

mgr JACEK POPIOŁEK

**ŻYCIE EMOCJONALNE
WOKÓŁ INTERNETU
W ŚRODOWISKU SZKOLNYM**

20 marca 2018
Szczecin

Czym jest świat wirtualny dla młodych pokoleń?

Czy na pewno o zagrożeniach w cyberprzestrzeni wiemy już wszystko?

Co robić z przemocą i lekceważeniem norm przez dzieci i młodzież?

Portal nadzorowany przez Ministerstwo Zdrowia

www.uzaleznieniabehawioralne.pl

Nałogowe korzystanie z telefonów komórkowych

Raport z ogólnopolskich badań w roku 2015–2016
22.086 uczniów między 12 a 18 rokiem życia
3.471 nauczycieli

dr Maciej Dębski - koordynator projektu badawczego
Fundacja Dbam o Mój Z@sięg
Instytut Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa Uniwersytet Gdański

RODZINA:

- W ponad połowie polskich domów rodzice nie rozmawiają o szkodliwości związanej z nadmiernym i niekontrolowanym korzystaniem z telefonu komórkowego, smartfona i Internetu,
- jest pochodną myślenia, że to środowisko szkolne (wychowawca, nauczyciel) jest odpowiedzialne za kształtowanie postaw ucznia w tym zakresie,
- przeważa strategia „kara i nagroda”,
- często system kar i nagród jest dla dziecka niezrozumiały, pochopnie stosowany oraz niekonsekwentnie przestrzegany przez samych rodziców.

Raport szczegółowy, str 33: „Prowadzić to może do braku poczucia komfortu psychicznego u dziecka oraz niestabilności emocjonalnej, a w niektórych przypadkach może być postrzegane jako forma przemocy psychicznej. Kary i nagrody często bywają przy tym niewspółmierne do przewinienia, czy osiągniętego sukcesu .

Str 34: „Uzyskane wyniki wskazują, że dzieci tych rodziców, którzy stosują kary bądź nagrody związane z ograniczeniem/zwiększeniem dostępu do internetu/urządzeń mobilnych częściej od pozostałych uczniów osiągają wysokie wyniki nałogowego korzystania z telefonów komórkowych ”.

ROZRÓŻNIANIE ŚWIATA FANTAZJI OD REALNOŚCI ZACZYNA SIĘ W RODZINIE

Zadaniem dorosłych
jest dzielenie się swoimi umiejętnościami
NAZYWANIA...
I MYŚLENIA O TYM CO NAZWANE...

Gdy rodzic „widzi” i „nazywa”,
dziecko rozwija się emocjonalnie.

Dopiero gdy ktoś rozpoznaje i nazywa jego emocje,
może ono rozwijać myślenie o sobie i swoich potrzebach.

Bez myślenia oraz uznawania zdolności zależenia od innych,
nie można uczyć się z doświadczenia.

Świat wirtualny angażuje prawdziwe emocje!

Czasem świat wirtualny jest jedynym stale dostępnym sposobem życia w swojej wewnętrznej rzeczywistości.

EMOCJE SĄ PRZEŻYWANE CAŁYM CIAŁEM,
W MYŚLACH NAZYWAMY EMOCJE,
NAZYWANIE TO ŁĄCZENIE SŁOWA Z DOZNANIEM W CIELE
MYŚL I EMOCJA NIE SĄ TYM SAMYM
PODOBNIEM JAK MYŚLI I FAKTY.

Styl emocjonalny wg R. Davidsona obejmuje 6 wymiarów:

SAMOŚWIADOMOŚĆ – w jakim stopniu dostrzegamy odczucia fizjologiczne, które są odzwierciedleniem emocji,

ODPORNOSĆ – jak szybko lub wolno podnosimy się po porażce,

NASTAWIENIE – jak długo jesteśmy w stanie zachować pozytywne emocje,

INTUICJA SPOŁECZNA – jak dobrze potrafimy odczytywać sygnały społeczne wysyłane przez otaczających nas ludzi,

WRAŻLIWOŚĆ NA KONTEKST – jak dobrze potrafimy regulować nasze reakcje emocjonalne, biorąc pod uwagę kontekst danej sytuacji,

UWAGA – jak mocno potrafimy się na czymś skoncentrować.

SAMORELAKSACJA OPARTA NA KONCENTRACJI wg metody **Treningu Autogennego** J. H. **Schulza**.

praktyczna nauka techniki relaksacji oraz stosowania zdań ukierunkowanych do wypowiedzania w myślach integrujących ciało i umysł.

Skuteczność Treningu Autogennego wynika z oddziaływania na mózg poprzez koncentrację umysłu w ciele oraz poprzez wytworzone engramy na układ nerwowy!

Metoda Schulza jest oparta na świadomym wykonywaniu określonych ćwiczeń psychologicznych, których celem jest wprowadzenie ciała i umysłu w stan spokoju. Zatem celem jest rozluźnienie oraz całościowe przełączenie pomiędzy systemem nerwowym sympatycznym (układ współczulny) a systemem parasympatycznym (układ przywspółczulny), czyli fizjologicznie uwarunkowany wypoczynek. Ten rodzaj wypoczynku służy wzmocnieniu zdolności koncentracji w ciągu dnia, ale również może być wykorzystany jako pomoc w zasypianiu.

Dla pełnej skuteczności Treningu Autogennego opartego na koncentracji nie jest wystarczająca umiejętność samodzielnego wykonywania technik relaksacyjnych – potrzeba jeszcze dodania odpowiedniej pracy psychicznej w obszarze motywacji oraz podtrzymywania refleksyjnego myślenia o sobie. Wspomniany rodzaj pracy psychicznej nie jest ani trudny ani wymagający, wymaga tylko ciekawości siebie i chęci współpracy z inspiracjami odkrywanymi w sobie, czyli w swoim ciele i umyśle. Osiem spotkań w trakcie kursu jest wystarczające, aby nabyć umiejętności wystarczające do rozpoczęcia praktykowania tego rodzaju pracy psychicznej. Drobnymi krokami pomaga przybliżyć się do pełnej samoakceptacji.

Metoda Treningu Autogennego wzmacnia granice psychiczne, przez co minimalizuje wpływ sugestii pochodzących z zewnątrz.

POZIOMY INTERWENCJI LECZNICZEJ:

- A. PROFILAKTYKA / PROMOCJA ZDROWIA
- B. LECZENIE AMBULATORYJNE
- C. LECZENIE STACJONARNE

POZIOMY STRATEGII PREWENCYJNYCH:

- A. PROFILAKTYKA PIERWSZORZĘDOWA
- B. PROFILAKTYKA DRUGORZĘDOWA
- C. PROFILAKTYKA TRZECIORZĘDOWA

POZIOMY PROFILAKTYKI WG STOPNIA ZAGROŻENIA:

- A. PROFILAKTYKA UNIWERSALNA
- B. PROFILAKTYKA SELEKTYWNA
- C. PROFILAKTYKA WSKAZUJĄCA

Profilaktyka uniwersalna ma na celu przeciwdziałanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych (zwłaszcza wśród młodzieży szkolnej) poprzez dostarczenie odpowiedniej informacji oraz **wzmacnianie czynników chroniących i redukcję czynników ryzyka.**

Do zachowań ryzykownych zaliczamy: palenie tytoniu, używanie środków psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków, leków), wczesną aktywność seksualną, zachowania agresywne i przestępcze.

Rodzice w profilaktyce zachowań ryzykownych, w tym profilaktyce używania substancji odurzających, odgrywają kluczową rolę. Pozytywna więź emocjonalna pomiędzy rodzicami i dziećmi, postawy rodziców wobec używania alkoholu i narkotyków, a także umiejętności i praktyki wychowawcze rodziców (m.in. monitorowanie zachowań dziecka) stanowią czynniki chroniące przed używaniem substancji.

Realizatorzy profesjonalnych programów profilaktyki uniwersalnej to przede wszystkim nauczyciele wspierani przez psychologów.

Profilaktyka selektywna ma na celu zapobieganie, ograniczenie lub zaprzestanie podejmowania przez jednostkę zachowań ryzykownych.

Do odbiorców profilaktyki selektywnej zaliczamy więc m.in.: „dzieci ulicy”, niepełnoletnie osoby popełniające czyny karalne, osoby zagrożone demoralizacją, dzieci i młodzież zagrożone wykluczeniem społecznym, osoby okazjonalnie używające narkotyków.

Metody profilaktyki selektywnej obejmują takie działania jak m. in.: dostarczanie informacji na temat ryzyka związanego z używaniem substancji, poradnictwo indywidualne, poradnictwo rodzinne, terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, socjoterapia, organizacja czasu wolnego (tzw. zajęcia „alternatyw”).

Realizatorzy profesjonalnych programów profilaktyki selektywnej to przede wszystkim psychologowie, socjoterapeuci i doradcy rodzinni. Zajęcia najczęściej odbywają się w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, klubach oraz świetlicach socjoterapeutycznych.

Profilaktyka wskazująca są to działania kierowane do jednostek, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych, w związku z uwarunkowaniami biologicznymi, psychologicznymi czy społecznymi.

Cele profilaktyki wskazującej to zapobieganie rozwojowi uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ograniczanie częstości używania lub zmiana wzorów używania substancji na mniej „niebezpieczne”, ryzykowne.

Odbiorcy działań profilaktyki wskazującej to osoby charakteryzujące się czynnikami ryzyka takimi jak: zaburzenia zachowania, zaburzenia koncentracji z deficytem uwagi (ADHD), niepowodzenia szkolne, podejmowanie zachowań ryzykownych, używanie narkotyków problemowo (bez diagnozy uzależnienia), próby samobójcze, konflikty z prawem, wychowywanie się w rodzinie z problemem narkotykowym.

Realizatorzy działań profilaktyki wskazującej wymagają specjalistycznego przygotowania w zakresie pomocy psychologicznej lub terapii. Realizatorami programów są psychologowie kliniczni, psychoterapeuci, pracownicy socjalni itp. Programy te wymagają często interdyscyplinarnej współpracy przedstawicieli wielu instytucji pomocowych. Terenem działań są m.in. poradnie specjalistyczne, placówki wychowawcze i resocjalizacyjne.

Metody profilaktyki wskazującej obejmują stosowanie takich metod jak: treningi umiejętności społecznych dla młodzieży, treningi umiejętności wychowawczych dla rodziców i nauczycieli, wywiad motywujący, terapia poznawczo-behawioralna, terapia rodzin.

W szkole profilaktyka wskazująca adresowana jest do zidentyfikowanych uczniów z grupy wysokiego ryzyka: uczniów z problemami zachowania czy problemami w zakresie zdrowia psychicznego; używanie substancji psychoaktywnych nie jest niezbędnym warunkiem podjęcia interwencji.

Działania obejmują:

1. Udzielanie wsparcia przez nauczycieli i pomoc w nauce;
2. Stałą współpracę z rodzicami, podjęcie interwencji z udziałem rodziców, wspólne opracowanie strategii pomocy dla ucznia;
3. Pomoc specjalistyczną udzieloną przez szkołę;
4. Skierowanie ucznia do specjalistów poza szkołą w celu dokonania indywidualnej diagnozy i ewentualnego podjęcia terapii, stała współpraca z nimi;
5. Skierowanie rodziców na treningi umiejętności lub inne formy specjalistycznej pomocy.

Specjalista do spraw uzależnień od mediów cyfrowych

kod zawodu 263407

Zadania zawodowe:

„(...) określanie skutków uzależnień takich jak: pornografia, pedofilia, zagrożenia gier komputerowych, infoholizm, narkotyki i inne używki, samobójstwa, sekty, przemoc i agresja, hazard, terroryzm, prostytutka, cyberseks, zakupoholizm, cyberprzestępstwa”.

„(...) projektowanie i realizacja programów profilaktycznych w powyższym obszarze dla różnych grup wiekowych”.

Książka wydana z pieniędzy publicznych jako egzemplarz bezpłatny:

Magdalena Rowicka

**„UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE.
Profilaktyka i Terapia”**

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Fundacja Praesterno

**© by Minister Zdrowia, Krajowe Biuro do spraw
Przeciwdziałania Narkomanii. Warszawa, 2015**

Rozdział 5. Konceptcje profilaktyki

Strona 70: „Reasumując, profilaktyka powinna stanowić kompleksową interwencję ukierunkowaną na szeroko pojęte przyczyny angażowania się w zachowania problemowe, tj. szeroko pojęte deficyty interpersonalne, społeczne czy wychowawcze i powinna obejmować trzy równoległe nurty (Gaś, 2003):

1. wspomaganie jednostki w radzeniu sobie z trudnościami (deficytami) zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi.
2. ograniczanie i zmniejszanie wpływu czynników ryzyka, które zaburzają prawidłowy rozwój.
3. inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi.

Najwyższa Izba Kontroli

PRZECIWDZIAŁANIE E-UZALEŻNIENIU DZIECI I MŁODZIEŻY

LKI.410.008.00.2016

Nr ewid. 32/2016/P/16/070/LKI

Strona 10: „W ocenie Najwyższej Izby Kontroli podejmowane przez skontrolowane instytucje działania mające na celu przeciwdziałanie e-uzależnieniu dzieci i młodzieży były przypadkowe i nie odpowiadały, w wystarczającym zakresie, na zagrożenia wynikające z rozwoju nowoczesnych technologii.

Minister Edukacji Narodowej oraz Minister Zdrowia nie opracowali wytycznych określających sposób postępowania w zakresie identyfikowania i diagnozowania zjawiska nadużywania przez dzieci i młodzież mediów elektronicznych oraz realizacji zadań w zakresie przeciwdziałania e-uzależnieniu.

Wytyczne takie nie zostały zawarte w przyjętych przez Radę Ministrów Narodowych Programach Zdrowia na lata 2007–2015 i 2016–2020.

Problem e-uzależnienia został wprawdzie zauważony przez KBdPN, które ze środków FRPH zlecało od 2011 r. identyfikację zjawiska uzależnień behawioralnych, w tym e-uzależnienia dzieci i młodzieży, jednak uzyskanych w ten sposób opracowań nie wykorzystano do przygotowania powyższych dokumentów.

Wynikało to również z braku współdziałania w tej kwestii pomiędzy Ministrem Zdrowia a Ministrem Edukacji Narodowej”.

Strona 12: „Z informacji uzyskanych od 16 kuratorów oświaty wynika m.in., że kuratoria oświaty nie identyfikowały zjawiska nadużywania mediów elektronicznych w szkołach i placówkach oświatowych oraz że żaden z kuratorów nie przekazywał informacji do MEN o potrzebie podjęcia działań o zasięgu ogólnopolskim, mających na celu przeciwdziałanie e- uzależnieniu dzieci i młodzieży”.

Strona 11: „W większości poradni zajęcia faktycznie zrealizowane, obejmujące tematykę wyłącznie e-uzależnień odbywały się sporadycznie i stanowiły odpowiedź na niewielkie w tym zakresie zapotrzebowanie szkół i placówek. Poradnie nie podejmowały działań zmierzających do ujawnienia zagrożeń związanych z problemem nadużywania komputera i Internetu. Do ich prowadzenia niezbędne są wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne, których jednostki te nie posiadały. Brak tych narzędzi, w ocenie NIK, utrudnia udzielanie prawidłowego wsparcia potrzebnemu”.

Strona 17: „Zdaniem NIK, jednym z powodów niepodejmowania przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne działań mających na celu diagnozowanie e-uzależnienia jest brak wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych”

Strona 6: „Brak jest oficjalnej nazwy dla zjawiska nadużywania mediów elektronicznych. Funkcjonują takie określenia jak: fonoholizm, siecioholizm, sieciozależność, cyberzależność, internetoholizm, internetozależność, infoholizm, infozależność oraz uzależnienie od komputera, uzależnienie od korzystania z nowoczesnych technologii informacyjnych i komunikacyjnych (e-uzależnienie). Specjaliści zajmujący się problematyką uzależnień (w tym uzależnień behawioralnych) wskazują, że podłoże e-uzależnienia jest w zasadzie takie samo jak w przypadku innych uzależnień”.

Dominująca koncepcja wyjaśniająca siłę uzależnień
odwołuje się do działania
MÓZGOWEGO UKŁADU NAGRODY

(Źródło informacji: Longstaff A., *Neurobiologia. Krótkie wykłady*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012)

W 1954 roku dwaj badacze trafili PRZYPADKOWO elektrodą w neurony szlaku mezolimbicznego, biegnącego z pola brzusznej nakrywki (VTA) do jądra półleżącego przegrody (NAC). Jest to jedna z dróg dopaminowych, a jej rolą jest **kontrola zachowań motywacyjnych związanych z działaniem zewnętrznych bodźców wzmacniających**. Ciała komórek nerwowych mieszczące się w VTA projektują do NAC, uważanego za **mózgowe centrum przyjemności**. Dochodzą tam także sygnały z ciała migdałowatego niosące informacje o kontekście sytuacyjnym. **Odczuwanie przyjemności jest związane z wydzielaniem się dużych ilości dopaminy** w NAC. Właśnie ten neuroprzekaźnik odpowiada za subiektywne odczucia przyjemności i satysfakcji towarzyszące zażywaniu substancji i wykonywaniu niektórych czynności.

DOPAMINA REGULUJE MOTYWACJĘ
DO POSZUKIWANIA BODŹCÓW WZMACNIAJĄCYCH

smaczny obiad = 50% wzrost wydzielania się dopaminy

zapalenie papierosa = wzrost o ponad 200%

amfetamina = wzrost o 1000%

Współcześnie już wiemy, że nie tylko dopamina i układ nagrody mają tutaj swój udział. Różne substancje psychoaktywne cechują się odmiennymi mechanizmami działania na poziomie neuroprzekąźnictwa, dlatego uzasadnione jest podejmowanie prób leczenia na wcześniejszych etapach ich działania.

Niezwykle ważnym punktem prowadzonych badań jest opis mechanizmów sterujących zażywaniem substancji **w zależności od kontekstu sytuacyjnego** – ciagle nie doceniamy dostatecznie wagi bodźców społecznych skłaniających ludzi do sięgania po substancje psychoaktywne

SKUTEK:

UKŁAD LIMBICZNY
BYŁ PRZEZ DŁUGI CZAS SPOSTRZEGANY
JAKO OŚRODEK EMOCJI W MÓZGU

Tak naprawdę **kora mózgowa**
również kształtuje nasze stany emocjonalne i nastroje

CZY naprawdę KAŻDY MÓZG JEST INNY?

JAK OPISAĆ RELACJE UMYSŁ-MÓZG ?

Dziękuję za uwagę :)

**JACEK POPIOŁEK
GABINET PSYCHOTERAPII, TERAPII UZALEZNIENÍ,
TRENINGU AUTOGENNEGO
Szczecin, ul. Piłsudskiego 19 / 4**

e-mail: jp@emocje.szczecin.pl