie się

Specyfika wieku dorastania, wyzwania, którym musi sprostać młodzież w obecnych czasach i ich wpływ na zachowania autoagresywne.

Okres dorastania to czas kwestionowania wartości i norm rodzicielskich. Tracą na ważności uznawane dotąd autorytety ojca i matki. W dzieciństwie obraz rodziców, jaki nosimy w sobie, pomaga nam w radzeniu sobie z problemami. Ojcowskie „nie wolno” wyznacza granicę penetrowania świata. Obraz troskliwej i opiekuńczej matki pomaga „zająć się sobą” w trudnych chwilach. Podważając rodzicielskie normy i zasady, nastolatek pozbawia się też w pewnym stopniu tego wewnętrznego obrazu dającego poczucie bezpieczeństwa. Jest to dosyć trudna sytuacja, bo do tej pory młody człowiek nie wypracował jeszcze własnych, dojrzałych mechanizmów obronnych. Niezbyt dobrze rozumie też świat swoich uczuć. Dlatego w sytuacji dużego stresu ratuje się agresją, wybuchowością, poszukiwaniem środków, które dają szybkie rozwiązanie. W życiu młodego człowieka do głosu dochodzą nowe potrzeby:

- potrzeba siły, poczucia, że ma kontrolę;
- potrzeba odróżniania się, czyli szukanie własnego stylu, co zwykle należy rozumieć jako styl inny od rodziców;
- potrzeba jasnej struktury, czyli pewnych granic wyznaczających teren, po którym może się poruszać, potrzeba pewnego porządku, przewidywalności.

Poczucie siły młodzież czerpie z działania, dlatego bardzo chętnie bierze udział w różnego typu akcjach, happeningach, koncertach. Dzięki temu utrzymuje się odpowiedni poziom stymulacji, a wraz z nim przeświadczenie, że „żyję ciekawie i szybko”- stąd popularność środków pobudzających, dyskotek w stylu *rave* lub *techno*. Wieczny ruch pozwala radzić sobie z wewnętrzną pustką i depresją. Nastolatek często testuje swoje otoczenie: bada, na ile skuteczne i prawdziwe są normy, jak mocne granice.

Okres dojrzewania to nie zawsze czas wesołych zabaw i szalonych pomysłów. U wielu nastolatków pojawia się lęk przed separacją, opuszczeniem rodzinnego domu i konieczność usamodzielnienia się. A prawie każdy z nich nosi w sobie żalobę po beztróskim dzieciństwie.

Podsumowując, okres adolescencji to czas, w którym trzeba zacząć radzić sobie:

- z określeniem własnej tożsamości,
- z separacją, czyli kształtowaniem swojego Ja w oderwaniu od bliskich,
- ze zmianami hormonalnymi i własną seksualnością,
- z potrzebą bycia akceptowanym, szczególnie przez grupę rówieśniczą.

Nastolatek musi też nauczyć się brania odpowiedzialności za swoje życie, samokontrolę i podejmowanie decyzji. Tego wszystkiego powinien nauczyć się, wspierany przez osoby dorosłe ze swojego otoczenia: rodziców, nauczycieli.

Uczy się głównie obserwując i naśladowując, niewiele korzysta z pouczających wykładów, gdy nie są one poparte przykładem. Gorzej, jeżeli nikt nie może mu pomóc, jeżeli nie ma obok siebie modeli do naśladowania, gdyż żyje w rodzinie dysfunkcyjnej.

Wyzwania, którym musi sprostać w dzisiejszych czasach nastolatek i ich wpływ na samopoczucie

- Bezrobocie, brak perspektyw,
- Różnice w obyczajowości – dopuszczalność rozwodów, zmiana roli pełnionej przez kobietę, bardziej tolerancyjne podejście do seksu,
- Specyfika kultury w której wyrastają – przemoc, nihilizm, kult pieniądza,
- Łatwy dostęp do wszelkiego rodzaju środków odurzających,

PRÓBY SAMOBÓJCZE I SAMOUSZKODZENIA

SAMOBÓJSTWA

Na całym świecie samobójstwo jest jedną z pięciu najczęstszych przyczyn zgonów w grupie wiekowej od 15 do 19 lat. Chłopcy częściej niż dziewczęta umierają śmiercią samobójczą, wynika to w dużej mierze dlatego, że stosują bardziej drastyczne sposoby odebrania sobie życia np. użycie broni palnej czy powieszenie.

Jako przyczynę takiego stanu rzeczy można podać, najprościej ujmując, nałożenie się jednego ważnego trudnego wydarzenia na ogólne poczucie osamotnienia i agresywnym obwinianiem siebie za tą niekorzystną sytuację. U samobójców występuje tzw. „tunelowej wizji” swojej sytuacji, z którą poradzić sobie można tylko przez odebranie sobie życia. Inne rozwiązania są dyskredytowane, czy wręcz niezauważane, następuje obsesyjne myślenie o samobójczej śmierci i szczegółach z nią związanych.

Najczęstsze motywy samobójstw wśród młodzieży to kolejno: Śmierć bliskiej osoby. Nieszczęśliwa miłość.

Niepowodzenia szkolne. Odrzucenie przez rówieśników. Konflikty z rodzicami.

Myśli samobójcze są czymś normalnym zarówno u dorosłych, jak i młodzieży, sytuacja staje się wtedy nienormalna, jeśli odebranie sobie życia wydaje się jedynym wyjściem z sytuacji i poradzeniem sobie z problemami.

Problem samobójstw wśród młodzieży jest zdecydowanie niedoszacowany, wiele zgonów (np. na skutek wypadku samochodowego, utonięcia, przedawkowania narkotyków lub leków) klasyfikuje się jako niezamierzone lub spowodowane przez wypadki, a w rzeczywistości mogło to być zamierzone działanie.

Czynniki ryzyka

1. Czynniki kulturowe i socjodemograficzne.

Zaliczamy tutaj niski status ekonomiczny i społeczny, niski poziom wykształcenia i bezrobocie.

2. Wzorce rodzinne i negatywne przeżycia z dzieciństwa.

- zaburzenia psychiczne rodziców lub innych bliskich członków rodziny
- nadużywanie/uzależnienie od alkoholu, narkotyków, leków, zachowania społeczne rodziców
- przypadki samobójstw lub prób samobójczych w rodzinie
- przemoc w rodzinie, ze szczególnym uwzględnieniem fizycznego lub psychicznego znęcania się nad dzieckiem albo jego molestowania seksualnego
- częste kłótnie pomiędzy rodzicami z napięciem lub agresją

- rozwód, separacja lub śmierć rodziców, wychowywanie się w rodzinie adopcyjnej lub zastępczej
- częste przeprowadzki do innego miejsca zamieszkania
- bardzo wygórowane oczekiwania rodziców
- brak czasu rodziców, żeby zauważyć problemy emocjonalne dziecka i zająć się nimi
- sztywność rodziny.

3. Styl poznawczy i osobowość.

- zmienny nastrój. - demonstrowanie złości lub zachowania agresywne. - wyładowywanie się przez zachowania gwałtowne (typu acting – out). - silna impulsywność. – drażliwość. - kłopoty z radzeniem sobie z problemami, sztywność strategii radzenia sobie. - tendencja do życia w świecie złudzeń. - lęk jako reakcja na niewielkie dolegliwości somatyczne lub małe rozczarowania. - niepewność co do własnej tożsamości lub orientacji seksualnej. - ambiwalentne relacje z rodzicami, innymi dorosłymi oraz przyjaciółmi.

4. Zaburzenia psychiczne.

- depresja – jak wynika z badań, najczęstszym, zwłaszcza u chłopców, czynnikiem poprzedzającym samobójstwo jest połączenie objawów depresyjnych i myśli samobójczych. U dziewcząt depresja objawia się częściej jako wycofywanie się z kontaktów społecznych, stają się one milczące i bezczynne.
- zaburzenia lękowe – zależność z zachowaniami samobójczymi jest zdecydowanie większa u mężczyzn i chłopców
- nadużywanie alkoholu i narkotyków
- zaburzenia odżywiania się
- zaburzenia psychotyczne

5. Wcześniejsze próby samobójcze.

6. Obecne negatywne wydarzenia życiowe jako czynniki wyzwalające zachowania samobójcze.

Ważnym jest to, że czynnikiem wyzwalającym zachowanie samobójcze może być każde zdarzenie, najważniejsze jest znaczenie, które nadaje się temu wydarzeniu. **Do najpowszechniejszych czynników zaliczamy:**

- śmierć kogoś kochanego lub innej znaczącej osoby. UWAGA: taką osobą może być również idol młodzieżowy, którego śmierć była głośna i spektakularna.
- problemy rodzinne. - zerwanie związku miłosnego. - konflikty z prawem lub problemy dyscyplinarne
- tyranizowanie, bycie ofiarą mobbingu ze strony rówieśników. - niepowodzenia w nauce, rozczarowania swoimi wynikami. - niechciana ciąża, aborcja. - zakażenie wirusem HIV lub inną chorobą przenoszoną drogą płciową. - poważna choroba somatyczna. - klęski życiowe.

Charakterystyka syndromu presuicydalnego czyli po czym poznać, że dziecko może targnąć się na własne życie.

1. Należy zwracać uwagę na wszelkie wypowiedane przez ucznia treści związane z samobójstwem, zarówno te mówione wprost (*zabiję się, nie mam po co żyć*), jak i te pośrednie (*życie jest bez sensu, po co się starać?, po co żyć?*)
2. Zainteresować nas powinny wszystkie nagłe czy radykalne zmiany w funkcjonowaniu ucznia np:
 - brak zainteresowania zwykle wykonywanymi zajęciami
 - ogólne obniżenie ocen
 - zmniejszenie wysiłku
 - złe zachowanie w klasie
 - powtarzające się nieobecności, wagary
 - nadmierne palenie lub picie, albo używanie narkotyków
 - incydenty prowadzące do interwencji policji oraz przemoc wobec uczniów.
3. Rozdawanie przez nastolatka swoich rzeczy, pozbywanie się przedmiotów, które mają dla niego wartość emocjonalną.
4. Uczeń w przeszłości próbował już sobie odebrać życie, albo próby takie wystąpiły w najbliższej rodzinie.
5. Uczeń przeżył niedawno negatywne czy trudne wydarzenie, które może być wyzwalaczem dla zachowań autoagresywnych.

Co robić w przypadku podejrzenia, że uczeń może odebrać sobie życie.

1. Rozmowa diagnozująca – wspierająca przeprowadzona przez psychologa lub pedagoga szkolnego
2. Kontakt z rodziną, ocena, na ile może ona pomóc

3. Przekazanie sprawy do placówki zajmującej się poszczególnymi problemami w sposób kompleksowy, np: centrum interwencji kryzysowej, centrum pomocy rodzinie lub poradni psychologiczno – pedagogicznej. Jeśli zły stan dziecka związany jest z nieprawidłowościami w rodzinie, sprawę zgłaszamy do sądu rodzinnego i nieletnich.
4. Jak najszybsza konsultacja psychiatryczna.

JEŚLI W DANEJ PLACÓWCE DOCHODZI DO UDANEJ LUB NIEUDANEJ PRÓBY SAMOBÓJCZEJ UCZNIA, POZOSTALI UCZNIOWIE I PERSONEL POWINNI BEZWZGLĘDNIEM ZOSTAĆ OTOCZENI OPIEKĄ PSYCHOLOGICZNĄ SPOZA PLACÓWKI (DZIĘKI TEMU UNIKNIEMY ZJAWISKA „ZARAŻANIA SIĘ SAMOBÓJSTWEM”).

Profilaktyka

Oddziaływania profilaktyczne powinny koncentrować się wokół takich zachowań jak wzmacnianie samooceny i umiejętności społecznych uczniów, dostarczanie informacji o miejscach, gdzie można uzyskać pomoc, dbanie o to, żeby szkoła była miejscem przyjaznym i bezpiecznym, podnoszenie wiedzy i umiejętności nauczycieli.

Czynniki, które chronią przed zachowaniami samobójczymi.

1. Czynniki rodzinne:

- brak występowania w rodzinie szeroko rozumianej patologii – uzależnienia, przemoc, choroby psychiczne, upośledzenie, bieda.
- bliskie, dobre relacje z członkami rodziny
- interesowanie się sprawami i samopoczuciem nastolatka, udzielanie mu wsparcia i pomocy.

2. Osobowość i styl poznawczy:

- dobrze rozwinięte umiejętności społeczne
- wiara w siebie i w swoje możliwości
- skłonność do poszukiwania pomocy innych, kiedy zaczynają się problemy
- poszukiwanie porady innych, kiedy trzeba dokonać wyboru
- otwartość na nową wiedzę, na inne od swoich sposoby rozwiązywania problemów (np. skorzystanie z pomocy specjalisty). PROSZENIE INNYCH O POMOC ŚWIADCZY O SILE, NIE O SŁABOŚCI!

3. Czynniki kulturowe i socjodemograficzne

- a) integracja społeczna – udział w zajęciach sportowych, spotkaniach organizacji kościelnych, klubów itp.
- b) dobre relacje z kolegami w szkole i w środowisku
- c) dobre relacje z nauczycielami i innymi dorosłymi.

SAMOUSZKODZENIA. Najczęściej obecnie spotykaną formą są pocięcia, walenie głową w ścianę, raniecie się igłą, szpilką i wpychanie jej sobie pod skórę, wrywanie sobie włosów.

UWAGA: dziewczęta w obecnych czasach dokonują samouszkodzeń równie często jak chłopcy, są to samouszkodzenia poważne i brutalne.

Ogólnie samouszkodzenia dzielimy na:

- **Instrumentalne** – mają coś na celu np. zaimponowanie kolegom, pokazanie dziewczynie, jak bardzo kogoś zraniła itp.
- **Emocjonalne** – są sposobem na poradzenie sobie z własnymi, trudnymi emocjami. Osoby, które dokonują tego typu samouszkodzeń często doznały w przeszłości silnego urazu, którego mogą nie być świadome (np. nadużycia seksualnego jako dzieci) albo w chwili obecnej znajdują się w sytuacji urazowej (np. w rodzinie przemocowej).
- **Nawykowe** – osoba nauczyła się w ten sposób radzić sobie z emocjami, jest to silne i mocno uwarunkowane, ma tendencję do nawracania się w sytuacjach napięcia emocjonalnego.

W przypadku powtarzających się samouszkodzeń niezbędna jest opieka psychiatry, jednak każdy przypadek takiego zachowania należy traktować jako symptom tego, że nastolatek nie radzi już sobie w sytuacji, w jakiej się znalazł i że potrzebuje pomocy. Procedura postępowania w przypadku samouszkodzeń emocjonalnych jest bardzo zbliżona do tej w przypadku samobójstw, wymaga terapii docierającej do przyczyn takiego zachowania. W przypadku samouszkodzeń instrumentalnych wskazane są oddziaływania behawioralne tzn. brak nagrody albo nawet kara za dokonanie samouszkodzenia, bardzo pomocnym jest tutaj również uczenie konstruktywnych sposobów załatwiania swoich spraw. Nawykowe samouszkodzenia leczymy, tak jak i inne uzależnienia, przy pomocy terapii grupowej i grupy wsparcia.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA. To jednostki chorobowe charakteryzujące się zaburzeniem łaknienia na podłożu psychicznym. Do najczęściej występujących i najlepiej znanych należą:

- Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa)
- Żartoczność psychiczna (bulimia nervosa)
- Przejadanie się na tle psychicznym (binge eating disorder)

Chorzy na zaburzenia odżywiania często cierpią również na depresję, dokonują innych działań autodestrukcyjnych (np. samookaleczanie) lub są uzależnieni od innych środków (alkohol, narkotyki) czy czynności (seks).

Kulturowe uwarunkowania zaburzeń odżywiania.

Historia zaburzeń odżywiania jest długa i towarzyszy nam od wieków. Asceza, głodzenie się, oczyszczanie i umartwianie grzesznego ciała, takie praktyki miały miejsce i były opisywane od początków naszej ery. Miało to na celu „uświęcenie” ducha i dążenie do doskonałości poprzez bliskość z Bogiem niemniej jednak odbywało się dużym kosztem ciała a przede wszystkim zdrowia.

Już w IV w. Hieronim ze Strydonu przewodniczył grupie kobiet, które odmawiały przyjmowania jedzenia. Była to forma „sprzeciwu” wobec panującej w Rzymie rozwiązłości. Renesans był czasem „Świętych Kobiet”, które umartwiały swe ciało i głodowały aby być blisko Boga. Wiele z tych kobiet, pochodzących z bardzo dobrych domów, umarło głodując i zostały uznane za święte. Najśłynniejszą „Świątą anorektyczką” była św. Katarzyna ze Sieny.

W epoce wiktoriańskiej kobiety zaczęły nosić gorsety i głodować po to, aby być uważane za powściągliwe.

Dopiero rozwój nauki spowodował, iż głodującymi się kobietami zainteresowała się medycyna. Anoreksja jako choroba została opisana przez E. Lascgue’a i W. Gull’a dopiero w połowie XIX w.

Interesującym jest fakt, iż liczebność głodujących się kobiet znacznie wzrasta w czasach dobrobytu i pokoju.

W latach 50 XX w. można było zaobserwować niesamowity rozwój mediów. Telewizja, prasa kolorowa i kino zaczęły mieć ogromny wpływ na świadomość ludzką. Kobieta zaczęła być promowana jako osoba pełna wigoru, żądna sukcesu i przede wszystkim piękna i szczupła. W świecie mody zaczęły się pojawiać coraz chudsze modelki, które wraz z gwiazdami filmu, estrady i kina stały się inspiracją dla milionów nastolatek. Siła z jaką media wywołują presję na społeczeństwo, a przede wszystkim bezkrytyczne podejście młodzieży do ich przekazu, są chyba najsilniejszym wywalaczem zaburzeń odżywiania.

„Zawód – Anorektyczka”

Niestety istnieje grupa zawodów, których wykonywanie naraża człowieka na zachorowanie na anoreksję. Główną cechą tych zawodów jest nacisk na wygląd zewnętrzny - modelki, aktorki, tancerki, baletnice. Do dyscyplin sportowych które wymagają od zawodników nienagannej sylwetki, a co za tym idzie, zmuszają do trzymania „właściwej” wagi, możemy zaliczyć – jazda figurowa na lodzie czy gimnastyka artystyczna.

Współczesny świat nie jest miejscem dla ludzi niedoskonałych, szczególnie dobrze widać to właśnie w środkach masowego przekazu. Niestety ten wzorzec jest bardzo chętnie przyjmowany przez młodych ludzi, którzy idąc za swoim idolem lub nadmiernie dążąc do akceptacji wśród rówieśników zaczynają się głodować, by wyglądać szczuplej, piękniej, lepiej.

Funkcje jedzenia

Jak wynika z współczesnych badań, jak również zwykłych obserwacji, zaspokojenie głodu jest jednym z najrzadszych powodów, dlaczego sięgamy po jedzenie. Jemy zwykle, gdy nam smutno, kiedy się nudzimy, gdy jesteśmy źli, albo gdy inni wokół nas jedzą. Poniżej zestawiono te inne, symboliczne funkcje jedzenia.

Rozładowanie napięcia. Środek uspakajający. Zagryzanie nudy. Pocieszenie. Sposób kontrolowania. Troska. Sposób okazywania miłości. Sposób nagradzania i karania. Przyjemność. Manifestacja odrębności. Rytuał. Zastępstwo seksu. Sposób poznawania świata. Sposób na rozdzielanie ról. Sposób na poczucie bezpieczeństwa. Sposób komunikowania się. Sposób na uwodzenie.

Kwestionariusz	TAK - NIE
1. Czy czujesz się winny z powodu jedzenia?	
2. Czy lubisz spożywać wielkie ilości przekąsek pozbawionych wartości odżywczych?	
3. Czy ukrywasz pożywienie albo chowasz się przed ludźmi, kiedy jesz?	

4. Czy jesz do czasu aż ogarnął cię mdłości lub wymioty?
5. Czy zdarza się, że czujesz wstręt do jedzenia?
6. Czy uwielbiasz przygotowywać jedzenie, nawet wtedy, gdy nie jesz?
7. Czy prowokowałaś/eś kiedyś wymioty?
8. Czy bierzesz dużo środków przeczyszczających w celu utrzymania odpowiedniej masy ciała?
9. Czy ważysz się częściej niż raz w tygodniu?
10. Czy stwierdziłaś/eś, że nie potrafisz przestać jeść?
11. Czy kiedykolwiek pościłeś w celu utrzymania właściwej wagi ciała?
12. Czy wiesz, że twój sposób jedzenia jest nienaturalny i krępujący?
13. Czy jesz do czasu, aż rozboli cię brzuch?
14. Czy po jedzeniu zasypiasz?
15. Czy określone okazje wymagają specjalnych potraw?
16. Czy kiedykolwiek w życiu zrzuciłaś więcej niż 20 kilogramów?
17. Czy dobra restauracja, to taka, która serwuje dużo jedzenia?
18. Czy przekąszasz w domu przez umówionym posiłkiem na mieście?
19. Czy jesz na stojąco?
20. Czy wąchasz jedzenie?
21. Czy denerwuje cię opóźnienie w podawaniu posiłku?
22. Czy słyszałaś kiedyś jak ktoś określał posiłek jako zbyt obfity i czy czułaś się wtedy nieswojo?
23. Czy budzisz się ze snu aby jeść?
24. Czy twoje ubrania różnią się między sobą o trzy numery lub więcej?
25. Czy jedząc, czujesz się czasami głodniejszy niż przed jedzeniem?
26. Czy czujesz się jak przedmiot, kiedy inni opisują twoje ciało?
27. Czy kiedykolwiek uważałaś, że ludzie powinni „kochać mnie i kochać mój tłuszcz?”
28. Czy zwykle zjadasz wszystko z talerza, bez względu na to, czy jesteś głodny, czy nie?
29. Czy jesz właściwie bez przerwy?
30. Czy podczas przyjęcia spędzasz większość czasu w okolicach bufetu, czy też go unikasz?
31. Czy próbowałaś więcej niż jednej modnej diety?
32. Czy żartuje na swój temat, aby uprzedzić docinki innych?
33. Czy czujesz radość, kiedy panujesz nad jedzeniem?
34. Czy boisz się być „normalny”?
35. Czy nieustannie myślisz o potrawach znajdujących się w lodówce?
36. Czy kupujesz ubrania albo za małe, albo za duże?
37. Czy twoi znajomi jedzą jak ty i czy są skrupowani?
38. Czy odsuwasz od siebie przyjemności do czasu, aż zapanujesz nad swoją wagą?
39. Czy inni postrzegają twoją sylwetkę odmiennie niż ty?

Jeżeli odpowiedziałeś „TAK” na co najmniej połowę z tych pytań, to sposób w jaki się odżywasz, stanowi dla ciebie problem.

OTYŁOŚĆ Wskaźnik BMI uznany jest w dzisiejszych czasach za standard przy określaniu prawidłowej masy ciała oraz niedowagi, nadwagi i otyłości. Oblicza się go jako stosunek masy ciała do kwadratu wzrostu w metrach. Jednostką jest kg/m². Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła referencyjne wartości wskaźnika BMI dla wagi prawidłowej i stanów patologicznych: Niedowaga < 18,5 Norma 18,5 – 24,9 Nadwaga 25 – 29,9 Otyłość 1 stopnia 30 – 34,9 Otyłość 2 stopnia 35 – 39,9 Otyłość 3 stopnia > 40

Diagnoza różnicowa: należy wykluczyć zaburzenia i syndromy takie jak: zespół Cushinga, zaburzenia tarczycy, guzy mózgu.

Ludzie stają się otyli na skutek spożywania nadmiernej ilości pokarmów. Może to przybrać formę zaburzenia i charakteryzuje się wtedy następującymi objawami:

- jedzenie w celu uniknięcia zmartwień
- jedzenie w celu zapomnienia o innych rzeczach (seksie, pracy itp.)

- spędzanie zbyt wiele czasu na myśleniu o jedzeniu („gdzie zrobię zakupy, co kupię, jak to przyrządzę, jak podam”)
- unikanie rozmów o jedzeniu i wadze albo mówienie o tym bez przerwy
- bycie ciągle „na diecie” (poszczenie, objadanie się, bulimia)
- potajemne jedzenie poza domem (np. podczas robienia zakupów lub jazdy samochodem)
- jedzenie „na zapas” aby zabezpieczyć się przed głodem
- odczuwanie przymusu jedzenia w krótkich odstępach czasu albo zaraz po posiłku.

Jedzenie może też stać się nałogiem. Jego objawy to:

- jedzenie aż do pojawienia się mdłości i odruchów wymiotnych
- jedzenie w celu zagłuszenia negatywnych uczuć (winy, wstydu, wyrzutów sumienia) spowodowanych objadaniem się
- nieprzyjmowanie do wiadomości przyrostu wagi, albo niedostrzeganie związku między tym faktem a zjedzonym pożywieniem
- wypieranie ze świadomości szkód i/lub komplikacji zdrowotnych
- nieprzyjmowanie do wiadomości własnej bezradności, obiecywanie ograniczenia i kontrolowania jedzenia, a następnie łamanie tych obietnic
- okresy utraty pamięci, trans wywołany jedzeniem
- niezdolność do odróżnienia porcji obfitych od normalnych
- poczucie uwięzienia w pułapce (jedzenie oznacza jednocześnie zbawienie i zniszczenie)
- desperackie próby kontrolowania jedzenia i wagi poprzez stosowanie modnych diet, pigułek, „cudownych środków”
- częste odczuwanie po porażce wstydu, poczucia winy, wyrzutów sumienia i szukanie pociechy w jedzeniu
- kłamanie na temat jedzenia i innych zachowań, wykradanie jedzenia lub pieniędzy na nie
- odczuwanie strachu lub odmienności, wyobcowania
- stwierdzenie, że jedzenia przeszkadza wam w zajęciach lub utrudnia związki międzyludzkie
- uczucia bezradności, niepokoju, przygnębienia, pojawianie się myśli samobójczych

W takim ujęciu nałogowe objadanie się nie różni się mechanizmem od uzależnienia od narkotyków, hazardu czy alkoholu.

Najważniejszym mechanizmem jest tutaj nałogowe regulowanie uczuć - **człowiek uzależniony od jedzenia uczy się radzić sobie z wszystkimi uczuciami w jeden sposób – jedząc. Po ataku obżarstwa odczuwa zwykle poczucie winy, wstyd i niechęć do siebie, z czym radzi sobie ... znowu obżerając się. Tak tworzy się błędne koło.**

Osoba uzależniona od czegokolwiek, żeby kontynuować szkodliwe nawyki pomimo licznych szkód, stosuje różnego rodzaju zniekształcenia spostrzegania rzeczywistości, które nazywamy mechanizmami obronnymi.

Mechanizmy obronne charakterystyczne dla osób otyłych:

- Nie mogę znaleźć mojej wagi.
- Ciągle mieszczę się w dopuszczalnych granicach.
- Moja fryzura dodaje mi wzrostu.
- Jedzenie w mojej buzi nie ma nic wspólnego z tłuszczem mojego ciała.
- Waga jest zepsuta.
- Moje ubranie skurczyło się w pralce.
- To jest niewielka dolegliwość, z którą sobie poradzę, kiedy zechcę.
- Zacznę jutro albo w poniedziałek.
- To jest prosta sprawa, niewymagająca zbyt wiele wysiłku ani żadnych zasadniczych zmian w moim życiu.
- To nie jest żaden problem sam to załatwię.
- Wystarczy mieć silną wolę.
- Mam takie osiągnięcia w innych dziedzinach, że z tym też nie powinienem mieć żadnych problemów.
- To nie moja wina; kto by nie jadł, mając takiego, męża, żonę, matkę, ojca?
- Muszę tak jeść aby utrzymać się w pracy.
- Wcale dużo nie jem. Jem jak ptaszek.
- Nie jestem moim ciałem, jestem kimś innym.

- Potrafię stracić na wadze tak samo łatwo, jak przytyć.
- Lubię wyszczuplające ubrania.
- Myślę, że powodem jest zatrzymanie wody w organizmie.

Tak jak we wszystkich uzależnieniach bliscy osoby otyłej zaczynają nadmiernie koncentrować się wokół problemu jedzenia i otyłości. Zaangażowanie bliskich w problemy osoby otyłej najczęściej skutkuje współuzależnieniem.

Objawy współuzależnienia:

- Wymuszanie stosowania diety.
- Groźby, że związek rozpadnie się z powodu wagi ciała.
- Ścisłe przestrzeganie diety.
- Uzależnianie spełnienia obietnic od ilości zrzuconych kilogramów.
- Ukrywanie jedzenia przed jedzenioholikiem.
- Zamartwianie się o jedzenioholika.
- Chodzenie na paluszkach przy jedzenioholiku.
- Wyrzucanie lub ukrywanie jedzenia przed jedzenioholikiem.
- Wybaczenie gwałtownych skoków nastroju, wywołanych brakiem lub nadmiarem cukru we krwi.
- Zmiana życia towarzyskiego aby chronić jedzenioholika przed pokusami.
- Manipulowanie budżetem domowym, aby ograniczyć wydatki na jedzenie i ubrania.
- Kupowanie i zachęcanie do jedzenia właściwych potraw.
- Zachęcanie do uprawiania sportów, jeżdżenia do kurortów i stosowania „cudownych” diet.
- Awanturowanie się w przypadku przyłapania jedzenioholika na objadaniu się.
- Poczucie rozczarowania w przypadku nawrotu choroby.
- Uczucie wstyd spowodowane wyglądem jedzenioholika.
- Sprawdzanie siły woli jedzenioholika po to, aby mu dokuczyć.
- Obniżenie swoich oczekiwań.
- Niedbałość o wygląd.
- Częste bóle i zamartwianie się własnym zdrowiem.
- Picie, zażywanie środków nasennych lub uspokajających.
- Używanie jedzenia jako łąpówki.
- Częste rozmowy na temat ciała jedzenioholika z nim albo z innymi.
- Przeświadczenie, że życie stałoby się idealne, gdyby sylwetka jedzenioholika poprawiła się.
- Poczucie wdzięczności, że „nie jest z wami tak źle”.
- „Subtelne” rozrzucanie po domu „przydatnej” literatury.
- Czytanie książek o odchudzaniu, mimo że nie macie problemów z wagą.
- Przeświadczenie, że twój dom byłby idealny, gdyby nie jedzenioholik.
- Temat jedzenioholika zajmuje większą część waszej terapii?

Otyłość a inne zachowania autodestrukcyjne

Osoby otyłe, jak wszyscy uzależnieni, przeżywają silne poczucie bezradności w związku ze swoim jedzeniem i jego konsekwencjami. Z jednej strony są świadomi tego, że powinni co najmniej ograniczyć ilość spożywanego przez siebie jedzenia, jednak jest to ich jedyny sposób na radzenie sobie z emocjami, poza tym całkowicie nie mają kontroli na tym, co i ile jedzą. Sytuacja ta generuje poczucie nieszczęścia, depresji, często też nienawiść do swojego ciała, które zaczyna być traktowane przedmiotowo. Stąd już bardzo krótka droga do okaleczania tego ciała, stosowania niebezpiecznych diet czy specyfików odchudzających, czy wręcz targnięcia się na swoje życie.

Leczenie otyłości

Laikom może wydawać się, że otyłość jest bardzo łatwa do wyleczenia – wystarczy po prostu mniej jeść! Jednak nie jest to takie proste, ponieważ osoby otyłe są zazwyczaj uzależnione od jedzenia w ogóle, czy też od konkretnych pokarmów (np. słodczy), a jak wiadomo, z uzależnienia od czegokolwiek bardzo trudno wyjść. Ma to potwierdzenie chociażby w ilości nieudanych prób poprawy swojej sytuacji i schudnięcia podejmowanych zwykle przez osoby otyłe.

Tak jak każde uzależnienie, również otyłość powinna być leczona w grupie i w kontakcie indywidualnym. W kontakcie z terapeutą klient analizuje swój sposób jedzenia, jak również opracowuje nowy, zdrowy sposób odżywiania się. Nie jest to żadna dieta, tylko zdrowe, zbilansowane jedzenie. Podstawą takiego odżywiania jest to, co klient lubi, ale w rozsądnej formie i ilości (np. zdrowiej przygotowane). Nawet rzeczy tłuczące powinny znaleźć swoje miejsce w jadłospisie, ale np. raz w tygodniu, jako nagroda za podjęte wysiłki. Dieta zbyt restrykcyjna, opierająca się tylko na tym, co jest niskokaloryczne albo szybko zniechęci klienta, albo regularnie stosowana może prowadzić do kolejnych zaburzeń np. bulimii czy ataków wilczego głodu na słodycze. Dzięki grupie wsparcia osoby walczące z nadwagą dostają na bieżąco wzmocnienia za swój wysiłek, a dzięki obecności osób, którym udało się zrzucić wagę zyskują przeświadczenie, że jest to możliwe do zrobienia. Jeśli w miejscowości nie ma grupy wsparcia, można korzystać z wirtualnej np. Anonimowych Żarłoków.

Bulimia nervosa Objawy bulimia nervosa wg DSM-IV:

- A. Nawracające epizody napadowego objadania się. Epizody objadania się cechują dwie następujące cechy:
1. Zjedzenie na przestrzeni krótkiego czasu takich ilości jedzenia, które są zdecydowanie większe niż większość ludzi zjadłaby w podobnym okresie czasu, w podobnych okolicznościach.
 2. Poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie napadu objadania się.
- B. Nawracające nieodpowiednie zachowanie kompensacyjne służące uniknięciu przybrania na wadze, takie jak prowokowane wymioty, nadużycie środków przeczyszczających, diuretycznych, lewatywy lub innych leków; głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne.
- C. Objadanie się i niewłaściwe zachowanie kompensacyjne, przejawiają się przeciętnie, co najmniej dwa razy w tygodniu na przestrzeni trzech miesięcy.
- D. Kształt i waga ciała nadmiernie wpływają na samoocenę.
- E. Zaburzenia pojawiają się nie tylko wyłącznie podczas epizodu anoreksji.

Typy bulimii;

Oczyszczająca - osoba regularnie prowokuje wymioty lub nadużywa środków przeczyszczających, diuretycznych lub lewatywy.

Nieoczyszczająca – osoba stosuje nadmierne ćwiczenia, głoduje, ale nie wywołuje wymiotów i nie nadużywa środków przeczyszczających.

Inne objawy występujące u bulimiczek:

- depresyjność, poczucie ciągłego zmęczenia, kłopoty z koncentracją – są to zwykle powody zgłoszenia się po pomoc
- w dzieciństwie otyłość lub nadwaga
- ciągła koncentracja na wadze, próbowanie ciągle nowych diet
- subiektywne poczucie braku atrakcyjności, niezadowolenie ze swojego wyglądu
- w odróżnieniu od anorektyczek nie dążą do perfekcji, ale do atrakcyjnego wyglądu w ujęciu kolorowych gazet i mass mediów
- często bulimiczki szybko opuściły dom rodzinny, były narażone na osamotnienie
- jedzenie pełni funkcję uspokajającą i pocieszającą

Osobowość osób cierpiących na bulimię.

Z klinicznego doświadczenia wynika, że u bulimiczek często występuje osobowość typu borderline.

Cechy tej osobowości:

1. niestabilne i intensywne związki interpersonalne, charakteryzujące się wahaniami pomiędzy ekstremami idealizacji i dewaluacji,
2. zaburzenia tożsamości: wyraźnie i uporczywie niestabilny obraz samego siebie lub poczucia własnego ja
3. impulsywność w co najmniej dwóch sferach, które są potencjalnie autodestrukcyjne (np. wydawanie pieniędzy, seks, nadużywanie substancji psychoaktywnych, lekkomyślne prowadzenie pojazdów, kompulsywne jedzenie),
4. nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo działania o charakterze samookaleczającym,
5. niestabilność emocjonalna spowodowana wyraźnymi wahaniami nastroju (np. poważnym epizodycznym głębokim obniżeniem nastroju, drażliwością lub lękiem trwającymi zazwyczaj kilka godzin, rzadko dłużej niż kilka dni),

6. chroniczne uczucie pustki,
7. niestosowny, intensywny gniew lub trudności z kontrolowaniem gniewu (np. częste okazywanie humorów, stały gniew, powtarzające się bójk),
8. przelotne, związane ze stresem myśli paranoiczne lub poważne symptomy rozpadu osobowości
9. gorączkowe wysiłki uniknięcia rzeczywistego lub wymagowanego odrzucenia

Najbardziej charakterystycznym objawem jest spostrzeganie świata, siebie i innych w kategoriach czarno – białych, bez żadnych szarości. Wszystko jest albo całkowicie cudowne, albo bezdennie tragiczne, nie ma stanów przejściowych. W taki sam sposób je osoba cierpiąca na bulimię – albo obżera się, albo głodzi. Stany pośrednie, czyli normalne jedzenie, występują bardzo rzadko albo w ogóle.

Jako najważniejszą przyczynę ukształtowania się osobowości typu borderline podaje się poważne traumy i urazy w dzieciństwie – zaniedbania, doznawanie przemocy fizycznej, psychicznej czy seksualnej.

Bulimia – symptomy u dzieci, nastolatków

- Dziecko dużo je i nie przybiera na wadze.
- Po posiłkach coraz częściej znika w łazience. Czasami słychać odgłosy wymiotów.
- Dziecko stosuje dietę i nie traci na wadze.
- Podjada w ukryciu.
- Blizny na wierzchy dłoni od wywoływania wymiotów.
- Powiększone gruczoły ślinowe.
- Dziecko pije alkohol, nadużywa leków.
- Często jest przygnębione.
- Objadanie się dużą ilością wysokokalorycznego pożywienia (słodycze). Następnie wymiotowanie lub wypróżnianie się wywołane środkami farmakologicznymi.
- Częste zmiany nastroju, rozemocjonowanie.
- Przebywanie poza domem do późna mimo zakazu rodziców.
- Poczucie wstrętu do samego siebie po kolejnych atakach obżarstwa.

Cechy charakterystyczne rodziny z problemem bulimii.

Jak wynika z doświadczenia klinicznego, rodzina z tym problemem często stwarza na zewnątrz wrażenie idealnej rodziny, jest zamożna i szanowana. Również od dzieci wymaga się bycia ideałem, a gdy dziecko nie spełnia tego wymogu staje się powodem do wstydu. W rodzinach tych często doszło właśnie do odrzucenia dziecka, jak również do jego nadużycia seksualnego. Cechą charakterystyczną tych rodzin jest brak szacunku dla granic dziecka, objawiający się np. komentarzami dotyczącymi jego cielesności np.; rosną ci już piersi, troszkę ci tu przybyło itp.

Leczenie bulimii – ważne zasady

- jeśli bulimiczka ma mniej niż 20 lat, pracuje z całą rodziną, jeśli więcej, to systemowo
- bulimię traktuje się jako wołanie o pomoc, o miłość, stąd też już sama relacja terapeutyczna może być i zwykle jest lecząca.
- z uwagi na charakter zaburzenia, w terapii często pomagają farmakoterapia – leki antydepresyjne.
- praca koncentruje się na poszerzeniu wglądu – pacjentka uczy się, jakie konkretnie sytuacje wywołają u niej atak bulimiczny jak również jak nie dopuścić do takiego zachowania. Kolejnym krokiem jest nauczenie normalnego jedzenia czyli bez postów czy obżerania się, w oparciu o zapotrzebowanie organizmu.

Związek bulimii z zachowaniami autodestrukcyjnymi, niebezpiecznymi.

Osoby cierpiące na bulimię często są depresyjne, żyją pomiędzy a marzeniem o doskonałości i atrakcyjności a kompulsywnymi zachowaniami (objadanie się), które przekreślają te marzenia. Sytuacja taka generuje skłonności do zachowań autodestrukcyjnych w postaci samouszkodzeń i prób „s”, które u bulimiczek występują znacząco częściej niż w pozostałej części populacji. Występowanie myśli czy zachowań autodestrukcyjnych jest również jednym z objawów osobowości typu borderline, często występującym u bulimiczek. Osoby z tym zaburzeniem osobowości częściej sięgają również po narkotyki, a bezpośrednim powodem takiego zachowania może być dla bulimiczki chęć odchudzenia się (mit, że amfetamina „odchudza”). Osoby tak skoncentrowane na wadze i wyglądzie często posuwają się również do używania/nadużywania specyfików odchudzających, co kończy się problemami zdrowotnymi, a czasami nawet śmiercią.

ANOREKSJA NERVOSA Objawy anoreksji wg DSM-IV

A. Odmowa utrzymania wagi ciała na poziomie lub powyżej minimum normalnej dla wieku i wysokości wagi (np. utrata wagi prowadząca do utrzymania ciężaru ciała mniejszego niż 85% normy; lub nie przybieranie na wadze w stopniu normalnym dla wieku, w którym się rośnie, dochodząc do wagi ciała mniejszej niż 85% normy)

B. Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub staniem się grubym nawet pomimo niedowagi.

C. Zaburzenie w sposobie doświadczania wagi lub kształtu ciała, przesadny wpływ wagi lub kształtu ciała na samoocenę lub zaprzeczanie powagi obecnej obniżonej wagi ciała.

D. U dziewcząt po menarche, brak miesiączki, tzn. brak, co najmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych.

Inne objawy charakterystyczne dla anoreksja nervosa:

- stałe, obsesyjne myślenie o jedzeniu, sny o nim
- bardzo duża powolność w trakcie jedzenia, brak woli, energii
- zaburzenia koncentracji (**czego efektem są zwykle kłopoty z nauką – obniżenie stopni jest sygnałem alarmowym dla rodziców, ponieważ ogólnego wychudzenia zwykle nie zauważają**)
- duża drażliwość
- złość
- lęk labilność uczuciowa
- kłopoty ze snem
- brak kontaktów towarzyskich z rówieśnikami, wycofanie
- zawężenie zainteresowań (zwykle do tematu jedzenia i diet)
- obniżone libido
- ciało pokryte charakterystycznym meszkiem
- niewydolność nerek, mięśni

Typy anoreksji

Ograniczająca – podczas obecnego epizodu anoreksji nie występuje systematyczne objadanie się lub zabiegi oczyszczające (tzn. prowokowane wymioty lub nadużycie środków przeczyszczających).

Objadanie napadowe – oczyszczająca – podczas epizodu anoreksji występuje systematyczne objadanie się lub zachowania oczyszczające (tzn. prowokowane wymioty lub nadużywanie środków przeczyszczających).

Anoreksja – symptomy u dzieci, młodzieży

- W krótkim czasie dziecko traci znacznie na wadze.
- Dziecko dąży do osiągnięcia jakiejś wagi, aby po osiągnięciu tego celu wyznaczyć sobie kolejny próg.
- Ciągłe narzeka, że czuje się gruba, mimo że jest chuda jak patyk.
- Nie przyznaje się do uczucia głodu, mimo że, je bardzo mało.
- Spędza dużo czasu w samotności i woli jeść sama.
- Dziecko ma obsesję na punkcie ćwiczeń fizycznych.
- Zatrzymanie miesiączki.
- Wygląda na coraz bardziej nieszczęśliwą i przygnębioną.
- Wykazuje szczególny zapał do nauki.

Cechy rodziny z problemem anoreksji. Rodzina taka ma bardzo sztywne granice, zwykle nie dopuszcza do swoich spraw nikogo spoza niej. Jest wrażliwa na opinie z zewnątrz, bardzo chroni swój wizerunek. Role pełnione przez poszczególnych jej członków są niejasne, występują dziwaczne koalicje i związania. Anorektyczka jest zlepiona z matką, co do której zwykle żywi nieuświadomioną nienawiść. Matka jest osobą silnie kontrolującą, jedzenie to jedyny obszar, w którym dorastająca córka pozwala sobie na bunt i czuje, że ma na to wpływ. W rodzinach z tym problemem ojciec jest często nieobecny w wychowywaniu córek.

Anoreksja jako objaw jest w służbie tej rodziny i pełni tak bardzo ważną rolę, np. nie pozwala na jej rozpad.

Leczenie anoreksji – ważne zasady

- jeśli anorektyczka ma mniej niż 20 lat, pracuje z całą rodziną, jeśli więcej to systemowo
- mając na uwadze, że jest to choroba śmiertelna, najpierw należy zadbać o stan fizyczny pacjentki, skierować do internisty, bardzo często niezbędna jest hospitalizacja i leczenie przebiega w szpitalu
- najważniejsze cele leczenia to przywrócić anorektyczce w miarę normalne odżywianie, celem długoterminowym jest uzyskanie autonomii, odłączenie się od matki.
- w pracy wykorzystuje się elementy terapii behawioralnej czyli kary i nagrody za jedzenie
- rodzina i anorektyczka oprócz terapii powinni korzystać również z psychoedukacji
- gdy ogólny stan anorektyczki poprawi się użyteczna staje się praca w grupie (terapia grupowa, grupa wsparcia) przy czym zdecydowanie zaleca się grupy mieszane, a nie jednorodne

- z uwagi na charakter zaburzenia w terapii często pomaga farmakoterapia – leki antydepresyjne i neuroleptyki.
- anorektyczki są bardzo trudnymi pacjentkami z uwagi na ich wycofanie, zamknięcie, prepsychotyczność
- ANOREKSJA NERVOSA POWINNA BYĆ LECZONA PRZEZ ZESPÓŁ SPECJALISTÓW, SAMA POMOC PEDAGOGA CZY PSYCHOLOGA SZKOLNEGO MOŻE BYĆ NIEWYSTARCZAJĄCA

Związek anoreksji z zachowaniami autodestrukcyjnymi, niebezpiecznymi. Sama anoreksja nervosa jest zaburzeniem bardzo niebezpiecznym i można je traktować jako samobójstwo rozłożone w czasie. Niestety wiele pacjentek głodzi się na śmierć. Często osoby cierpiące na to zaburzenie dokonują samouszkodzeń bądź (zazwyczaj udanych) prób samobójczych. Wynika to, najogólniej rzecz ujmując, z zaburzeń depresyjnych, cierpienia, z którym trudno wytrzymać.

JEDZENIE KOMPULSYWNE Zaburzenie odżywiania polegające na spożywaniu dużych ilości pokarmu w sposób niekontrolowany, bez odczuwania fizycznego głodu. Określane także jako "uzależnienie od jedzenia". Charakterystyczne dla opisywanej przypadłości jest tzw. "zajadanie problemów", polegające na tym, że osoba tłumi w ten sposób emocje i rozładowuje stres. Dochodzi do sytuacji, w których automatyczną reakcją na stan podwyższonego napięcia czy lęku staje się jedzenie, które wydaje się pełnić rolę "narkotyku" pozwalającego zapomnieć o nieprzyjemnych przeżyciach, uczuciach czy ważnych decyzjach do podjęcia.

Jedzenie kompulsywne – symptomy

- okresowa utrata kontroli nad ilością spożywanego jedzenia,
- jednorazowe spożywanie zbyt dużych (w stosunku do osoby odżywiającej się normalnie) ilości pożywienia,
- podczas napadów spożywanie posiłków w sposób wyraźnie szybszy niż podczas normalnego jedzenia,
- spożywanie pokarmów aż do wystąpienia przykrych objawów przejedzenia,
- Częste objadanie się (bez przeczyszczania i okresów postu) i przybieranie na wadze.
- Stosowanie jednej diety za drugą, a mimo to przybieranie na wadze.
- Jedzenie niewielkich ilości pożywienia w towarzystwie innych osób.
- Jedzenie w ukryciu.
- Ograniczanie życia towarzyskiego i zajęć fizycznych z powodu wstydu wywołanego swoją wagą.
- Częste poczucie zmęczenia.
- Waga ciała staje się głównym problemem w życiu.
- Przygnębienie, niechęć do samego siebie.
- Świadomość, że objadanie się jest czymś złym, a jednocześnie lęk, że nie potrafi się tego skończyć.
- Zmęczenie własnymi nawykami żywieniowymi.
- Samoocena uzależniona od rozmiarów i wagi ciała.
- Przeświadczenie, że w życiu zajdzie radykalna zmiana jeśli tylko uda się schudnąć.

WILCZY APETYT NA SŁODYCZE Na tego typu zaburzenie najczęściej cierpią osoby nadpobudliwe i niespokojne. Doświadczają one regularnych ataków nieodpartej ochoty na słodycze, ponieważ tylko one je uspokajają. Mechanizm działania jest bardzo podobny jak przy uzależnieniu od narkotyku. W czasie ataku uruchamia się proces chemiczny: spożywana sacharoza prowadzi do zwiększenia poziomu jednego z neurotransmiterów mózgowych, serotoniny. Badania wykazały również, że bulimicy i inne grupy ludzi objadających się w sposób niekontrolowany rzadko mają ochotę wyłącznie na słodycze. Zarówno otyli jedzący nadmiernie, jak i bulimicy o wadze normalnej konsumują proporcjonalnie więcej tłuszczów niż węglowodanów. Przypomnijmy, że ciastka i produkty czekoladowe są bogatsze w tłuszcze niż w cukry. Wilczy apetyt na słodycze bywa także wywoływany przez okresową depresję, która pojawia się regularnie jesienią i ustępuje wiosną, a objawia się spowolnieniem psychicznym, zmęczeniem, większym zapotrzebowaniem na sen i słodycze, przybieraniem na wadze.

ORTOREKSJA NERVOSA. Jest to obsesja na punkcie zdrowego odżywiania. Dążenie do doskonałości w odżywianiu sprawia, że zastanawianie się nad tym, co zjeść i w jakich proporcjach, pochłanianie coraz więcej czasu, aż w końcu samo planowanie jedzenia i jego przygotowywanie staje się sensem życia.

Ortorektycy charakteryzują się specyficznymi odczuciami względem produktów spożywczych. Przykładowo produkty konserwowe określają jako "niebezpieczne", przetworzone przemysłowo jako "sztuczne", "zdrowe" natomiast tylko te wytwarzane metodami ekologicznymi. Wykluczając z jadłospisu kolejne pokarmy, w pewnym momencie uświadamiają sobie, że coraz trudniej jest im znaleźć na półkach sklepowych coś, z czego można by

przyrządzić obiad. Zjedzenie produktów niedozwolonych np. kawałka tortu na przyjęciu urodzinowym własnego dziecka, wzbudza poczucie winy. Po tego typu "incydencie" chory zaostrza dietę lub stosuje głódówkę w celu oczyszczenia organizmu.

ANARCHIA ŻYWIENIOWA Anarchia żywieniowa polega na częściowym lub całkowitym zaniechaniu wspólnych posiłków na rzecz jedzenia małych porcji w nieregularnych odstępach czasu. Gotowane potrawy zostają najczęściej zastąpione produktami nie wymagającymi przygotowania. Osoba taka nie je sztućcami przy stole, ale bezpośrednio palcami, w najróżniejszych miejscach - na stojąco, często w marszu albo nawet w łóżku. Ten typ odżywiania może, lecz nie musi przekładać się na nadmierną masę ciała. Jest właściwy tak anorektykom, jak i niektórym osobom otyłym lub o wadze normalnej. Przypadki anarchii żywieniowej tłumaczy się nie tyle zaburzeniami psychiki, ile wpływem cywilizacji świata zachodniego, która rodzi uczucie samotności i pragnienie zamknięcia się w sobie - albo dla odmiany tendencję do włóczęgowskiego, archaicznego sposobu odżywiania.

Wykorzystanie seksualne a zaburzenia odżywiania

Z doświadczenia klinicznego wynika, że spora część osób cierpiących na zaburzenia odżywiania została w dzieciństwie nadużyta seksualnie. Nadużycia te mogą mieć różny charakter i głębokość, część z nich może być wyparta do nieświadomości i powracać właśnie w formie objawu – zaburzenia odżywiania. W każdym typie tych zaburzeń osoba chora inaczej, symbolicznie, radzi sobie z nadużyciem. Otyli budują symboliczny mur wokół siebie z własnego ciała, który ma ich obronić przez agresją seksualną, a nawet jakimkolwiek zainteresowaniem. Anorektyczki poprzez głodzenie się nie dopuszczają do wykształcenia piersi, bioder czy wystąpienia miesiączki. W sposób symboliczny walczą o status wiecznego dziecka, nie chcą być kobietą. Bulimiczki poprzez wymioty czy przeczyszczanie symbolicznie oczyszczają swoje ciała.

Procedury postępowania w przypadku zaburzeń odżywiania

Bulimia – mając na uwadze, że zaburzenie to wynika z osamotnienia, jest wołaniem o pomoc, już sama relacja terapeutyczna może być lecząca. Pracą z bulimiczką może zajmować się pedagog/psycholog szkolny będący przeszkolony w tym zakresie. Można również skierować nastolatka do instytucji zajmującej się psychoterapią czyli poradni psychologiczno – pedagogicznej, centrum pomocy rodzinie, świetlicy środowiskowej. Jeśli pracujemy z dzieckiem, nastolatkiem należy podjąć także pracę z rodziną. Uczeń również powinien zostać skierowany do internisty, żeby wykluczyć inne powody obżerania się.

Anorexia nervosa – praca powinna się odbywać w specjalistycznym zespole, często w szpitalu lub ośrodku zamkniętym. Rolą pedagoga, psychologa szkolnego jest wstępna diagnoza i kontakt z rodziną, jak również monitorowanie zakresu podjętych działań. Jeśli dziecko chodzi do szkoły to obowiązkiem pedagoga lub psychologa są oddziaływania wspierające dla dziecka i psychoedukacja i wspieranie rodziny.

Otyłość/nadwaga – pedagog/psycholog szkolny powinien zająć się tym tematem, ale nie wprost, raczej „wybadać”, jak nastolatek czuje się z tym i jak mu można pomóc. W przypadku dużej otyłości lub takiej, która występuje od dzieciństwa niezbędna jest pomoc wykwalifikowanego terapeuty lub specjalisty w tym zakresie i do takiej osoby należy skierować. **Uwaga: jeśli widzimy, że dziecko ma zaburzenia odżywiania, a rodzice nie chcą współpracować w celu naprawy tego stanu rzeczy, powinniśmy zgłosić taką sytuację do sądu rodzinnego i dla nieletnich!**

Profilaktyka zaburzeń odżywiania w szkole - Tworzenie programów profilaktycznych. Nowoczesny model zajęć profilaktycznych nastawiony jest na rozwijanie ogólnych umiejętności psychologicznych oraz społecznych i opiera się na założeniu, że ludzie używają przemocy w kontaktach ze sobą z powodu pewnych braków. Jest to bez wątpienia niedostatek wiedzy, miłości, stabilnej samooceny, wiary w siebie, umiejętności rozwiązywania problemów, brak poczucia bezpieczeństwa. W czasie zajęć powinno się uzupełniać te braki, poruszać tematy związane z rozwojem młodego człowieka, ze świadomością własnych potrzeb i uczuć, z problemami w grupie rówieśniczej, z presją. Uczyc podejmowania decyzji, radzenia sobie z emocjami a zwłaszcza wszelkimi sposobami uczulić młodych ludzi na swoich rówieśników, nauczyć ich empatii.

Dobry program profilaktyczny powinien:

- Pomóc uczniom rozpoznawać sytuacje presji;
- Nauczyć umiejętności społecznych;
- Nauczyć postrzegać innych ludzi nie tylko poprzez pryzmat wyglądu;
- Nauczyć, że żaden problem nie jest „końcem świata”;

- Pokazać, że bezrefleksyjne obarczanie siebie winą za wszelkie niepowodzenia lub tworzenie sobie kłózków ofiarnych nie jest sytuacją dobrą ani normalną;
- Zawierać informacje na temat mechanizmów zaburzeń odżywiania i sposobów radzenia sobie z nimi.
- Nauczyć młodzież tolerancji i empatii względem innych i siebie;
- Być ciekawy, różnorodny, prowadzony technikami aktywizującymi;
- Angażować nauczycieli i rodziców;
- Oferować informacje dla rodziców i nauczycieli.

Działania wspomagające program profilaktyczny:

- Stworzenie środowiska w szkole dającego poczucie bezpieczeństwa;
- Jasne zasady dotyczące stosowania mobbingu przez uczniów;
- Jasne konsekwencje w przypadku złamania zasad.
- Przyjazne nastawienie nauczycieli do uczniów;
- Współpraca z rodzicami i środowiskiem lokalnym;
- Współpraca z lekarzami, psychologami, policją, pracownikami socjalnymi;
- Częste monitorowanie metod nauczania i profilaktyki stosowanych w szkole, sprawdzanie ich skuteczności.

Przykładowe tematy zajęć programu profilaktycznego

- Poczujemy się bezpiecznie. Gry i zabawy integracyjne, nastawione na podniesienie poziomu zaufania.
- Zabawa "tratwa"**
- Jacy jesteśmy? Poznawanie siebie i innych ludzi w klasie. **Lekcja „Co chciałabym – chciałbym usłyszeć od koleżanki/kolegi? Czego nie chcę słyszeć od Ciebie?, lekcja „Jaką częścią samochodu jestem?**
 - Dlaczego tak trudno się dogadać? Ćwiczenia komunikacyjne, bariery występujące w kontaktach z innymi.
 - Uczucia. Ich rozpoznawanie i wyrażanie.
 - Budowanie poczucia własnej wartości **Lekcja „6 sfer dobrego myślenia o sobie”**
 - Lekcja „wehikuł czasu” o **samokontroli.**
 - Szeroko pojęte zjawisko mobbingu, jego mechanizmy i fazy. Jak czuje się ktoś, kto jest odrzucany przez grupę.
 - Stres i co z nim zrobić. Ćwiczenia relaksacyjne, elementy jogi.

Zdrowe odżywianie

W tego typu zajęciach należy kłaść nacisk na to, co jest dla nastolatków najważniejsze, czyli że dzięki zdrowej, zbilansowanej diecie łatwo utrzymać prawidłową wagę, jak również pozytywnie odbija się to na wyglądzie skóry i włosów. Należy również informować o tym, że wiele produktów często używanych przez nastolatki (chipsy, słodczyce, napoje energetyzujące) ma właściwości uzależniające. W profilaktyce tego rodzaju wskazanym byłoby odwoływanie się zapadających w pamięć, może nawet nieco szokujących środków np. filmu „Super Size Me”.

Informowanie na temat zaburzeń odżywiania

Ten moduł może być realizowany samodzielnie, albo też stanowić część programu profilaktycznego. Niezależnie od tego, w jakiej formie występuje, powinien zawierać następujące elementy:

- związek pomiędzy stosowaniem różnych diet i głodzeniem się a zaburzeniami odżywiania
- informację, że nie ma „cudownych” sposobów na uzyskanie idealnej sylwetki, a różnego rodzaju „rewelacyjne” specyfiki mogą zniszczyć nam zdrowie
- objawy poszczególnych zaburzeń odżywiania, ich definicję i mechanizm
- konsekwencje krótko i długoterminowe poszczególnych zaburzeń odżywiania
- informację, gdzie można znaleźć pomoc (szkoła, środowisko, Internet,)
- informację, że zaburzenia odżywiania mają skłonność do utrwalania się i im dłużej zwlekamy z szukaniem pomocy, tym trudniej będzie sobie z nimi poradzić
- informację, że szukanie pomocy i korzystanie z niej jest normalne i ok.

Czego chce młodzież? Zaskakujące wyniki badań . Częstsze wspólne wakacje, rozmowy i wyjścia do kina - tego oczekują dzieci dorastające w polskich rodzinach, informuje "Rz", powołując się na badania prof. Jacka Kurzępy ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej we Wrocławiu. Zapytał on blisko tysiąc młodych ludzi w wieku 14 - 25

lat o to, jak spędzają czas z rodzicami, a jak chcieliby to robić. Okazało się, że z matką i ojcem częściej chcieliby jeździć na wakacje (38 proc.), rozmawiać o relacjach z ludźmi (18 proc.) i o swej przyszłości (15 proc.), wychodzić do kina (15 proc.) i uprawiać sport (13 proc.).

- To odłamuje twierdzenie, że młodzi stronią od bliskości z rodzicami, że się nas wstydzą, uważa prof. Kurzępa.
- Oczekują konfraterstwa. Być konfratrem to nie tylko być kumplem, ale kimś, komu mogą zaufać. Czemu dorośli nie odpowiadają na oczekiwania dzieci? Zdaniem prof. Kurzępy obie strony są przekonane, że wspólne spędzanie czasu nie jest oczekiwane przez tę drugą stronę. Zapytani jak spędzają wolny czas, młodzi ludzie najczęściej wymieniali spotkania z przyjaciółmi (75 proc.), a zaraz potem telewizję i Internet (65 proc.). 63 proc. słucha muzyki. Sport uprawia zaledwie 23 proc. badanych, a 28 proc. podało, że czyta książki.

Chroniczny stres zmienia strukturę mózgu. Można jednak z tym walczyć

Chroniczny stres powoduje uszkodzenia w korze przedczołowej. Można im przeciwdziałać dzięki ćwiczeniom, medytacji i... spaniu.

Długotrwały stres powoduje, że struktura mózgu ulega znaczącym przemianom. Efektem są m.in. zaburzenia koncentracji, problemy z pamięcią, brak kontroli nad emocjami, a nawet stany lękowe oraz depresja. Są jednak sposoby na to, by zahamować negatywny wpływ stresu na nasz mózg.

Można powiedzieć, że wskutek długotrwałego stresu nasz mózg zaczyna sam siebie "pożerać". Co to znaczy? Otóż, jak tłumaczy Kimberly Hiss w artykule opublikowanym na stronie Reader's Digest, **w korze mózgowej osoby będącej pod wpływem chronicznego stresu zaczyna ubywać istoty szarej**. Szczególne ubytki pojawiają się w korze przedczołowej, gdzie naukowcy umiejscowili nasze superego. To ta część mózgu odpowiada za nasze funkcje poznawcze - planowanie, podejmowanie decyzji, przewidywanie ich konsekwencji, kontrola emocji itd.

Długotrwały stres powoduje depresję, problemy w relacjach z ludźmi, przyczynia się do zawałów.

Uszkodzenie tak istotnej części mózgu prowadzi do wielu negatywnych konsekwencji. Zmianie ulega zachowanie danej osoby - staje się bardziej wybuchowa, nie kontroluje swoich emocji.

- Ma trudności w uczeniu się i pracy, nie potrafi podejmować nawet najprostszych decyzji - tłumaczy dr Sundari Chetty ze Stanford School of Medicine. To nie są jednak tylko chwilowe zmiany. Psychiatrzy już jakiś czas temu wskazali na **związek między chronicznym stresem a występowaniem zaburzeń lękowych oraz depresji**. Ostatnio naukowcy zdecydowali się nawet określać niektóre odmiany depresji mianem ciężkiej postaci długotrwałego stresu. Ponadto stres wpływa negatywnie na nasz układ sercowo-naczyniowy i **jest częstą przyczyną zawałów**.

Ćwiczenia, medytacja oraz sen pomagają mózgowi zregenerować się po długotrwałym stresie. Dobra informacja jest taka, że **zmiany w mózgu wywołane przedłużającym się stresem nie są nieodwracalne**.

- Ogólnie rzecz ujmując mózg, a szczególnie hipokamp, są dość plastyczne, łatwo ulegają uszkodzeniu, ale też łatwo naprawić straty. Jeżeli przyczyna stresu zostanie usunięta lub zmniejszy się jej oddziaływanie, wszystko wraca do poprzedniego stanu - mówi dr Chetty.

Zdaniem badaczy są trzy metody na to, by pomóc swojemu mózgowi w regeneracji. Pierwszym jest uprawianie sportu. **30 minut aktywności fizycznej dziennie może zahamować działanie kortyzolu (hormonu stresu) i poprawić nasz nastrój**.

Pomocna jest również medytacja. Jej efekty są widoczne natychmiast. Przeprowadzono badanie, które pokazało, że **kilkunastominutowa medytacja w stylu mindfulness (trening uważności) zmniejsza wyraźnie stany lękowe**. **Kluczową rolę w procesie regeneracji ma również sen**, który, jak twierdzi dr Chetty, ma ogromną rolę w kontrolowaniu działania hormonu stresu.

LITERATURA. Oleś, P. (2005). Wprowadzenie do psychologii osobowości. Warszawa: „Scholar”.

Dudek, B. (2003). Zaburzenia po stresie traumatycznym. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Greenstone, J., Leviton, S. (2005). Interwencja kryzysowa. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne.

Kalat, J.W. (2006). Biologiczne podstawy psychologii. Warszawa: PWN.

Merecz, D. (2005). Jak zwiększyć swój potencjał by lepiej radzić sobie ze stresem. Łódź: I.M.P.

Merecz, D. (2007). Wsparcie psychologiczne w nurcie terapii poznawczo – behawioralnej dla osób poszkodowanych w sytuacjach kryzysowych. Materiały szkoleniowe.

Wolańczyk, T., Komender, J. (2005). Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Warszawa: „PZWL”.

Brzezińska, A. I. (2005). Psychologiczne portrety człowieka. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne.

Psychoterapia systemowa. Materiały szkoleniowe Wielkopolskiego Towarzystwa Terapii Systemowej 2010-12.

W podejściu terapii systemowej skuteczna jest zmiana wzorców w oparciu o kontekst. Staramy się zmieniać znaczenia na takie, które można sformułować jako przydatne, pozytywne zadania.