

Nr 3/23-24



# CZARNIECKI NEWS

czasopismo dla młodzieży  
redagowane przez młodzież

## PSYCHOLOGIA



XLVI Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Stefana Czarnieckiego

# Spis treści

Nr 3/2023-2024

Redaktor prowadzący:

**Alicja Żyluk**

Od Redakcji, 2

**Temat wydania - „Nie bój się mówić, co czujesz”, 3**

- Czym jest dysleksja?, 4
- Depresja oczami specjalisty, 8
- Przeszywający lęk, 10
- Czy to już obsesja?, 11
- Grupa A, B oraz C, 13
- Więzienie w żołądku, 14
- Moment załamania, 15
- Osoby z autyzmem a funkcjonowanie w szkole, 16
- Niewidzialne tabu, 18
- Nie daję już rady — co dalej?, 19
- **Kącik turystyczny**, 22
- **Kącik książkowy**, 24
- **Kącik filmowy**, 26
- **Kącik muzyczny**, 30
- **Kącik kulinarny**, 32
- **Strefa hiszpańska**, 34

XLVI Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Stefana Czarnieckiego w Warszawie, ul. Żuromińska 4, 03-341 Warszawa

© CzNews, XLVI LO Warszawa

© Zdjęcia:

1,3,14,15,19,20,21,23,25,29,30,31,32,33,35,36 - [pexels.com](http://pexels.com), 4 - K. Bogdanowicz, 8 - [pl.linkedin.com](http://pl.linkedin.com), 10 - [trzysmie.pl](http://trzysmie.pl), [Neuroza.pl](http://Neuroza.pl), 11 - [sproutsschools.com](http://sproutsschools.com), 12 - [www.firstsession.com](http://www.firstsession.com), 13 - [www.medicover.pl](http://www.medicover.pl), [enso-terapia.pl](http://enso-terapia.pl), 16 - [lekarzebez kolejki.pl](http://lekarzebez kolejki.pl), 17 - [upacjenta.pl](http://upacjenta.pl), [getgoally.com](http://getgoally.com), 19 - [twig.pl](http://twig.pl), 22 - O. Przybysz, 24 - [www.herbooks.pl](http://www.herbooks.pl), [dzieciCapsychologia.pl](http://dzieciCapsychologia.pl), 26 - [wyborcza.pl](http://wyborcza.pl), 27 - [ladnebebe.pl](http://ladnebebe.pl), 28 - [www.redbubble.com](http://www.redbubble.com), 34 - [talenttalks.net](http://talenttalks.net), [gstatic.com](http://gstatic.com)

# Od Redakcji

*W tym wydaniu przyjrzymy się bliżej zdrowiu psychicznemu, przełamiemy również stereotypy z nim związane. Spojrzymy na temat zdrowia psychicznego oczami specjalistów, z którymi wywiady możecie przeczytać w najnowszym wydaniu naszego czasopiśma. Specjaliści, z którymi współpracowaliśmy, pomogli nam lepiej zagłębić się w ten temat oraz zrozumieć specyfikę poszczególnych zaburzeń. Udzielili nam również wielu pomocnych rad oraz wskazówek jak zrozumieć osoby zmagające się z danym zaburzeniem. Żeby dowiedzieć się więcej zachęcamy do przeczytania naszego wydania. Nie zapomnieliśmy również o kącikach, w których zawsze czeka na Was coś nowego. Miłej lektury!*

*Redakcja CzNews*

*Layout: **Oliwia Przybysz***

*Opiekun pedagogiczny: **Marek Zając***

*Opiekun redakcji artykułów w j. polskim: **Joanna Skrodzka***

*Loga stron działowych: **Oliwia Przybysz***

*E-mail: [cz-news@wp.pl](mailto:cz-news@wp.pl)*

*Redakcja: Gabriela Berlińska (Sekretarz redakcji), Adam Chłap, Robin Dmowski, Łucja Kwapisz (Zastępca redaktor naczelnej), Oliwia Przybysz (Redaktor naczelna), Róża Stolarska, Laura Wawreńczuk, Alicja Żyluk*

*Współpraca: Magdalena Dębczyńska, Jaśmina Kalinowska, Kacper Kaniecki, Karol Kasprzak, Lilia Kubala, Ola Maj, Olga Michalak, Nina Niziołek, Aleksandra Walczewska, Jakub Wójcik*



Temat wydania:

Nie bój się mówić, co  
czujesz

# Czym jest dysleksja?

Kacper Kaniecki, 2F, Alicja Żyluk, 2AN

**D**ysleksja nie jest dla nikogo obcym słowem, jednak dla wielu zagadnienie to nie jest do końca jasne. Wywiad z dr Katarzyną Bogdanowicz<sup>1</sup> o nieporozumieniach oraz ciekawostkach dotyczących dysleksji pozwoli lepiej zgłębić ten temat i rozwieje część wątpliwości.

*Czarnecki News: Czym jest dysleksja, jakie są jej rodzaje i czym się one różnią?*

*Katarzyna Bogdanowicz:* Wydawałoby się, że każdy wie czym jest dysleksja, ale gdybyśmy przeprowadzili ankietę np. w Państwa szkole i zadali konkretne pytania sprawdzające wiedzę, okazałoby się, że brakuje nam ważnych informacji, jest więcej pytań niż odpowiedzi. Temat dysleksji wbrew pozorom jest obszerny i skomplikowany. Kiedy prowadziłam szkolenia dotyczące dysleksji i języków obcych zdarzało się, że przed szesnastogodzinnym szkoleniem uczestnicy pytali, czy mogą wyjść wcześniej albo czy istnieje możliwość skrócenia kursu, a po szkoleniu niektórzy podchodzili, żeby powiedzieć, że nie spodziewali się, że ten temat jest taki interesujący. Byli też tacy, którzy mieli niedosyt i pytali o możliwość uczestnictwa w innych kursach na ten sam temat. Faktycznie, jest sporo nieporozumień dotyczących terminu „dysleksja”, który zazwyczaj używany jest w dwóch znaczeniach – wąskim lub szerokim. W wąskim odnosi się do konkretnej jednostki chorobowej – dysleksji, w przypadku której dominującym problemem badanego jest trudność z czytaniem. Natomiast w szerokim znaczeniu jest „terminem – parasolem”, pod którym kryje się zarówno wspomniana wcześniej dysleksja, jak i dysortografia, czyli trudności w opanowaniu poprawnej pisowni, które mogą współwystępować z trudnościami w czytaniu. Jak widać, w obydwu przypadkach wspomniane jednostki chorobowe akcentują problem, objaw, np. dysleksja = dys – brak, trudność itp. + lexia – słowa. Bardzo często w mowie potocznej, np. w kontekście szkolnym ktoś mówi, że uczeń ma dysleksję, więc nie będzie pisał dyktanda. Natomiast tak naprawdę należałoby doprecyzować,



Katarzyna Bogdanowicz

jakie zaburzenie ma uczeń, bo jeżeli jego dysleksja (w znaczeniu szerokim) objawia się wyłącznie trudnościami w czytaniu na głos, to nic nie stoi na przeszkodzie, żeby wspomniany uczeń napisał dyktando. Warto wspomnieć, że niektórzy używają pojęcia „dysleksji” jeszcze szerzej, włączając w nie objawy dysgrafii. Tymczasem dysgrafia to trudności w zakresie opanowania czynności pisania, niski poziom graficzny pisma, który jest efektem problemów z motoryką małą (sprawnością dłoni i palców). Współcześnie już dawno odeszliśmy od traktowania dysleksji aż tak szeroko. Dysgrafia jest uważana za formę dyspraksji, inaczej: zaburzenia rozwoju koordynacji, które podobnie jak dysleksja ma podstawy neurozwojowe. Objawia się trudnościami z kontrolowaniem ruchu w następstwie słabej umiejętności jego planowania. Jeszcze tytułem wstępu dodam, że podczas naszej rozmowy będę starała się konsekwentnie używać terminu „dysleksja” w szerokim znaczeniu tego słowa. Należałoby również dodać, że będziemy rozmawiać o dysleksji rozwojowej, czyli zaburzeniu wrodzonym.

*CN: Jak wygląda dysleksja u dzieci, młodzieży i dorosłych?*

*KB:* Istnieje wiele teorii wyjaśniających zjawisko dysleksji. Jednak bez wątpienia możemy powiedzieć, że kluczowym deficytem odpowiedzialnym za problemy w przyswajaniu czytania i pisania jest deficyt w zakresie rozwoju językowego. Dotyczy on głównie przetwarzania fonologicznego, czyli przetwarzania infor-

macji zakodowanych w dźwiękach mowy. Co się pod tym kryje w praktyce? Pierwsze oznaki dysleksji możemy dostrzec już w pierwszych latach życia dziecka, czyli na długo zanim zacznie ono naukę czytania i pisanie. Już wówczas możemy zaobserwować problemy z zadaniami, w których trzeba dzielić słowa na sylaby, wyróżniać sylaby, rozpoznawać pierwsze głoski słów, łączyć głoski w słowa, tworzyć i rozpoznawać rymy itp. Dzieci mogą mieć też problemy z zapamiętaniem materiału językowego, co może objawiać się u nich tym, że nie pamiętają słów, które w tym wieku powinny opanować, mają problem z nauką przyimków (np. pod-nad), dni tygodnia czy miesięcy oraz opanowaniem alfabetu. Wyzwaniem dla tej grupy może być także nauka wierszyków czy piosenek. Obecność tego typu objawów wskazuje na deficyty rozwoju funkcji odpowiedzialnych za umiejętność czytania i pisanie, które poprzedzają wystąpienie dysleksji. Dzieci z tego rodzaju trudnościami nazywamy dziećmi z ryzykiem dysleksji. Problemy natury dyslektycznej zwykle utrzymują się przez całe życie. Jednak ich charakter zazwyczaj się zmienia. Problemy z czytaniem na głos typowe dla młodszych uczniów z dysleksją zwykle – szczególnie w efekcie treningu – udaje się wyeliminować. Dysleksja u młodzieży i dorosłych najczęściej objawia się problemami z ortografią i cichym czytaniem (wolne tempo, błędy). Ważne jest, aby mieć na uwadze, że indywidualne różnice w funkcjonowaniu osób z dysleksją nie wynikają wyłącznie z wrodzonych deficytów, ale także zależą od potencjału tych osób, np. osoba bardzo sprawna intelektualnie łatwiej będzie kompensować trudności wynikające z dysleksji. Ważnymi czynnikami, które także należy uwzględnić w prognozowaniu, jak uczeń poradzi sobie z dysleksją jest temperament i osobowość. Istotny jest także wkład pracy własnej w domu (np. ilość czasu przeznaczanego na czytanie i pisanie), czy uczeń może liczyć na wsparcie w domu i czy uczęszcza na terapię pedagogiczną. Nie do przecenienia są też metody nauczania wykorzystywane przez polonistę czy nauczyciela języka obcego. Dodam jeszcze, że stres i zmęczenie są ważnym czynnikiem w funkcjonowaniu ucznia dyslektycznego. Zdarza się, że licealista z dysleksją, który dzięki terapii opanował czytanie i pisanie, podczas sprawdzianu lub matury popełni niespodziewanie dużo błędów ortograficznych lub niepoprawnie rozwiąże zadanie z treścią z matematyki, ponieważ źle je rozumie. Na szczęście polskie poradnie psychologiczno-pedagogiczne są dobrze przygotowane do diagnozy dysleksji i jej ryzyka.

Dysponują zarówno nowoczesnymi testami sprawdzającymi funkcje fonologiczne – dla dzieci w wieku przedszkolnym, jak również i takimi, które dodatkowo sprawdzają umiejętność czytania i pisanie – dla starszych dzieci, młodzieży i dorosłych.

*CN: Jak wygląda opinia o dysleksji, jak ją uzyskać i co daje ona uczniowi?*

*KB: Opinię o dysleksji można uzyskać w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Przed skorzystaniem z niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, warto sprawdzić, czy jest wpisana do ewidencji placówek niepublicznych oraz czy wydawane przez nią opinie są respektowane przez szkołę. Typowa opinia wygląda następująco: pod nagłówkiem z danymi osobowymi badanego i informacji, czy uczeń/uczennica był(a) wcześniej badany(a) znajdziemy wyniki badania psychologicznego, a potem pedagogicznego lub na odwrót. Co się kryje pod hasłem „badanie psychologiczne”? Oznacza to, że przeprowadzający je psycholog przeprowadza test inteligencji. Oprócz tego, nie wiem jak jest teraz, psycholog miał zwyczaj badać funkcje wzrokowo-przestrzenne, czyli sprawdzał przykładowo percepcję i pamięć badanego w tym zakresie. Pedagog zazwyczaj skupia się na wspomnianych wcześniej funkcjach fonologicznych, jak również zadaniach, sprawdzających poziom rozwoju umiejętności czytania i pisanie. Poza tym w przypadku młodszych dzieci pedagog może również sprawdzić znajomość alfabetu. Zarówno psycholog, jak i pedagog w opinii powinien również ocenić swoją współpracę z dzieckiem. Zdarza się bowiem, że niskie wyniki są efektem złej formy psycho-fizycznej badanego lub jego niskiej motywacji. Na koniec opinii pojawia się diagnoza, w której stwierdza się, że dziecko ma dysleksję lub jej ryzyko, bądź nie. Zdarza się, że pomimo że u ucznia stwierdzono wiele deficytów i trudności, nie otrzymuje on takiej diagnozy. Najpóźniej w trzeciej klasie szkoły podstawowej psycholog i pedagog powinni już definitywnie ocenić, czy dziecko ma czy też nie ma dysleksji. W opinii zazwyczaj są wskazówki dotyczące pracy w domu i w szkole. Dzięki opinii o dysleksji uczeń może mieć dostosowania zarówno podczas oceniania wewnątrzszkolnego, jak i egzaminach zewnętrznych (ósmoklasisty i maturalnym).*

*CN: Dlaczego głównym dostosowaniem dla uczniów z dysleksją jest wydłużenie czasu?*

*KB: Większość osób z dysleksją wolniej czyta, a jednocześnie popełnia więcej błędów (m.in. ortograficz-*

nych), więc potrzebuje więcej czasu na dokładne przeczytanie tekstu czy sprawdzenie wykonanego przez siebie zadania. Ten problem dobrze wyjaśnia Teoria Podwójnego Deficytu<sup>2</sup>, która również uznaje deficyt przetwarzania fonologicznego za podstawową, choć nie jedyną, przyczynę dysleksji. Drugą, równie istotną jest deficyt w zakresie precyzyjnej czasowej integracji informacji płynących z różnych modalności. Objawami tego deficytu jest między innymi wolne tempo nazywania (przedmiotów, kolorów, liter czy cyfr) oraz wolne tempo czytania. Teoria „mózdkowa”<sup>3</sup> z kolei dopatruje się przyczyn dysleksji w trudnościach w zakresie automatyzacji złożonych czynności, która to trudność jest spowodowana nieprawidłowym rozwojem mózdku. Problem z automatyzacją na pewno odbija się niekorzystnie na tempie pracy.

*CN: W jaki sposób można wspomóc osoby z dysleksją? Jakie są metody terapii?*

*KB:* Terapia koncentruje się na rozwijaniu zaburzonych funkcji oraz pracowaniu nad tymi umiejętnościami, z którymi dyslektyczny uczeń ma problem. Zatem, jeżeli uczeń ma problem z czytaniem (głośno lub po cichu) czy pisanie ortograficznym, podstawową metodą terapii będzie trening w tym zakresie. Podejrzewam, że wśród zaleceń zawartych w opinii o dysleksji, zawsze pojawia się sugestia udziału w terapii pedagogicznej. W teorii taka forma wsparcia powinna być dostępna dla każdej osoby z dysleksją. Rzeczywistość jednak jest inna. W praktyce w szkołach publicznych często brakuje nauczycieli terapii pedagogicznych. Filarem terapii jest jednak praca własna ucznia w domu – często pod okiem rodzica. Idealny rodzic ucznia z dysleksją to nie tylko osoba, która gotowa jest poświęcać swojemu dziecku dodatkowy czas, ma dobrą z nim relację, ale posiada także niezbędną wiedzę o dysleksji. Pamiętam jak naście lat temu, kiedy poziom wiedzy o dysleksji był na dużo niższym poziomie niż obecnie, zdarzało się, że na pytanie o wspieranie dziecka z dysleksją, rodzice z dumą opowiadali o tym, jak zamykają swoje dzieci w pokojach zanim samodzielnie nie przeczytają zadanej czytanki czy nie nauczą się wiersza. Często metodą był też zakaz wychodzenia z domu póki dziecko nie opanuje określonego materiału (oczywiście także samodzielnie). Psycholodzy edukacyjni uczą, że restrykcyjne metody wychowania i kary nie tylko mają wiele negatywnych konsekwencji, ale przede wszystkim są mniej skuteczne. Świadomy rodzic pomaga w nauce czytania w sposób przyjazny, wręcz partnerski, stosując nagrody. Polecam metody opierające się na czytaniu (także tekstów obcojęzycznych) na głos przez dziecko z dysleksją w parze z dorosłym (ewentualnie dobrze czytającym równie-

kiem). Dziecko z trudnościami zaczyna od czytania wskazanych przez dorosłego pojedynczych słów aż po coraz trudniejsze. Z czasem może się okazać, że dziecko czyta całymi zdaniami. Obecnie dysponujemy także bogatym wachlarzem różnych programów komputerowych i funkcjonalności. Jest to jednak szeroki temat, gdyż wersje i nazwy programów szybko się zmieniają, a świat nowoczesnej technologii praktycznie nie ma granic. Świadomy licealista z dysleksją w domu może bez ograniczeń stosować różne programy edukacyjne, które rozwijają zarówno umiejętności fonologiczne, jak i poprawiają poziom czytania i pisanie.

*CN: Jakie deficyty ma osoba z dysleksją i czy zawsze wiążą się one jedynie z nią?*

*KB:* Jak mówiłam, typowe objawy dysleksji to problemy z czytaniem, trudności z ortografią lub w zapamiętaniu materiału językowego. Jednak wspomniane trudności nie muszą wynikać z dysleksji. Podam przykład. Podczas badania w kierunku diagnozy dysleksji w poradni psychologiczno-pedagogicznej zwykle wykonuje się test inteligencji – np. WISC®-V, czyli Skalę Inteligencji Wechslera dla Dzieci®, która ocenia różne funkcje poznawcze za pomocą wielu podtestów. Jednocześnie w każdym z nich zaangażowana jest pamięć krótkoterminowa i koncentracja uwagi. Jeżeli badany ma osłabione wspomniane funkcje, to mogą one negatywnie wpłynąć na wynik testu inteligencji, co oczywiście nie musi wynikać z dysleksji. Na przykład u osób z ADHD, pewnymi chorobami neurologicznymi, inteligencją niższą niż przeciętna lub stosujących leki psychotropowe wspomniane funkcje mogą być obniżone.

*CN: Jakie trudności w nauce języków obcych mają osoby z dysleksją?*

*KB:* Objawy dysleksji bywają różne w różnych językach. Niejednokrotnie spotykamy się z osobą, która ma problemy z językiem polskim, natomiast nie ma trudności z żadnym językiem obcym, którego uczy się w szkole. Niemożliwe jest natomiast posiadanie dysleksji w języku obcym, nie mając jej w języku ojczystym, o czym jasno mówi nam definicja tego zaburzenia. Dysleksja może wystąpić we wszystkich lub poszczególnych językach obcych. Mogłoby się wydawać, że rodzaj i nasilenie problemów w języku obcym powinno korespondować z objawami w języku macierzystym, ale nie jest to regułą. Wiele zależy od specyfiki języka obcego, w tym od tego jak bardzo jest podobny do język ojczystego. Na przykład nauka języka niemieckiego sprawia problemy uczniom dyslektycznym. Być może dzieje się tak dlatego, że niemiecki jest językiem fleksyjnym. Uczeń, który chce stworzyć poprawne gramatycznie zdanie, musi najpierw wybrać odpowiednią formę rzeczownika, czasownika, a co gorsze – jeszcze rodzajnika. Tymczasem angielski to język tylko częściowo fleksyjny. Angielski natomiast jako język o niskiej transparentności, gdzie relacje między głosem a literą (co jest pewnym uproszczeniem) są skomplikowane jest wyzwaniem

dla osoby, która chce opanować czytanie i pisanie. W praktyce problemem jest brak krótkiej listy jasnych i konsekwentnych reguł dotyczących czytania i pisania, z czym spotykamy się na przykład w przypadku języka hiszpańskiego. Z uwagi na podobieństwo rosyjskiego do polskiego (oba należą do grupy języków słowiańskich), rosyjski mógłby mieć szansę stać się jednym z ulubionych języków uczniów z dysleksją. Jednak konieczność przyswojenia odmiennego alfabetu może być dla wielu z nich barierą nie do pokonania. Moje osobiste doświadczenia jako nauczycielki języka angielskiego są takie, że większość moich uczniów dyslektycznych miała problemy z czytaniem na głos i po cichu, ortografią, gramatyką, ale także z nauką materiału ułożonego w sekwencję (alfabet, miesiące itp.). Jednak podobnie jak w przypadku języka ojczystego, także i tu postępy w nauce języka obcego osób z dysleksją zależą od wielu zmiennych – m.in. profilu poznawczego oraz cech temperamentalno-osobowościowych ucznia.

*CN: Czy w obecnych czasach osoby z dysleksją mogą spotkać się z dyskryminacją przy wyborze studiów językowych?*

*KB: Na maturze, której wyniki decydują o dostaniu się na studia osoby z opinią o dysleksji mogą liczyć na różnego typu dostosowania. Można o tym poczytać na stronie Centralnej Komisji Egzaminacyjnej. Natomiast na studiach (w tym językowych) osoby z dysleksją zazwyczaj nie mają żadnych dostosowań typu wydłużony czas czy większa tolerancja wobec błędów ortograficznych i językowych. Wiele zależy od konkretnego wykładowcy. Warto też na uczelni skontaktować się z pełnomocnikiem lub biurem ds. studentów z niepełnosprawnościami.*

*CN: Dysleksja to najczęściej diagnozowane zaburzenie rozwoju językowego u dzieci, skąd wynika częstość takiej diagnozy? Co spowodowało, że zmieniło się to na przestrzeni lat?*

*KB: Na częstsze diagnozowanie dysleksji zdecydowanie wpływa większa świadomość społeczeństwa dotycząca tego problemu. W efekcie coraz więcej rodziców zabiera swoje dzieci do poradni na badanie. Jednak podobnie jak w przypadku innych popularnych zaburzeń (ADHD i spektrum autyzmu), świadomość problemu bez wątpienia jest tylko jedną z przyczyn ich częstszego niż w przeszłości występowania. Istnieją różne hipotezy tłumaczące to zjawisko. Jedną z nich wyjaśnia to postępem medycyny, dzięki czemu udaje się utrzymać ciążę i doprowadzić do narodzin dzieci, które wcześniej nie miałyby szansy przeżycia. Naukowcy są zgodni co do tego, że wcześniaki częściej niż ich rówieśnicy doświadczają trudności w nauce. Natomiast rodzice dzieci z dysleksją częściej deklarują, że ich potomstwo pochodzi z nieprawidłowej ciąży bądź wspominają o komplikacjach podczas porodu. Jednocześnie wiemy na pewno, że dysleksja jest zaburzeniem o podłożu neurobiologicznym, uwarunkowanym pewnymi subtelnymi zmianami w zakresie struktury i funkcjonowania*

mózgu, powstającymi w okresie prenatalnym. Jeśli powiążemy te informacje wspomnianą hipotezą wydaje się uzasadniona.

*CN: Jak nauczyciele powinni wspierać ucznia z dysleksją i jak go oceniać? Czy miałaby Pani jakieś wskazówki?*

*KB: Na pewno nauczyciel powinien przeczytać opinię psychologiczno-pedagogiczną swojego ucznia, co pozwoli mu poznać jego mocne strony oraz deficyty. W tym świetle szczególnie istotne są zalecenia specjalisty dotyczące pracy z taką osobą. Kolejną ważną sprawą jest stały kontakt nauczyciela z rodzicami ucznia, żeby na bieżąco informować ich o jego postępach. Nauczyciel powinien dobrze znać swojego ucznia, wiedzieć, jak uczy się jego uczeń, jakie robi postępy i na tej podstawie indywidualizować program nauczania i metody pracy. Na przykład, gdy mamy do czynienia z uczniem, który ma problem z czytaniem na głos przy całej klasie i wiąże się to dla niego z dużym stresem, to nie ma potrzeby, żeby prosić o głośne czytanie na forum klasy, gdyż umiejętność czytania na głos przydaje się niezwykle rzadko. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby ćwiczyć regularnie tę umiejętność, ale można to robić na zajęciach terapii pedagogicznej lub w domu, unikając tym samym stresu i ośmieszenia się przy rówieśnikach. Najtrudniejszym wyzwaniem dla nauczyciela jest to, aby znaleźć równowagę między wymaganiami a wspieraniem ucznia. Powinien formułować on odpowiednie oczekiwania wobec takiej osoby, żeby miała ona motywację pracować, tym samym nie zostawiając jej samej z tymi zadaniami, jeżeli przekraczają one jej możliwości. Jednocześnie nauczyciel powinien zadbać, żeby uczeń miał pozytywny stosunek do nauki swojego przedmiotu, ale również do samego siebie. Jeśli chodzi o ocenianie ucznia z dysleksją, to powinno być ono indywidualne. Nie ma prostych wskazówek, które sprawdziłyby się w przypadku każdego ucznia, ponieważ wszystko zależy od przedmiotu, sytuacji oraz konkretnej osoby z dysleksją. Dobrym rozwiązaniem dla nauczycieli byłoby uczestnictwo w szkoleniach, na których mogliby przedyskutować zalecenia oraz wątpliwości dotyczące pracy z danym uczniem.*

*CN: Dziękujemy za rozmowę.*

*Rozmawiali: Kacper Kaniecki, Oliwia Przybysz i Alicja Żyłuk.*

*<sup>1</sup>Psycholożka, nauczycielka języka angielskiego i absolwentka filologii polskiej. W latach 2012-2015 adiunkt w Instytucie Badań Edukacyjnych w Warszawie. Autorka oraz współautorka publikacji na temat dysleksji i metodyki nauczania języków obcych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (m.in. książek „Dysleksja a nauczanie języków obcych. Przewodnik dla nauczycieli i rodziców uczniów z dysleksją” oraz „The Good Start Method for English”).*

*<sup>2</sup>doubledeficittheory*

*<sup>3</sup>automaticitydeficittheory*

# Depresja oczami specjalisty

Alicja Żyluk, 2AN

**D**epresja nie jest dla nikogo obcym terminem, lecz czy na pewno wiemy na jej temat wszystko? By zgłębić wiedzę na temat tej choroby, nasza redakcja przeprowadziła wywiad z panią psychotraumatolog Mają Pisarek<sup>1</sup>, która również jest ambasadorką akcji Radio ESKA „Razem Przeciw Depresji”.

*Czarniecki News: Dlaczego depresja jest tematem tabu?*

*Maja Pisarek:* Moim zdaniem, temat depresji częściej jest spłypany niż sprowadzany do tematów tabu. Powszechna jest również pewność, że wszystko wie się na ten temat, co oczywiście jest nieprawdą. Większość naszego społeczeństwa wie niewiele na temat depresji, szczególnie jeżeli dotyczy ona dzieci i młodzieży czy mężczyzn. Depresja najczęściej kojarzona jest z obrazem smutnej kobiety zajadającej się lodami podczas oglądania łzawych seriali. Jest to mocno zdeformowany obraz osoby w depresji.

*CN: W jaki sposób jest diagnozowana depresja?*

*MP:* Depresje może zdiagnozować każdy lekarz, niezależnie od tego, czy jest to lekarz pierwszego kontaktu, czy psychiatra. Psycholodzy i psychoterapeuci też są do tego upoważnieni. Diagnozę stawia się na podstawie wywiadu z pacjentem, ale w diagnostyce może pomóc również kwestionariusz. Najbardziej popularnym jest kwestionariusz Becka do badania dorosłych oraz kwestionariusz Kopacz do badania dzieci i młodzieży.

*CN: Jakie „twarze” ma depresja?*

*MP:* Każda twarz może być twarzą depresji; rozchichotana, uśmiechnięta, smutna, przygnębiona czy nieobecna. Depresja objawia się na różne sposoby, a my ludzie mamy ogromną potrzebę bycia silnymi i często robimy wszystko, żeby nie



Maja Pisarek

dać po sobie poznać, że coś jest nie tak. Czasami patrząc na osobę taką jak ja, która przez większość życia zmagając się z depresją, a jest aktywna w internecie, uprawia sporty i jest ogromnie pozytywna, trudno powiedzieć, że taka osoba zmagająca się z depresją. Natomiast moja choroba jest ze mną i będzie ze mną. Wynika ona z braku produkcji pewnych hormonów, i tak jak bierze się hormony w przypadku chorób tarczycy, tak niektórzy będą musieli je przyjmować ze względu na niedobory produkcji serotoniny lub wychwytu zwrotnego serotoniny. Jest to po prostu choroba organizmu, a nie emocji, natomiast z powodu choroby są one zaburzone. Niektórzy będą zaszywać się pod kołdrą, nie będą w stanie pójść do szkoły czy do pracy, ale jeżeli dostaną informację o spotkaniu towarzyskim w weekend, to mają siłę, by tam iść. Nie wynika to bynajmniej z tego, że są zbyt leniwi, by wykonywać codzienne obowiązki, a na imprezy już mają ochotę. Takie spotkanie towarzyskie daje im możliwość nasycenia się pewnymi emocjami, co daje im siłę do przetrwania. Więc twarze depresji są wszystkie, jest to każda twarz, którą spotkamy na ulicy.

*CN: Jak można pomóc osobie w depresji?*

*MP:* Przede wszystkim najważniejsza jest nasza obecność i wysłuchanie tej osoby. Należy sprawić, aby osoba w depresji czuła wsparcie z na-



szej strony oraz zapewnić ją, że może na nas liczyć. Często jest tak, że osoba w depresji nie chce dać sobie pomóc. W takiej sytuacji to my powinniśmy przejąć pałeczkę i postarać się zachęcić taką osobę do udania się do specjalisty, zabrać ją do niego, czy zawieźć do szpitala, nawet jeżeli ta osoba denerwuje się na nas. Najważniejsze jest zapewnienie bezpieczeństwa i pokazanie jej, że może ona czuć się lepiej. Depresja nie jest stanem, w którym można trwać całe życie. Podobnie jest z biegunką. Można ją mieć przez jeden dzień, ponieważ czymś się zatrulo, ale jeżeli trwa ona trzy tygodnie, należy szukać pomocy u lekarza. Bardzo bym chciała, żeby ludzie zaczęli traktować schorzenia psychiczne z taką samą powagą, z jaką traktują fizyczne.

*CN: Jak rozmawiać z osobą cierpiącą na depresję?*

*MP:* Taka rozmowa jest niezwykle trudna, dlatego czasami wystarczy po prostu być. Natomiast jeżeli da się rozmawiać, bądźmy dalecy od złych rad. Słuchajmy i bądźmy przy tej osobie, ponieważ stworzenie bezpiecznej przestrzeni do wygadania się jest niezwykle ważne. Dobrym pomysłem jest zapytanie takiej osoby, czy czegoś potrzebuje, czy ma na coś ochotę lub zaproponowanie konkretnych rzeczy. Często osoba w depresji nie ma dostępu do informacji o tym, czego by chciała oraz czego potrzebuje. Należy również pamiętać, że w takim stanie skłonność do uzależnień jest znacznie większa, więc nie podajemy takiej osobie żadnych używek.

*CN: Proszenie o pomoc to jedna z najtrudniejszych rzeczy w depresji. Jak więc możemy zachęcić osobę w depresji, aby poprosiła o pomoc?*

*MP:* W większości przypadków osoba w stanie depresyjnym nie poprosi o pomoc. Będzie nam ona wysyłała sygnały, często dla nas niezrozumiałe, aby pokazać nam, że coś się dzieje. Być może będzie się okaleczać, będzie nałogowo odrzucała telefony, aby pokazać nam, że nas odtrąca. To jest właśnie moment błagania o pomoc.

*CN: Jaki są objawy depresji i jak je rozpoznać?*

*MP:* Objawy depresji są bardzo różne w zależności od przypadku. Takim głównym objawem są zaburzenia afektu, co oznacza nieadekwatne reakcje w stosunku do sytuacji. Przykładem tego

będzie zupełne wycofywanie się ze społeczeństwa, brak odczuwania szczęścia oraz przyjemności z rzeczy, które kiedyś sprawiały nam radość. Objawem depresji będzie też ogromny i coraz cięższy do przeżywania smutek, obojętność czy rozdrażnienie. Bardzo powszechny jest również brak siły oraz trudności w skupieniu się, co przekłada się na problemy z nauką.

*CN: Jak odróżnić depresję od pogorszonego nastroju?*

*MP:* Pogorszony nastrój jest odpowiedzią na konkretną sytuację, np. dostanie jedynki w szkole. Z reguły na drugi dzień nie jest to już coś, czym się przejmujemy i wszystko wraca do normy, ponieważ potrafimy sobie to zracjonalizować. Natomiast jeżeli przez dłuższy czas żyjemy w smutku i przygnębieniu, które nie mija, a wręcz się pogłębia, może oznaczać to depresję.

*CN: Co jest najtrudniejsze w walce z depresją?*

*MP:* Zdecydowanie najtrudniejsze w walce z depresją są brak siły i bezradność. Dla mnie z perspektywy psychoterapeuty najtrudniejszy jest początek, kiedy rozmawiam z osobą niemającą dostępu do przyjemnych wspomnień oraz negującą wszystkie pomysły, np. „nie, to się nie uda”. W takiej sytuacji mam po drugiej stronie osobę, która potrzebuje pomocy, ale nie chce działać. Trudne jest również uświadomienie sobie, że mając depresję, nie jest się nią, chorobą, tylko trzeba podejmować konkretne działania, by z nią walczyć.

*CN: Jak szkoła może pomóc osobie cierpiącej na depresję?*

*MP:* Szkoła na pewno powinna wspierać takiego ucznia oraz zrozumieć jego stan. Nauczyciele powinni zrozumieć, że w takiej sytuacji to nie nauka jest najważniejsza. W miarę możliwości powinno się ułatwić takiemu uczniowi funkcjonowanie w szkole i nie nakładać na niego zbyt dużej presji ocen i nauki.

*CN: Dziękujemy za rozmowę.*

Rozmawiały: Oliwia Przybysz i Alicja Żyłuk.

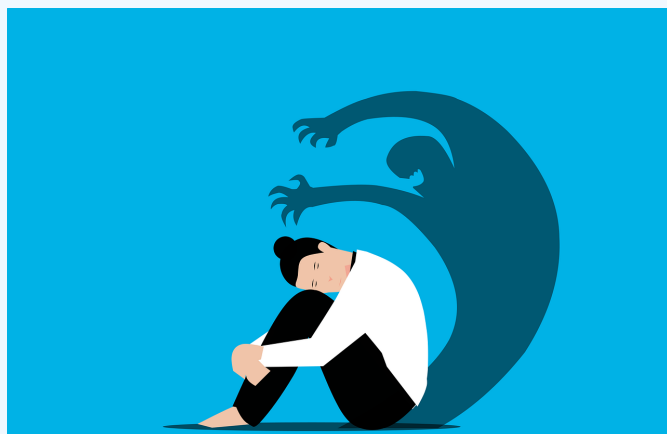
<sup>1</sup>psychotraumatolog, terapeuta EMDR, szkoleniowiec, terapeutka kobiet - praca z przekonaniem, samoocena, pewnością siebie. Wykładowca w Wyższej Szkole Biznesu - National Louis University w Nowym Sączu.

# Przeszywający lęk

Ola Maj, 1B

**Z**aburzenia lękowe to stany, w których dominującym uczuciem jest obawa przed niesprecyzowanym niebezpieczeństwem. Osoby z tymi zaburzeniami często doświadczają intensywnego niepokoju, napięcia i obaw w sytuacjach codziennego funkcjonowania. Objawy obejmują częste myśli lękowe, fizyczne objawy stresu i unikanie sytuacji wywołujących niepokój. Zaburzenia lękowe znacząco wpływają na życie codzienne i jego jakość, dlatego istotne jest ich rozpoznanie i odpowiednie leczenie.

Lęk to naturalny stan emocjonalny pojawiający się w życiu codziennym. Chroni on nasze zdrowie i życie. To właśnie dzięki niemu nie wejdziemy pod nadjeżdżające auto czy nie skoczymy do wody w miejscu niedozwolonym. Strach jest więc reakcją organizmu na zagrożenie. Jednak u niektórych osób stan niepokoju utrzymuje się dłużej i jest bardziej nasilony, nawet jeśli stresujący moment dawno minął. Przedłużający się niepokój i napięcie mogą stać się poważnymi zaburzeniami uniemożliwiającymi poradzenie sobie z codziennymi sprawami, a osoba doświadczająca ich nie jest w stanie nad nimi zapanować. Lęk staje się zaburzeniem, kiedy zaczyna wywierać paraliżujący wpływ na życie danej osoby – kiedy znacząco obniża jakość życia i ogranicza funkcjonowanie. Zaburzenia lękowe są najbardziej powszechnymi problemami zdrowia psychicznego. Dotykają przeciętnie jedną na dziesięć osób. Istnieje kilka głównych rodzajów zaburzeń lękowych:



**Zaburzenia lękowe uogólnione** — charakteryzujące się odczuwaniem nadmiernego lęku oraz niepokoju, związanym z różnymi życiowymi sytuacjami. Osoby ich doświadczające mogą mieć trudności z kontrolowaniem swoich obaw, a lęk może być często nieuzasadniony lub nieproporcjonalny do sytuacji.

**Zaburzenia paniczne** — charakteryzujące się występowaniem powtarzających się napadów paniki, które są nagłe i intensywne. Objawy mogą obejmować silny lęk, duszność, uczucie duszenia, kołatanie serca, zawroty głowy, drżenie, pocenie się i uczucie utraty kontroli.

**Fobia społeczna** — która u dotkniętej nią osoby wywołuje nieuzasadniony i intensywny lęk przed sytuacjami społecznymi, takimi jak wystąpienia publiczne, rozmowy z obcymi czy jedzenie w towarzystwie. Często towarzyszą jej silne objawy lękowe o charakterze fizycznym, takie jak zaczerwienienie twarzy, drżenie rąk, pocenie się i trudności w mówieniu.

**Zaburzenia lękowe związane z separacją** — które najczęściej występuje u dzieci i młodzieży, ale może również dotyczyć dorosłych. Charakteryzuje się nadmiernym lękiem związanym z oddzieleniem się od osób ważnych, zwykle opiekunów. Może prowadzić do unikania sytuacji, w których konieczne jest oddzielenie.

**Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne** — charakteryzujące się doświadczaniem nawracających obsesji (niepożądanych myśli, obrazów lub impulsów) i kompulsji (powtarzających się zachowań, które mają na celu złagodzenie lęku związanego z obsesjami). Na przykład, osoba może mieć obsesję na punkcie czystości i odczuwa konieczność wielokrotnego mycia rąk.



# Czy to już obsesja?

Karol Kasprzak

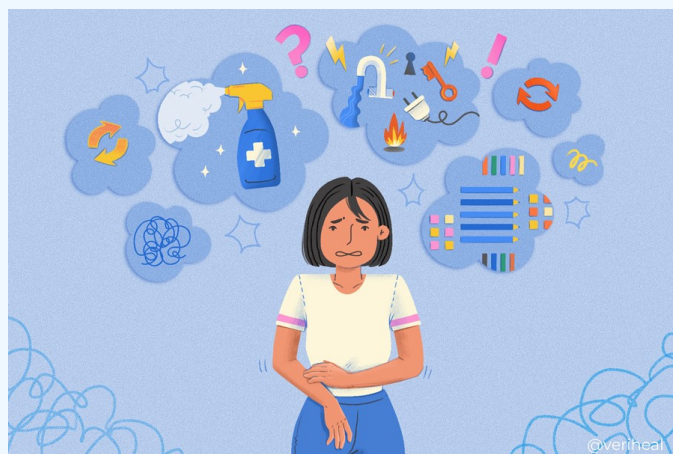
**O**CD<sup>1</sup>, w przeszłości nazywane nerwicą natręctw, jest zaburzeniem psychicznym należącym do grupy zaburzeń nerwicowych. Mimo stosunkowo częstego występowania (u około 1,2% światowej populacji) i używania w języku potocznym takich określeń jak „obsesja” czy „natręctwo”, zaburzenie to jest w Polsce mało znane, choć może ono dotyczyć nawet 750 000 Polaków.

Wszystkie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne charakteryzują się występowaniem obsesji – niechcianych, uporczywych i natrętnych myśli, obrazów bądź też impulsów, skutkujących nadmiarem lęków oraz obaw, wymuszających z kolei występowanie utajonych procesów myślowych albo podejmowanie konkretnych, powtarzalnych czynności – kompulsji; w celu pozbycia się niepokoju i zaznania chwilowej ulgi psychicznej, ewentualnie zapobieżenia powstania obsesji. Kompulsje charakteryzują się dużą dokładnością i precyzją skutkującą perfekcjonizmem w danej sferze działań, ponieważ osoba cierpiąca na OCD chce mieć pewność, że „zagrożenie” wynikające z jej obsesji, zostało w pełni wyeliminowane.

Obsesje i kompulsje zabierają choremu dużo czasu, sprawiają mu cierpienie i zakłócają wykonywanie codziennych czynności. Schemat myślenia osób chorych na to zaburzenie jest niezwykle spójny i wyraźny, posiadający nawet swoją własną „logikę”, pełną określonych zasad. Zaburzenie to nie jest jednak monolitem i mimo identycznego schematu, ze względu na to, jakiego aspektu dotyczy, można wyróżnić poszczególne rodzaje OCD. Wszystkie jednak łączy poczucie szczególnej i ogromnej odpowiedzialności za siebie, innych, a nawet cały świat.

## Formy OCD

Mycie i sprzątanie – osoby cierpiące na tę formę OCD mają obsesję na punkcie możliwego skażenia



brudem, zarazkami, wirusami lub nieznanymi substancjami. Ciągłe obawiają się wyrządzenia krzywdy sobie lub innym, ewentualnie niemożności zapobieżeniu tragedii. Z powodu lękających obsesji wciąż myją ręce lub/i przedmioty, biorą długie lub/i częste prysznicze czy też nieustannie sprzątają. Obsesje te tylko się powiększają, ponieważ osoba im poddana zaczyna dostrzegać coraz więcej możliwych zagrożeń, przez co mycie i sprzątanie przybierają bardziej skomplikowane formy, przynosząc jednocześnie mniejszą ulgę. Pandemia COVID-19 wraz z reżimem sanitarnym i obowiązkiem dezynfekcji rąk dla wielu stała się bodźcem uaktywniającym to zaburzenie.

Sprawdzanie – osoby chore na ten rodzaj OCD pochłonięte są przytłaczającą obawą, że w skutek „niedoskonałych” czy „niedokończonych” czynności, grozi im bądź innym ludziom niebezpieczeństwo. Wielokrotnie upewniają się czy drzwi i okna zostały zamknięte, żelazko wyłączone, a także czy tętno i ciśnienie krwi jest w normie, poszukując od niej odstępstw. Czują one przymus ciągłego sprawdzania, aż do momentu poczucia, że potencjalna katastrofa została zażegnana. Sprawdzanie to (kompulsja) łagodzi strach przed niebezpieczeństwem (obsesję) tylko krótkotrwale, co powoduje konieczność dalszego i coraz to częstszego sprawdzania, co powoduje wzrost lęku i narastanie obsesji.

Porządkowanie i powtarzanie – opiera się na wykonywaniu tych czynności aż do momentu, gdy dane przedmioty będą ułożone w „idealny” sposób lub coś zostanie wykonane „jak trzeba”.

Mnóstwo osób z tym rodzajem OCD ma przy tym obsesję na punkcie idealnej gładkości lub symetryczności. Choćby drobne przesunięcie czy samo dotknięcie ich przedmiotów, wywołuje u nich ogromny gniew i lęk. Często występującymi zachowaniami są: przekraczanie progu pokoju, ciche liczenie lub powtarzanie słów, przekładanie przedmiotów, włączanie i wyłączanie światła. Strach przed niebezpieczeństwem zagrażającym sobie lub/i bliskim skutkuje szaleństwem ciągłego porządkowania i powtarzania danych czynności, kończącym się wycofaniem obsesji. Ulga jednak jest tylko chwilowa.

Skrupulatyzm – osoby z nim mają obsesję względem religii, etyki lub moralności, wymagają od siebie znacznie więcej niżeli inni ludzie podziеляjący ich wartości. Kompulsje mogą obejmować intensywne modlenie się bądź ciągle upewnianie się innych czy własne zachowanie jest moralne. Zamiast ukojenia, wraz z kompulsjami, lęk staje się tylko większy, ponieważ OCD wymusza jeszcze bardziej rygorystyczne przestrzeganie zasad i praktyk religijnych oraz częstsze utwierdzanie się o swojej dobroci moralnej, przez co powstają kolejne rytuały czy wątpliwości.

Sylogomania – polega na kolekcjonowaniu bezwartościowych przedmiotów, przez innych uznawanych za śmieci, i problemie pozbycia się ich. Osoby z sylogomanią przywiązują się emocjonalnie do zgromadzonych przedmiotów, przesadnie je ceniąc, często też obawiają się ich wyrzucenia ze względu na potrzebę ich wykorzystania w przyszłości. Perspektywa pozbycia się ich może być dla nich tak przerażająca, że wolą je zostawić, przez co mają trudność w znalezieniu wolnej przestrzeni w mieszkaniu i życiu w dobrych warunkach.

OCD z przewagą myśli obsesyjnych – w przeciwieństwie do poprzednich form, posiada kompulsje, ale w strefie mentalnej, ukryte i niejawne, chociażby analizowanie czegoś, występujące jako przeciwdziałanie nadmiarowi nękających myśli czy obra-

zów. Mogą być one bardzo zróżnicowane w zależności od postaci obsesji, głównie jednak dotyczących agresji i seksu; obrzydliwych i odpychających dla samych ofiar, niemogących przestać o nich myśleć. Przykładowe obsesje to kolejno: obawa przed utratą kontroli i wyrządzeniem komuś lub/i sobie krzywdy; lęk przed zachorowaniem; obawianie się wypowiedzenia lub/i dokonania czynów świętokradczych; strach przed doznaniem nieodpowiedniego podniecenia seksualnego; wątpliwości wobec własnej orientacji seksualnej; czy – w ROCD (relacyjnym OCD) – tego czy na pewno się kocha partnera, czy samemu się jest prawdziwie kochanym, czy związek przetrwa i czy aby na pewno jest to ta jedyna miłość. Inną, lecz też dotyczącą sfery miłosnej, odmianą OCD jest zazdrość retroaktywna, przejawiająca się obsesyjną zazdrością wobec romantycznych i seksualnych doświadczeń partnera z przeszłości.

## Leczenie

Najczęściej stosowaną formą leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego jest terapia poznawczo-behawioralna, której główną techniką jest ekspozycja i zablokowanie reakcji – pacjent zostaje wystawiony na bodźce swoich obsesji i ma na celu uniknąć kompulsji – choć początkowo jest to wyzwanie wydające się choremu nieosiągalne, przy wsparciu specjalisty, jest on w stanie zwalczać potrzebę wykonania kompulsji coraz bardziej. Pomoc może też odpowiednie leczenie farmakologiczne skonsultowane z psychiatrą, do najskuteczniejszych w leczeniu OCD zalicza się leki z grupy SSRI.

<sup>1</sup>ang. obsessive-compulsivedisorder



# Grupa A, B oraz C

Nina Niziołek, 1B

**C**zym jest osobowość? Każdy zna to słowo, jednak nie wszyscy potrafią przytoczyć jego definicję. Można powiedzieć, że osobowość jest zbiorem cech danej osoby, które powodują, że człowiek zachowuje się w określony sposób. Osobowość kształtuje się w ciągu całego życia, mimo to cechy definiujące ją są stosunkowo stałe.

Codziennie mijamy setki, a może nawet tysiące osób. Obserwujemy, w jaki sposób mówią, poruszają się, czy śmieją. Co, jeśli jednak czyjeś zachowanie wyraźnie odstaje od reszty? Gdy ktoś reaguje inaczej bądź zachowuje się w nietypowy sposób? Co, jeśli to my czujemy, że nie potrafimy określić swoich emocji? Czujemy, jak one kontrolują nas, a nie my je? Może to oznaczać zaburzenia lub niepoprawne kształtowanie się osobowości. Istnieją różne podziały typów zaburzeń osobowości, lecz najczęściej spotykany jest podział na trzy grupy: A, B oraz C.

## Grupa A

Osoby z zaburzeniami tej grupy cechuje znaczna podejrzliwość względem innych ludzi, chłód emocjonalny i problemy w relacjach międzyludzkich. Takie osoby ograniczają się do najbliższej rodziny i unikają poznawania nowych osób. Do tej grupy należą paranoidalne, schizoidalne i schizotypowe zaburzenia osobowości.



## Grupa B

Wspólną cechą zaburzeń tej grupy jest brak stabilności emocjonalnej, łatwe popadanie w gniew i tendencja do wchodzenia w burzliwe związki z innymi ludźmi. Należą do niej dyssocjalne, histrioniczne i narcystyczne zaburzenia osobowości oraz osobowość chwiejna emocjonalnie typu borderline. Osoby zmagające się z zaburzeniami tego typu mogą mieć tendencje do kłamania oraz manipulacji.

## Grupa C

Lęk, unikanie trudnych sytuacji, podporządkowywanie się innym, perfekcjonizm i potrzeba kontroli to jedne z niewielu wyzwań, których na co dzień doświadczają osoby z zaburzeniami tej grupy. Takie osoby mogą odczuwać strach z powodu niemożności zadbania o siebie oraz mogą czuć się niedostosowane do społeczeństwa. Do zaburzeń tej grupy należą osobowość anankastyczna, unikająca i zależna.

Już po tak krótkim opisie można zauważyć, że życie z zaburzeniami osobowości nie należy do łatwych. Jest to trudne nie tylko dla samego chorego, ale również dla jego bliskich. Z tego powodu warto poddać się leczeniu, które ma na celu ułatwić życie osobie z zaburzeniem. Terapia polega na pracy z psychiatrą i psychologiem, ale zalecona może zostać również terapia grupowa, jak i rodzinna. W tym miejscu jednak trzeba pamiętać, że nie wszystkie zachowania są zaburzeniami. Stwierdzenie zaburzenia wymaga konsultacji ze specjalistą, z pewnością nie należy diagnozować się samemu. Pamiętajmy, aby być uważnym i wyrozumiałym, a przede wszystkim ludzkim dla innych i dla siebie.

# Więzienie w żołądku

Nina Niziołek, 1B

**Z**aburzenie odżywiania, czyli choroba psychiczna związana z jedzeniem lub jego brakiem, może prowadzić do groźnych chorób i dużych powikłań zdrowotnych. Najczęściej taka choroba powstaje w wyniku braku akceptacji swojego ciała bądź chęci dopasowania się do wymagań społeczeństwa. Liczenie kalorii i ciągłe kontrolowanie masy ciała pociąga za sobą straszne konsekwencje, które powodują cierpienie organizmu jak i umysłu.

Choroba może różnie przebiegać i różnie się zaczynać. Jednym z czynników odpowiedzialnych za powstawanie choroby jest stres i brak zdrowego trybu życia. Zdrowie psychiczne jest często pomijanym przez nas, a przecież istotnym, elementem życia. W zabieganej codzienności nie zwracamy na nie uwagi. Odstawiamy na dalszy plan, bo w końcu nasz komfort może poczekać. Problem zaczyna się jednak wtedy, gdy emocje biorą nad nami górę i zaczyna nas to przytłaczać. Czujemy się sparaliżowani przez własne uczucia. Na takie stresowe sytuację każdy reaguje zupełnie inaczej. Niestety bardzo często odbija się to np. na naszej diecie. Nasz, wcześniej zdrowy, organizm przestaje się taki wydawać. Na niepokój reagujemy objadaniem się lub nic niejedzeniem. Tak właśnie mogą się objawiać początki zaburzeń odżywiania. Część z nas nie zdaje sobie sprawy z tego, że złe odżywianie nie oznacza jedynie głodowanie. Ono również pokazuje się w innej, z początku niewinnej, postaci np. objadania się, gdy nie jesteśmy głodni. Tak właśnie nasz mózg czasem może radzić sobie z stresem lub z nieprawidłowym działaniem hormonów. Takie zachowania mogą prowadzić potem do wielu poważnych chorób - otyłości, cukrzycy, nadciśnienia, depresji i wielu innych.



Jest to niebezpieczne, dlatego warto być czujnym i działać zapobiegawczo. Jeśli wiemy, że czeka nas trudniejszy moment, znaleźć sposób, dzięki któremu będziemy w stanie sobie poradzić. Podobnie sytuacja wygląda jeśli przestajemy jeść lub opychamy się, a następnie zwracamy posiłek. Takie choroby nazywamy anoreksją i bulimią. Tego typu zachowania często mogą być spowodowane presją środowiska, złym samopoczuciem przez dłuższy czas, bądź brakiem akceptacji. Zaczynamy dostrzegać w sobie same wady i potrzebujemy to zmienić. Oczywiście tu trzeba zaznaczyć, że zmiany są istotne ale warto przeprowadzić je w sposób kontrolowany przez osoby z wykształceniem w tej dziedzinie. Jeśli jednak próbujemy zrobić to sami, często kończy się to pojawieniem się konsekwencji, z którymi możemy zmagać się do końca życia. Często ciężko zauważyć początki takiej choroby, gdyż wielu ludzi potrafi to ukryć. Jednak nic nie trwa wiecznie i po jakimś czasie staje się ona bardzo widoczna. Można wówczas łatwo dostrzec, że ktoś się zmagają z problemami. Takiej osobie trzeba pomóc i wspierać, a nie dokuczać i śmiać się z jej wyglądu. Komentarze typu „zjedz coś, bo wyglądasz źle” również nie pomagają. Takiej osobie potrzeba wyspecjalizowanej pomocy psychicznej, więc nie starajmy się sami rozwiązać tej trudnej sytuacji. Jeżeli zmagasz się z takimi problemami, nie bój się poprosić o pomoc, bo to nic strasznego i zawsze jest szansa na zdrowe i szczęśliwe życie!

# Moment załamania

Kacper Kaniecki, 2F

**A** tak paniki jest nagłym i intensywnym uczuciem przerażenia czy też obawy, bez obecności fizycznego niebezpieczeństwa. Zwykle pojawiają się nagle i osiągają szczyt w ciągu 10 minut, a następnie z czasem ustępują, chociaż niektóre ataki trwają dłużej. Atak paniki może zostać wywołany określonym zdarzeniem lub być również objawem zaburzeń lęków napadowych. Często jego objawy są również somatyczne, np. ból głowy czy ból brzucha; co wzmacnia panikę i niepokój.

Czynnikiem narażającym na częstsze występowanie ataków paniki jest stres. Oznaki i objawy ataku paniki rozwijają się nagle i zwykle osiągają szczyt w ciągu 10 minut. Rzadko trwają dłużej niż godzinę, a większość kończy się w ciągu 20 do 30 minut. Ataki paniki nie wybierają miejsca i czasu, mogą zdarzyć się wszędzie i w każdej sekundzie. Odczuwanie ataku paniki może się różnić w zależności od osoby. Jednymi z najczęstszych objawów są: przyspieszone tętno, uczucie kołatania serca, duszności, zawroty głowy, mdłości, skurcze brzucha, pocenie się lub dreszcze, trudności w oddychaniu, strach przed utratą kontroli, drżenie ciała lub rąk, ból lub ucisk w klatce piersiowej, strach przed śmiercią, drętwienie lub mrowienie dłoni, stóp i twarzy oraz zmiany w stanie psychicznym, takie jak uczucie derealizacji (poczucie nierealności świata) lub depersonalizacji (poczucie nierealności swojego ciała). W razie wystąpienia pierwszego ataku paniki powinno udać się do specjalisty w celu kontroli ogólnego stanu zdrowia fizycznego, jak i psychicznego oraz omówienia zapobiegania przyszłym atakom. Często zdarza się, że osoba, która doświadczyła ataku paniki, nie jest skora do zwierzania się z tego lekarzowi czy tym bardziej opiekunowi. Niewiele osób wie, że częste ataki paniki mogą być objawami stanów lękowych. Podczas wystąpienia ataku najważniejsza



jest wiedza dotycząca sposobu, w jaki należy się zachować, gdy dany atak wystąpi, a także jak zminimalizować jego negatywne skutki. Przede wszystkim zaleca się unikania używek takich jak: kofeina, tytoń czy alkohol – używki te wspierają niekorzystne dla nas ryzyko ataku paniki. Zaleca się uważać również na leki, które mają w swym składzie środki pobudzające. Należy zwracać szczególną uwagę na oddech, praktykując techniki relaksacyjne. Dobrym pomysłem jest podjęcie stałej aktywności fizycznej. Priorytetem jest tu przede wszystkim dbanie o zdrowy sen, czyli o to ile spać i jak zadbać, by spało się lepiej.

## Jak pomóc osobie z atakiem paniki w szkole?

Najważniejsze jest to, aby zachować w takim przypadku spokój i nie szerzyć niepokoju wobec osoby z atakiem ani innych. Gdy dochodzi do ataku, najlepiej jest przeprowadzić z osobą potrzebującą konwersację i instruować ją, aby regulowała swój oddech. Trzeba starać się stworzyć sensorycznie przyjemną przestrzeń – udać się z osobą do cichego i spokojnego miejsca. Po ataku zapytać się, czy wszystko jest w porządku i czy nie chce się ta osoba z czegoś zwierzyć – może jej to psychicznie pomóc. Jeśli obawy osiągną większy rozmiar, najlepiej zgłosić to szkolnemu psychologowi czy pedagogowi.

# Osoby z autyzmem a funkcjonowanie w szkole

Olga Michalak, 1AN

**W** dzisiejszych czasach coraz więcej ludzi zmagają się z autyzmem, dotyczy to również osób w wieku szkolnym, dla których przebywanie w środowisku innych uczniów nie do końca rozumiejących, czym jest autyzm, stanowi poważną trudność i wiąże się z wieloma negatywnymi emocjami.

Szkola jest nieodłącznym elementem naszego życia. Niezależnie od naszych możliwości każdy z nas ma obowiązek edukacji aż do 18 roku życia. Dotyczy to również osób z autyzmem, dla których z racji tego, że cierpią na zaburzenie neurologiczne wpływające na inną strukturę mózgu oraz na jego aktywność, nie jest to łatwe. Niestety, do dzisiejszego dnia nie ma 100% pewnej odpowiedzi na to, skąd tak dokładnie bierze się autyzm. Po latach badań za główne czynniki tej choroby uznaje się genetykę i środowisko, w jakim ludzie dorastają. Istnieje też wiele przesądów związanych z tym tematem, jednak warto pamiętać, że autyzm nie jest chorobą zaraźliwą i nie, autyzm nie jest wywołany przez szczepienia bądź inne zabiegi medyczne. Pomimo rozwoju medycyny niestety nie jest on uleczalny. Żeby całkowicie zrozumieć temat, warto przypomnieć, czym jest spektrum, Słyszac to słowo, większość osób najprawdopodobniej wyobrazi sobie oś, idącą od punktu do punktu. Razem ze wzrastającą liczbą, wzrasta powaga schorzenia. To jednak bardzo mylne myślenie, ponieważ wykres powinien być przedstawiony w formie okręgu, który jest otoczony różnymi hasłami. Są to cechy, z którymi większość osób autystycznych ma styczność. Każda



osoba znajdująca się w spektrum wykazuje różną intensywność podanych cech. Jest to ważne, by zrozumieć, jak wygląda życie codzienne tych osób.

Zdarzają się sytuacje, kiedy środowisko nie będzie przystosowane do zaspokojenia wszystkich potrzeb osób z autyzmem. Przykładem jest uczęszczanie do placówki publicznej, która, jak wiadomo, nigdy nie będzie do końca przystosowana do wymagań tych osób. Natomiast, w zależności od własnych potrzeb, te osoby są w stanie przygotować się na takie sytuacje. Często wymaga to dużo energii i siły psychicznej. Począwszy od kalkulowania, jak dzień powinien wyglądać, poprzez ułożenie rutyn, po organizowanie kół ratunkowych na wypadek „gdyby coś się stało” – takie działania są po prostu męczące. Jednak by zadbać o własny komfort, ludzie ze spektrum autyzmu są zmuszeni zastosować ten schemat. Owszem, można zwrócić się do kogoś o pomoc, ale nie dla wszystkich jest to komfortowe wyjście z sytuacji. Jeśli wiesz, że w twoim środowisku jest osoba zmagająca się z takim problemem, warto ją zapytać, czy można coś dla niej zrobić. Stanowi to ważny element, który może pomóc stworzyć bezpieczne i pozytywne środowisko do nauki i pracy. Osoby ze spektrum muszą radzić sobie z nadwrażliwością dotyczącą przetwarzania





Źródło: GAO analysis of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). | GAO-17-109

sensorycznego. Jest to cecha wrodzona, którą posiada około 15-20% populacji, nie tylko ludzie zmagający się z autyzmem. Osoby takie charakteryzują się wysoką wrażliwością ośrodkowego układu nerwowego, głębokim przetwarzaniem bodźców wewnętrznych i zewnętrznych oraz tendencją do bardziej „wyrafinowanego” przetwarzania informacji. Prościej mówiąc, wrażliwość na wszelkie bodźce utrudnia im funkcjonowanie. W zależności od jednostki, istnieją sposoby, by ukoić ten problem. Jedni zapewniają sobie ubrania z materiałów, których faktury ich nie zirytują, drudzy fundują sobie słuchawki redukujące hałas czy szумы, a trzeci upewniają się, że będą mieli moment dla siebie, by odejść od tłumu i odetchnąć choć na chwilę w samotności. Niestety, nie jest to jedyna kwestia, która wchodzi tutaj w grę. Następne wyzwanie stanowi socjalizacja. Z reguły ludziom z autyzmem jest o wiele trudniej nawiązywać nowe znajomości. Bierze to się z niezrozumienia przez nich niespisanych form życia społecznego. W przeciwieństwie do osób neurotypowych, jest to dziedzina, która u ludzi z autyzmem nie rozwija się naturalnie. Osoby w spektrum często widzą wszystko jako czarno-białe – nie są w stanie zrozumieć wszystkich niuansów zachowania, nie potrafią czytać między wierszami bądź zachowują się w nieoczekiwany, odmienny od reszty sposób. Tworzy to wiele niezamierzonych konfliktów, nieporozumień itd. Trzeba zrozumieć, że nikt specjalnie nie zachowu-

je się w taki sposób. Sedno problemu leży w innym modelu myślenia. Najprościej temu zapobiec poprzez szczerą rozmowę. Jeśli czujesz się zraniony tym, co się stało, trzeba to po prostu powiedzieć. Takie relacje często wymagają dużej siły psychicznej, co sprawia, że wiele osób rezygnuje z głębszych kontaktów z ludźmi z tym schorzeniem. Prawda, nikt nikomu nie jest nic winny, jednak razem walcząc o daną relację, jesteśmy w stanie zbudować przyjaźń nawet na wiele lat. Potrzeba tylko czasu i wzajemnego zrozumienia.

Na sam koniec jeszcze raz warto powtórzyć, że każda osoba autystyczna odczuwa wszystko w inny sposób. Jest to kwestia indywidualna, nie każdego człowieka w spektrum będą dotyczyły wszystkie wyżej opisane punkty. Jeśli ktokolwiek czuje potrzebę bliższego poznania tego zaburzenia, najlepiej jest wysłuchać osób, które same chorują na autyzm, ponieważ tak naprawdę tylko one wiedzą, jak to jest żyć z nim na co dzień.

## AUTISM SPECTRUM

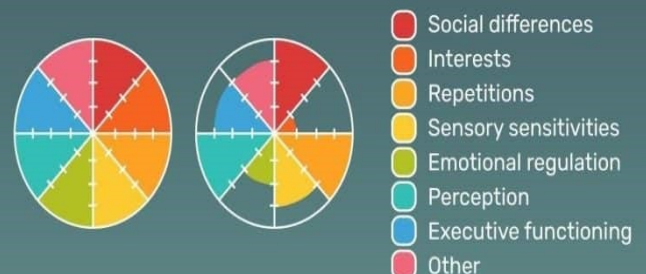
The Autism Spectrum is NOT linear



Less autistic

Very autistic

The Autism Spectrum looks more like:



Terms like “high functioning” & “low functioning” are harmful and outdated

# Niewidzialne tabu

Magdalena Dębczyńska, 2AH

**C**horoby psychiczne stały się dla ludzi niewidzialne i niezrozumiałe, pod szeroko pojętymi względami niszczą nas od środka, stając się przy tym często niezauważalne dla naszego otoczenia. W głębi duszy ludzie się ich boją, są nienamagalne, nie wiadomo jak bardzo odrealnione od wszystkiego uznane za prawdziwe. Walka z chorobami psychicznymi nie była i nie jest dla ludzkości logiczna, jest to walka, którą toczy my sami ze sobą, a walki tej nikt nie widzi, tak jakby nie istniała, jakby jej przeznaczeniem było bycie zagadką bycie niewidzialnym tabu.

Od wieków nasze zdrowie psychiczne było brutalnie lekceważone, pomijane sam wydzwięk "chory psychicznie" ma negatywne i wzbudzające w nas strach znaczenie, w przeciwieństwie do chorób fizycznych wywołujących ogromną empatię, chęć pomocy i współczucie. Społeczeństwo pozwala nam na pełne wyrażenie bólu fizycznego, uznając go za normalny i "dozwolony", w końcu nikt ze złamaną ręką nie wstydzi się jechać do szpitala i prosić o pomoc. Namagalne i wytłumaczalne schorzenia ciała są dozwolonym dla ludzkiej logiki tematem w przeciwieństwie do niezrozumianej i odstępującej od obowiązujących powszechnie norm kombinacji samodestrukcyjnych myśli oraz emocji. Wady w naszej psychice stają się dla ludzi zbyt niebezpiecznym i odrażającym tematem, który należy wytępić i zamieść pod dywan gdzie skala problemu stale rośnie. Dopiero od kilku lat ludzie zdecydowali się dostrzec "niewidzialne choroby", które już od stuleci zostawiały wyraźne piętno po sobie na historii ludzkości, nasz analfabetyzm emocjonalny jest owocem ucieczki od ciężkich niezrozumiałych i niepotrzebnych według nas

uczuć dodatkowo pograżając chorych psychicznie, uznając ich za margines społeczny, i spisując na straty. Teraźniejszy świat dopiero zaczyna wyciągać na światło dzienne odizolowane emocje oraz stereotypy i stara się z nimi walczyć, ludzie są niewyedukowani w temacie chorób psychicznych oraz metod walki z nimi. Większość niestety błędnie twierdzi, że kamuflaż, dobra mina do złej gry i cała galeria idealnych emocji to najlepsza metoda walki, gdy tak naprawdę efekt jest odwrotny. Wstydzimy się własnych uczuć, bezsilności, odrzucenia i inności, pogłębiamy nasze lęki i obawy, sprawiając że strach staje się dla nas codziennością. Nasza psychika zniszczona jest idealnymi stereotypami i wyobrażeniem człowieka, nasze myśli zaczynają nas definiować jako normalnych i nienormalnych. Nasz umysł zamyka nas w "więzieniu bez ścian" co gorsza my ludzie sami cegła po cegle je budujemy, ignorując nieme prośby o pomoc, błędnie traktowanych jako próby zwrócenia na siebie uwagi.

*"Choroba psychiczna sprawia, że człowiek zwraca się do wewnątrz. Tak myślę. Więzi nas w pułapce bólu płynącego wprost z umysłu, podobnie jak ból złamanej nogi albo skaleczonego kciuka tak silnie potrafi przyciągnąć naszą uwagę i utrzymać ją w napięciu w takim stopniu, że zdrowa noga czy zdrowy kciuk zdają się już nie istnieć."*

*Nathan Filer, Zapytaj księżyc*

Choroby psychiczne nie są niewidoczne, my po prostu nie chcemy ich widzieć, nie pozwalamy sobie na przeżywanie własnych emocji odkrywaniem własnego ja, własnego spojrzenia na świat. Boimy się naszego umysłu, jednocześnie nie robiąc nic, aby go zrozumieć, bo może to nie w osobach chorych dzielnie walczących o każdą, chociażby najmniejszą tą najbardziej bolesną emocję tkwi zło, a w nas ludziach, którzy sami nawet nie podejmujemy walki ze stereotypami tchórząc. Być może świat nigdy nie odnajdzie idealnej definicji łamiącej niewidzialne tabu, bo może cały problem chorób psychicznych tkwi w tym na ile jesteśmy w stanie odkryć nasz umysł i znaleźć sens w tym co już odkryliśmy.

# Nie daję już rady - co dalej?

Jaśmina Kalinowska, 1AN

**Z** raportu „Młode Głowy” opublikowanego przez Fundację Unaweza Martyny Wojciechowskiej wynika, że blisko 40 proc. przebadanych w nim uczniów doświadczyło myśli samobójczych. Co drugi nastolatek ma skrajnie niską samoocenę i fatalne zdanie o własnej sprawczości. Co sprawia, że tak ciężko nam się odnaleźć w dzisiejszej rzeczywistości? Czy tylko my, młodzi ludzie, doświadczamy trudności? Jak zatem możemy sobie wzajemnie pomóc?

Kryzys psychiczny (emocjonalny) jest szczególnym rodzajem stresu. Polega on na tym, że człowiek odczuwa tzw. stan zachwiania równowagi na poziomie psychiki, emocji i ciała. Stan ten może być wynikiem trudnych lub skomplikowanych wydarzeń z naszego życia. Zaburza nasze postrzeganie świata i zmienia funkcjonowanie. Dotyka zarówno nastolatków jak i starszych osób. Podsumowując, może dotknąć każdego z nas.



## Objawy kryzysu

Fizyczne objawy związane z niekorzystnym stanem psychicznym mogą obejmować, np.: napięcie mięśni, drżenie rąk, nadmierne pocenie, zawroty głowy, migreny, duszności, spadek masy ciała, problemy trawienne, brak apetytu, nudności, wymioty, a także częste problemy ze snem. Natomiast objawy psychiczne problemu mogą objawiać się poprzez: spadek koncentracji, pojawienie się trudności w kwestiach, które wcześniej nie stanowiły dla nas problemu, apatię emocjonalną, brak motywacji do działania, wycofanie się z relacji rodzinnych i towarzyskich. Jeśli więc doświadczasz któregoś z wymienionych wcześniej objawów i odczuwasz, że wiele sytuacji cię przytłacza, nie zwlekaj – porozmawiaj z kimś. Nie zamykaj się w sobie, ponieważ to może tylko pogorszyć sytuację.

## Pomoc - do kogo się zwrócić?

Jesteśmy istotami społecznymi i funkcjonujemy na co dzień w grupie – w rodzinie, w szkole, czy ze znajomymi. Czasami dobrze jest wygadać się komuś, kiedy coś nas trapi. Zgłoś się do psychologa szkolnego - jego obowiązkiem jest ci pomóc. Wysłucha cię i doradzi, co robić dalej. Jeśli wstydziś się rozmawiać z kimś twarzą w twarz, to zawsze mo-



żesz zadzwonić pod numer anonimowego telefonu:

- 800 12 12 12 – Dziecięcy telefon zaufania Rzecznika Praw Dziecka
- 116 111 – Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży
- 800 199 990 – Ogólnopolski Telefon Zaufania
- 800 100 100 – telefon Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę to numer, który zapewnia bezpłatną i anonimową pomoc dla rodziców i nauczycieli

### Jak rozmawiać ze sobą w chwilach kryzysu?

W momentach kryzysu najważniejsza jest rozmowa - słuchanie drugiej osoby, udzielanie jej wsparcia oraz okazywanie zrozumienia. To wszystko to fundamentalne elementy wspierania się nawzajem. Sama obecność oraz okazanie zrozumienia jest konieczne, aby pomóc drugiej osobie przejść przez trudne chwile. Dlatego gdy widzimy już, że coś się dzieje -



należy działać. Jeśli zachowanie naszych bliźkich ulega zmianie, to musimy interweniować. Bardzo ważnym elementem pomocy jest również skierowanie osoby w potrzebie do profesjonalisty takiego jak psycholog czy psychiatra. Dzięki wzajemnemu pomaganiu sobie oraz wspieraniu siebie nawzajem możemy stworzyć środowisko, w którym każdy będzie mógł liczyć na pomoc w trudnych momentach swojego życia.

 <b>JAK MÓWIĆ</b> 	 <b>JAK NIE MÓWIĆ</b> 
<p>Co się dzieje, czemu ci tak źle poszło?</p>	<p>Kolejna jedyńka, nie zdasz jak tak dalej pójdzie!</p>
<p>Co się dzieje, czemu jesteś smutny?</p>	<p>Nie masz powodów, żeby być smutnym - inni mają gorzej.</p>
<p>Co się stało, że poszło ci tak słabo, czego nie zrozumiałeś?</p>	<p>Miałem wobec ciebie większe oczekiwania.</p>
<p>Czemu się tak zachowujesz? Stało się coś?</p>	<p>Przestań się tak głupio zachowywać!</p>
<p>Czy masz problem z tymi zadaniami? Nie możesz się skupić?</p>	<p>Kolejna nieodrobiona praca domowa! Ogarnij się!</p>



# *Kąciak turystyczny*

Miejsca, o których nie sposób zapomnieć.



# A może nad morze?

Gabriela Berlińska, 4AN

*Eksperci są zgodni co do prawdziwości tego stwierdzenia: jeśli urlop idealny, to koniecznie nad morzem i to najlepiej na dwa tygodnie! Ale dlaczego akurat morze? Tego dowiedziecie się w tym artykule.*

Dla nas, w większości Mazowszan, wyprawa nad morze sprawi, że znajdziemy się daleko od domu, a taka zmiana jest bodźcem dla układu immunologicznego. Jego komórki mobilizują się, by pomóc organizmowi przyzwyczać się do nowych warunków. To dla niego dobry trening, dzięki któremu będzie działał sprawniej w sezonie jesienno-zimowym, gdy przyjdzie mu zmierzyć się ze zwiększoną ilością wirusów i bakterii. Łatwiej będzie nam zadbać o zdrowie psychiczne, gdy fizycznie będziemy w lepszej formie.

Szum fal i drzew, miękki piasek pod stopami, jod, piękne zachody (i dla rannych ptaszków) wschody słońca z pewnością pomogą nam się wyciszyć i nabrać dystansu do męczących nas spraw. A dodatkowo może pomóc aktywność fizyczna: jazda na rowerze czy spacer wzdłuż plaży.

Lekarze na dobry wypoczynek najczęściej wskazują kierunki małych wiosek rybackich w okolicach Kołobrzegu czy Łeby.

A co, jeśli wolę góry? Część z Was mogłaby sobie zadać teraz takie pytanie.

To też dobry pomysł, zwłaszcza że latem nie ma tam smogu, który stanowi duży problem zimą, jak mówi ekspert. Ponadto dodaje, że im wyżej, tym lepiej, bo skład powietrza będzie się znacząco różnił od tego na nizinach.

Wniosek jest taki, że dobrze można wypocząć i nad morzem, i w górach, byle z dala od domu. Człowiek potrzebuje zmiany otoczenia i klimatu, by gruntownie wypocząć i wzmocnić swój system immunologiczny.



Widok z mola w Pucku



Zatoka Pucka



Alpy



# Kącik książkowy

Książki dające do myślenia, oferujące także wspaniałe wrażenia.

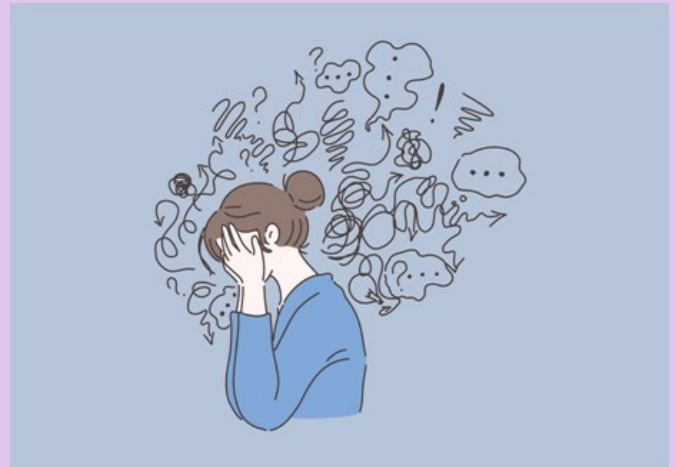


# Dziedziczona trauma - psychologia w literaturze

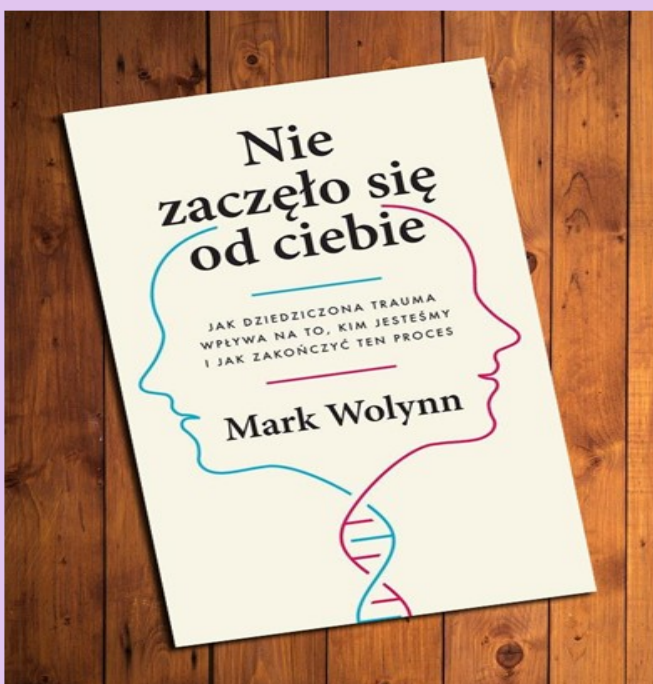
Róża Stolarska, 4AH

**W** dzisiejszych czasach nie tylko coraz częściej mówi się o zaburzeniach czy chorobach psychicznych, ale tworzy się również wiele materiałów, w tym książek, które opisują dane schorzenia od podstaw. Jednak, co najważniejsze, wiele z nich skupia się na tym, skąd tak naprawdę te zaburzenia się biorą i czy naprawdę są one wynikiem działania tylko jednej osoby.

Książka autorstwa Marka Wołynna pod tytułem „Nie zaczęło się od Ciebie” jest nie tylko praktycznym przewodnikiem po metodzie, jaką sam autor stosował podczas badania pacjentów z przewlekłymi traumami, ale jest również powieścią, w której Wołynn jako terapeuta, wzorując się na najnowszych badaniach, odkrywa, że tak naprawdę traumatyczne doświadczenia, a nawet fobie są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Oznacza to, że te fobie i doświadczenia są lub mogą być częścią tak naprawdę genotypu danej



spokrewnionej części społeczeństwa. Warto jednak pamiętać, że dziedziczenie danych traum lub fobii jest podobne do dziedziczenia na przykład cech wyglądu. Przykładowo jeżeli nasze rodzeństwo ma blond włosy to niekoniecznie my również takie będziemy mieć. Oznacza to, że również w przypadku dziedziczenia zaburzeń nie wszyscy członkowie danej rodziny będą na nie chorować albo mieć takie same traumy. Z drugiej jednak strony badania potwierdzają oraz sami uczeni uważają, że nawet jeśli osoba przeżywająca traumę umrze albo jej historia zostanie zapomniana, ślady emocjonalne samej tragedii będą istnieć w sercach bliskich jej osób, choć często są one zapomniane i mogą dopiero uwidocznić się w podobnych sytuacjach albo w kompletnie nieoczekiwanych momentach. W obu tych przypadkach rzuca to niesamowicie na zdrowie psychiczne. W „Nie zaczęło się od Ciebie” autor, korzystając z obserwacji i wielu opinii światowych ekspertów, przybliży oczywiście nie tylko swoim pacjentom, ale również czytelnikom fakty dotyczące stresu pourazowego (PTSD), które wynikają z dziedziczenia traum. Przedstawia również innowacyjną technikę radzenia sobie z chorobami cywilizacyjnymi, w której nie potrzebne są lekarstwa ani metody znane z terapii tradycyjnej. Sam autor oraz wielu ekspertów zajmujących się tą dziedziną psychologii podkreślają, że jeżeli ktoś cierpi na jakieś zaburzenie albo ma traumę, o której nie wiadomo do końca, skąd się wzięła, to jest to poważny problem mogący bez odpowiedniego leczenia bardzo źle wpłynąć na psychikę a nawet pogorszyć ogólną kondycję pacjenta.







# Kącik filmowy

Filmy, które dostarczają wielu emocji.



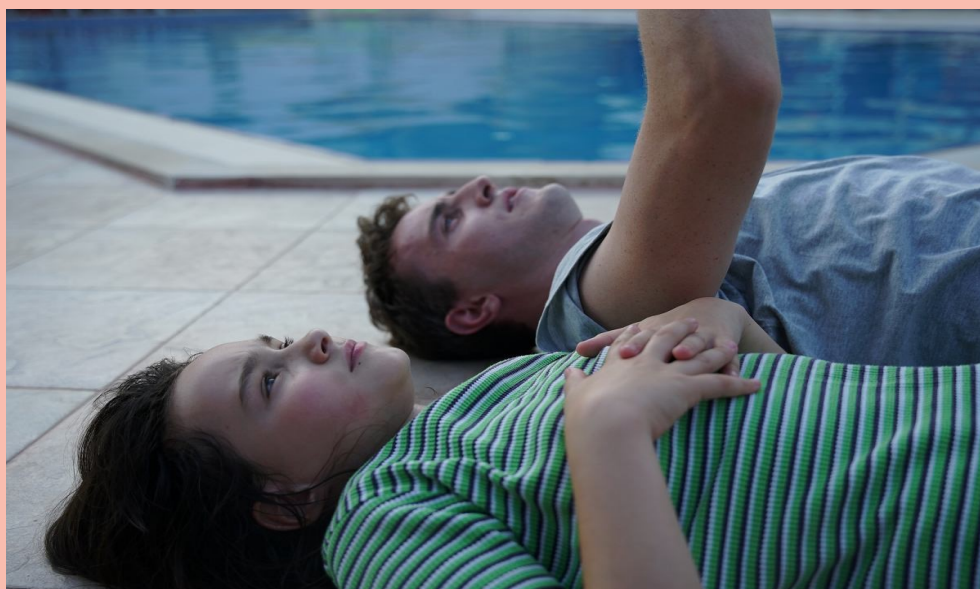
# (Nie)widzialny *last dance*

Jakub Wójcik

**C**alum i Sophie. Ojciec i córka. Trzydziestolatek i świeżo upieczona jedenastolatka. Razem wyjeżdżają na wakacje do tureckiego kurortu, z basenem, salonem do gier, barem, sceną do występów muzycznych. Tuż obok toczy się remont, wypełniając letnią ciszę melodią trzasków i szczęków. Jest koniec wakacji, ich szczytowy moment minął bezpowrotnie, a mimo to słońce zdaje się nie opuszczać zenitu. Bohaterom wiernie towarzyszy cyfrowa kamera, pozwalająca dokumentować chwile przemykające jak fale po tafli morza. Wyrzywa je spod znaku przemijalności, balsamuje z taką czułością i uważnością, z jaką powleka się kremem przeciwstonecznym plecy własnego dziecka, rozsmarowując każdą najdrobniejszą białą plamkę. Jednej z nich, znacznie ciemniejszej od reszty, nie sposób jednak zatrzeć, rozrasta się stopniowo i unosi jak widmo nad filmem w reżyserii „Aftersun” Charlotte Wells.

Kolejne zawarte w nim sceny układają się w pasmo osobistych wspomnień. Oto Sophie i Calum wskakują do basenu, nurkują w morzu, wspólnie grają w bilarda, wylegają się na leżakach, przyglądają się tańczącym turystom niczym łoża szyderców, prowadzą rozmowy na rozmaite tematy. Wydaje się to jednak podszyte jakąś niewysłowioną tajemnicą, jakby codzienne zdarzenia, pozornie niewinne słowa i gesty skrywały w sobie załączki czegoś, co na pierwszy rzut oka niewidoczne. Calum niewątpliwie kocha córkę i pragnie pozostawić jej z wyjazdu jak najwięcej pozytywnych wspomnień. Jednocześnie sam nie czerpie z niego radości, wygląda na wiecznie zmęczonego, choć ukrywa to za fasadą spokoju i uśmiechu. Stroni od bycia w centrum uwagi, jakby nie odnajdywał w sobie niczego, co mógłby godnie zaprezentować światu. Film nie wyjawia, co naprawdę wydarzyło się w jego życiu, podsuwa jedynie różne tropy sugerujące wielopoziomowość jego sytuacji, nie pozwalając dociec jej istoty.

W ten sposób zrównuje percepcję widza z perspektywą Sophie. W jednej ze scen dziewczynka podsłuchuje rozmowę dwóch nastolatków w publicznej toalecie, obserwując je z kabiny przez dziurkę od klucza. Obraz ten kumuluje wszystkie cechy jej oglądu świata – niepełnego, obejmującego nie całość, a wąski wycinek rzeczywistości, właściwego dla wchodzenia w okres dojrzewania. Ze względu na swój wiek nie jest więc w stanie dostrzec problemów ojca. Poszczególne detale – jak ręka zakuta w gips czy mikroskopijne drgnięcie





na twarzy w reakcji na pytanie od Sophie o to, jak będąc w jej wieku, wyobrażał sobie swoją przyszłość – nabierają znaczenia, tak dla niej, jak dla widza, dopiero po pewnym czasie, retroaktywnie w chwili uświadomienia, jakie jest rzeczywiste podłoże zachowania Caluma. Tematem przewodnim filmu okazuje się wówczas depresja i jej niewidzialność. Pozostawała ona bowiem nierozpoznana, a jej skutki niejasne, aż do finałowej sceny tańca przy akompaniamencie słów: „This is our last dance”<sup>1</sup>. Rzucając jednak światło na tę problematykę, Wells czyni widzialnym to, co niewidzialne, tworzy porażający apel o widzialność osób chorych na depresję.

Bez cienia przesady „Aftersun” jest jednym z tych filmów, na myśl o których łzy mogą same napłynąć do oczu. Prawdopodobnie wynika to z tego, jak – poprzez stymulowanie aparatu poznawczego widza – rozbudza wyobraźnię i zachęca do przeszczepienia filmu na grunt jednostkowych doświadczeń. Daje asumpt do wejrzenia w głąb siebie i przewartościowania swojego stosunku

do życia, czasu, do innych ludzi, zwłaszcza bliskich. Przypomina o rodzicach – o tym, że i oni mogą przeżywać własne męki egzystencjalne, ale także o tym, że ich czas jest ograniczony. Patrząc szerzej, uwrażliwia na los drugiego człowieka oraz uświadamia, jak blisko nas, niekiedy w zasięgu naszego wzroku, mogą rozgrywać się ciche tragedie, których nie dostrzegamy lub nie chcemy dostrzeżeć, a którym być może jesteśmy w stanie zapobiec. „Why can’t we give love, give love, give love?”<sup>2</sup> – pytają w swojej piosence Freddie Mercury i David Bowie. Z tym pytaniem zostawia też widza Charlotte Wells.

<sup>1</sup> „To nasz ostatni taniec” [tłum. własne]

<sup>2</sup> „Dlaczego nie możemy dawać miłości, dawać miłości, dawać miłości?” [tłum. własne]

A24

Paul Mescal Frankie Corio

# aftersun

Written and Directed by **Charlotte Wells**

*"A sharply moving exploration of the bond  
between parent and child" - Variety*

*"An amazing feature debut. Mescal and  
Corio's rapport is a marvel" - The Guardian*

*"You won't walk away the same person"  
- The Wrap*





# *Kąci<sup>ę</sup> muzyczny*

Niezwykła podróż w głąb świata muzyki.



# Muzyka i zdrowie psychiczne – czy to się łączy?

Gabriela Berlińska, Łucja Kwapisz, 4 AN

**K**ażdy słuchał kiedyś podczas deszczowej pogody, najsmutniejszej na świecie piosenki i obserwował krople spływające po szybie z uczuciem tęsknoty czy smutku? Nie zawsze jednak pograżanie się w negatywnych uczuciach przyniesie więcej smutku. Może mieć to swoje terapeutyczne działanie.

Już Pitagoras twierdził, że „muzyka budzi w sercu pragnienie dobrych uczynków”. Skoro tak poważny matematyk i filozof potrafił docenić jej zbawienny wpływ na nasze zdrowie psychiczne, tym bardziej powinno się uwierzyć w jego słowa. Od tamtego czasu przeprowadzono wiele badań naukowych, które tylko potwierdzają dobry wpływ muzyki na duszę człowieka. Niektóre gatunki czy nawet konkretne brzmienia potrafią pobudzić do działania, za to inne powodują uczucie wsparciem i zrozumieniem.

Muzyka jest wykorzystywana w różnych metodach terapii. Bazuje ona na leczniczym wpływie dźwięku na psychikę człowieka. Wykorzystuje specjalnie ułożone sekwencje dźwiękowe, które wpływają na konkretne sfery ludzkiego organizmu. Muzykoterapia jest stosowana w leczeniu takich zaburzeń jak: nerwica, zaburzenia lękowe, zaburzenia psychosomatyczne, depresja, zaburzenia samooceny czy bezsenność. Podczas terapii pacjent sam również

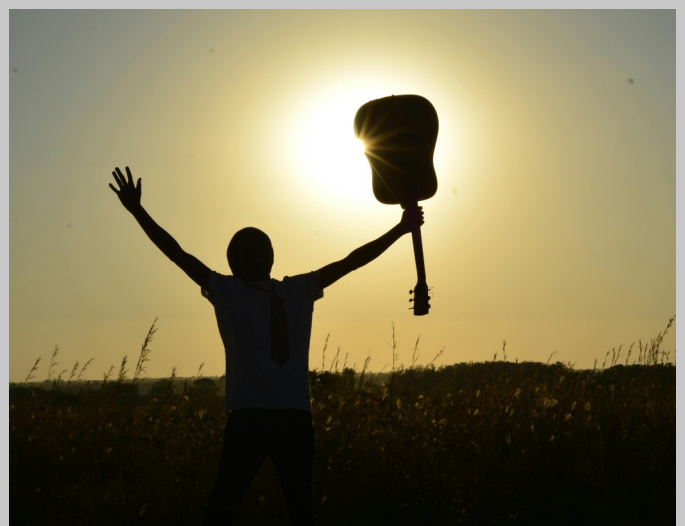


wydaje dźwięki oraz tańczy. W taki sposób może opowiedzieć o swoich przeżyciach i uczuciach.

A na koniec mamy dla Was mały eksperyment: zobaczysz, jak muzyka reguluje emocje!

Posłuchaj różnych gatunków muzycznych, a następnie pomyśl, jakie emocje towarzyszą ci przy słuchaniu konkretnych brzmień. Jeśli w twoich słuchawkach zabrzmiała muzyka Eda Sheerana i hit „Shape of you”, możemy się założyć, że nasza cię ochota na zabawę i taniec. Może być tak, że po odsłuchaniu piosenki Adele „Someone like you” pojawi się tęsknota za kimś szczególnym i melancholijne myślenie o przeszłości.

Taką moc ma muzyka, której słuchamy. Ma ona niezwykle duży wpływ na nas i na to, jak się możemy czuć. Jest także zbawienna, jeśli chodzi o leczenie zaburzeń.





# Kącik kulinarny

Kulinarne idee sprawiające, że brzuch pęcznieje.



# Komfort poprzez jedzenie

Ola Maj, 1B

"Comfort food" to pojęcie określające potrawy, które przywołują miłe wspomnienia, poprawiają nastrój albo po które sięgamy pod wpływem emocji - zarówno dobrych jak i złych. Są to, najprościej mówiąc, potrawy, które sprawiają, że czujemy się lepiej. Mogą one przybierać bardzo różną formę - od wysokokalorycznych słodczy po tradycyjne kotlety schabowe. W większości wynikają z miłych doświadczeń kojarzonych z okresem z dzieciństwa. Dla każdego kraju, w zależności od tradycji kulinarnych, kanon najpopularniejszych „comfort foods” jest nieco inny. W Polsce najczęściej są to rosół, pierogi, bigos, szarlotka, sernik czy barszcz z uszkami. Oczywiście każdy z nas ma swoją własną listę poprawiaczy nastroju.

Spożywanie pokarmów o dużej gęstości energetycznej, wysokiej kaloryczności, zawartości tłuszczu, soli lub cukru, takich jak lody lub frytki, może także uruchomić układ nagrody w ludzkim mózgu, który daje charakterystyczną przyjemność lub tymczasowe poczucie relaksu. Pierwsza wzmianka o comfort foods pojawiła się w 1966 roku w artykule opublikowanym w amerykańskim czasopiśmie. W tekście autorzy wysnuli hipotezę, że „dorośli pod wpływem silnego stresu emocjonalnego sięgają po tak zwane comfort food – jedzenie, które kojarzy się z bezpieczeństwem czasów dzieciństwa”. Z tej definicji wynika, że jedzenie poprawiające samopoczucie ma wymiar nostalgiczny. Smaki dzieciństwa przywołują miłe wspomnienia: beztrudne chwile bycia w bezpiecznym, ciepłym miejscu w otoczeniu najbliższych. Niech pierwszy rzuci kamieniem, kto nigdy w stresie nie marzył o powrocie do domu i zjedzeniu babcinych pierogów. Albo o cofnięciu się do czasów dzieciństwa i jedzeniu naleśników, które mama smażyła na śniadanie.



## Przepis na łatwe i pyszne naleśniki:

Potrzebujesz:

- 1 pełna szklanka i 2 łyżki mąki pszennej
- 3 średnie jajka
- 1 szklanka mleka
- 1 szklanka wody - zwykłej lub gazowanej
- 4 łyżki oleju roślinnego
- szczypta soli

Do miski wsyp pełną szklankę mąki pszennej i jeszcze dwie łyżki mąki. Będzie to około 230 gramów mąki. Wbij trzy średniej wielkości jajka i wlej szklankę mleka oraz szklankę wody. Dodaj szczyptę soli i wlej cztery łyżki oleju roślinnego. Miksuj ciasto przez kilka minut na gładką masę, by pozbyć się ewentualnych grudek. Ciasto możesz odstawić na 30 minut, by odpoczęło, nie jest to jednak konieczne. Dobrze nagrzej płaską patelnię - najlepiej specjalnie przystosowaną do smażenia naleśników. Nie ustawiaj od razu najwyższej mocy palnika. Ustaw średnią moc i poczekaj aż ciepło rozprowadzi się równo po całej powierzchni użytkowej patelni. Zamieszaj ciasto i małą chochlą odmierz porcję na naleśnika. Wylej na patelnię tylko tyle ciasta, by masa przykryła powierzchnię patelni. Naleśniki powinny być cienkie. Możesz nawet za każdym razem odlać nadmiar ciasta z powrotem do miski. Wówczas wyjdzie ich więcej, ale będą to super cienkie naleśniki. Po około 40-50 sekundach przewracaj placek na drugą stronę. Druga strona potrzebuje zazwyczaj o połowę mniej czasu. Tutaj może się przydać płaska łopatka do przewracania naleśników. W ten sposób usmaż wszystkie naleśniki. Smacznego!





# *Strefa hiszpańska*

Czas na podróż do Hiszpanii, na razie tylko  
myślami.

# Zaburzenia psychiczne

Lilia Kubala, Aleksandra Walczewska, 3AH

**Z**aburzenie psychiczne to stan, w którym występują znaczące zaburzenia myśli, uczuć i zachowania. Osoba dotknięta chorobą odczuwa stany wewnętrzne (myśli lub emocje) i przedstawia zachowania wyraźnie odbiegające od normy, są negatywne i pozbawione sensu. Istnieje wiele ich rodzajów, jednak najczęstsze w Hiszpanii to depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia, choroba Alzheimera i choroba afektywna dwubiegunowa.

Przed epidemią Covid, temat zaburzeń psychicznych był tematem tabu. Głównym powodem tego był brak wiedzy większości ludzi na ten temat, strach przed nieznanym i niewielkie znaczenie rozumu. Z powodu takiego rozumowania dużym problemem było społeczne odrzucenie osób mających kontakt z patologią psychiczną. Uważano, że osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są w stanie poradzić sobie w codziennym życiu - są niezrównoważone przez co stają się po-



# Trastornos mentales



*Un trastorno mental es una condición en la que hay desórdenes significativos en los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento. La persona afectada debe sentir estados internos (pensamientos o emociones) y presenta comportamientos que se desvían claramente de la norma, son negativos y sin sentido. Hay muchos tipos de ellos, sin embargo, los más comunes en España son la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el Alzheimer y el trastorno bipolar.*

Antes de la epidemia covid, el tema de los trastornos mentales era tabú. La razón principal era la falta de conocimiento de la mayoría de la gente sobre este tema, el miedo a lo desconocido y el gran significado de la razón. Debido a tal razonamiento, el gran problema fue el rechazo social de quienes están en contacto con la patología mental. Se creía que las personas con trastornos mentales no son capaces de hacer frente a la vida cotidiana - que están desequilibrados, se convierten en monstruos en sus ojos. Estas personas son invisibles en

tworami w ich oczach. Ludzie ci są niewidoczni w społeczeństwie, oceniani na podstawie diagnozy chorób oraz stereotypów i braku zrozumienia przez otoczenie, a nie własnych faktycznych obserwacji lub wiedzy.

Duża zmiana spowodowana wybuchem pandemii doprowadziła do drastycznego wzrostu liczby przypadków zaburzeń psychicznych w Hiszpanii występujących u obywateli, zarówno tych dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Dlatego między innymi, co czwarty członek personelu medycznego cierpi na zaburzenie psychiczne. Pandemia sprawiła, że ludzie zaczęli dostrzegać prawdziwy problem, którym należy się zająć, a nie ten, którego najlepiej unikać. W rezultacie zaburzenia są obecnie traktowane jako bardziej powszechny temat, a samo społeczeństwo zaczęło bardziej interesować się tą kwestią.

la sociedad, que las evalúa sobre la base del diagnóstico de la enfermedad y los estereotipos y malentendidos relacionados en lugar de sus propias observaciones o conocimientos fácticos.

Un gran cambio provocado por el brote de la pandemia, que dio lugar a un drástico aumento en España, que en el número de casos de trastornos mentales que se producen en ciudadanos, tanto adultos como niños y adolescentes. Por ello, entre otras cosas, uno de cada cuatro miembros del personal médico padece un trastorno mental. La pandemia ha hecho que la gente empiece a ver el verdadero problema que necesita ser abordado, no el que es mejor evitar. Como resultado, actualmente los trastornos son tratados como un tema más común, y la sociedad misma comenzó a interesarse más en este tema.

